

## 子宮体癌の基礎知識

子宮癌といえば、子宮頸癌とされている方もいると思います。しかし子宮癌には子宮体癌もあります。子宮体部から発生したもので、子宮内膜癌とも言います。また悪性のものとして子宮の筋肉から発生する子宮肉腫もあります。子宮筋腫との鑑別は必要であり、とても悪性度も高く稀な疾患です。他に、子宮内膜が異常に厚くなり異常な細胞が増殖する子宮内膜異型増殖症／類内膜上皮内腫瘍があり、子宮体癌の前癌状態でもあります。

子宮体癌の多くの症状は不正性器出血です。月経でない時期や閉経後の出血や褐色の帯下のこともあるので要注意です。また進行した場合、排尿障害、排尿痛、下腹部痛などの症状もあります。

年齢は40歳頃から増えて50歳～60歳台でピークとなります。年間子宮頸癌は約11,000人診断されますが、子宮体癌は約16,000人が診断されており、実は体癌の方が多いです。原因は女性ホルモン（エストロゲン）の関係する場合と関係のない場合があります。前者はお産をされてない方や閉経が遅い方、肥満などがリスクになります。甲状腺機能低下、向精神薬などによる高プロラクチン血症などによる排卵障害、乳がんの治療薬であるタモキシフェンやホルモン補充療法をエストロゲンのみで行っている方も注意が必要です。エストロゲンは新生血管を誘導することから癌の発生だけでなく浸潤にも関与しています。後者は約5%で遺伝性が原因です。前者と比較すると若い年齢で多く、家族性（リンチ症候群）に発生することがわかっています。リンチ症候群は生殖細胞系列のミスマッチ修復遺伝子(MSH2, MLH1, MSH6, PMS1, PMS2 ; DNAの複製ミスをもとに戻す働きを持つ遺伝子)の変異を生まれながら持っている常染色体優性遺伝疾患で性別に関係なく子供に50%の確率で遺伝します。また子宮体癌はこの遺伝子を持っていると20～60%の割合で発症すると言われています。

検査はまず子宮内膜細胞診を行い、その結果によって組織診を行います。高齢の方やお産をされてない方は、子宮口が閉じてしまい十分に組織が取れないことがあるので、事前に子宮口を広げる処置や麻酔をかけて採取することもあります。また子宮鏡下（子宮の中を3mm程のカメラでみながら）で子宮内膜ポリープとの鑑別や組織採取をすることもあります。

経膈超音波検査では、子宮内膜の厚さや不整をみます。MRIは筋層浸潤度が予後や病期分類に関連するので、どれだけ子宮の壁に進展しているかをみます。CT、PET-CTでは全身への癌の転移や浸潤を調べます。

治療の基本は、子宮と両側付属器（卵巣、卵管）の摘出と病期によってはリンパ節郭清をする手術療法となります。手術後は病理結果により手術進行期分類

の決定、再発リスクの判定(表 1)を行い、追加治療法（化学療法、放射線療法、薬物療法）の選択を行います。また開腹手術が一般的でしたが、手術前病期推定や悪性度より昨今、腹腔鏡下手術やロボット支援腹腔鏡下手術もできる施設が増えてきました。

妊孕性（妊娠を希望）が必要な方は、一定の条件（初期癌、組織学的種類、低悪性度など）を満たせば子宮や卵巣を温存して治療することができることもあります。しかし担当医とよく相談して、患者さん自身がリスクも含めた十分な理解が必要となります(表 2)。

実際、子宮体癌は発見しにくいことが多いです。受診をするタイミングが遅れることと子宮体癌検診というものが現在はなく、検査の精度にも問題があるからです。しかし I 期での 5 年生存率は約 95%以上と高く、子宮頸癌同様早期発見できれば、治る病気です。また親族に若くして癌（子宮体癌、乳癌、卵巣癌、大腸癌など）になられた方がいる場合は遺伝カウンセリングをうけることもよいです。不正性器出血などの気になる症状があったら様子を見ることなく是非とも婦人科専門医に相談してください。

	筋層浸潤なし	筋層浸潤<1/2	脈管侵襲あり	筋層浸潤≥1/2	頸宮間質浸潤あり	子宮外病変あり	
頸内腺癌G1G2 (高分化、中分化型)	1	1	2	2	3	3	1:再発低リスク
頸内腺癌G3 (低分化型)	2	2	2	3	3	3	2:再発中リスク
漿液性癌 明細胞癌	2	3	3	3	3	3	3:再発高リスク

**表1子宮体癌の術後再発リスク分類**

(日本婦人科腫瘍学会「子宮体がん治療ガイドライン2018年版」金原出版より作成)

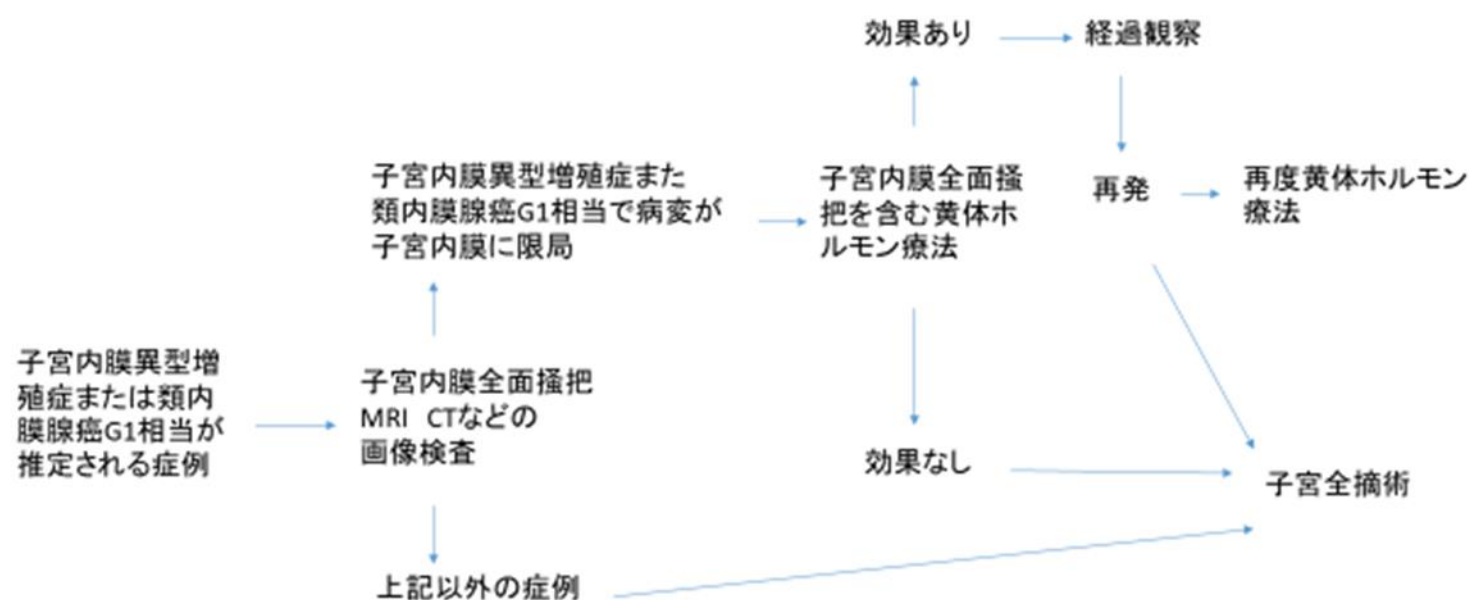


表2 妊孕性温存療法＜子宮内膜異型増殖症または類内膜腺癌G1:高分化型＞

(日本婦人科腫瘍学会「子宮体がん治療ガイドライン2018年度版」金原出版より作成)