

がん治療のさらなる国際化を

がん社会 を診る

中川 恵一

子宮がんには子宮の入り口付近(子宮頸部)から発生する子宮頸(けい)がんと、子宮の奥(子宮体部)から発生する子宮体がんの2つがあります。両者は発生部位だけではなく、原因や特徴も異なる全く別の病気と言えます。

子宮頸がんは子宮がんの約7割を占めます。国内では毎年約1万人の女性が罹患(りかん)し、約30000人が死亡しています。2000年以降、患者数、死亡数とも増加しているのは問題です。

子宮頸がんの発症原因のほとんどが性交渉によるヒトパピローマウイルス(HPV)の感染です。若い世代でのHPVの感染拡大などにより、子宮頸がん患者の若年化が進み、30歳代後半がピークとなつています。HPVワクチンを性交渉を経験する前に投与することで、発症リスクを1割まで下げられますが、日本では接種が停滞しています。

子宮頸がんは、前がん病変の異形成、子宮頸部の表面だ

けにがんがある上皮内がん、周囲の組織に入り込む浸潤がんに分類されます。異形成や上皮内がんの場合、子宮を温存できる円すい切除術が行われています。

浸潤がんは、手術、放射線、化学療法(3つ)を単独、もしくは組み合わせで治療します。しかし、日本の実態は海外とはかけ離れています。

とくに、子宮頸部を支えている組織(子宮傍組織)にがんの浸潤があるステージIIでは、放射線治療と抗がん剤を同時に行う「化学放射線治療」が世界的には主流です。

たとえば、がん治療先進国のスウェーデンの場合、ステージIIの子宮頸がんに対する手術は7%にすぎず、86%で化学放射線治療あるいは放射線治療単独が選択されています。ステージIIの7割以上を占めるII B(子宮傍組織)に

んが浸潤)に限ると、手術はたった4%で、9割が(化学)放射線治療を受けています。

がん治療の国際的なガイドラインでは、II B期の子宮頸がんに対して推奨される治療は化学放射線治療だけです。

しかし、日本のガイドラインでは、II B期に対しても、手術が第一に推奨されてきました。その結果、最近まで手術と(化学)放射線治療の件数がほぼ同じでした。

ただ、II B期の子宮頸がんの手術では、約半数で術後の(化学)放射線治療が行われています。下肢のむくみで悩む患者も多く、手術をせずに初めから化学放射線治療を受ける方が、時間的、経済的負担も少ないはずですが。

がん治療のガラパゴス化はいただけませんが、国内の最新ガイドラインでも化学放射線治療が推奨のトップとなりました。がん治療の国際化をさらに進める必要があると思

(東京大学特任教授)



イラスト 中村 久美