

表: スクリーニングの効果进行调查したクラスターランダム化比較試験のまとめ (文献4~6より)

文献4: Effect of VIA Screening by Primary Health Workers: Cluster Randomized Controlled Study in Mumbai, India (Shastri et al 2014) [4]

ムンバイ(都市部) 1998~平均8年間追跡 スクリーニングは酢酸塗布法 対象: 35~64歳健康女性			スクリーニング N=75,360			対照(通常ケア)N=76,178			粗オッズ比(OR)		NNT
			人年	人数	率 /10万人年	人年	人数	率 /10万人年	粗OR (95%CI)	IRR (95%CI) *a Incidence Rate Ratio	
スクリーニング群 対照群ともに、 10地域ずつで比較	異型性 (HSIL+LSIL)*b		602,152	328	54.5	603,812	48	7.9	6.28 (4.39-8.97)		-2,150
	子宮頸がん	罹患率	602,152	161	26.7	603,812	166	27.5	0.97 (0.78-1.21)	0.97 (0.80-1.19)	132,523
		死亡率	602,697	67	11.1	604,228	98	16.2	0.69 (0.50-0.94)	0.69 ((0.54-0.88))	19,599
	子宮頸がん以外の死亡率		602,697	4842	803.4	604,228	5177	856.8	0.94 (0.90-0.97)		
	総死亡率		602,697	4909	814.5	604,228	5275	873.0	0.93 (0.90-0.97)	0.93 ((0.79-1.10))	
日本に適用では	子宮頸がん	死亡率	602,697	16.6	2.8	604,228	24.3	4.02	0.69 (0.37-128)		78,984

*a: 世界標準人口で調整した死亡率の比。

*b: HSIL = high-grade squamous intraepithelial lesion(高度扁平上皮内病変); LSIL= low-grade squamous intraepithelial lesion(軽度扁平上皮内病変)。

文献5: HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India (Sankaranarayanan et al 2009) [5]

農村部: 1999年~ 52地域を13地域ずつ4群にランダム化 スクリーニング方法: HPV法			スクリーニング(HPV)N=34,126			対照(通常ケア)N=31488			オッズ比(OR)/ハザード比(HR)		NNT
			人年	人数	率 /10万人年	人年	人数	率 /10万人年	粗OR (95%CI)	年齢調整HR (95%CI)	
対象: 131,746人 30~59歳健康女性	異型性 (CIN2,3) *c		268,185	245	91.4						
	子宮頸がん	罹患率	268,185	127	47.4	247,895	118	47.6	0.99 (0.77-1.28)	1.05 (0.77-1.43)	407,451
		死亡率	268,674	34	12.7	248,175	64	25.8	0.49 (0.32-0.74)	0.52 (0.33-0.83)	7,614
日本に適用では	子宮頸がん	死亡率	268,674	5	2.0	248,175	10	4.02	0.49 (0.17-1.41)		48,806
農村部: 1999年~ 52地域を13地域ずつ4群にランダム化 スクリーニング方法: 細胞診(PAP)			スクリーニング(PAP)N=32,058			対照(通常ケア) N=31488			オッズ比(OR)/ハザード比(HR)		NNT
			人年	人数	率 /10万人年	人年	人数	率 /10万人年	粗OR (95%CI)	年齢調整HR (95%CI)	
対象: 131,746人 30~59歳健康女性	異型性 (CIN2,3) *c		250,523	262	104.6						
	子宮頸がん	罹患率	250,523	152	60.7	247,895	118	47.6	1.27 (1.00-1.62)	1.34 (0.99-1.82)	-7,650
		死亡率	251,144	54	21.5	248,175	64	25.8	0.83 (0.58-1.20)	0.89 (0.62-1.27)	23,328
日本に適用では	子宮頸がん	死亡率	251,144	8	3.4	248,175	10	4.02	0.83 (0.33-2.09)		149,534
農村部: 1999年~ 52地域を13地域ずつ4群にランダム化 スクリーニング方法: 酢酸塗布法(VIP)			スクリーニング(VIP)N=34,074			対照(通常ケア) N=31488			オッズ比(OR)/ハザード比(HR)		NNT
			人年	人数	率 /10万人年	人年	人数	率 /10万人年	粗OR (95%CI)	年齢調整HR (95%CI)	
対象: 131,746人 30~59歳健康女性	異型性 (CIN2,3) *c		267,326	195	72.9						
	子宮頸がん	罹患率	267,326	157	58.7	247,895	118	47.6	1.23 (0.97-1.57)	1.30 (0.95-1.78)	-8,986
		死亡率	267,917	56	20.9	248,175	64	25.8	0.81 (0.57-1.16)	0.86 (0.60-1.25)	20,466
日本に適用では	子宮頸がん	死亡率	267,917	9	3.3	248,175	10	4.02	0.81 (0.33-2.01)		131,184

*c: CIN 2 および CIN 3 (子宮頸部上皮内腫瘍)

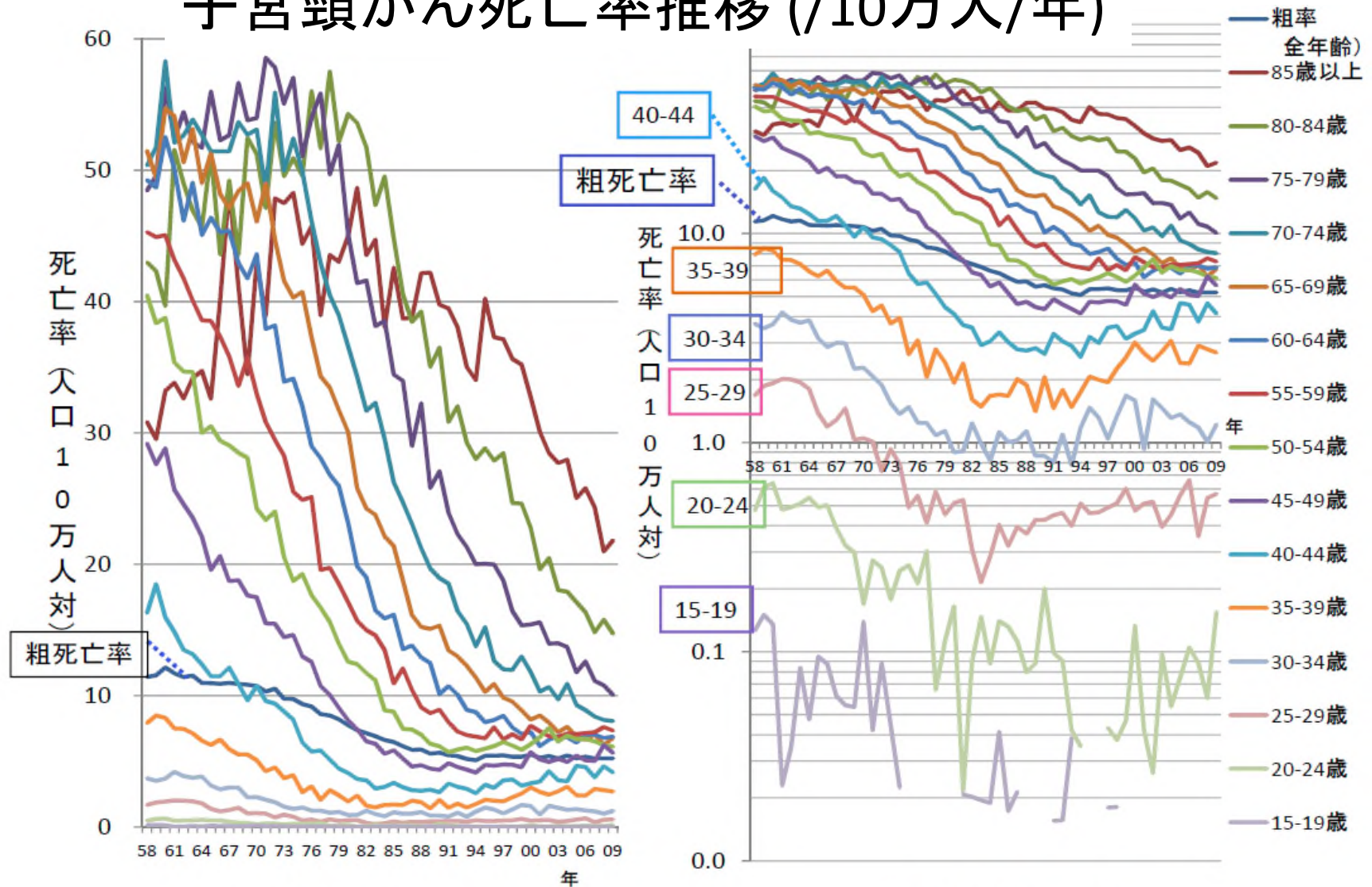
総死亡率については、有意な低下は認められなかったと報告されている(データは示されていない)。

文献6: Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial (Sankaranarayanan et al 2007) [6]

Dindigul地方(農村部) 2000~平均5.6年間追跡 スクリーニングは酢酸塗布法 対象: 30~59歳健康女性			スクリーニング群 N=49,311 スクリーニング実施31,343			対照(通常ケア)N=30,958			ハザード比(HR)		NNT
			人年	人数	率 /10万人年	人年	人数	率 /10万人年	粗HR	調整HR	
スクリーニング群 対照群ともに、 57地域ずつで比較	異型性 (CIN2,3) *c		31343人	218							
	子宮頸がん	罹患率	274,023	167	60.9	178,394	158	88.6	0.67 (0.52-0.85)	0.75 (0.59-0.95)	3,620
		死亡率	274,430	83	30.2	178,781	92	51.5	0.59 (0.43-0.80)	0.65 (0.47-0.89)	4,714
	子宮頸がん以外の死亡率		274,430	1220	444.6	178,781	885	495.0	0.90 (0.82-0.98)		
	総死亡率		274,430	1303	474.8	178,781	977	546.5	0.87 (0.80-0.94)	0.87 (0.78-0.96) *d	
日本に適用では	子宮頸がん	死亡率	274,430	6.5	2.4	178,781	7.2	4.02	0.59 (0.20-1.70)		60,334

*c: CIN 2 および CIN 3 (子宮頸部上皮内腫瘍) *d: 世界標準人口で調整したIncidence Rate Ratio

子宮頸がん死亡率推移 (/10万人/年)



A. 縦軸常数目盛

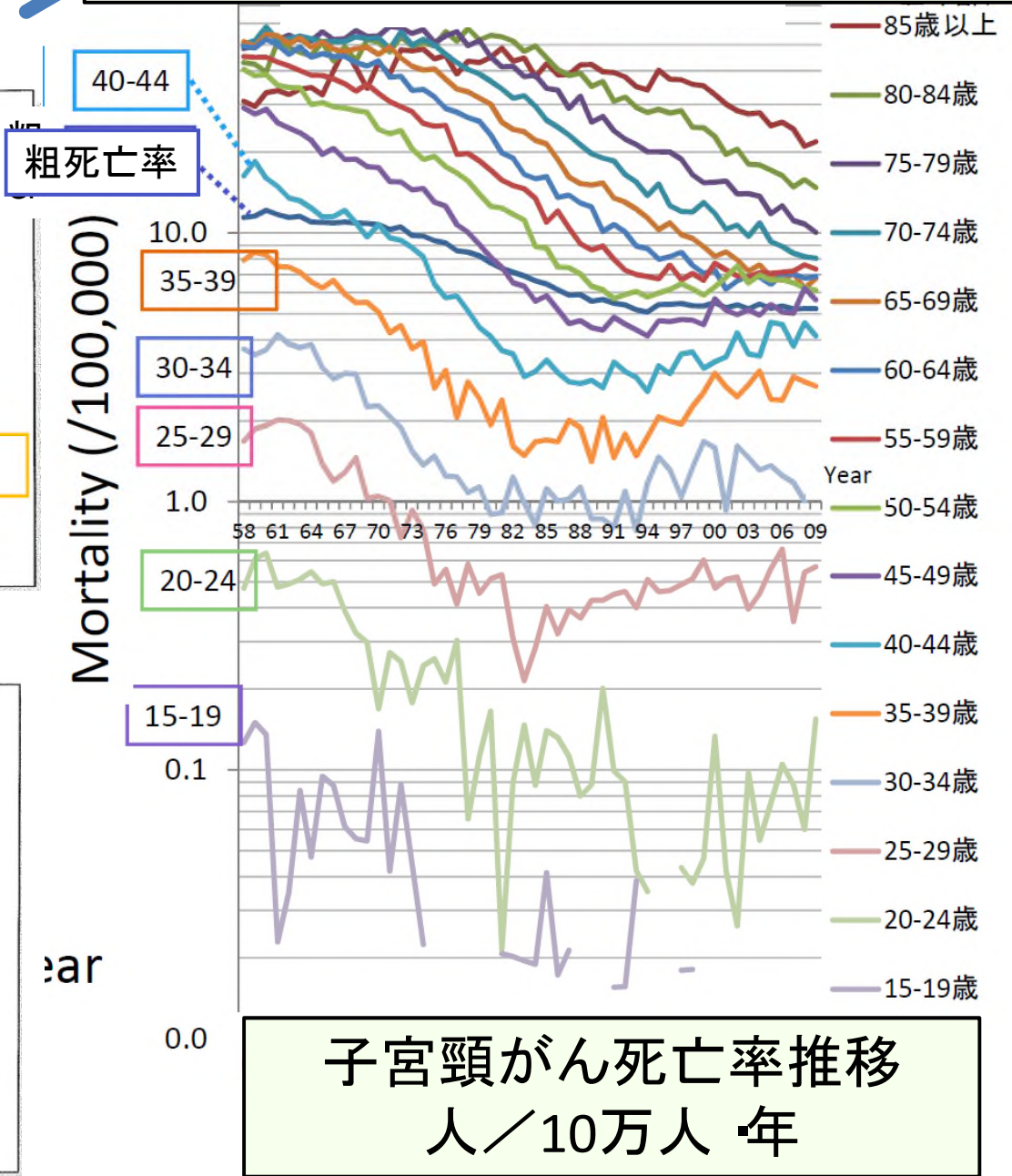
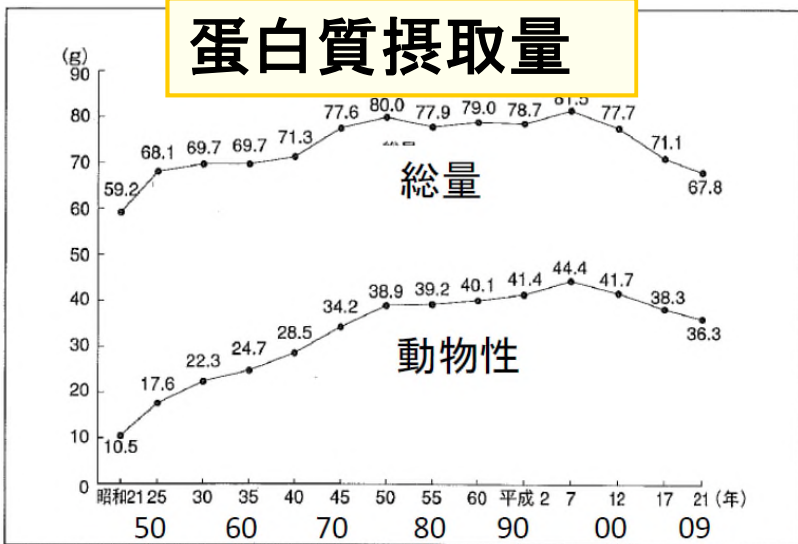
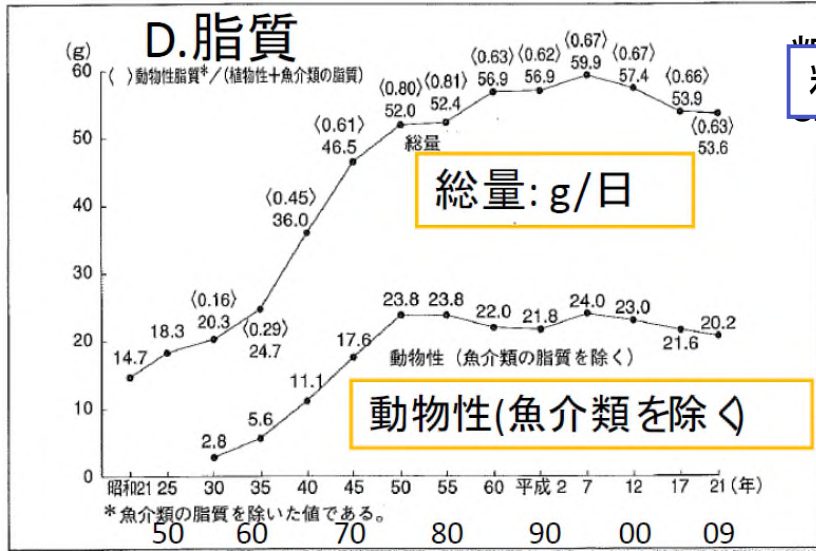
B. 縦軸対数目盛

1. 子宮頸がん死亡率は急速に低下してきた。 2. なぜワクチンが必要?
3. HPVワクチンの害は多くないというが・本当?
4. 臨床試験、疫学研究、臨床報告、専門家の報告はどうなっている?

脂質摂取量

逆相関

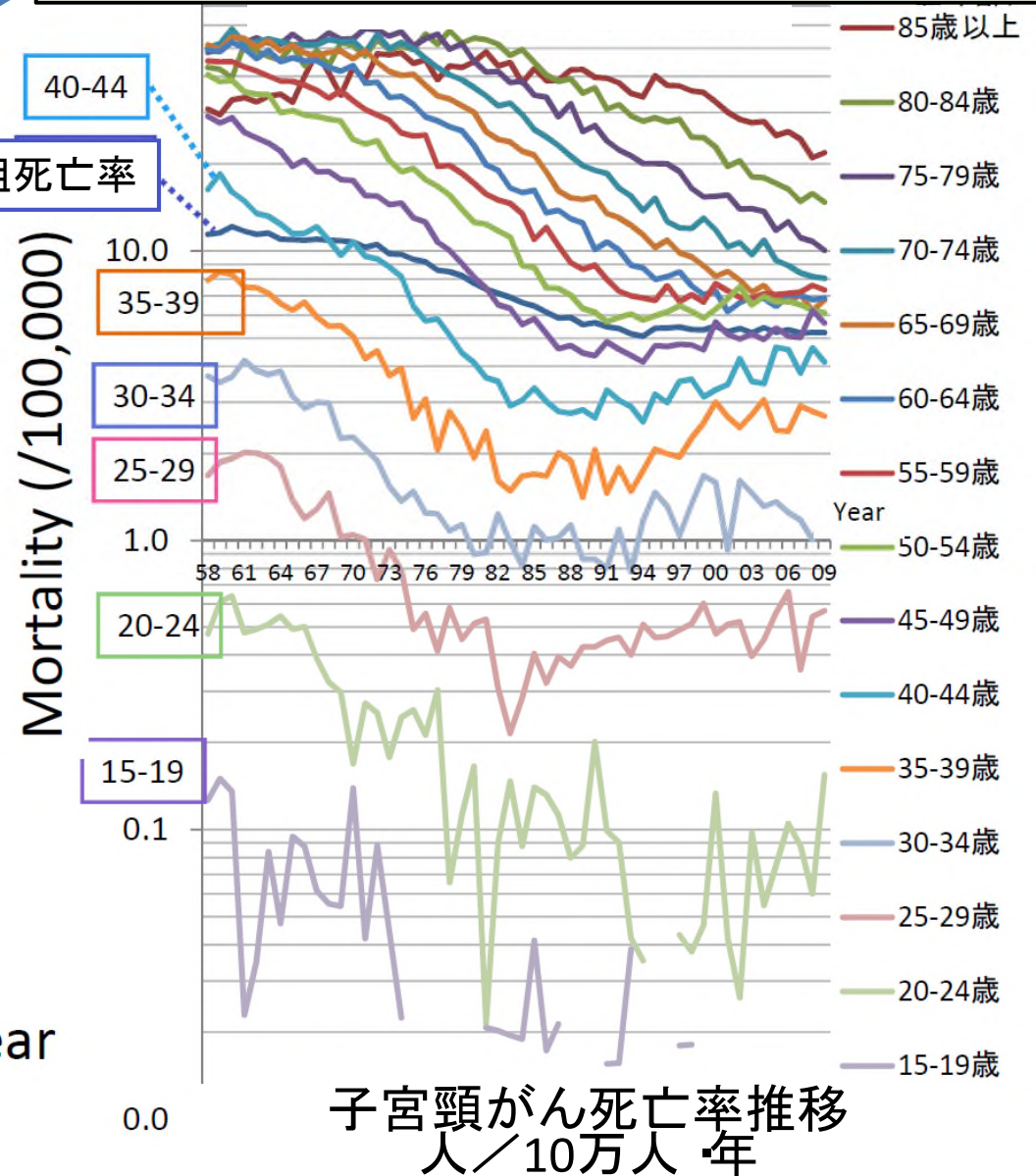
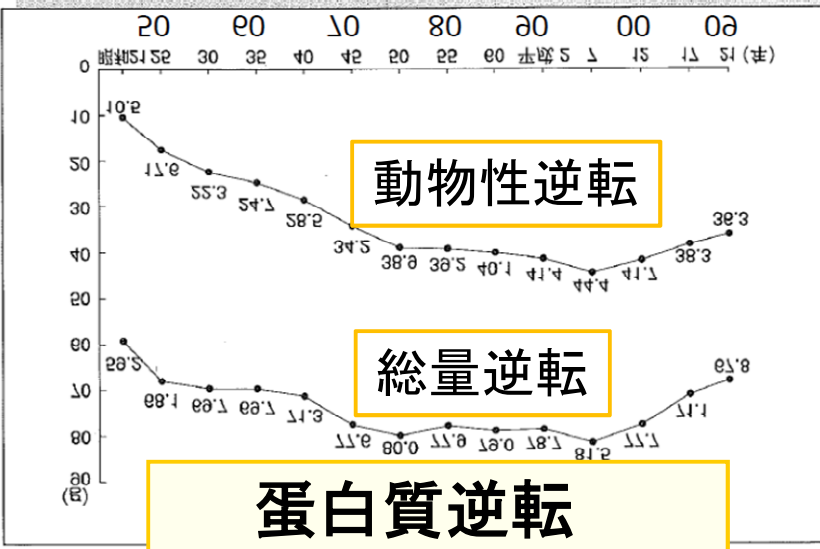
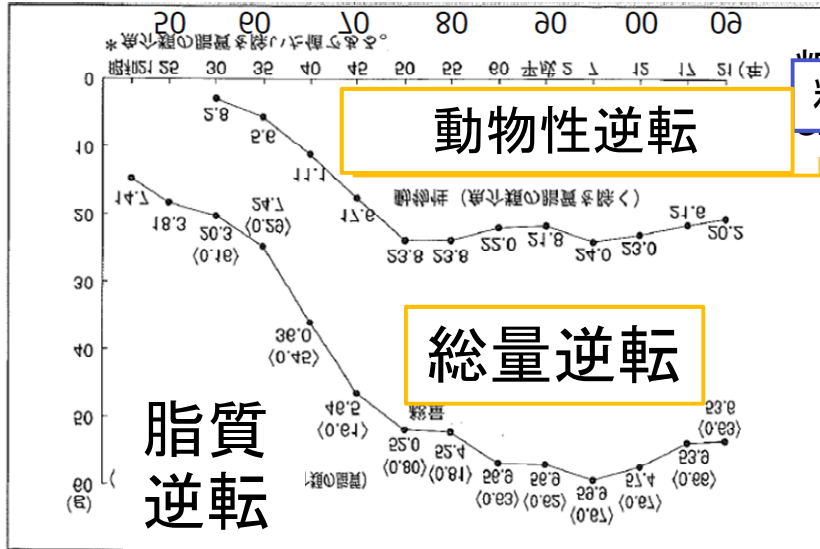
子宮頸がん死亡率推移(年齢別)



脂質摂取量

逆相関

子宮頸がん死亡率推移(年齢別)



脂質摂取量の推移を逆転させると、子宮頸がん死亡率推移との連動が一目瞭然