

多発胃癌の治療法の選択

東京医科歯科大学第2外科

仁 瓶 善 郎 三 島 好 雄

同時性多発胃癌の治療上の問題点を検討するために、当科において切除された初発胃癌切除例654例を対象とし、多発胃癌の特徴を検討した。さらに関連施設における症例を含めた100例の多発胃癌を解析した。多発胃癌は、高齢者、男性に多くみられ、主病巣では、早期癌、高分化型が多い傾向にあった。主病巣がA・M領域のものでは副病巣もA・M領域に認められることが多く、C領域に存在する副病巣はそれぞれ4.5%、10.5%であった。副病巣と主病巣の距離は主病巣がA・M領域のものではいずれも主病巣から5cm以内に存在しているものが80%以上をしめた。C領域に主病巣のあるものでは分布に一定の傾向は認められなかった。副病巣では早期癌が多く、大きさは 1.8 ± 1.5 cmで、2cm以内のものが多数を占めた。多発胃癌の術前診断における見落としを少なくすることに配慮することに加え、今後さらに増加すると考えられる縮小手術の適応になる病巣に対しては、特に主病巣より5cm以内の観察が重要であると考えられる。

Key word: multiple gastric cancer

1. はじめに

胃疾患に対する診断技術の向上や詳細な病理学的検討により微少な胃癌病巣の発見率は向上しており、多発胃癌に対する関心も高まっている。多発胃癌の診断、治療においては術前の病巣の同定、切除範囲、リンパ節郭清の程度などについての問題点などがあげられるが、一方、QOLの維持に配慮した縮小手術が定着しつつある今日、多発胃癌に対して新たな治療法の選択を検討する必要性が生じてきている。今回これらの問題をふまえ、当科および関連施設における多発胃癌を解析し、多発病巣を有する胃癌症例の治療上の問題点を検討した。

2. 対象および方法

1979年より1993年までの15年間に当科にて切除され組織学的検索の行われた初発胃癌切除例654例を対象とし、年齢、性別、深達度、占居部位、組織型について単発胃癌、多発胃癌を比較検討し、多発胃癌の特徴を解析した。多発胃癌は、切除胃内に認められた2個以上の病巣が組織学的に癌と診断され、それぞれの病

巣が正常胃壁を隔てて存在するものとした。

さらに、関連施設における47例を加えた100例の多発胃癌について、主病巣と副病巣間の距離、病巣の大きさ、深達度をみた。病巣間の距離は、各病巣の辺縁の最短距離とした。なお、深達度の異なる場合は、最も深達度の深いものを、深達度が同じ場合は病巣の最大径が最も大きいものを主病巣とし、それ以外を副病巣として扱った。組織型は胃癌取扱い規約に準じて分類し、乳頭腺癌、管状腺癌を分化型、低分化型腺癌、印環細胞癌を低分化型として扱った。

統計学的処理は Student t 検定、 χ^2 検定をもちい、 $p < 0.05$ を有意、 $0.05 \leq p < 0.1$ を傾向ありとした。

3. 結 果

1) 単発胃癌との比較

多発胃癌は切除胃癌症例654例中53例に認められ、その頻度は8.1%であった。

平均年齢は多発胃癌では 63.8 ± 10.5 歳 (mean + SD)、単発胃癌では 55.6 ± 12.5 歳で多発胃癌で高い傾向にあった (Fig. 1a)。また、男女比は多発胃癌で3.8 : 1、単発胃癌では2.4 : 1と男性に多い傾向が認められた。

早期胃癌のしめる頻度を、多発胃癌における主病巣と単発胃癌と比較すると、多発胃癌では早期癌が53例中37例 (69.8%) を占め、単発胃癌の50.8%に比較し

* 第45回日消外会総会シンポ2・胃癌多発病巣の治療法の選択

<1995年6月14日受理>別刷請求先: 仁瓶 善郎

〒113 文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学第2外科

Fig. 1a Comparison of the distribution of the age between solitary and multiple gastric cancer

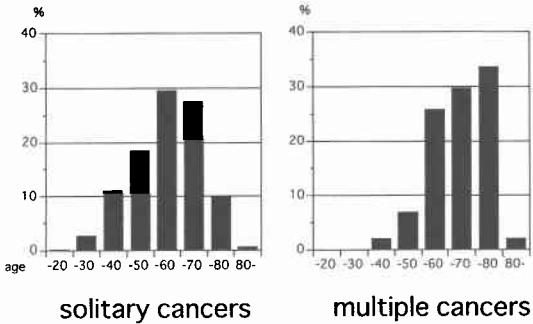


Fig. 1b Comparison of the distribution of depth between solitary and multiple gastric cancer (main lesion)

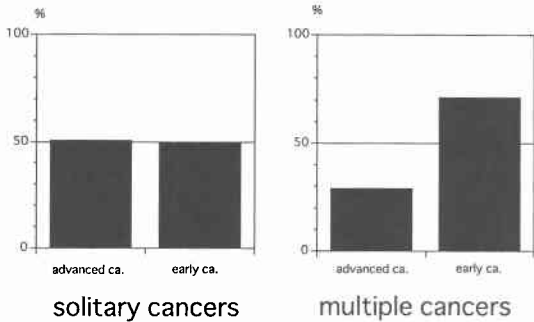
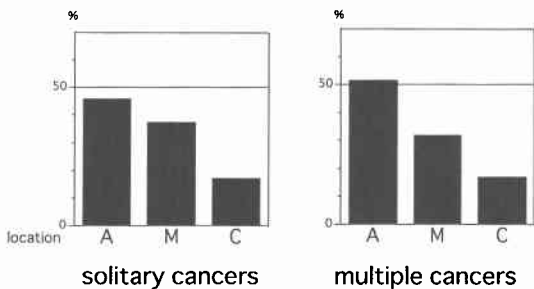


Fig. 1c Comparison of the distribution of location between solitary and multiple gastric cancer (main lesion)



て早期癌症例が多く認められた (Fig. 1b).

占居部位を胃癌取扱規約に従い A, M, C に分け、多発胃癌の主病巣の占居部位の分布と単発癌とのそれを比較すると多発癌では A 領域28例 (52.8%), M 領域17例 (32.1%), C 領域 8 例 (15.1%) で、単発癌における A 領域270例(44.9%), M 領域223例(37.1%),

Fig. 1d Comparison of the distribution of the histologic features between solitary and multiple gastric cancer

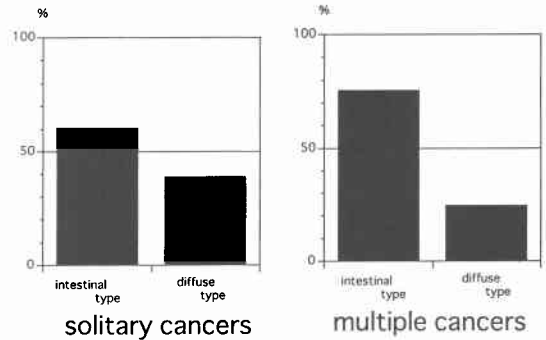
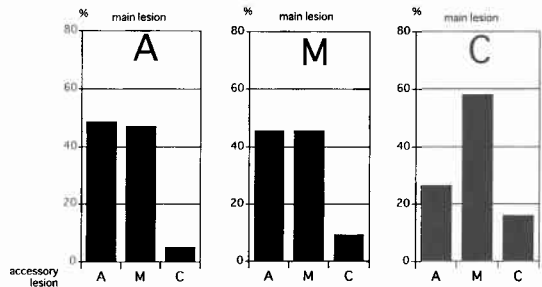


Fig. 2 Location of accessory lesions in respect of main lesions



C 領域108例 (18.0%) に比較し A 領域に多い傾向が認められた (Fig. 1c).

多発癌主病巣の組織型と単発癌の組織型を比較すると、いずれも分化型が多いものの多発癌では分化型が75.5%と単発癌61.1%に比べ分化型癌が多い傾向が認められた (Fig. 1d).

2) 多発胃癌の解析

多発胃癌100例の内訳は 2 病巣84例, 3 病巣13例, 4 病巣 3 例, 計219病巣であった。

主病巣の占居部位と副病巣119病巣との関係を見ると (Fig. 2), 主病巣が A 領域におけるもの52例では同領域に31病巣 (47.7%), M 領域に31病巣 (47.7%), C 領域に 3 病巣 (4.6%) の副病巣が認められた。主病巣が M 領域の32例においては同領域に17病巣 (44.7%), A 領域に17病巣(44.7%), C 領域には 4 病巣 (10.5%) が認められた。一方、主病巣が C 領域にあるもの16例では、副病巣が同じ占居部位にあるものは 3 病巣 (18.8%) と少なく、M 領域に 9 病巣 (56.3%), A 領域にも 4 病巣 (25.0%) の副病巣が存

Fig. 3a Distance between the main lesion and accessory lesion

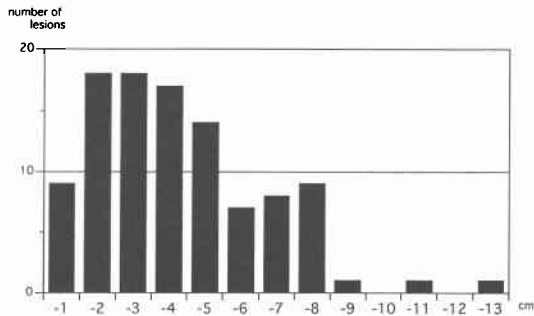
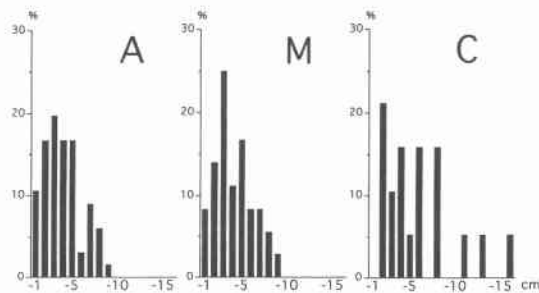


Fig. 3b Distance between the main lesion and accessory lesion in respect of the location of the main lesion



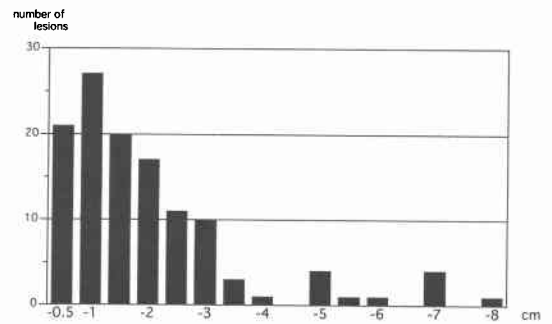
在していた。

副病巣の主病巣からの距離は、 3.5 ± 2.3 cm (mean \pm SD) で主病巣から比較的近傍に認められ、副病巣119病巣中99病巣 (83.2%) は主病巣より5cm 以内に存在していた (Fig. 3a)。

さらにその距離を占居部位別に検討すると、A または M 領域では、主病巣との距離は 3.5 ± 2.0 cm および 3.4 ± 2.0 cm と主病巣の近傍に位置し、主病巣の5cm 以内に84.5%以上が認められた。一方、C 領域に主病巣が存在するものでは、副病巣との距離は平均 5.0 ± 3.9 cm であり、A または M 領域でのような一定の傾向は認められなかった (Fig. 3b)。

副病巣の深達度と大きさを検討すると、副病巣が進行癌であったものは5病巣のみであった。早期癌は114病巣で、m 癌93病巣、sm 癌21病巣と m 癌の頻度が高かった。副病巣の大きさは 1.8 ± 1.5 cm (mean \pm SD) で、進行癌では 4.0 ± 1.9 cm、早期癌では 1.7 ± 1.4 cm で、2cm 以内のものが77%を占めていた (Fig. 4)。

Fig. 4 Size of the accessory lesions



4. 考 察

多発胃癌は Moertel ら¹⁾により診断基準が示されて以来、その頻度は経年的に増加している。近年の報告ではその頻度は診断方法、組織学的検索の精度²⁾によっても異なり、23%に胃癌の多発を認めたとする報告³⁾もあるがおおよそ10%前後とされている^{4)~6)}。多発胃癌の問題は、臨床的には従来切除範囲の決定に関し、重要な意味を持っていた。さらに近年患者の QOL を考慮し、適応を設けた上で切除範囲やリンパ節郭清の縮小手術が推奨され、また内視鏡的治療の対象となる症例も増加し定着していることから、治療法の選択やフォローアップの問題も含め新たな関心の的となっている。

切除胃の検索による単発胃癌との比較では、高齢で男性に多いという傾向²⁾⁴⁾⁶⁾は従来報告されているごとくであった。

ところで、多発胃癌の外科治療を考慮する場合に、その切除範囲、およびリンパ節郭清が問題となる。前者に対しては主病巣と副病巣との位置関係すなわち、主病巣と副病巣の占居部位の関係および両者の距離を検討し、第2の点に関しては副病巣の性状の解析を行った。

切除範囲の決定にあたっては当然のことながら、術前に副病巣を見逃さないことが肝要である。磨伊⁴⁾は、多発胃癌のリスクのあるものに対してはゾンデによる二重造影や色素内視鏡を労を惜しまず検査することが重要としている。我々も内視鏡時、色素散布を行い小病変の発見に努めている。また、スクリーニング時には、直視鏡が用いられることが多いが、術前に改めて側視鏡による観察も見落としを避けるために活用されるべきであろう。

さらに多発胃癌の主病巣と副病巣との位置関係を知

ることは副病巣の見落としを少なくするためにも重要である。主病巣と副病巣の位置関係については、病巣の中心間の距離⁹⁾など、種々の分類がなされているが、今回の検討では主病巣と副病巣との辺縁の最短距離とした。多発癌の主病巣の占居部位はAおよびM領域に多く、またこれらの症例では、主病巣から5cm以内に副病巣の約8割が存在していた。胃全摘術を行えば、多発胃癌に対する見落としの憂慮はなくなるわけであるが、主病巣が早期胃癌でA、M領域に多いことを考慮するならば、主病巣が胃全摘術の対象になるか、術前に発見された副病巣の切除のために胃全摘術が適応となる場合以外には、実地臨床の場にはそぐわない。今回の解析症例においてフォローアップ中残胃にあらたな病巣が出現したものは認められず、AまたはM領域に主病巣および副病巣が確認されたものでは幽門側胃切除（胃亜全摘術）でほぼ適切な治療がなされていたと考えられる。高橋ら⁶⁾も、主病巣と副病巣の位置的關係を検討し長軸方向に分布する副病巣の84%が5cm以内に存在していたとし、多発胃癌を取り残さない胃切除術式としてA・M領域癌では幽門側4/5を切除する胃亜全摘術がよいとしている。

ところで、縮小手術に対する適応に関してはいまだ一致した見解は得られていない⁷⁾が、切除範囲の縮小の適応となる場合には病巣から2~3cm離して切除線が決められる⁸⁾場合が多い。したがって、主病巣が切除範囲縮小の適応となる場合には、特に主病巣近傍の副病巣の存在を確認し、その切除線の決定は慎重に行われるべきである。

一方、副病巣の解析からは内視鏡的切除の適応となる症例も少なくない。すでに述べたように外科的には遠位の副病巣を見逃さず、切除範囲を決めることが強調されるが、遠位にある病巣が内視鏡切除の適応となる場合には副病巣に対して非手術的治療を行っておけば、主病巣に対して縮小手術の適応があれば、単発癌と同様の治療方針で臨むことが可能となる。逆に、主病巣近傍に副病巣が存在する頻度が高いことを考慮すれば切除範囲の縮小の対象となる主病巣に対して、その近傍5cmの範囲を十分に観察しておくことが重要であると考えられる。もちろんいうまでもなく頻度が少ないという理由で5cm以上離れた部位の観察を怠

ることが許されるわけではない。

多発胃癌に対するリンパ節郭清については、多発胃癌では早期癌の頻度が高く、副病巣においてはさらに深達度が浅く、小さなものが多いことから副病巣からのリンパ節転移の頻度は少ないと考えられる。今回の検討症例中主病巣、副病巣ともに早期癌であった70例中、実際にリンパ節転移を認めたものは1例のみであった。いずれにしても、現時点では、多発しているからという理由のみで拡大した郭清をする必要はなく、それぞれの病巣に対して、独立して考慮し、それらを加算した範囲の郭清を行えばよいと考える。

今回の検討で対象とされたものは、主病巣および副病巣に対して胃切除術が施行されたものである。診断技術の進歩や、多発胃癌に対する関心の高まりにより、さらに早期の病巣が発見される可能性は多くなると考えられる。根治性を保ちつつQOLを重視した治療法の選択が要求される今日においては、主病巣に対しても縮小手術が選択される可能性も多くなるであろう。かかる際には、特に主病巣より5cm以内の観察が重要であることを改めて強調しておきたい。

文 献

- 1) Moertel CG, Barga A, Soule EH: Multiple gastric cancers—Review of the literature and study of 42 cases. *Gastroenterology* 32: 1095—1103, 1957
- 2) Kosaka T, Miwa K, Yonemura Y: A clinicopathological study on multiple gastric cancers with special reference to distal gastrectomy. *Cancer* 65: 2602—2605, 1990
- 3) 三上哲夫, 滝澤登一郎, 猪狩 享ほか: 多発胃癌—病理学的立場から. *胃と腸* 29: 627—632, 1994
- 4) 磨伊正義, 源 利成, 伊藤 透ほか: 多発早期胃癌の臨床病理学的検討—外科的立場から. *胃と腸* 29: 691—700, 1994
- 5) 美園俊明, 西俣寛人, 堀 雅英ほか: 多発胃癌—X線診断の立場から. *胃と腸* 29: 643—655, 1994
- 6) 高橋俊雄, 伊藤順造: 多発胃癌の検討. *消外* 6: 141—144, 1983
- 7) 長町幸雄: 早期胃癌に対する縮小手術. *消外* 12: 1655—1664, 1989
- 8) 岩永 剛, 古河 洋, 平塚正弘: 早期胃癌の手術. *消外* 12: 1693—1702, 1992

Synchronous Multiple Gastric Cancer

Zenro Nihei and Yoshio Mishima

Second Department of Surgery, Tokyo Medical and Dental University

Synchronous multiple gastric cancer was observed in 53 (8.1%) of 654 specimens resected at our department during a 15 year-period. Elderly and male patients had a relatively high incidence of multiple gastric cancer. The main lesions of multiple cancer were found in the early stage as compared with solitary ones. In cases in which the main lesion was located at the lower or middle third of the stomach, over 80% of the accessory lesions were found within 5 cm of the main lesion. Accessory lesions were found diffusely in cases in which the main lesion was located at the upper third. Accessory lesions were found to be early cancer in 69% of cases and their size was within 2 cm in maximum diameter. Careful preoperative examination should be carried out, especially in cases in which the main lesion will be resected with limited margins, so as not to miss accessory lesions, which are frequently located at within 5 cm of the main lesion.

Reprint requests: Zenro Nihei Second Department of Surgery, Tokyo Medical and Dental University
1-5-45 Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo, 113 JAPAN
