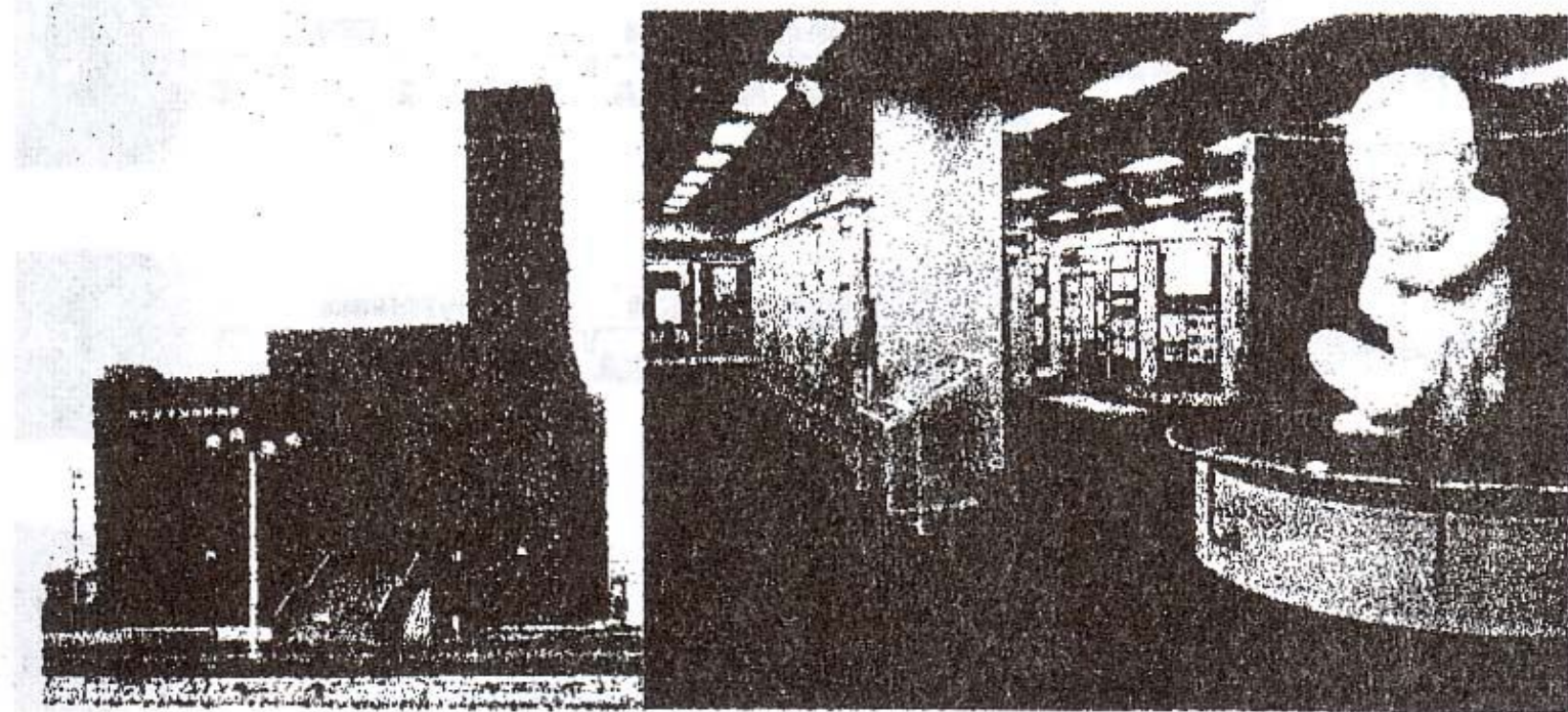


①

子宮頸部細胞診における  
ベセスダシステム（2001）導入の意義  
—病理医の立場から—



川崎医科大学 病理学2・現代医学教育博物館  
森谷 卓也

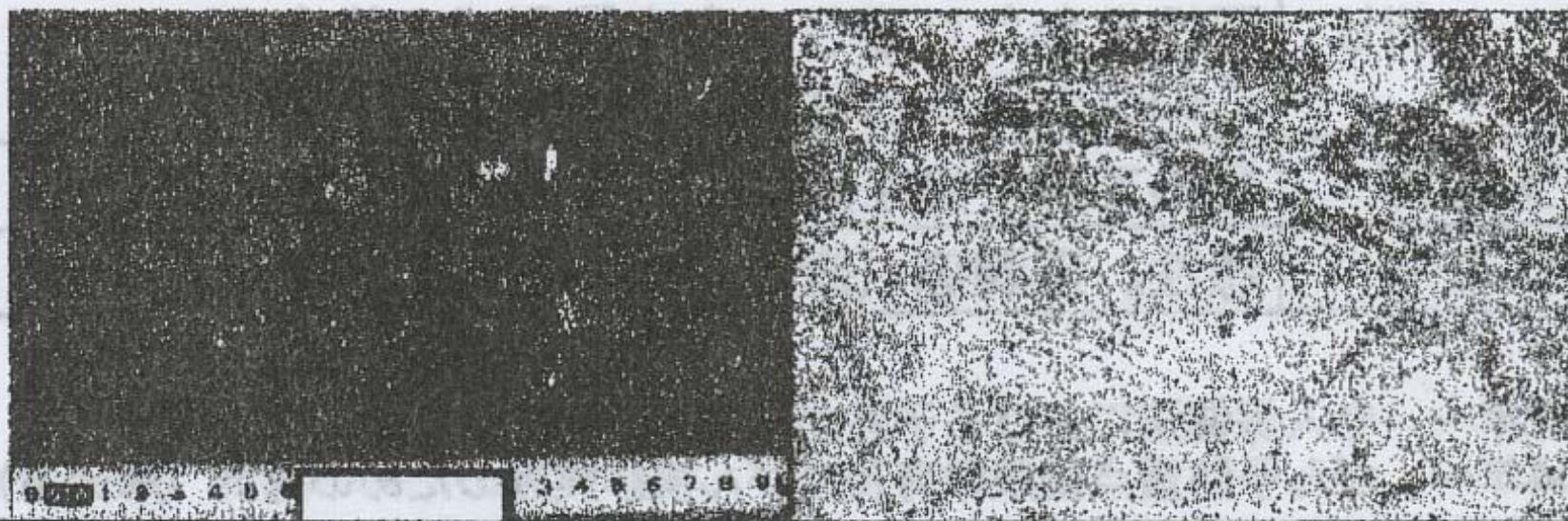
②

## 子宮頸癌

- 早期発見が可能となった
- 本邦女性の死亡数は減少している

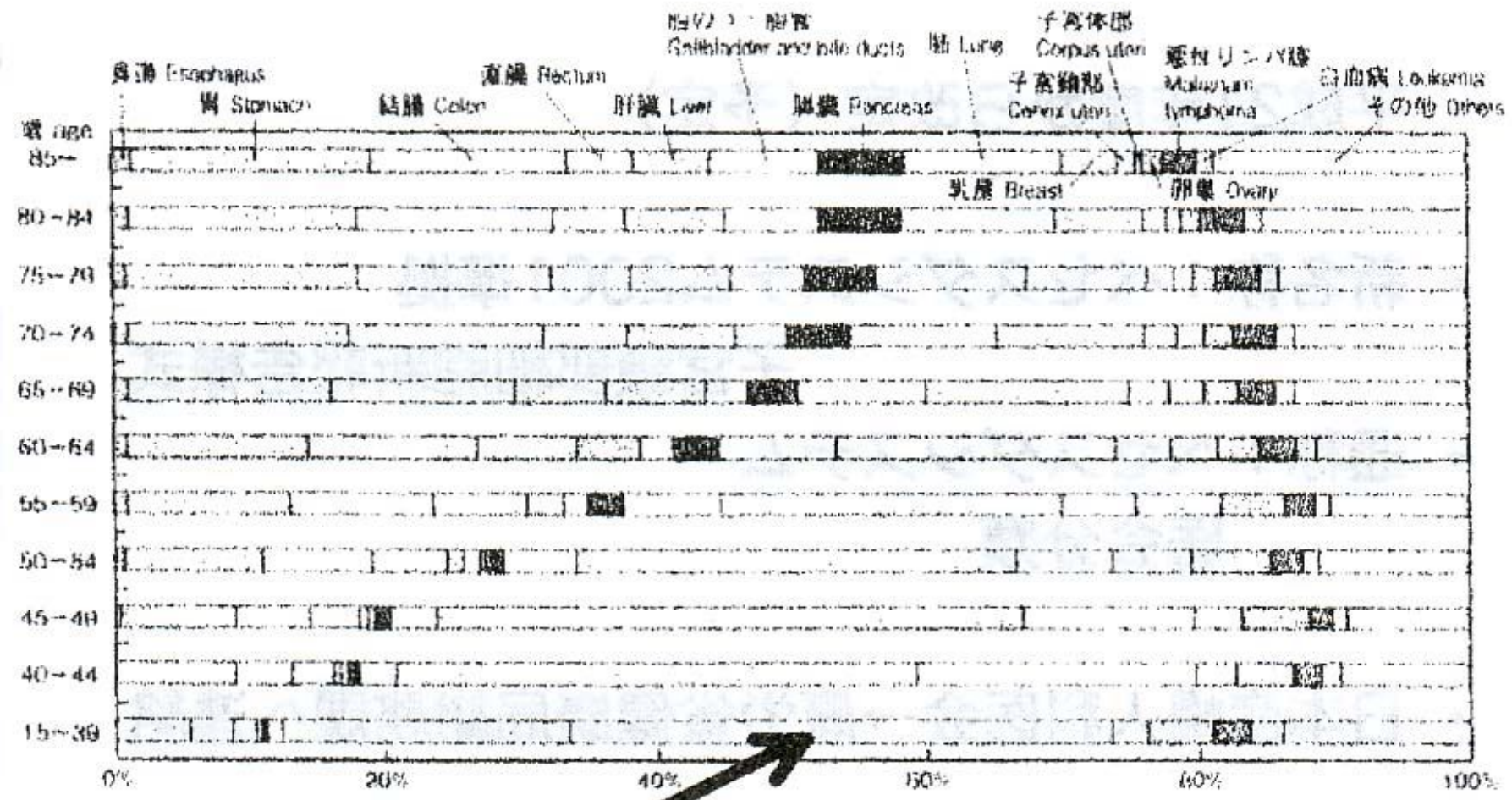
しかし

- 20代・30代女性の罹患数や死亡数が増加  
(この年代においては、臓器別では最多)



③

# 年齢階級別がん罹患率 臓器別・女性 (2002年)



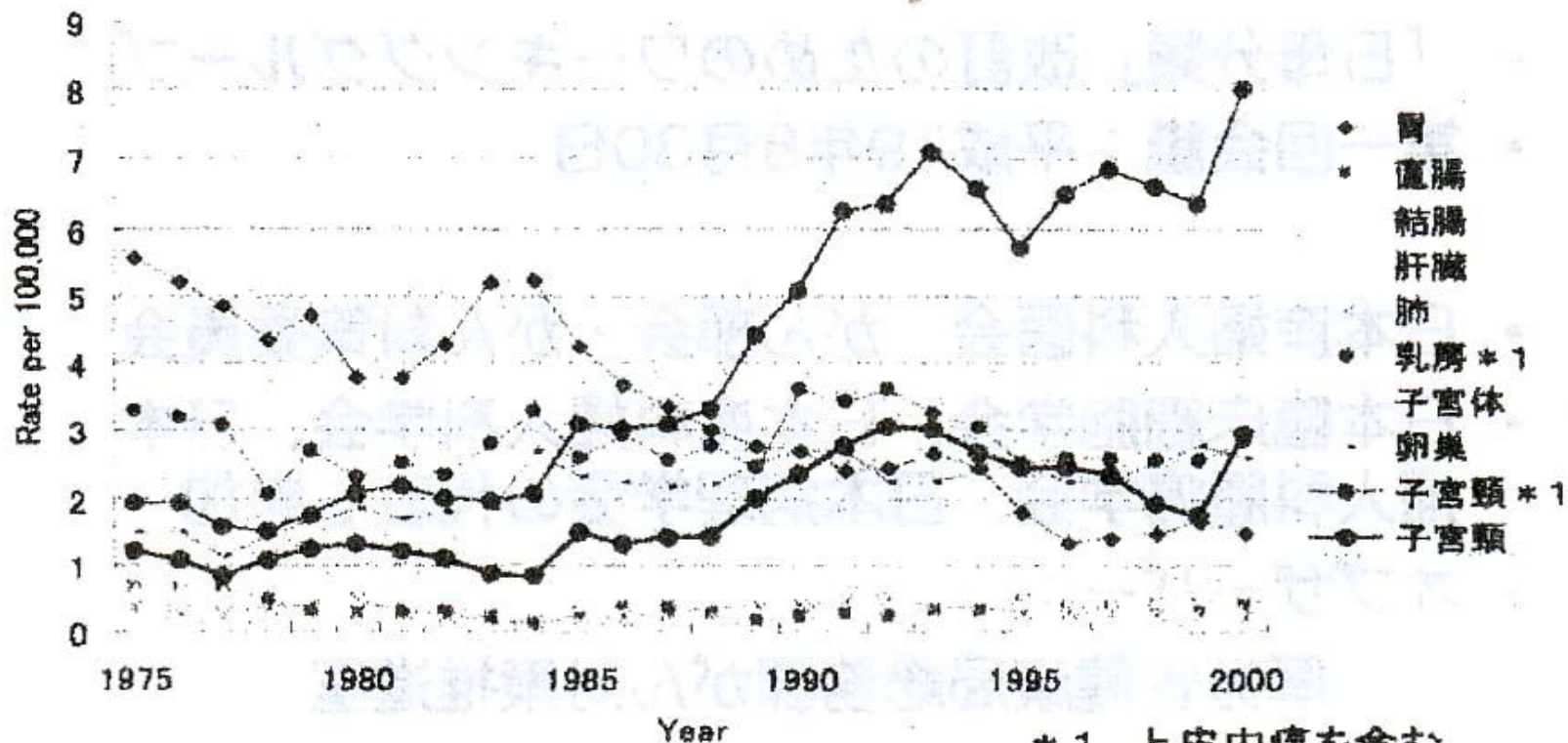
薄黄：子宮頸部

(国立がんセンターHPより引用)

(4)

# 日本における20-29歳の 女性10万人当たりの各種癌の発症率の推移

Incidence (20-29 years old)

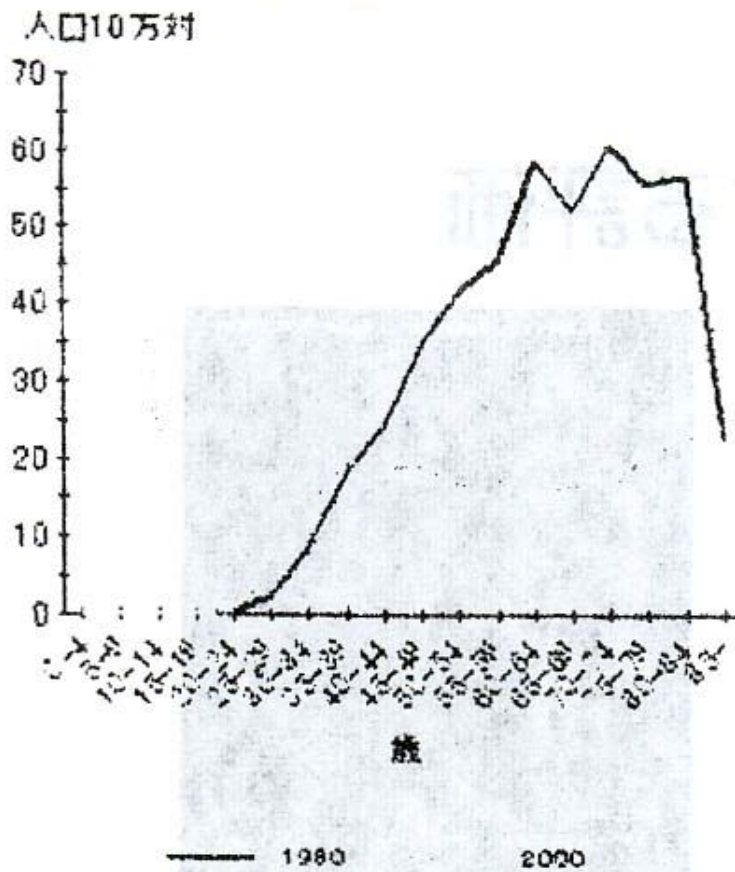


\*1 上皮内癌を含む

(国立がんセンターがん情報センター 人口動態統計 より)

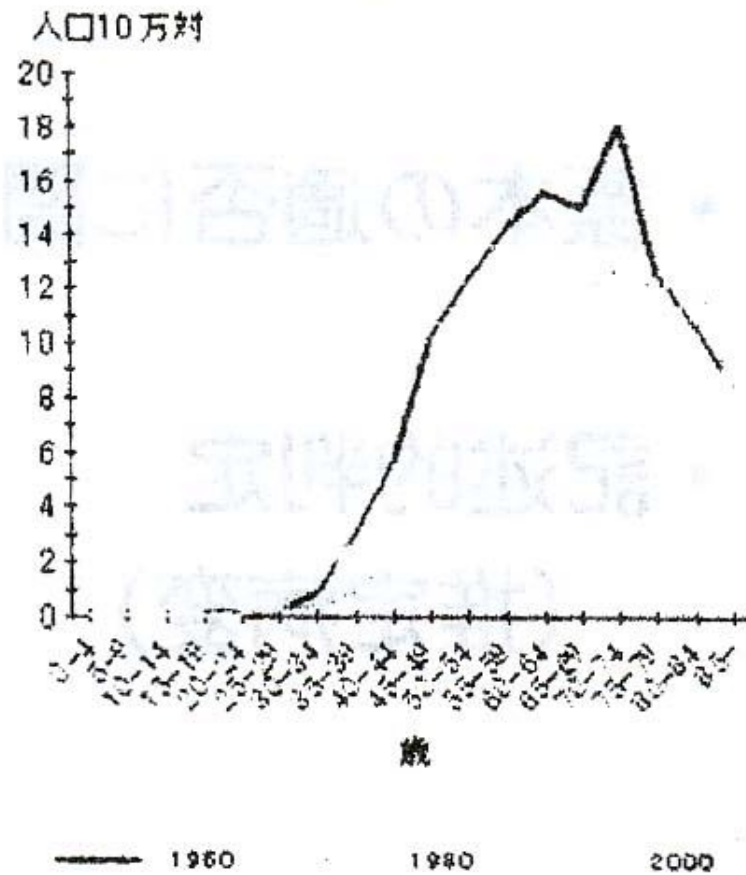


年齢階級別罹患率複数年  
(女性)  
【子宮頸 複数年】



資料: 国立がんセンターがん対策情報センター  
Source: Center for Cancer Control and Information Services,  
National Cancer Center, Japan

年齢階級別死亡率複数年  
(女性)  
【子宮頸 複数年】



資料: 国立がんセンターがん対策情報センター  
Source: Center for Cancer Control and Information Services,  
National Cancer Center, Japan

⑥

## 子宮頸癌

原因・自然史が解明されている癌  
前癌病変（異形成）を検診で発見可能

→ 検診による予防が期待できる癌

CIN

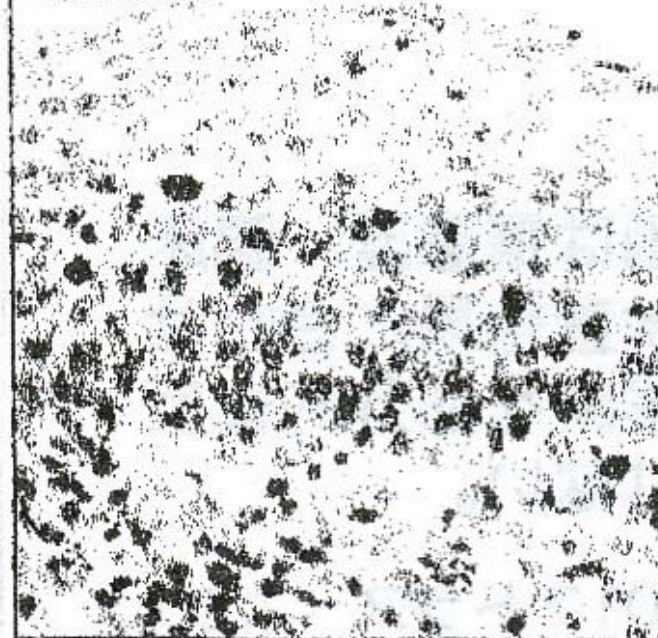
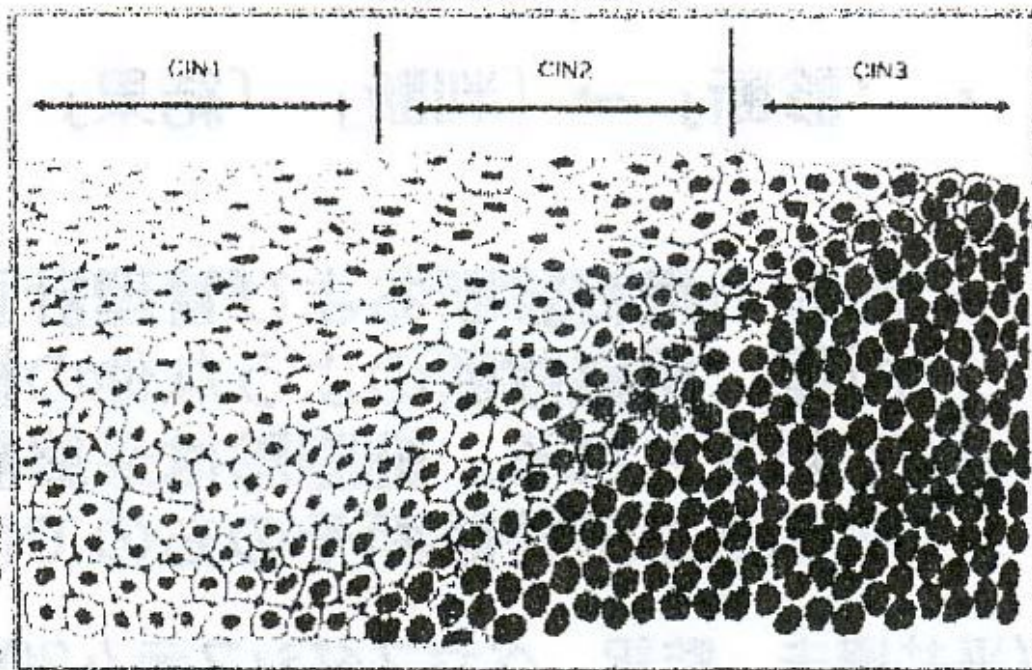


Diagram of the grades of CIN



⑦

## 細胞診クラス分類

(日本母性保護産婦人科医会、1978年)

クラス	
クラス I	正常
クラス II	異常細胞を認めるが良性
クラス III	悪性を疑うが断定できない
III a	悪性を少し疑う、軽度・中等度異形成を推定 このクラスから5%程度に癌が検出される
III b	悪性をかなり疑う、高度異形成を推定 このクラスからは50%程度に癌が検出される
クラス IV	極めて強く癌を疑う。上皮内癌を想定する
クラス V	悪性。浸潤癌（微小浸潤癌を含む）を想定する

1982年～ 老人保健法における子宮がん検診の判定に利用

2004年～ がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（厚労省）

(A)

ベセスダシステム  
2001

ASC-US

NILM

LSIL

HSIL

CA

ASC-H

CIN用語

Negative

Quantitative Atypia

CIN

CA

Reactive NOS KA

1

2

3

Dysplasia用語

Negative

Quantitative Atypia

Dysplasia

CA

Reactive NOS KA

Mild

Mod

Sev

パバニコロー  
クラス分類

I

II

III

IV

V

(平井康夫 監訳 ベセスダシステム2001アトラス より)



⑨

## 「日母分類」改訂と ベセスダシステム導入の検討

- 「日母分類」改訂のためのワーキンググループ
- 第一回会議：平成19年8月30日
- 日本産婦人科医会 がん部会・がん対策委員会
- 日本臨床細胞学会、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本病理学会の代表も参加
- オブザーバー：

厚労省健康局総務課がん対策推進室

10

## 子宮頸部細胞診報告様式改定

- 平成21年度から改定（予定）
- 新名称：ベセスダシステム2001 準拠  
子宮頸部細胞新報告様式
- 通称：ベセスダシステム  
医会分類
- 日本産婦人科医会→厚労省健康局総務課へ連絡

①

## ベセスダシステム2001 (子宮頸部細胞診)

- 子宮頸部細胞診は、診断に寄与する判断を提供する、医学的コンサルテーションとして報告される「スクリーニング検査」である
- 「診断」 → 「判断」 「結果」
- 患者の最終診断および管理計画は罹患歴、臨床所見、組織診断のような他の検査結果と合わせて判定される。細胞診は最終診断を部分的に反映するが最終診断そのものではない。

(平井康夫 監訳 ベセスダシステム2001アトラス より)

⑫

## ベセスダシシステムの骨子

- 標本の適否に関する評価
- 記述的判定  
(推定病変)



13

## 「日母分類」改訂の必要性

- 1) 標本の適・不適を評価し、  
不適正標本を減少させる
- 2) 検診の精度管理のために推定病変を記載する
- 3) HPV検査との整合性をはかる
- 4) 診断困難な異型細胞の評価基準を明確にする
- 5) 欧米および他臓器癌との整合性をとる

(「日母分類」改訂のためのワーキンググループ 資料を改変)

14

ベセスダシステム2001  
<不適正 Unsatisfactory>

- 不合格検体 Rejected specimen  
検体にラベルがない、スライド破損など  
→処理せず（理由を明記）
- 不適正検体  
検体を処理・検査したが、上皮の異常を評価  
するには不適正 →理由を明記

15

## ベセスダシステム2001

### <不適正検体>

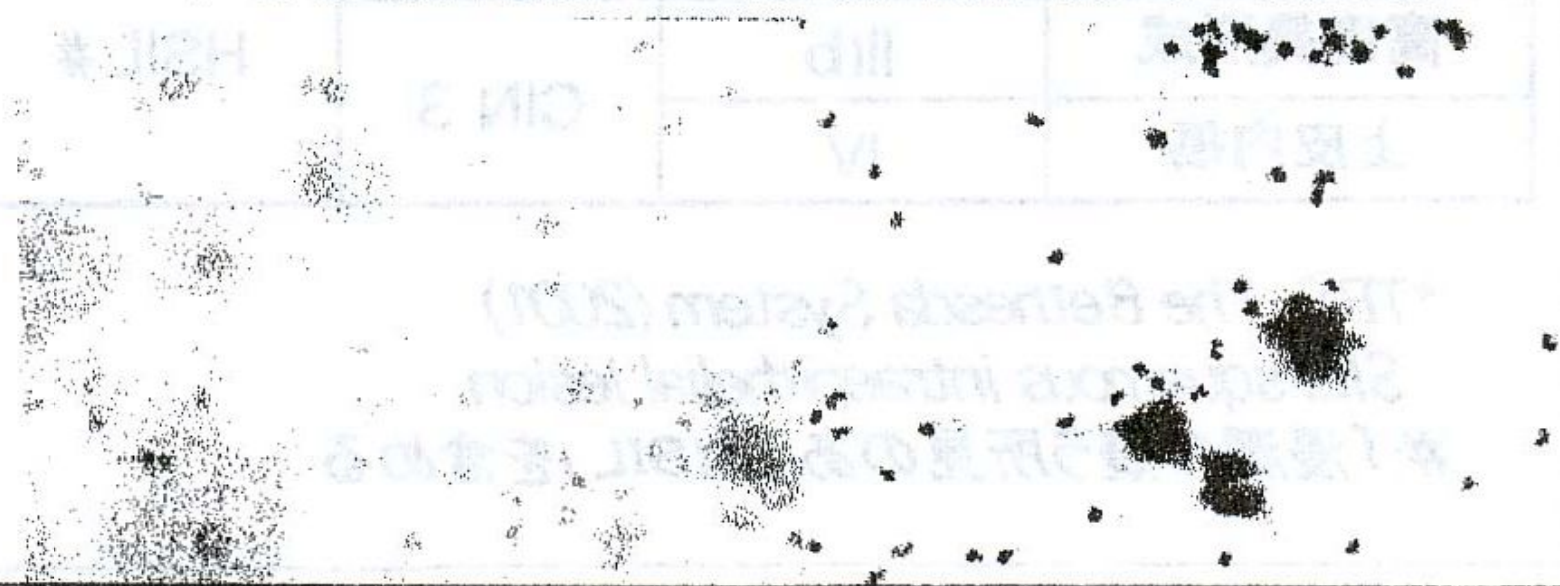
- 原因

- 移行帯細胞の存在

- (内頸部または化生扁平上皮が孤立性または集塊として10個以上)

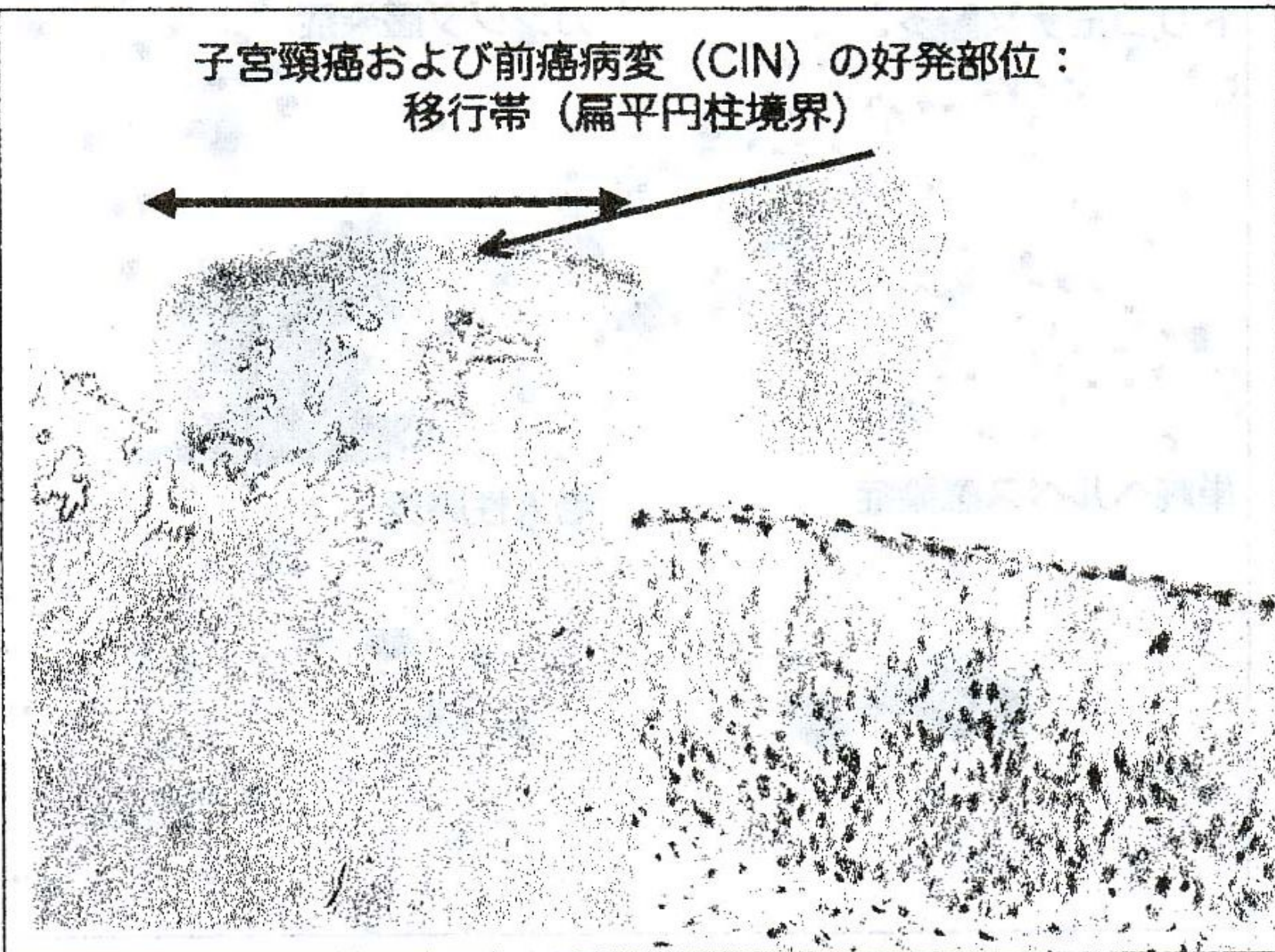
- 細胞数 (従来法では扁平上皮8000~12000個、概算)

- 不明瞭 (扁平上皮の75%超が強い炎症で見えない場合など)



16

子宮頸癌および前癌病変 (CIN) の好発部位：  
移行帯 (扁平円柱境界)





①

ベセスダシステム2001

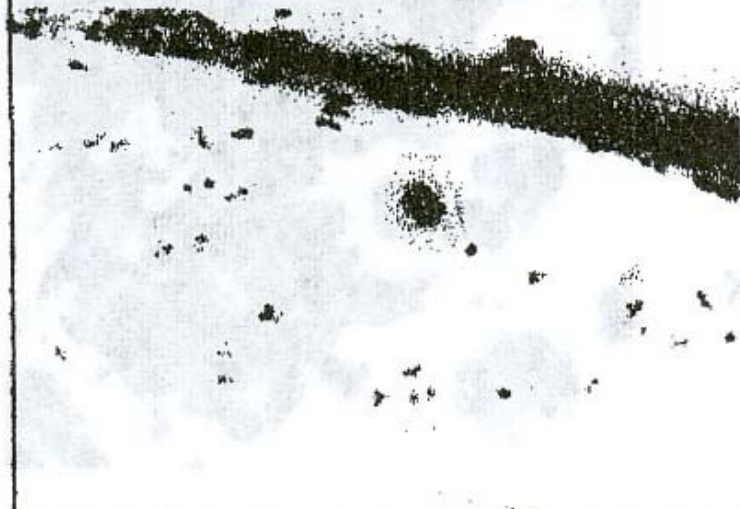
## <不適正検体>

- ・ 注意事項 (1)

異常細胞の存在

→少量でも不適正とならない場合がある

「不適正」とすべき検体でもASC-US, AGC以上の細胞が含まれていれば「適正」となり評価される。



(検体適正性に疑問があれば、高度の異常を否定できない、などと記載)

18

ベセスダシステム2001

## <不適正検体>

### 注意事項 (2)

40歳以上で内膜細胞出現など：検体不適正でも付記

- ・ 月経周期との整合性を確認
- ・ 腺上皮か、間質細胞かの鑑別はしばしば困難
- ・ 多くは良性子宮内膜、ホルモン異常  
(子宮内膜・子宮異常が存在することは稀)



エクソダス



内膜腺癌細胞

19

## ベセスダシステム2001 従来のクラス分類との対比

結果	略語など	推定診断	クラス
陰性	NILM	非腫瘍性病変 炎症	I / II
意義不明異型扁平上皮	ASC-US	LSIL疑い	II / IIIa
高度病変を除外できない異型扁平上皮	ASC-H	HSIL疑い	III / IIIb
軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV感染 軽度異形成	IIIa
高度扁平上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	IIIa IIIb IV
扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌 (微小浸潤含む)	V
異型腺細胞	AGC	腺異形成 腺系病変疑い	III
上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	IV
腺癌	Adenocarcinoma	腺癌	V
その他の悪性腫瘍	Other	その他のがん	V

20

陰性（上皮性腫瘍ではない/悪性ではない）

NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy)

\*微生物

膺トリコモナス

形態的にカンジダ属に一致する真菌

細菌性膺症を示唆する菌叢の転換

形態的に放線菌に一致する細菌

単純ヘルペスウイルスに一致する細胞変化

\*その他の非腫瘍性所見

反応性細胞変化（炎症、放射線、IUD）

子宮全摘後の腺細胞

萎縮

21

トリコモナス膣炎



カンジダ感染症



単純ヘルペス感染症



老人性膣炎



22

## 子宮頸部前癌病変の分類

従来用語	クラス分類	CIN	SIL(TBS*)
軽度異形成	III a	CIN 1	LSIL
中等度異形成		CIN 2	
高度異形成	III b	CIN 3	HSIL #
上皮内癌	IV		

\*TBS: The Bethesda System (2001)

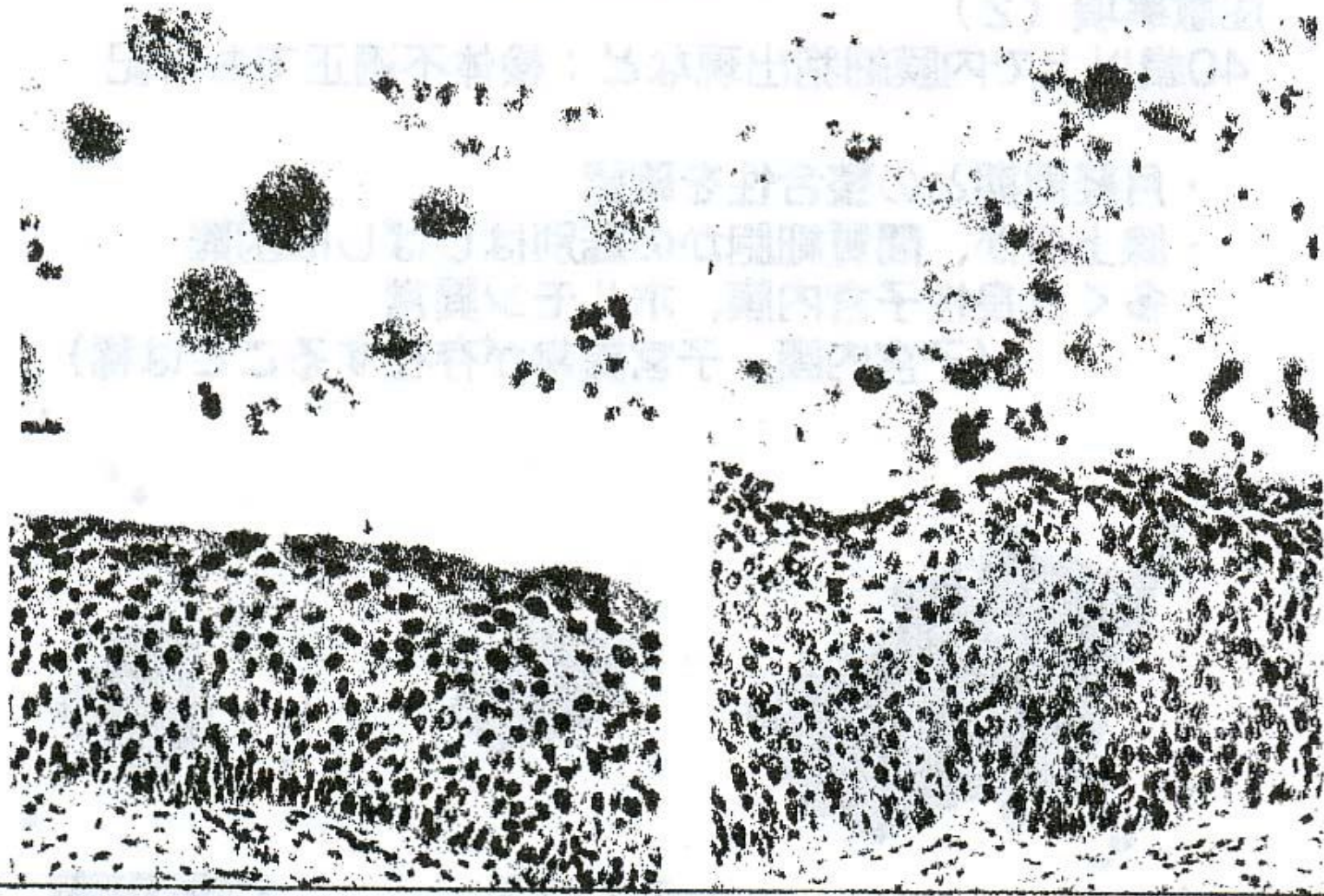
SIL: squamous intraepithelial lesion

#: 「浸潤の疑う所見のあるHSIL」を含める

23

# HSIL (高度扁平上皮内病変)

従来の中等度異形成、高度異形成、上皮内癌



24

## HSIL: 浸潤を疑う所見のあるHSIL



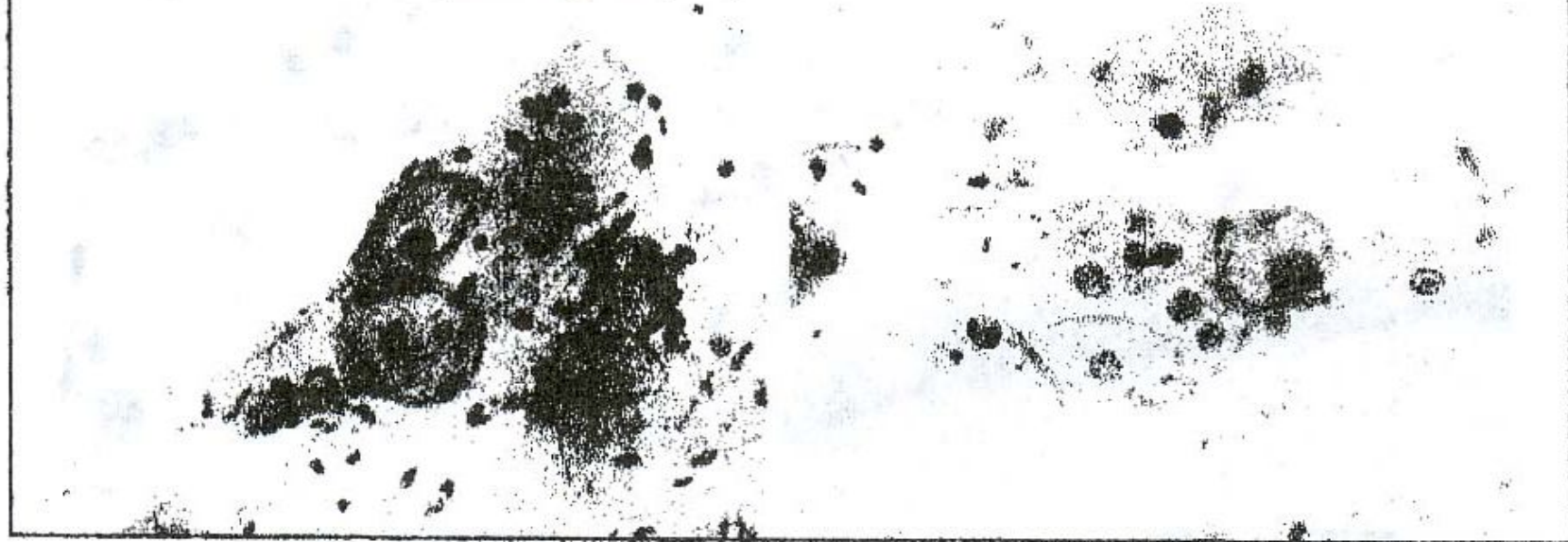
HSILのなかに、異常角化細胞が  
少量出現しているような場合  
(核小体や腫瘍背景を欠く)



25

## 従来のクラスIIIa：問題点

- ・ 推定疾患：本来は軽度～中等度異形成を推定  
炎症性病変が混在している可能性  
(トリコモナス、組織修復、濾胞性頸管炎など)
- ・ 不適正検体で判定が難しい細胞が含まれる可能性
- ・ 臨床的取扱い：ただちにコルポスコピーを行い、生検することを推奨しているが、細胞診を反復している  
実地医家も少なくない



26

ベセスダシステム2001  
異型扁平上皮細胞ASC  
(atypical squamous cells)

\* SILを示唆する細胞変化について、  
明確な判断を行うには質的・量的に不十分

- 1) 扁平上皮への分化
- 2) 核/細胞質比の増大
- 3) わずかな核濃染、クロマチン凝集、形状不整、スマッジ核（泥状核質）、多核

\* 鑑別細胞：萎縮性変化、修復細胞、異型腺細胞

\* ASC-US 意義不明な異型扁平上皮細胞

\* ASC-H HSILを除外できない異型扁平上皮細胞

27

ベセスダシステム2001  
異型扁平上皮細胞ASC  
(atypical squamous cells)

ASC-US	ASC-H
<p>核：中層扁平上皮核の2.5-3倍 N/C比はやや上昇 わずかな核濃染 クロマチン分布・核形状不規則性 厚いオレンジG好性細胞質を持つ 細胞の核異常（異型錯角化）</p>	<p>N/C比の高い小型細胞 「異型（未熟）化生」 孤立性または10個以下の集団 正常の1.5-2.5倍の核 N/C比はHSILと同様</p> <p>密在するシート・パターン 極性を失った核 (+/-) 厚い細胞質、多稜形細胞形態、 明瞭な輪郭を持つ細胞集団</p>

2A

## ASC-US: 意義不明異型扁平上皮 atypical squamous cells of undetermined significance

- 細胞像

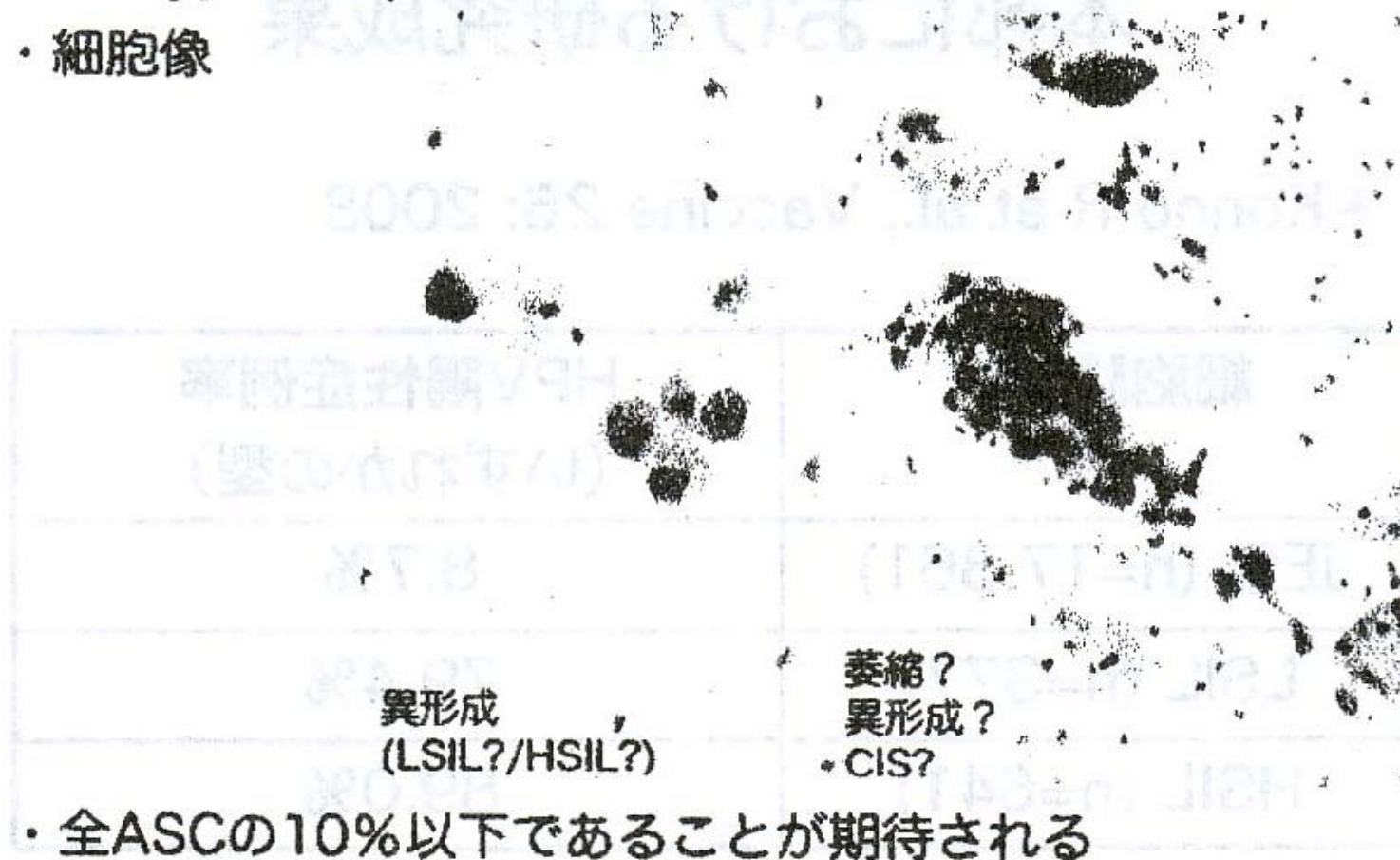


- 全報告の5%以下であることが期待される
- ハイリスクHPVが約50%で検出
- 約10-20%は中等度～高度異形成、CISと最終診断される

29

ASC-H: HSILを除外できない異型扁平上皮  
atypical squamous cells, cannot exclude HSIL

・細胞像



異形成  
(LSIL?/HSIL?)

萎縮?  
異形成?  
・CIS?

・全ASCの10%以下であることが期待される

30

ベセスダシステム2001  
扁平上皮系病変-ASCの意義

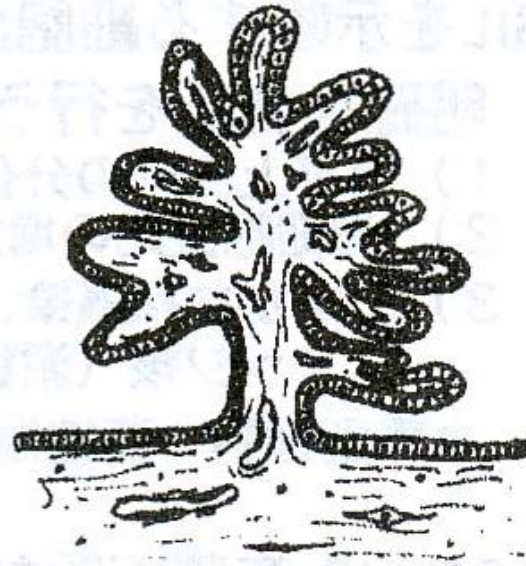
結果	略語など	推定診断	クラス
意義不明異型扁平上皮	ASC-US	LSIL疑い	II / IIIa
高度病変を除外できない異型扁平上皮	ASC-H	HSIL疑い	III / IIIb
軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV感染 軽度異形成	IIIa
高度扁平上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	IIIa IIIb IV

従来のクラスIII (IIIa / IIIb)に含まれた病変  
に対する評価の再編

- 萎縮・再生・炎症性疾患
- 真の異形成
- 上皮内癌（および微小浸潤癌）

31

## CINとHPV感染



"Papillary lesions"



*Papilloma infections in rabbit*  
(Seton ET; Lives of game animals, 1937)

32

コイロサイトーシス Koilocytotic atypia  
= mild dysplasia = CIN1 = LSIL

- 生物学的特性が共通している
- 関与するHPV亜型が共通している
- 臨床的取扱い方法が共通である
- 組織学的な診断ポイントに重複がある



扁平コンジローム

核周囲明庭 "halo"



33

## HPV 感染症とCIN

ヒトパピローマウイルス (HPV) のサブタイプは浸潤癌発生の危険性に強い影響を及ぼす

- 診断: PCR や ISH

HPVテスト:

ハイブリッドキャプチャー法

- 低リスク群: 6, 11, 42, 43, 44
- 高リスク群: HPV16/18-ISH  
16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68
- CIN1 (LSIL): 通常HPV 6&11が関与
- CIN2&3 (HSIL): 大半はHPV 16 (&18)が陽性

34

## HPVテスト

- ハイブリッドキャプチャー法により子宮頸癌の原因ウイルスである高リスク型HPVグループを検出
- 検出可能なHPVの型は13種類：16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68型
- 検体:子宮頸部擦過細胞を使用
- RNAプローブを用い検体中のDNAとハイブリダイズ
- 「陽性」「陰性」として定性判定（数値ではない）
- HPVの型別判定はできない



(図：三菱メディエンスHPより引用)

3)

## CINとヒトパピローマウイルス (HPV) 感染の関係 (参考)

- CIN の殆どで  
HPV ( human papilloma virus ) 感染症が関与

報告者 (年)	CIN1	CIN2	CIN3
Lungu (1992)	91%	100% (16: 64.8%)	100% (16: 73.1%)
Matsukura (1995)	94.3%	100% (16: 23.2%)	94.6% (16: 45.1%)

- HPV 16が最も高頻度で検出された

36

## HPVテストとSIL 本邦における研究成果

\* Konno R et al., Vaccine 26: 2008

細胞診判定	HPV陽性症例率 (いずれかの型)
正常 (n=17,361)	8.7%
LSIL (n=377)	79.4%
HSIL (n=641)	89.0%

37

## 子宮頸癌におけるHPVの有病率

	低リスク HPV (%)	高リスク HPV (%)	報告
子宮頸癌 全体 (n=909)	0.2	99.5	Bosch ら, 1995 Walboomers ら, 1996
頸部腺癌 (n=157)	0	93.0	IARC, 2006

3A

- 細胞診でLSIL(コイロサイトーシスを含む)と診断されるHPV感染所見は、一過性のもので、癌化のリスクは小さい。
- LSILは、HPV一過性感染の細胞変化
- HSILは、HPV持続感染一腫瘍性細胞変化の始まり

軽度 << 中等度 < 高度異形成

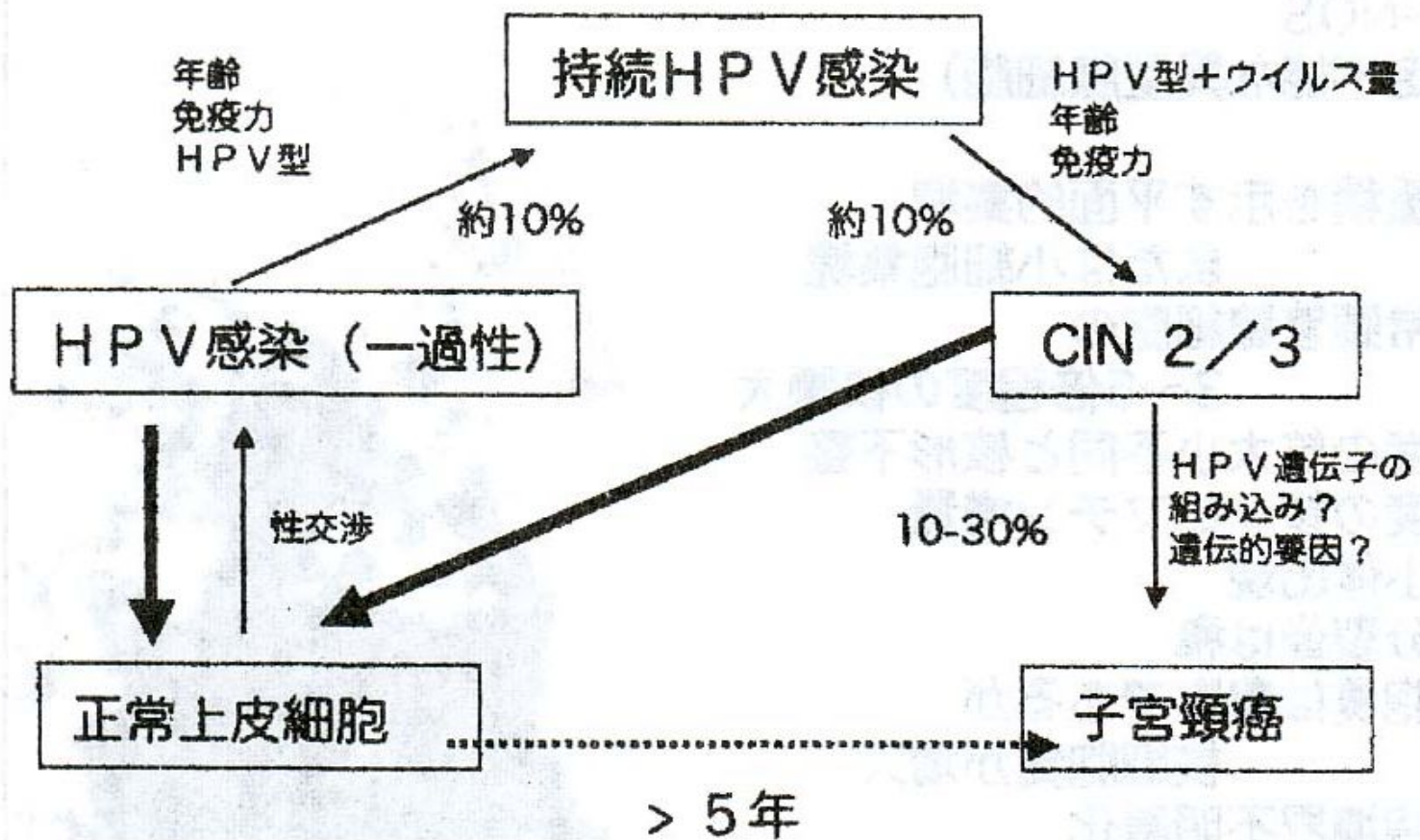
- \* 生物学的な差異
- \* 顕微鏡での診断再現性

\* 治療の適応区分ではない。

(今野 良による)

3.9

# HPV感染と子宮頸癌の自然史



(今野 良による)

40

## HPV-DNAテスト：ACOGによる勧告 (エビデンスレベル：A)

- CIN2-3検出：細胞診より感度が高い
- 細胞診と併用：CIN2-3のNPVは>99%
- 初回細胞診でASC-USまたはLSILで、ハイリスクHPV陽性の女性→2年以内に10%がCIN2-3
- 既にLSILやASC-Hと診断されている場合にはHPVテスト実施の必要はない



④

## 米国NCI,ASCCP, ASC暫定ガイドライン (Wright wet al.: Obstet Gynecol 2004)

- 30歳以上の女性に対する細胞診とHPVテストの結果によるマネージメント指針

細胞診	HPV テスト	管理指針
陰性	陰性	通常のスクリーニング3年間
陰性	陽性	6-12か月の間に両試験を再検
ASC-US	陰性	12か月後に細胞診再検
ASC-US	陽性	コルポスコピー
ASC-H	すべての結果	コルポスコピー

細胞診	HPV テスト	管理指針
陰性	陰性	通常のスクリーニング3年間
ASC-US	陰性	12か月後に両者再検査
> ASC-US	陰性	コルポスコピー
すべての結果	陽性	コルポスコピー

ASC-US: 意義不明異型扁平上皮

atypical squamous cells of undetermined significance

42

## ベセスダシステム2001 判定結果と推奨される運用

結果	略語など	クラス	運用
陰性	NILM	I / II	異常なし：定期検査
意義不明異型扁平上皮	ASC-US	II / IIIa	要精密検査 ①HPV検査による判定が望ましい 陰性：1年後に細胞診、HPV併用検査 陽性：コルポ、生検 ②HPVテスト非施行 6か月以内細胞診検査
高度病変を除外できない異型扁平上皮	ASC-H	III / IIIb	要精密検査    コルポ、生検
軽度扁平上皮内病変	LSIL	IIIa	
高度扁平上皮内病変	HSIL	IIIa IIIb IV	
扁平上皮癌	SCC	V	

43

ASC-US: 意義不明異型扁平上皮  
atypical squamous cells of undetermined significance

- HPVテストとの組み合わせ検査は、子宮頸部病変の予後予測や経過観察方法決定のために重要である
- 細胞診検査において、本カテゴリーを設ける意義がある  
(クラス分類では存在しない概念である)

44

ベセスダシステム2001  
異型扁平上皮細胞ASC  
(atypical squamous cells)

- \* ASC-USとASC-Hでは管理が異なる
- \* ASC-US: HPVテスト併用、  
または再検、コルポスコピー
- \* ASC-H: コルポスコピー  
(発癌性HPVの関与や、HSIL存在の  
可能性が、ASC-USに比して高いため)

45

## 異型腺細胞 AGC (Atypical glandular cells)

- ・ 腺に異型があるが、上皮内腺癌とするには異型が弱いもの
- ・ 腺癌が疑われるが断定できないもの

### \* AGC-NOS (特定不能な異型腺細胞)

→ 腫瘍性かどうかを特定できない場合  
(内頸部由来か内膜由来が特定できる場合は記載)

### \* AGC-favor neoplastic (腫瘍性を示唆する異型腺細胞)

→ 細胞形態は異常だが量的質的にAISや腺癌とできない  
(内頸部由来が特定できる場合には記載すること)

- ・ 意義不明の異型腺細胞AGUC,  
反応性変化を伴う異型腺細胞AGC, favor reactive の二つは除外された

46

## 異型腺細胞 AGC (Atypical glandular cells)

AGC-NOS

(特定不能な異型腺細胞)

- ・核重積を示す平面的集塊  
または小細胞集塊
- ・正常頸管腺細胞の  
3~5倍程度の核腫大
- ・軽度の核大小不同と核形不整
- ・軽度の核クロマチン増量
- ・核小体出現
- ・核分裂像は稀
- ・細胞質は豊富であるが  
核細胞質が増大
- ・細胞境界不明瞭化



修復細胞??

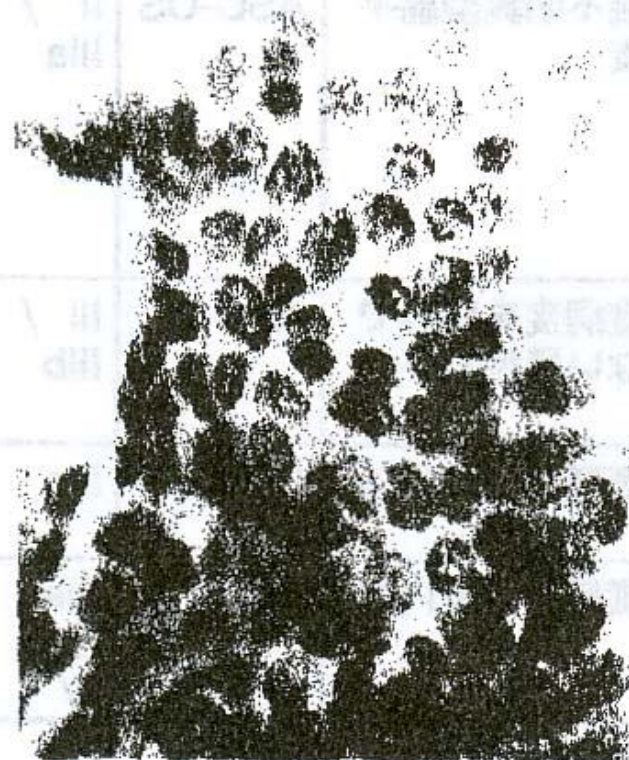
47

## 異型腺細胞 AGC (Atypical glandular cells)

AGC-favor neoplastic  
(腫瘍性を示唆する異型腺細胞)

- ・ロゼット形成
- ・羽毛状配列
- ・核分裂像

を認め、腫瘍性変化であるが、  
腺癌の判定に至らないもの



最終的にVGA

4A

## 異型腺細胞：鑑別対象

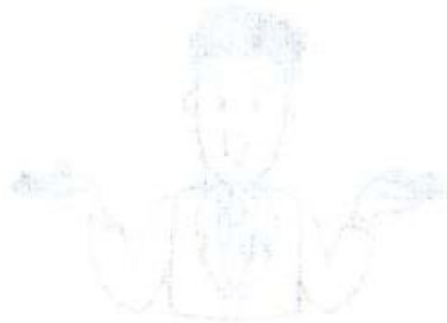
頸管腺上皮由来	内膜腺上皮由来
反応性異型 修復性変化 放射線変化 卵管上皮化生 頸管ポリープ 微小腺過形成 Arias-Stella変化 腺異形成 上皮内腺癌 HSIL	内膜ポリープ 内膜炎 IUDによる反応 子宮内膜増殖症 子宮内膜癌



49

ベセスダシステム2001  
判定結果と推奨される運用  
＜腺系病変＞

結果	略語など	クラス	運用
異型腺細胞	AGC	III	要精密検査： コルポ、生検、頸管および内 膜細胞診または組織診
上皮内腺癌	AIS	IV	
腺癌	Adenocarcinoma	V	
その他の悪性腫瘍	Other	V	要精密検査：病変検索



50

## ベセスダ分類：その他の課題

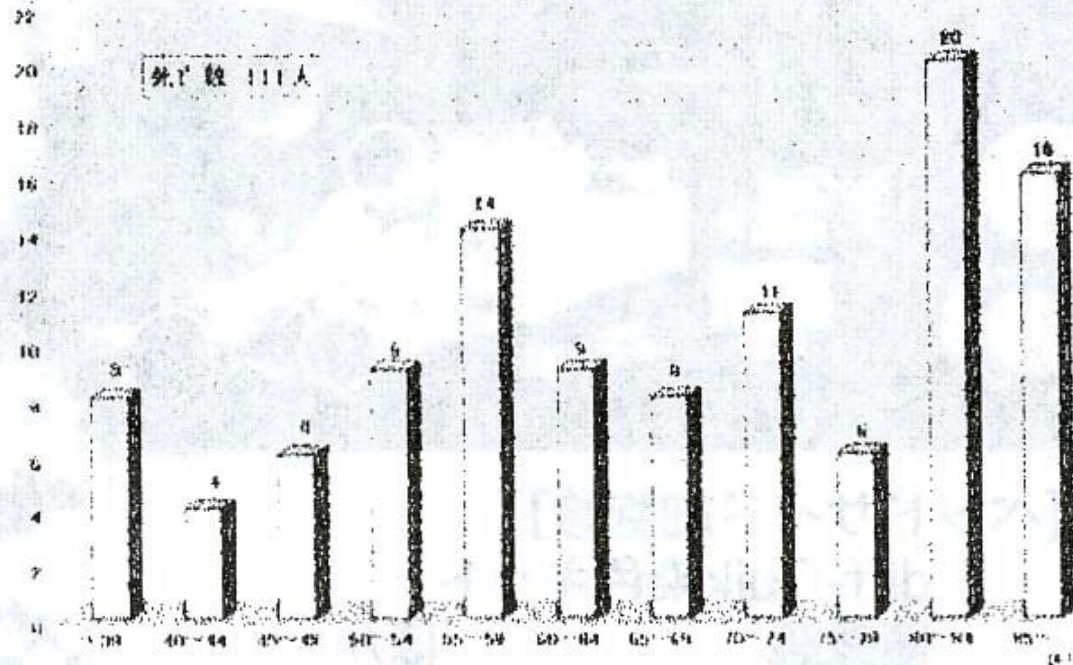
- 総括区分（任意） 記載の必要性  
陰性（上皮内病変ではない、悪性ではない）  
その他（>40歳の子宮内膜細胞、など）  
上皮細胞異常（扁平上皮系か腺系かを明示）
- 肛門・直腸細胞診
- LBC、自動判定、補助的検査、など

15

# 宮城県（対がん協会）における工夫

- IIIB と IIID
- IIb(腺)

宮城県内の子宮がんによる死亡数 平成17年度

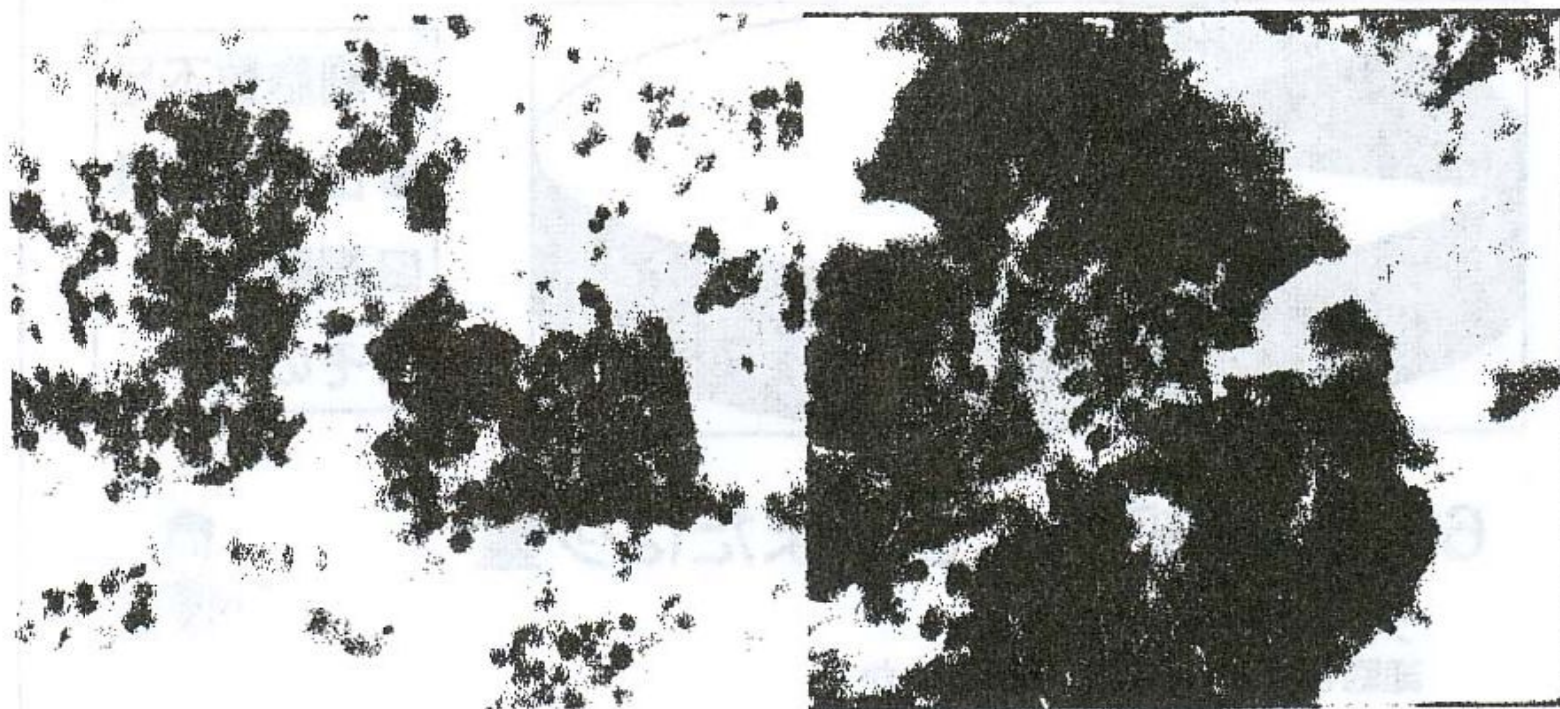


12

## 乳腺細胞診における新報告様式

細胞診および生検材料検討小委員会（日本乳癌学会）

○土屋眞一、秋山 太、井内廣輝、石原明德、方山揚誠、津田 均、  
梅村しのぶ、森谷卓也、都竹正文、伊藤 仁、北村隆司





## 乳腺細胞診：新報告様式の骨子

- 検体の適正・不適正の設定
- 診断基準の明確化
- 推定組織型の記載
- 精度管理
- パパニコロウ分類からの  
脱却をはかる！！



2003年6月刊  
現在は 乳癌取扱い規約  
第15版の中に記載

54

## 乳腺細胞診・針生検

### 新報告様式

(乳癌取扱い規約第15版)

判定区分	検体不適正 ( inadequate )
	検体適正 ( adequate ) <ul style="list-style-type: none"><li>・ 正常あるいは良性 ( normal or benign )</li><li>・ 鑑別困難 ( indeterminate )</li><li>・ 悪性の疑い ( suspicious of malignancy )</li><li>・ 悪性 ( malignant )</li></ul>
所見	(1) <u>判定した根拠</u> を具体的に記載する。 (2) 乳癌取扱い規約組織分類に基づき可能な限り <u>推定される組織型</u> を記載する。

55

## 検体不適正 Inadequate

### 1. 定義

採取細胞数過少\*、  
検体作製不良(乾燥, 固定不良, 細胞の破壊・挫滅,  
末血混入, 厚い標本)  
などによって細胞診断が著しく困難な標本を指す

\* 全く細胞が観察されないか、ごく少数で診断が困難

### 2. 不適正とした標本はその理由を明記する

- 本区分の占める割合は全検体の10%以下が望ましい
- 再検査、あるいは針生検査、または症例に応じて切開生検を勧めることを考慮する

56

## 検体不適正

<クラスIとしてして報告した場合の不利益>

- "異常なし"や"正常"と勘違いされる危険
- 採取手技や検体の質向上につながらない



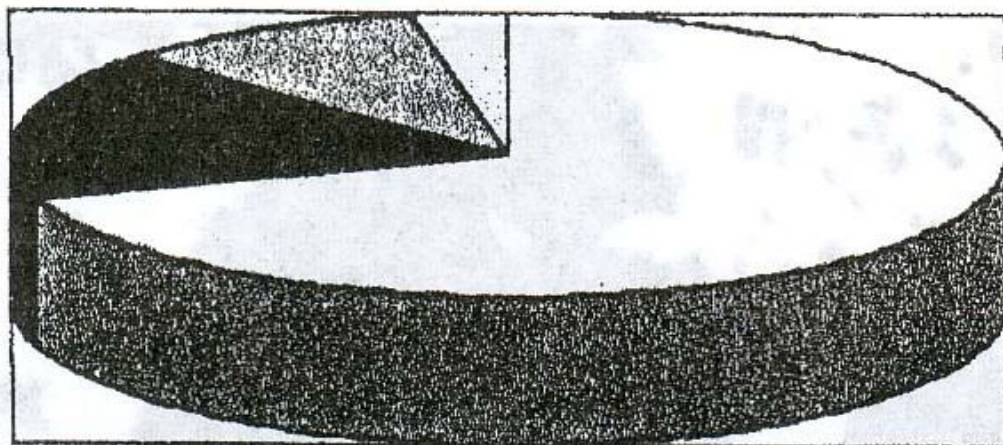


57

## 穿刺吸引細胞診：診断不適となった原因分析

(東北公済病院；1999-2005, 13.642例)

\* 検体不適正 Inadequate = 13.9%



- 細胞数不足
- 出血性背景
- 細胞挫滅
- その他

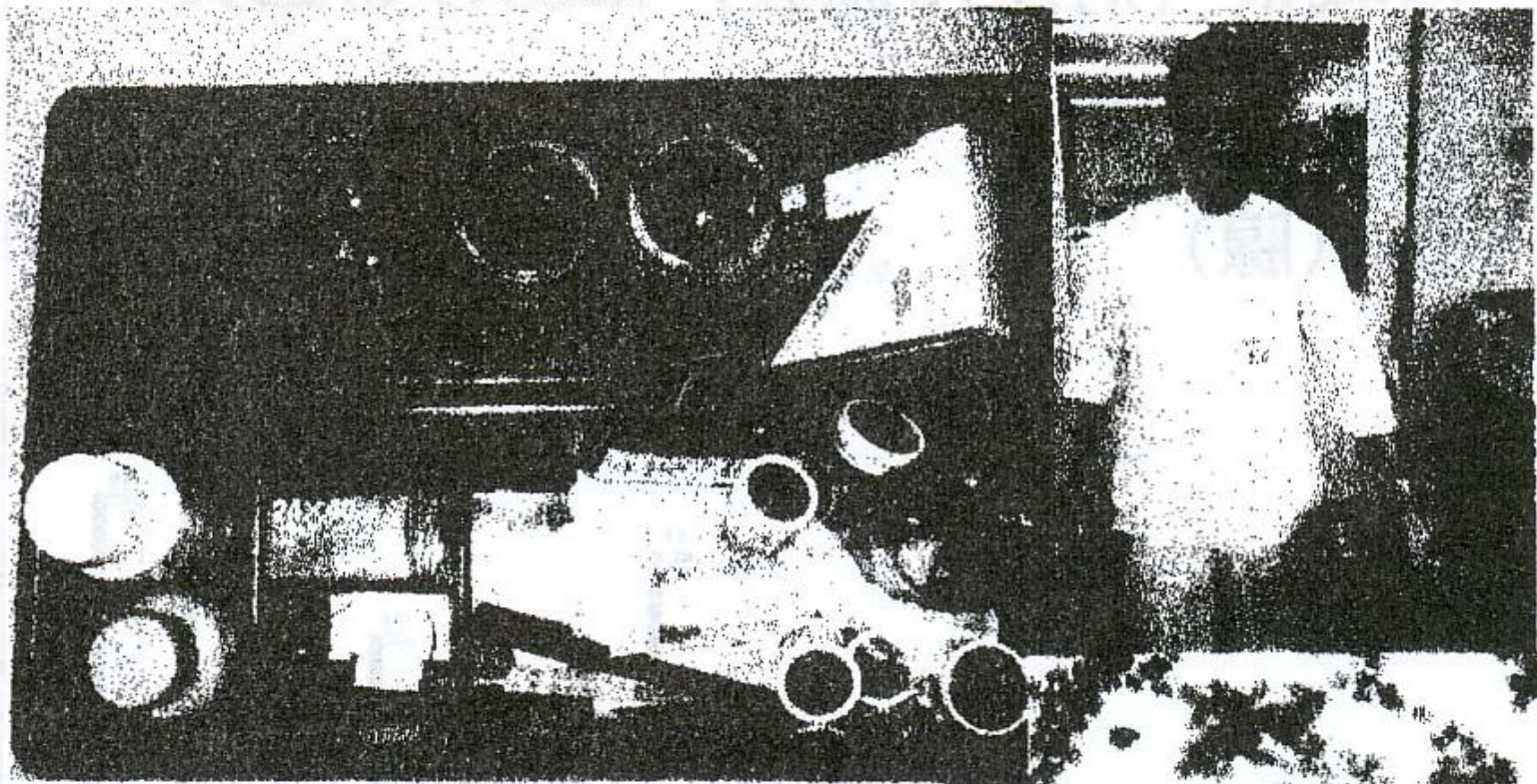
69.8% = 細胞なし・または少量

うまく取れなかったのか？  
細胞を採取しにくい病変なのか？



58

# 検体採取の適否を握る 出張セット



[ベッドサイド細胞診]  
diff-Quik染色キット  
顕微鏡

ほか

59

## 乳腺細胞診：クラスIII・IVの問題点

クラスIII：様々な意味合いが混在している

異形成（追跡により癌の発見につながる頻度大）

境界病変（組織・細胞学的な真の良悪境界病変）

鑑別困難（現在の診断能力では良悪性判定困難）

クラスIV：悪性（クラスV）との使い分け？

様々な使い方がある？

クラスVと同等に扱われることがある

この中には良性疾患が含まれることがある



60

## 乳腺細胞診：新報告様式 努力目標と対策



### ・ 目標

- 1) 検体不適正は全検体の10%以下
- 2) 鑑別困難例は診断適正の10%以下
- 3) 悪性の疑いは最終的に90%以上が癌

→著しく逸脱する場合：

採取法・検体処理法・判定法を検証

### ・ 診断精度の向上のために

→採取・標本作成・診断

各担当者の努力と協力

61

## 新報告様式における診断結果 (土屋ら、日本乳癌学会小委員会)

細胞診	組織:良性	組織:悪性	合計
検体不適正	283	88	371
正常または良性	1.179	85	1.264
鑑別困難	133	103	236
悪性の疑い	7	87	94
悪性	5	1.469	1.474
合計	1.607	1.832	3.439

- ・ 検体不適正：全体の10.8%
- ・ 鑑別困難：検体適正の7.7%
- ・ 悪性の疑い：組織診断で悪性が92.6%

62

### 新報告様式導入により診断精度に差が生じたか (1)

	クラス分類 2002/1- 2003/5		新報告様式 2003/6- 2003-10
検体不適	17.3%	検体不適正	11.1%
クラスI,II	14.3%	正常または 良性	14.8%
クラスIII	16.8% (適正の20.3%)	鑑別困難	9.3% (適正の10.5%)
クラスIV	6.5%	悪性の疑い	11.1%
クラスV	45.1%	悪性	53.7%

(土屋らによる)

63

### 新報告様式導入により診断精度に差が生じたか (2)

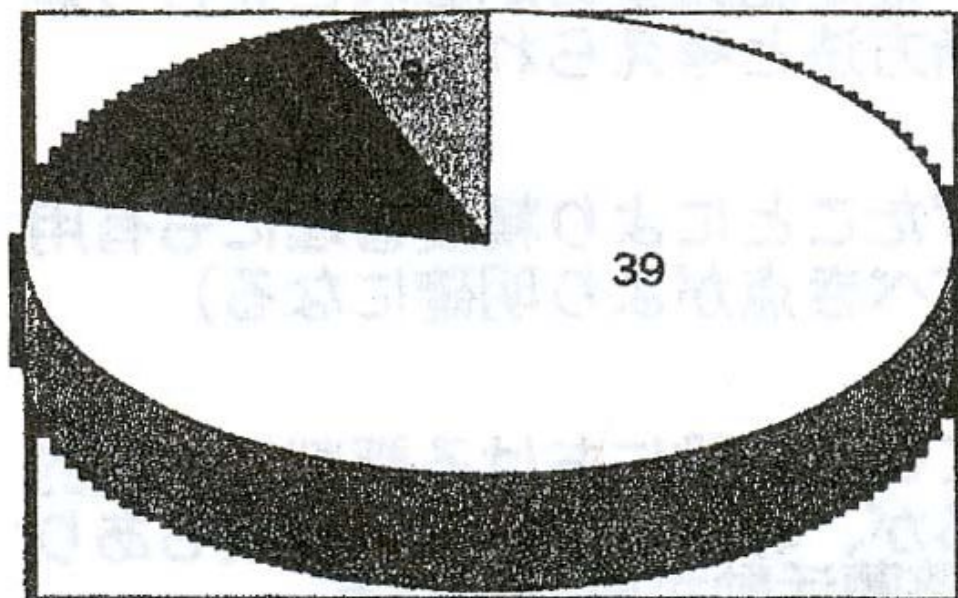
	クラス分類 1998.12~ 2003.6	新報告様式 2003.7~ 2006.6
穿刺吸引細胞診 総数	5.934	9.536
組織診断施行症例	1.389	1.279
検体不適正 症例率	15.2%	12.8%
検体適正中鑑別困難症例率	5.1%	3.3%
悪性の疑い症例中の癌比率	89.1%	82.1%
感度	90.0%	89.0%
特異度	79.6%	83.5%
偽陽性率	0.9%	0.2%

東北公済病院：秋保僊彦、森谷卓也 (日臨細会誌2007)

69

# 乳腺細胞診・針生検 新報告様式に関するアンケート (H17.2 日本病理学会東北支部会学術集会にて)

## 導入してみた感想は？



- 良くなった
- 不変
- 不便になった



65

## 乳腺細胞診・針生検新報告様式に対する アンケート

(H17.2 日本病理学会東北支部学術集会)

### <便利になった>

- 検体適・不適の記載ができるようになった(14)
- 細胞診と針生検で同じ診断区分を使えるようになった(6)
- (細胞診) クラス分類を廃した(5)
- (細胞診) 具体的な努力目標の数値が設けられた(4)
- 区分を記載した後に、推定される疾患を書くため(2)
- 臨床医(主治医・担当医)からの評判がよい(2)
- 臨床医(主治医・担当医)や細胞検査士との意思の疎通が増した(4)
- 国際的にも通用(置き換え可能)(1)
- その他(1)

66

## 乳腺細胞診・針生検新報告様式に対する アンケート

(H17.2 日本病理学会東北支部学術集会)

### <導入前と差がない>

- 以前から同じような診断法を用いていた(1)
- 以前の診断方式と併用しているため(5)
- 以前から行っていた診断が他の名称で置き換えられただけ(1)
- その他(1)

### <不便になった>

- 区分に迷う症例が多い(2)
- その他(1)

67

日本乳癌学会専門医（外科医）へのアンケート調査  
（佐々木ら、2008年）

• 現在用いている細胞診報告様式

クラス分類： 63%

乳癌学会方式：37%

• 今後希望する報告様式

クラス分類： 38%

乳癌学会方式：62%

68

日本乳癌学会専門医（外科医）へのアンケート調査  
（佐々木ら、2008年）

- 理学所見および画像診断は良性だが細胞診判定が鑑別困難（クラスIII）以上の場合の対応は？
- 鑑別困難（クラスIII）→直ちに手術 0%
- 悪性の疑い（クラスIV）→直ちに手術 15%  
13%は術中迅速診断実施
- 悪性（クラスV）→直ちに手術 19%  
15%は術中迅速診断実施

69

## 乳腺細胞診断報告様式：まとめ

- 新報告様式は、検体の適正に関する判定・診断基準の明確化・推定組織型の記載などを行う点で、優れた診断方法と考えられる
- 努力目標を掲げたことにより精度管理にも有用である（改善すべき点がより明確になる）
- 実際に運用している施設における評判は比較的良いと思われるが、導入していない施設もありさらなる広報/啓蒙活動が必要である

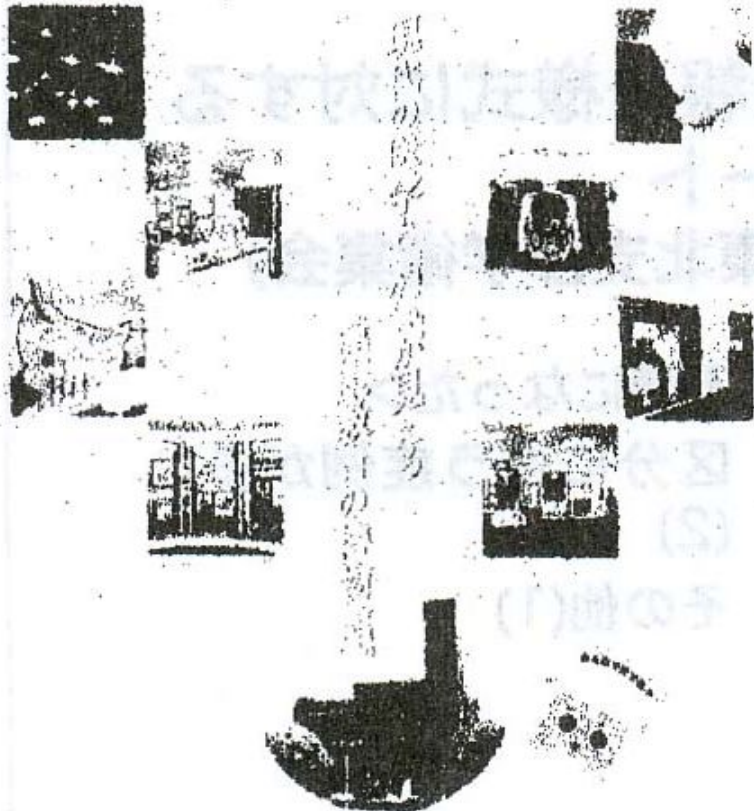
70

## ベセスダ分類：まとめ

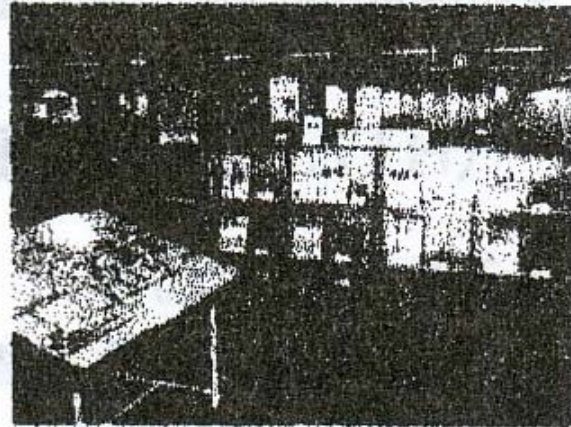
- 1) 乳腺・甲状腺細胞診ではクラス分類を廃し  
新報告様式に移行し、概ね成功を収めている
- 2) 本邦でも、ベセスダシステムが導入される
- 3) 標本の適・不適の評価、推定病変の記載、  
HPV検査との整合性、など優れた点を  
有する報告様式である
- 4) 従来のクラス分類では使われていなかった  
判定区分や用語の問題などを含め、導入に  
際しては事前の十分な啓蒙が望まれる

71

03



2F：一般公開フロア  
 (健康教育博物館) 入場無料



3F (病理標本>4000)  
 壁にCPC自習問題



川崎医科大学  
 現代医学教育博物館

4F (系統別・教育用展示)

<http://www.kawasaki-m.ac.jp/mm/>

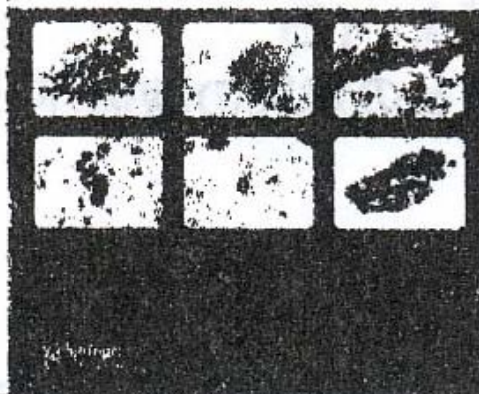
### 謝辞

広島県産婦人科医会  
 吉田信隆先生  
 横田康平先生  
 勝部泰裕先生

平井康夫先生  
 今野 良先生  
 佐々木 毅先生  
 島 榮 先生  
 日本産婦人科医会  
 日本臨床細胞学会専門医会  
 日本乳癌学会小委員会  
 日本病理学会  
 日本病理学会東北支部

### ベセスダシステム 2001 アトラス

D. Salzman · R. Nayar 編  
 2001年 11月 発行



### 病理と臨床

特集：子宮の病変 ― 子宮頸部



### 臨床検査

8 2007 Vol. 51 No. 8

