

精度の高い子宮頸がん検診に向けて －わが国の現状を踏まえたHPV検査導入法－

子宮頸がんの現状とがん検診ならびに検診ガイドラインの課題・問題点

<わが国の現状> 欧米諸国に比べ…。

- ・子宮頸がんの罹患率・死亡率ともに増加
- ・検診受診率やワクチン接種率が低い(ともに最低レベル)
- ・HPV検査普及の遅れ



- ・国の検診プログラムが無い(最大の課題点)
 - ・精度管理体制や受診勧奨の方法が不統一
- 一般財源化の弊害

<国立がん研究センターの子宮頸がん検診ガイドラインの問題点>

- ≡海外のガイドラインを直接取り入れる問題点
- 欧米のエビデンスのみをベースにしており、わが国の現状に合わない(増加傾向にある疾患に十分対応できない。ワクチン接種率が極めて低い。)
- 細胞診・HPV検査併用検診の有用性が過小評価
- 実際の検診で運用するための情報が不十分

細胞診・HPV検査併用検診の有用性と課題

<全国8地域における細胞診/HPV検査併用検診の実態調査> 演者ら HPV検査併用検診を導入した自治体の検診データを集積し、解析した。

【有用性】→病変発見率(細胞診単特 vs. HPV検査併用検診);

- ・CIN2以上: 年齢階層20代後半～40代で有意差あり
- ・CIN3以上: 年齢階層30代～40代で有意差あり
- ・子宮頸部腺癌: 明らかな有意差あり

【課題】→イニシャルコストの増加

(International journal of gynaecology and obstetrics 2021)

当会では、子宮頸がんによる死亡率減少だけでなく、妊娠能の維持、女性のQOLを重視している。

従来の細胞診単独法だけは精度に限界があり、感度が高く将来のリスクも予測できるHPV検査の導入が必要である。

わが国の現状を踏まえたHPV検査導入法

年齢(歳)	受診方法	間隔(年)
20～29	細胞診単独法	1～2
30～64	第1推奨: HPV検査上乗せ検診 細胞診をベースに節目(指定)年齢にHPV検査を上乗せ	1～2
	第2推奨: 細胞診・HPV検査併用検診	3年
65以上	30～64歳と同様 (直近(60歳以降)の検診で細胞診とHPV検査ともに陰性の場合、検診終了も可能)	

※HPV検査単独の検診(5年間隔)は現時点では非推奨

子宮頸がん検診リコメンデーション2021



当面の暫定的なもの。国内のエビデンスが蓄積され、検診精度管理体制が整い、子宮頸がん罹患率の上昇に歯止がかけられたときにはHPV検査単独検診も含め、より良い子宮頸がん検診のアルゴリズムを検討する必要がある。