

胃炎の分類と最近の動向

杏林大学第三内科教授

高橋 信一

(聞き手 池脇克則)

胃炎の分類の最近の動向、特にCタイプ、Oタイプ胃炎分類の経緯と意義についてご教示ください。

また、検診にどう生かすか、被検者への説明はどうしたらよいのかもご教示ください。

<群馬県開業医>

池脇 高橋先生、内視鏡による木村・竹本分類の話のようですけれども、Cタイプ、Oタイプという胃炎の分類に関する質問です。まず胃炎について一般的なところから教えてください。

高橋 胃炎には急性胃炎と慢性胃炎があるのですが、急性胃炎というのは原因がよくわかっているものでして、短期間に回復するので、我々はそれはあまり注目していません。質問の胃炎とは慢性胃炎のことだと思います。

本日は慢性胃炎について少しお話しさせていただきたいと思うのですが、日本の慢性胃炎というと、組織学的な胃炎、これは内視鏡で胃の粘膜を取ってきて、組織を病理学的に検索すると胃炎ができていくということ、それが

1つ。あとは、今先生がおっしゃったように内視鏡で見て「胃炎があるな」という内視鏡的な胃炎。そして最後に臨床的な胃炎です。これは、胃もたれとか、胃が重いか、そういう症状が出てきた場合に、今、機能性ディスぺプシアという病名をつけようではないかという運動が出ています。慢性胃炎にはこういう3つの分類法がありまして、少し混乱が生じていると思います。

池脇 そういった組織・内視鏡・臨床的などという分類の中でもいろいろなところから慢性胃炎の分類ということが提唱されているように聞いていますが、そのあたりはどうなのでしょう。

高橋 古くは、これは外国人の名前

なのですが、ストリックランドの分類というものがありません。これはA型胃炎、B型胃炎ということで、A型胃炎というのは自己免疫性のもので、抗壁細胞抗体が出てきて、悪性貧血などを合併するもので、日本では非常に少ないものです。あと、いわゆるピロリ菌感染に伴うような慢性胃炎をB型胃炎と申します。日本人のほとんどの胃炎がこのB型胃炎です。こういう分類が1つあります。

もう一つは、1990年にシドニーで世界消化器病学会が開かれて、そのときにシドニー分類という胃炎の分類法が定まりました。これは分類というよりも、むしろ胃炎の所見の記載法ですが、このシドニー分類は今あまり使われていません。

池脇 質問の木村・竹本分類は内視鏡による所見だというぐらいいろいろわからないのですけれども、どういう基準で分類するのでしょうか。

高橋 これは内視鏡的な分類です。内視鏡をのぞきますと、胃の萎縮のあるところと萎縮のないところに境界線が見えます。私どもはそれを腺境界と呼んでいます。その腺境界の広がりによって、クローズドタイプ（C）とオープンタイプ（O）の2つにまず分けられます。クローズドタイプ、オープンタイプ、それぞれ1～3までありますので、全部でCの1、2、3、Oの1、2、3で、6分類。萎縮の一番少ない、若々

しい胃がCの1、そして一番萎縮が強く、すべすべの胃になってしまう、それがOの3です。このCの1からOの3に進むに従って萎縮が広がり、胃がんの危険因子が広がるというふうに考えられています。

池脇 クローズドとオープンというのはどこが違うのでしょうか。

高橋 胃のcardia、つまり噴門部までの萎縮をクローズドタイプ、噴門部を越えてしまうとオープンタイプになります。内視鏡で見れば、その辺ははっきりわかるのですけれども、そういうタイプの分け方です。

池脇 広がりによって、ということですね。

高橋 そうです。

池脇 これは、木村先生、竹本先生が観察をして、体系をつくったということなのでしょう。

高橋 素晴らしいことなのですが、内視鏡検査をしながら、組織を何カ所も取らせていただいて、組織学的な萎縮と内視鏡的な萎縮を対比して、ちゃんとした分類をつくったということです。しかも、発がんの危険因子である萎縮性胃炎の広がりに着目したということは、もし萎縮性胃炎が広がっている患者さんは胃がんになりやすいということがわかるわけで、たいへん素晴らしい分類です。

池脇 話がそれるかもしれませんが、こういった非常に細かに内視

鏡所見を観察して分類をするという、あまり海外の先生方ははじめないような気がするのですけれども、どうなのでしょう。

高橋 我々がCの1とかOの3とかいっても、いまだに、あまりご理解いただけません。ただ、木村・竹本分類、これは欧文になっておりますので、引用されることは多くあります。

池脇 萎縮が強いほど将来の胃がんのリスクが高いということは、簡単にいうと、CからOにそれぞれ数字が増えるごとに上がっていくということでしょうか。

高橋 そういうことです。

池脇 萎縮性の胃炎は、ピロリ菌の関与もあって、将来の胃がんのリスクととらえられます。最近では健診でペプシノゲンを測っていますが、そういったものとの相関といいますか、何かデータはあるのでしょうか。

高橋 これは東邦大学医学部名誉教授の三木先生が古くから研究されているペプシノゲン法というものがあります。ペプシノゲンというのはペプシンの前駆体で、つまり蛋白質を消化する胃の主細胞から出る消化酵素です。これが少量ですけれども、胃の中だけではなく、血中にも出てきます。ペプシノゲンはⅠとⅡに分類されていて、萎縮が進んでくると、ペプシノゲンⅠをペプシノゲンⅡで割った、ペプシノゲンⅠ/Ⅱ比が下がってくるので

す。これを三木先生が発見されました。ですから、内視鏡をのまなくても萎縮の状況がわかる、血液検査でわかるというたいへん素晴らしい方法です。そして、もしペプシノゲンⅠ/Ⅱ比が下がってれば、胃がんになりやすい方であるということがわかるわけです。

池脇 将来の胃がんのリスクを評価するにあたって、一つは内視鏡で、木村・竹本分類で行うという方法もあれば、ペプシノゲンⅠ/Ⅱ比で行うという方法もある。どういうふうにして組み合わせていくのか、これは健診も含めてですけれども、このあたりはどうでしょう。

高橋 そこが一番興味のあるところですが、内視鏡を全員やればいいわけですが、それは人的にも足りないし、また内視鏡が怖いという方もおられますので、まず健診ということで考えれば、血液でわかるということで、ペプシノゲンⅠ/Ⅱ比を取っていただく。そして、それが低い場合は、がんになっている可能性、あるいはがんになりやすい危険性が高い方ですので、内視鏡検査をしていただくということです。

実際、統計を取りますと、ペプシノゲンⅠ/Ⅱ比が低い人に内視鏡検査を行ったのですけれども、あまり胃がんが見つからなかったのです。それで、ペプシノゲンⅠ/Ⅱ比+ピロリ菌がいる・いないで対象者を分けてみようということで、ペプシノゲンⅠ/Ⅱ比が

正常でピロリ菌がない方、胃が非常に若々しい方、これをA群。ペプシノゲン I/II 比が正常でピロリ菌がいる方、これをB群。そして、ペプシノゲン I/II 比が低い方、つまり萎縮が進んでいる方を、ピロリ菌がいる・いないにかかわらずC群としようということで、A、B、C群に分けて、胃がどうかと見ますと、これは多くのデータが出ていますが、A群ではほとんど出ない。ところが、B群では少数出てくる。そしてC群ではたくさんの方が出てくるということがわかりました。それで、今ではB群、C群に限って胃カメラ検査を行ってほしいという、ABC分類による胃がんの検診、これが東京都の区、それからいろいろな都市でも、健診に使われ始めています。

池脇 従来のバリウムによる健診よりも、そちらのほうが効率よくハイリスクの方を拾えるということでしょうか。

高橋 まずABC分類をして、その後は胃カメラでもよろしいし、胃の透視でもよろしい。とにかくそういう検査をさらに受けていただいて、早期の胃がんを見つけていただきたいと考えています。

池脇 まずABC分類をやって、BあるいはCの方は内視鏡検査を行う。そ

こで木村・竹本分類のどれかという流れでしょうか。

高橋 そうですね。

池脇 そういった方をどのくらいの頻度でフォローするかということに関しては、そこは内視鏡分類とペプシノゲン I/II 比、あるいはピロリ菌というものを組み合わせて検討するのでしょうか。

高橋 そうです。C群では1年に1回、B群だったらもうちょっと空けていいのではないかと。2～3年に1回。A群では、一度検査したら、もうしばらくしなくていいのではないかと。そういうふうに考えていますが、まだデータが蓄積されていませんので、今後、どのくらいでいいかということも決まってくると思います。

池脇 最後に、ピロリ菌の除菌で将来の胃がんの発症が抑えられるのかどうかについてですが、現時点ではどういうデータがあるのでしょうか。

高橋 たくさんデータが出てきて、ピロリ菌を除菌することによって、その後、胃がんの発症率が抑えられているということが出ていますので、ピロリ菌に感染している方はぜひ除菌をしていただきたいと思います。

池脇 どうもありがとうございます。