

## 4 産科婦人科

連絡先:075-751-3272(病棟)

### ■診療科の特徴



産科婦人科長  
小西 郁生

同じ疾患であっても、その病状や程度は患者さん一人一人で異なることを重視し、当科では診断精度の高い各種検査を的確に行い、これによって得られた正確な病態診断と関係各科を交えた治療前カンファレンスにより、個別化された治療を提案している。その上で、患者さんの

要望や社会的背景を考慮し、疫学的エビデンスに基づいたインフォームドコンセントを得て治療を行っている。

- (1) 病理組織診断: 症例ごとに詳細に病理組織所見を検討するため診断精度は極めて高く、病態に合わせた治療の個別化を図っている。診断に苦慮する症例に関しては、免疫組織染色法による追加検討を行うことにより、診断精度の向上を目指している。
- (2) 画像診断: MRIやMD-CT、FDG-PET/CTなどの画像診断を多用し、腫瘍病期診断や治療効果判定を高い精度のもとで行っている。

### ■代表的診療対象疾患

子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌、良性卵巣腫瘍、子宮肉腫、子宮筋腫、外陰癌、子宮脱、子宮内膜症

### ■診療体制と実績

#### 1) 外来診療体制と実績

平成22年度の一日平均外来患者数は102人、紹介率は70.7%、新患率は6.9%であった。婦人科腫瘍管理を中心に、専門外来として妊婦管理、不妊(詳細は産科分娩部を参照)、思春期、更年期外来などを設けている。また患者さんの負担の少ないDay Surgeryを積極的に行っている。

#### 2) 入院診療体制と実績

57病床を使用し、平成22年度の平均在院日数は10.7日、のべ入院患者数は1,186人、うち994人が悪性腫瘍(前癌病変含む)であった。入院手術総件数は279件であった(表1)。

#### ●図1 主な手術(平成22年度)

【Day Surgery】	
子宮鏡下手術	142
経膈的子宮筋腫/ポリープ摘出術	30
子宮頸部円錐切除術	63
レーザー焼灼術	6

外陰・膣手術	8
合計	215 (+38)

#### 【入院手術】

広汎子宮全摘術およびリンパ節郭清術	28
広汎子宮頸部切除およびリンパ節郭清術	4
準広汎子宮全摘除およびリンパ節郭清術	11
前方骨盤除臓術およびリンパ節郭清術	4
単純子宮全摘除およびリンパ節郭清術	41
その他悪性腫瘍手術	52
単純子宮全摘術(付属器切除合併含む)	42
子宮筋腫核出術(卵巣手術合併含む)	16
良性卵巣腫瘍手術	20
腹腔鏡下单純子宮全摘術	15
腹腔鏡下手術(子宮全摘以外)	38
その他	8
合計	279 (+29)

### ■診療内容の特徴と治療実績

#### 1) 婦人科悪性腫瘍の集学的治療

当科は日本婦人科腫瘍学会の定める婦人科腫瘍専門医制度修練指導施設の認定を受け、婦人科悪性腫瘍治療に日々取り組んでいる。

浸潤癌は初発・再発にかかわらず手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた集学的治療を行う。組織型及び癌浸潤の程度を理学的かつ病理学的に詳細に検討し、さらにMRI、MD-CT、PET-CTなどの画像所見や腫瘍マーカー値を参照することで系統だった治療戦略を可能にする一方で、臨床経過や患者背景によって治療法の個別化も図っている。診断精度を高めるよう放射線診断科や病理診断部とカンファレンスを毎週行っている。常に治療の最適化を追求するため、放射線治療科や外来化学療法部と定期カンファレンスを、泌尿器科や外科とも意見交換を積極的に行っている。

#### ① 子宮頸癌

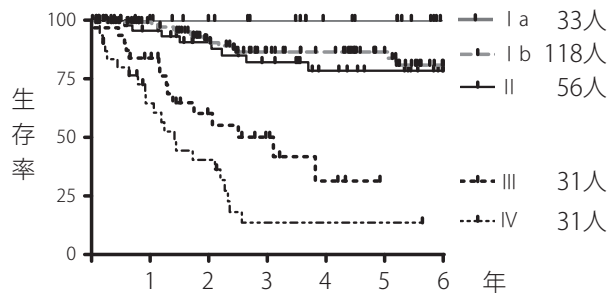
【診断】全例にコルポスコピー下の組織生検を実施し、必要に応じて円錐切除術による確定診断を行う。

【治療方針】初期病変では挙児希望症例に対しては円錐切除術による子宮温存も考慮している。I b期以降の浸潤癌は集学的治療を行う。

【治療法の特徴】術前化学療法を取り入れ、浸潤子宮頸癌に対する根治手術として、当教室が確立してきた広汎子宮全摘術を精力的に行うことでII期でもI b期と遜色ない治療成績を得ている(図2)。年齢・合併症により手術リスクが高い症例では、化学療法併用下での放射線療法を放射線部と協力して行っている。また、根治手術後の追加治療として化学療法を取り入れ、術後骨盤照射

により必発していたリンパ浮腫・リンパ管炎を減らすよう工夫している。

●図2 子宮頸癌生存率(2004年～2010年初回治療)



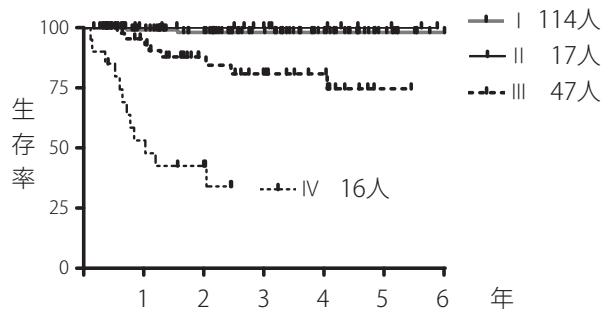
②子宮体癌

【診断】子宮鏡下での子宮内膜組織診を積極的に行い、早期発見を行う。

【治療方針】単純子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤～傍大動脈リンパ節郭清術を標準術式とし、症例によっては低侵襲な治療も行う。摘出病理組織の検討により術後追加治療の必要性を決定している。

【治療法の特徴】進行期症例に対しては化学療法を中心とした術後追加治療を積極的に施行することで、III期でも比較的良好な予後を得ている(図3)。

●図3 子宮体癌生存率(2004年～2010年初回治療)

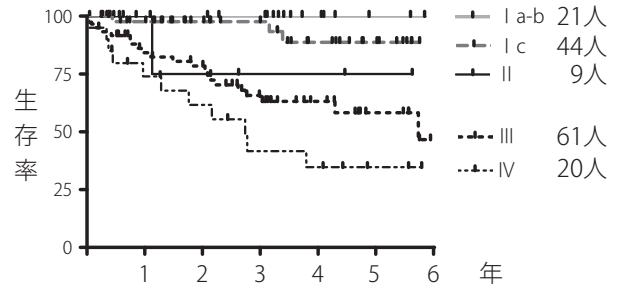


③卵巣癌

【診断】卵巣癌はsilent diseaseとも称され、進行してから発見されることも多い。当科ではMRIなどの画像検査に加えて腫瘍マーカー測定など複数の手法を用いて診断を行っている。さらに原発不明の癌性腹膜炎に対して、卵巣癌の可能性が疑われる際には試験開腹術を含めた精査を積極的に行っている。

【治療方針】卵巣癌の治療原則は可及的な腫瘍摘出に引き続き化学療法の施行である。単純子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤～傍大動脈リンパ節郭清術・大網部分切除術を標準術式とし、術後化学療法として、タキサン・プラチナ製剤の併用化学療法を施行するだけでなく摘出病理組織の検討により適切な薬剤の投与を決定することで予後改善を図っている(図4)。

●図4 卵巣癌生存率(2004年～2010年初回治療)



2) 婦人科良性疾患の低侵襲・機能温存治療

①子宮筋腫

子宮全摘術のみならず、子宮温存を目的とした子宮筋腫核出術を積極的に行っている。症例に応じて開腹術、腹腔鏡下手術、または子宮鏡下手術を選択する。

②性器脱

膣式子宮全摘術・膣壁会陰形成術による標準的治療に加え、若年症例に対しては温存手術も行っている。治療困難である子宮摘出後の膣脱症例に対する根治術も積極的に施行している。尿失禁合併症例に対しては尿道吊り上げ術を泌尿器科と協力して行っている。

③良性疾患に対する腹腔鏡下手術

子宮内膜症や卵巣腫瘍に対してのみならず、膣欠損症や性腺發育不全などの先天異常の治療においても、腹腔鏡下手術を積極的に施行している。一方で、悪性疾患の見落としや周術期の合併症を回避すべく、その適応については慎重に考慮している。

■臨床試験の実績

婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構(JGOG)が主催する「子宮頸がんIb期・IIa期リンパ節転移症例を対象とした塩酸イリノテカン(CPT-11)／ネダプラチン(NDP)による術後補助化学療法に関する第II相試験(JGOG1067)」、「プラチナ抵抗性再発・再燃Mullerian carcinoma(上皮性卵巣癌、原発性卵管癌、腹膜癌)におけるリポソーム化ドキシソルビシン(PLD)50mg/m<sup>2</sup>に対するPLD 40mg/m<sup>2</sup>のランダム化第III相比較試験(JGOG3018)」を施行中である。さらに多施設共同研究として日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)が主催する「III期／IV期卵巣癌・卵管癌・腹膜癌に対する手術先行治療vs. 化学療法先行治療のランダム化比較試験(JCOG0602)」、「プラチナ耐性／タキサン既治療卵巣癌に対する経口エトポシドと静注イリノテカン併用化学療法に関する第二相試験(JCOG0503)」を施行中である。また、高度先進医療導入に向けて本年度に「子宮内膜癌I期症例に対する腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清術および腹腔鏡補助下膣式単純子宮全摘術の実施」の第II相試験を行った。