

胃 Stomach (C16)

胃に原発する悪性腫瘍

局在コード(ICD-O-3) 「C16.」 側性のない臓器

形態コード(ICD-O-3)

- | | |
|--------------------------------------|------------------|
| 1) 癌腫 | 《胃》 ← 主要5部位に相当 |
| 2) カルチノイド | 《胃・小腸・大腸のカルチノイド》 |
| 3) GIST | 《消化管間質腫瘍 GIST》 |
| 4) 悪性リンパ腫 | 《非ホジキンリンパ腫》 |
| 上記1)～4)以外は UICC TNM分類第7版では病期分類の「適用外」 | |

1. 概要

わが国における2014年の胃がん粗死亡率(人口10万対)は男51.6、女25.5、年齢調整死亡率(昭和60年モデル人口で調整、人口10万対)は、男24.1、女9.0である。悪性新生物死亡全体に占める割合は、男14.4%、女11.0%となっている(男性第2位、女性第3位)。

2011年の十数府県の地域がん登録のデータを用いた全国推計年齢調整罹患率(昭和60年モデル人口で調整、人口10万対)は男80.4、女29.5である(男第1位、女第3位)。年齢別にみると40歳代後半から罹患率が高くなる。

2. 解剖

原発部位

胃は腹部消化管の最初の区域であり、食道胃接合部(esophagogastric junction, EGJ)から幽門(pylorus)までの部分を指す。

近位部(口に近い方: 口側)は横隔膜直下において噴門(cardia)と呼ばれ、以下、胃体部(gastric body)となり、幽門洞(antrum)へとつながる。遠位(肛側)端の幽門は輪状筋からなり、胃から十二指腸への食物の流れを調節している。

胃の内側曲部は小彎(lesser curvature)、外側曲部は大彎(greater curvature)と言われる(図1)。

また、内視鏡所見では、部位を指す用語として図2に示すものが用いられている。

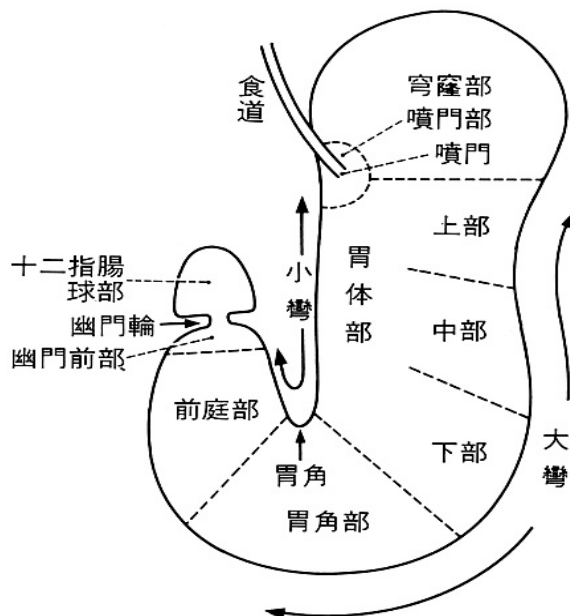
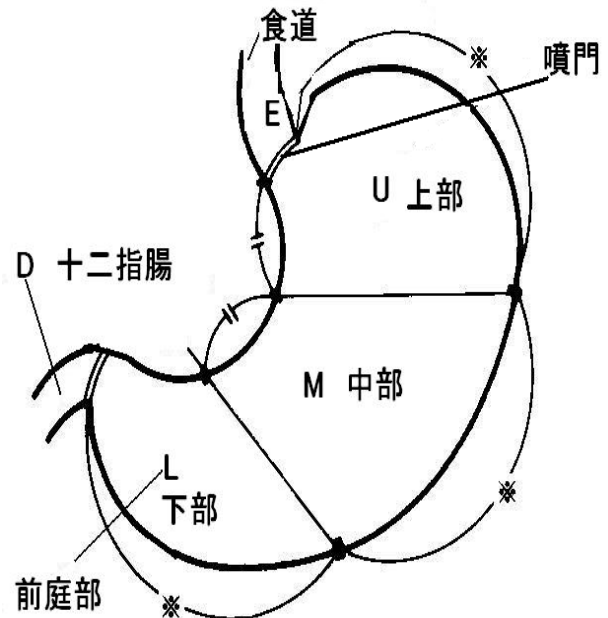


図2 内視鏡的な胃の部位表現

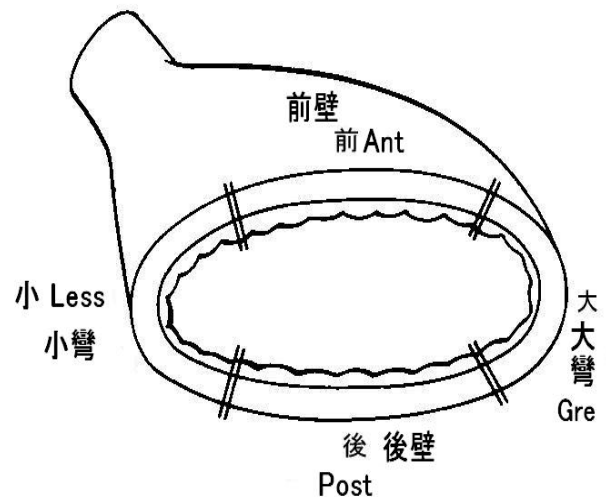


図1 胃の3領域区分と胃壁の断面区分

隣接臓器

胃の周囲には、頭側には横隔膜、尾側に横行結腸、前面には腹壁、体部の後面には後腹膜を隔てて脾体部、体部の大弯外側に脾臓、小弯の右側には肝臓下面が存在する(図3)。

後腹膜より背面に位置する腹部大動脈から出てくる腹腔動脈から分岐する 1) 左胃動脈、2) 脾動脈、3) 総肝動脈の枝が、胃を養う(支配動脈と呼ぶ)。

これらの血管の走行はリンパ行性転移を考える上で、きわめて重要で、一般に腹部臓器からのリンパの流れは、この支配動脈に沿ったリンパ節を通過しながらさかのぼり、腹部大動脈周囲リンパ節に至るからである。さらに大動脈周囲リンパ節からは頭側に流れ、縦隔を通る胸管を経て、左鎖骨上リンパ節に至り、左鎖骨下静脈から血管に流入する。

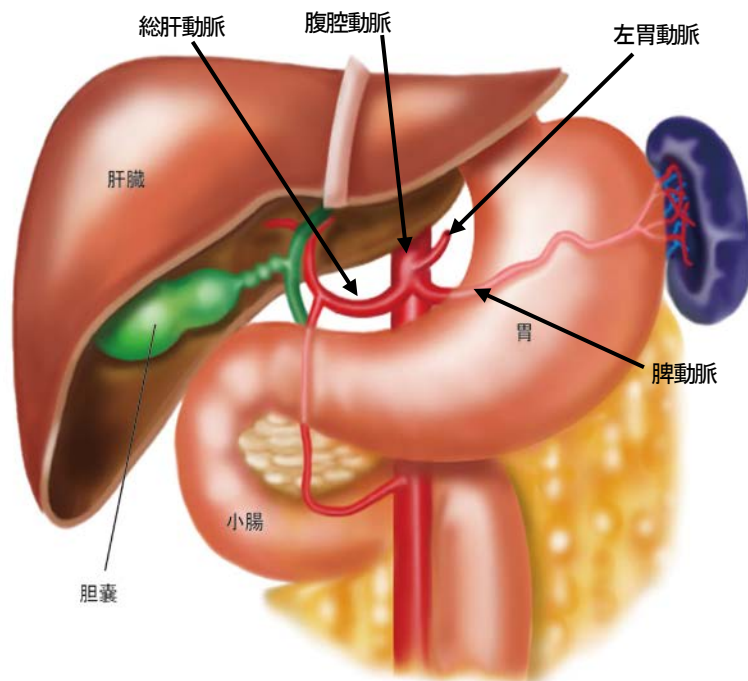


図3 胃の隣接臓器

組織学的構造

胃壁の組織学的構造は、

粘膜(mucosa; M)、粘膜下層(submucosa; SM)、固有筋層(muscularis propria; MP)、漿膜下層(subserosa; SS)、漿膜(serosa; S)の5層から成り立っている(図4)。

このうち、粘膜は粘膜上皮、粘膜固有層、粘膜筋板の3層に細分され、胃の癌腫は粘膜上皮から原発する。

粘膜固有層、粘膜下層、漿膜下層は、いわゆる間質に富み、血管やリンパ管が多く分布する。

また、漿膜は腹膜の一部で「臓側腹膜」とも呼ばれ、肝臓から続く小網の一部である胃肝間膜などが上方から連続し、下方は大網に連続している。

胃の癌腫(胃癌)では、粘膜上皮に原発した癌腫が漿膜方向に進展していくことから、わが国の胃癌取扱い規約ではこれを「壁深達度」として分類している。

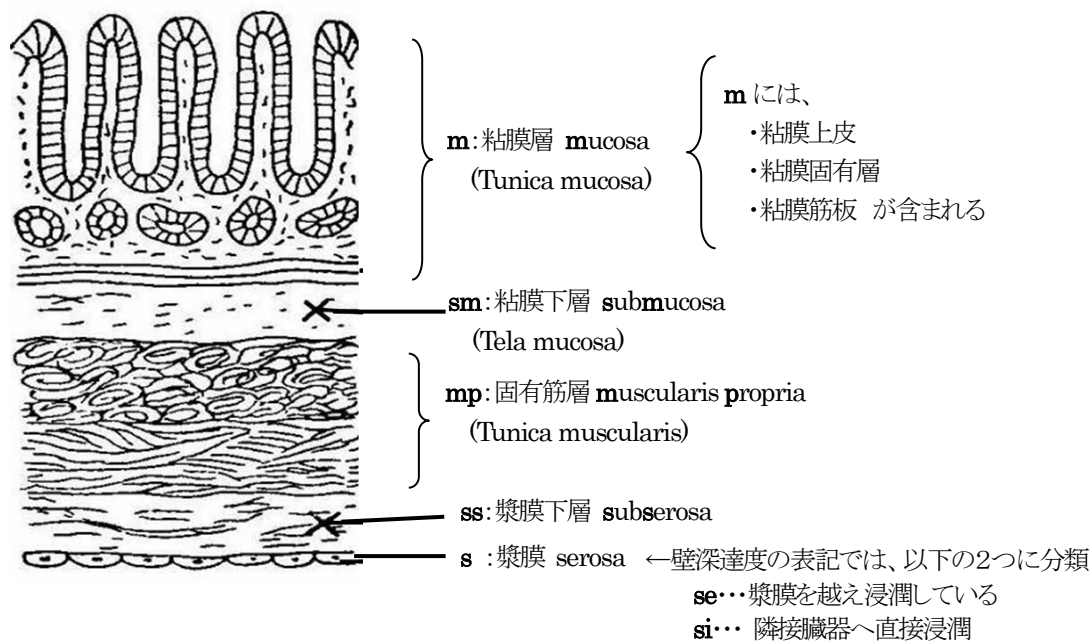


図4 胃壁の組織学的構造(断面)と壁深達度の表記

3. 亜部位と局在コード《胃》

ICD-O-3において、胃はC16.0(噴門, NOS)、C16.1(胃底部)、C16.2(胃体部)、C16.3(胃前庭部)、C16.4(幽門)に分類される。C16.5(胃小彎, NOS)、C16.6(胃大彎, NOS)は他の情報がない場合を除いては用いない。

取扱い規約(第14版)では、胃を3等分して、U(Upper Part: 上部)、M(Middle Part: 中部)、L(Lower Part: 下部)に区分(図1)するが、胃全摘術等で胃のほとんどが切除できないとこうした分類は難しい。内視鏡的検査においては、穹隆部、胃体部、胃角部、前庭部に4分して(図2)記述されるため、穹隆部はC16.1、胃体部はC16.2、前庭部はC16.3にコードされる。胃角部については、C16.2、C16.3のいずれか決めるににくいので、その都度主治医に確認するか、事前にどちらかを採用するかを施設内で定めておくことと良い。

C16.0(噴門)は、原発部位が「噴門部」や「食道胃接合部」のように明示され、胃が原発である旨の情報が得られた場合に採用することとなる。C16.4(幽門)は、「幽門」と明示されたときに用いることになっており、その頻度はきわめて低い。

なお、コードが定まった場合においても、「胃体上部小彎前壁寄り」などのように、より詳細な部位を原発部位テキスト【309】に記述することが望ましい。

表1 取扱い規約の表記とICD-O-3 局在コード 《胃》 側性のない臓器

	ICD-O 局在	取扱い規約 (第14版)	診療情報所見	備考
腫瘍占居部位	C15._	E(食道)	食道(C15._)を参照	噴門から2cmの範囲の食道側に原発巣がある場合、C15.2(腹部食道)、C16.0(食道胃接合部)のいずれにコードするかは、主治医の意見に従うこと。
	C.16.0	U, NOS	噴門、NOS (胃噴門、噴門部) 噴門食道接合部 (食道胃接合部)	噴門部癌、噴門食道接合部癌などの記載がある場合、あるいは噴門から2cmの範囲の胃側に原発巣がある場合には、C16.0にコードする。
	C16.1		胃底部 (胃底) 穹隆部	噴門や食道噴門接合部等の記載がない場合は、C16.1(胃底部)にコードする
	C16.2	M, NOS	胃体部 (胃体)	
	C16.3	L, NOS	胃前庭部 幽門前庭	
	C16.4		幽門 (幽門管) 幽門前部	該当する取扱い規約部位なし
	C16.5	胃角 注1	胃小彎、NOS	原発部位が胃角であることが明確な場合は、C16.5を割り当てる。
	C16.6		胃大彎、NOS	該当する取扱い規約部位なし
	C16.8		胃の境界部病巣 胃前壁、NOS 胃後壁、NOS	該当する取扱い規約部位なし
	C16.9	上記部位の記載がなく "胃"の記載のみのもの	胃、NOS(部位不明)	

注1 胃角と胃角部は同義ではない(図2参照)。胃角部は胃角より広範囲を指す。

「胃角部」という記載がある場合は、より詳細な部位(胃体部または胃前庭部どちらに当たるか)を確認する必要がある。

※ ICD-O 局在コードと取扱い規約の占居部位は1対1で対応しない。取扱い規約で定めている部位のみが記載されている場合(U, M, Lのみ)は、対応表に基づきICD-O 局在コードを割り当てる。なお、診療録・手術記録・病理報告書等でICD-O 局在コードを特定できる場合は、その記載を尊重する。

※ 横隔膜より遠位(胃の側)の食道がんは、原則としてC15.2(腹部食道がん)を局在コードとする。

※ 食道胃接合部がんを、胃がん(C16.0)で分類するか、食道がん(C15.2)で分類するかは、主治医の判断によるものとする。

4. 形態コード(病理組織型)《胃》

胃に原発する腫瘍のほとんどは上皮性腫瘍であり、がん登録の対象となるものは、1) 悪性上皮性腫瘍(主に腺癌)、2) 内分泌細胞腫瘍(多くは腺癌由来)、3) 非上皮性腫瘍(平滑筋肉腫、GIST、他)、4) 悪性リンパ腫などに大別できる。

UICC TNM 分類【第7版】では、癌腫を1.胃で病期分類する他、内分泌細胞腫瘍の NET G1 や NET G2 などのカルチノイド腫瘍には2. 胃、小腸、大腸のカルチノイド腫瘍の分類を用い、NEC や MANEC は癌腫扱いとする。消化管間質腫瘍(GIST)や悪性リンパ腫はおのこの分類を用いる。

組織型が判然としない場合で(形態コードとしては 8000/3 が付されるケースが多い)、主治医が特に特殊な腫瘍とは考えていない場合は癌腫相当として、1.胃で病期分類することになる。

また、ICD-O-3 では、より分化度の低い組織型の形態コードを採用することとされているが、わが国では量的に優勢な組織像に従って、形態コードを決定する点にも留意すること。

表2. 取扱い規約の表記他と ICD-O-3 形態コード《胃》

●: 胃癌取扱い規約【第14版】収載の組織診断名

◆該当 TNM	病理組織名(日本語)	英語表記	●	形態 コード
1	腺癌, NOS	Adenocarcinoma, NOS	●	8140/3
1	乳頭腺癌	Papillary adenocarcinoma (pap)	●	8260/3
1	管状腺癌	Tubular adenocarcinoma (tub)	●	8211/3
1	高分化型	well differentiated type (tub1)	●	8211/31
1	中分化型	moderately differentiated type (tub2)	●	8211/32
1	低分化腺癌	Poorly differentiated adenocarcinoma (por)	●	8140/33
1	充実型	solid type (por1)	●	8140/33
1	非充実型	non-solid type (por2)	●	8140/33
1	印環細胞癌	Signet-ring cell carcinoma (sig)	●	8490/3
1	粘液癌	Mucinous adenocarcinoma (muc)	●	8480/3
1	腺扁平上皮癌	Adenosquamous carcinoma	●	8560/3
1	扁平上皮癌	Squamous cell carcinoma	●	8070/3
2	カルチノイド腫瘍	Carcinoid tumor	●	8240/3
2	NET G1	NET G1	●	8240/3
2	NET G2	NET G2	●	8249/3
1	内分泌細胞癌 *	Neuroendocrine carcinoma (NEC)	●	8246/3*
1	MANEC	Mixed adenoneuroendocrine carcinoma	●	8244/3
1	小細胞癌(内分泌細胞癌)※1	Small cell carcinoma (Endocrine cell carcinoma) ※1	●	8246/3
1	リンパ球浸潤癌	Carcinoma with lymphoid stroma	●	8140/33
1	肝様腺癌	Hepatoid adenocarcinoma	●	8576/3
1	絨毛癌(絨毛上皮腫)	Choriocarcinoma (Chorioepithelioma)	●	9100/3
1	未分化癌, NOS	Undifferentiated carcinoma, NOS	●	8020/34
1	α-fetoprotein 産生腺癌	α-fetoprotein-producing adenocarcinoma	●	8140/3
3	胃腸管間質腫瘍	Gastrointestinal stromal tumor (GIST), NOS	●	8936/1
3	胃腸管間質腫瘍、悪性	Gastrointestinal stromal tumor (GIST), Malignant	●	8936/3
5	肉腫, NOS	Sarcoma, NOS	●	8800/3
5	平滑筋肉腫, NOS	Leiomyosarcoma, NOS	●	8890/3
4	MALT リンパ腫 (節外性辺縁層リンパ腫)※2	MALT lymphoma (Extranodal marginal zone B-cell lymphoma)	●	9699/36
4	濾胞性リンパ腫※3	Follicular lymphoma	●	9690/3
4	マンツル細胞リンパ腫※3	Mantle cell lymphoma	●	9673/3
4	びまん性大細胞型リンパ腫	Diffuse large B-cell lymphoma	●	9680/36
1	高分化癌※4	well differentiated carcinoma		8140/31
1	中分化癌※4	moderately differentiated carcinoma		8140/32
1	低分化癌※4	poorly differentiated carcinoma		8140/33

◆ 該当TNM分類 : 該当する病期分類は以下の通り

1. 胃
 2. 胃、小腸、大腸のカルチノイド腫瘍
 3. 消化管間質腫瘍(GIST)
 4. 非ホジキンリンパ腫
 5. 該当TNM分類なし
- * 8246/31 の場合は、「2. 胃、小腸、大腸のカルチノイド腫瘍」、8246/31 以外の場合は、「1. 胃」

- ※1 取扱い規約第14版(p9)には8041/3と記載されているが、病理医に確認の上、内分泌細胞癌としての特徴が明確な場合は、8246/3にコードすることが推奨される。
- ※2 MALTリンパ腫がB細胞性であるという情報は、臨床医・病理医に確認しておくことが望ましい。
- ※3 濾胞性あるいはマントル細胞リンパ腫以上に詳細な情報があれば、ICD-O3の該当する形態コードを用いる。
- ※4 胃癌・大腸癌において、「●分化癌」という記述は腺癌という表現がなくても、「腺癌」と扱って、形態コードについては「8010/3」ではなく「8140/3」を採用する

《重要》2012年以降の症例についての変更

【カルチノイド腫瘍の扱いについて】

UICC 第7版では、消化管原発のカルチノイド(Carcinoid)腫瘍は、癌腫に含めず(本テキストでいう「胃がん」「大腸がん」などの対象とはせず)、「カルチノイド腫瘍」として別の病期分類を行うことになるが、これらは、いわゆる「主要5部位」の癌腫には含まれない。2016年症例からは、病期分類も必須となる。

ただし、ICD-O3において8240番台の形態コードを持つ、**表3-2**の杯細胞カルチノイド、複合カルチノイド、腺カルチノイド、高分化型でない神経内分泌癌は、癌腫として扱うので注意すること(**表3-2**)。

表3-1. UICC 第7版の消化管カルチノイドで分類の対象となるもの（主要5部位の癌腫には含めない）

病理組織名(日本語)	英語表記	形態コード
カルチノイド腫瘍、NOS	Carcinoid Tumor, NOS	8240/3
腸クロム親和性細胞カルチノイド	Enterochromaffin cell carcinoid	8241/3
腸クロム親和性様細胞腫瘍、悪性	Enterochromaffin-like cell tumor, malignant	8242/3
高分化・神経内分泌癌	Neuroendocrine carcinoma, well differentiated	8246/31 (分化度1のみ)
異型カルチノイド腫瘍	Atypical carcinoid tumor	8249/3

表3-2. 癌腫扱いで UICC 第7版の胃・大腸の癌腫の対象となるもの（主要5部位の癌腫に含める）

病理組織名(日本語)	英語表記	形態コード
杯細胞カルチノイド	Goblet cell carcinoid	8243/3
複合カルチノイド	Composite Carcinoid	8244/3
腺カルチノイド	Adenocarcinoid tumor	8245/3
高分化以外の神経内分泌癌	Neuroendocrine carcinoma, excl. well differentiated	8246/32 /33,/34,/39 (分化度1以外)

【胃腸管間質腫瘍(GIST)の扱いについて】

UICC【第7版】で胃腸管間質腫瘍(GIST)の病期分類が新設されたため、境界悪性あるいは良性悪性の別不詳のGIST「**8936/1**」も登録対象とする。なお、2016年症例からは、病理学的に明らかに良性「8936/0」と考えられる場合も、登録対象とする。また、カルチノイドと同様、胃・大腸原発であっても「主要5部位」の癌腫ではないが、2016年症例からは、病期分類も必須となる。

5. 病期分類

1) UICC TNM 分類(第7版) 【標準項目】

T-原発腫瘍 【510】【610】

原発腫瘍の壁深達度を評価する。

m, sm などの記号で表記されていることも多い。

内視鏡所見や病理所見をもとに、壁深達度を評価した上で、

表5を参考に、T分類を決定する。

T1a 粘膜(m)

粘膜上皮 上皮内癌の表記がある場合はT1a※

粘膜固有層

粘膜筋板

T1b 粘膜下層(sm)

T2 固有筋層(mp)

T3 漿膜下層(ss)

T4a 漿膜を貫通(se)

T4b 隣接臓器に浸潤(si)

- 1 胃の隣接臓器とは脾、横行結腸、肝、横隔膜、脾、腹壁、副腎、腎、小腸(十二指腸を除く)、後腹膜を指す。
- 2 胃から十二指腸や食道に浸潤が及んでいる場合には、これらの中で最も深い深達度により分類する。
- 3 胃結腸間膜内、肝胃間膜内、または大網や小網内に進展する腫瘍で、臓側腹膜の穿孔を伴わない場合はT3に分類する。

※ わが国の院内がん登録では、上皮内癌(Tis)は用いず、病理所見などで上皮内癌(Tis)と確認できれば、T1aとして登録する。表5を参考に、T分類を決定する。

N-所属リンパ節転移 【520】【620】

原発部位が、胃食道接合部である場合とそれ以外で分けて、表5を参考に所属リンパ節への転移の個数を評価する。

超音波内視鏡所見やCT所見などの画像診断所見をもとに、所属リンパ節転移を評価する。個数が不明の場合は、1カ所に少なくとも1個と判断して個数をカウント。

N0 所属リンパ節転移なし

N1 1～2個の所属リンパ節転移

N2 3～6個の所属リンパ節転移

N3 7個以上の所属リンパ節転移

N3a 7～15個の所属リンパ節転移

N3b 16個以上の所属リンパ節転移

表4 壁深達度とUICC T分類との関係

壁深達度	UICC T 分類 【第7版】
m	T1a
sm	T1b
mp	T2
ss	T3
se	T4a
si	T4b

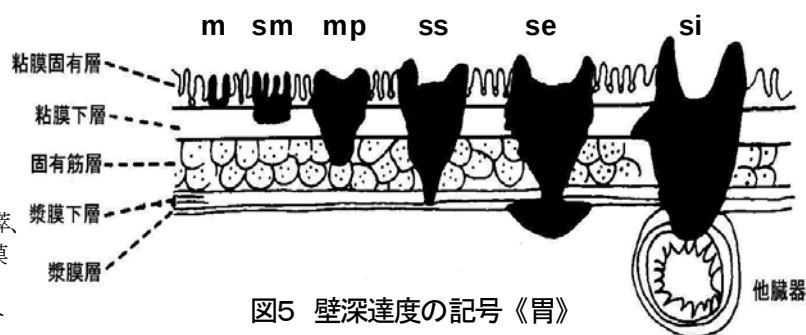


表5 所属リンパ節と取扱い規約の領域リンパ節《胃》

亜部位	UICC TNM 分類での 所属リンパ節名		取扱い規約 【第14版】
胃食道 接合部癌 (C16.0)	右噴門	#1	右噴門
	左噴門	#2	左噴門
	左胃動脈	#7	左胃動脈幹
	腹腔動脈	#9	腹腔動脈周囲
	横隔膜下	#19	横隔下
	横隔膜上下に含まれる	#20	食道裂孔部
	下部縦隔傍食道	#110	胸部下部傍食道
	横隔膜上	#111	横隔上
胃食道 接合部癌 以外 (C16.1～ C16.9)	右噴門	#1	右噴門
	左噴門	#2	左噴門
	小彎	#3	小彎
	大彎	#4	大彎
	幽門上	#5	幽門上
	幽門下	#6	幽門下
	左胃動脈	#7	左胃動脈幹
	総肝動脈	#8	総肝動脈
	腹腔動脈	#9	腹腔動脈周囲
	脾門	#10	脾門
	脾動脈幹	#11	脾動脈幹
	肝十二指腸靱帯	#12	肝十二指腸間膜内
	幽門下の一部	#14v	腸間膜内 (上腸間膜静脈流域)

M-遠隔転移【530】【630】

画像所見(CT/MRI、超音波検査)等から遠隔転移を評価する。

胃癌においては、肝転移(取扱い規約表記:H1)、腹膜転移(P1)以外にも、手術が行われた場合の腹腔洗浄細胞診(CY1)が陽性の場合も遠隔転移として扱う。

M0 遠隔転移なし

M1 遠隔転移あり

Stage-病期【500】【600】

表6 UICC TNM 分類 病期(Stage)のマトリクス (Matrix)《胃》

UICC TNM 分類 【第 7 版】		N0	N1	N2	N3	
					N3a	N3b
T1	T1a	I A	I B	II A	II B	II B
	T1b					
T2		I B	II A	II B	III A	III A
T3		II A	II B	III A	III B	III B
T4	T4a	II B	III A	III B	III C	III C
	T4b	III B	III B	III C	III C	III C
M1		IV	IV	IV	IV	IV

2) 進展度(臨床進行度)【標準項目】

進展度【580】【680】

表7 進展度 UICC TNM 分類からの変換マトリクス (Matrix)《胃》

UICC TNM 分類 【第 7 版】		N0	N1	N2	N3	
					N3a	N3b
T1	T1a	410:限局	420:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移
	T1b					
T2		410:限局	420:所属 リンパ節転移	2:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移
T3		410:限局	420:所属 リンパ節転移	2:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移	420:所属 リンパ節転移
T4	T4a	430:隣接 臓器浸潤	430:隣接 臓器浸潤	430:隣接 臓器浸潤	430:隣接 臓器浸潤	430:隣接 臓器浸潤
	T4b					
M1		440: 遠隔転移	440: 遠隔転移	440: 遠隔転移	440: 遠隔転移	440: 遠隔転移

※ UICC TNM 分類「適用外」の腫瘍についても、「癌腫」に準じて分類して、進展度を導出することが望ましい。

1) 上部消化管内視鏡検査(胃生検含む)

胃腸内視鏡
胃ファイバースコープ

2) X線造影検査

3) CT/MRI 検査

4) 超音波検査(超音波内視鏡検査「EUS」含む)

超音波内視鏡は治療前に壁深達度や周囲のリンパ節転移の評価に用いられる。

CEA、CA19-9などが腫瘍の進行により高値となる。 α -fetoprotein (AFP)が高値となる進展の速いAFP産生胃癌も存在する。

治療法選択のアルゴリズム (胃癌治療ガイドライン: 日本胃癌学会を改変)

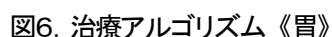


表8 郭清の範囲の表現《胃》

	1	2	3	(3a)	4sa	4sb	4d	5	6	7	8a	9	10	11d	11p	12a
幽門側亜全摘	○		○	←		○	○	○	○	○	◎	◎			●	●
胃全摘術	○	○	○	←	○	○	○	○	○	○	◎	◎	●	●	◎	●
幽門保存胃切除	○		○	←		○	○		○	○	◎	◎				
噴門側胃切除	○	○		○	○	○				○	◎	◎			◎	

○ D1 郭清の範囲

◎ D1+郭清の範囲(○含む)

● D2 郭清の範囲

1) 観血的治療 【700】 【710】 【720】

(1) 外科的治療 【700】

幽門側胃切除術(胃亜全摘術): Subtotal (distal) gastrectomy

最も標準的な手術法。胃の肛門側 2/3 から 4/5 を切除する。

胃全摘術: Total gastrectomy

胃の上部に癌が存在する場合に行う。胃を全て切除する。

噴門側胃切除術: Proximal gastrectomy

胃の上部に癌が存在し、癌が小さい、早期癌である場合などに適応を限って行われる。

胃の上部 1/3 から 1/2 程度を切除する。

幽門保存胃切除: Pylorus preserving gastrectomy : PPG

胃の上部 1/3 と幽門前庭部 3~4cm を温存する術式。癌が幽門から 4cm 以上離れている場合などに行われる。

局所(部分)切除術: Wedge resection

(2) 鏡視下治療 【710】

腹腔鏡下手術: Laparoscopic surgery

上記の種々の手術が腹腔鏡下で応用されている。

経管腔的内視鏡手術: Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery (NOTES)

(3) 内視鏡的治療 【720】

内視鏡的粘膜切除術: Endoscopic mucosal resection (EMR)

内視鏡的に粘膜下層に生理食塩水などの液体を注入し、粘膜を膨隆させ、スネアで絞扼し、電気メスで焼き切る(焼灼する)方法。一般的に 2cm 以上の標本は一括では採取できない。このため、分割して切除する場合を EPMR と呼ぶことがある。

内視鏡的粘膜下剥離術: Endoscopic submucosal dissection (ESD)

内視鏡的に粘膜下層を電気メスで焼きながら剥離して粘膜を切除する方法。2cm 以上の標本を採取することが可能。

(4) 外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲 【730】

【病理学的所見】

脈管侵襲

リンパ管侵襲 (ly: lymphan)

ly(-) リンパ管侵襲が認められない。

ly(+) リンパ管侵襲が認められる。

静脈侵襲 (v: venous)

v(-) 静脈侵襲が認められない。

v(+) 静脈侵襲が認められる。

UL(潰瘍)の評価

UL(-) 潰瘍なし

UL(+) 潰瘍あり

【治療結果の評価】

1) 外科的・体腔鏡的治療

手術標本の切除断端

近位(口側)断端 (PM: Proximal margin)

PMX 近位断端に癌浸潤が不明である。

PM0 近位断端に癌浸潤を認めない。

PM1 近位断端に癌浸潤を認める。

遠位(肛門側)断端 (DM: Distal margin)

DMX 遠位断端に癌浸潤が不明である。

DM0 遠位断端に癌浸潤を認めない。

DM1 遠位断端に癌浸潤を認める。

腫瘍の遺残 (R)

手術後の腫瘍の遺残を R(residual tumor)で示す。R0 は治癒切除、R1・R2 は非治癒切除である。

RX 癌の遺残が評価できない

R0 癌の遺残がない

R1 癌の顕微鏡的遺残がある(切除断端陽性、腹腔洗浄細胞診陽性)

R2 癌の肉眼的遺残がある

2) 内視鏡的治療

粘膜切除標本の切除断端

水平断端 (HM: Horizontal margin) ※

HMX 水平断端に癌浸潤が不明である。

HM0 水平断端に癌浸潤を認めない。

HM1 水平断端に癌浸潤を認める。

※ 以前は LM: Lateral margin と表記されていた。

垂直断端 (VM: Vertical margin)

VMX 垂直断端に癌浸潤が不明である。

VM0 垂直断端に癌浸潤を認めない。

VM1 垂直断端に癌浸潤を認める。

表9 内視鏡的治療の際の根治性評価《胃》

組織型	pT 分類	潰瘍所見	腫瘍径 ≤ 2cm	2cm < 腫瘍径 ≤ 3cm	3cm < 腫瘍径
分化型	pT1a	UL (－)	治癒切除	適応拡大治癒切除	適応拡大治癒切除
		UL (＋)	治癒切除	適応拡大治癒切除	非治癒切除
	pT1b	UL (－)	適応拡大治癒切除	適応拡大治癒切除	非治癒切除
		UL (＋)	適応拡大治癒切除	適応拡大治癒切除	非治癒切除
未分化型	pT1a	UL (－)	適応拡大治癒切除	非治癒切除	非治癒切除
		UL (＋)	適応拡大治癒切除	非治癒切除	非治癒切除
	pT1b	UL (－)	非治癒切除	非治癒切除	非治癒切除
		UL (＋)	非治癒切除	非治癒切除	非治癒切除

※ いずれの場合も、HM0, かつ VM0, かつ ly(－), かつ v(－) でなければ、「非治癒切除」となる

表10 外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲【730】《胃》

選択肢コード	外科的治療	鏡視下治療	内視鏡的治療
1: 原発巣切除	腫瘍の遺残 R0	腫瘍の遺残 R0	HM0, VM0
4: 姑息的な観血的治療	腫瘍の遺残 R1, R2	腫瘍の遺残 R1, R2	HM1, VM1
9: 不明	原発巣切除が行われたが、その結果が不明・記載がない場合		

【注意: がん登録での扱い】

EMR や ESD などの内視鏡的な切除治療を行った場合で切除断端が HM, VM 共に(－):断端が陰性 であれば pT として評価する。

また、他施設で EMR や ESD が施行された症例に対して自施設において追加的な観血的な治療が施行された場合は、他施設での EMR や ESD の所見を合わせて総合的に pT の評価をする。この場合、「他施設初回治療開始後、自施設初回治療継続」の症例となるため、現在の院内がん登録では cTX cNX cMX とし、pT pN pM は他施設の情報、手術記録の病理報告等も考慮してを決定する。

2) 放射線療法【740】

消化管については、粘膜障害などの副作用が問題となることから、原発巣への放射線治療が行われることは少ない。

3) 薬物治療【750】【760】

(1) 化学療法【750】

胃癌に対するレジメン例

単剤

- ・5-FU、
- ・シスプラチン (CDDP)
- ・イリノテカン (CPT-11)
- ・ドセタキセル (DTX, DOC)

併用療法

- ・5-FU + シスプラチン (FP)
- ・メトレキセート (MTX) + 5-FU + ロイコボリン
- ・5-FU + 1-ロイコボリン

- ・パクリタキセル (PTX)
- ・UFT
- ・5'-ドキシフルリジン (5'-DFUR)
- ・S-1 (TS-1)

- ・イリノテカン + シスプラチン
- ・S-1 + ドセタキセル
- ・S-1 + シスプラチン

悪性リンパ腫に対するレジメン例

MALT リンパ腫

単剤

・リツキシマブ

併用療法

・シクロホスファミド + ドキソルビシン + ビンクリスチン + プレドニゾロン (CHOP 療法)

・シクロホスファミド + ビンクリスチン + プレドニゾロン (CVP 療法)

・シクロホスファミド + ドキソルビシン + ビンクリスチン + プレドニゾロン + リツキシマブ (R-CHOP 療法)

※ H.Pylori 除菌療法については、いわゆる抗がん剤の使用はされていないが、腫瘍縮小効果を示す治療であるため、化学療法に含めて分類・登録することとする。

びまん性大細胞 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL)

併用療法

・シクロホスファミド + ドキソルビシン + ビンクリスチン + プレドニゾロン (CHOP 療法)

・シクロホスファミド + ドキソルビシン + ビンクリスチン + プレドニゾロン + リツキシマブ (R-CHOP 療法)

表11 胃癌に用いられる薬剤一覧

	略名	英語表記(一般名)	日本語名(一般名)	日本語名(商品名)
化学療法	5-FU	Fluorouracil	フルオロウラシル	5-FU
化学療法	CDDP	Cisplatin	シスプラチン	ランダ、プリプラチン
化学療法	CPT-11	Irinotecan	イリノテカン	トポテシン、カンプト
化学療法	MTX	Methotrexate	メトトレキサート	メトトレキサート
化学療法	DXR(ADM)	Doxorubicin	ドキソルビシン	アドリアシン
化学療法	EPI	Epirubicin	塩酸エピルビシン	ファルモルビシン
化学療法	MMC	mitomycin C	マイトマイシン C	マイトマイシン
化学療法	DTX(DOC)	Docetaxel	ドセタキセル	タキソテル
化学療法	PTX	Paclitaxel	パクリタキセル	タキソール
化学療法	UFT	tegaser/uracil	テガフル・ウラシル配合	ユーエフティ
化学療法	5'-DFUR	5'-doxifluridine	ドキシフルリジン	フルツロン
化学療法	TS-1	S-1	テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合	ティーエスワン
化学療法	MTX	Methotrexate	メトトレキサート	メトトレキサート
化学療法	CPA	Cyclophosphamide	シクロホスファミド	エンドキサン
化学療法	VCR	Vincristine	ビンクリスチン	オンコビン
※	PSL	Prednisolone	プレゾニゾン	プレドニン

※ 他の抗がん剤と併用する場合は、まとめて「化学療法:有」とする。

8. 参考文献

- 1) 公益財団法人がん研究振興財団 がんの統計 '15
- 2) UICC/TNM 悪性腫瘍の分類 第7版 日本語版(金原出版)
- 3) 日本胃癌学会編 胃癌取り扱い規約 2010年3月 第14版(金原出版)
- 4) 日本胃癌学会編 胃癌治療ガイドライン 医師用 2010年10月改訂 第3版(金原出版)
- 5) 国立がんセンター中央病院内科レジデント編 がん診療レジデントマニュアル第5版 2010年(医学書院)

《参考資料》

1) TNM 分類 (UICC【第7版】、2009 年)

T-原発腫瘍

原発腫瘍の深達度によって決定される。**T1** はさらに **T1a**(粘膜筋板まで浸潤)と **T1b**(粘膜下層まで浸潤)に細分類される。また、**T4** も **T4a**(漿膜を穿孔)と **T4b**(隣接構造に浸潤)に細分類される。

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌: 粘膜固有層(粘膜層)に浸潤していない※
T1	粘膜固有層、粘膜筋板または粘膜下層に浸潤する腫瘍
T1a	粘膜固有層または粘膜筋板に浸潤する腫瘍
T1b	粘膜下層に浸潤する腫瘍
T2	固有筋層に浸潤する腫瘍
T3	漿膜下層に浸潤する腫瘍
T4	漿膜に穿孔、または隣接構造 ^{1,2,3} に浸潤する腫瘍
T4a	漿膜を穿孔する腫瘍
T4b	隣接構造 ^{1,2,3} に浸潤する腫瘍

注1 胃の隣接臓器とは脾、横行結腸、肝、横隔膜、脾、腹壁、副腎、腎、小腸(十二指腸を除く)、後腹膜を指す。

注2 胃から十二指腸や食道に浸潤が及んでいる場合には、これらの中で最も深い深達度により分類する。

注3 胃結腸間膜内、肝胃間膜内、または大網や小網内に進展する腫瘍で、臓側腹膜の穿孔を伴わない場合は **T3** に分類する。

N-所属リンパ節転移

NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	1-2 個の所属リンパ節転移
N2	3-6 個の所属リンパ節転移
N3	7 個以上の所属リンパ節転移
N3a	7-15 個の所属リンパ節転移
N3b	16 個以上の所属リンパ節転移

所属リンパ節

小彎と大彎に沿う胃周囲リンパ節 (perigastric nodes)、左胃動脈、総肝動脈、脾動脈、腹腔動脈に沿うリンパ節、肝十二指腸靱帯内リンパ節が所属リンパ節である。脾後面リンパ節、腸間膜リンパ節※、大動脈周囲リンパ節、その他の腹腔内リンパ節など、所属外リンパ節への転移は遠隔転移に分類する。

※ 下腸間膜静脈に沿うリンパ節は、わが国の院内がん登録では所属リンパ節に含まれる。

M-遠隔転移

MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり

腹膜播種、腹腔細胞診陽性、非連続性進展の大網・小網内腫瘍は遠隔転移に分類する。

Stage-病期

0 期	Tis	N0	M0				
I 期				Ⅲ期			
ⅠA 期	T1	N0	M0	ⅢA 期	T4a	N1	M0
ⅠB 期	T2	N0	M0		T3	N2	M0
	T1	N1	M0		T2	N3	M0
Ⅱ 期				ⅢB 期	T4b	N0,N1	M0
ⅡA 期	T3	N0	M0		T4a	N2	M0
	T2	N1	M0		T3	N3	M0
	T1	N2	M0	ⅢC 期	T4b	N2, N3	M0
ⅡB 期	T4a	N0	M0		T4a	N3	M0
	T3	N1	M0	Ⅳ期	T に関係なく	N に関係なく	M1
	T2	N2	M0				
	T1	N3	M0				

参照: UICC TNM 悪性腫瘍の分類 第7版 日本語訳 p.69-73 (金原出版: 2010)

2) 取扱い規約（胃癌取扱い規約2010年3月【第14版】）

【胃癌の肉眼型分類について】

胃癌取扱い規約では肉眼型分類を0型～5型の基本分類として表記している。
さらに、0型については亜分類としてⅠ～Ⅲ型に分類している(図6)。

- 0型 表在型 癌が粘膜下層までにとどまる場合に多くみられる肉眼形態(早期胃癌)
表在型はさらに、Ⅰ、Ⅱa～Ⅱc、Ⅲ型に細分類される。
- 1型 腫瘍型 明らかに隆起した形態を示し、周囲粘膜との境界が明瞭なもの
- 2型 潰瘍限局型 潰瘍を形成し、潰瘍をとりまく胃壁が肥厚し周堤を形成する。周堤の周囲粘膜との境界が比較的明瞭な周堤を形成する
- 3型 潰瘍浸潤型 潰瘍を形成し、潰瘍をとりまく胃壁が肥厚し周囲粘膜との境界が不明瞭な周堤を形成する
- 4型 びまん浸潤型 著明な潰瘍形成も周堤もなく、胃壁の肥厚・硬化を特徴とし、病巣と周囲粘膜との境界が不明瞭なもの
- 5型 分類不能 上記の0～4型のいずれにも分類し難いもの

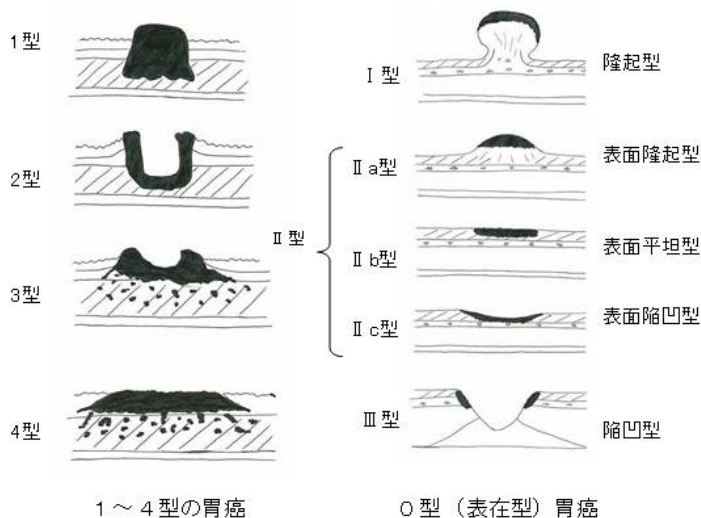


図6 胃癌の形態の肉眼分類

【病期分類】

胃壁深達度: depth of tumor invasion

- TX 癌の浸潤の深さが不明なもの
- T0 癌がない
- T1 癌の局在が粘膜(M)または粘膜下組織(SM*)にとどまるもの
- T1a 癌が粘膜にとどまるもの
- T1b 癌の浸潤が粘膜下組織にとどまるもの(SM)
- T2 癌の浸潤が粘膜下組織を超えているが、固有筋層にとどまるもの(MP)
- T3 癌の浸潤が固有筋層を超えているが、漿膜下組織にとどまるもの(SS)
- T4 癌の浸潤が漿膜表面に接しているかまたは露出、あるいは他臓器に及ぶもの
- T4a 癌の浸潤が漿膜表面に接しているか、またはこれを破って遊離腹腔に露出しているもの(SE**)
- T4b 癌の浸潤が直接他臓器まで及ぶもの(SI***)

- * 粘膜下組織(SM)への浸潤を亜分類する場合は、粘膜筋板から0.5mm未満のものをSM1あるいはpT1b1、それ以深をSM2あるいはpT1b2とする。
- ** 腫瘍が大網・小網内に浸潤しても漿膜に露出しない場合はT3とする。
- *** T4bでは浸潤臓器名を併記する。他臓器とは、肝、脾、横行結腸、脾、横隔膜、腹壁、副腎、小腸、後腹膜腔を指す。漿膜浸潤が大網・小網に波及する場合はT4bとはしない。横行結腸間膜への浸潤は、間膜内の血管または間膜後面まで波及する場合にT4bとする。(TNM分類では横行結腸間膜のみの浸潤はT4bとみなさない)

注：取扱い規約にはTisの規定が存在しない。

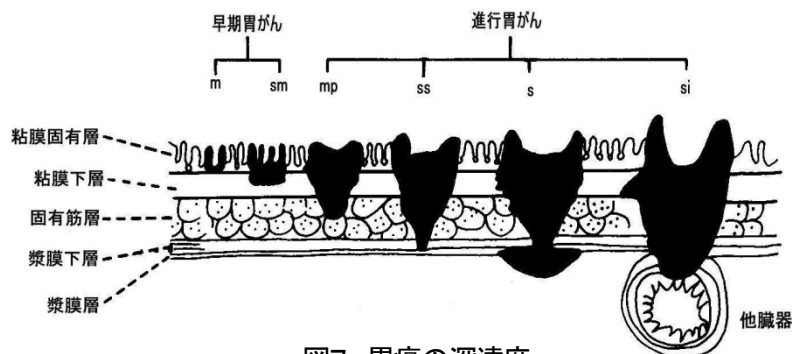


図7 胃癌の深達度

- 早期がん
浸潤が粘膜下層までのもの
(リンパ節転移の有無は関係なし)
- 進行がん
浸潤が固有筋層より深いもの

リンパ節転移の記載

No.1～12 および 14v を胃の領域リンパ節とし、これ以外のリンパ節転移を認めた場合は **M1** とする。

ただし、食道浸潤を有する場合は No.19、20、110、111 も領域リンパ節とする。

また残胃の癌で、初回手術時に残胃と空腸が吻合してある場合、吻合部の空腸間膜リンパ節も領域リンパ節とする。

NX	領域リンパ節に転移の有無が不明
N0	領域リンパ節に転移を認めない
N1	領域リンパ節に 1～2 個の転移を認める
N2	領域リンパ節に 3～6 個の転移を認める
N3	領域リンパ節に 7 個以上の転移を認める
N3a	7～15 個の転移を認める
N3b	16 個以上の転移を認める

領域リンパ節番号

1	右噴門
2	左噴門
3a	小彎(左胃動脈に沿う)
3b	小彎(右胃動脈に沿う)
4sa	大彎左群(短胃動脈に沿う)
4sb	大彎左群(左胃大網動脈に沿う)
4d	大彎左群(右胃大網動脈に沿う)
5	幽門上
6	幽門下
7	左胃動脈幹
8a	総肝動脈前上部
8p	総肝動脈後部
9	腹腔動脈周囲
10	脾門
11p	脾動脈幹近位
11d	脾動脈幹遠位
12a	肝十二指腸間膜内(肝動脈に沿う)
12b	肝十二指腸間膜内(胆管に沿う)
12p	肝十二指腸間膜内(門脈に沿う)
13	臍頭後部
14v	上腸間膜静脈に沿う
14a	上腸間膜動脈に沿う
15	中結腸動脈周囲
16a1	腹部大動脈周囲 a1
16a2	腹部大動脈周囲 a2
16b1	腹部大動脈周囲 b1
16b2	腹部大動脈周囲 b2
17	臍頭前部
18	下臍
19	横隔膜下
20	食道裂孔部
110	胸部下部傍食道
111	横膈上
112	後縦膈

その他の転移

その他の転移の有無と部位(M)

MX	領域リンパ節以外の転移の有無が不明である
M0	領域リンパ節以外の転移を認めない
M1	領域リンパ節以外の転移を認める

領域リンパ節以外の転移を有する場合は **M1** とし、その部位を記載する。部位は次のように表記する。

リンパ節(LYM)、皮膚(SKI)、肺(PUL)、骨髄(MAR)、骨(OSS)、胸膜(PLE)、脳(BRA)、髄膜(MEN)、副腎(ADR)、その他(OTH)

その他には、後腹膜癌症、卵巣転移(Krukenberg 腫瘍)を含む。

M1 のうち、特に腹膜転移(洗浄細胞診を含む)と肝転移は、以下のよう

に記載する。

腹膜転移 (TNM 表記では **M1 PER**)

PX	腹膜転移の有無が不明である
P0	腹膜転移を認めない
P1	腹膜転移を認める

腹腔細胞診 (TNM 表記では **M1 cy+**)

CYX	腹腔細胞診を行っていない
CY0	腹腔細胞診で癌細胞を認めない
CY1	腹腔細胞診で癌細胞を認める
* CY1 は M1 であり、遺残度 R1 (cy+) となる	

肝転移 (TNM 表記では **M1 HEP**)

HX	肝転移の有無が不明である
H0	肝転移を認めない
H1	肝転移を認める

取扱い規約【第 14 版】の進行度(Stage)

	N0	N1	N2	N3	T/Nに関わらず M1
T1a(M) T1b(SM)	I A	I B	II A	II B	IV
T2(MP)	I B	II A	II B	III A	IV
T3(SS)	II A	II B	III A	III B	IV
T4a(SE)	II B	III A	III B	III C	IV
T4b(SI)	III B	III B	III C	III C	IV
T/Nに関わらず M1	IV	IV	IV	IV	IV