

子宮頸癌の傍結合組織への進展についての再検討

徳島大学医学部産科婦人科学教室 (主任: 足立春雄教授)

岸 恭也 乾 貞治 土井 忠彦

保田 正憲 藤田 秀樹 古田 則明

足立 春雄

A Reappraisal of the Spread of Cervical Carcinoma into the Parametrium

Yasuya KISHI, Sadaharu INUI, Tadahiko DOI, Masanori YASUDA,

Hideki FUJITA, Noriaki FURUTA and Haruo ADACHI

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Tokushima University, Tokushima

(Director: Prof. Haruo Adachi)

概要 文献的にみて頻度の差の著しい子宮頸癌の傍結合組織への進展は、放射線療法が発達して手術適応が変り、術式もかなり変遷し、微小浸潤癌の予後が明らかになった現在、再検討が必要であると思われる。岡林式広汎子宮摘出術を受けた深部浸潤癌 (浸潤の深さ 5 mm 以上の癌) 153 例中 20 例 13.1%, 306 例中 24 例 7.9% に組織学的に癌が認められた。この数値は階段切片によつて微小浸潤癌例 (浸潤が 5 mm を起えない) を確実に除外し、切除された傍結合組織を残らずブロックとして得られた数値であるにもかかわらず、従来の報告のような極めて高い数値は得られず、文献上最も低いものである。腺癌例あるいは腺棘癌例では扁平上皮癌例より高頻度に傍結合組織への進展が見られた。臨床期の Ib あるいは IIa 例では 4.4%, IIb では 25.4% に組織学的に傍結合組織に癌が認められた。また逆から見ると組織学的に傍結合組織に癌が認められなかった例の 35.3%, 癌が認められた例の 80.0% が臨床的には IIb と判定されていた。傍結合組織へ、あるいはその中のリンパ小節へ進展した頸癌病巣が、骨盤リンパ節転移への前提であろうという結論は得られなかった。傍結合組織に組織学的に癌が認められた例の 5 年生存率は有意に低かった。準広汎子宮摘出術を受けた上皮内癌 28 例、準広汎あるいは広汎子宮摘出術を受けた微小浸潤癌 40 例の傍結合組織には組織学的に癌は認められなかった。このことはいわゆる準広汎子宮摘出術の意義について再検討が必要であることを示唆していると思われる。

Synopsis The spread of cervical carcinoma into the parametrium seems to need a reappraisal, because there is no unanimity of opinion concerning its incidence. The whole tissue of the parametrium of deep invasive carcinoma (more than 5 mm in depth of invasion) and of microinvasive carcinoma (5 mm or less in depth) was embedded into several paraffin blocks and sectioned. Out of 153 cases with deep invasive carcinoma treated by radical hysterectomy 20 cases, 13.1%, showed a spread of carcinoma into the unilateral or bilateral parametrium. This incidence is the lowest among reports. The incidence was significantly higher in those with adenocarcinoma or adenosquamous carcinoma than in those with squamous cell carcinoma. The incidence was 4.4% in cases of stage Ib or IIa and 25.4% in IIb. 35.3% of the patients in whom the parametrium was not involved by cancer, and 80.0% of the patients in whom the parametrium was involved, had been clinically evaluated as Stage IIb. It was not felt that metastasis in lymph nodes situated in the resected parametrium was closely related to that in pelvic lymph nodes in the same side. No metastasis was seen in the parametrium of those with microinvasive carcinoma obtained by semiradical or radical hysterectomy.

緒 言

子宮頸癌の傍結合組織への進展はすでに 19 世紀から研究されており、手術例についても Wertheim²⁸⁾ が根治手術々式を報告して以来すでに多

数の報告がある。しかし著者らは下記の理由で、現在、再検討すべき時期にあると思う。

1. 今までに発表されている数値は 13.5% (望月⁷⁾) から 72.2% (Kermauner u. Lameris²⁰⁾) ま

で著しく不一致である。

2. 適応の面から見ると、放射線が行なわれなかったか、あるいは殆ど無効であり、国際臨床期分類のなかった今世紀初めのデータと、現在のデータとは区別して考えなければならない。また術式の面でも変遷は著しい (Nelson²⁵⁾)。

3. わが国で広く行なわれている子宮頸癌のいわゆる術後照射について、現在は反省期にある。それは線源が通常圧レ線からテレコバルトあるいは超高圧レ線と変つて、深部線量が増加すると共に小腸などへの障害も増加するからである。この適応の指標と考えられているのは頸癌の子宮外への進展、すなわち骨盤リンパ節転移と傍結合組織への進展である。しかしこの両者の間には密接な関係はないという意見 (赤松¹⁾, 平林²⁾, 古賀⁵⁾) が有力である。もちろん触診所見とも充分には一致していない (庄司¹³⁾, Nakamura²⁴⁾, Brunsch¹⁷⁾)。

4. 広汎子宮摘出術後の傍結合組織への転移の検索は現在は骨盤リンパ節に対する程は一般的には行われていないので、ルチーンに行える実際的な方法を試みる必要がある。

5. 傍結合組織への癌の進展は予後とは当然関係がある (迎⁸⁾, 塚本¹⁴⁾) と考えられるが、中には予後と関係がないとする意見もある (赤松¹⁾) のでこれを確かめる必要がある。

6. 子宮外への進展が殆どないか、あつても稀と考えられている微小浸潤癌例 (Frick et al.¹⁹⁾, Kolstad²²⁾) を明確に除外した症例についての数値が必要である。

7. 準広汎子宮摘出術がかなり行なわれている現在、その術式の意義を考慮するためには、微小浸潤癌例の傍結合組織についても検討が必要である。

研究方法

1968年1月から1976年12月までの9年間に徳島大学産婦人科では子宮頸部の上皮内癌222例浸潤癌542例が治療を受けている。上皮内癌は主として単純子宮摘出術を受けたが、28例は準広汎子宮摘出術を受けた。

浸潤癌ではⅠ期とⅡ期の主治療法は子宮摘出術

であり、Ⅲ期に対しては放射線治療を行つた。浸潤癌542例中、Ⅰ期とⅡ期例は429例 (79.2%) であり、その中で手術を受けたのは313例であり、その中で微小浸潤であつたのは99例であつた。

この論文では浸潤の深さが5mmを越さないものを微小浸潤癌と呼び、全例で階段切片によつてその組織像と深さが確認されており、浸潤の深さが5mmを越しているものを深部浸潤癌と称した。

摘出物は10%ホルマリン液で固定された。傍結合組織は缺で頸部から切離され、その全組織を残さず幾つかのブロックに分ち、Tissue-Tek II の包埋カセット 500 S を用いてパラフィン包埋し、ヘマトキシリン・エオジン染色標本を作つて観察した。

切断は傍結合組織が子宮頸部から疎な組織に移行する部で缺で行なわれるので Ober u. Huhn²⁶⁾ の境界帯は子宮頸部の方に残ることになる。傍結合組織と“境界帯との境界”を顕微鏡的に検討するには、傍結合組織を少量だけ頸部の方に残し、頸部外周の階段切片を作るべきであるが、著者らはその方法をとらなかつた。それは傍結合組織検索のルチーン化がこの研究の目的の1つであり、上記の方法はそのためには繁雑すぎるからである。

基靱帯、膀胱子宮靱帯および直腸子宮靱帯の区別は行なわなかつた。その理由はこれら3対の靱帯は子宮付着部においては明確に区分され得ないからである。

また多くの論文、(迎⁸⁾, 井槌⁴⁾, 赤松¹⁾) では傍結合組織を子宮側1/3、骨盤側1/3、中間部1/3に分けているが、この研究ではその方法をとらなかつた。それは3対の靱帯は長さが全く異なるので、それらを完全に分離できないならば、これをまとめて3等分してもさほど重要な意義づけはできないからである。

研究成績

1968年1月から1976年12月までの9年間に245例の深部浸潤癌が広汎子宮摘出術を受けているが、その中で傍結合組織の標本保存の完全な153

表1 広汎子宮摘出術を受けた深部浸潤癌例の傍結合組織の病理組織学的検査

病理組織像			数		人 数					
			右	左				計		
扁平上皮癌	被 検 者 数		132	132	264	132				
	癌発見数	連続性*	4	5	9	6				
		非連続性	2	6	8	8				
	癌発見率	連続性	3.0	4.5%	3.8	8.4%	3.4	6.4%	4.6	10.7%
		非連続性	1.5		4.6		3.0		6.1	
腺 癌 あるいは 腺 棘 癌	被 検 者 数		21	21	42	21				
	癌発見数	連続性	3	1	4	3				
		非連続性	0	3	3	3				
	癌発見率	連続性	14.3	14.3%	4.8	19.1%	9.5	16.6%	14.3	28.6%
		非連続性	0		14.3		7.1		14.3	
合 計	被 検 者 数		153	153	306	153				
	癌発見数	連続性	7	6	13	9				
		非連続性	2	9	11	11				
	癌発見率	連続性	4.6	5.9%	3.9	9.8%	4.3	7.9%	5.9	13.1%
		非連続性	1.3		5.9		3.6		7.2	

* 頸部の主病巣が筋層および外膜を貫き傍組織に組織学的に比較的大きい病巣が認められる場合を連続性とした。

例が今回の研究の対象となつた。その中の20例13.1%に傍結合組織に癌が認められた(表1)。1側を1単位として考えると306側中24側7.9%に癌が認められた。左右別を見ると右側9側5.9%, 左側15側9.8%で左側に多かつたが, これは統計的には有意差ではない。

原発巣の組織型と傍結合組織への癌の進展との関係を見ると, 扁平上皮癌では132例中14例10.7%, 264側中17側6.4%であるのに対し, 腺癌あるいは腺棘癌では21例中6例28.6%, 42側中7例16.6%と高く, これらはいずれも5%の危険率で有意差であつた。

子宮頸部の主病巣が筋層および外膜を貫き傍結合組織内に比較的大きい病巣が認められる例を連続性と規定すると, 連続性進展と非連続性進展は, 側数にして4.3%と3.6%, 例数にして5.9%と7.2%であつた。

頸癌の傍結合組織の触診所見すなわち国際臨床期と組織学的な傍結合組織への癌の進展の関係を見ると(表2), IIb (obvious parametrial involvement) と判定された63例中組織学的に癌の認められたものは僅か16例(25.4%)であつ

表2 深部浸潤癌例の傍結合組織への癌の組織学的進展と国際分類との関係

国際分類 組織学的	I b・II a	II b	計
な し	[64.7] 86 (95.6)	[35.3] 47 (74.6)	[100] 133
あ り	[20.0] 4 (4.4)	[80.0] 16 (25.4)	[100] 20
計	90 (100)	63 (100)	153

* () および [] は縦および横の%を示す

た。obvious parametrial involvement なしと判定された(Ib, IIa) 90例中4例4.4%に組織学的に癌が認められた。

他方, 組織学的に癌が認められなかつた133例中47例35.3%はIIbと判定され, 組織学的に癌が認められた20例中16例80.0%はIIbと判定されていた。

広汎子宮摘出術を受けた深部浸潤癌153例の傍結合組織は残さずにカセットに入れて包埋されたが, そのブロック総数は1,678個で, 1人平均

表3 広汎子宮摘出術を受けた深部浸潤癌例の
傍結合組織の組織検査用のブロック

組織像		部 位		右	左	計
扁平上皮癌	作製したブロック			651	771	1422
	癌のあるブロック			10	17	27
	%			1.5	2.2	1.9
腺 癌 あるいは 腺 棘 癌	作製したブロック			152	104	256
	癌のあるブロック			4	5	9
	%			2.6	4.8	3.5
合 計	作製したブロック			803	875	1678
	癌のあるブロック			14	22	36
	%			1.7	2.5	2.2

11.0個で、その中で癌の認められたブロックは36個2.2%であつた(表3). 原発巣の組織像別に見ると扁平上皮癌例では1.9%で、腺癌あるいは腺棘癌例では3.5%であり、左右別を比較すると左側2.5%、右側1.7%であつたが、これらはいずれも統計的には有意差ではない。

骨盤リンパ節転移との関連を見るために、摘出された傍結合組織内にあるリンパ小節への転移を検討してみた(表4). それらの中には小節が幾つか集合しているものもあるが、そのようなものはむしろ少ないので小節の名称でまとめた。被膜をもつていないいわゆるリンパ浸潤はこの中には含まれていない。

広汎子宮摘出術を受けた153例の中で、リンパ節の標本の不備な3例を除く150例において、基靱帯節を含めて廓清されたリンパ節1,717個中に98個5.7%の転移が認められたが、摘出された傍結合組織中に含まれるリンパ小節390個中には僅

か10個2.5%、すなわち廓清されたリンパ節におけるよりも半分以下の頻度で癌転移が認められるに過ぎなかった(1%の危険率で有意). またこれは術中に基靱帯節として廓清されたものの転移頻度6.7%に比しても低い(5%の危険率で有意)。

側数としての転移頻度を見ると廓清された骨盤リンパ節では16.3%であるが、傍結合組織内リンパ組織では3.0%と低く(0.1%の危険率で有意)、人数としての転移頻度で見ると廓清されたリンパ節では24.7%であるのに対し、傍結合組織中のリンパ組織では6.0%と低い(0.1%の危険率で有意)。

左右差では、摘出された傍結合組織中の転移リンパ組織数は右0、左10、廓清された転移基靱帯節数では右1、左7と左が多いが、廓清された骨盤リンパ節数では右56、左42と逆に右が多く、側数にしても右26、左23と右が多かつた。

次に傍結合組織内の孤立状の比較的小さい病巣について、その病巣の成立がリンパ小節への転移として始まつたものの頻度をしらべてみた(表5). 大きい病巣及び非孤立状の病巣を除いたのはそれらでは転移の成立機転がすでに不明となつているからである。リンパ小節内への転移は僅かに扁平上皮癌で9.3%、腺癌・腺棘癌で15.4%、計10.1%に過ぎなかつた。

表6は深部浸潤癌の1側の傍結合組織への癌の進展と同側の骨盤リンパ節転移との関係を見たものである。右側のみの傍結合組織に癌が認められ

表4 広汎子宮摘出術を受けた深部浸潤癌例の傍結合組織内のリンパ小節と骨盤内リンパ節への転移

転移の頻度 リンパ節の所在	リンパ節数						側 数						人 数		
	右		左		計		右		左		計		人 数		
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	計
摘出された傍組織中のリンパ小節	0	180	10	210	10 (2.5)	390 (97.5)	0	150	9	141	9 (3.0)	291 (97.0)	9 (6.0)	141 (94.0)	150
術中に廓清された基靱帯節*	1	53	7	58	8 (6.7)	111 (93.3)	1	29	4	34	5 (7.4)	63 (92.6)	4 (8.0)	46 (92.0)	50
廓清された骨盤リンパ節 (基靱帯節を含む)	56	785	42	834	98 (5.7)	1619 (94.3)	26	124	23	127	49 (16.3)	251 (83.7)	37 (24.7)	113 (75.3)	150
計	56	965	52	1044	108 (5.1)	2009 (94.9)									

()内の数値は%

* 基靱帯節を区分して摘出している例のみ

表5 傍結合組織における*小さい孤立状癌病巣の存在部位

原発巣	傍結合組織 病巣総数	リンパ小節内の病巣	
		数	%
扁平上皮癌	86	8	9.3
腺癌あるいは腺棘癌	13	2	15.4
計	99	10	10.1

*非孤立状あるいは大きい病巣は本来リンパ小節内に始まったか否か不明なので除く。

表6 深部浸潤癌例の傍結合組織への癌の進展と骨盤リンパ節転移との関係

傍結合組織	骨盤リンパ節				
	なし	右側	左側	両側	計
なし	105	12	9	6	132
右側	3	0	0	2	5
左側	5	1	2	2	10
両側	0	1	0	2	3
計	113	14	11	12	150

た5例の中で3例には同側の骨盤リンパ節に転移が認められなかった。また左側のみの傍結合組織に癌が認められた10例中6例には同側の骨盤リンパ節に転移は認められなかった。

両側の傍結合組織に癌を全く認めなかった132例中でも骨盤リンパ節に転移を認めたのは、右側12例、左側9例、両側6例計27例、20.5%にのぼった。しかし両側の傍結合組織に癌を認めた3例では両側の骨盤リンパ節転移を認めたもの2例、1側に認めたもの1例であった。

これを骨盤リンパ節側から見ると右側のみの骨盤リンパ節に転移の認められた14例中実に13例まで、また左側のみの骨盤リンパ節に転移の認められた11例中実に9例までは同側の傍結合組織に癌を認めなかった。

両側のいずれにも骨盤リンパ節転移の認められなかった113例中1側の傍組織に癌の認められたのは8例7.1%であり、両側に認められたものはなかった。また両側共に骨盤リンパ節転移を認めた12例中2例は両側に、4例は1側の傍結合組織に癌が認められ、半数の6例には左右いずれにも癌の進展は認められなかった。

治療後5年以上経過した64人の予後を見ると

表7 深部浸潤癌例の傍結合組織への癌の進展と5年生存率

傍結合組織への 進 展		人数	外 照射	腔内 照射	5年生存		追跡 洩れ
					数	%	
あ り	扁平上皮癌	7	7	7	4	57.1	0
	腺癌あるいは 腺棘癌	1	1	1	0		0
	小 計	8	8	8	4	50.0	0
な し		56	53	52	46	82.1	1

(表7), 組織学的に傍結合組織に癌の認められた8人中4人生存(50.0%)し、癌の認められなかった56人中46人(82.1%)が生存し(5%の危険率で有意), 1人は不明, 9人は5年以内に死亡した。傍結合組織に癌の認められた8人は全て線源⁶⁰CO管, アプリケーター TAO オボイドによる腔内照射, テレコバルト, あるいは超高圧レ線(6MeV)による外照射を受けている。傍結合組織に癌を認めなかった56人でも, 53人が外照射を, 52人が腔内照射を同様の方法で受けている。なお傍結合組織に癌が認められて5年以上生存している4人の内, 骨盤リンパ節には転移がなかったのはただ1人のみであり, 1人には6個, 1人には5個, 他の1人には1個の転移が認められた。

傍結合組織において癌の見出されたブロック数と予後との関係を見ると(表8), ブロック1個

表8 癌の存在する傍結合組織ブロック数と予後

癌の存在するブロック数	0	1	2	3	4	5	6
5年生存例数	45	2	2				
5年以内の死亡例数	9	1	1	1			1
追跡洩れ	2						
計	56	3	3	1			1

または2個の場合はそれぞれ3例中2例が5年生存しているが, 3個あるいは6個の各1例はいずれも5年以内に死亡している。

傍結合組織における癌病巣と頸部における病巣の連続性・非連続性あるいは混合型と予後の関連

表9 準広汎あるいは*広汎子宮摘出術を受けた上皮内癌および微小浸潤癌例の
傍結合組織の病理組織学的検査

原発巣	数	人数	側 数			ブロック数			傍結合組織内の** リンパ小節数			癌 病 巣 数		
			右	左	計	右	左	計	右	左	計	右	左	計
上 皮 内 癌		28	28	28	56	76	77	153	5	5	10	0	0	0
微 小 浸 潤 癌	～ 3 mm	27	27	27	54	131	141	272	17	18	35	0	0	0
	～ 5 mm	13	13	13	26	76	79	155	15	14	29	0	0	0

* 5 mm 以下の微小浸潤癌40例中29例が広汎性手術を受けている。

** 手術中に基靱帯節として別に廓清されたものはこの表には含まれていないが
それらにも癌は認められていない。

の有無を見るには症例数は十分ではなかつた。

この期間中に28例の上皮内癌と11例の微小浸潤癌が準広汎手術を受け、29例の微小浸潤癌が広汎手術を受けたが、それらの傍結合組織には癌は認められなかつた(表9)。なお広汎手術を受けた29例の微小浸潤癌例は骨盤リンパ節廓清も受けているがリンパ節転移を認めたものはなかつた。

同期間内に194例の上皮内癌と51例の微小浸潤癌が上部腔壁を付けた単純子宮摘出術を受けているが、もちろんこれらは表には含まれていない。

考 案

従来発表されている傍結合組織における癌発見率の数値には古賀⁹⁾が表示しているように13.5%(望月⁷⁾)から72.7%(Kermauner u. Lameris²⁰⁾)までの大きい開きがある。このような大きい差がある原因としては手術適応、検索数、標本作製法、および判定基準の4つが考えられる。

まず手術適応の点から見ると、1900年に Wertheim²⁸⁾ による頸癌根治手術の術式の発表に続く今世紀初めの報告では大半が50%以上である(古賀⁹⁾)。しかも Wertheim²⁸⁾ の時期の根治手術が根治手術というよりも実は現在の modified radical hysterectomy とほぼ同じ(Nelson²⁵⁾)であることを考えると、この数値は極めて高い。

1901年にレントゲン線が、また1903年にラジウムがはじめて子宮頸部に適用される(Corscaden¹⁸⁾)というように、両者はWertheim²⁸⁾ の手術とほぼ同じ時期に登場してきたが、その頃はまだ効果は十分でなかつたので、かなり進行したと思われ

る例でも手術に頼らざるを得なかつた。従つて当時の転移頻度と現在の頻度との数値だけを比較しても大して重要な意味はないし、また国際臨床期分類も行なわれていなかつたので臨床期別に比較することも困難である。

その後腔内照射と外照射の発達に伴つて、欧米では1930年代の後半までには手術療法は放棄されてしまうと共に、傍結合組織の術後検査についての報告も見られなくなつた。しかし日本では Okabayashi²⁷⁾ によつて本格的な根治手術が報告され、その後種々の術式の改良が加えられ、また1950年頃から国際臨床期分類とも関連して報告されるようになってきた。しかしこれらの報告においてもなお頻度の差は13.5%(望月⁷⁾)から58.1%(西村¹²⁾)とかなり大きい。それらの中で傍結合組織への癌進展頻度が40%を越す報告を見ると、いずれも症例が少なく、その中でⅢ期の症例の占める割合が多い(山口¹⁵⁾, 西村¹²⁾, 迎⁸⁾)。しかし期別に記載のある文献ではⅠ期、Ⅱ期でも進展頻度の差がやはり著しい。例えば山口¹⁵⁾はⅠ期で42.9%, Ⅱ期で53.0%, Ⅲ期で88.9%, 板倉³⁾はⅠ期で25.0%, Ⅱ期で47.8%, Ⅲ期で68.8%, Mitani et al.²³⁾はⅠ期で41.7%, Ⅱ期で50.0%, Ⅲ期で71.4%, 西村¹²⁾はⅠ期で6.7%, Ⅱa期で33.3%, Ⅱb期で74.2%, Ⅲ期で67.6%と報告している。

今回の著者らの報告以外の文献では、Ⅰ期中の微小浸潤癌を明確に除いているものはない。日本で子宮頸癌に対する集団検診が普及しはじめた

のは昭和37～40年頃からであるので、それ以前の文献では、扱っている症例の中で微小浸潤癌例の占める割合はそう多くはないと思われるが、これを明確に除外すれば傍結合組織への進展頻度の数値はさらに高くなるはずである。今回の著者らの研究では、これを明確に除外した深部浸潤癌のみについての数値であるにもかかわらず、従来の報告のような極めて高い数値は得られなかった。

傍結合組織を組織学的に検索する際の標本作製法は一定していない。連続切片を用いる方法(Mitani et al.²³⁾、12個所を切出する方法(Nakamura²⁴⁾、子宮頸部縦軸に垂直に2～3mm厚さの10～15個の連続ブロックとして切出し、腫瘍塊の全断面だけではなく、腫瘍周囲傍結合組織を充分含んだ10～15枚の大割組織切片を作る方法(古賀⁵⁾、基靱帯、腔傍結合組織および直腸腔間など結合組織の諸部位から組織片を採る方法(板倉³⁾、頸部を含めて傍結合組織を端から頸管に平行に5mm間隔で切出す方法(庄司¹³⁾、肉眼的に最も浸潤があると思われる部位で原発巣と傍結合組織を含む大割切片を数枚作る方法(赤松¹⁾、平林²⁾)などがある。著者らは、現今は十分には行なわれていない病院もかなり多い傍結合組織の術後検索を常用に供することも目的の1つであるので、連続切片や大割切片による方法とはらず、通常の大サイズのパラフィンブロックにし、各ブロックについて1～2枚の切片を作る方法をとつたのである。その代りに研究方法の項で述べたように傍結合組織は残らず切出し、カセットに入れて包埋した。

判定基準で問題となるのは Grenzzone (Ober u. Huhn²⁶⁾), parametrial cervical boundary zone (Beyer and Murphy¹⁶⁾), 境界帯(井樋⁴⁾、平林²⁾、塚本¹⁴⁾)の扱いである。この領域への癌の進展の有無は子宮外への頸癌の進展の機序を考える上に非常に興味深い問題を含んでいるが、この領域の定義については十分の意見の一致が見られていないし(Ober u. Huhn²⁶⁾、赤松¹⁾、塚本¹⁴⁾)、この領域の所見は原発巣すなわち子宮頸部の所見と考えるのが妥当なので、この部に癌が進展していても

傍結合組織への進展陽性とはしなかった。

もう1つの問題となるのは人工産物である。子宮摘出から切片作製までの間に原発病巣と接触する器具、たとえば手術室から運ぶ容器、術後に摘出物を観察するときに使うピンセットなどによって人工的な付着が起きないように注意しなければならない。この注意を怠ると組織の最外側に付着した全く孤立状で周囲組織との間に全く関連のない癌組織として出現する。時として全く正常の上皮組織片すら付着することがある。

子宮頸癌は左側へ進展することが多いことを中村⁹⁾は詳しく述べている。著者らの患者群でもそうであつたが、有意差はなかった。

腺癌あるいは腺棘癌は扁平上皮癌に比べると有意に傍結合組織への進展が多かつた。これは頸部腺癌が扁平上皮癌よりも予後が悪いという報告(Kjörstad²¹⁾)の原因の1つかも知れない。

表5は傍結合組織内のリンパ組織が頸癌の骨盤リンパ節転移にどの程度関与しているかの一面を示すものと考えてよからう。300側中9側3.0%は中村¹⁰⁾の200側中5側2.5%より少し多いが、この数値のみから見限りでは、これはむしろ軽い意義しか持つていないようである。また側数あるいは人数として計算してみても、摘出された傍結合組織内のリンパ組織は骨盤リンパ節に比してはるかに低い数値しか示していない。しかし術中に基靱帯節として廓清されたものが骨盤リンパ節と同じ転移率を示していることは注目に価する。しかし、これとても骨盤リンパ節転移への第1次基地と言える程高い数値ではない。

また逆に傍結合組織における小さい癌病巣の中で、リンパ小節への転移として始まっている頻度は僅か10.1%に過ぎなかった。このことから子宮外への頸癌の進展に際して、傍結合組織の中にあるリンパ小節は少なくとも主要な要素ではないと理解してよからう。

頸癌の進展についての傍結合組織と骨盤リンパ節の同側性は、表7に見られるように相関性はやすい。この結果からも傍結合組織への癌の進展が同側の骨盤リンパ節転移への基地あるいは前提と

なつているとは考えられない。従つてたとえ傍結合組織が経路になつているとしても“素通り”であるか、または平林²⁾が強調するように各々別な道を歩むのであろう。

傍結合組織における癌浸潤はさほど大きな影響を予後に与えないという報告(赤松¹⁾)もあるが、著者らの例では表7のように有意であつた。そして例数は少ないけれども表8のように癌の存在するブロック数が多ければ多い程予後は不良であつた。

集団検診を主要因として微小浸潤癌例が増加してきて以来、いわゆる準広汎術式がかなり普及してきた。しかしその目的、定義、術式、効果および障害についての意見(日産婦子宮癌委¹¹⁾)には十分の一致が見られないし、またデータも十分ではない。表9からわかるように、上皮内癌例および微小浸潤癌例に対して準広汎あるいは広汎手術を行う場合、その主目的が臨床的に見逃しているかもしれない傍結合組織の癌病巣を除去するという点にあるとすれば、結果的には無意味であつたことを示している。従つてこの術式がある程度の障害を残すことがあるとすれば(三浦⁶⁾)この手術の意義を考えなおさなければならないだろう。

本論文の投稿と同月に、日本産科婦人科学会子宮癌登録委員会のIa期診断基準に関する小委員会の試案が発表された。本論文はその規定以前のデータである。

文 献

1. 赤松 光：子宮頸癌における骨盤壁リンパ節転移機序に関する研究。日産婦誌，17：1139，1965。
2. 平林光司：子宮頸癌における骨盤リンパ節転移経路に関する問題。産婦治療，22：107，1971。
3. 板倉信一郎：子宮頸癌傍結合組織における癌蔓延様式—特にその手術剔出の意義について—。信州医誌，9：168，1960。
4. 井植 進：子宮頸癌の進展とそれを中心とした治療に関する臨床的実験的研究。第16回日産婦総会特別講演要旨，東京，1964。
5. 古賀正通：子宮頸癌の傍結合組織内蔓延について。医学研究，6：239，1966。
6. 三浦清樹，河村信吾，加瀬泰昭，石丸忠之，大

- 谷勝美，山辺 徹：準広汎性子宮全摘術後の排尿障害。日産婦誌，26：1017，1974。
7. 望月 正：子宮癌に関する研究。新潟医誌，64：274，1950。
8. 迎 和治：子宮頸癌における組織学的癌蔓延と予後一部位別癌蔓延採点法による予後指数。日産婦誌，14：1096，1952。
9. 中村一郎：子宮頸癌傍結合組織に関する研究。第2編，子宮傍結合組織臨床浸潤の左右差について。日産婦誌，6：1499，1954。
10. 中村一郎：同第3編 子宮傍結合組織の病理組織学的研究(補遺)。日産婦誌，6：1507，1954。
11. 日本産科婦人科学会 子宮癌委員会：第14回懇談会—初期子宮頸癌の手術療法。産と婦，42：785，1975。
12. 西村敏雄：子宮頸癌と骨盤内リンパ節転移。産婦治療，11：135，1965。
13. 庄司 孝：子宮頸癌傍組織の病理組織学的研究。日産婦誌，5：329，1970。
14. 塚本隆是：子宮頸癌の蔓延様式に関する研究—新しい術後分類法の提唱—。信州医誌，15：354，1966。
15. 山口茂安：子宮頸癌に於ける傍結合組織の態度。日産婦誌，7：1107，1955。
16. Beyer, F.D. and Murphy, A.: Patterns of spread of invasive cancer of the uterine cervix. Cancer, 18: 34, 1965.
17. Brunsch, K.H.: Die Wertung der histologischen Untersuchung der Parametrien beim operierten Kollumkarzinom im Hinblick auf die Feststellung des Ausbreitungsgrades. Geburtshilfe Frauenheilkd., 17: 518, 1957.
18. Corscaden, J.A.: Gynecologic Cancer, 3rd ed. The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1962.
19. Frick, H.C., Janowski, N.A., Gusberg, S.B. and Taylor, H.C.: Early invasive cancer of the cervix. Am. J. Obstet. Gynecol., 85: 926, 1963.
20. Kermauner, F. und Lameris, H.: Zur Frage der erweiterten Radikaloperation des Gebärmutterkrebses. Beitr. Geb. Gyn., 5: 87, 1901.
21. Kjörstad, K.E.: Adenocarcinoma of the uterine cervix. Gynecol. Oncol., 5: 219, 1977.
22. Kolstad, P.: Carcinoma of the uterine cervix Stage IA. Diagnosis and treatment. Am. J. Obstet. Gynecol., 104: 1015, 1969.
23. Mitani, Y., Yamaguchi, S., Jimi, S., Oka, T. and Mukae, K.: The carcinomatous development in the parametrium in carcinoma of the uterine cervix. J. Jap. Obstet. Gynecol. Soc., 11: 173, 1964.
24. Nakamura, I.: Studies on the parametrium in carcinoma of the uterine cervix. I. Histology of

- the parametrium. J. Jap. Obstet. Gynecol. Soc., 1: 23, 1954.
25. *Nelson, J.H. Jr.*: Atlas of Radical Pelvic Surgery, 80. Appleton-Century-Crofts, New York, 1969.
26. *Ober, K.G. und Huhn, F.O.*: Die Ausbreitung des Cervixkrebses auf die Parametrien und die Lymphknoten der Beckenwand. Arch. Gynaekol., 197: 262, 1962.
27. *Okabayashi, H.*: Radical abdominal hysterectomy for cancer of the cervix uteri (Modification of the Takayama Operation). Surg., Gynecol. & Obstet., 33: 335, 1921.
28. *Wertheim, E.*: Zur Frage der Radikaloperation beim Uteruskrebses. Arch. Gynaekol., 61: 627, 1900.

(No. 4309 昭53・1・11受付)