

知っておこう!

健康診断の

監修:石川 隆氏
丸の内クリニック 院長



第32回

ウン?・ホント! 上部内視鏡検査とバリウム検査

会社員の健(タケシ)さんは、今度健康診断を受ける時に胃の検査を胃内視鏡検査にするかバリウム検査にするか妻、康子(ヤスコ)さんと相談しています。

1 胃内視鏡検査を胃がん検診で推奨

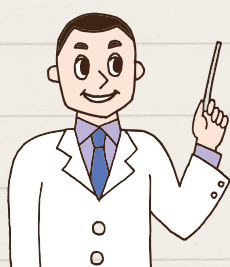
最近、胃がん検診で胃内視鏡検査が推奨されるようになったらしいけれど、本当なの?

ヤスコ
康子さん
主婦(35歳)



そうだね。
やっと胃内視鏡検査の有効性が認められ、推奨されることが2015年4月に報告されたよ

タケシ
健さん
会社員(40歳)



国立がん研究センターは2015年4月、胃がん検診の科学的根拠を示すガイドラインとして「有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン」2014年度版を発行し、ホームページで公開しました¹⁾。ガイドラインでは、胃がん検診の利益(死亡率減少効果)と不利益

について科学的な根拠を示し、わが国で実施すべき方法を推奨として提示しています。これは、2005年以来の9年ぶりの改訂になります。

2014年度版では、上部内視鏡検査(以下、胃内視鏡検査)は複数の観察研究において死亡率減少効果を示す相応な証拠を確認し、対策型検診・任意型検診ともに実施を推奨するとしました。胃内視鏡検査については、2005年度版では死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であったことから、対策型検診(市区町村が行う住民検診等)としては推奨せず、任意型検診(医療機関や健診施設が行う人間ドック等)では個人の判断で検診を受診するための情報提供を行うべきものと判断していました。

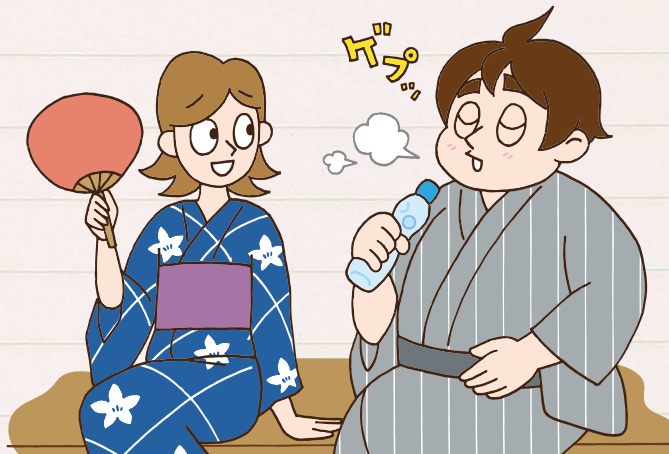
胃内視鏡検査が推奨されるようになった根拠となる臨床研究は、日本では新潟県や鳥取県での報告、また韓国の国家がん検診データベースに基づく大規模研究などです。韓国では現段階では国内向けの報告書に留まっており、ピア・レビューを経た専門誌への報告ではありません。しかし、胃内視鏡検査(韓国では2年ごと)により57%の死亡率減少効果を認めており、さらに、40歳~79歳までは死亡率減少効果はほぼ同等とされています。

一方、今回のガイドラインでは、胃X線検査や胃内視鏡検査の不利益についても十分説明すべきとされています。胃X線検査による不利益とは偽陽性、過剰診断、放射線被ばくの可能性があること、胃内視鏡検査の不利益については偽陽性、過剰診断、前処置の咽頭麻酔によるショックや穿孔・出血などの偶発症の可能性などです。重篤な偶発症に迅速かつ適切に対応できる体制を整備すべきで、さらに読影技術など精度管理体制の整備の必要性についても強調しています。

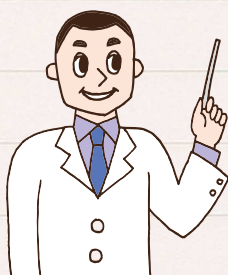
しかしこのガイドラインは、現時点では国立がん研究センターによる提言であり、厚生労働省の見解や政策を示すものではありません。

2 胃の検査の不利益って？

胃の検査の『不利益』ってどんなことかしら？



ごくまれに検査に伴う事故などの偶発症があるらしいよ。事前に理解しておくべきだろうね



偶発症の発症頻度はその定義によって大きく異なり、比較する場合は注意が必要です。日本消化器がん検診学会では軽微な偶発症まで報告しているため、発症頻度は高くなります。平成22～23年度の報告をまとめると、胃X線検診の偶発症の発症

率(誤嚥も含む)は2,488人/6,602,371人=37.7(/10万)、死亡率は1人/6,602,371人=0.015(/10万)でした。

バリウム検査(胃X線検査)では大腸などに狭窄があったりすると腸閉塞などをきたすことがあり、診断が遅れて死亡事故になった例も報告されています。また近年、高濃度バリウムの使用により、健診施設からの誤嚥に関する報告も増加しているほか、大変まれながら検査機器からの落下による事故なども起こっている状況です。

日本消化器がん検診学会の報告では、平成22～23年度の胃内視鏡検査に伴う偶発症の発症率(鼻出血も含む)は400人/515,919人=77.5(/10万)、死亡率は0でした。新潟市では9年間で234,603件の胃内視鏡検査が行われましたが、死亡例の報告はありません。

また内視鏡検査は近年、鎮静剤や鎮痛剤によって苦痛を和らげることが行われるようになりましたが、鎮静に伴う事故も報告が増えています。鎮静については、経験が豊富で偶発症に対する体制がしっかりした施設で行うことが重要です。そのため日本消化器内視鏡学会では、「内視鏡

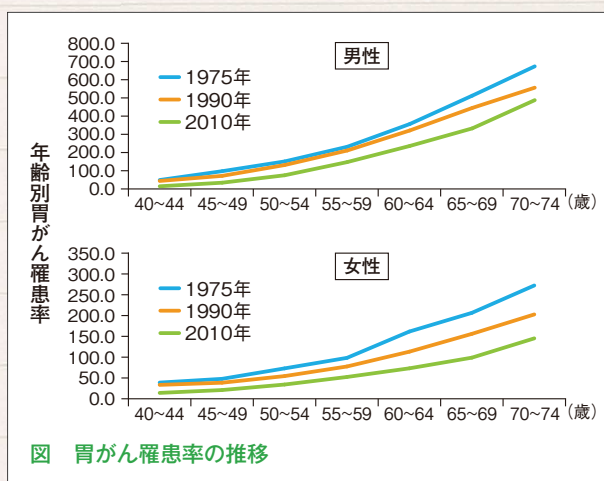


図 胃がん罹患率の推移

〔有効性評価に基づく胃がん検診ガイドライン〕2014年度版を参考に作成

診療における鎮静に関するガイドライン」も報告しています²⁾。5年ごとに内視鏡検査に伴う偶発症の統計をとっていますが、2003～2007年の5年間の全国調査によると、内視鏡検査に伴う前処置に関連する偶発症は鎮静剤に伴うものが全体の1/3と、最も多くを占めています。鎮静剤を使用した場合、検査終了後でも血圧低下や呼吸抑制などの症状がでることがあるので終了後は十分時間をとって安静臥床する必要があります。

また今回の国立がん研究センターのガイドラインでは、胃X線検査も胃内視鏡検査も原則50歳以上が望ましいとしています。これは2010年の胃がん罹患率が1975年に比べ、40歳～49歳では男女ともに1/3から1/2に減少したことによるものです(図)。50歳以上でも男女ともに胃がん罹患率は減少傾向です。また胃がん死亡率の減少は顕著であり、2010年の胃がん死亡率は、40歳～49歳では男女ともに1/6から1/7に減少しています。

ただし、40歳代でもピロリ菌感染があると胃がんのリスクが高まりますので、ピロリ菌抗体検査やペプシノゲン検査などとの併用(今回これらについてはまだ十分なエビデンスがなく推奨に至っていません)による、リスクの層別化など再検討するための基礎資料を蓄積すべきとしています。

鎮静の定義

鎮静(sedation)とは投薬により意識レベルの低下を惹起することです。一方、鎮痛(analgesia)とは意識レベルの低下をきたさずに痛みを軽減することです。塩酸ペチジンなどのオピオイド系鎮痛薬は鎮痛と共に軽い鎮静効果を発揮するので内視鏡検査に用いられています。しかし内視鏡検査で用いられる鎮静剤には、現在のところ保険適用の承認を取得している薬剤はなく適応外で使用されています。鎮静剤としては主にベンゾジアゼピン系のミダゾラム、ジアゼパム、フルニトラゼパムなどが用いられ、一部の施設ではプロポフォールなども使用されています。鎮静剤の使用に当たってはその必要性について医師と十分相談すると共に、どのような偶発症が起こりうるか理解して検査を受けることが重要です。

Mini Column

参考文献:1) http://canscreen.ncc.go.jp/pdf/iganguide2014_150421.pdf
2) 小原勝敏他:内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン. Gastroenterol Endosc. 55: 3822-3847, 2013