

術後化学療法

病理病期 (pStage) II/III 症例 (T3N0 と T1 を除く) に対し、S-1 単剤による術後化学療法が標準治療となっています。術後、6 週間以内に投与を開始し、1 年間行います。4 週間投与 2 週間休薬を 1 コースとしますが、患者の状態に応じ、減量や投与スケジュールの変更 (2 週間投与 1 週間休薬) を考慮します。

切除不能進行・再発胃がん

		HER2 陽性	HER2 陰性
1 次治療	推奨度 1	Tmab+XP(Cape+CDDP)	SP(S-1+CDDP)
	推奨度 2	Tmab+CapeOX(Cape+l-OHP)	SOX(S-1+l-OHP) CapeOX(Cape+l-OHP)
2 次治療		RAM+PTX	
3 次治療		CPT-11	

HER2:human epidermal growth factor receptor 2、Tmab:トラスツズマブ、Cape:カペシタビン、CDDP:シスプラチン、l-OHP:オキサリプラチン、RAM:ラムシルマブ、PTX:パクリタキセル、CPT-11:イリノテカン

- HER2 陽性胃がんに対しては、Tmab を含む化学療法が標準治療です。HER2 陽性胃がんの 1 次治療は Tmab+ XP ですが、患者の状態に応じて、Tmab+ CapeOX が選択される場合もあります。
- HER2 陰性胃がんの 1 次治療は SP が標準治療です。腎機能障害等により CDDP の投与が困難な患者や外来治療を希望される患者には、SOX や CapeOX が選択されます。
- 2 次治療では RAM+PTX、3 次治療では CPT-11 が推奨されます。

がん化学療法を施行される全ての患者さんに薬剤師は介入しています。治療のレジメン選択や投与量設定を医師とともにやり、また、患者さんへの説明や副作用の確認、支持療法を医師に提案するなど、安全な化学療法の施行に寄与しています



Information - 開催予定研修会 -

がん化学療法有害事象に関する研修会

日時：12 月 1 日 (金) 18:30~20:00
会場：長野赤十字病院 第一研修ホール

発行：長野赤十字病院
がん治療センター・がんサポートセンター
事務局 がん診療連携課
(地域がん診療連携拠点病院事務局)

TEL 026-226-4131 FAX 026-226-6114
E-mail ganshinryo@nagano-med.jrc.or.jp
WEB http://www.nagano-med.jrc.or.jp



当院は、地域医療支援病院・地域がん診療連携拠点病院として、地域の医療関係機関と連携をとりながら、診療体制をより良いものにするため日々努力しています。『がん治療センターだより』は、がん診療に関する情報を発信し、当院をより身近に感じていただくため隔月で発行します。さて、第7号は『胃がん』の、早期診断のための病変部の特徴や当院で行っている治療についてご紹介します。

胃がんの診断と内視鏡治療について

第二消化器内科部副部長 柴田 景子

はじめに

近年、胃癌の年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、依然死因の第3位 (男性では第2位、女性では第3位) を占めています (2015 年)。ヘリコバクターピロリ除菌療法が普及し除菌後の患者さんが増えており、引き続き定期的なスクリーニング検診による早期胃癌の発見、早期治療に努める必要があります。

胃癌の診断：早期胃癌・病変の拾い上げ

背景の胃炎の状態により、発生しやすい組織型、肉眼型、色調に特徴があります。

< 分化型胃癌 >

萎縮領域や腸上皮化生を認める領域に好発するため、発赤陥凹や白色調~同色調の扁平隆起に注目。発赤陥凹は分化型胃癌であることが多く、白色調~同色調の隆起は腺腫~超高分化型腺癌の可能性。陥凹の形態は不整であることが多く、棘状・星芒状と表現される。

< 未分化型胃癌 >

萎縮がない胃底腺領域や萎縮境界に発生しやすい。褪色調粘膜や、褪色と発赤が混在する陥凹に注目。

上記の病変が単発であれば癌の疑いが強くなります。自然出血をともなっていればさらに疑わしいため、内視鏡挿入時にすでに出血しているような病変があれば特に注目して観察する必要があります。病変が多発の場合は胃炎やリンパ腫の可能性を考慮します。

また、見逃しやすい部位、病変があることを意識して検査を行うことも重要です。

< 見落としやすい部位 >

- 噴門部小弯：内視鏡に隠れる
- 体部後壁、胃角後壁：接線方向になりやすい
- 体部大弯：進展不良で壁の間に隠れる
- 前庭部：蠕動運動や収縮輪に隠れる

< 見つけにくい病変 >

- 微小胃癌、0-IIb 病変
- 胃炎類似型胃癌



消化器内科医師 (内視鏡室にて内視鏡スタッフ等と)
前列左から、柴田 (筆者)、松田、和田、森
2 列目左から、柴田、丸山、4 番目・藤澤、3 列目右・徳竹

消化器外科の胃がんの診療について 消化器外科部副部長 西尾 秋人

当科で行っている胃がんの診療についてご紹介します。

胃がんの外科治療について

外科治療の対象となるのは、未分化型の粘膜病変と、深達度が粘膜下層より深い病変です。治療を目的とした定型手術としては、病変の位置・大きさによって、主に幽門側胃切除術、胃全摘術が選択されます。術式の選択は、基本的に胃癌治療ガイドラインに準じて行っています。

幽門側胃切除術：

腫瘍の近位側切離断端が確保できる場合に選択する術式で、最も一般的な手術です。開腹手術と併せて、cStage I はもちろん、II 以上でも適応と判断できる場合は、腹腔鏡補助下幽門側胃切除 (LADG)、腹腔鏡下幽門側胃切除 (LDG) を選択し、数多くの実績があります。

胃全摘術：

腫瘍の近位側切離断端が確保できない場合に選択される術式です。開腹下の手術が基本ですが、近年 cStage I の症例で腹腔鏡補助下胃全摘術 (LATG) を取り入れています。

定型手術以外にも積極的に取り組んでいます。

腹腔鏡・内視鏡合同手術：

内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) が困難な早期胃がんや消化管間質腫瘍 (GIST) に対しては、消化器内科医と共同で、腹腔鏡・内視鏡合同手術 (LECS) を取り入れ、患者さんの負担の軽減に努めています。

緩和手術：

根治切除の対象とならない遠隔転移を有する方に対しても、個々の状況に応じて緩和手術を検討、施行しています。

術後治療、経過観察について

pStage II 以上の症例では、外来通院で術後補助化学療法を行います。また、術後の経過観察期間は5年を基本としています。

術後経過観察においては、地域連携クリティカルパスに沿って、ご紹介をいただいたかかりつけ医の先生と連携して診療にあたっています。

当院での胃がん外科治療は、内視鏡外科学会技術認定医2名を含む5名の常勤医師と2名の後期研修医で行っています。どのような病状の患者様に対しても適切な治療が行えるよう、日々研鑽を積んでいますので、ぜひご相談ください。



消化器外科医師／ 前列左から、西尾(筆者)、中田、袖山、町田
後列左から、細田、草間、柳沢

このように背景胃粘膜の変化と発生しやすい病変、また見落としやすい場所、病変を念頭に置いて、領域性を持った粘膜変化に注意して観察します。特に、背景粘膜と比較して粘膜表面構造の変化がある部位に注目します。癌では胃小区が不明瞭となり、粘膜の光沢が消失していたり、細顆粒状の変化を生じていることがあり、通常光観察では発赤～若干黄色調・黄白色調の領域として認識されます。また、胃粘膜萎縮が高度で血管透見が目立つ症例では腫瘍の厚み・細胞密度の増加による血管透見の消失も病変発見の手掛かりとなります。病変境界は通常明瞭ですので、境界が不明瞭である病変は癌でない可能性が高くなります。

ただし、胃粘膜萎縮や腸上皮化生を伴う症例では背景粘膜の色調や粘膜構造が多彩で均一でないため、病変の発見が難しくなります。このように通常光観察では判断が難しい場合でも、インジゴカルミン散布により色調コントラストが明瞭となり病変が認識できる場合があります。

胃癌の内視鏡治療

早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD)は2006年に保険収載され、現在では一般病院でも広く行われており、当院では年間約50件の胃ESDを行っています。

胃癌治療ガイドラインでは内視鏡治療の絶対適応病変は2cm以内・分化型・粘膜内病変・UL(-)とされていますが、適応拡大病変についても十分な検討の上内視鏡治療の適応を判断しています。術前には病変範囲の診断のため白色光、色素、NBI拡大内視鏡を併用して観察を行います。丁寧な観察を行い、病変を安全確実に切除することを心がけています。

術後病理組織診断で適応外病変と診断した場合は外科へ紹介し追加外科手術を検討します。

抗凝固療法中の患者さんや、ペースメーカー挿入後など合併症のある患者さんについても他科と併診の上安全に治療が行えるよう配慮しています。

症例

当院で内視鏡治療を行った症例を提示します。当院人間ドックにて内視鏡検査を受け、病変を指摘されました。胃前庭部大弯にびらんを認め、生検でadenocarcinoma(tub1)でした。白色光では病変範囲の認識が困難でしたが、NBI拡大及び色素内視鏡を併用し病変範囲を認識し、ESDにて一括切除しました。術後病理組織は病変径4.1×2.6cm、粘膜内病変で、脈管侵襲なく治療切除でした。

深達度	潰瘍	分化型		未分化型	
		≤2 cm	>2 cm	≤2 cm	>2 cm
cT1a	UL(-)	■	■	■	■
	UL(+)	■	■	■	■
cT1b		■	■	■	■

■:絶対適応病変、■:適応拡大病変、■:適応外病変

< 内視鏡的切除の適応 >

人間ドック時
病変自体が認識しづらいです



治療時
白色光では病変範囲が認識困難でありNBI拡大で病変境界を確認しました(黄点線)



治療時
病変境界を確認しながら全周に周辺マーキングを行います



治療終了 <治療後潰瘍>



<固定後標本>

