

July / August
2021 No.12

A News letter from SCGO-JSOG Project
on Women's Health and Cervical Cancer

カンボジア 女性のヘルスプロモーションを通じた 包括的子宮頸がんサービスの 質の改善プロジェクト

JICA 草の根技術協力事業(草の根パートナー型)

PROJECT FOR IMPROVING THE QUALITY OF
COMPREHENSIVE SERVICES FOR CERVICAL CANCER

自由記述から見えるカンボジア女性教員の子宮頸がん理解

昨年7月に行った、プノンペン市内の小学校の女性教員に子宮頸がんの知識や理解・行動を聞いた質問紙調査について、SCGO 理事らと論文執筆を始めました。量的なデータは4月の学会で発表済ですが、現在自由記述の詳細内容について検討しています。子宮頸がんの原因、予防方法、症状、診断、治療についてのカンボジア女性教員の生の声は、とても興味深いものでした。

まず子宮頸がんの原因では、微生物と答えた人が1人いましたが、「頻回な性交渉」など性活動に関わることが最多、次いで「陰部の不衛生」があげられました。また少数ながら「女性は特に理由なく子宮頸がんになる」「遺伝」「食物の化学物質」「長距離移動」「働きすぎ」などの答えもありました。ちなみに、2000年頃に行われたアメリカに移住したカンボジア女性の調査(1, 2)での回答では、カルマや運命、また風による病気といった回答が多かったことが報告されています。今回の回答にはありませんでしたが、現在のカンボジア人女性はどう考えているのか、興味のあるところです。

子宮頸がんの予防方法では「外陰部の清潔を保つ」が最も多かったのですが、「外陰部を塩水で洗う」といった日本人専門家には意外な回答がありました。しかしSCGO 理事によるとカンボジアでは特にめずらしいことではなく、「消毒のために塩水で傷を洗うことがあるので、それと同じ感覚」と説明されました。また診断方法の回答にあった“open cervix”は「クメール語で“開けてみる”、つまり婦人科の診察のこと」で、また“cervical drop”は「VIA(酢酸による視診)の際、医師が薬をたらしめますよと説明しているのだろう」と、日本人専門家には理解しにくかった回答が、SCGO 理事の説明であっさり明らかになりました。症状と治療については、性感染症や他のがんとの混同もありましたが、原因や予防に比べると正答が多い傾向でした。



プノンペン市内の公立小学校外観



小学校の図書室

今回、プノンペンの女性教員の生の声から、陰部の清潔保持の重要性や、子宮頸がんの症状、診断、治療といった目に見える／経験のあることは比較的理解されていますが、目に見えない原因や予防方法については、あまり理解が進んでいないことが分かりました。引き続き SCGO 理事らと協働しながら、内容とともにカンボジアの習慣や理解体系に合った表現や伝え方を検討し、効果的な健康教育の実施につなげたいと考えています。

駒形 朋子 (国立国際医療研究センター)

1. Carey Jackson J, Taylor VM, Chitnarong K, Mahloch J, Fischer M, Sam R, et al. Development of a cervical cancer control intervention program for Cambodian American women. J Community Health. 2000;25(5):359-75.
2. Taylor VM, Schwartz SM, Jackson JC, Kuniyuki A, Fischer M, Yasui Y, et al. Cervical cancer screening among Cambodian-American women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1999;8(6):541-6.



※全てプノンペン市内の写真(2021年撮影)

「WHO 子宮頸がん検診・前がん病変治療ガイドライン改訂版」は、 どのように変わったか？

2021年7月、8年ぶりにWHOの子宮頸がん検診・前がん病変治療ガイドラインが改訂されました(1)。本稿では、推奨内容がどのように変わったのか、新旧ガイドラインを比較してみたいと思います。

背景:子宮頸がん検診は、子宮頸がんおよび前がん病変の早期発見に有効かつ費用対効果の高い手段であることから、WHOは積極的な導入を進めてきました。2013年に策定された子宮頸がん検診・前がん病変治療ガイドライン(旧ガイドライン)では、一次検査手法としてHPV検査を最も推奨するものの、「資源の少ない環境では酢酸による視診(VIA)を推奨」と記載されているため(2)、低資源国の多くでVIAが導入されてきました。しかし、導入後の検診受診率の低迷、VIAの質の担保が大きな課題となっています。また近年、HPV検査機器の種類が増え、価格が低下してきています。

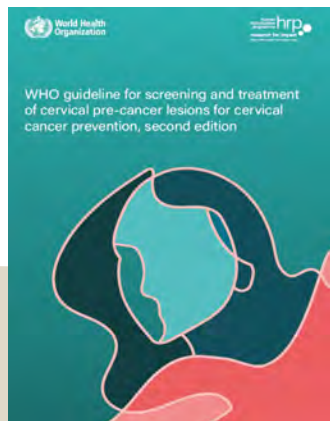
改訂内容:新旧ガイドラインの内容を項目別に並べて表にしたものを次頁に示します。なお、新旧どちらのガイドラインにおいても、女性のHIV感染の有無によって検診間隔や開始年齢の推奨が異なりますが、ここではHIV非感染者の推奨のみに絞っています。主な改訂点は以下の通りです。

1. HPV検査を、VIAや細胞診よりも推奨する内容となった
2. HPV検査を用いた検診間隔が、5~10年毎と広くなった
3. 検診終了年齢の推奨が加わった
4. HPV検査検体の採取方法として、医師採取とともに自己採取も推奨となった
5. 二次検査の手法として、VIA以外にHPV16/18ジェノタイプング、コルポスコピー、細胞診も追加された
6. HPV検査陽性、二次検査陰性時の再検査時期の推奨が入った
7. 前がん病変治療後の検査時期の推奨が入った

表:新旧ガイドラインの項目別比較(HIV 非感染者に対する推奨を一部抜粋、著者により翻訳)

項目	旧ガイドライン	新ガイドライン
一次検診検査	<ul style="list-style-type: none"> HPV 検査を、VIA よりも推奨。ただし、資源が乏しく HPV 検査が実施不可能な環境では、VIA でもよい。 HPV 検査を、「細胞診+コルポスコピー(±組織診)」よりも推奨。ただし、質の高い細胞診、コルポスコピーを既に提供できている国では、それを継続してもよい。 導入する検査手法を検討中または、VIA、細胞診どちらも利用可能な国においては、VIA による検診を「細胞診+コルポスコピー(±組織診)」よりも推奨。 	<ul style="list-style-type: none"> VIA や細胞診ではなく、HPV 検査を推奨。 * 既存の検診プログラムで、質が担保された細胞診を用いている場合は、HPV 検査が実用化されるまでそれを継続する。VIA を用いている場合は、質の担保に課題があるため、速やかに HPV 検査に移行するのがよい。
検診間隔	<ul style="list-style-type: none"> HPV 検査の場合、最低 5 年あける VIA または細胞診の場合、3~5 年毎 	<ul style="list-style-type: none"> HPV 検査の場合、5~10 年毎 VIA または細胞診の場合、3 年毎
検診開始年齢	<ul style="list-style-type: none"> 30 歳以上 	<ul style="list-style-type: none"> 30 歳以上
検診終了年齢	(推奨なし)	<ul style="list-style-type: none"> 50 歳以降、推奨された定期検診間隔で 2 回連続して陰性となったら
優先対象者	<ul style="list-style-type: none"> 30~49 歳 	<ul style="list-style-type: none"> 30~49 歳および検診歴のない 50~65 歳
HPV 検査検体の採取手法	<ul style="list-style-type: none"> 医師採取のみ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師採取、自己採取ともに推奨
HPV 検査陽性時の対応	<ul style="list-style-type: none"> 二次検査なく治療 (screen & treat*) または、VIA による二次検査を行ってから治療 (screen-triage-treat) を推奨。 	<ul style="list-style-type: none"> 二次検査なく治療 (screen & treat*) または、HPV16/18ジェノタイプング、コルポスコピー、VIA、細胞診による二次検査を行ってから治療 (screen-triage-treat) を推奨。 * 二次検査手法の選択は、各国における実現可能性、研修、質の担保、資源に依存する。
HPV 検査陽性、二次検査で陰性時の再検査	(明確な推奨なし)	<ul style="list-style-type: none"> HPV検査による一次検査で陽性、二次検査で陰性の場合、2年後にHPV検査を行い、陰性であれば定期的な検診間隔に戻ることを推奨
前がん病変治療後の検査	(明確な推奨なし)	<ul style="list-style-type: none"> 前がん病変治療後は、1年後に HPV 検査を行い、陰性であれば定期的な検診間隔に戻ることを推奨

本カンボジア子宮頸がん事業では、第一フェーズの 2015 年から、VIA による検診展開の限界をカンボジア産婦人科学会と共有し、事業対象国立病院における HPV 検査での検診のパイロット導入を進めてきました。HPV 検査の実地検証、二次検査としてのコルポスコピー検査能力の向上、HPV 検査を起点とした検診プロトコル作成の支援など、これまでに実施してきたことは、どれも新ガイドラインの内容を先取りしていたとも言えるかもしれません。現在は、検診受診率を上げる一つの方法として、自己採取の導入に取り組んでいます。引き続き保健省・カンボジア産婦人科学会と情報交換を行いながら、カンボジアでの展開を支援していきたいと思っております。



*一次検査陽性時、二次検査なく治療をすること。必然的に過剰処置が増えるが、追跡不能例を減らすことが目的。

1. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. 2019.

(<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>)

2. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2013.

(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf)