

## 卵管 (C57.0)

卵管に原発する悪性腫瘍は ICD-O 分類の場合、局在コード「C57.0」に分類される。

UICC 第7版においては、癌腫の場合、「卵管」の項で病期分類を行うこととなった。

癌腫以外の悪性腫瘍が原発した場合、リンパ腫は Ann Arbor 分類に従った病期分類を行い、肉腫については病期分類が存在しないので TNM 分類の適用外となる。

### 1. 概要

卵管がんは、まれながんに分類され、婦人科系のがんの中でも 1-2%の発生率だといわれている（卵巣がんの約 20 分の 1）。新規に発生するよりは卵巣や子宮体部から卵管への進展が多い。罹患数のうち、90%は漿液性腺癌 serous adenocarcinoma で、残りが混合性中胚葉腫瘍 mixed mesodermal tumor, 類内膜癌 endometrioid adenocarcinoma, 明細胞腺癌 Clear cell adenocarcinoma である。

### 2. 解剖

#### 原発部位

卵管 Fallopian (uterine) tube は受精、卵割の生殖現象の場であり、長さ 7~15cm で、子宮広間膜 broad ligament of uterus の上縁にある。外側端は腹膜腔に開く腹腔口 abdominal ostium, 内側端は子宮腔に開く子宮口 uterine ostium である。卵管は子宮広間膜の上縁に沿って横走する。子宮広間膜で、とくに卵管に接する部を卵管間膜 mesosalpinx という。卵管は漏斗・膨大部・峡部・子宮部の 4 部に分けられる。

<卵管漏斗> infundibulum : 卵管の外側端の広がったところで、腹腔口を漏斗上に囲む。漏斗の外側端は多数のフサ状の卵管采 fimbriae となっている。卵管采のうち 1 本はとくに長く卵巣上端に達し、卵巣采 ovarian fimbria といわれる。

<卵管膨大部> ampulla : 漏斗に続く太い部。長さ 7~8cm で、卵管全長の約 2/3 を占める。卵巣の前上方をアーチ状に走る。膨大部は太いが、壁は薄い。粘膜には、きわめて複雑なヒダが発達し、内腔のほとんどを占めている。

<卵管峡部> isthmus : 膨大部に続く細い部で、3~4cm。ほぼ直走して子宮側壁に達する。

<子宮部> uterine intramural part : 子宮壁内にある部である。

### 3. 亜部位と局在コード

ICD-O 局在	診療情報所見
C57.0	卵管

### 4. 形態コード - WHO 分類 (2003)

病理組織名(日本語)	英語表記	形態コード
漿液性腺癌	Serous adenocarcinoma	8441/3
粘液性腺癌	Mucinous adenocarcinoma	8480/3
類内膜型腺癌	Endometrioid adenocarcinoma	8380/3
明細胞腺癌	Clear cell adenocarcinoma	8310/3
移行上皮癌	Transitional cell carcinoma	8120/3
扁平上皮癌	Squamous cell carcinoma	8070/3
未分化癌	Undifferentiated carcinoma	8020/3
悪性ミューラー管混合腫瘍 (癌肉腫; 化生性癌)	Malignant mullerian mixed tumour (carcinosarcoma; metaplastic carcinoma)	8950/3
腺肉腫	Adenosarcoma	8933/3
平滑筋肉腫	Leiomyosarcoma	8890/3
未熟奇形腫	Immature teratoma	9080/3

絨毛癌	Choriocarcinoma	9100/3
-----	-----------------	--------

## 5. 病期分類と進展度

### ■ TNM 分類 (UICC 第 7 版、2009 年)

#### ■ T-原発腫瘍

TNM 分類	
TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌 (浸潤前癌)
T1	卵管に限局する腫瘍
T1a	一側の卵管に限局する腫瘍、漿膜表面への穿通を認めない
T1b	両側の卵管に限局する腫瘍、漿膜表面への穿通を認めない
T1c	一側または両側の卵管に限局する腫瘍で、卵管漿膜上または同漿膜を穿通、または腹水か腹腔洗浄液に悪性細胞あり
T2	一側または両側の卵管の腫瘍が骨盤内に進展
T2a	子宮、および/または卵巣への進展、および/または転移
T2b	他の骨盤組織への進展
T2c	骨盤内に進展 (2a、または 2b) し、腹水または腹腔洗浄液に悪性細胞
T3	一側または両側の卵管の腫瘍が骨盤外腹膜播種、および/または所属リンパ節転移
T3a	骨盤外の顕微鏡的腹膜転移
T3b	骨盤外の最大径が 2.0cm 以下の肉眼的腹膜転移
T3c	最大径が 2.0cm をこえる腹膜転移、および/または所属リンパ節転移

注：肝被膜転移は T3/III 期であり、肝実質転移は M1/IV 期である。胸水は M1/IV 期とするには細胞診陽性でなければならない。

#### ■ N-所属リンパ節

NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	所属リンパ節転移あり

所属リンパ節は、

下腹リンパ節 (内腸骨リンパ節、閉鎖リンパ節)、総腸骨リンパ節、外腸骨リンパ節、外仙骨リンパ節、傍大動脈リンパ節、鼠径リンパ節

#### ■ M-遠隔転移

MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり (腹膜転移を除く)

#### ■ pT-原発腫瘍

pT 分類は T 分類に準ずる。

#### ■ pN-所属リンパ節

pN 分類は N 分類に準ずる。

骨盤リンパ節を郭清した標本を組織学的に検査すると、通常、6 個以上のリンパ節を組織学的に検索する。通常の検索個数を満たしていなくても、すべてが転移陰性の場合、pN0 とに分類する。(FIGO ではこのような症例を pNX とする)。

■pM-遠隔転移

pM 分類は M 分類に準ずる。

◆G-病理組織学的分化度

GX	分化度の評価が不可能
G1	高分化
G2	中分化
G3	低分化または未分化

■病期分類

	N0	N1
Tis	0	
T1a	I A	III C
T1b	I B	III C
T1c	I C	III C
T2a	II A	III C
T2b	II B	III C
T2c	II C	III C
T3a	III A	III C
T3b	III B	III C
T3c	III C	III C
M1	IV	IV

■■進展度(臨床進行度)分類

	N0	N1
Tis	上皮内	
T1a, T1b, T1c	限局	所属リンパ節転移
T2a, T2b, T2c	隣接臓器浸潤	隣接臓器浸潤
T3a, T3b, T3c	遠隔転移	遠隔転移
M1	遠隔転移	遠隔転移

6. 取扱い規約

【病期分類】

卵管がんにと扱い規約は存在しない。

【根治度の評価】

取扱い規約が存在しない。

## 【参考】FIGO

I 期	卵管に限局する腫瘍
IA 期	一側の卵管に限局する腫瘍、漿膜表面への穿通を認めない
IB 期	両側の卵管に限局する腫瘍、漿膜表面への穿通を認めない
IC 期	一側または両側の卵管に限局する腫瘍で、卵管漿膜上または同漿膜を穿通、または腹水か腹腔洗浄液に悪性細胞あり
II 期	一側または両側の卵管の腫瘍が骨盤内に進展
IIA 期	子宮、および／または卵巣への進展、および／または転移
IIB 期	他の骨盤組織への進展
IIC 期	骨盤内に進展し、腹水または腹腔洗浄液に悪性細胞
III 期	一側または両側の卵管の腫瘍が骨盤外腹膜播種、および／または所属リンパ節転移
IIIA 期	骨盤外の顕微鏡的腹膜転移
IIIB 期	骨盤外の最大径が 2.0cm 以下の肉眼的腹膜転移
IIIC 期	最大径が 2.0cm をこえる腹膜転移、および／または所属リンパ節転移
IV 期	遠隔転移(腹膜転移を除く)

## 7. 症状・診断検査

1) 検診—卵管がんに制度化された検診はない。

## 2) 臨床症状

卵管癌では、卵巣がんと異なり、早期から症状を呈すると言われている。症状としては閉経後の膣からの出血、疼痛、白帯下が三徴 (triad) とされているが、最も一般的な症状は不正性器出血と異常帯下であり、35～55%の症例にみられる。次に多いのが下腹部痛で、間欠性で疝痛様の痛みである。一過性の下腹部痛を伴った大量の水様性帯下を漏水性卵管留水腫 (hydrops tubaeoepifluens) と呼び、卵管癌や卵管留水腫に特徴的な症状といわれているが、臨床上あまり一般的ではない。

## 3) 診断に用いる検査

卵巣腫瘍と同様、超音波検査、CT・MRI 検査などが行われる。

卵巣腫瘍を疑った骨盤内腫瘍や骨盤腹膜炎のため開腹術を受け、術中あるいは術後病理組織診ではじめて診断されることがほとんどである。卵管がんは発生頻度が低いこともあり、術前に卵管腫瘍と正確に診断されることはまれで、術中あるいは術後に偶然発見されることが多い。

## 8. 治療

## 1) 観血的な治療

(1) 外科的治療—原発性卵管がんは進展形態が卵巣がんに類似し、治療方針の骨格は卵巣がんとほとんど同じと考えてよい。

基本手術は子宮全摘出 (total hysterectomy), 両側付属器切除 (bilateral salpingo-oophorectomy) で、さらに加えて大網切除 (omentectomy), さらには骨盤内および傍大動脈リンパ節郭清の施行も今日必須と考えられるようになっている。

手術は Stage I および、II の場合に適応されるが、放射線治療を併用する場合もある。

2) 放射線療法—一般的に骨盤内のみの照射は無効とされており、放射線治療の役割としては、一定の領域に再発腫瘍が限局される場合、あるいは化学療法の施行が難しい症例などが主に対象になる。

## 3) 薬物療法

(1) 化学療法—原発性卵管がんに対する化学療法は卵巣がん同様、一般に高い効果が認められている。

Stage III および IV の患者に関しては進行性卵巣がんと同じレジメンで化学療法をおこなう。

(単剤または併用で使用する薬剤名、略語、商品名) carboplatin (CBDCA, パラプラチン), paclitaxel (PTX, タキソール), cisplatin (CDDP, ランダ, プリプラチン), docetaxel (DOC, タキソテール), irinotecan (CPT-11, カンプト, トポテシン), doxorubicin (Adriamycin, ADM, アドリアシン), cyclophosphamide (CPA, エンドキサン), epirubicin (EPI, ファルモルビシン), pirarubicin (THP-ADR,

テラルビシン, ピノルビン), gemcitabine (GEM, ジェムザール)

#### 4) その他の治療

##### (1) 症状緩和的な特異的治療

- ・バイパス手術 (吻合術) (手術、体腔鏡的) : 腫瘍による通過障害部をバイパスして、胃や腸を吻合する。
- ・腎瘻造設術 (手術、その他) : 皮膚より腎実質を貫通させ、腎盂にカテーテルを留置する。
- ・尿管カテーテル法 (内視鏡的) : 膀胱鏡下に尿管口から逆行性にカテーテルを腎盂と膀胱間に留置する。

#### 9. 略語一覧

TJ療法	taxol (paclitaxel) and JM-8 (carboplatin)療法	
CJ療法	cyclophosphamide and JM-8 (carboplatin)療法	
BSO	bilateral salpingo-oophorectomy	両側付属器切除

#### 10. 参考文献

- 1) 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学 (南江堂)
- 2) UICCTNM 悪性腫瘍の分類 第7版 日本語版 (金原出版)
- 3) 解剖学講義 改訂2版 (南山堂)
- 4) SEER Summary Staging Manual 2000, NIH Publication 01-4969
- 5) American Joint of Committee. AJCC Cancer Staging Manual, Sixth eds. Greene F. L. et al eds Springer: Chicago. 2002.
- 6) ハリソン内科学 第2版 (原著第16版) 福井 次矢監修. 黒川清著. メディカル・サイエンス・インターナショナル: 東京. 2006.