

自己免疫性胃炎とピロリ菌感染の関わりについて

丸山保彦
藤枝市立総合病院 副院長

自己免疫性胃炎 (AIG) におけるピロリ菌感染合併率 (既往を含む) は報告により約 10 ~ 50% と幅があるが, Hp 抗体価や内視鏡, 組織所見をもって正確に調べることは困難である. AIG にピロリ菌感染を合併すると内視鏡的診断が困難になることから, 潜在する AIG は報告以上に多いと考えられる. ウレアブテストでピロリ菌除菌失敗と判定される症例の中には AIG が混入している場合があり, AIG を拾い上げる契機にもなる. ピロリ菌が AIG の発症に関与するという initiator 説や, AIG の発症を抑制しているという inhibitor 説がある. 除菌後に AIG が明らかとなってくる症例では, 単にピロリ菌による炎症が消失して内視鏡的に体部萎縮がわかりやすくなっただけなのか, ピロリ菌による AIG の発症抑制が解除されたためなのか, 今後の検討が待たれる.

はじめに

Helicobacter pylori (ピロリ菌) 感染が減少し, これまで日本ではまれと考えられていた自己免疫性胃炎 (Autoimmune gastritis: AIG) が注目されつつある.

AIG は抗壁細胞抗体 (Parietal cell antibody: PCA) や抗内因子抗体, 細胞障害性 T 細胞などの自己免疫機序により胃底腺が破壊され, 内視鏡で胃体部の萎縮として認識される¹⁾. 一方, ピロリ菌による胃炎は前庭部に始まり胃体部へと伸展してゆく. それぞれ独立していればこの基本的な内視鏡像で鑑別できるはずであるが, ピロリ菌感染を合併した AIG ではその診断が困難になることは容易に想像がつく (図 1).

AIG にピロリ菌感染を伴う割合は, 多施設共同研究の

集計²⁾ では一般に現感染とされる Hp 抗体価 10U/mL 以上は 7.8% (17/218), 既往感染も含めた Notsu らの報告³⁾ では 48% (16/33) である. 近年の学会発表によれば, ピロリ菌「現」感染は 10% 程度と低い報告が多い. 問題はピロリ菌「既往」感染の証明が難しいことで, 除菌の既往があっても除菌前に確実にピロリ菌が存在していたかあやふやな症例も多く, 自然除菌例で抗体価が感度以下まで低下してしまった症例では血清学的には証明のしようがない. 同様に高度の萎縮粘膜はピロリ菌の生息に適していないため, すでにピロリ菌が排除されてしまった状態を見ている可能性もある. ピロリ菌感染既往を前庭部の内視鏡所見や病理組織で推測することもある程度可能であるが, 前庭部まで胃底腺が広がる症例や胆汁逆流の影響をうけるとピロリ菌の有無にかかわらず前庭部に萎

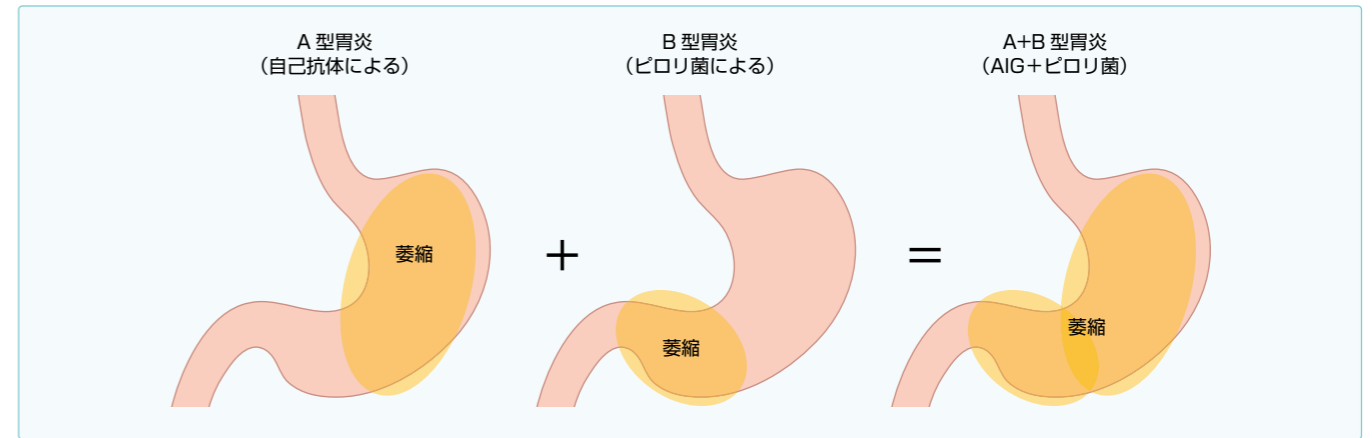


図 1 pure AIG とピロリ菌関連 AIG の内視鏡所見

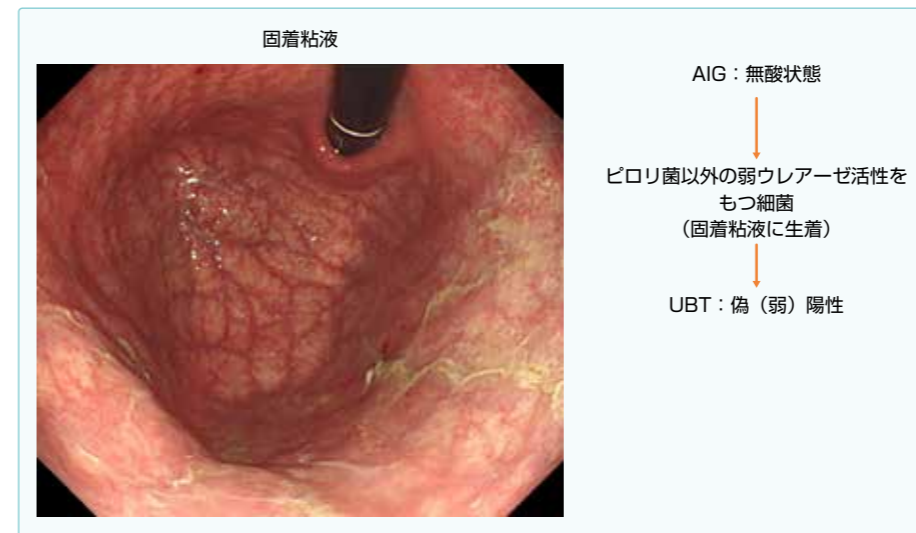


図 2 “泥沼除菌”
UBT が陰性にならないので三次除菌, 四次除菌……と泥沼にはまってしまう.

縮や炎症が生じるため, 厳密な判断は困難である⁴⁾.
そもそも前述の通り, 発見の契機となる内視鏡所見でピロリ菌感染を合併した AIG の診断は難しく⁵⁾, このような未診断の潜在例が多いことを考えると AIG におけるピロリ菌感染率は低く見積もられている可能性が高い.
多くの読者をご存じのことと思うが, 念のため AIG におけるピロリ菌感染診断の注意事項として「泥沼除菌」について述べておく. AIG では固着粘液に付着する *Klebsiella pneumoniae* や *α-streptococcus* などのウレアーゼ弱産生菌がウレアブテスト (UBT) を陽性にする. AIG においては, ピロリ菌除菌後の判定や感染診断で UBT は偽陽性になってしまうため不適切である.

Furuta ら⁶⁾ は 2 回以上の除菌で UBT での除菌失敗と判断された症例のうち 20% 弱に AIG が存在していたと述べ, 本来はすでにピロリ菌がないのに三次除菌, 四次除菌と除菌を繰り返してしまう「泥沼除菌」について警鐘を鳴らしている (図 2). ピロリ菌の二次除菌でも UBT が陰性化せず除菌失敗と判断されるような場合には, 一度は AIG の存在を疑い泥沼にはまらないようにしたい.

AIG とピロリ菌

AIG では PCA 等の自己抗体が出現するが, その本態は壁細胞を認識する細胞障害性 T 細胞による免疫異