Gastro-Health Now

認定ＮＰＯ法人
日本胃がん予知・診断・治療研究機構
Certified Non Profitable Organization
Japan Research Foundation of Prediction,
Diagnosis and Therapy for Gastric Cancer (JRF PDT GC)

目　次

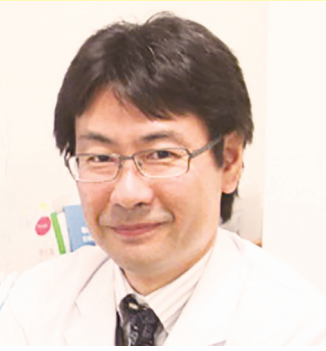
◆ 人間ドック上部消化管内視鏡検診における
ABC検診―特にA群胃癌について― ……1
◆ あとがき・お知らせ……4

印刷　城南印刷工芸(株) 03-3752-3391

発行所　認定NPO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 609号室
電 話　03-3448-1077
FAX　03-3448-1078
E-mail : info@gastro-health-now.org
http://www.gastro-health-now.org

2016.8.1
第43号

人間ドック上部消化管内視鏡検診におけるABC検診
―特にA群胃癌について―



富士重工業健康保険組合
太田記念病院
中　村　哲　之

はじめに

胃癌早期発見を目指すスクリーニング検査（上部消化管X線透視（UGI）・上部消化管内視鏡（EGD））の普及と生活環境の改善（ピロリ菌（*Hp*）除菌、減塩、禁煙等）により、近年、本邦における胃癌の罹患率・死亡率はともに減少傾向にあるが、2011年の悪性新生物罹患率では男性1位・女性2位、2014年の同死亡率は男性2位・女性3位であり、いまだ高位を占めている。

2014年に改訂された“有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン”では、新潟県・鳥取県の症例対照研究や韓国のコホート内症例対照研究等で、EGD検診による胃癌の死亡率減少効果が示されたことにより、胃内視鏡検査の推奨グレードが“Ｉ（対策型検診では推奨しないが、任意型検診では適切な説明に基づき個人レベルで検討する）”から“Ｂ（対策型検診・任意型検診としての実施を推奨する）”へ変更された。

その一方で、各施設における実施可能なEGD検査件数は、内視鏡医・検査室・内視鏡機器の数等の様々な制約により規定され、必要に見合う検査件数の確保が困難な場合が少なくない。

当センターでもEGDを勧めるべき受診者の選別を目的として、2011年4月から、画像検査（UGI または EGD）にABC検診を組み合わせ実施してきた。

当センターのEGD検診

2012年6月に病院移転となってから2016年4月30日までに17413名（男：女 1.8：1、平均年齢 55.0±10.9歳）のEGD検診が実施され、中16311名がABC検診を併用した。胃切除の既往がある223名を除いた16088名のABC検診結果は、A群12148名（75%）、B群2692名（17%）、C群1091名（7%）、D群157名（1%）であった。その年次推移をみるとA群は漸

増、B・C群は漸減しており、2013年2月のピロリ菌胃炎除菌治療保険収載による除菌治療普及の効果が窺われる（図１）。

期間中58例の悪性疾患が診断（発見率0.33%）され、内訳は食道癌11例、胃癌36例（発見率0.21%）、その他の胃悪性腫瘍6例、十二指腸悪性腫瘍5例であった。胃癌症例のABC検診結果を見るとA群18例（群内発見率0.15%）、B群6例（0.22%）、C群9例（中、1例のABC検診は前年のデータにて群内発見率からは除外。0.73%）、D群3例（1.91%）で、発見胃癌症例の半数がA群であった。

A群胃癌症例（18例）の分析

胃癌が見つからないことが期待されたA群から18例の胃癌が診断されたが、発見されたA群胃癌症例にはどのような特徴があるのか。病歴を確認すると、18例中13例がピロリ菌除菌後であった。この13例はABC検診マニュアル（改訂２版）ではE群に分類される。E群を導入した改訂第2版による受診者のABC検診群別年次推移を図２に示す。E群からは計16例の胃癌が見つかっており、C群に次ぐ胃癌発見率（0.42%）であった。除菌後の検診の重要性を改めて強調したい。

残る5例の中2例はEGD所見で慢性萎縮性胃炎（CAG）の合併が確認され、ピロリ菌既感染が示唆される“偽A群”であることが分かった。

偽A群

ABC検診（第1版）でA群となった12148名のEGD所見を確認したところ、3368名（28%）にCAGを認め、この3368名は“偽A群”と判断された。これら“偽A群”を画像検査以外の方法で識別することは可能か。

EGDで確認されたCAGの診断をgold standardとし、病歴聴取でピロリ菌除菌歴（E+）を確認するほか、

図１　ABC検診（第１版）年次推移

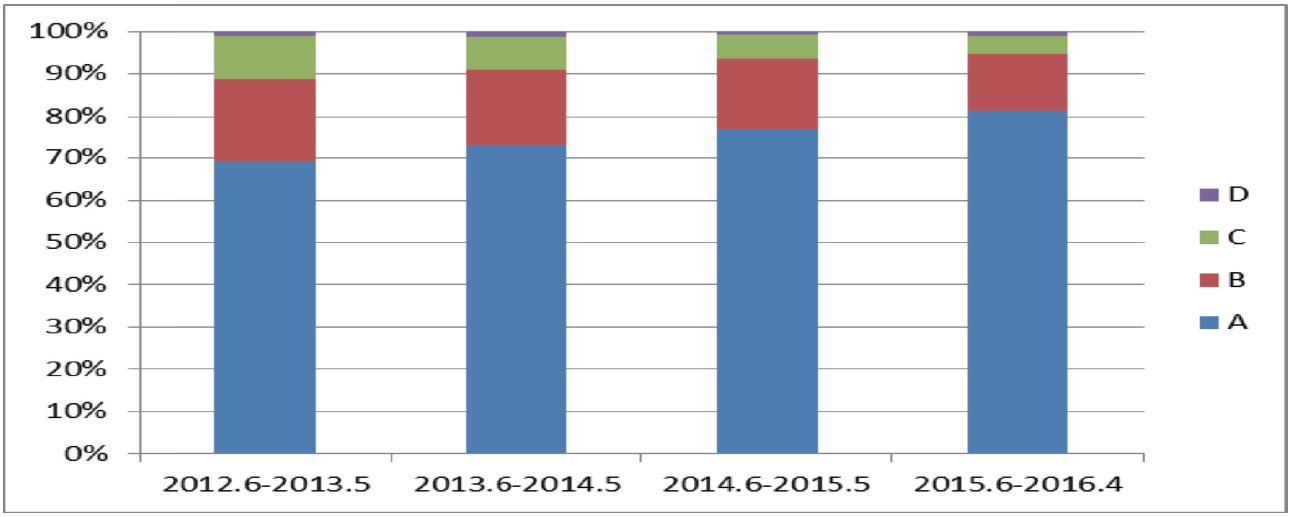
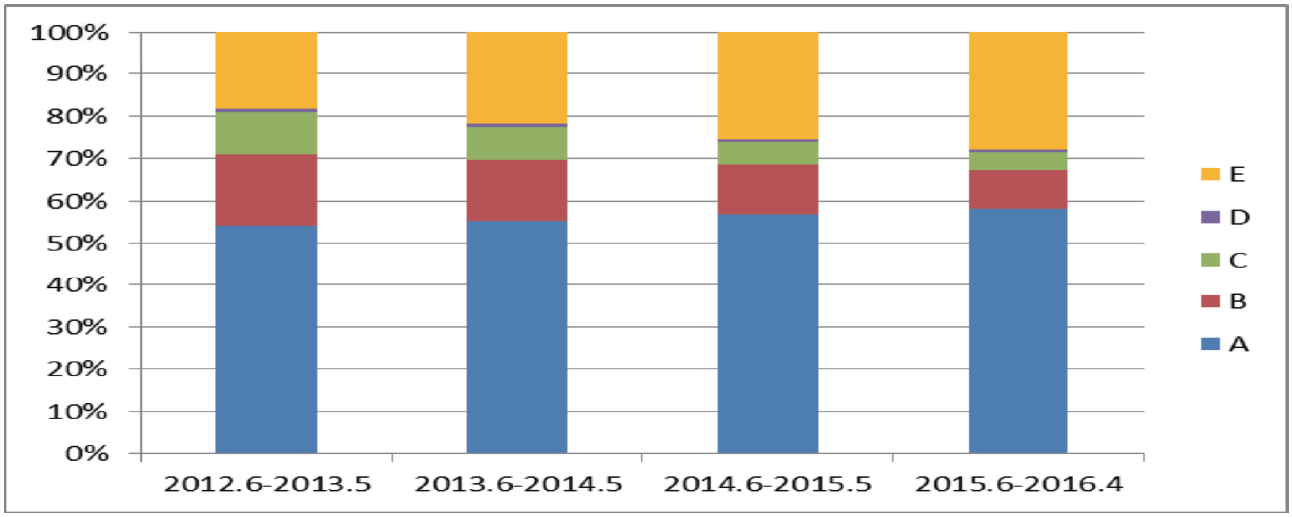


図２　ABC検診（第２版）年次推移



血清ペプシノゲン検査（PG）“Pg I≦40ng/mlまたはPg I/II≦2.5”をPG偽陰性、血清抗ピロリ菌抗体価“3U/ml≦*Hp*Ab<10U/ml”を*Hp*Ab偽陰性とし、それぞれCAGとの関係を分析した結果が表１である。感度はPG偽陰性・*Hp*Ab偽陰性併用が最高値を示したが、その他の統計量では何れにおいても除菌歴（E+）が高値を示した。ただし内視鏡医は検査に際して病歴確認が可能であることから、特に木村・竹本分類C1やC2等、軽度の胃炎の診断にバイアスがかかっている可能性は否定できず、E+を除くと、*Hp*Ab偽陰性単独が特異度・陽性反応的中度・的中精度において比較的良好な値を示した。

“偽A群”胃癌と“真のA群”胃癌

A群胃癌18症例におけるCAG合併の有無と*Hp*除菌歴（E+）の有無、前述のPG値・*Hp*Ab値を表２に示す。E+の13例は何れもPGもしくは*Hp*Abが偽陰性であり、CAG合併あるも除菌歴のない2例のA群胃癌症例もPGもしくは*Hp*Abが偽陰性であった。すなわちCAGを合併する所謂“偽A群”胃癌症例は、全例PGもしくは*Hp*Abが偽陰性であった。

残る3例の胃癌はCAG合併のない正常粘膜胃（木村・竹本分類C0）に見つかった“真のA群”胃癌で、1例は穹窿部の胃底腺型胃癌、2例は前庭部の印環細胞癌であった。

まとめ

ピロリ菌除菌治療の普及によりABC検診各群の胃癌発見率に変化が見られ、特に除菌後症例（E群）が紛れ込むことによるA群胃癌の増加が顕著である。A群の28%はCAGを合併する“偽A群”で、これに属する受診者はEGDによるスクリーニングが強く勧められる。また“真のA群”胃癌もEGD検診発見胃癌の1割近く（8.3%）に上ることから、人間ドックでは胃癌検診としてEGD検診を全ての受診者に勧めざるを得ない。

表１　除菌歴（E）・ペプシノゲンテスト（PG）偽陰性・血清抗ピロリ菌抗体価（*Hp*Ab）偽陰性の慢性萎縮性胃炎（CAG）検出力

	E+	PG±	*Hp*Ab±	PG± &/or *Hp*Ab±
感度	76.1	47.5	68.3	82.7
特異度	93.8	71.3	90.3	64.4
陽性反応的中度	82.5	38.8	73	47.1
陰性反応的中度	91.1	78	88.1	90.7
的中精度	88.9	64.7	84.2	69.5

表２　EGD検診で発見された A群胃癌（18例）

齢性	内視鏡所見	部位	Pg1	Pg2	Pg1/2	PG	*Hp*Ab	*Hp*	ABC	CAG	病理	St
59M	0-IIb+IIa（褪色調）	U	75	9.7	7.8	-	<3	-	A	無	胃底腺型胃癌	IA
72M	0-III+IIa	M	42	8.5	4.9	-	6	±	A	あり	tub2	IA
64M	0-IIa+IIc	M	37	6.3	5.8	±	<3	-	A	あり	tub1	IA
52M	0-IIb（褪色調）	M	61	7.2	8.4	-	<3	-	A	無	sig	IA
55M	0-IIb（褪色調）	L	51	6.4	8	-	<3	-	A	無	sig	IA
66M	0-IIc	U	24	4.8	4.9	±	4	±	E	あり	tub2	IA
69M	0-I+IIc	M	199	25	8.1	-	4	±	E	あり	tub2>por1>pap	IA
67M	0-IIa	M	26	5.6	4.6	±	4	±	E	あり	tub1>tub2	IA
62M	0-III	M	64	7.2	8.9	-	3	±	E	あり	por/sig	IA
70M	0-IIc	M	24	5.1	4.7	±	5	±	E	あり	por2,sig	IA
60F	３型	M	45	4.2	10.7	-	3	±	E	あり	tub1>tub2>por1	IIB
84M	0-IIa+II c	M	42	6.4	6.6	-	4	±	E	あり	sig	IA
66M	0-IIc	M	27	2.9	9.4	±	9	±	E	あり	tub1	IA
45M	0-IIc	M	23	4.4	5.2	±	<3	-	E	あり	tub1-2>por2,sig	IA
45M	0-IIb	M	21	3.6	5.8	±	<3	-	E	あり	tub2>por2,sig	
64F	0-IIc	L	27	5.6	4.9	±	3	±	E	あり	tub1	IA
74M	0-III	L	53	8.3	6.3	-	3	±	E	あり	tub1>tub2>por1	IA
52M	0-III	L	26	6.5	3.9	±	<3	-	E	あり	tub1	IA

News

5月23日(月)佐賀県首都圏事務所（都道府県会館内）で、山口 祥義（やまぐち　よしのり）佐賀県知事にお話をうかがいました。

佐賀県は、都道府県としては全国初の試みとして、2016年度から『未来へ向けた胃がん対策推進事業』の名称で、県内の中学3年生を対象にピロリ菌の感染検査を実施し、除菌費用も全額助成する事業を開始しました。

この事業は、山口知事ご自身が胃がんになって入院された際、担当医から「胃がんの多くはピロリ菌が原因であって、それを取り除けば将来的な胃がんの発症リスクは大きく減少する」という話をうかがったことをきっかけに実現したとのこと。この取組の成果は三十年、四十年後となりますが、『佐賀の子どもたちの将来へのプレゼント』という思いも込めて、将来、子どもたちが「佐賀で育ってよかった」と思えるように、一人でも多くの生徒に検査を受けていただきたいと、山口知事はおっしゃいます。

具体的には、学校の健康診断で行われる尿検査の尿を用いて、保護者から事業への同意が得られた生徒を対象に感染検査を行い、陽性者には追加検査で精査した上、ピロリ菌除菌に結び付けます。実施にあたっては、保護者から事業への参加意向確認書を提出してもらい、検査結果は学校を介さず個人の自宅あてに通知するなど、生徒のプライバシーへも十分配慮した上、陽性となった生徒及び保護者の不安解消のために、佐賀大学医学部附属病院と密接な連携を行ない、除菌治療に向けた専門の医師による相談支援体制を整えています。

われわれは今後も佐賀県の取り組みに注目し、近い将来に本紙で成果をご報告いただけることを願っております。

佐賀県首都圏事務所にて

あとがき

現在、東京大学病院の原発性肝がんの新患の10％以上が、B型C型肝炎ウイルス感染を背景にしない肝がんであるという。希少疾患の紹介が多い施設特性はあるものの、肝炎ウイルス検診の普及や抗ウイルス治療の進歩によって、ウイルス性肝炎からの発がんが減り、相対的にそれ以外の肝がんの比率が高まっていると解釈できる。今後胃がんも同じ経過をたどることが予想されるため、これからはピロリ菌感染を背景としない、A群からの胃がんの対策を真剣に考えていかなくてはならない。しかしA群胃がんがあるからといって、胃がんリスク検診の有用性が損なわれるものではないことは、肝炎ウイルス検診が今後とも肝がん対策として重要であることと同じである。胃がんリスク検診によって、胃がんになるかならないかという絶対的な線引きはできないが、胃がんになる危険度を層別化できることは間違いない。

危険度を層別化することで、その危険度に応じた現実的な対策が立てられるのは、地震など各種災害や、事故への対策と基本的には同じと考えればわかりやすいと思う。これまでの予防接種や薬の有害事象への対応からみても、日本人は小さなデメリットを受け入れないことで、大きな利益を失う選択をする傾向がある。A群胃がんに関する知見を増やしていくことは重要であるが、A群胃がんの存在を胃がんリスク検診の否定の材料にするのは愚である。

なお、厚労省のがん検診あり方検討会等で、胃がんリスク検診を「胃がんリスク層別化検診」と呼ぶ機会が多くなっていることから、将来的にはこの名称に統一すべきと考えている。　(M)

事務局より　お知らせ

■ **平成28年度　ご支援のお願い**

今年度も引き続き胃がん撲滅に向けて活動して参ります。みなさまのご支援をよろしくお願いいたします。

【会費】平成28年度（平成28年4月1日～平成29年3月31日）
賛助会費　（個人）1口3000円　（法人）1口30,000円

【寄附】平成28年度（平成28年4月1日～平成29年3月31日）
当機構は平成25年5月29日に認定NPO法人になり、2000円を越えるご寄附をいただきますと税制上の優遇措置がございます。寄附金受領証明書が必要な方は事務局へご請求ください。

■ **お振込み先**

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全員のお名前をご記入下さい。

■ 転居・所属変更・退会希望等は、お早めに電話・FAX・メールにて事務局までお知らせ下さい。

認定NPO法人 日本胃がん予知・診断・治療研究機構
電 話　03-3448-1077　FAX　03-3448-1078　E-mail : info@gastro-health-now.org

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