

教育講演

子宮頸癌治療上の問題点

—治療面よりみた国際分類の問題点—

国立大阪病院第2産婦人科医長 小 沢 満

緒 言

癌の治療は、つねに治療成績の反省の上に立つて行われなければならないが、正しい治療成績の評価は正しい臨床進行期分類が行われて初めて可能となる。

われわれは、頸癌の進行期分類は子宮癌委員会発足以来国際分類によっているのであるが、一見簡明に条文化された国際分類も、詳細に検討すればいろいろと問題点が多い。

今回はその中から特に Ia 期をめぐる諸問題と、進行癌における子宮傍組織浸潤の判定基準の問題を重点的にとり上げて、主として実際にわが国でどの様に考え、どの様にとり扱われているかという事を中心に検討した。

研究方法

国際分類に関する幾つかの問題点について1975年1月に子宮癌委員会加盟の144施設に依頼してアンケート形式による調査を行い82%に相当する118施設から回答を得た。

アンケートは各質問毎にあらかじめ代表的な回答を幾つか用意しておき、概当するものまたは最も近いものにマークをする形式を主とした。

I Ia 期をめぐる諸問題

1. 診断基準

Ia 期は新しい条文によれば microinvasive carcinoma (early stromal invasion) (以下ESIと略す)と規定されているが、何をもつてESIとするかについては国際子宮癌委員会としての統一的な解説はなく、人によつて或程度見解の相違があるのは止むを得ないのが現状である。このようなことから、一応浸潤の深さだけでIaを規定するやり方もひろく行われているものと推察されるがアンケートによれば「表面からの浸潤の深さだけで規定する」という施設は53(44.9%)で、そのうち「5mmまで」が32、「3mmまで」が15施設であつた。

これに対して「early stromal invasionの組織像による」との回答は52施設(59.3%)から得られた。

2. 診断方法について

「全例 conization による」が37施設(31.4%)に対

して「conization はやらない」は70施設(59.3%)に及んだ。

3. 治療法について

いわゆる「準広汎」が最も多く56施設(47.9%)、次いで「広汎全摘」29施設(24.8%)で「専ら放射療法」は1施設のみであつた。

4. 診断基準と治療法の組合せ

「3mm迄をIaとする」ものに単純全摘(以下単摘と略す)を行う施設はなく、逆に「5mm迄をIa」としながら単摘を行うとするものが6施設にみられた。

5. 診断方法と診断基準の組合せ

「conization もコルポスコピー もせず biopsy のみで診断」する施設では単摘を行うものはみられなかつた。

6. リンパ節廓清および後照射について

子宮摘出の術式と組合せて表1に示した。

「単摘のみで節廓清も後照射もしない」ものから「広汎全摘を行つて尚かつ全例に後照射をする」ものまで各

表1 Ia 期における手術術式、リンパ節廓清と後照射

術式	節廓清	後照射
単摘または 単摘+腔壁	行わず-----8	行わず-----5 症例による---2 全例行う-----1
	症例による---1	
	全例行う-----2	行わず-----1 全例行う-----1
準広汎	行わず-----14	行わず-----12 症例による---1 全例行う-----1
	症例による---10	
	全例行う-----32	行わず-----26 全例行う-----6
広汎全摘	29	行わず-----17 症例による---5 全例行う-----7
合 計	96 (但し術式使い分けの21施設を除く)	

種の組合せがみられ、Ia 期癌に対する考え方の多様性を示しているが、最も多いのは「準広汎に節廓清を併用して後照射はしない」というやり方であった。

7. リンパ節転移について

10施設からリンパ節転移の経験ありとの回答がよせられた。

表2 Ia 期におけるリンパ節転移

施設名 (登録 番号)	頻 度	備 考
(16)	約 150例中 1 例	1973年までは 129例中 0, 1974年に 1 例
(17)	54例中 1 例	摘出子宮で 3 mm 以内の浸潤 54例のうち
(18)	経験あり	
(19)	経験あり	
(100)	79例中 2 例	
(101)	約 100例中 3 例	摘出子宮で 5 mm 以内の浸潤 約 100例のうち 2 例は骨盤 壁, 1 例は基靱帯節
(111)	279例中 1 例	
(116)	102例中 1 例	
(132)	131例中 1 例	
(154)	経験あり	

8. 今後の課題

Ia 期癌は広汎全摘によればほとんど 100%近い治癒率が得られるので、大方の関心は治癒率を落さないでどの程度侵襲を小さく出来るかという点にある。このためいわゆる準広汎術式が次第にひろく行われるようになつ

てきたが、一方初期癌に縮小手術を行つて再発や癌死をきたした場合には、進行癌に広汎術式を行つて再発した場合とは異質の深刻な問題に発展する可能性もあり、その取扱いは充分慎重でなければならない。

とくに Ia 期癌に対する縮小手術の歴史は浅く、症例の積み重ねも不充分であり、また Ia 期におけるリンパ節転移や再発例は稀なものであるだけに、出来るだけ多くのデータを 1 カ所にもちよつて検討し豊富な統計資料の上に立つて Ia 期に対する方針をうち出して行く態勢が必要と考える。

II 子宮傍組織浸潤の判定基準

子宮癌委員会の歴史をふりかえつて、国際子宮癌委員会では終始傍結合織が nodular な場合だけを癌性浸潤と考え、これに対してわが国では伝統的にともかくも硬ければ浸潤として期別のよりどころとする考えが支配的であることを指摘したが、今回のアンケートでも「nodular なものだけを癌性浸潤とする」が 18施設 (15.3%) に対して「smooth でも硬い浸潤～抵抗をふれば期別の基準とする」が 100施設 (84.7%) で、この指摘を裏書きする結果となつた。しかし両者における期別構成を同じ年代の対象について比較してみると、国際で I 期: 27.0%, II 期: 36.8%, III 期: 30.6%, IV 期: 5.6% であるのに対して、日本では夫々 22.6%, 40.2%, 30.0%, 7.2% で予想される程に大きい差はみられなかつた。