

胃がん診療のご案内



茨城県 都道府県がん診療連携拠点病院
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

胃がんとは

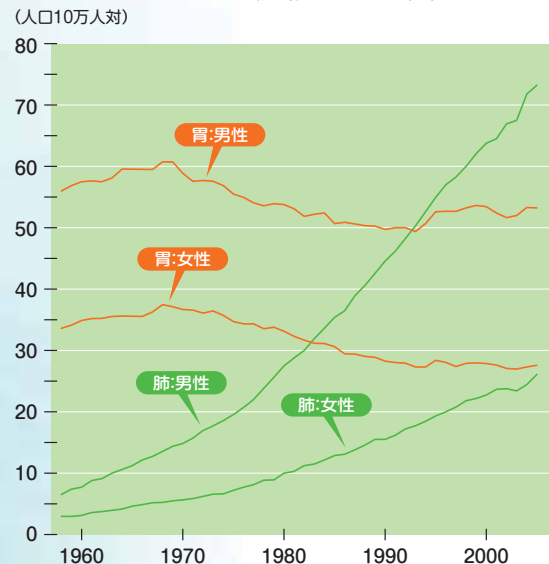
胃がんは長い間、日本人のがんによる死因の第1位でした。胃がんの死亡率は減少傾向にあり、男性では肺がんに次ぐ第2位、女性では大腸がんに次ぐ第2位となっています。2002年の全がん死亡者数は304,568名で、そのうち胃がんによる死亡者数は49,213名で、全がんの16.2%を占めています。死因としては減少傾向ではありますが、患者発症数としては相変わらず第1位であります。

ピロリ菌という細菌が胃がん発生と密接に関係していることが知られており、ピロリ菌の感染者は非感染者にくらべ、5.1倍胃がんになりやすいという報告があります。ピロリ菌は胃に住み着いて毒素を出し、胃粘膜を傷め、胃潰瘍や十二指腸潰瘍を起こすだけでなく、胃炎を引き起こして胃の機能を低下させ、さらに胃がんの原因になるとも言われています。ピロリ菌の検査は内視鏡検査時にも行えますが、内視鏡以外の検査（呼気テスト、血液検査、尿検査など）もあります。ピロリ菌の除菌治療は、胃・十二指腸潰瘍に限って保険の適用になっており、それ以外の場合は自費になります。

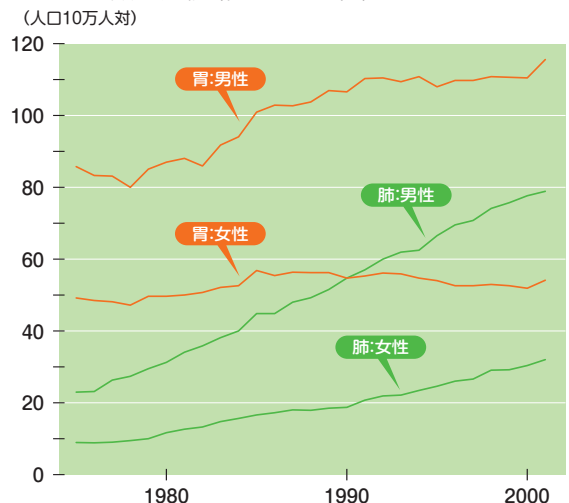
最近のがん治療の発展により、胃がんの治療成績は向上しました。早期胃がんの一部は手術なしで治る時代になりました。また、手術を行った場合でも早期胃がんは再発が極めて少なく、手術治療により良好な成績が得られています。進行胃がんの場合においても、新規抗がん剤の登場により、がんの進行をうまく抑えられることも以前と比較して多くなってきました。

胃がんの自覚症状は様々です。“胃が痛い”という症状から見つかることもありますし、血液を吐いてからはじめて検査を受けて見つかることもあります。また、全く症状がなく偶然見つかることもあります。症状がない場合には早期がんであることが多いですが、スキルス胃がんと言われる進行がんでは症状がない場合も多く注意が必要です。自覚症状が出るまで待っていたり、症状があるのに受診しなかったりすると、胃がんが発見された時には既にかなり進行していることにもなりかねません。症状によらず定期検診を受けることが、胃がんの早期診断・早期治療に大切であることは間違いのないと思われます。

がん死亡の各がんの推移（胃がんは2位）



がん患者数の推移（胃がんが1位）



[グラフ] 資料:国立がんセンターがん対策情報センター

当院の胃がん診療の特色

当院は全国がんセンター協議会加盟施設であり、都道府県がん診療連携拠点病院に指定されています。また、消化器悪性疾患の診療に必要な各種学会の認定施設であり、それぞれの領域の専門医が在籍しています。

学 会
認定施設

- 日本外科学会
- 日本消化器外科学会
- 日本消化器病学会
- 日本内科学会
- 日本臨床腫瘍学会
- 日本医学放射線学会
- 日本放射線腫瘍学会
- 日本消化器内視鏡学会
- 日本核医学会
- 日本病理学会
- 日本臨床細胞学会

[集学的治療とEBMの実践]

早期発見により胃がんの治療成績は向上致しました。胃がん治療の中心は手術治療ですが、内視鏡的切除や、高度進行胃がんに対する新規抗がん剤の登場によることも大きいと思われます。早期胃がんに対しては内視鏡的切除か開腹手術か、進行がんに対しては抗がん剤を併用するかどうか、画一的に行えない場合には、内科・外科・放射線科・病理部医師で十分に検討してから治療に入る様にしています。当院では、平成13年に承認・公開された胃がん治療ガイドラインに示された治療方針に基本的には基づいております。根拠に基づいた医療 (Evidence Based Medicine; EBM) の実践のために、質の高い臨床研究から得られた根拠 (エビデンス) を積極的に取り入れ、さらなる治療成績向上に繋がるように努めております。

当院の胃がん診療では、内視鏡的切除、抗がん剤治療に関してJCOG (Japan Clinical Oncology Group) の多施設共同研究に参加しており、これらの臨床試験に参加することも可能です。

[自己決定とQOLへの配慮]

各科の専門医による「がん相談専門外来 (セカンドオピニオン外来)」を行っているほか、平成19年1月に相談支援センターを開設致しました。相談支援センターでは様々な悩みや不安を抱える患者さんが安心して治療を受けられるよう、患者さんご本人やご家族を支援するため、看護師の相談員と医療ソーシャルワーカーが患者さんの利用できる助成制度や福祉サービスなどの様々な情報提供や相談業務を行っています。

また、緩和ケアや在宅治療など患者さんの生活の質 (QOL) を重視した医療への取り組みも積極的に行っています。

[消化器がんサワーボード]

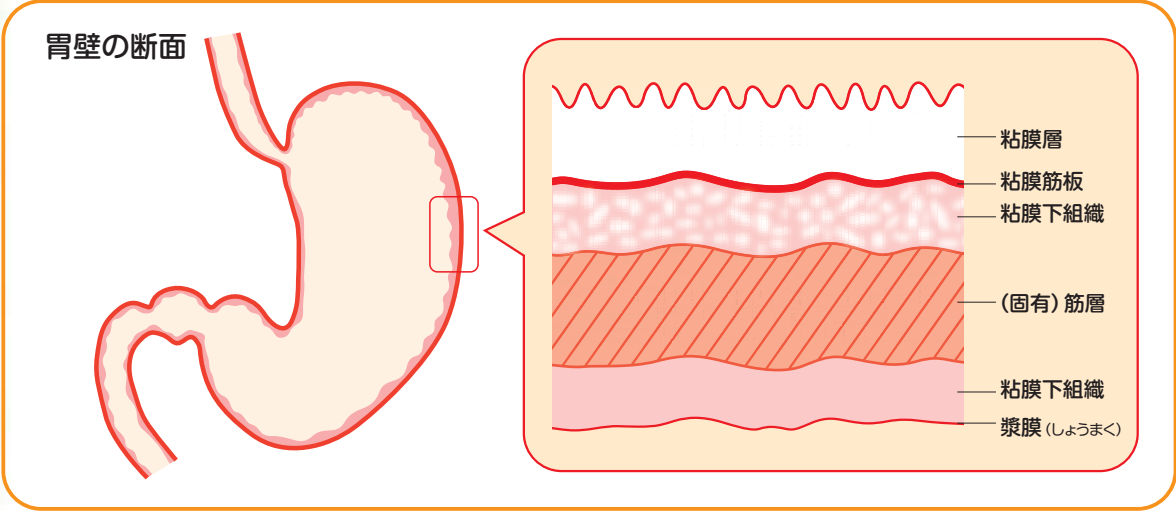
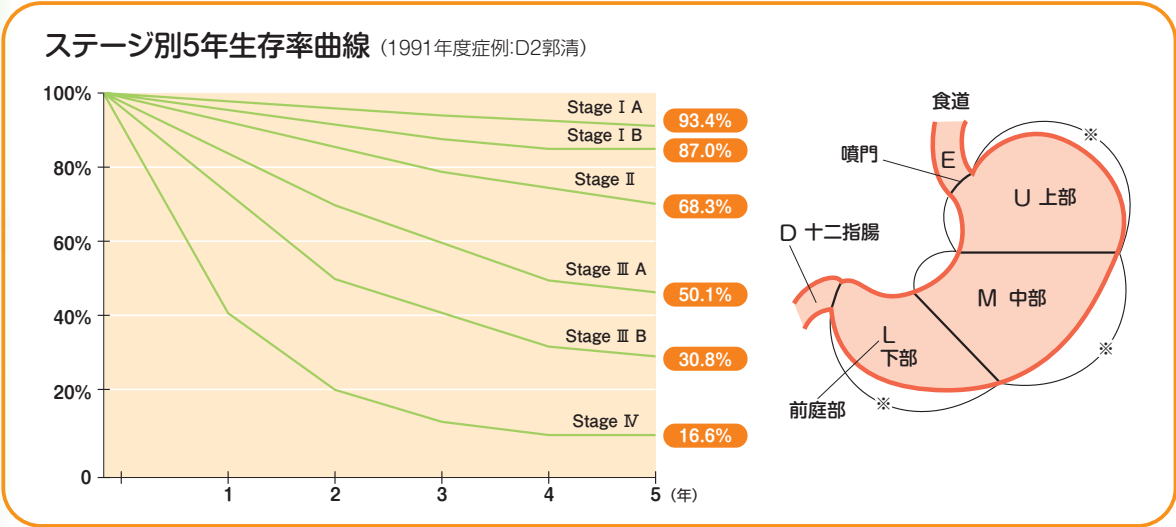


月1回水曜日に他院の先生と合同で症例検討を行っています。



毎週金曜日に開催されるカンファレンスでは治療方針を、手術治療、内科的治療、放射線治療の各担当科、病理医が集まって検討しています。

当院の胃がん診療の特色



定型手術 (D2) 後のStage別 (第12版)、部位別累積5年生存率 (%) (カッコ内症例数)

	+E	U	M	L	Whole*	Total
IA	71.4 (7)	88.0 (225)	95.1 (910)	93.0 (854)	100.0 (8)	93.4 (2030)
II B	68.8 (21)	82.5 (163)	91.0 (300)	86.6 (243)	57.1 (7)	87.0 (725)
II	44.9 (28)	63.7 (117)	72.7 (200)	66.1 (198)	66.6 (19)	68.3 (541)
III A	33.7 (30)	44.6 (137)	57.0 (150)	53.0 (167)	17.0 (25)	50.1 (485)
III B	21.7 (24)	26.2 (73)	35.4 (71)	35.2 (98)	10.1 (28)	30.8 (273)
IV	16.1 (40)	17.1 (120)	23.2 (92)	13.6 (152)	11.0 (67)	16.6 (440)
Total	35.9 (150)	61.3 (835)	82.6 (1723)	74.8 (1712)	25.6 (154)	73.7 (4494)

日本胃がん学会全国登録1991年度症例:初発胃がん切除例、D2施行症例全例、消息不明率8.0%、手術死他病死含む

*Whole:UML,MUL,MLU,LMUなどの全領域、+E:食道浸潤を伴うもの

胃がんの診断

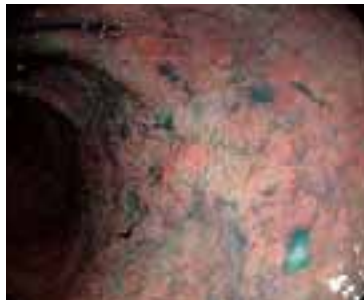
内視鏡検査

内視鏡により、胃の粘膜面を直接観察出来ます。直接観察できますので、レントゲン検査（胃バリウム検査）では見つけられないような小さいがんの発見や、粘膜の細かい病変を診断するのに最も良い検査だと思われます。必要があれば、色素を散布して病変の細かい変化や組織を採って病変の細胞の変化を調べたりすることが簡単にできますので、レントゲン検査では得られない多くの情報を手にすることができ、早期発見・診断が可能となります。胃がんが既に指摘されている患者さんにおいては、病変の広がり・深さを評価します。明らかな形態的变化がある場合もあれば、非常に分かりにくい場合もありますので、かかる検査時間は患者さんにより異なります。範囲の分かりにくい、特に早期胃がんでは病変の範囲をはっきりと認識できるように色素散布を行っていますが、インジゴカルミン・酢酸散布法による、より明瞭な病変認識を当院では試みています。

通常観察では見逃しやすい病変もインジゴカルミン・酢酸散布法では境界がはっきりと分かります。



通常観察



インジゴカルミン散布



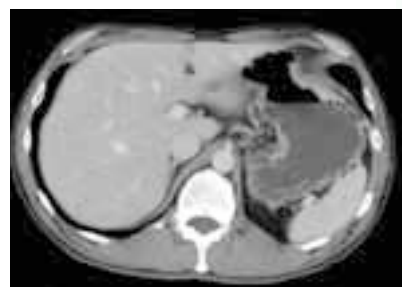
インジゴカルミン・酢酸散布

術前病理診断

内視鏡検査を施行した際に小さい組織片を採取（生検）し、その標本を病理医が顕微鏡で診断します。治療を進めるに際して病理診断は必須と考えておりますので、当院では必ず治療前に担当医が内視鏡検査を行い組織採取するようにしています。

放射線診断

内視鏡検査の後に胃がんが確定診断された後は、進行度を把握するために様々な検査が行われます。進行度を決定する上で必要な情報は、がんの深達度、転移巣が存在するか否かの評価が中心となります。胃透視（バリウム検査）では病変の位置や胃壁の硬さ、広がりを評価しますし、CT検査、超音波検査といった画像検査で、リンパ節、肝臓、肺、腹膜などへの転移、周囲臓器への浸潤があるかどうか、などを検索します。



胃がんの治療

基本的には平成13年に承認・公開された胃がん治療ガイドラインに示された治療方針に従っております。

日常診療におけるStage分類別の治療法の適応

	N0	N1	N2	N3
T1 (M)	IA EMR (一括切除) (分化型、2.0cm以下、 陥凹型ではUL (-)) 縮小手術A (上記以外)	IB 縮小手術B (2.0cm以下) 定型手術 (2.1cm以上) IB 縮小手術B (2.0cm以下) 定型手術 (2.1cm以上)	II 定型手術	IV 拡大手術 姑息手術 化学療法 放射線療法 緩和医療
T1 (SM)	IA 縮小手術A (分化型1.5cm以下) 縮小手術B (上記以外)			
T2	IB 定型手術	II 定型手術	ⅢA 定型手術	
T3	II 定型手術	ⅢA 定型手術	ⅢB 定型手術	
T4	ⅢA 拡大手術 (合切)	ⅢB 拡大手術 (合切)		
H1、P1、 CY1、M1、 再発				

1) 縮小手術A、B: 胃の2/3未満の切除 縮小手術A (D1+α) αの郭清部位: No.7、病変が下部にある場合はNo.7、8a 縮小手術B (D1+β) βの郭清部位: No.7、8a、9
2) 定型手術: 胃の2/3以上切除とD2郭清 3) 拡大手術 (合切): 定型手術+他臓器合併切除

外科的治療

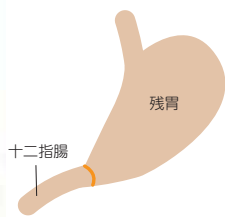
表に示す通り、進行した多くの胃がん症例は胃切除術の適応であり、外科的治療が胃がんの中心にあります。

[定型手術]

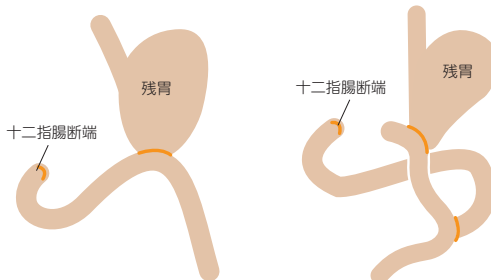
胃の2/3以上の切除と2群リンパ節郭清を伴う手術を指します。病期IB (T1N, 2cm以上、T2N0)、病期II、病期ⅢA (T2N2、T3N1)、病期ⅢB (T3N2) の症例が適応になります。腫瘍の存在部位により、幽門側胃切除もしくは胃全摘術が選択されます。

切除後には食事が通過できるようにつなぎ合わせる必要があります (吻合)。幽門側胃切除の後には、残った胃 (残胃) と十二指腸を直接吻合するビルロートI法 (図1) が多く選択されます。残胃と十二指腸の直接の吻合が難しい場合には、十二指腸断端は閉鎖し、残胃と空腸を吻合するビルロートII法 (図2) やルーワイ (Roux-en-Y) 法 (図3) などが選択されます。胃全摘後は全例ルーワイ法 (図4) による再建を行っております。

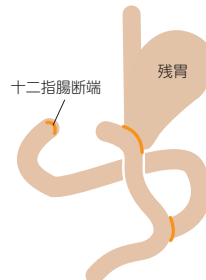
●幽門側胃切除



(図1) ビルロートI法

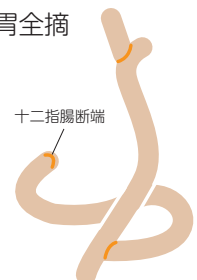


(図2) ビルロートII法



(図3) ルーワイ法

●胃全摘



(図4) ルーワイ法

【縮小手術】

定型手術と比較し切除範囲、リンパ節郭清範囲を縮小したものを指します。主にリンパ節転移のないと診断された早期胃がんが対象となります。

胃体部（胃の中央辺り）に存在する早期がんの場合には、胃の出口である幽門を残す幽門保存胃切除術を行うこともあります。胃から十二指腸への食物の排出の調整、胆汁などの逆流防止機構が温存されることで、術後のダンピング症状の防止、胆汁逆流による残胃炎の軽減、術後胆石の防止が期待されます。

早期胃がんで、次項の内視鏡的治療の対象にならない場合は、技術専門医による腹腔鏡手術の対象になることがあります。担当医にご相談下さい。

【拡大手術】

他臓器合併切除あるいは3群リンパ節郭清など、定型手術を超える胃切除を指します。高度に進行した胃がんでも大きく切除することで長期生存が得られることがあります。肝、脾に浸潤した胃がんが主な適応となります。



内視鏡的治療

【内視鏡下粘膜下剥離術（ESD）】

リンパ節転移のない早期胃がんでは、内視鏡下に胃壁の表層を切除するだけで根治効果が得られることがわかってきており、近年その治療施行例が増えてきております。特に内視鏡下粘膜下剥離術（ESD）の手法の導入により、技術的に内視鏡的に切除可能な病変が増えてきました。手術と比べ体への負担が小さい治療として注目されています。

リンパ節転移の有無は、CTなどの画像検査では100%の精度では診断できないのが現状です。ですので、過去の手術症例での結果をもとに、大きさ、組織型、深達度、がん病変内での潰瘍の有無などからリンパ節転移の可能性を推測しています。ESDにより切除された後に、リンパ節転移の可能性がある病変であると診断された場合には、患者さん側と相談の上、追加で開腹胃切除術を行うこともあります。

平成13年に公開された胃がん治療ガイドラインでは、内視鏡的切除の治療対象は「分化型胃がん、2cm以内、陥凹型は潰瘍なし、粘膜内がん」に限定されておりますが、これら以外にもリンパ節転移のないと考えられる胃がんはあり、近年ESDの適応拡大については盛んに議論されております。

現在、臨床試験（JCOG0607）に参加しており、粘膜内がんと考えられる病変で、潰瘍および潰瘍癒痕（潰瘍が以前にあって、それが治った後の変化）のない場合には腫瘍径が2cmを超えるもの、潰瘍もしくは潰瘍癒痕のある場合には腫瘍径が3cm以下の分化型胃がんを対象にESDを患者さんと相談の上行ってあります。



胃がんの治療

病理診断

患者さんの体から採取された病変の組織や細胞から顕微鏡標本を作成し、光学顕微鏡を用いて組織学的な検索・診断を行うのが病理診断です。手術中の迅速病理診断によって手術方針が決定されることも少なくありません。また、手術により摘出された標本の病理診断により最終的な病期が決定しますが、病期により再発予防を目的とした術後補助化学療法を行った方がよいか否かが分かります。胃がん診療において病理診断スタッフはなくてはならないものです。

【病理診断スタッフと業務】

当院では2名の常勤病理医（両名とも日本病理学会認定病理専門医および日本臨床細胞学会認定細胞診専門医）と3名の日本臨床細胞学会認定細胞検査士が勤務しております。

手術中の迅速診断

●腹腔洗浄細胞診

胃壁を深く浸潤した胃がんの場合は、胃壁を貫いてがんが腹腔内に露出していることもあります（T3）。開腹時にこのようながんであった場合には、すでにかん細胞が腹腔内に散らばっているかどうか、腹腔内の洗浄液中の細胞を病理医に診ていただくようにしています。

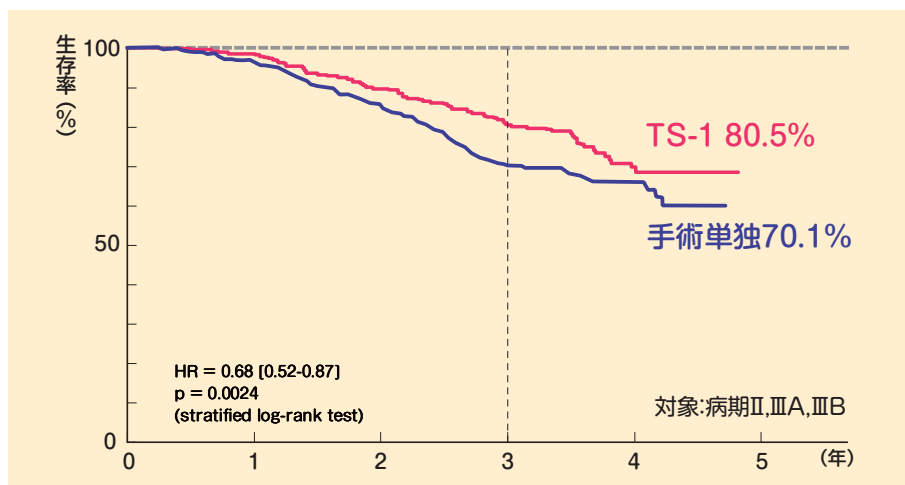
がん細胞が見つかった場合には、将来の腹膜再発の高危険群として治療されます。

●切離断端の迅速診断

胃がんは、存在範囲が見た目とほぼ同じタイプ（主に分化型）である場合と、表面では見えない範囲まで広く浸潤しているタイプ（主に未分化型）の場合とがあります。後者の場合には、見た目にはがんが取り切れている様に見えて、実は切ったところにまでがんが浸潤している場合があります。このような可能性が考えられる際には、切ってつなぐ予定の部位にがんが存在しているかどうか病理医に診ていただきます。

術後補助化学療法

手術で胃がんを取り切れたとしても残念ながら一定の頻度でがんが再び現れてきます（再発）。進行がんでは早期がんと比較し格段に再発頻度が高くなります。この再発をいかに少なくするかが胃がん治療の向上には不可欠です。



平成18年に初めて胃がんの術後補助化学療法に関するエビデンスが報告されました。TS-1という経口抗がん剤の有効性を示す臨床試験 (ACTS-GC) で、定型手術を行った病期Ⅱ、ⅢA、ⅢBの胃がん患者をTS-1 80~120mg/日を4週間服用、2週間休薬するサイクルを12カ月繰り返す群と、手術のみの群とに分けて比較しました。3年生存率は、TS-1群が80.5%であったのに対して手術単独だと70.1%という結果でした。進行胃がんに対して“再発予防”を目的とした経口抗癌剤治療が良さそうです。平成20年2月には、胃癌治療ガイドラインでTS-1が病期Ⅱ、ⅢA、ⅢB術後の標準治療としてよいとされています。

抗がん剤治療 (化学療法)

残念ながら手術で切除不能な段階で見つかった患者さんや、手術後に再発が見つかった患者さんに対しては抗がん剤が治療の中心となります。最近の抗がん剤の進歩により、がんが縮小することが増えてきました。患者さんの体重、体調にあわせてきめ細かく抗がん剤の量を調整しています。既出のTS-1、シスプラチン (CDDP)、タキソール、カンプト (CPT-11) といった薬剤が中心です。現在、臨床試験 (JCOG0106、JCOG0407) に参加していますが、使用薬剤については日々発表される新しいデータも含め検討し、個々の患者さんと十分に相談のうえ決めています。抗がん剤には様々な副作用のあるものもあり、それらに対処できる経験のあるスタッフのもと治療が行われます。

緩和ケア・在宅医療

がんそのものに対する治療のみならず、がんによる痛みや苦しみに対する積極的な緩和ケアを早期に導入しております。緩和ケアによる痛み・苦しみの除去は患者さんの臨むQOLの高い生活につながり、患者さんの身体・精神状態が改善されることでがんそのものに対する治療にも効果が期待できます。痛みの改善にはモルヒネ製剤が主に使用されますが、医療用麻薬の使用に不安を感じる患者さんが一般的ですので、十分なインフォームドコンセントを行っています。

また、穏やかな時間をご自宅で過ごしたいとの希望をお持ちの患者さんには、地域の医療機関等と連携を図り在宅での治療を行っています。

地域連携

平成19年4月にがん対策基本法が施行されました。どこでも最高のがん診療が受けられる、地域による偏りがないようにということが主な目的です。また、地域がん診療連携拠点病院という制度の中でも、がん診療における地域連携が進められています。当院では平成19年8月より、地域の医療機関との連携を進めています。当院と地域医療機関との二主治医制で、手術、半年・年単位での定期的な検査は当院が第一に担当し、他の様々な症状に対しては近くの医療機関が第一に診る体制です。術後補助化学療法を行わない病期ⅠA、ⅠBのみならず、補助化学療法を行うⅡ、ⅢA、ⅢBについても長期地域連携パス導入を現在進めており、受診日時、検査内容、処方内容が記載されたパスにより受診漏れが無いように工夫してあります。

お問い合わせは次ページの相談支援センターで承っております。