



図2 子宮頸部の細胞採取方法
(産婦人科研修必修知識 2007 p28 より引用)

1) 液状検体(Liquid based cytology : LBC)法

従来のスライドガラスに採取した細胞を直接塗布する方法とは異なり，採取した検体を一度分散液(保存液)中で攪拌・分散。その液体容器を処理可能施設へ送り，そこで改めて細胞を回収してスライドガラス上に薄く転写・塗抹・固定したのち染色。

LBC法は設備やコストがかかるなど問題点もあるが，保存液中で細胞の保持が可能で，HPV検査など採取された細胞の有効利用もできるなどメリットも多い。

2) 膣部細胞診検査と HPV 検査

高リスク HPV の持続感染が子宮頸癌発症に関与することが明らかとなった。

高リスク HPV の陽性率は，軽度異形成75～85%，中等度および高度異形成80～100%，上皮内がんおよび浸潤癌ではほぼ100%である。子宮頸部腺癌でも約90%に検出される。

子宮頸部細胞診検査は，死亡率減少効果に対して十分な根拠のある精度の高い診断法である。しかし細胞診の特徴として特異度は高いが感度が低いという問題点がある。細胞診のみでは取りこぼしが出てくる可能性がある。そこで HPV テストを組み入れることで効率的に検診を行おうという取り組みがアメリカなどで行われている。

日本でも2010年4月より細胞診でベセスダ分類が ASC-US と判定された患者に対して HPV テストが保険承認された。

3) 細胞診の記録・報告書

質の高い細胞診検査には適切な依頼書が重要である。細胞はホルモン，炎症，出血などにより修飾をうけるため簡潔で適切な情報を提供する依頼書を書くことが重要。

子宮膣部細胞診判定は，我が国ではパパニコロウ分類を基に5段階にクラス分類した日本母性保護医協会分類(日母分類)1978が広く用いられ，1983年より癌検診の細胞診報告書はこの分類で記載されてきた(表1)。日母分類は長く支持されてきたが，腫瘍性病変と炎症性所見を同一の分類カテゴリーにあてはめていることなど細胞診の精度管理上の不都合も指摘されていた。一方，海外での細胞診報告様式はほとんどの地域で1988年にアメリカで作成されたベセスダシステムに基づいたものとなっている。2001年に改定され，これがほぼ世界標準となっている。ベセスダシステムでは①記述的判定を取り入れる(パパニコロウ分類の廃止)②標本の適否を記載する，が重視されている。日本でもベセスダシステム2001に準拠する動きとなっている。ベセスダシステム2001に準拠した日本産婦人科医学会の子宮頸部細胞診報告様式を示す。詳細は成書を参照されたい。