

もっと

知ってほしい

子宮体がんのこと

監修

婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG) 名誉理事長
東京慈恵会医科大学教授

落合和徳

ANSWER ENDOMETRIAL CANCER

自分の病気を理解するために、担当医に質問してみましょう



治療方針を決めたり、健康管理をしたりするうえで、自分の病気の状態をよく理解しておく必要があります。次のような質問を担当医にしてみましょう。

私はどのようなタイプの子宮体がんですか

病理検査の結果を説明してください

私のがんは、どの進行期（ステージ）ですか

がんはリンパ節やほかの場所にも広がっていますか

治療の選択肢について説明してください

この治療にはどのような利点がありますか

治療に伴う長期間の副作用にはどのようなものがありますか

この治療は日常生活（仕事、家事、育児）にどのように影響しますか

将来、妊娠や出産が可能な治療法はありますか

質問があるときや問題が起こったときは誰に電話すればよいですか

私が参加できる臨床試験はありますか

経済的な不安があるときは、どこに相談すればよいですか

私や家族が精神的なサポートを受けたいときは、どこに相談すればよいですか

私がほかに聞いておくべきことはありますか

「子宮体がんの疑いがある」といわれたあなたへ

「子宮体がんの疑いがあります」「子宮体がんです」と聞かされて、あなたは大きなショックを受けていることでしょう。

子宮の病気ということで、“女性”である自分とあらためて向き合わざるを得なくなっているかもしれません。

がんの告知を冷静に受け止められなかったり、医師がていねいに説明してくれても理解するのが難しかったりするのとは普通のことです。

自らが納得して治療を受けられるように、まず、子宮体がんそのものや標準的な治療について正確な情報を集めましょう。

また、痛みがあるとき、
悩みや不安で精神的につらいときにも、
担当医だけでなく、ほかの科の専門医、看護師や薬剤師、
ソーシャルワーカーなど、
あなたをサポートしてくれる医療スタッフがいることも
覚えておきましょう。

もちろんこの冊子を読んで疑問に思ったことも
医療スタッフに聞いてみてください。
それが医療スタッフとのよりよい
コミュニケーションのきっかけになり、
あなたの納得につながるのであれば、
私たちもとてもうれしく思います。



CONTENTS

子宮体がんとは、どのような 病気 ですか	4
どのような 検査 が行われ、子宮体がんだと確定されるのですか	5
子宮体がんの 進行期 (ステージ)について教えてください	6
子宮体がんでは、どのような 治療 が行われますか	8
どんな手術が行われ、体にはどのような 変化 が現れますか	10
手術以外に、どのような 治療 が行われますか	12
薬物療法ではどのような 副作用 がいつごろ現れますか	14
再発・転移 とは、どのような状態になることですか	16
苦痛を和らげてくれる 専門家 がいます	17
Patient's Voice	8、9、12、13、16

子宮体がんとは どのような病気ですか



**A. 子宮体部の内膜に発生するがんで、
子宮頸部にできる子宮頸がんとは性質が異なります。
多くは女性ホルモンのエストロゲンが関係するタイプです。**

子宮は主に筋肉からできており、入口に近い頸部と奥の体部に分けられます。子宮体部は妊娠していないときには、鶏卵よりやや大きいくらいのサイズです。

子宮体がんは子宮体部の内膜にできるがんで、子宮頸部にできる子宮頸がんとは性質が異なることから、明確に区別して診断・治療が行われます（図表1）。

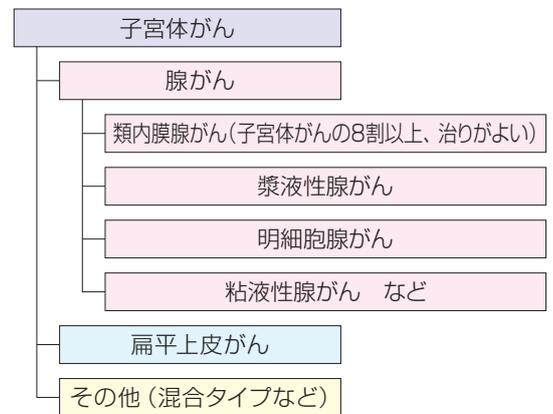
子宮体がんは閉経を迎える前後の40代後半から増え始め、50～60代で最も多くなるのが特徴です。ただ、最近では、40歳未満でみつかると「若年子宮体がん」が増えていることが指摘されています。

子宮体部の内側の内膜は、排卵前に増殖し

て厚みを増し、月経ではがれるという新陳代謝を繰り返していますが、閉経に向かうころから、この内膜の部分にがんができることがあるのです。

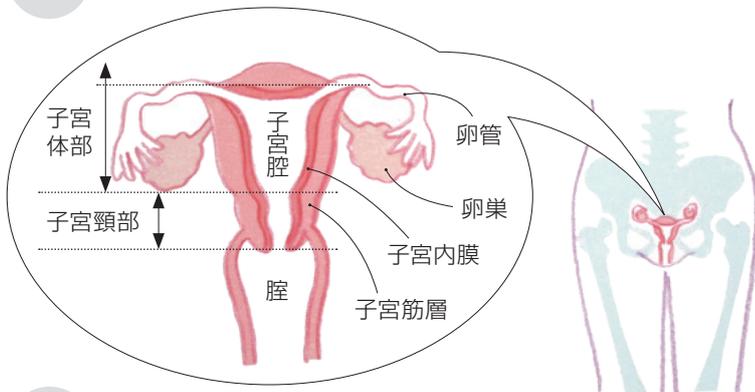
子宮体がんにはいろいろな種類があります（図表2）。腺細胞（子宮内膜を潤す粘液を分泌する）に発生する「腺がん」がほとんどで、そのうち8割以上が治りのよい類内膜腺がんです。女性ホルモンのエストロゲンが関与しているかどうかによっても、がんのタイプが分けられます（図表3）。

図表2 子宮体がんの種類



*子宮体部の筋層に発生するがんは子宮肉腫といい子宮体がんとは区別される。

図表1 子宮の構造



図表3 子宮体がんのタイプ

		女性ホルモン（エストロゲン）が関与するタイプ1	女性ホルモン（エストロゲン）が関与しないタイプ2
年齢		若い人、閉経前後に多い	閉経後に多い
がんの特徴	組織型	類内膜腺がんが多い	漿液性腺がん、明細胞腺がんなどが多い
	細胞の分化度（成熟度）*1	高分化が多い（高分化型）	低分化が多い（低分化型）
	がんの内膜から奥への進展（浸潤）	内膜の表層にとどまり、浸潤は少ない	内膜の深層に進み、浸潤することが多い
	転移	少ない	多い
	進行度	緩やか	速い
前がん病変（子宮内膜異型増殖症）*2		みられることがある	あまりみられない
予後		良好	不良

*1 がん細胞は、分化の程度（成熟度）によって、高分化型、中分化型、低分化型に分けられる。正常細胞と同じくらいに成熟した細胞ががん化した高分化型は悪性度が低く、細胞の成熟度が低い（分裂して間もない）細胞ががん化した低分化型は増殖や転移が速く、治療が難しい。

*2 子宮内膜異型増殖症(p.7)は子宮体がんの前がん状態として注意が必要。

「患者さん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の解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版を参考に作成

どのような検査が行われ、子宮体がんだと確定されるのですか

A. 内診や触診のほか、経腔超音波検査、子宮内膜の細胞診の後、確定診断のために組織診などが行われます。がんの広がりを見る骨盤のMRI検査やCT検査などの画像検査も必須です。

子宮体がんが疑われるのは、

- ①初期の症状（月経時ではない不正出血、月経の周期や期間の乱れ、月経量の増加、閉経後の出血、水っぽいおりものなど）がみられるとき
- ②内診や触診で子宮や周囲の腫れ、粘膜の異常などがみられるとき
- ③腔から器具を入れる経腔超音波検査で、子宮内膜が異常に厚くなっている様子がみられるとき
- ④子宮内膜の細胞の検査（細胞診）で異常な細胞が見つかったとき

などです。細胞診は特殊な器具で子宮内膜をこすって細胞を採取し、顕微鏡で細胞の形状をみる検査で、外来で行われます。結果が出るまで1週間ほどかかるのが普通です。

さらに組織検査や画像検査も行われる

子宮体がんを確定診断するには、子宮内膜の組織検査（組織診）が必須です。

がんが疑われる部位や広がりを特定するために、前述の経腔超音波検査とともに、腹部超音波検査、骨盤MRI（磁気共鳴画像）検査、CT（コンピュータ断層撮影）検査などの画像検査も行われます。

組織診では、子宮頸管を広げる器具を腔から入れ、匙(さじ)型の金属の器具で子宮内膜組織をこすり取り、顕微鏡で調べます。原則として、経腔超音波検査や骨盤MRI検査で組織をこすり取る位置をおおよそ特定してから行われます。

子宮内膜の一部ではなく、子宮内膜を全面的に取って顕微鏡でみる検査、軟らかく細い内視鏡（子宮鏡）を使って子宮をみる検査、子宮内に生理食塩水を入れて、流れ出た水の中に含まれる子宮内膜細胞を調べる検査など

が行われるケースもあり、場合によっては検査を行うときに麻酔をかけます。

このような検査で、子宮体がんを診断された後、がんの広がりの程度を確認するために、さらに血液検査で腫瘍マーカー（腫瘍細胞が作る物質を測定する。子宮体がんではCEA、CA125とCA19-9）を調べたり、肝機能検査、胸部X線検査、直腸診なども行われます。

セカンドオピニオンとは？

担当医から説明された診断や治療方針に納得がいかないと、さらに情報がほしい場合は別の医師に意見を求める方法があります。これを「セカンドオピニオン」といいます。納得のいく治療を選択するために、別の医師の意見も参考にするものなので、セカンドオピニオンの結果は担当医に必ず報告し、もう一度、治療方針についてよく話し合しましょう。

セカンドオピニオンを受けたいときは、担当医に紹介状や検査記録を用意してもらう必要があります。また、各地のがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに問い合わせると「セカンドオピニオン外来」を実施する病院の情報が得られます。なお、セカンドオピニオン外来の費用は全額自己負担になります。



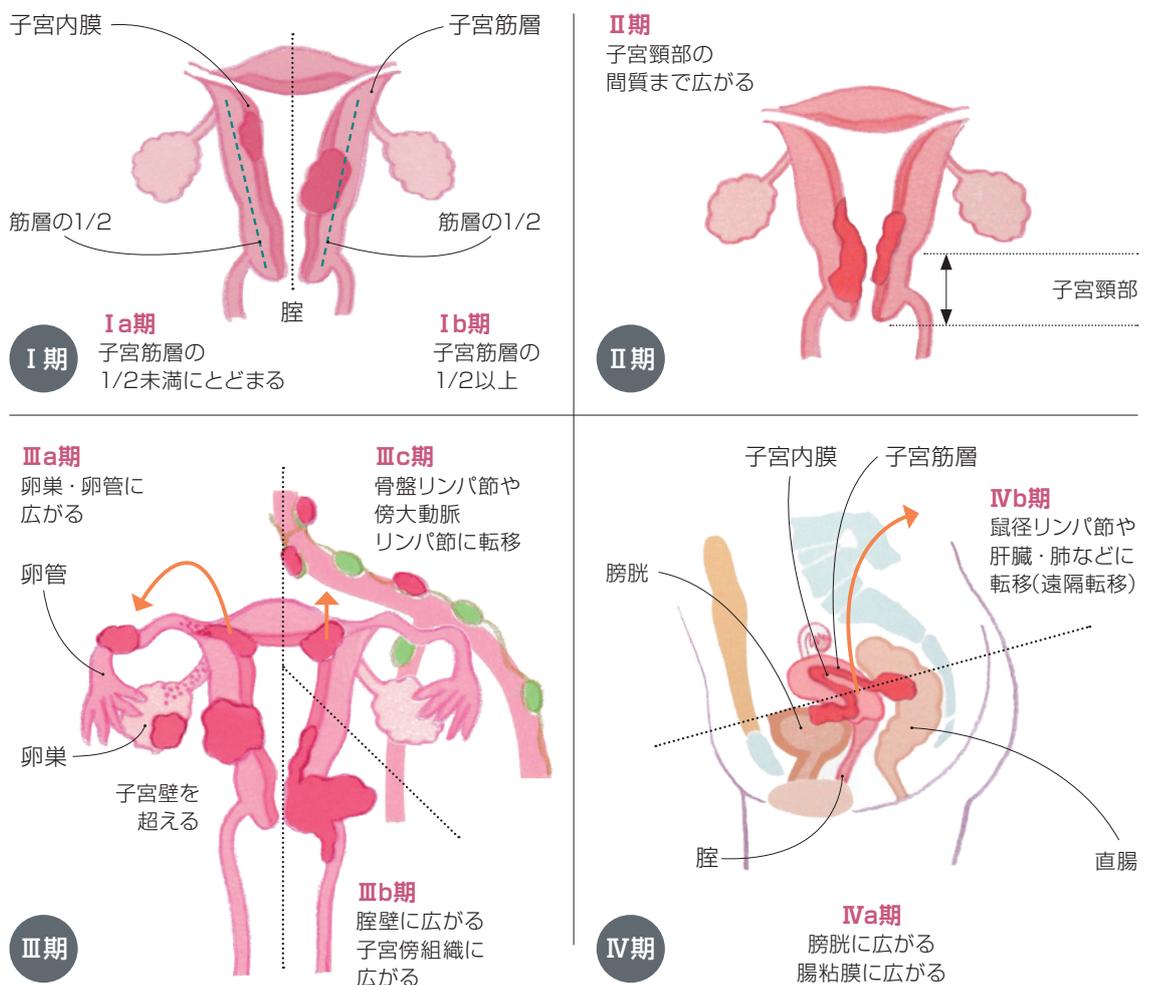
子宮体がんの進行期(ステージ)について教えてください

A. 進行期(ステージ)は、子宮体がんの広がりや評価し、治療方針を決定するための目安です。子宮体がんでは「臨床進行期分類」と「手術進行期分類」の2つの分類があり、原則として、手術後に分類し直す「手術進行期分類」を用います。

子宮体がんは子宮内膜で発生し、進行すると子宮筋層にも入っていきます(筋層浸潤)。さらに進むと、①子宮頸部や腔の側に広がり、直腸や膀胱に浸潤する、②卵巣や卵管に広がり、腹腔に進展して、腹水がたまったり、大網(胃と横行結腸の間)に転移したりする、③がん細胞がリンパ管や血管を通じて、リンパ節、肝臓、肺などに遠隔転移する、という経過をたどります(図表4)。

このように、がんがどこまで広がっているかを評価し、治療方針を決めるために使われる指標が進行期(ステージ)です。子宮体がんでは、進行期の決定には日本産科婦人科学会が作成した「臨床進行期分類」(図表5)と「手術進行期分類」(図表6)の2つの分類が用いられています。これらは、元になる国際産科婦人科連合(FIGO)の分類が2008年に改訂されたのを受け、2011年に改訂され

図表4 子宮体がんの進行期別の広がり方



「子宮体がん治療ガイドライン2013年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

図表5 子宮体がんの臨床進行期分類

(日本産科婦人科学会1983年、FIGO1982年)

がんが子宮体部に限局している(子宮頸部との境目=子宮峡部も含む)		
I期	Ia期	子宮腔の長さが8cm以下
	Ib期	子宮腔の長さが8cm超
II期	がんが頸部の間質に及ぶ	
III期	がんが子宮外に広がるが、小骨盤腔を越えていない	
IV期	がんが小骨盤腔を越えるか、明らかに膀胱または直腸の粘膜に広がっている	
	IVa期	膀胱、直腸、S状結腸または小腸などの隣接臓器に広がっている
	IVb期	遠隔転移している

「子宮体がん治療ガイドライン2013年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

図表6 子宮体がんの手術進行期分類

(日本産科婦人科学会2011年、FIGO2008年)

がんが子宮体部に限局している(とどまっている)		
I期	Ia期	がんが子宮筋層の1/2未満
	Ib期	がんが子宮筋層の1/2以上
II期	がんが頸部の間質に及ぶ	
III期	がんが子宮外に広がるが、小骨盤腔を越えていない、または所属リンパ節に広がる	
	III a 期	子宮漿膜や卵巣・卵管に広がる
	III b 期	腔や子宮傍結合織へ広がる
	III c1 期	骨盤リンパ節に転移
	III c2 期	傍大動脈リンパ節に転移
IV期	がんが小骨盤腔を越えるか、明らかに膀胱や腸粘膜に広がる、遠隔転移がある	
	IVa期	膀胱や腸粘膜に広がる
	IVb期	腹腔内や鼠径リンパ節を含む遠隔転移がある

「子宮体がん治療ガイドライン2013年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

ました。

手術後に「手術進行期分類」で分類し直す

「臨床進行期分類」は、触診や内診、細胞診や組織診、画像検査の結果などから推定される進行期で、最初に治療方針を決定するための基準となります。

ただし、子宮体がんは子宮の奥で発生するため、当初の診察や検査だけでは正確に進行期を決めるのが難しいという側面があります。また、子宮体がんの多くは、手術が第1選択であることから、手術後に得られた病理標本などでさらに進行期を検討し直します。このときに使われるのが「手術進行期分類」です。

「手術進行期分類」は「臨床進行期分類」よりも分類が細かく、5年生存率(診断や治療開始から5年経過したときに生存している患者さんの割合)など治療後の見込み(予後)もより正確に反映するとされており、手術を

受けた患者さんの進行期を決めるときには原則として「手術進行期分類」が使われます。なお、病理標本は、手術後の再発リスク(p.11)の評価にも用いられます。

自分の進行期を知っておくことは、納得して治療法を選ぶために大切です。なお、いったん決められた進行期は、治療が進んで、がんの状態が変わっても、原則として変わりません。

子宮内膜異型増殖症

子宮内膜が異常に増え、厚みを増す子宮内膜増殖症には、正常細胞が増えている場合と、形態の異なる異型細胞が増えている場合(子宮内膜異型増殖症)があります。子宮内膜異型増殖症の約2割は子宮体がんに移行するため、前がん状態として経過をみていく必要があります。子宮体がんとの区別が難しく、手術後に子宮体がんとう子宮内膜異型増殖症が同時に存在していたことがわかったケースもあります。子宮内膜症とは異なる病気です。

子宮体がんでは、 どのような治療が行われますか

A. 子宮体がんの治療では、まず手術が行われ、薬物療法（化学療法）や放射線療法は手術ができない場合や手術後の選択肢となります。手術前に推定の診断で手術方法が決まり、手術後にあらためて確定診断が行われます。

まず手術が行われるのが標準

子宮体がんの治療は、日本婦人科腫瘍学会によって標準化されており、「子宮体がん治療ガイドライン」として発表されています（学会ホームページで誰でもみられます。掲載されている内容が最新の情報かどうかは担当医にご確認ください。http://jsgo.or.jp/guideline/taigan.html）。

それによると、子宮体がんの治療では「臨床進行期分類」による進行期（ステージ）にかかわらず、まず手術が選択され、手術後のがん組織の検査などから、あらためて「手術進行期分類」による正確な診断が行われます（p.6～7）。

高齢、重篤な糖尿病や心臓病などの持病がある、重度の肥満症などの理由で手術のリスクが大きい場合や、すでにがんが全身に広がっていて、手術をしても効果が見込めない場合は、化学療法や放射線療法、緩和ケアなど手術とは別の治療法が選択されますが、それ以外はまずは手術をするのが標準治療となり

ます。

ただし、どのような手術が行われるかは、進行期によって異なります（p.10）。

手術の結果から再度進行期を判定

手術後、「手術進行期分類」によって進行期があらためて診断され、さらにがんの広がりやタイプ、腹腔細胞診、リンパ節転移の有無なども加味して「術後再発リスク分類」（p.11）で分類したうえで、その後の治療が決まります。手術進行期 Ia 期、低リスク群では追加の治療をせずに様子を見る経過観察になり、手術進行期 Ib 期以降、中リスク群と高リスク群では、手術後に化学療法や放射線療法が行われるのが標準的です（化学療法や放射線療法については p.12）。

なお、手術前に化学療法や放射線療法を行って、がんを小さくしてから手術をする「術前化学療法」や「術前放射線療法」は、子宮体がんではほとんど行われていません。科学的に効果があるのかどうかを検討するに足る症例数もないのが実情です。

Patient's Voice

1

「悪いところはすべて取り除いたよ」と担当医に言われ、ホッとしました

ある朝、トイレに行ったら、大量の出血がありました。それまでも不正出血は何度かありましたが、元気だったので気にしていなくて……。

でも、これは普通ではないと思って、すぐに病院に行ったところ、その日のうちに子宮体がんと告知されました。進行した状態で、急ぎ手術しました。迷ったり、考えたりする時間はありませんでした。

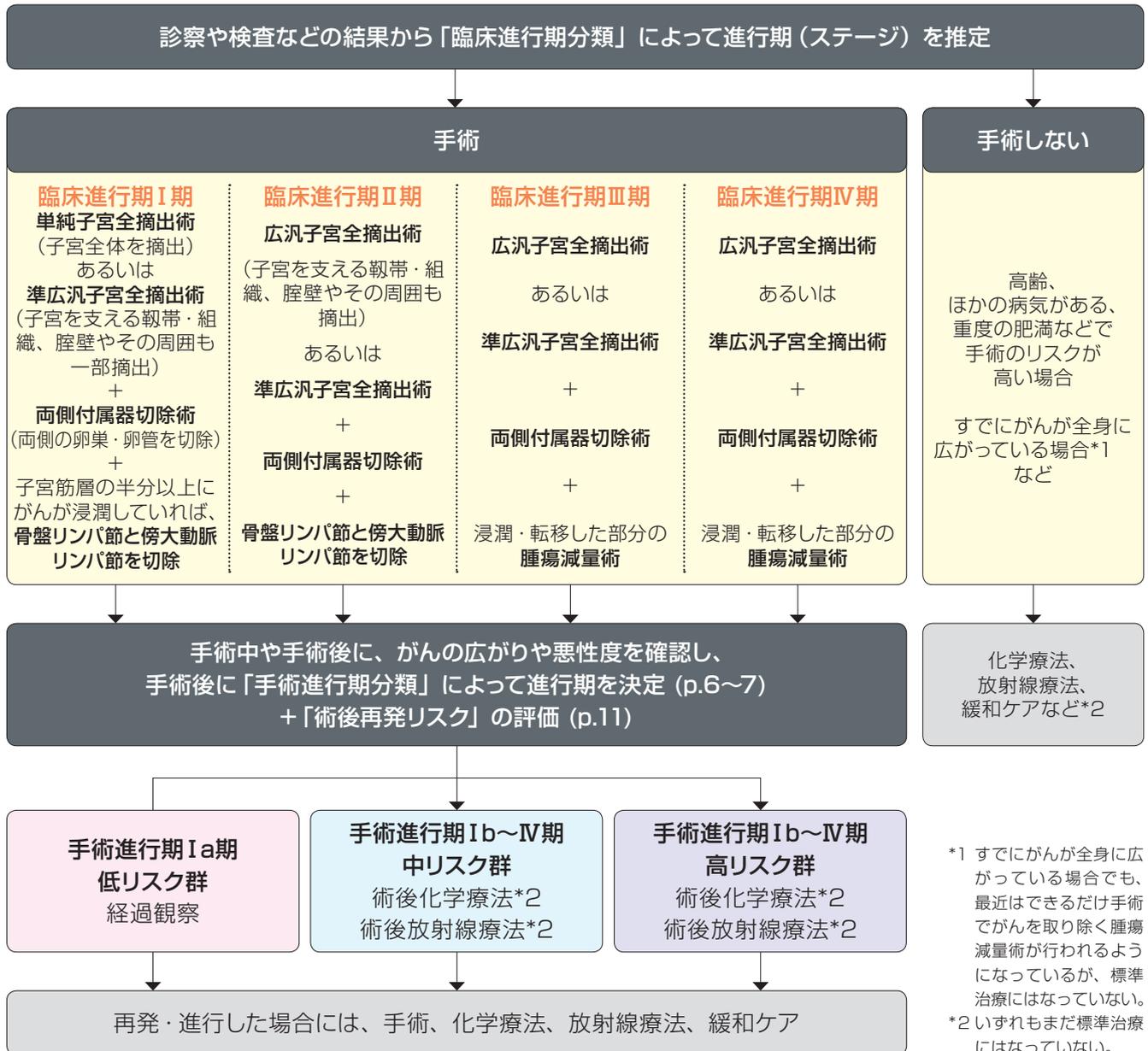
手術が終わって、担当医から「悪いところはすべて取り除いたよ」と聞いたときは、本当にホッ

としました。

当時一人息子が大学受験を控えていて、夫が家事をこなしてくれましたが、とにかく元の生活に戻らなくてはという思いが強かったですね。

術後、担当医から「とにかく歩きなさい！」と言われて、7本ぐらい管をつけたまま、院内をずっと歩いていました。早く家に帰りたいという強い思いがあったので、回復が早かったのだと思います。（54歳・診断から3年目）

図表7 子宮体がんの治療の標準的な流れ



「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の解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

Patient's Voice

2

術後のリンパ浮腫が心配で、担当医とよく相談

5年前、初期の子宮体がんが見つかりました。もともと子宮筋腫があるうえ、13年前には乳がんになりました。治療はホルモン療法ではなく、子宮がんのリスクは高くなかったのですが、不安なので定期的に検診を受けていました。

子宮体がんがわかったとき、私はなにより乳がん治療で経験したリンパ浮腫が心配になり、担当医と治療法をよく話し合いました。私のステージ

では、リンパ節の切除は必要ないということで、治療にのぞみ、3週間で職場復帰しました。

振り返ってみると、「がん」告知を2度受けたのはつらかったけれど、病気や自分の体についてよく知ることができたし、それが大切だったと実感しています。そして、今は担当医が「最大のパートナー」だと思って、自分の病気をみつめています。(46歳・診断から5年目)

どんな手術が行われ、体にはどのような変化が現れますか

A. 早期の子宮体がんでは子宮全体と卵巣・卵管を切除し、さらに子宮を支える靭帯や腔、およびその周囲も取ることがあります。進行している場合には病状に応じて切除する範囲を決めます。

臨床進行期によって手術の範囲が変わる

子宮体がんの手術で切除する範囲は、「臨床進行期分類」に基づいて診断された臨床進行期によって異なります。

●臨床進行期Ⅰ期

がんが子宮体部のみにとどまっていると推測される臨床進行期Ⅰ期では、子宮全体を摘出する「単純子宮全摘出術」と、両側の卵巣・卵管を切除する「両側付属器切除術」を同時に行うのが標準です（図表8①）。子宮体がんは卵巣に転移しやすく、また卵巣がんを併発することも多いために、閉経後の患者さんでは卵巣や卵管を切除します。妊娠を希望する患者さんの場合、Ⅰa期のうち子宮内膜に限局する高分化型の類内膜腺がんであれば、卵巣と卵管を残して、黄体ホルモン療法を行える可能性があります（p.13）。

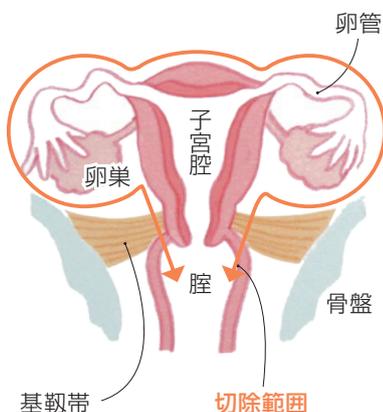
子宮を支える靭帯・組織を骨盤との境目で切断し、腔壁や腔の周囲の結合組織も摘出する「広汎子宮全摘出術」（図表8③）が行われることはまずありませんが、「単純子宮全摘出術」と「広汎子宮全摘出術」の中間にあたる「準広汎子宮全摘出術」（図表8②）が行われることもあります。

高分化型の類内膜がんと推測され、手術中に肉眼でみたときに子宮筋層に浸潤していなければ、再発の可能性が低いので、リンパ節は切除しません。しかし、手術中あるいは手術後に悪性度の高いタイプ（漿液性腺がん、明細胞腺がんなど、または低分化型がん）と診断された場合には、骨盤リンパ節（図表9）を切除することがほとんどです。

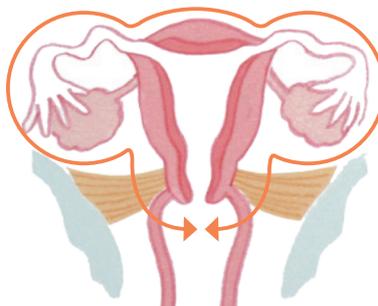
さらに、筋層浸潤の深さにかかわらず、傍大動脈リンパ節（図表9）は切除します。ま

図表8 子宮体がんの手術の方法

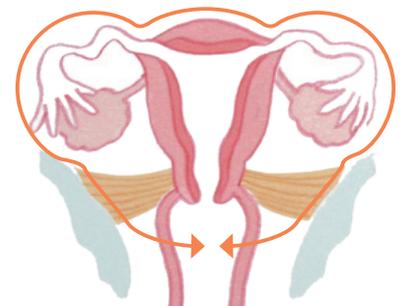
① 単純子宮全摘出術
+両側付属器切除術



② 準広汎子宮全摘出術
+両側付属器切除術



③ 広汎子宮全摘出術
+両側付属器切除術



た、類内膜腺がんの高分化型あるいは中分化型で、手術中に肉眼でみたときに子宮筋層への浸潤が筋層の2分の1以上のときには切除するのが標準とされています。

●臨床進行期Ⅱ期

がんが子宮頸部や子宮筋層にまで進んでいると推測される臨床進行期Ⅱ期では、Ⅰ期に比べ、誰もが認める科学的根拠のある手術方法が決まっていません。医療機関によって、「単純子宮全摘出術」「準広汎子宮全摘出術」「広汎子宮全摘出術」のいずれかを選択することになり、骨盤リンパ節切除の有無も異なります。臨床進行期Ⅱ期では手術後に確定診断される手術進行期とのずれも大きいことが知られています。

●臨床進行期Ⅲ期・臨床進行期Ⅳ期

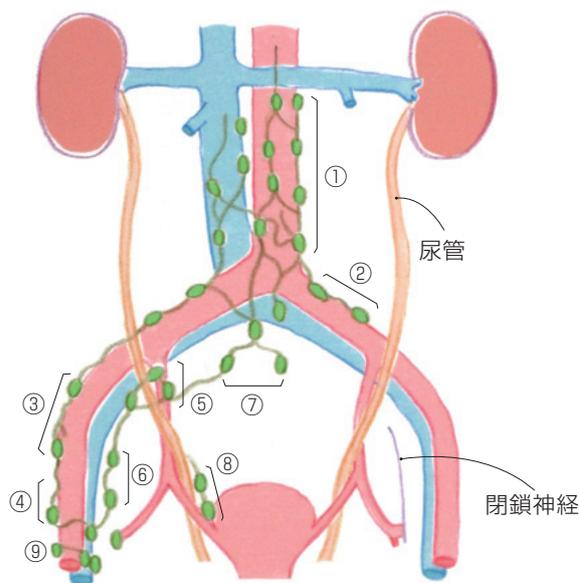
がんが子宮外にも広がっている臨床進行期Ⅲ期、さらにほかの臓器への浸潤・転移がある臨床進行期Ⅳ期では、子宮や卵巣・卵管と骨盤リンパ節だけでなく、がんができていない部位や広がりによって、膀胱や大腸などの臓器や結合組織なども切除します。個人差が大きいため、それぞれの患者さんに応じて、手術する範囲が決めます。

手術後に更年期様症状が現れることも

子宮体がんの手術後には、卵巣の切除によって女性ホルモンの分泌がなくなり、ほてり、発汗、頭痛、動悸、だるさ、イライラ、骨粗鬆症、脂質異常症、腔からの分泌物の減少によるかゆみや性交痛といった、更年期のような症状（卵巣欠落症状）が現れることがあります。リンパ節を切除した場合には、脚や足のむくみ（リンパ浮腫）に注意しなければなりません。また、広汎子宮全摘出術を行った後の合併症として、排尿障害、排便障害などが現れる場合もあります。このような症状に気づいたら、早めに担当医や看護師に伝えて、薬物治療などを行います。

なお、手術直後は静脈血栓塞栓症のリスクが高くなります。弾性ストッキングの着用、脚を空気圧で圧迫する、軽い運動をするなどの対策を手術前に担当医や看護師と相談しておきたいものです。

図表9 子宮体がんの治療に関係するリンパ節



- ①傍大動脈リンパ節（腹部大動脈リンパ節、大動脈周囲リンパ節ともいう）
- 骨盤リンパ節（②総腸骨リンパ節、③外腸骨リンパ節、④鼠径上リンパ節、⑤内腸骨リンパ節、⑥閉鎖リンパ節、⑦仙骨リンパ節、⑧基靭帯リンパ節）
- ⑨鼠径リンパ節

*リンパ節は実際にはほぼ左右対称になっている。

「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の解説」
日本婦人科腫瘍学会編、金原出版を参考に作成

図表10 子宮体がんの術後再発リスク分類

低リスク群	<ul style="list-style-type: none"> ●類内膜腺がん（グレード1あるいは2）で、筋層浸潤が2分の1未満 ●子宮頸部間質への浸潤なし ●脈管侵襲なし ●遠隔転移なし
中リスク群	<ul style="list-style-type: none"> ●類内膜腺がん（グレード1あるいは2）で、筋層浸潤が2分の1以上 ●類内膜腺がん（グレード3）で、筋層浸潤が2分の1未満 ●漿液性腺がん、明細胞腺がんで筋層浸潤なし ●子宮頸部間質への浸潤なし ●脈管侵襲あり ●遠隔転移なし
高リスク群	<ul style="list-style-type: none"> ●類内膜腺がん（グレード3）で、筋層浸潤が2分の1以上 ●漿液性腺がん、明細胞腺がんで筋層浸潤あり ●子宮付属器・漿膜・基靭帯への進展あり ●子宮頸部間質への浸潤あり ●腔壁への浸潤あり ●骨盤あるいは傍大動脈リンパ節への転移あり ●膀胱・直腸への浸潤あり ●腹腔内播種あり ●遠隔転移あり

※腹腔細胞診陽性例について、予後不良因子との意見もあります。
「子宮体がん治療ガイドライン2013年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

手術以外に、どのような治療が行われますか



A. 子宮体がんでは、薬物療法（化学療法）や放射線療法は手術後の補助療法として行われています。抗がん剤の選択や放射線照射の方法など、よりよい治療法の研究が続いています。

再発リスクの高い患者さんのための治療

これまで述べてきたように、子宮体がんの治療の第1選択は、臨床進行期にかかわらず、手術です。高齢や持病などのために手術を受けられない患者さんや、手術後に「術後再発リスク分類」で中リスク群・高リスク群に入ると診断された患者さんは、薬物療法（化学療法）、放射線療法が単独あるいは組み合わせて行われます(p.9図表7)。妊娠・出産を希望する患者さんには黄体ホルモン療法という選択肢もあります (p.13)。

●化学療法（抗がん剤）

化学療法は、単独では子宮体がんの治療法にはならず、「術後再発リスク分類」で中リスク群・高リスク群と診断された患者さんの術後補助療法として、あるいは再発した患者さんの治療として行われます。これまで手術に続く治療の選択肢としては、主に放射線療法が行われてきましたが、近年は化学療法が中心になりつつあります。

現在、世界で標準的に用いられているのが、アドリアマイシンとシスプラチンを組み合わせるAP療法です。また、パクリタキセルやドセタキセルがそれぞれ単独で用いられ、パクリタキセルとカルボプラチンのTC療法、パクリタキセルとシスプラチンのTP療法、パクリタキセルとアドリアマイシンとシスプラチンのTAP療法が行われたりしています。日本では、特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG) がAP療法とTC療法、DP療法（ドセタキセルとシスプラチン）を比較する臨床試験を行っており、その結果が出るのを世界が注目しています。

抗がん剤の副作用には、使用後、短時間で現れる過敏性反応（皮膚の赤みやかゆみ、じんましん、腹痛、息苦しさ、咳、胸痛、背部痛、腰痛、動悸、不整脈、血圧の変化、意識低下など）、使用直後から1週間くらいの間に現れる吐き気・嘔吐、1週間から数週間で現れる骨髄抑制（白血球・赤血球・血小板減少）、発熱、腎機能や肝機能の低下、脱毛などがあります。

いずれもあらかじめ知識を持ち、予防薬を用意しておくことで、つらさを抑えたり和らげたりできるので、医師や看護師、薬剤師とよく話し合っておきましょう(p.14)。

Patient's Voice

3

子どもがほしくて、手術はなかなか決断できませんでした

結婚前、28歳のときに病気がわかりました。私はすごく子どもがほしくて、すぐに黄体ホルモン療法を始めました。通常は6か月で効果を判断するのですが、私は2年半続けました。治療中に結婚をし、相手も協力的でした。でも、子宮を摘出するしかない状態になり、担当医から「山で迷ったら、元に戻るのが普通で、今そういうところにいます」と言われました。それがまっとうな考え方だとはわかるのですが、自分の価値観はまた違って、なかなか納得できず、ずいぶん迷いました。担当医にはうるさいくらい、いろいろ質問しました。でも、今考えると、自分の価値観を伝えてアドバイスを受けることまではできていなかったなと思います。そうすれば、担当医がより強い味方になってくださったのではないかと思います。結局、進行するリスクを負うことはできないと自分で決めました。夫にも「よく決めたね。間違っていないよ」って言ってもらえました。今は、病気前とほとんど変わらない生活です。(37歳・診断から10年目)

●放射線療法

放射線照射の方法としては、骨盤全体あるいは傍大動脈まで外部の照射と、腔に器具を入れて行う腔内照射があります。日本放射線科専門医会・医会、日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会が作成した『放射線治療計画ガイドライン・2012』によると、早期がんでは腔内照射が、子宮外に進行している場合では外部照射が主体となります。腔内照射も外部照射も術後放射線療法として行ったときに骨盤内再発率が低くなりますが、生存期間を延長するかどうかははっきりしていません。

「術後再発リスク分類」で中リスク群・高リスク群となり、放射線療法を行う場合は、手術後1～2か月ほどの通院で治療を始めるのが一般的です。

放射線療法の主な副作用としては、疲労感、だるさ、皮膚のかゆみや赤み、下痢などが挙げられます。照射から数年から数十年後に胃腸障害や排尿障害、腔の狭窄などの晩期の副作用が出る場合もあります。

●黄体ホルモン療法

子宮体がんには女性ホルモンのエストロゲンが関係するため、エストロゲンの働きを抑える黄体ホルモン（プロゲステロン）を飲むことで、がんの再発や進行を抑える治療を行うことがあります。

対象となるのは、がんが子宮外に広がっていない、高分化型のがんで、かつ、手術で取ったがんの組織を調べて、黄体ホルモン受容体が陽性という場合です。高用量（1回に飲む量が200～600mg）のMPA（メドロ

キシプロゲステロン酢酸エステル）を飲み続けるのが一般的です。

黄体ホルモン療法を行うと血栓症が起こりやすくなるので、脳梗塞や心筋梗塞、肺塞栓症の経験がある場合や、肥満症、ほかのホルモン剤を飲んでいる場合には行えません。

妊娠を望む患者さんに試みられる黄体ホルモン療法

妊娠を強く希望する患者さんのために、最初は手術をしないで、黄体ホルモンを服用してがんを小さくし、子宮や卵巣を残す治療法が試みられています（標準的な治療ではありません）。対象となるのは、臨床進行期Ia期の高分化型の類内膜腺がんで、40歳以下、全身の健康状態がよい人です。子宮や卵巣を残すかどうかは、問診や触診、ていねいな説明の後に、まず子宮内膜を採取して顕微鏡で調べる病理学的な検査、MRIやCTのような画像検査などで子宮体がんの状態や全身の健康度を詳しく調べてから決めることになります。

この場合の黄体ホルモン療法は、手術を行わないために、薬剤を服用する期間（4～6か月）に数回、子宮内膜をかき取る病理学的検査を受け、子宮体がんの様子を観察します。治療終了後も数年間、3か月に一度くらいのペースで経膈超音波検査、子宮内膜の病理学的検査などを続けていく必要があります。黄体ホルモン剤の副作用である血栓症や肝臓障害などを調べるための血液検査も行われます。

Patient's Voice

4

「治療する薬があるのはありがたいことよ」の言葉に考えが一変

17年前に乳がんを患い、最初の治療を受けてから8年後に突然腫瘍マーカーの数値が上がり、ホルモン療法を始めることになりました。以後、子宮がんの検診も受けるようになり、3年前には子宮体がんが見つかりました。手術をして、化学療法を受けることに。何もわからないまま、初回の抗がん剤治療を受けましたが、吐き気や胸やけが少なく、2クール目以降止めたくなくなりました。

でも、同じ病室の患者さんに「治療する薬があるのはありがたいことよ」と言われた言葉で抗がん剤に対する考えが一変。「生きるために受けるんだ！」と6クールを乗り越えました。

入院中に知り合った患者さんは同志のような存在です。病室はときどき女子校のようになります。仲間がいたから乗り越えられたこともたくさんありました。（52歳・診断から3年目）

薬物療法ではどのような副作用がいつごろ現れますか

A. 薬の種類によって、さまざまな副作用が出ます。
自分でわかる症状と検査をしないとわからない副作用があり、個人差が大きいことも知っておきましょう。

子宮体がんの薬物療法には、化学療法（抗がん剤）と黄体ホルモン療法があります。乳がんなどの一部のがんでは、がん特有のタンパク質を阻害する分子標的薬が開発されていますが、子宮体がんでは、現在、治療に使われている分子標的薬はありません。ここでは抗がん剤の副作用について述べます。（黄体ホルモン療法については、p.13を参照）。

抗がん剤は、同じような化合物でも薬の種類によって副作用は異なり、個人差も大きいことが知られています。また、図表11のように、自覚できる副作用と検査しなければわからない副作用があり、抗がん剤を使ってすぐに現れる副作用と数か月以上経って現れるものがあります。

自覚できる代表的な副作用である吐き気や嘔吐は、制吐剤（吐き気止め）の開発が進み、

使い方のガイドラインも整備されています。気にすると起こりやすい面もあるので、あらかじめ制吐剤を使うといいでしょう。

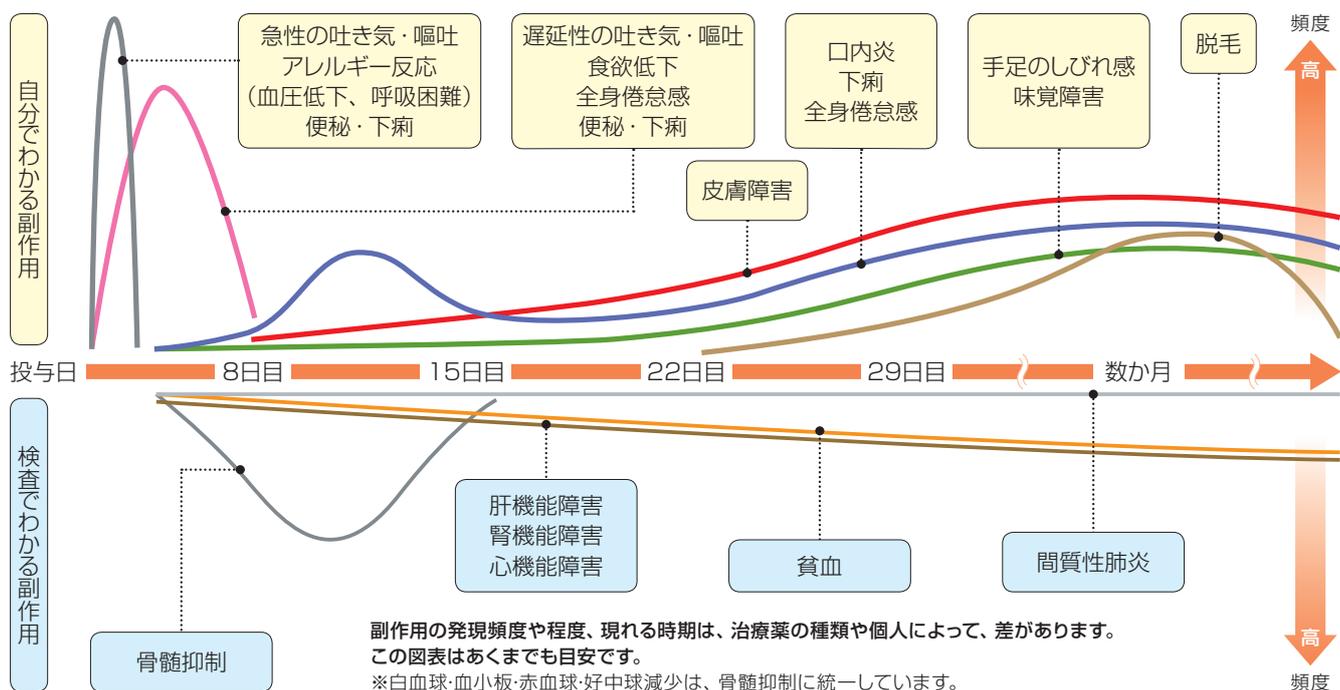
また、抗がん剤を使い始めて数か月後に手足がピリピリしたり、痛んだり、腫れたり、水疱が出たりした場合は、末梢神経症状の可能性があります。そのままにしておくと悪化するので、診察を受けましょう。

検査をしないとわからない副作用としては骨髄抑制が重要です。白血球、好中球、血小板、ヘモグロビンなどが減少し、感染や出血、貧血などが起こりやすくなります。抗がん剤を使い始めて1～2週間後から出現します。

体調の急変に備えて、対処法や緊急連絡先をあらかじめ確認しておきましょう。

なお、副作用が重い場合は治療を中断したり、薬の量を減らしたりして対応します。

図表11 どんな副作用がいつごろ現れるのか知っておきましょう



図表12 子宮体がんの治療に使う抗がん剤と主な副作用

■発症頻度が比較的高い副作用を中心に、患者さんやご家族が知っておきたい症状を掲載しています。

薬剤名	主な副作用
シスプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、脱毛、聴力低下・難聴・耳鳴り、心筋梗塞、肝障害・肝機能異常、末梢神経症状(手・足などのしびれ、痛み、感覚減退)、急性腎不全、骨髄抑制、ショック、アナフィラキシー
カルボプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、じんましん、脱毛、倦怠感、悪寒、体重減少、呼吸困難、口内炎、末梢神経症状、骨髄抑制、間質性肺炎、急性腎不全、ショック、アナフィラキシー
アドリアマイシン (ドキシソルピシン)	食欲不振、吐き気・嘔吐、口内炎、脱毛、発熱、頭痛、肝障害、倦怠感、頻脈、不整脈、胸痛、腎障害、発疹
エピルピシン	肝障害、食欲不振、吐き気・嘔吐、脱毛、倦怠感、発熱、心筋障害、過敏症、腎障害、心筋障害
パクリタキセル	骨髄抑制、末梢神経症状、吐き気・嘔吐、脱毛、筋肉痛、関節痛、ショック、アナフィラキシー、麻痺、間質性肺炎、肺塞栓、血栓性静脈炎、難聴、耳鳴り、潰瘍、腸の障害、肝障害、急性腎不全、発疹、低血圧、下痢、食欲不振、腹痛、頭痛、発熱
ドセタキセル	食欲不振、脱毛、倦怠感、ショック、アナフィラキシー、間質性肺炎、胃腸からの出血、大腸炎、浮腫、感染症、吐き気・嘔吐、下痢、口内炎、しびれ、肝機能障害、発熱
フルオロウラシル (5-FU)	食欲不振、下痢、口内炎、吐き気・嘔吐、倦怠感、脱毛、色素沈着、浮腫、過敏症状、脱水症状、骨髄抑制

「今日の治療薬(2014年版)」南江堂などを参考に作成

図表13 子宮体がんの薬物療法で現れる主な副作用と対処法

症状・副作用	対処法
吐き気・嘔吐、 食欲不振	あらかじめ制吐剤(吐き気止め)を服用し、治療当日は乳製品や脂っこいものを避ける。吐き気を感じたら、冷たい水などでうがいするとよい。食欲が少しあれば、少量ずつ何回かに分けて食べる。食べられないときにも水分をとる。ただし、冷たい飲み物は避ける。香りの強い食べ物や環境は避ける。おなかの周囲がきつくない服装をする。
下痢	整腸剤を服用する。水のような下痢が続くときには下痢止めを使う。温かい飲み物をこまめに飲み、アルコールやカフェイン、香辛料、繊維の多い食品を避けるようにする。肛門部を清潔に保つ。ただし、洗いすぎに注意する。
倦怠感	疲れを感じたら、休息を取る。車の運転は避ける。軽い運動や家事によって倦怠感が緩和されることもある。
末梢神経症状	手足や唇のピリピリした感じ、しびれがあれば、担当医に。冷たい物を触らず、温かい飲み物・食べ物をとる。スリッパ、靴下、手袋で手足を温める。ビタミン剤や漢方薬が効く場合もある。けがややけどをしても気づきにくいので、気をつける。
手足症候群	皮膚を清潔に保ち、クリームなどで保湿する。手袋や軍手、厚手の靴下で手足を保護する。きつい靴や硬い靴、密着する下着や洋服、長い時間の歩行・立位、ジョギングやエアロビクスのような足への衝撃、ねじ回し・包丁・ナイフ・シャベルでの作業、紫外線、熱いお風呂やシャワーを避ける。
脱毛	治療前に髪を短く切っておく。治療が始まったら、帽子やシャワーキャップ、ナイトキャップで髪の毛の散らばりを防ぐ。必要であれば、バンダナやかつらを使う。洗髪時に頭皮を傷つけないように爪を切る。
骨髄抑制	血液検査でわかる。感染しやすくなるため、こまめなうがい(冷たい水は避ける)、手洗い、シャワーや入浴、起床時・食後・就寝前の歯磨きで予防する。人混みを避け、外出時はマスクを着用する。けがややけどに注意する。発熱や悪寒、排尿痛があれば、診察を受ける。鼻血や歯肉からの出血があれば診察を受ける。
間質性肺炎	発熱や息苦しさ、空咳が続く場合には受診する。原因となった薬の使用を中止し、ステロイド薬などで治療する。
口内炎	治療前に歯科で口腔ケアを受けておくと悪化しにくい。歯磨きやうがいで口の中を清潔にし、保湿を心がける。香辛料の強い食べ物や熱いもの、硬いものを避ける。

国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス「化学療法全般について」などを参考に作成

こんな症状が出たときには
すぐ病院へ
連絡を!

下記のような症状が出たときには命に関わる危険性があります。
治療を受けている医療機関へ連絡しましょう。

- 38度以上の発熱・悪寒 ●呼吸困難 ●動悸や息苦しさ、空咳が続く
- 嘔吐・下痢がひどく水分もとれない

夜間・休日の緊急時の連絡先と連絡方法を担当医、看護師、薬剤師に確認しておき、電話の横などすぐわかる場所に電話番号などをメモして貼っておくと安心です

再発・転移とは、どのような状態になることですか

A. なくなったようにみえたがんが再び肉眼で見える大きさになるのが「再発」、血液やリンパ液とともにがん細胞が流れて、離れた部位で増えていくのが「転移」です。いずれも定期的な診察で早期発見したいものです。

少なくとも5年は、定期的に診察を受ける

手術や放射線療法の後には画像検査や腫瘍マーカーなどでがんがなくなったり小さくなったりしているかどうかを調べます。ただ、肉眼や数値でがんがなくなったようにみえても、手術で切除した子宮や卵巣・卵管の近くの臓器や腹腔に再発したり、離れた臓器に遠隔転移したりする可能性があります。再発は2年以内に起こることが多いのですが、5年以上経ってから再発した例もあるため、経過観察の期間を担当医と相談し、少なくとも5年は定期的な診察を受けましょう。3年目までは1~3か月ごと、4~5年目までは半年に1回、6年目以降は1年に1回が目安です。このような経過観察中には、問診や内診、直腸診、腔の細胞診、画像検査、血液検査などが行われます(図表14)。これらは子宮体がんの診断時とほぼ共通する検査になります(p.5)。

再発・転移が見つかった場合、治療は子宮体がんを完全に治すというよりも、がんにつきあいながら生活の質を保つことが重視されるようになります。手術でがんを取り除き、がんによる症状を和らげる腫瘍減量術のほか、化学療法や放射線療法が行われ、積極的な治療による効果が望めない場合でも痛みやつらさを

コントロールする緩和ケアなどが行われます。

臨床試験に参加できる場合もあるので、担当医に臨床試験の有無や参加できるかどうかを聞いてみましょう。

図表14

子宮体がんの再発・転移を早期に発見するための検査

診察	問診、内診、直腸診、表在リンパ節の触診
病理学的検査	腔細胞診、子宮が残っているときには子宮内膜細胞診
血液検査	血算 白血球数、赤血球数、血小板数、ヘモグロビン量
	生化学 CRP、尿素窒素、クレアチニン、AST、ALT、LDHなど
	腫瘍マーカー CEA、CA125、CA19-9など
画像検査	胸部X線、経腔超音波、CT、MRI、PET-CT、ガリウムシンチグラフィ、骨シンチグラフィ

「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の解説」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版を参考に作成

Patient's Voice

性生活について話し合うことは難しい

49歳のときに子宮体がんて子宮と卵巣を切除しました。私は、更年期でもあり喪失感はなかったのですが、多くの患者さんが月経や出産など女性の機能が失われたことに対する差別的な言動に傷ついていました。また、性生活の不安について話すのはとても難しい。私も夫と話し合いの末、夫にあきらめてもらったことが今でも心のしこりとなっています。(60歳・診断から11年目)

5

臨床試験とは?

新薬や治療法を開発する過程において人間(患者)を対象に有効性と安全性を科学的に調べるのが「臨床試験」です。臨床試験には第1相:安全性の確認、第2相:有効性・安全性の確認、第3相:標準治療との比較による有効性・安全性の総合評価の3段階があります。現在、標準治療として確立されている薬剤や治療法もかつて臨床試験が行われ、有効性や安全性が認められたものです。臨床試験への参加は未来の患者さんに貢献することにもつながっています。

体の痛みや心のつらさを我慢しないで!

苦痛を和らげてくれる 専門家がいます



体の痛みに対するケア

がんの痛みには、治療に伴う急性痛とがんの進行に伴って現れる慢性痛があります。これらの痛みに対して、WHO（世界保健機関）は、1986年に「がん疼痛治療指針」を発表し、痛みの段階に応じた治療を示しています。

がんの痛みの治療を専門とする医師、看護師、薬剤師も増えていきますので、いつでも必要なときに遠慮せずに相談したいものです。まずは担当医や病棟看護師に痛みの強さや性質をできるだけ具体的に伝えてみましょう。

・緩和ケアチーム

一般病棟の入院患者に対して担当医や病棟看護師と協力しながらチームで痛みの治療やケアを行います。厚生労働省が定めた基本的な構成員は身体的苦痛、精神的苦痛に対応する医師各1人ずつ、看護師の合計3人です。

・緩和ケア病棟（ホスピス）

いわゆる終末期の患者さんを対象にした病棟で、体の苦痛だけでなく心のつらさや苦しさも和らげることを重要な支援として位置づけています。ときにはボランティアもチームに加わり、患者さんと家族をサポートします。

心のつらさに対するケア

「がんの疑いがある」といわれた時点から患者さんは動揺したり、不安になったり、落ち込んだり、怒りがこみ上げてきたりと、さまざまな心の葛藤に襲われます。多くの患者さんは家族や友人、医師や看護師などにつらい気持ちを打ち明けることで徐々に落ち着きを取り戻しますが、2~3割の患者さんは心の専門家（下欄）による治療が必要になるといわれています。不安や落ち込みで眠れない日が続くようなら心の専門家に相談してみましょう。

・精神腫瘍医

がん患者さんとその家族の精神的症状の治療を専門とする精神科医または心療内科医のことです。厚生労働省や日本サイコオンコロジー学会を中心に精神腫瘍医の育成や研修が行われています。

・リエゾンナース

患者さんの心のケアを直接行ったり、病棟看護師に心のケアの助言をしたりする精神看護の専門ナースです。日本看護協会が認定する精神看護専門看護師もリエゾンナースとして活動しています。

・臨床心理士

臨床心理学にもとづく知識や技術を使って心の問題にアプローチする専門家のことです。がん専門病院を中心に精神腫瘍医やリエゾンナースとともに患者さんや家族の心のケアを行っています。

経済的に困ったときの対策は？

がんの治療費について困ったときは一人で抱え込まず、かかっている病院のソーシャルワーカー、または近くのがん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターに相談しましょう。相談支援センターでは、地域のがん患者さんからの

相談も受け付けています。

治療費の大半は公的医療保険が適用となり、患者さんの自己負担は治療費の1~3割です。さらに高額療養費制度を利用すると、一定限度額を超えた自己負担分の払い戻しが受けられます。

知っておきたい

子宮体がん 医学用語集

腫瘍

組織のかたまり。良性と悪性がある。

良性腫瘍

がんではない腫瘍のこと。無限に増殖したり、ほかの臓器に転移したりすることはない。

悪性腫瘍

がん化した腫瘍のこと。無限に増殖し、ほかの臓器に転移して生命に著しい影響を及ぼす。

組織型

細胞組織のどの部分のがん化し、どのような形（顔つき）なのかを顕微鏡で調べてタイプ分けしたもの。

転移

がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗って他の臓器に移動し、そこで広がること。

リンパ節

病原菌や異物による感染と闘うための小さな豆状の器官で、免疫を担うリンパ球が集まっている。体中にあり、リンパ管でつながっている。

生検（バイオプシー）

組織を採取して、がん細胞があるかどうかを顕微鏡で調べる検査。

腫瘍マーカー

体内にがんができて、そのがん特有なタンパク質が大量につくられ血液中に出現するため、診断に有効とされる。子宮体がんではCEA、CA125などが腫瘍マーカーとして調べられる。

子宮摘出術

子宮を切除して摘出する手術。

化学療法

薬剤（抗がん剤）を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

放射線療法

高いエネルギーの放射線を使って、がん細胞を攻撃する治療法。

予後

病状（またはがんの状態）がどのような経過をたどるのかという見込みや予測。

もっと

私たち NPO 法人キャンサーネットジャパンが

冊子 知ってほしいシリーズを 制作・配布しているわけ

NPO 法人キャンサーネットジャパン（以下、CNJ）の活動は、患者本人に対する「告知」や「セカンドオピニオン」が一般的ではなかった1991年に、30代の若い医師が米国を代表するがん医療施設メモリアル・スローン・ケタリング・キャンサー・センターに設置されていた乳がん患者向けの冊子を持ち帰り、ボランティアの医師らにより翻訳、冊子化し、無償提供したことに始まります。

その後、乳がんに加え、多くのがん種の冊子や、米国国立がん研究所（以下、NCI）の情報の翻訳も手がけ、患者・家族向けのセミナーを開催してきました。インターネットの普及とともに、現在では、ホームページやフェイスブックといったソーシャルメディアなどを中心に、動画情報も数多く配信しています。

一方、いつでも気軽に手に取って繰り返し読める冊子が欲しいという患者からの要望と、CNJとしても単なる翻訳ではなく、日本のがん医療の現状に基づく情報を届けたいとの思いから、2011年より冊子の制作、提供を再開しました。

これまでに発刊した新シリーズの冊子は10種類を超え、発刊累計部数は約30万冊、全国のがん診療連携拠点病院での設置率は70%前後*で、多くの方に利用いただけるようになりました。

この冊子を作成するにあたっては、CNJの創設者がそうであったように、米国で患者・家族に広く利用されているNCI刊行の冊子などを参考に、患者・家族が納得して意思決定し、自分らしくがんに向き合えるよう、自らの病気や治療法を知り、学ぶことができるものを目指しました。

そして、公正で、適切な、科学的根拠に基づく正しい情報が、さらに多くの患者・家族に届くよう、この趣旨に賛同いただくさまざまな企業、団体の協力を得て、本冊子が制作・配布されることは、これまでにない新しい試みでもあります。

私たちの冊子が、今まさに治療を受けている（受けようとしている）多くの患者や家族のみなさまの手に届き、自分らしくがんに向き合うための一助となることを願っています。

*2013年 CNJ 実施 がん診療連携拠点病院アンケート調査結果より



冊子はパワーポイント形式のファイルに！
セミナーなどで医師に活用されています



がん診療連携拠点病院の相談支援センターなどに
置かれている冊子

1991年にCNJボランティア医師らによって翻訳された乳がん患者向けの冊子シリーズ

もっと

これまでに発行した 冊子 知ってほしいシリーズ



冊子は、全国のがん診療連携拠点病院の
相談支援センターへ発送しています。
病院で見かけた方は、
ぜひ手にとってご覧ください。

出版物のご紹介
QRコード



また冊子は、下記から無料でダウンロードできます。
<http://www.cancernet.jp/publish>

今後のよりよい冊子の制作のため、みなさまからのご感想・ご要望をお寄せください。info@cancernet.jp

CancerChannel

患者・家族・支援者・医療スタッフのための
新しいがん医療情報の
カタチ。

あなたにぴったりの方法で、
さまざまなかたちのがん医療情報が
受け取れます。

サイトの閲覧は
すべて

無料

Twitterで各団体の情報をリアルタイムにお届け、
Facebookからも更新情報やイベント案内をアップ。

がん医療セミナーやがん医療情報の映像を web (Ustream や Youtube、 mediasite) から配信。
スマートフォンやタブレットからも閲覧できます。

※スマートフォンやタブレットからのUstream、Youtube閲覧には専用のアプリのインストールが必要です。

<http://www.cancerchannel.jp/>



NPO法人キャンサーネットジャパン <http://www.cancernet.jp/>

〒113-0034 東京都文京区湯島 1-10-2 御茶ノ水 K&K ビル 2F

電話：03-5840-6072 (平日10時～17時) ファックス：03-5840-6073 メールアドレス：info@cancernet.jp



ピーチリボンとは？

米国をはじめとする海外では、子宮体がん啓発のシンボルとしてピーチリボンが使われています。

この冊子は、株式会社毎日放送、医療サイト「アピタル」、セコム損害保険株式会社の支援で作成しました。



mbs Jump Over Cancer

●JUMP OVER CANCER <https://www.mbs.jp/joc/>



apital 患者のための
医療サイト

●朝日新聞の医療サイト <http://apital.asahi.com>

SECOM セコム損害保険株式会社

●保険もセコム <https://www.secom-sonpo.co.jp/>

制作：NPO法人キャンサーネットジャパン



CancerNet Japan

※本冊子の無断転載・複写は禁じられています。
内容を引用する際には出典を明記してください。

2015年3月作成

●子宮体がんの治療や情報についてさらに詳しく知りたい方は
<http://www.cancernet.jp/taigan>