Gastro-Health Now

特定非営利活動法人
日本胃がん予知・診断・治療研究機構
Non Profitable Organization
Japan Research Foundation of Prediction,
Diagnosis and Therapy for Gastric Cancer (JRF PDT GC)

目　次

◆ わが国からの胃がん撲滅をめざして……1
◆ 最新文献紹介 ……3
◆ あとがき・お知らせ ……4

印刷　城南印刷工芸(株) 03-3752-3391

発行所　特定非営利活動法人
日本胃がん予知・診断・治療研究機構
〒108-0072
東京都港区白金1丁目17番2号
白金タワーテラス棟604号室
電話　03-3448-1077
FAX　03-3448-1078
E-mail : info@gastro-health-now.org
http://www.gastro-health-now.org

2011. 4. 15
第16号

わが国からの胃がん撲滅をめざして

北海道大学大学院消化器内科

浅　香　正　博

最近まで、*H. pylori* 除菌による胃がん予防の可否は世界中のがん研究者にとって大きな話題でしたが、わが国の JAPAN GAST Study Group (JGSG) の臨床試験により、*H. pylori* 除菌が早期胃がん患者 EMR（内視鏡的粘膜切除術）後の二次胃がんの発生が約 1/3 に抑制されることが明らかになりました。除菌により胃がん発生は減少することが明らかになってきましたが、完璧に抑制できないことも同時に明らかとなりました。したがって、わが国から胃がんを撲滅するためには除菌後も定期的な胃がん検診は必要なことなのです。胃がん撲滅計画を策定するにあたっては、除菌による一次予防と検診による二次予防をどのように組み合わせるかが最も重要になります。

1.　*H. pylori* 除菌による胃がん予防の試み

われわれは Japan Gast Study Group (JGSG) という組織を立ち上げ、全国 51 施設の参加のもと、早期胃がんに対する内視鏡治療が行われた 544 例を対象に無作為割付にて除菌、非除菌に分け、1 年毎に 3 年間内視鏡検査を施行して胃がんの異所性再発の有無を観察しました。2006 年 9 月にキーオープンされた結果、非除菌群から 24 例、除菌群から 9 例の異所性再発が観察され、ITT 解析では、危険率 1%以下で除菌群が胃がんの発生を有意に抑制したことが明らかになりました。すなわち、*H. pylori* の除菌により、分化型胃がんの発生は 3 分の 1 以下に抑制されること、萎縮性胃炎や腸上皮化生の存在や早期胃がんを発症していても効果が認められることが明らかになったのです。

日本ヘリコバクター学会は 2009 年 1 月改訂ガイドラインを発表しました。このガイドラインのもっとも大きな特徴は JGSG の研究成果を尊重し“ *H. pylori* 感染症 ” すべてを除菌対象としたことです。

2.　胃がん撲滅プロジェクトをどのように動かすのか

血清ペプシノゲン法は以前からバリウム法に代わって胃がん検診に用いられることが期待された検査法でしたが、未分化型胃がんなどの診断能に問題が指摘されていました。これに *H. pylori* 抗体法を組み合わせる

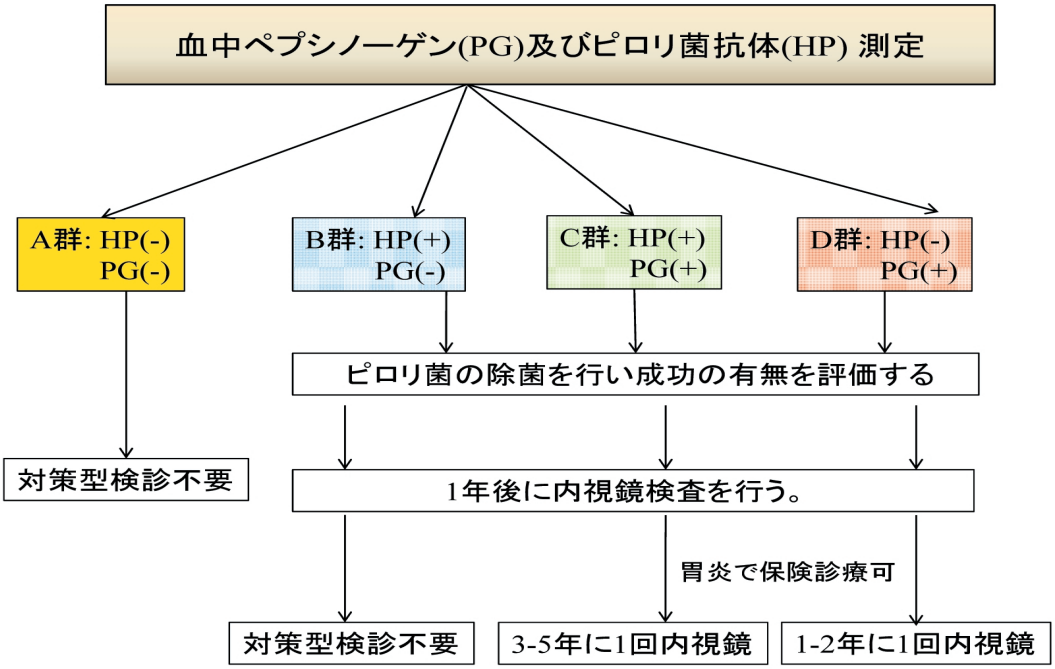

図１　日本から胃がんを撲滅するための方策（浅香正博：中公新書2077、2010）

ことによって間接バリウム法をしのぐほどの正確さを取得したと評価されるようになりました。血清ペプシノーゲン、*H. pylori* 抗体測定法の結果から *H. pylori* 陰性、ペプシノーゲン陰性群（A群）、*H. pylori* 抗体陽性、ペプシノーゲン陰性群(B群)、*H. pylori* 抗体陽性、ペプシノーゲン陽性群（C群）、*H. pylori* 陰性、ペプシノーゲン陽性群（D群）の4群に分けると、A群は胃粘膜の萎縮性変化に乏しく胃がんの発生はほとんど見られません。B群は胃粘膜の萎縮性変化は弱く胃がんの発生も少ないことがわかっています。C群は胃粘膜の萎縮が明瞭に見られ、胃がんの発生の危険性は高いことがわかっています。D群の頻度はきわめて低いが、胃粘膜の萎縮は強く腸上皮化生を伴い、胃がん発生の危険性は最も高いとされています。D群は *H. pylori* 感染が長期間続き胃粘膜は疲弊し腸上皮化生を伴っており、*H. pylori* 生育の環境としては適さなくなるため菌数が著減し、見かけ上、抗体が陰性となるケースです。

胃がん撲滅の戦略として、わが国の50歳以降の全員にA,B,C検診すなわち血清ペプシノーゲン、*H. pylori* 抗体測定を行うことを提案したいと思います。その結果に基づいて50歳以上の胃の粘膜の状況をA, B, C, D群に分類するのです。

① これまでの報告を総合するとほとんど発がんの可能性はないので、A群は以後、対策型検診から除き任意型検診に移行させます。
② B、C、D群については全員除菌治療を行う必要があります。
③ B群は、*H. pylori* 陽性ですが、血清ペプシノーゲン正常であり萎縮性変化は軽微と考えてよいと思います。この状況で除菌操作が加わると、発がんの可能性はきわめて低くなります。つまり、除菌が成功するとB群はA群とほぼ同じ状況になるので対策型検診から任意型検診に移行すべきであると思います。
④ C、D群は除菌後も内視鏡による定期的なサーベイランスが必要になります。
⑤ C、D群に萎縮性胃炎が存在するのは明らかですので、内視鏡検査は保険適用になります。3割の自己負担で行ってもらうことになります（図1）。

3. 胃がん撲滅プロジェクトの意義

わが国の高齢者人口は団塊の世代が還暦を迎え急速に増加しています。胃がんの発生率や死亡率は減少を続けていますが、高齢者人口が増加したことに伴い、胃がんの死亡者数はむしろ増えてきているのです。したがって、団塊の世代が胃がん発生のピークを迎える2020年ころには胃がん患者死亡者数は7万人に達する

可能性が高いと思われます。わが国では胃がんの治療費として1年間で約3000億円が出費されていますが、何の対策もせずに10年も放置すると胃がんの医療費は5000億円を超える可能性が大きいと考えられます。特に化学療法に分子標的治療薬が応用されるようになってから医療費の伸びが著しいのです。分子標的治療薬が最も多く導入されている大腸がんでは一人あたりの治療費は200万円を超えるようになってきています。胃がんは一人あたり70万円の治療費で算定しましたが、分子標的治療薬が導入されるたびに費用がかさんでいき、大腸がんの治療費に近づいていくと思われます。そのため、予防に力を入れなければ医療費の増大を食い止めることが出来ないのは自明です。

除菌をした後、内視鏡で定期的に経過観察すると胃がんが発生したとしてもその大半が早期胃がんとして発見され、予後はきわめて良好になるので、胃がんで亡くなる人の数は激減し、今世紀中程にはわが国から胃がんを撲滅できる可能性が高いと考えられます。わが国の国民病とも言える胃がんを撲滅するためには、胃がんの大半が *H. pylori* 感染によって生じることを国民に理解してもらうよう務めることであり、その撲滅戦略には日本政府自らが先頭に立つ必要があります。40歳以前の方については早期に（たとえば成人式に *H. pylori* 抗体検査を義務づけるなど）test and treat方式を採用することによって胃がんの大半は抑制可能となると考えています。

最新文献紹介

1. 浅香正博：我が国からの胃癌撲滅は可能か．日本臨牀2011；69：173-181
2. 相田佳代，他：細径内視鏡を用いた任意型胃がん検診の検討．日消がん検診誌2011；49：243-251
3. 芳野純治：内視鏡検診の拡がりとその対応．日消がん検診誌2011；49：203
4. 杉山敏郎：H.Pylori感染と胃がん・がん検診．東海北陸地方会　特別講演．日消がん検診誌2011；49：275
5. 後藤田卓志、他：厚生労働科学研究費補助金第3次がん総合戦略研究事業「ピロリ菌感染率減少時代における新しい対策型胃がん検診システム構築の検証に必要なプロトコール作成と実現可能性に関する研究」の進捗状況の報告．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 984
6. 鎌田智有、他：胃がん検診における内視鏡的胃粘膜萎縮の評価～経過観察で発見された胃がん症例から～．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 984
7. 水谷　勝、他：内視鏡観察による胃癌診断能の現状と課題．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 984
8. 井上和彦、他：胃癌内視鏡スクリーニングにおいて胃粘膜萎縮の把握は重要である．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 984
9. 馬嶋健一郎、他：経鼻内視鏡と軽静脈麻酔下経口内視鏡における受診者の受容性の比較検討．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 985
10. 池田　聡：検診車による内視鏡検診　～実績と精度管理～．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 985
11. 萩原廣明、他：多施設内視鏡個別検診における経鼻内視鏡の現況と精度．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 985
12. 三原修一、他：内視鏡検診の現状と課題―ABC検診、HP除菌成績も含めて―．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 985
13. 森田志保、他：胃癌検診（ABC検診）のD群における検討．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 986
14. 伊藤慎芳、他：ABC法を併用した人間ドック内視鏡検診の成績．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 986
15. 光島　徹：房総におけるX線・内視鏡選択胃がん検診の22年．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第2回消化器内視鏡検診研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 986
16. 峯　徹哉：経鼻内視鏡附置研究会のこれまでの軌跡とこれから．（基調講演）第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第1回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 996
17. 乾　純和：胃炎検（健）診（ABC）から経鼻内視鏡へ．（基調講演）第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第1回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 996
18. 辰巳嘉英、他：経鼻内視鏡の食道観察能の評価．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会第1回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 996
19. 北岡修二、他：経鼻内視鏡検査における適応型IHb色彩強調画像観察の有用性．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第1回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 996
20. 青木利佳、他：経鼻内視鏡スクリーニングにおけるAIMの使用経験．第81回日本消化器内視鏡学

会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 997

21 谷仲一郎、他：検診スクリーニングにおける分光画像技術（FICE）併用経鼻内視鏡の検討．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 997

22 原　太郎、他：極細径FICE内視鏡を用いた早期胃癌の精密検査―がん専門病院における新しい経鼻内視鏡FUJIFILM EG-530NWの評価―．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 997

23 吉村理江、他：細径内視鏡検査を用いた胃がん検診における偽陰性例の検討．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 997

24 川田和昭、他：ドック・健診における経鼻内視鏡での胃癌発見率・偽陰性率の検討．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 998

25 小倉　剛：経鼻内視鏡開発における課題と今後の展望．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 998

26 圓橋敦史：経鼻内視鏡これまでの開発と今後の方向性．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 998

27 柿島亮祐：経鼻内視鏡「EG16-K10」の開発と今後の展望．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 998

28 花澤淳子：細径内視鏡用の新型ディスポーザブル生検鉗子の開発と今後の展望．第81回日本消化器内視鏡学会総会附置研究会　第１回経鼻内視鏡研究会．Gastroenterol Endosc 2011; 53(Suppl 1): 999

あとがき

震災の影響を鑑み、今号の発刊時期を半月遅らせましたことを、お詫び申しあげます。当会員にも被災された方が多数おられ、胃がん対策どころではない状況であると思います。当会も微力ながら応援させていただく所存でございます。

国民の被曝に関する意識が高まり、ますますレントゲン検診離れは進んでしまうと思われます。また被災地を中心に、医療施設の復旧には時間と膨大な資金が必要です。レントゲン検診よりも設備投資、実施コストともに少なくてすみ、簡便に実施できるABC検診へのニーズが高まるものと思われます。今後、被災地では、我々の提唱する新しい胃がん対策の導入を検討する地域、企業が増えることが予想され、当会は情報や資材の提供などを通じて、全力でバックアップしてまいります。

困難な時代になりましたが、新しい胃がん対策の普及は、日本の復興に、必ずや役に立つと信じ、当会は歩みを止めることなく活動を続けてまいります。よろしくお願い申しあげます。（三木）

事務局より　お知らせ

■ 平成２３年度会費納入のお願い

年度が改まりましたので会費の納入を宜しくお願い申し上げます。今後も新しい胃がんの検診を普及させるべく努めてまいります。変わらぬご支援ご協力の程、切にお願い申し上げます。

【会費】個人会員　１口3,000円１口以上　　法人会員　１口30,000円１口以上

お振込み先　＊三菱東京ＵＦＪ銀行 目黒駅前支店　普通預金 No. 0008527
特定非営利活動法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構 理事長 三木 一正

＊郵便振替　00130-9-429200　日本胃がん予知・診断・治療研究機構

☆お振込の際、ご親族・職場等、複数の会員様でまとめる場合は、お手数ですが払込取扱票の通信欄に会員全員のお名前をご記入下さるようお願い申し上げます。

■ 転居・所属変更・会員種別変更希望・退会希望等は、お早めに電話・FAX・メールにてお知らせ下さい。

■ 本誌バックナンバーは、インターネット上でご覧いただくことができます。
http://www.gastro-health-now.org

寄付者名簿

（自2011年 1月～至2011年 3月）（敬称略・五十音順）

五十嵐良典、池田病院、和光純薬工業

多くの方々からご寄付をいただきまして誠にありがとうございました。厚く御礼申し上げます。
今後とも宜しくお願いいたします。