

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

産婦人科の実際 (1991.02) 40巻2号:205～210.

当科における卵巣悪性腫瘍の臨床統計 FIGO新分類について

山下剛、東正樹、朝田道子、斉藤康子、橋本昌樹、服部光太郎、石崎善昭、山下幸紀、兼元敏隆

当科における卵巣悪性腫瘍の臨床統計 —FIGO 新分類について—

山下 剛* 東 正樹** 朝田道子**
 斉藤康子** 橋本昌樹** 服部光太郎**
 石崎善昭** 山下幸紀** 兼元敏隆**

はじめに

卵巣癌は骨盤腔内を原発部位として、腹腔内に広範囲に進展するため、その解剖学的位置から自覚症状に乏しく、早期診断がきわめて困難な疾患である。したがって治療開始時にすでにかなり進行した症例が多く、それゆえ、その長期予後は極めて悪いものとなっている。しかし近年シスプラチンなどの抗癌剤が開発され、かなりの抗腫瘍効果が期待されるようになり、卵巣癌の治療法は以前とは大きく変化した。すなわち初回手術で可能なかぎり腫瘍容積を縮小させ (tumor reduction), 術後に second look operation (以後 SLO と略す) を前提にした化学療法を行ない、SLO にて残存腫瘍を摘出するものである。このため残存腫瘍量や転移など、癌の存在を知ったうえでの寛解率あるいは予後についての臨床成績が多く報告されてきている。また腫瘍の拡がりについては臨床的に予後との関連において FIGO 国際臨床進行期が 1987 年に改正され、わが国では 1988 年の症例

表 1 当科における卵巣癌症例

国立札幌病院産婦人科
(1969~1989)

臨床進行期	症例数
I. a	60 (39)
b	4 (4)
c	30 (24)
II. a	7 (7)
b	3 (2)
c	9 (6)
III. a	15 (14)
b	16 (12)
c	45 (35)
IV.	24 (15)
Krukenberg	20
再発	19
	252 (158)

より採用されることになった。そこでわれわれは、当科における過去 20 年間の卵巣癌症例を、現時点で可能なかぎりこの新分類に従って再分類し、それらの臨床成績を検討してみた。

I. 対 象

1969 年から 1989 年にかけての 20 年間の卵巣癌患者で、当科初診あるいは他院からの紹介患者で前治療歴の明らかなものを対象とした。組織分類は FIGO 1982 年分類にしたがった。この時期の当科における基本術式は子宮全摘十両側付属器摘除十太網切除であり、腫瘍容積を

* Tsuyoshi YAMASHITA 遠軽厚生病院産婦人科
 ** Masaki AZUMA, Michiko ASADA, Yasuko SAITO, Masaki HASHIMOTO, Koutaro HATTORI, Yoshiaki ISHIZAKI, Kouki YAMASHITA, Yoshitaka KANEMOTO 国立札幌病院産婦人科

[別冊請求先] 〒 099-04 北海道紋別郡遠軽町一条
 通北 1 丁目

遠軽厚生病院産婦人科 山下 剛

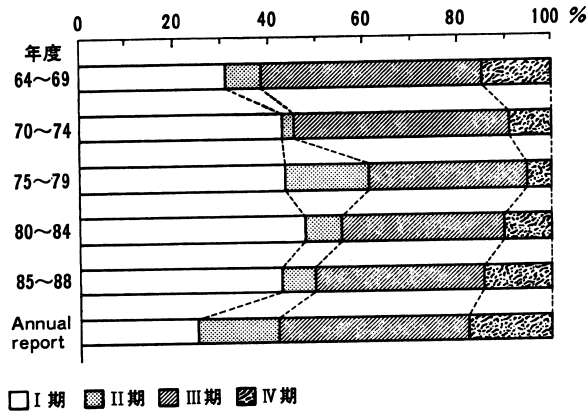


図 1 臨床進行期年次別推移

表 2 卵巣癌 Ia 期の内訳
国立札幌病院産婦人科

組織型	1969~	1969~	5年生存
	1989	1984	
	症 例 数		
serous	20(3)	11	8/11
mucinous	13(2)	11	10/11
endomet.	2	1	1/1
clear cell	6	3	3/3
ad. acanth	1		
Brenner	2	1	0/1
undiff	2	2	0/2
granulos	2	2	2/2
androblast	2	1	?
dysgerminoma	2	1	1/1
yolk sac	1	1	1/1
imm. teratoma	3	1	1/1
dermoid (scc)	1	2	2/2
不 明	3		3/3
	60(5)	39	32 (82.0%)

() : LPM

表 3 卵巣癌 Ib 期の内訳
国立札幌病院産婦人科

組織型	症 例 数	5年生存
serous	3(1)*	2/3
mucinous	1	1/1
計	4	3(75.0%)

()* : LPM

表 4 卵巣癌 Ic 期の内訳
国立札幌病院産婦人科

組織型	1969~	1969~	5年生存
	1989	1984	
	症 例 数		
serous	11	9	7/9
mucinous	10(3)	7	4/7
endomet.	3	3	2/3
clear cell	1		
granulosa	1	1	0/1
dysgerminoma	1	1	1/1
yolk sac Tumor	1	1	0/1
embryonal Ca.	1	1	0/1
imm. teratoma	1	1	1/1
	30	24	15 (62.5%)

() : LPM

可能なかぎり縮小する reduction surgery を原則としていた。化学療法の主体は 1982 年までは MMC を主体とした FAMX 療法 (5FU + ADM + MTX) などの多剤併用療法であり、83 年以降は CDDP を主体とした CAP 療法 (CDDP + ADM + CPA)、非上皮性腫瘍には、VAC 療法 (vincristine + ADM + CPA)、PVB 療法 (vinblastine + CDDP + BLM) などの多剤

併用療法がいくつかの症例に使用されている。

II. 成 績

1. 臨床進行期別分類

表 1 は対象となった患者の臨床進行期および

表 5 卵巣癌Ⅱ期の内訳

国立札幌病院産婦人科

組織型	IIa	IIb	IIc	
serous	1		5	
mucinous	4			
endomet	1		2	
clear cell		1		
Brenner				
undiff.			1	
scc		1		
granulosa				
androblost.			1	
dysgerm	1			
yolk sac				
imm. teratoma				
その他		1		
	7	3	9	19
5年生存 (1969~1984)	3/7 (42.9%)	2/2 (100.0%)	3/6 (50.0%)	8/15 (53.3%)

症例数を示したものである。総数は 252 例で、平均年齢は I 期 43.0 歳、II 期 53.7 歳、III 期 48.7 歳、IV 期 55.6 歳、全体としては 47.7 歳であった。5 年ごとの各臨床進行期の割合を (図 1) みると、FIGO 1985 年版 Annual report に比べ、I 期癌が比較的多く、多少の変動があるものの全体の比率はほとんどかわっていない。全症例の半数は III, IV 期の進行癌で占められている。

2. 組織型及び 5 年生存率

各進行期における組織型、症例数、および 5 年生存率を検討した。I 期の成績を表 2~4 に示した。Ia 期 60 例 (このうち 5 例は低悪性度) のうち 84 年までの症例数は 39 例であった。この 39 例についての 5 年生存率をみると 82.0% (32/39) であった。このうち上皮性腫瘍は 74.3% (22/29) を示した。Ib 期は 4 例でいずれも 84 年までの症例で、5 年生存率は 75% (3/4) であった。Ic 期 30 例のうちでは、84 年までの症例数は 24 例であり、5 年生存率は 62.5% (3/4) であった。このうち上皮性腫瘍については 83.3% (13/19) を示した。表 5

に II 期全体の内訳を示した。全体として 5 年生存率は 53.3% を示した。表 6 に III 期全体の成績を示した。総数は 76 例で 84 年までに 61 例を数えている。5 年生存率をみると IIIa 期が 50.0% (7/14), IIIb 期が 25.0% (3/12), IIIc 期が 17.1% (6/35) であり、III 期全体では 26.2% (16/61) であった。また上皮性腫瘍については 5 年生存率は 24.4% (15/61) をしめした。表 7 に IV 期の成績を示した。IV 期は 24 例のうち 84 年までで 14 例あり、その 5 年生存率は 0% であった。I 期から IV 期までの累積生存率の結果を図 2~5 に示した。I 期では 5 年生存率は各亜分類進行期の順に低下しているが、それらの間に有意差は認められなかった。このなかで、Ic 期の生存率の推移をみると 3 年を過ぎてから徐々に下降しているのが明らかとなっている。II 期は全体の症例数が少ないため有意差を明らかにすることはできなかった。III 期のなかでは IIIa 期の生存率が IIIb 期、IIIc 期のそれに比べよい結果を示しているが、IIIb 期、IIIc 期の順に生存率の低下しているのが顕著であり、IIIa 期と IIIb 期、

表 6 卵巣癌Ⅲ期の内訳

国立札幌病院産婦人科

組織型	IIIa	IIIb	IIIc	
serous	10	10	28	
mucinous	1	1	4	
endomet.	1		1	
clear cell	1	1	1	
undiff	1	1	5	
granulosa	1		1	
dysgerm.			1	
yolk sac			1	
embryonal			3	
imm. teratoma		1		
その他				
不明		2		
	15	16	45	76
5年生存 (1969~1989)	7/14 (50.0%)	3/12 (25.0%)	6/35 (17.1%)	16/61 (26.2%)

表 7 卵巣癌Ⅳ期の内訳

国立札幌病院産婦人科
(1969~1989)

組織型	症例数
serous	12
mucinous	2
endomet.	
clear cell	
undiff	7
imm. teratoma	1
不明	2
	24
5年生存	0/15 (0.0%)

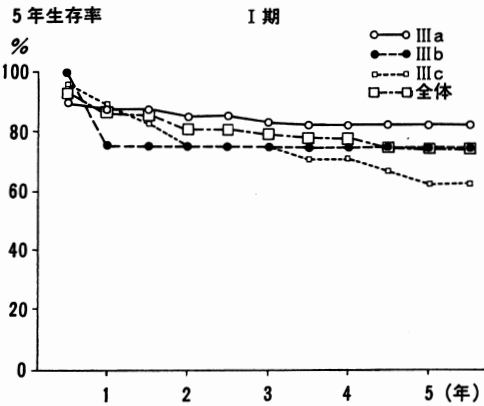


図 2 I期における累積生存率

III. 考 察

IIIc 期の間に有意差が認められた。また、生存率の推移をみると I 期の場合と異なり治療後から 3 年までに徐々に低下するものの、その後の変化は少ないことが特徴となっている。IV 期ではその生存率は 2 年までに急激な低下を示している。これまでの成績を一括して表 8 に示した。

卵巣癌の、以前の臨床進行期別分布および 5 年生存に関しては、FIGO Annual report¹⁾をはじめとして、報告が多数ある。その頻度に関しては、全国卵巣悪性腫瘍調査成績第 1 報²⁾によれば、I 期 42.7%、II 期 14.7%、III 期 27.6%、IV 期 8.8%であり、今回当科における検討と概ね同様のものではあったが、われわれの結果では、III 期および IV 期の頻度がやや高

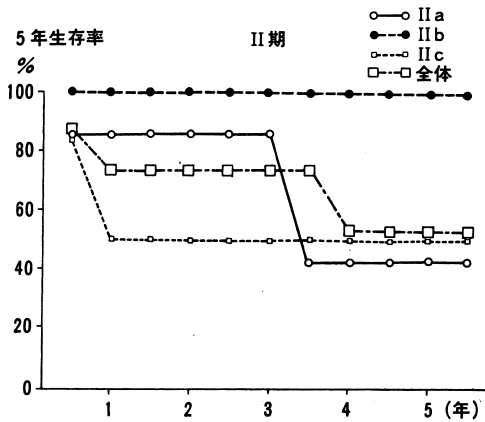


図3 II期における累積生存率

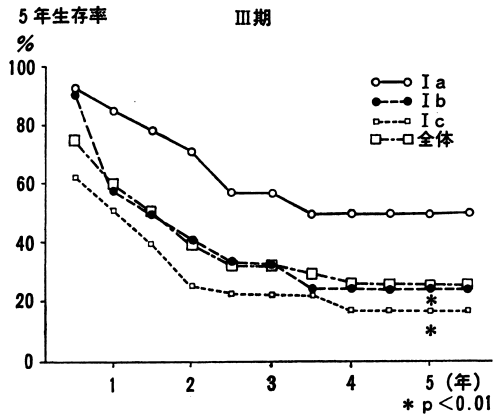


図4 III期における累積生存率

めであった。またその5年ごとの推移を見ても、依然として、全身管理の必要なIII期以上の進行癌が多く、予後の悪い原因のひとつとなっており、早期発見・早期治療の難しさゆえの全身の疾患としての治療の必要性が痛感された。しかしまたいっぽうでは、われわれの成績は1980年のAnnual reportに比較し、I期癌の頻度が比較的高いのが注目される。しかしI期癌の5年生存率をみると、逆に20%以上の死亡のあること、またリンパ節かく清を全症例に適用していなかったことと考えあわせると、進行期の決定が必ずしも十分であったとはいえない。卵巣癌に有効と思われる抗癌剤が出現する以前は、すでに癌が腹腔内に拡がっているか、あるいは遠隔転移が存在している場合も、

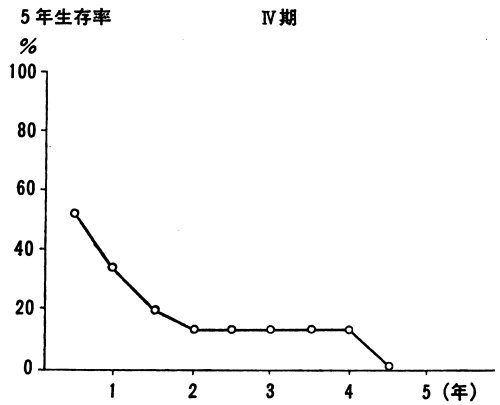


図5 IV期における累積生存率

ほぼ全例に腹腔内への再発を伴い、リンパ節かく清は予後改善には大きな意味をもたなかったが、CDDP等の抗癌剤により、腹腔内病変が制御可能になってくると、進行期の決定と再発の予防という点からも、リンパ節のかく清が重要な意味をもってくると主張が多い^{3)~6)}。新分類においては腹水中の悪性細胞の存在、鼠径節への転移の有無を明記しており、臨床的病態および予後の面との整合性がみとめられるとおもわれる。

予後に関しては、それに影響を与える因子として、初診時年齢、進行期、組織型、組織学的悪性度、術式、化学療法などを含めた集学的治療法的確な施行、合併症などを含めた患者自身の問題など、いくつかの因子が考えられる。しかし、今回の進行期に注目した検討結果をみると、予後は手術の完遂度にもつよく影響されることが推測され、その意味では逆に新分類は、とくにIII期における腫瘍の進展度合いを細分類し、また腫瘍量も顕微鏡的、2cm以下、あるいは2cm以上などとすると、より客観的に卵巣癌の進展度を示しているともいえるが、現実にはI期を含め、すべての症例にリンパ節かく清を含めた手術を行なわなければ、進行期を正確に判断し得ないことになり、実際の症例に対し、新分類による進行期を厳格に適用できるか否か論議を呼ぶところである。

近年、CDDPなどの強力な抵抗剤の出現によって、卵巣癌の寛解率は著しく上昇した

表 8 卵巣癌の臨床進行期別の頻度と予後
国立札幌病院産婦人科(1969~1984)

臨床進行期		例数(頻度)	生存数	生存率	
I	a	39(24.8%)	32	82.0%	74.6%
	b	4(1.9%)	3	75.0%	
	c	24(15.3%)	15	62.5%	
II	a	7(4.5%)	3	42.9%	53.3%
	b	2(1.3%)	2	100%	
	c	6(3.8%)	3	50.0%	
III	a	14(8.9%)	7	50.0%	26.3%
	b	12(7.6%)	3	25.0%	
	c	35(22.2%)	6	17.1%	
IV		15(9.6%)	0	0%	
計		158(100%)	74	46.8%	

が、いまだその長期予後の改善には十分結びついているとはいえない⁷⁾⁸⁾。われわれの成績では、進行期別の生存曲線は、I期では3年後から生存率の低下が続くのに対し、III期では、3年目までは低下するが、その後は生存率が一定化する傾向が認められた。このことは、他の因子に関係なく、一定の進行期ではその進行期ゆえの治療成績のパターン、あるいは限界の存在している可能性を示しているかもしれない。今後この限界の突破が大きなひとつの問題となるが、現状ではこのような結果をも考慮に入れ、個別的な、患者自身の quality of life にも目をむけた全身管理、たとえば拒癌状態のまま病巣をコントロールしつつ、家庭や社会生活を営むなどの治療の在りかたを考え、実施すべきではなかろうか。

文 献

1) Annual report on the results of Gynecological Cancer. F. I. G. O. 19 Stockholm, 1985.
2) 日本産婦人科学会卵巣腫瘍登録委員会：全国卵

巣悪性腫瘍調査成績第1報, 1982.

3) Parker, B. R., Castellino, R. A., Fuks, Z. Y., Bagshaw, M. A.: The role of lymphography in patients with ovarian cancer. *Cancer*, 34: 100, 1974.
4) Musumeci, R., Banfi, A., Bolis, G., Candiani, G. B., Palo, G. D., Re, F. D., Lucina, L., Lattuda, A., Mangioni, C., Mattiolo, G and Natale, N.: Lymphangiography in patients with ovarian epithelial cancer: An evaluation of 289 consecutive cases *Cancer*, 40: 144~1449, 1977.
5) Burghardt, E., Pickel, H., Lahousen, M., Stettner, H.: Pelvic lymphadenectomy in operative treatment of ovarian cancer *Am. J. O. G.* 155: 315, 1986.
6) 吉川ら：産婦の実際, Vol. 38: 715, 1989.
7) 加藤ら：卵巣癌第一次研究, 婦人科悪性腫瘍化学療法研究会誌 2, 1: 64, 1986.
8) Richardson, G. S., Scully, R. E., Nikrui, N., Nelson, J. H. Jr.: Common epithelial cancer of the ovary. *N. Eng J. Med.* 312, 7: 415, 1985.

* * * *