

胃がんリスク評価の検討

日本消化器がん検診学会附置研究会
「胃がんリスク評価研究会」の報告を中心に

日本消化器がん検診学会理事長

山形大学 理事・副学長

深 尾 彰

1.

日本消化器がん検診学会 胃がんリスク評価研究会

目的

胃がんリスク評価の方法とその科学的検証，
および応用についての検討

代表世話人：吉原正治

世話人（50音順）：井上和彦，大泉晴史，岡 政志，加藤勝章，河合 隆，小林正夫，中島滋美，松田 徹，間部克裕，安田 貢，渡邊能行

第1回（2012.6）以降，第6回（2014.10）まで開催。
次回2015.6

2

胃がんリスク評価研究会 中間報告(201304)

1.胃がんリスク評価・分類についての用語の使い方と考え方

○「胃がんリスク評価」について

- 1) 胃がんリスク評価は、胃がん罹患リスクを評価することであり、胃がんを診断するものではない。
- 2) 胃がんリスク評価は、胃がんリスクを判定することにより、効果的かつ効率的な胃の検診や胃がん予防対策に役立てることを目的とする。
- 3) 胃がんリスク評価は、胃内視鏡検査や胃X検査等の画像診断の代わりに行うものではなく、画像診断と組み合わせて用いることが前提である。
- 4) 現在は胃がんリスクとして年齢のみが考慮されているが、胃がんの原因であるHp感染や除菌の状況、感染による胃粘膜の炎症や萎縮を考慮すべきである。

3

胃がんリスク評価研究会 中間報告(201304)

2.胃がんリスク評価に関する課題とおもな意見（継続検討事項）

- 検診担当者ならびに、対象とする市民の方に対し、リスク評価法は検診方法としての基準や有効性について、これから本格的検討する段階にある事を、正しく広報する必要がある。
- 1) 最も認知されている「ABC分類」の有効性に関しては、共通のプロトコルを作成し、検証を積み重ねる必要がある。
- 2) ABC分類後の画像検査の管理体制が重要であり、全国で実施できるシステムを構築する必要がある。
- 3) Hp未感染者からの胃がん発生はきわめて稀で、未感染が明確に診断できれば、胃がんの発生率は検診対象から除外できる程度に低い。
- 4) A群は全てがHp未感染でなく、既感染が混入し、Hp未感染の判定は慎重にすべきである。胃がん症例からみた検討では、胃がん症例の7-16%がA群であった。
- 5) B群からは生物学的悪性度が強く進行の速い胃がんも発生することがあり、現在一部で提唱されている胃がんリスクに応じた内視鏡検査間隔は検証が必要であり、B群の細分類も必要かもしれない。
- 6) Hp除菌後のリスク評価は現法では困難であり、管理方法もあわせ別に検討する必要がある。以上について、検証を続ける。

血液によるリスク評価の課題

1. 正確なHp未感染者（A群）の診断
→現状のA群は全てがHp未感染群でない。偽A群の存在。
Hp未感染者のより正確な診断の確立と運用が必要。
2. 高リスク群（BCD群）の管理方法
→胃がんリスク評価と胃の形態学検査方法の組合せの実際。
3. 胃がんリスク評価の効果，有効性の評価

5

血液によるリスク評価の課題 1

1. 正確なHp未感染者（A群）の診断
 - 偽A群の問題
 - 血液で判定されるA群には，Hp未感染群（真A群）のほか，偽A群としてHp既感染，Hp現感染が含まれている。
 - 偽A群には，Hp抗体・PG法判定の偽陰性によるものや，Hp除菌後・自然排菌後，PPI使用者等がある。
 - 正確なHp未感染者の診断。偽A群の対策
 - (1) Hp除菌群・PPI使用者にはABC分類を行わない（正しい評価ができない）。これを除外するために十分な問診が必要である。
 - (2) Hp未感染者のより正確な診断。
 - 案：Hp抗体価による判定の改善（陰性高値は精査）
 - 案：PG値を詳細にみる（PGII高値，PGI/II比低値例は精査）
 - 案：判別関数による精度向上
 - (3) X線や内視鏡画像によるHp感染診断，リスク評価の確立

6

血液によるリスク評価の課題2・3

2. 高リスク群(BCD群)の管理

- 高リスク群の管理体制が重要。
- 1回目の精密検査だけでなく、その後の管理検診やHp除菌後管理も含めた方法・体制を確立する。
- 精検受診率を高くする。
- X線検査や内視鏡検査でHp感染を把握することが一定の確率で可能であるが、判明したHp感染陽性を本人にどのように説明するのも課題である。(通知することの可否を含めて)

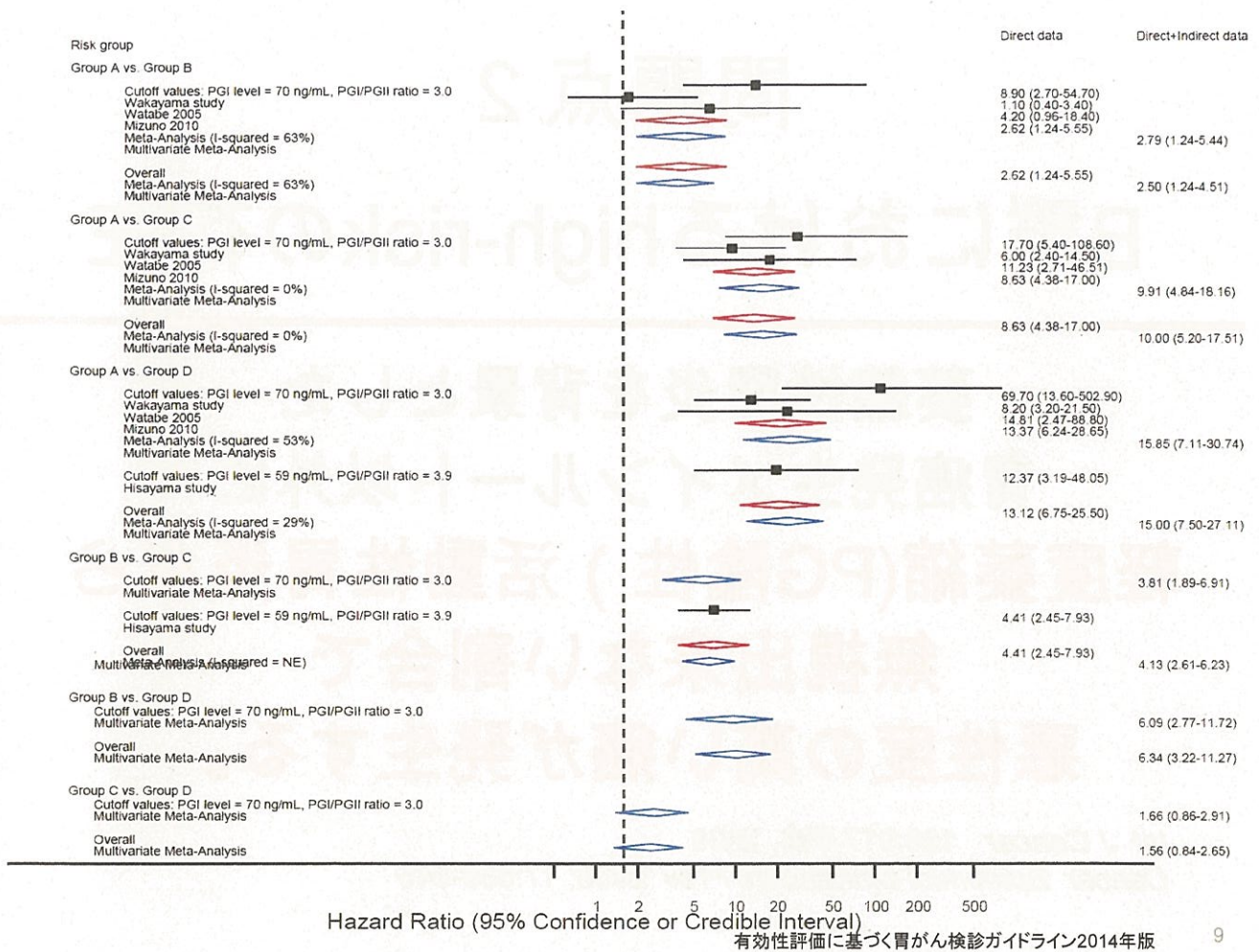
3. 胃がんリスク評価の効果、有効性の評価

- 胃がん罹患リスク評価と形態学的胃がん検診を組み合わせた場合の有効性の評価が必要。
- リスク評価後の管理検診の管理が十分に可能であるか。

7

表8 ペプシノゲン検査とヘリコバクターピロリ抗体検査の併用法のリスク別胃がん罹患率

	55 Ohata H	56 Watabe H	57 Mizuno S	58 Zhang X
基本情報				
公表年	2004	2005	2010	2012
対象地域	和歌山県	千葉県	京都府	中国河北省贊皇県
対象数	4,655人	6,983人	2,859人	1,501人
男性/女性	4655人/0人	4,782人/2,201人	1,011人/1,848人	554人/947人
年齢	49.5歳(平均)	49歳(平均)	35歳以上	45歳(平均)
追跡期間	7.7年(平均)	4.7年(平均)	9.5年(最長)	14年(詳細不明)
HP陽性率(%)	78.6	46.1	75.1	66.3
PG陽性率(%)	28.9	21.8	39.3	11.1
対象数	4,655	6,983	2,859	1,501
発見胃がん数	45	43	61	26
胃がん罹患率(1,000)	9.67	6.16	21.33	17.32
検査結果				
HP-/PG-				
対象数	967	3,324	642	464
発見胃がん数	0	7	2	1
胃がん罹患率(1,000)		2.11	3.12	2.16
HP+/PG-				
対象数	2,341	2,134	1,094	370
発見胃がん数	19	6	15	16
胃がん罹患率(1,000)	8.12	2.61	13.71	18.39
HP+/PG+				
対象数	1,316	1,082	1,054	125
発見胃がん数	24	18	41	7
胃がん罹患率(1,000)	18.24	16.64	38.90	56.00
HP-/PG+				
対象数	81	443	69	42
発見胃がん数	2	12	3	2
胃がん罹患率(1,000)	64.52	27.09	43.48	47.62



システムの具体的な問題点 1

A群の判定の困難さ

- ① *H.pylori* 未感染 (抗体陰性)
- ② 萎縮性胃炎軽度 (PG 陰性)

問題点 2

B群における high-risk の存在

萎縮性胃炎を背景とした
胃癌発生メインルート以外に
**軽度萎縮(PG陰性) 活動性胃炎から
無視出来ない割合で
悪性度の高い癌が発生する。**

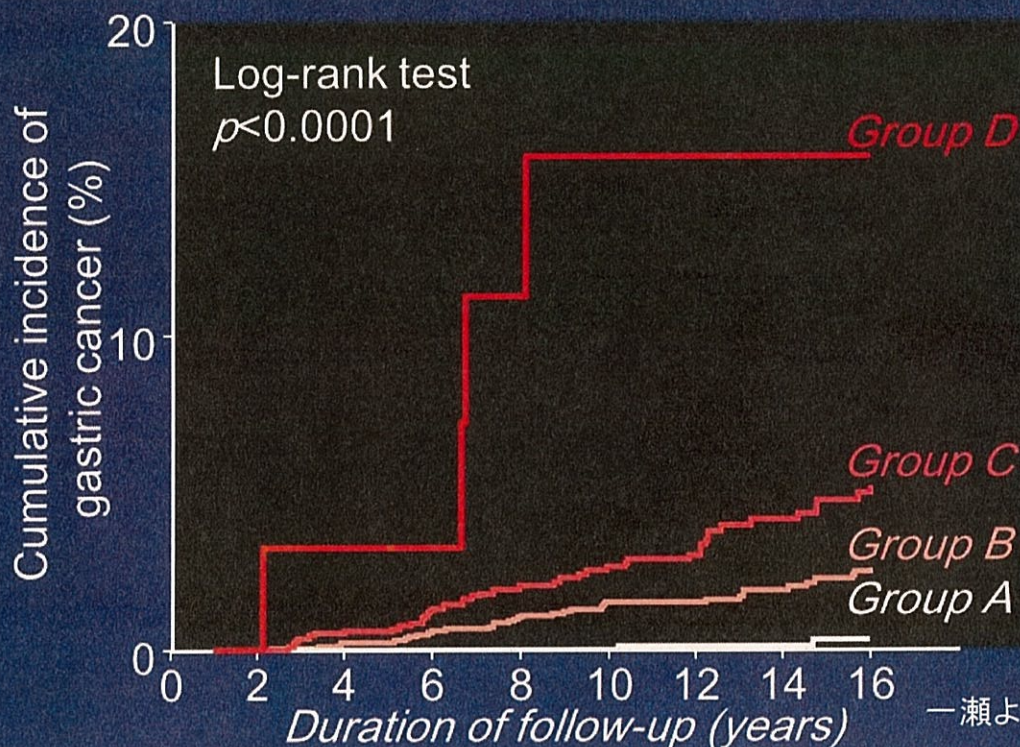
Int J Cancer 123:917-926, 2008

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2008; 17:838-845

11

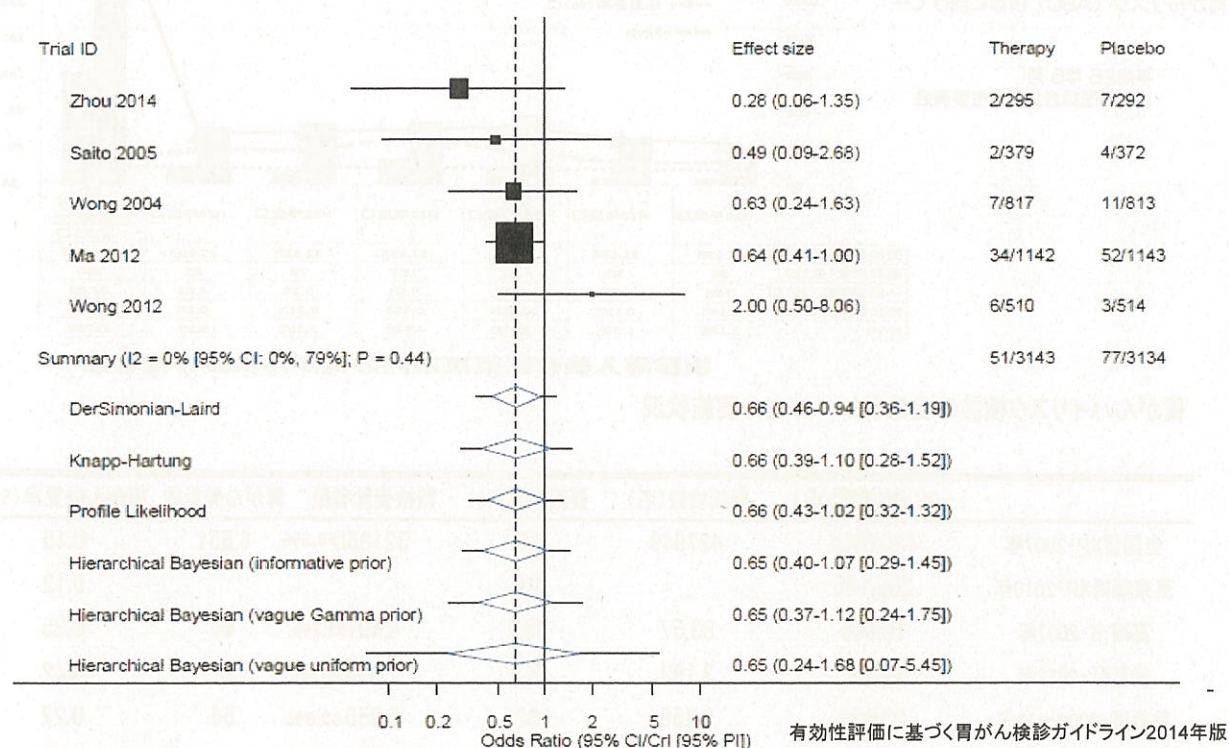
16年間追跡の胃癌発生率 健常中年男性4655名(40-59歳)

Int J Cancer 134; 145-1457, 2014



12

図7 無症状者を対象とした除菌後の胃がん罹患抑制効果のメタ・アナリシス



13

2013年4月8日

ヘリコバクター・ピロリ除菌療法に関する理事会声明

一般社団法人日本消化器がん検診学会
理事長 深尾 彰

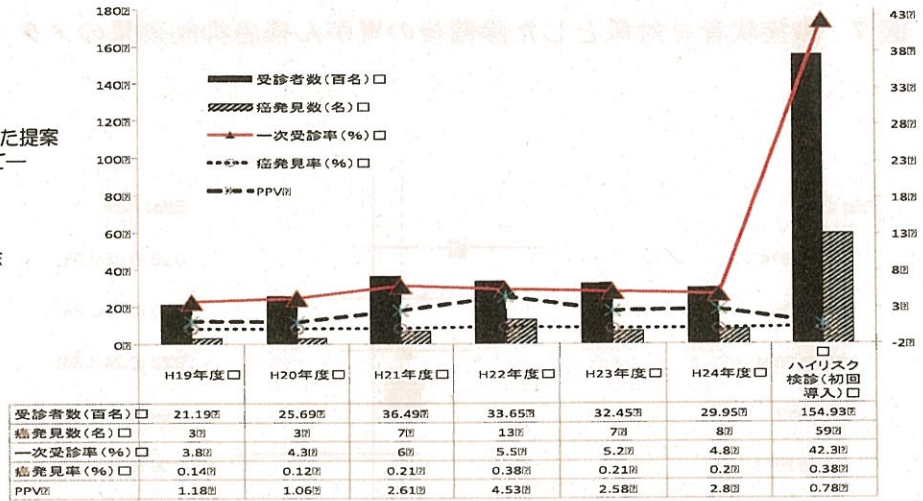
1. 除菌治療に当たっては、除菌による胃がん発生予防効果は限定的であるため、治療後の胃がんスクリーニング検査を継続して受診していく必要があることを説明すべきです。

2. 胃がん対策にどのような形で除菌治療を組み込むかは未解決の課題であり、エビデンスを検証しないまま一般集団を対象とした検診などと組み合わせた形での無計画な除菌治療への誘導は行うべきではないと考えます。

14

東京都における胃がん対策充実に向けた提案
—胃がんリスク（ABC）検診に向けて—

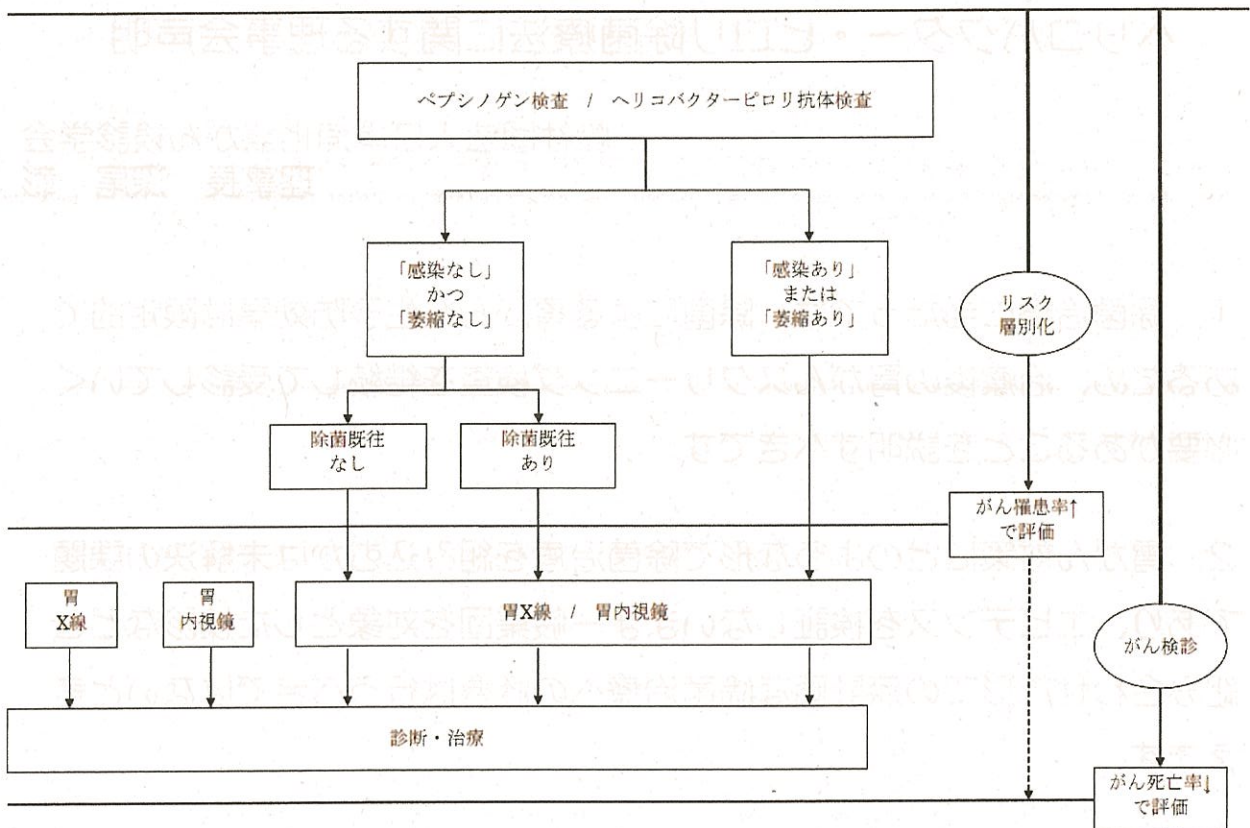
平成26年5月
東京都医師会公衆衛生委員会

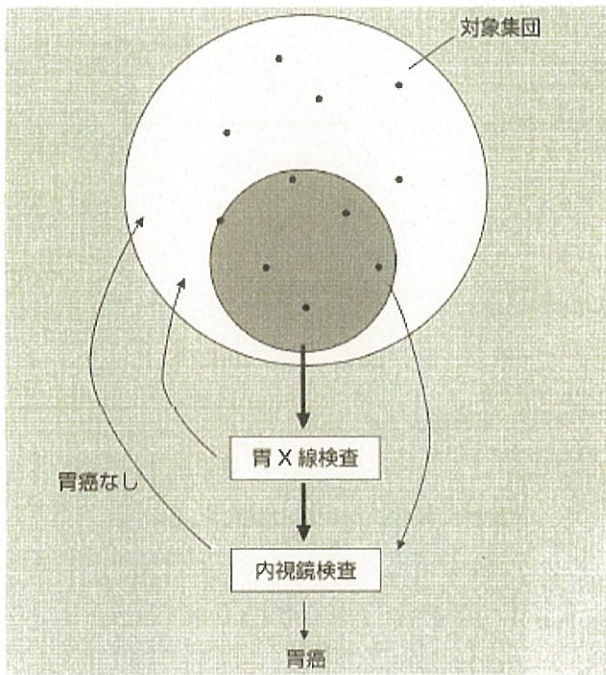


検診導入後の西東京市内の胃がん検診の推移

胃がんハイリスク検診の自治体レベルでの実施状況

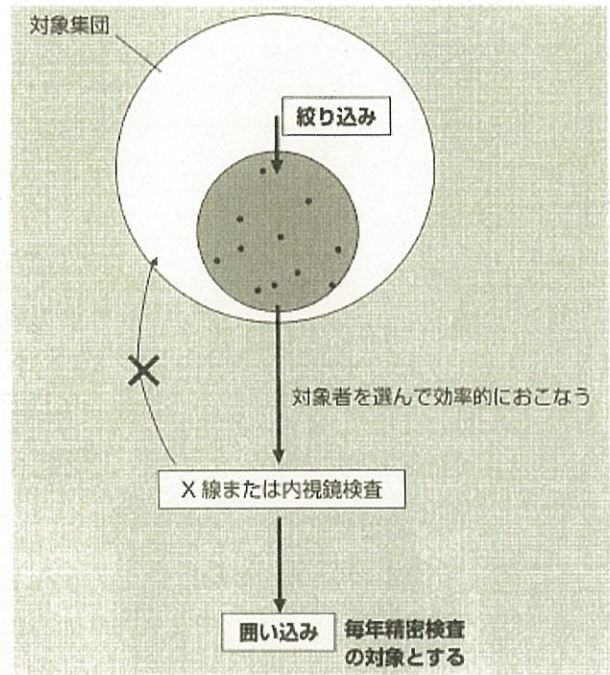
	一次受診者数(名)	要精検数(名)	要精検率(%)	精検受診者数	胃がん発見数	胃がん発見率(%)
全国胃XP・2007年	4262048	427949	10	321855	6,551	0.15
東京都胃XP・2010年	234,145		9.8			0.12
高崎市・2007年	16,955	83,57	50.7	4,491	44	0.25
伏見区・2012年	4,981	3,192	64.1	1,013	21	0.42
目黒区・2008~11年	23,952	9,356	39	5,855	54	0.22
西東京市・2013年	15,493	7,496	48.4	2,558	59	0.38





図③ 従来の胃がん検診

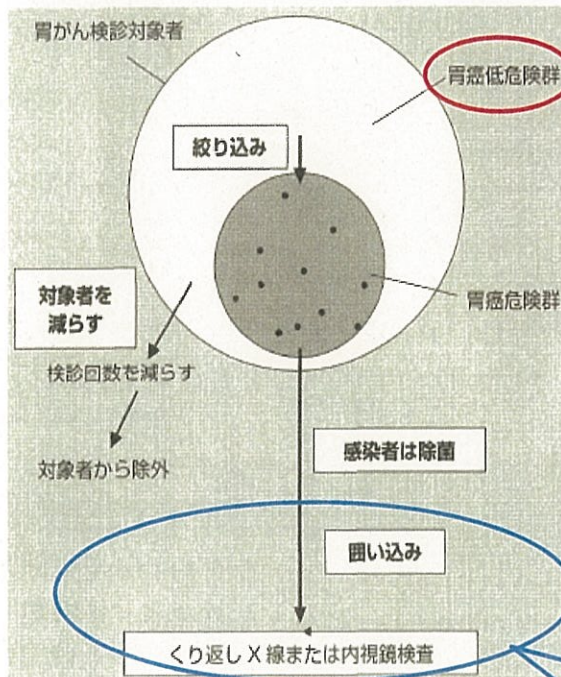
対象集団の中の点は胃潰瘍を有する人を表す。
 アミカケの丸は、一次検査を受診する人、この丸が大きいほど受診率が高く、胃癌発見数が増加し、検診の感度が上昇する。
 (中島滋美ら, 2009¹²⁾より改変引用)



図④ これからの胃がん検診

アミカケの丸は、対象者から胃癌危険群を絞り込んだもの、この案は、2009年に大津消化器疾患研究会のパネルディスカッションでコンセンサスが得られている。
 (中島滋美ら, 2009¹²⁾より改変引用)

ピロリ菌を考慮した胃がん検診研究会



図⑤ 胃癌の一次予防をしながら効率化する胃がん検診 (個別化またはテーラーメイド胃がん予防検診)

(中島滋美ら, 2009¹²⁾より改変引用)

キーポイントは
低危険群(Hp未感染者)の適切な除外
血清マーカー + 画像診断
エビデンスの集積が必要

誰が責任を持って囲い込むのか
行政？ 医療機関？