

る CIN 分類も一般の臨床で用いられている。微小浸潤癌は、浸潤の深さと幅により Ia1 期と Ia2 期に分けられる。Ia1 期相当の微小浸潤癌までが、妊孕能温存を目的とする円錐切除術の適応となる。浸潤癌には角化型と非角化型の 2 種類がある。さらに、特殊な組織型として 4 つが挙げられるが、詳細は「子宮頸癌取扱い規約」²⁾を参照されたい。腺癌も腺異形成、上皮内腺癌、微小浸潤腺癌と分類されるが、扁平上皮癌のような明確な基準はなく、亜分類も存在しない。腺癌は癌細胞の性格によって 5 種類に分類され、その他に、扁平上皮癌と腺癌の両者の性格を有する腺扁平上皮癌がある²⁾。

2) 子宮内膜組織診

1. 適応

子宮体がん検診の細胞診で疑陽性または陽性が認められた症例が、子宮内膜組織診の適応となる。しかし、子宮体がん検診対象者で細胞診が陰性であっても、不正性器出血が持続する患者や子宮体癌のハイリスク患者(エストロゲン単独のホルモン補充療法を受けている患者、乳癌治療薬であるタモキシフェン服用患者、肥満患者、多嚢胞性卵巣症候群患者、エストロゲン産生腫瘍を有する患者、遺伝性非ポリポーシス大腸癌家系の患者など)で、且つ経腔超音波断層法検査などにおいて子宮内膜の肥厚がみられる患者には子宮内膜組織診を考慮する。

2. 方法

一般に施行される子宮内膜組織診は盲目的な操作であることが多く、病巣が存在しても初期あるいは限局した病巣である場合にはこれを必ずしも捉えることはできない。このような偽陰性を避けるために行われる。生理食塩水環流式の軟性子宮鏡を併用した組織診について述べる。なお、子宮鏡を組織診に併用した場合には、正診率が高くなると考えられるが、子宮鏡検査が子宮体癌の播種をきたす原因となる可能性も指摘されており、この点も留意し施行する必要がある。

まず、子宮鏡ならびに組織診を施行する前に、双合診ならびに経腔超音波断層法検査を行い、子宮の傾屈状態、形状や大きさを確認しておく。次に、外陰部を消毒後、腔鏡をかけ腔内を十分に消毒する。子宮腔部前唇をマルチン鉗子あるいはミュゾー鉗子にて把持牽引し、子宮鏡を施行する。子宮鏡は生理食塩水を自然滴下しつつ、環流圧をかけることなく行う。まず、子宮頸管内を観察し、子宮内腔から内子宮口を超える病巣の有無を確認する。次に、子宮腔内の観察をするが、病巣の部位を確認するだけに留め、短時間で終了するように心がける。子宮体癌の患者であれば、環流圧をかけることや長時間の操作により、子宮内の癌細胞が経卵管性に腹腔内へ播種する可能性も否定はできない。したがって、子宮内膜細胞診で明らかに癌腫の存在が確認され、経腔超音波断層法検査あるいは骨盤 MRI 検査などにおいて癌腫の存在部位が推測され得る場合には、子宮鏡を省略することも考慮する。病巣部位が確認できれば、あらかじめ双合診にて確かめた方向にゾンデを挿入し、子宮腔の方向、長さ、形状を確認する。進行した子宮体癌では正常筋層が菲薄化し、ゾンデ診だけでも容易に穿孔をきたす可能性があるので注意を要する。閉経前の多くの症例では頸管拡張の必要はないが、高齢者や未産女性の中には頸管拡張を必要とする場合がある。この際は、頸管拡張器で番号の小さいものから順次挿入して頸管を拡張する。子宮が強い前屈あるいは後屈を呈している場合は子宮穿孔のリスクが増すので慎重に対応すべきである。頸管拡張が終了すれば、ゾンデで得られた方向に最小のキューレット(図 C-3-5a)を挿入し、子宮内腔を搔爬する。病巣がポリープ状や結節状である場合には、最小の胎盤鉗子(図 C-3-5b)を用いることで、同病巣を摘出し組織診に供することができる。また、子宮頸部への浸潤が疑われる場合にはキューレットにて子宮頸管の搔爬も行う。得られた組織片はただちに 10%ホルマリン液に移す。子宮体癌の場合には、癌の病巣以外に子宮内

膜増殖症の病巣を伴っていることが多く、1カ所の生検では採取された組織片に癌の病巣が捉えられず、診断を誤ることがある。したがって、最終診断や治療のためには数カ所の搔爬が必要である。特に、子宮鏡を施行しない場合には、子宮内腔の4方向(前後左右方向)の組織診が必要である。また、細胞診あるいは子宮鏡の所見と組織診の結果が一致しない場合には、全面搔爬が行われる。

この場合には、day surgeryとして、手術室で麻酔管理下に行う。内膜組織診は、妊娠が疑われる場合、頸部や子宮内に強い炎症所見を伴う感染があり、上行性感染の危険がある場合や凝固障害を伴う血液疾患では、通常禁忌となる。

3. 組織診断の概要

子宮内膜組織診は子宮体癌の診断に必要なのみならず、子宮内膜増殖症やポリープの診断あるいは患者のホルモン環境を知る上で有用である。子宮内膜増殖症で異型を有するものは、子宮体癌の前癌病変として位置づけられているとともに子宮体癌と共存することが多い。子宮体癌の多くはエストロゲンとの関連がある類内膜腺癌であり、扁平上皮への分化が局所的にみられることがある。類内膜腺癌は腺癌部分における充実性増殖の占める割合により分化度が決められる³⁾。また、エストロゲンに関連しない漿液性腺癌もあり、これは高齢者における萎縮内膜あるいはポリープより発生することが多い。

おわりに

組織診で正しい診断を得るためには、手技はもちろんのこと、臨床データの提供と普段からの病理医とのコミュニケーション、自らの病理診断の習熟が大切である。組織診での診断が、患者の治療方針を決定する最も重要な要素のひとつであることから、組織診を行うにあたっては慎重な対応が必要である。

《参考文献》

1. 片刈秀隆, 田代浩徳. 子宮頸癌「看護のための最新医学講座」第2版. 日野原重明, 井村裕夫監修 第16巻. 婦人科疾患. 神崎秀陽編集 東京: 中山書店, 2006; 228—253
2. 日本産科婦人科学会・日本病理学会・日本放射線学会編. 子宮頸癌取扱い規約. 東京: 金原出版, 1997
3. 日本産科婦人科学会・日本病理学会・子宮体癌取扱い規約. 東京: 金原出版, 1997
(片刈 秀隆*, 田代 浩徳*)

*Hidetaka KATABUCHI, Hironori TASHIRO

熊本大学大学院医学薬学研究部婦人科学分野

*Department of Gynecology, Faculty of Medical and Pharmaceutical Sciences, Kumamoto University

Key words: Biopsy · Cervical dysplasia · Cervical cancer · Endometrial hyperplasia · Endometrial cancer

索引語: 組織診, 子宮頸部異形成, 子宮頸癌, 子宮内膜増殖症, 子宮体癌