

## 〔B. 妊娠合併症の取扱い〕

## 1. 子宮細胞診の異常

大阪医科大学  
産婦人科講師  
岡本 吉明

座長：岡山大学医学部  
産科婦人科教授  
工藤 尚文

## はじめに

最近、妊婦に対して頸癌検診を行う施設が増えつつあるが、異常と診断された症例の管理は、限られた施設で行われているのが現状である。本稿では、妊婦に対しての頸癌検診成績や妊娠合併初期癌症例の Laser 治療成績をもとに、妊婦に対する細胞診の必要性和、異常と判定された場合の管理法について述べる。

## 妊婦における細胞診異常例の検出頻度

1990年から94年までの5年間に教室および関連施設において、妊婦12,505例に対して頸部細胞診を行った結果、要精検者は118例、0.94%であった。これは従来の諸家の報告

(表1) 妊婦における細胞診異常の頻度と CIN 検出率(諸家の報告)

報告者	報告年度	対象症例数	要精検率	CIN検出率
Urbán	1979	10,400	1.26%	0.66%
Kohan	1980	8,509	1.67%	1.10%
塚本	1986	4,002	0.72%	0.66%
布川	1987	7,445	2.20%	1.26%
Heilberg	1987	12,500	1.06%	0.72%
塩田	1989	8,212	0.77%	0.55%
Kashimura	1991	967	1.60%	0.93%
巖月	1992	1,479	2.27%	0.34%
松浦	1993	1,717	1.51%	0.82%
滝沢	1993	8,014	0.61%	0.31%
大阪医大	1995	12,505	0.94%	0.32%

(表1) とほぼ同様であり、さらに大阪府下の老健法による一次スクリーニングによる成績と大差がなかったことから、妊婦検診の際に頸部細胞診を行うことは若年齢層に対する頸癌検診の普及において有意義であると考えられる。

## 妊娠中の細胞診および組織診所見の特徴

妊婦の細胞診標本は、プロゲステロン効果などによって全般的にやや細胞の変性、膨化が目立ち、細胞質内にグリコーゲンを含む舟状細胞が散見される。また、テータルライン桿菌や好中球の増加による細胞質の融解が起こり、細胞辺縁が不明瞭となるが、核所見を中心とした細胞異型度の判定には支障はないと考えられる。さらに、妊娠週数の進行によっても特徴的な変化はみられないようである。

ただし、妊婦に対して擦過細胞診を行う際に、通常であればスパーテルを使用する施設においても、出血を避けるために綿棒を用いたり、頸管内の擦過を差し控えたりすることによって過小評価に陥るとの報告もあり、的確な採取および判定が望まれる。

一方、組織所見については、非妊時と比べて扁平上皮化生の増加により腺管への侵襲がやや多く認められ、組織診の判定の際に過大評価せぬように留意すべきであるという意見が多く、われわれも同様に考えている。

### 妊娠中の細胞診の信頼性

細胞診異常例に対しては、狙い組織診において病変を確定することが原則であるが、不快な出血を生じる生検は妊婦の不安を招くなどの弊害があり、細胞診のみでの管理が産科医としての希望である。その際には当然のことながら、細胞診成績の信頼性が問題となる。

われわれの二次検診例における細胞診成績と組織診断の関連性に関する検討では、高い正診率が得られており、前項に述べたように注意すべき点はあるものの、細胞診成績の信頼性は高いと考えられる。

### 妊娠中のコルポスコピー所見

妊娠中のコルポスコピー所見に関しては、移行帯が外反し、ほとんどが可視病変となることから、観察はしやすいと考えられている。しかし、妊娠後期になると、子宮頸部全体が浮腫状になり、後方に位置することや、腔壁が膨隆して、側方の観察が困難となるので妊娠初期に検査を行うことが望ましい。

二次検診におけるコルポスコピーの異常所見としては、白色上皮の頻度が高く、細胞診や組織診の異常所見とほぼ対応する結果を得ている。

妊娠中であつてもコルポ診の過大評価は少なく、細胞診および組織診断とほぼ対応しており、妊婦に対するコルポ診は、細胞診の偽陰性の補足、病変占居部位の確定、さらに異常例の follow up に有用である。

### 細胞診異常例の follow up 成績

細胞診異常が妊娠、分娩を経てどのように推移するかについては多くの報告がみられるが、一定ではない。われわれの施設において分娩後までの確に追跡し得た上皮内癌以下の30例の成績では、退行および進行したものは、各々2例のみで、80%は病変が不変であった(表2)。

(表2) 細胞診異常妊婦の follow up 成績

症例	細胞診クラス分類				経過
	初期	中期	後期	産褥	
1	Ⅱa	Ⅱa	I	I	退行
2	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa	I	退行
3	Ⅱa	N.E.	I	Ⅲa	不変
4	Ⅱa	N.E.	Ⅱa	Ⅲa	不変
5	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa	不変
6	Ⅱb	N.E.	Ⅱb	Ⅲb	不変
7	Ⅳ	Ⅲb	V	Ⅳ	不変
8	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ	Ⅳ	不変
9	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa	不変
10	Ⅱb	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱb	不変
11	Ⅱb	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲb	不変
12	Ⅱa	N.E.	N.E.	Ⅲb	増悪
13	Ⅱa	Ⅱa	Ⅲb	Ⅲb	増悪

N.E. : not examined

また、妊娠中における細胞診異常例の follow up 成績では、中等度異形成～上皮内癌の持続例が多く、異形成から癌、あるいは上皮内癌から浸潤癌への進行例はみられなかった。

したがって、初回細胞診でクラスⅢaであれば生検を行わず、細胞診のみで追跡可能であり、高度異形成や上皮内癌の症例でも、妊娠初期に的確な二次検診により診断し得れば、中期以降は細胞診とコルポ診の併用で、生検を分娩後まで持ち越せるものと考えられる。

さらに、生検や分娩時の裂傷や擦過により、病巣が除去される可能性も報告されているが、われわれの施設ではそうした症例は少なく、分娩前後を通じて嚴重な追跡を行い、分娩後に生検、円錐切除などの方針を決定している。

### 微小浸潤癌症例に対するレーザー円錐切除術

われわれは、細胞診異常例の中で、細胞診やコルポ診所見が組織診断を上回るような場合、さらに病変の占居部位が広い場合、また、微小浸潤癌が疑われる場合などでは、妊娠中期までに、頸管縫縮術を併用したレーザー円錐切除を行っている。

実際の手技は、あらかじめ Schirodker 法により頸管縫縮術を行った後、YAGレーザーにて病変部の外側約3mmの部位に輪状切開を加え、円錐切除を行う。切除後は、レーザーメスのチップをフラットなものに交換し、創面の止血、蒸散および円錐切除部の外側周辺粘膜の蒸散を行い、病変遺残の防止を計る。

術後は約20日で周囲より粘膜が再生し、さらに30日で再生上皮に被われる。このように妊娠中にレーザー円錐切除を行った症例では、いずれも遺残病変なく、全例経腔自然分娩にて生児を得ており、分娩時の出血量も正常範囲内であった。これらの症例は、現在も観察中であるが再発所見を認めていない(表3)。

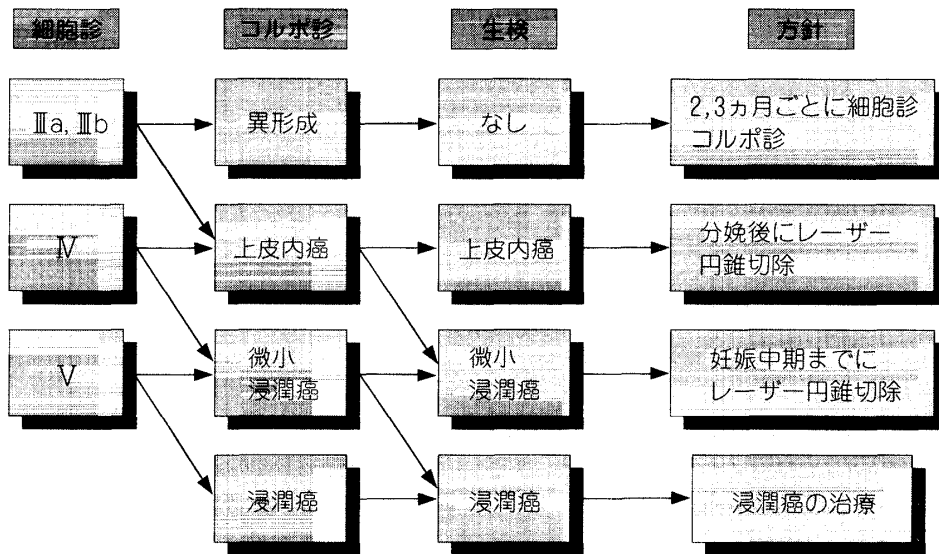
(表3) 妊娠中のレーザー円錐切除術

症例	年齢	二次検診			レーザー円錐切除		分娩週数	分娩様式
		週	細胞診	生検組織診	週	切除組織診		
1	30	5	V	微小浸潤癌	9	微小浸潤癌	36	経腔
2	31	9	Ⅳ	上皮内癌	13	微小浸潤癌	38	経腔
3	28	13	Ⅳ	高度異形成	16	上皮内癌	39	経腔
4	28	9	Ⅲb	上皮内癌	17	上皮内癌	38	経腔
5	31	7	V	上皮内癌	20	微小浸潤癌	41	経腔
6	30	22	Ⅳ	上皮内癌	27	微小浸潤癌	40	経腔
7	25	13	Ⅲb	微小浸潤癌	21	上皮内癌	39	経腔
8	41	7	Ⅲb	微小浸潤癌	15	微小浸潤癌	39	経腔

以上のように微小浸潤癌までの症例に対しては、保存治療にて良好な成績が得られている。しかし、不幸にして浸潤癌が見出された場合にはインフォームドコンセントのうえ、週数に応じた根治的手術が必要であることはいうまでもない。

### 細胞診異常妊婦に対する管理方針

われわれの教室における、細胞診異常妊婦に対する管理方針を図1に示す。浸潤癌の治療は、妊娠初期には中絶あるいはそのまま、中期には中絶あるいは胎児生存限界まで待機して帝王切開後に、末期には、帝王切開後にそれぞれ根治術を行うという、従来よりの基本方針に従っておりコンセンサスが得られているものとする。



(図1) 細胞診異常妊婦の管理方針

## おわりに

妊婦に対する細胞診は若年齢層に対する頸癌検診の拡大のために有用である。また、異常例に対しては妊娠初期に的確な診断をすることによって、細胞診のみでの follow up を行い得る。さらに、微小浸潤癌ではレーザー円錐切除術を施行して妊娠を継続することも可能である。今後は妊婦に対する細胞診の普及および管理法のさらなる確立が望まれる。

## 《参考文献》

- 1)熊谷広治, 植木 健, 後藤真樹, 御前 治, 清木康雄, 亀谷英輝, 植田政嗣, 植木 實, 杉本 修. 妊娠中における微小浸潤癌の治療. 産婦の進歩 1995; 47: 208-209
- 2)Ueki M, Ueda M, Kumagai K, Okamoto Y, Noda S, Matsuoka M. Cervical cytology and conservative management of cervical neoplasias during pregnancy. Int J Gynecol Pathol 1995; 14: 63
- 3)Kashimura M, Matsuura Y, Shinohara M. Comparative study of cytology and punch biopsy in cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy: a preliminary report. Acta Cytol 1991; 35: 100