

香川県の子宮癌検診における精検者の追跡調査

—— 細胞診と組織診を対比して ——

山根 弘文・高樹 正浩・[†]久保 純子・^{*}大野加代子 ^{*}脇 睦恵
^{*}植松みゆき・^{**}岸 恭也

I 緒 言

子宮頸癌の治癒率を高めるには早期発見，早期治療が要諦であることは先駆者の多くの業績によって実証されているが，集団検診では特に無自覚，無症状の健康婦人から積極的に初期癌を発見しようとするものである。

香川県では昭和42年より検診車方式による癌検診を行ない，大きい成果を上げ現在に至っている¹⁾。細胞診主体の子宮癌検診を行なってみて問題なのは細胞診と組織診の一致しない例がかなり多いことがある。特に細胞診陽性，組織診陰性例に遭遇する時には困惑する。この実態を明らかにするために，過去10年間の成績を細胞診と組織診を対比検討した。

II 方法及び対象

昭和43年～52年までの10年間にこなった総受診者166,344名の内精検指定病院で精検を受けた1873名について細胞診と組織診を対比し，その中でclass IIIa以上が何年か続いた180名について細胞診成績と組織診の初回及び次回成績について検討した，細胞診材料採取は徳

大産婦人科教室の医師よって行なわれ精検は患者の希望する香川県母性保護医協会々員の産婦人科開業医および香川県内の国公私立病院婦人科医が責任をもってこれに当たった。

III 成 績

昭和43年～52年までの10年間の class IIIa 以上の1873人の細胞診成績（表1）は，IIIa 33.7%，III 37.0%，IIIb 12.0%，IV 13.2%，V 4.1%である。

組織診で異形成と診断された細胞診成績の内訳は，IIIa 34.8%，III 35.1%，IIIb 15.6%，IV 11.8%，V 2.7%，でその約85%は class IIIa～IIIbと判定されている。

次に組織診で上皮内癌と診断された細胞診成績の内訳は，IIIa 14.8%，III 34.5%，IIIb 18.8%，IV 26%，V 5.8%であった。

組織診で浸潤癌と診断された細胞診成績の内訳は IIIa 8.4%，III 28.7%，IIIb 17.3%，IV 27.4%，V 18.1%，であったが微小浸潤を含む浸潤癌の細胞診成績としては class IIIが多いように思われる。

表1 細胞診と組織診成績

Pap分類	検査人数	異 形 成		上 皮 内 癌		浸 潤 癌		良 性 病 変		未 受 診		follow up		合 計	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
IIIa	633	118	34.8	33	14.8	20	8.4	339	43.0	63	37.7	58	50.9	631	33.7
III	686	119	35.1	77	34.5	68	28.7	323	41.0	61	36.5	38	33.3	686	37.0
IIIb	225	53	15.6	42	18.8	41	17.3	64	8.1	17	10.2	8	7.0	225	12.0
IV	249	40	11.8	58	26.0	65	27.4	52	6.6	23	13.8	8	7.0	246	13.2
V	80	9	2.7	13	5.8	43	18.1	10	1.3	3	1.8	2	1.8	80	4.1
合 計	1,873	339	18.1	223	11.9	237	12.7	788	42.1	167	8.9	114	6.1	1,868	100

細胞診が class IIIa 以上で，初回の精検（組織診）が良性病変と診断され，その内100人がその後の集検で再び精検に回された。その次回組織診は次の通りである。

良性病変36%，follow up中7%，異形成25%，上皮内癌19%，浸潤癌13%で，初回良性病変とされた中にも32%の上皮内癌以上の病変が発見されており，異形成を入れると57%に何らかの病変が認められている。

* 香川県ガン予防協会 ** 徳島大学医学部産婦人科教室

表2 細胞診と初回, 次回組織診

Pap分類	人数	初回の組織診	次回の組織診	人数	%
Ⅲa	26	良性病変 100人	良性病変	36	36
Ⅲ	41		follow up	7	7
Ⅲb	17		異形成	25	25
Ⅳ	14		上皮内癌	19	19
Ⅴ	2		浸潤癌	13	13

細胞診Ⅲa 以上で初回の精検(組織診)で異形成と診断された46人の次回組織診の成績(表3)は, 良性病変32.6%, follow up 2.2%, 異形成28.3%, 上皮内癌34.8%, 浸潤癌2.2%であり, 初回組織診が異形成であったものの内, 次回組織診で上皮内癌以上の病変と診断されたものが37%あり異形成を入れると65.3%が異形成以上の病変であった。

表3 初回の精検が異形成病変

Pap分類	人数	初回の組織診	次回の組織診	人数	%
Ⅲa	16	異形成 46人	良性病変	15	32.6
Ⅲ	14		follow up	1	2.2
Ⅲb	8		異形成	13	28.3
Ⅳ	7		上皮内癌	16	34.8
Ⅴ	1		浸潤癌	1	2.2

細胞診Ⅲa 以上で初回の精検の際の組織診が follow up であったもの8人の次回組織診の内訳(表4)は良性病変37.5%, 異形成12.5%, 上皮内癌37.5%, 浸潤癌12.5%であった。

表4 初回の精検がfollow up

Pap分類	人数	初回の組織診	次回の組織診	人数	%
Ⅲa	1	follow up 8人	良性病変	3	37.5
Ⅲ	4		異形成	1	12.5
Ⅲb	1		上皮内癌	3	37.5
Ⅳ	1		浸潤癌		
Ⅴ	1			1	12.5

細胞診Ⅲa 以上で初回の精検(組織診)が上皮内癌であった6人の次回組織診(表5)は良性病変2人(33.3%), 上皮内癌2人(33.3%), 浸潤癌2人(33.3%)であった。

細胞診Ⅲa 以上で初回の精検未受診者の次回組織診成績(表6)は良性病変18.7%, 異形成31.3%, 上皮内癌25%, 浸潤癌25%であり未受診者の50%は上皮内癌以上の病変であった。これより考えると(表1)の中の class

表5 初回の精検が上皮内癌

Pap分類	人数	初回の組織診	次回の組織診	人数	%
Ⅲa	0	上皮内癌 6人	良性病変	2	33.3
Ⅲ	4		上皮内癌	2	33.3
Ⅲb	1		上皮内癌	2	33.3
Ⅳ	1		浸潤癌		
Ⅴ	0			2	33.3

表6 初回の精検が未受診

Pap分類	人数	初回の組織診	次回の組織診	人数	%
Ⅲa	2	未受診 16人	良性病変	3	18.7
Ⅲ	5		異形成	5	31.3
Ⅲb	4		上皮内癌	4	25.0
Ⅳ	5		浸潤癌		
Ⅴ	0			4	25.0

Ⅳ, Ⅴの未受診者26人, 又 class Ⅲa ~Ⅲbの141人の中にも異形成以上の病変が含まれている可能性が多いと考えられ未受診者をなくする努力が是非必要である。

Ⅳ 考 察

子宮癌の集団検診を実施するにあたって大切なことは, 積極的な啓蒙活動により受診者の増加に努力することもあるが, その検診で要精検となった者の管理追跡が効果的にしかも未受診者を出来る限り出さずに行なわれているかどうかで, その検診の評価が決まると思われる。

川島²⁾らは, 集検を行なう場合それを統轄する管理運営機構, 即ち集検センターの設立が急務であると述べている。そして現在の集検の最大の欠陥は, 追跡管理や入院治療の見届けを怠り勝ちであることと, 精検未受診者がかなりある点だと述べている。鈴木³⁾は肉眼的に組織片の採取を行なうことは全く無意味であると述べている。三谷, 山辺⁴⁾(1970)の文献的調査によると, 上皮内癌の時の生検と剔出材料の一致率は, 9.5 ~75.4%とかなりの開きがあり, 中山⁵⁾の報告では生検で異形成とした29例のその確定診断で, 上皮内癌12例, 微癌1例が判明したと報告している。又栗原⁶⁾は, 集団検診や一般検診などで発見される上皮内癌や微小浸潤癌は, 思いもよらない子宮頸部に潜れているため, ほんの一部を切除する spot biopsyでとりのがし子宮頸部の全面から細胞をかき集める細胞診に軍配が上がるということが, これから増々増加すると述べ, そして子宮頸部での盲目的な biopsy から脱皮を急がないと組織診の権威が大きくゆらぐ心配にかられる。それには陰拡大鏡診を広く臨床に応用し, 肉眼で見当のつかない時は全て狙い biopsyを行なう以

外に手だてはないと述べている。このようなことより集団検診で発見される病変は、異形成、上皮内癌あるいは初期浸潤癌等が多く病巣も小さく限局していることが多いので生検を行なうにあたっては、膣拡大鏡診下狙い切除が絶対が必要である。

今回の成績は(表2~表6)に示すようにclassⅢa~Ⅴまでの2回以上精検を受けたもの180例について5つのグループに分けて検討してみると、初回の精検(組織診)表2が良性であったもの100例中次回の精検(組織診)では、32%の癌が発見され異形成の25%を入ると実に57%に異形成以上の病変が認められている。

初回の精検(組織診)表3が異形成であった46例の次回の精検(組織診)でその37%に癌が発見された。

follow upをしていた8人の次回精検(組織診)表4の組織診成績は50%の4名に癌が発見された。

このような成績から考え表1の細胞診が陽性で精検(組織診)陰性の中にも癌が含まれている可能性は多いと考えられ、細胞診が陽性の時は、組織診陰性でも厳重な追跡管理が必要であると思われる。

不一致例がおこる理由としては2つのことが主として考えられる。1つは精検の際の採取の方法、すなわちコルポスコピーの使い方あるいは生検の狙い方であり、他の1つは病理組織診の診断基準の問題であると考えられるが、最近ではこれらの問題は徐々に改善されているが県の機関として精検のできるセンターの設立が急務であろう。

精検未受診者が表1に示すように10年間に167人あり、その中で特にclassⅣ、Ⅴで26人(15.6%)の未受診者があったが、この中の大多数は癌か、異形成の病変の患者であると思われ、この未受診者を訪置しては検診の効果が激減する。保健婦を通じての現在の訪問指導体制をなお強化し、未受診者を無くする努力が必要であると考えている。

V おわりに

香川県では、集検と精検を別の機関が分担して子宮癌検診を行ってきたが今回は昭和43年~52年までの10年

間に行なった166,344名の検診を行ない、その中でⅢa以上の要精検者1873名を対象に検討を行なった。

検診当初は、当協会の細胞診成績と精検施設による組織診成績の不一致例が多く追跡も不十分で未受診者8.7%~16%とかなり多く、その後の経過が判明しない患者も認められたが、昭和51年頃より保健婦の直接訪問形式がとられ、未受診者も2.3%と減少すると共に不一致例も38%から7%に減少が認められた。又細胞診と組織診classⅢa以上で2回以上精検を受けた者を5つのグループに分け検討を行なった。

classⅢa以上と判定されたものの中には、初回の組織診で良性病変とされたものの中にも32%以上に上皮内癌以上の病変が含まれていた。

初回の組織診が異形成の46人の次回精検の組織診成績は、癌が37%に発見されている。以上の成績より今後の問題としては、強力な啓蒙運動によって受診者の増加に努力することも大切であるが、限りある検診能力で最大の効果をあげるには、未受診者の開拓、受診者の固定化を防ぎ日母検診の導入と共にまず検診の精度の向上が急務であることを痛感した。

VI 文 献

- 1) 岸 恭也, 他; 香川県における約13万件におよぶ子宮癌集団検診成績についての検討, 四国医誌, 33・339・1977
- 2) 川島吉良, 他; 集団検診と細胞診, 産婦人科治療, 25・646・1972
- 3) 鈴木雅洲, 他; 子宮癌集団検診一わが国の現状と将来一, 産婦人科治療, 37・273・1978
- 4) 三谷 靖, 他; 現代産婦人科大系第8巻, DX 11, 上皮内癌, 1970
- 5) 中山正博, 他; 高度異形成, 上皮内癌および微小浸潤癌における細胞診成績, 日臨細胞誌, 10・242・1971
- 6) 栗原操寿, 他; 産婦人科シリーズNo.4, 婦人科がん検診のすべて, 早期診断法, 1973