

(一次医療機関用)

福島市胃がん検診の指針～内視鏡検診に関して～

ピロリ菌感染胃炎が胃がん（*注）のリスク因子であることが明らかになり、また、ピロリ菌感染胃炎のすべての方が除菌治療の適応になった現在、胃がん検診においても、ピロリ菌感染胃炎の診断を行うことが重要となりました。

ピロリ菌感染胃炎は、萎縮性胃炎の像を呈しますが、受診者の年齢や生活歴、除菌歴などの影響で、萎縮性胃炎の程度に個人差が生じます。また、内視鏡検査だけでピロリ菌感染胃炎の診断が容易でない場合もありますが、今年度の内視鏡検診では、以下に記載する点をご理解の上で、内視鏡検診ならびに読影をお願いいたします。

*注：本来「胃がん」という言葉は、「胃癌」「リンパ腫」「GIST」「神経内分泌腫瘍

(NET/NEC)」などのすべての胃の悪性腫瘍を総称して用います。しかし、実際にピロリ菌感染との関連が明らかである「胃がん」は、「胃癌（通常の上皮性悪性腫瘍です）」と「MALTリンパ腫」だけです。

目 次

1. 胃がん検診における改訂事項
2. ピロリ菌感染の有無における胃粘膜所見の評価
3. 写真撮影・写真提出における要望事項
4. 今後の展望

1. 胃がん検診における改訂事項

① 萎縮性胃炎

- a. 原則的に全例で「あり」「なし」の判定をお願いします。
- b. 萎縮性胃炎は、「血管透見のみられる色調変化を伴う粘膜所見」を呈します。
- c. ピロリ菌感染によって、前庭部から生じ、次第に体部小彎へ広がり、その後は噴門部から体部大弯まで広がります。
- d. 炎症が強い時期は「発赤調」を呈しますが、萎縮が高度になると「白色調」を呈します。
- e. 高度な萎縮性胃炎を呈して、胃全体が「萎縮」をしてしまった場合以外では、「萎縮」領域と萎縮がない領域には、必ず境界があります（萎縮移行帯）。
- f. ただし、前庭部のみの萎縮や除菌後の場合には、萎縮の判定が困難である場合があります。その場合には、「不明」に○をつけて結構です。
- g. 自己免疫性胃炎では、体部から萎縮が生じますが、稀な疾患です。

② ポリープ

- a. 「非腫瘍性ポリープ」である場合には、「胃底腺ポリープ」あるいは「過形成性ポリープ」に関して、○をつけてください。
- b. ただし、鑑別が難しい場合には、「その他」に○をつけてください。
- c. 腫瘍性ポリープは、「胃がん」あるいは「胃がん疑い」に○をつけてください。なお、「腺腫」は「胃がん疑い」に○をつけてください。

2. ピロリ菌感染の有無における胃粘膜所見の評価

① ピロリ菌現感染の特徴

- a. 活動性胃炎→萎縮性胃炎→腸上皮化生の流れをたどります。ただし、活動性胃炎の段階で、すでに組織学的には「萎縮」を呈しているため、ピロリ菌感染が明らかである場合には「萎縮性胃炎」は「あり」に○をつけてください。
- b. 萎縮性胃炎
- c. 過形成性ポリープ：除菌後も残る方がいます。
- d. 黄色腫：除菌後も残りますので、これがある方は未感染ではありません。
- e. RACの消失：胃角小彎から前庭部の「ヒトデ様」の集合毛細血管の集合が観察されなくなります。
- f. びまん性発赤：RACが消失した結果、萎縮のない領域が、面をもった発赤域を呈します。
- g. 粘膜ひだの腫大・蛇行、白濁粘液：胃体部大弯の粘膜ひだが腫脹し、粘液も目立つ所見を呈します。
- h. 鳥肌：前庭部にみられます。近づくと、頂部に白色斑がみえます。

② ピロリ菌未感染の特徴

- a. 萎縮性胃炎「なし」
- b. RACの存在：胃角小彎から前庭部小彎で診断します。「ヒトデ様」の集合毛細血管の集合です。

- c. 胃底腺ポリープ：ただし、PPI服用者では、ピロリ菌感染者でもみられることがありますので、萎縮性胃炎の有無の評価が重要です。
- d. 稜線状発赤：胃体部小彎にみられます。以前は「くし状発赤」とも称されていました。
- e. 隆起型びらん：前庭部にみられます。以前は「タコイボびらん」とも称されていました。

③ ピロリ菌除菌後の特徴

- a. 現感染と除菌後の両方の特徴を持ちますので、除菌により改善する所見と改善しない所見の混在、あるいは除菌後に出現する所見の理解が重要です。
- b. 「粘液がみられず、体部大弯のひだの腫脹もなく、胃粘膜がきれいだが、萎縮性胃炎はある」という所見が典型例です。
- c. 「萎縮性胃炎+RAC陽性」や「萎縮性胃炎+びまん性発赤の消失」などの所見がみられます。
- d. 「萎縮性胃炎」は受診者の年齢や除菌をした年齢で差がありますが、通常は除菌をしてもある程度は残りますので、除菌歴がある方で「萎縮性胃炎」の評価に迷われる場合には、「あり」に○をつけてください。
- e. 地図状発赤：白色調の粘膜の間に、やや陥凹した発赤調の領域が地図状に広がっている所見であり、白色調粘膜は萎縮の目立たない領域、発赤調粘膜は腸上皮化生とされています。除菌後にみられる最も代表的な所見です。

3. 写真撮影・写真提出における要望事項

① 提出方法

- a. 電子媒体でお願いします。原則的にUSBとしますが、ご施設のセキュリティポリシーなどの理由でUSBの使用が認められない場合には、CDやDVD、BDでの提出でも結構です。
- b. 電子媒体での提出が難しいご施設では、カラープリントでお願いします。その場合、良質の紙（光沢紙以上の質）に印刷し、画像は左右見開きで見ることができるよう貼り付けてください。

② 撮り方

- a. 胃内をくまなく撮影してください。
- b. 30枚から40枚の画像を提出してください。
- c. 撮影は、以下の手順を参考にしてください：①食道→②食道胃接合部→（③胃体部大弯→）（④前庭部→）⑤十二指腸→⑥前庭部→⑦胃角→（⑧胃体部小彎→）⑨穹窿部→⑩噴門部→⑪胃体部小彎→⑫胃体部大弯→（食道・咽頭・喉頭）。
- d. 胃体部小彎や噴門部の画像が少ない施設がありますので、ご注意ください。
- e. 胃体部大弯は十分に送気をして、ひだを十分に伸ばして撮影してください。
- f. 胃体部後壁や胃角後壁は、病変を見逃しやすい場所です。注意をして撮影してください。
- g. 「萎縮性胃炎」の判定には、「胃角小彎」「前庭部小彎」「胃体部小彎」の写真がないと、読影委員会での判定が難しくなります。必ず撮影をしてください。

- h. 経口・経鼻を問いませんが、NBIなどの画像強調機能も併用できる光源が望ましいです。
- i. 構造強調や色彩の正確な設定も重要です。構造の設定が甘く、ぼやけた写真を提出される施設がみられます。調整の仕方が分からない施設では、担当の内視鏡機器メーカーの方に確認をしてもらってください。

③ 前処置など

- a. プロナーゼやガスコン水で、粘液を除去して検査を行ってください。
- b. 検査中も、粘液を除去した上で、撮影を行ってください。

④ 生検

- a. 胃がんなどの腫瘍が疑われる場合に限り、生検を行ってください。
- b. 生検を施行した場合には、その病理結果を「精密検査結果報告書」に記載をして提出してください。また、提出する写真にも、どこを生検したのかが分かるように、矢印で示すか丸で囲んでください。
- c. 生検は、検診委託料の対象外になり、保険診療になります。
- d. レセプト上は、生検のみの請求になりますが、内視鏡は検診で行ったことを記載してください。

4. 今後の展望

① 令和3年度からの胃がん検診実施体制

- a. 年度内の年齢が50歳以上の方が対象と変更になります（従来は40歳以上）。
- b. ピロリ菌が未感染と内視鏡所見で判定された方は、2年に1回の受診となります。
- c. それ以外の方（ピロリ現感染、除菌後、萎縮性胃炎の判定困難）は、従来通り毎年の検診を推奨します。