

早期胃癌1000例の検討 —肉眼分類を中心に—

癌研究会付属病院外科

太田 博俊 高木 国夫 大橋 一郎
田村 聡 久野敬二郎 梶谷 鑲

同 病理

加 藤 洋

STUDIES OF THE 1000 CASES OF EARLY GASTRIC CANCER —WITH SPECIAL REFERENCE TO MACROSCOPIC CLASSIFICATION—

Hirotohi OHTA, Kunio TAKAGI, Ichiro OHASHI, Satoru TAMURA,
Keijiro KUNO, Tamaki KAJITANI* and Yo KATO**

Department of Surgery*, Pathology**, Cancer Institute Hospital

当外科において手術された1978年10月までの1,000例の単発早期胃癌に対して肉眼分類を中心に時代的変貌を加味しつつ、その臨床像を検討した。最近手術胃癌の3例に1例は早期癌で、陥凹型早期癌が多く、占居部位では隆起型は胃下部、陥凹型は胃中部に多い。年齢分布はピークが隆起型は60歳代の山型、陥凹型は50歳代の丘型を示した。症例数で隆起型と陥凹型は1対4の比率で、深達度 m と sm ではほぼ同率であった。早期胃癌のリンパ節転移率は12.7%、m 癌は3.4%、sm 癌は21.7%。隆起型では20.9%その内 m 癌は1%、sm 癌は33.3%、陥凹型では10%その内 m 癌は3.9%、sm 癌は16.7%であった。治癒切除例の5生率は93.8%非治癒切除例で56.5%であった。

索引用語：早期胃癌肉眼分類，早期胃癌リンパ節転移，早期胃癌組織型，早期胃癌予後

I はじめに

わが国での悪性新生物による年間死亡者数¹⁾は1978年には150,336人にもおよび、そのうち49,564人(33%)が胃の悪性腫瘍(主に胃癌)で死亡している。1949年(昭和24年)以前の胃癌を含めた悪性新生物の年間死亡順位は5位以内には入らず、1950年(昭和25年)には5位(64,428人中、胃の悪性腫瘍31,211人、48.4%)になり、1953年(昭和28年)には、脳血管疾患について死因第2位(150,336人中、胃の悪性腫瘍49,564人、33%)を占めるに至り、その後今日までその順位を保ち、1981年(昭和56年)には脳血管疾患をしのいで死因第1位になるとしている。すでに昭和53年度の人口動態による年齢別死因でみても、働きざかりの30代から60代の死因のトップは悪性新生物となっている。

このように悪性腫瘍の中でも最も多い胃癌での死因が多いのは、いぜんとして進行した状態で発見され、手術されているからであり、その予後は必ずしも良好とは言えない。外科的治療で予後を5%増加させることは非常な努力があるのである。早期癌の状態で見出し早期に治療を行えば、その予後は、きわめて良好であることは誰もが認める所である。

1961年に初めて早期胃癌の全国集計がなされた時²⁾には385例と少なく、あとの大半は進行癌であったことを考えると、最近では早期癌も多く施設で数多く発見されるようになり、その予後が良くなりつつあることが期待できるようになり早期に見出すことにより癌による死亡を減少させることが必要であろう。癌研病院外科で手術された単発早期胃癌1,000例を肉眼分類を中心に、時

代的変貌を加味しつつ、その臨床像を検討し、肉眼型における特徴と予後を検討する。

II 早期胃癌の年次別頻度 (表1)

われわれが1946年(昭和21年)から開腹手術した胃癌症例の中で、早期胃癌の占める割合は年々増加の一途をたどり、1950年代には1.0~5.6%であったものが、60年代前半には14.2%に達し、著しい増加を示し、60年代後半には24%とさらに早期胃癌の占める頻度は高くなり、70年代後半には34.7%と一段と増加し、3例に1例は早期胃癌の状態が開腹手術を受けている。近い将来には2例に1例は早期胃癌で発見される事が期待されよう。

表1 手術胃癌における早期胃癌の頻度 (1946~1978)

年	手術胃癌	早期癌	早期癌の頻度
1946~1950	381	4	1.0%
1951~1955	932	23	2.5%
1956~1960	1313	73	5.6%
1961~1965	1181	168	14.2%
1966~1970	1181	284	24.0%
1971~1975	1225	399	32.6%
1976~1978	753	261	34.7%
計	6966	1212	17.4%

i) 早期胃癌肉眼分類の年次別変遷 (表2)

1950年に早期胃癌を経験して以来、年を経るごとにその数は増え1976年7月には1,000例(含、多発癌)を越え、その後早期胃癌症例は年々増加し単発早期胃癌症例のみでは1978年10月で1,000例を越えた。

単発早期胃癌1,000例を年代別に区分してみると、その頻度は50年代は7.8%、60年代は34.6%、70年代は57.6%と増え最近1年間の単発早期胃癌症例は80例近く手術されている。肉眼分類で最も多いのはIIc型で44.4%を占め、ついでIIc+III型が24.7%あり、両者を合わせると、全早期癌の7割近くを占めている。つぎに多いのがIIa型であるが、前二者に比べその比率には格段の差があり9.4%、IIa+IIc型が9%、I型7%、III型3.9%、IIb型1.6%の順であって、I、IIa、IIa+IIcの隆起をしめず早期癌は、全早期癌の25.4%を占めている。

年代別に肉眼分類の頻度をみると、50年代ではIIc+III型が35.9%と最も多く、ついでIIa、III、IIc、IIa+IIc、Iが10%を少しこえる程度であり、IIbが2.6%で最も少なかった。最近になるにつれて、IIc+III型が35.9%から14.4%に減少し、IIa型が15.4%から8.7%と減少、III型が12.8%から1.9%と減少している。それとは逆にIIc型が11.5%から59.7%と急増し、70年代の症例数の半数以上を占めている点が特徴であり³⁾、I、IIa、IIa+IIcの隆起型早期癌でみた場合、その占める割合は37.2%から26.3%に、70年代には24%へと次第に減少している。このような肉眼分類の占める割合の変化は、的確な診断能力および技術の向上で、微小な陥凹型早期胃癌が診断可能になったからであろうと推定される⁴⁾⁵⁾。

ii) 肉眼分類別年齢分布 (表3, 図1)

I、IIa、IIa+IIcの隆起型早期癌では60代が最も多く38.3~47.1%を占め、ついで50代の25.7~27.8%で60代より10%以上の差があり、その次が70代と40代で10~

表2 早期胃癌肉眼分類の年次的変遷 (単発癌)

	1950年代 (1950~1959)	1960年代 (1960~1969)	1970年代 (1970~1978.X)	計
I	8 (10.3)	29 (8.4)	33 (6.4)	70 (7.0)
IIa	12 (15.4)	32 (9.2)	50 (8.7)	94 (9.4)
IIa+IIc	9 (11.5)	30 (8.7)	51 (8.9)	90 (9.0)
IIb	2 (2.6)	10 (2.9)	4 (0.7)	16 (1.6)
IIc	9 (11.5)	91 (26.3)	344 (59.7)	444 (44.4)
IIc+III	28 (35.9)	136 (39.3)	83 (14.4)	247 (24.7)
III	10 (12.8)	18 (5.2)	11 (1.9)	39 (3.9)
計	78 (7.8)	346 (34.6)	576 (57.6)	1000 (100)

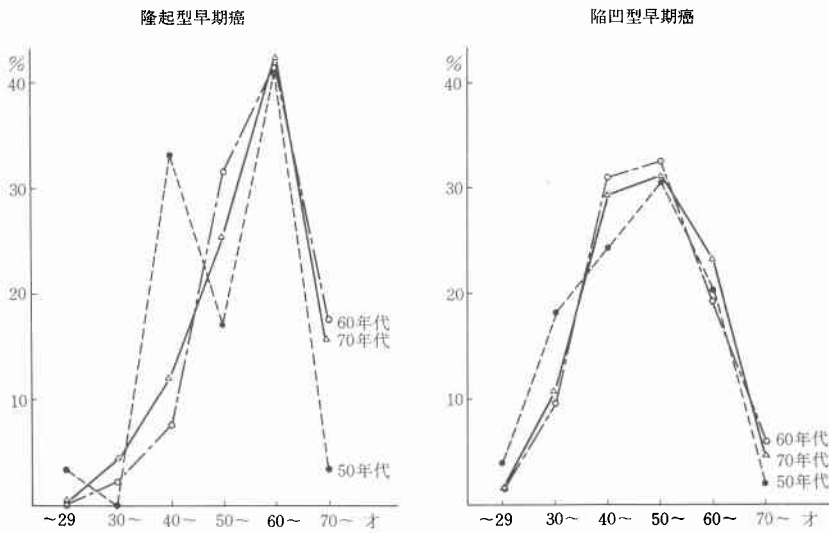
() %

表3 肉眼癌別年齢分布

	~29	30~	40~	50~	60~	70~	♂	♀	計
I		3 (10.0)	7 (21.2)	18 (54.5)	33 (47.1)	9 (12.8)	45	25	70
II a	1	3 (12.8)	12 (26.6)	25 (26.6)	36 (38.3)	17 (18.1)	65	29	94
II a + II c		2 (17.8)	16 (17.8)	25 (27.8)	35 (38.9)	12 (13.3)	62	28	90
II b		1 (25.0)	4 (25.0)	3 (18.8)	5 (31.3)	3 (18.8)	15	1	16
II c	8	50 (27.7)	123 (27.7)	142 (32.0)	99 (22.3)	22	260	184	444
II c + III	4	28 (35.6)	88 (35.6)	73 (29.6)	46 (18.6)	8	140	107	247
III	1	2 (17.9)	7 (17.9)	14 (35.9)	11 (28.2)	4	30	9	39
計	14	89	257	300	265	75	617	383	1000

() %

図1 肉眼型別年齢分布 (年次別)



18%であった。これに対して、IIc, IIc+III, IIIの陥凹型早期癌では、50代(IIc+IIIでは40代)が最も多く32~35%を占め、40代から60代の間大きな格差はない。総じて隆起型、陥凹型に大別してみると図1の如くで、隆起型では60代をピークに山型の分布をし、陥凹型は50代をピークに丘型の分布を示し、両者の間に10年のずれがあることは注目すべき事である。

なお、性差については1.6対1の割合で男に多く、隆起型早期癌では2.1対1で2倍の割合で男性に多く、陥凹型早期癌では1.5対1であった。

iii) 肉眼分類別にみた占居部位 (表4)

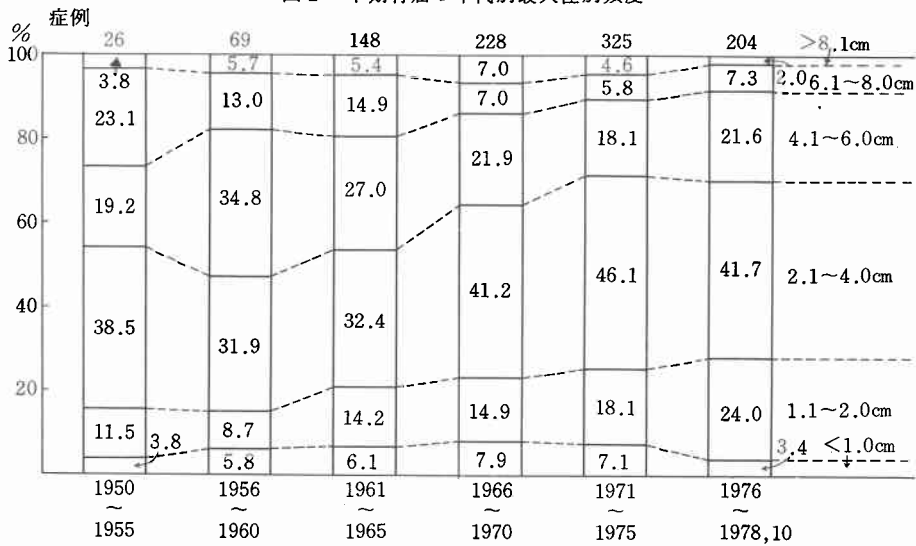
早期胃癌の主病巣占居部位は、表4の如くであって、隆起型においては、50年代では胃下部に圧倒的に多く、29例中22例(75.9%)を占めたが、時代とともに60年代67%、70年代44.8%と減少した。逆に胃中部は20.7%から44%と増加し、胃下部と胃中部の間に差がなくなって来ている。また、70年代にはそれ以前にはなかった全胃に広がったものも3例認められた。胃上部では50年代、60年代には3%台の頻度であったが、70年代になり9%と増え、胃上部の隆起性病変も診断技術の進歩により発見

表4 肉眼分類別占居部位 (年次別)

		胃下部 A	胃中部 M	胃上部 C	全胃 AMC	計
隆起型	50年代	22 (75.9)	6 (20.7)	1 (3.4)		29
	60年代	61 (67.0)	27 (29.7)	3 (3.3)		91
	70年代	60 (44.8)	59 (44.0)	12 (9.0)	3 (2.2)	134
平坦型	50年代		2 (100)			2
	60年代	2 (20.0)	6 (60.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	10
	70年代		1 (25.0)	3 (75.0)		4
陥凹型	50年代	13 (27.7)	29 (61.7)	5 (10.6)		47
	60年代	82 (33.5)	137 (55.9)	17 (6.9)	9 (3.7)	245
	70年代	134 (30.6)	249 (56.8)	41 (9.4)	14 (3.2)	438
隆起型		143 (56.3)	92 (36.2)	16 (6.3)	3 (1.2)	254
平坦型		2 (12.5)	9 (56.3)	4 (25.0)	1 (6.2)	16
陥凹型		229 (31.4)	415 (56.8)	63 (8.6)	23 (3.2)	730
計		374 (37.4)	516 (51.6)	83 (8.3)	27 (2.7)	1000

() %

図2 早期胃癌の年代別最大径別頻度



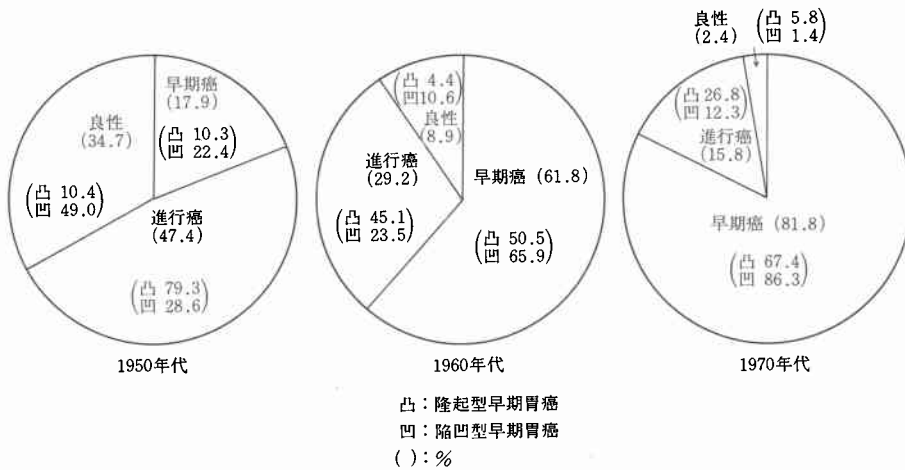
され、わずかながら増加を示している。陥凹型においては、各年代を通じて、胃下部に30%前後、胃中部に60%前後、胃上部に10%前後、全胃3%にみられ、胃中部に占居する率が高く、隆起型にみるような時代変貌はみとめられなかった。

iv) 癌巣の大きさ (最大径) (図2)

癌巣の最大径別に1.0cm 以下, 1.1~2.0cm, 2.1~

4.0cm, 4.1~6.0cm, 6.1~8.0cm, 8.1cm 以上と区分してみると図2のごとく、最大径が1.0cm 以下のものと8.1cm 以上の表層拡大型早期癌では、年次的に大きな変動はなく、前者は3.8~7.9%および後者は2.0~7.0%と少なかった。また、2.1~4.0cm のものと、4.1~6.0cm のものでは年次的にわずかな変動はあるが前者は40%前後であり、後者は20%前後であった。最大径

図3 早期胃癌1000例の術前診断(年次別, 肉眼型別) —単発癌— (1946~1978. 10)



6.1~8.0cm のものでは50年代前半に23.1%あったものが60年代には14.9%となりさらに7.3%へと減少している。これとは反対に1.1~2.0cm のものでは50年代の10%前後に比べて著しく増加し、最近では24%と2倍以上に増加している。すなわち、早期胃癌を最大径で年次別にみた時、初期の頃に比べて、小さな癌の発見率が増加していると言える。

v) 術前診断状況 (図3)

1978年迄の29年間という長い年月の間には診断学および診断用機器、技術の発達もまたうつり変っていった訳であるが、そこに集積された早期胃癌1,000例の手術前の診断が、どのように変化したかをみると、50年代は術前早期癌診断率は17.9%であり、進行癌(疑進行癌を含む)としたものが47.4%を占め、良性疾患としたものが34.7%であり、その多くは潰瘍性病変として開腹手術されたものであった。早期癌肉眼分類ができた60年代、その後の70年代とうつり変わるごとに早期癌診断率は急激に向上し、70年代には81.8%の正診率を得たが、なお進行癌(疑進行癌を含む)としたものが15.8%あり、良性疾患が2.4%に認められた。早期癌を隆起型、陥凹型に大別して比較してみると、隆起型の早期癌診断率は各年代とも陥凹型より低く、また進行癌と診断したものは、隆起型の方が高かった。総じて、「癌」とした診断率は50年代65.3%、60年代91%、70年代97.6%と年を追うごとに向上してきている。50、60年代では隆起型の方が陥凹型よりも癌診断率は高率であり、良性と診断した率は陥凹型に高い。70年代では逆に陥凹型の方が癌診断率は高くなり、良性診断率が隆起型の方に高くなってい

る。このことは、胃生検による診断技術の進歩はあったものの、かえって、隆起型には、生検で境界病変 group IIIと診断されたものがあって、その為に癌を否定しえずに手術され詳細な組織検査で癌とされたものが多かったためと考えられる。

vi) 肉眼分類と併存病変 (表5)

胃という臓器は、多彩な病変を有するものである。主病巣の癌を発見しても安心せずに主病巣以外の部位にも注意をはらい入念に検査することが必要で、そのことより併存病変がしばしば発見されるものである。とくに胃切除に際し、残胃に病変のない事をたしかめることが必要であり、主病巣の診断とともに他の部位の精査をする態度や努力が同時多発癌発見への足がかりにもなるのである。

早期癌に良性併存病変の合併頻度は32.1%で隆起型癌では46.1%、陥凹型癌では26.4%で隆起型癌に併存病変の頻度が高かった。併存病変の中では、ポリープ合併頻度は隆起型39/254 (15.4%)で、陥凹型の24/730 (3.3%)に比べて高率で、さらに異型上皮の併存率もIIa型は17%、I型7.1%であるのに対し、陥凹型では26/730 (3.6%)と低く、I型やIIa型ではポリープやATPの併存率が高かった。IIa+IIc型では、潰瘍病変の併存率が高かった。このことは主病巣に隆起部の他に陥凹性病変を併っていることが一因ではないかと愚考している。IIc型や、IIc+III型では潰瘍病変の併存率が20%以上と高く、隆起型には隆起性病変、陥凹型には潰瘍病変の合併率が高いことを示している^{?)}。

vii) 早期胃癌発見経路 (表6, 表7)

表5 早期胃癌と併存病変 (病巣数)

肉眼型		併存病変						症例数	合併頻度
		Ulcer	Polyp	ATP	myoma	その他	計		
隆起型	I	9 (12.9)	15 (21.4)	5 (7.1)	0	3	32 (45.7)	70	117/254 (46.1)
	II a	13 (13.8)	16 (17.0)	16 (17.0)	3	3	51 (54.3)	94	
	II a + II c	19 (21.1)	8	2	0	5	34 (38.8)	90	
平坦型	II b	5	1	3	1	1	11 (68.8)	16	11/16 (68.7)
陥凹型	II c	93 (20.9)	19 (4.3)	17 (3.8)	1	12	142 (32.0)	444	193/730 (26.4)
	II c + III	20 (8.1)	5 (2.0)	9 (3.6)	4	3	41 (16.6)	247	
	III	10 (25.6)	0	0	0	0	10 (25.6)	39	
計		169	64	52	9	27	321 (32.1)	1000	321/1000 (32.1)

() %

表6 早期胃癌発見場所の分析

肉眼型	本院	他院	集検 検診	手術 時	病理	計
I	29	17	19	1	4	70
II a	48	18	20	2	6	94
II a + II c	52	21	14	3	0	90
II b	6	0	2	0	8	16
II c	190	127	105	12	10	444
II c + III	137	62	27	17	4	247
III	19	5	2	5	8	39
計	481 (48.1)	250 (25.0)	189 (18.9)	40 (4.0)	40 (4.0)	1000 (100)

() %

—いかなる場所にて発見されたか—

癌研病院外科で手術された単発早期胃癌1,000例がいかなる施設において最初に発見され診断されたかを検

討してみると、当院外来で発見された例は481例 (48.1%) であって、他院での発見例が250例 (25%) であった。集団検診や健康診断、ドックにて発見されたものが189例と2割近くを占め、その殆んどが無症状型⁹⁾であった。最近では、他院を経て入院し、手術されている例の中にも、初回に集団検診や健康診断やドック発見例が増加してきている。手術時に発見されたものが40例あり、その大半は50年代と60年代前半のものであるが (表7)、良性疾患と診断したものが癌であったり、良性疾患とは別に癌がみつかったものであった。病理組織検査時に癌が発見されたものが40例で、肉眼的にも判別出来なかった例である⁹⁾。手術時や病理組織検索中の発見例は50年代や60年代初めの頃に多く、最近の症例で術前診断で良性としたものは大部分が生検組織診断で group III と診断されたもので、境界病変と診断したものの癌を否定しえずに手術されたものが少数例みとめられている。将来は

表7 検診・手術時・病理発見例の年代別頻度

年代	1950~1955	1956~1960	1961~1965	1966~1970	1971~1975	1976~1978	計
症例	26	69	148	228	325	204	1000
集団、Dock 検診発見例		1/69 (1.4)	3/148 (2.0)	43/228 (18.9)	87/325 (26.8)	55/204 (27.0)	189/1000 (18.9)
手術時発見 例		22/69 (31.9)	17/148 (11.5)	1/228 (0.4)			40/1000 (4.0)
病理発見例	6/26 (23.1)	9/69 (13.0)	7/148 (4.7)	7/228 (3.1)	9/325 (2.8)	2/204 (1.0)	40/1000 (4.0)

() % C.I.H

表 8-a 早期胃癌のリンパ節転移と深達度

	深達度	n ₀ (-)	n ₁ (+)	n ₂ (+)	n ₃ (+)	n ₄ (+)	計	
I 型	m	34					34	70
	sm	24	8	2	2		36	
II a 型	m	48	1				49	94
	sm	31	6	7		1	45	
II a + II c 型	m	15					15	90
	sm	49	19	5	1	1	75	
II b 型	m	12	1				13	16
	sm	3					3	
II c 型	m	236	4				240	444
	sm	175	22	4	1	2	204	
II c + III 型	m	114	6	3			123	247
	sm	97	18	9			124	
III 型	m	18	1	1			20	39
	sm	17	2				19	
計	m	477	13	4	0	0	494	1000
	sm	396	75	27	4	4	506	

表 8-b 早期胃癌のリンパ節転移と深達度

肉眼型	深達度	n ₀ (-)	n ₁ (+)	n ₂ (+)	n ₃ (+)	n ₄ (+)	計	転移率
隆起型 254例	m	97	1				98	1/98 (1.0)
	sm	104	33	14	3	2	156	52/156 (33.3)
平坦型 16例	m	12	1				13	1/13 (7.7)
	sm	3					3	0/3 (0)
陥凹型 730例	m	368	11	4			383	15/383 (3.9)
	sm	289	42	13	1	2	347	58/347 (16.7)
計 1000例	m	477	13	4			494	17/494 (3.4)
	sm	396	75	27	4	4	506	110/506 (21.7)

() %

集団検診の普及により、集検で発見される割合がますます高くなると考えられる¹⁰⁾。

viii) 肉眼分類別リンパ節転移と深達度 (表 8-a, b)

1,000例の早期胃癌の深達度についてみると、m 癌は494例、sm 癌は506例で、その比率は、ほぼ半数づつであった。I、II a、II a + II c の隆起型早期胃癌254例中 sm 癌が156例 (61.4%) と多いのに比べ、II c、II c +

II、III の陥凹型早期胃癌730例中では、m 癌の方が383例 (52.5%) とやや多かった。早期胃癌のリンパ節転移陽性率は12.7% (127/1000) で、隆起型の転移率は20.9% (53/254) で、陥凹型の転移率10% (73/730) の2倍であった。m 癌の転移率は3.4% (17/494) で、sm 癌では21.7% (110/506) で、sm 癌のリンパ節転移率は m 癌の6倍強であった¹¹⁾。m 癌のリンパ節転移陽性例は17例

あり、隆起型1% (1/98), 陥凹型3.9% (15/383) であり、平坦型に1例認め17例中15例が陥凹型であった。従来、深達度 m の隆起型早期癌ではリンパ節転移を認めない報告が多かったが¹²⁾われわれは胃前庭部の II a + I 型, 35×15mm の m 型早期癌が幽門下リンパ節に転移を認めた1例を経験したことは注目すべきことである。

また II b 型早期癌でリンパ節転移を認めた1例をも経験した。この症例は、噴門下小弯後壁に50×25×25mm の Leiomyoma があり、噴門側切除後、病理組織検索の結果、良性腫瘍に近接して長径 5mm の II b 型 m 癌が判明し、近接小弯リンパ節に転移を認めたものである。組織型は tub₁ であった。

深達度 sm での隆起型早期癌のリンパ節転移率は33.3% (52/156) で、陥凹型早期癌のリンパ節転移16.7% (58/347) より高率であった。リンパ節転移の程度でみると、n₁ ⊕が隆起型 sm 癌で21.2% (33/156), 陥凹型 sm 癌で12.1% (42/347) であり、n₂ ⊕では隆起型 sm 癌で9.0% (14/156), 陥凹型 sm 癌で3.7% (13/347) であり、n₃, n₄ リンパ節への転移率も隆起型 sm 癌で3.2% (5/156), 陥凹型 sm 癌で、0.9% (3/347) と隆起型 sm 癌に高い頻度を示した。

ix) 肉眼分類と組織学的進行程度 (表9)

早期癌の定義が、癌が粘膜内および粘膜下層に止まるもので転移 (とくにリンパ節転移) の有無を問わないものであるから、早期胃癌といわれるものでも、いわゆる初期の段階にとどまるもののみではない。進行癌と同じ様に遠隔転移 (肝転移 etc) をしているものも3例認められている。stage 分類をみると、stage I が87.3%と多く、stage II が8.7%であった。しかし stage IV に属する症例が10例 (1%) 認められた。全例深達度 sm であり stage IV の10例中7例が隆起型早期癌で stage IV を規

表9 肉眼分類別にみた進行程度 (組織学的)

肉眼分類	stage I	stage II	stage III	stage IV	計
I	58	7	2	3	70
II a	79	7	7	1	94
II a + II c	64	18	5	3	90
II b	15	1	0	0	16
II c	411	27	3	3	444
II c + III	211	24	12	0	247
III	35	3	1	0	39
計	873	87	30	10	1000

表10 部位別リンパ節転移陽性数

リンパ節名	A 胃下部	M 胃中部	C 胃上部	AMC 全胃
1. 右 噴 門	1	2	1	
2. 左 噴 門		1		
3. 小 弯	26 (7.0)	33 (6.4)	8 (9.6)	6 (22.2)
4. 大 弯	21 (5.6)	14 (2.7)		1
5. 幽 門 上	4	1		
6. 幽 門 下	40 (10.7)	5		
7. 左胃動脈幹	3	6	1	1
8. 総肝動脈幹	14	3		1
9. 腹腔動周囲	7	7		1
10. 脾 門			2	
11. 脾動脈幹		1		
12. 肝・十二指腸 間 膜 内				
13. 脾 後 部	3			
14. 腸間膜根部	2			
15. 中 結 腸	2			
16. 大 動 脈	4			
症例数	374	516	83	27

() %

定する因子は肝転移3例, リンパ節転移3例, 播種1例であって、その頻度は2.8% (7/254) であった。他方、陥凹型早期癌では stage IV は3例で、その規定因子は全例リンパ節転移 n₃ ⊕ 1例, n₄ ⊕ 2例でその頻度は0.4% (3/730) であった。隆起型早期癌の方が陥凹型早期癌より stage IV になる頻度は7倍と多かった。

x) 部位別リンパ節転移陽性例 (表10)

早期癌と言えども12.7%にリンパ節転移があり、その転移陽性リンパ節の部位は病巣近傍から大動脈周囲リンパ節にまで及ぶことが認められた。早期胃癌の発生部位別にリンパ節転移状態をみると、胃中部より噴門側に病巣があるM, Cのものでは、小弯リンパ節転移が多く、胃下部Aでは幽門下リンパ節への転移率が他の部位に比して多くみとめられた。第2次リンパ節転移陽性 (n₂ ⊕) では⑦番⑧番, ⑨番¹³⁾に多く認められ、⑧番は胃下部癌でとくに多く、早期癌と言えどもリンパ節廓清の上から治癒切除とするためには n₂ 群までのリンパ節廓清が必要である¹⁴⁾¹⁵⁾。

xi) 肉眼分類別組織型 (表11)

早期胃癌を肉眼分類し、組織型を中村¹⁶⁾による分化型, 未分化型に大別してみると、隆起型早期癌において

表11 肉眼型と組織型の年代別分布

肉眼分類		1950年代		1960年代		1970年代		計	
		分化	未分化	分化	未分化	未分	未分化	分化	未分化
隆起型	I	8 (100)		29 (100)		31 (93.9)	2 (6.1)	68 (97.1)	2 (2.9)
	II a	11 (91.7)	1 (8.3)	30 (93.8)	2 (6.2)	43 (86.0)	7 (14.0)	84 (89.4)	10 (10.6)
	II a + II c	9 (100)		29 (96.7)	1 (3.3)	33 (64.7)	18 (35.3)	71 (78.9)	19 (21.1)
平坦型	II b		2 (100)	7 (70.0)	3 (30.0)	4 (100)		11 (68.8)	5 (31.2)
	II c	3 (33.3)	6 (66.7)	29 (31.9)	62 (68.1)	126 (36.6)	218 (63.4)	158 (35.6)	286 (64.4)
陥凹型	II c + III	14 (50.0)	14 (50.0)	36 (26.5)	100 (73.5)	16 (19.3)	67 (80.7)	66 (26.7)	181 (73.3)
	III	5 (50.0)	5 (50.0)	10 (55.6)	8 (44.4)	7 (63.6)	4 (36.4)	22 (56.4)	17 (43.6)
	計	50 (64.1)	28 (35.9)	170 (49.1)	176 (50.9)	260 (45.1)	316 (54.9)	480 (48.0)	520 (52.0)

表12 早期胃癌の予後（耐術例）（1950～1974）

	治癒切除	非治癒切除	計
I	50/ 52 (96.2)	1/ 4 (25.0)	51/ 56 (91.1)
II a	68/ 70 (97.1)	2/ 3 (66.7)	70/ 73 (95.9)
II a + II c	58/ 66 (87.9)	0/ 2 (—)	58/ 68 (85.3)
II b	12/ 14 (85.7)	—	12/ 14 (85.7)
II c	244/254 (96.1)	2/ 4 (50.0)	246/258 (95.3)
II c + III	189/201 (94.0)	8/10 (80.0)	197/211 (93.4)
III	26/ 33 (78.8)	—	26/ 33 (78.8)
計	647/690 (93.8)	13/23 (56.5)	660/713 (92.6)

() %

は、分化型が87.8% (223/254) と大半を占め、未分化型が12.2% (31/254) であった。陥凹型早期癌においては、分化型が33.7% (246/730)、未分化型が66.3% (484/730) を占めた。組織型の比率は、1970年以降のII c型の増加に伴う陥凹型の増加でも、II cの分化/未分化の比率は年次的に大差をみとめず同様の比率であったが、II c型の増加は全体的にみた時、50年代から70年代に移りかわるにつれて分化型の相対的減少と未分化型の相対的増加を推考することができる¹⁷⁾。

xii) 早期胃癌の予後（表12）

早期胃癌の予後は良好であることは衆知の事実であるが、1974年までの耐術切除例713例中の5年生存例は660例で5年生存率は92.6%であり、治癒切除例で93.8%、非治癒切除例に終わった症例でもその予後は56.5%であった。肉眼分類別にみても、III型がやや低いぐらいで

他は大差なく53例が5年以内に死亡した。手術に対する安全度は100%であることが望ましいのは当然であるが、残念ながら早期胃癌1,000例中に直接死亡例（術後1カ月以内死亡例）を7例経験し、その因子は肺炎4例、出血1例、縫合不全1例、自殺1例で、70歳以上の高齢者に多かった。最近では中心静脈栄養等の普及、呼吸循環器系に対する対策などにより術後管理の向上には、めざましいものがあり1975年以後直死例は経験しなくなった。5年以内死亡の内訳は他病死28例、不明3例、病死22例で、その再発形式は肝転移12例、局所再発4例、播種性転移3例、肺転移1例、骨転移2例であった。22例中、深達度mは2例で、そのリンパ節転移はn₂ ⊕であり骨転移と肝転移で失った。リンパ節転移n ⊖で、再発したものは3例あり全例smで、肝転移2例、局所再発1例であった。

III むすび

1950年に早期胃癌を経験して以来、1976年には手術例は1,000例を越え、単発早期胃癌だけに限れば1978年10月に1,000例を越えた。今回は単発早期胃癌1,000例について肉眼分類を中心に検討を加えた。早期癌の時代的変貌をみると、隆起型の占める割合は最近になるにつれて次第に減少し、逆に陥凹型早期癌、とくにII c型の占める割合が増え50%以上を占めるようになった点特徴的である。それは陥凹型の小さな胃癌が診断能力と技術の向上で進行癌にならない前に発見でき、診断できるようになった事が大きな因子であろうと推測する。

年齢分布は、隆起型では60歳代をピークに山型の分布

を示し、陥凹型では50歳代をピークに丘型の分布を示した。このことは、隆起型に比べ、陥凹型にやや年齢の若い層が多いことを示している。術前、癌の診断は今や100%近くであり、早期胃癌の診断率は82%と高くなっているが、深達度診断の上から進行癌としたものが16%にみとめられ、いぜんとして深達度診断の困難性がみとめられる。早期胃癌診断の上で少数例に境界病変として手術され組織検査で癌となったものがみとめられた。また、良性疾患のまま手術がなされ、別出標本全構築による詳細な組織検索の結果、他の部位に微小胃癌が発見されたものもある。粘膜内癌と粘膜下層癌とは、ほぼ半数であったのは興味深い。隆起型と陥凹型の頻度の比較は1対4であった。隆起型ではsm癌の方が多く、陥凹型ではm癌の方が多かった。従来、深達度mの隆起型早期癌では、リンパ節転移を認めない報告が多かったが、われわれはリンパ節転移を認めた1例を経験し、また深達度mのⅡb型早期癌にリンパ節転移を認めた1例をも経験した。われわれが集めた報告ではⅡb型早期癌のリンパ節転移例の報告はなかった¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾。直死例7例を除外した治癒切除例の5年生存率は93.8%と極めて良好で早期癌の状態では治療をほどこせば、予後は十分期待出来、死因トップの汚名と返上できると考える。それでも開腹時すでに肝転移や遠隔リンパ節への転移があった症例もみられたことは、今後、胃症状を有しない一般人への広範囲検診へと進まなければならない、外科的処置に加えて科学の分野の発達から癌に対する対策を期待することも必要ではないかと考える。

本論文の要旨は第16回日本消化器外科学会において発表した。

文 献

- 1) 人口動態統計(1巻)1978年, 厚生省.
- 2) 田坂定孝: 早期胃癌の全国集計 *Gastroent. End.* 4: 4—14, 1961.
- 3) 長与健夫: 胃癌発生に関する組織学的実験的研究. *日病会誌*, 65: 3—25, 1976.
- 4) 高木国夫: 微小胃癌の肉眼診断. *胃と腸*, 5: 939—949, 1970.
- 5) 高木国夫: 早期胃癌. *臨床検査*, 15: 630—640, 1971.
- 6) 高木国夫, 他: 早期胃癌臨床診断の実態—内視鏡的立場より—. *胃と腸*, 7: 331—338, 1972.
- 7) 佐野量造: 病理概評. *胃と腸*, 6: 68, 1972.
- 8) 二村雄次他: 胃癌の症状について. *癌の臨床*, 22: 243—251, 1976.
- 9) 高木国夫: 早期胃癌の肉眼診断と病理. *胃と腸*, 2: 29—41, 1967.
- 10) 崎田隆夫: 早期胃癌発見の現状. *Gastroent. Endo.* 16: 662—672, 1974.
- 11) 北岡久三他: 早期胃癌の手術成績. *外科*, 36: 1468—1469, 1974.
- 12) 吉川謙蔵他: 早期胃癌のリンパ節転移. *癌の臨床*, 15: 699—703, 1969.
- 13) 胃癌取扱い規約: 胃癌研究会編, 金原出版.
- 14) 高木国夫, 大橋一郎, 太田博俊: 早期胃癌手術の問題点. *外科治療*, 34: 61—68, 1976.
- 15) 梶谷 鑽, 高木国夫: 胃癌根治手術とその遠隔成績. *外科治療*, 39: 679—685, 1978.
- 16) 中村恭一: 胃癌の病理, 金芳堂.
- 17) 加藤 洋他: 胃癌組織型の時代的推移. *胃と腸*, 15: 19—25, 1980.
- 18) 佐野量造: 胃疾患の臨床病理, 医学書院.
- 19) 大井 至他: 生検により診断し得た微小Ⅱb型早期胃癌の1例. *胃と腸*, 5: 469—475, 1970.
- 20) 土井倅替他: Ⅱb型早期胃癌の1例. *胃と腸*, 4: 203—207, 1969.
- 21) 原 義雄他: 平坦型早期胃癌Ⅱbの1例. *胃と腸*, 1: 569—571, 1966.