



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。

子宮頸癌における腔部細胞診の意義

子宮頸癌は組織学的には扁平上皮癌と腺癌に大別されるが扁平上皮癌が多数を占める。扁平上皮癌の発生母細胞の主体は、コルポスコープの項でも既述したように、SCJ内側の円柱上皮下に存在する予備細胞と考えられており、扁平上皮癌の多くは異形成→上皮内癌→微小浸潤癌→浸潤癌と進行していくと考えられている。しかしこれらの異形成、上皮内癌、微小浸潤癌は無症状のことが多く、また視診では診断は不可能である。細胞診は肉眼的変化を認めない部分や頸管内など広い範囲より細胞を採取でき、頸部初期病変の存否について診断できる。なお子宮頸部微小腺癌の多くも移行帯を中心とした部位に存在するためSCJ付近の細胞診が重要である。

表1 日本母性保護医協会分類(日母分類)1978

日本母性保護医協会分類(日母分類)1978	
class I	正常。
class II	異常細胞を認めるが良性。
class III	悪性を疑うが断定できない。
III a	悪性を少し疑う。軽度・中等度異形成を想定。組織学的に調べると、このclassより5%程度に癌が検出される。
III b	悪性をかなり疑う。高度異形成を想定。このclassより50%程度に癌が検出される。
class IV	極めて強く悪性を疑う。上皮内癌を想定。
class V	悪性である。浸潤癌(微小浸潤癌を含む)を想定。

表2 ベセスダシステム2001に準拠した日本産婦人科医会の子宮頸部細胞診報告様式

子宮頸部細胞診報告様式

[日本産婦人科医会(案)]

1. 標本の種類	標本作成法	<input type="checkbox"/> 直接塗抹法、 <input type="checkbox"/> 液状検体法			次の対応	
	細胞採取器具	<input type="checkbox"/> サイトピック、 <input type="checkbox"/> ヘラ、 <input type="checkbox"/> ブラシ、 <input type="checkbox"/> 綿棒、 <input type="checkbox"/> その他				
2. 標本の適否	ベセスダシステム	推定病変	用語説明	日母分類	再検査	
	<input type="checkbox"/> 適性 <input type="checkbox"/> 不適正			<input type="checkbox"/> 判定可能 <input type="checkbox"/> 判定不可		
3. 細胞診判定	理由:					
	<input type="checkbox"/> 陰性(NILM)	<input type="checkbox"/> 微生物 <input type="checkbox"/> その他の非腫瘍性所見			I、II	定期検診
	<input type="checkbox"/> 扁平上皮系異常					以下は要精密検査
	ASC-US	<input type="checkbox"/> 軽度扁平上皮内病変疑い	意義不明な異型扁平上皮細胞	II-III a	①HPV検査が望ましい、または、(2)6カ月以内に細胞診再検	
	ASC-H	<input type="checkbox"/> 高度扁平上皮内病変疑い	HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	III a-b	コルポ、生検	
	LSIL	<input type="checkbox"/> HPV感染 <input type="checkbox"/> 軽度異形成	軽度扁平上皮内病変	III a	コルポ、生検	
	HSIL	<input type="checkbox"/> 中等度異形成	高度扁平上皮内病変	III a	コルポ、生検	
		<input type="checkbox"/> 高度異形成 <input type="checkbox"/> 上皮内癌		III b IV		
	SCC	<input type="checkbox"/> 扁平上皮癌	扁平上皮癌	V	コルポ、生検	
	<input type="checkbox"/> 腺系異常					
AGC	<input type="checkbox"/> 腺異型または腺癌疑い	異型腺細胞	III	コルポ、生検、頸管および内臓細胞診または組織診		
AIS	<input type="checkbox"/> 上皮内腺癌	上皮内腺癌	IV			
Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> 腺癌	腺癌	V			
Other malig.	<input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍	その他の悪性腫瘍	V		病変検索	
4. 細胞所見						
5. 注						

NILM: negative for intraepithelial lesion or malignancy  
 ASC-US: atypical squamous cells of undetermined significance  
 ASC-H: atypical squamous cells cannot exclude HSIL  
 LSIL: low grade squamous intraepithelial lesion  
 HSIL: high grade squamous intraepithelial lesion  
 SCC: squamous cell carcinoma  
 AGC: atypical glandular cells  
 AIS: adenocarcinoma in situ