

第69回日本産科婦人科学会学術講演会
専攻医教育プログラム3 腫瘍2

1) 子宮頸部上皮内腫瘍の診断と管理

愛媛大学産科婦人科
藤岡 徹

第69回 日本産科婦人科学会学術講演会

利益相反状態の開示

筆頭演者氏名：藤岡 徹

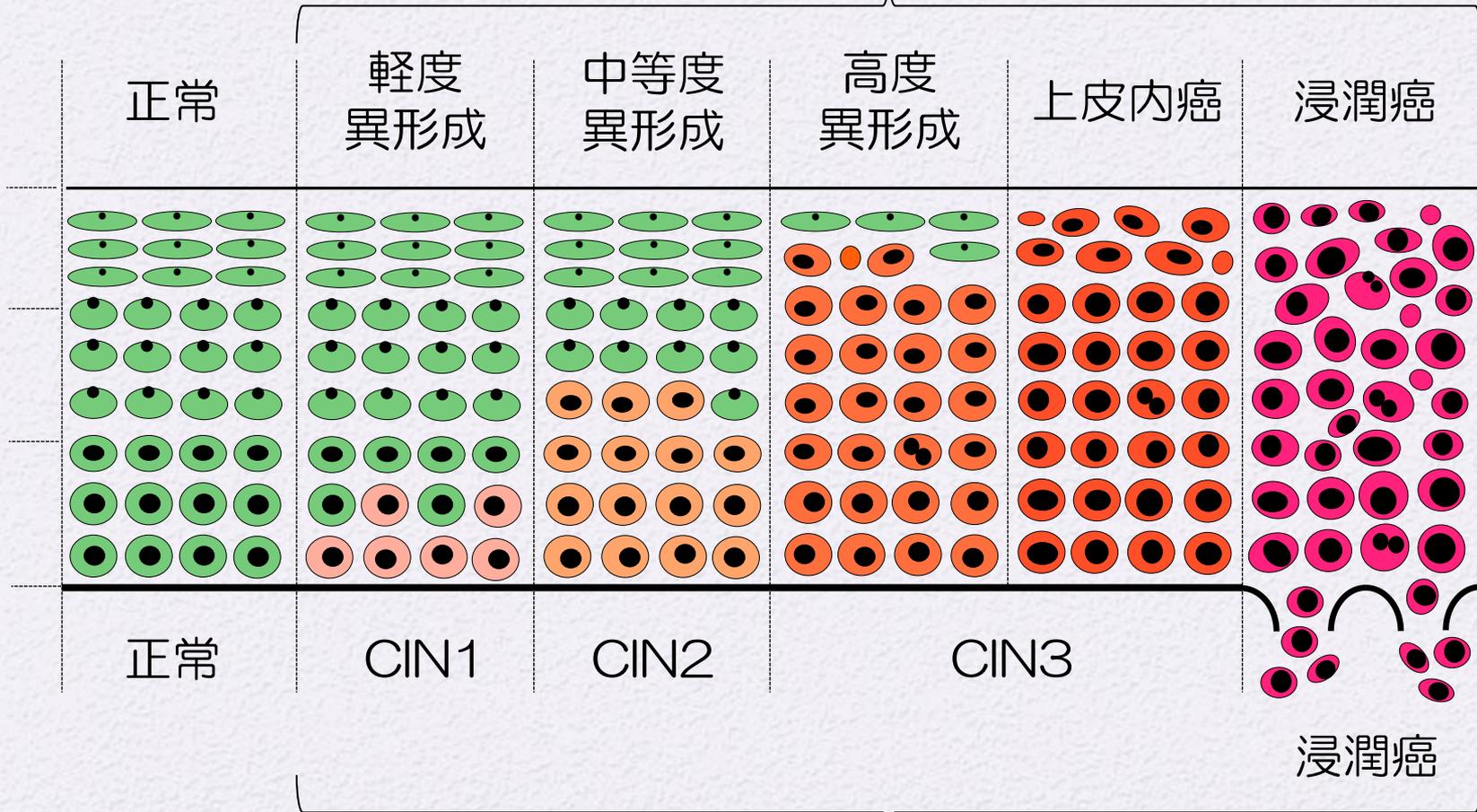
所属：愛媛大学産婦人科

私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反はありません。

子宮頸部上皮内腫瘍の分類

HPV感染

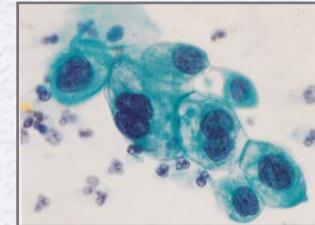
〈 子宮頸癌取り扱い規約第2版 1997 〉



〈 子宮頸癌取り扱い規約第3版 2012 〉

CINの診断

子宮頸部細胞診でのスクリーニング
(ベセスダシステム2001)



↓

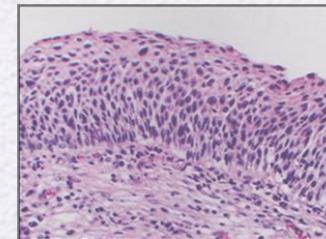
コルポスコピー



↓

組織診

- 狙い生検
- 頸管内搔爬
- 円錐切除
- LEEP



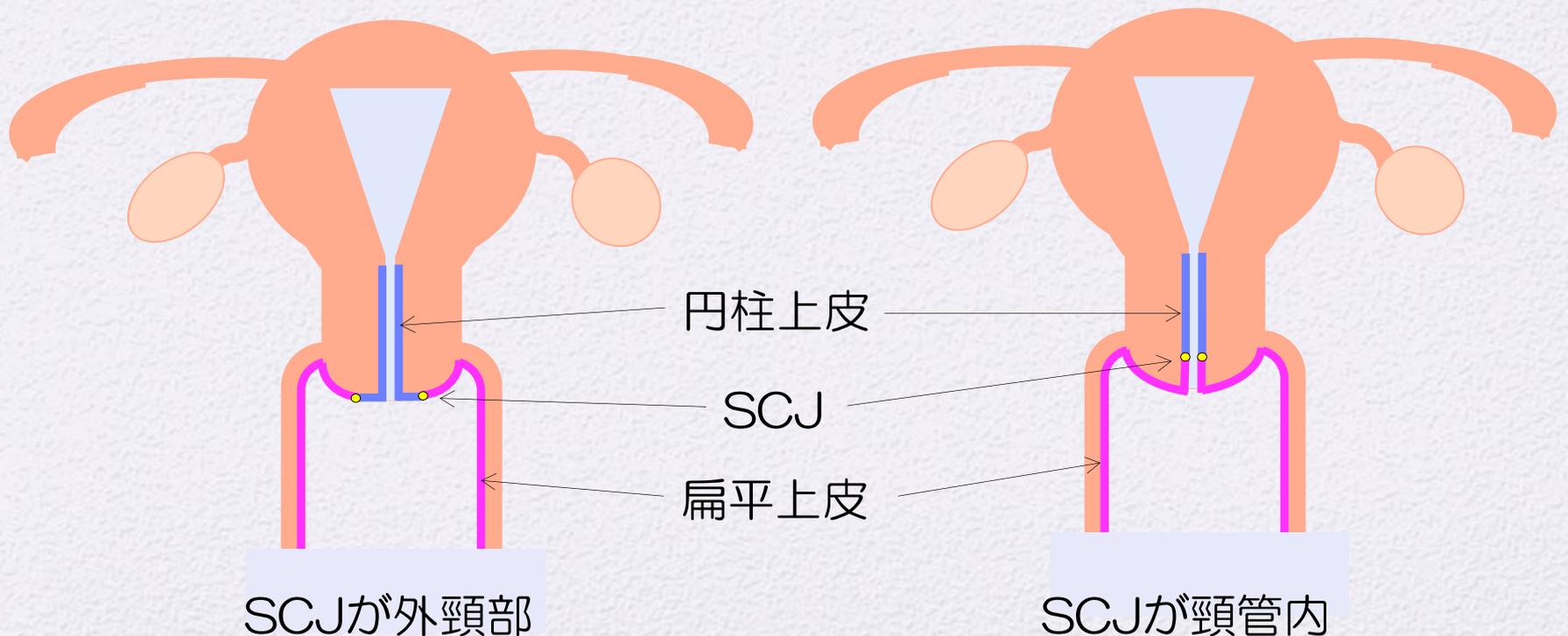
CQ201 子宮頸部細胞診の適切な採取法は？

Answer

1. 子宮頸部の扁平上皮-円柱上皮境界（Squamo-columnar Junction : SCJ）領域を中心に細胞を採取する。（B）
2. 妊娠女性以外では、綿棒ではなく、ヘラ、ブラシ（ブルーム型を含む）での細胞採取を行う。（C）

A：強く進める，B：勧められる，C：考慮される

（産科婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編2014）

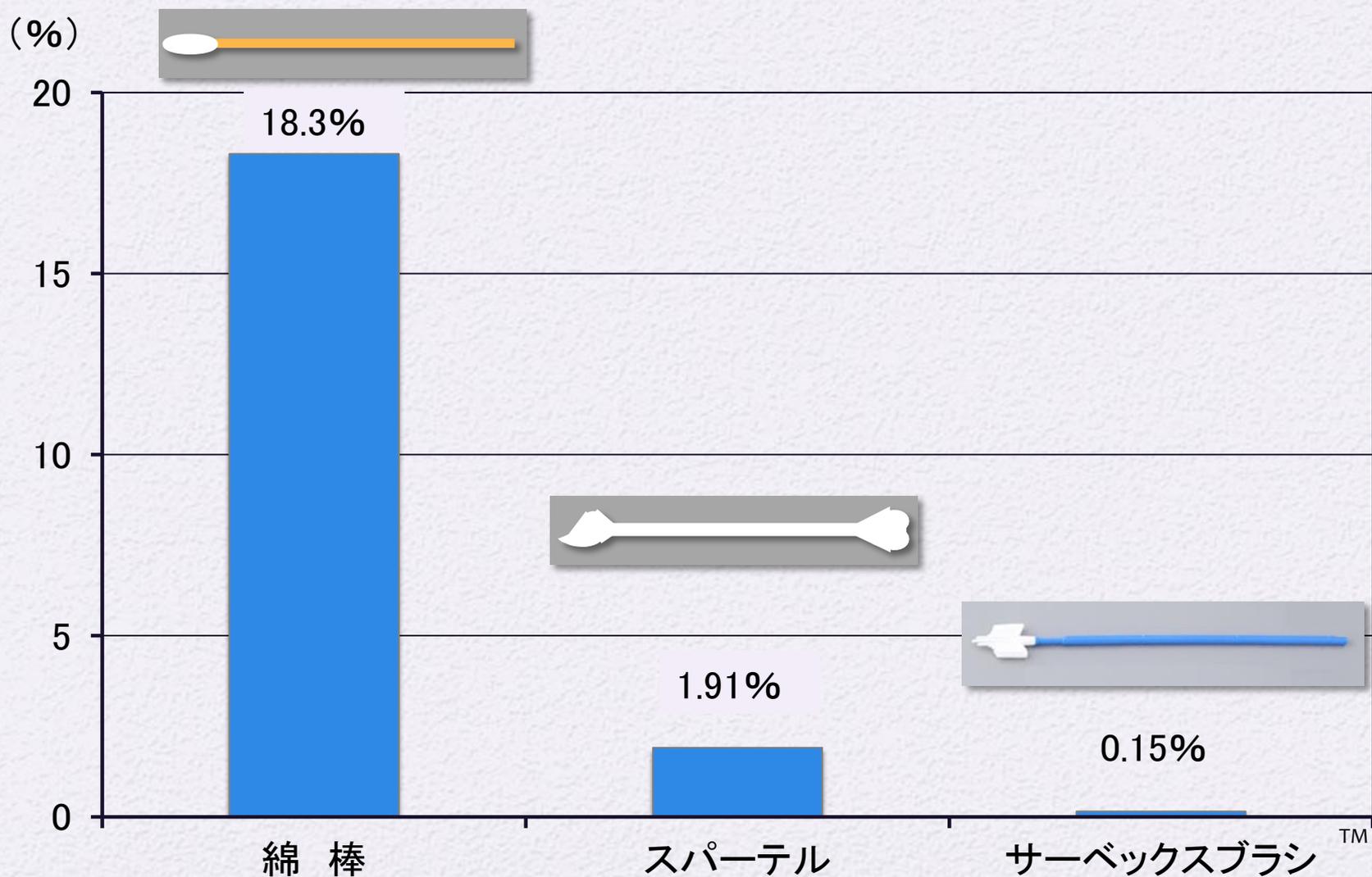


細胞採取器具

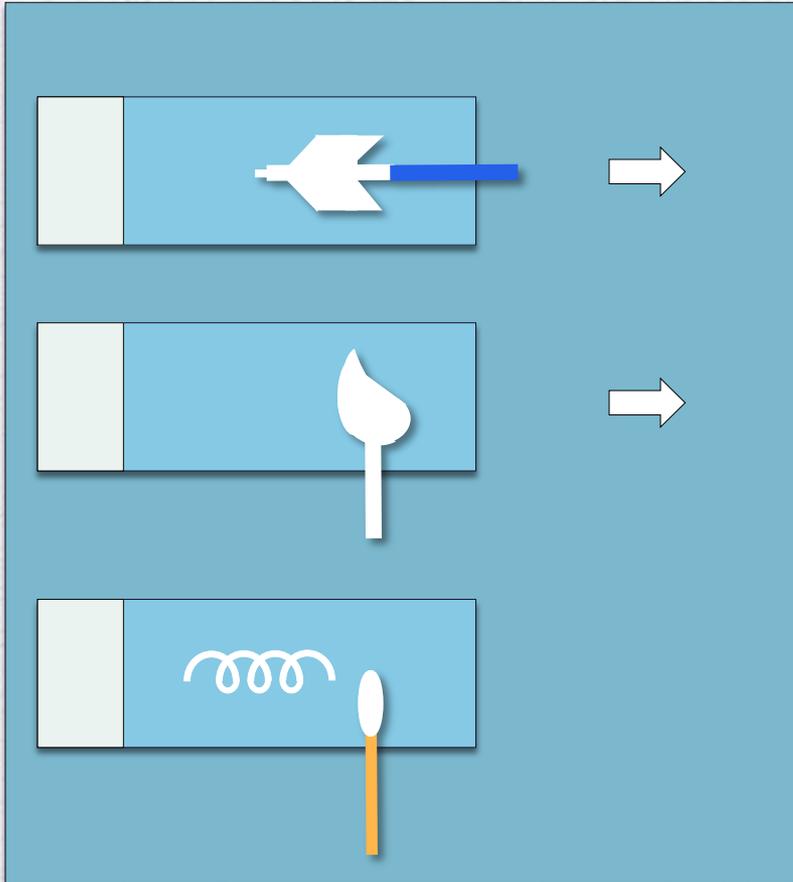


- 綿棒
- サイトピック
- エンドサーベックスブラシ™
- サーベックスブラシ™
- ブラシ（細）

採取器具による標本不適正率



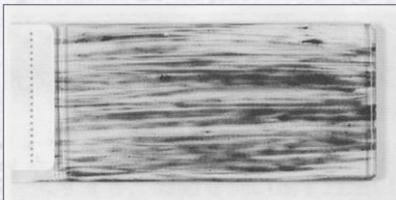
直接塗抹法のこつ



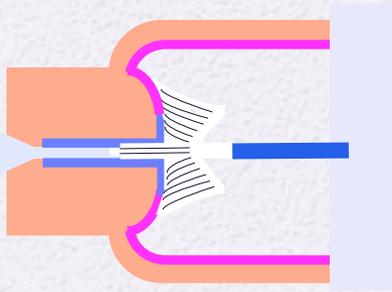
ブルーム（ほうき）型のサーベックスブラシ™などはスライドガラスの長軸と器具の長軸を一致させて、長軸方向へ引き均一に塗抹する。

スパーテルやサイトブラシなどでは、採取器具の長軸をガラスと直角に保ち水平移動させ、均一に塗抹する。

綿棒はその長軸をスライドガラスと直角に保ち転がすように塗抹する。



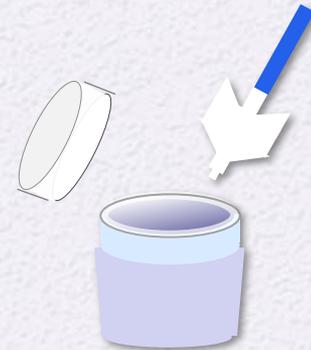
液状化検体細胞診（LBC）



ブルーム型ブラシでは

- 子宮頸管内にブラシの中央部を挿入
- 周りの短いブラシ部分が、子宮腔部に接するところまで挿入
- ブラシをそっと押し付け、時計回りに5回転させて擦過

- ブラシ先端を保存液の入った容器内で、容器の底でブラシが広がるように素早く10回押し付ける
- 最後に、バイアルで強くかき回し、ブラシを廃棄する（ブラシ先端を保存容器内に落とすタイプもあり）



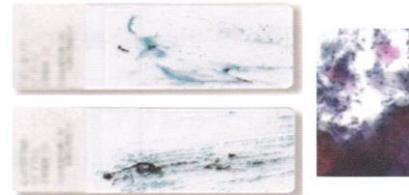
LBC法の長所

- 乾燥のない、均一の塗抹された細胞の重なるの少ない標本ができる。
- 検鏡する範囲が直径13~20mmの円の範囲内になるため検鏡時間が短縮される。

LBC法の短所

- 特殊な機器が必要である。

【従来法】



【LBC(ThinPrep™)法】



ベセスダシステム2001の導入

- ・記述式判定を取り入れる
- ・標本の適正・不適正を評価
 - 細胞数不足：扁平上皮が従来法で8,000個以下、LBCで5,000個以下
- ・診断困難な異型細胞に対して新しいクライテリアを設ける
 - ASC-US、ASC-Hがこれまでにないカテゴリー

厚生労働省

平成25年からは、クラス分類の併用ではなくベセスダシステム単独の使用を行うよう推奨

ベセスダシステム2001細胞診結果とその取扱：扁平上皮系

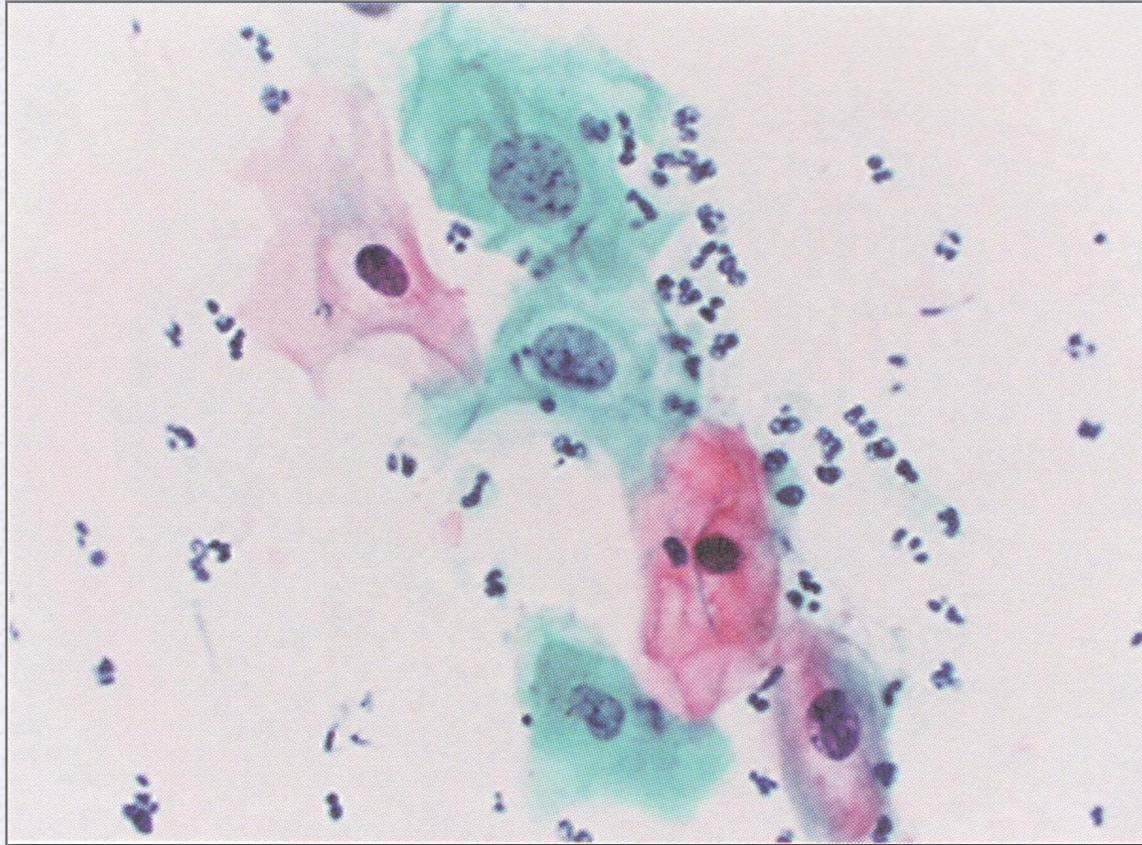
結果	略語	推定される病理診断	従来のクラス分類	英語標記	運用	運用（2017年案）
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見、炎症	I, II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検診	併用検査を実施していた場合のみ以下を参照 ① ハイリスクHPV陽性で尚且つハイリスクHPV検査の既往があり、今回の結果と併せて持続陽性者と判断された時 コルポ・生検する。→ (C) ② HPV16型または18型が陽性の時 コルポ・生検する。→ (C)
2) 意義不明な異型扁平上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	II - IIIa	Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)	要精密検査： ①HPV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 ②HPV検査非施行 6ヵ月以内細胞診検査	要精密検査（以下の選択肢が可能） ① ただちにHPV検査施行し 陰性：1年後に細胞診検査 陽性：コルポ・生検 → (B) ② HPV検査施行せず、6ヵ月目と12ヵ月目に細胞診再検。どちらか一方でもASC-US以上の時コルポ・生検する。→ (B) ③ HPV検査施行せず、ただちにコルポ・生検 することも容認される。→ (C)
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： ただちにコルポ・生検	要精密検査： ただちにコルポ・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	IIIa	High grade squamous intraepithelial lesion		
		高度異形成	IIIb			
		上皮内癌	IV			
6) 扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌	V	Squamous cell carcinoma		

(ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために より引用一部改変)

ベセスダシステム2001 細胞診結果とその取扱：腺系

結 果	略 語	推定される 病理診断	従来の クラス 分類	英語標記	運 用
7) 異型腺細胞	AGC	腺異型または腺癌の疑い	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 malig.	その他の悪性腫瘍	V	Other malignant neoplasms	要精密検査：病変検索

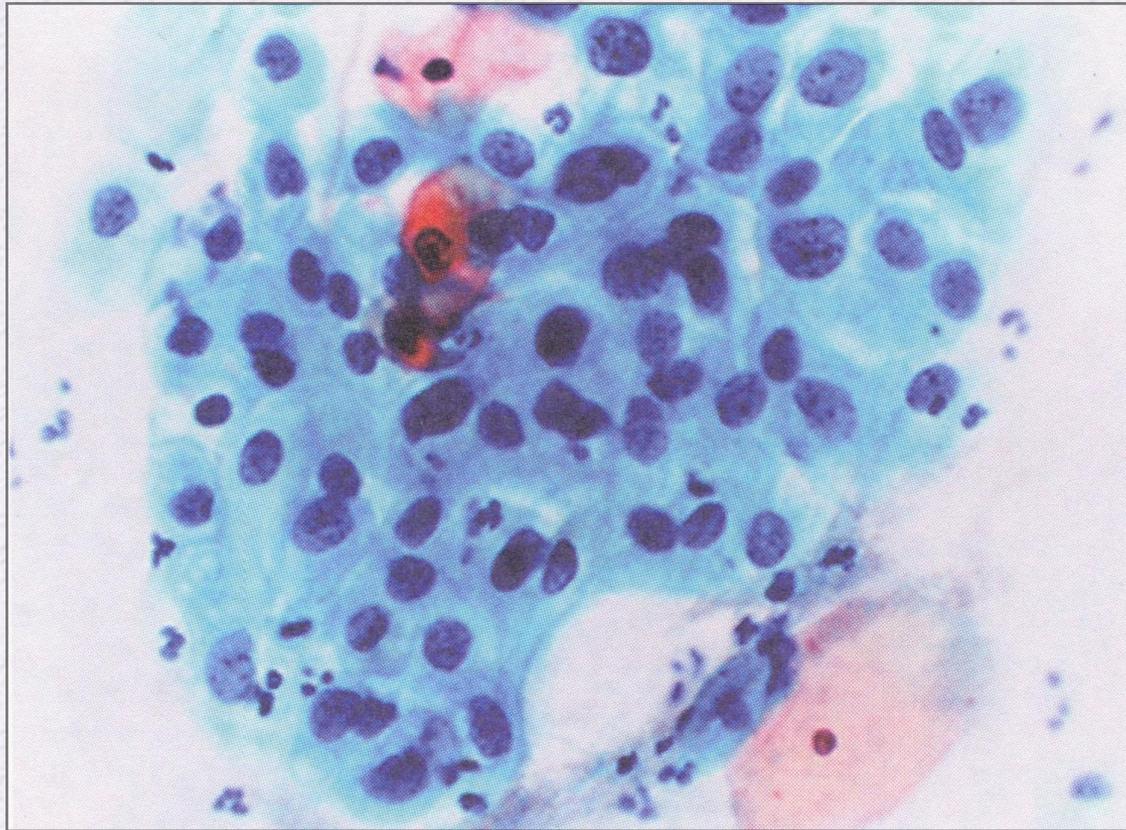
軽度異形成（LSIL）



（Pap. 染色）

表層から中層型の核異常細胞やコイロサイトがみられる。核クロマチンは細～粗顆粒状で軽度増量し核縁はやや不整である。

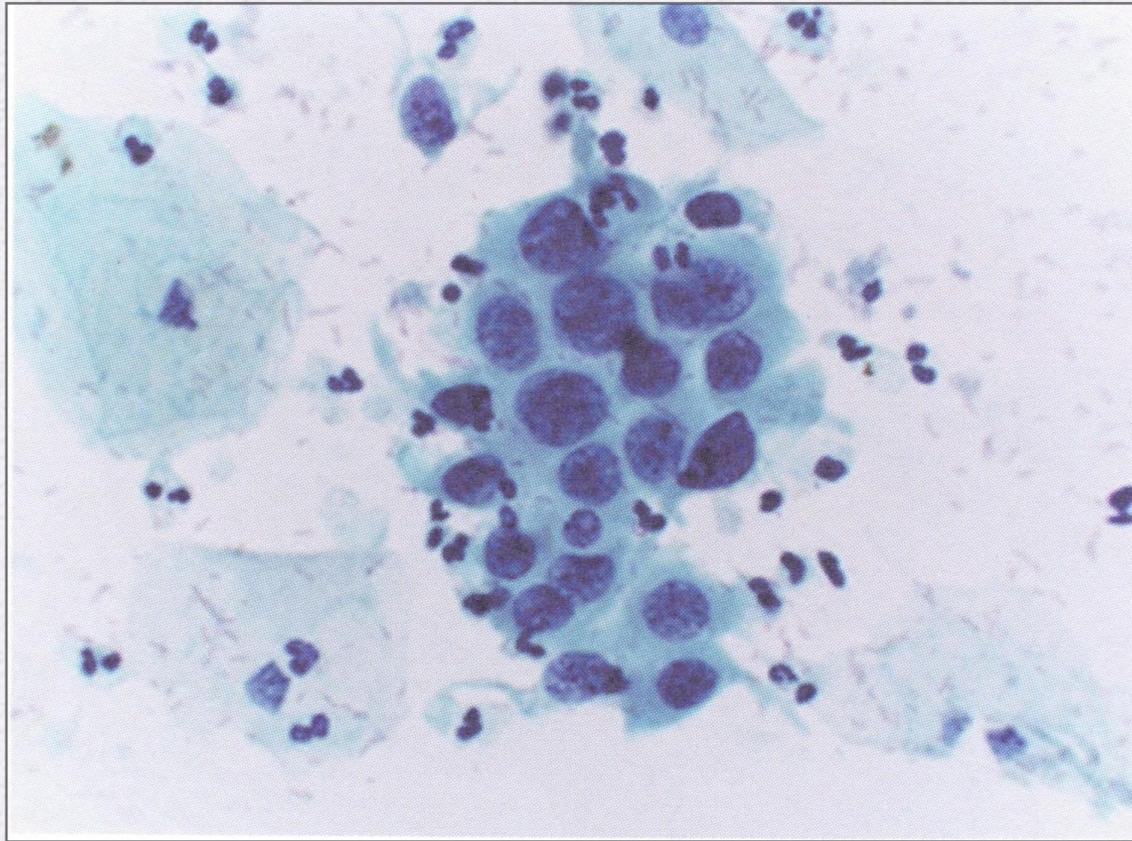
中等度異形成（HSIL）



（Pap. 染色）

中層型の核異常細胞がシート状に出現しており、核クロマチンは細～粗顆粒状で増量し、核縁の不整もみられる。

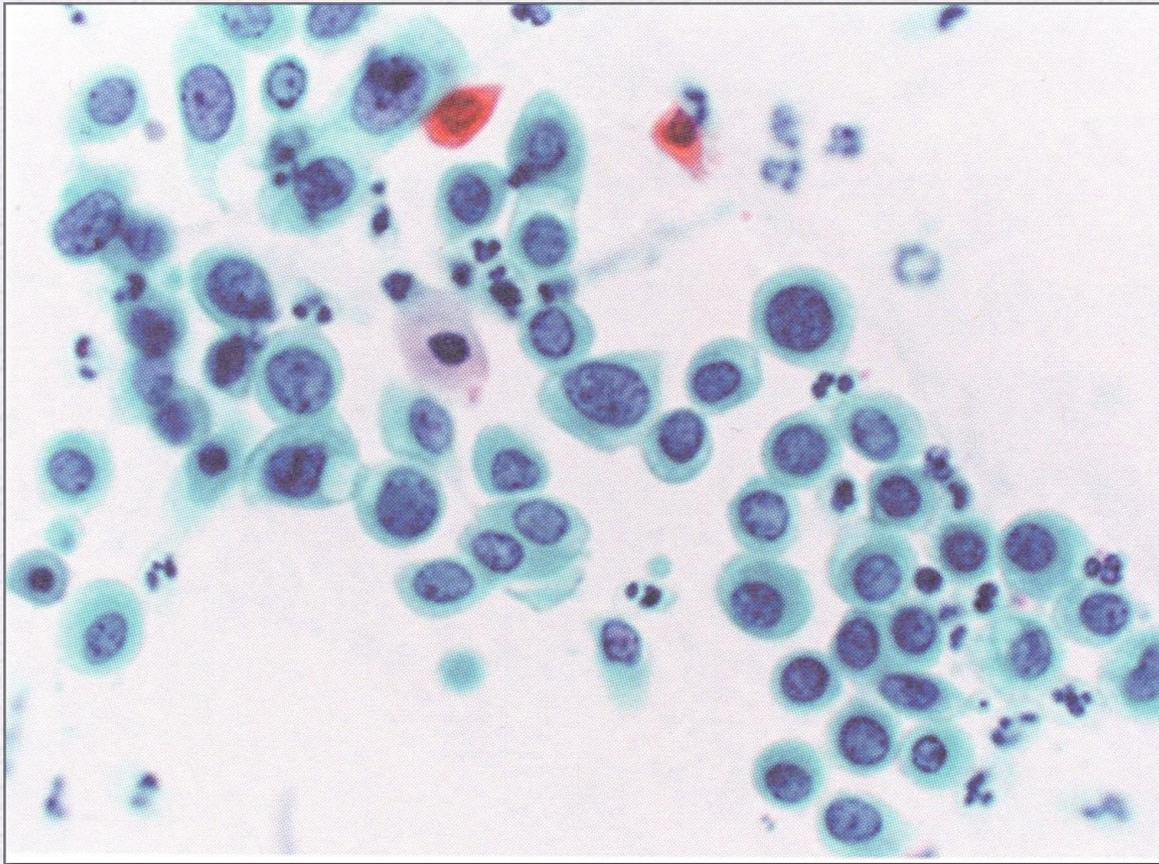
高度異形成（HSIL）



（Pap. 染色）

傍基底型の核異常細胞がシート状に出現している。核クロマチンは粗顆粒状で増量し核縁の不整もみられる。

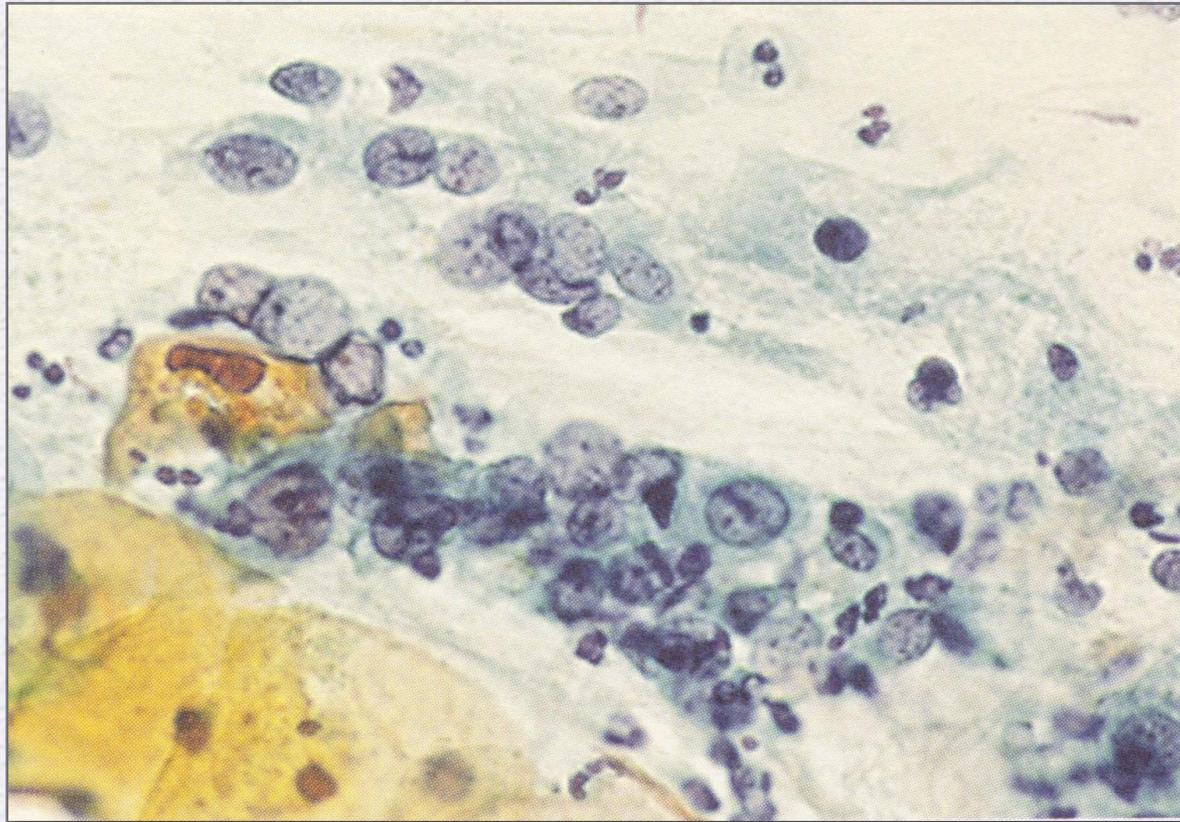
上皮内癌（HSIL）



（Pap. 染色）

小型で比較的均一なN/C比の高い腫瘍細胞が散在性ないしシート状にみられる。核クロマチンは粗大顆粒状で増量し核縁の不整もみられる。

微小浸潤扁平上皮癌



(Pap. 染色)

CIS相当の細胞が孤立散在性あるいは石垣状にみられ, 核の大小不同性, 核小体を認める.

CQ203 子宮頸部細胞診後に精密検査としての コルポスコピー・生検を行う場合は？

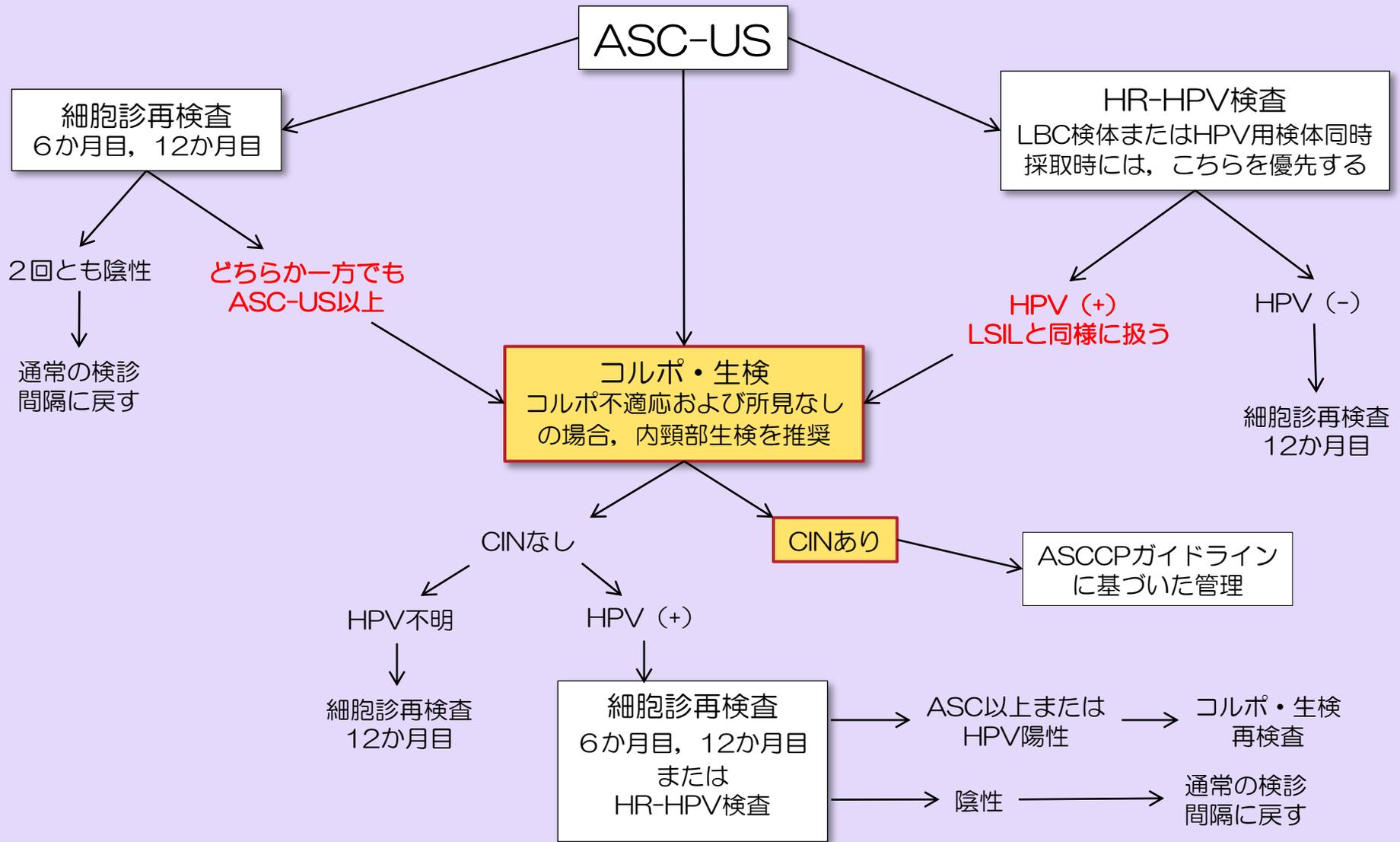
Answer

1. 子宮頸部細胞診が LSIL, ASC-H, HSIL, SCC, AGC, AIS, adenocarcinoma, その他の悪性腫瘍のときは、ただちに行う。(B)
2. 子宮頸部細胞診がAC-USでは以下の場合に行う。
 - ・ハイリスクHPV検査*が陽性の場合。(B)
 - ・ハイリスクHPV検査が施行不可能な施設では、6か月後と12か月後の細胞診再検でAC-US以上の場合(B), もしくはただちに行う。(C)
3. 子宮頸部細胞診が陰性であってもHPV検査が行われていた場合は以下の状況で行う。
 - ・ハイリスクHPVの持続陽性者と判断した場合に行う。(C)
 - ・HPV16型もしくは18型が陽性の場合に行う。(C)

(* : ハイリスクHPV検査を保険医として実施するには一定の施設基準を満たす必要があり、細胞診がASC-USの場合のみが適応となる)

A : 強く進める, B : 勧められる, C : 考慮される

ASC-US 症例の取り扱い



ASCCP (米国コルポスコピー子宮頸部病理学会) のガイドライン

HPV検査

HR-HPV検査(ハイリスクHPV一括検査)

- ・ハイブリッドキャプチャーII
- ・アンプリコアHPV
- ・サービスタHPV HR
- ・コバスHPV(16, 18型の判定が可能)
- ・アキュジーンm-HV(16, 18型の判定が可能)

HPVタイピング検査

- ・クリニチップHPV

CQ203 子宮頸部細胞診後に精密検査としての コルポスコピー・生検を行う場合は？

Answer

1. 子宮頸部細胞診が LSIL, ASC-H, HSIL, SCC, AGC, AIS, adenocarcinoma, その他の悪性腫瘍のときは、ただちに行う。(B)
2. 子宮頸部細胞診がAC-USでは以下の場合に行う。
 - ・ハイリスクHPV検査*が陽性の場合。(B)
 - ・ハイリスクHPV検査が施行不可能な施設では、6か月後と12か月後の細胞診再検でAC-US以上の場合(B), もしくはただちに行う。(C)
3. 子宮頸部細胞診が陰性であってもHPV検査が行われていた場合は以下の状況で行う。
 - ・ハイリスクHPVの持続陽性者と判断した場合に行う。(C)
 - ・HPV16型もしくは18型が陽性の場合に行う。(C)

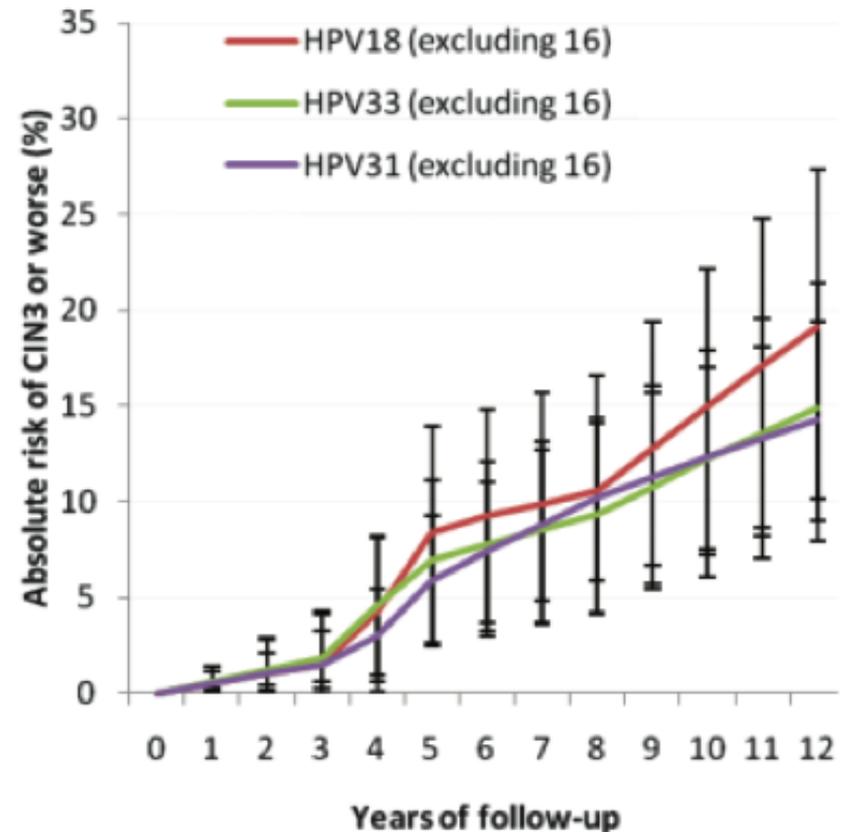
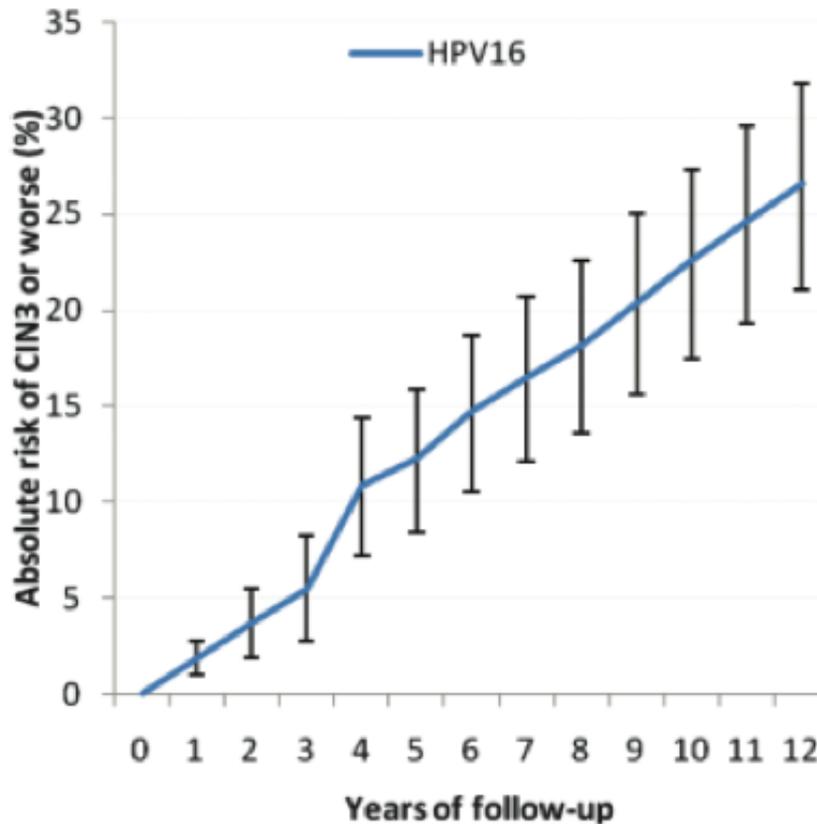
(* : ハイリスクHPV検査を保険医として実施するには一定の施設基準を満たす必要があり、細胞診がASC-USの場合のみが適応となる)

A : 強く進める, B : 勧められる, C : 考慮される

子宮頸部細胞診が陰性 & HPV16型もしくは18型が陽性 の場合 (20~29歳)



12年以内のCIN3以上の累積発生リスクはそれぞれ26.7%、19.1%であり、特に16型の持続陽性者では47.4%と高率であった



HPV16型もしくは18型が陽性 の場合



HPV16型陽性の場合、疾患存在絶対リスクは CIN2以上13.6%、CIN3以上11.7%
 HPV18型陽性の場合、疾患存在絶対リスクは CIN2以上 7.0%、CIN3以上 5.7%

Table 3
Impact of HR-HPV Status on Estimated Absolute Risk of High-Grade Cervical Disease in Women With NILM Cytology*

HPV Test Result	Age Group, y				
	30-39	40-49	50-59	60-69	Overall
CIN 2 or worse					
HR-HPV+	8.4 (6.5-10.3)	5.4 (3.5-7.5)	1.3 (0.0-2.6)	5.4 (0.9-10.9)	6.1 (4.9-7.2)
HPV-16+/HPV-18+	16.1 (11.4-20.8)	7.4 (2.5-13.5)	4.4 (0.0-9.0)	0.0 (0.0-0.0)	11.4 (8.3-14.7)
HPV-16+	18.6 (12.7-25.0)	10.0 (2.4-17.5)	2.4 (0.0-10.0)	0.0 (0.0-0.0)	13.6 (9.5-18.0)
HPV-18+	9.5 (2.7-17.6)	2.4 (0.0-11.0)	3.7 (0.0-16.0)	0.0 (0.0-0.0)	7.0 (2.9-11.9)
12 other HR-HPV+	5.6 (3.8-7.7)	4.9 (3.0-7.2)	0.6 (0.0-2.0)	6.6 (1.1-13.5)	4.6 (3.5-5.7)
HR-HPV-	0.1 (0.0-0.2)	0.8 (0.0-2.0)	1.2 (0.0-3.1)	3.1 (0.0-7.8)	0.8 (0.3-1.5)
Overall	—	—	—	—	1.2 (0.6-1.8)
CIN 3 or worse					
HR-HPV+	5.7 (4.2-7.5)	3.5 (1.9-5.2)	1.1 (0.0-2.0)	2.7 (0.0-5.9)	4.1 (3.1-5.0)
HPV-16+/HPV-18+	13.5 (9.1-18.1)	6.6 (1.7-11.7)	4.4 (0.0-9.0)	0.0 (0.0-0.0)	9.8 (6.9-12.6)
HPV-16+	16.4 (10.5-22.6)	7.5 (1.3-15.5)	2.4 (0.0-10.0)	0.0 (0.0-0.0)	11.7 (7.9-15.8)
HPV-18+	7.1 (1.2-14.1)	2.4 (0.0-11.1)	3.7 (0.0-16.0)	0.0 (0.0-0.0)	5.7 (1.7-9.9)
12 other HR-HPV+	3.0 (1.7-4.6)	2.8 (1.3-4.6)	0.3 (0.0-1.3)	3.3 (0.0-7.1)	2.4 (1.6-3.3)
HR-HPV-	0.0 (0.0-0.1)	0.4 (0.0-1.2)	0.0 (0.0-0.1)	1.6 (0.0-5.1)	0.3 (0.02-0.7)
Overall	—	—	—	—	0.5 (0.3-0.9)

CI, confidence interval; CIN, cervical intraepithelial neoplasia; HPV, human papillomavirus; HR, high-risk; NILM, negative for intraepithelial lesion or malignancy.
 * Estimated absolute risk is the number of subjects with disease/number of subjects with positive test results adjusted for verification bias. HR-HPV was detected using the cobas HPV Test, and data are given as the estimated absolute risk (95% CI) in percentages. HR-HPV+ includes HPV-16+ and/or HPV-18+ and/or 12 other HR-HPV+ types; HPV-16+ includes HPV-16+, with or without HPV-18+, and with or without 12 other HR-HPV+ types; HPV-18+ includes HPV-16-, HPV-18+, with or without 12 other HR-HPV+ types; 12 other HR-HPV+ types include HPV-16-, HPV-18-, 12 other HR-HPV+ types. Data for subjects 70 years or older with NILM cytology are not included in this table because no CIN 2 or worse was diagnosed in this age group.

コルポスコピーの手順

1. 出血しないように腔鏡を挿入(黒メッキが望ましい)
2. 必要に応じて細胞診標本を採取(できるだけ粘膜を傷つけない)
3. 余分の粘液を除去したのち観察する
(酢酸加工前にグリーンフィルタで血管所見を観察する)
4. 3%酢酸液に浸した綿球を腔部に押し付け加工を行う(1~2分)
(必用に応じて繰り返し酢酸加工を行う)
5. 観察後、所見を記録する
(持続時間は悪性度に伴って長くなる傾向がある)
↓
6. 最強病変を生検する
(出血はガーゼや綿球などで圧迫、必要に応じて止血剤を使用する)



〈コルポスコープ〉

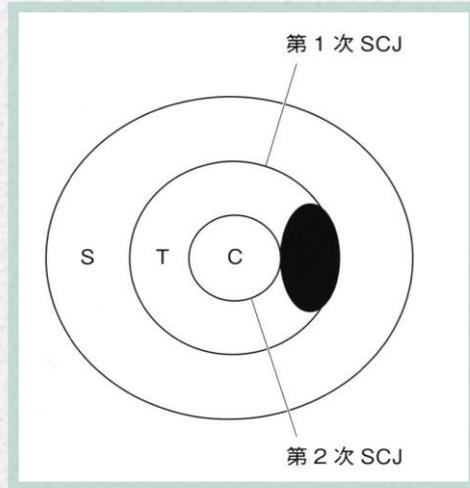
改訂コルポスコピー所見分類：日本婦人科腫瘍学会 2014

A) 総合評価	General assessment	GA
1. 観察可	観察不可 (理由：炎症, 出血, 瘢痕など) Adequate or inadequate for the reason (inflammation, bleeding, scar, etc)	ADE or INA
2. 扁平円柱境界	Squamocolumnar junction	SCJ
可視	Completely visible	V1
部分的可視	Partially visible	V2
不可視	Not visible	V3
3. 移行帯	Transformation zone	TZ
1型	Type 1	TZ1
2型	Type 2	TZ2
3型	Type 3	TZ3
B) 正常所見	Normal colposcopic findings	NCF
1. 扁平上皮	Original squamous epithelium	S
2. 円柱上皮	Columnar epithelium	C
3. 化生上皮	Metaplastic squamous epithelium	T
	ナボット卵 Nabothian cysts	N
	腺開口 Gland openings	Go
C) 異常所見	Abnormal colposcopic findings	ACF
1. 概観	General principles	
	病変の部位：移行帯 (内, 外) (時方向) Location of the lesion : inside or outside the transformation zone (clock position)	
	病変の大きさ：子宮腔部占拠率 (%) Size of the lesion : percentage of cervix the lesion covers	
2. 軽度所見	Grade 1 (minor)	
	白色上皮 (軽度) Thin acetowhite epithelium	W1
	モザイク (軽度) Fine mosaic	M1
	赤点斑 (軽度) Fine punctation	P1
	不規則・地図状辺縁 Irregular, Geographic border	B1
3. 高度所見	Grade 2 (major)	
	白色上皮 (高度) Dense acetowhite epithelium	W2
	モザイク (高度) Coarse mosaic	M2
	赤点斑 (高度) Coarse punctation	P2
	異常腺開口 Abnormal gland openings	aGo
	鋭角辺縁, 内部境界, 尾根状隆起 Sharp border, Inner border, Ridge sign	B2
4. 非特異的所見	Nonspecific findings	
	白斑 (角化, 過角化) Leukoplakia (keratosis, hyperkeratosis)	L
	びらん Erosion	Er
D) 浸潤癌所見	Suspicious for invasion	IC
	異型血管 Atypical vessels	aV
	付随所見 Additional signs: fragile vessels, irregular surface, exophytic lesion, necrosis, ulceration (necrotic), tumor or gross neoplasm	
E) その他の非癌所見	Miscellaneous findings	MF
1. コンジローマ	Condyloma	Con
2. 炎症	Inflammation	Inf
3. 萎縮	Atrophy	Atr
4. ポリープ (頸管外, 頸管内)	Polyp (ectocervical or endocervical)	Po
5. 潰瘍	Ulcer	UI
6. その他	Others	etc

概観 (General principles)

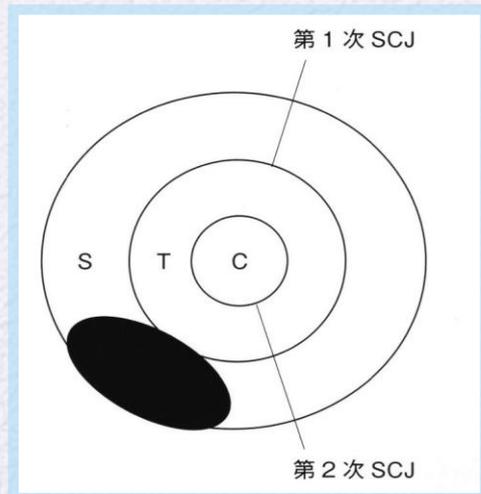
- ・病変の部位: **移行帯(内, 外)** (時方向)
- ・病変の大きさ: **子宮腔部占拠率** (%)

例1



移行帯内(2-4時方向)
子宮腔部占拠率17%

例2

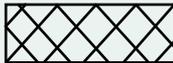


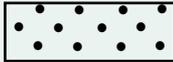
移行帯外(6-8時方向)
子宮腔部占拠率17%

異常所見 Abnormal colposcopic findings (ACF)

略図

・白色上皮 (W) ----- 
 軽度所見 Thin acetowhite epithelium (W1)
 高度所見 Dense acetowhite epithelium (W2)

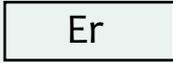
・モザイク (M) ----- 
 軽度所見 Fine mosaic (M1)
 高度所見 Coarse mosaic (M2)

・赤点斑 (P) ----- 
 軽度所見 Fine punctation (P1)
 高度所見 Coarse punctation (P2)

高度 ← ・異常腺開口 Abnormal gland openings (aGo) ----- 

・**辺縁所見 (B)**
 軽度 ← **不規則・地図状辺縁 Irregular, Geographic border (B1)**
 高度 ← **鋭角辺縁、内部境界、尾根状隆起 Sharp border, Inner border, Ridge sign (B2)**

非特異的所見 { ・白斑 Leukoplakia (L) ----- 

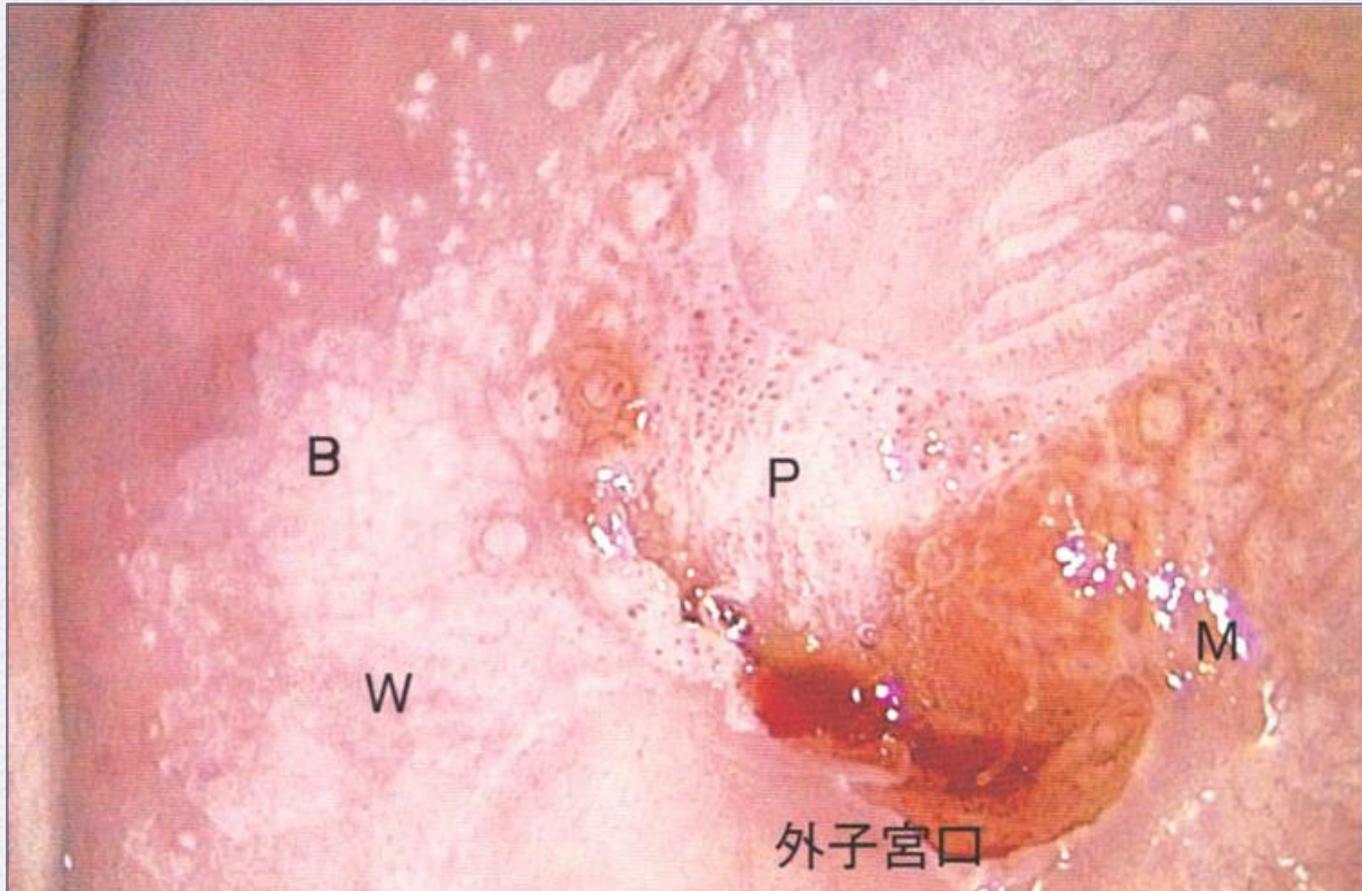
・びらん Erosion (Er) ----- 

浸潤癌所見 Suspicious for invasion (IC)

・異型血管 Atypical vessels (aV) ----- 

・付随所見 Additional signs

CIN1



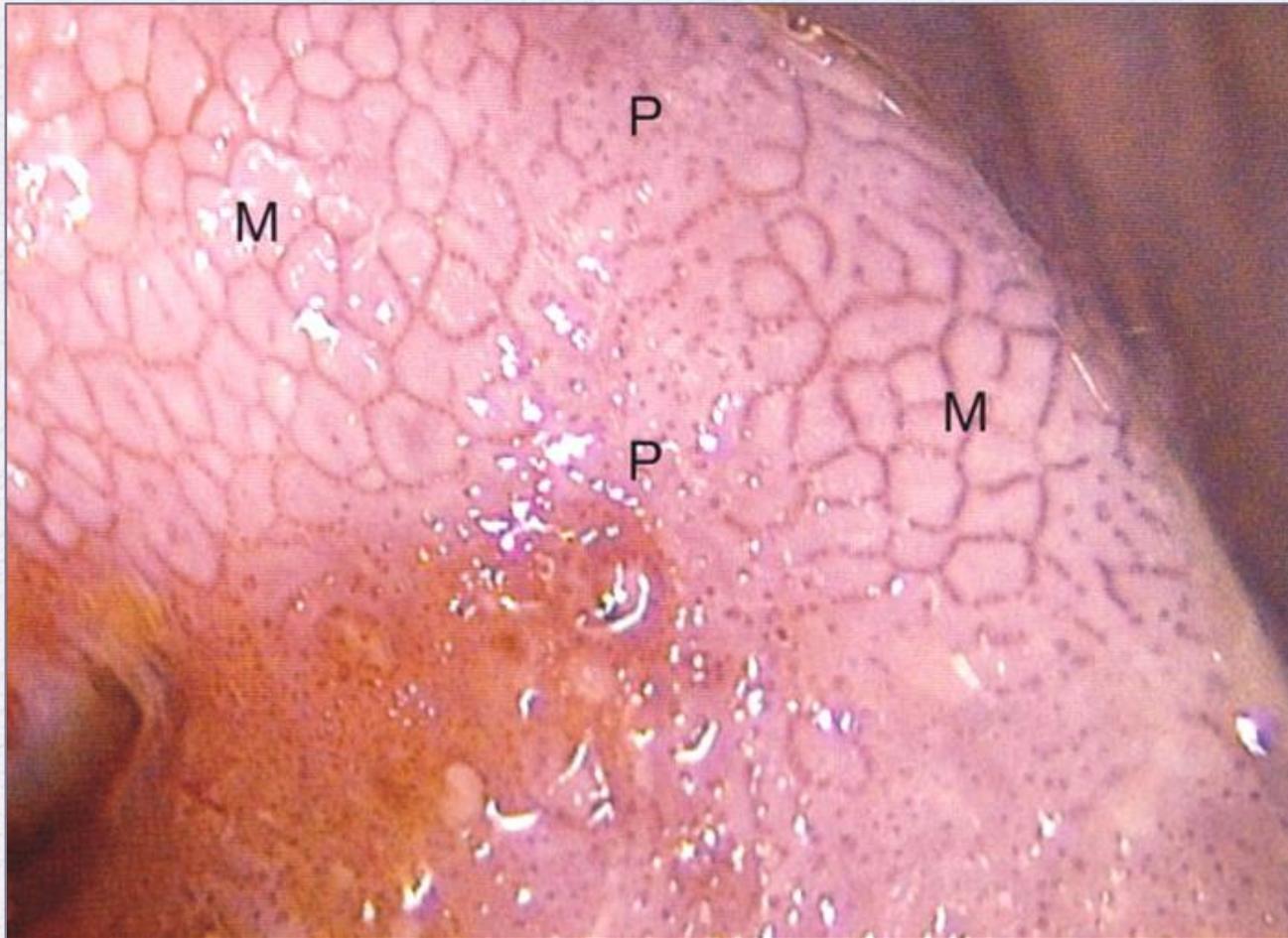
- ・比較的透過性のある薄い白色上皮が広範囲にみられ、その辺縁は不規則、地図状である(B1)
- ・赤点斑(P1)
- ・モザイク(M1)

CIN2



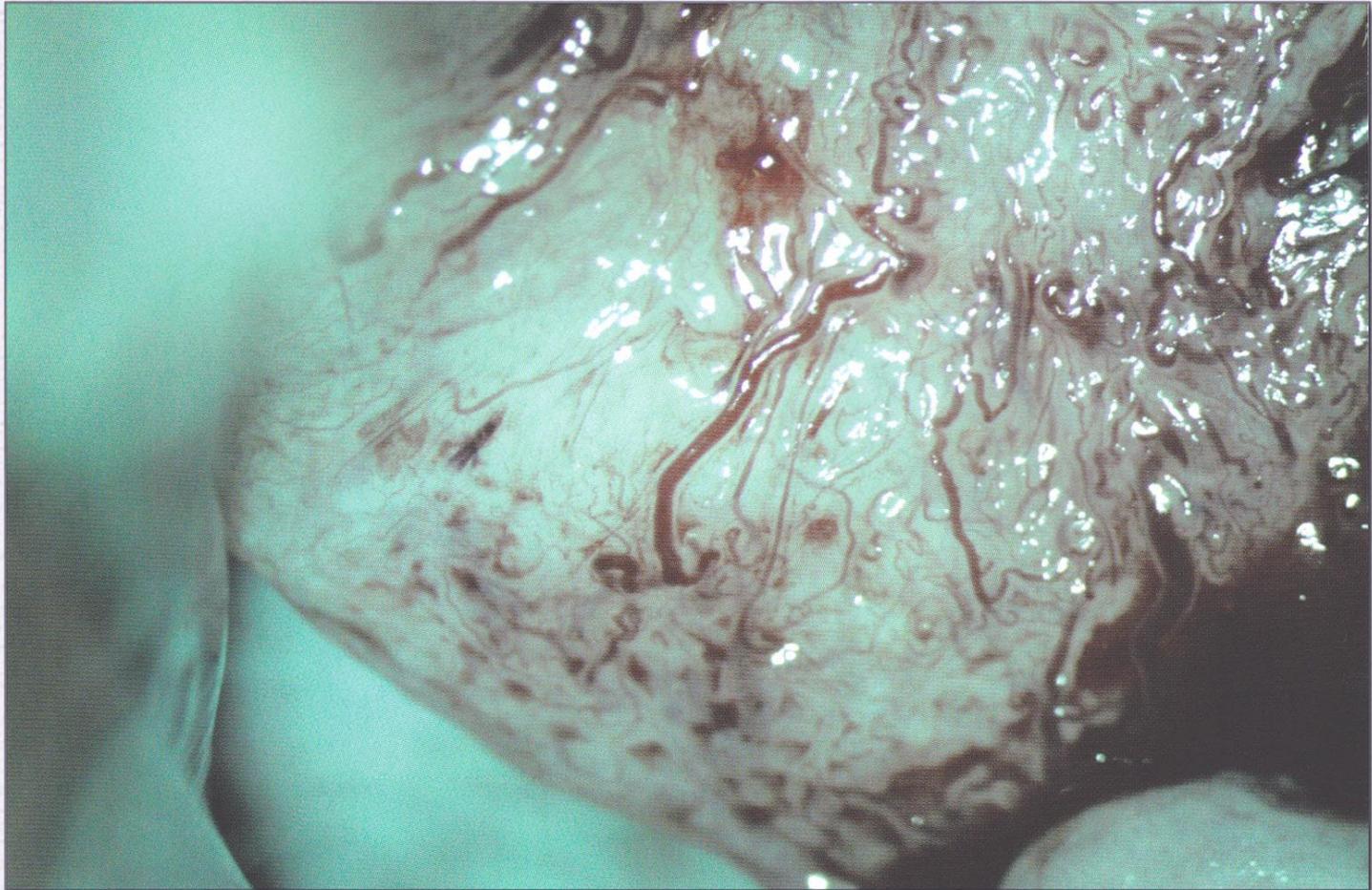
- ・軽度の透明感のある白色領域が広範囲にみられ(W1), 腺開口部もみられる.

CIN3



- ・モザイク(M2)と赤点斑(P2)を特徴とする所見を認め、赤点斑からモザイクへの移行像もみられている。
モザイクの大小不同は上皮内高度病変を推定させる。

SCC



(グリーンフィルター、未加工)

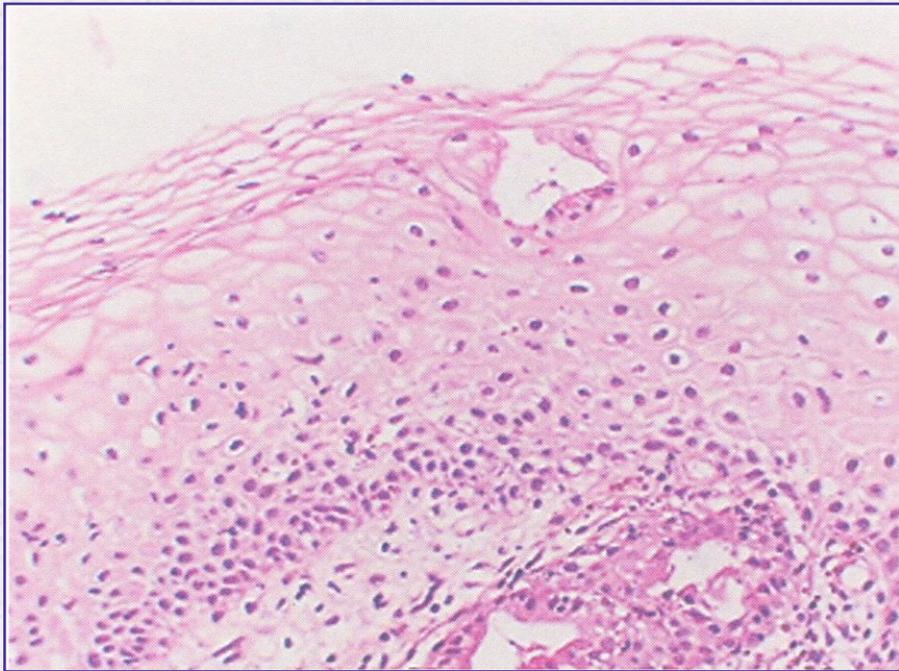
- ・頸部表面に不規則な分布・走行を示す大小不同の血管像，途絶，ヘアピン状，コルク栓抜き状の異型血管(aV)がみられる。

コルポスコピーと組織採取で使用する器具



- 頸管撮氏
- 頸管キュレット
- 生検鉗子

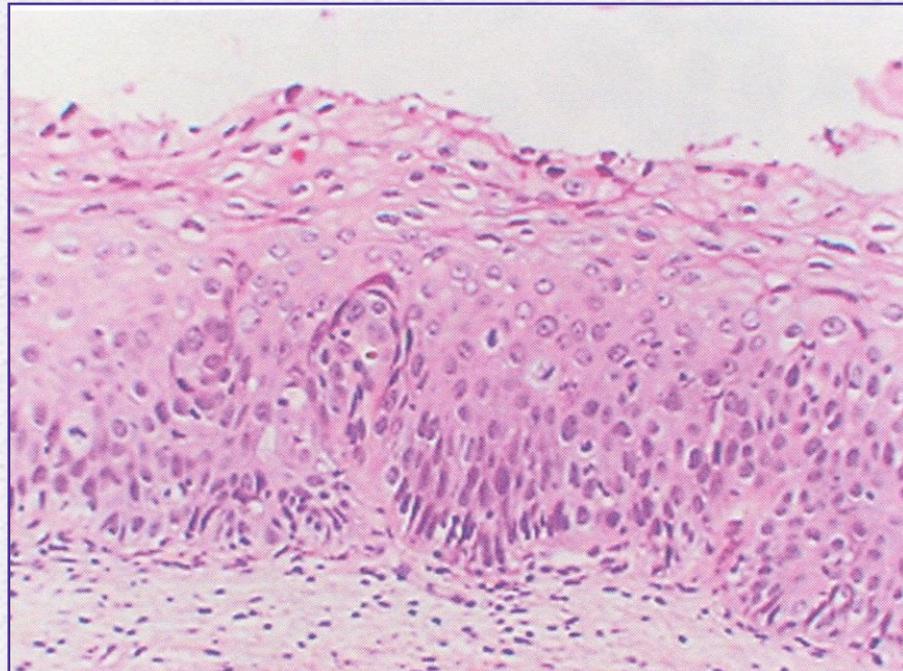
軽度異形成



(H. E. 染色)

上皮の下層1/3に異型細胞が認められる。表層側の一部にコイロサイトーシスがみられ、細胞質は腫大淡明化し、軽度核異型を示す。

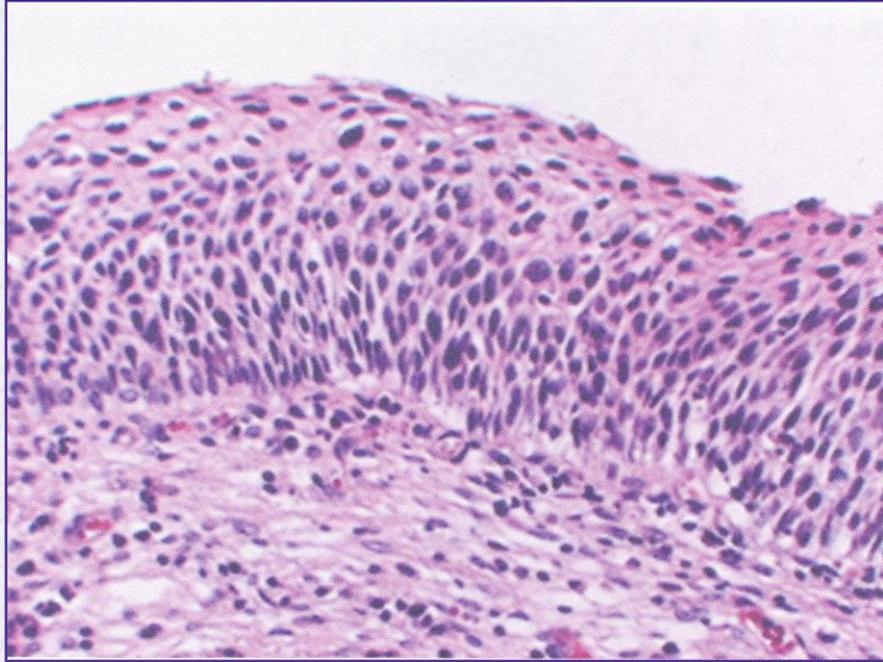
中等度異形成



(H. E. 染色)

上皮の下層2/3に異型細胞が認められる。

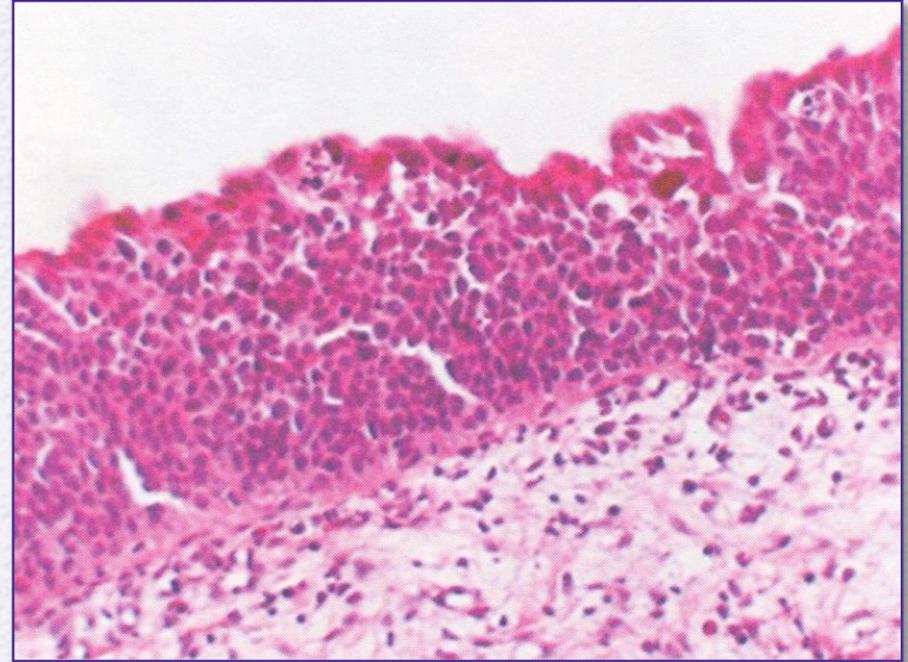
高度異形成



(H. E. 染色)

異形成が上皮の上層1/3に及ぶ。上皮の層形成や極性の乱れは著しいが、完全に失われてはいない。

上皮内癌



(H. E. 染色)

癌としての形態学的特徴を持つ細胞が上皮の全層に及ぶ。層形成や極性は認められない。

CINの管理・治療

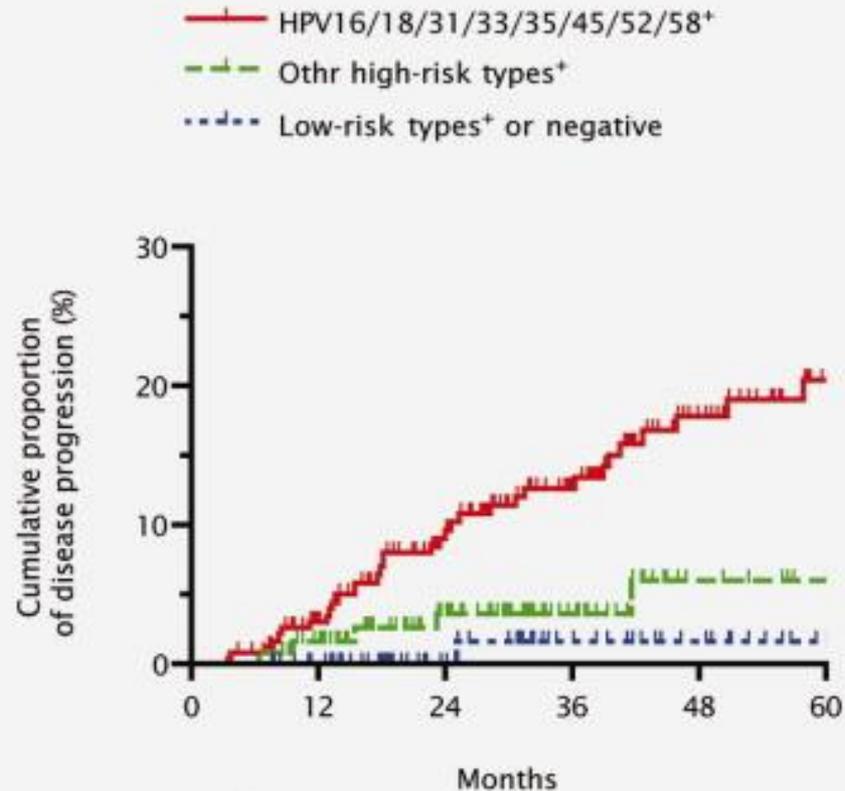
CQ202 組織診で確認されたCIN1/2の管理・治療は？

Answer

1. CIN1は6か月ごとに細胞診と必要に応じてコルポスコピーでフォローする。(B)
2. CIN2は3～6か月ごとに細胞診とコルポスコピーを併用して厳重なフォローをする。(B)
3. CIN1/2の進展リスク評価のためにHPVタイピング検査を行う場合には、HPV16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58のいずれかが陽性の病変では進展リスクが高いので、それ以外のHPV陽性例あるいはHPV陰性例とは分けて管理する。(B)
4. CIN2は妊娠女性を除き、以下の場合に治療することができる。(B)
 - 1) 1～2年のフォローアップにおいて自然消失しない場合
 - 2) HPV16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58のいずれかが陽性の場合
 - 3) 患者本人の強い希望がある場合
 - 4) 継続的な受診が困難な場合

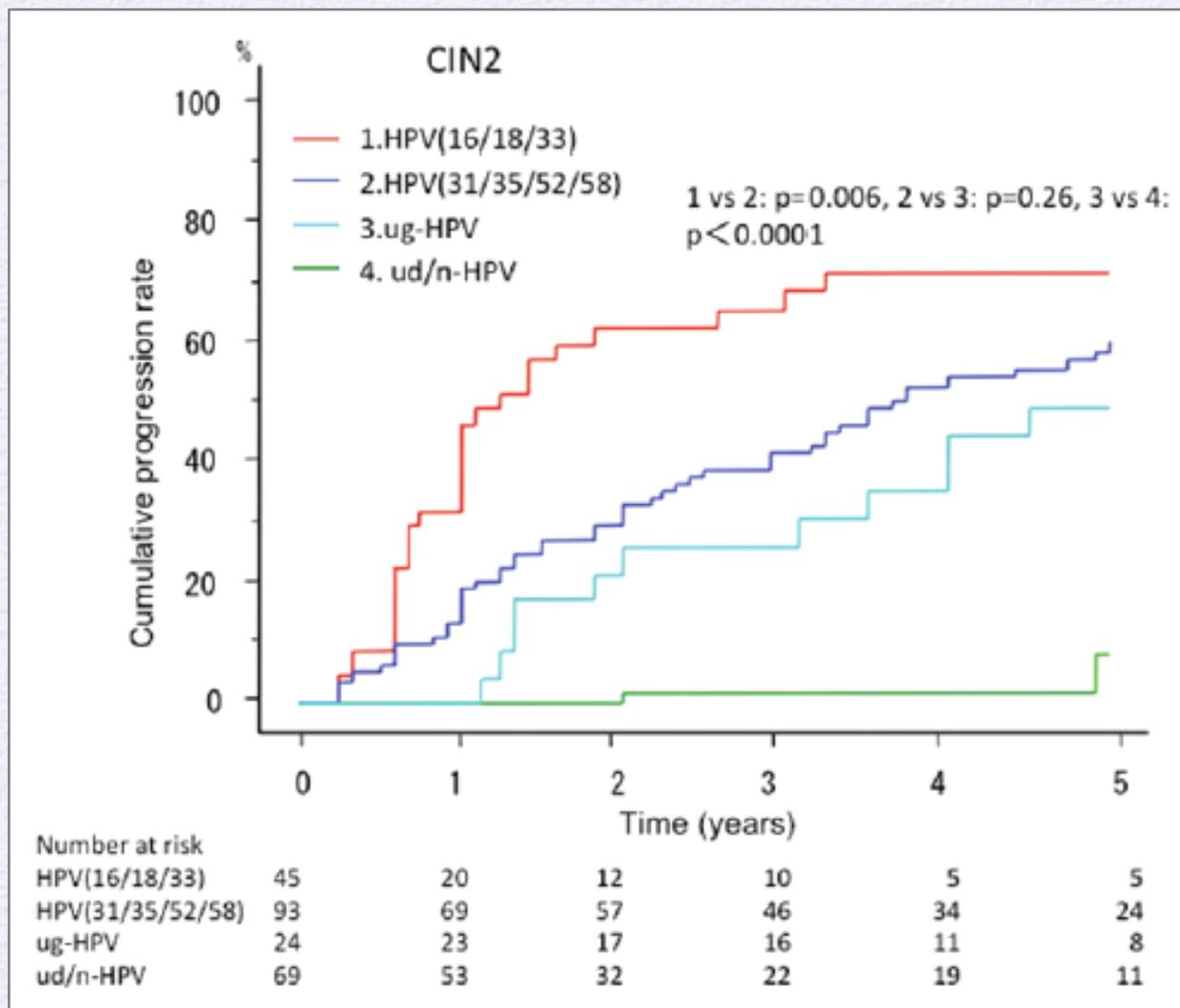
A：強く進める，B：勧められる，C：考慮される

CIN2の患者91例の検討で、HPV(16/18/31/33/35/52/58)陽性例がCIN3への進展のリスクが高い



	Months						Risk of CIN 3 within 5 years (95% confidential interval)
	No. of women at risk						
HPV16/18/31/33/35/45/52/58 ⁺	233	212	162	121	75	49	20.5% (14.6 - 28.4%)
Other high-risk types ⁺	126	115	85	53	32	23	6.0% (2.3 - 15.3%)
Low-risk types ⁺ or negative	90	84	61	42	31	21	1.7% (0.2 - 11.4%)

HSIL/CIN2の患者231例の検討で、HPV(16/18/31/33/35/52/58)陽性例がCIN3への進展が高く、なかでもHPV16,18,33は進展のリスクが高かった。



CQ204 子宮頸部円錐切除術の低侵襲代用法としての LEEP, レーザー蒸散はどのような場合に行うか？

Answer

診断・治療としてのLEEPは

1. 組織診で確認されたCIN3（高度異形成あるいは上皮内癌）で、病変の全範囲が
コルポスコピーで確認でき、病変が頸管内**深くに及んでない**場合に行う。（B）
2. 組織診で確認されたCIN2（中等度異形成）では、1. のCIN3での適応条件を満
たせば、CQ202 Answer 4. に従って対象にすることができる。（B）

治療としてのレーザー蒸散は

3. **複数回**の組織診で確認されたCIN3で、病変の全範囲がコルポスコピーで**明瞭に**
確認でき、頸管内**病変がない**場合に、若年女性に限って行うことができる。
（C）
4. 複数回の組織診で確認されたCIN2では、3. のCIN3での適応条件を満たせば、
CQ202 Answer 4. に従って対象にすることができる。（B）

A：強く進める，B：勧められる，C：考慮される

CIN治療法の比較

	円錐切除術	LEEP	レーザー蒸散術
適 応	全てのCIN	<ul style="list-style-type: none">・病変部が可視領域にあるCIN3・頸管内深くに及んでない	<ul style="list-style-type: none">・複数回の組織診で確認・病変部が可視領域にある若年CIN3・頸管内病変がない
組織学的検索	可能	可能（制限あり）	不可
早産のリスク	あり	あり	なし
治 癒 率	高い	高い	やや低い？
そ の 他	短期入院が必要	外来で可能	外来で、無麻酔でも可能

CQ01

上皮内癌に対して推奨される治療は？

子宮頸部円錐切除術が推奨される (B)

B：行うよう勧められる

有効性を示すレベルIIのエビデンスが原則として少なくとも一つある

CQ31

妊娠に合併した0期に対して推奨される治療は？

- ① 生検組織が上皮内であり、細胞診、コルポスコピー所見が一致している場合は、0期を妊娠中の最終診断として、分娩後まで子宮頸部円錐切除術を延期することが望ましい（グレードC1）。
- ② 上皮内腺癌（AIS）の診断確定のために、妊娠中に子宮頸部円錐切除術を行うことが望ましい（グレードC1）。

C1：行うことを考慮してもよいが、いまだ科学的根拠が十分ではない
（あるいは、十分な科学的根拠はないが、有効性を期待できる可能性がある）
有効性を示すレベルIIIのエビデンスが複数あり、結果がおおむね一貫している

CQ502

妊娠初期の子宮頸部細胞診異常の取り扱いは？

Answer

1. 細胞診異常（ベセスタ分類ASC-USでハイリスクHPV検査が陽性の場合あるいはLSIL以上）が認められれば、原則としてコルポスコピーと必要に応じて組織診を行う。（B）
2. 組織診が上皮内癌までであり、細胞診で浸潤癌を疑う所見がない場合、円錐切除せずに経過観察できる。（B）
3. 以下のいずれかの場合は円錐切除術を施行する。（A）
 - 1）組織診が微小浸潤癌
 - 2）組織診は上皮内癌までであるが、細胞診で浸潤癌を疑う所見がある。
 - 3）組織診が上皮内腺癌（adenocarcinoma in situ : AIS）
4. 円錐切除標本がIa1期までで、脈管侵襲陰性であれば経過観察できる。上皮内腺癌の場合もこれに準じて取り扱う。（B）
5. 妊娠継続した場合（Answer 2～4において）は定期的に細胞診を施行する。（A）
6. 妊娠継続の条件を満たす妊婦は経膈分娩可能である。（A）
7. 分娩4～8週後に再び細胞診、コルポスコピー、組織診等を施行する。（B）

A：強く進める，B：勧められる，C：考慮される

参考資料

- ・産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編2014
- ・子宮頸癌取扱い規約第3版(2012年)
- ・子宮頸癌治療ガイドライン2011版
- ・産婦人科診療ガイドライン 産科編2014
- ・改訂コルポスコピースタンダードアトラス:日本婦人科腫瘍学会2014
- ・婦人科外来診療のための細胞診・組織診のすべて
(日本産婦人科医会、平成24年12月)
- ・細胞診ガイドライン 1婦人科・泌尿器科2015年版:日本臨床細胞学会