

生涯研修プログラム クリニカルカンファレンス 9 婦人科癌進行期分類の問題点

1) 婦人科癌進行期分類の改訂

JR 札幌病院 寒河江 悟

2009年10月南アフリカでのFIGO総会において、Cancer Committee(伊のS. Pecorelli委員長)から提案されていたFIGO臨床進行期分類2008が総会において承認され世界に公布された。この改訂案に関しては、これまでGCIG, IGCS, SGOなど婦人科腫瘍の関連学会や団体との協議が行われてきており、その討議の経緯について述べる。

各臓器の進行期分類における具体的な改訂のポイントは以下のごとくである。

外陰癌では、腫瘍の大きさとは関係なく、リンパ節転移のありなし、肉眼的あるいは顕微鏡的リンパ節転移の個数、などにより分類する。

子宮体癌では、術式として、大網切除、リンパ節郭清のリスク別対応を指示しており、0期は進行期分類から削除され、I期はIA期筋層浸潤1/2未満、IB期筋層浸潤1/2以上、II期は粘膜内か間

質浸潤の有無にかかわらず細分類なし。III期はI/II期で細胞診陽性でIIIA期にupstageされない。

子宮肉腫では、今回新たに進行期分類を制定した。平滑筋肉腫と内膜間質肉腫はI期を腫瘍径5cmで分類し、IA期とIB期とし、腺肉腫は粘膜内、筋層浸潤1/2で分類し、IA期、IB期、IC期に細分類された。全体としてI期は子宮に局限、II期は子宮を超えるが骨盤内まで、III期腹腔内進展、IV期は膀胱・直腸浸潤あるいは遠隔転移と分類された。

子宮頸癌では、0期が進行期分類から削除され、IIA期を腫瘍径4cmでIIA1期とIIA2期に細分類された。

最後に、今後の本邦での対応を考慮する上で問題となるポイントについて私見を交えて説明を予定している。

生涯
研修

2) 子宮頸癌

筑波大学 岡田 智志

癌進行期分類は、治療法の決定や予後の推定あるいは治療成績の評価などに際し最も基本となるものである。日本ではFIGOによる臨床進行期分類とUICCによるTNM分類を採用しているが、子宮頸癌のFIGO進行期分類には大きな特徴が2つある。すなわち、1)原則として治療開始前に決定すること、2)進行期決定に際してCTやMRIの所見を参考にしないこと、である。

しかしながら、実地診療では画像所見に基づいて治療方針が決定されることも少なくない。他にも微小浸潤癌(特に腺癌)の細分類や脈管侵襲の取り扱いなど、さまざまな問題点がこれまで指摘されている。

2009年秋のFIGO総会にて子宮頸癌の進行期分類が改訂され、子宮頸癌IIA期がIB期と同様、腫瘍径によってIIA1期とIIA2期に細分類されることとなった。IIA期の予後因子に関する文献報告は少ないため、我々は1991年から2009年9

月までに当院で初回治療を行った子宮頸癌IIA期52例で腫瘍径が予後因子となるかどうかを検討した。ただし今回は後方視的検討なので、腫瘍径は①診察記録、②MRI等の画像、③手術摘出標本、のいずれかで判定した。結果は手術例38例について深部間質浸潤とリンパ節転移、腫瘍径4cm超が単変量解析で有意な予後因子となり、多変量解析にて腫瘍径のみが独立した予後因子であった。照射例は14例と少なかったが、腫瘍径4cm超は有意な予後因子であった。以上より子宮頸癌IIA期において腫瘍径は独立した予後因子であることが示唆された。今後、他施設の症例もあわせて更なる検討(特に放射線治療例について)を行う予定である。

本講演では、IIA期細分類の検討結果を中心に、子宮頸癌の進行期分類とその問題点について概説する。