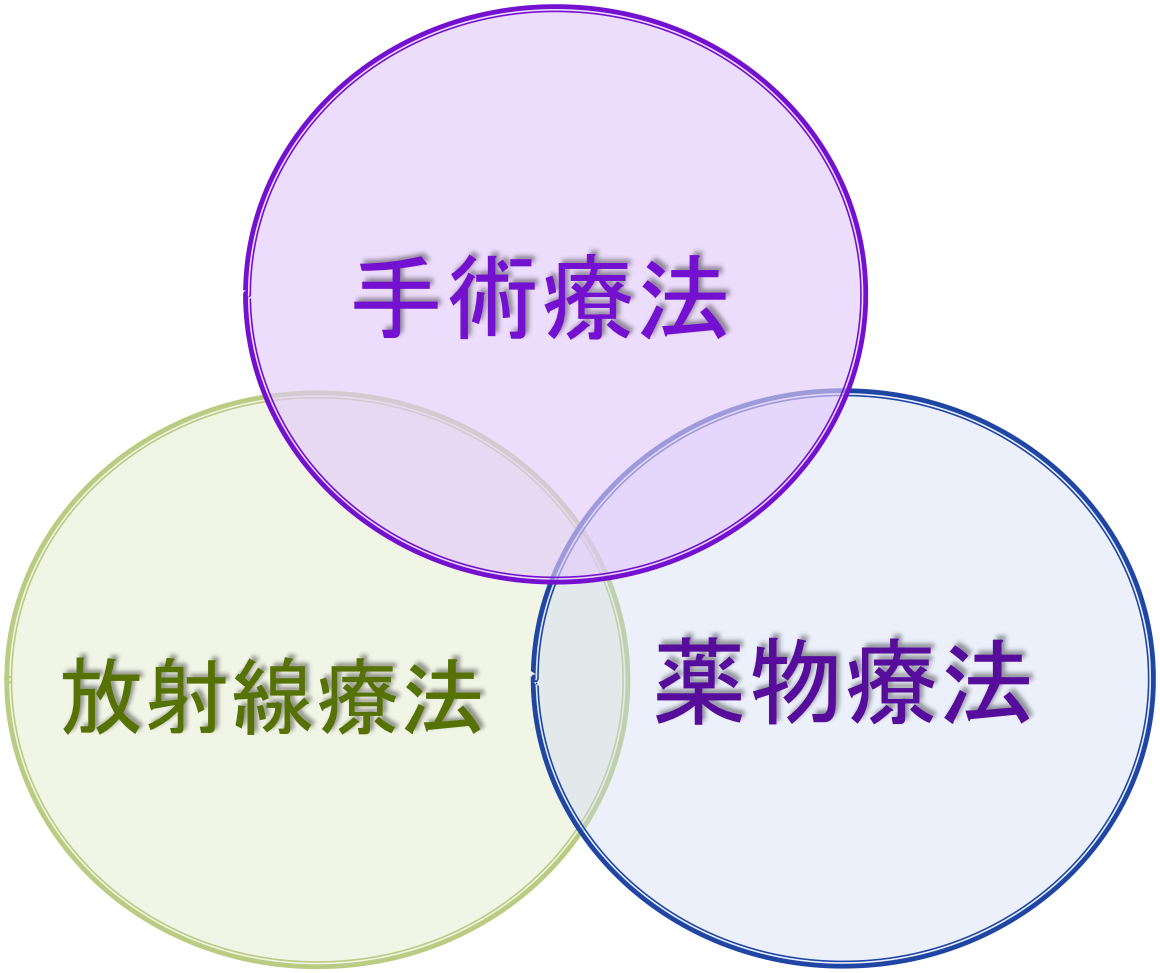
卵巣癌の治療

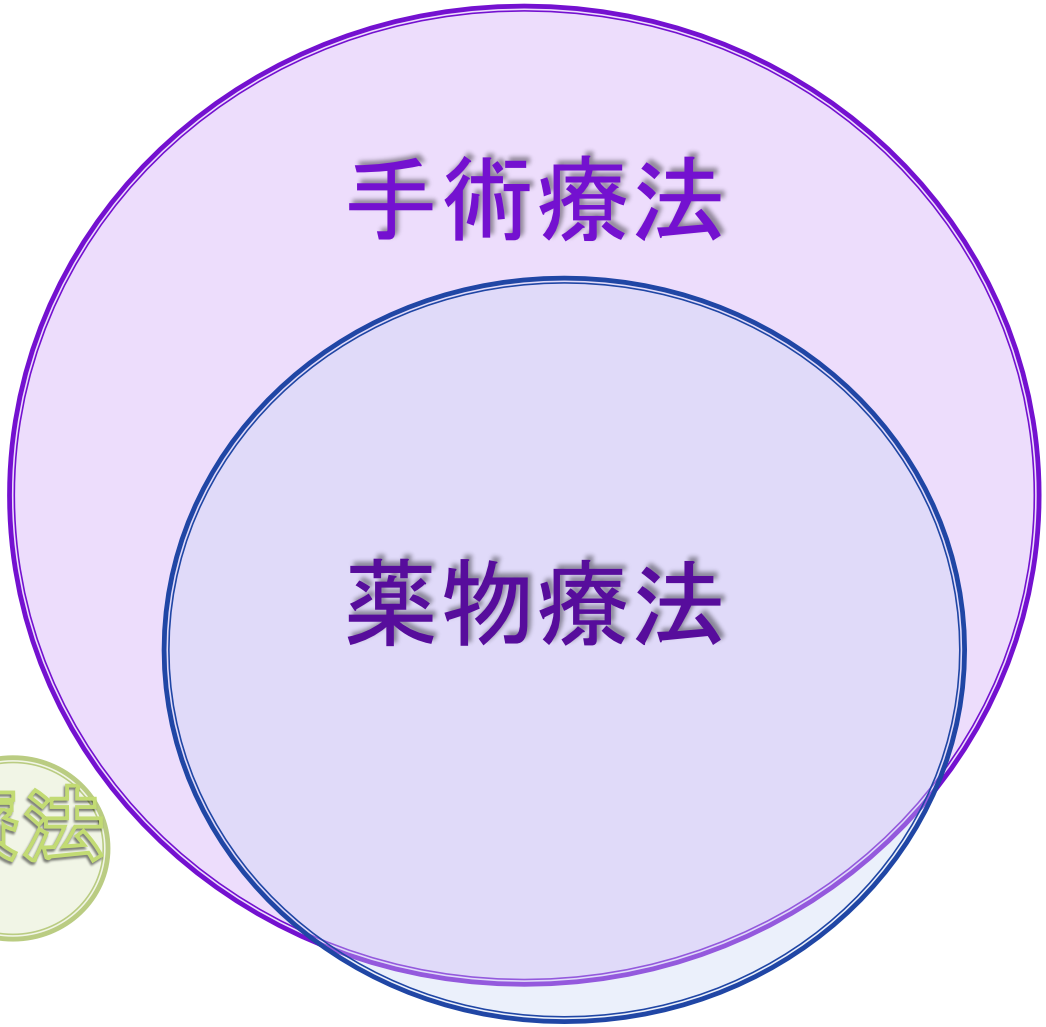
広島市立広島市民病院
産婦人科
中西　美恵

2017/11/16
K-net　婦人科

固形癌の治療方法



卵巣癌の治療方法



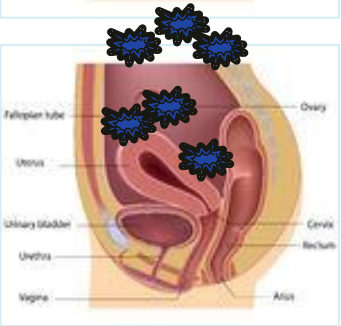
上皮性卵巣癌の治療について

卵巣癌の進行期

Ⅰ期：がんが卵巣内に限局する
A：片側の卵巣、 B：両側の卵巣
C：片側／両側で皮膜破綻や腹腔細胞＋

Ⅱ期：がんが卵巣に存在し、骨盤内に進展
A：子宮や卵管 B：他の骨盤内臓器に進展

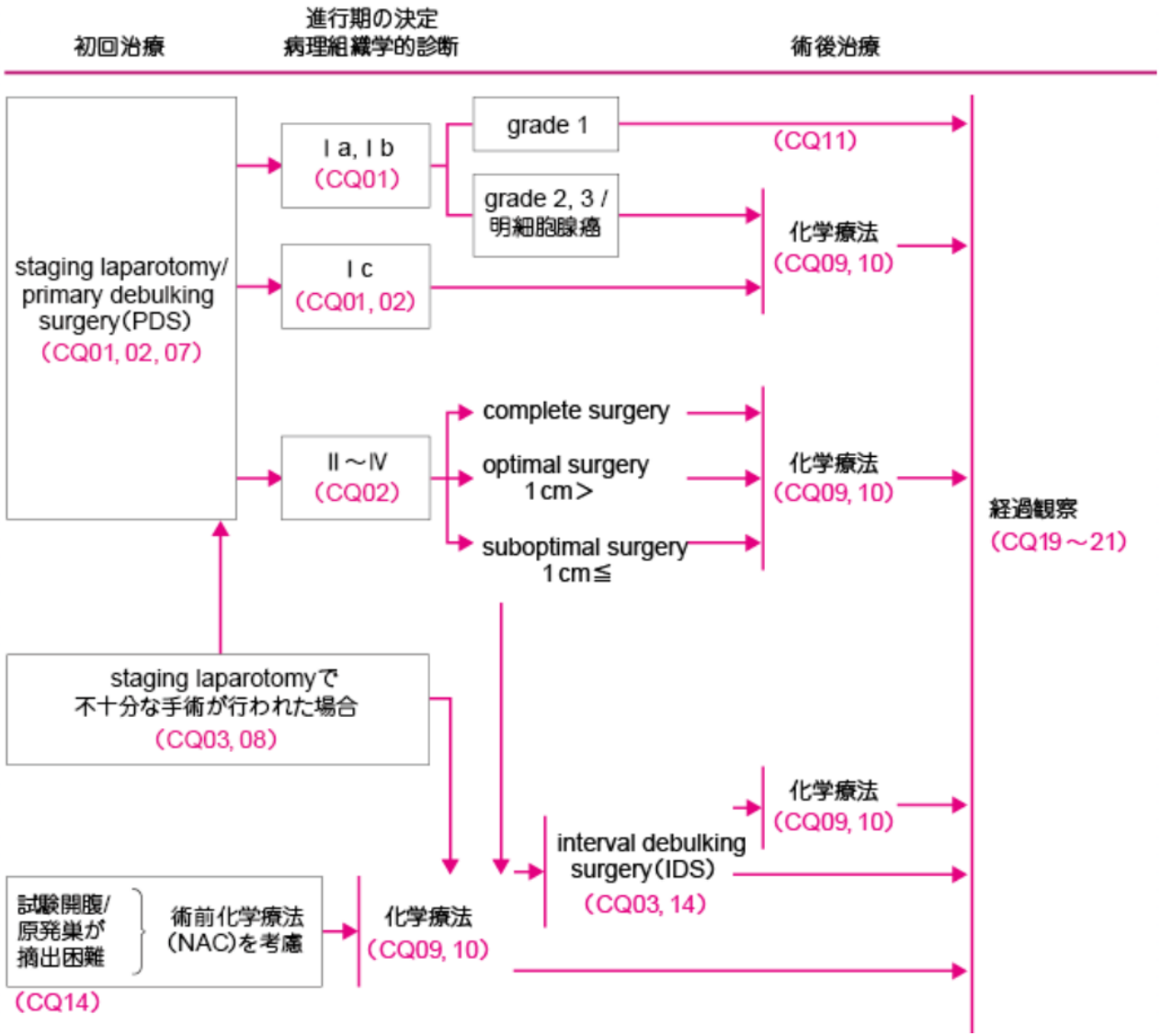
Ⅲ期：がんが卵巣に存在し、骨盤外に進展
腹膜播種や大網転移
後腹膜リンパ節転移



Ⅳ期：がんが卵巣に存在し、遠隔転移を伴う
胸水、肝臓や肺などの腹腔外臓器転移

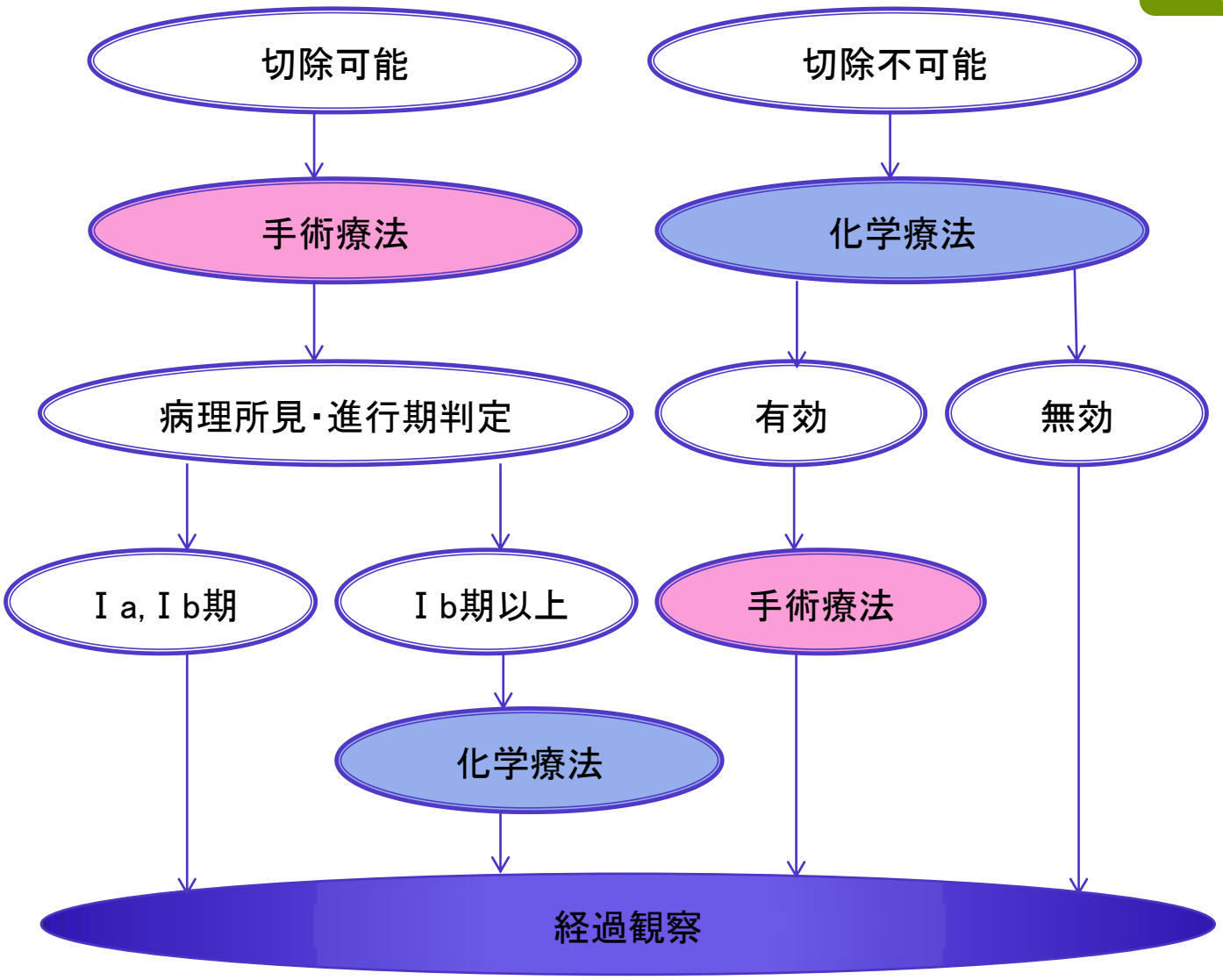
＊正確な進行期は手術後に分類する＊

卵巣癌　初回治療


初回治療
進行期の決定
病理組織学的診断
術後治療
staging laparotomy/
primary debulking
surgery(PDS)
(CQ01, 02, 07)
I a, I b
(CQ01)
I c
(CQ01, 02)
grade 1
grade 2, 3 /
明細胞腺癌
(CQ11)
化学療法
(CQ09, 10)
II～IV
(CQ02)
complete surgery
optimal surgery
1 cm>
suboptimal surgery
1 cm≦
化学療法
(CQ09, 10)
経過観察
(CQ19～21)
staging laparotomyで
不十分な手術が行われた場合
(CQ03, 08)
化学療法
(CQ09, 10)
interval debulking
surgery(IDS)
(CQ03, 14)
試験開腹/
原発巣が
摘出困難
術前化学療法
(NAC)を考慮
(CQ14)
化学療法
(CQ09, 10)

卵巣がん
治療ガイドライン
2015年版

治療チャート


切除可能
切除不可能
手術療法
化学療法
病理所見・進行期判定
有効
無効
Ⅰa, Ⅰb期
Ⅰb期以上
手術療法
化学療法
経過観察

手術療法の目的

- ✓ 卵巣腫瘍の診断を確定すること
  ー悪性腫瘍か否かを知ること
- ✓ 悪性腫瘍ならば
  ーその組織型と進行期を確定すること
- ✓ 病巣の完全摘出、最大限の腫瘍減量をおこなうこと
- ✓ 術後療法のための情報を得ること

実際の手術の流れ

必要な皮膚切開、腹腔内観察、腹水／腹腔洗浄液採取

↓

主要な腫瘍の摘出　→　術中迅速組織診断

↓

基本術式＝子宮全摘・両側卵巣卵管切除・大網切除

↓

病期決定のための手技
＝骨盤内～傍大動脈リンパ節の廓清または生検

卵巣癌と所属リンパ節

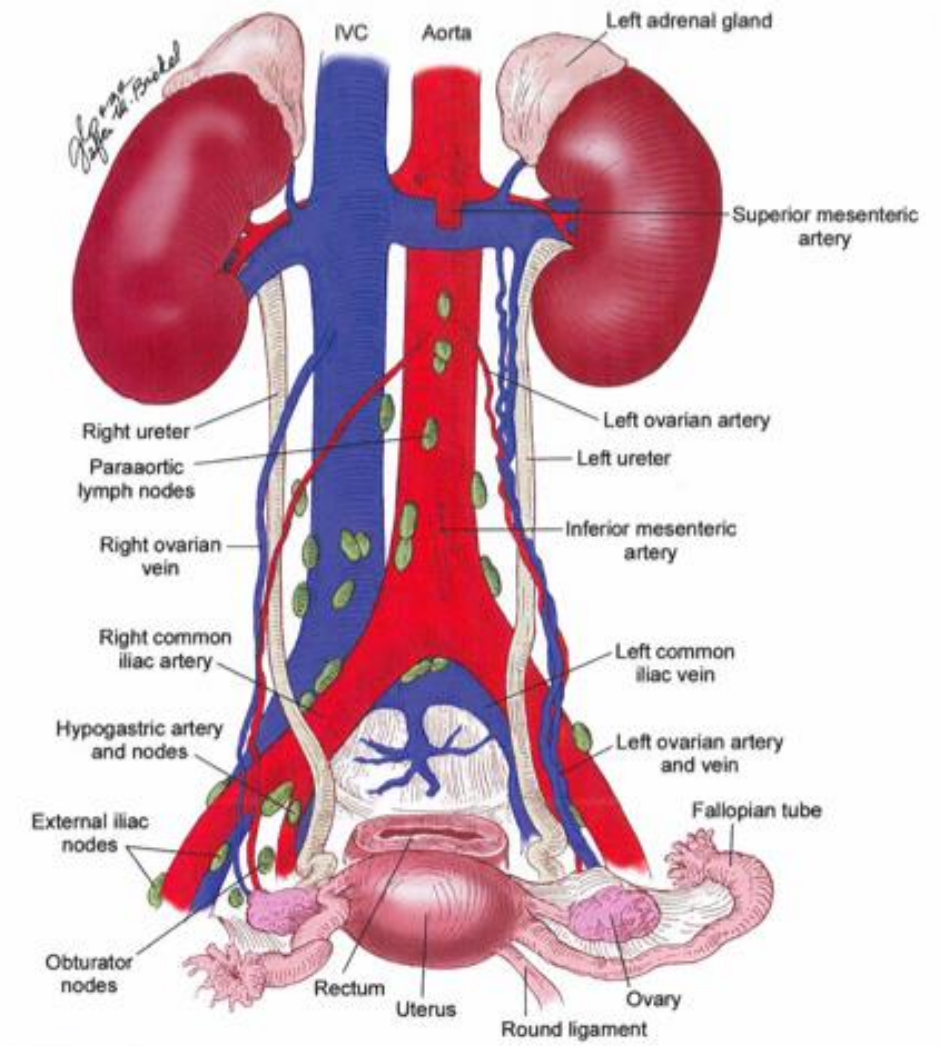


Figure 9.10 The pelvic and paraaortic lymph nodes and their relationship to the major retroperitoneal vessels.

傍大動脈リンパ節
骨盤リンパ節
　総腸骨リンパ節
　外腸骨リンパ節
　ソケイ上リンパ節
　内腸骨リンパ節
　閉鎖リンパ節
　仙骨リンパ節
　基靭帯リンパ節

（FIGO手術進行期分類(2014)）

手術療法　option

❖試験開腹術

生検による組織型の確定、最小限の進行期確認

❖化学療法先行後の腫瘍減量手術

初回手術で十分な腫瘍減量が行えなかった症例

全身状態や合併症などにより初回手術が行えなかった症例

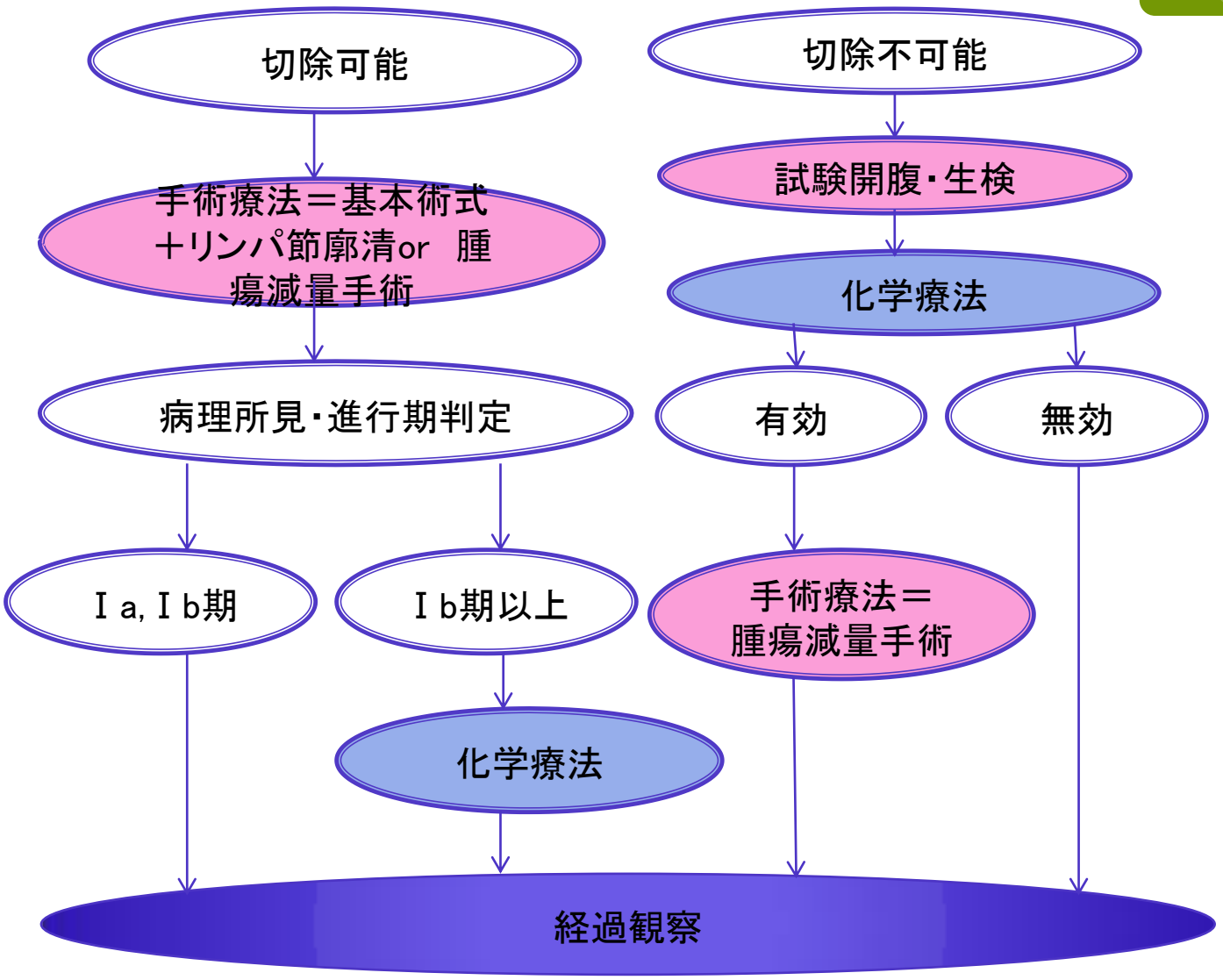
❖妊孕性温存手術

患者が挙児を強く望み、患者・家族が病気を深く理解している場合のみ

患側附属器切除・大網切除・腹腔細胞診

（病理診断結果で、根治術が必要な場合も）

治療チャート


切除可能
切除不可能
試験開腹・生検
手術療法＝基本術式
＋リンパ節廓清or　腫
瘍減量手術
化学療法
病理所見・進行期判定
有効
無効
Ⅰa,Ⅰb期
Ⅰb期以上
手術療法＝
腫瘍減量手術
化学療法
経過観察

化学療法

漿液性癌(卵巣癌Type2)は進行した状態で発見されることが多いため、化学療法は必須の治療法である。早期癌でも、腫瘍破綻などの条件によって、再発リスクを下げる目的で化学療法を行う

初回化学療法・・・治療成績の向上を目的として行うもの

術前化学療法・・・初回手術に先立って、または試験開腹後に根治手術完つい率の向上などを目的として行うもの

維持化学療法・・・寛解後に長期生存を目的として行うもの
　分子標的薬

二次化学療法・・・再発時や初回化学療法に抵抗を示した場合に行うもの

初回化学療法の内容

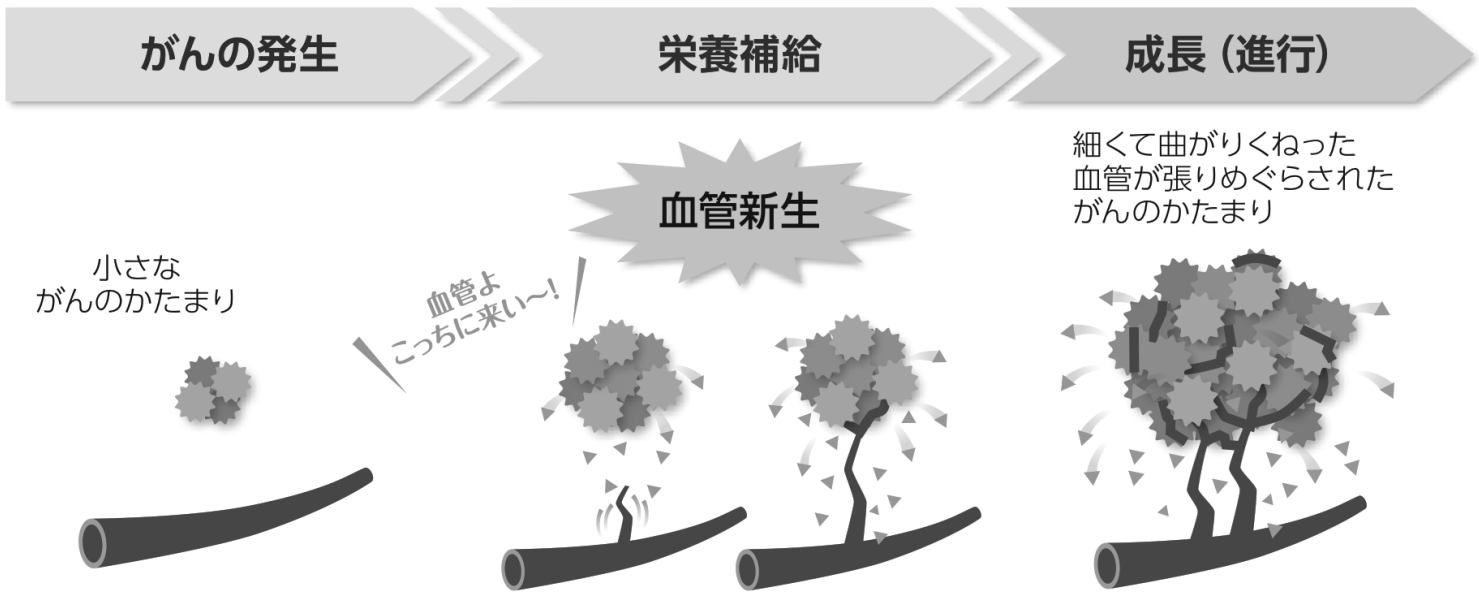
TC療法　パクリタキセル(T)＋カルボプラチン(C)
の二剤併用療法

①conventional TC
二剤ともDAY1に投与, 3週間間隔

②dose-dense TC
CはDAY1, TはDAY1・8・15に投与

③TC+Bevacizumab
上記①にベバシズマブを併用、維持療法として投与

がんと血管新生因子　VEGF



※VEGF：vascular endothelial growth factor（血管内皮増殖因子）の略

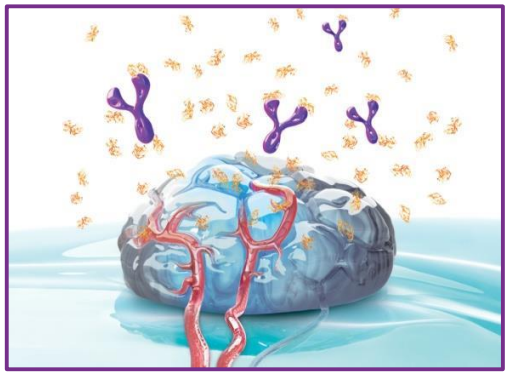
アバスチンによる
卵巣がんの治療をはじめる方へ

お薬の解説と治療中の生活アドバイス

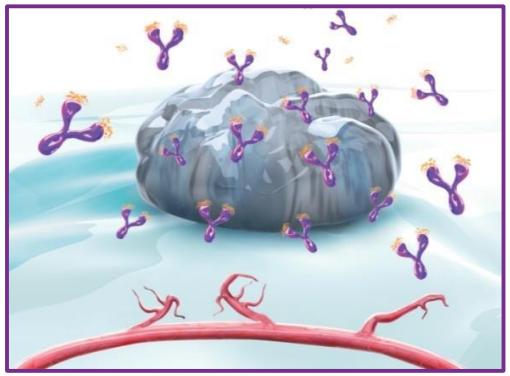
アバスチンハンドブック

卵巣癌における分子標的薬

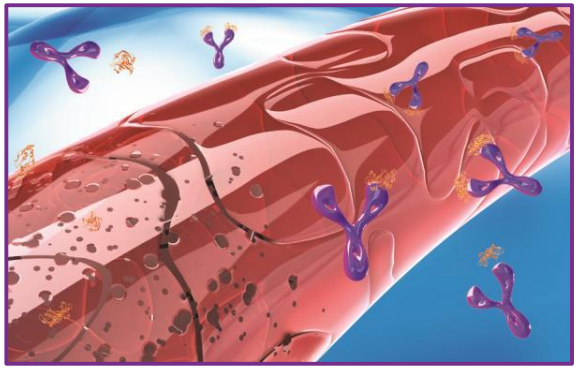
VEGF(血管内皮増殖因子)に対するモノクローナル抗体薬
Bevacizumab（商品名：アバスチン）



既存の新生血管を退縮



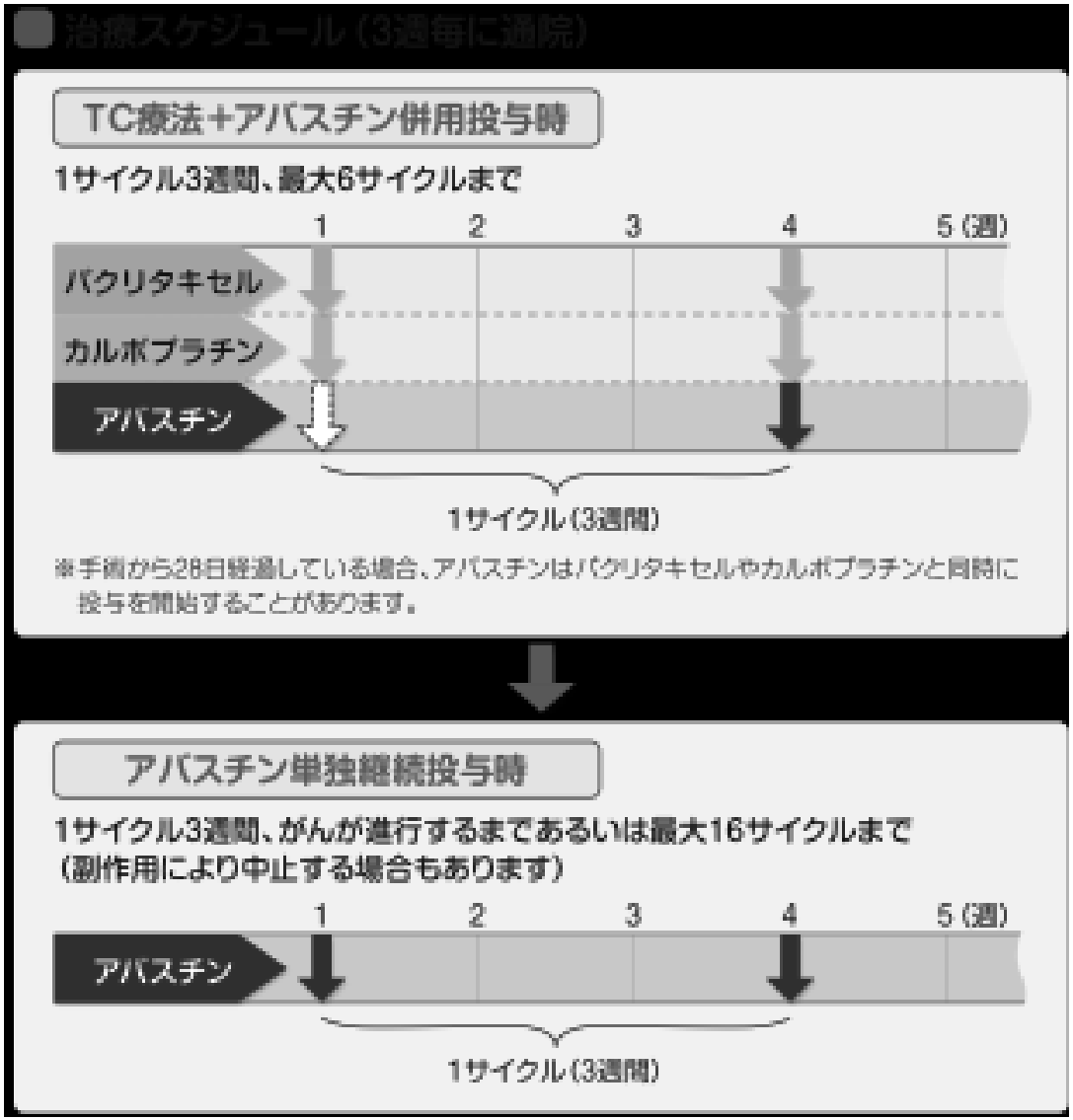
新たな血管の新生を阻害



血管透過性の改善

抗腫瘍効果の増強
持続的な腫瘍増殖抑制
がんに伴う体液貯留の減少（胸水・腹水等）

抗VEGF薬の投与スケジュール



アバスチンによる
卵巣がんの治療をはじめる方へ

お薬の解説と治療中の生活アドバイス

アバスチンハンドブック

抗癌剤の主な副作用
～日常生活を送るうえで～

- 吐気・食思不振、全身倦怠感
- 脱毛
- 末梢神経障害
  （手指・足底部のしびれやしびれに伴う痛み）
- 高血圧・蛋白尿
- 骨髄抑制にともなう貧血や発熱、易出血

卵巣癌
異なる組織型の２症例

症例１　卵巣癌

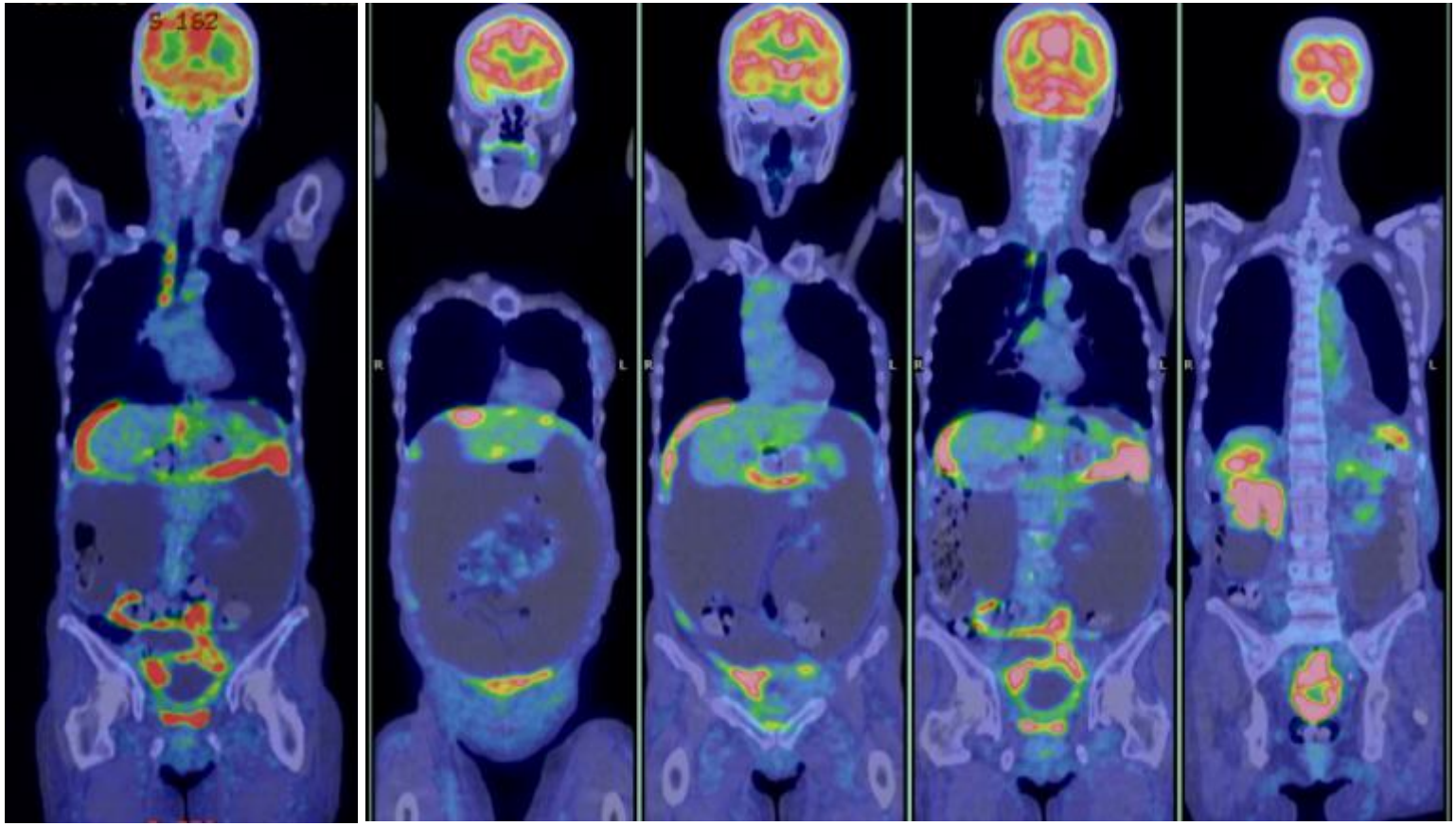
主訴＝腹部膨満、食欲減退、体重減少、下肢浮腫

CT画像

骨盤内腫瘍、多量の腹水、横隔膜下の不整な肥厚

症例 1

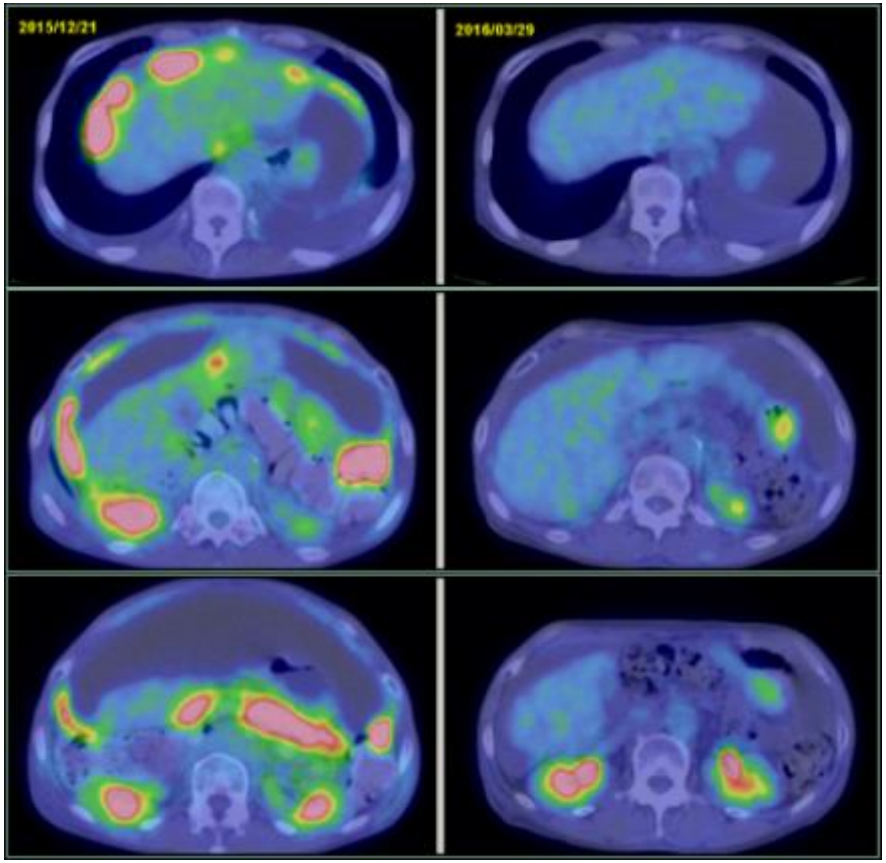
PER/CT画像　　FDG集積部位は
卵巣癌・ダグラス窩
横隔膜下・左側腹部・下腹部の腹膜播種
縦隔リンパ節



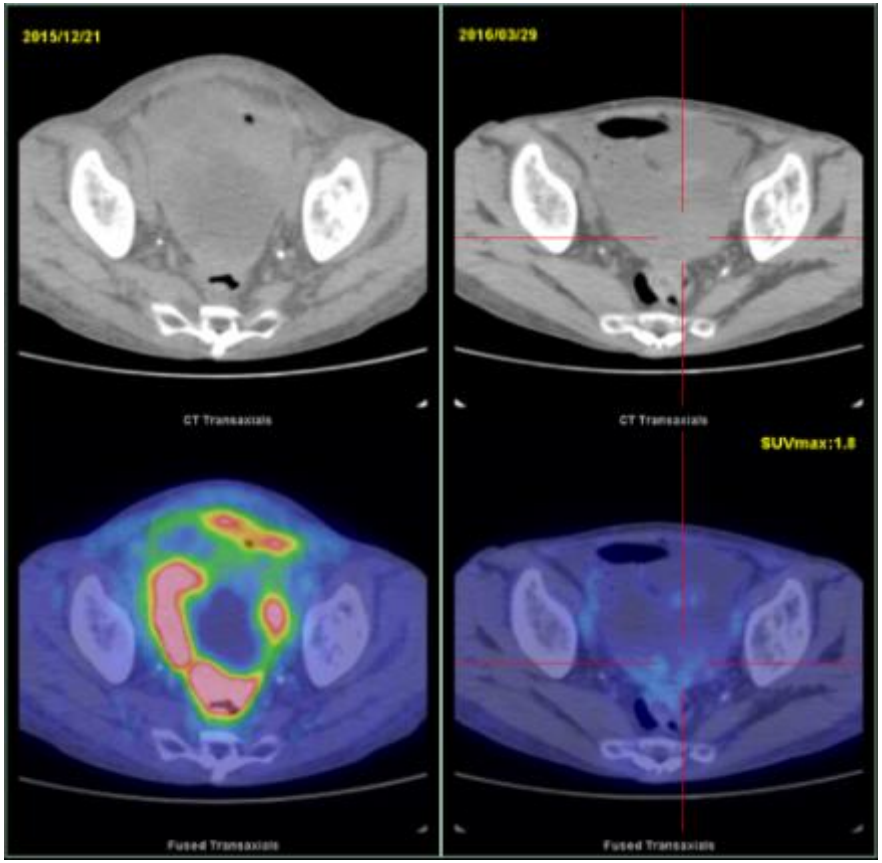
化学療法を先行　dose-dense TC療法を実施

化学療法　5コース後

腹水の消失、卵巣腫瘍の縮小
集積部位が著明に減少し（左横隔膜下・ダグラス窩のみ）活性も減弱

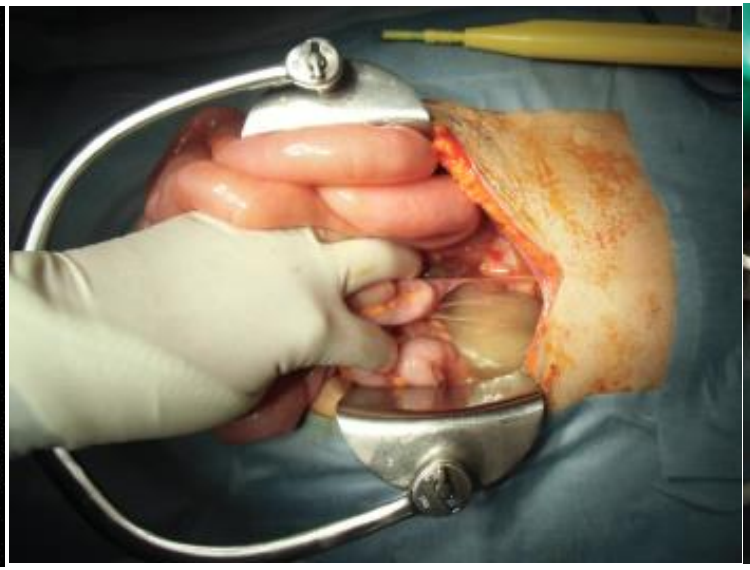
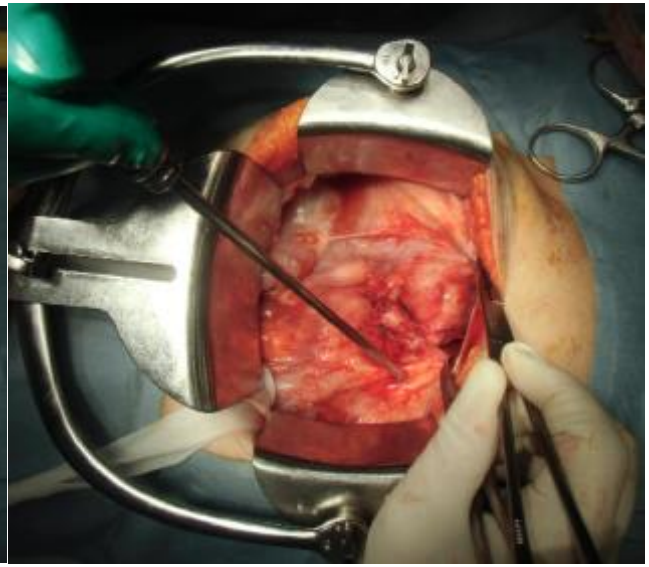


治療前　　ケモ5コース後



治療前　　ケモ5コース後

症例１　卵巣漿液性癌ⅣB期

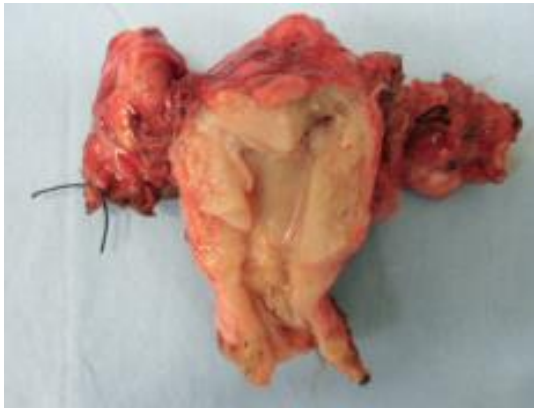



術式＝子宮全摘・両側附属器切除・腹膜生検

病理診断＝高異型度漿液性癌

両側卵巣に浸潤性癌・右卵管に上皮内癌

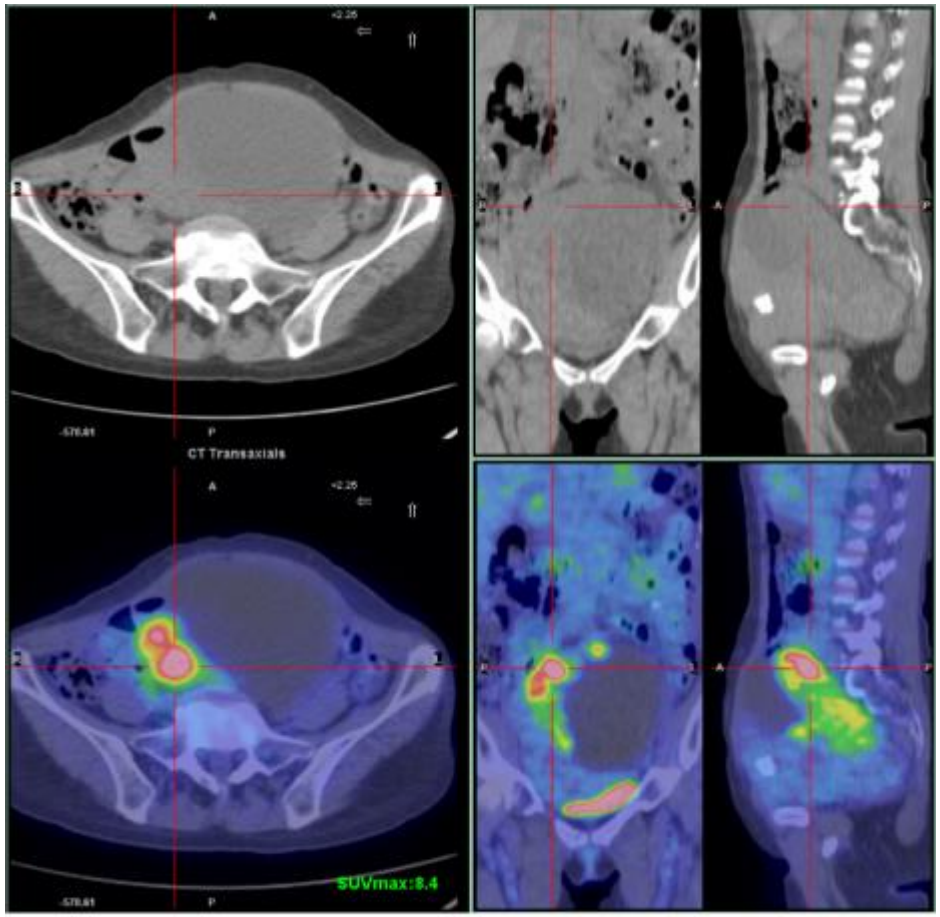
腹膜播種部位には化学療法後の変化のみ



術後、化学療法3コース追加した

症例２　卵巣癌

MRI T2強調画像



PET/CT画像

症例２　卵巣粘液性癌　ＩＣ期

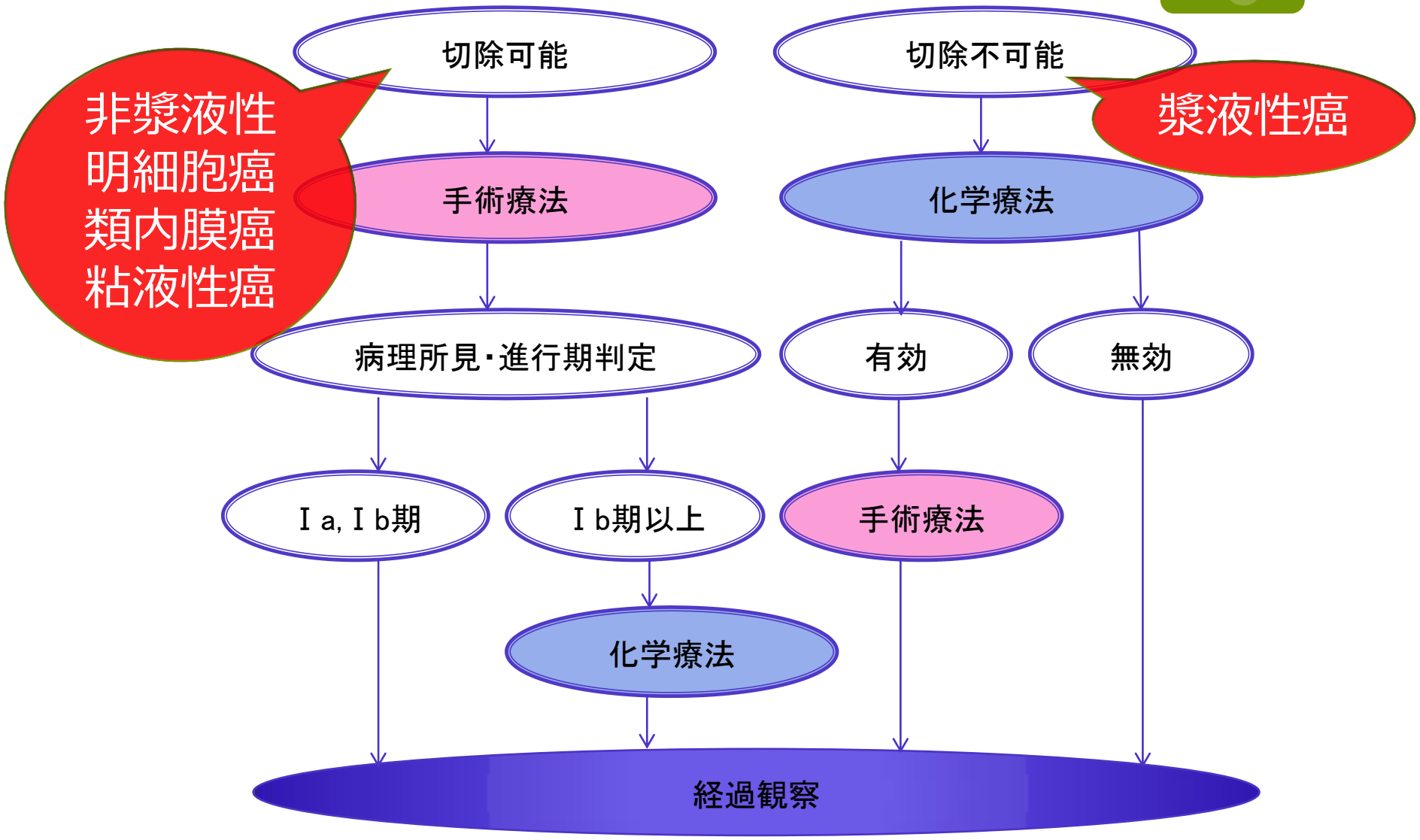
手術療法を先行
子宮全摘・両側附属器切除・
大網切除・リンパ節廓清術

組織型や病巣の拡がりを確認

病理診断＝粘液性癌

術後補助化学療法3コース実施

治療チャート


切除可能
切除不可能
非漿液性
明細胞癌
類内膜癌
粘液性癌
漿液性癌
手術療法
化学療法
病理所見・進行期判定
有効
無効
Ⅰa, Ⅰb期
Ⅰb期以上
手術療法
化学療法
経過観察

卵巣癌の予後

治療については、手術（外科治療）だけではなく、放射線治療、薬物療法、その他の何らかの治療を受けた患者さんが対象となっています。そのため、各施設で公表している、手術だけを受けた患者さんを対象とした生存率と、異なる場合があります。

表2　卵巣がんの病期別5年相対生存率（対象：2006～2008年に診断を受けた患者さん）

病期	症例数（件）	5年相対生存率（%）
I	629	87.4
II	144	66.4
III	601	44.2
IV	272	28.3
全症例	1,767	61.1

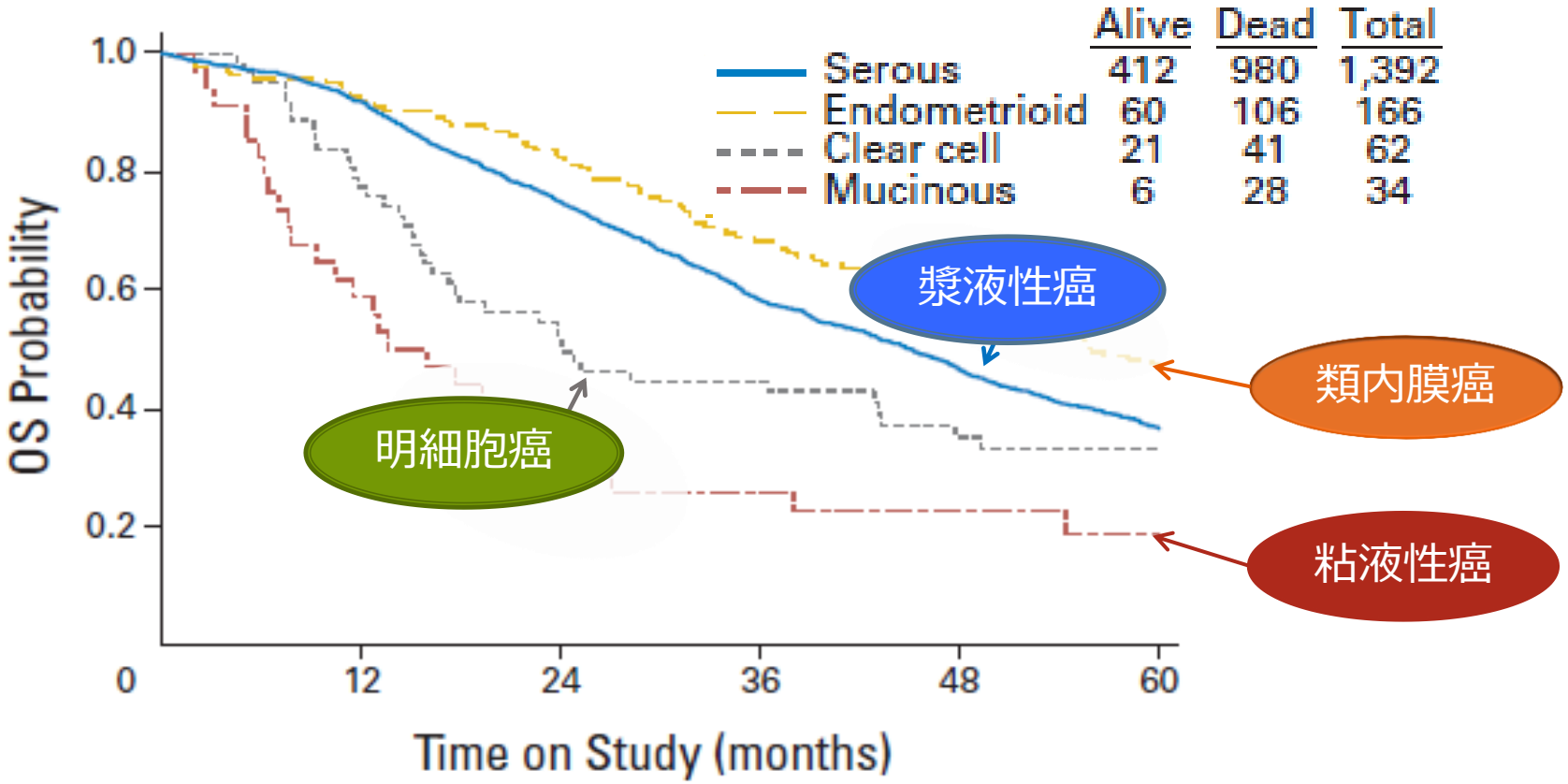
全国がん（成人病）センター協議会の生存率共同調査（2017年9月集計）による

がん情報サービス ganjoho.jp

組織型別予後にみる課題

＊明細胞癌や粘液性癌は抗癌剤が効きにくい＊

上皮性卵巣癌Ⅲ期における組織型別の全生存率



William E et al. J Clin Oncol. 2007

再発卵巣癌の治療

治療歴

初回化学療法終了後から
再発までの期間

治療

再発

化学療法
あり

6カ月未満

二次化学療法（CQ26）
放射線治療（CQ29）
best supportive care (BSC)

6カ月以上

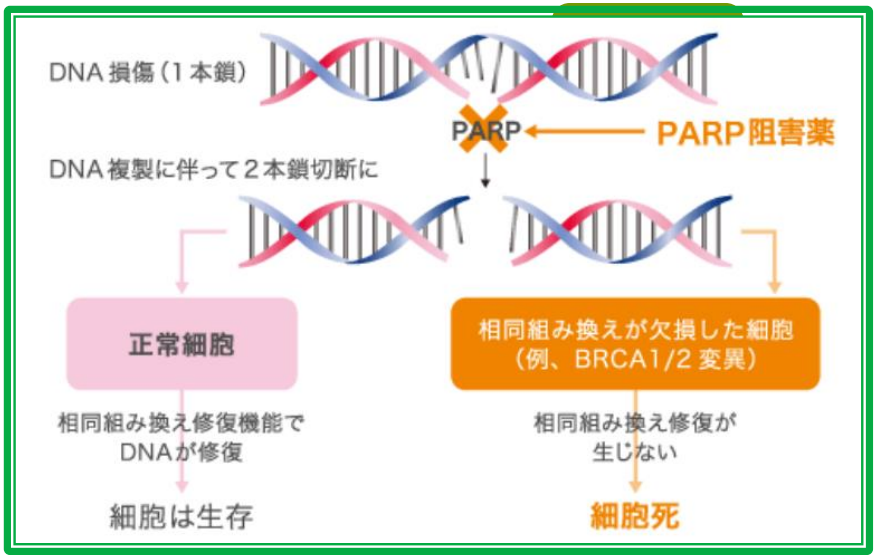
初回と同一または類似の化学療法（CQ27）
secondary debulking surgery (SDS)（CQ28）
放射線治療（CQ29）

化学療法
なし

標準化学療法（CQ09）
secondary debulking surgery (SDS)（CQ28）

先行の抗癌剤(特に白金製剤)に感受性があるかどうかで、再発時使用すべき抗癌剤を選択する

最近のTopics



PARP阻害薬
olaparib の登場

HBOC(遺伝性乳癌・卵巣癌症候群)
BRCA1/2遺伝子の変異陽性例

医薬品医療機器総合機構
に申請中。来年以降使用？

1本鎖DNA切断を修復するPARPの機能を阻害するPARP阻害薬を投与すると、BRCA1/2遺伝子が機能せず、相同組み換えが欠損した細胞では、DNA損傷が修復されなくなり、合成致死と呼ばれる細胞死が誘導される。

胚細胞性腫瘍の治療について

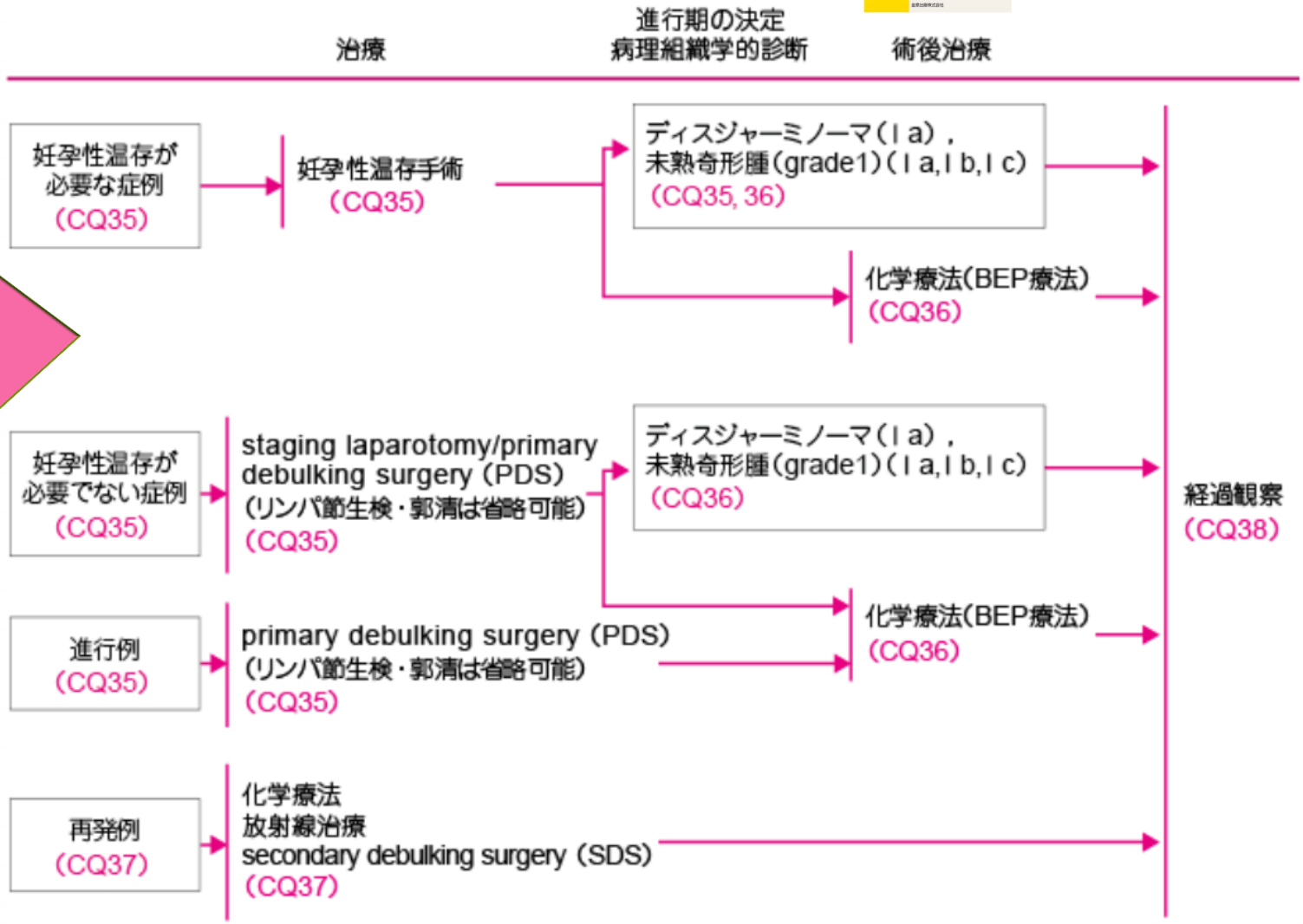
胚細胞性腫瘍の特徴

- 全卵巣悪性腫瘍の約5%
- 10～20歳代の若年層に好発する（中央値 23歳）
- 化学療法に感受性が高い
- 95%程度は片側性

→　希望者には、妊孕性温存治療を考慮

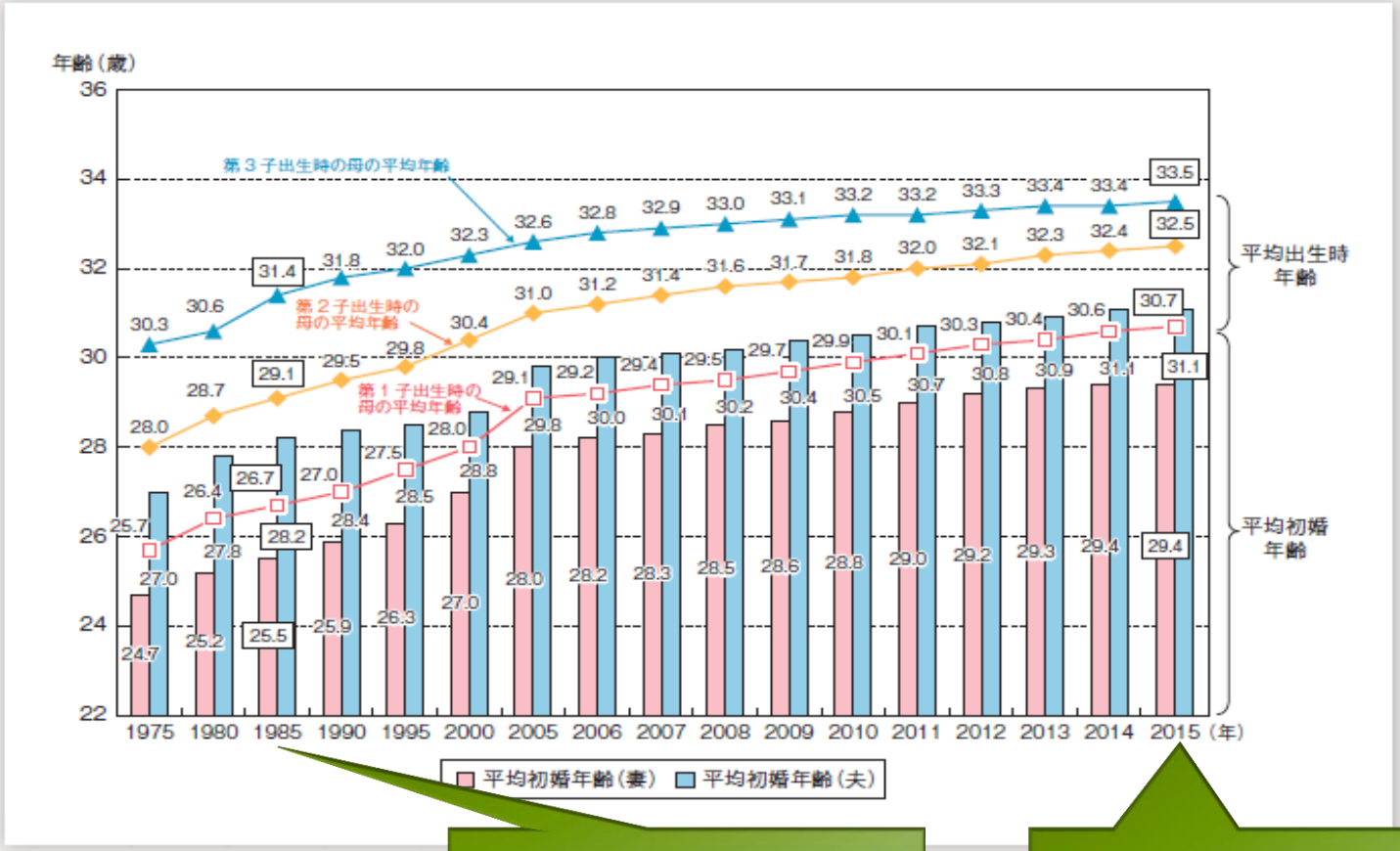
胚細胞性腫瘍の治療

妊孕性温存が必要かどうかで方針を区分



ところで。。。

平均初婚年齢と出産順位別母の平均年齢の年次推移



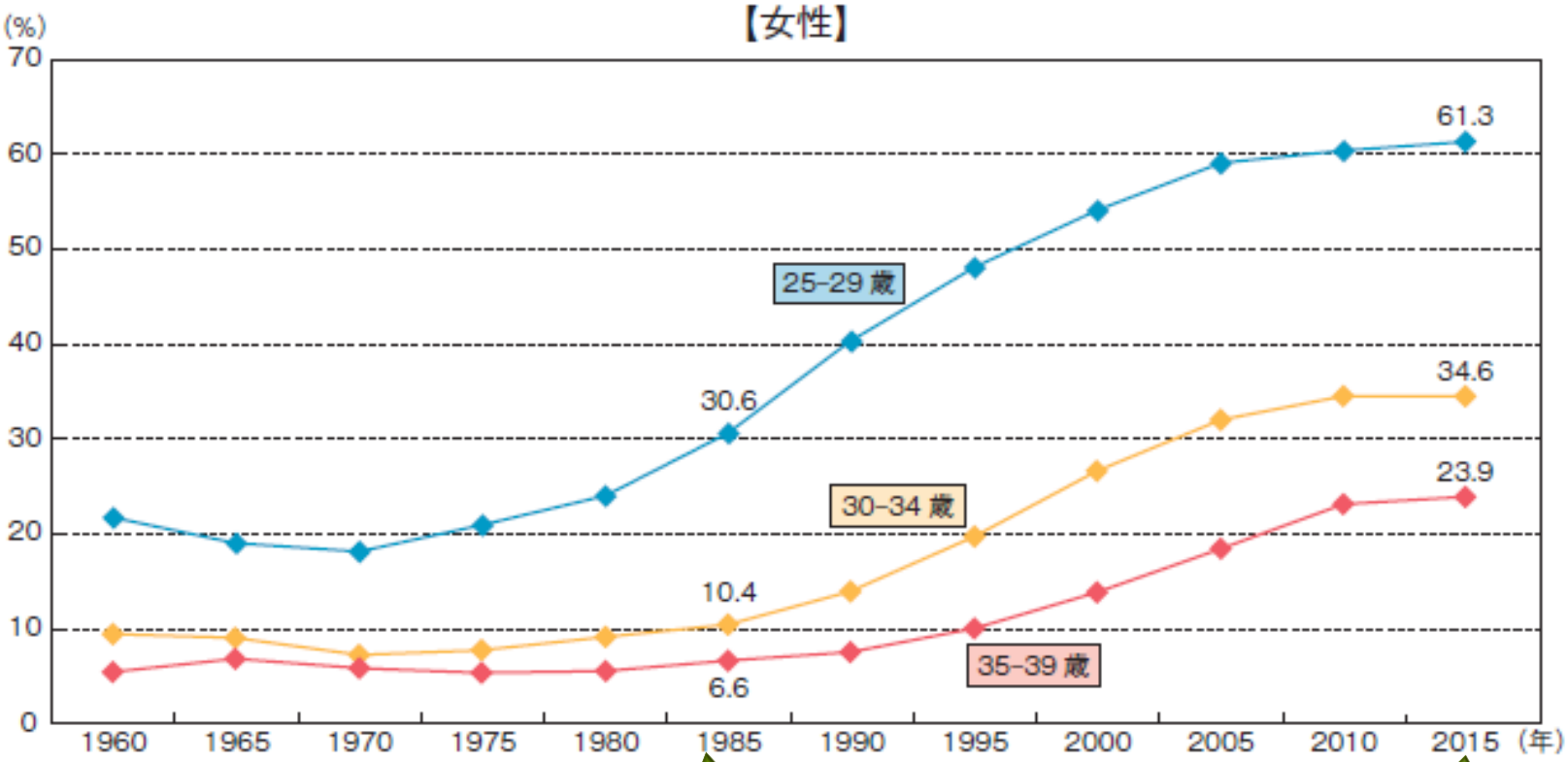
資料：厚生労働省「人口動態統計」

1985年
25.5歳で結婚
26.7歳で第１子出産

2015年
29.4歳で結婚
30.7歳で第１子出産

年齢別未婚率の推移

総務省「国政調査」



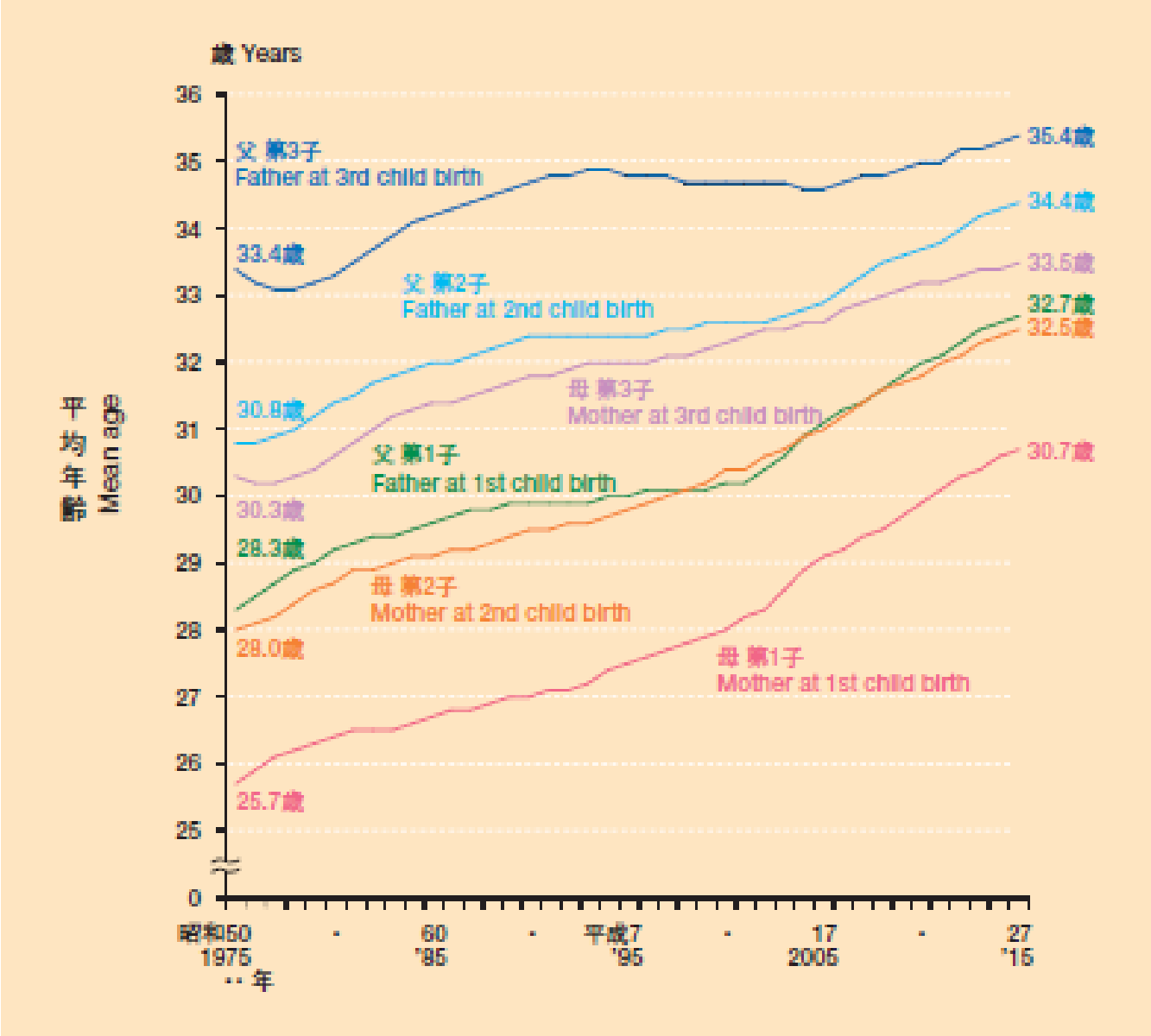
30歳でも1/3は未婚

1985年
30歳以上の
1 割が未婚

2015年
30歳以上の約
3.5割が未婚

出生順位別にみた父母の平均年齢の年次推移－昭和50～平成27年－

Trends in mean age of father and mother by live birth order 1975-2015



小児，思春期・若年がん患者の
妊　孕　性　温　存
に関する診療ガイドライン

2017年版　2017年7月発行

本邦では、新規に卵巣癌に罹患する患者数は増加中である。女性の晩婚化が進み、高齢出産も増えている現状から、今後妊孕性温存を望む卵巣癌患者の増加が予想される。

上皮性卵巣癌患者における、妊孕性温存療法の条件と術式

1. 上皮性悪性腫瘍のＩA期およびＩC期(片側性)の非明細胞癌G1/2と、 ＩA期明細胞癌では考慮される。
   推奨グレードC1
   術式＝病側附属器切除+大網切除+腹腔内細胞診
   +骨盤・傍大動脈リンパ節廓清または生検±対側卵巣生検

2. 上皮性境界悪性腫瘍のＩ～Ⅲ期では考慮される。推奨グレードC1
3. 胚細胞腫瘍ではＩ～Ⅳ期が推奨される。 推奨グレードB
4. 性索間質性腫瘍のＩA期では考慮される。 推奨グレードC1

胚細胞腫瘍における、妊孕性温存療法の適応と術式

1. 上皮性悪性腫瘍のＩA期およびＩC期(片側性)の非明細胞癌G1/2と、ＩA期明細胞癌では考慮される。推奨グレードC1
2. 上皮性境界悪性腫瘍のＩ～Ⅲ期では考慮される。推奨グレードC1

3. 胚細胞腫瘍ではＩ～Ⅳ期が推奨される推奨グレードB
術式＝病側附属器切除+大網切除+腹腔内細胞診+腹腔内精査

4. 性索間質性腫瘍のＩA期では考慮される。 推奨グレードC1

卵巣癌妊孕性温存後の妊娠サポート

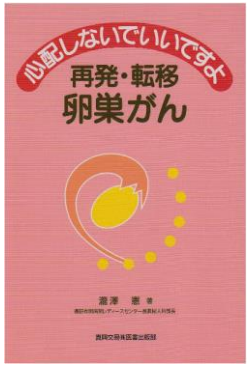
- 体外受精の是非：
  採卵によるがん組織の播種や転移のリスク
- 抗癌剤治療後の避妊：
  (3ヶ月ないし)6ヶ月の避妊

参考書籍

卵巣がん
治療ガイドライン
2015年版
日本婦人科腫瘍学会 編

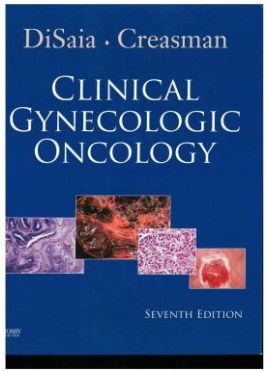
卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約
臨床編
2015年8月
第1版
日本産科婦人科学会・日本病理学会 編
金原出版株式会社

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
第2版


心配しないでいいですよ
再発・転移
卵巣がん

卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約
病理編
2016年7月
第1版
日本産科婦人科学会・日本病理学会 編
金原出版株式会社

小児，思春期・若年がん患者の
妊孕性温存
に関する診療ガイドライン
2017年版


DiSaia · Creasman
CLINICAL
GYNECOLOGIC
ONCOLOGY
SEVENTH EDITION

卵巣癌治療のまとめ

1．切除可能な進行期の段階では、手術療法が第一選択であり、完全摘出を行う
2．進行した状態でも、腫瘍減量（残存腫瘍を限りなく小さくすること）はとても重要
３　抗癌剤治療を効果的に最適なタイミングで実施することも重要
４．初期癌や胚細胞腫瘍など、条件がよければ妊孕性温存治療が選択可能