

# IARC 癌症預防手冊

資料來源：

IARC Handbooks of Cancer Prevention

International Agency for Research on Cancer World Health Organization

IARC Press 2005

台杏病理暨細胞抹片診斷中心

提供翻譯 2015.10.1

## Cervix Cancer Screening

### 1) 細胞抹片檢查加上目測法：

由於細胞抹片加陰道鏡已歷 50 年，是成功的篩檢子宮頸癌方法，因此細胞抹片加上更簡便的目測法，自然成為大家關注的方式。對一般民眾同時採用細胞抹片及陰道鏡已經展開試用，但由於太費錢，及陰道鏡有經驗的人不足，對大多地區難以進行。因此而尋找可以取代陰道鏡的方式，如直接對陰道目測或子宮頸照相，〈表 44〉即顯示二個代表性的研究。子宮頸照相目前已不再進行了，但建議可用直接目測法輔助抹片檢查。這兩種技術對於不同婦女具有 CIN2 或 3 的，均可測出，並未減少其特異性，結果可增加一些準確度。抹片加上目測所增加的費用，則有地區性的差異，用光學儀器輔助的目測法應可改善子宮頸抹片之敏感度，但對特異性之影響則尚不清楚。

### 2) 目測法：

用目測法來早期偵測子宮頸癌，一般是用於資源貧乏地區，基本上有四種方式：

1. 不用輔助工具，直接目測(又稱作定期法，直接用目測決定病症之期別)
2. 目測法加上 3-5%醋酸(VIA)
3. 目測加醋酸及低倍鏡(VIAM)
4. 目測加上碘劑(Lugol's iodine, VILI)

不用輔助工具之目測，不加醋酸，直接用眼看子宮頸，有無異常組織像是癌症，尤其是侵襲癌。在印度所做交叉實驗結果，顯示敏感度低(30-50%)，因此目前已不認為是一種可行的方式(Sankarana-ayan, 1997-etc.),VIAM 加上使用 2-4 倍的放大鏡，以觀察抹上醋酸後呈白色病兆，在印度及南非舉辦了對於 VIA 及 VIAM 之交叉實驗(Denny et al, 2000a...), 結論是增用低倍放大鏡並未改善測驗之表現，因此低倍放大鏡亦不再使用。

### 3) 目測法加上使用醋酸(VIA)

所謂 VIA，就是在子宮頸塗上 3-5%之醋酸一分鐘後，再來用眼觀測，VIA 法已於不少開發中國家作了交叉實驗，用來偵測判定 CIN2-3 及侵襲癌(Slawson et al 1992,...)，對於測定侵襲癌或較高度的癌前病變，報告的敏感度從 29%到 95%都有，特異性則為 68%-98%( Slawson et al 1992,...).(請看第二章，表 26)，在交叉實驗中，以最少的差異，偵查 CIN2-3 之敏感度由 37-92%，而特異性為 49-91%(辛巴威大學/1999,...).(請看第二章，表 26)一般抹片在上述交叉實驗中大都同時採用，而其敏感度都差不多或略高，但其特異性都比抹片低(Londhe et al 1997...)(參看第二章，表 27)。HPV 之測試亦於印度、南非及辛巴威之交叉實驗中用到，其敏感度與 VIA 相似，但特異性則相似或較 VIA 為高。

在印度，VIA 在三個任意實驗中用來測試能否降低子宮頸癌之發生率或死亡率，與不用篩檢的對照組來比較(Sankaranarayanan et al 2003a···)，其中有二個研究之早期報告比較子宮頸癌檢查之參與率、期別及偵測率。

在南印度的頂迪谷地區，舉辦了族群之任意實驗，用受過訓練的護士及 VIA 方式，篩檢一次的子宮頸癌與對照組沒有篩檢比較(Sankaran et al, 2003a, 2004d)，婦女 30-59 歲，居住於 507 個不同村莊，分為 113 群，用 VIA 法任意由護士檢查(57 群,48225 人)，與對照組比較(56 群,30167 人)。早期結果於〈表 63〉顯示，篩檢陽性者，都由護士用陰道鏡檢查，大部份都作切片。在篩檢群中，CIN 1 佔 5.8%，CIN2-3 佔 0.7%，侵襲癌佔 0.2%，其中 CIN-1 的 71%及 CIN2-3 的 80%，都接受了護士提供的冷凍切除或中層醫師作的切除。VIA 偵測組看到 97 個侵襲癌，對照組則有 34 位，代表在年齡標準化之族群中，癌症發生率分別為 100,000 人中有 92.4 及 43.1。在 2000-0 篩檢進行的年份中。在 VIA 群中，1/3 的病例診斷為第一期，然而對照組中卻有 3/4 診斷為第三期，並沒有第一期病患。本研究將繼續追蹤子宮頸癌之發生率及死亡率。

關於用 VIA，細胞抹片及 HPV 測試(用雜交捕捉法)(HC2)B 探針，看第二章)，對於子宮頸癌之發生率與死亡率，與對照組比較，仍在歐斯瑪那堡的任意族群中進行(Sankaran et al 2003a, 2004c)，該地區婦女 30-59 歲，在 497 個村莊分為 52 族群，以 VIA(13 群，34,149 人)，細胞抹片(13 群，32,136 人)或 HPV(13 群，34,515 人)，與對照族(13 群，30,378 人)比較，其早期結果顯示於〈表 64〉，合格婦女之參與率，在 VIA 群為 78.4%，抹片組為 79.5%，HPV 組為 78.7%，測試陽性率在 VIA 組為 14.0%，抹片組 7.0%，HPV 組為 10.4%，測試陽性者，按照陰道鏡所見，有需要就作切片，結果切片在 VIA 組佔 9.9%，抹片組佔 3.5%，HPV 組佔 4.3%。

較低度的病變，在 VIA 組中發現 1068 例(4.0%)，抹片組有 304 例(1.2%)，而 HPV 組有 327 例(1.2%)，顯然 VIA 組測出的數值較抹片組及 HPV 組都高( $P < 0.001$ )，但測出 CIN2-3 者，VIA 組為 0.7%，抹片組 1.0%，而 HPV 組 0.9%。如此看來，CIN2-3 之測出率也有明顯不同( $P < 0.001$ )，調整了社交與經濟圈的影響後，則 CIN2-3 之測出率，VIA 組仍是明顯較低( $OR = 0.7, P < 0.05$ )，在 2000-03 年間，在 VIA 組有 121 位，抹片組有 131 位，HPV 組有 100 位，而對照組有 59 位被診斷為侵襲癌。在篩檢群組中，70-74%之癌症是由篩檢抓出來的，而 48-60%診斷為第一期，相較於對照組中，僅 24%，這些初步結果指出篩檢有滿意的參與率，對診斷與治療都好。這四組正在繼續追蹤子宮頸癌之發生率及死亡率。

上述實驗之初期報告指出，以 VIA 為基礎的篩檢法是可行的，在鄉村中是安全並可接受的，可早期偵測到子宮頸癌，VIA 對低度的癌前病變偵測率高，對中度的 CIN2-3 之偵測率與其他方式類似。在頂吉谷地區，CIN2-3 之測出率是固定不變的，但在歐斯瑪那堡地區，其測出率由初期的 1%降為 0.5%。但此區抹片之測出率則固定不變。在 VIA 組中，侵襲癌測出者較多在第一期，VIA 對於降低子宮頸癌之發生率及死亡率，其最後結果將於追蹤報告中出現。

由於 VIA 方法，在僅有一次的訪查中，能夠當場得到結果，對於立即採取治療，配合治療，是極為有利的。用這種方式，是基於以下之假設：研究顯示 VIA 對癌前病變之測出率高，在資源較低地區，缺少昂貴器材如陰道鏡或切片，多次檢驗或治療會流失病患，對於子宮頸之燒灼、電燒、冷凍切除，有除去癌症之保護作用。

在這種篩檢同時治療之方式中，篩檢陽性但並沒有侵襲癌之病患，不經陰道鏡或切片證實，就進行了冷凍或燒灼治療。最近在泰國進行了這種一次訪查，同時診斷就治療的研究 (RTCOCG, 2003)，受過訓的護士對 5999 位婦女進行了 VIA 檢查，其中 798 位(13.3%)陽性，其中 756 位接受了冷凍治療(立即或延遲作)沒有明顯的副作用，僅 33 位(4.4%)因冷凍治療後有不適而回診，一年之後再檢查，治療後之患者，有 94.3%變為 VIA 陰性。

在南非洲，用 VIA 法同時篩檢並治療的方式，與用 HPV 篩檢及治療的方式，以降低高度 CIN 之臨床試驗正在進行中。

為了要評估使用 VIA 法篩檢並治療在一般醫療服務中之成效，在秘魯的聖馬丁地區，正在進行一項三年期，包括 80,000 人的實驗。

用 VIA 法可測到較多子宮頸癌的第一期病患。VIA 方式在長期使用後，對子宮頸癌之發生率之效果，仍須被確定。