

胃癌の治癒切除と非治癒切除の判定基準と予後の検討

北里大学外科 (*現 日比谷病院)

榊原 讓 三重野寛喜 箕浦 宏彦 陳 春謀*
高橋 俊毅 比企 能樹 阿曾 弘一

SOME CONSIDERATIONS ON THE CRITERIA FOR CURATIVE AND NON-CURATIVE RESECTION AND LONG-TERM RESULTS OF GASTRIC CANCER

Yuzuru SAKAKIBARA, Hiroyoshi MIENO, Hirohiko MINOURA, Shunbo CHIN*, Toshitake TAKAHASHI, Yoshiki HIKI and Koichi ASO

Department of Surgery, Kitasato University School of Medicine (* Hibiya Hospital)

胃癌切除例765例について、胃癌取扱い規約による治癒切除と非治癒切除別の予後を検討し、とくに絶対治癒切除後再発死亡例と絶対非治癒切除後長期生存例を中心にその要因を分析した。

絶対治癒切除後、再発死亡を来しやすい因子は、se, n (+)であった。しかし、ps (-), n (-)でも分化型の癌に肝転移再発がみられることは注意が必要である。

一方、絶対非治癒切除後5年以上生存例12例の非治癒と判定された理由は、切除断端癌陽性を除くと、リンパ節転移と限局型胃癌の他臓器浸潤であった。したがって、これらの場合は術中非治癒切除と予想されても、できる限りの拡大切除をする意義がある。

索引用語：胃癌累積5年生存率，胃癌治癒切除後再発死亡例，胃癌非治癒切除後長期生存例

はじめに

胃癌取扱い規約¹⁾における治癒切除と非治癒切除の判定基準は明解であり、実際に臨床に適用する上にそれほど大きな不便はない。しかし、現実の臨床例では治癒切除例でも早期に再発死亡したり、また非治癒切除例でも長期生存が得られることが決してまれではない。このことは癌の進展の多様性と癌の拡がりの精密な診断の正確さによると思われるが、現在の癌治療の限界の一端を示唆しているともいえる。将来さらに正確な判定が得られるべく努力が必要であろう。

このような観点から著者らは以前より治癒切除、非治癒切除の判定と現実の臨床例との間の相違について強い関心をいだけてきた。そこで今回胃癌切除例を取扱い規約に基づき、絶対治癒、相対治癒、相対非治癒、絶対非治癒の4群に分け、それぞれの遠隔成績を検討し、その問題点について考察を加えた。

1. 対象および方法

昭和46年8月より昭和56年7月までの10年間の北里大学外科における胃癌手術数897例のうち切除例765例を検討の対象とした。切除率は85.3%である。術式の内訳は表1に示す通りである。

これらの症例について、術中所見、切除標本の肉眼的ならびに組織学的所見などを胃癌取扱い規約(第10

表1 胃癌手術例の術式

	術式	症例数		
切除	全摘	146	} 765	85.3%
	噴門側切除	24		
	幽門側切除 < 亜全摘 (普通) 切除	238		
	楔状切除	356		
		1		
非切除	吻合	50	} 132	14.7%
	胃瘻・腸瘻	30		
	単開腹	52		
	計	897		

<1983年11月9日受理> 別刷請求先: 榊原 讓
〒228 神奈川県相模原市北里1-15-1 北里大学
医学部外科

版)りに従って整理し検討した。

治癒切除, 非治癒切除の判定の方法は, 原則として組織学的に行った。しかし肝転移と腹膜転移については, 肉眼的に判定をしているものが多い。また, リンパ節転移の判定には, 郭清したリンパ節については中心を通る1割面の標本を作成し組織学的に厳密に判定した。郭清していないリンパ節については, 術中生検があればそれに従い, なければ肉眼的に明らかな転移陽性という術中判断があればそれに従った。

生存率の算出にあたっては, 生死の判定を昭和56年8月1日の時点とし, 累積生存率により表現した。遠隔判明率は100%である。

2. 結 果

(1) 遠隔成績ならびに stage

胃癌切除例765例の治癒切除, 非治癒切除別の累積生存曲線は図1のとうりである。術直死や他病死のとり扱い方については, 種々の立場があるが, ここではこれらすべてを死亡例として算入している。

図1にみられるように, 5年生存率で比較すると, 絶対治癒切除82.4%, 相対治癒切除39.6%, 相対非治癒切除25.9%, 絶対非治癒切除12.1%である。絶対治癒, 相対治癒, 絶対非治癒の相互間には, それぞれ5%以下の危険率で有意差がみとめられる。しかし相対治癒群と相対非治癒群との間には有意差はみとめられなかった。

次にこれらの各群を構成する症例の stage の割合を図2に示す。絶対治癒切除群では stage I が過半数を占めているのに対し, 相対治癒切除では stage III が圧倒的多数を占め, 同じ治癒切除とはいえ癌の進行度が大きい異なる。非治癒切除群では相対・絶対とも stage IV がきわめて多数を占める。

非治癒切除に stage I および II の症例が少数みられ

図2 治癒・非治癒切除別の各 Stage の占める割合

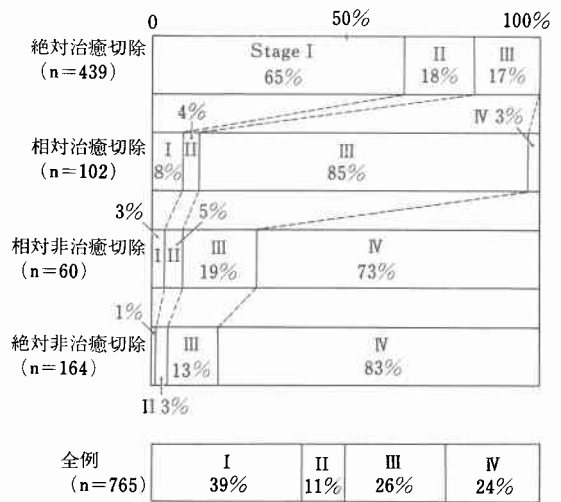
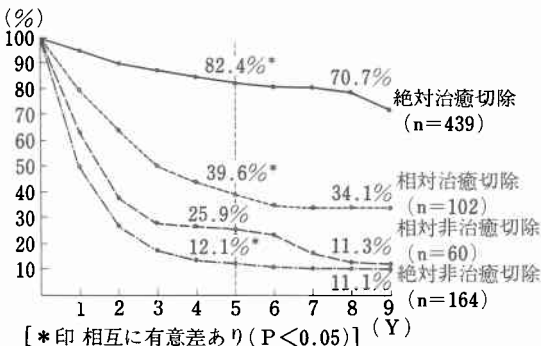


図1 胃癌切除例の治癒・非治癒切除別累積生存率



る。その理由は, ow (+) のもの5例, 結腸癌との合併のため判定が困難で全体として非治癒切除としたもの3例, きわめて Risk が悪いために R₀ に終わったもの2例, 楔状切除のもの1例である。

(2) 絶対治癒切除例

表2に絶対治癒切除後, 現在までに明らかに再発死亡を来した29例の主なる所見を一覧表として示す。表2の種々の因子の中から, 再発症例の主なる所見を考えられるものを抽出し, その例数を表3にまとめた。

まず, Stage では III が19例 (66%) で, 絶対治癒切除全例の stage III の割合17% (図2) に比べてきわめて多数を占める。肉眼型では, 早期胃癌が3例あることと5型が8例と多いことが注目される。これら5型は IIc または IIc + III 様類似進行癌である。リンパ節転移では, n₁ が21例, n₂ が2例で計23例 (79%) が転移陽性である。深達度別にみても se が18例と多数を占めている。また, ps (-) 9例, ps (+) 20例である。組織型では分化型と未分化型とがほぼ半数ずつである。

以上の結果をまとめると, 再発死亡例は, Stage III, se, n (+) が多数を占めているといえる。しかし, 一方では ps (-), n₀ 例も少数ではあるが存在する。そこで, これら両群に再発の特徴がみられるか否かを検討した。再発型式として大きく4型に分け, それぞれの因子を表4に示した。

まず肝転移型では, ps (-) が多く, すべて分化型である。n(-) も3例存在する。逆に早期胃癌3例中2

表2 絶対治癒切除後再発死亡例

	年齢・性	再発の主要症状	生存期間	肉眼型	組織型	深達度	n	n(+) リンパ節 No.	stage	
1	IK	38♀	腹水	2Y11M	3	tub ₂	ssy	n ₁	3,4	II
2	HM	57♂	皮膚・リンパ節転移	8Y	5	por	se	n ₁	1,3,6	III
3	WC	48♀	吻合部狭窄	3Y7M	5	por	ssβ	n ₁	3,5	II
4	SK	62♂	肝転移	2Y6M	2, II c	tub ₂ , tub ₂	pm, m	n ₁	5	II
5	KM	60♂	胸水	3Y	2,2	pap, tub ₁	se, ssα	n ₁	1,4	III
6	IY	41♀	腹水	5Y11M	3	por	se	n ₁	4	III
7	KF	43♀	腹水	1Y11M	5	por	se	n ₁	3	III
8	TE	54♀	イレウス	3Y3M	3	por	se	n ₀		III
9	SS	60♂	閉塞性黄疸	5Y5M	II a+II c	tub ₂	sm	n ₀		I
10	KK	52♂	イレウス	2Y4M	3	tub ₂	se	n ₁	3,5,6	III
11	OS	59♂	亜イレウス	1Y9M	3	por	se	n ₁	4,6	III
12	AT	43♂	骨転移	1Y5M	5	por	ssy	n ₁	3,6	II
13	IC	42♂	吻合部狭窄	1Y7M	3	tub ₂	se	n ₂	1,3,5,7,	III
14	TM	64♂	閉塞性黄疸	9M	5	tub ₂	ssβ	n ₂	3,5,6,7	III
15	MM	69♂	肝転移	1Y11M	II a+II c	pap	sm	n ₀		I
16	IT	47♂	直腸狭窄	1Y2M	3	por	se	n ₁	4	III
17	TT	58♂	腹水	3Y10M	5, II c	por, sig	se, m	n ₁	3	III
18	YS	65♀	肝転移	7M	2	tub ₂	se	n ₁	3,6	III
19	KY	37♀	イレウス	2Y6M	4	por	se	n ₁	4	III
20	OK	74♂	肺転移	2Y5M	3	pap	se	n ₁	1,2	III
21	TH	44♂	イレウス	4Y	3	tub ₂	se	n ₁	3,4,6	III
22	SH	33♂	肝転移	8M	5	tub ₂	pm	n ₁	3,5,6	II
23	KS	55♂	肝転移	11M	2	pap	pm	n ₀		I
24	TR	31♀	腹部腫瘤	1Y10M	4	por	se	n ₁	3,4,6	III
25	MT	35♀	腹水	1Y11M	4	por	se	n ₀		III
26	TS	45♀	亜イレウス	11M	4	muc	pm	n ₁	4	II
27	UF	63♂	肝転移	10M	5	tub ₂	se	n ₁	6	III
28	FT	63♂	肝転移	10M	II a+II c	tub ₂	sm	n ₀		I
29	HK	54♂	上腹部通過障害	1Y2M	5	por	se	n ₁	1	III

表3 絶対治癒切除後再発死亡例のまとめ

		例数			例数
stage	I	4	n	n ₀	6
	II	6		n ₁	21
	III	19		n ₂	2
	IV	0			
肉眼型	0	3	深達度	m	0
	1	0		sm	3
	2	2		pm	4
	3	9		ss	4
	4	4		se	18
			sei	0	
	5 重複	8 3	組織型	分化	15
		未分化		14	

例は肝転移型である。次に腹膜再発型では、12例中11例がps(+), 10例がn(+), 9例が未分化型であり、肝転移型と対照的である。また、局所再発やそのほかに

分類したものは肝転移型と腹膜再発型との中間的な性格をもっているように思われる。症例数も少ないため、今後さらに検討を要すると考えている。

(3) 相対治癒切除例

相対治癒切除の5年生存率は39.6%で絶対治癒切除の82.4%に比べてきわめて低い(図1)。その理由として、絶対治癒切除ではstage Iが多数を占めるのに対して、図2にみられるように、相対治癒切除ではstage IIIが大多数を占めていることによると考えられる。

そこで、このstage IIIのnとsの因子の関係を術後3年以上経過例について調べてみると表5のようになる。3年以上経過例のみを抽出したのは、3年生存率を比較したいためである。表5にみられるように、n₂(+)とseとの複合の組み合わせが、55例中29例と過半数を占めている。この表において例数と括弧内に表わした3年以上生存例数を比較してみると、n₂(+)例で

表4 絶対治癒切除後再発死亡例の再発形式

主な再発形式	計	ps(-)	ps(+)	n(-)	n(+)	分化型	未分化型
肝転移	7	5	2	3	4	7	0
腹膜転移	12	1	11	2	10	3	9
局所	4	1	3	0	4	1	3
その他(リンパ節など)	6	3	3	1	5	4	2
計	29	10	19	6	23	15	14

表5 相対治癒切除のうち stage III の深達度とリンパ節転移((術後3年以上経過例))

	n ₀	n ₁	n ₂	計
sm	/	/	2(1)	2(1)
pm	/	/	4(2)	4(2)
ss $\left\{ \begin{matrix} \alpha \\ \beta \end{matrix} \right\}$	/	/	3(3)	3(3)
ss γ	/	/	13(10)	13(10)
se	2(2)	2(0)	29(7)	33(9)
計	2(2)	2(0)	51(23)	55(25)

()内はうち3年以上生存例

は深達度がseとなると急激に3年以上生存例が減少する。すなわち n₂(+)例では、深達度がssまでのものは、22例中16例が3年以上生存しているのに対し se では29例中7例の生存しか得られていない。

逆に se で n(-) または n₁(+) のものは4例のみしかないので n₂(+) との生存率の比較は出来ない。

(4) 相対非治癒切除例

相対非治癒切除例の5年生存率は25.9%である(図1)。これは相対治癒と絶対非治癒との中間的な数値であるが、相対治癒切除の5年生存率39.6%との間では、95%の信頼度で有意差が得られない。ただし、相対非治癒切除例は60例の少数であり、5年経過例はその半数である。したがってもう少し症例数が増加すれば有意差の生じる可能性は充分にあると考えられる。

術後3年以上経過例について相対非治癒切除と判定された理由を表6に示す。最も多いのがリンパ節転移をとり残した可能性があるかと判断されたもので16例である。R₂を行っているが第3群以上のリンパ節の転移のある可能性のあるものが10例、Riskの悪いためR₀やR₁に止めたもの6例である。

次に軽度の他臓器浸潤のため相対非治癒切除と判断したもので14例ある。他臓器の合併切除あるいは部分的に切除したが癌が残っている可能性のあるもので、結腸間膜や脾への軽度浸潤例が多い。

表6 相対非治癒切除と判定された要因((術後3年以上経過例))

要因	例数	備考
リンパ節	16(0)	うち6例は poor risk のため R ₀ および R ₁ 手術。
他臓器浸潤	14(7)	結腸間膜および脾に軽度の浸潤をみとめた例が多い。
腹膜転移 (P ₁)	16(6)	大網に極めて少数の転移をみとめたものが多い。
その他	2(2)	結腸癌との重複1例、poor risk のため早期癌を楔状切除したものの1例
	48(15)	

()内はうち3年以上生存例

腹膜転移のあるため、相対非治癒切除と判定されたものは16例である。腹膜転移があれば当然非治癒切除と判定されるのであるが大網などに数ヶの腹膜転移をみとめるのみでそのほかの腹膜には転移のない場合相対非治癒切除としている。

以上の主な3つの要因のうち、表6の括弧内に示した3年以上生存例数は、リンパ節残しと判断したものには1例もなく、他臓器浸潤や腹膜転移例にはそれぞれ7例および6例みられた。

(5) 絶対非治癒切除例

絶対非治癒切除と判定したものの5年生存率は図1に示したとおり12.1%である。5年以上生存した13例を表7に示した。このうち症例7は5年6カ月後に死亡し、再発死亡を否定できないので除外し、残る12例について検討した。

絶対非治癒切除となった理由をみると、断端癌陽性が7例で最も多く、次いでリンパ節転移によるもの3例、他臓器浸潤1例、腹膜転移と他臓器浸潤の併存1例である。

切除断端癌陽性の7例のうち6例がow(+)でaw(+)は1例のみである。これらはいずれも組織学的に断端5mm以内に癌がみとめられたもので、断端の癌先進部はm3例、sm3例、pm1例であった。

表7 絶対非治癒切除後5年以上生存例

	年齢・性	術式	R	SHP	肉眼型	組織型	深達度	n	lyv	INF	予後	備考	
1.	MK	74♂	全摘	R ₂	S ₃ H ₀ P ₁	2	pap	sei	n ₂	ly ₂ v ₀	β	9Y6M生	P ₁ , sei
2.	YT	74♂	幽側切	R ₁	S ₀ H ₀ P ₀	II c+III	tub ₂	m	n ₀	ly ₀ v ₀		9Y10M生	ow(+)
3.	SK	62♂	全摘	R ₀	S ₂ H ₀ P ₀	2	Tub ₂	se	n ₃	ly ₃ v ₀	α	9Y8M生	n ₃
4.	OM	20♂	幽側切	R ₂	S ₁ H ₀ P ₀	5	por	ssγ	n ₀	ly ₁ v ₁	γ	9Y2M生	ow(+)
5.	SU	82♀	幽側切	R ₁	S ₀ H ₀ P ₀	2	pap	ssβ	n ₃	ly ₁ v ₀	β	8Y11M生	n ₃
6.	NG	67♂	幽側切	R ₂	S ₂ H ₀ P ₀	3	por	se	n ₂	ly ₃ v ₃	γ	8Y2M生	ow(+)
(7.	MS	79♂	幽側切	R ₀	S ₂ H ₀ P ₀	3	pap	se	n ₂	ly ₃ v ₃	β	5Y6M死	n ₂)
8.	KH	68♂	幽側切	R ₀	S ₂ H ₀ P ₀	5	tub ₂	se	?	ly ₀ v ₀	γ	8Y5M生	ow(+)
9.	HY	31♀	幽側切	R ₂	S ₀ H ₀ P ₀	II c+III	sig	sm	n ₁	ly ₀ v ₀	α	8Y3M生	ow(+)
10.	SZ	36♂	全摘	R ₁	S ₃ H ₀ P ₀	2	tub ₂	sei	n ₁	ly ₁ v ₁	β	7Y6M生	sei
11.	SC	45♀	全摘	R ₂	S ₁ H ₀ P ₀	2	por	ssγ	n ₁	ly ₃ v ₂	γ	5Y7M生	ow(+)
12.	SM	48♀	幽側切	R ₂	S ₂ H ₀ P ₀	3	por	se	n ₃	ly ₁ v ₃	γ	6Y2M生	n ₃
13.	YS	63♂	幽側切	R ₂	S ₂ H ₀ P ₀	5	sig	se	n ₂	ly ₃ v ₀	γ	5Y8M生	aw(+)

リンパ節転移のために絶対非治癒切除となった3例のうち2例はRiskの悪いためR₀またはR₁を行ったが、偶然 sampling により摘出したリンパ節に癌の転移がみとめられたもので、症例3はNo. 13に、症例5はNo. 12のリンパ節に転移が確認された。ほかの1例はR₂を行ったがNo. 12のリンパ節に転移がみとめられた。

他臓器浸潤のため非治癒切除となった2例は、いずれも胃全摘例で膈上部の後腹膜と横隔膜脚に浸潤をみとめ、できる限り切除をしたが癌の遺残が確実にあると判断された例である。この2例はともに Borrmann II型の限局型であり、INFβであった。また症例1のP₁は組織学的に確認されていない。

以上のように、全体をくわしく検討してみると、どの例も癌が確実に残存したという客観的な証明は困難である。しかし、絶対非治癒切除のうち、どのようなものが長期生存出来る可能性をもつかという点ではある程度の傾向がみられた。

3. 考 察

(1) 治癒切除について

私どもの施設での治癒切除例の5年累積生存率は、絶対治癒切除82.4%、相対治癒切除39.6%である。この数値は全国胃がん登録調査報告(昭和44~48年度)²⁾での絶対治癒切除81.8%、相対治癒切除42.9%とほぼ同様の成績といえる。

これらの成績から主として2つの点に興味がひかれる。1つは絶対治癒切除はきわめてよい成績であるが5年生存率100%には遠く、どのような癌が再発しているか、逆にどのような癌なら再発なしとして安心でき

るかという点である。もう1つは、相対治癒切除も、理論的にいえば確かに治癒切除であるのに、これほど5年生存率が悪いのはどこに原因があるのかという点である。

絶対治癒切除例の中でどういう癌が再発しやすいかについては、表3にまとめたようにn(+), ps(+)がまず注目される所見である。これらは理論的にも再発をしやすい条件を多く有していると理解できる。これが再発例の大きな1つの群を形成していると考えられる。別に、少数例ではあるがps(-), n(-)例の再発死亡例がみられ、別個に検討すべき群と考えられた。

これらの2つの群の再発形式を調べてみるとかなり対照的である。すなわち、前者は腹膜再発型が多く、後者は肝転移型が多くを占める。また、組織学的に、前者は未分化型が多く後者は分化型が多いことも注目される。こうした点については、これまでに発表された多くの見解からも支持されている。早期胃癌の再発は肝転移型がほぼ半数を占めていることは一般に認められている。また、pm癌³⁾でもS₀⁴⁾でも肝再発が多く、se や sei では腹膜再発が圧倒的に多い⁴⁾との指摘がある。

以上の検討より、結局、絶対治癒切除例で再発がきわめて少なく安心できるのは、ps(-), n(-)の未分化型ということになる。

次に相対治癒切除が絶対治癒切除に比べ、きわめて5年生存率が悪い点について検討を加えた。こうした傾向は他の多くの報告⁵⁾⁶⁾にも共通してみとめられる。理論的にいえば、絶対治癒切除でも治癒切除の名の示すとおり癌が取り切れているはずであるのになぜこれ

ほど5年生存率に差が出るのであろうか。ほとんど同じ手術々式をしているのであるから、両方の症例の癌進行度の差によることは疑いの余地がない。すなわち、絶対治癒切除はその65%までがstage Iであり、残りをstage IIとIIIとがほぼ半々を占める。一方、相対治癒切除ではほとんどがstage IIIであることによる。具体的にいえば、相対治癒切除例の5年生存率を低下させているのは $n_2(+)$ とseであることになる。 $n_2(+)$ の因子とseの因子とどちらがより生存率に影響を与えているかという問題は興味がある。さきに述べたように(表5) $n_2(+)$ 例が51例中23例が3年以上生存しているのに対し、se例は33例中9例しか生存していないことより、seの因子の方がより大きく影響しているように見える。

佐々木⁹⁾は、s因子は予後に大きな影響を与えるので分類に組み込むのがよいとして、治癒切除A (ps(-), $n(+)<R$), B (ps(-), $n(+)=R$ およびps(+), $n(+)<R$), C (ps(+), $n(+)=R$)の3つに分類することを提唱した。また大森⁷⁾も S_0 と $S(+)$ との間に5年生存率ではっきりした差を認めている。私どもも同様な印象をもつが、表5にみられるようにse例のほとんどは $n_2(+)$ 例であることからse単独因子というより、seと $n_2(+)$ の重なりが全体として相対治癒切除群の5年生存率を低下させている主因と考えられた。すなわちs因子とn因子とは多くの症例で重複している⁹⁾ので両因子を独立させて明確な比較検討をするのは現段階では困難であった。将来の検討にゆだねたい。Stage III, IVの進行した癌や $n(+)$ では R_2 切除よりも R_3 切除の方が遠隔成績がよい(ただし有意差はない)という報告⁹⁾もあるが、ps(+)⁹⁾例では R_2 と R_3 とは遠隔成績に差が出ないという報告⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾が多いのは、seでは丁度 $n_3(+)$ までに転移が止まる癌が少ないとも考えられるが、se因子の予後に与えられる影響を無視出来ないと思われる。

(2) 非治癒切除について

非治癒切除における相対、絶対の定義の仕方は、治癒切除における場合と質を異にする。したがって分類の統一性という点からみると、ややちぐはぐな感じは否めない。定義によれば相対非治癒切除は、非治癒切除であってもなお癌が完全にとり切れている可能性がある場合となっている。理論的には、 P_1 , sei, $N>R$, 切除断端(+), H_1 などの場合が想定されるが、判定には、かなり個人差が反映されると思われる。

私どもの症例を、この観点からまとめると、表6に

示したように、リンパ節転移、他臓器浸潤、腹膜転移(P_1)の場合がほぼ同数にみられる。しかし3年以上生存率は、それぞれ0%, 50%, 37.5%とかなりの差がみられている。リンパ節転移に関して、術中肉眼判定はきわめて不正確であり、少なく見積もる傾向があるのに対し、他臓器浸潤は癌の浸潤範囲を過大に見積もる場合が多いためと思われる。

P_1 での3年生存率37.5%はやや高値すぎるように思われる。文献的にみると、脇坂¹²⁾は腹膜播種64例中4例の5年生存例を報告している。樺木野¹³⁾も P_1 の長期生存の可能性については、大網膜の一部のみ腹膜播種性転移を有する症例に5年生存例をみとめている。私どもは16例中6例の3年生存例をみとめているが、Pを組織学的に確認しているものが少ないため確実な P_1 の判定にはやや疑問が残るものの、現段階においては P_1 で治癒出来る可能性は少ないながらあると考えてよさそうに思われる。

最後に、絶対非治癒切除群にも13例の5年以上の生存例が得られた。このうち5年6カ月後死亡した例を除き、12例について検討した。12例の絶対非治癒切除と判断した原因は、切除断端癌陽性7例、リンパ節残し4例、他臓器浸潤2例(うち1例は P_1 をとまう)である。

断端再発7例の先進部の深達度はm3例、sm3例、pml例である。すなわち胃壁の表層部にきわめてわずかに組織学的にみて断端5mm以内に癌をみとめたものである。このうち過半数は相対治癒切除に分類が可能であるが、私どもは、切除断端の場合は組織学的に確実に規約上の判定ができるため、相対非治癒切除の判定はしていない。

早期胃癌の断端再発については、多くの検討^{14)~17)}が発表されている。術後5年以上経過後断端再発を来す例もあり¹⁵⁾¹⁶⁾、慎重な経過観察が必要であると考えられる。

リンパ節転移のために絶対非治癒切除と判定されたものが4例ある。リンパ節転移については摘出していないものでは判定がかなり主観的で不正確となりがちであるからできる限り術中生検をしておくべきであろう。

以上述べたように、絶対非治癒切除例中5年以上生存することは断端癌陽性の例のほかにも少数例ではあるが実際に起りうる。早川¹⁸⁾も治癒切除適応外の症例中8例の10年生存例を報告している。こうした結果からみても、術中に肉眼的判断で非治癒切除と思われるも症例によってはできる限り広範囲に切除をするこ

とが大切である。とくに相対非治癒切除例の検討と合わせて考えてみると、非治癒切除の理由がリンパ節転移、限局型胃癌の他臓器浸潤、および P_1 の場合がその主なものである。さらにできるだけ術中迅速組織診を行うことが必要で、断端の癌遺残防止は勿論、stageや治癒、非治癒切除の判定に正確さが増すと思われる。

結 論

(1) 胃癌切除例765例の絶対治癒、相対治癒、相対非治癒、絶対非治癒切除の累積5年生存率はそれぞれ82.4%、39.6%、25.9%、12.1%であった。

(2) stageとの関係でみると、絶対治癒切除はstage Iが65%と多数を占めているのに対し、相対治癒切除ではstage IIIが85%を占めている。また非治癒切除はstage IVが大多数を占めた。

(3) 絶対治癒切除のうち再発しやすいのはse, n(+)¹の例で組織学的に未分化型が多く再発形式は腹膜再発が多い。また、ps(-)でも分化型のものに肝転移再発がみられた。

したがって、最も再発を来しにくい症例はps(-), n(-)¹、未分化型の3つを満足させるものといえる。

(4) 相対治癒切除の予後を悪くしているのはseと n_2 (+)の複合した症例で現実にこの組み合わせはきわめて多数を占める。

(5) 相対非治癒切除のうち、非治癒切除と判定された原因が他臓器浸潤のものと P_1 のものに比較的長期生存例が多くみられた。

(6) 絶対非治癒切除後5年以上生存例の中で非治癒切除の理由が切除断端癌陽性のものが7例と最も多く、リンパ節転移4例、他臓器浸潤2例(うち1例は P_1 を合併)であった。

(7) 相対および絶対非治癒切除例の長期生存例よりみて、リンパ節転移、限局型胃癌の他臓器浸潤、 P_1 のために非治癒切除と判定される例のうちに長期生存が得られる場合がある。したがってとくにこのような例ではできる限り拡大切除する意義がある。

文 献

1) 胃癌研究会編：胃癌取扱い規約(第10版)。東京、

金原出版、1979

- 2) 胃癌研究会、国立がんセンター：全国胃癌登録調査報告第14号。東京、1983
- 3) 紀藤 毅, 今永 一, 山田栄吉ほか：pm胃癌の手術成績。外科治療 34：55—60, 1976
- 4) 神前五郎, 岩永 剛, 古河 洋：胃癌。外科治療 32：175—182, 1975
- 5) 佐々木壽英, 寺井貞彦：胃癌治癒切除例の累積5年生存率—治癒切除分類についての2, 3の考察—。癌の臨 22：253—257, 1976
- 6) 東 弘：胃癌における広範囲リンパ節郭清術。日外会誌 80：1501—1504, 1979
- 7) 大森幸夫, 本田一郎：治癒手術の限界。外科診療 20：781—785, 1978
- 8) 砂田輝武, 田中 聰, 佐藤 源ほか：最近における教室の胃癌手術成績とその時期的変遷について。外科治療 40：1—6, 1979
- 9) 西岡文三, 間島 進, 藤田佳宏ほか：胃癌に対する拡大根治切除(R_3)の相対生存率よりみた評価。癌の臨 24：1282—1286, 1978
- 10) 児玉好史：進行胃癌切除術の限界、遠隔成績からみた胃癌手術の限界。日外会誌 80：1457—1460, 1979
- 11) 陣内伝之助, 東 弘：胃癌拡大根治手術の意義。外科治療 42：645—652, 1980
- 12) 脇坂順一, 樺木野修郎, 福光高德ほか：最近の私共の胃癌の遠隔成績。外科診療 15：1096—1100, 1973
- 13) 樺木野修郎, 寺崎茂宏, 植田紘一ほか：切除胃癌における根治度を中心とした遠隔成績。癌の臨 23：1060—1064, 1977
- 14) 古賀成昌, 岸本宏之, 田中公晴ほか：早期胃癌の治療と予後—術後死亡例を中心に—。臨と研 53：2943—2948, 1976
- 15) 高木国夫, 中田一也：早期胃癌におけるリンパ節転移と遠隔成績。臨外 31：19—27, 1976
- 16) 岸本宏之, 藤井 卓, 安達秀雄ほか：早期胃癌における切除線と遠隔成績。臨外 31：45—51, 1976
- 17) 岩永 剛, 古河 洋, 神前五郎：早期胃癌における術後再発型式とその問題点。臨外 31：29—35, 1976
- 18) 早川直和, 神谷順一, 小林正夫ほか：胃癌の遠隔成績—とくに10年生存率について—。癌の臨 26：367—371, 1980