

IV. ベセスダシステム 2001 準拠子宮頸部細胞診報告様式の実際 (通称：ベセスダシステム あるいは 医会分類)

1. 標本の種類、2. 検体の適否、3. 細胞診判定、の順に報告される。

1. 標本の種類

まず、標本の作成法を明示する。従来の直接塗抹法と液状検体法がある。ベセスダシステム 2001では直接塗抹法と液状検体法のどちらに対しても適応しているので、選択したものを示す。また、細胞採取器具（サイトピック、ヘラ、ブラシなど）を明示する。

2. 検体の適否

適正もしくは不適正を明示する。不適正の場合にはその理由が記入される。不適正には検体が不合格（例：検体にラベルがない、スライドの破損など）のため、鏡検による評価そのものが除外される場合と、鏡検はされるが、評価するには不適正な場合がある。

適正検体の条件は、保存状態がよく、鮮明に見える扁平上皮細胞が直接塗抹法では8,000～12,000個、液状検体法の場合は5,000個以上である。図3～5に不適正な検体の例を示す。

図3

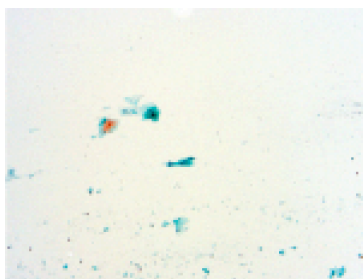


図4

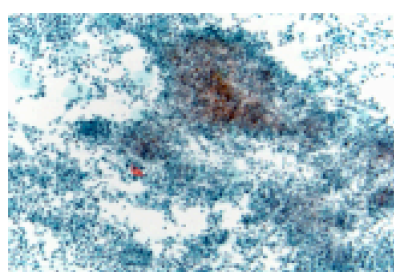


図5

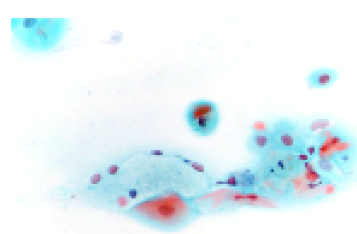


図3 スライドガラス上に塗布された上皮細胞数が基準値を大きく下回り、不適正検体と判定。

図4 多数の炎症細胞によって覆われているため、上皮細胞の評価が困難であり不適正検体と判定。

図5 スライドガラス上の細胞の大部分が、過度な乾燥によるアーティファクトが強く不適正検体と判定。

(以上 癌研究会 有明病院細胞診断部提供)

(付記) 不適正検体の取り扱い

- ・ 検体が評価に適さないと判断された場合は、検体採取が行われた医療機関で、再度、細胞を採取すべきである。
- ・ 医療機関が再検査に要する費用を自治体または受診者に請求することになった場合は、細胞の採取費用のみを請求すべきであり、検診に要するすべての費用を請求すべきではない。
- ・ 車検診の場合には再度の細胞採取のための受診機会を自治体が設定することが望ましい。
- ・ 行政検診は自治体との契約によって臨床医が行っているため、細胞の再度の採取に要する費用は、本来、自治体が負担するのが適切と思われる。自治体との話し合いが必要である。
- ・ 地域の実情において細胞検査機関が再度採取された細胞診費用を負担することもあるかもしれない。

3. 細胞診判定 (表2、3)

細胞診結果はベセスダシステム2001に準拠した報告様式で報告される。表2、3に判定結果と略語、推定される病変（病理診断）、また旧日母分類との関係を示した。右端に検診や実地臨床における運用方針（対応）を記載した。上皮異常は、扁平上皮系の異常と腺系の異常が区別して示される。報告書には臨床的取扱いの参考にするために、推定される病理組織分類を付記することが推奨されている。

表2 細胞診結果 その1：扁平上皮系

結果	略語	推定される病理診断	従来クラス分類	英語表記	運用
1) 陰性	NILM	非腫瘍性所見、炎症	I、II	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	異常なし：定期検査
2) 意義不明な異型扁平上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	II-III a	Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)	要精密検査： ① HPV 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 ② HPV 検査非施行 6ヵ月以内細胞診検査
3) HSIL を除外できない異型扁平上皮細胞	ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い	III a-b	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)	
4) 軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV 感染 軽度異形成	III a	Low grade squamous intraepithelial lesion	要精密検査： コルポ、生検
5) 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	III a III b IV	High grade squamous intraepithelial lesion	
6) 扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌	V	Squamous cell carcinoma	

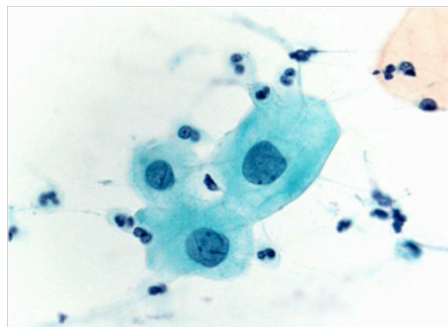
表3 細胞診結果 その2：腺細胞系

結果	略語	推定される病理診断	従来クラス分類	英語表記	取扱い
7) 異型腺細胞	AGC	腺異型または腺癌疑い	III	Atypical glandular cells	
8) 上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	IV	Adenocarcinoma in situ	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
9) 腺癌	Adenocarcinoma	腺癌	V	Adenocarcinoma	
10) その他の悪性腫瘍	other malig.	その他の悪性腫瘍	V	Other malignant neoplasms	要精密検査：病変検索

1) **陰性**は腫瘍性細胞所見を認めない場合であり、HPV感染以外による炎症所見や修復細胞所見もここに含まれる。

2) **意義不明な異型扁平上皮細胞、ASC-US (図6)**は軽度な異型がみられ、軽度扁平上皮内病変(LSIL)が疑われるが、LSILの診断基準をみたさないものをさす。概ね従来必要再検査(表層細胞の一部に核肥大がみられる等)に相当する。「判定が難しい」「鑑別が困難である」などと説明される。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%に検出される。約10~20%は中等度-高度異形成、上皮内癌と最終診断される。

図6 意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US) * と判定された例。



表層細胞の一部に核肥大がみられるが、軽度扁平上皮内病変 (LSIL) の要件を満たさない。

* (注) ASC-US の判断基準

- ・核は、正常の中層扁平上皮細胞 (約 $35\mu\text{m}^2$) の核の約 2.5~3 倍である。
- ・N/C比はやや上昇する。
- ・わずかな核の濃染と、クロマチン分布や核の形状の不規則性。
- ・厚いオレンジ好性細胞質をもつ細胞の核異常 (「異型錯角化」)。

(癌研究会有明病院細胞診断部提供)

3) HSIL(高度扁平上皮内病変)を除外できない異型扁平上皮、ASC-Hは中等度異形成以上の高度な病変が疑われるが、断定できない場合である。「高度病変疑い」と説明され、精密検査の対象となる。全ASCの10%以下であることが期待される。

(注) ASCは、「陰性」か「SIL(扁平上皮内病変)」にふり分けできない症例に対応するためのカテゴリであり、SILと明確に判断するには質的・量的に不十分な症例に対して設定された。意義不明な異型扁平上皮細胞 ASC-US (Atypical squamous cells of undetermined significance) とHSILを除外できない異型扁平上皮細胞 ASC-H (Atypical squamous cells cannot exclude H-SIL) に分けられる。

4) 軽度扁平上皮内病変、LSILはHPV感染(コイロサイトーシス)ならびに軽度異形成に相当する。

5) 高度扁平上皮内病変、HSILは中等度異形成、高度異形成、上皮内癌(浸潤を疑う場合を含む)までを包括した概念である。

(注) 浸潤が疑われる場合には「浸潤を疑う所見のあるHSIL」と表記する。

6) 扁平上皮癌、SCCは浸潤扁平上皮癌である。

7) 異型腺細胞、AGCは腺に異型があるが上皮内腺癌(AIS)とするには異型が弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定できないもの、の2つの概念が含まれる。

(注) ベセスダシステム2001では、AGC-NOSおよびAGC-favor neoplasticの二つが設定されている。AGC-NOS(特定不能な異型腺細胞)は腫瘍性かどうかを特定できない場合を示し、AGC-favor neoplastic(腫瘍性を示唆する異型腺細胞)は細胞形態は異常であるが、量的質的に内頸部AISや浸潤性腺癌の判断に至らないものを指す。また、AGC-NOSでは内頸部由来か内膜由来か特定できるときは区別すること、AGC-favor neoplasticでは内頸部由来が特定できるときは、記すこととされている。

8) 上皮内腺癌、AISは間質浸潤を欠く内頸部腺癌である。

9) 腺癌、Adenocarcinomaは浸潤腺癌を示す。

V. ベセスダシステム 2001 準拠子宮頸部細胞診報告様式の実例例 (通称: ベセスダシステム あるいは 医会分類)

報告様式の実例例を表4に示す。また、自治体における集計表の実例例を表5に示す。これらを参考にして各施設および自治体との話し合いによって使い勝手の良い報告様式を作成することを推奨する。

