The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	子宮頸癌検診と体癌検診とはどう違うか
Author(s)	槇野, 淑子
Citation	癌と人. 1989, 16, p. 20-22
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/24074
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

子宮頚癌検診と体癌検診とはどう違うか

槇　野　淑　子*

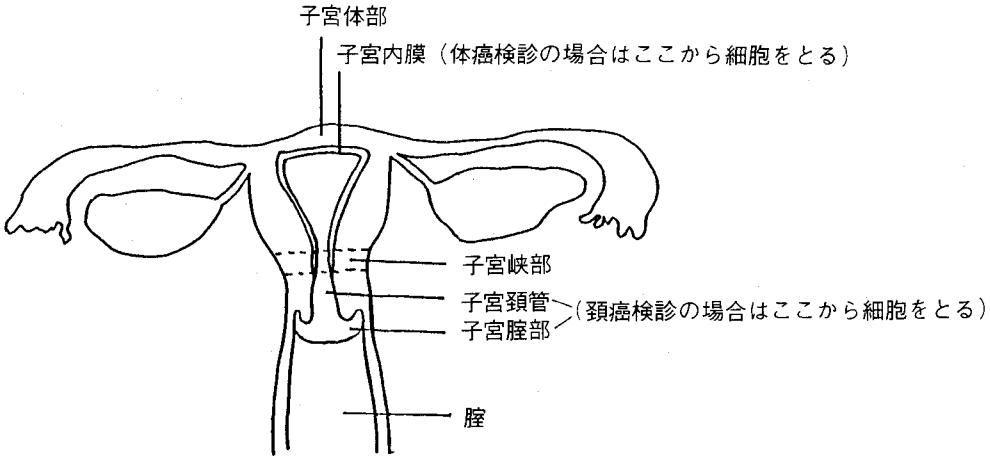
子宮癌は，早期に治療を施すことにより，ほとんどが治癒するため（特に0期癌の場合の5年生存率は100％です），検診により早期に癌を発見する事が非常に大切であるということは，もう改めて述べる必要もないかもしれません。

御承知のように子宮は骨盤のほぼ中央にあり西洋梨のような形をしており，子宮峡部と呼ばれる部分を境に，上は子宮体部，下は子宮頚部と呼ばれ，子宮頚部の下方は膣内に突出しており，この突出した部分は子宮膣部と呼ばれています。また，子宮体部の内面には子宮内膜があります。（図参照）

ところで，子宮癌には，体部の内面の粘膜である子宮内膜に発生する体癌と，頚部に発生する頚癌という2つの異なったタイプの癌があります。

さて，我が国における子宮癌検診は，昭和40年代から各地で始められ，その後，全国的に広がり，諸々の検診機関や一般産婦人科医も加わり，現在のような検診システムの確立へと至っています（因みに現在，集検の成果が著しく有効であると世界的に承認されているものに子宮癌，乳癌そして胃癌をあげる事ができます）。さらに，昭和58年より，国および市町村からの補助も加わり，老人健康法による検診がスタートいたしました（以下，老健法と略す）。この検診システムは，主として子宮頚癌に対するものでしたが，ここ10年間体癌が急速に増加し，対頚癌比が約2倍に，全子宮癌の10～15％に増加してきたため，昭和62年より子宮癌検診対象者のうち，いわゆるハイリスクグループの者および医師が必要と認めた者に対し，子宮内膜細胞診，つまり子宮体癌に対する一次検診を施行するという事になり，現行の子宮頚癌および体癌検診システムとなりました。

それでは，現在一般に行われている子宮癌検診法について説明していきます。まず，子宮頚癌検診についてです。子宮頚癌は初期では全く



図

*大阪大学医員（微生物病研究所附属病院婦人科）

無症状で，好発年令は45才位からですが，ごく初期の０期頚癌は30才位よりみられるため，老健法による検診対象者としては“30才以上で症状の有無を問わず”としています。一次検診としては，問診，視診（膣鏡を挿入し，子宮頚部の状態を観察する），内診はもちろんとして，子宮膣部擦過および子宮頚管内擦過による細胞診をおこないます。子宮膣部を観察することにより，大半の子宮頚癌は，その発生場所を直視できますし，擦過細胞診によりその病変部を直接こすって細胞をとる事ができます。故に，この方法で，その発生場所は不詳でも，頚癌の有無については100％に近い正診率を得る事ができます。ただし，この検診に来られる際は，月経中は避け，また，一度細胞診を採取した後，再採取希望に来られる場合，少なくとも一週間以上あける必要のある事を覚えていて下さい。さて，この一次検診で疑わしき者に対し，二次検診が行われます。今度は，子宮膣部から頚管を詳細に観察できるコルポスコピーという方法を利用します。いわば，拡大鏡で観察し，癌の存在が疑われる所の組織を狙いうちに採取し，子宮頚癌ないしは前癌状態が，どこの場所にどの程度あるかを決定していきます。この段階の検診もしくは，それ以上の事は治療も含めて癌治療機関において行われます。

従来，日本人の子宮癌の約95％は頚癌であったため，特別に体癌検診に対する制度上の取り決めはありませんでしたが，最近の体癌の急増に伴い，頚癌の検出のみに留めているわけにはいかなくなりました。

図に示しましたように，病変部に手の届き易い場所にある子宮頚癌に比べ，子宮体癌は子宮の入口より奥，いわば口の小さいつぼの内面のような場所に発生します。そのため，子宮頚癌用の細胞診の器具では，子宮体癌の病変部から直接採取する事はできず，子宮内膜由来の細胞が少なく，変性所見も強いので体癌検診としては充分の目的を果たす事ができません。実際，子宮頚部細胞診による体癌検出は50％位のものです。そこで，頚癌検診受診者のうち，体癌ハイリスクグループ（高危険群）に対し，ことさら対癌検診を施行しようという事になるわけです。子宮体癌のハイリスクとしては，統計的に以下のようなものがあげられます。

①30才以降の月経不規則
②閉経後
③未婚
④高初婚年令，高初妊年令
⑤不妊
⑥少ない妊娠回数，分娩回数
⑦過去，エストロゲン製剤を使用していたもの

などをあげる事ができます。因みにハイリスクという事は，体癌にかかった患者さんについて，いろいろ分析してみた結果①から⑦までの因子を一つ以上もつ人が多かったため，そのような患者さんを診る時には，体癌という病気を念頭において診察しなければならないという事です。

さらに非常に重要な事は，子宮体癌の90％以上に，不正性器出血等の出血に関する症状を伴うという事です。そこで老健法では，体癌検診対象者を以下のものと定めてあります。すなわち，

“６ヶ月以内に不正性器出血を訴えた者で，
①年令50才以上のもの
②閉経以後のもの
③未妊婦であって月経不規則のもの
他，医師が必要と認めたもの”

と，されております。しかしこれはあくまで老健法に基づく取り決めであって，これ以外の人に体癌は発生しないという事ではありませんから，取り違えをしないように御注意下さい。

さて，これらの体癌検診必要者に対し，一次検診を行うわけですが，その具体的な方法は，子宮内膜から資料を採取し，その細胞診を施行いたします。つまり，子宮口を通じて子宮腔内

を吸引する事により細胞をとる方法（子宮腔吸引法），または子宮口より子宮内へ細い専用器具を挿入して，内膜細胞をこすってとる方法（子宮内膜擦過診）です。どちらの方法ででも，適確に施行すれば90％以上の正診率が得られます。ただ，頚癌検診の子宮膣部，頚管細胞診と違い，盲目的操作のため，いかに念入りに採取を行っても10％程度の偽陰性がありますので，気になる症状がある時は直ちに再検査をする必要があります。この一次検診で疑わしい細胞が発見された者について，二次検診として，子宮内膜の全面掻爬をして検査し，これで癌の確実な診断をしていくわけです。そして必要ならば，治療を含めて詳しい検査をしてゆきます。さらに体癌検診についてつけ加えておきますが，子宮の奥の方に器具を挿入するため，軽度ですが少量の性器出血が伴うこと，そして多少，疼痛があるものですが，これは検査の性格上どうしても避けられないものです。しかし出血にせよ痛みにせよ，それ程強いものでは決してありませんので，あまり恐怖心を持たないようにして下さい。

以上，述べました事が現行の子宮頚癌，体癌検診で，子宮頚癌と体癌は子宮本来の形とその発生する場所の特徴により，このように検診法が違ってくるのです。頚癌は直視できる場所が多いが，体癌は全く検査段階では盲目的操作になります。もちろん癌があるとなればヒステロスコピー（子宮鏡による観察）といって，子宮体部の内面を直視できる検査をする事もありますが，これは一次検診として行う方法ではありません。ごく一般的には，症状の有無を問わず30才以上で子宮癌検診を行い，その際，性器出血などの症状を充分に問診し，そこで医師が必要と認めた場合に子宮体癌検診を行う，という運びになるわけです。その際，子宮頚癌検診は一度異常なしと言われたら，次回の癌検診指示日までは大丈夫ですが，体癌検診については，気になる症状があれば必ず，再受診してほしいという事もつけ加えておきます。

子宮癌検診の普及のおかげで，初期の子宮頚癌の発見率が増加し，頚癌による死亡率は次第に減少しつつあり，前癌状態での治療も行われるようになってきました。同じように，今後，子宮体癌検診がこれに加わり，且つ次第に普及していく事により，体癌の早期発見および前癌状態での発見，そして治療も盛んになっていく事が期待される次第です。今回は，子宮体癌検診の必要性と，その具体的な方法について解説いたしました。

Garden Polyanthus.
（ポリアンサス）