

部位別  
がん  
研究室

FILE  
03

胃がん②

# 胃がんの内視鏡検査

胃がんの原因はピロリ菌であることを前回お話ししました。今回は胃がん検診にはバリウム検査と内視鏡(胃カメラ)検査があること、主流だったバリウム検査に代わって内視鏡検査が広まっていることなどについてお話しします。

## 1 対策型検診とは？

検診には「対策型検診」と「任意型検診」があります。対策型検診は対象集団の死亡率を下げるのが目的となつています。これに対して任意型検診は個人の死亡リスクを下げる検診で、人間ドックなどがこれにあたります。対策型検診は健康増進法に基づき、市町村が実施する健康増進事業です。対象は一定の年齢範囲の住民で市町村が提供し、費用は無料もしくは一部負担で行うものです。市町村で住民に送付される検査申し込みの用紙がそれにあたります。

検査による死亡率減少効果が証明され、対策型検診として内視鏡検査が全国で行われるようになりました。韓国からは、40〜79歳で1〜3年以内の内視鏡検査の受診歴があった場合の死亡率減少効果は50〜70%、一方、胃X線(バリウム)検査の胃がん死亡率減少効果は7%であったことが報告されました。

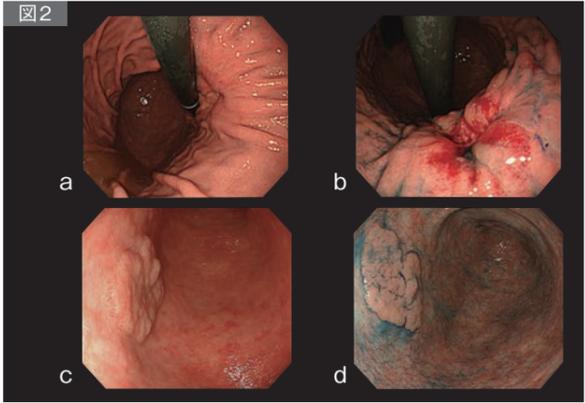
最近では内視鏡による胃がん検診が全国的に広まっています。バリウム検査は検診車で看護師と放射線技師が施行し、午前中に約50名の検査を行うキヤパシテイがあります。しかし、内視鏡検査は医師が行い、午前中の処理能力は最高でも12〜15名とバリウム検査に比べると著しく少ない人数しかできません。内視鏡検査とバリウム検査を比較すると、胃がん発見率は内視鏡VSバリウムで0・56%・0・14%、早期胃がんの割合は86%・67%、5年生存率は97%・78%であることも報告されています。

バリウム検査を毎年受診されていた41歳女性の胃がん発見時の内視鏡写真をお示しします(図2a・b)。胃体部に進行胃がんを認めています。その後、胃全摘術が施行されました。次にこちらも毎年内視鏡検査を受診されていた方の発見時の胃の写真です(図2c・d)。こちらの病変は内視鏡

がん検診も対策型検診の一つです。

がん検診は2012年にがん対策推進基本計画ですべての市町村が精度管理、事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づいたがん検診を実施すること、また受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)とすることを目標としてあげています。

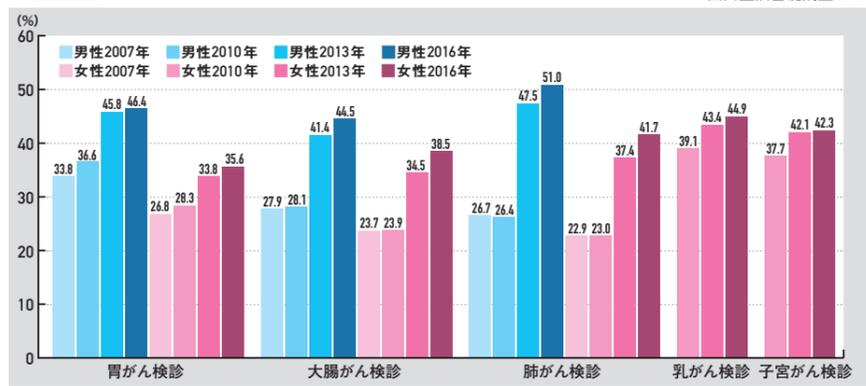
日本におけるがん検診の受診率は徐々に上昇してはいますが、胃がん検診は男性で46・4%、女性では35・6%の受診率です(図1)。国別のがん死亡率で日本は他の先進国に比べて上昇傾向にあります。原因の一つにがん検診受診率の低さがあげられています。



## 3 胃がん内視鏡検査の対象

若年者の胃がん罹患率は低下傾向にあります。とくに40〜49歳では1975年に比べると2010年では半分近くに減少しています。胃がん罹患率、死亡率の推移と利益・不利益のバランスの観点より、内視鏡検査の対象は50歳以上が望ましいとされています。また検診間隔も逐年検診ではなく、2〜3年に1回に延長できるとされています。

図1 男女別がん検診受診率(40〜69歳)の推移



## 4 内視鏡検査による偶発症(有害事象)と問題点

日本消化器がん検診学会の調査(2016年)ではバリウム検査、内視鏡検査とも偶発症(検査に伴うアレルギー反応などの有害事象)の死亡率が0であることが報告されています。しかし偶発症発生率はバリウム検査36・9/10万人、内視鏡検査71・9/10万人と、内視鏡検査における偶発症頻度が高いことが報告されました。最近では経鼻内視鏡の普及により、経口内視鏡検査時の鎮静剤使用(睡眠導入剤などの注射を行い、うとうとした状況で内視鏡検査を施行するため、検査時の苦痛が軽減される)頻度が少なくなつて済むようになりました。

内視鏡先端のサイズは、経口内視鏡が約9・5mmに対して、経鼻内視鏡は約半分(5mm)です(図3)。細い分、デメリットもありますが、画像や性能は徐々に改善されています。内視鏡検査を導入する自治体では、検診の質(Quality)を保つために、撮影画像のダブルチェックや胃内視鏡検診マニュアルに沿ったシステム作りが行われています。

また内視鏡検査にはつねに見逃しということがあります。もちろん見逃しのない検査が理想では

## 2 胃がん検診(バリウム検査と内視鏡検査)

日本人はピロリ菌感染率が高く、胃がんの原因は99%がピロリ菌のため、胃がんが多いことが以前より知られていました。

胃がんの対策型検診は、1956年バリウム検査によりはじまりました。バリウム検査による胃がんの発見率は0・14%であり、検査による死亡率減少効果が証明され、最近まで胃がん検診はバリウム検査が中心でした。内視鏡による胃がん検診は死亡率減少効果が証明されなかったため、対策型検診としては認められませんでした。そのほかの胃がん検診、ペプシノーゲン法やピロリ菌抗体検査法で死亡率減少効果が証明されたものはまだありません。しかし、2014年に胃がん内視鏡



藤崎 順子

がん研究会 有明病院  
消化器内科部長・内視鏡診療部部長

東京慈恵会医科大学卒業。東京共済病院・東京大学附属第4内科を経て、1988年から東京慈恵会医科大学。その後、癌研究会附属癌研病院の内視鏡診療部部長。2007年より癌研有明病院内視鏡診療部部長。2015年公益法人がん研有明病院消化器内科上部消化器部長。2017年より同消化器内科部長、内視鏡診療部部長となり現在に至る。



## 5 まとめ

検診は重要です。胃がん検診を受け、早期胃がんの段階で発見・治療することが重要です。

当組合においても平成31年度から、東協医療機器および千代田健康センターにおいて、胃の検査で内視鏡(胃カメラ)を選択できるようにしました(ただし、医療機関、健診種別、受診時間帯による)。