

8

実地医療現場における 胃炎の京都分類

田崎修平

医療法人社団修勇会 田崎胃腸科内科 院長

胃炎の京都分類は*H. pylori*感染診断と胃癌リスク評価を目的としており、実地医療の現場においても内視鏡検査をするうえで臨床的意義が深い。一方、*H. pylori*除菌後や未感染の症例が増え、クリニックにおける内視鏡診療でも、診断に苦慮する*H. pylori*非関連症例が増えている。*H. pylori*関連以外の胃粘膜の所見として、『胃炎の京都分類 改訂第2版』に追記されているが、さらに、新たな胃病変も経験する。本稿では、実地診療における胃炎の京都分類の重要性を概説し、筆者が経験した重要な*H. pylori*非関連病変について述べる。

はじめに

当院は胃腸科内科を標榜しているが、内科全般を診療している個人のクリニックである。主に胃痛、胃もたれなど消化器症状のある症例に上部消化管内視鏡検査を施行している。2013年、*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 感染胃炎に対する除菌治療が保険収載されて以来、*H. pylori* 感染胃炎は除菌されることが多く、除菌後胃炎の経過観察が増えている。近年、ABCリスク検診のB群以上や胃痛内視鏡検診による無症候性症例も、上部消化管内視鏡検査を施行するようになり、新たな*H. pylori* 感染胃炎を観察することもあるが、大半は*H. pylori* 既感染、除菌後の胃炎である。

当院の上部消化管内視鏡検査は年間450例ほどの検査件数で、内視鏡検査に特化した専門施設ではない。しかし、

個人のクリニックは大学病院や検査センターと違い、1人の患者の診察、検査を一貫して同一の医師が行い、長期にわたり経過観察できる利点がある。除菌前後の胃炎の京都分類¹⁾を用いて胃痛リスクスコアを評価する²⁾ことは患者指導、定期内視鏡検査の計画において大変意義がある。

本稿では、実地医療現場における胃炎の京都分類の活用と問題点を述べ、さらに、当院で経験した重要な症例を提示する。多くの患者は、まず、第一線のクリニックを受診する。したがって、クリニックの医師は深い知識が求められる。胃炎の京都分類はその基盤となるものである。

実地診療における胃炎の京都分類の活用

上部消化管内視鏡検査においては、胃癌を見落とさないために、背景粘膜から胃癌のリスクを評価する^{1,3)}こ

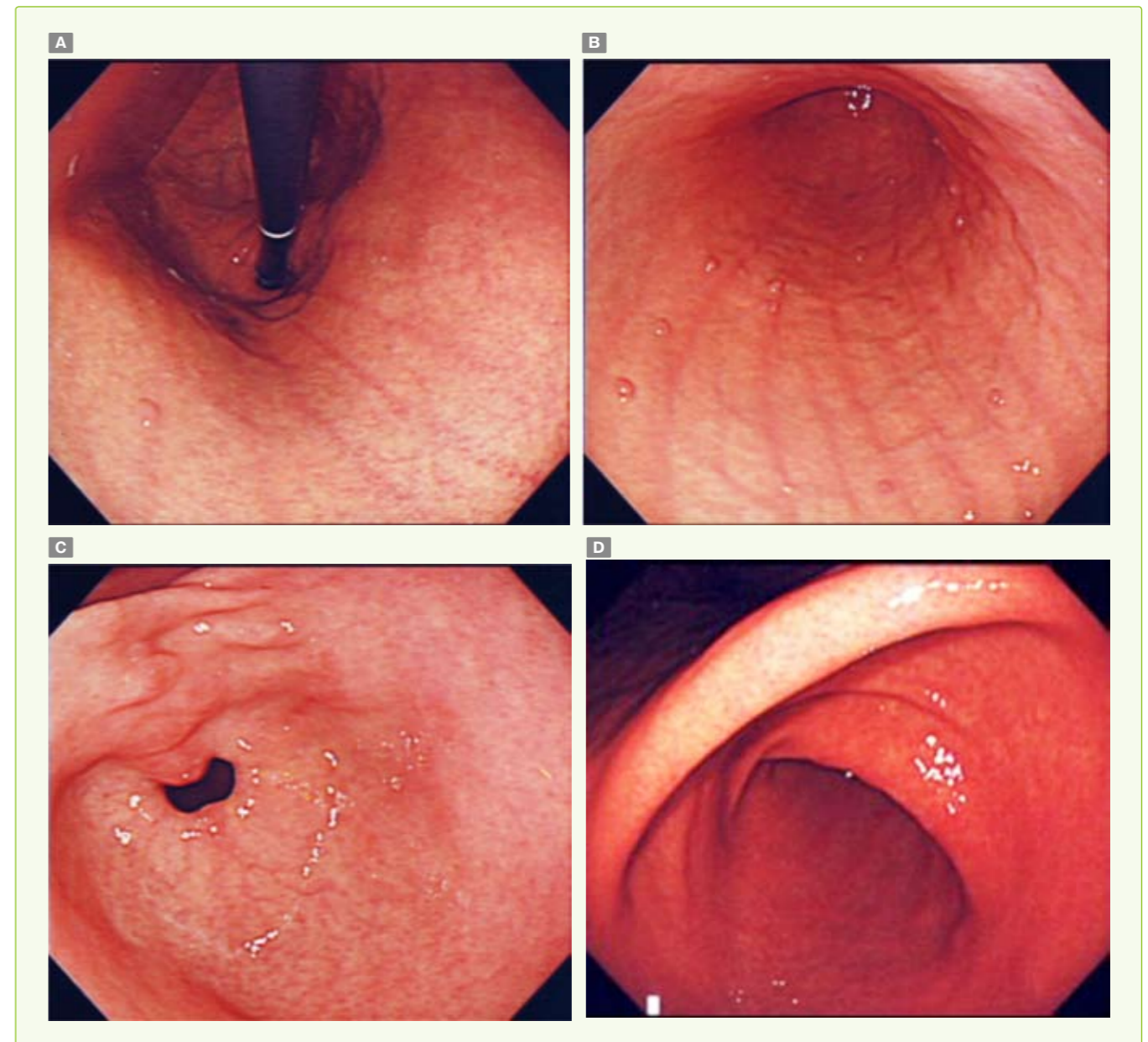


図1 *H. pylori*未感染内視鏡所見

A: 稜線状発赤
B: 胃底腺ポリープ
C: 隆起型びらん
D: 胃角小彎のRAC

とは合理的である。胃炎の京都分類では内視鏡所見により、*H. pylori*の感染状態について未感染、現感染、既感染に区別することを基本としている(表「胃炎の京都分類」p.12参照)。

未感染を示唆する所見は、胃粘膜萎縮がなく、胃角小彎、胃体下部小彎においてRAC (regular arrangement of collecting venules) が観察され、付随所見として胃底腺ポ

リープ、ヘマチンの付着、前庭部および胃体部の稜線状発赤、隆起型びらんなどの所見が認められる(図1)。未感染者は、「胃癌リスクの内視鏡スコア 疾患別での推定スコア」(表1)においても胃癌リスクスコアは0点となる。

それに対して現感染の内視鏡所見は、萎縮(血管透見像、褪色調粘膜)、腸上皮化生、点状発赤、びまん性発赤、粘膜ひだの異常、粘膜腫脹、烏肌粘膜、粘稠な白濁粘液付