

4) AGML の臨床的検討

厚生連中央病院内科 富 沢 隆

司会 大変多数例の貴重な症例を有難うございました。では第5番,「AGML の基礎と臨床」,新潟大第三内科の成沢先生お願いします。

5) AGML の基礎と臨床

第三内科 成 沢 林太郎

司会 どうも有難うございました。では次に六番,「AGML の成因をめぐって」,県立がんセンター内科の小越先生お願い致します。

6) 急性胃粘膜病変の成因

県立がんセンター新潟病院内科 小 越 和 栄

The Cause of Acute Gastric Mucosal Lesion

Kazuei OGOSHI

*Niigata Cancer Center Hospital,
Division of Internal Medicine*

In Niigata Cancer Center Hospital, 78 cases of acute gastric mucosal lesion (AGML) were diagnosed in the past 4 years 10 months. For these cases, the cause of AGML was discussed in this paper.

In 19 cases, AGML were caused by drugs. Especially in 11 cases, NSAIDs were the cause of AGML.

Stress was counterd in 4 cases, alcohol was in 6 cases and special food was also counterd

Reprints requested to: Kazuei OGOSHI, M.D,
Division of Internal Medicine
Kawagishicho 2, Niigata, City, 951,
JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市川岸町2-15-3
新潟がんセンター内科 小越和栄

in 5 cases.

AGML after endoscopy was observed in 13 cases. Infection of helicobacter pylori would be suggested as the cause of AGML after endoscopy.

Key words: AGML, NSAIDs, Helicobacter pylori

急性胃粘膜病変, 内視鏡検査,

はじめに

急性胃粘膜病変 (acute gastric mucosal lesion, 以下 AGML と略) は 1968 年に Katz ら¹⁾ により初めて記載された内視鏡所見であり, 主に外因性の疾患とされている。

AGML の定義についてもはっきりしたものは無く, 本邦では川井らが突発する激しい胃症状で, 内視鏡検査で胃粘膜に出血をきたすものから軽微な変化をきたすものまでを含み, 病理組織学的な criteria にのっとった分類に当てはまらない胃病変を一つの症候群として, その成因別に分類した²⁾。

しかし, これらの中には放射線性の胃炎やアニサキスによるアレルギー性胃炎または急性胃潰瘍など, あきらかに病理組織学的な criteria の確立している疾患もあり, 近年はこれら AGML の定義が混乱して使用されている。われわれはこの AGML を従来の記載に見られないもので, かつ川井らの述べている突発する症状で始まり, 特異な内視鏡所見を呈するものを AGML と定義した³⁾。

我々はこの定義により, 新潟がんセンターにて診断された AGML の成因を主に検討を行った。

対象症例

検索の対象とした症例は昭和59年1月より昭和63年10月までの4年10ヶ月間に新潟がんセンター中央内視鏡部にて上部消化管内視鏡検査を施行した35,833件のうち, 内視鏡所見で上記定義に当てはまるもの, すなわち突然の上腹部痛または出血を訴え, 内視鏡検査にて胃粘膜にびまん性の地図状の出血が見られるかまたは体部の広範な出血性びらんを呈するものおよび多発性のびらん78例を対象とした。

また, これらの症例と類似の所見を呈しても, 明らか特異な原因を有したり, 慢性に経過するもの (たとえば放射線性胃炎, アニサキス性胃炎, 慢性びらん, Kamrotung など) は除外した。

結 果

1) AGML の頻度

我々の中央内視鏡室にて上記の定義に一致する AGML を観察する頻度は最近の5年間では35,833件の上部内視鏡検査施行に対して78例である。施行例数が不明なため, 正確な頻度は出ないが, 件数比では0.22%であり, 他の胃粘膜疾患に比してさほど高い頻度とは言えない。

2) AGML の成因

AGML が観察された症例について, その原因と推定されるものを追跡調査した。その結果は表1に示すように内視鏡施行後の AGML が13例と多く, ついで非ステロイド系消炎鎮痛剤が11例, その他の薬剤が8例となっている。

しかし, 非ステロイド系消炎鎮痛剤と抗生物質等の薬剤を一緒にすると, 薬剤性の AGML は19例, 24.3%となり, 成因の第一位を占める。そのほかアルコール飲

表1 急性胃粘膜病変の原因

1) 内視鏡検査後	13 (16.7%)
2) 薬剤 (消炎・鎮痛剤)	11 (14.1%)
3) 薬剤 (その他)	8 (10.3%)
4) アルコール	6 (7.7%)
5) ストレス	4 (5.1%)
6) 食物など	5 (6.4%)
7) 不明	31 (39.7%)
計	78

(S59~63年10月新潟がんセンター)

表2 内視鏡施行後, 発生までの期間

3日	1例
4日	1例
5日	4例
6日	5例
8日	1例
11日	1例

用によるものが6例, 明らかなストレスによると考えられるものが4例, 特別な食物が5例(アニサキスの原因となる生魚類は除く)であった。また原因の究明出来なかったものは31例, 39.7%であった。

内視鏡検査後の AGML 13例の発症までの日数は表 2 に示したが, 殆んど症例が5日目と6日目であり, 3日後, 4日後, 8日後, 11日後は各1例であった。

また, 内視鏡後の AGML は表 3 に示すように年代毎に発生数が異なり, 潜伏期と同様に発生原因の手がかりを与えてくれる資料の一端かと思われる。

また, AGML は十二指腸球部病変も同時に起し易く, 表 4 に示す様に幽門前庭部に生じるびまん性出血性びらんでは71%と同様な病変を伴っていた³⁾。

考 案

AGML の内視鏡所見としては竹本らは急性出血性胃炎と急性出血性びらんとに分類している⁴⁾。

我々はこの AGML を内視鏡所見により幽門前庭部に多いびまん性出血性びらんと散在性多発びらんおよび胃体部に多い出血性びらんの3形に分類している³⁾。従って急性潰瘍やアレルギー性胃炎で見られる浮腫や発赤のみの所見は AGML からは除外している。

これらの所見についての成因についての検討を行った結果竹本ら⁴⁾, 小林ら⁵⁾の成因と比較して大きくは異なっていない。

近年 AGML の成因として大きくクローズアップされてきたものとしては非ステロイド系消炎鎮痛剤 (NSAID) であり, 原田らは薬剤起因性の AGML 309 例中, 解熱・鎮痛・消炎系によるものは 139 例, 45.0%と述べている⁶⁾。

またその原因としては小林らは NSAIDs は胃粘膜内のプロスタグランジン類の障害による惹起すると述べており⁵⁾, 近年は NSAIDs 使用量の増加とともに AGML, 急性胃潰瘍が著しく増加している。

ストレスに関しては古くから知られている事実であり, 森下らはその発生原因をストレスによる胃粘膜局所のコリン作動性神経刺激状態となり粘膜や粘膜下の微小循環障害がおこるためと述べている⁷⁾。

今回の我々の集計で特記すべきことは内視鏡施行後の AGML が13例認められたことである。古くより内視鏡生検後の AGML の発生は知られていたが¹⁾, その頻度も少なく成因も不明であった。しかし, 近年はこの内視鏡後の AGML は増加しており, その成因が討論されているが明らかな結論は出ていない⁸⁾。

表 3 内視鏡後 AGML の発生年度

昭和59, 60年	0
昭和61年	2例
昭和62年	5例
昭和63年(10月迄)	6例

しかし, *Helicobacter pylori* 感染も AGML の原因となり実際に人に感染させることで AGML が発症している⁹⁾。

我々の症例でも, 近年急激に増加していること, 内視鏡検査後4~5日の潜伏期を持つことなどで *Helicobacter* 感染の辻妻があふ。この感染はスコープ本体の洗浄を充分に行っただけでは防げず, スコープチャンネルの洗浄および術者の手洗いや周辺器具の洗浄も同時におこなわなければならない, これらの洗浄をしっかりすれば発生も少なくなることより, 内視鏡施行後の AGML は *Helicobacter pylori* 感染の可能性は高いものと考えている。

しかし, このことを実際に証明することはかなり困難であり, 間接的な証明としては消毒をしっかり行うことにより AGML の発生をなくすること, さらに直接証明としては AGML 感染者の病原体検出と抗体価上昇などの方法を使用して確認を行わなければいけないと考えている。

食事やアルコールによる AGML を広く報告されており特に食物の場合にはニンニク類や油を使用した揚げ物により発生する⁶⁾。

また AGML と胃潰瘍との差異について小林らは AGML の場合にはとくに防御因子の低下を問題にしており⁵⁾, 攻撃因子防御因子のバランスの問題により AGML と潰瘍との発生差が生じることも充分考えられる。

これら AGML は胃だけに発生するのではなく十二指腸球部粘膜にも同様の所見が高頻度に発生しているが³⁾, これは血流などが単に胃のみではなく十二指腸球部にも同様の変化をおよぼしているものと推察される。但し, 胃粘膜病変と十二指腸球部の病変とを比較すると十二指腸球部病変のほうが軽い症例が多い³⁾。このことは, 胃潰瘍と十二指腸の発生において, 攻撃因子と防御因子の関わりかたの程度に差があることと無縁ではないと思われる。

結 語

以上我々は78例の AGML についてその成因から考察を行った。成因別頻度は他の報告と大差はないが, 我々

の症例で多い内視鏡施行後の AGML について考察を行い、客観的な状況証拠より、その発生に *Helicobacter pylori* の関与も示唆された。

参 考 文 献

- 1) **Katz, D. and Siegel, H.I.:** Erosive gastritis and acute gastrointestinal mucosal lesions. In Glass G B (ed): Progress in Gastroenterology. Vol. 1, New York, Grune and Stratton, 1968, p. 67.
- 2) 川井啓市, 赤坂裕三, 木本邦彦, 日高 硬, 山口勝通, 須藤洋昌: 急性胃病変の臨床, 一胃出血の面から一. 胃と腸, 8: 17~23, 1973.
- 3) 小越和栄, 丹羽正之, 斎藤征史, 加藤俊幸, 田代成元: 急性胃粘膜病変と十二指腸球部病変の関連. 胃と腸, 24: 1269~1274, 1989.
- 4) 竹本忠良, 中村芳知: AGML の概念, 図説急性胃炎シリーズ: 24~26, 日本ベーリンガーインゲルハイム KK, 1988.
- 5) 小林絢三, 中村 肇, 内田俊之: 急性胃粘膜病変

(AGML) とは一内科の立場から一. 最新医学, 44: 2011~2016, 1989.

- 6) 原田一道, 並木正義: 薬剤および飲食物による急性胃粘膜病変. 最新医学, 44: 2056~2060, 1989.
- 7) 森下鉄夫, 中村正彦, 土屋雅春: AGML におけるストレスの意義—自律神経学的・微循環学的検討—. 最新医学, 44: 2027~2034, 1989.
- 8) 岡崎孝紀, 西元寺克礼, 司会: 内視鏡検査後に発症した AGML の実態と成因. Gastroentrol. Endosc., 30: 2752~2767, 1988.
- 9) 福田能啓, 井上宏之, 三上 淳, 田村和民, 下山孝: *Campylobacter pylori*. 最新医学, 44: 2027~2034, 1989.

司会 どうも有難うございました。一応、木村先生と違って3つの新しい分類法を提唱されております。それからまた、内視鏡後の AGML についても仮説をお立てになって、また後程検討してみたいと思います。七番目は「術後ストレス潰瘍の成因と治療」、本学第一外科の田宮先生お願いします。

7) 術後急性胃粘膜病変 (AGML) に関する臨床的検討

新潟大学医学部第一外科教室 田宮 洋一・松原 要一
武藤 輝一

Postoperative Acute Gastric Mucosal Lesion

Yoichi TAMIYA, Yoichi MATUBARA and Terukazu MUTO

*Department of First Surgery,
Niigata University School of Medicine
(Director Prof. Terukazu MUTO)*

Eighty-one cases with postoperative acute gastric mucosal lesion (AGML) from 1978 to 1989 were studied.

1. After introduction of an H₂ receptor antagonist (1982), the number of cases with postoperative AGML following neurosurgery decreased, but that following cardiopulmonary

Reprint requests to: Yoichi TAMIYA,
Department of First Surgery, Niigata
University School of Medicine Niigata
City, 951, JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部第一外科教室

田宮 洋一