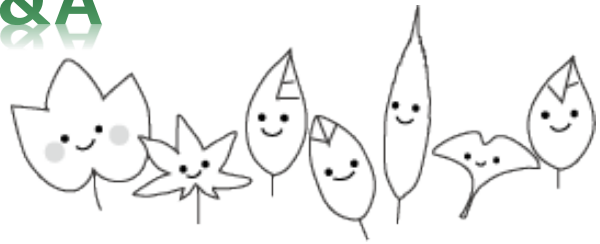




# 子宮頸がん検診 Q&A



## Q1. 子宮頸がん検診のしくみを教えてください。

子宮頸がん検診は、1次検診と2次検診に分けられます。対象年齢は20歳以上の性交経験者、上限は我が国では設けられておりません。60～70歳を上限としている国もあります。

1次検診は被検診者を婦人科内診台に載せ、切石位で膀胱鏡を用いて膣を展開し、子宮腔部をまんべんなく擦過し得られた細胞を塗沫固定し、パパニコロー染色をほどこし鏡検し細胞診を行います。

これには、日本臨床細胞学会認定の細胞診スクリーナーがスクリーニングをし、同学会認定の細胞診指導医が診断を行います。

我が国では従来、パパニコロー分類を基本とした日母分類による診断を行い実績を上げて来ましたが、現在は「ベセスダシステム」により診断をし、NILM（陰性）以外の症例を2次検診（精密検査）といたします。NILMの場合、2年毎の検診となります。

標本作製法としては、従来の直接スライドガラスに擦過細胞を塗沫して作製する方法に代わって、最近では液状検体（LBC法）が推奨されています。LBCは、細胞の重積が少なく、細胞数が多く、固定状態が均質などから細胞診断しやすい。また何より、HPV検査が同時に出来ることなど利点が多い為、最近急速に普及して来ています。ただ、対策型検診では、費用面の問題があり、普及は一部にとどまっています。

## [ベセスダシステムに基づく細胞診の分類]

### 細胞診結果 その1：扁平上皮系

結果	略語	推定される病理診断	従来のクラス分類	英語表記	運用
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見、炎症	I、II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検査
2) 意義不明な異形扁平上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	II-IIIa	Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)	要精密検査： ① HPV 検査による判定が望ましい。 陰性：1年後に細胞診、HPV 併用検査 陽性：コルポ、生検 ② HPV 検査非施行 6ヵ月以内細胞診検査
3) HSIL を除外できない異型扁平上皮細胞	ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い	IIIa-b	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)	要精密検査： コルポ、生検
4) 軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV 感染 軽度異形成	IIIa	Low grade squamous intraepithelial lesion	
5) 高度扁平上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	IIIa IIIb IV	High grade squamous intraepithelial lesion	
6) 扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌	V	Squamous cell carcinoma	

### 細胞診結果 その2：腺細胞系

結果	略語	推定される病理診断	従来のクラス分類	英語表記	取扱い
7) 異型腺細胞	AGC	腺異型または腺癌疑い	III	Atypical glandular cells	要精密検査：コルポ、生検、 頸管および内膜細胞診 または組織診
8) 上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	IV	Adenocarcinoma in situ	
9) 腺癌	Adenocarcinoma	腺癌	V	Adenocarcinoma	
10) その他の悪性腫瘍	other malign.	その他の悪性腫瘍	V	Other malignant neoplasms	要精密検査：病変検索

## Q2. 2次検診（精密検査）はどのように行われるのでしょうか？

ベセスダシステムは診断のみならず、その後の2次検診、管理、運用まで規定しています。

ASC-USについては、HPV感染の有無をチェックすることが推奨されています。あとは、コルポスコープ下に白色上皮やモザイク、赤点斑などの異常所見の認められる部位をパンチバイオプシーして病理学的診断を行うことになっています。

## Q3. 子宮頸がん検診を受ける意味を教えてください。

細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率、罹患率を減少させることが証明されています。しかしながらその反面、偽陰性（がんがあるのに見つけれないこと）や偽陽性（がんがないのに検診結果が陽性と判定される）があることも事実で、検診の精度向上は常に努めなければなりません。

## Q4. 子宮頸がんはどのように起こるのですか？

子宮頸がんの多くは、ヒトパピローマウイルス（HPV）というウイルスが性的接触によって感染することが原因となります。1983年にドイツのツア・ハウゼンが初めて子宮頸がんからHPV16型を分離し、その後の研究により子宮頸がんの原因がHPV感染であることを証明しました。2008年ノーベル医学、生理学賞を受賞しています。子宮頸がんにおける扁平上皮がんのほぼ100%、腺がんの90%からHPVが検出されます。

性交渉があれば、誰でも感染する可能性があります。HPVに感染しても多くの場合、一時的な感染で無症状のまま病気を発症せずに済みますが、中にはHPV感染が持続することがあり、がん化の方向に進むことがあります。また、HPVには、多くの亜型があり、特に16型や18型ががんに進展しやすいことが知られています。

## Q 5. HPV 感染から子宮頸がん発生のメカニズムは？

HPV が性的接触により子宮頸部上皮基底細胞に感染し、ウイルスが細胞内に共存するようになると軽度異形成（CIN I、LSIL）の状態になります。この状態の 90%は一過性の感染で終わり、ウイルスは 2 年以内に自然排除されます。ウイルスが排除されず持続感染していると HPV の DNA（ゲノム）が子宮頸部の細胞の DNA に組み込まれていくようになります。中等度～高度異形成／上皮内がん（CIN2～3、HSIL）という段階です。HPV ウイルス由来のタンパクががん抑制遺伝子を不活化し発がんへと進み出すこととなります。CIN 3 の 30%が浸潤がんへと進行するとされます。

## Q 6. 子宮がんは頸がんだけなのですか？

子宮体がんといって子宮内膜のがんもあります。対策型検診としては自治体により実施しているところとしていないところがあります。

理由は

- 1) 早期の妊娠子宮に実施してしまうと流産させてしまう恐れがあり、絶対に妊娠していないことが条件となる。この絶対に妊娠していないという条件が案外難しいことがある。
- 2) ブラシなど検体採取器具を子宮腔に入れる際、強い疼痛を伴うことがある。
- 3) ブラシなど検体採取器具を子宮腔に入れることが困難な症例がある。
- 4) 子宮体がんは不正出血を主訴に受診され発見されることが多く、無症状の方に対策型検診として実施する意義はまだ確立されていない。

などが挙げられます。

## Q 7. 子宮頸がんが最近増加していると聞きましたが本当ですか？

本当です。

子宮頸がんは年間約 1 万人が罹患し約 2,900 人が死亡しており、患者数・死亡数とも近年増加傾向にあります。特に 20 歳～40 歳台の若い世代での罹患が増加しています。この世代の検診率の向上は喫緊の課題です。

### Q 8. 子宮頸がんワクチンを接種していれば検診は必要ないですか？

それは誤解です。

日本で使用可能な HPV ワクチンは 2 価と 4 価のもので、欧米では 9 価ワクチンも使われています。HPV16/18 感染はほぼ 100% 予防可能ですが、HPV は 100 以上の亜型があり、その全てをカバーできる訳ではありません。

### Q 9. HPV ワクチンを接種してもあらゆる HPV 感染を予防できる訳ではなく検診が必要というなら、しっかり検診を受けていればワクチン接種は不要なのは？

それも違います。

まず第 1 に、残念ながら検診精度は 100% ではありません。つまり、子宮頸がんや前がん病変を有する人が検診で陽性を示す割合（感度）は 50～70% であり、一定の頻度で偽陰性が出ます。特に妊婦や腺がんは偽陰性が多いことが知られています。第 2 に、検診で早期がんや前がん病変がみつかれば手術により生命予後が改善したとしても、子宮摘出や円錐切除術などを受けなければなりません。第 3 に、指摘すべきことは、ワクチンの集団免疫効果です。これは全てのワクチンに当てはまる原理で、感染者の絶対数が減少するため、接種していない人もウイルスに暴露され感染する機会が激減するため、ウイルスの感染率が社会全体として減少して行きます。即ち、目指すべきは検診とワクチン接種の両方を推奨し、子宮頸がんをなくし、女性の QOL を改善する事と考えます。

### Q 10. HPV が引き起こすのは子宮頸がんだけですか？

HPV は、100 種以上も報告されています。発がん性のある高リスク型（16、18、31、33、35、45、52、58 型など約 15 種類）と尖形コンジローマなどの疣（イボ）や良性腫瘍の原因となる低リスク型（6、11 型など）に分類されます。

HPV16 型、18 型は子宮頸がん以外にも外陰がん、膣がん、男性も含めた肛門がんや中咽頭がんの主要な原因となっていることが明らかになっています。HPV ワクチンはこれらの予防にも繋がると考えられます。



## Q11. 今、日本では HPV ワクチンの積極的勧奨が中止されているそうですが、安全性に問題はないのでしょうか？

日本においてワクチン接種後に報告された多様な症状（慢性疼痛、運動障害、起立性調節障害など）に関して、国内外において多くの解析が行われておりますが、症状とワクチン接種との因果関係を証明する科学的根拠は示されていません。さらに、平成 27 年 9 月の第 15 回厚労省副反応検討部会でも接種後の多様な症状は機能性身体症状であるとの見解が確認されています。国内で接種を受けたのべ 890 万回接種（約 338 万人）を対象として有害事象が検討され、多様な症状が未回復の頻度は 10 万人あたり 5 人、0.005%と報告されました。

平成 29 年 11 月厚労省第 31 回副反応検討部会では、副反応疑い 10 万人あたり 90.6 人、うち重篤と判断したものは 10 万人あたり 51.1 人とされました。

平成 28 年 12 月の厚労省第 23 回副反応検討部会では、HPV ワクチン接種歴のない方の同様な多様な症状の発症は 12～18 歳女子で 10 万人あたり 20.4 人、接種歴不明を入れると 46.2 人存在したことが報告されました。接種歴がある群で 10 万人あたり 27.8 人と推計されています。

## Q12. HPV ワクチン接種の積極的勧奨が中止されていますが、ワクチン接種は可能ですか？

もちろん可能です。

日本では平成 22 年から HPV ワクチン接種の公費助成が開始され、平成 25 年 4 月に予防接種法に基づき定期接種化されました。

平成 6 年～11 年生まれの女子の HPV ワクチン接種率は 70%ですが、平成 25 年 6 月の積極的勧奨中止により平成 12 年以降生まれの接種率は低下し、平成 14 年以降生まれでは、1%未満です。積極的勧奨が中止になっていますが、接種が中止になった訳ではありません。したがって接種は可能です。しかし厚労省が積極的に勧奨しないとやがて希望者は激減します。

WHO は平成 27 年 12 月の声明で、若い女性が本来予防し得る HPV 関連がんのリスクにさらされている日本の状況を危惧し、安全で効果的なワクチンが使用されない

ことに繋がる現状の日本の政策は、真に有害な結果となり得ると警告しています。先進国の中で日本に於いてのみ、多くの女性が子宮頸がんで子宮を失ったり、命を落としたりするという不利益がこれ以上拡大しないよう、ワクチン接種という 1 次予防、検診という 2 次予防の両方の普及、発展により、子宮頸がんの撲滅を目指すことが肝要と考えます。

[参考文献、出典は日本産科婦人科学会 HP より]

