

径 10mm 以下の小胃癌ないし 5 mm 以下の微小胃癌が飛躍的に多く発見されるようになり、大部分は陥凹型病変で占められている。それらの治療法を決定する上で、肉眼像からの組織所見推定は重要である。本研究では陥凹性小胃癌の肉眼形態と組織所見の相関につき病理学的検討を加えた。

【材料】陥凹型小胃癌 426 症例 460 病変（微小胃癌 194 症例 215 病変を含む）。全例ホルマリン固定パラフィン包埋。

【方法】肉眼所見は 1) 肉眼型, 2) 腫瘍径, 3) 色調, 4) 辺縁境界, 5) 表面性状, 6) 辺縁性状, 7) 非癌粘膜島有無の各項目につき検討した。組織所見は 1) 組織分化型, 2) 異型度, 3) 粘液形質の各項目につき検討した。粘液形質は MUC5AC, HGM, MUC6, M-GGMC-1, MUC2, CD10 の免疫染色結果から評価した。

【結果】

- 1) 分化型癌は全体の 85.7% を占め、褐色色調を呈し (76.6%) 表面には胃小区類似構造がみられた (94.2%)。
- 2) 低分化型癌は 8.5% と少数であったが、退色色調 (87.2%)、辺縁切り崩し像や非癌粘膜島形成 (48.7%) が特徴的に観察された。
- 3) 高異型度癌と低異型度癌はほぼ同率 (51.3% vs. 48.7%) で、前者ではより褐色色調が強調される傾向がみられた。
- 4) 胃型形質癌は腸型形質癌に比して退色色調を呈しやすく (43.2% vs. 16.3%)、辺縁境界が不明瞭な傾向がみられた (54.5% vs. 24.5%)。
- 5) 胃型形質癌は陥凹底の顕微鏡下実測値が有意に浅かった ($0.34 \pm 0.09\text{mm}$)。

【考察】小胃癌ないし微小胃癌であっても、詳細な観察により肉眼所見と組織分化度および異型度との間に一定の相関性を見出すことが可能であった。胃型形質癌は退色色調で浅い陥凹底を呈しやすく、肉眼的に境界不明瞭な要因の 1 つと推定された。

6 最近の胃管癌症例の検討

番場 竹生・小杉 伸一・神田 達夫
大橋 学・島山 勝義・小林 正明*
竹内 学*

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科学分野 (第一外科)
同 消化器内科学分野 (第三内科)*

【背景】近年、食道癌に対する手術手技・周術期管理および集学的治療の向上による長期予後の改善に伴い、胃管癌の報告例も増加している。当院における最近の胃管癌症例について検討した。

【対象】2004 年 10 月～2006 年 9 月までの 2 年間に胃管癌の診断にて治療を行った 10 症例 (全例男性, 平均年齢 68.7 歳)。

【患者背景】食道癌手術からの期間は 2 年 8 か月～16 年で、10 年以上経過して発症した症例は 4 例であった。腫瘍局在では胃管下部が 7 例と好発部位であった。治療は 7 例に内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) が、3 例に手術が施行された。発見契機をみると、ESD が行なわれた 7 例は全例が定期的内視鏡検査であったが、手術が行なわれた 3 例のうち 2 例は何らかの自覚症状にて発見された。前回内視鏡からの期間は 3 か月から 5 年 9 か月 (中央値 1 年 3 か月) であった。

【ESD 症例】肉眼型は 0-II a が 3 例, 0-II c が 4 例であり、6 例が分化型癌であったが、1 例は未分化癌であった。深達度は m が 4 例, sm1 が 3 例 (うち脈管侵襲陽性 2 例) であった。病変の長径は 6 mm から 52mm (中央値 26mm)、粘膜癌 1 例で LM 陽性であった。

【手術症例】手術は 1 例に胃管部分切除術, 2 例に胃管全摘術および回結腸再建 (皮下経路) を施行された。手術時間は平均 10 時間 54 分であった。術後合併症としては 2 例に誤嚥性肺炎, 1 例に挙上腸管の壊死を認め長期入院を要した。

【考察】胃管癌症例においては、年齢、耐術性、再建経路の面から手術困難な症例や手術を希望されない症例も多くみられる。近年、ESD の導入により内視鏡的切除の適応が拡大していること、進行胃管癌に対する手術は侵襲が非常に大きいということに合わせて考えると、胃管癌に対しては可

能な限りESDによる治療を試みる事が望ましい。

【まとめ】食道癌術後は胃管癌の発症を念頭におきながら、少なくとも2年に1回は内視鏡検査を継続し、内視鏡的治療が可能な早期癌のうちに発見することが重要である。

7 TS-1+ドセタキセル併用療法が奏効した進行胃癌の1例

五十嵐 聡・秋山 修宏・本山 展隆
佐々木俊哉・伊藤 裕美・船越 和博
加藤 俊幸

県立がんセンター新潟病院内科

症例は70歳、男性。上腹部痛で発症し、3型胃癌、多発性肝転移、癌性腹膜炎と診断された。CEA 48.1, CA125 656.2と腫瘍マーカーの上昇を認め、CTで肝両葉にわたる多発肝転移、多量の腹水、胃体部～胃角部の壁肥厚を認めた。TS-1 100mg/bodyを14日間内服、ドセタキセル(DOC) 40mg/m²を1日目に点滴静注するTS-1+DOC併用療法を行った。治療により、腫瘍マーカーは正常化、CT上肝転移は著明に縮小し、腹水の著明な減少、胃体部～胃角部の壁肥厚の改善を認めた。内視鏡検査で、胃体部小弯前壁を中心にみられた大きな3型腫瘍は縮小し、壁伸展も比較的良好となった。14コース終了後には、原発巣、転移巣ともにCT上指摘できなくなり現在も奏効を維持している。有害事象として、Grade3の白血球・好中球減少を認めたためG-CSF投与を行い対処し、TS-1, DOCを減量し治療を継続した。その他、食欲低下、悪心等はGrade2までと比較的軽微であり、外来化学療法が可能であった。TS-1+DOC併用療法は、第Ⅱ相試験にて奏効率56.3%, MST 430日と報告されており、癌性腹膜炎を有する症例や、スキルス胃癌にも効果があるとの報告もみられる。また、有害事象が比較的軽微なことにより、患者のQOLを保ちつつ外来治療が可能な治療法と考えられる。腹膜転移を有する進行胃癌に対する一選択肢と考えられた。

8 胃癌のリンパ節群分類：転移部位か転移個数か？

藍澤喜久雄・佐野 文・森岡 伸浩
鳥越 貴行・宮下 薫

燕労災病院外科

胃癌における転移リンパ節個数の臨床的意義、とくに予後因子としての有用性を検討、さらに胃癌取り扱い規約(JCGC)とTNM分類を比較した。リンパ節転移陽性例の転移リンパ節個数は平均8.5個で、T因子、N因子、占居部位、肉眼型、組織型、リンパ管侵襲、腫瘍サイズと関連していた。JCGCとTNM分類を比較すると、各N stage、およびStageは、ほぼ同じ分布であった。5年生存率は、JCGC N stageでは、N1; 80.2%, N2; 45.1%, N3; 18.0%であった。TNM N stageでは、pN1; 77.9%, pN2; 45.8%, pN3; 3.2%とpN3は極めて低い値であった。また、JCGCの各N stageにおいて、とくにN2において転移個数は有意の予後規定因子であった。しかし、TNMの各N stageで、JCGC N stageの5生率に与える影響は少なかった。以上より、転移リンパ節個数は、胃癌の進展・悪性度と相関する。予後に与えるインパクトは、転移部位より転移個数の方が大きい。

9 上部胃癌に対する腹腔鏡下手術

桑原 史郎・片柳 憲雄・狩俣 弘幸
中野 雅人・長谷川智行・横山 直行
山崎 俊幸・大谷 哲也・斎藤 英樹

新潟市民病院外科

上部胃癌に対する腹腔鏡補助下胃切除術の成績

【目的】2003年7月よりT1N0上部胃癌に対し、腹腔鏡補助下胃全摘(LATG)を、2005年5月より腹腔鏡補助下噴門側胃切除(LAPG)を導入し、現在までにそれぞれ19例に施行した。これらの臨床成績を明らかにする。

【手術手技】5ポートで施行し手術時間短縮のためにLiga Sureを使用する。大網を切開し左胃大網動静脈、短胃動静脈を切離する。LAPGの場合には小網切離の後に胃切離を施行し、LATGでは5, 6郭清の後に十二指腸切離を行う。その後8a,