

胃 Stomach (C16)

胃に原発する悪性腫瘍は ICD-O 分類の場合、局在コード「C16」に分類される。

胃に発生したリンパ腫、肉腫についての病期分類や病理組織型はそれぞれの章を参照。

	ICD-O局在	取扱い規約	診療情報所見	備考
腫瘍占居部位	C15.	E(食道)	食道(C15.)を参照	
	C.16.0	U, NOS	噴門, NOS (胃噴門) 噴門食道接合部 (食道胃接合部) (胃食道接合部)	
	C16.1		胃底部 (胃底)	ICDコードに該当する取扱い規約部位コードなし
	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	胃小弯, NOS	2004年診断症例以降、胃角に癌が発生した際の局在コードは、C16.5を割り当てる
	C16.6		胃大弯, NOS	ICDコードに該当する取扱い規約部位コードなし
	C16.8		胃の境界部病巣 胃前壁, NOS 胃後壁, NOS	ICDコードに該当する取扱い規約部位コードなし
	C16.9	上記部位の記載が全くなく”胃”の記載のみなもの	胃, NOS(部位不明)	

※ICD-O局在コードと取扱い規約の占居部位は、1対1で対応しないが、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)、上記対応表に基づき、ICD-O局在コードを割り当てる。

なお、診療録、手術記録、病理報告書等から、ICD-Oで定める局在を特定できる場合は、その記載を参照する。

1. 概要

わが国における 2004 年の胃がん粗死亡率(人口 10 万対)は男 53.3、女 27.4、年齢調整死亡率は、男 34.2、女 13.2 である。悪性新生物死亡全体に占める割合も年々低下傾向にあり、2004 年は男性 17.0%、女性 13.9%となっている(男性第 2 位、女性第 1 位)。

2000 年における全国推計年齢調整罹患率(人口 10 万対)は男性 83.2、女性 31.6 である(男性第 1 位、女性第 2 位)。

2. 解剖

原発部位

胃は腹部消化管の最初の区域であり、胃食道接合部(esophagogastric junction, EGJ)から幽門(pylorus)までの部分を指す。近位部は横隔膜直下にあつて、噴門(cardia)と呼ばれている。以下、胃体部(gastric body)となり、幽門洞(antrum)へとつながる。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(図 1)。胃の内側曲部および外側曲部は、それぞれ小弯(lesser curvature)および大弯(greater curvature)と言われる(図 2)。

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、体部の後面には膈体部、体部の大弯外側に

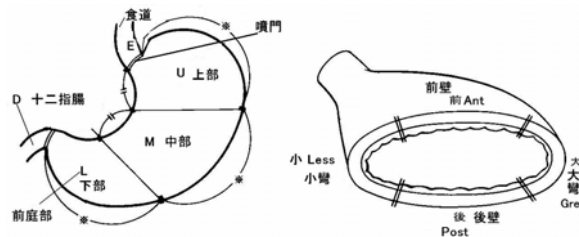


図 2 胃の 3 領域区分と胃壁の断面区分

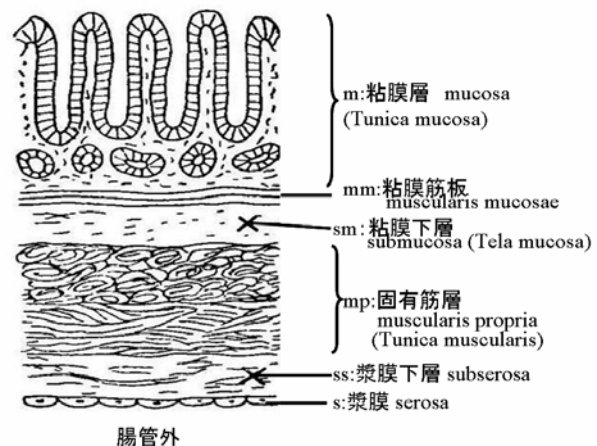


図 3 胃壁断面組織像 (P.N.A. 1960 による)

脾臓、小弯の右側には肝臓下面が存在する。(隣接臓器の図)

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3)。

所属リンパ節

胃癌に関連する所属リンパ節には、噴門部から腹部大動脈周囲にかけてのさまざまなリンパ節が含まれる。所属リンパ節の定義については、TNM 分類と取扱い規約では若干異なるため、病期分類でリンパ節転移を考慮する場合は、注意が必要である。

遠隔転移

頻繁に見られる遠隔転移は、肝臓への転移、腹膜表面への播種や所属リンパ節より遠隔のリンパ節転移である。肺や脳への転移は少ない。

【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4、図5)。

- 0型 表在型 病変の肉眼形態が、軽度な隆起や陥凹を示すにすぎないもの
- 1型 腫瘤型 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もの
- 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堤を形成するが周堤と周囲粘膜との境界が不明瞭なもの
- 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形態を示すもの

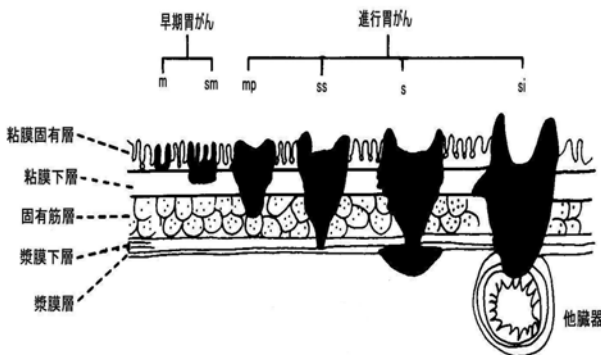
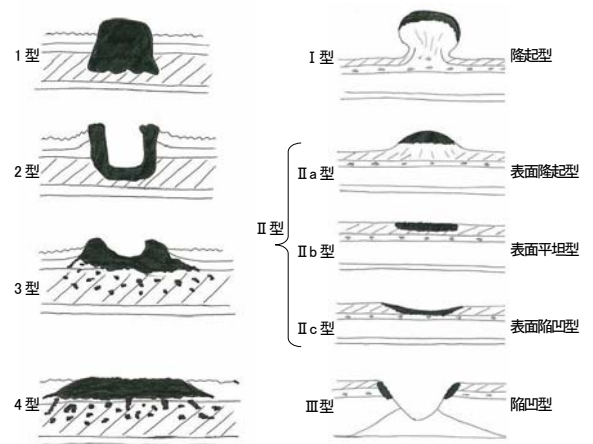


図4 胃癌の深達度



1～4型の胃癌 0型(表在型)胃癌

図5 胃癌の形態の肉眼分類

慣例的に粘膜下層までにとどまる胃癌を早期胃癌、それ以上浸潤する胃癌を進行胃癌と称する。

3. 病期分類

3. 1) TNM 分類 (UICC 第 6 版、2002 年)

T、N、Mをそれぞれ分類し、病期を決定する。

T-原発腫瘍

原発腫瘍の深達度によって決定される。T2 はさらに T2a (固有筋層まで浸潤) と T2b (漿膜下層まで浸潤) に分けて分類される。これは、たとえ T2a あるいは T2b の病変を含んだステージ分類に違いがなくても、両者の壁内局在位置を区別することを目的としている。

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: 粘膜固有層に浸潤していない上皮内癌
T1	粘膜固有層または粘膜下層に浸潤する腫瘍
T2	固有筋層または漿膜下層に浸潤する腫瘍 ¹
	T2a 固有筋層に浸潤する腫瘍
	T2b 漿膜下層に浸潤する腫瘍
T3	漿膜(臓側腹膜)に浸潤しているが、隣接臓器にまで浸潤していない腫瘍 ^{注1,2,3}
T4	隣接臓器にまで浸潤している腫瘍

注1: 漿膜下浸潤腫瘍では、たとえ胃結腸間膜や胃肝間膜、あるいは大網や小大網を進展した場合でも、それらの漿膜が浸潤されなければ T2 に分類する。これら胃間膜や大・小網の漿膜に浸潤が及んだときには、T3 に分類する。

注2: 胃の隣接臓器とは脾、横行結腸、肝、横膈膜、膵、腹壁、副腎、腎、小腸、後腹膜を指す。

注3: 胃から十二指腸や食道に浸潤が及んでいる場合には、これらの中でもっとも深い深達度により分類する。

N-所属リンパ節 (表1参照)

小彎と大彎に沿う胃周囲リンパ節 (perigastric nodes)、および左胃動脈、総肝動脈、脾動脈、腹腔動脈、に沿うリンパ節と肝十二指腸靭帯内リンパ節である。食道胃接合部癌の所属リンパ節は、左右噴門、腹腔動脈、横膈膜上下、および下部縦隔傍食道リンパ節である。

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	1-6 個の所属リンパ節転移
N2	7-15 個の所属リンパ節転移
N3	16 個以上の所属リンパ節転移

M-遠隔転移

膵裏面、腸間膜、大動脈周囲など、そのほかの腹腔内リンパ節への転移は遠隔転移に分類する (TNM 分類 6th p.65)

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

参照: UICC TNM 悪性腫瘍の分類 第 6 版 日本語訳 pp.65-68 (金原出版: 2003)

表1. TNM分類での胃の所属リンパ節

UICC TNM分類での所属リンパ節群	取扱い規約でのリンパ節番号
胃癌	
胃周囲リンパ節	
右噴門	No.1
左噴門	No.2
小彎	No.3
大彎	No.4
幽門上	No.5
幽門下	No.6
左胃動脈	No.7
総肝動脈	No.8
腹腔動脈	No.9
脾門	No.10
脾動脈	No.11
肝十二指腸靭帯	No.12
食道胃接合部癌	
右噴門	No.1
左噴門	No.2
腹腔動脈	No.9
横膈膜下	No.19
下部縦隔傍食道	No.110
横膈膜上	No.111
遠隔転移とされるリンパ節	
膵裏面	No.13
腸間膜	No.14
大動脈周囲	No.16
その他の腹腔内リンパ節	
中結腸動脈周囲	No.15
膵頭前部	No.17
下膵	No.18
横膈膜下	No.19

3. 2) 臨床進行度分類

- | | |
|-------------|-----------------------------------|
| 1 限局 : | 漿膜下層(組織)までにとどまる(漿膜表面に露出していない)。 |
| 2 所属リンパ節転移: | 所属リンパ節への転移を伴う。 |
| 3 隣接臓器浸潤: | 漿膜まで浸潤している、もしくは、隣接組織、臓器に直接浸潤している。 |
| 4 遠隔転移: | 遠隔転移があるもの。 |

3. 3) 取扱い規約(胃癌取扱い規約 1999 年 6 月【第 13 版】)

胃壁深達度: depth of tumor invasion

- | | |
|----|--|
| T1 | 癌の浸潤が粘膜(M)または粘膜下組織(SM)にとどまるもの |
| T2 | 癌の浸潤が粘膜下組織を超えているが、固有筋層(MP)または漿膜下組織(SS)にとどまるもの |
| T3 | 癌の浸潤が漿膜下組織を超えて漿膜に接しているか、またはこれを破って遊離腹腔に露出しているもの(SE) |
| T4 | 癌の浸潤が直接多臓器まで及ぶもの(SI) |
| TX | 癌の浸潤の深さが不明なもの |

リンパ節転移の程度

占居部位(図2)により所属リンパ節の定義が異なる:臨床・病理 胃癌取扱い規約 1999 年 6 月【第 6 版】p.7-13

- | | |
|----|--------------------|
| N0 | リンパ節転移を認めない |
| N1 | 第 1 群リンパ節のみに転移を認める |
| N2 | 第 2 群リンパ節まで転移を認める |
| N3 | 第 3 群リンパ節まで転移を認める |
| NX | リンパ節転移の程度が不明である |

肝転移

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

腹膜転移

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

腹腔細胞診

- | | |
|-----|----------------|
| 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 |
| CYX | 腹腔細胞診を行っていない |

注 1) Suspicious malignancy は CY0 とする。

注 2) CY1 は Stage IV であり、手術法にかかわらず根治度 C である。(例) P1CY1 であれば P1 を切除しても根治度 C である。

遠隔転移

- | | |
|----|--------------------------------|
| M0 | 肝転移、腹膜転移および腹腔細胞診陽性以外の遠隔転移を認めない |
| M1 | 肝転移、腹膜転移および腹腔細胞診陽性以外の遠隔転移を認める |
| MX | 遠隔転移の有無が不明である |

M1 のときはその部位を必ず記載する。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)
その他(OTH)

(胃癌取扱い規約 1999 年 6 月(第 13 版)P.6-13 引用)

4. 進行度(ステージ)

表3 TNM分類(UICC)、臨床進行度の関係

TNM分類 (ステージ)	N0	N1	N2	N3
Tis	0			
T1	1a	1b	2	4
T2a	1b	2	3a	4
T2b	1b	2	3a	4
T3	2	3a	3b	4
T4	3a	4	4	4
M1	4	4	4	4

TNM分類と進展度	N0	N1(1-6個)	N2 (7-15個)	N3(16個以上)
T1	限局(m,ms)	所属リンパ節	所属リンパ節	所属リンパ節
T2a	限局(mp,ss)	所属リンパ節	所属リンパ節	所属リンパ節
T2b	限局(mp,ss)	所属リンパ節	所属リンパ節	所属リンパ節
T3	隣接臓器浸潤(se)	隣接臓器浸潤(se)	隣接臓器浸潤(se)	隣接臓器浸潤(se)
T4	隣接臓器浸潤(si)	隣接臓器浸潤(se)	隣接臓器浸潤(se)	隣接臓器浸潤(se)
M1	遠隔転移	遠隔転移	遠隔転移	遠隔転移
隣表面,腸間膜,大動脈 周囲リンパ節転移	遠隔転移	遠隔転移	遠隔転移	遠隔転移

TNM分類における胃の隣接臓器区分: 脾、横行結腸、肝、横隔膜、膵、腹壁、副腎、腎、小腸、後腹膜

胃癌取扱い規約(13版)と進展度	N0	N1	N2	N3
T1(M/SM)	限局	所属リンパ転移	所属リンパ転移	遠隔転移
T2	限局	所属リンパ転移	所属リンパ転移	遠隔転移
T3	隣接臓器浸	隣接臓器浸	隣接臓器浸	遠隔転移
T4	隣接臓器浸	隣接臓器浸	隣接臓器浸	遠隔転移
H1,P1, CY1, M1	遠隔転移	遠隔転移	遠隔転移	遠隔転移

5. 取り扱い規約により記載される診療情報から TNM 分類(UICC)への変換

胃癌取り扱い規約分類コードから TNM 分類への変換にあたっては、以下の事項に注意する。

- 1) ICD-O-3 局在コード(3 桁目)と取り扱い規約の部位の変換について
以下の対応表に従い行う。

	取り扱い規約	ICD-O局在	診療情報所見
腫瘍占居部位	E(食道)	C15_	食道(C15_)を参照
	U, NOS	C.16.0	噴門, NOS (胃噴門) 噴門食道接合部 (食道胃接合部) (胃食道接合部)
	M, NOS	C16.2	胃体部 (胃体)
	L, NOS	C16.3	胃前庭部 幽門前庭

※診療録、手術記録、病理報告書等から、ICD-Oによる局在を特定できる場合は、その部位を尊重する。

2) 壁深達度(T)、所属リンパ節転移(N)、遠隔転移(M)に関する取り扱い規約分類コードから TNM 分類(UICC)への変換

	胃癌取り扱い規約(第13版)による分類コード	変換に要する追加情報	UICC TNM分類	臨床進行度
原発腫瘍	取り扱い規約分類コードとUICC TNM分類コードとほぼ同じである。	T1 (M, SM)	T1	1 限局
		T2 (MP, SS)		
		T3 (SE)	T3	3 隣接臓器浸潤
		T4 (SI)	T4	
所属リンパ節転移	N1, N2 ※取り扱い規約のN1群、N2群リンパ節が、UICC TNM分類における所属リンパ節に完全に一致するわけではない。	所属リンパ節転移個数 1-6個	N1	2 所属リンパ節転移 ※ただし、腫瘍の部位(M・LかU)で異なる。遠隔転移を参照)
		所属リンパ節転移個数 7-15個	N2	
		所属リンパ節転移個数 16個以上	N3	
遠隔転移	肝転移(H1) 腹膜転移(P1) 腹腔内細胞診(CY1) 遠隔転移(M1)			4 遠隔転移
	N3 ※取り扱い規約のN3群リンパ節すべてが、UICC TNM分類における所属リンパ節外とは限らない。腫瘍の部位により異なる。	C16.1~C16.9(MもしくはL): 隣頭後部リンパ節(No.13)より遠位(リンパ節番号が13以降)のリンパ節への転移が認められる C16.0(U): No.1, 2, 9, 19, 110, 111以外へのリンパ節転移がある	M1	

(※)TNM分類における所属リンパ節小彎と大彎に沿う胃周囲リンパ節(perigastric nodes)、および左胃動脈、総肝動脈、脾動脈、腹腔動脈、に沿うリンパ節と肝十二指腸靱帯内リンパ節である。食道胃接合部癌の所属リンパ節は、左右噴門、腹腔動脈、横隔膜上下、および下部縦隔傍食道リンパ節である(表1)。

6. 形態コード - 胃

病理組織名(日本語)	英語表記	形態コード
腺癌, NOS	Adenocarcinoma, NOS	8140/3
乳頭腺癌	Papillary adenocarcinoma (pap)	8260/3
管状腺癌	Tubular adenocarcinoma (tub)	8211/3
高分化型	well differentiated type (tub1)	8211/31
中分化型	moderately differentiated type (tub2)	8211/32
低分化腺癌	Poorly differentiated adenocarcinoma (por)	8140/33
充実型	solid type (por1)	8140/33
非充実型	non-solid type (por2)	8140/33
印環細胞癌	Signet-ring cell carcinoma (sig)	8490/3
粘液癌	Mucinous adenocarcinoma (muc)	8480/3
腺扁平上皮癌	Adenosquamous carcinoma	8560/3
扁平上皮癌	Squamous cell carcinoma	8070/3
カルチノイド腫瘍	Carcinoid tumor	8240/3
小細胞癌(内分泌細胞癌)	Small cell carcinoma (Endocrine cell carcinoma)	8246/3
絨毛癌(絨毛上皮腫)	Choriocarcinoma (Chorioepithelioma)	9100/3
α -fetoprotein産生腺癌	α -fetoprotein-producing adenocarcinoma	8140/3
胃腸管間質腫瘍	Gastrointestinal stromal tumor (GIST), NOS	8936/1
MALTリンパ腫	MALT lymphoma	9699/36
(節外性辺縁層リンパ)	(Extranodal marginal zone B-cell lymphoma)	
びまん性大細胞型リン	Diffuse large B-cell lymphoma	9680/36
肉腫, NOS	Sarcoma, NOS	8800/3
未分化癌, NOS	Undifferentiated carcinoma, NOS	8020/34

*分化度のみの記載の場合、8140/3(腺癌)を採用する。例:中分化癌, 8140/32

*取扱い規約では、上皮内癌は存在しないが、ICD-Oのマトリックスに従い性状コードを2に振ることは可能。

*クルケンベルグ(Krukenberg)腫瘍という記載がある場合は、消化管の癌の両側卵巣への転移を意味する(胃癌原発およびsigが多い)。局在コードは、原発部位が明らかな場合はその部位コードを、不詳の場合は、C80.9とし、形態コードは、8140/3とする。

7. 根治度の評価(胃癌取扱い規約)

胃切除術後の根治度評価は原発巣を含めて胃切除術が行われた場合、その根治度についての評価を以下の3種に分類する。

根治度(curability)A → 癌の遺残(-)

根治度(curability)B → 癌の遺残の有無が不明瞭

根治度(curability)C → 癌の遺残(+)

1) 手術的および総合的評価

原発巣を含めて切除が行われた場合、手術および手術標本を用いた病理学的診断結果も加味した総合的根治度を表4のように評価し、記載する。

表4 切除後の根治度の評価

手術的/ 総合的	T	N・D*1	H	P	M	PM・DM*2
根治度A	T1またはT2	N0・D1以上 または N1・D2以上	H0	P0	M0	切除断端 10mm 以内に癌浸 潤なし
根治度B	根治度Aおよび根治度C以外のもの					
根治度C	確実に癌の遺残があるもの					

*1 リンパ節郭清程度の分類

D0: 第1群リンパ節の郭清を行わないか、その郭清が不完全なもの

D1: 第1群リンパ節のみの郭清を行ったもの

D2: 第1群リンパ節および第2群リンパ節の郭清を行ったもの

D3: 第1群、第2群および第3群リンパ節の郭清を行ったもの

*2 切除断端における癌浸潤の有無の判定

- 1) 近位(口側)断端(PM: proximal margin)
 PM(-): 近位断端に癌浸潤を認めない。
 PM(+): 近位断端に癌浸潤を認める。
 PMX: 近位断端に癌浸潤が不明である。
- 2) 遠位(肛門側)断端(DM: Distal margin)
 DM(-): 遠位断端に癌浸潤を認めない。
 DM(+): 遠位断端に癌浸潤を認める。
 DMX: 遠位断端に癌浸潤が不明である。

2) 粘膜切除後の根治度の評価

内視鏡、腹腔鏡を用いて、一括または分割による粘膜切除 (EMR: endoscopic mucosal resection) を行った場合は、その総合的根治度の評価を表5のように記載する。分割切除とは治療施行前に分割を予定術式としたものである。また分割切除においては、標本の再構築により組織学的検索を行ってこれら进行评估する。

2mm 間隔の切り出しによる検査を行い、病理組織学的事項が判明した時点で表 5 のように評価する。なお、現時点での粘膜切除術の適応は、組織型 pap, tub で大きさ2cm 以内の隆起性病変または1cm 以内で潰瘍性病変のない陥凹性病変とする施設が多い。また分割切除例で標本の再構築が肉眼的、病理組織学的に可能な場合はEB,またはECとする。

表5 粘膜切除後の根治度の評価

総合的根治度	深達度	組織型	癌巣内潰瘍	VM,LM ^{*1}	ly・v ^{*2}
EA(根治度A)	M	pap ^{*3} または tub ^{*4}	潰瘍性病変 なし	VM(-) LMの1mm*5以内 に癌浸潤なし	ly0 v0
EB(根治度B)	EAおよびEC以外のもの				
EC(根治度C)	VM(+) またはLM(+)				

注)*5 LMの1mmは正常腺管で約10腺管幅に相当する

*1 切除断端における癌浸潤の有無の判定

水平断端(LM: lateral margin)および垂直(粘膜下層)断端(VM: vertical margin)。これらは粘膜切除標本について適用する。

- LM(-): 水平断端に癌浸潤を認めない。
 - LM(+): 水平断端に癌浸潤を認める。
 - LMX: 水平断端に癌浸潤が不明である
 - VM(-): 垂直断端に癌浸潤を認めない。
 - VM(+): 垂直断端に癌浸潤を認める。
 - VMX: 垂直断端に癌浸潤が不明である
- *2 ly: リンパ管侵襲, v: 静脈侵襲
 *3 pap: 乳頭腺癌
 *4 tub: 管状腺癌(高分化型:tub1、中分化型:tub2と分類)
 *5 LMの1mmは正常腺管で約10腺管幅に相当する

8. 診断検査

1) 内視鏡検査(胃生検含む)

スクリーニングに最も利用されている。生検組織診を併用することにより確定診断に至る。治療前には、浸潤範囲、深達度の評価に用いられる。

2) X線透視検査

以前、スクリーニングに用いられていたが、現在は、内視鏡検査にその位置がとって代わられた。治療前の浸潤範囲、深達度の評価に用いられる。

3) CT/MRI 検査

治療前に遠隔・リンパ節転移の評価、腹水の有無、他臓器浸潤の評価に用いられる。

4) 超音波検査(超音波内視鏡検査含む)

体外式超音波は治療前に遠隔・リンパ節転移の評価、腹水の有無、他臓器浸潤の評価に用いられる。超音波内視鏡は治療前に深達度の評価に用いられる。

5) 腫瘍マーカー

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

9. 治療

1) 外科的治療

(1) 手術療法

幽門側胃切除術(胃垂全摘術): 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 幽門輪を温存する術式。癌が幽門輪より十分に離れている場合などに行われる場合がある。

局所(部分)切除術: Wedge resection

(2) 体腔鏡的治療

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。

(3) 内視鏡的治療

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方法。一般的に 2cm 以上の標本は一括では採取できない。

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 以上の大きな標本を採取することができる。

2) 放射線治療

3) 薬物治療

(1) 化学療法(単剤または併用で使用される薬剤名、略語、商品名)

単剤: 5-FU (5-Fu), mitomycin C (MMC, マイトマイシン), cisplatin (CDDP, ランダ, プリプラチン), irinotecan (CPT-11, トポテシン, カンプト), docetaxel (DOC, タキソテール), paclitaxel (PTX, タキソール), tegafur/uracil (UFT, ユーエフティ), 5'-doxifluridine (5'-DFUR, フルツロン), S-1 (TS-1, ティーエスワン), methotrexate (MTX, メソトレキセート)

(2) 免疫療法・BRM(単剤または併用で使用される薬剤名、略語、商品名)

loicovorin (LV, ロイコボリン)

4) その他の治療

治療 胃癌

I. 胃癌

化学療法

表1 胃がんにおける化学療法一覧

治療法名	略名	英語表記(一般名)	日本語名(一般名)	日本語名(商品名)
代表的化学療法				
5-FU単独	5-FU	fluorouracil	フルオロウラシル	5-FU
FP療法	5-FU CDDP	fluorouracil cisplatin	フルオロウラシル シスプラチン	5-FU ランダ、プリプラチン
CDDP+CPT-11	CPT-11 CDDP	irinotecan cisplatin	イリノテカン シスプラチン	トポテシン、カンプト ランダ、プリプラチン
FAMTX	5-FU MTX ADR	fluorouracil Methotrexate doxorubicin	フルオロウラシル メトトレキサート ドキシソルビシン	5-FU メトトレキサート アドリアシン
ECF CDDP+VNB	EPI CDDP 5-FU	epirubicin cisplatin fluorouracil	塩酸エピルビシン シスプラチン フルオロウラシル	ファルモルビシン ランダ、プリプラチン 5-FU
その他	MMC CDDP CPT-11 DOC PTX UFT 5'-DFUR TS-1 MTX LV	mitomycin C cisplatin irinotecan docetaxel paclitaxel tegaer/uracil 5'-doxifluridine S-1 methotrexate loicovorin	マイトマイシンC シスプラチン イリノテカン ドセタキセル パクリタキセル テガフル・ウラシ ル配合 ドキシフルリジン テガフル・ギメラシ ル・オテラシルカリウ ム配合 メトトレキサート ホリナートカルシウム	マイトマイシン ランダ、プリプラチン トポテシン、カンプト タキソテル タキソール ユーエフティ フルツロン ティーエスワン メソトレキセート ロイコボリン
代表的免疫療法・BRM				

II. 胃悪性リンパ腫

表2 胃悪性リンパ腫における治療法一覧

治療法名	略名	英語表記(一般名)	日本語名(一般名)	日本語名(商品名)
1. 限局型低悪性度リンパ腫				
1) low-grade MALTリンパ腫				
<i>H.pylori</i> 除菌療法			ランソプラゾール クラリスロマイシン アモキシシリン	タケプロン クラリシッド サワシリン
放射線療法				
2) high-grade リンパ腫				
外科的切除				
胃全摘+D2リンパ節郭清				
術後化学療法				
CHOP療法	CPA ADR VCR PSL	cyclophosphamide doxorubicin vincristine prednisolone	シクロフォスファミド ドキシソルビシン ビンクリスチン プレゾニゾン	エンドキサン アドリアシン オンコピン プレドニン
放射線療法+CHOP療法				
手術不能例に対して				
2. 進行期リンパ腫				
1) 低悪性度リンパ腫				
CHOP, COP療法といった全身化学療法				
2) 中・高悪性度リンパ腫				
多剤併用療法 (CHOP)				

10. 登録に必要な英語の用語一覧

11. 略語一覧

EMR	endoscopic mucosal resection	内視鏡的粘膜切除術
ESD	endoscopic submucosal dissection	内視鏡的粘膜下層剥離術
GIF	gastro-intestinal fiberscope	胃腸内視鏡

GF		
GFS	gastrofiberscope	胃ファイバースコープ
EUS	endoscopic ultrasonography	超音波内視鏡
Tub 1	well differentiated tubular adenocarcinoma	高分化型管状腺癌
Tub 2	moderately differentiated adenocarcinoma	中分化型管状腺癌
Sig	signet-ring cell carcinoma	印環細胞癌<<胃癌取扱い規約>>
Sci	scirrhous	硬い、硬性の
circ	circumferential involvement	全周性

12. 参考文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 人口動態統計, 1958年から2004年
- 2) The Research Group for Population-based Cancer registration in Japan, Jap. J. Clin. Oncol., 36 (2006) (in press)
- 3) 日本胃癌学会編 胃癌取扱い規約 1999年6月 第13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 2004年4月改訂 第2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3版 2004年 (医学書院)