

## 依頼稿

## 腔部びらんとその治療について

平 井 博\*

## はじめに

子宮腔部びらんとは実際は上皮欠損の真びらんを意味するが、一般的には肉眼的に腔部の赤く見えるものを称しているため、その種類は単純びらんから初期の癌性びらんまで多種のものが含まれているのが現実である。コルポスコープの普及した現在、びらんとその治療について語るためには先づびらんとを更に細分して検討する必要があると思われる。

ここに云うびらんとは組織学的に一層の円柱上皮或は菲薄な扁平上皮で蔽われているもので、之等はコルポスコープでは転位帯 Ektopie 或は変換帯 Umwandlungszone として観察されるものである。

著者等の観察ではびらんと診断されたものの中これ等は69.4%を占め、真びらんとは僅かに3.5%であつた。

この様なびらんとは従来一種の疾患として取扱われ、治療されて来たものであつて、現在までその治療法に関しては枚挙に遑ない報告があるにも拘わらず、未だ適確な方法に欠けると云うのが現状である。

その大きな理由はびらんの発生原因が明確にされていないゆえでもあろう。

著者はびらんの病態について述べ、治療法に関する些かの私見を述べることにする。

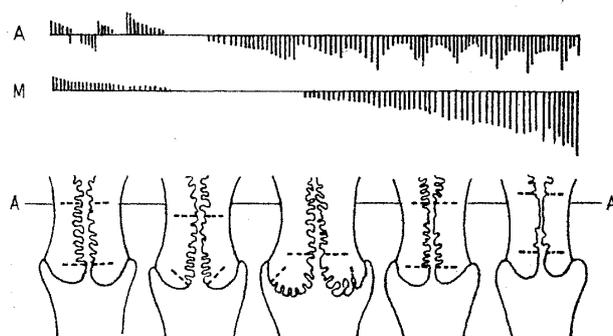
## びらんの発生と消失について

びらんの発生に関しては従来 R. Meyer の炎症説が信ぜられて来た。即ち、炎症による頸管粘液の増加によつて子宮腔部扁平上皮が浸軟剥離されて真びらんとが発生する。之はアルカリ性に抵抗の強い円柱上皮が増殖して被覆する(第1期治療)。この様なものは肉眼的に発赤して見え、一

般にびらんと称せられる大部分のものであつて、真びらんとに対して偽びらんと称せられる。さらに炎症が治まり、頸管粘液の減少と共に腔内容がアルカリ性から酸性になるに従つて扁平上皮が伸延し、円柱上皮下に侵入する。或は円柱上皮下基底細胞が増殖することによつて上皮新生が起こり、扁平上皮によつて置換されるとした(第2期治療)。

ところが Hamperl et al は解剖学的内子宮口から頸管腺の最内端までの距離と外子宮口から頸管腺外端までの距離が一定であるところから、所謂びらんとは頸管粘膜の外反によつて発生したもので、その治療はびらん面の内反による消失であると報告、本邦でも竹内がこの説に賛同している(表1)。この頸管粘膜の内外反は子宮頸部内側部(Zervixkern)が外側部に比して血管發育よく、子宮動脈の支配を直接受けるため卵巣ホルモンの影響を受けやすく、増大或は縮小が著明であるためとされている。著者等は腔部びらんの発生消失機序を推察するためにびらんとをコルポスコープで分析し、更にこれと腔部並びにびらんの面積を測定した。年令別にびらんとを観察すると表2の様に若年者のびらんの大部分は転位帯(E)であり、30~50才では変換帯(U)の割合が多く、

表1 Hamperl, Kaufmann の説 (1958)



\* 大阪医科大学産科婦人科講師

表2 年齢別びらんの種類 (コルポ所見)

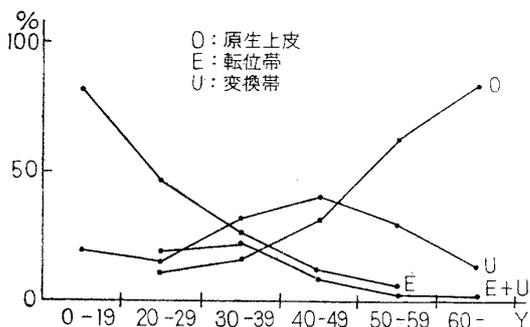


表3 膣部面積

年齢	面積		びらんの ある膣部 の面積	びらんの 無い膣部 の面積
	初	経		
1-19	5.5	—	7.1	3.2
20-29	4.6	7.1	7.4	4.3
30-39	4.2	8.0	8.8	5.1
40-49	5.0	9.1	9.3	5.7
50-59	2.8	6.8	6.5	4.1
60-	1.2	3.6	5.3	1.9
平均	3.9	6.9	7.4	4.1

50才を越えるとEもUも減少し、びらんの無い原生上皮(O)が多くなる。このことから若年者に見られる転位帯は半ば生理的と云えるし、更年期以後特に老人のびらんなは非生理的な場合が多いと云える。

膣部面積は未産婦に比して経産婦が大であるが、いずれも50才を過ぎると縮小の傾向が見られる。又びらんのある膣部の面積はびらんの無い膣部の面積に比して大きいが、竹内の述べる如く、著者等の成績でもびらんのある膣部の面積はびらんの無い膣部面積よりびらんの面積の分だけ広いと云う関係が見られる(表3)。

このことは Hamperl et al の云う頸部核肥大による頸管粘膜の外反によるびらん発生機序を説明する有利な資料と云える。唯分娩も一つの重要な因子であることは否めない。

この様なびらんと膣部面積との関係は転位帯(E)において最も著明である(表4)。しかし変換帯(U)においては認められず、興味のあることには転位帯(E)と変換帯(U)の共存する

表4 コルポ所見と膣部面積  
E群の膣部面積

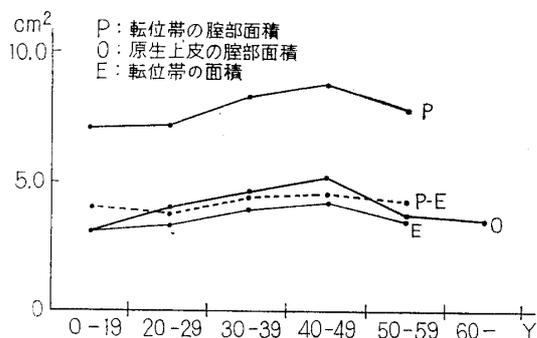
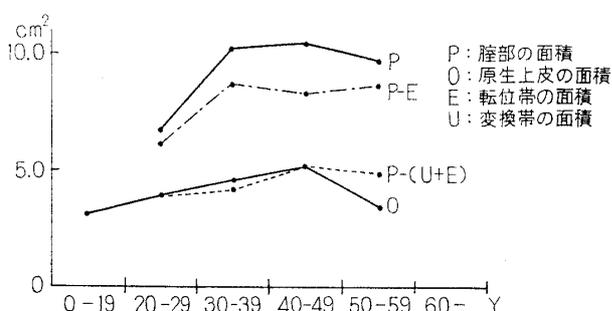


表5 コルポ所見と膣部面積  
E+U群の膣部面積



びらんにおいては転位帯(E)の面積と変換帯(U)の面積を膣部面積から差引いた面積がびらんの無い膣部の面積にほぼ等しいと云う結果を得た(表5)。

又肉眼的にびらんの無いと思われる膣部をコルポスコープで観察すると原生上皮以外に変換帯が多く見られ、特に膣部の大きいものでは変換帯の占める頻度が高く、30才から50才までにこの所見を多く見る。従つてびらん発生と消失の主因は外反と内反であるが扁平上皮化も消失の重要な機序である。

このことは膣部びらんなを消失せしめるためには子宮頸膣部の縮小をはかるか、或は扁平上皮化を促進する方法によらねばならぬことを意味している。

びらんなを治療する必要があるか。

前述の如く、びらんなが半ば生理的な機序で発生し、且つ消失するものであるならば竹内の主張する如く、びらんなを病的なものとして取扱う必要は

なくなる。著者等の観察でも大部分のびらんはびらんそれ自体を治療し、消失せしめる必要は無いものと考えている。唯日常外来に受診する患者の大部分は帯下、出血を訴えるものが多く、びらんに急性或は慢性の炎症を合併しているものが大部分である。

従つて頸管炎の治療が第一に必要であると共に分泌機能の亢進した頸管円柱上皮のびらん面の縮小をはかることも患者の自覚症状改善に有効であり、且つ必要なことである。又発癌の場合が主として扁平円柱上皮連合部（SCJ）であるところから、拡大されたSCJ部の縮小或は除去をはかることもびらん治療の問題として考慮されなければならない。

以上の様な偽びらん以外に炎症による真びらん、分娩によつて頸管内部が外翻したびらん（Eversion）等がある。これ等もその程度によつて治療の対象になることは勿論である。（上皮異常を伴うびらんについては此処ではふれない）。

#### びらんの治療のあり方について

びらんの発生と消失機序から考えて次の2つに大別出来る。

##### 1. 扁平上皮の新生を期待する方法

びらんは円柱上皮下予備細胞の扁平上皮化生によつて治癒するが、予備細胞の増殖並びに化生を促進する適切な方法は現在までのところ見当たらないと云える。

##### a) 各種薬剤の経腔投与による方法

従来消炎剤を含有する腔錠或は洗滌・塗布等によつてびらんが治癒したと云う報告は数多く見られるが著者等の観察では消炎剤で著効を示すのは頸管炎を合併する例で且つ真びらんの場合である。この場合には、薬剤と安静（性交禁止）等によつて治癒することが屢々である。

しかし、この様な場合はむしろ稀で、大きなびらんとして治療の対象となつている性成熟期婦人のびらんは殆んどが転位帯であつて、之等に対する効果は期待し難く、自覚症状の改善は見られてもびらんの縮小されない場合が大部分と云える。コバルトグリーンポール、エストリオール、ビタミ

ン等あるが未だ十分な効果をあげることが出来ないように思われる。

いずれにしても薬剤単独でびらんに完全に消失せしめることは炎症或は外傷によつて上皮欠損を生じた真びらんでない限り、今日のところ困難である。しかし炎症が予備細胞増殖不全症の原因ともなり得ると考えられているので長期投与は扁平上皮化生の促進に役立つものとも思われる。

b) びらん部の上皮を人工的に破壊し、新たに上皮再生を期待する方法

びらん部上皮の人工的破壊法として焼灼法がある。薬物による腐蝕法は従来硝酸銀棒によるものが賞用されている。腐蝕を重ねているうちに上皮が剝脱し、周囲健康上皮から扁平上皮の新生増殖をみると云う。

Novelcorona（限界高周波焼灼器）によつて円柱上皮を放電焼灼するのを1週に1回づつ5～6回行なうと予備細胞増殖、扁平上皮再生により70%が治癒すると報告されている。

電気焼灼器は冷却腔筒を使用し、びらん面を焼灼子で放線状にゆつくりと焼灼する。その有効性については川上の報告がある。教室の植木はその治癒状態をコルポスコプ、組織学的に検討した結果、周囲扁平上皮から新生する上皮と焼灼時に残存する腺上皮下予備細胞並びに頸管部予備細胞の伸延と扁平上皮化生によることを明らかにした。そして焼灼を浅くした場合は腔部に癒痕性収縮を来たさず、爾後の妊孕機能に悪影響を及ぼす危険が無いと述べ、深く行なつた場合は癒痕性収縮を伴い、主として周囲扁平上皮の伸延による治癒機序を推察している。

旧くから使用されている電気パクレンは焼灼部の収縮・頸管内への後退によつて治癒することが報告されている。

下平は高周波電流による焼灼器を作製し、之によるびらん治療の有効性を報じ、本法は火傷の危険がないこと、壊死組織の剝脱による出血が少ないこと、外来で簡単に施行出来、麻酔や冷却腔筒の必要がないこと、局所感染の少ないことを挙げている。本法の治癒機序は子宮腔部の癒痕性収縮

と周囲からの扁平上皮による被覆であると述べられている。

以上の焼灼法はいずれもびらん部分の上皮を破壊し、扁平上皮の新生を促がすものであるが、焼灼温度と熱の深部到達力の如何によつて頸腔部の瘢痕性収縮を伴う場合とそうでない場合がある。効果は十分な焼灼による瘢痕性内反機序を応用した方法が良いが、爾後の妊孕機能については Nevelcorona あるいは焼切器を用いた著者等のいう浅焼灼術が有効且つ適切な方法と考える。

## 2. 頸部核を縮小さす方法

### a) 瘢痕性収縮による方法

前述の如く、電気パクレン、高周波電流、電気焼切器等があり、之等は上皮のみでなく間質組織にまで熱が達し、壊死脱落后肉芽組織が形成され、後日収縮するものである。著者等は種々のびらん治療法を行なつた場合のびらん並びに腔部面積を測定したが、これによると焼灼を深く行つた例ではびらん縮小と同時に腔部の縮小も見られた。

### b) 手術的切除による方法

Sturmdorf 氏手術が代表的なものとして挙げられる。びらん部を円錐状に切除して周囲健康部の上皮弁で蔽うようにして縫合する手術である。教室では小島教授が本邦で初めて追試した関係で旧くからびらん治療法として行ない、迅速且つ確実な治療法として常用して来た。近年癌発生予防、あるいは初期病変の診断と治療法として広く用いられるようになっていく。

円錐切除術は Crossen の考案したもので本邦では佐伯が追試し、その有効性が報告されている。

### 治療法の撰択について

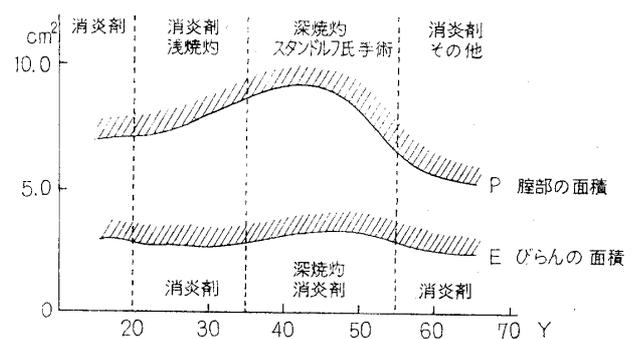
びらんの治療を考える上において最も大切なことはびらんの性質を確実に診断することである。視診・触診は勿論であるが細胞診、コルポ診、時には組織診を併用してその本態を把握することが肝要である。次いで前述の如く、びらん（主として転位帯、変換帯）は年令と共に一定の変化を示し、半ば生理的なものと考えられるゆえ、年令に対する配慮と腔部ならびにびらんの大きさに対する

考慮が必要である。未産婦か経産婦かによつて発生原因も異なることがあるため、妊孕能力を含めての考慮も大切である。表6はびらんならびに腔部面積と年令を中心として治療法の概略を図示したものである。20才前の若年者のほとんどは未婚であり、かつ帯下を主訴として受診するがこれらのびらんの大部分は転位帯と考えて差支えない。これに炎症が合併したものであり消炎療法が効果的である。びらんと消失せしめる必要はないと考えている。

著者は転位帯（偽びらん）に対して消炎療法を行なうことはびらん治療の原則と考えている。

特に35才位までの婦人に対してはこれを守りたい。ただ炎症が長期にわたり存続し、腔部肥大が

表6 びらん治療の方針



著明で薬剤に対する抵抗の強いものでは浅焼灼術の応用が好ましく、かつ有効であり、妊孕力にも好影響を与えることがあっても悪影響を及ぼすことはない。35才から55才位までは頸癌発生に対する考慮が必要である。

したがつてこれに対する精査はもちろん肝要であるが、たとえ良性であつても発癌予防にもなると考えられる治療法を撰ぶべきであろう。Grünbeger, Peyton 等は焼灼術後は頸癌発生頻度が低下すると報告しているが、かかる意味から云うとびらんが例え小さくても深部焼灼術等の応用が好ましく思われる。びらんが大きくあるいは腔部肥大を伴うものでは深部焼灼術ないしは Sturmdorf 氏手術や円錐切除術が良い。著者等の成績では腔部面積  $9.0\text{cm}^2$ 、びらん面積  $3.0\text{cm}^2$  以上のものが手術療法の適応と考えられ、この辺りが薬物療

法、焼灼療法の限界ではないかと考えている。

このような例は慢性炎症による間質組織の増生による腔部肥大を伴うため、上皮新生を促進する方法のみではなかなか治癒し難い。これに対して切除療法は短期間で根治することができ、かつ頸癌予防の見地からも有用である。また分娩時裂傷によつて外子宮口の哆開した Eversion には欠かせない方法である。また上皮異常の疑われる例の診断と治療の意義も大きいので本法に対する広い理解が要求される。

55才以上の高齢者ではびらんはほとんど認められないのが普通である。したがつてその存在には注意深い観察が必要である。炎症性変化の場合が多いので悪性を疑う所見のない場合は原則として消炎療法が良い。

#### むすび

腔部びらんと称せられるものはその種類きわめて多く、その発生原因も未だ充分解明されたと云えぬ現状である。したがつて一律化した治療法を考えることは今日の段階では困難であるが、R. Meyer 以来主張されて来たように全てのびらんに病的なものとして治療の対象にし、これを消失させなければならないとは考えられない。むしろ、びらんに合併した炎症の除去が治療の中心であ

り、消炎作用に強い抵抗を示す場合にびらん面の縮小をはかる必要がある。びらん治療の本態はそのようなところにあると思つている。

今後、さらにびらんの発生と消失の機序を基礎とした治療法の確立されることが望まれるが、頸癌予防を中心としたびらんの治療も検討されるべきであろう。

#### 文 献

- Meyer, R. (1910) : Arch f. Gynäk 91 : 569, 658.  
 Hemperl et al. (1958) : Arch f. Gynäk 190 : 303.  
 竹内正七他 (1962) : 産婦の実際 11 : 831.  
 竹内正七 (1964) : 産と婦 31 : 1015.  
 Zinser & Rosenbauer (1960) : Arch f. Gynäk 194 : 73.  
 川上博 (1956) : 産婦の実際 5 : 477.  
 植木実 (1968) : 産婦の進歩 20 : 191.  
 佐々木計 (1948) : 手術 2 : 271.  
 下平和夫 (1965) : 産婦の治療 11 : 659.  
 Sturmdorf, A. (1916) : Surg. Gyn. & Obst 22 : 93.  
 小島秋 (1943) : 産と婦 11 : 145.  
 Crossen, R. (1949) : Am J Obst & Gyn 57 : 187.  
 佐伯政雄 (1954) : 産婦の実際 3 : 657.  
 Grünberger, V. (1953) : Wien Klin-Wschr 71 : 243.  
 Peyton, F.W, et al. (1963) : Am J Obst & Gyn. 86 : 111.  
 小島 秋他 (1968) : 昭和43年日産婦臨床大会講演要旨。