

もっと

知ってほしい

子宮頸がんのこと

監修

婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG) 理事長
東京慈恵会医科大学産婦人科学講座教授

落合和徳

ANSWER CERVICAL CANCER

自分の病気を理解するために、担当医に質問してみましょう



治療方針を決めたり、健康管理をしたりするうえで、自分の病気の状態をよく理解しておく必要があります。次のような質問を担当医にしてみましょう。

私はどのようなタイプの子宮頸がんですか

病理検査の結果を説明してください

私のがんは、どの進行期（ステージ）ですか

がんはリンパ節やほかの場所にも広がっていますか

治療の選択肢について説明してください

この治療にはどのような利点がありますか

治療に伴う長期間の副作用にはどのようなものがありますか

この治療は日常生活（仕事、家事、育児）にどのように影響しますか

将来、妊娠や出産が可能な治療法はありますか

質問があるときや問題が起こったときは誰に電話すればよいですか

私が参加できる臨床試験はありますか

経済的な不安があるときは、どこに相談すればよいですか

私や家族が精神的なサポートを受けたいときは、どこに相談すればよいですか

私がほかに聞いておくべきことはありますか

「子宮頸がんの疑いがある」といわれたあなたへ

健康診断や人間ドックの結果から、
あるいは妊娠しているかもしれないと思って産科に行ったとき、
思いもかけず「子宮頸がんです」「子宮頸がんかもしれません」と言われたら、
ショックを受けるのは当然のことです。

何か気になる症状があつて婦人科の診察を受けたとしても、
「子宮頸がんの疑いがあります」と聞かされたら、不安でいっぱいになるはずで

子宮頸がんは、がん全体の中でも、また婦人科系のがんの中でも、比較的
若いうちに見つかることが多く、患者さんの年齢層が幅広いという特徴があります。

結婚や出産、性生活にがんやその治療が影響することもあり、
患者さんは“女性”であることと向き合つて、選択を迫られる場面が出てきます。

まず何よりも子宮頸がんの正しい知識を持ち、
治療法について知っておきましょう。

不安なとき、困ったときには、担当医やその他の専門医、
看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどに
遠慮せずに相談しましょう。パートナーとの
関係に悩んだときにも医療スタッフのアドバイスが
受けられる場合があります。

この冊子には、子宮頸がんの治療を中心に、
知っておくと役立つことや患者さんの声を
掲載しています。

この冊子が、あなたの納得できる治療に
つながることを願っています。



CONTENTS

子宮頸がんとは、どのような 病気 ですか	4
どのような 検査 が行われ、子宮頸がんだと確定されるのですか	5
子宮頸がんの 進行期 (ステージ)について教えてください	6
子宮頸がんでは、どのような 治療 が行われますか	8
どんな 手術 が行われ、体にはどのような変化が現れますか	10
放射線療法 はどのように行われますか	12
抗がん剤治療(化学療法) はどのように行われますか	13
再発・転移 とは、どのような状態になることですか	14
苦痛を和らげてくれる専門家がいます	15

子宮頸がんとは、 どのような病気ですか

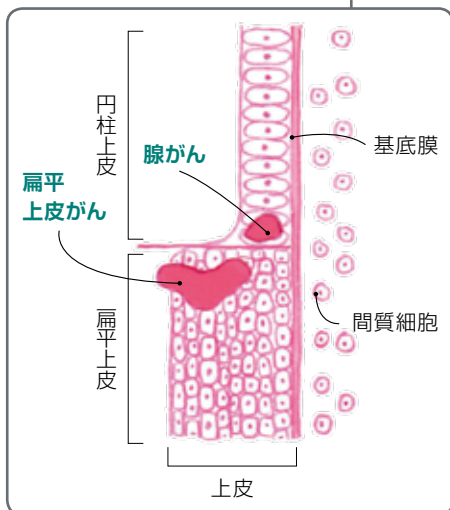
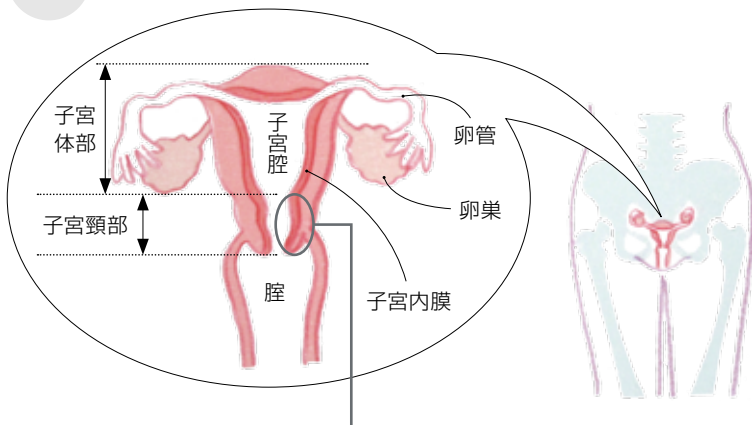
A. 子宮頸がんは、主にヒトパピローマウイルスの感染により、子宮の入口付近（頸部）にできるがんです。通常、初期は無症状ですが、進行すると不正出血が現れます。



子宮は、中が空洞（子宮腔）の西洋梨のような形をしていて、上方の胎児を宿るやや球形の体部と下方の腔につながる細長い頸部からなります（図表1）。子宮頸がんは、子宮の入口にあたる外子宮口から頸部に発生するがんです。特に子宮頸部表面を覆う扁平上皮細胞と円柱上皮細胞（腺細胞）の境界（SCJ）付近に発生し、前者からできる扁平上皮がんと後者からできる腺がんに大別され、扁平上皮がんが約8割を占めます（図表2）。

子宮頸がんは30代後半～40代に多く発症する、女性なら誰でもかかる可能性のある病気です。最近では、若年者で増加しており、女性特有のがんの中では乳がんに次いで第2位で、20～30歳代では第1位です。その発生原因の多くは、性交渉などにより女性の約8割が一生涯に一度は感染するヒトパピローマウイルス（HPV）です。子宮頸がんの発生と関係が深いとされるハイリスクHPVは約15種類とされます。ハイリスクHPVに感染しても、その多くは免疫系により排除され、一部の持続感染により、一部が異形成（前がん病変）を起こし、さらにその一部が5～10年のスパンで軽度→中等度→高度異形成を経て、がん化します（図表3）。初期にはほとんど症状がなく、進行してくると不正出血（性交時、月経時以外）、悪臭を伴った赤色の帯下、下腹部痛や腰痛、下肢のむくみなどが現れます。

図表1 子宮の構造

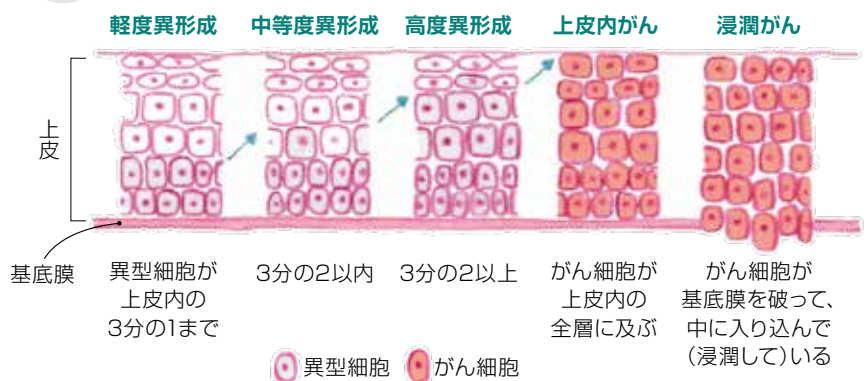


「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

図表2 子宮頸がんの種類

子宮頸がん	
扁平上皮がん	子宮頸がんの約8割
腺がん	子宮頸がんの約2割

図表3 子宮頸がんの発生、進行のイメージ



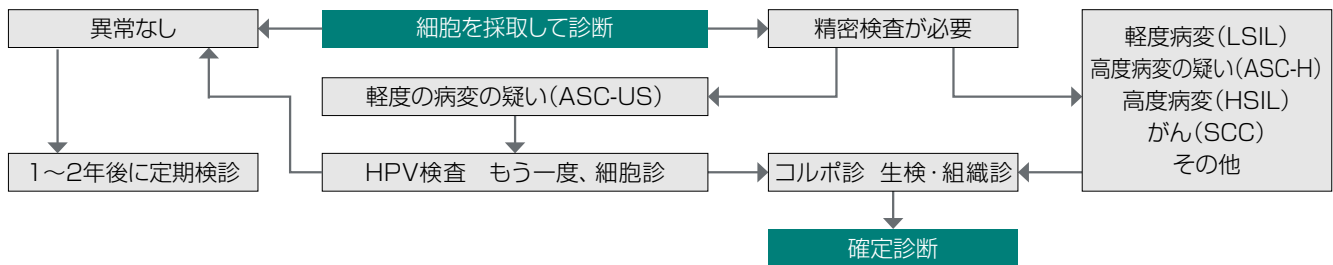
どのような検査が行われ、子宮頸がんだと確定されるのですか

A. がん検診などの細胞診 (PAPテスト) により、子宮頸がんが疑われたときには、精密検査としてコルポ診 (腔拡大鏡診)、生検 (組織診) を行い、子宮頸がんか否かを確定します。また、細胞診と一緒にHPV (DNA) 検査が行われることもあります。

がん検診などにおいて、子宮頸部の細胞を綿棒やブラシなどでこすり取って、顕微鏡で正常な細胞かどうかを観察する細胞診の結果、子宮頸がんが疑われた時に、精密検査が行われます (図表4)。細胞診の判定は、ベセスダシステム (図表5) で行われます。なお、30歳以上では、細胞診と同時にハイリスクHPVの感染有無を調べるHPV検査が行われます。30歳未満では、HPVの陽性率が高いものの、自然消滅する可能性も高いため、細胞診で異常がみられた場合にHPV検査が行われます。

精密検査には、①外来でコルポスコープという拡大鏡で子宮頸部粘膜表面を拡大して、細かい部分を観察するコルポ診と、②コルポ診時、あるいは入院にて子宮頸部円錐切除術を行い、がんが疑わしい部分から採取した組織の標本を顕微鏡で観察する生検があります。これらの検査の結果、子宮頸がんと確定診断されます。日本では一般に、がん検診受診者の約1%が要精密検査となり、うち約10%弱に子宮頸がんが発見され、その60%以上で上皮内のがんがとどまっています。

図表4 細胞診の流れ



図表5 細胞診に用いられるベセスダシステム

	結果 (略語)	推定される病理診断	運用
扁平上皮系	①陰性 (NILM)	非腫瘍性所見、炎症	異常なし：定期検査
	②意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US)	軽度扁平上皮内病変の疑い	要精密検査： ①HPV検査による判定が望ましい。 ・陰性：1年後に細胞診、HPV併用検査 ・陽性：コルポスコーピー、生検 ②HPV検査非施行 6カ月以内に細胞診検査
	③HSILを除外できない異型扁平上皮細胞 (ASC-H)	高度扁平上皮内病変の疑い	要精密検査： コルポスコーピー、生検
	④軽度扁平上皮内病変 (LSIL)	HPV感染 軽度異形成	
	⑤高度扁平上皮内病変 (HSIL)	中等度異形成 高度異形成 上皮内がん	
	⑥扁平上皮がん (SCC)	扁平上皮がん	
腺細胞系	⑦異型腺細胞 (AGC)	腺異型または腺がんの疑い	要精密検査： コルポスコーピー、生検、頸管および 内膜細胞診または組織診
	⑧上皮内腺がん (AIS)	上皮内腺がん	要精密検査：病変検索
	⑨腺がん (Adenocarcinoma)	腺がん	
	⑩その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍	

「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

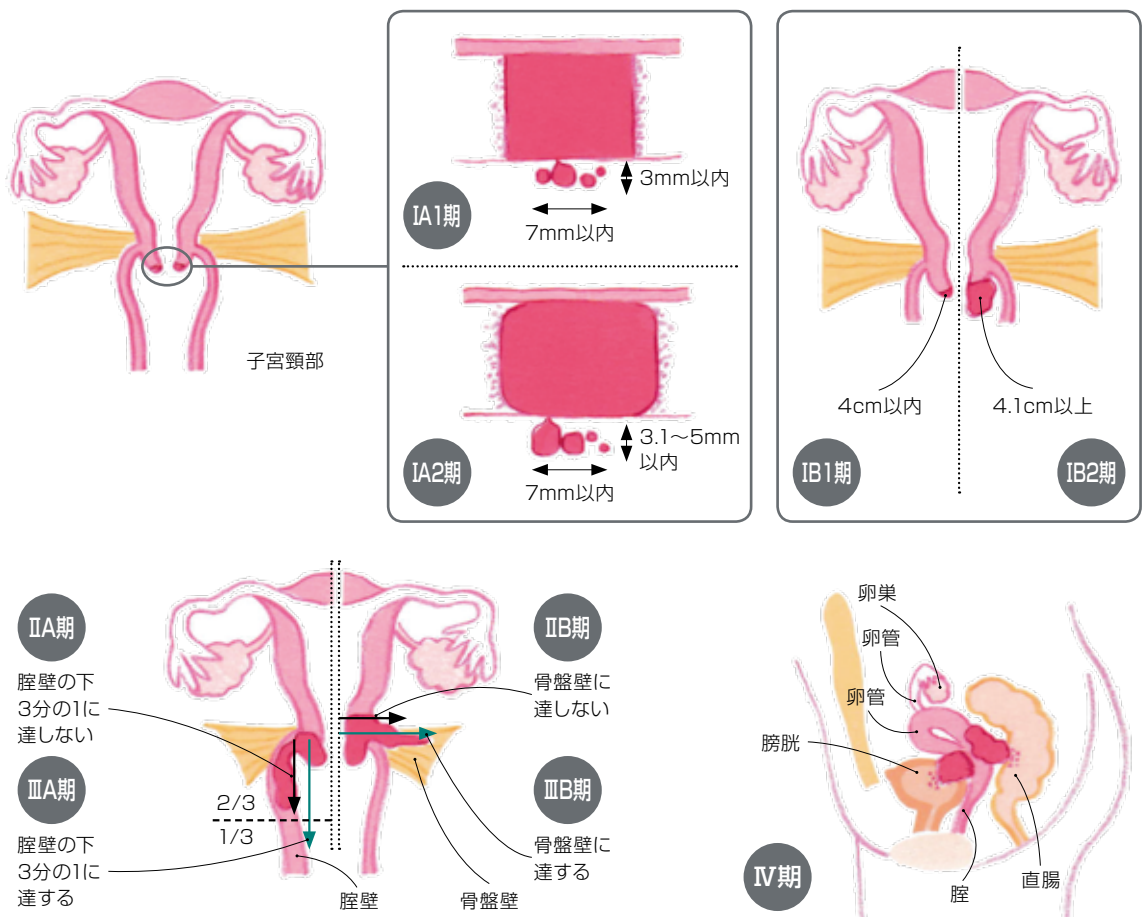
子宮頸がんの進行期(ステージ)について教えてください

A. 子宮頸がん診断後、コルポ所見や膀胱鏡や直腸鏡なども参考に、臨床所見により『新FIGO分類』に準じて進行期(ステージ)が決定されます。進行期の把握は治療方針を立てるために重要で、治療前に行われます。

子宮頸部は、表面を覆う上皮細胞(扁平上皮細胞、腺細胞)とその下にある間質細胞からなり、両者は基底膜によって隔たれています(p4.図表1、3)。子宮頸がんは、最初、異形成を経て上皮細胞から発生し、上皮内にとどまっています(上皮内がん)が、徐々に基底膜を破って間質に入り込んでいきます(浸潤がん)(p4図表3)。さらにがんが大きくなると、子宮頸部を越えて腔壁や子宮を支える子宮傍組織、骨盤壁や膀胱、直腸などへ入り込み、肺などへ遠隔転移していきます(図表6)。

子宮頸がんと診断されたら、次はこのようながんの深さや広さから、進行期(ステージ)と言われるがんの進行の程度が決定されます。進行期は、治療方針を立てるために重要なことから、内診や視診、超音波検査で得られた臨床所見に加えて、コルポ診所見や膀胱鏡、直腸鏡、尿路造影、直腸・膀胱粘膜生検などの結果も参考に総合的に判断されます。また、進行期決定の際、がんの大きさやリンパ節転移、遠隔転移などの評価が可能で、治療方針立案にも有用なため、CT(コンピュー

図表6 子宮頸がんの進行期別の広がり方



「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

ター断層撮影)やMRI(磁気共鳴画像)、PET(ポジトロン断層法)が行われることもあります。

現在、日本の進行期分類には、世界的に使われているFIGO国際婦人科産科連合の『新FIGO分類』(2008年改訂)(図表7)が用いられています。同分類では、上皮内がんの0期が削除され、I、II、III、IV期の4つに分けられ、いずれもAとBに細分類され、I期のAは

病巣の深さ・広がり、Bは病巣の大きさにより、さらに1と2に分けられています。なお、日本では子宮頸がん全体の約46%が上皮内がんであることから、0期は残されています。原則、子宮頸がんの進行期は、子宮体がんなどの他のがんと異なり、治療前に決定し、治療後に変更しないこととされています。

図表7 子宮頸がんの進行期分類

(日本産科婦人科学会2010年、FIGO2008年)

0期*1	上皮内がん(がんが上皮内にとどまっているもの)	
I期	がんが子宮頸部にとどまっているもの(子宮体部への浸潤の有無は考慮しない)	
	IA期	肉眼的には見えないがん。間質浸潤の深さが5 mm以内で、縦軸方向への広がりが7 mmを超えないもの*2
		IA1期
	IA2期	深さが3 mmを超えるが、5 mm以内で、広がりが7 mmを超えないもの
	IB期	肉眼的には見えるがん
IB1期		病巣が4 cm以内のもの
IB2期	病巣が4 cmを超えるもの	
II期	がんは子宮頸部を超えて広がっているが、腔壁の下3分の1または骨盤壁には達していないもの	
	IIA期	腔壁に浸潤しているが、子宮傍組織(子宮傍結合織)には浸潤していないもの
		IIA1期
	IIA2期	病巣が4 cmを超えるもの
IIB期	子宮傍組織(子宮傍結合織)に浸潤しているもの	
III期	がんの浸潤が腔壁の下3分の1に達するもの、または骨盤壁に達するもの	
	IIIA期	腔壁浸潤は下3分の1に達しているが、子宮傍組織浸潤が骨盤壁には達していないもの
IIIB期	子宮傍組織浸潤が骨盤壁に達しているもの	
IV期	がんが膀胱や直腸の粘膜を侵すか、小骨盤腔(恥骨と仙骨の間の空間)を超えて広がっているもの	
	IVA期	膀胱や直腸の粘膜に浸潤しているもの
IVB期	小骨盤腔を超えて広がっているもの	

*1 「0期」は2010年に進行期分類からはずされたが、患者数が多いため、『子宮頸癌治療ガイドライン』では進行期分類として残されている

*2 脈管(静脈またはリンパ管)浸潤があっても進行期は変更しない

「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

Patient's Voice

1

子宮全摘手術をすすめられた私。進行を考えると悲しむ余裕はありませんでした

34歳のとき、不正出血をきっかけに診察を受け、告知されました。ステージは腺がんのIIB期。検査結果を待つ間に病気についてかなり調べたので、驚きよりも「やはり」という実感のほうが強かったです。担当医から、「独身のあなたには申し上げにくいのですが…」と、子宮や卵巣、リンパ節を切除する

手術をすすめられました。母や妹は「本当に子宮を取ってしまったいいの?」「セカンドオピニオンを受けては」と心配してくれましたが、診察でがんが進行していることが推察できたので、私に悲しんでいる余裕はありませんでした。とにかく前に進まなきゃいけないと、担当医を信頼して子宮全摘手術をし、抗

がん剤治療を受けました。

子どもを産みたいと強く望んでいたわけではありませんが、手術後、子どもの姿を見て、なぜだか涙が出てきたこともあります。抗がん剤投与を終えてからちょうど5年が過ぎ、ようやくひと区切りを迎えたところです。

(40歳・闘病生活6年目)

子宮頸がんでは、 どのような治療が行われますか

A. 子宮頸がんの治療法には、手術、放射線療法、抗がん剤治療（化学療法）があり、それぞれ単独、あるいは組み合わせて行われます。治療法は、がんの進行期、年齢、全身状態、将来の出産の希望の有無などを考慮して決められます。

子宮頸がんは発がんの過程(p4.図表3)が明確で、がん検診によりHPV感染からがん化する前の異形成(前がん病変)の段階での発見が可能です。10年の追跡調査によると異形成のがんへの進展リスクは軽度異形成で約3%、中等度異形成で約10%、高度異形成で約21%です。軽度、中等度異形成の場合は治療をせずに定期的に経過観察し、高度異形成では治療を始めるケースが多くなります。

初期なら手術のみで子宮温存も可能

子宮頸がんでは、がんが子宮頸部表面を覆う上皮細胞内にとどまる上皮内がん(0期)、および子宮頸部にとどまっているものの、ミリ単位で間質へ浸潤している微小浸潤がん(IA期)までが初期がんと呼ばれます。高度異形成を含め、上皮内がんはほとんどが子宮頸部の異常な組織を取り、子宮を温存する子宮頸部円錐切除術により治ります(図表8)。

がんが上皮細胞を超えて広がるIA期は原則として子宮摘出が必要です。IA1期では子宮だけを摘出する単純子宮全摘出術、IA2期ではそれより少し広めに切除する準広汎子宮全摘出術+骨盤リンパ節郭清術以上の手術が推奨されています。IA期は若年者で妊娠希望が

強い患者さんが多く、IA1期では子宮頸部円錐切除術が第1選択とされ、IA2期では条件を満たす場合に考慮されることがあります。

進行がんでは治療を組み合わせる

がんが子宮頸部の間質に浸潤しているIB期、子宮頸部を超えるが腔壁の下1/3、骨盤壁に達していないII期までは子宮とともに周囲の組織や卵巣、腔の一部、リンパ節などを摘出する広汎子宮全摘出術が推奨されます(図表9)。術後の再発リスクが高い場合や手術を行わない場合は放射線療法や同時化学放射線療法が行われます。がんが腔壁の下1/3、骨盤壁に達するIII期以上では一般に手術は行わず、同時化学放射線療法や放射線療法単独で治療します。遠隔転移のあるIVB期は原則として、抗がん剤治療です。

なお、腺がんは、扁平上皮がんに比べてリンパ節転移が多く、放射線療法や抗がん剤治療が効きにくい、卵巣転移などが高頻度で起こるなどから治りにくいとされています。治療法は、現時点では扁平上皮がんと同様ですが、IA期までで子宮を残す治療を選択した場合は、がんの残存の可能性があり、再発リスクを考えてより厳密な管理が行われます。

Patient's Voice

社会の偏見も多い病気だからこそ、夫婦で真摯に話し合っ

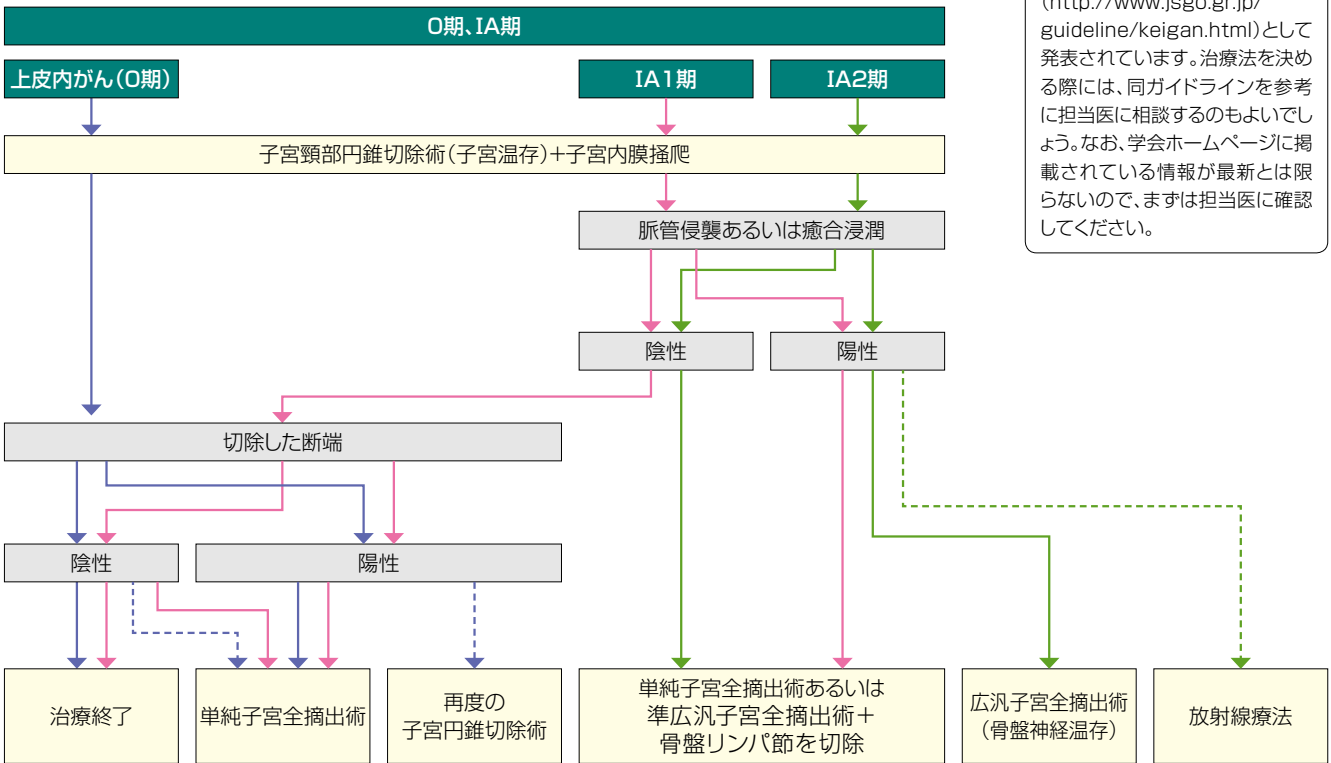
結婚して1年の節目の検診で、子宮頸がんが0期で見つかりました。私はエステサロンを経営していて、子宮頸がんになったことを公表していました。すると、ウイルス感染という話がひとり歩きしたのか、お客様が激減しました。また、性交渉で感染する率が高いことを男性遍歴の多さと誤解する人もいました。夫婦間でも、どちらがウイルスを持

ち込んだのか、感染ルートを詮索してもめることがあるそうです。がんがわかったとき、私は夫と「感染ルートについて、お互いあれこれ悩むのはやめよう」と話し合うことができました。夫も理解してくれ、心の整理が早くつきました。不幸な詮索はせず、前向きに話し合うことが大切だと思います。

(44歳・闘病生活3年目)

図表8 初期の子宮頸がんの治療 (0~IA期)

●扁平上皮がん *腺がんの治療は扁平上皮がんの同ステージの治療とほぼ同じ

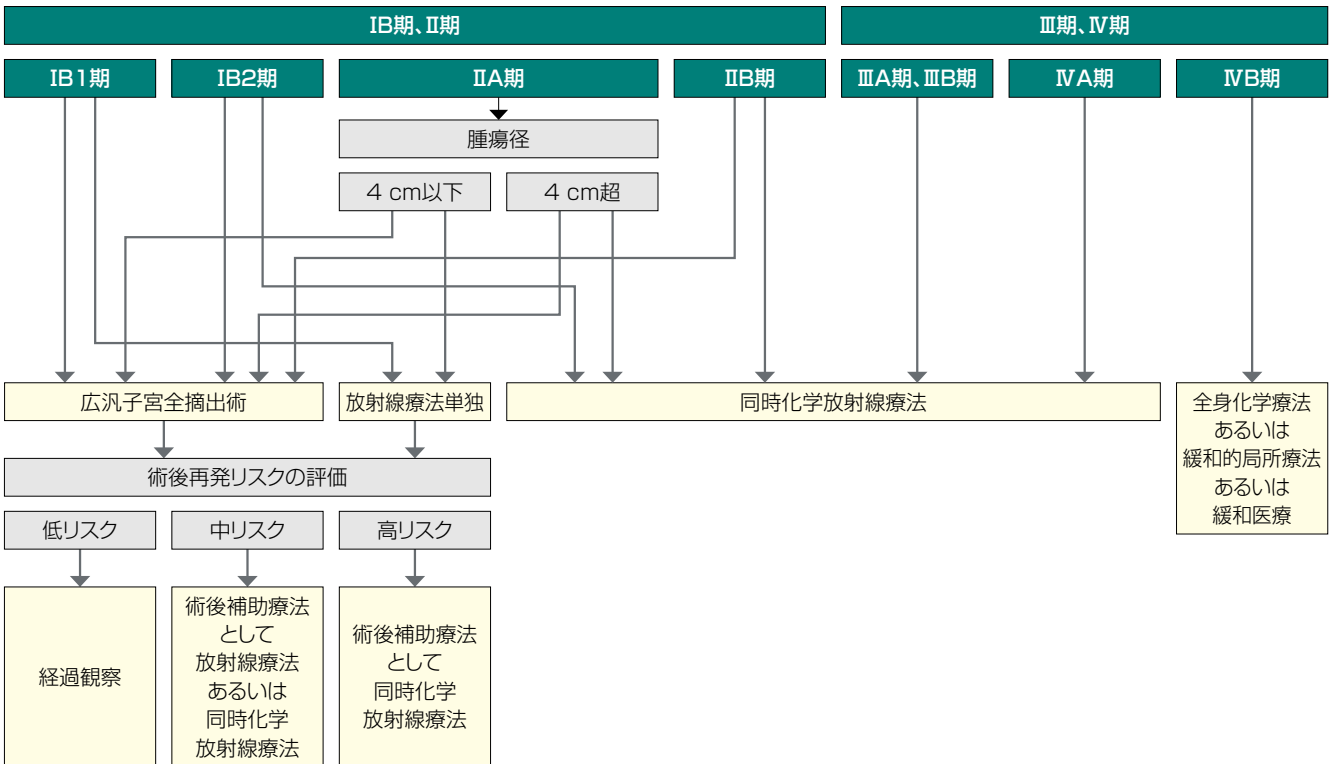


*子宮頸がんの治療は、日本婦人科腫瘍学会によって標準化され、誰でもみられるホームページに「子宮頸がん治療ガイドライン」(<http://www.jsco.gr.jp/guideline/keigan.html>)として発表されています。治療法を決める際には、同ガイドラインを参考に担当医に相談するのもよいでしょう。なお、学会ホームページに掲載されている情報が最新とは限らないので、まずは担当医に確認してください。

「患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

図表9 進行した子宮頸がんの治療 (IB~IV期)

●扁平上皮がん・腺がん



*米国ではIA2期は、子宮頸部円錐切除術+子宮内膜搔爬の後、放射線療法を行う場合もある

*同時化学放射線療法は日本人女性の科学的データが少ないため、実施には十分な注意が必要とされている

「患者さんご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

どんな手術が行われ、体にはどのような変化が現れますか



A. 子宮頸がんの手術には、子宮頸部円錐切除術、単純子宮全摘出術、準広汎子宮全摘出術、広汎子宮全摘出術があり、進行期などから、いずれかが選択されます。

手術は、子宮頸がんの根治をめざす主力の治療法で、初期子宮頸がん(IA期以下)では最も一般的な治療法です。進行子宮頸がんでもIB期、II期では手術でがんを切除できると判断されるため、第一に手術(広汎子宮全摘出術)が推奨されています。

術式のひとつを用いてがんを切除

術式には、主に以下の4つがあり(図表10)、がんの進行期に加えて、円錐切除標本(断端)におけるがん細胞の有無や、がんが血管やリンパ管などに入り込んでいる脈管侵襲や癒合浸潤(がんの広がり)の有無、および妊娠希望の有無などに応じて選択されます。

①子宮頸部円錐切除術: 腔から挿入した器具(レーザーや高周波電流など)で、がんのある子宮頸部の組織を円錐状に切除する方法です。これは主に生検に必要な組織を採る方法(診断)ですが、上皮内がん(0期)のほか、IA期で切除断端陰性の妊娠希望時には

治療法にもなります。

②単純子宮全摘出術: 開腹して(腹式)、あるいは腔から(腔式)、子宮頸部と膀胱や直腸、尿管などの周辺臓器の間を頸部側のギリギリのところまで切除して子宮だけを摘出する方法です。ときには、両側付属器切除術が併用され、卵巣や卵管が切除されます。

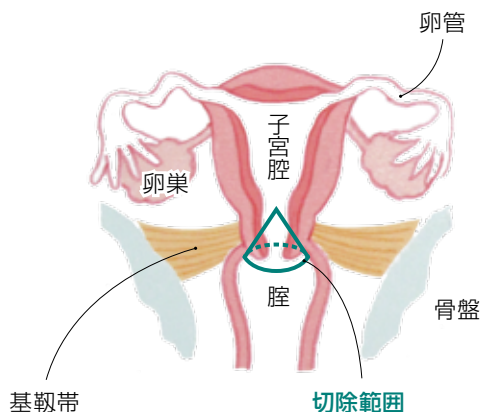
③準広汎子宮全摘出術: 尿管を子宮動脈と交差している地点から剥離して外へずらし、尿管と子宮頸部の間で子宮を切断する方法です。骨盤リンパ節転移の可能性が高い場合は骨盤リンパ節郭清術が併用されるほか、両側付属器切除術も同時に行われることがあります。

④広汎子宮全摘出術: 尿管を膀胱に入るところまで剥離して、子宮のほか、腔の一部や子宮を支える基靭帯などの子宮頸部の周辺組織を広く切除し、摘出すると同時に、骨盤リンパ節も郭清する方法です。両側付属器切

図表10 子宮頸がんの手術の方法

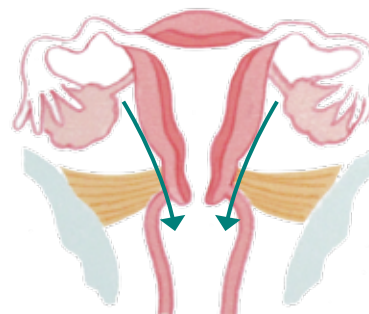
①子宮頸部円錐切除術

子宮頸部を円錐状に切除。所要時間は通常30分以内で、日帰り、または1~3日の入院で行われる。



②単純子宮摘出術

子宮全体を摘出する。両側の卵巣や卵管も摘出する両側付属器摘出術を合わせて行うこともある。



「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考

除術が同時に行われることがあります。

子宮頸部円錐切除術のみ妊娠可能

将来の妊娠を希望する場合に選択可能な手術は子宮頸部円錐手術のみで、その対象は上皮内にがんがとどまる0期とまだがんが肉眼では見えないIA期までに限られます。しかし、上皮内がんでも、特にIA期、さらに腺がんともなれば、がんの取り残しによる再発リスクがあるため、単純子宮全摘出術などがすすめられます。妊娠を希望する場合は担当医や家族とともに十分に話し合い、子宮を温存した時にはきちんと通院して再発を見逃さないように厳格に管理することが大切です。実際、子宮頸部円錐手術のみを受ける患者さんは、IA1期では半数近くいるのに対して、IA2期では1割以下になります。

近年、子宮の温存をめざして、広汎性子宮頸部摘出術（子宮頸部を切除して子宮体部と腔を縫合する）という新しい手術がいくつかの病院で試験的に行われ始めているので、IA2期で妊娠を強く希望される場合は、担当医に相談してみてください。

術後に不快な症状が現れることも

手術は「切れれば終わり」ではなく、術直後は痛みのために動きが制限されます。子宮を含めて広範囲に切除した後は、直腸や膀胱の排泄を調整する神経障害によって排便や排尿に関わる障害（便秘、尿閉、尿漏れ）が、骨盤

妊娠中に子宮頸がんが見つかったら？

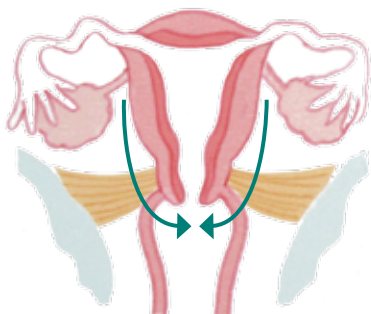
子宮頸がんが若い人に増えていることや、晩婚化に伴い妊娠年齢が上昇していることなどから、妊娠中に発見される機会も多くなっています。妊娠中に発見されると「妊娠合併頸がん」と呼び、それは子宮頸がん全体のおよそ3%を占めます。妊娠中には子宮がん検診が行われるため、妊娠合併頸がんの多くは上皮内がん（0期）やIA期で発見されており、ほとんどの場合、出産することができます。

上皮内がんでは出産後まで子宮頸部円錐切除術を延期して、IA期では子宮頸部円錐切除術を行った上で、流産や早産が起こらないように十分に配慮しながら出産を待ちます。分娩は普通（経膣）分娩が基本ですが、子宮頸部円錐切除術を行うと帝王切開の可能性が高くなります。IB期以上あるいはそれ以前でも子宮摘出が必要な場合は、治療開始のタイミングやその方法、出産継続の有無などを夫婦と担当医で十分に話し合って決めます。いずれにしろ、妊娠期間中は特別な状況にあるので、胎児、母体に対する厳重な経過観察が行われます。

内や足の付け根のリンパ節郭清でリンパ節を取った後には、足や外陰の浮腫（むくみ）が起ってきます。閉経前に両側の卵巣を切除した場合は女性ホルモンの産生がなくなるため、ほてりや発汗、イライラ、頭痛などの更年期障害に似た症状を認めたり、腔からの分泌物が減少したりします。腔を切除すると性交障害が起こることもあります。これらの症状の出る時期や強さ、期間には個人差がありますが、つらい気持ちや悩み、心配事を一人で抱え込まずに、対応法について担当医や看護師に相談したり、先輩患者さんと情報交換したりして上手に適応してください。

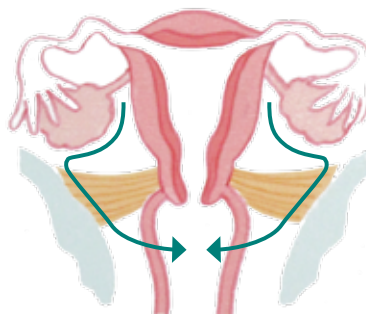
③ 準広汎子宮全摘出術

単純子宮摘出術より少し広めに切除する。所要時間は2～4時間で、7～14日間の入院が目安。両側子宮付属器摘出術も同時に行う場合もある。



④ 広汎子宮全摘出術

子宮と子宮を支える靱帯、腔の上部数cmを切除する。所要時間は3～8時間、10～21日間の入院を要する。両側子宮付属器摘出術も同時に行う場合もある。



放射線療法は どのように行われますか

A. 放射線療法は子宮頸がんにも有効な治療で、根治目的で、あるいは手術が適応にならない場合に、進行期に応じて単独あるいは化学療法と同時にされます。外部照射と腔内照射があり、根治目的では両者の併用が標準とされています。

放射線には、細胞の核の中にある遺伝子(DNA)を壊し、細胞を増殖できなくする働きがあります。これを利用したのが放射線療法で、がん細胞のDNAを壊すことでがんを小さくします。放射線療法は子宮頸がんにも有効な治療法で、手術を行わずに根治を目的として、IB1期、IIA期(腫瘍径 ≤ 4 cm)では放射線療法が、IB2期、IIB期(腫瘍径 > 4 cm)では放射線療法と同時に化学療法(シスプラチン週1回、計5~6回、点滴静脈内投与)を行う同時化学放射線療法が行われることがあります。また、IB期、II期では広汎子宮全摘出術後に再発リスクが高い場合、術後補助療法として放射線療法や同時化学放射線療法を行うことがあります。III期やIVA期では、第一選択として同時化学放射線療法が行われます。

外部+腔内照射をスケジュール通りに行う

照射方法には、体外から皮膚を通して放射線を照射する「外部照射」と、子宮と腔にアプリー

ータを挿入して放射能発生源のラジオアイソトープを密封した金属カプセル(密封小線源)を送り込む「腔内(くうない)照射」があり、根治目的では両者の併用が標準です。外部照射は、子宮頸部の病変とともに所属リンパ節領域の予防的治療も目的とし、1日1回週5日、合計25~30回(約5~6週間)、骨盤全体の比較的広い範囲を照射します。腔内照射は、膀胱や直腸など周囲の正常な臓器への被ばくを抑えながら、子宮頸部の病変に週1~2回、合計3~5回照射します。放射線療法の総治療期間は予後を左右する重要な因子で、効果を得るには治療を休まず8週間以内に終了することが重要です。

なお、放射線療法は、手術に比べて排尿機能障害や性交障害などの合併症が軽い一方、卵巣機能を温存できず、皮膚炎や粘膜炎、だるさ、吐き気・嘔吐、直腸炎、膀胱炎などの副作用、数か月~数年後に現れる晩期合併症などがあります。IB1期、IIA期(腫瘍径 ≤ 4 cm)では、手術と放射線療法の根治成績がほぼ同等ですので、いずれを選択するかは、担当医とよく相談してください。

Patient's Voice

3

IB1期ながら子宮を温存。子どもを授かりました

子宮頸がんとわかったのは結婚して2か月目の頃です。IB1期の疑いがあるので子宮を取りましょうと言われてましたが、私はどうしても子どもがほしかったので、「残したい」と言い張りました。大学病院でたくさんの患者さんが待っている中、私は1時間も診察室を占拠して担当医と話し合いました。インターネットや本で治療法について詳しく調べていたため、疑問点はすべて質問しました。そこで担当医が、IB1期でも子宮が残せるという論文があるから考えてみようと言って、子宮を温存する治療を受けることになったのです。納得できるまで話し合えてよかったと思います。

その後、経過観察中に妊娠が判明。いったん治療を中断して同じ大学病院の産科にかかり、無事に出産しました。手術でリンパ節を切除したので妊娠中はむくみが不安でしたが、弾性ストッキングなどで乗り切りました。(37歳・闘病生活4年目)

子宮頸がんのワクチンと検診

子宮頸がんに関しては、最近、関連が深いとされるヒトパピローマウイルス(HPV)に対するワクチンが使われるようになりました。HPVは性交渉などによって感染するため、性交渉の経験がない10代前半に静脈注射で3回にわたってワクチンを注射し、抗体を作ることで感染を防ぎます。現在のワクチンはとくに原因となりやすいとされるHPV 16型とHPV 18型に対するものです。

とはいえ、ワクチンの予防効果は100%ではありませんし、ワクチンを接種していない人も含めて、20歳以降は、定期的に子宮頸がん検診を受けることが推奨されます。

抗がん剤治療(化学療法)は どのように行われますか



A. 子宮頸がんに対する抗がん剤治療(化学療法)は、主に遠隔転移のある場合(IVB期)や再発した場合に行われます。シスプラチンを基本とした多剤併用療法が主流です。

抗がん剤は、盛んに細胞分裂を繰り返し増殖するがん細胞に作用し、がん細胞を死滅させます。抗がん剤は経口、あるいは血管または筋肉内に注射として投与された後、血流に乗って全身を巡り、子宮頸部を越えて広がったがんにも効果を発揮します(全身療法)。抗がん剤治療は、がん細胞が原発部位の子宮頸部周囲にとどまらず、遠く離れた臓器に広がっている遠隔転移がん(IVB期)や、骨盤内に再発して過去に放射線療法を行っている場合や骨盤外に再発した場合に行われます。

シスプラチンベースの多剤併用療法が有効

抗がん剤の種類としては、これまでの報告から、子宮頸がんにはシスプラチンという注射薬が最も効果が高いとされ、それと作用機序が異なる抗がん剤を同時に併用した多剤併用療法が行われています。現在、シスプラチンとパクリタキセルの併用が標準的で、カルボプラチンとパクリタキセルの組み合わせも使われるようになりました。ただし、抗がん剤は全身的に正常な細胞に少なからず影響を及ぼし、さまざまな副作用を生じます。とくに新陳代謝の盛んな細胞である髪の毛、口や消化管の粘膜、骨髄などが影響を受けやすく、脱毛や口内炎、下痢、白血球や血小板の減少などが起こります。その他、吐き気や動悸、不整脈、肝臓や腎臓に障害が出ることもあります。抗がん剤治療は日常生活にがんの影響が少なく、肝臓や腎臓、骨髄などの機能に大きな問題がない患者さんが対象です。抗がん剤の副作用を軽減する支持療法が進んでいますし、治療薬の変更や治療の休止なども検討されます。

Patient's Voice

4

知らなかった術後の後遺症。夫婦の性生活でつらい思いを味わうことに

手術をしても、元の体とは違うのだと実感する毎日です。術後にこれほどさまざまな問題が待っているとは思っていませんでした。とくに夫婦の性生活に関してです。私は、なぜかセックスに対して恐怖心が強くなりました。それに手術で頸部を深く切ったためか、とても痛いのです。夫に悪いと我慢するのですが、体に拒否反応が出てしまいます。イライラして夫にぶつけると、今度は夫が傷ついて…。また、ようやく待望の妊娠を果たしたものの、2度とも流産してしまいました。

術後の後遺症はほかにも、排尿障害や排便障害などがあると聞きますが、なかなか人に話せるものではありません。そして、これは夫婦にずっとつきまとう問題かもしれません。だから、後遺症については性生活のことも含めて、夫婦そろって治療前に、担当医から話を聞いたほうがいいと思います。私たちはなかなか質問できませんでしたが…。その分、ふたりで定期的に話をするよう心がけています。

(44歳・闘病生活3年目)

セカンドオピニオンとは?

担当医から説明された診断や治療方針に納得がいかないときや、さらに情報がほしい場合は別の医師に意見を求める方法があります。これを「セカンドオピニオン」といいます。納得のいく治療を選択するために、別の医師の意見も参考にするものなので、セカンドオピニオンの結果は担当医に必ず報告し、もう一度、治療方針についてよく話し合しましょう。

セカンドオピニオンを受けたいときは、担当医に紹介状や検査記録を用意してもらう必要があります。また、各地のがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに問い合わせると「セカンドオピニオン外来」を実施する病院の情報が得られます。なお、セカンドオピニオン外来の費用は全額自己負担になります。

再発・転移とは、どのような状態になることですか



A.「再発」とは治療で肉眼的にみえなくなったがんが大きくなり、再びみえるようになることです。「転移」とは、最初の治療時でも再発時でもがんが原発臓器以外に広がった状態です。

子宮頸がんが治療により肉眼的にはいったん消失してから、例えば2年後に再び、①子宮に現れた場合も、②肺に現れて、生検で肺がんの細胞ではなく、子宮頸がんの細胞が肺に飛び、大きくなったことが確認された場合も、子宮頸がんの再発と判断されます。ただし、①は局所再発ですが、転移ではなく、②は再発かつ肺転移です。はじめて子宮頸がんと診断された時に、すでに肺に腫瘍が確認されている場合も肺転移になります。

多くが5年以内の骨盤内再発

子宮頸がんの場合、再発の時期は治療後5年以内が80～90%であるものの、それ以降にも起こります。大半は骨盤内局所再発ですが、リンパ節や肺、肝臓、骨などに遠隔転移しやすいことがわかっています。そのため治療後5年以上、1～3年目は1～3か月ごと、4～5年目は6か月ごと、6年目以降は1年ごとに、定期的な診察・検査(図表11)を受けます。

骨盤内局所再発では放射線療法を受けていなければ、それが試みられ、骨盤外再発(転移)では、肺や脳などの転移巣に応じた治療が行われます。いずれも根治は困難なことが多く、がんとつきあいながら生活の質を保つことが重視されるようになります。そのためがんによる

症状を和らげる化学療法や緩和ケアが行われます。なお、臨床試験に参加できる場合もあるので、担当医にその実施の有無や参加の可否を聞いてみましょう。

図表11 子宮頸がん治療後の再発・転移を早期に発見するための検査

診察	内診、直腸診、表在リンパ節の触診	
細胞学的検査	腔細胞診、子宮が残っているときには子宮頸管細胞診	
血液検査	血算	白血球数、赤血球数、血小板数、ヘモグロビンなど
	生化学	CRP、尿素窒素、クレアチニン、AST、ALT、LDHなど
	腫瘍マーカー	SCC、CA125、CEAなど
画像検査	胸部X線、経膈超音波、CT、MRI、PET-CT、ガリウムシンチグラフィ、骨シンチグラフィ	

「患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドラインの解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版を改変

Patient's Voice

再発…「治療がない」と言われて心が傷つきました

ⅢB期と告知され、放射線と抗がん剤治療を受けたものの半年後に再発しました。担当医から「やれることはもうない」と言われたとき、これほど患者を傷つける言葉はないと落ち込みました。たとえ治る見込みは低くても、治療法はあるはず。私は新しい治療を始めるところです。パートナーや仲間、家族に支えられ、穏やかな生活に幸せを感じています。(44歳・闘病生活2年目)

5

臨床試験とは?

新薬や治療法を開発する過程において人間(患者)を対象に有効性と安全性を科学的に調べるのが「臨床試験」です。臨床試験には第1相:安全性の確認、第2相:有効性の確認、第3相:標準治療との比較による有効性・安全性の総合評価の3段階があります。現在、標準治療として確立されている薬剤や治療法もかつて臨床試験が行われ、有効性や安全性が認められたものです。臨床試験への参加は未来の患者さんに貢献することにもつながっています。

体の痛みや心のつらさを我慢しないで!

苦痛を和らげてくれる 専門家がいます



知っておきたい

子宮頸がん 医学用語集

体の痛みに対するケア

がんの痛みには、治療に伴う急性痛とがんの進行に伴って現れる慢性痛があります。これらの痛みに対して、WHO（世界保健機関）は、1986年に「がん疼痛治療指針」を発表し、痛みの段階に応じた治療を示しています。

がんの痛みの治療を専門とする医師、看護師、薬剤師も増えていきますので、いつでも必要なときに遠慮せずに相談したいものです。まずは担当医や病棟看護師に痛みの強さや性質をできるだけ具体的に伝えてみましょう。

・緩和ケアチーム

一般病棟の入院患者に対して担当医や病棟看護師と協力しながらチームで痛みの治療やケアを行います。厚生労働省が定めた基本的な構成員は身体的苦痛、精神的苦痛に対応する医師各1人ずつ、看護師の合計3人です。

・緩和ケア病棟（ホスピス）

いわゆる終末期の患者さんを対象にした病棟で、体の苦痛だけでなく心のつらさや苦しさも和らげることを重要な支援として位置づけています。ときにはボランティアもチームに加わり、患者さんと家族をサポートします。

心のつらさに対するケア

「がんの疑いがある」といわれた時点から患者さんは動揺したり、不安になったり、落ち込んだり、怒りがこみ上げてきたりと、さまざまな心の葛藤に襲われます。多くの患者さんは家族や友人、医師や看護師などにつらい気持ちを打ち明けることで徐々に落ち着きを取り戻しますが、2~3割の患者さんは心の専門家（下欄）による治療が必要になるといわれています。不安や落ち込みで眠れない日が続くようなら心の専門家に相談してみましょう。

・精神腫瘍医

がん患者さんとその家族の精神的症状の治療を専門とする精神科医または心療内科医のことです。厚生労働省や日本サイコオンコロジー学会を中心に精神腫瘍医の育成や研修が行われています。

・リエゾンナース

患者さんの心のケアを直接行ったり、病棟看護師に心のケアの助言をしたりする精神看護の専門ナースです。日本看護協会が認定する精神看護専門看護師もリエゾンナースとして活動しています。

・臨床心理士

臨床心理学にもとづく知識や技術を使って心の問題にアプローチする専門家のことです。がん専門病院を中心に精神腫瘍医やリエゾンナースとともに患者さんや家族の心のケアを行っています。

経済的に困ったときの対策は？

がんの治療費について困ったときは一人で抱え込まず、かかっている病院のソーシャルワーカー、または近くのがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに相談しましょう。相談支援センターでは、地域のがん患者さんからの

相談も受け付けています。

治療費の大半は公的医療保険が適用となり、患者さんの自己負担は治療費の1~3割です。さらに高額療養費制度を利用すると、一定限度額を超えた自己負担分の払い戻しが受けられます。

腫瘍

組織のかたまり。良性と悪性がある。

良性腫瘍

がんではない腫瘍のこと。無限に増殖したり、ほかの臓器に転移したりすることはない。

悪性腫瘍

がん化した腫瘍のこと。無限に増殖し、ほかの臓器に転移して生命に著しい影響を及ぼす。

組織型

細胞組織のどの部分ががん化し、どのような形（顔つき）なのかを顕微鏡で調べてタイプ分けしたもの。

転移

がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗って他の臓器に移動し、そこで広がること。

リンパ節

病原菌や異物による感染と闘うための小さな豆状の器官で免疫を担うリンパ球が集まっている。体中にあり、リンパ管でつながっている。

バイオプシー（生検）

組織を採取して、がん細胞があるかどうかを顕微鏡で調べる検査。

腫瘍マーカー

体内にがんができて、そのがん特有なタンパク質が大量につくられ血液中に出現する。そのため診断に有効とされる。子宮頸がんではCEAとCA-125などが調べられる。

子宮摘出術

子宮を切除して摘出する手術。

化学療法

薬剤（抗がん剤）を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

放射線療法

高いエネルギーの放射線を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

予後

病状（またはがんの状態）がどのような経過をたどるのかという見込みや予測。



ティールホワイトリボンとは？

米国をはじめとする海外では、
子宮頸がん啓発のシンボルとしてティールホワイトリボンが使われています。

この冊子は、日本イーライリリー株式会社、株式会社毎日放送、アメリカンホーム保険会社、
日本ベクトン・ディッキンソン株式会社、医療サイト「アピタル」、
セコム損害保険株式会社の支援で作成しました。



●がん情報タウン <https://www.lillyoncology.jp/>



●JUMP OVER CANCER <http://www.mbs.jp/joc/>



●アメリカンホーム保険会社 <http://minhos.jp/>



●日本ベクトン・ディッキンソン株式会社 <http://www.bdj.co.jp/>



●朝日新聞の医療サイト <http://apital.asahi.com>



●保険もセコム <http://www.secom-sonpo.co.jp/>

制作：NPO法人キャンサーネットジャパン



※本冊子の無断転載・複写は禁じられています。
内容を引用する際には出典を明記してください。

2013年1月作成

●子宮頸がんの治療や情報についてさらに詳しく知りたい方は
<http://www.cancernet.jp/keigan>