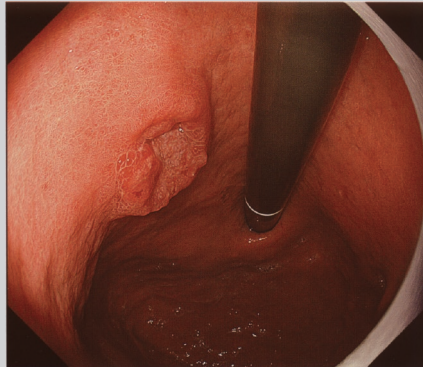


□□ 50

57歳の男性。心窩部痛を主訴に来院した。3か月前に食後の心窩部違和感が出現した。症状は徐々に増悪し、2週間前から心窩部痛を自覚したため受診した。既往歴と家族歴に特記すべきことはない。身長160cm、体重50kg。体温36.6℃。脈拍80/分、整。血圧138/78mmHg。眼瞼結膜と眼球結膜とに異常を認めない。頸部リンパ節を触知しない。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は平坦、軟で、圧痛を認めない。腸雑音に異常を認めない。血液所見：赤血球484万、Hb14.0g/dL、Ht45%、白血球5,500、血小板22万。血液生化学所見：総蛋白6.7g/dL、アルブミン4.3g/dL、総ビリルビン0.7mg/dL、AST13U/L、ALT12U/L、LD154U/L（基準124~222）、ALP73U/L（基準38~113）、 γ -GT23U/L（基準13~64）、尿素窒素19mg/dL、クレアチニン0.9mg/dL、尿酸6.4mg/dL、血糖98mg/dL、CEA1.7ng/mL（基準5以下）、CA19-92U/mL未満（基準37以下）。CRP1.0mg/dL。上部消化管内視鏡検査の胃体上部像を示す。生検検体の病理検査で中分化管状腺癌と診断された。頸部～骨盤部造影CTでリンパ節腫大や遠隔転移を認めない。

適切な対応はどれか。

- a 手術
- b 経過観察
- c 放射線治療
- d 薬物による抗癌治療
- e 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)



着目 point

早期癌なのか進行癌なのかが分からないと、〔選択肢a〕と〔選択肢e〕で悩むかもしれない。もちろん胃癌の内視鏡像を見慣れていれば明らかに進行癌であるが、「明らかな結節と潰瘍があるため進行癌だろうか」くらいの直感は持ちたい。ここで「内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は潰瘍があっても適応になるケースがある」という知識があると混乱することになるが、国試未出の知識で悩んだときは、素直に考える方向で解答した方がよい。

鑑別診断へのプロセス

- ①57歳の男性
- ②心窩部痛を主訴
- ③3か月前に食後の心窩部違和感が出現
- ④上部消化管内視鏡検査の胃体上部像→粘膜不整像をみると陥凹底にも腺上皮のパターンがあるため上皮性悪性腫瘍ではあるが、腫瘍は粘膜下に深く潜り、下から正常粘膜を持ち上げている。大きさのわりに深部浸潤が強い症例と考えられ、深達度は

mp 程度を疑う。いずれにしても内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)は不可能である

⑤生検検体の病理検査で中分化管状腺癌と診断された

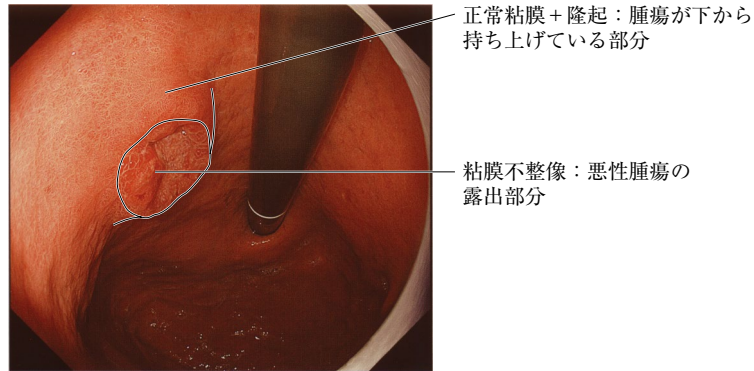
②③より上部消化器の疾患を考え、③より慢性的な疾患が疑われる。身体所見、血液検査所見に異常を認めないことより全身に影響を与える病状ではないと考えられる。④⑤より胃癌と診断され、④より粘膜下層深部に浸潤した早期胃癌が最も考えられる。

選択肢考察

- a 上部消化管内視鏡像で胃体上部に台形状隆起を伴う病変があり、粘膜下層深部への浸潤が疑われるため、内視鏡治療の適応ではなく手術の適応となる。
- × b 胃癌の診断であり経過観察による自然治癒は見込めないため治療が必要となる。
- × c } 切除可能な胃癌であるため、放射線治療や薬物による抗癌治療(化学療法)は
- × d } 第一選択とはならない。
- × e [選択肢考察 a]に同じ。

画像診断

腫瘍は粘膜下に深く潜り、下から正常粘膜を持ち上げている。



確定診断

胃癌(粘膜下層深部浸潤早期胃癌)

正解

a

正答率(選択率)

77.4% (a77.4% b0.1% c0.1% d0.1% e22.1%)

割問 上部消化管内視鏡検査の胃体上部像では前壁に中心陥凹を伴う隆起性病変がみられている。隆起は台形状であり、陥凹部は粘膜不整を認めるが、隆起部は辺縁まで正常粘膜とみられる。sm 深部浸潤が考えられるため、eの内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)ではなく、aの手術の適応となる。

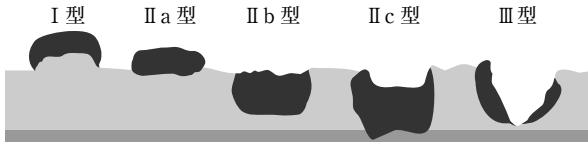
check point

《胃癌の分類》

1) 肉眼分類

〈早期胃癌の分類〉

I 型 (隆起型)		明らかな腫瘤状の隆起を持つもの
II 型 (表面型)	II a 型 (表面隆起型)	表面型で低い隆起を持つもの
	II b 型 (表面平坦型)	凹凸がなく、概ね平らなもの
	II c 型 (表面陥凹型)	僅かなびらんや粘膜の浅い陥凹が認められるもの (最多)
III 型 (陥凹型)		明らかに深い陥凹が認められるもの



〈Borrmann 分類〉

0 型：表在型 (上記の早期胃癌として分類される)

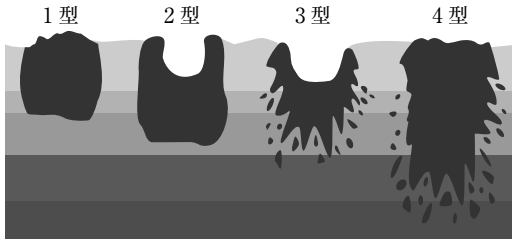
1 型：腫瘤型 (明らかに隆起した癌)

2 型：潰瘍限局型 (周堤様隆起を伴う癌)

3 型：潰瘍浸潤型 (周堤様隆起の一部が崩れた癌)

4 型：びまん浸潤型 (潰瘍形成や周堤がなく、病巣と周囲粘膜との境界が不明瞭な癌)

5 型：分類不能型 (上記 0~4 型にあてはまらない癌)



頻度は 3 型 > 2 型 > 4 型 > 1 型の順である。特に 4 型は若年女性に多く、組織型は未分化で、容易にリンパ節転移、他臓器転移、腹膜播種をきたしやすい。

2) 進行度分類

〈TNM 分類〉

胃壁への深達度 (T 分類)、リンパ節転移の程度 (N 分類)、遠隔転移の有無 (M 分類) により分類される。

※M 分類については、M0 (転移なし)、M1 (転移あり)。

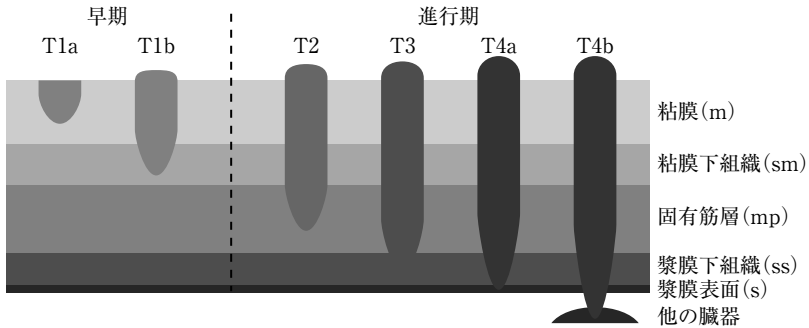
臨床分類 (接頭辞 c)		転移リンパ節			
		なし (N0)	1~2 個 (N1)	3~6 個 (N2)	7 個以上 (N3)
深達度	T1、T2	I	II A		
	T3、T4a	II B		III	
	T4b	IV A			
M1		IV B			



A

病理分類 (接頭辞 p)		転移リンパ節				
		なし (N0)	1~2 個 (N1)	3~6 個 (N2)	7~15 個 (N3a)	16 個以上 (N3b)
深 達 度	T1a, T1b	I A	I B	II A	II B	III B
	T2	I B	II A	II B	III A	III B
	T3	II A	II B	III A	III B	III C
	T4a	II B	III A	III A	III B	III C
	T4b	III A	III B	III B	III C	III C
M1		IV				

胃壁への深達度



3) 治療適応

TNM 分類によって、I A、I B、II、III A、III B、IV の各 Stage に分けて治療を選択する。

①Stage I A (T1N0)

内視鏡的粘膜切除(EMR)と縮小手術(D1、D1+リンパ節郭清)が選択され、判断の基準は原発巣の壁深達度(粘膜層か粘膜下層か)、大きさ、あるいは組織型(分化型か未分化型か)である。

②Stage I B (T1N1、T2N0)

深達度(T)、リンパ節転移(N)及び大きさによって縮小手術か定型切除(胃の2/3以上切除+D2リンパ節郭清)が適応となり得る。

③Stage II (T1N2、T2N1、T3N0)

すべて定型手術の適応である。

④Stage III (T2N3、T3N2~3、T4aN1~3、T4bN0~3)

深達度(T)、リンパ節転移(N)の状況により、定型または拡大手術(多臓器合併切除術、D2を超えるリンパ節郭清術)が選択される。

⑤Stage IV (N3、CY1、M1PER^{※1}、M1HEP^{※2})

多くの場合、根治治療は困難である。高度の他臓器浸潤のために切除不能な場合や、肝転移、腹膜播種を認める場合は根治性が期待できない。

※1：腹膜への遠隔転移

※2：肝臓への遠隔転移

類問

117A-20