

胃がんリスク判定

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 山内俊一)

胃がんリスクの判定が全国的に行われつつあります。

胃がんリスク判定、いわゆるABC検診でA判定（ピロリ菌陰性、ペプシノゲン陰性）が出た場合ですが、偽陰性を考慮してA判定の中でも精査が必要な方をピックアップする基準をご教示ください。

<兵庫県開業医>

山内 三木先生、まず、ABC検診に関して簡単に解説願えますか。

三木 胃がんリスク検診というのは、6年前に私どもがABC検診という名称をつけた方法論です。ヘリコバクター・ピロリ菌、通常、ピロリ菌といわれますが、感染しているかどうかの有無と胃炎の有無を調べる検査を組み合わせ、胃がんになりやすいか否か、そのリスクを分類するものです。がんを見つける検査ではないことを最初に申し上げたいと思います。

山内 その検診で、この質問にA判定と出てきていますけれども、判定は何段階に分かれているのでしょうか。

三木 6年前に『胃がんリスク検診（ABC検診）マニュアル』という成書

を出版したときは、A群は健康な胃粘膜で、ほぼ胃がん発生がゼロの群と述べさせていただいて、A群、B群、C群、D群と4群に分けて、リスクがだんだん高まっていく、ということをご説明申し上げたのですが、2013年2月から胃炎のピロリ菌の除菌療法が保険収載になって、多数の人たちが除菌するようになり、100万人を超えました。

B群は、ピロリ菌抗体が(+)で、ペプシノゲン(PG)が(-)で、これを除菌すると、A群のように両方(-)、(-)になってしまうわけで、こういう除菌者がたくさん出てきたため、偽A群というのが急速に問題になってきているのが今の実情だと思います。

山内 ちなみに、C群というのはど

表 胃がんリスク検診 (ABC検診)

ABC分類	A群	B群	C群	D群	E (HP除菌) 群
ピロリ菌 (HP) 抗体	—	+	+	—	—/+
ペプシノゲン (PG) 値	—	—	+	+	—/+
胃がんの危険度	低	→			高
胃の状態	胃粘膜萎縮はない	胃粘膜萎縮は軽度	胃粘膜萎縮が進んでいる	胃粘膜萎縮が高度	除菌によりPG値が改善しても、胃粘膜萎縮は改善しない
1年間の胃がん発生頻度	ほぼゼロ ①	1,000人に1人 ①	500人に1人 ①	80人に1人 ①	③
画像検査	不要 ④	定期的に胃内視鏡検査を受ける。具体的には医師と相談			
ピロリ菌除菌	不要	必要	必要	他のHP検査で陽性の場合必要	除菌成功後なら不要

① (GHN 1号) ② 除菌成功により胃がん発生リスクが30%に低下 (26号) ③ 除菌後胃がんの48%が除菌後3年以内に、34%が除菌後5年以降に発見 (26号) ④ 自覚症状のある人は必要、過去に画像検査を受けていない人は医師と相談 (22号)

認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構 (2014)

という判定なのでしょうか。

三木 C群というのは、萎縮が明らかにある群で、ピロリ菌抗体も陽性で、PGの値も陽性という群です。500人に1人ぐらいの割合で胃がんが発生する危険群といわれています。

山内 D群というのは。

三木 D群というのは、さらに萎縮がひどくなって、ピロリ菌が胃の粘膜にすみつけなくなってしまったような高度萎縮群で、抗体価がすごく低く出るので、ピロリ菌抗体 (+) のカットオフ値 (10) 以下で (-) になることが多いのです。それで、(-) (+) 群ということで4群に分けて、80人に1人の割合で胃がんが出ることが、コホ

ートスタディといいますが、長い追跡調査の研究でわかってきています。

山内 こういったことでリスク判定したうえで、先ほど少しお話が出ましたけれども、最近はピロリ菌があると、すぐに除菌という流れも一方でありませぬ。この影響についての質問が入ってきているということですね。

三木 そうだと思います。B群、C群、D群は除菌しなくてはいけない群、既感染群、すでに感染している群ということになりますので、それぞれの発がん性というか、リスクは少しずつ違うのですが、2014年新たに発表した考え方 (表) では、定期的に内視鏡でフォローすることが大切ですから、具体的

なことは医師と相談してくださいというようになっています。新しい考え方です。

山内 現時点ではフォローアップ、次のステップということになりますが、特にC群、D群になってきますと、内視鏡を使うか、もしくは積極的に除菌をしていくか。このどちらかということなのでしょう。それとも、除菌をしていく考え方が中心なのでしょう。

三木 特にB群、C群は必ず除菌を推奨するということになります。C群の場合は除菌してもPG値はまだ陽性に出ます。そこで除菌群（Eradication群：E群）というクライテリアをつくったのが今度の新しい5群に分けた分類で、A、B、C、D+E群です。リスクでいえば、B→C→Dと理論的には高まっていくのですが、その区別ができなくなっているのが現状だと思うので、B、C、D、E群の4群はすべて画像検査を受け、その後も適切な間隔で（主治医の判断で）画像検査を受けるように推奨しています。できたら内視鏡なのですが、できない場合はレントゲンでもいいからフォローすることが最も重要です。その総合判断は、各受け持ち医に除菌とともに任せます。

この考え方は、肝がん対策のときにそうだったのです。肝炎ウイルスをチェックして、画像診断して、専門医による診察を受けて、インターフェロン治療を受けましょうということで始ま

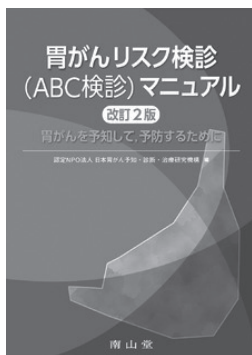
っていますので、胃がんも感染症ということが確定したわけですから、感染症は除菌をすることが一次予防で一番大切なことになります。ある程度年齢が高い方は発がん年齢に入ってきているものですから、画像検査を組み合わせ、除菌だけではなく、専門医による定期的な観察も必要です。

若い人、特に40歳以下の人では、菌がいればすぐに除菌する。すなわち、一次予防です。それで終わることもありうるのですが、お年寄りの場合は過去の感染に関しては、もう萎縮性胃炎ができ上がってしまって、戻りづらいし、発がんの要素が体内にあるものですから、早期胃がん発見を目指してフォローしなければいけないこと（二次予防）に力点が置かれていまして、今の段階では定期的の内視鏡かレントゲンを受けなければいけないことを推奨して、そういうかたちに書きかえさせていただいています。

ホームページ・パンフレット・小冊子*などを改訂したものですから、2014年秋のJDDW神戸；消化器の合同学会週間で新しい成書（改訂2版）として同じ出版社から出ささせていただきました（写真）。それにはいろいろな意見を掲載していますので、参考にさせていただきたいと思います。

今回の質問に対する回答は、この本に幾つか書かれています。偽A群（A群に混入する胃がん有リスクであるピ

写真 胃がんリスク検診 (ABC検診) マニュアル



ロリ菌既・現感染」とその対策という項(成書の2ページ)があります。一番大切なことは、「問診」をして除菌しているかどうかを聞くということです。2番目は、ピロリ菌の抗体価、日本ではEプレート栄研というのが9割方用いられているのですが、それは10のカットオフ値で、陰性高値群である3~9の間の場合は除菌後、胃がん発症の可能性が大きいと疑っていただくことです。

それから、PGの値からも胃がんのリスクを推定できるという報告が多く、学会で出ていまして、PG Iの値が30以下の場合には分化型のタイプ、萎縮があるタイプの胃がんが多いという報告が出ています。また、PG IIは30以上大きくなってくると、胃がんの中でもたちが悪いといわれている未分化型の胃がんの頻度が高いという報告も出

ています。ですから、PGの絶対値を必ず記載して残しておいてください。将来これらがエビデンスとして確定したら、これを入れた分類法になると思います。今はまだ始まって数年の胃がんリスク検診の方法論に関しては、これが証拠だというものはまだ出ていません。

山内 あらゆる検査には偽陽性、偽陰性があるわけですが、偽陰性というのは除菌をしたか否かというところに特に注意が必要なのですね。

三木 そうです。偽陰性の大部分が除菌後群に入ってきます。それ以外に絶対値を見て、ピロリ菌の抗体価が幾つを示しているか、PGの値が幾つを示しているかで、ある程度絞り込めるという発表が多くあります。そのカットオフ値の比を取って、PG IとPG IIの比を取って、4以下も怪しいという報告もあります。それはI/II比というのですけれども、4.5ぐらいがいいという発表もあるのです。その施設、施設で、まだ例数が少ないですから、エビデンスというまでには至っていません。

そうなりますと、現在のような研究の過渡期において推奨できることは必ず定期検査を受けましょう、除菌した先生にその間隔を決めてもらいましょうということ、受け持ちの先生との連絡をよくすることに力点を置くことになったわけです。

山内 この質問にあります、精査が必要な方を選ぶ基準は、厳密な意味ではこれから確定していくのでしょうか。

三木 はい。現在、いわゆるエビデンスといえることは、未だ何もないのです。各学会で各施設、各地域、各大学のデータが報告されているにすぎない。それを今度の改訂版ではできるだけ多くを平等に列記しまして、この大学でこういうエビデンスがあると思うと言ったら、それを記載に入れて、1、2、3、4と分けて、それぞれの地域の先生がそれぞれの意見をお持ちなので、どの事例が自分の地域、施設にふさわしいかということは、その地区によって、胃がんの発生率などによっても変わってきますので、個々に考えていただきたいとしています。我々としてはこういう基準値があるということを書いてありますけれども、これがエビデンスで正解ですとお教えることは現在できない状況だということです。

山内 あと、先生にぜひお聞きしたいのは、ピロリ菌が陰性でもPGが陽性というケースも出てくると思うのですが、特にPGがかなり高値のケースなどもフォローアップが大切と考えてよいわけでしょうね。

三木 はい。PGが陽性ということは萎縮性胃炎があるという判定になりますので、そういうケースの場合は、PG法そのものの報告もありますけれ

ども、必ずフォローしなければいけない。また、B群、C群、D群は全部フォローしなければいけないことになっています。

山内 そうしますと、除菌後もPGを時々測定する意義があるとお考えですか。

三木 はい。除菌すると数字が変わるのですけれども、そのエビデンスもまだ十分には積み重なっていませんが、萎縮がある症例ということでひとくくりにはできると思います。

山内 基本的にABC検診はリスク判定ですけれども、コストの削減や、リスクのある検査を減らすという意味では、その意義は非常に大きいと考えてよいわけでしょうか。

三木 はい。血液の検査ですから、特定健診とか一般健康診断に簡便に加えることができるということで、今、急速に注目されてきたというのが、このリスク検診です。がんを見つける検診ではなくて、リスクを分けているだけです。その辺を間違えないようにしてフォローしていただければたいへん有用なのではないかと思っています。

山内 そのあたりの詳しいことに関してのマニュアルをご紹介願えますか。

三木 2014年11月5日に成書を出版しました。表題『胃がんリスク検診（ABC検診）マニュアル改訂2版』です。副題「胃がんを予知して予防するために」というものを、私ども認定

NPO法人編集で出版しました。南山堂から出版しています。233ページと初版より厚くなっていますが、それはいろいろな先生の意見を全部収載させていただいたということから、初版の71ページと比べて部厚くなりました。この成書の中で一番適切だと思う項目を、また著者の意見と同じであると信ずる事例を採用していただければありがたいと思います。

山内 どうもありがとうございました。

*『ご存じですか？「胃がんリスク検診」ABC検診』（20頁、A4判、重量1冊70g弱）。小冊子をご希望の方に、郵送代金本人負担（着払い）で必要冊数（何冊でも可）を送付いたします。お名前、連絡先、必要冊数のご連絡と一緒に、郵送先を記入した着払い用紙を同封の上、封書にて下記NPO事務局までお申し込みください。

認定NPO法人日本胃がん予知・診断・治療研究機構 事務局 〒108-0072 東京都港区白金1-17-2 白金タワーテラス棟609号室