

子宮体癌の臨床的研究

Clinical Studies on Cancer of the Uterine Body

癌研究會附屬病院婦人科(部長 増淵一正博士)

鈴木 忠 雄 Tadao SUZUKI

内容目次

第1章 緒言

第2章 体癌の頻度

第3章 臨床的特徴

第1節: 年齢 第2節: 月経歴 第3節: 妊娠 第4節: 遺傳關係 第5節: 体型 第6節: 血圧 第7節: 糖代謝 第8節: 去勢と体癌發生 第9節: estrogen 投與と体癌發生 第10節: 主訴 第11節: 診断 第12節: 本章の小括

第4章 病理學的事項

第1節: 検索方法 第2節: 子宮の大きさ及び硬度 第3節: 漿膜所見 第4節: 進行度及び轉移 第5節: 發育型 第6節: 原發部位 第7節: 組織型 第8節: 非癌部内膜の病理組織學の所見 第9節: 卵巣の病理組織學の所見 第10節: 卵巣及び内膜所見の關連性について 第11節: 卵管所見 第12節: 本章の小括

第5章 總括並びに結語

第1章 緒言

子宮体癌と頸癌とを比較するに、次の2点に於て著差が認められる。即ち、第1に、体癌は進行及び轉移の發生が概して遅く、従つて治療が比較的容易であり、予後も亦良いと考えられていた。然し Smear 法, Colposcopy 等の早期診断法の普及と²⁶⁾³⁰⁾、手術並びに放射線療法の改善とによつて頸癌の治癒率も向上しつつある。他方体癌に於ては、Heyman¹⁸⁾²³⁾等の努力で、放射線治療に大きい期待を抱き得る様になつたとはいえ、尙臨床面全体としての進歩は、頸癌に匹敵するとは見做し難い。

第2は、体部及び頸部粘膜が、内分泌支配に対

して示す態度で、特に estrogen 優位状態が長期間持続した場合、体癌發生の最も重要な因子となるという見解は、Schröder 以来多くの支持を得て今日に到っている。又、更に上位中樞の機能異常は、糖尿病その他の合併症候発現の点からも注目されている³⁹⁾⁶¹⁾。けれども之が總ての体癌に必須の條件か否かは、批判の余地がある。本邦では、体癌が比較的少い疾患である為に、まとまつた觀察¹²⁾¹⁴⁾¹⁵⁾が從來甚だ少かつた。私は、癌研婦人科に於ける患者の分析を通じて上記2点に關し、2, 3の知見を明らかにし得たので報告すると共に、特にそれ等の臨床的意義について述べたいと思う。

第2章 体癌の頻度

1949年8月、癌研婦人科戦後再開以来、1956年末迄に、組織學的に性器悪性腫瘍を診断された新患患者は表1の如くて、体癌は全子宮癌の3.65%に當つている。本

表1 女性器悪性腫瘍頻度(癌研婦人科)

疾患 年度	頸癌	斷端癌	體癌	その他	體癌/全子宮癌
1949 ~1950	180	4	3	4	1.62%
1951	181	3	9 (8)	6	4.66%(4.16%)
1952	218 (219)	6	10 (8)	14	4.28%(3.43%)
1953	272	2	12 (11)	23	4.20%(3.86%)
1954	289	7	10 (8)	20	3.27%(2.63%)
1955	313	2	14	8	4.26%
1956	311	8	10	14	3.04%
計	1764 (1765)	32	68 (62)	89	3.65%(3.34%)

括弧内は borderline case 等を除外した修正數

表2 全子宮癌に對する體癌の頻度

報 告 者	%
Scheffey ⁴⁸⁾ (1943)(米)	24.2%
Speert ⁵²⁾ (1948)(〃)	27.9%
Waterman ⁶⁰⁾ (1952)(〃)	26%
Limburg ²⁴⁾ (1952)(獨)	16.2%
Agostino ¹⁾ (1952)(伊)	15.9%
早藤 ¹²⁾ (1953)(岡大)	1.7%
瀬木 ⁴³⁾ (1953)(東大)	3.1%
瀬木 ⁴⁴⁾ (1956)(全國)	3.46%
癌研 (1957)	3.34%

研究では、これ等の中、病理学的に再検討して、4例を、良性増殖との *boderline case*¹¹⁾ として、又1例を頸管癌の体部浸潤として除外したので、修正比率は、体癌62例：全子宮癌 1859例＝3.34%である。年度別にみて、特に漸増若しくは漸減の傾向はみられない。戦後の現象として注意すべき、高単位 *estrogen* の使用並びに人工中絶の影響如何に関しては未だ明らかでない。患者の殆ど総てが中産階級に属している。

この頻度は他の報告と比較して(表2)、国内45クリニックの平均3.46%(瀬木)とほぼ一致しているが、海外のそれとは極めて大きい隔りがある。全子宮癌に対し、米国では約 $\frac{1}{4}$ 、欧州では約 $\frac{1}{6}$ が体癌で、人種、社会環境等が、体質的な因子として重要な関係を持つことが推察される。白人のみの間でも、ユダヤ人、富裕階級に頻度が高いといわれる⁴⁾⁴⁴⁾⁵²⁾。

第3章 臨床的特長

以下各項の観察は全治療患者54例について行い、対照とした頸癌患者は、1954年1月以降の治療患者連続 500例で、0期以外の各期を含んでいる。

第1節 年 齢

頸癌が46～55歳を中心として、それより若年層にも、又高年層にも対照的な分布曲線を示すのに対し、体癌では、51～55歳でやや明瞭な頂点を造り、40歳以下は激減する。然し高年層の分散度はゆるやかである。その結果平均年齢は、頸癌51.5歳に対し、55.2歳で3.7歳多い。

(表3). Speert⁵²⁾は9文献から平均年齢として53.3歳～58.6歳を、又他の2、3の統計は56歳以上を挙げてい

表3 體癌と頸癌との年齢分布の比較

年齢 分類	20～30	31～35	36～40	41～45	46～50	51～55	56～60	61～65	66～70	71以上
體 癌	1 (1.85%)	1 (1.85%)	1 (1.85%)	9 (16.7%)	8 (14.8%)	12 (20.4%)	10 (18.5%)	5 (9.25%)	7 (12.9%)	0
頸 癌	5 (1.0%)	19 (3.8%)	49 (9.8%)	79 (15.8%)	92 (18.4%)	93 (18.6%)	73 (14.6%)	49 (9.8%)	22 (4.4%)	19 (3.8%)

る 私共の症例はこれと比較した場合やや若い方に属する。

第2節 月経歴

初潮発来年齢をみると(表4)、体癌患者の方が概して若い、同時に17歳以上のものもやや多い為に、平均年齢では、体癌、頸癌ともに14歳9月で差がない。

閉経後の患者は体癌の63.0%(34例)、頸癌の51.6%(283例)に相当する。その平均閉経年齢は夫々、49歳10月及び48歳3月で、体癌で1年7月延長している(表5)。但、他疾患に対し、放射線治療を受け人為的に閉経したものは除外して計算した。

従来、体癌患者の閉経年齢が遅延することは、しばしば指摘されている。然るに閉経後、性器出血発来迄の期間分布を見ると(表6)、3年以内の者は12.1%に過ぎない。これは本症患者全体の発症年齢分布が、更年期に

表4 體癌と頸癌との初潮發来年齢分布の比較

	體 癌	頸 癌
12歳迄	6 (11.1%)	35 (1.0%)
13歳	12 (20.4%)	78 (15.6%)
14歳	15 (27.8%)	125 (25.0%)
15歳	11 (19.4%)	135 (27.0%)
16歳	1 (1.85%)	82 (16.4%)
17歳以上	9 (15.7%)	45 (9.0%)

最も集中していることと比較すると奇異なことである。

之に対して、非癌患者の閉経後子宮出血を示したものの41例についてみると、2/3が3年以内で、機能性出血と、

昭和32年11月1日

鈴木

1423—31

表5 體癌及び頸癌閉経後患者に於ける
閉経年齢比較

	體 癌	頸 癌
40歳迄	3(9.1%)	10(3.5%)
41~45	1(3.0%)	58(20.4%)
46~50	14(42.4%)	133(47 %)
51~55	13(39.4%)	75(26.5%)
56以上	2(6.1%)	7(2.7%)

表6 閉経後出血發來迄の期間(體癌患者)

期 間	例 數
1年以内	2(6.05%)
1~3年	2(6.05%)
3~5年	5(15.1%)
6~10年	12(36.4%)
10年以上	12(36.4%)

表7 閉経後出血發來迄の期間(非癌症例)

内臓組織像 期間	萎縮像	良性増殖	炎 症	計
1年以内	12	1	1	14(34.2%)
1~3年	13	1	0	14(34.2%)
3~5年	6	0	1	7(17.1%)
5年以上	5	0	1	6(14.6%)
計	36(87.6%)	2(4.9%)	3(7.3%)	41(100%)

機質性出血との病型の差が明らかとなる(表7)。即ち體癌患者の閉経延長は、必しも、その総てが卵巢機能の在続延長を示すものではなくて、閉経期に発症した場合、自覚的には月経と識別が困難なことを物語っている。

一方閉経後5~10年以上経て出血を見る者の多いことは、すでに機能休止期に入つた内膜から癌の発生を来す一群の存在を推定せしめるものといえる。

全患者を通じ、21例(38.9%)が月経異常を有し、過多月経8例、周期不整13例であつた。周期不整の中4例

は寡少月経を示し、閉経年齢の甚だ若い症例と共に、本症患者の一部は卵巢機能低下の様相を具えている。

第3節 妊 娠

不妊病が極めて多く、経産婦でも分娩回数のないことが目立つ(表8)。

最終分娩より受診迄の期間は、経産婦40例中8~10年2例(5%),11~20年8例(20%),21年以上30例(75%)で、高年者を除外しても尚一般に長い不妊期間を経ている。14例(25.9%)が自然流産の既往歴を有するが、この中には、真に妊娠であつたか否かを疑しめるものもある。

第4節 遺伝関係

3等親以内に癌患者を有するものは、24.1%(13例)で、頸癌15.8に比して多い。同胞が癌に罹患している6例中4例迄は母が、又1名は父が癌患者である。

第5節 体 型

肥満者の多いことは、本症の特徴の1つに数えられている。松木²⁹⁾に従つて、身長体重比を分類し、頸癌19.2%に対し、體癌31.5%(17例)が肥満状態を示す。特に病的肥満と判定されるものは5例のみである。

一般に本邦婦人は白人に比して、高度の脂肪沈着を示すことが少いと認められるが、之は、内分泌障害の頻度差を表わす意味で、彼我の體癌発生率に影響を持つものと思われる。Stein-Leventhal' syndrome の合併例が比較的稀に報告されている²⁰⁾が、私共の症例に於ては、定型像は認められなかつた。

第6節 血 圧

最高血圧150mmHg/以上のもの25.9%(14例)で、平均年齢56.5歳である。末期癌2例を含む3名以外は、腎機能は、Indigocarmine 排泄試験で正常であり、治療及び一次予後に支障を与えなかつた。又100mmHg/以下の低血圧症2例(3.7%)を認めた。血圧異常は、合併疾患として、高率ではあるが、臨床上の意義は必しも大きくはない。

表8 體癌及び頸癌の妊娠分娩回数比較

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10以上	平均
體 癌	妊	13	5	12	5	5	6	3	3	1	0	1	2.8
	娩	14	8	14	3	3	6	3	2	0	0	1	2.39
頸 癌	妊	26	42	36	51	60	64	63	63	32	25	38	5.68
	娩	33	55	39	78	67	69	54	43	25	14	23	4.35

表9 坂口氏試験食による體癌患者の血糖値(mg/dl)

Case No.	年齢	分娩回数	肥満	最高血圧	食前	食後30'	1°	1.5°	2°	3°	尿糖	判定
1048	48	2	+	138		136	140	145	137	102	—	—
1318	46	4	—	130	91	148	148	158	130	128	—	—
1423	56	2	++	210	129	169	156	153	151	133	—	過血糖
1443	45	2	—	120	76	110	128	129	122	114	—	—
1462	53	3	+++	174	110	203	162	159	157	143	—	過血糖
1478	57	2	—	138	101	116	116	114	107	103	—	—
1468	54	5	+	118	100	123	125	161	116	114	—	—
1535	50	0	—	124	77	105	110	120	122	112	—	—
1576	49	2	—	126	92	151	138	106	98	98	—	—
1569	57	3	+	115	102	210	210	158	208	165	—	過血糖
1595	36	0	—	90	73	90	96	80	75	73	—	—
1608	41	2	—	112	62	115	88	83	62	70	—	—
1618	57	0	+	102	82	156	156	107	116	105	—	—
1624	42	1	—	108	76	125	135	104	104	92	—	—
1667	43	2	—	110	76	211	151	132	75	72	—	過血糖
1675	64	5	+	158	101	157	153	140	116	97	—	—
1701	67	7	—	140	300	370	380	355	337	335	+++	糖尿病
1781	51	1	+++	170	96	189	216	247	200	136	—	過血糖
1787	52	0	+++	118	92	169	151	125	132	123	—	過血糖
1842	69	3	—	160	58	145	147	115	108	94	—	—
1845	33	0	—	110	81	126	130	111	107	101	—	—
1879	45	0	—	124	86	149	142	128	130	116	—	—
1882	41	0	—	110	73	120	120	130	103	108	—	—
1881	53	2	—	110	73	149	128	121	125	126	—	—

第7節 糖代謝障害

体癌に糖尿病の合併する率は、Scheffey⁴⁸⁾ 11.0%, Hertig¹⁷⁾ 9%, Way⁶¹⁾ 29%等の報告がある。特に Way は、閉経年齢、発病年齢、肥満の分布が双方の疾患に於て、良く類似し、腓性糖尿より、下垂体性糖尿が、密接な関係のあることを強調している。又、Werner⁶⁹⁾ は糖尿病患者には悪性腫瘍がむしろ少いの、性器癌のみは例外であることを述べている。

私は最近例24名に対し、糖代謝試験を行つた。入院翌朝 9 時に坂口氏試験食⁴²⁾を摂らせ、食前、食後30', 1°, 1.5°, 2°, 3°の6回採血し、Folin-Wu 法に従い、520mμ の filter を装着した Coleman 光電比色計で、血糖を定量し、食後1°及び3°に得たカテーテル尿を Niellander 法で検糖した(表9)。

血糖、尿糖共に明らかに異常で、糖尿病と判定したものは1例(No. 1701)のみで、血糖最高値正常限界を 160mg/dl前後とした場合、過血糖は証明するが、尿糖は

陰性なものが6例(25%)認められた。この群の血糖値は減衰遅延の傾向は認められるが、食後3時間目には、ほぼ正常空腹時間に戻るか、接近する。

又、他の臨床所見を併せて観察すれば、6例中5例が、肥満体型を示すこと以外に異常を認められず、月経、妊娠に関する既往歴も正常であつて、比較的軽度な腓外性の糖代謝障害⁶⁹⁾と考えられる。

同様の検査を、良性内膜増殖症16例、頸癌23例に試みた結果と比較すると(表10)、血糖値の異常は、良性増殖の37.5%、体癌の29.2%、頸癌の17.4%に相当してい

表10 疾患別に見た糖代謝異常

	體 癌	頸 癌	良性増殖
糖 尿 病	1	1	0
過血糖症	6 } 29.2%	3 } 17.4%	6 } 37.5%
正 常	17	19	10
計	24	23	16

る。良性増殖症の原因と考えられる *estrogen* 代謝障害は単に卵巣自体の変化のみに依るものでなく、下垂体、甲状腺、副腎皮質等の内分泌系や肝機能の異常に依つて支配を受ける反面、これ等臓器が何れも、糖代謝に関与することを考えれば、3群の疾患と血糖曲線の異常頻度の関係が、*estrogen* 代謝障害の関連度と同一順序であることが首肯される。

以上の成績からみると、私共の体癌症例において、臨床的に顕性の糖尿病の合併する率は決して多くはないが、Subclinical な異常の出現率は、3群の中間を示すことが確認された。

第8節 去勢と体癌発生

既往にレ線去勢を行つたものに体癌を発生した例がある²⁷⁾。

2例が子宮筋腫の診断で、又1例が避妊の目的でレ線去勢後、現症の出血が発来する迄に何れも10年以上の完全閉経期間を経ている。放射線照射前の内膜組織所見は得られていなかった。この様な症例に関しては、体癌患者中、Scheffey⁴⁷⁾ 1%, Randall^{40) 41)} 0.5%, Hertig¹⁷⁾ 0.5%, Speert⁵⁶⁾ 8%が放射線去勢既往歴を観察している。又 Palmer³⁸⁾ は頸癌と良性疾患の放射線治療患者を比較して、後者に体癌の発生率が多く、その一因は、使用線量の差にあつて、良性疾患に使用される程度の量では内膜に対し発癌作用を持つのではないかと推論している。

Houssay¹⁹⁾, Nickson³⁴⁾等は卵巣に放射線を与えた場合条件によつてはその機能が復活し得ることを認め、又近年は、副腎皮質性の *estrogen* の存在が確認されており、去勢後も、完全に生体が *estrogen* と無縁となるものでないことは明らかである。とはいえこの性器外 *estrogen* が異常に高度に産生される確証はなく、又、両側附属器剔除後の体癌発生も報告されており^{3) 40) 41)}、本症の一部は、*estrogen* 作用と殆ど無関係に成立し得ることを思わせる。私共の3例中2例は手術標本で、内膜、卵巣とも萎縮状態であつた。

第9節 *estrogen* 投与と体癌発生

estrogen 長期持続投与が体癌発生の可能性を持つことは、多くの報告がみられる。私共の症例中では3例が、長期間 *estrogen* を使用しており、2例は受診直前迄約2年半、1例は2年前から6カ月持続的に投与されていたが、何れも剔除標本の所見から、癌発生後に使用を開始していると考えられる。

第10節 主 訴

50例(92.7%)は何等かの型式の異常出血が主訴で、閉経前の患者19例中10例は月経過多、周期不整が初発徴候である。排出疼痛は1例のみであつた。非血性帯下(2例)腰痛、寡少月経(各1例)を主訴とし出血を自覚しないものもみられた。出血発来後6月以内に56%、1年以内に76%が来院しているが、この期間の長短と病理学的進行度との間に平行関係はない(表11)。

表11 不整出血開始から受診迄の期間

期間	1カ月以内	1～6月	6～1年	1～5年
数例	9(18%)	19(38%)	10(20%)	12(24%)

第11節 診 断

当科の外来診察法は、(1) Vaginal smear 採取(及び細菌学的検査)、(2)双合診及び直腸診、(3)視診及びColposcopy、(4)診査切除(endometrial smear 及び診査搔爬)の順で行う。

後述する如く体癌は視触診では診断が不可能で、Smear 及び組織診が決定的な価値を持ち、その施行度が診断率を支配する。触視診のみによる外来診断では適中率は高くない(表12)。疑体癌又は体癌と診断された場合もその根拠は診査搔爬片の肉眼的性状に依る所が多い。

表12 觸視診による外来診断名

診断名	體癌	疑體癌	疑頸癌	メトロパチー	筋腫	その他
例数	15	13	4	9	6	7
%	27.9%	24.1%	7.4%	16.7%	11.2%	12.8%

表13 smear 診断率

方法	判定		適中率
	Ca(+)	Ca(—)	
vaginal	27	16	61.4%
endometrial	17	3	85.0%

第1項 細胞診

Vaginal smear 法施行後の症例43例の第1回採取時陽性率は61.4%で、又 endometrial smear 法採用後の20例では85%の適中率である(表13)。

Vaginal smear 法の成績は甚だ悪いのみでなく、陽性例に於ても判別が頸癌に比して困難である。陰性と判定した標本を再検討してみても、16例中13例は癌細胞を認め得ない(表14)。その原因として、第1は、腫瘍表層の壊死傾向が体癌では概して強く、又子宮内容の腔へ

排出されるのが時に甚だ困難で、剥離細胞が2次的に変性すること等、Pyometraの形成と関係があり、第2には、分化型腺癌で特に初期の場合、細胞間の結合度が強く、丁度正常内膜細胞が腔内容に殆ど出現しないのと同様な事情が介在すること等を考えることが出来る。3例の誤診例では細胞変性の為の染色性不良、裸核化、又変性は少いが異型度が低く、塩基嗜好性も弱いことなどが原因と認められた(図1)。

表14 Vaginal smear 陰性例の分析

原因	Pyometra	塗抹不良	初期癌	誤診	計
例数	5	4	4	3	16

内膜吸引 smear は既に発表した方法²⁶⁾²⁸⁾に従って作製する。これに依れば、新鮮な細胞を、高い密度で取り出すことが可能で、しばしば、脆弱な小組織片を得ることがあるが、診査搔爬に比し障害が遙かに少く、その結果は極めて満足すべきものがあつた(図2)。

腔上皮細胞の estrogen 活性度に関する所見は診断的な期待が薄く、定型的な老人性腔炎の像を呈することも少くない。

第2項 診査搔爬

内膜疾患を疑うべき主訴及び局所々見があれば、診査搔爬を励行している。この際、搔爬は必要最少限度に止めることが理想であるが、事実には、子宮のあらゆる部分から、充分系統的に組織を採取することが重要である。

診査搔爬物の組織所見に基づいて外来確定診断を下すが、手術症例47例の診断名は表15の如く、4例の過誤がある。

表15 診査搔爬に基いた診断率(手術症例)

診断名	體癌	頸癌	非癌	確診率
例数	43	2	2	91.5%

即ち、頸癌と診断した2例は組織所見が重畳上皮癌であつた為であり、非癌と判定したものは限局性の腫瘍部分に到達しなかつたもので、診査搔爬の不徹底は戒められなければならない。他医で採取して持参した標本で癌を認め、当科の標本では認められなかつたものが2例あり、手術後体癌を確認している。これ等の症例の剔出標本を見ると、筋層内のみに腫瘍が残存し、表層部分は完全に取り去られている。又1回の生検では癌を認めず、

2回目に証明したものが2例ある。

第12節 本章の小括

(1)体癌は子宮癌の3.34%を占めた。(2)年齢分布は更年期を境界として非対照的で高年層に分散度が大きい。(3)月経異常は比較的多いが卵巣機能がそのまま現われていると限らぬことは注意すべきである。(4)未産婦26.9%, 2回産以内66.7%で経産回数が少い。(5)肥満体型は多いが、高度のものは少い。(6)糖代謝障害もやや多いが、定型的な糖尿病を示すものは少い。(7)レ線去勢後の症例が稀ではない。(8) Vaginal smear は判定が困難な場合が多いが、endometrial smear はその缺陷を補う有利な診断法である。

第4章 病理學的事項

第1節 検索方法

手術療法を施行した47例について検索を行つた。このうち4例は内膜生検及び臨床的所見から頻管癌若しくは、体癌の頸部浸潤を疑つた為に広汎性に剔除し、他は単純全剔である。当科では、手術標本は、剔出後直ちに外観の写真撮影を行い、続いて、肉眼的所見を記載する。子宮腔を開いた標本は再び内景及び外景の写真撮影をした後、腫瘍中心部を含む縦断全剖面、附属器、全リンパ節の組織標本を作り、更に必要に応じ非癌部内膜その他の切り出しを追加する。

第2節 子宮の大きさ及び硬度

剔出直後の計測値を、臨床的な表現で区分すれば、72%は正常子宮に比し、増大している。超鰐卵大以上の13例についてみると、癌そのものの外向性発育の為に増大しているのは3例のみで、他は筋腫結節3例、筋層の瀰漫性肥大5例 Pyometra 2例が合併しており、子宮全体の大きさと癌の発育程度とは必しも関係はない。腫瘍の発育が著しく大きくない限り、子宮の大きさがほぼ正常或はそれ以下のものが13例(27.7%)にみられることは注意すべきである。高年者、未産婦が多い為に原子宮は萎縮性の場合がある(表16)。

硬度は筋層の状態、Pyometraの有無で異り、特に後者の場合囊腫様若しくは、柔軟で緊張度の少いこともある。

第3節 漿膜所見

癌の筋層内浸潤が進行した場合、漿膜直下迄は達していても、之を破壊している例はなかつた(図3)。リンパ行性に漿膜下播種を認めるものはある。腹腔内播種で冒されているもの1例を認めた。炎症性変化のうち、陳旧腹膜炎や附属器炎によるものを除き、10例に、粟粒大

表16 剔出子宮の大きさ

大 き さ	例 数	%
正常以下	3	6.4%
正常	10	21.1%
やや大→鶯卵大	21	44.7%
過鶯卵大→手拳大	10	21.1%
手拳大以上	3	6.4%

乃至米粒大の小結節状或は苔状の灰白色附着物よりなる、比較的新鮮な変化が散見された。このような場合多くは少量の漿液血性の腹水を伴い、卵巣には出血を示す所見を殆ど缺き、卵管の疎通性は少くとも片側確保されている。診断に子宮卵管造影を用いた4例中3例がこの変化を示している。組織学的には非特異性線維索性炎である。即ち、之は子宮内貯溜物の経卵管腹腔内移出によって生じた変化である。これは又、癌の経卵管転移の可能性の重要な証左であり、事実漿膜播種転移の1例は、内膜癌は初期像に止っているが、不妊症検査の為に卵管通水を受けたことのある若年例であつた。

経卵管性の炎症の多い割に、播種転移は少く、容易に成立するものではないという印象を与えるが、Dahle⁵⁾は剔出体癌標本の卵管洗滌液から腫瘍細胞を証明している。従つて臨床的な立場からは、造影、通水を施行する際は、総て少くとも endometrial smear を検しておくことが必要であり、又、体癌診断に造影法を用う場合には、注入圧、量に細心の注意を払い、最少限度の施行に止むべきである。

第4節 進行及び転移

腫瘍のひろがり、転移については表17に示す如く、72.4%が体部に限局し、6例が頸管内浸潤を示しているがその4例迄は、原発部位を体下部と考えられる。腫瘍の粘膜面境界、特に峡部、頸管粘膜との境界は明瞭な場合が多い。附属器転移5例中3例は卵巣のみ、1例は Mesoovarium 及び卵巣に、1例は卵管にみられ、リンパ節転移は広汎性手術例4例中1例の閉鎖節に認められた。体癌のリンパ節転移は、高位に附着する側方連絡が重要で、鼠径節、外腸骨節、仙骨節に達し易く、頸癌が基嚢帯を主要経路とするのとは、多少差異がある³⁰⁾。

体癌の転移は決して遅い時期にのみ現れるものではない³²⁾。

第5節 發育型

腫瘍が内膜面に対して占める割合によつて、限局型と、瀰漫型に、又内膜面に垂直方向の發育度によつて、

表17 進行限界

部 位	例 数	%
體部のみ	24	51.1%
峡部まで	10	21.3%
頸管まで	6	12.7%
附 屬 器	5	10.6%
リンパ節	1	2.1%
腹 膜	1	2.1%
計	47	100%

表18 發育型

	限 局 型		瀰 漫 型	
	例 数	%	例 数	%
外 向 性	17	36.2	13	27.7
外内向性	4	8.5	4	8.5
内 向 性	2	4.3	5	10.6
表 層 性	1	2.1	1	2.1

外向發育型、外向及び内向發育型、内向發育型、及び表層型の4種に区分した(表18)。限局型は初期癌のみに限らない。体下部及び峡部のものは比較的進行しても尚この型を示している。瀰漫型は概して進行したものに属するのであるが、この他、初期のもので、表層性に側方發育傾向のみ著しい特殊型がある。体癌に最も多く見られる發育型は、外向發育型であるが、内向發育傾向を種々の程度に合併するものがある。全割標本上に、筋層内 endometriosis を認めたものが5例あり、その内2例は癌組織の中に含まれている像がみられ、内向發育型のものの中には、endometriosis を発生起原と推定せしむる例がある(図4)。体下部及び、峡部発生例では、内向性が勝り、型式上は頸管癌に類似性の強いものがみられる。又外向性發育型には基底部分が広く、特異性に比較的乏しい型と、Polyp 型で、内膜良性増殖症との関連を強く示すものがある。後者に属する早期癌2例に於て、診査搔爬組織では癌を認め、剔除標本では癌を証明出来なかつた。之等は Polyp の一部が癌化したものである(R1423, R1879)。

筋層内浸潤の程度を分類すると表19の如くである。

第6節 原発部位について

39例に於て原発部位をほぼ指摘し得た。18例(46.2%)が子宮底、15例(38.5%)が側壁、6例(15.8%)が体下部である。体下部を原発部とするものでは、頸管癌との区別が厳格でなければならない。肉眼的には Carc-

表19 筋層内浸潤の程度

	例 数	%
認めないか又は 極く軽度	19	40.4
筋層の $\frac{1}{2}$ 以内	13	27.7
筋層の $\frac{1}{2}$ 以上	15	31.9

表20 組織分類

	例 数	%
腺癌のみ	35	74.4%
腺棘細胞癌を含む	10	21.3%
重疊上皮癌への 移行性強きもの	2	4.3%

inoma Corporis et endocervicis であるが、組織学的に癌部分の上方に、頸管内膜の類表皮化部分を認めた例は、頸管起原と判定除外した。峽部起原のものは母組織の性格からは、頸管癌に近く、体癌として特殊な立場にある。

第7節 組織型

原則的に腺癌であり、各所に於いて Adenoacanthoma の構造を取ることが稀ではない (図5)。診査掻爬片で、重疊上皮癌の性格が甚だ強い場合でも、剔出標本について検索すれば、腺癌起原を明らかにすることが出来るが、治療上の立場からは、頸管癌の体部侵入を考慮して処置する必要がある (表20)。

腺癌の未分化の度が強ければ、部分像としては、細胞型も配列も、全く不規則で髓様構造をとり (図6)、肉腫との鑑別が問題となるが、更に広い範囲を精査すれば、腺癌であることを知る。逆に分化型腺癌と、良性増殖との鑑別は、更に困難且つ重要である。特に内膜癌と典型良性増殖との合併例では両者の限界の識別が困難である。内膜生検で一旦は、良性増殖症と判定されたものが、後に定型的な癌に進展することは既に知られており¹⁷⁾estrogen 長期持続投与によつても、時に、甚だ高度の異型増殖像が得られる^{46) 62)}。故に、組織診の判定に際しては、常に年齢、月経周期、ホルモン使用状況に関する具体的記録が参照されなければならない。又非癌と判定しても、手術的治療を撰ぶべき場合が生じて来る (図7)。

第8節 非癌部内膜の病理組織学的所見

32例 (68%) に内膜非癌部分の残存を認めた (表21)。

組織学的に機能状態を分類すると59.4%迄は無機能像で (図8)、内分泌的な影響を示さない。腺様増殖症及び腺嚢性増殖症は15.6%で、之は異常出血を主訴とする45~60歳の非癌患者連続 100例の内膜像中7%が良性増殖症であるのに比較して2倍多い。広義の正常機能像は8例で、その中1例は estrogen と progesteron の不均衡状態を示す Mixed endometrium であつた。

表21 内膜像

	體癌非癌部分		非癌患者	
	例数	%	例数	%
活動性増殖像	5	15.6%	7	7%
非活動性増殖像	2	6.25%	2	2%
萎縮像	17	53.2%	48	48%
正常機能像	7	21.9%	41	41%
非増殖性機能異常	1	3.1%	2	2%
計	32		100	

第9節 卵巣の病理組織学的所見

47例中既往に片側卵巣の剔除を受けている2例を除き、総て両側付属器とともに剔出した。

それ等についての組織学的検査の結果は表22の如くで、61.7%は萎縮像を示している。

表22 卵巣機能像

	例 数	%
萎縮像	29	61.7%
follicular cyst	9	19.3%
正常機能	8	17.0%
不 明	1	2.1%
計	47	

然るにその中4例は、自覚的には尚月経の存在が記録されており、3例迄が50歳以上で、閉経年齢の項で述べた様に、主訴の不確実性を裏書きしている。不明例1例は、両側卵巣の嚢腫の巨大な為のものである。Theca 及び Granulosa cell Tumor は見られなかつた。

第10節 卵巣及び内膜所見の関連性について

第8、9両節中の正常機能像各8例は全く一致しており、周期上の所見も最終月経からの日数と符合している。正常に月経を営む体粘膜機能層からは、癌が発しても固着発育を示す可能性は殆ど考えられないから¹³⁾、この8例は夫々に、特殊な条件を有すると一応見做す必要がある。そこで原発部位についてみると5例迄は、体下

表23 非癌部内膜が正常機能像を示す症例

病歴 No.	標本 No.	年齢	分娩	月経	L.Rより op 迄	内 膜 像	右卵巢	左卵巢	原發部
R 551	G 95	45	1	不整	16日	Prolif.	Graaf F.	Folcyst	側 壁
R 793	G 239	48	0	"	12日	interval	n. b.	C. L	體下部
R1048	G 437	48	2	"	10日	Prolif.	n. b.	n. b.	峽 部
R1162	G 511	48	0	整	24日	Sec.	n. b.	C. L	體下部
R1169	G 517	45	6	"	19日	Sec.	C. L	Delmoid	"
R1595	G 898	36	2	"	22日	Sec.	n. b.	C. L	側壁下部
R1879	G1085	45	0	"	不明	Sec.	C. L	atroph.	底 部
R1882	G1095	46	0	"	"	interv. (mixed)	C. L	Folcyst	"

C. L: 黄体, Folcyst: 存続卵胞, n. b: 正常卵胞期

部或は峽部に起原を持つと推定されるので、その一部は発生母地が狭義の体粘膜ではない可能性も認められるが、G1085は左卵管角附近から Polyp 状に、又 G1095は後壁上部の Adenomyosis を主要部位としており、正常機能下の子宮に於いても様々な内膜腺癌発生母地の存在することを示している(表23)。

非癌内膜が増殖症の所見を示し卵巣は萎縮性のものが1例(G 412)ある。増殖症所見は限局的で、その原因が、卵巣外由来の estrogen か、腫瘍性格に基くものか²⁾ 判断は困難である。

第11節 卵管所見

卵管峽部に癌が見られたものは1例のみであつた。子宮腔全域が高度に冒されている場合にも、卵管粘膜方向への浸潤が、卵管角に於ける筋層内浸潤の外縁を特に越えて進行することは殆どない。体癌がしばしば内膜面で強い表層被覆性を持つたのにひきくらべ、卵管粘膜の抵抗性は大きいと言える。然し、他面では炎症の反応によつて、やや強い異常増殖性を示すことがある。この場合、核の異形性が少く、細胞の高さも低いことで、癌の表層浸潤と区別される。内腔閉塞を伴つた炎症性変化が6例ある。

第12節 本章の小括

(1)47例の体癌剔出標本を検索し、進行度、發育型式を観察した。これ等の症例の大部分は体部に局限している反面14.9%の転移率があり、附屬器転移が特に重要である。漿膜、卵管及び峽部以下の粘膜は、癌浸潤に対しやや大きい抵抗性を示している。外向性發育の傾向が大で表層壊死を来し易い。経卵管腹腔内播種の可能性が注意さるべきである。子宮の大きさ、硬度は、本症に於て一義的な意味はない。(2)性ホルモンの影響の点では、腺囊増殖症の存在が重要と認められるが、一方これと殆

ど關係の証明されない症例が更に多く、正常卵巢機能下でも尚本症が成立し、全手術例中約60%は組織学的に estrogen 機能の静止状態を示している。(3)組織学的に総て腺癌であつたが、部分像としては Adenoacanthom が25%にみられ、特に重畳上皮癌への移行性の著明なものが2例あつた。良性増殖症との限界決定は時には甚だ困難である。

第5章 總括並びに結語

私は癌研婦人科に於て1948年より1956年迄の8年余の期間に見られた子宮体癌の全治療例について、その臨床的特異性及び病理学的特徴を検索した。その知見を總括すると次の如くである。

(1) 体癌を臨床的に觀察するに、特徴的局所々見に乏しく、病理学的診断法の果す意義は特に大きい。故に、訴えのある場合は勿論、いささかでも内膜疾患の疑える患者の総てに対し、endometrial smear 及び診査搔爬を施行することが本症診療の第1歩となる。

(2) 然し臨床所見全般に亘つて精査すれば、本症患者は、年齢、妊娠、体型、閉経と初潮との時間的關係、既往歴等の諸点で、比較的多くの、統計的な特徴を示しており、それ等の少からざる部分が estrogen 代謝障害乃至一層系統的な内分泌機構若しくは物質代謝関連臓器の機能障害に基づくものと判断される。

(3) estrogen 末梢機能像との關係から本症を分類すると、A群：更年期後で、卵巢及び非癌部内膜が既に萎縮性のもの。B群：更年期前並びに極く一部の更年期後のもので、過 estrogen 症

を合併するもの。C群：更年期前で、正常性周期を保持しているもの。

以上の3群に分けられる。この中A群の一部は初発時期に遡つて推測すると、B群又はC群に属していたと考えられるが、閉経後発症迄の時間的経過が十分長い症例では、閉経後に癌が初発したものと見做される。

(4) 一般非癌患者に比して、B群の比率の高いことは、異常な増殖能を得た内膜が、剝脱排出の機会を失つて存在する間に、悪性腫瘍化し得ると考える諸家の説を妥当なものと認めさせるが、一方A群が本症の過半数を占め、C群も亦B群とほぼ同率であるのは、無視し得ない。

(5) 即ち体癌成立の為の最少限度の條件は、その発生母地たる腺上皮部分が十分長期に亘つて、不換性を有することに要約され、萎縮内膜も尙この條件に適合し、又、性周期機能が正常であつても、内膜は局所的にはこの様な性質を獲得し得ると考えられる。

(本論文の一部は昭和31年第15回日本癌學會に於て發表した)

御懇篤な御指導と御校閲を賜つた、恩師増淵博士及び千葉大學岩津教授に深謝し、病理學的事項に關し御教示をいただいた癌研究所病理部長太田邦夫博士、田中良部員、生化學的事項について御協力をいただいた、臨床化學室主任田中富子氏、本研究に對し、終始多大の援助をいただいた婦人科職員各位に對し感謝する。

主要参考文献

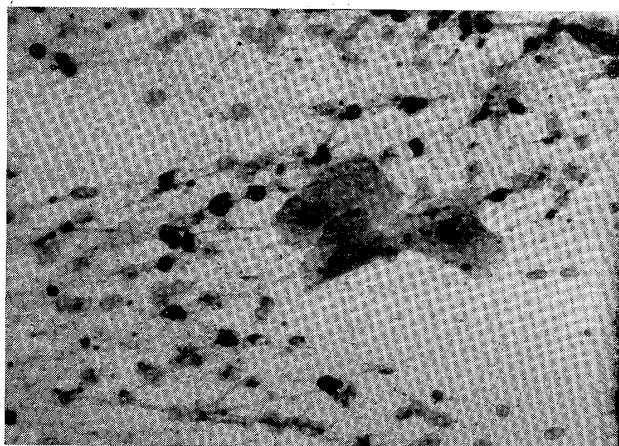
- 1) Agostino, G.: Ann. Ostet. gin., 74:1003, 1952.
- 2) Banforth, J.: J.O.G. Brit. Emp., 68: 415, 1956. — 3) Cianfrani, T.: Am. J. Obst. Gynec., 69:64, 1955. — 4) Corscaden, J.A. & Gusberg, S.B.: A.J.O.G., 53:419, 1947. — 5) Dahle, Th.: S.G.O., 103:332, 1956. — 6) Dockerty, M.B., Lovelady, S.B. & Foust, G.T.: A.J.O.G., 61:966, 1951. — 7) Fahlung, G.T. & Broders, A.C.: A.J.O.G., 51: 22, 1946. — 8) Fochem, K. & Kofler, E.: Zbl. Gynäk., 76:2235, 1954. — 9) Greene, H.S.N.: Cancer, 1:82, 1948. — 10) Gusberg, S.B.: A.J.O.G., 54:905, 1947. — 11) Gusberg, S.B.: Laprop-hylaxie en Gynecologie et Obst., 1954. — 12) 早藤: 産と婦, 21:20, 1954. — 13) 彦坂他: 産婦の世界, 7:1374, 1955. — 14) 藤平: 産と婦, 7: 227, 1950. — 15) 藤平, 久田: 癌の臨床, 1:596,

1956. — 16) Hecht, E.L.: A.J.O.G., 71:819, 1956. — 17) Hertig, A.T., Sheldon, G., Sommer, S.C. & Bengloff, H.: Cancer, 2:946, 1949. — 18) Heyman, J. et al.: Annual report on the results of Treatment in carcinoma of the Uterus, Vol. 7:8. — 19) Houssay, B.A.: Endocrinology, 30: 884, 1942. — 20) Jackson, R.L. & Dockerty, M.B.: A.J.O.G., 73:161, 1957. — 21) Javert, C.T.: Cancer, 2:399, 1949. — 22) 小林: 第8回日産婦總會宿題報告要旨. — 23) Kottmeyer, H.L.: Carcinoma of the female Genitalia, Williams & Wilkins, 1953. — 24) Limburg, H.: Die Frühdiagnose des Uterus carcinoms, Stuttgart, 1952. — 25) Lipschutz, A.: Steroidhormon and Tumors. (邦譯, 醫齒藥出版). — 26) 増淵: 癌の診斷, 金原出版, 1956. — 27) 増淵, 鈴木: 癌, 47:1956. — 28) 増淵, 鈴木: 産婦の實際, 6:15, 1957. — 29) 松木他: ホルモンと臨床, 3:625, 1955. — 30) 御園生: 日産婦誌, 9:51, 1957. — 31) McBride, J.M.: J.O.G. Brit. Emp., 62:574, 1955. — 32) Liu, W. & Meigs, J.: A.J.O.G., 69:1, 1955. — 33) Moss, W.T.: Am. J. Roentgenol. & Rad. Ther., 58:203, 1947. — 34) Nickson, J.J.: Med. Clin. North Am., 40:647, 1956. — 35) Novak, E. & Yui: A.J.O.G., 32:674, 1936. — 36) Novak, E.: Gynecologic & Obstetric Pathology, Saunders, 1952. — 37) Novak, E.R.: A.J.O.G., 71:1312, 1956. — 38) Palmer, J.P. & Spratt, D.W.: A.J.O.G., 72:497, 1956. — 39) Peel, J.H.: A.J.O.G., 71: 718, 1956. — 40) Randall, J.H. & Coddard, W.B.: S.G.O., 103, 221, 1956. — 41) Randall, J.H., Mirick, D.F. & Wieben: A.J.O.G., 61:596, 1951. — 42) 坂口: 糖尿病治療法, 吐鳳堂. — 43) 瀬木他: 産婦の世界, 5:1053, 1953. — 44) 瀬木他: 産婦の世界, 8:977, 1956. — 45) 品川: 日産婦誌, 5:1, 1954. — 46) 品川他: 産婦の世界, 6:105, 1954. — 47) Scheffey, L.C.: A.J.O.G., 44:924, 1942. — 48) Scheffey, L.C., Thudium, W.J. & Farrell, D.M.: A. J.O.G., 46:786, 1943. — 49) Seitz-Amreich: Biologie u. Pathologie des Weibes, Bd. V, 1952. — 50) Smith, G.S.: J. Am. Gyn. soc., 68:37, 1944. — 51) Sherman, A.I. & Arneson, A.N.: Am. J. Med. Science, 228:701, 1954. — 52) Speert, H.: Cancer, 1:584, 1948. — 53) Speert, H.: Cancer, 2:597, 1949. — 54) Speert, H.: Cancer, 5:927, 1952. — 55) Speert, H.: S.G.O., 88:332, 1949. — 56) Speert, H. & Peightal, T.C.: A.J.O.G., 57: 261, 1949. — 57) Taylor, H.C.: A.J.O.G., 23: 309, 1932. — 58) Te Linde, R.W., Jones, H.W. & Galvin, G.A.: A.J.O.G., 66:953, 1953. — 59) Werner, W.: Zeitschr. f. Krebsforsch., 60:399, 1955. — 60) Waterman et al.: A.J.O.G., 64:1073, 1952. — 61) Way, S.: J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 61: 46, 1954. — 62) Winter, G.F.: Zeitschr. Geburtsh., 143:86, 1955. — 63) 安田他: ホルモンと臨床, 4:886, 1956.

(No. 675 昭32・4・16受付)

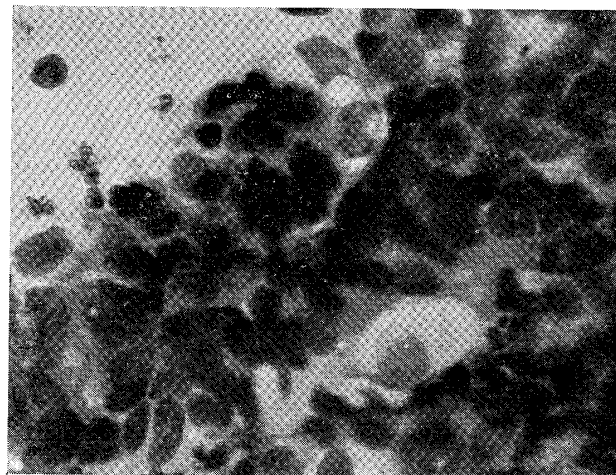
鈴木論文附圖 [I]

圖 1



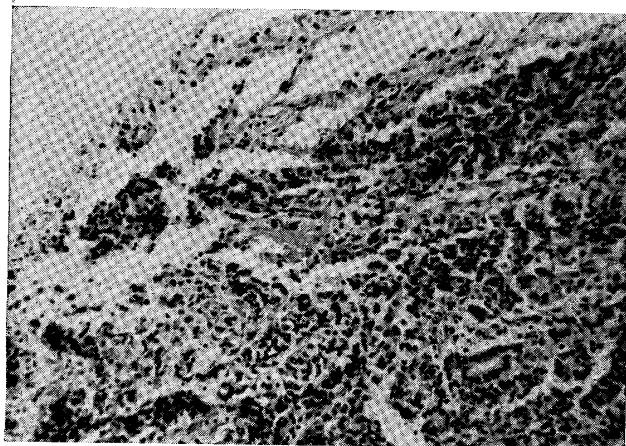
(R1576) vaginal smear では癌細胞を認め難い

圖 2



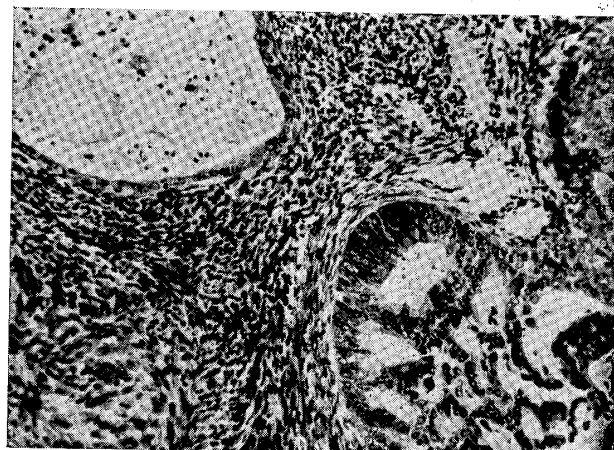
同一患者の endometrial smear 癌細胞陽性

圖 3



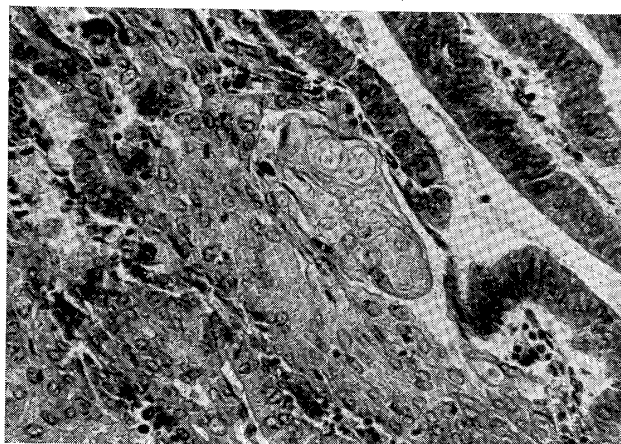
(G834) 漿膜下リンパ行性播種

圖 4



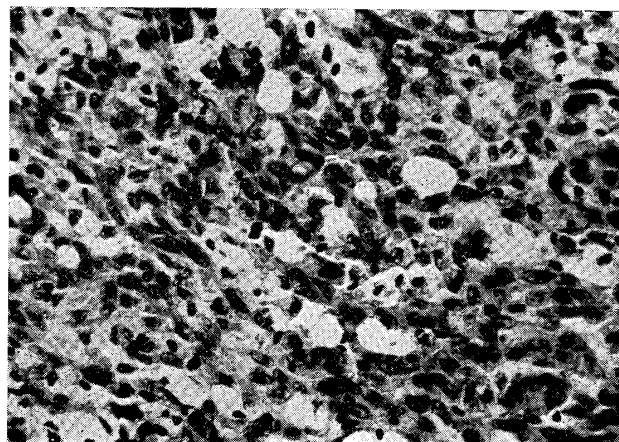
(G1034) endometriosis と體癌との衝突

圖 5



(G210) adenoacanthoma

圖 6



(G873) 未分化型腺癌

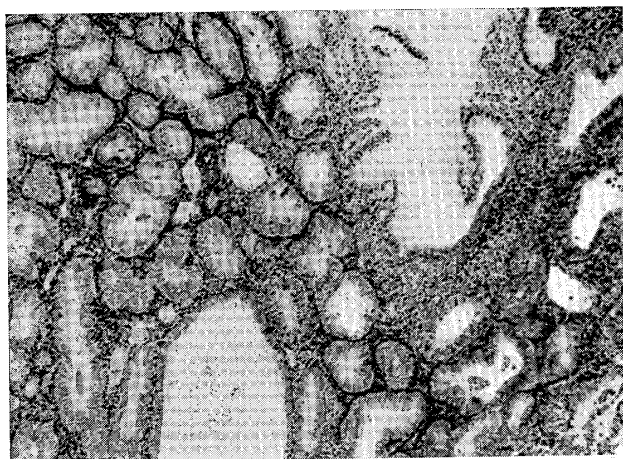
鈴木論文附圖〔II〕

圖 7



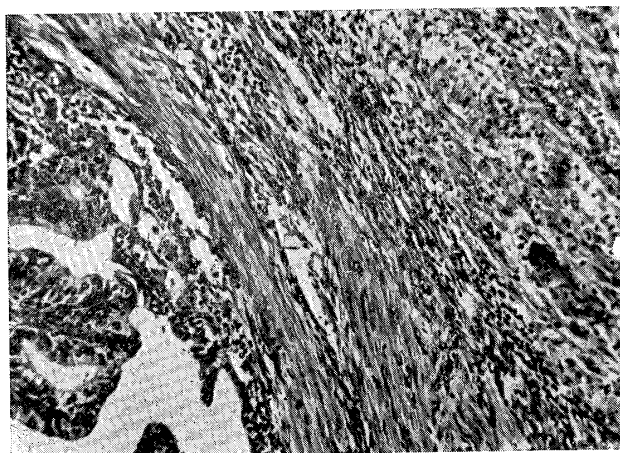
(G491) 非癌，異型増殖

圖 9



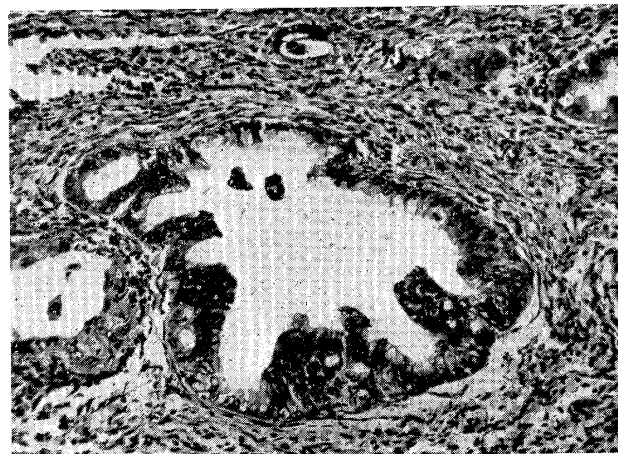
(R23876)(G1085) 増殖期像(右下)
との共存例，最終月経後日数は不詳

圖 11



(G1095) 特殊症例の1 結核(右方)
との合併例

圖 8



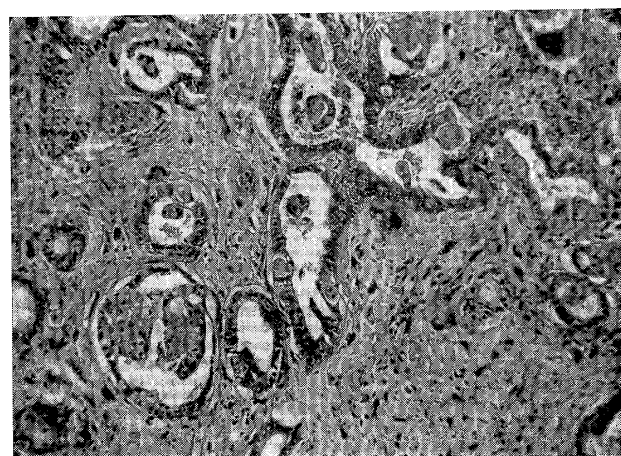
(G1072) 萎縮内膜像との共存例

圖 10



(G968) 分泌期像(右下)との共存例
卵巣に新鮮黄體を認めた

圖 12



(G862) 特殊症例の2(本論文の対象には含ま
れていない) 體部悪性中胚葉性混合腫瘍