

9月度学術講演会

日 時	9月26日(土)午後2時
演 題	ピロリ菌感染胃炎の診断と除菌治療 ～胃がん検診の今後の課題～
講 師	大阪がん循環器病予防センター 内視鏡検診部 部長 高倉 玲奈 先生
出席者数	21名
共 催	武田薬品工業株式会社
情報提供	逆流性食道炎治療におけるボノプラザンの有用
担 当	富永良子

ピロリ菌(ヘリコバクター・ピロリ: *H.pylori*)は、胃の強い酸の中でも生きることができる菌である。胃の中に入ってきた細菌は通常、胃酸によって殺菌されるが、ピロリ菌は持っている酵素によって、胃の中にある尿素をアンモニアに変え、アルカリ性のアンモニアで胃酸を中和して、胃酸の殺菌作用を逃れている。50歳代以上の感染率は依然として高く、日本国内には約3,000万人以上の感染者がいると推定されている。

検査方法は侵襲的と非侵襲的に分けられる。

非侵襲検査はUBT(尿素呼気試験)、血清抗体法、便中抗原法であり、侵襲検査は内視鏡検査である。

血清ピロリ抗体検査結果判定に関する日本ヘリコバクター学会からの注意喚起

- (1) 血清ピロリ菌抗体検査には一定の偽陽性、偽陰性がある
- (2) カットオフ値未満(陰性)ではない場合、現在や過去の感染例が相当数含まれるので胃がんリスクが無いと判定しない。
- (3) 必ず抗体価を記載する。
- (4) 除菌歴がある場合、血清ピロリ抗体とペプシノゲン法による胃がんリスク評価はしない。

除菌について

保険適用で検査・治療可能であるのは、胃潰瘍、早期胃がん内視鏡治療後の患者さんなどに限定されていましたが、2013年からは胃もたれ、胃の不快感が現れる「慢性胃炎」と診断された場合にも3剤併用治療(1次と2次除菌)が保険適用となった。

1次除菌: PPI, AMPC, CAM (400mg/日でよい)

2次除菌: PPI, AMPC, MNZ (メトロニダゾール)

MNZ 内服中は禁酒すること(アルデヒド脱水素酵素を阻害するため)

副作用: 下痢・軟便(10-30%)

味覚異常、舌炎、口内炎(5-15%)

皮疹(2-5%)

問題点

- ①ペニシリンアレルギーの人には保険適応ができない
 - ②除菌成功率 1次75-80%、2次90%であるがCAMの耐性菌が増えている。
 - ③3次除菌は保険適応外
- 除菌後の問題

- ①逆流性食道炎の発症 年間 3-19%
増悪、一過性が多い。症状に応じて酸分泌抑制剤を内服する。
- ②除菌後ピロリ菌再感染 約 0-2%

胃がんについて

塩分、喫煙、飲酒、H.pylori 感染症が危険因子である。
 ヘリコバクターピロリ感染症では年間 0.4%で胃がんが発見される。
 除菌により二次胃がんの発生は 3 分の 1 になるが、除菌後 10 年以上で年間 0.3%に胃がんが発症するので、除菌により胃がんのリスクは無くならない。
 ピロリ菌除菌後も内視鏡検査を受けるよう啓蒙することが必要。
 本邦において、H.pylori 感染における自然史において、多くが慢性活動性胃炎、萎縮性胃炎になり、さらに腸上皮化生へ進展する。その一部から消化性潰瘍や胃がんなどが発生する。

ABC 検診について

H.pylori 感染の有無と胃炎の有無の組み合わせによって、胃がんに対するリスク評価を行う。血液検査によるので簡便だが、胃がん健診とは異なる。

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	—	—	+	+	—/+
胃がん危険度	低 			高	
胃の状態	胃粘膜萎縮なし	胃粘膜萎縮は軽度	胃粘膜萎縮は進行	胃粘膜萎縮は高度	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	1,000 人に 1 人	500 人に 1 人	80 人に 1 人	③
画像検査	不要	定期的に胃内視鏡検査を受ける。具体的には医師に相談。			
HP 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

定期的に内視鏡検査でフォローすることが大切。できない場合はレントゲン検査でも良いのでフォローアップが大切。

B,C 群は必ず除菌を推奨。

除菌後例は E (Eradication) 群として扱う。

問診で除菌をしているかどうか聞くことが肝要。

40 歳以下の場合には菌がいればすぐに除菌する。萎縮性胃炎が進む前に除菌を推奨。