

胃癌診療の進歩

認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構理事長

三 木 一 正

（聞き手 大西 真）

大西 胃癌診療の進歩ということではいろいろかぎたいと思います。

まず、胃癌というのは昔から日本人に非常に多い癌だといわれていましたけれども、現在の日本の胃癌の患者さんとか死亡率など状況はどんなものなのでしょう。

三木 胃癌はまだ2番目の死亡原因といわれていまして、1番が皆さんご存じのように肺癌ですけれども、やはり2番目に多く命を落としている病気ということで、重大な病気には違いありません。国立がんセンターの集計によりましても、死因で3人に1人は癌によって亡くなっているといわれておりますし、働き盛りの世代ではほぼ半数が癌による死亡ということになります。だから、国民の2人に1人は一生に一度は何らかの癌に罹患すると推定されているわけです。

第1のとりでとしては、癌にならない、予防することですと書いてありまして、第2のとりでは、癌になっても、早期発見・早期治療により命を落とし

たり、生活の質を下げないようにすることですと最初に書かれています。

大西 昔から日本の場合、胃のバリウム検診が盛んに行われていましたけれども、これからはどのようにして胃癌を見つけていくか、先生はどのように考えていらっしゃいますか。

三木 今、国の法律ではバリウムによる検診が推奨されているわけですが、私は数年前からそういう検査の効率の悪さとか、受診者の少なさとか、専門技師の足りない点とか、費用がかかる点とか、いろいろ検討いたしましたして、リスクを分けて、健康な人を胃癌にかなりにくい人とかかりやすい人のリスク分けをして、その後が一番高度な精密検査である内視鏡検査を行ったらいのではないかということをご提案したのですけれども、この5年間、全然音沙汰がなかったのです。2012年から欧米で追試とか推奨が出たものですから、急に注目されて、呼ばれる頻度が多くなったのですけれども、今でもその考えは変わっておりません。

大西 ピロリ菌が胃癌の重要な原因と考えられていると思いますけれども、やはりピロリ菌をまずスクリーニングするというのが重要なのでしょうか。

三木 ピロリ菌の学会のほうでそれをガイドラインの中に書いていますけれども、今いわれていることは、胃癌の99%はピロリ菌が関係しているということです。広島大学から出た病理組織学的診断のついた15年にわたる胃癌3,161例の組織とピロリ菌の感染の有無の検討でも、99.34%の胃癌にピロリ菌感染を認めたという数字を「ヘリコバクター」という雑誌に出しているのです。それが世界で最も引用されているのです。しかも、ピロリ菌の検査も、通り一遍の抗体検査だけではなくて、2つ3つときちんとやると拾えるのだそうで、そういうふうにして厳密に感染の有無を調べると、99.34%がピロリの感染した胃癌だったということです。

大西 そのうえで、先生が開発されたペプシノゲンのスクリーニングがありますが、あれでも萎縮の程度によってリスクを階層化するのでしょうか。

三木 そうです。国府台病院院長の上村直実先生ご自身もヘリコバクター学会の副理事長で、消化器病学会の理事、内視鏡学会の理事でもいらっしゃるので、提唱なさっているわけです。私に代わってというか。現実的に東京都では住民の5%しか今までのバリウム検診を受けていない。横浜では

4%だそうでして、これでは胃癌検診をやっているとはいえない。ですから、それに対して対抗してやれる可能性のある胃癌リスク検診を推奨してくれています。

それが和歌山県立医大の一瀬グループが提唱した、A・B・C・Dと4群に分ける検診法です。A群は健康な胃粘膜、B群はヘリコ感染胃粘膜、C群は萎縮胃粘膜、D群は萎縮が高度になった胃粘膜ということで、WHO系の「インターナショナル・ジャーナル・オブ・キャンサー」という、とてもインパクト・ファクターの高い雑誌の表紙を飾ったぐらい、査読の先生方に感銘を与え、世界で最も引用されている論文のひとつなのです。それが2004年には出ているわけです。それから今まで何をしていたのかと思うぐらいの感じでありますけれども。

大西 萎縮の程度をペプシノゲン法で推定して、その後、どういう群を一緒にやるとか、そういうふうにしていくのでしょうか。

三木 そうです。今私どもが提唱している(表1)のは、A群の場合は症状がなかったり、あるいは最近に何か画像の検査をしているという人の場合はこれはオミットしていい。症状があったり、5年以内にレントゲンも内視鏡も検診も受けたことがないという人の場合は危険なので、5年に一度ぐらいは画像の検査をといっていますけれど

表1 胃癌リスク検診（ABC検診）

ABC分類	A群	B群	C群	D群
ピロリ菌	－	＋	＋	－
ペプシノゲン値	－	－	＋	＋
胃癌の危険度	低			高
胃の健康度	健康な胃粘膜。 胃粘膜萎縮の 可能性は 非常に低い。	胃潰瘍に注意。 少数ながら 胃癌の可能性も。 胃粘膜の萎縮が ない、または軽い。	慢性萎縮性胃炎。 胃粘膜萎縮が 進んでいる。	胃癌の可能性。 胃粘膜萎縮が 進み過ぎ、 ピロリ菌が胃に 住めずに退却。
その後の 管理・対処法	管理対象から 除外。	必ずピロリ菌除菌。 除菌前後に 画像検査。	ピロリ菌除菌の 徹底。定期的に 内視鏡検査。	毎年の 内視鏡検査。
年間の 胃癌発生頻度	ほぼゼロ	1,000人に1人	500人に1人	80人に1人
判定後2次精密 画像検査（間隔）	不要*	必要（3年以内）	必要（2年以内）	必要（毎年）
ピロリ菌除菌	不要	必要	必要	必要

*自覚症状のある人、また過去5年以内に精密画像検査を受けていない人は必要。(2012)

ども、これはレントゲンでも内視鏡でも受けたほうが良いと勧告しております。B群の場合はもう少しリスクが少ないという報告ですので、特にエビデンスはありませんが、3年に一度、C群の場合は2年に一度、D群の場合は毎年を目安にするということを一度提唱してみたのです。

これにはある程度の根拠がありまして、C群の場合、萎縮胃粘膜に対しての検診間隔は、萎縮の有無の検討というよりは、2年に一度内視鏡検診をした群と、毎年テレビレントゲンをやった群を比較したら、2年に一度内視鏡検査をした群のほうが早期癌が多くて

長生きしたという、15年にわたる東京都がん検診センターの西沢護先生の報告が今から13年前の2000年にすでに出ている。

そんなことがありまして、私は2年に一度内視鏡をやった群と、5年に一度内視鏡をやった群を比較検討して、10万例以上検討したのです、それも15年にわたって。そうしたら、125人の癌が見つかって、明らかにそれで全部の癌が拾えるということもわかりました。それを内視鏡学会誌に報告いたしまして、そういうことから自信をもった分類法になっているわけです。

大西 それでは次に治療の進歩につ

いてうかがいたいのですけれども、最近かなり内視鏡的な治療が盛んで、早期に見つけて内視鏡で治療するという方法が主流になってくるのでしょうか。

三木 そうですね。EMRとって、粘膜を切除する方法が開発されて、その後、ESDという切開剥離法という方法が開発されて、これがどこの病院でもできるようになってきたので、今保険も通るようになってきた。それに対して学会では今度初めてのガイドラインを発表いたしました、例えば2cm以下のものだったらやっていいですよということが出てきております。昔は何となくそれがいいなと言っていることが、最近の進歩というのはみんな証拠に基づいて、エビデンスに基づいたメディスン、Evidence Based Medicine、EBMに基づいて推奨レベルをつけるということで、国際的な基準に合ったエビデンスレベルの分類がなされております。

それでもエビデンスレベルはまだ低いのだそうです。客観データではないのです。がんセンターで何例やって、こっちのほうがややよかったと。そういうのはいわゆるランダムイズドのエビデンスではありません。けれども、一応そういうかたちで推奨度が表現されて、内視鏡学会も最先端の情報を提示するという段階に入りました。血小板の少ない人の場合のガイドラインとか、そういうものも今検討中でして、

学会が中心になって、エビデンスに基づいた、証拠に基づいた推奨が学会誌に載るようになってきております。

大西 化学療法も最近かなり進歩していますが、そのあたりの現状を教えてくださいいただけますか。

三木 化学療法に関しましても、術前の化学療法を行って手術したほうが、Evidence Basedまではいかないのですけれども、有意差があるという報告が出ております。

大西 周術期に化学療法をするということですね。

三木 そういうことが報告されておりました、術後も日本で開発されたTS1とか、そういうものを使うと有意差をもって寿命が延びることがいわれていますが、ただそれで命が救われたのではなくて、単に寿命が数カ月延びるだけというわけです。

けれども、私ども内視鏡をやっているグループから言わせると、それには多大な経費がかかりますので、それにかかるお金の一部でもいいから検診のほうに振り向けていただけましたら、おそらく早期に発見して早期に治療ができるのではないかとということを今提唱しているわけです。現実的には進行癌の人がたくさんいらっしゃるわけですから、その人に対する緩和医療とか化学療法の研究も今は大切です。でも、それでは私どもの夢は解決できなくて、100%早期で見つけない。

表2 胃癌リスク検診（ABC検診）の現状
【自治体】（N=84）（4.8%）

◆北海道	函館市、(夕張市)、福島町、本別町、(西目歴村)
◆栃木県	大田原市、下野市、佐野市、足利市、(那須塩原市)
◆群馬県	高崎市、渋川市、桐生市、館林市、安中市、みどり市、神流町、 下仁田町、嬭恋村、高山村
◆茨城県	水戸市、牛久市、(龍ヶ崎市)
◆埼玉県	越谷市、ふじみ野市、志木市、富士見市、三芳町、美里町、神川町
◆千葉県	市川市、東金市、東庄町
◆東京都	<u>足立区</u> 、 <u>目黒区</u> 、墨田区、品川区、中野区、(港区)、(豊島区)、 (大田区)、多摩市、東大和市、町田市、(西東京市)、(日の出町)
◆神奈川県	横須賀市、三浦市、小田原市、(相模原市)、山北町、大磯町
◆静岡県	袋井市、藤枝市、牧之原市、磐田市、(静岡市)、(浜松市)
◆長野県	東御市、(松本市)
◆石川県	かほく市
◆愛知県	岡崎市、幸田町
◆滋賀県	大津市
◆京都府	福知山市、長岡京市、与謝野町、(京都市伏見区)
◆大阪府	茨木市
◆兵庫県	篠山市、明石市、福崎町、(養父市)
◆岡山県	真庭市
◆島根県	出雲市
◆福岡県	久留米市、大川市、宗像市、(大牟田市)、大木町、添田町、川崎町
◆長崎県	平戸市
◆宮崎県	宮崎市
◆沖縄県	沖縄市

(2013年現在、順不同)

() : 医師会実施、自治体2014年度実施予定、一部実施、学会発表のみ、など。
下線：論文あり、論文投稿中、論文準備中、など。

私どもがやった東京都の検診機関での12万人のデータでは、ちゃんとABC検診を受けて、内視鏡検査をやってくれた方は100%が早期癌だった。途中入社の社員の数%だけが全部進行癌だったということがわかっておりまして、この理論的な99.36%ということは本当に実現できるだろうと確信しているので、今厚生労働省のほうにも、早く保険を通してやっていただけたらいいの

ではないかということを陳情しています。

現実的に日本では60を超える市町村が2013年から胃癌リスク検診、愛称でABC検診といわれているものですが、始めております。これは私どもが調査したのですが、ホームページを立ち上げている自治体を調べましたら、これだけあります(表2)。

大西 将来的にはこれを進めていけ

ば胃癌を撲滅できる可能性もあるということですね。

三木 そうですね。検診と除菌を進めていけばいける。企業のほうも調査しているのですが、有名な製薬会社とか、試薬をつくった有名な会社とか、日本銀行というのは日本中の銀行の筆頭ですけれども、すでにABC検診を導入している（表3）。2012年開設された慶應義塾大学の人間ドックでもABC検診と引くと出るのです。東京大学の自費のドックの検診もちゃんとABC検診と書いてある。これが現状なのです。ですから、これを先生方、臨床のレベルでもABC検診を採択するところが、私どもの調査では2013～14年にかけて数百カ所増えるというふうに聞いておりました、ピロリ菌とペプシノゲン法を組み合わせた、胃癌リスク検診であるABC検診を導入するというのとは一番新しい考え方なのではないかと思うわ

表3 胃癌リスク検診（ABC検診）の現状
【主要企業健保組合】

日本IBM、ANA、オムロン、テルモ、神戸製鋼、三菱重工、三菱地所、住友金属鹿島、東京証券業、マキタ、聖隷、共同通信、共同印刷、日本銀行、大塚商会、村田機械、大阪工作機械、沖電気工業、兵庫県建築、三洋化成工業、ヤマト運輸、ユニクロ、JICA、ジー・エス・ユアサ、日本冶金工業、特殊東海、北越銀行、京都中央信用金庫、極東開発、東洋鋼鉄、大倉工業、チッソ水俣、香川銀行、コニカミノルタ、武田薬品工業、栄研化学、東洋製罐、三菱化学メディエンス、富士フィルムメディカル、みずほ銀行、東京港、コスモ石油、名糖、ニチパン、日産自動車、花王、協和発酵キリン、日野自動車、トナミ運輸、ディスコ、三愛グループ、ロイヤル、ヤクルト、長瀬産業、近畿税理士、JA群馬、東京織物、JA高知、埼玉県農協、関東信越税理士、河北新報、公立学校共済組合富山支部、小松製作所、横浜港運、等（2013年現在、順不同）

けです。

大西 ありがとうございます。