

# 子宮頸癌 と性感感染症

日本では、子宮頸癌は年間約7千人が罹患し、約2千人が死亡しています。浸潤癌では1975年17・5人/10万人、1998年には93人と全体では減少傾向にあります。

ただ25〜29才では、1975年17人から35人、上皮内癌も加えると29人から11・4人と若い年齢層での罹患率は増加傾向にあります。

子宮頸癌の検査法は細胞診検査を行っています。この検査法をパップスミア（パパニコロー）といひ、世界共通の名前がついています。外国で子宮頸癌検診を受ける時はパップスミア（パパニコロー）と言えれば検査してもらえます。

これは1941年、パパニコローという人が細胞診の染色法ならびに細胞診による癌の診断法を確立し、判定の結果を5段階に分類して表示する、いわゆるパパニコローの分類を規定したことによります。

## パパニコローの分類

クラスⅠ：異型又は異常な細胞を認めない

クラスⅡ：異型細胞を認めるが悪性所見ない

クラスⅢ：悪性の疑いのある異型細胞を認めるが決定的に悪性とは断定できない

クラスⅣ：悪性が強く疑われる異型細胞を認める

クラスⅤ：決定的に悪性といえる異型細胞を認める

クラスⅥ以上は子宮鏡や組織検査が必要となります。

最近の研究によると、子宮頸癌の多くは性感感染症であるヒトパピローマウイルス（HPV）が関与していることが明らかにされています。

HPVはDNA型のウイルスで、現在100以上のタイプが同定されており、その中で子宮頸部などの粘膜に感染しうるHPVは40タイプ以上報告されています。

このうちHPV16、18、31、33、35などのタイプは子宮頸癌や肛門癌などの悪性腫瘍誘発するため高リスク型とよばれ、尖形コンジロームを誘発するが、発癌性が弱いHPV6、11、42、43、44、56などは低リスク型とよばれています。

最近行われた北陸地方での子宮頸部HPV感染症の検査では、10代後半女性の56%、20代前半の37%に高リスク型HPVが検出され、12%に細胞診クラスⅢ以上の異常が確認されています。

日本では、老人保険事業に基づき癌検診としてほとんどの市町村

で実施されており（対象30歳以上）2002年度の受診率14・6%、職域検診を含めても22%にすぎません。ちなみにアメリカの18〜45才最近3年以内の受診率は89%、ヨーロッパ諸国でもほぼ80%程度あります。

これからは、子宮癌検診は性交経験のある若い女性なら一度は子宮癌検診を進んで受けるような性教育も必要になってきています。

（医師会）