

もっと

知ってほしい

卵巣がんのこと

卵管がん、腹膜がん

監修

新潟大学医学部 産科婦人科学教室 主任教授

榎本隆之

ANSWER OVARIAN 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ことが必要です。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
卵巣がんですか

病理検査や
遺伝子検査の結果を
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

この治療は妊娠や出産、
生まれてくる子どもに
どのように影響しますか

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

「卵巣がんの疑いがある」といわれたあなたへ

卵巣がんの疑いがあるといわれても、決してあわてないでください。
卵巣にできる腫瘍は多種多様で、卵巣がんとの鑑別は難しいのです。
手術で摘出した腫瘍を顕微鏡で調べる病理検査を受けないと診断は確定しません。

もしも卵巣がんだったとしても、気を落とさないでください。
卵巣がんは薬物療法がよく効くがんです。
科学的データにもとづいた標準的な治療も確立されています。
治りにくい卵巣がんにも、より効果のある新しい治療法の開発をめざした
臨床試験が全国のさまざまな医療機関で行われています。

さらに、卵巣がんを治療する担当医だけでなく、看護師も、薬剤師も
体の苦痛や心のつらさを和らげてくれる専門家もあなたをサポートします。
たった一人で卵巣がんを闘うわけではありません。どうか安心してください。

納得のいく治療を受けるために、今、あなたができること——。
それは正しい情報を集めることです。そして、卵巣がんのこと、標準治療のこと、
サポート体制のことなどをよく理解することが、卵巣がんを闘う勇気を与えてくれます。
あなたの力に少しでもなりたいと、私たちはこの冊子をつくりました。
どうぞ、ご活用ください。



CONTENTS

卵巣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、卵巣がんだと確定されるのですか	6
卵巣がんの 進行期 (ステージ)について教えてください	8
卵巣がんでは、どのような 治療 が行われますか	10
手術後、体にはどのような 変化 が現れますか	12
手術後、どのような 薬物療法 が行われますか	13
再発・転移 とは、どのような状態になることですか	15
再発がん には、どのような 薬物療法 が行われますか	16
薬物療法ではどのような 副作用 がいつごろ現れますか	17
苦痛を和らげてくれる 専門家 がいます	19
Column 遺伝性乳がん卵巣がん(HBOC)とリンチ症候群	7
Patient's Voice	9、11、13、14、15



卵巣がんとは どのような病気ですか



A. 一般に「卵巣がん」といわれるのは卵巣の表面を覆っている表層上皮に発生するがんで、初期の段階では症状がほとんどないのが特徴です。

●腫瘍ができた部位によって分類される

卵巣は、女性の骨盤内にある親指大ほどの大きさの臓器です。子宮の両側(左右)に一つずつあり、子宮体部の靭帯に支えられています(図表1)。

卵巣は卵管によって子宮とつながっています。卵管には卵巣から排卵された卵子を捉えて子宮に運ぶ役割があります。受精の際には卵巣から排卵された卵子がこの卵管で精子と出会い、受精卵となって子宮に着床します。

また、子宮や卵巣、胃、腸、肝臓など横隔膜よりも下にある臓器の全体が腹膜に覆われています。

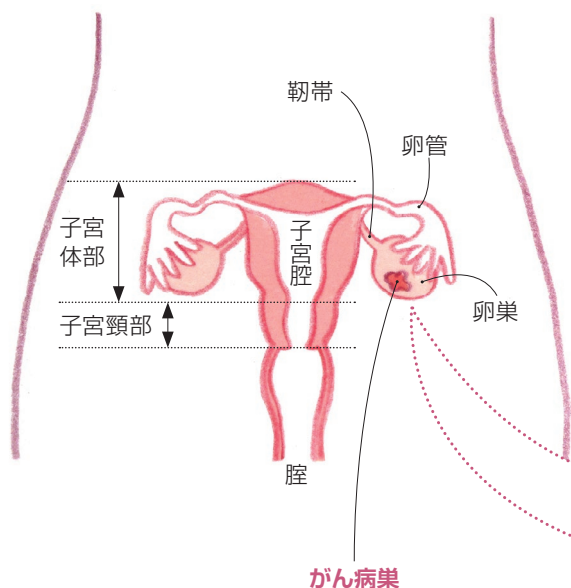
卵巣がんは、卵管や腹膜で発生したがんと性質が似ており、近年、これらのがんは一つにまとめて取り扱われるようになってきました。卵巣がんの治療や診断の基準となる、日本婦

人科腫瘍学会が発行するガイドラインの名称も、2015年版では「卵巣がん治療ガイドライン」であったのが、次の2020年版では「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン」に変更されました。

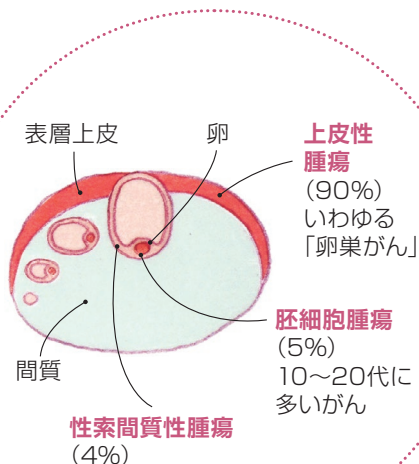
卵巣には多種多様の腫瘍が発生します。卵巣腫瘍は、腫瘍ができる場所によって、主に①上皮性腫瘍、②性索間質性腫瘍、③胚細胞腫瘍の3つに分類されます。さらに腫瘍は①良性、②境界悪性(良性と悪性の中間)、③悪性に分けられます。

最も多く発生するのが上皮性腫瘍で、悪性の卵巣腫瘍のうち約90%がこのタイプです。一般に「卵巣がん」といえば、上皮性の悪性腫瘍のことをいいます。進行すれば「おなかが張る」「最近太った」という訴えがみられるものの、初期は自覚症状がほとんどない

図表1 卵巣がある場所(骨盤内)



●悪性腫瘍の種類と発生する場所



め、早期発見しにくいがんです。

●組織型によって性質や治療が異なる

卵巣がんは「組織型」(がん細胞組織のタイプ)によっても分類されます。ほとんどは腺がんといわれるタイプで、漿液性がん、類内膜がん、粘液性がん、明細胞がん、その他のがんに分けられます(図表2)。

卵巣がんでもっとも頻度が高い漿液性がんは、細胞の形態によって高異型度漿液性がん(最も悪性度の高いがん)と低異型度漿液性がん(最も悪性度の低いがん)に分けられます。高異型度漿液性がんの多くはまず卵管にがんが発生して、卵巣に広がったものであると考えられています。

また、腹膜がんもほとんどが高異型度漿液性がん、卵管や卵巣が原発と考えられる例が多いことがわかってきました。このため、腹膜がんは高異型度漿液性がん準じて治療が行われます。

明細胞がんや類内膜がんは、卵巣子宮内膜症を母体として発生しやすいことが明らかになっています。

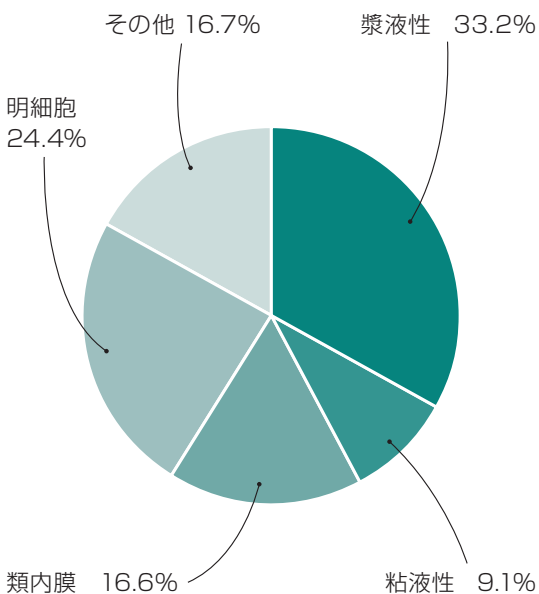
このように、一口に卵巣がんといっても多くの組織型があります。例えば、高異型度漿液性がんは抗がん剤が効きやすく、低異型度漿液性がんや明細胞がん、粘液性がんは効き

にくいなど、同じ卵巣がんでも組織型により抗がん剤などの効き方が違ってきます。治療を進めるうえで、自分のがんがどの組織型なのかを知ることが重要です。

なお、卵巣がんの約10%には遺伝的要因が強く関連しています。親から子に伝わるBRCA1遺伝子あるいはBRCA2遺伝子の病的バリエーション(p.6)があると卵巣がんや乳がんが起りやすくなるのです(遺伝性乳がん卵巣がん:HBOC)。HBOCについてはp.7で解説します。

また、卵巣がんでは、多くのがん種で見られる相同組み換え修復欠損(HRD)の割合が高いとされ、近年注目されています。HRDとはDNAにできた傷を修復する仕組みの一つで、治療薬の選択のために検査されることがあります。

図表2 卵巣がんの組織型による発生頻度



「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン2020年版」
日本婦人科腫瘍学会編、金原出版を参考に作成

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けないとき、さらに情報がほしいときには、別の医師に意見を求める「セカンドオピニオン」を利用する方法があります。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、画像データなどを用意してもらう必要があります。利用にあたっては担当医のファーストオピニオンをまずはしっかり聞くこと、セカンドオピニオンの内容は担当医に伝え、もう一度治療方針についてよく話し合うことが大切です。

セカンドオピニオン外来のある病院の情報は、近隣のがん診療連携拠点病院の相談支援センターで得られます。予約が必要で有料の病院が多いので、セカンドオピニオンを受ける病院には事前に受診方法と費用を確認しましょう。



どのような検査が行われ、 卵巣がんだと確定されるのですか

**A. 卵巣がんは、良性腫瘍との鑑別が難しいため、
開腹手術を行っておなかの中を詳しく観察し、
摘出した腫瘍を顕微鏡で調べる病理検査をしたうえで診断が確定されます。**

一般に卵巣がんが疑われるのは、卵巣に腫瘍がある場合です。がんの可能性を確認するために、医師による診察では腔から指を入れて子宮や卵巣、腔の状態を調べる「内診」や肛門から指を入れて直腸やその周囲の子宮、卵巣などの状態を調べる「直腸診」が行われます。

また、がんがあると増えるタンパク質（腫瘍マーカー。卵巣がんではCA125など）を調べる血液検査も行われます。さらに、超音波（エコー）検査、CT（コンピュータ断層撮影）検査、MRI（磁気共鳴画像）検査などの画像診断で腫瘍の状態、周囲の臓器への広がり方や転移の有無なども調べます（図表3）。

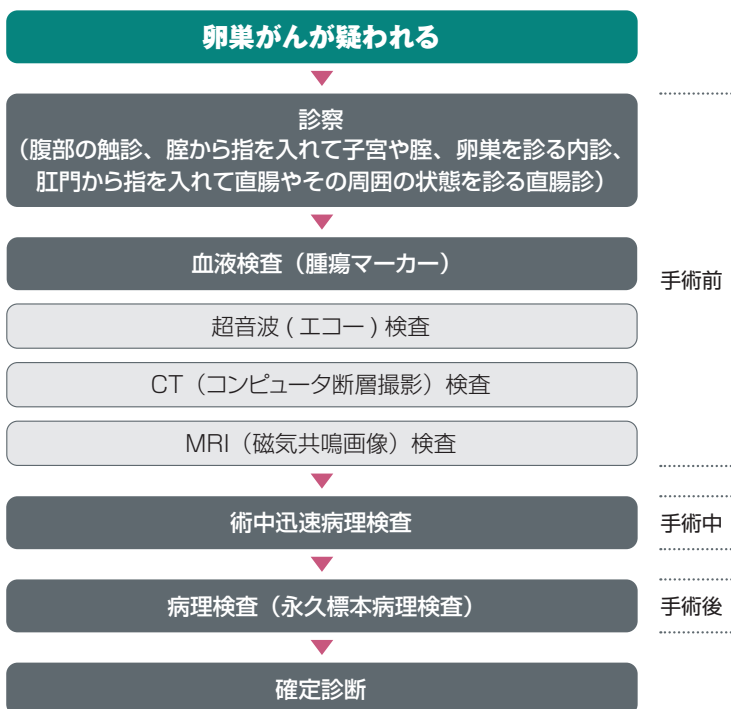
卵巣腫瘍は多種多様で、しかも骨盤内の深いところにあるため、診察や検査だけでは、がんの診断および周囲の臓器への広がりなどを正確に判断することはできません。開腹手術を行っておなかの状態を詳しく観察し、摘出した腫瘍の病理検査（永久標本病理検査）を実施して、卵巣がんの進行期と組織型が初めて確定されます。

一部の卵巣がんでは遺伝子検査が行われます。遺伝子には人によってDNA配列の塩基の種類や数などの違い（バリエーション）があります。この違いが病気の発症や増悪に関連している場合、これを「病的バリエーション」と呼びます。卵巣がんの発症との関連が明らかになっているのはBRCA1/2遺伝子病的バリエーション（p.7）です。病状や家族歴からこの病的バリエーションがあると疑われる場合には血液による遺伝子検査が実施されます。

また、近年、がんゲノム医療中核拠点病院・拠点病院・連携病院では、がんの組織を用いて数百種類の病的バリエーションの有無を一度に調べる遺伝子パネル検査が行われています。対象は標準治療がない、または進行がんが標準治療が終了となった患者さんです。高額で、BRCA1/2遺伝子以外の病的バリエーションの存在など知りたくない情報もわかる可能性があることなどから事前のカウンセリングが大切です。

また、数個の塩基の短い繰り返し配列（マイクロサテライト）に異常がある場合（＝マイクロサテライト不安定性）、免疫チェックポイント阻害薬が効くことがわかっています。卵巣がんの一部でもこのマイクロサテライト不安定性がみられるため、組織検査が実施されることもあります（p.12）。

図表3 卵巣がんの検査と確定診断までの流れ



※卵巣がん・乳がんの家族歴がある場合などでは、血液検査や組織検査で遺伝子異常について調べる（p.7）。また、相同組み換え修復欠損（HRD）検査が行われることもある（p.5）。

◆ 遺伝性乳がん卵巣がん (HBOC) とリンチ症候群

血液や組織で遺伝子異常を調べることも

卵巣がんの約15%には、BRCA1遺伝子やBRCA2遺伝子の病的バリエーションが関連していることが知られています。

このBRCA1/2遺伝子の病的バリエーションがあると卵巣がんや乳がん、すい臓がん、前立腺がんの発症確率が上がります。このようなBRCA1/2遺伝子の病的バリエーションを伴う卵巣がんや乳がんを遺伝性乳がん卵巣がん (hereditary breast and ovarian cancer : HBOC) と呼びます。両親のいずれかにBRCA1/2遺伝子の病的バリエーションがあると、性別にかかわらず子どもに遺伝する割合は50%です。

BRCA1遺伝子に病的バリエーションがある場合、生涯で卵巣がんを発症する割合は40~60%、BRCA2遺伝子に病的バリエーションがある場合は20%近

くと見積もられています。HBOCであれば、片側の卵巣や卵管にがんを発症した場合、もう一方の卵巣や卵管、または乳房にもがんができるリスクがあります。

図表4の項目に該当する場合はHBOCの可能性が高いとされ、血液検査でBRCA1/2遺伝子の病的バリエーションを調べることが推奨されています。この検査は保険適用される場合もありますが、がんを発症していないなど、一定の条件にあてはまらない場合は保険適用外になります。

また、術後、摘出した組織の遺伝子検査でHBOCが疑われることもあります。このようにHBOCの検査をどの段階で行うかは医師の考え方や医療機関によって異なっているのが現状です。

HBOCと診断され、すでに乳がんを発症している場合には、卵巣や卵管、健側の乳房を、卵巣がんを発症している場合は (両側の) 乳房を予防的に切

除するリスク低減手術が保険適用となります (乳がんあるいは卵巣がんを発症する前に予防的に卵巣や卵管、乳房を切除する場合は保険適用外です)。また、リスク低減手術を行わない場合には定期的に検診を行い、がんの早期発見・早期治療を目指します。

すでに卵巣がんや乳がんが進行している場合には、初回の治療からPARP阻害薬のオラパリブやニラパリブを使うことがあります。

また、HBOCとは別に、卵巣がんのリスクが高まる常染色体優性遺伝性のがんとして、リンチ症候群 (遺伝性非ポリポーシス性大腸がん) があります。傷ついた遺伝子を修復するミスマッチ修復遺伝子の病的バリエーションによるもので、性別にかかわらず、親から子に遺伝する確率は50%です。40代以下の若い年齢で大腸がんを発症するのが特徴で、子宮内膜がん (子宮体がん) や卵巣がんのほか、胃がん、肝臓や胆道のがん、腎臓がんなどのリスクも高まります。治療は各がんの標準治療に準じて行われます。

検査前に遺伝カウンセリングが行われる

HBOCやリンチ症候群では、がんが多発する可能性があるため、遺伝子の病的バリエーションがあることを知ると、早期発見につながる半面、患者さんの心身にとって大きな負担になります。また、血縁者のがんのリスクも明らかになります。そこで、がんの診断や治療にあたっては、遺伝に関する専門知識を持つ医師や遺伝カウンセラーによる遺伝カウンセリングが行われます。原則として、初回の遺伝カウンセリングは、遺伝子検査を受けるかどうかを決めるために遺伝子検査の前に行われます。また、遺伝子検査を受ける受けないにかかわらず、患者さん本人の治療やその後の健康管理、家族の受診や健康管理についても話し合われます。遺伝カウンセリングを通じ、その後の各診療科や医療機関への紹介や調整も行われます。

図表4 遺伝性乳がん卵巣がん (HBOC) の一次検査基準

1. BRCA1/2遺伝子変異のある家族がいる
2. 乳がんの患者で以下の条件に1つ以上当てはまる
 - ① 45歳以下で発症した
 - ②-1 50歳以下で発症し、2つ以上の原発乳がんがある
 - ②-2 50歳以下で発症し、近親者に乳がん・卵巣がん・すい臓がん・(グリーソンスコア7超の) 前立腺がん患者がいる
 - ②-3 50歳以下で発症し、家族歴が不明、あるいは限定的にしかわからない
 - ③ 60歳以下で発症し、トリプルネガティブ (=エストロゲン受容体・プロゲステロン受容体・HER2のいずれもが陽性でない) の乳がん患者である
 - ④-1 年齢を問わず、1名以上の50歳以下発症の近親者乳がん患者がいる
 - ④-2 年齢を問わず、2名以上 (年齢不問) の近親者乳がん患者がいる
 - ④-3 年齢を問わず、1名以上の近親者卵巣がん患者がいる
 - ④-4 年齢を問わず、2名以上の近親者すい臓がん、または (グリーソンスコア7超の) 前立腺がん患者がいる
3. 卵巣がん・卵管がん・腹膜がんの患者
4. 男性の乳がん患者
5. すい臓がん、または (グリーソンスコア7超の) 前立腺がん患者のうち、近親者に2名以上の乳がん・卵巣がん・すい臓がん・前立腺がんの患者がいる
6. 以下の家族歴がある
 - ① 第1度近親者 (父母・兄弟姉妹・子ども) または第2度近親者 (おじ・おば・祖父母・孫・おい・めいなど) が上記の基準に合う
 - ② 第3度近親者 (曾祖父母・大おじ・大おば・いとこなど) が乳がんまたは卵巣がん患者であり、さらに2名以上の乳がん及び卵巣がんの近親者がいる

「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン2020年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

卵巣がんの進行期(ステージ)について教えてください

A. 進行期は、がんの広がり の程度を示す言葉です。卵巣がんはその広がり方によって、大きくI期からIV期までの4段階に分類されます。



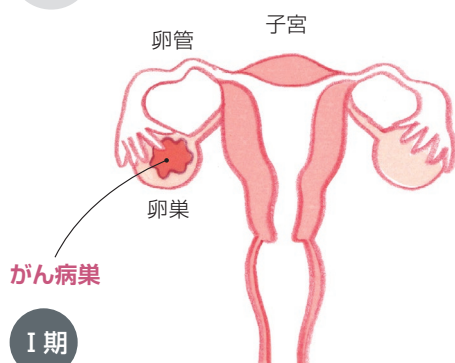
進行期(ステージ)とは、がんの広がり の程度を表す言葉で、がんの状態を知るための指標となります。進行期によって治療方針に違いがあります。そのため治療の実績や効果(進行期や組織型が同じ患者さんにどのような治療が行われ、どれくらいの効果を得ているのか)を確認したり、予後(治癒の見込み)を予測したりするうえで、進行期を知るとはとても重要です。進行期を知っていれば、

ほかの患者さんに治療法などを尋ねる際も自分にあてはまるかどうかを判断できます。

卵巣がんでは手術でおなかの状態を詳しく観察し、摘出した腫瘍の永久標本病理検査を行ったうえで、がんの進行期を判定します。

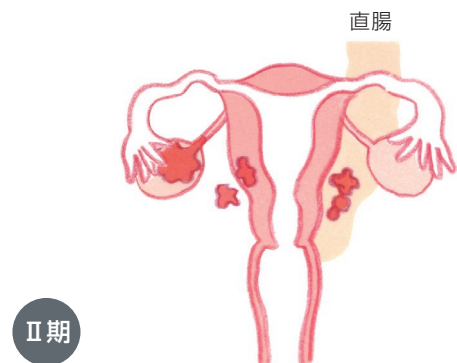
卵巣がんの広がり方を評価する方法としては、国際産科婦人科連合(FIGO)による「国際進行期分類」がよく使われます。①両側の卵巣にがんが広がっているか、②おなかの中

図表5 卵巣がんの進行期別の広がり方



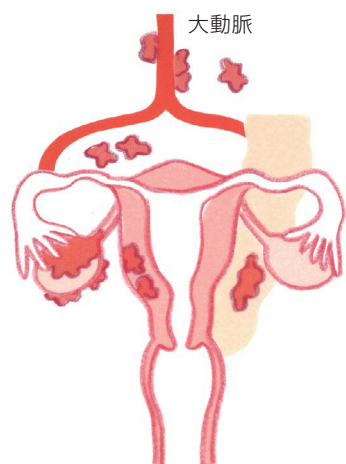
I期

がんが卵巣あるいは卵管にとどまっている状態



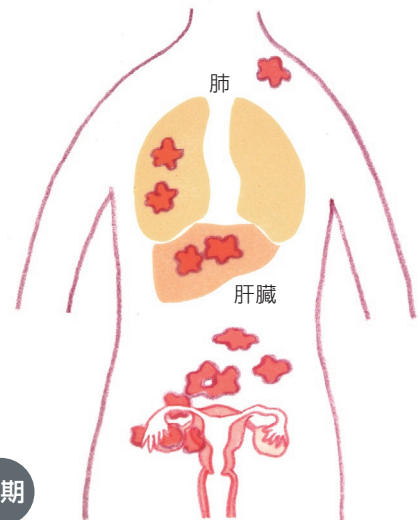
II期

がんが片側または両側の卵巣あるいは卵管にあり、骨盤内の卵管や子宮、直腸・膀胱の腹膜などに広がっている状態



III期

がんが片側あるいは両側の卵巣か卵管にあるか、原発性腹膜がんで、細胞診か組織診でがんが骨盤外の腹膜に広がっている(腹膜播種)か、後腹膜リンパ節に転移している状態



IV期

腹膜播種は除き、がんが遠隔部位に転移している状態

「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 治療ガイドライン第2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 卵巣がん、卵管がん、腹膜がんの手術進行期分類

(進行期の決定は、病理検査、あるいは手術時の視診、触診にもとづく)

I 期	がんが卵巣あるいは卵管にとどまっているもの	
	I A期	がんが片側の卵巣あるいは卵管にとどまっているもの。腹水または洗浄液の細胞診でがん細胞が見つからないもの
	I B期	がんが両側の卵巣あるいは卵管にとどまっているもの。腹水または洗浄液の細胞診でがん細胞が見つからないもの
	I C期	がんが片側、または両側の卵巣あるいは卵管にとどまっているがI C1～I C3期にあてはまるもの
		I C1期
I C2期		自然に被膜が破れていたり、がんが被膜表面に入り込んでいるもの
I C3期	腹水または腹腔を洗った洗浄液にがん細胞が認められたもの	
II 期	がんが片側または両側の卵巣あるいは卵管にあり、骨盤内の臓器(卵管、子宮、直腸、膀胱など)に広がっているか腹膜がんであるもの	
	II A期	がんが子宮、卵管、卵巣に進展/転移しているもの
	II B期	がんがほかの骨盤内の臓器に広がっているもの
III 期	がんが片側あるいは両側の卵巣か卵管にあるか、原発性腹膜がん、細胞診か組織診で骨盤外の腹膜に広がっているか、後腹膜リンパ節に転移があると確認されたもの	
	III A期	後腹膜リンパ節に転移があるか、骨盤を越えて顕微鏡レベルでしかわからない程度の微小転移があるもの
		III A1期
	III A2期	目に見えない顕微鏡レベルでがん細胞が骨盤外の腹膜へ広がっている(後腹膜リンパ節への転移の有無にかかわらず)
	III B期	腹膜播種があるがその大きさが2センチ以下(後腹膜リンパ節への転移の有無にかかわらず)
III C期	がんが骨盤外や肝臓、脾臓の被膜へ広がっているか、腹膜播種があるがその大きさが2センチを超えているもの(後腹膜リンパ節への転移の有無にかかわらず)	
IV 期	腹膜播種は除き、がんが遠隔部位に転移しているもの	
	IV A期	胸にたまった水からがん細胞が認められたもの
	IV B期	肝臓、脾臓への転移、骨盤の外側の臓器(鼠径リンパ節、骨盤外のリンパ節を含む)に転移があるもの

「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン2020年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

にがんが散らばっているか、③リンパ節やほかの臓器に転移しているか、といった観点から進行期の評価が行われ、大きくはI期からIV期までの4つの段階、細かくはI A期からIV B期の13段階に分類されます(図表5、6)。

卵巣がんは自覚症状に乏しく、適切な検診法がないために早期発見が難しいがんの一つです。そのため、卵巣がんの40%以上はⅢ期、Ⅳ期の進行した状態で見つかっています。

●5年生存率は個々の患者に適用できない

一方、予後を測る医学的な指標として進行期別5年生存率があります。これは診断から5年経過したときに生存している患者さんの比率を示した数字で、治療効果判定の目安として、よく使われます。卵巣がんの場合は、おおよそI期90%、II期70%、III期45%、IV期30%となっています*。しかし、この数字は集団を対象としたものであり、過去の

平均的な結果に過ぎません。それぞれの患者さんの予後に単純に当てはまる数字ではないので、治療法を決める際の参考程度にとどめ、5年生存率にあまりとらわれないようにしましょう。なお、新薬の登場などで5年生存率はどんどん改善しています。

Patient's Voice

1

「がんなんかには負けるものか」
先生を信頼し、精一杯治療しようと思った

下腹部の固いしこりに気づき受診しました。症状から覚悟はしていましたが、やはり先生の言葉は「99%卵巣がんでしょう」でした。でも、私は先生を信頼できましたし、悪いものがあれば取ってしまおう、がんなんかには負けるものかって、そのとき、思いを強くしました。入院して同室の人にも「よくよしても仕方がない。今は精一杯治療して頑張ろう」って言っていました。プラス思考でいることが大事だと思います。(63歳・診断から4年目)

*全がん協部位別臨床病期別5年相対生存率(2010-2012年診断症例) 協同調査より

卵巣がんでは、 どのような治療が行われますか



A. どの進行期においても、多くの場合、まず手術を行い、できるだけがんを切除します。
その後、進行期に応じて薬物療法を追加するのが基本です。

●標準化された治療法が確立されている

卵巣がんの治療は、日本婦人科腫瘍学会が作成した「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン」によって標準化されています(図表7)。このガイドラインによると、卵巣がんが疑われる場合、どの進行期においても

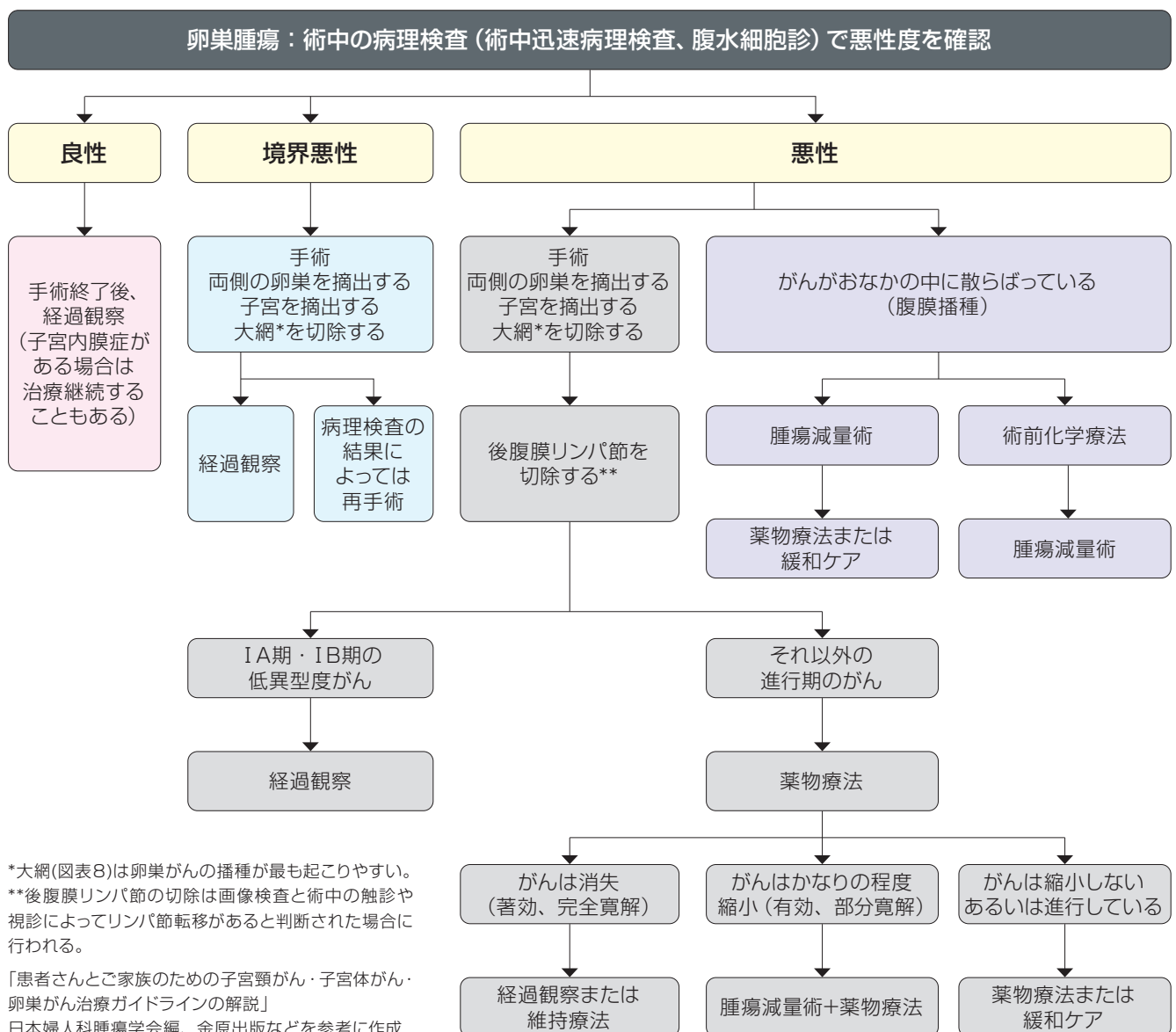
多くの場合、最初に手術が行われます。卵巣腫瘍が良性なのか悪性なのかを調べるためには手術で摘出した腫瘍を病理検査しなければ確実に判定できないからです。

手術中に行われる術中迅速病理検査と腹水細胞診による判定の結果、良性の場合は腫瘍

図表7

卵巣がん治療の基本的な流れ

(妊娠を希望しないケース。年齢や進行期によって治療は異なる)



が発症した卵巣を切除して手術は終了します。境界悪性と悪性の場合には両側の卵巣と子宮を摘出し、卵巣がんの広がり（播種）が最も起こりやすい大網（胃から垂れ下がり、おなかの臓器を覆っている網のような脂肪組織）を切除します（図表8）。

なお、通常は後腹膜リンパ節も切除されます。ただし合併症があったり、ほかに腫瘍が残存していたりする場合などでは行いません。

手術をした時点でおなかの中にがんが散らばっている（腹膜播種）ときは、がんをできるだけ摘出する腫瘍減量術が行われます。卵巣がんはがんの取り残しが少なければ少ないほど予後がよいことがわかっています。また、手術後に行う薬物療法もより効きやすくなるといわれています。

●手術後に薬物療法を実施するのが基本

卵巣がんはこのような手術を行った後に薬物療法を追加するのが標準的な治療です。I A期・I B期の低異型度がんの場合は経過観察となりますが、それ以外の場合は薬物療法

**妊娠の可能性を残したい！
卵巣を温存できる状態とは**

卵巣がんは再発しやすいため、患者さんを助けることを優先し、片側の卵巣だけに発症している場合でも、両側の卵巣を切除するのが原則です。しかし、なかには卵巣を残して治療後に妊娠することを強く望む患者さんもいるでしょう。

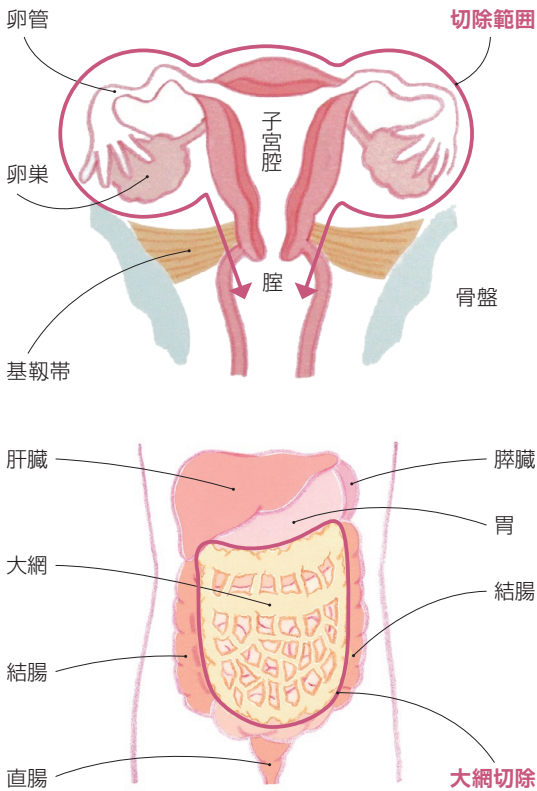
妊娠の可能性を残せる卵巣がんは、①がんが片側の卵巣にとどまっていること（I期かII期）、②がんが境界悪性型、あるいは低異型度型漿液性がん、類内膜がん、粘液性がんであることなどが条件となります。これらの条件にあてはまり、なおかつ患者さんが妊娠することを強く希望している場合は、手術を行った際にがんが発症している側の卵巣と卵管のみを切除して、子宮は温存し、妊娠する可能性を残すことができます。

を行うこととなります。（p.13～14）。

おなかの中にがんが散らばっていて、手術での取り残しが予測されるような場合は、手術前に抗がん剤を投与し、がんを小さくする術前化学療法も最近は多く行われています。術前化学療法を選択する場合でも組織型の確認等のために小切開もしくは腹腔鏡で腹腔内を観察し組織を採取することがあります。

なお、卵巣がんは他のがんに比べて術前からあるいは手術直後に血栓塞栓症（血栓ができて肺などに詰まる現象）が起こりやすいため、弾性ストッキングや薬などでの予防が行われます。

図表8 卵巣がんの手術



大網は胃から垂れ下がり、おなかの臓器を覆っている網のような脂肪組織。がんが広がりやすいので（播種）両側の卵巣と子宮とともに切除する

Patient's Voice

2

**術後、生理が来たときは
本当にうれしかった**

卵巣がんと聞いたときは、自分がまさか……とショックでした。結婚したばかりで、子どもができなくなるという不安もよぎりました。私の場合、片方の卵巣を残せましたが、抗がん剤治療で機能が失われている可能性もあったので、生理が来たときは本当にうれしかったです。今は仕事にも復帰し、普通の生活を送っています。夫は「卵巣が残らなかったとしても、それはそれなりの人生があったらろう」と言っています。

（31歳・診断から3年目）

手術後、体にはどのような変化が現れますか

A. 手術による後遺症として腸閉塞が、卵巣や子宮、リンパ節を切除することによって更年期様症状や排便・排尿障害、リンパ浮腫などが起こることがあります。



手術の後遺症として、多くの患者さんに腸閉塞（イレウス）が起こることがわかっています。決め手となる予防法や対処法はありませんが、退院時に医師や栄養士から腸を守るための食事指導が行われます。腸閉塞をできるだけ起こさないようにするには定期的に経過観察を受けることが大切です。

一方、閉経前の女性が卵巣を摘出すると、女性ホルモン（エストロゲン）の分泌量が低下し、更年期のような症状が現れたり、膣からの分泌物が減少したりすることがあります。これを「卵巣欠落症状」といいます。ホルモン補充療法や漢方薬治療が行われていますので、担当医に相談してみましょう。

また、子宮周囲組織を大きく切除した場合

は排尿や排便障害が起こることがあります。排尿障害の場合は尿道から膀胱に管を挿入し、尿を体外に排出する処置が必要になることもあります。

排便障害の場合は下剤などでコントロールします。腫瘍減量術を行った場合には、腸管切除に伴って人工肛門が必要となる場合もあります。

さらにリンパ節を切除すると、足がむくむリンパ浮腫が起こることもあります。確実な予防法はないものの、マッサージ、圧迫法、運動療法やスキンケアなどの対策が進んでいます。手術後どのような後遺症が現れる可能性があるのか、その具体的な対策についても手術前に確認しておきたいものです。

図表9 手術に伴って起こる主な体の変化

腸閉塞
(イレウス)

更年期様
症状

膣からの
分泌物の減少

排便・排尿
障害

リンパ浮腫

手術以外の治療法は？

◆化学療法

抗がん剤を投与する薬物療法のことです。感染症など、ほかの病気の治療でも使われる言葉ですが、一般的に化学療法といえば、がん化学療法を指すことが多く、卵巣がんでは手術後の基本的な治療法です。

◆放射線療法

X線などの放射線を用いた治療法で、手術、薬物療法と並ぶ三大療法です。卵巣がんでは手術後の治療法として薬物療法のほうが効果が高く、再発時の症状緩和や脳に転移した場合など限られた症例にのみ行われています。

◆免疫療法

抗がん剤治療後に増悪した進行・再発がんで、組織検査により高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)があると明らかになった場合に免疫チェックポイント阻害薬のPD-1阻害薬ペムブロリズマブが使われます。

◆緩和ケア

がんによって生じる体と心のつらさ、社会生活上の支障に対して、患者さんだけでなく家族を含めて支える医療のこと。治療早期から緩和ケアを導入することで、患者さんのつらい状況を和らげながら治療を行います。

手術後、どのような薬物療法が行われますか



A. 卵巣がんは抗がん剤や分子標的薬がよく効くため、手術後に抗がん剤などを投与する薬物療法を行うのが基本です。2種類以上の薬剤を組み合わせ、がんの進行や再発を防ぎます。

●TC療法は全体の約7割で効果

薬物療法の初回治療では、ごく早期の人を除いて、手術後に抗がん剤のパクリタキセルとカルボプラチンの2剤を3週間ごとに3～6サイクル点滴注射するTC療法が標準治療です。標準治療とは、国内外の複数の臨床試験の結果をもとに専門家の間で検討され合意が得られている、現時点で最も効果が高い最適な治療法のことです。

TC療法には再発予防効果があり、手術でがんを取りきれなかった人でも約7割の患者さんのがんが縮小し、生存期間の延長が証明されています。手術後の薬物療法は、各施設の状況によりますが、基本的に入院せずに外

来で行われます。TC療法の点滴時間は、副作用の予防薬や生理食塩水の投与を含め約5時間です。

日本で行われた臨床試験において、パクリタキセルを毎週投与して、全体の投与量を増やす^{ドーズ・デンス}dose-denseTC療法が、一般的なTC療法より再発しにくく生存期間も延長したことから、dose-denseTC療法も有力な選択肢の一つになっています。dose-denseTC療法では、パクリタキセルの点滴を週1回行い、カルボプラチンを3週間に1回点滴して1サイクルとなり、これを6～9サイクル続けます。

また、TC療法に分子標的薬のベバシズマブを併用すると、TC療法単独よりも再発が

図表10 卵巣がんの初回治療に有効とされる主な薬物療法

薬物療法名	使用される抗がん剤
TC療法	パクリタキセル+カルボプラチン
dose-denseTC療法	
TC療法+ベバシズマブ	パクリタキセル+カルボプラチン+ベバシズマブ
DC療法	ドセタキセル+カルボプラチン(±ベバシズマブ)

「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」
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

3

「抗がん剤治療、つらかったら我慢しないで」との言葉で安心して治療に。それに時間が経てば体は元の状態に戻りました

抗がん剤治療では、看護師さんから「つらいことがあったら我慢しないで言ってください」と言われました。治療中、体が動かず、しんどいときもありましたが、湿布やホットパックで温めてもらったり、吐き気がひどいときは吐き気止めを処方されたりしました。

今は痛み止めや吐き気止めで、いい薬が出ていようので心配はしませんでした。それに、ずっとつらいわけではなく、時間が経てば体は元の状態に戻っていくんですね。細やかに対処されるので安心して治療を受けられました。

(50歳・診断から2年目)

抑えられることがわかっており、初回薬物療法の選択肢の一つとなっています。ベバシズマブは、がん細胞に酸素や栄養を送る新しい血管がつくられるのを邪魔して、がんの増殖を抑える血管新生阻害薬と呼ばれる分子標的薬です。

TC療法にベバシズマブを併用する場合には、パクリタキセル、カルボプラチン、ベバシズマブを3週間ごとに3～6回点滴投与した後、3週間に1回ベバシズマブを点滴します。ベバシズマブの単独投与は16サイクル、あるいはそれ以上続けたほうが再発を抑えられることがわかっています。

TC療法とベバシズマブを併用したときの点滴時間は、吐き気止めや生理食塩水の投与時間も含めて6～7時間、ベバシズマブ単独のときは1～2時間程度です。この治療もやはり、一般的には外来で行われます。

ベバシズマブを使った場合、頻度は低いものの胃や腸に穴があく消化管穿孔が起こる恐れがあります。そのため、手術創が治りにくくなることを考慮して、ベバシズマブは術後2回目以降から併用することが多くなっています。

●TC療法以外の選択肢

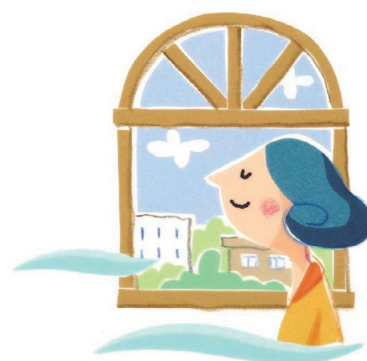
TC療法が行えない場合には、ドセタキセルとカルボプラチンを併用したDC療法が候補になります。長期的な予後はわかっていないものの、短期的にはTC療法とほぼ同等の

効果があるとされています。

DC療法を行う場合でもベバシズマブを併用することがあります。

このように、初回薬物療法には、複数の選択肢があります(図表10)。効果、外来化学療法を受ける頻度、治療期間、費用、出やすい副作用などは薬物療法の種類によって異なりますし、どの治療法にもメリットとデメリットがあります。自分のライフスタイルや価値観によって、どれを選ぶのか、担当医とよく相談して決めるようにしましょう。

なお、明細胞がんと粘液性がんの場合、現時点での標準治療はTC療法です。



卵巣がんの維持療法

がんの手術や薬物療法を終えた後、再発や増悪の予防を目的として、薬物療法を一定期間続ける「維持療法」が行われることがあります。

卵巣がんでは、抗がん剤を用いる維持療法は行われません。ただし、がんが骨盤を越えて広がっているⅢ期とⅣ期の患者さんで、初回の治療でベバシズマブを併用する抗がん剤治療(TC療法など)で効果があった場合に、ベバシズマブを単剤で12～16サイクル追加する維持療法が行われます。

また、BRCA1/2遺伝子の病的バリエーションがあるⅢ期とⅣ期の患者さんで初回治療で効果があった場合に、PARP阻害薬のオラパリブやニラパリブを約2年間服用する維持療法も行われています。

さらにベバシズマブとPARP阻害薬を併用して維持療法を行う場合もあります。

なお、オラパリブは、HRD検査で相同組み換え修復欠損があると判断された場合に使えます。

再発後には、再発までの期間が6か月以上あり、かつ初回到抗がん剤のプラチナ製剤を使用した場合にオラパリブとニラパリブが維持療法で用いられます。

Patient's Voice

4

娘のためにも遺伝子検査は受けてよかったです

43歳でステージⅢの卵巣がんが見つかりました。若い世代の卵巣がんは遺伝の可能性もあると言われ、医師の勧めで遺伝子検査を受けました。結果はBRCA1陽性。9歳になる娘には病気を理解できる年齢になったら結果を伝え、遺伝子検査を受ける選択は本人の意思を尊重しようと思います。娘も陽性であれば対策を考えられます。検査をしてよかったと思います。

私は手術の前後に抗がん剤治療を行い、手術では子宮と卵巣、転移した腸の一部を切除し、これも生きるためと覚悟して人工肛門を造設しました。女性特有のがん経験者で作る団体のオンライン患者会で情報を交換、SNSでつながった同病の人からの励ましにも支えられました。(43歳・診断から1年目)

再発・転移とは、どのような状態になることですか



A. 再発とは、治療により肉眼、あるいは画像で確認できる大きさのがんがなくなった後、再びがんが出現することです。転移とは、がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗ってほかの臓器に移動し、そこで広がることをいいます。

手術や薬物療法を行い、肉眼、あるいは画像で確認できる大きさのがんが消えて治ったように見えても、再びがんが現れる再発の危険性があります。治療が終了しても経過観察（図表11）が必要で、再発しやすい2年以内は1～3か月程度の短い間隔で行われます。

再発・転移した状態になると、治療の目的は完全に治すことから、症状をできるだけ緩和しながら、がんと付き合うことになってきます。再発した場合は、薬物療法を行うこととなりますが、その効果は初回薬物療法よりも持続期間が短くなることが多く、副作用も強く出る傾向があります。

腹部などに痛みがあるときやつらいとき、不安、不快な症状があるときは我慢せずに、担当医や看護師などに伝えましょう。治療によって再発後も長期生存している患者さんもいます。また、より効果のある新しい治療法の開発をめざした臨床試験が婦人科悪性腫瘍

研究機構や日本臨床腫瘍研究グループを中心に行われていますので、各臨床試験の参加条件を満たせば、開発中の治療を受けることもできます。

臨床試験とは？

新薬や治療法を開発するために、人間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。現在の標準治療も過去の臨床試験で有効性や安全性が認められたものです。卵巣がんの分野でも、現在の標準治療より、さらに効果と安全性の高い治療法の確立をめざして複数の臨床試験が行われています。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。



図表11 経過観察中に行われる検査

問診	おなかの張り、腹痛・便秘の有無、吐き気・嘔吐の有無を確認
婦人科的診察	内診で骨盤内の腫瘍の有無を確認すると同時に、(経腔)超音波検査で骨盤内の腫瘍と腹水の有無を確認
腫瘍マーカー検査	CA125などの腫瘍マーカーを測定。再発しているのに検査が陰性のこともあるので注意が必要
CT検査	再発しやすい胸腹骨盤部を検査。特に症状がなくても、定期的に行う

「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」
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

5

いちばん怖いのは再々発や転移、患者と医師がともに歩めば道は開けるはず

再発後の抗がん剤治療がつかなくて、ほかの治療法を求めて免疫療法を調べたり、ホスピスを見学したりしました。やはり再々発がいちばん怖いです。どこか体調が悪くなるとすぐ再々発や転移に結びつけてしまいます。でも、医療は日進月歩。そのときどきの気持ちを担当医に包み隠さず話すと、次の治療戦略と一緒に考えてくださいます。患者と医師がともに歩むことで、きっと道は開けます。あきらめないことです。（69歳・診断から9年目）

再発がんには、どのような薬物療法が行われますか

A. 再発した卵巣がんの治療には薬物療法が推奨されています。
治療法は初回治療終了から再発までの期間が6か月未満か6か月以上かによって違ってきます。



再発した卵巣がんの治療には薬物療法が推奨されています。治療法は、初回薬物療法終了から再発するまでの期間によって違います（図表12）。

この期間が6か月以上ある場合は、抗がん剤が効きやすいとみなされ、プラチナ製剤（カルボプラチンなど）を含む複数の薬剤を使った多剤併用療法が勧められています。

具体的には、TC療法、あるいはTC療法とベバシズマブの併用療法などです。

TC療法の副作用が非常に強く出現したり、初回薬物療法の後遺症（手のしびれなど）が強く残っていたりする場合は、抗がん剤の量を減らす、あるいはほかの療法（DC療法など）に変更するなどの対応が行われます。

また、3回以上の抗がん剤治療を経た後、HRD検査で相同組み換え修復欠損があるとわかった場合にはPARP阻害薬のニラパリ

ブも使用されます。

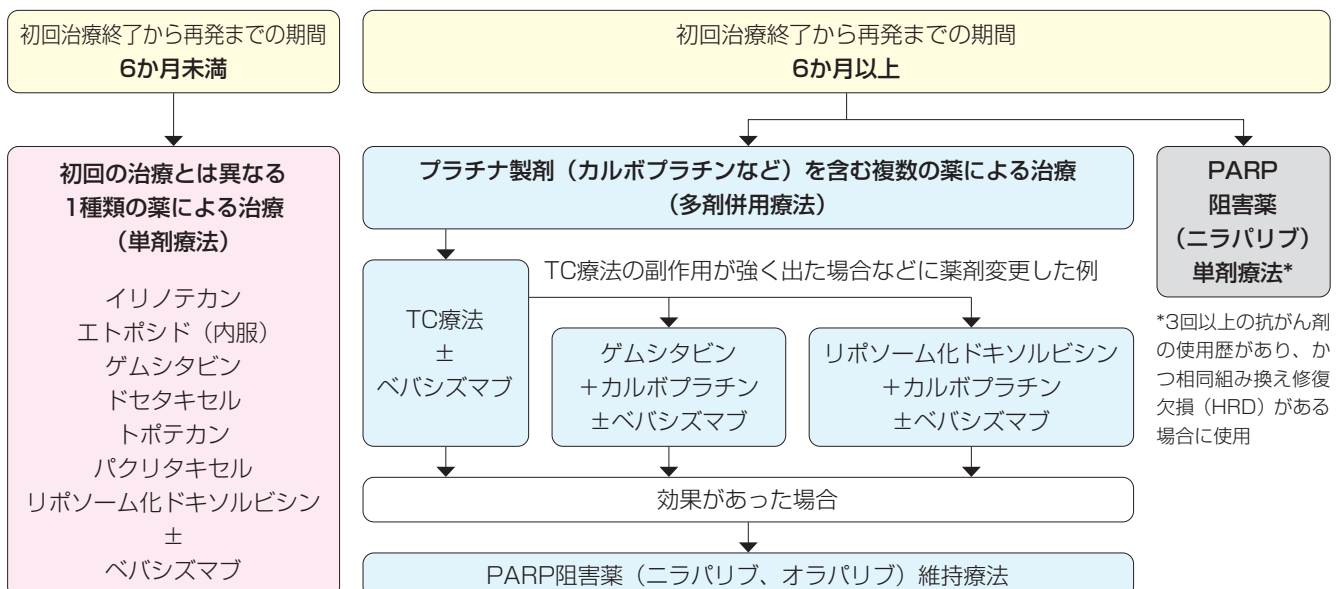
なお、ニラパリブと、同じPARP阻害薬のオラパリブは、再発後に抗がん剤での治療が奏功して、かつ相同組み換え修復欠損がある患者さんには維持療法として使われることもあります（p.14コラム）。

一方、初回薬物療法が終了してから再発するまでの期間が6か月未満の場合は抗がん剤が効きにくいことが予測されます。多剤併用療法を行うと副作用が強くなる傾向があるため、1種類の薬剤による単剤療法が勧められています。

候補となる薬剤は図表12に示したようにイリノテカン、ゲムシタピンなど数種類があります。

再発後の薬物療法をいつまで続けるかは薬の効果、患者さんの年齢、心身の状態、副作用の出方などによって変わってきます。

図表12 再発卵巣がんに対する薬物療法の流れ



「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン2020年版」日本婦人科腫瘍学会編、金原出版などを参考に作成

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. 抗がん剤の点滴中か24時間以内には、吐き気やアレルギー反応、1～2週間後には白血球や血小板の減少、全身倦怠感が出やすくなります。脱毛や手足のしびれ感など2～4週間後以降に出る副作用もあります。

薬物療法の副作用の種類、症状の強さと出現時期（図表13、14）は、使う薬によって異なり、患者さんによっても個人差があります。なかには副作用がほとんど出ない人もいます。抗がん剤の副作用に対処する薬の開発は進んでいて、以前に比べてかなりコントロールしやすくなってきました。副作用を恐れて勝手に治療を中断しないようにしましょう。

卵巣がんの薬物療法で注意したいのは、点滴中や点滴終了直後に起こりやすいアレルギー反応と、1～2週間後から白血球、赤血球、血小板が減少する骨髄抑制です。また、特にパクリタキセル、ドセタキセルなどタキサン系抗がん剤では、手足や口のしびれといった末梢神経症状が出やすい傾向があります。手や足のしびれ、ボタンがかけにくい、物を落としやすいなど、日常生活に影響が出始めたら、早めに担当医に伝えましょう。

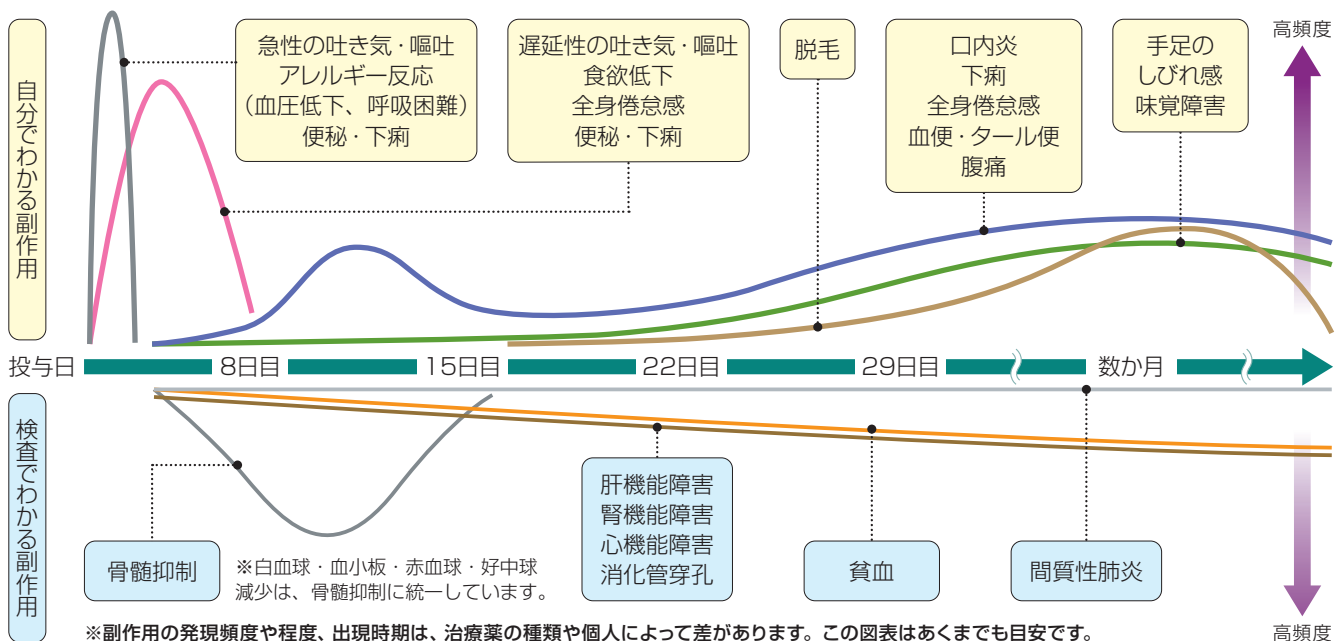
ベバシズマブでは、鼻血や歯肉からの出血、胃や腸に穴があく消化管穿孔、血栓塞栓症に要注意です。消化管穿孔が起こると強い腹痛、血便やタール便（黒い便）が出ることがありますが、自覚症状がなく、外来治療で行われる検査でわかる場合もあります。

オラパリブやニラパリブは骨髄抑制や嘔吐など消化器系の副作用がよく出ます。

ペムプロリズマブの副作用は多彩で、自覚症状がない場合もあり、使用后しばらく経ってから副作用が出るケースもあるため、定期的な受診が必要です。

副作用には自分で対処できるものと、我慢せずにすぐに病院へ連絡すべきものがあります。心配なことがあれば担当医、薬剤師、看護師に遠慮なく聞き、副作用の対処法（図表15）や、どういうときに病院へ連絡すべきかを必ず確認しておきましょう。

図表13 TC療法（パクリタキセル+カルボプラチン）±ベバシズマブ治療の主な副作用とその出現時期



図表14 卵巣がんの薬物療法で使う主な薬と副作用

■比較的発症頻度が高いものを中心に、患者さんやご家族が知っておきたい症状を取り上げています。

薬剤名	主な副作用
パクリタキセル	末梢神経症状（手・足などのしびれ、痛み、感覚減退）、脱毛、筋肉痛・関節痛、吐き気・嘔吐、肝障害、腎障害、過敏症、呼吸困難
カルボプラチン	吐き気・嘔吐、骨髄抑制、食欲不振、全身倦怠感、脱毛、肝障害、血栓症
ドセタキセル	骨髄抑制、脱毛、食欲不振、全身倦怠感、吐き気・嘔吐、末梢神経症状、下痢、肝障害、発熱
イリノテカン	骨髄抑制、下痢、腸管穿孔、吐き気・嘔吐、食欲不振、肝障害、腎障害、血栓症
シスプラチン	吐き気・嘔吐、食欲不振、全身倦怠感、骨髄抑制、聴力低下・難聴、末梢神経障害、肝障害
ゲムシタビン	骨髄抑制、吐き気・嘔吐、アナフィラキシー、肝障害
リポソーム化ドキシソルピシン	脱毛、骨髄抑制、手足症候群、口内炎、吐き気・嘔吐、食欲不振、発疹、体重減少、心臓障害
ベパシズマブ	骨髄抑制、高血圧、鼻血・歯ぐき・消化管からの出血、末梢神経障害、食欲不振、吐き気、口内炎、脱毛、タンパク尿、肝障害、消化管穿孔、血栓症、創傷治癒遅延
オラパリブ	骨髄抑制、間質性肺疾患、吐き気・嘔吐、下痢、食欲不振、味覚異常、疲労、無力症
ニラパリブ	骨髄抑制、高血圧、可逆性後白質脳症症候群（けいれん発作、頭痛、精神状態変化、視覚障害など）、間質性肺疾患、頭痛、不眠症、吐き気・嘔吐、食欲不振、便秘、下痢、疲労、無力症
ペムブロリズマブ	下垂体不全、副腎不全、心筋炎、肺炎、1型糖尿病、肝障害、胆管炎、腎障害、使用直後の発熱・悪寒・かゆみ・発疹・血圧の低下・呼吸困難

各薬剤の添付文書などを参考に作成

図表15 卵巣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
アレルギー反応 (過敏性反応、輸注関連反応)	タキサン系抗がん剤（パクリタキセル、ドセタキセルなど）を使うときには予防薬としてステロイド、抗ヒスタミン薬を服用。点滴中に痛み、かゆみ、息苦しさなどの異変を感じたら看護師や薬剤師に相談を。
吐き気・嘔吐	予防的にステロイドやセロトニン受容体拮抗薬など吐き気止めを服用。薬物療法当日は乳製品や脂っこいものは避ける。食事は気分のよいときに。
骨髄抑制	自覚症状はない場合が多いが、感染予防のために人込みを避け、うがい・手洗いを励行。血小板が減少する薬を使うときには傷をつくらぬよう注意し、入浴時に内出血などがないか確認を。
貧血・全身倦怠感・疲労感	少しの活動でも疲れたりふらつきたりするときは休息を取り、車の運転は控える。家事や軽い運動は体がつかない程度に続けるほうがだるさが軽減されることも。
末梢神経症状	手足や口にしびれ感、ピリピリ感があつたら、早めに担当医に伝える。ビタミン剤や漢方薬を服用、また手足を温めると症状が軽減する場合も。外傷に気づきにくくなるのでけがややけどに注意。
関節痛・筋肉痛	痛みを感じる部分の周囲をマッサージして血行をよくすると症状が軽減しやすい。鎮痛薬が効果的な場合も。
消化管穿孔	胃や腸に穴があいたときには、穴をふさぐ緊急手術が必要。血便やタール便、強い腹痛が出たら病院へ知らせる。
手足症候群	皮膚を清潔にし、保湿剤でこまめにスキンケアを。きつい靴、長時間の歩行や立ち続けることは避ける。日焼けは避け、症状がひどいときは担当医に相談し皮膚科へ。
脱毛	髪を短くしておいたほうが脱毛したとき処理しやすい。帽子やナイトキャップを被ると髪の毛が散らばるのを防ぎ、脱毛によるショックを軽減できる。必要に応じてかつらやバンダナの利用を。

こんな症状が出たときには
すぐ病院へ
連絡を！

- ・ 38度以上の発熱
- ・ 出血が止まらない
- ・ 動悸や息苦しさ、空咳が続く
- ・ 嘔吐または下痢が続く、水分もとれない
- ・ 突然の強い腹痛

夜間・休日の緊急時の連絡先と連絡方法をわかりやすい場所に貼っておきましょう。

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

がんの痛みにはがんそのものが原因となる痛み、治療に伴う痛み、床ずれなど療養に関連した痛みなどがあります。がん対策基本法では「初期からの痛みのケア」の重要性が示されており、痛みのケアはいつでも必要なときに受けられます。痛みがあったら我慢せずに、まずは担当医や看護師に伝えましょう。在宅療養中も含め、痛みの治療を専門とする医師、看護師、薬剤師、リハビリの専門家などが、心の専門家（下欄）とも連携して、WHOのがん疼痛治療指針に沿ってがんに伴う苦痛を軽減するケアを行っています。

・緩和ケア外来

がんの治療中、またはがんの治療を中止、あるいは一段落した患者さんと家族を対象に、がんや治療に伴う苦痛のケアを行う外来です。

・緩和ケア病棟（ホスピス）

積極的治療が困難になり、入院して痛みや苦痛のケアを必要とする患者さんを対象にした病棟です。

・緩和ケアチーム

一般病棟の入院患者さんに対して、緩和ケアの専任の医師・看護師・薬剤師などのチームががんに伴う心身の苦痛の軽減を行います。

・在宅緩和ケア

痛みのケアは自宅でも入院中と同じように在宅医や地域の在宅緩和ケアチームから受けられます。

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とその家族は不安になった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。家族や友人、医師、看護師、相談支援センターのスタッフにつらい気持ちを打ち明けることで徐々に落ち着くことが多いものの、2～3割の患者さんと家族は心の専門家（下欄）の治療が必要だといわれています。眠れないなど生活に支障が出ているようなら担当医や看護師に相談し心の専門家を紹介してもらいましょう。

・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。

・心をケアする専門看護師

がん看護専門看護師や精神看護専門看護師（リエゾンナース）、緩和ケア認定看護師が、患者さんと家族の心のケアとサポートもしています。不安や心配ごとは我慢せずに伝えましょう。

・公認心理師・臨床心理士

公認心理師は心のケアを行う心理職の国家資格で、臨床心理士は臨床心理学に基づく知識や技術を用いて心のケアをする専門職です。医師や看護師と連携して、患者さんや家族の心のケアとサポートをしています。

経済的に困ったときの対策は?

治療費や生活費、就労の問題などで困ったときはかかっている病院の相談室、または近くのがん診療連携拠点病院の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や家族からの相談も受け付けています。

公的医療保険には、高額な治療費がかかったときの自己負担を軽減する高額療養費制度があります。公的医療保険の窓口申請して「限度額適用認定証」を受け取り、事前に病院に提出すれば、外来でも入院でも窓口の支払いが自己負担限度額の範囲内で済みます。

知っておきたい

卵巣がん 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。

境界悪性腫瘍

良性と悪性の中間的な性質をもつ腫瘍のこと。無限に増殖したり、ほかの臓器に転移したりすることはほとんどないが、まれに再発や転移をすることがある。

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ほかの臓器に移動し、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。

バイオプシー（生検）

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。

CA125（腫瘍マーカー）

体内にがんができると、そのがん特有のタンパク質が大量につくられ血液中に出現する。その数値を調べることが診断に有効とされる。卵巣がんではCA125が最も感度の高い腫瘍マーカー。

子宮摘出術

子宮を切除して摘出する手術。

薬物療法

抗がん剤や分子標的薬などを使って、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。



ティールリボンとは？

米国をはじめとする海外では、
卵巣がん啓発のシンボルとしてティールリボンが使われています。
ティールとは小鴨の首筋あたりの色を表したものです。

この冊子は、株式会社毎日放送、SHARE、セコム損害保険株式会社の支援で作成しました。



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



●乳がん、婦人科がん患者サポート <https://www.sharecancersupport.org/>



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

後援



公益社団法人
日本婦人科腫瘍学会
Japan Society of Gynecologic Oncology

●公益社団法人 日本婦人科腫瘍学会 <https://jsgo.or.jp/>



●特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構 <https://jgog.gr.jp/>



冊子はみなさまからの寄付・遺贈・支援で制作しています。
制作・増刷・改訂へのご支援をお願いします。寄付金控除等の税制優遇を受けることができます。
寄付・遺贈の申し込み ▶ <https://www.cancernet.jp/donation>
その他の冊子一覧 ▶ <https://www.cancernet.jp/category/publish>



※本冊子の無断転載・複製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。

2021年9月作成



卵巣がんの治療や情報についてさらに詳しく知りたい方は

<https://www.cancernet.jp/cancer/ovary>