

CQ13 妊娠初期の子宮頸部細胞診異常の取り扱いは？*Answer*

1. 細胞診がクラス III 以上の場合はコルポスコピーと組織診を行う. (B)
2. 組織診が上皮内癌までであり, 細胞診がクラス V でない場合, 円錐切除せずに経過観察できる. (B)
3. 以下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の場合
 - 2) 組織診は上皮内癌までであるが, 細胞診がクラス V の場合
 - 3) 組織診が上皮内腺癌 (adenocarcinoma in situ) の場合
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ずる. (B)
5. 妊娠継続した場合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)

▷ 解説

妊婦における子宮頸癌スクリーニングに関しては, 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長が「2007年1月16日付け雇児母発第0116001号」で各都道府県母子保健主管部長宛に「妊婦健診において妊娠8週前後の子宮頸癌検診(細胞診)は最低限必要な検査」である旨の見解を通知しているので, 妊娠初診時等に子宮頸部細胞診を行うことが望ましい。

1. 細胞診異常が認められた場合の取り扱いは, 原則として, 非妊時と同様である。妊娠中は扁平円柱上皮境界 squamocolumnar junction (SCJ) が外方に移動するためコルポスコピー観察が容易であり, 細胞診と組織診の精度は高い¹⁾²⁾。なお, 細胞診クラス IIIa の場合にコルポスコピーのみで病変を評価し, 組織診を行わずに経過観察を行うこともある。

2. 異形成および上皮内癌の病変 cervical intraepithelial neoplasia (CIN) が妊娠中に浸潤癌に進展する頻度は低く, 分娩後に自然退縮する場合も報告されている¹⁾³⁾。したがって, CIN であれば経過観察し, 分娩後に治療を行ってよい³⁾⁴⁾。一方, 上皮内癌と診断した場合でもその中に微小浸潤癌以上の病変が含まれ得ることを重視し, 妊娠中も非妊時と同様に診断的円錐切除を行うこともある^{5)~7)}。

3. 妊娠中に円錐切除が必要なのは微小浸潤癌の場合である^{4)~7)}。浸潤病変の存在が疑われる場合, すなわち組織診は CIN であっても細胞診クラス V の場合は原則として円錐切除が必要である。また円錐切除により, 妊娠継続が不可能な Ia2 期以上の病変, 上皮内腺癌 (adenocarcinoma in situ, AIS) に隣接する浸潤腺癌などを除外診断する。なお, AIS の場合, 妊娠中の円錐切除により良好な転帰が報告されている⁸⁾。

円錐切除の時期は妊娠 14 週以降が望ましい⁹⁾。妊娠中は SCJ の移動で病変の多くが ectocervix に存在すること, 円錐形の深い切除は流産や出血の危険性を高めることから, 深い "cone" biopsy

ではなく、cone 高の低い "coin" biopsy と呼ばれる切除を行う⁹⁾。頸管搔爬は施行しない。ただし、切除後の病変遺残の頻度は高い¹⁰⁾。同時に頸管縫縮術を施行することもあるが¹¹⁾、その効果に関する一定の見解はない。

なお、Ib 期以上の浸潤癌の場合、基本的な治療方針は非妊時と同じであるが、臨床進行期や妊娠週数により個々に対応を考慮する¹²⁾。児が成熟するまで治療開始を待機できる期間について一定の見解はない。

4. Ia1 期で脈管侵襲陰性であればリンパ節転移のリスクは極めて低いことから妊娠継続可能と考えられる⁷⁾。Ia1 期で脈管侵襲陽性の場合や Ia2 期の場合、妊娠週数により個々に対応を考慮する。

5. 妊娠中 2~4 カ月ごとに細胞診、必要に応じてコルポスコピーを施行し、病変の進展がないことを確認する^{14)~7)}。

6. 病変が CIN であれば経膈分娩が広く行われており、特に問題はないとされている^{1)~5)}。

7. CIN に対して妊娠中には治療を行わず経過観察することは、患者が分娩後もフォローアップ可能であることを前提としている⁴⁾。分娩後に必ず再評価を行い、治療方針を決定する。

文 献

- 1) Economos K, Perez Veridiano N, Delke I, et al.: Abnormal cervical cytology in pregnancy: a 17-year experience. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 915—918 (III)
- 2) Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Phillippe E: Colposcopy and directed biopsy reliability during pregnancy.: A cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 31—36 (III)
- 3) Yost NP, Santoso JT, McIntire DD, et al.: Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 359—362 (II)
- 4) Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, et al.: American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. 2001 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 295—304 (III)
- 5) Connor JP: Noninvasive cervical cancer complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25: 331—342 (III)
- 6) Ueki M, Ueda M, Kumagai K, et al.: Cervical cytology and conservative management of cervical neoplasias during pregnancy. *Int J Gynecol Pathol* 1995; 14: 63—69 (III)
- 7) 久布白兼行, 野澤志朗: 妊娠を合併した子宮頸癌の取り扱い. 新女性医学大系 34. 子宮頸部の悪性腫瘍. 東京: 中山書店 2000; 363—370 (III)
- 8) Lacour RA, Garner EI, Molpus KL, et al.: Management of cervical adenocarcinoma in situ during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1449—1451 (III)
- 9) Bidus MA, Elkas JC: Cervical and Vaginal cancer. In: Berek's and Novak's Gynecology 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007; 1437—1438 (III)
- 10) Robinson WR, Webb S, Tirpack J, Degefu S, O'Quinn AG: Management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy with LOOP excision. *Gynecol Oncol* 1997; 64: 153—155 (III)
- 11) Dunn TS, Ginsburg V, Wolf D: Loop-cone cerclage in pregnancy: a 5-year review. *Gynecol Oncol* 2003; 90: 577—580 (III)
- 12) Diagnosis and treatment of cervical carcinomas: ACOG Practice bulletin No. 35. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 855—867 (III)