

## 妊娠絨毛性腫瘍（C58.9）

妊娠絨毛性腫瘍(悪性)は ICD-O 分類の場合、局在コード「C58.9」に分類される。

UICC 第7版においては、絨毛癌、侵入奇胎、胎盤部トロホプラスト腫瘍の場合、「妊娠性純毛性腫瘍」の項で病期分類を行う。ヒト絨毛性ゴナドトロピン (hCG) レベルが異常高値を示す場合には、組織学的確証は必要としない。

絨毛癌以外の悪性腫瘍が胎盤に原発した場合、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

絨毛性疾患は受精卵の栄養胚葉 trophoblast の異常増殖によって起こる疾患で、胞状奇胎（全胞状奇胎（非侵入・侵入）、部分胞状奇胎（非侵入・侵入））、絨毛癌、placental site trophoblastic tumor、存続絨毛症 persistent trophoblastic disease と日本産科婦人科学会では分類している。

絨毛がんの最大の危険因子は胞状奇胎である。正常妊娠と比較した場合、全胞状奇胎の絨毛がん発症のリスクは1,000倍以上高くなる。他の危険因子として年齢や人種との関連性がある。絨毛がんの約半数は胞状奇胎合併妊娠に続いて起こり、残りは自然流産や子宮外妊娠、または正常妊娠の後に起こる。

近年、絨毛がんの発生数は減少しているが、正期産・流産を先行妊娠とする症例の占める割合が増加しており、胞状奇胎を先行妊娠とする症例は約2割にすぎない。つまり胞状奇胎の娩出後の管理が行われた結果、絨毛がんの続発が減少していると考えられる。

### 2. 解剖

#### 原発部位

胎盤 placenta はヒトの胚（受精後約2～8週までの個体）および胎児 fetus と母体の組織が合体してできた養育器官で、円盤状で血管に富む。妊娠約4ヵ月から胎児の胎膜の一部（絨毛膜 chorion）と母体の子宮壁の一部（脱落膜 decidua）が合着して形成され、妊娠末期で約500gに達する。胎盤胎児面は羊膜 amnion におおわれ、ほぼ中央に臍帯 umbilical cord が付く。胎盤内には胎膜の絨毛膜絨毛 chorionic villi が樹状に広がり、絨毛の中には臍帯を通じてきた臍動静脈 umbilical artery and vein が分布する。絨毛の周囲は子宮の脱落膜を絨毛が破壊してできた絨毛間腔 intervillous space で、ここに母体血液が満ちており、胎児血液との間にガス交換、老廃物、栄養物交換が行われる。

#### 遠隔転移

癌組織の間質が血管に富んでおり、容易に血行性に全身性転移をきたしやすい。肺や脳への転移が非常に多く、他に骨盤内、膣、肝、小腸、腎などへの転移が起こりやすい。

### 3. 亜部位と局在コード

ICD-O 局在	診療情報所見
C58.9	胎盤 卵膜

### 4. 形態コード — UICC TNM 分類第6版

病理組織名（日本語）	英語表記	形態コード
絨毛癌, NOS	Choriocarcinoma	9100/3
侵入奇胎	Destructive hydatidiform mole	対象外
胎盤部トロホプラスト腫瘍	Placental site trophoblastic tumor (PSTT)	対象外

## 5. 病期分類 と 進展度

### ■ TNM 分類 (UICC 第 7 版、2009 年)

本分類は絨毛癌 (9100/3) に適用する。ヒト絨毛性ゴナドトロピン (hCG) レベルが異常高値を示す場合には、組織学的確証は必要としない。

### ■ T-原発腫瘍

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
T1	子宮に限局する腫瘍
T2	他の性器、すなわち膣、卵巣、広間膜、卵管に転移または直接進展する腫瘍

### ■ N-所属リンパ節

妊娠絨毛性疾患では N-所属リンパ節分類はない。

### ■ 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
M1a	肺転移
M1b	肺転移があるかないかに関係なく、他の遠隔転移

注：性器（膣、卵巣、広間膜、卵管）への転移は T2 に分類する。直接浸潤、または転移のいずれであっても、すべての非性器への進展には M 分類を適用する。

### ■ pT-原発腫瘍

pT 分類は T 分類に準ずる。

### ■ pN-所属リンパ節

妊娠絨毛性疾患では pN-所属リンパ節分類はない。

### ■ pM-遠隔転移

pM 分類は M 分類に準ずる。

### ■ 予後予測スコア

予後因子	0	1	2	4
年齢	40 歳未満	40 歳以上		
前回妊娠	胎状奇胎	流産	正期産	
無妊娠期間 (月数)	<4	4~6	7~12	12<
治療前血清 hCG レベル (IU/ml)	<10 <sup>3</sup>	10 <sup>3</sup> ~<10 <sup>4</sup>	10 <sup>4</sup> ~<10 <sup>5</sup>	10 <sup>5</sup> ≤
子宮を含む最大 腫瘍の大きさ	<3cm	3cm~5cm	5cm<	
転移部位	肺	脾, 腎	消化管	肝, 脳
転移数		1~4	5~8	8<
既往療法歴			単剤	2 種類以上の薬剤

### >リスク分類

予後予測スコアの合計が 6 以下＝低リスク

予後予測スコアの合計が 7 以上＝高リスク

### ■ 予後分類

※がん登録では、「予後分類」を「病期分類」として用いる。

	リスク 不明	リスク 低	リスク 高
T1	I	IA	IB
T2	II	IIA	IIB
M1a	III	IIIA	IIIB
M1b	IV	IVA	IVB

### ■ ■ 進展度(臨床進行度)分類

T1	限局
T2	隣接臓器浸潤
M1a	遠隔転移
M1b	遠隔転移

## 6. 取扱い規約（絨毛性疾患取扱い規約 2011 年【第 3 版】）

### 【参考】 FIGO

FIGO 進行期	
I 期	子宮に限局
II 期	他の性器、すなわち膣、卵巣、広間膜、卵管に転移または直接進展する腫瘍
III 期	肺転移
IV 期	肺転移があるかないかに関係なく、他の遠隔転移

※I 期から IV 期までは予後予測スコアに基づき、A(低リスク)および B(高リスク)に亜分類する。

### 【根治度の評価】

妊娠絨毛性疾患取扱い規約第 3 版に規定なし

## 7. 症状・診断検査

1) 検診—妊娠絨毛性疾患に制度化された検診はない。

2) 臨床症状—絨毛がんは、早期に血行性転移をきたすため、子宮原発巣のもの、および転移巣による症状が出現しうる。原発巣の症状では、不正性器出血(突発性の大量出血)、疼痛、腹膜刺激症状などが認められる。

### 3) 診断に用いる検査

(1) 内診：子宮壁の柔軟性とその部の疼痛、非対称性の腫大を確認する。

(2) 画像診断

・CT、MRI、超音波検査：子宮病巣の発見、質的診断、病変の進行度の確認に有用。

・骨盤部血管造影：造影剤を骨盤部動脈に急速注入し画像を得る。妊娠絨毛性疾患では血管増生が著明であ

るので、診断に有用であるが、最近は、超音波、MRI などの非侵襲的な検査が主流である。

・胸部 X 線、胸部 CT、脳 CT・MRI：肺転移、脳転移の確認に用いる。

(3) 腫瘍マーカー：hCG は妊娠絨毛性疾患でもっとも信頼度が高く、臨床上必須のマーカーである。

(4) 組織診

・子宮内容掻爬物のみによる組織診断は確定診断としない。

・子宮病巣からの組織採取は出血の危険があり、困難なことが多く、また、臨床的な診断にて化学療法が先行されることも多く、組織診断が行われないこと、壊死などで不可能となることも多い。

(5) 絨毛癌診断スコア：子宮内掻爬は原則禁忌であり、妊孕性を考慮し、化学療法のみが行われることも多い。そこで、絨毛癌診断スコアにより絨毛癌と侵入奇胎の鑑別を行わざるを得ない症例が多くを占めている。

#### 絨毛癌診断スコア

スコア (絨毛癌で ある可能性)	0 (~50%)	1 (~60%)	2 (~70%)	3 (~80%)	4 (~90%)	5 (~100%)
先行妊娠*1	胞状奇胎	—	—	流産	—	満期産
潜伏期*2	~6 ヶ月	—	—	—	6 ヶ月~3 年	3 年
原発病巣	子宮体部 子宮傍結合織 腔	—	—	卵管 卵巢	子宮頸部	骨盤外
転移部位	なし・肺 骨盤内	—	—	—	—	骨盤外 (肺を除く)
直径	~20 mm	—	—	20~30 mm	—	30 mm~
大小不同性*3	なし	—	—	—	あり	—
個数	~20	—	—	—	—	20~
尿中 hCG 値	~10 <sup>6</sup> mIU/mL	10 <sup>7</sup> ~10 <sup>6</sup> mIU/mL	—	10 <sup>7</sup> mIU/mL ~	—	—
BBT*4 (月経周期)	不規則・一相性 (不規則)	—	—	—	—	二相性 (整調)

合計スコア 4 点以下・・・臨床的侵入奇胎あるいは転移性奇胎と診断する。

5 点以上・・・臨床的絨毛癌と診断する。

(註) \*1 直前の妊娠とする。

\*2 先行妊娠の終了から診断までの期間とする。

\*3 肺陰影の大小に直径 1 cm 以上の差がある場合に大小不同とする。

\*4 先行妊娠の終了から診断までの期間にすくなくとも数ヶ月以上続いて BBT が二相性を示すか、あるいは、規則正しく月経が発来する場合に整調とする。なお、整調でなくともこの間に血中 hCG 値がカットオフ値以下であることが数回にわたって確認されれば 5 点を与える。

## 8. 治療

治療方針—新臨床腫瘍学より

(1) 化学療法が第 1 選択

(2) 転移例、難治例、薬剤耐性例には手術または放射線療法を併用

### 1) 観血的な治療

#### 1) 外科的治療

子宮全摘術：術前化学療法後に手術が行われることがある。通常、卵巢は摘出せずに子宮だけを摘出する。

2) 放射線療法—放射線療法は、絨毛性疾患に対しては、転移部位、特に脳転移など化学療法が有効でない部位に外照射する程度で主な治療法ではない。

**3) 薬物療法****(1) 化学療法** (単剤または併用で使用される薬剤名、略語、商品名)

methotrexate (MTX, メソトレキセート), actinomycin D (Act-D, コスメゲン), etoposide (VP-16, ベブシド), cyclophosphamide (CPA, エンドキサン), vincristin (VCR, オンコビン), paclitaxel (PTX, タキソール)

**4) その他の治療****(1) 症状緩和的な特異的治療**

なし

**9. 略語一覧**

hCG	human chorionic gonadotropin	ヒト絨毛性ゴナドトロピン
PSTT	placental site trophoblastic tumor	胎盤部トロホプラスト腫瘍
LH	luteinizing hormone	黄体化ホルモン
FSH	follicle stimulating hormone	卵胞刺激ホルモン

**10. 参考文献**

- 1) 日本産科婦人科学会・日本病理学会編 絨毛性疾患取扱い規約 2011年7月 第3版 (金原出版)
- 2) 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学 (南江堂)
- 3) UICCTNM 悪性腫瘍の分類 第7版 日本語版 (金原出版)
- 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) 解剖学講義 改訂2版 (南山堂)
- 7) 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.
- 8) がん対策情報センターホームページ <http://ganjoho.ncc.go.jp/public/cancer/data/trophoblast.html>