

P1-2-8 子宮頸部円錐切除術症例における Human papillomavirus (HPV) タイピング検査の意義鳥取大¹, 松江市立病院²工藤明子¹, 小松宏彰¹, 野中道子¹, 佐藤誠也¹, 千酌 潤¹, 佐藤慎也¹, 島田宗昭¹, 大石徹郎¹, 板持広明¹, 紀川純三¹, 原田 省²

【目的】子宮頸部円錐切除術症例における Human papillomavirus (HPV) タイピング検査の意義を明らかにしようとした。**【方法】**2009年7月から2013年6月の間に当科で子宮頸部円錐切除術を施行し、文書による同意が得られた症例のうち、術前HPVが陽性であり、術後経過観察が可能であった129例を対象とした。術前および術後3か月の時点でHPV タイピング検査を行い、術前後のHPVタイプと細胞診判定との関連を比較検討した。**【成績】**年齢の中央値は37歳(18-79歳)であった。術前の細胞診判定はASC-US 1例(0.8%), ASC-H 8例(6.2%), LSIL 7例(5.4%), HSIL 97例(75.1%), AGC 5例(3.9%), SCC 10例(7.8%), Adenocarcinoma 1例(0.8%)であった。術後組織診断は、Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 1/220例(15.5%), CIN3 108例(83.7%), AIS 1例(0.8%)であった。術前HPV タイピング検査結果は、16型(52例), 52型(32例), 58型(28例)が高頻度にみられ、18型は6例に認めた。術後のHPV タイピング検査では23例(17.8%)が陽性であり、術前と同じ型が9例(39.1%), 異なる型が10例(43.5%), 型不明が4例(17.4%)であった。術前のHPV タイプが16型であった症例では14例(26.9%)で術後もHPV陽性であり、他のHPV タイプと比して術後陽性率が有意に高かった。術後HPV陽性例では7例で術後細胞診異常を認めた。特に、術前HPV16型陽性例では有意に術後CIN3の再発がみられた。**【結論】**子宮頸部円錐切除術前のHPV16型陽性例では、術後のHPV陽性率および再発の可能性が高く、慎重な管理が必要と考えられた。したがって、HPV タイピング検査の有用性が示唆された。

P1-2-9 子宮頸癌検診における HPV 検出および型同定の臨床的有用性の検討

豊見城中央病院

當眞真希子, 小林剛大, 田近映子, 土井生子, 安座間誠, 上地秀昭, 前濱俊之

【目的】当院検診センターにおいて平成20年4月より細胞診にHPV-DNA検査を導入し、さらに平成21年4月よりHPV型検査も加えた。細胞診にHPV検索を併用することによる診断精度および臨床的意義について分析した。**【方法】**平成20年4月より平成25年12月までの検診症例32,250例、HPV-DNA検出(Hybrid Capture-II法: HCII)を行った524例とHPV型検査(PCR法とdirect sequence法)を行った2377例を対象とした。HPV検査は希望者に同意を得て施行し、年齢別に細胞診陽性率、HPV陽性率、HPV型別診断を分析した。細胞診陽性例およびHPV陽性例では可能な限りHPV型検査とコルポ診、組織診を行い、HPV検査、型分析の臨床的意義を検討した。**【成績】**検診症例の細胞診陽性率はクラス分類では0.76%、ベセスタ分類導入後は1.3%、HPV検査受診例は2,901例であり、HPV陽性率は10.2%であった。その年齢別HPV陽性率20代19.2%、30代13.6%、40代7.2%、50代6.7%、60代以降6.8%であった。細胞診陰性・HPV陽性例が267例あり、その中で追跡できた187例中99例(52.9%)がコルポ診と組織診にて頸部上皮内腫瘍(CIN)と診断され、内訳はCIN1:78例、CIN2:13例、CIN3:8例であった。このCIN2+3ではHPV16の感染率が38.1%と高率であった。また、細胞診陰性・HPV陽性85例でCINと診断させた症例を検討すると、HPV high-riskの感染率がCIN1で40%、CIN2で63.6%、CIN3で100%であった。**【結論】**細胞診・HPV陽性例においてCINが52.9%も存在することを示した臨床的意義はきわめて大きい。さらにCINのgradeが高いほどHPV high riskの頻度が高く、HPV検査および型同定の併用は細胞診単独より診断精度が高く、臨床的に有用であることが示された。

P1-3-1 子宮頸部円錐切除後の細胞診再発症例についての検討

福井赤十字病院

大沼利通, 佐藤久美子, 服部克成, 辻 隆博, 田嶋公久

【目的】円錐切除術後には再発の早期発見のため長期的な細胞診による経過観察が必要となる。当院で円錐切除術を行った症例を後方視的に検討し、術後の細胞診による経過観察における留意点を明らかにすることを目的とした。**【方法】**2004年3月~2014年7月まで204例の円錐切除術を施行した。円錐切除術には超音波メス及びYAGレーザーを使用した。術後当院で細胞診を施行していない症例を除外した177例で検討した。前述の目的のため術後の細胞診異常例(ASCUS含む)を再発と定義した。術後細胞診正常群と再発群で比較検討を行った。**【成績】**177例のうち36例(20.3%)で再発が認められ、細胞診正常群は141例であった。細胞診再発群と正常群を比較して、CIN3及び微小浸潤癌の割合について有意差は認めなかった(CIN3正常群86.5%, 再発群91.7%)(微小浸潤癌 正常群3.5%, 再発群2.8%)。手術方式については、超音波メスに再発が多いと思われたが、有意差は認めなかった(正常群37.6%, 再発群55.6%, $0.05 < P < 0.1$)。コルポ下生検の組織診よりも円錐切除術の組織診進行度が低下した例は正常群に比較して再発群が有意に低かった(正常群19.6%, 再発群3.6%, $P < 0.05$)。再発時の細胞診はASCUSが最も多かった(66.7%)。再発は術後1~6か月以内及び37~42か月に二峰性のピークが認められた。60か月を超える再発は少なかった。**【結論】**コルポ下生検と比較して円錐切除術の組織診進行度低下例は再発低リスク群である。細胞診再発はASCUSが多く、HPV検査が再発リスク判断に有用と考えられる。再発に2峰性のピークがありこの時期は注意が必要であるが、5年を超える再発は少なく、5年間の経過観察は妥当であると考えられる。