

放射線科

胃がん検診 NOW

放射線科医長 平賀 聖久
(消化器診療担当) Hiraka Kiyohisa

昨年9月に厚生労働省（「がん検診のあり方に関する検討会」）は、胃がん検診に関する改定を提言しました（下表）。

	現在	改定後
① 対象年齢	40歳≤	50歳≤
② 検診間隔	1年に1回	2年に1回
③ 検診方法	X線検査	X線検査か内視鏡検査

①対象年齢

検診は、ある特定の疾患を早期に発見するために行います。罹患率が低い集団を対象に行うことは意味が無く、罹患率が高い集団を対象に行った際にその効果を発揮します。*Helicobacter pylori* (Hp)に感染していない人から発生する胃がんは（皮膚がんや白血病よりも）稀であり、若年層でHpに感染していない人が漸増している現状を踏まえ、対象年齢が50歳≤へ引き上げられました。ちなみに、Hpに感染した人は（感染していない人に比べ）胃がん発生のリスクが6倍（若年者では23.5倍）高く、Hpの除菌により（異時性の）胃がん発生が1/3に減少する、と報告されています。

②検診間隔

内視鏡検査の処理能力や内視鏡医が不足している実情を鑑みれば、すべてのX線検査を内視鏡検査に転換することはおよそ不可能です。内視鏡検査がX

線検査より偶発症の頻度が高い点なども考慮し、検診間隔を2年に1回へ設定したものと思われ（検診間隔を3年に1回としても、両検査とも死亡率減少効果は認められると報告されています。）。

③検診方法

検診は、対策型検診（住民検診型）と任意型検診（人間ドック型）に分けられます。対策型検診の目的は集団の死亡率を下げることにあり、任意型検診の目的は個人の死亡リスクを下げることにあります。何れにおきましても、公共政策として胃がん検診を実施するには、有効性（＝死亡率減少効果）が証明された検査が実施されなければなりません。

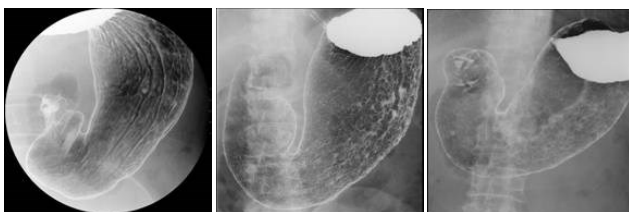
推奨	表 現
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、対策型検診及び任意型検診として実施することを勧める。
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、対策型検診及び任意型検診として実施することを勧める。
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。

2006年に発刊された『有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン』がこの度9年振りに改訂され、2006年の時点でX線検査の推奨レベルはB・内視鏡検査の推奨レベルはIでしたが、2015年の改訂で両検査とも推奨レベルはBとされました。その間に集積されたデータから、内視鏡検査による死亡率減少効果が証明され、対策型検診として実施することに御墨付を与えたため、今回の提言と相成ったわけです。

さて受診者の多くがHp感染者であった‘昔’と異なり、Hp未感染者が漸増している‘今’の時代に効率的な胃がん検診を展開するには、胃がん発生のリスクが低いHp未感染者をその対象から（緩く）外し、胃がん発生のリスクが高いHp感染者などに対して（ピン・ポイントで）がん発見率に勝れる内視鏡検査を勧めるのが最も得策、と思われま（要は、‘昔’と異なり‘今’の時代は検診の対象が一筋縄では行かない集団に変化している、ということです。）。

近年登場した“ABC分類”は、ペプシノゲン検査とHp抗体検査を併用して胃がん発生のリスクが低い集団（A群）を選別する試みですが、Hp感染者の混入（偽A群）を防ぎきれないことが明らかとなり、血液検査のみでHp未感染者を適確に抽出することは不可能である、と認識されています（因に“ABC分類”の推奨レベルは、現時点でIです。）。

一方胃がんそのものを検出する目的で行われる画像検査（X線&内視鏡）ですが、最近ではHp感染の状態や萎縮の進行度の把握に焦点を当てた診断の応用が見直されています。例へばX線検査について、以下に三つのX線像を提示します。



【図1】

【図2】

【図3】

【図1】に示す胃の粘膜表面は平滑で、ひだの幅は細く、その辺縁も整です。本X線像は、Hp未感染者に認められることの多い所見です。【図2】に示す胃の粘膜表面は顆粒状・敷石様で、ひだの幅は太く、その辺縁は不整です。本X線像は、Hp現感染者に認められることの多い所見です。Hpに感染すると程無く慢性炎症が生じ、炎症による粘膜傷害がその再生機転を凌駕すると、最終的に萎縮が生じます。萎縮が進行するとひだを視認できる範囲は縮小し、萎縮が高度となればひだは消失します【図3】。

“ABC分類”は、死んでも（？）バリウムやカメラを飲みたくない方を胃がん検診にお誘いする方策（??）として魅力的ではありますが、前述の如く胃がん発生のリスクを有する人を誤ってA群と分類してしまう落とし穴（偽A群）が潜んでいます。ここを補うべく、上述のX線検査や内視鏡検査の所見を加味して適確に偽A群を拾い上げる（あなたも日本(かチリ)人なら、一生に一度で良いけん、バリウムかカメラば飲んでみらんですか！）、もう一工夫凝らした検診システムに辿り着かねばなりません（これは‘今’も進行形の課題です）。

現在私が最も効率（かつ現実）的と考える**胃がん検診**は、40歳になったらまずHpに（現または既）感染しているかどうかをチェックし（海千山千の成人からHp未感染者を抽出する方程式がこれまで述べた如く難解なので、いっそ産な中学二年生の時点でHp感染をチェックしちゃうとする自治体も登場しました。）、図らずもHpに（現または既）感染していたら、（ご自分の意思でお決めになれば良いと思いますが）1（～3）年に1回の間隔でX線検査か内視鏡検査を受ける、です（1年に1回の検診間隔を取り下げないのは、両検査とも或程度の確率で胃がんを見逃すからです。）。

さて皆さんは、如何なさいますか？