

生涯研修プログラム クリニカルカンファレンス (腫瘍領域)

1. 子宮体癌の診断から治療まで

3) 子宮体癌の画像診断

近畿大学放射線診断学講師 今 岡 いずみ

子宮体癌のCT, MRI 診断の目的は進展範囲の把握にある。本講演では子宮内膜癌の基本像・病期評価と、ピットフォールについて触れる。

1. 子宮内膜癌の基本像

子宮内膜の肥厚あるいは子宮内腔の拡大を捉えるのが画像診断の第一歩である。MR T2 強調像で病変は正常内膜よりも低信号を示すものが多い。MR, CT ともに造影像では、腫瘍は正常内膜や正常筋層よりも増強効果が弱い。このコントラストを利用して病変の位置を把握し、ついで進展範囲を評価する。造影は子宮留水症(留血症)と腫瘍との分離にも役立つ。子宮内膜ポリープや粘膜下筋腫の存在は、病変の位置の把握を妨げる要因となる。

2. 病期評価

局所では、筋層浸潤、頸部浸潤の範囲を評価する。腫瘍—筋層境界に良好なコントラストを得る必要があり、MR T2 強調像や MR, CT の造影像が有用となるゆえんである。MR T2 強調像では junctional zone やその外層の筋層の信号変化を目安とする。MR, CT とも弱い増強効果の腫瘍—強い増強効果の筋層、とのコントラストが明瞭となるよう撮影している。また、MR では2方向撮影, MDCT であれば再構成画像を利用した多断面での評価が有用である。子宮腺筋症の合併は、筋層浸潤の診断能を低下させる一因である。リンパ節転移は、短径で1cm 以上のものを病的腫大と診断するが、形態のみに頼る現在の画像診断において、十分な正診率は得られていない。

4) 手術療法、特にリンパ節郭清の考え方

国際医療福祉大学三田病院女性腫瘍センター長 清水 敬 生

子宮体癌の進行期は手術によって決定される。FIGO staging system に従うと、「子宮全摘(単純)+両側付属器摘出+後腹膜リンパ節郭清(生検)+腹腔洗浄細胞診」以上の術式が必要である。この術式によると、I, II, IIIA, IIIC 期が診断可能である。IIIB 期の診断には、腔部の病理検査が、IVA 期の診断には膀胱や下部消化器の精査が必要になる。また、IVB 期の診断のためには、腹腔内臓器(大網、虫垂等)の摘出(生検)、および鼠径リンパ節の郭清(生検)が必要である。実際にはIV期例は稀で、臨床所見がない限りIV期の staging は行わないのが現状である。演者らは、1990年から子宮体癌に対して子宮全摘+両側付属器切

除+骨盤~腎静脈の高さまでの傍大動静脈リンパ節郭清を行っている。I 期のリンパ節転移率は16.4% (36/220) であった。文献上も10% 以上と報告されており、I 期での転移率は骨盤リンパ節郭清がルーチンに行われている子宮頸癌IBのそれと同等である。リンパ節転移は子宮体癌の重要な予後因子で、FIGO staging system にも反映されているにもかかわらず、リンパ節郭清の妥当性が議論されているのは、リンパ節郭清と予後との関係が phase III レベルで解明されていないからであろう。本講演では、国内外の報告を review したうえで、後腹膜リンパ節郭清の妥当性を中心に概説する。