

子宮内膜癌

子宮内膜癌とは？

私たちに説明させてください。

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

子宮内膜癌：患者さんの手引き
ESMO 診療ガイドラインに基づいた患者さん向け情報

日本語訳版発行にあたり

がん患者さんの最も切実な要望の一つが、ご自身の罹患したがんに関する正確な治療情報を得ることです。日本癌治療学会では各種学術団体が発刊したがん関連診療ガイドラインの公開、がん治療全般に関わる横断的がん治療支持療法に関する診療ガイドラインの策定などを行って参りました。一部のがんでは患者さんやそのご家族にわかりやすい「一般向け」の診療ガイドラインが発刊されていますが、それらが網羅する領域はまだ十分とは言えない状況です。

がん患者さんにとって最も大切な標準治療について分かり易く解説したガイドラインを提供する目的で、本学会前理事長の西山正彦先生と当時の欧州臨床腫瘍学会（EUROPEAN SOCIETY OF MEDICAL ONCOLOGY, ESMO）会長 ROLF A. STAHEL 先生が合意し、「ESMO/ANTICANCER FUND GUIDES FOR PATIENTS 日本語訳」を発刊することとなりました。日本と欧州では使用可能な抗腫瘍薬や手術方法なども若干異なりますが、病態の理解、治療の流れなど患者さんにわかりやすく解説された診療ガイドラインは大変貴重な情報源となることが期待されます。また、本邦においてこうした患者さん向けの診療ガイドラインを発刊する後押しともなり、患者さん向けガイドラインのあり方についても大変参考になるものと期待しております。本シリーズの翻訳、作成に多大なるご尽力を頂いた日本癌治療学会理事、教育委員会、編集委員会の皆様をはじめ、ご支援を下さったすべての皆様に心より感謝申し上げます。

平成 28 年 7 月 日本癌治療学会
理事長 北川雄光

この度、ESMO（欧州臨床腫瘍学会）の発行する“ESMO GUIDES FOR PATIENTS”を「ESMO 患者さんの手引き」として日本語訳し、日本の癌患者さんに提供することになりました。

最近の癌治療の発展はめざましく、癌患者さんにとっては数多くの治療法の選択が可能になってきています。患者さんにとっては朗報です。しかし、いっぽうでは大量に発信される情報の中で、癌に携わる医療従事者と患者さんとの間での知識のギャップが問題になっています。あふれかえる情報の中で、癌に対する正確な情報を整理し、自分に最適な治療法を見つけ出すことは本当に難しいことであろうと思います。このような情報の海の中で迷っている癌患者さんに対するガイド役として、この「ESMO 患者さんの手引き」は作成されています。

この手引きは“ESMO/ANTICANCER FUND GUIDES FOR PATIENTS”を、出来るだけ忠実に日本語訳することにしてあります。ヨーロッパと日本では、保険制度を含む医療事情が若干異なっていますので、この手引きがそのまま日本の患者さんに当てはまらないこともあろうと思います。もし判断に困ることがありましたら、主治医の先生に直接お聞きいただければと思います。

この手引きが日本の癌患者さんにとって有用な案内役となることを期待しています。最後に、この手引きの作成に尽力いただいた日本癌治療学会教育委員会、そして編集委員会の先生方に心から感謝したいと思います。

平成 28 年 7 月 日本癌治療学会
編集委員会委員長 小川修

子宮内膜癌：患者さんの手引き

ESMO 診療ガイドラインに基づいた患者さん向け情報

翻訳：熊本大学大学院産科婦人科学 片瀧秀隆
人吉医療センター産婦人科 大竹秀幸
熊本総合病院婦人科 宮原 陽

この患者さん用手引きは、患者さんご家族が、子宮内膜癌がどのような病気であるかをより理解し、子宮内膜癌の状態に応じた最善の治療を受けることができるように、がん克服基金 (Anticancer Fund) により準備されたものです。患者さんには、ご自身の子宮内膜癌の病状や病期によって、どのような検査や治療が必要であるかを担当医に聞いていただくことをお勧めします。ここに掲載されている医学的な情報は欧州臨床腫瘍学会 (European Society for Medical Oncology: ESMO) の子宮内膜癌のための診療ガイドラインに基づいたものです。この患者さん用手引きは ESMO の協力のもとで作成され、ESMO の許可のもと配布されています。この手引きは医師により執筆され、専門医向け診療ガイドラインの主要な著者を含む、ESMO 所属の二名の腫瘍医によって監修を受けています。また、ESMO のがん患者ワーキンググループの代表者にも監修を受けています。

がん克服基金 (Anticancer Fund) に関する情報を更に知りたい場合は以下のサイトへアクセスして下さい：www.anticancerfund.org

欧州臨床腫瘍学会 (ESMO) について更に知りたい場合は以下のサイトへアクセスして下さい：www.esmo.org

*が付いた用語に関しては、巻末に注釈があります。

【日本語版を翻訳した日本癌治療学会より注記】

この手引きは欧州臨床腫瘍学会 (ESMO) により 2012 年に作成されたものを、ESMO との契約に基づき、日本癌治療学会が原文に忠実に日本語に翻訳したものです。

目次

| | |
|----------------------------|----|
| 子宮内膜癌の定義..... | 4 |
| 子宮内膜癌の頻度は？ | 5 |
| 子宮内膜癌の原因は？ | 6 |
| 子宮内膜癌の診断は？ | 8 |
| 適切な治療を受けるには何が重要か？ | 9 |
| 治療の選択肢として何があるのか？ | 12 |
| 治療の副作用の可能性として何があるのか？ | 17 |
| 治療後にどんなことが起き得るか？ | 20 |
| 用語の説明 | 22 |

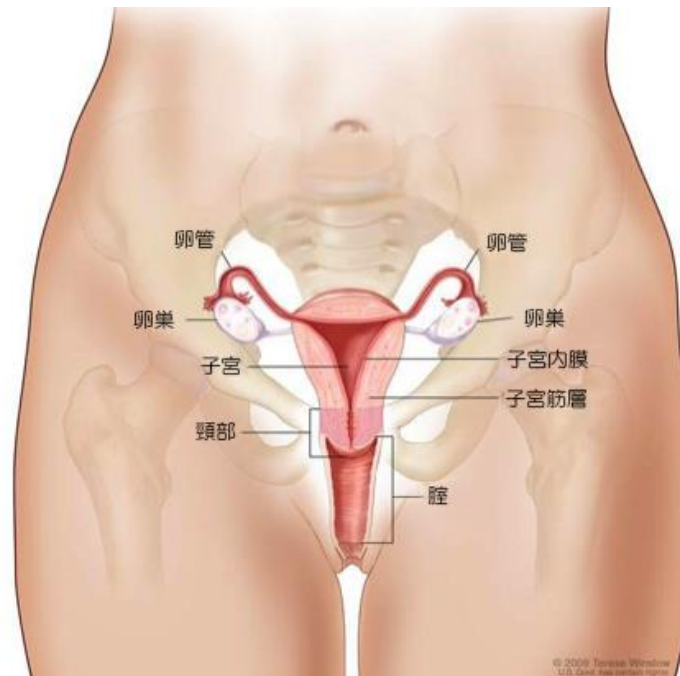
このテキストはDr. Gauthier Bouche (the Anticancer Fund) により執筆され、Dr. Svetlana Jezdic (ESMO)、Dr. George Plataniotis (ESMO)、Prof. Lorenz Jost (ESMO がん患者ワーキンググループ)により監修され、初版は2011年に発行されました。

今回の改訂版(2012)の改訂箇所は、ESMO 診療ガイドラインの最新版を反映しています。改訂は Dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund) によってなされ、Dr. Svetlana Jezdic (ESMO)により監修されています。

子宮内膜癌の定義

本定義はアメリカ国立がん研究所 (NCI) の許可を得て引用しています。

子宮は胎児を宿す中腔を有する器官で、小さな洋梨状の形状をとり女性の骨盤の中央に位置しており、その子宮の中腔の内面の組織*から発生する癌が子宮内膜癌で、その殆どは腺癌* (粘液等を産生する細胞から発生する癌) です。



解剖：女性生殖器官に含まれるのは、子宮体部、卵巣、卵管、子宮頸部、膣があります。子宮には内外の2層が存在し、外層の組織は平滑筋で子宮筋層と呼ばれ、内層の組織は、子宮の中腔の内側を裏打ちし、子宮内膜と呼ばれます。

子宮内膜癌以外で子宮に発生する癌

子宮頸癌

子宮体部から発生する子宮内膜癌とは別の種類の悪性腫瘍で、子宮頸部から発生します。診断や治療の方法は、子宮内膜癌とは異なります。

子宮肉腫*

子宮体部から発生する別の種類の悪性腫瘍で、子宮筋層やその他の組織*から発生します。治療法は子宮内膜癌と似ている部分もありますが、本章の内容は子宮肉腫*には該当しません。

子宮癌肉腫*

子宮体部から発生する癌の一種で、最近では悪性度の高い子宮内膜癌と考えられています。従って、子宮内膜癌に関する情報は子宮癌肉腫に対しても当てはまります。

子宮内膜癌の頻度は？

子宮内膜癌は女性生殖器に発生する癌の中で最も頻度の高い癌で、ヨーロッパでは、女性の生涯で 100 人当たり 1~2 人に発生し、EU では、年間で新たに 88,000 人以上が子宮内膜癌と診断されています。また、その発生数はヨーロッパの多くの国では年々増加しており、西ヨーロッパ諸国では癌の死亡数では 7 番目の多さです。

子宮内膜癌は、通常は 50 歳以上の閉経後女性に発生しますが、25%は閉経前女性の発症です。75%は病巣が子宮内に限局しているⅠ期で診断されることから、予後*は良好で 5 年生存率は 90%です。

子宮内膜癌の原因は？

今日においても、子宮内膜癌の原因は明らかになっていませんが、幾つかのリスク因子がわかっています。リスク因子とは、癌が発生する危険性を高める因子のことで、癌の「原因」と同義ではありません。

リスク因子を持っていても子宮内膜癌にならない女性もいれば、逆に、全くリスク因子が無いにもかかわらず子宮内膜癌になる女性もいます。

大半の子宮内膜癌の増殖にはエストロゲン*が必要であり、エストロゲンが無い状態では、子宮内膜癌の増殖は止まるか、増殖がより遅くなることが知られています。以上のことから、子宮内膜癌のリスク因子のほとんどはエストロゲンと関連しています。

子宮内膜癌の主な危険因子:

- 年齢: 年齢を重ねると共に子宮内膜癌は増加します。
- 遺伝子: 遺伝性非ポリポーシス大腸癌 (HNPCC、もしくはリンチ症候群) の女性では、大腸癌だけでなく子宮内膜癌も高頻度で発生し、生涯で 50%の女性に子宮内膜癌が発生するとされています。この症候群は、遺伝子の突然変異が原因となる遺伝性疾患です。子宮内膜癌の 5%に相当します。
- 子宮内膜癌の家族歴: 第一度近親者 (母、姉・妹、娘) に子宮内膜癌が存在する場合は、子宮内膜癌のリスクが増加します。
本人に乳癌や卵巣癌の既往がある場合:
 - 乳癌や卵巣癌の既往がある場合に、子宮内膜癌のリスクが増加することが知られています。
 - 加えて、乳癌の既往がある場合は、ホルモン療法剤であるタモキシフェン*の使用でも、子宮内膜癌のリスクが増加することが明らかになっています。タモキシフェンは抗エストロゲン作用があるため、本来は子宮内膜癌のリスクを減らす作用が期待されますが、子宮内膜に対しては、逆に増殖作用を示すため、その使用により子宮内膜癌が増加します。しかし全体としては、乳癌でタモキシフェンを服用するメリットは、子宮内膜癌発生のリスクを上回ると考えられています。
- 本人の婦人科疾患:
 - 多嚢胞性卵巣症候群: エストロゲン*が高値となり、プロゲステロン*が低値となる状態が持続するため、子宮内膜癌の危険性が高くなります。
 - 子宮内膜増殖症: 細胞の形は正常ですが、子宮内膜が増殖している状態で、将来、癌に変化することがあります。子宮内膜増殖症で子宮内膜癌に進展するリスクは、単純型や軽度の増殖症では相当に低いのですが、異型子宮内膜増殖症では高いとされています。
- エストロゲン*への曝露状態 (充分な量のプロゲステロン*を伴わない):
 - プロゲステロンに比し、相対的にエストロゲン高値になっている状態。
 - エストロゲン製剤の摂取、特に閉経後女性におけるプロゲステロン*剤を伴わないエストロゲン剤のみでのホルモン補充療法。

- 体重増加・肥満: エストロゲン*が高い状態となるために子宮内膜癌のリスクが高くなることが知られています。
- 糖尿病: 糖尿病の女性は、エストロゲン*が高い状態となるため、子宮内膜癌のリスクが高くなります。
- 高血圧*: メカニズムは不明ですが子宮内膜癌のリスクが高くなることが知られています。
- 地理的要因: 北米やヨーロッパ在住で子宮内膜癌のリスクが増加します。
- 未妊娠: 未妊娠女性で子宮内膜癌のリスクが増加することが知られています。1人以上の出産では子宮内膜癌のリスクは低下し、5人以上の出産では特にリスクの低下が知られています。
- 生涯の月経回数: 生涯の月経回数が増加するとホルモンの要因で子宮内膜癌のリスクも増加することが知られています。

経口避妊薬には、エストロゲン*とプロゲステロン*の両成分が含まれていることから、その服用で子宮内膜癌のリスクは低下します。生活習慣と子宮内膜癌のリスクの関係では、一定の見解は得られていないものの、アルコール摂取や運動不足ではリスクが増加し、大豆等の植物性エストロゲン、コーヒーや野菜の摂取で、リスクが低減する可能性が報告されています。

子宮内膜癌の診断は？

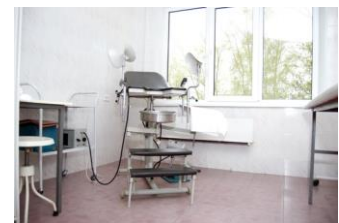
子宮内膜癌は、子宮頸癌と違い、推奨される検診方法（スクリーニング）¹は確立していません。

子宮頸癌は、子宮頸部に発生する癌です。子宮頸癌検診は子宮頸癌の発見を目的として婦人科診察の際に施行され、通常は3年間隔で施行されます。子宮内膜癌が発見されることもありますが、子宮内膜癌の発見はその目的には含まれません。

子宮内膜癌の最も頻度が高い症状は性器出血です。閉経後女性では、性器出血があればそれだけで産婦人科医への受診が必要であり、閉経前女性では、月経時以外の不正出血や多量の性器出血がみられた場合に受診が必要です。性器出血の原因としては子宮内膜癌以外にも多数の疾患があるため、それらの疾患の検査も必要になります。

子宮内膜癌の診断に必要な検査：

1. **婦人科検診***。子宮の大きさや、子宮の外への腫瘍の広がりを診察で判断します。
2. **画像診断**。子宮の超音波断層法検査では、腔内から専用の機器を用いて子宮を近くから観察することでより正確に評価できます（経腔超音波断層法と呼ばれます）。この検査で、子宮内膜の厚さが、3~4mm 以上なら、子宮内膜組織の生検*が考慮されます。胸部X線*、経腹超音波断層法検査や腹部 CT スキャン*は主に子宮内膜癌の転移*性病変を検索する目的で施行されます。子宮内膜癌が子宮頸部への浸潤が疑われる場合は骨盤 MRI*検査が必要でます。
3. **組織学的*検査**。組織学的検査：子宮内膜の組織採取（生検*）は、通常は子宮鏡という内視鏡下に施行され、標本を作製後に病理医が顕微鏡で組織学的評価を加えます。この検査で癌の種類や分化等の重要な情報が得られます。但し、最終的な病理診断*は手術で子宮を摘出後に決定されます。



¹スクリーニング（検診）とは、がんに症状が出る前の早期の段階でがんを発見するために検査を行うことをいいます。系統的なスクリーニング検査が安全で受け入れやすく、なおかつその検査の受検者の大多数でがんを検出できる場合に推奨されます。また症状が出てから見つかったがんを治療するより、スクリーニングで見つかったがんを治療する方がより有効であるということも証明される必要があり、例えば、子宮頸癌のスクリーニングに利用されているパップ・スメア・テストに関しては、それが実証されています。

適切な治療を受けるには何が重要か？

医師は腫瘍だけではなく全体的に患者さんの状態を評価して治療法を決定します。



全身状態の把握に必要な情報

- 病歴
- 家族歴：特に乳癌や卵巣癌
- 閉経の有無
- 医師の診察*所見
- 患者さんの全身状態
- 手術・麻酔*のリスク評価に必要な術前検査：身体所見*（理学所見として、身長、体重、体温、血圧、脈拍、呼吸数等）、胸部 X 線*、血液検査（白血球数、赤血球数、血小板数、肝機能、腎機能）、既往歴より必要と判断される検査、があげられます。

腫瘍に関する情報

- 生検*の結果

子宮内膜の組織検査は婦人科の診察時に特別な器械を用いて採取されます。得られた組織より組織標本が作成され、病理医が診断します。最終的な診断は手術により摘出された腫瘍やリンパ節*の組織学*的検査によって決定されます。

組織検査（生検*）の結果より得られる情報:

○ 組織の種類（組織型*）

組織の種類（組織型*）：子宮内膜より採取された組織*から作成された標本で診断されます。最も多い組織型は類内膜癌*で、子宮内膜癌の 80 %を占め、他には、約 5~10%の頻度で漿液性癌が、約 1%の頻度で明細胞癌があります。類内膜癌の腫瘍細胞は正常の子宮内膜の細胞に類似していますが、この腫瘍は子宮内膜癌の前癌病変である子宮内膜増殖症とよばれる正常の子宮内膜組織が異常に増殖した状態と関連しており、通常は両組織が混在して認められます。漿液性乳頭状癌（漿液性癌）は、正常の子宮内膜細胞とは違い、卵巣や卵管に好発する漿液性癌に類似しています。

○ 分化度（グレード）

腫瘍細胞の分化度は、腫瘍細胞と正常の子宮内膜細胞との偏倚の程度により決まり、腫瘍の増殖の速さと関連しています。子宮内膜癌のグレード 1~3 の 3 段階で、グレードが低い程、子宮内膜癌は予後良好です。腫瘍の組織型が類内膜癌であれば、その分化度はグレード 1~3 のどれかに分類されます。組織型が乳頭漿液性癌*か明細胞癌*であれば、グレードは常に 3 となり、予後*は不良です。

○ 脈管侵襲

脈管侵襲とは、組織学的検査で腫瘍細胞が腫瘍の血管やリンパ管の内腔に発見されることで、腫瘍細胞がリンパ節*や他の臓器へより拡がりやすい状態であることを示しています。

○ 遺伝子発現解析*

子宮内膜癌の臨床においては通常は施行されていませんが、腫瘍細胞の関連する幾つかの遺伝子の発現を調べることで、腫瘍の悪性度が評価され、化学療法*等の術後療法の決定に有効な場合があります。

子宮内膜癌は、組織型*、グレードや遺伝子発現解析*に基づいて、タイプ I とタイプ II の 2 つに分類できます。

タイプ I の子宮内膜癌は、典型的にはグレード 1、2 の類内膜癌で、腫瘍発生の原因はエストロゲン*過剰と考えられており、腫瘍の悪性度は低く、タイプ 2 の腫瘍に比べての子宮外への伸展も少ないことが特徴です。

タイプ II の子宮内膜癌には、乳頭状漿液性癌*、明細胞癌*、癌肉腫*やグレード 3 の癌が該当し、タイプ I の類内膜癌とは腫瘍の遺伝子発現が違います。また、腫瘍発生の原因にエストロゲン*の過剰は関与していないと考えられており、通常は、腫瘍組織にエストロゲンとプロゲステロン*の受容体は同定されず、特に明細胞癌では 2 つの受容体は存在しません。タイプ II の子宮内膜癌は、増殖や子宮外への伸展が速いことから、より積極的な治療法が選択されます。

● 進行期（ステージング）*

医師は、腫瘍の進行期*により腫瘍の拡がりや予後*を判断します。子宮内膜癌では通常、進行期*は国際産婦人科連合（FIGO）の分類が用いられています。FIGO の進行期*分類は、腫瘍が子宮内膜に局限した段階から、どのくらい周囲の組織や他の臓器に拡がった状態かによって決定します。

子宮内膜癌の治療は進行期分類を基準として決定され、より進行した進行期の場合は、予後*はより不良となります。子宮内膜癌の進行期*は、手術時の医師による腹腔内の詳細な観察と、手術で摘出した組織の病理学的検査によって決定されます。病理医は、腫瘍の大きさや発生部位、子宮筋層への浸潤の程度、子宮頸部への浸潤の有無、卵巣や卵管への転移の有無、腫瘍の組織型とグレード、脈管侵襲の有無を診断します。手術でリンパ節*が摘出された場合は、病理医はリンパ節内の癌細胞の有無を評価します。

下の表は子宮内膜癌の進行期分類です。専門的な文言があります。不明な点があれば医師へ質問して下さい。

| Stage (期) | 定義 |
|-------------|---|
| Stage I | 腫瘍が子宮体部に限局するもの。 Stage I は、以下のように IA と IB に細分類される。 |
| Stage IA | 腫瘍が子宮内膜に限局するか浸潤が子宮筋層 1/2 以内のもの。 |
| Stage IB | 腫瘍の浸潤が子宮筋層 1/2 を超えるもの。 |
| Stage II | 腫瘍の浸潤が子宮筋層 1/2 を超えるもの。 2009 年から子宮内膜癌 II 期は IIA、IIB の分類は廃止された。 |
| Stage III | 腫瘍が子宮体や子宮頸部を超えて他の女性内性器（腔、卵巣、卵管あるいは子宮周囲の組織）に広がるもの、またはこの領域のリンパ節*へ広がるもの。III 期は腫瘍の進展する臓器に基づいて IIIA、IIIB、IIIC1 と IIIC2 に分けられる。 |
| Stage IIIA | 子宮の外膜（漿膜とよばれる）あるいは卵管、卵巣を侵すもの。 |
| Stage IIIB | 腔あるいは子宮頸部周囲の組織である子宮傍結合織へ広がるもの。 |
| Stage IIIC1 | 腫瘍細胞が骨盤*リンパ節*にみられるもの。 |
| Stage IIIC2 | 腫瘍細胞が傍大動脈*リンパ節*にみられるもの。 |
| Stage IV | 癌が膀胱、腸あるいは他の臓器（転移*）に広がるもの。 |
| Stage IVA | 膀胱あるいは腸粘膜に浸潤のあるもの。 |
| Stage IVB | 腫瘍細胞が鼠径リンパ節*や腹腔内にみられるか、肝臓や肺などの遠隔臓器にみられるもの。 |

注: この表の進行期は 2009 年の FIGO 進行期*分類に基づいています。臨床的なデータや治療成績は 2009 年の新進行期分類にではなく、以前の古い FIGO 分類に基づいています。

● I 期の子宮内膜癌の再発*リスクについて

多くの子宮内膜癌の患者さんは I 期で発見され、手術が極めて有効ですが、癌は再発の可能性があるので、そのリスク評価が必要です。そのリスクの程度によっては、再発のリスクを低減するための術後療法が考慮されますが、不必要な術後療法は効果が無いだけでなく生活の質の低下につながる場合もあります。

現在わかっている再発のリスク因子は、組織型*（グレード 3 の類内膜腺癌、漿液性癌、明細胞癌、癌肉腫）、進行期 IB 期、リンパ管侵襲や直径が 2cm 以上の腫瘍であり、I 期の子宮内膜癌の場合は、再発リスクに関して、以下の 3 つの群（再発低リスク群、再発中リスク群、再発高リスク群）に分類されます:

- 再発低リスク群：進行期 IA 期、グレード 1 か 2、腫瘍直径は 2cm 以下、リンパ管侵襲なし。
- 再発中リスク群：進行期 IA 期でグレード 3、あるいは進行期 IB 期でグレード 1 か 2。
- 再発*高リスク群：進行期 IB 期でグレード 3、あるいは進行期(1A、1B)にかかわらず類内膜腺癌以外の組織型*（漿液性癌、明細胞癌、癌肉腫）。

術前の検査で I 期と判断されていたとしても、術後の病理検査結果によっては進行期が II 期以上になる場合があります。

治療の選択肢として何があるのか？

治療の基礎は手術です。術後に行われる放射線療法*および化学療法*は、手術に加えて行われることを意味する補助*療法と呼ばれます。以下に記載されている治療法には、利点、リスクおよび禁忌があります。治療の結果が知らされるために、すべての治療で期待される利点とリスクについて医師に尋ねておくことをお勧めします。患者さんによっては、いくつかの治療の選択肢がありますので、期待される利益とリスクのバランスに応じてどの治療法を選択するのか相談するとよいでしょう。

手術

術前評価はすべての患者さんに対して行われます。医学的な禁忌であったり、麻酔*によってもたらされるリスクによって、子宮内膜癌患者の5~10%では手術ができないかもしれません。肥満、糖尿病および心臓病がよく理由となります。手術可能と考えられた患者さんにおいて、手術の目的は疾患の病期分類を行うこと、そして腫瘍を含んだ子宮を摘出することです。



疾患のステージング（進行期の決定）*

手術によりステージング*が可能になります。進行期決定は腫瘍の大きさ、場所、また子宮頸部、卵管、卵巣、リンパ節*あるいは骨盤内や腹腔内の別の場所に腫瘍細胞が見つかるかどうかをチェックすることにより行われます。手術中、執刀医は他の腹部臓器（肝臓、横隔膜、大網*、腹膜*の表面）の視診や触診を行います。また、執刀医は腹腔内に液体を入れ、それを吸引して取り除き、がん細胞を検索するために検査室にその液体を提出します。これは腹腔洗浄と呼ばれています。

手術によって取り出されたすべての組織*は病理医が検査します（病理組織学的検査*）。

腫瘍の摘出

腫瘍を含んだ子宮が摘出されます

手術では子宮、両側の卵管と卵巣を摘出します。子宮の摘出は、子宮摘出術*と呼ばれ、両方の卵管と卵巣の摘出は両側卵管卵巣摘除術*、あるいは両側卵管卵巣摘出術と呼ばれています。

I期、II期およびIII期の患者さんの場合、手術は下腹部の切開（開腹術*）によって、または腹腔鏡補助下腔式子宮摘出術*と呼ばれる方法によって行われます。この方法では、ビデオカメラを用いてテレビ画面に拡大画像を映し、これをガイドとして、腔を通して子宮、卵管と卵巣を摘出します。後者の方法は、腫瘍の摘出と生存率の点において開腹術と同等の成果が得られると考えられており、また開腹術*と比較すると、入院期間が短縮し、鎮痛剤の使用が減少し、術後合併症の割合が低下することが示されてきました。

I 期の子宮内膜癌に対する標準的な手術では、（リンパ節*の摘出の有無に関わらず）、子宮、卵巣、および卵管を摘出します。多くの婦人科医は、中間および高リスク I 期の子宮内膜癌（IA 期でグレード 3 および IB 期）の患者さんでは*リンパ節摘出*を支持しています。

II 期の子宮内膜癌に対する外科的アプローチは、傍大動脈*リンパ節の摘出を加えるかどうかの有無に関わらず、子宮、卵巣、卵管、そして骨盤リンパ節の摘出することで構成されます。

III 期および IV 期の患者さんの場合、手術の目的は可能な限り多くの原発腫瘍を摘出することです。これは腫瘍減量手術または腫瘍縮小手術と呼ばれています。

骨盤内および大動脈*に沿ったリンパ節*を摘出することがあります

骨盤内および大動脈*に沿ったリンパ節*の摘出が行われることがあります。その実際は病院によって異なります。リンパ節*の摘出によってより正確に癌の進行期を決定できますが、リンパ節を摘出することが癌の治療につながり、再発がより、抑えられるというエビデンスはありません。リンパ節の摘出は、リンパ液が下肢に貯留する状態であるリンパ浮腫のリスクを増大させます。しかしリンパ節の摘出は、ステージング*の手順の一部であり、補助*療法が必要かもしれない患者さんを見分けるのに役立ちます。多くの執刀医は、IA 期でグレード 1 または 2 の腫瘍を持つ患者さんを除いて、手術を受けるすべての患者さんでリンパ節を摘出するほうがよいと考えています。

補助* 療法

補助療法は、手術に加えて行われる治療法です。子宮に限局した疾患の患者さん（限局する子宮内膜癌）に対して補助療法の慣例的な使用を支持する決定的なデータはありません。すべての進行期において、いまだに意見の相違による論争があり、最善の選択肢が何であるかといった明確な証拠が不足しています。子宮内膜癌の治療法は、医療専門家の学際的なチームの間での議論に基づいて決定するように勧められています。異なる専門家によるこの会議は集学的検討会議*または腫瘍症例検討会と呼ばれています。この会議では、上述した関連情報に基づいて治療の計画が議論されます。



I 期癌の補助治療

I 期の患者さんに対する選択肢は次の通りです：

- **経過観察***、問診（患者さんの病歴の見直し）、全身および腔の診察を含んだ定期的な診察をおこないます。徴候や症状が認められている場合には、放射線検査、血液検査や麻酔*下の検査といったさらなる検査が行われることがあります。
- **補助腔近接照射療法***、放射線源が腔内に配置された内照射タイプの放射線療法*です。
- **補助骨盤*放射線療法***、放射線は外部の線源から生成され、骨盤に照射される外照射タイプの放射線療法*です。

補助化学療法*、がん細胞を殺す、あるいはがん細胞の成長を制限するような抗癌剤を使用します。どのような薬物の組み合わせが最も効果的かはわかっていませんが、白金製剤（シスプラチン*およびカルボプラチン*は子宮内膜癌の治療に使用される白金を含む薬剤です）をひとつは含めるべきです。

I期癌の患者さんの場合、手術後の治療の選択は主に再発リスクに依存します。

再発*のリスクが低い患者さん（IA 期でグレード 1-2 の腫瘍）では、経過観察*が推奨されます。

再発のリスクが中間の患者さん（IB 期でグレード 1-2 の腫瘍、または IA 期でグレード 3 の腫瘍）：

- 経過観察*も選択肢の一つですが、腔からの近接照射療法*が提案されることもあります。
- 補助骨盤*放射線療法と化学療法*は、患者さんが 60 歳以上の場合、組織学的検査でリンパ管侵襲が認められた場合、または腫瘍が大きい場合に検討されることがあります。

再発のリスクが高い患者さん（IB 期でグレード 3 の腫瘍）：

- 補助放射線療法が勧められます。
- 補助骨盤*放射線療法と化学療法*は、患者さんが 60 歳以上の場合、組織学的検査でリンパ管侵襲が認められた場合、または腫瘍が大きい場合に検討されることがあります。

II 期癌の補助療法*

II 期の患者さんに対する選択肢は次のとおりです：

- **補助腔近接照射療法***、放射線源が腔内に配置された内照射タイプの放射線療法*です。
- **補助骨盤*放射線療法***、放射線が外部の線源から生成され、骨盤に照射される外照射タイプの放射線療法*です。
- **補助化学療法***、がん細胞を殺す、あるいはがん細胞の成長を制限するような抗癌剤を使用します。どのような薬物の組み合わせが最も効果的かはわかっていませんが、白金製剤（シスプラチン*およびカルボプラチン*は子宮内膜癌の治療に使用される白金を含む薬剤です）をひとつは含めるほうがよいとされています。

腔内近接照射療法*は、リンパ管侵襲のみられないグレード 1-2 腫瘍の患者さんのみに行うことができますが、そのためにはリンパ節*が摘出され、組織学的検査によって腫瘍細胞が見られないことが必要です。

手術中にリンパ節の腫瘍細胞の有無がチェックされていない場合には、骨盤*放射線療法*と腔内近接照射治療*の両方が推奨されます。

補助化学療法*は単独で、または骨盤*放射線療法と同時に進行することが検討されます。補助化学療法の使用により、骨盤外の再発*（「転移*」として知られている骨盤外への癌の広がり）のリスクを減少させるかもしれません。どのような薬物の組み合わせが最も効果的かはわかっていませんが、白金製剤（シスプラチン*およびカルボプラチン*は子宮内膜癌の治療に使用される白金を含む薬剤です）をひとつは含めるほうがよいとされています。

進行した疾患（Ⅲ/Ⅳ期）の治療

進行した子宮内膜癌の治療には通常、手術、放射線療法*、および化学療法の組み合わせが含まれます。進行した子宮内膜癌の5~10%の患者さんでは、医学的な禁忌により手術を行うことができません。これらの患者さんは、外部放射線療法*（外部の線源によって生成され、腫瘍に向けて照射される放射線）と内部放射線療法*と呼ばれる近接照射治療*（子宮腔内およびまたは腔内に放射線源を配置することを含みます）の両方、あるいはどちらか一方によって治療され、また全身治療*に併せて治療することもあります。



Ⅲ期患者に対する補助*治療

手術を行ったⅢ期の患者さんに対する補助治療の選択肢には次のようなものが含まれます：

- 補助腔近接照射療法*
- 補助骨盤*放射線療法*
- 補助化学療法*

歴史的に、手術後のⅢ期患者に対して骨盤*の放射線療法*と腔の近接照射治療*が推奨されてきました。現在、Ⅲ期の患者さんに対しては化学療法*が放射線療法の代わりに、あるいは放射線療法に加えて行われるほうがよい、という証拠が増えてきています。最適な治療については医師と相談する必要があります。

補助化学療法*では、白金を含む薬剤（シスプラチン*およびカルボプラチン*は子宮内膜癌の治療に使用される、白金を含む薬剤です）のひとつが含まれるほうがよいとされています。

留意すべきこととして、補助放射線療法*は、内部と外部ともに（骨盤内に）限局した腫瘍の再増殖を防ぐのに対して、化学療法*は骨盤外へ病変が広がることを防ぎます。

Ⅳ期の子宮内膜癌の治療

Ⅳ期の患者さんに対して、腫瘍減量手術後の治療の目的は、体内、すなわち骨盤または他の場所（転移*）に残っている癌細胞に作用することです。術後放射線療法*には骨盤内の再発を防ぐための局所的な効果があります。全身治療は、局所だけでなく、全身のがん細胞に作用します。全身治療*には化学療法*またはホルモン療法*があります。

化学療法*の薬剤には*白金系化合物、アントラサイクリン*、およびタキサンが含まれます。パクリタキセル*ベースの併用レジメンは、より効果的で忍容性のあることがわかっていますので、進行した子宮内膜癌患者における一次化学療法として好んで用いられます。ホルモン療法の使用は類内膜の組織型においてのみ推奨されます。プロゲステロン*を含んだ薬物の使用が選択肢のひとつです。タモキシフェン*とアロマターゼ*阻害剤も選択肢として使用されています。

進行した子宮内膜癌患者に行われる治療は、それぞれの患者さんの要求、予後*および健康状態によって個別化されるべきです。

乳頭*漿液性および明細胞腫瘍に対する特異的な治療*

乳頭漿液性癌*と明細胞癌*はより悪性度の高い癌ですが、類内膜腺癌よりも頻度が低いです。それらに対しては、子宮、卵巣、卵管、骨盤*および傍大動脈*リンパ節*を切除し、同様に虫垂の切除ならびに腹膜の生検*および切除を行った完全なステージングを必要とします。白金製剤ベースの補助*化学療法*は初期（ステージIおよびII）の疾患のために提案されるべきです。白金製剤ベースの化学療法は、IIIまたはIV期の患者さんに推奨されています。通常、上皮性卵巣癌に用いられるのと同じ化学療法のレジメンが、進行、再発、または乳頭状漿液性または明細胞の子宮癌の患者さんで考慮されることがあります。乳頭漿液性癌の子宮内膜癌はホルモン反応性ではないと考えられています。

治療の副作用の可能性として何があるのか？

手術

全身麻酔*下に行われる外科的介入の全てには共通するリスクがあります。これらの合併症には、深部静脈血栓症*、心臓や呼吸の問題、出血、感染、または麻酔への反応がありますが、まれです。

女性の生殖器官は、下部尿路および下部消化管とともに骨盤内にあります。外科的介入の際には、尿路および腸が損傷を受けるおそれがあります。

骨盤内および傍大動脈*リンパ節*が摘出される際には、リンパ系の損傷や障害によって、リンパ液が下肢に貯留し、下肢が腫脹した状態であるリンパ浮腫が生じる可能性があります。手術直後に発生することもあるれば、後になって起こることもあります。

子宮摘出術*を受けることにより、外科的介入後数年経過してからの尿失禁および膀胱脱症のリスクを増大します。これは手術が、骨盤*底を支持する筋肉を損傷したり、弱めたりすることがあるからです。

閉経前に手術を受けた女性は、両方の卵巣切除を受けることによって手術後すぐから更年期の症状を経験することがあります。ほてり、気分のむら、寝汗、膣の乾燥や集中力の低下がよく起こります。

副作用は緩和することができるので、腫瘍の専門家によるアドバイスを受けることによいでしょう。

補助*療法の副作用

補助療法の最もよくみられる副作用は治療後に可逆的であることが多いです。これらの副作用をある一定の範囲で予防または軽減するためにいくつかの対策を取ることができます。医師と前もって話し合っておくとよいでしょう。

骨盤*放射線療法*

子宮内膜癌に対する外部放射線療法*の副作用は、主に子宮の周囲臓器への被曝が原因です。尿路に対する放射線の影響は、排尿痛、膀胱の痙攣によって起こる尿意切迫、血尿、尿路閉塞、および膀胱粘膜の潰瘍や壊死が含まれます。下部消化管への放射線の影響は、直腸の不快感、下痢、粘液や血液の直腸からの分泌、および、まれに腸の穿孔を含みます。膣の狭小化も、*骨盤*への放射線療法によって起こりうる晩期障害です。これらの放射線療法後の反応に対する治療法の選択肢については腫瘍医に相談するほうがよいでしょう。強度変調放射線療法*（IMRT）といった、外部照射*の最新技術は放射線の毒性を減少させることを意図しています。

腔内近接照射療法*

前述した外部放射線療法*の副作用は、腔内近接照射療法*でも起こりえますが、このタイプの放射線療法*では照射範囲が限られているため、より頻度が低くなります。腔の乾燥は治療中または治療後によく起こります。腔の狭窄および乾燥も発生する可能性があります。そのせいで長期的な性的機能不全をもたらすこともあります。若い女性では放射線は卵巣機能を廃絶させ、これはさらなる腔の乾燥および性的機能不全を引き起こすことがあります。また、骨盤*の骨粗鬆症かつまたは不全骨折のリスクが高まる可能性があります。これらの問題に対しては専門医のケアを受けなければなりません。

化学療法*

化学療法*の副作用は頻繁に起こります。副作用は、投与される薬物、用量、個人的な要因によります。あなたが以前から他の問題（例えば、心臓の問題など）を持っている場合は、副作用の予防処置を行ったうえで治療をおこなうか、それらの問題に合わせて治療を調整するほうがよいでしょう。薬剤の組み合わせは、通常、単一の薬物の使用よりも副作用をもたらします。

子宮内膜癌の化学療法*に使用される薬物の最も多い副作用は、脱毛と血球数減少です。血球数減少は、貧血、出血や感染症をもたらすことがあります。化学療法*が終了すると、髪は生え、血球数は正常に戻ります。

その他によく起こる副作用は、次のとおりです：

- 紅潮や発疹などのアレルギー反応
- 手かつまたは足に影響を与える神経の問題（末梢神経障害*）、これらは皮膚のうずくような感じ、しびれかつまたは痛みを引き起こす可能性があります
- 一時的な視力の損失や変化
- 耳鳴りや聴覚の変化
- 低血圧
- 吐き気、嘔吐、下痢
- 口腔粘膜などの部分の炎症
- 味覚の喪失
- 食欲不振
- 徐脈
- 脱水
- すぐに消える爪と皮膚での軽度の変化
- 注射部位の痛みを伴う腫れや炎症
- 筋肉や関節の痛み
- 痙攣
- 倦怠感

あまり頻繁ではありませんが、より深刻な副作用が発生する可能性があります。これらは特に、脳卒中、心筋梗塞や、腎臓や肝臓の機能の障害が含まれます。これらの症状のどれかがある場合には医師に報告する必要があります。

これらとは別に、それぞれの薬剤が別の望ましくない影響を与えることもあります。すべての人に副作用があるわけではなく、副作用が同じ程度ではありませんが、最も一般的なものを以下に記載します。

シスプラチン*には聴力の損失や腎臓の損傷につながる可能性があります。腎機能は治療を開始前に血液検査で評価されます。損傷を防ぐためには、治療中に多量の水を飲むことが非常に重要です。

ドキシソルピシンは心臓の筋肉への損傷を引き起こす可能性があるため、心機能の評価はこの薬による治療前に重要です。日光に対して肌がより敏感になり、患者さんが過去に放射線療法*を受けていた部位で発赤を引き起こす可能性があります。治療後数日間、尿が赤またはピンク色に変わることがあります。これは血液ではなく、単に薬物の色です。

パクリタキセル*は投与量、注入の持続時間、および投与スケジュールによって末梢神経障害*を引き起こす可能性があります。主症状はしびれ、感覚異常*と、まるで燃えている手袋やストッキングを着用しているかのような手や足の痛みです。症状は多くの場合対称的で、通常は下肢に遠位に発生します。患者さんは、一般的に足のつま先と指で症状が同時に発症すると言いますが、非対称的なこともあります。顔に及ぶことはあまり多くありません。軽い症状では治療の中止後、数ヶ月以内に改善または完全に解決することが報告されていますが、重度の神経障害*を発症した患者さんでは、症状や障害が長く持続することが報告されています。

ドセタキセルは*時に体液貯留、一時的な爪の変色やかゆみのある皮膚の発疹を引き起こします。一部の患者さんでは、手掌・足底症候群*または手や足の単純なしびれやうずきもおこります。約 4 分の 1 の患者さんで初回または二回目のドセタキセル注入の際にアレルギー反応がみられます。

トポテカン*の一般的な副作用には、便秘、下痢、倦怠感、脱毛、食欲不振、吐き気、腹痛、疲労、嘔吐、脱力があります。トポテカンの使用時に発生する重篤な副作用は、重度のアレルギー反応、青いあるいは異常に青白い皮膚や爪、発熱、悪寒、または持続的な喉の痛み、痛みを伴うあるいは焼けるような排尿痛、持続的または重度の咳、持続的または重度の疼痛、発赤や注射部位の腫れ、持続的または重度の胃の痛みや痙攣、持続的または重度の疲労感や脱力感、息切れ、異常な原因不明のあざや出血、および目や皮膚が黄色くなる可能性があります。

ホルモン療法:

ホルモン療法はいくつかの副作用に関連しています。頭痛、吐き気、かつ、または、乳房痛のような深刻でない副作用であることもあれば、足の静脈内の血液塊（深部静脈血栓症*）、肺の中の血液凝固（肺塞栓）、心臓の問題、脳卒中かつ、または、不正な腔からの出血などのようなより深刻な副作用もあります。

治療後にどんなことが起き得るか？

医師によるフォローアップ（経過観察）*

治療が完了した後は、医師は定期的な診察を含んだフォローアップ*の計画を提示しますが、その目的は以下のことです：



- 可能な限り早い段階での再発*を見つける
- 治療に関連する合併症を評価し、それらを管理する
- あなたが早く通常の生活に戻れるよう心理的支援や情報を提供する
- 乳癌、卵巣癌および結腸癌のリスクの増加があるため、監視スケジュールを実行する。他の癌が発生するリスクの増加は、すべての女性に必ず起こることではありませんが、一部の女性では主にいくつかの遺伝的要因のため、時には受けた治療のためにリスクが増大することがあります。

患者さんは初めの 2 年間は*3~4 ヶ月毎に受診して全身の診察と婦人科診察を受け、5 年までは 6 ヶ月の間隔で、定期検査を受けるほうがよいでしょう。臨床的に必要であれば、さらなる検査が行われることがあります。

普通の生活への復帰

癌が再発*する可能性があるという考えとともに生きて行くことは大変なことかもしれませんが、現在の知識では、補助*療法の完了後に再発*のリスクを低下させるものとして推奨できることはありません。癌そのものや治療の結果、通常の生活に復帰することが難しいひともいます。心配なこととしては、ボディイメージ、性欲、疲労、仕事、感情やライフスタイルに関連する疑問などが、あるでしょう。親戚、友人や医師とこれらについて話し合うことが助けとなるかもしれません。元患者さんのグループや電話情報サービスや悩み相談室のサポートは多くの国で利用可能です。

癌が再発したらどうしますか？

癌がまた出てきた場合、再発*と呼ばれ、治療は再発*の程度次第です。癌の再発は通常、初回治療後 3 年以内に起こります。

再発*の拡がりや身体検査*、放射線検査と血液検査によって十分に評価しなければなりません。初発の腫瘍が子宮に限定していた患者さんにおける再発*の大部分は骨盤内に生じます。

治療の選択肢は再発*の拡がり方によります。治療の選択肢について集学的検討会*で議論するのがよいでしょう。

癌が骨盤内の*再発*として出てきた場合、手術、放射線療法*および化学療法*が選択肢となります。

再発腫瘍が骨盤の固形臓器の隣に位置している（中央再発）場合、可能な限り手術によって切除するか、放射線療法で治療するのがよいでしょう。

再発が骨盤内のリンパ節*で発生した場合（局所再発）、可能であれば化学療法併用での放射線療法が好ましい選択肢です。

放射線療法*は、以前に行われていない場合にのみ、再発*に対する治療として考慮することができます。実際、放射線療法には受けることができる最大容量があり、過去の放射線療法でこの最大用量に到達していることがほとんどです。しかしながら、以前に内部放射線療法（近接照射療法*）のみが行われた場合においては、外部放射線療法*を受けることができますし、その逆もまた同様です。

パクリタキセル*ベースの併用レジメンは、再発に対する一次化学療法として好んで用いられます。一次化学療法後に再発した子宮内膜癌は多くの場合、化学療法に耐性を示します。このような状況で臨的に有益で、良好な忍容性を示す化学療法薬はパクリタキセル、あるいはトポテカン*とドセタキセル*の組み合わせでの毎週投与です。

癌が転移*を伴った再発*として出てきた場合、治療の選択肢は、化学療法*とホルモン療法です。

化学療法*は、集学的な検討会での議論や患者さんとの話し合いによって決められます。化学療法での期待される利益と副作用*を考慮して決定するのがよいでしょう。

一次化学療法として良いのはパクリタキセル*ベースの併用レジメンです。一次化学療法後に再発した子宮内膜癌では、多くの場合、化学療法に耐性を示します。このような状況で臨的に有益で、良好な忍容性を示す化学療法薬はパクリタキセル、あるいはトポテカン*とドセタキセル*の組み合わせでの毎週投与です。化学療法*の副作用は非常によく起こります。これらの副作用は「治療の選択肢は何があるのか？」の章に記述されています。

転移性*疾患の治療が有効かどうかの主な予測因子は、腫瘍が高分化型*であること、長期無病期間、および骨盤外転移の場所（特に肺）と拡がりです。

ホルモン療法は、グレード 1 の腫瘍とプロゲステロン*受容体陽性の腫瘍の患者さんに提案することができます。プロゲスチン（酢酸メドロキシプロゲステロンまたはメゲストロール）、プロゲステロンと同じ効果を持つ薬物の種類、またはエストロゲン*の作用を相殺するタモキシフェン*を用いることができます。ホルモン療法の副作用は、放射線療法*および化学療法*の副作用より頻度が低いです。体液の貯留によって起こる足首の腫れ、食欲の増加、および体重増加がプロゲスチンの最も一般的な副作用です。その他にあまり頻繁ではありませんが、より深刻な副作用が発生する可能性もあります。血栓（肺塞栓を含む）、脳卒中や心臓発作のリスクが有意に増加します。いずれの症状でも医師に報告する必要があります。

用語の説明

CT スキャン（コンピューター断層撮影）

臓器を X 線でスキャンしその結果をコンピューターで処理し、臓器の画像を構成する X 線撮影。

MRI/磁気共鳴画像診断

医療で用いられる画像診断技術。磁気共鳴を利用しています。しばしば、異なる細胞間のコントラストを際立たせて構造をより鮮明にするために、造影剤が注射されます。

アジュバント（補助療法）

がんにおける補助療法とは、ある治療の目的を達成するための手助けをし、その治療効果を強化する治療です。たとえば、放射線化学療法や化学療法、がんを根絶するという目的を達成するために手術の手助けをします。腫瘍学的な意味とは異なりますが、抗原に対する免疫機能の応答を活性化するためにワクチンに加える薬剤もアジュバントと言います。

アロマターゼ阻害薬

アロマターゼ酵素の阻害により女性ホルモンであるエストラジオールの形成を抑える薬剤。アロマターゼ阻害薬は、閉経後のホルモン反応性乳がん患者さんを対象としたホルモン治療のひとつとして行われます。

アントラサイクリン

多くの範囲のがん治療で化学療法として使用される抗生物質。

遺伝子発現プロファイル

様々な細胞内で生成されるすべての mRNA に関する情報。遺伝子発現プロファイルは病気の診断や治療に対する反応を調べる際に用いられることがあります。遺伝子発現プロファイルは個別化医療で用いられることもあります。

エストロゲン

女性の性徴と長骨の成長の発生や維持を助ける、体内で作られるホルモンの一種。エストロゲンは製造ラボにおいて合成することもできます。これらは、避妊の一法として、あるいは閉経、月経障害、骨粗鬆症および他の状態の症状を治療するのに使われることもあります。

開腹

腹壁を外科的に切り開くこと。

化学療法

薬剤により癌細胞を死滅させ、腫瘍の増殖を抑制する癌治療の一種です。これらの薬剤は通常、患者さんの静脈内へ緩徐に注入されますが、癌の局在によっては、直接、手足や肝臓に注入したり、経口投与ができるものもあります。

カルボプラチン

治療歴のない進行卵巣がんの患者さんや、治療完了後に再発した卵巣がんの治療に用いられる薬。進行性や転移*、再発性の非小細胞性肺がんの治療においては、他の薬と併用して用いられることもあります。カルボプラチンは抗がん剤シスプラチンの一種で、副作用が比較的少ないです。細胞内のDNAに結合し、がん細胞を死滅させます。白金化合物です。

癌肉腫

癌（皮膚や、内臓を裏打ちしたり、覆ったりする組織*である上皮組織の癌）と肉腫*（骨、軟骨や脂肪などの結合組織*の癌）との混合物である悪性腫瘍。

胸部X線

胸部の臓器と骨のX線検査。X線は高エネルギー放射線の一種で、これを人の体を通してフィルム上に照射すると、そのフィルム上に体内領域の画像が映し出され、疾患を診断するために用いられます。



経過観察

医学的には、患者さんの状態を観察しているが、症状が現れたり変化したりしない限り、治療を行わないこと。

高血圧

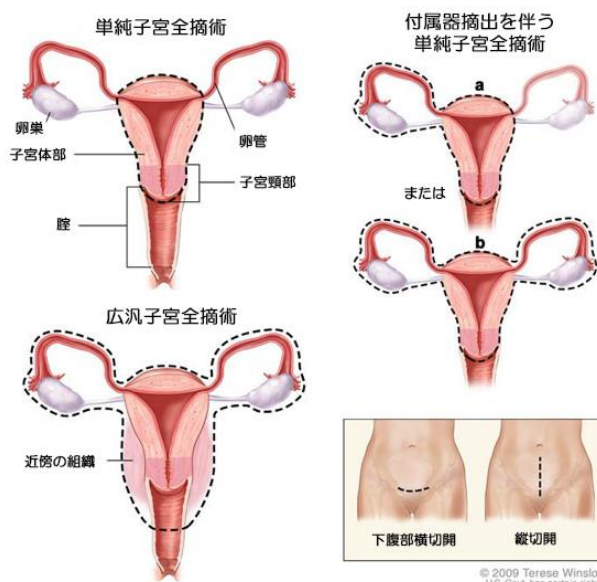
血圧が140/90以上になった状態。通常、高血圧には症状はありません。しかし、高血圧により動脈が傷つき、脳卒中、心臓発作、腎不全、失明などのリスクの増大につながります。

骨盤の

骨盤（下腹部で、左右の腰骨の間に位置する）に関すること。

広汎子宮全摘術

子宮、子宮頸部および膣の一部を切除する手術。卵巣、卵管や近傍のリンパ節*も切除されます（図参照）。



子宮摘出術*。子宮が単独で、または他の臓器や組織*と共に手術により切除されます。子宮全摘出術*では子宮体部と子宮頸部が切除されます。卵管卵巣切除術を伴う子宮全摘出*では、(a) 子宮と一方(片側)の卵巣および卵管が切除されるか、または(b) 子宮と両方(両側)の卵巣および卵管が切除されます。広汎性子宮全摘出術*では、子宮体部、子宮頸部、両方の卵巣、両方の卵管、および周辺の組織*が切除されます。これらの手技は、下部横切開または縦切開を使用して実施されます。

再発

通常は、がんや疾患を認めないか検出できない期間がしばらく続いた後に、再び発生したがんや疾患(通常、自己免疫疾患)のこと。再発は、最初に発生した(原発)腫瘍と同じ部位に再発する場合もあれば、別の部位に再発する場合があります。再発がん、再発性疾患とも呼ばれます。

子宮全摘出術

子宮頸部を含めた子宮全体を切除する手術。

子宮摘出術

子宮体部や、時によっては子宮頸部を取り除くために行う手術。子宮体部と子宮頸部の両方を摘出する方法は、単純子宮全摘術と呼ばれます。子宮体部のみ摘出する場合は、部分あるいは腔上部子宮全摘術と呼ばれます。広汎子宮全摘術では子宮体部、子宮頸部のほか、腔の一部を切除します。卵巣や卵管、近傍のリンパ節*も切除します。

シスプラチン

様々な癌の治療に用いられる薬剤。シスプラチンには金属白金が含まれています。DNA 障害と DNA の分裂を阻害することで癌細胞を死滅させます。シスプラチンはアルキル化剤の一種です。

集学的検討

異なる専門分野のエキスパートの医師が患者さんの病状や治療選択肢を吟味・検討する治療計画のアプローチ。がん治療において、集学的検討は腫瘍内科医(薬によるがん治療を行う)、腫瘍外科医(手術によるがん治療を行う)、放射線腫瘍医(放射線によるがん治療を行う)が含まれます。腫瘍症例検討会とも呼ばれます。

手掌・足底症候群

手や足に起こる痛み、腫れ、しびれ、刺痛、発赤を特徴とする病態。時々、特定の抗癌剤の副作用として起こります。また、手足症候群や手掌・足底発赤知覚不全とも呼ばれます。

診察(診断)

病気の一般的な兆候を調べる身体の検査。

深部静脈血栓

足や下部骨盤の深い静脈に凝血塊を形成すること。痛み、腫脹、熱感、発赤といった症状が患部に見られることがあります。DVT とも呼ばれています。

生検

病理医による検査のために細胞または組織*を採取すること。病理医はその組織を顕微鏡で調べたり、その細胞または組織*に対して他の検査を実施したりします。生検の手技には様々な種類があります。最も一般的なものとしては以下のものがあります：（1）切開生検、組織のサンプルだけを採取する方法；（2）摘出生検、しこりや疑わしい領域の全体を摘出する方法；（3）針生検、組織や体液のサンプルを針を用いて採取する方法。太い針を使用する場合は、コア生検と呼ばれる。細い針を使用する場合は、穿刺吸引生検と呼ばれます。

腺癌

臓器の内側を覆う細胞から発生するがんのうち、腺と類似の（分泌性の）性質をもつもの。

全身治療・療法

血流を通して循環する物質を用い、全身の細胞に行きわたらせ効果を与える治療。化学療法と免疫療法は全身治療の一例です。

組織

特異的な機能を担うために共に働く細胞の集団や層。

組織型

顕微鏡下に腫瘍組織の細胞や構造を特徴づけることにより腫瘍を分類したカテゴリー。

大動脈

体内で最大の動脈。酸素を豊富に含む血液を心臓から体の他の部分に通じる血管へと運びます。

大網

腹部にある胃やその他の臓器*を取り囲むように存在している腹膜（腹腔の内側を覆っている薄い組織*）のひだ。

タキサン

細胞分裂を止めることにより、細胞の成長を阻害する薬の一つ。タキサンは微小管（有糸分裂において染色体の移動を助ける細胞内構造物）を妨害します。がん治療に用いられます。有糸分裂阻害剤及び微小管阻害薬の一種。

タモキシフェン

特定のタイプの乳がんを治療する際に用いられる薬。非浸潤性乳管がんを発症した患者さんや乳がん発症のリスクの高い患者さんに対して、乳がん予防のために用いられることもあります。タモキシフェンは他のがんに対する治療の研究も行われています。タモキシフェンは乳房のエストロゲンホルモンの影響を阻害します。抗エストロゲン剤の一種であり、タモキシフェンクエン酸塩とも呼ばれます。

知覚異常

「焼けるような」または「チクチクするような」といった外からの刺激なしに起こる触覚の異常です。

転移

身体のある場所から他の場所へとがんが広がること。広がった細胞によって形成される腫瘍は転移腫瘍や転移と呼ばれます。転移腫瘍は原発の腫瘍とおなじ細胞を含みます。

ドセタキセル

ドセタキセルはタキサンと言われる種類の抗がん剤に属します。ドセタキセルは細胞が分化増殖するために必要な内部骨格を破壊する能力を阻害します。骨格がそのままだと細胞は分裂することができず、最終的に死に至ります。ドセタキセルは血球のような非がん細胞にも影響を及ぼすため、それが副作用の原因となることがあります。

トポテカン

「トポイソメラーゼ阻害剤」に分類される抗癌剤。DNAの分配に関わるトポイソメラーゼIという酵素を阻害する。この酵素が阻害されると、DNA鎖が切断される。これによりがん細胞が分裂することを妨げ、結果的に死滅する。

肉腫

骨、軟骨、脂肪、筋肉、血管その他の結合組織*または支持組織の癌。

乳頭漿液性癌

通常、子宮/子宮内膜、腹膜*、または卵巣に発症する高悪性度の癌。

パクリタキセル

乳がんや卵巣がん、AIDS関連のカポジ肉腫*の治療に用いられる薬。子宮頸がんを治療する際、他の薬と併用して用いられることもあります。また、パクリタキセルに関して他のがん治療の研究も行われています。細胞分裂を止めることにより細胞の成長を阻害し、がん細胞を死滅させます。抗有糸分裂薬の一種です。

病期分類/ステージング

体内のがんの進展、特にがんが発生部位から体の他の部位へ転移していないかどうかということを知るために診察や検査を行うこと。最善の治療を計画するために、疾患の病期診断はとても重要です。

病理組織学

顕微鏡を使った組織*および細胞の研究。

フォローアップ/経過観察

治療後の患者さんの健康状態を観察すること。臨床研究や臨床試験に参加する被験者の、研究中また研究後における健康状態の一定期間に渡る追跡も含まれます。

腹膜

腹壁の内面と大半の腹部臓器の表面を覆っている組織*。

腹膜の

腹膜の、あるいは腹膜に関する。

プロゲステロン

プロゲステロンは、主として卵巣や胎盤によって分泌される女性ホルモンです。受精卵の着床のための準備として月経周期の後半に子宮内膜が変化させたり、胎盤の発育や乳腺の発達を管理したりしています。また、避妊の一法として、あるいは月経不調、不妊症、更年期の症状や他の障害の治療に使われることもあります。

放射線療法

位置が一定であるがんに対して放射線を用いる治療。

傍大動脈リンパ節*

大動脈*の近くにあり、腰椎の真ん前に位置するリンパ節群。

麻酔

麻酔薬によって人工的に引き起こされた、患者さんが痛みを感じず、反射が消失し、ストレスを感じない可逆的な意識の消失です。それは全身麻酔でも局所麻酔でも可能で、患者さんが手術を受けることを可能にします。

末梢神経障害

身体の様々な部位に痛みやしびれ、刺痛、腫脹、筋力低下などが起きる神経系の病態。通常は手か足から始まり、時間とともに悪化していきます。末梢神経障害の原因としては、身体的な損傷、感染、毒性物質、疾患（がん、糖尿病*、腎不全、栄養失調など）、薬物（抗がん剤など）などが考えられます。ニューロパチーとも呼ばれます。

密封小線源療法

針やワイヤー、カテーテルの中などに密封された放射性物質を、直接腫瘍内もしくはその近傍に留置することによって行う放射線治療の一種。注入放射線療法、内照射療法、放射線近接照射療法とも呼ばれています。

明細胞癌

まれなタイプの腫瘍で、通常は女性の生殖管にみられ、顕微鏡下で見たときに腫瘍細胞の内部が明るく見えます。明細胞腺癌*と中腎腫とも呼ばれます。

予後

その疾患のたどると思われる結果または経過：回復の見込みまたは再発*の見込みのことです。

両側卵管卵巣切除術

両側の卵巣と卵管を摘出する手術。

リンパ節

リンパ組織の丸い塊で、周囲は結合組織の被膜に覆われています。リンパ節ではリンパの濾過が行われているほか、リンパ球の貯蔵場所にもなっています。リンパ節はリンパ管に沿って分布しています。リンパ腺とも呼ばれます。

ESMO/Anticancer Fund Guides for Patientsは、患者さんご家族が、がんの種類ごとに異なる病気の性質を理解し、自分にとって最適な治療選択肢は何かを判断する手助けとなるように作られています。本書の情報は、腫瘍医のために、がんの種類ごとに作成された診断・経過観察・治療に関するESMO診療ガイドラインに基づき書かれています。本書は、ESMOガイドラインワーキンググループおよびESMOのがん患者ワーキンググループからの大きな協力を得てAnticancer Fundにより作られたものです。更に情報が知りたい場合には、下記サイトへアクセスしてください。

www.esmo.org

www.anticancerfund.org

