

16 子宮頸癌の腫瘍径と後腹膜リンパ節転移および予後との関係

北海道大 武田真人, 藤本俊郎, 藤堂幸治, 岡元一平, 金内優典, 及川 衛, 山本 律, 藤野敬史, 櫻木範明, 藤本征一郎

[目的]子宮頸癌の腫瘍径と後腹膜リンパ節転移・予後との関連を明らかにする。[方法]1982年から1997年までの期間に、広汎子宮全摘術を施行した314例(扁平上皮癌234,混合型を含む腺癌80例;FIGO(1985)臨床進行期Ib期142,IIa期16,IIb期113,IIIa期1,IIb期42例)につき、摘出子宮標本上の腫瘍長径を2cm未満,2cm以上4cm未満,4cm以上に分類し、後腹膜リンパ節転移・予後との関連について検討した。さらに腫瘍径、臨床進行期、組織型、傍結合組織浸潤、体部浸潤、腔壁浸潤、脈管侵襲の7項目すべてを確認し得た231症例(扁平上皮癌182例,腺癌49例)について、後腹膜リンパ節転移・予後との関連を解析した。統計学的解析には、 χ^2 検定、ロジスティック回帰分析を、予後の検討にはKaplan-Meier法、Log-rank testを用いた。[成績]扁平上皮癌、腺癌ともに、腫瘍径が4cm以上の症例、2cm以上4cm未満の症例は、2cm未満の症例に対して有意($p<0.01$)に後腹膜リンパ節転移の頻度が高い。しかし、両組織型ともに、4cm以上の症例と、2cm以上4cm未満の症例との間には有意差は認められなかった。多変量解析では、後腹膜リンパ節転移のリスク因子は腫瘍径($p<0.05$)、臨床進行期($p<0.05$)、傍結合組織浸潤($p<0.05$)、脈管侵襲($p<0.05$)であった。予後との関連についての単変量解析では、両組織型において、腫瘍径と予後との間に有意($p<0.01$)な関連を認めた。しかし多変量解析の結果、脈管侵襲($p<0.05$)、後腹膜リンパ節転移($p<0.0001$)のみが予後因子として選択された。傍結合組織浸潤には有意傾向($p=0.07$)を認めたが、腫瘍径は有意な因子ではなかった($p=0.30$)。[結論]子宮頸癌において、腫瘍径は後腹膜リンパ節転移の危険因子であるが、独立した予後不良因子ではないことが初めて明らかとなった。

17 リンパ節転移を有する子宮頸癌の予後因子

岐阜大 青木生美, 藤本次良, 坂口英樹, 玉舎輝彦

[目的]リンパ節転移を有する子宮頸癌の臨床予後は悪い。この中でも特に予後が悪い症例が予測できれば治療の個別化が施行しやすくなり、治療成績の向上が期待できる。一般に癌組織内における微小血管密度は臨床予後とよく相関する。そこで子宮頸癌のリンパ節転移巣における血管新生因子であるplatelet-derived endothelial cell growth factor (PD-ECGF)の発現が予後因子になりうるかどうか検討した。[方法]組織の採取および研究内容に対するインフォームドコンセントをすべての患者から得た。対象は子宮頸癌の原発巣およびリンパ節転移巣である。対象組織におけるPD-ECGFの発現量は免疫酵素法にて検討した。また、PD-ECGFの局在や微小血管密度は免疫組織染色法にて検討した。臨床予後はカプランマイヤー法にて検討した。[成績]子宮頸癌の原発巣およびリンパ節転移巣におけるPD-ECGFの発現は微小血管密度とよく相関した。原発巣においてPD-ECGFが高発現である症例では予後が不良であった。リンパ節転移において原発巣よりもさらに高発現になった症例では、さらに著しく予後が不良であった。[結論]子宮頸癌におけるPD-ECGFの発現は、血管新生に関連し、特にリンパ節転移巣における発現は、強い予後因子になると考えられた。リンパ節転移を有する子宮頸癌では、リンパ節転移巣におけるPD-ECGFの発現の検討によって、予後不良の症例が集学的治療前より予測でき、これは治療上有力な情報の一つになると考えられた。

18 進行子宮頸癌放射線治療例の予後因子検討

神奈川県立がんセンター 小野瀬亮, 松下径広, 宮城悦子, 加藤久盛, 中山裕樹

[目的]進行子宮頸癌(頸癌)に対する放射線治療(放治)の生存率は不変で化学療法併用療法の報告が見られるが、重篤な副作用を引き起こす可能性もあり症例の選択が重要である。放治の予後因子につき検討した。[方法]1998年まで放治を施行した進行期IIIb期の扁平上皮癌101例を対象とし、予後因子として年齢、組織診断、血色素量、SCC値、MRI上の所見(腔浸潤・側方浸潤・リンパ節転移・腫瘍径・腫瘍体積)を検討した。腫瘍の3方向の径の最大径を径とし3径の積を体積とした。1999年8月まで予後追跡し各因子につき比例ハザードモデルを用い生存率について多変量解析を行った。生存率計算はKaplan-Meier法を、有意差検定にはLog-rank法を用いた。再発形式も検討した。[成績]①比例ハザードモデルの検討では腫瘍径、腫瘍体積、年齢の生存率への寄与度が高かった($p=0.0341, 0.0158, 0.0415$)。②腫瘍径と生存率の検討では径の増大で生存率が下降し、腫瘍径4cm未満群・以上群(3生率:93%・67.1%)間で有意差を認めた($p<0.01$)。③腫瘍体積と生存率の検討でも体積の増大で生存率が下降し、腫瘍体積64cm³未満群・以上群(3生率:90.9%・60.3%)間で有意差を認めた($p<0.01$)。④年齢と生存率の検討では明確な予後の境界点を見出せなかった。⑤再発症例初回再発部位は骨盤外が33例中24例(73%)と多く腫瘍の大きさ(径、体積)による差は認められなかった。[結論]①頸癌の放治例で最も予後を反映していたのはMRIにおける腫瘍の大きさであり、腫瘍径4cm以上、腫瘍体積64cm³以上の症例の予後は不良であった。②予後改善のためには化学療法追加の必要性が示唆されるが、症例選択にMRIによる腫瘍計測は有用と思われた。