

講演
3

胃がんリスク層別化検査(ABC分類)の正しい運用のために ～新たな判定方法設定と運用の留意点～

演者 加藤 勝章 先生 公益財団法人宮城県対がん協会がん検診センター 副所長

胃がんリスク層別化に広く用いられているのが、血清*H. pylori* 抗体検査と血清学的に胃粘膜萎縮状態を評価するペプシノゲン(PG)を併用する胃がんリスク評価ABC分類である。ABC分類は血液検査という簡便で低侵襲、安価な検査で受診者の受容性も高いが、その診断精度や運用法については課題がある。ABC分類の最大の問題は、A群の中に*H. pylori* 未感染以外の*H. pylori* 既感染者や*H. pylori* 感染持続者が紛れ込むことであり、A群=*H. pylori* 未感染すなわち低リスク群と断定できないことである。この原因の一つとして*H. pylori* 抗体の判定基準の問題が挙げられている。従来、ABC分類における血清*H. pylori* 抗体価の判定基準としては、*H. pylori* 感染の臨床診断に用いられるカットオフ値が用いられてきた。しかし、臨床診断に用いるカットオフ値は、本来は*H. pylori* 感染が持続感染状態(現感染)にあることを診断することを目的に設定された基準値であり、カットオフ値未満=未感染とはならない。

現在、国内で最大のシェアを占めるEプレート‘栄研’H.ピロリ抗体Ⅱの場合、*H. pylori* 感染診断のためのカットオフ値は10U/mLであるが、本キットの測定限界は3U/mLであり、Eプレートにおける3U/mL以上10U/mL未満は臨床診断としては陰性であるが低値ではない陰性高値として扱われる。この陰性高値の大部分は除菌例を含む過去感染者が占めており、僅かな例外を除けば未感染者の殆どは測定限界値である3U/mL未満となる。胃がんリスク層別化では、A群への*H. pylori* 既感染者の混入をできる限り排除する必要があるため、陰性高値例は胃がん高リスクを有する可能性がある群として対応するのが妥当である。

ABC分類2016年度改訂版である「胃がんリスク層別化検査」では、抗体価判定基準としてEプレート‘栄研’H.ピロリ抗体Ⅱの測定限界である3U/mLを用いている。陰性高値例は、従来の基準ではA群としていたが、胃がんリスク層別化検査ではB群と判定されるため、この領域の大部分を占める既感染・現感染者がリスク群としての的確に評価できるようになった。陰性高値例で現感染が疑われ、除菌治療の適応と考えられる場合には、他の感染検査を行う必要がある。他方、3U/mL未満であっても既感染である場合もあり、A群と判定されたものの画像検査を受けたことがない人のリスクをより確実に把握するには、胃内視鏡や胃X線検査を受けて胃粘膜萎縮の有無を確認する必要がある。

胃がんリスク層別化検査において、血清*H. pylori* 抗体検査の陰性高値にまつわるA群診断精度の問題は早急に対策しなければならない重要な課題である。血清*H. pylori* 抗体検査としては、ラテックス凝集法などの抗体測定系が用いられる場合もある。今後、これらを含めた検証が進み、胃がんリスク層別化検査が適正に運用されることを期待する。