

子宮頸がん・子宮体がんの 治療最前線2025

罹患者数は増加傾向

現在、子宮体がんの罹患者数は増加傾向にあります。主な原因として、女性ホルモンであるエストロゲンの子宮内膜への過剰刺激、少子化、晩婚化、肥満などと合わせて、遺伝関連因子によるリンチ症候群が最近注目されています。発症年齢は50代がピークとなります。自覚症状として、閉経前後の不正性器出血が特徴的です。

一般的に、子宮体がんは予後良好のがんと言われます。日本産婦人科学会報告によると、病期がステージ1～2期であれば、5年生存率は9割以上と良好です。しかし、進行とともに生存率は下がり、4期では2割程度にまで低下することから、進行症例に関しての治療開発が急務とされました。



県立静岡がんセンター
婦人科部長

武隈 宗孝 氏

1997年浜松医科大学医学部卒業。2005年に県立静岡がんセンター婦人科副医長、10年に同医長、25年より現職。日本産婦人科学会認定産婦人科専門医、日本婦人科腫瘍学会認定婦人科腫瘍専門医など。

が行われます。ただし、正しい診断の割合は決して高くなく、内膜細胞診が陰性でも出血や帯下(おりもの)、超音波所見などから悪性病変が疑われる場合には、より精度の高い子宮内膜組織診を推奨します。

治療体系は、近年研究が進み変化しています。従来は組織形態による分類でしたが、分子生物学的な特徴から4つに分類する「TCGA分類」が提唱されました。治療が細分化されたことにより治療成績は向上しています。

子宮体がんの初回治療では、「TC療法」という抗がん剤治療を行います。抗がん剤治療を行う事によつてがん細胞が死滅し、腫瘍からがん抗原という物質が放出される事が知られています。さらにそのがん抗原の放出により免疫療法が良好の効果を示すことも知られておりま

ワクチンで予防可能

次いで子宮頸がんについて説明します。この疾患は予防と早期発見ができる、ウイルスによる感染性のがんです。原因はヒトパピローマウイルス(HPV)で、大半が性行為で感染します。HPVには180種類以上の型が存在しますが、発がんに関わるものは約15種類です。

子宮頸がんの初期は無症状です。やがて性行為後の出血、帯下の増加などが現れます。進行すると腹痛や腰痛、大量出血などが起こります。この時点になると残念ながら治療困難なことが多いため、検診での早期発見が重要です。

子宮頸がんのリスク要因は、低年齢での性体験、性的パートナーの多さ、HPV以外の性行為感染などがあります。海外では罹患者数が減少気味ですが、反してわが国は増加傾向で、2021年国立がん研究センター統計によると、年間約1万人が罹患しています。理由はHPVワクチンの接種状況の低さが関係しているでしょう。2013年に国内で定期接種が開始されたものの、運動障害などの症状が報告され接種の推奨を差し控える対応になりました。しかし2022年度から厚生労働省が積極的な勧奨を再開し、現在15～16歳の少女のうちの4、5割にワクチン接種が進んでいます。

治療法は化学療法として、パクリタキセルとプラチナ製剤の併用療法が、標準治療とされています。従来、進行・再発病態に対する治療はパクリタキセルとプラチナ製剤を併用していましたが、新たにベパシズマブと

このような経緯から、初回治療として、TC療法と免疫療法を組み合わせた治療法の有効性と安全性に関する臨床試験が行われました。試験結果は、このTC療法と免疫療法を組み合わせた治療法が従来の治療より有効な治療であることが示されました。現在は子宮体がんの初回治療として、TC療法と免疫療法が標準治療として世界で広まっています。

質疑応答・タウンミーティング

会場では講演後に質疑応答を行い、受講者の質問に上坂先生、本村先生、武隈先生が答えました。一部を紹介します。

Q 覚醒下手術中の患者さんの痛みは？
本村先生 開頭する際は全身麻酔をしますが、実は脳自体は痛みを感じないため、脳神経を見極める術中に麻酔薬は使っていません。全くの無痛ではありませんが、かなり痛みは抑えられています。麻酔をかけてしまうと、脳機能を確認する際に支障が生じてしまうからです。最後、再び全身麻酔をして皮膚縫合します。本県では当院と浜松医科大学がこの手術を実施しています。

Q 子宮頸がんワクチンの有効持続期間は？ 性交渉がなければ接種時期を遅くしてもいい？
武隈先生 HPVワクチンには二価、四価、九価の3種類があります。これらの有効持続期間は永続的ではなく、おおむね10年弱になります。追加接種も可能ですが、有効性を示す科学的データはまだありません。性体験の前に接種することで子宮頸がんの死亡率が低下するため、定期接種時期である12～16歳の間が望ましいとされています。

もし脳腫瘍があると診断されたらどうしますか？ ～脳腫瘍の最先端治療～

発症の4分の1が悪性

脳腫瘍は脳から発生する「原発性脳腫瘍」と、全身からがんが転移した「転移性脳腫瘍」の2タイプに分けられ、治療方法は異なります。

脳腫瘍の原因はDNAの複製エラー、自然突然変異と言われていますが、細かいことはまだ分かっていません。ただ、遺伝的素因や環境因子の関与は少ないと言われています。

WHO(世界保健機関)の調査によると、原発性脳腫瘍は約150種類以上あり、他のがんと比べて種類が多く、非常に複雑です。日本の患者発生数は人口10万人あたり約23人の割合で、年間約3万人程度が発症していることとなります。そのうち良性腫瘍が約4分の3、悪性腫瘍は4分の1で、良性であれば治療で回復が望めます。一方、神経膠(こう)腫やグリオーマ、悪性リンパ腫、胚細胞腫瘍といった悪性腫瘍は難治性になります。また、最近では脳に悪性リンパ腫ができる方が増え、先月だけで当院に10人近くの患者さん

が来院しました。脳腫瘍の原因はDNAの複製エラー、自然突然変異と言われていますが、細かいことはまだ分かっていません。ただ、遺伝的素因や環境因子の関与は少ないと言われています。

当院の場合、手術では「DTIトラクトグラフィ」という撮影法を使用しています。これはMRIで、脳の神経繊維の走行を3Dモデルで色分けして示してくれます。術中神経モニタリングという手術支援技術は、感覚神経や運動神経を刺激して、頭から手足に神経が伝達しているか確認できる先端のモニタリングシステムになります。

手術支援技術の進歩

悪性脳腫瘍は、数十年前は手術もできずお手上げの状態でした。ですが今は治療法が非常に進歩し、手術で最大限に腫瘍を摘出して次の治療につなげています。

「覚醒下」で脳機能温存

脳は非常に重要な臓器で、言語や運動、感情、記憶といった機能が、微細な神経として張り巡らされています。中枢機能の位置は人によつて個人差があり、腫瘍を摘出しても言語中枢に傷がついたら言葉が話せなくなってしまうです。それらの機能を温存しつつ腫瘍を最大限に切除する「覚醒下手術」が行われるようになります。

私はこの覚醒下手術をフランスで学びましたが、欧米では広く実施しています。日本でも当院をはじめ実施できる病院は増えていますが、その数は多くありません。しかし、特にグリオーマなどの悪性腫瘍は治療困難ではあるものの、年々術式や治療法が発展し、決して諦める脳腫瘍ではないといえます。その好例として、グリオーマ膠芽腫という最も悪い腫瘍を発症し余命一年とされた患者さんが覚醒下手術によつて、12年間で再発なしで今も元気に過ごしています。

私達の感情認識と脳機能の関わりなどは分からないことがまだ多いですが、脳研究に繋がる新しい覚醒下手術も発展できたらしいと考えております。そういった意味でも脳腫瘍における覚醒下手術は非常に有用な手段でしょう。

県立静岡がんセンター
脳神経外科診療部長

本村 和也 氏



2002年名古屋大学医学部卒業。11年にWHO国際がん研究機関(IARC)博士研究員、12年フランス・モンペリエ大学客員研究員、13年名古屋大学医学部脳神経科学、助教、特任准教授を経て16年に准教授。24年より現職。