

第25回 がん臨床研究フォーラム

ープログラム・抄録集ー

開催日時 平成27年6月12日

会場 国際研究交流会館(国立がん研究センター内)

主催 全国がん(成人病)センター協議会

実行委員長 山形県立中央病院 院長 後藤敏和

担当施設 山形県立中央病院(がん・生活習慣病センター)
TEL:023-685-2616 FAX:023-685-2605

第25回 がん臨床研究フォーラム開催にあたり

このたび第25回がん臨床研究フォーラムを担当させていただくことになりました山形県立中央病院を代表し、フォーラムの開催にあたり一言ご挨拶申し上げます。

全国がん(成人病)センター協議会は、昭和40年に発足した「全国(成人病)センター連絡懇談会」を母体とし、構成施設の緊密な協力により、わが国のがん予防、診断及び治療等の向上に資することを目的として、昭和48年に設立されました。本フォーラムは、「全国がん(成人病)センター協議会」が主催しており、平成3年度より毎年開催し今年で25回目となりました。

わが国では生産年齢人口である15歳から64歳の約3割が、がんに罹患している現状であります。がん医療の進歩は目覚しく5年生存率は着実に上昇しております。その結果、大勢の方が仕事をもちながらがん治療をされている状況にあります。その一方で、がんと診断されたため就労できなくなり、大幅に収入が減ってしまうなどの就労問題も出てきております。

そこで今回のテーマとして「がん患者の早期社会復帰に対する支援」と題し、栄養やリハビリなど様々な視点から社会復帰に対する支援を議論してもらいます。二つ目のテーマに「上部胃がんに対する治療戦略」を取り上げました。近年、胃がんの発生部位が下部から上部へ移行してきている事に対してのいろいろな治療方法を議論いただきたいと思います。

フォーラム発表者、TV会議参加施設の参加者による活発な議論を通して、今後のがん医療の発展につながるヒントを得られれば幸いです。

全国がん(成人病)センター協議会 第25回がん臨床研究フォーラム

実行委員長 後藤敏和(山形県立中央病院 院長)

【第25回 がん臨床研究フォーラムプログラム】

平成27年6月12日(金) 於：国立がん研究センター内国際研究交流会館

<開会の辞> (9:00~9:10)

- ・全国がん(成人病)センター協議会会長 堀田 知 光(国立がん研究センター 理事長)
- ・第25回がん臨床研究フォーラム実行委員長 後藤 敏 和(山形県立中央病院 院長)

<午前の部>シンポジウム (9:10~12:00)

主題：がん患者の早期社会復帰に対する支援

今後、日本の人口構造は高齢化へと進み、それに伴い労働年齢層の減少が予想される。がん患者の早期の社会復帰は患者自身にも重要な課題であるが、労働力確保という意味では社会全体の課題とも言える。

がん患者の早期社会復帰に対する支援として栄養サポート・がんリハビリ・就労支援等の視点から議論を行いたい。

座長：日本対がん協会 会長 垣添 忠 生
国立がん研究センター がん対策情報センター
がんサバイバーシップ支援研究部長 高 橋 都

【9:10~9:25】(問題提起 15分)

日本対がん協会 会長 垣添 忠 生

【9:25~9:55】(講演25分、質疑5分)

- 1 上部消化管がん(胃がん食道がん)術後の栄養サポート
がん研究会有明病院 消化器センター 食道医長 峯 真 司

【9:55~10:25】(講演25分、質疑5分)

- 2 がんリハビリテーション 社会復帰への挑戦
慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室 准教授 辻 哲 也

【10:25~10:55】(講演25分、質疑5分)

- 3 がん患者の就労支援と課題
静岡県立静岡がんセンター 疾病管理センター よろず相談専門監 高 田 由 香

【10:55~11:25】(講演25分、質疑5分)

- 4 がん診断初期から始まる社会的サポート
国立がん研究センター東病院 サポートケアセンター がん相談統括専門職 坂 本 はと恵

【11:25~12:00】

総合討論

<昼食休憩> (12:00~13:00)

<午後の部>ワークショップ(13:00~15:30)

トW
主 題 題 : 上 部 胃 がん 対 する 治 療 戦 略

近年、胃がんの発生部位が下部から上部へと移行してきている。上部の胃がんに対しては、早期胃がんに対する切除術式や再建術式、食道胃接合部胃がんの取扱い、進行胃がんに対する脾合併切除の適応等、検討すべき点が多い。これらに関して議論を行いたい。

座長：東京大学大学院医学系研究科 消化管外科学 教授 瀬戸 泰之
山形県立中央病院 副院長 福島 紀雅

【13:00～13:05】(問題提起5分)

山形県立中央病院 副院長 福島 紀雅

【13:05～13:35】(講演25分、質疑5分)

1 噴門側胃切除術の臨床的有用性と課題—PGSASの知見を交えて—

東京慈恵医科大学附属病院 消化管外科 診療医長 中田 浩二

【13:35～14:05】(講演25分、質疑5分)

2 噴門側胃切除後各再建術式のQOL評価

山形県立中央病院 外科医長 野村 尚

【14:05～14:35】(講演25分、質疑5分)

3 食道胃接合部癌—最近の知見—

東京大学大学院医学系研究科 消化管外科学 教授 瀬戸 泰之

【14:35～15:05】(講演25分、質疑5分)

4 上部進行胃癌に対するD2郭清：新たなスタンダード

神奈川県立がんセンター 消化器外科 部長 吉川 貴己

【15:05～15:30】

総合討論

<閉会の辞>

山形県立中央病院 副院長 福島 紀雅

主題：がん患者の早期社会復帰に対する支援

演題：上部消化管がん(胃がん食道がん)術後の栄養サポート

がん研究会 有明病院 消化器センター 食道医長 峯 真 司

胃がん食道がんに対する手術療法は再建も含めてほぼ標準化されたと言える。また検診の普及等により早期がんで治療できる割合が上昇し、化学療法や周術期管理の改善等により進行がん手術の成績も向上し、長期生存例が増えてきている。

胃がん食道がんが進行がんの場合には診断時にすでに低栄養状態となっている場合も少なくない。このような状況でも積極的な栄養療法により手術前に栄養状態を改善し、無事に周術期を乗り切れるようになってきている。

一方で、術後の症状に対しては、十分に適切な対策は取れていないのが現状である。

そもそも術後の症状は自覚症状が主であるため客観的に評価できず、比較すら困難であった。が、これに対しては近年、有用と思われる尺度が開発されている。

胃がん食道がん術後の特徴的な症状としては、食事が腹いっぱい食べられない 急いで食べられない つかえる 体重が戻らない 逆流がある ダンピング症状がある が挙げられる。それ以外にも、足がよくつる、手足が冷える、おならが臭い、等もしばしば認められる症状である。

以前から言われているところではあるが、鉄やビタミン、カルシウムなどの栄養素の欠乏にも陥りやすい。

これ以外にも手術後には食欲低下、味覚障害も出現しやすく、経口摂取が増えない理由の一つである。

進行胃がんでは術後に抗がん剤治療を行うが、経口摂取の低下と化学療法の継続率とに関連があることが指摘されている。

がん患者ということでもうつ状態に陥っている可能性もあり、これによる食欲低下もありうる。

以上、問題点別に対策を、判明していない部分を含めて概説する。

主題：がん患者の早期社会復帰に対する支援

演題：がんリハビリテーション 社会復帰への挑戦

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 准教授 辻 哲也

がんの治療を終えた、あるいは治療を受けつつあるがんサバイバーが500万人に到達しようとする現在、がんが“不治の病”であった時代から“がんと共に生きる”時代になり、がん自体に対する治療のみならず、症状緩和や心理・身体面のケアから療養支援、復職などの社会的な側面にもしっかりと対応していく、“がんと共に生きる時代”の新しい医療のあり方が求められている。

がん患者にとって、がん自体に対する不安は当然大きいですが、がん自体や治療により生じる身体障害に対する不安も同じくらい大きい。がんの進行もしくは治療の過程で、しびれや疼痛、倦怠感、呼吸困難などの症状、精神心理的問題、認知障害、摂食・嚥下障害、発声障害、運動麻痺、廃用性や悪液質による筋力低下・筋萎縮や関節拘縮、体力・持久力の低下、四肢長管骨や脊椎の切迫・病的骨折、上下肢の浮腫などの様々な機能障害が生じ、それらによって移乗動作などの起居動作や歩行、セルフケアを初めとする日常生活活動（ADL）に制限を生じQOLの低下をきたしてしまう。これらの問題に対して、症状の緩和や二次的障害を予防し、機能や生活能力の維持・改善を目的としてリハビリテーション（以下、リハビリ）治療を行うことは重要である。

がんリハビリの黎明期には腫瘍の存在する解剖学的部位の障害や治療の有害反応・後遺症に対する問題が主に扱われていたが、近年では、がん治療中や治療後のサバイバーのQOL向上を目的に、後遺症や合併症の軽減を目的とした治療前や治療中の介入、悪液質への対応、緩和ケアが主体となる時期の疼痛や全身倦怠感などの症状緩和や自宅での療養生活への支援や社会復帰に向けた支援など、がん患者に影響を及ぼす幅広い問題に対してもニーズは拡大しつつある。

がんリハビリは、予防的、回復的、維持的および緩和ケア主体となる時期の4つの段階に分けられる。入院においては、手術や化学・放射線療法などの治療中・後の合併症・障害の予防・軽減、セルフケアの自立や退院支援が主な目的となる。一方、外来では、自宅療養中

のがん患者の QOL の維持・向上を目的に、地域医療や福祉との連携をとりつつ、生活を支援し社会復帰を促進する。地域で生活しているがんサバイバーのケアモデルを作成していく上では、医療機関と介護保険スタッフとの間できめ細かく情報交換を行い、最適なケアプランを提供する必要がある。

一方、エビデンスに関しては、「がんのリハビリテーションガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究（第 3 次対がん総合戦略研究事業、主任研究者：辻哲也）」が実施され、日本リハビリテーション医学会と協働して作業に取り組み、2013年に出版された。がんリハビリに関する臨床上の問題が、総論・評価および原発巣・治療目的・病期別に 8 領域に分けられ、エビデンスの高い臨床研究が多数存在することが実証された。2015年には本ガイドライン準拠のベストプラクティスが刊行された。

がん対策基本計画では、「がん患者は病状の進行により、日常生活に次第に障害を来し、著しく生活の質は悪化するということがしばしば見られ、がん患者のリハビリテーションを充実する必要がある」とされ、目指すべき方向は、「がん患者の療養生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対するリハビリテーション等に積極的に取り組んでいく。」と記載されている。今後、がんの診断早期から終末期までリハのニーズはさらに高まっていくことが予想され、がんリハビリへの取り組みは今後ますます重要になることが予想される。

がん医療が外来シフトしていく中で、外来診療におけるサポータティブケアの拡充、がんサバイバーの社会復帰に向けた支援、進行がん・末期がん患者の在宅ケア、そして小児がん対策もこれからの重要な課題である。リハビリの果たしうる役割は大きい。

主題：がん患者の早期社会復帰に対する支援

演題：**がん患者の就労支援と課題**

静岡県立静岡がんセンター 疾病管理センター よるず相談専門監 高田由香

がんと診断された時から、がん患者には「診療」「からだ」「こころ」「暮らし」にかかわる悩みや困りごとが生じる。そのような問題を抱えるがん患者を継続して支え、安心して自らの状況に向き合えるように、病院全体としてがん患者の就労支援にとりくむ必要がある。就労支援に関してもがん対策と同様に「予防」「早期発見」「早期治療」の考え方があてはまる。「予防」とは、治療に専念していて就労のことまで考えていない時期の患者に対する支援。「早期発見」とは、病気や治療によって“仕事を辞めようかどうしようか”と悩んでいる段階の患者に対する支援。「早期治療」とは、治療と就労の両立支援を必要としている患者、あるいは再就職も含めた就労支援を必要としている患者に対しての支援。

そして患者同士が気持ちを分かち合い、前向きに問題に取り組めるように、対話の促進を図る交流の機会・場の定期的な提供を保証する。これらの支援策が連動して機能することが、がんと診断された時からの「暮らしの支援」と考えている。

2012年からの第二期がん対策推進基本計画にて、重点的に取り組むべき課題として「働く世代や小児へのがん対策の充実」があげられ、がん患者の就労を含めた社会的な問題が着目されるようになった。すでに2004年に「がんの社会学」に関する合同研究班が発表した「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書」において、依願退職または解雇にいたった患者が34.7%(2003年調査)と指摘されていた。10年後に実施された「がん患者の悩みや負担等に関する調査 2013」では、依願退職または解雇にいたった患者が28.4%(静岡がんセンターデータの中間報告)であったことから、大きな変化はみられなかった。しかし、多くの患者が職場や仕事関係者になんかであることを伝えていると答え、また事業主や仕事関係の人々からの理解や支援が十分得られているという回答が多かったことなどから、この10年間の様々な取り組みや世論・マスコミの影響などが大きく作用していると考えられる。

静岡がんセンターでは制度整備に先行して2011年から地元の法人会と協働した「就労支

援システム」や社会保険労務士会と協働した「障害年金相談会」など、独自の取り組みを進めてきた。さらに2013年からは、「長期にわたる治療等が必要な疾病をもつ求職者に対する就職支援モデル事業」の実施医療機関として取り組んできた。就労支援には大きく分けて「就労継続」と「再就職」があり、医療機関としては主に、就労状況の確認（復職意思・職内容・生活保障など）、職場復帰の可否の判断、職場復帰支援情報（副作用・留意点・環境整備など）の提供、フォローアップなどになる。“辞めさせないための支援”として、初診時から暮らしの負担についても病院内に支援窓口があることを看護師から情報提供をし、相談行動を促す。また退院時にも支援が必要な患者に対し、看護師から情報提供する。暮らし（生活環境・仕事・家族・制度・お金など）の支援については、よろず相談の医療ソーシャルワーカーが各部署と連携のもとにその役割を担う。病院内でシステムが有機的に機能するまでには、関わる医療者の理解や習熟、成功体験の共有などが必要となるが、日常の診療業務の中で「患者＝生活者」の意識が浸透していくことも大きな課題といえる。

一方で、就職斡旋について医療機関が果たせる役割はなく、ハローワークや民間企業に委ねるしかない。しかし、前述の調査によると「がんになっても安心して仕事を続けるために必要なこと」として、時間短縮勤務・休暇制度・柔軟な配置転換などの整備を望む意見が多くみられた。このことから事業主や人事担当者・同僚などが、病気やがん体験者のことを正しく理解できるように、医療者が地域にでむいて「啓発活動」を実践することが求められている。

主題：がん患者の早期社会復帰に対する支援

演題：**がん診断初期から始まる社会的サポート**

国立がん研究センター東病院

サポーターケアセンター がん相談統括専門職 坂本 ほと恵

はじめに

がん医療の治療成績は向上し、5年相対生存率は58.6%を超えた。今や、がんは必ずしも死に至る病ではなく、社会復帰が可能な時代となりつつある。がん患者の円滑な社会復帰の実現に向けては、2012年に見直しが行われた、がん対策推進基本計画の個別目標に「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が明記されるなど、政策的な整備も進みつつある。これらの整備を受け、がん相談支援センターの業務には、従来のがん療養に関する情報提供・相談支援に加え、労働問題専門職との協働した就労支援の実施等、社会復帰に向けたより具体的取り組みが追加されたところである。

こうした政策整備が進む一方で、がん患者の社会復帰に向けて医療機関の多職種が協働して展開できることは何であるのかや、社会資源（高額療養費・障害年金等）は、いつどのようなタイミングで患者に利用を推奨すべきであるのかといった、具体的手法が十分に示されているとは言えない。

社会的サポートを医療機関で展開する意義

医療機関におけるソーシャルワーカーの役割は、「社会福祉の立場から、患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る役割」（2002年厚生労働省保健局長通知 医療ソーシャルワーカー業務指針）である。

具体的には、社会復帰を困難とする諸問題を抱える患者・家族に介入し、多職種と協働しながら、患者・家族の心身の状況把握や意思決定プロセスの特徴、その際のキーパーソン等を評価した上で、社会復帰のプロセスに有用な社会資源の同定と情報提供を行うとともに、動機づけやコミュニケーション支援を通じて着実に社会資源が獲得できるよう支援を行う。また既存の社会資源で解決できない問題に対しては、新たな社会資源を創造すべく院内多職

種や地域医療福祉従事者、行政地関係者と検討を行う。

尚、患者が居住する市町村の社会福祉部門ではなく、医療機関内で医療ソーシャルワーカーが活動する意義は大きく分けて3つある。それは、1) 日本における社会資源は、申請窓口が制度により異なっていること、原則自己申告制であることなどから、患者や家族自身が個々の状況に合致した社会資源の同定自体に支援が必要である。2) 社会資源には遡及申請が困難なものも存在している。知らなかったが故の不利益が生じないように、利用可能な社会資源の存在を広くかつ迅速に伝えていく必要がある。3) がん罹患を契機に社会での役割を失うことは、時に経済的損失にも直結する。特に、雇用問題と経済的問題を抱える患者はそれを持たない患者の3倍以上うつ状態にあったことも明らかとなっており、QOLの向上のためにも必要不可欠である。といったことである。

また、社会復帰に困難をもたらす諸問題が重層的となった場合、治療の完遂にも影響を及ぼすことも明らかとなりつつあり、医療者にとっても取り組むべき重点課題であるといえる。

以上のことを踏まえ、今すべての医療者が持つべきは、“社会復帰の支援は診断初期から始まる” “社会資源は知らないが故の患者の不利益につながる場合もある” という意識を持ち、社会資源の有効活用について病院の中でも相談可能であることを、目の前にいる患者・家族に伝達することであると考えます。

当院での取り組み

当院では、2014年に組織改組しスタートしたサポーターケアセンター／がん相談支援センターにおいて、診断初期からから入退院後、終末期まで一貫して、患者や家族の心理的・社会的・経済的問題が複雑化する前に相談ができるサポート体制の構築を目指しているところである。当日は、その取り組み状況を報告するとともに、今後のより良いあり方についてフロアの皆様とともに検討したい。

主題：上部胃がんに対する治療戦略

演題：噴門側胃切除術の臨床的有用性と課題—PGSASの知見を交えて—

東京慈恵医科大学附属病院 消化管外科 診療医長 中田 浩二

胃上部ならびに食道胃接合部癌の増加が見込まれており、局在や進行度に応じた郭清範囲の設定とともに、良好な術後 QOL を保持できる再建法の確立が望まれている。そのためには胃の機能を可及的に温存することや、胃切除により失われた機能を再建法や吻合手技で補うことが重要である。胃上部の早期胃癌に対しては、多くの施設で噴門側胃切除術（噴切）が行われているが、その適用や切除後の再建法、吻合手技などは多様であり、一定の見解は得られていないのが現状である。そこで噴切に関連した胃の機能、全国アンケートに基づく胃上部早期癌に対する術式選択の現状、多施設共同研究 PGSAS で明らかにされた噴切についての知見を報告する。

1. 胃の生理機能に及ぼす影響

胃の近位側は、食事摂取で誘発される適応性弛緩反応により胃壁が弛緩伸展し、より多くの食物を貯留する働きを有する。一方、胃の遠位側は、強い収縮により食物を細碎し十二指腸へと送り出す働きが主で伸展性に乏しくあまり貯留能には寄与しない。食道胃接合部には、摂取した食物を食道から胃へとスムーズに送り出す働きと、胃内容が食道へと逆流するのを防ぐ巧妙な機構が存在する。噴切により胃上部や食道胃接合部が切除されこれらの生来の機能が失われるとつかえ感、逆流症状、ディスペプシア症状などが出現する。噴切により失われる胃の機能を少なくし、またこれを補う術式の工夫が重要である。

2. 全国アンケートに基づく胃上部早期胃癌に対する術式選択の実状

胃外科・術後障害研究会の施設会員にアンケートを送り117施設から回答を得た。胃上部早期胃癌に対して主に噴切を選択する施設が全体の70%を占め、残胃が2/3以上残る場合に噴切を適用する施設が約4割、残胃が1/2以上残れば噴切を適用する施設が約6割であった。残胃が2/3以上残る場合の再建法は食道残胃吻合が69%で以下ダブルトラクト14%、

空腸間置11%、残胃が1/2程度残る場合の再建法はダブルトラクト36%、空腸間置26%、食道残胃吻合21%の順であった。さらに詳細について報告する。

3. PGSAS からの知見

「胃癌術後評価を考える」ワーキンググループが多施設共同研究 PGSAS において、(1) 胃全摘術との比較：噴切では胃全摘術と比較して下痢とダンピング症状が少なく、食道逆流症状では差はみられなかった。また食事量が多く、体重減少が少ないという結果であった。(2) 再建法による比較：3つの異なる再建法（食道残胃吻合、空腸間置、空腸嚢間置）による QOL の違いは認められなかった。(3) 食道残胃吻合における手技等の検討：大き目の残胃、逆流防止手技の付加、幽門ブジの付加を行った群で有意に QOL が良好であった。(4) 胃全摘術、幽門側胃切除術、幽門保存胃切除術、噴切、胃局所切除術後の QOL を比較したところ、噴切後の QOL は胃全摘術の次に悪かった。

結語：噴切後の QOL は未だ満足しうるものではなく、根治性を担保するとともに適切な適応、再建法、手技の選択とさらなる術式の改良が望まれる。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

主題：上部胃がんに対する治療戦略

演題：噴門側胃切除後各再建術式のQOL評価

山形県立中央病院 外科医長 野村 尚

上部の早期胃癌に対して、胃全摘に対する QOL の優位性を考え噴門側胃切除が行われているが、その評価はまだ定まっていない。また噴門側胃切除後の再建法にはいくつかの方法があり、これら再建法ごとの QOL 評価も定まっておらず、施設により再建方法が異なっている。

当科ではこれまで積極的に噴門側胃切除を行ってきたが、再建法も時代により変化してきた。しかし近年、再建法として上川法（観音開き法）による食道残胃吻合法が最良であるとの結論に至りつつある。さらに同術式を完全腹腔鏡下に行うことにより、より低侵襲な機能温存手術が可能になったと考えている。今回は噴門側胃切除後の各再建術式の QOL 評価について、これまで得られた知見を発表する。QOL の評価法として、胃外科術後障害研究会から提案されている、GSRS (gastrointestinal symptom rating scale) に胃切除後に重要な22の項目を追加した PGSAS-37 を用いた。

【当科における噴門側胃切除後の再建法とその変遷】

① 1983～1992 食道残胃吻合（逆流防止機構なし）(EG)、② 1990～1994 空腸間置法 (IP)、③ 1994～2002 空腸嚢間置法 (JPI)、④ 2001～ダブルトラクト法 (DT)、⑤ 2006～噴門側胃切除、上川法(観音開き法)(EGK)。

【方法】

I. 2009年までの上記の5術式を施行された症例について、当科独自のアンケート調査による QOL を評価と内視鏡検査所見による評価を行った。II. PGSAS-37 を用いて 2006～2013 のダブルトラクト法 (DT) と食道残胃吻合(上川法)(EGK) の QOL を評価した。また体重減少率を比較した。

【結果】

I. EG 37 例、IP 39 例、JPI 32 例、DT 34 例、EGK 33 例のアンケート結果を集計。食事摂取量、体重減少率、逆流、胸焼け、嘔吐、ダンピング症状に関して術式間で有意な差はなし。しかし JPI では逆流、嘔吐の症状が多い傾向を認めた。内視鏡検査結果は IP, JPI で食物残渣が有意に多く、EG で逆流性食道炎が有意に多く、EGK では逆流性食道炎を認めなかった。これらの結果から DT と EGK が有望な再建術式と考えられた。II. PGSAS-37 による DT と EGK の評価ではいずれの主要評価項目でも EGK でスコアが低く(症状が少ない)、下痢 SS(下位尺度)で $p=0.163$ 、ダンピング SS で $p=0.028$ 、全体症状スコア $p=0.156$ 、食事の質 SS で $p=0.196$ であった。また体重減少率は EGK で -8.9% 、DT で -12.8% 、 $p=0.005$ と EGK で有意に少なかった。

【考察・結論】

DT と EGK はいくつかの再建方法の中で比較的愁訴が少ない術式であった。さらに PGSAS-37 を用いて2つの再建を評価すると、EGK で QOL が上回り、体重減少率も低く、EGK はもっとも優れた再建法と評価された。今後、上川法による食道残胃吻合は積極的に行っていくべき術式と考えられた。

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

主題：上部胃がんに対する治療戦略

演題：食道胃接合部癌—最近の知見—

東京大学大学院医学系研究科 消化管外科学 教授 瀬戸 泰之

食道胃接合部癌とは文字通り食道胃接合部 (Esophago-Gastric Junction、以下EGJ) 領域に腫瘍中心をもつ癌のことである。我が国では、通常EGJ領域の定義として西分類が用いられている。一方、欧米では腺癌を対象としたSiewert分類が汎用されている。2009年に改訂されたTNM分類第7版では、この領域の癌はほとんどが食道癌として扱われるようになった。そもそも、この領域に発生した癌が胃癌の性質を持つのか、あるいは食道癌の性質を持つのか、はたまた胃癌でもなく食道癌でもなく、独立した疾患単位として考えるべきなのかは以前より議論があるところである。また、バレット上皮を含め様々な癌発生母地があり、よって多様な組織型の癌が発生する。扁平上皮癌であれば、食道癌として治療されることが多いと思われるが、腺癌であれば、バレット上皮、食道固有腺、噴門腺、通常の胃型などが発生母地となりうるものであり、そのことが診療を行う上では特に悩ましい点になっているものと考えられる。

欧米では増加している癌として報告されているが、我が国では食道胃接合部に特化した調査報告がなく実態は不明である。ただ、臨床現場では多くの医師が増加している癌と認識しているものと推測される。しかしながら、治療方針が確立されていなかったことも事実であり、ゆえに学会のたびにトピックとして取り上げられ、毎回熱い議論が交わされている。

日本胃癌学会、日本食道学会が合同で2011年ワーキンググループを立ち上げ、まず食道胃接合部の診断基準の見直しを行った。あらたな診断基準が作成され、癌取扱い規約別冊として2013年9月出版された。今後、胃癌、食道癌取扱い規約の共通事項として掲載されていくことになっている。また、ワーキングでは、至適リンパ節郭清を検討するための全国調査を行い、その結果にもとづいたアルゴリズムが2014年改訂された胃癌治療ガイドライン第4版に掲載された。これまでは、食道専門医にかかると食道癌として手術され、胃専門医にかかると上部胃癌として治療される傾向があったが、今後は徐々に改善していくものと考えられる。現在、縦隔郭清の意義についても、両学会合同で前向き臨床試験が進行中であり、そ

主題：上部胃がんに対する治療戦略

演題：上部進行胃癌に対するD2郭清：新たなスタンダード

神奈川県立がんセンター 消化器外科 部長 吉川 貴己

胃癌の治癒は、癌を根治的に切除できてはじめて達成される。根治的な癌の切除は、原発のある胃と胃周囲のリンパ節だけを取り切る手術(D1郭清)で達成されるのか、胃と胃周囲のリンパ節に加え胃の栄養動脈に沿ったリンパ節も含めて取り切る手術(D2郭清)で達成されるのか、長い間、明らかではなかった。一方、胃癌の治療成績は、D1郭清を行う欧米諸国に比し、D2郭清を行う本邦で遥かに良好であった。欧米では、その理由として、(1)患者背景に異なる(欧米は手術リスクの高い併存疾患や肥満症例が多い)、(2)胃癌好発部位が異なる(欧米は予後の悪い上部胃癌が多く本邦では下部胃癌が多い)、(3)進行度が異なる(欧米は高度進行癌が多く本邦では早期胃癌が多い)、(4)癌そのものが異なる(欧米の胃癌は本邦の胃癌よりも予後不良)、ことが挙げられており、D2郭清の効果は疑問視されてきた。2000年代に入り、英国とオランダでD1とD2を比較する大規模Phase III試験結果が報告されたが、D2郭清による手術死亡が10%を超える一方で、D2による生存期間の優越性は証明されなかった。その後、オランダの15年追跡調査報告によって、D2は胃癌死亡を有意に減少させることが明らかとなった。また、台湾で行われたD1とD2を比較するPhase III試験ではD2による手術死亡もわずかであった一方で、D2による生存の優越性が証明された。これらの試験結果によって、D2郭清は世界のスタンダードとして確立されることとなったが、D2郭清による高い死亡率は問題であった。

大動脈—腹腔動脈より分枝した脾動脈は、膵臓の上縁を通り胃の背側や膵臓に分枝した後、網の目状に脾臓に分岐し、胃の大弯側に分岐する。胃のリンパ節はこの動脈沿いに分布することから、上部胃癌に対する標準的D2郭清手技では、栄養動脈根部までを完全郭清することを目的として、胃とともに脾臓/膵臓体尾部を切除し、脾動脈を根部で切離していた。オランダや英国のPhase III試験の解析では、手術合併症のリスク因子として、膵脾合併切除や脾臓合併切除が明らかとなっていた。本邦の解析でも、術後の膵液漏が問題となっていた。そこで、膵臓を温存しつつ脾臓脈沿いのリンパ節だけを郭清する膵温存脾合併切除D2郭清

手技が開発された。しかしながら、依然として、脾臓の合併切除は不可避であり、合併症は問題となっていた。

早期胃癌で行われてきた、脾臓を温存する手術は安全であるが、脾門部リンパ節や脾動脈遠位部リンパ節の完全郭清は困難となり、予後を悪化させる危険性がある。脾臓を合併切除することで、手術合併症のリスクは上がり、莢膜を有する細菌の免疫に関与する脾臓の喪失は、肺炎球菌などによる感染リスクを上げる。膵脾合併切除 D2 郭清による高い手術死亡を経験した欧米は、エビデンスなく膵脾温存“D2 郭清”を標準的手技として取り入れようとしていた。

以上をもとに、JCOG 胃がんグループでは、D2 郭清を要する上部進行胃癌患者を対象として、標準手術である脾摘 D2 郭清術に対し、脾臓を温存する新たな D2 郭清術の生存における非劣性を検証する多施設共同 Phase III 試験 JCOG0110を計画した。脾臓温存群の非劣性マージンを 1.21、検出力 70%、片側 α 5%、サンプルサイズ 500例、と設定した。プロトコール治療である脾合併切除または脾温存での D2 胃全摘術を施行後は、再発するまで経過観察とした。2006年、ACTS-GC 試験によって術後 S-1 補助化学療法の有用性が証明されたため、両群ともに 1 年間の S-1 投与を行うプロトコールに改訂した。2002年 6 月～2009年 5 月に、36施設より 505例(脾摘群 254例、脾温存群 251例、S-1 非投与 319例)を登録した。5 年生存割合は、脾摘群 75.1%、脾温存群 76.4% であり、ハザード比は 0.88 (95% CI: 0.67-1.16) であった。ハザード比の 95% 信頼区間上群が 1.21 を下回り、脾温存群の非劣性が証明された ($p=0.025$)。本試験の結果、膵脾温存 D2 胃全摘術は、上部進行胃癌の標準手術として、確立した。

全国がん(成人病)センター協議会加盟施設

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター
青森県立中央病院
岩手県立中央病院
地方独立行政法人宮城県立病院機構 宮城県立がんセンター
山形県立中央病院 山形県立がん・生活習慣病センター
茨城県立中央病院 茨城県地域がんセンター
栃木県立がんセンター
群馬県立がんセンター
埼玉県立がんセンター
千葉県がんセンター
国立がん研究センター 東病院
国立がん研究センター 中央病院
公益財団法人がん研究会 有明病院
東京都立駒込病院
地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター
新潟県立がんセンター新潟病院
富山県立中央病院
石川県立中央病院
福井県立病院
静岡県立静岡がんセンター
愛知県がんセンター
独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
滋賀県立成人病センター
地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
兵庫県立がんセンター
独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 中国がんセンター
地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター
独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター
地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
大分県立病院

[32 施設]



全国がん(成人病)センター協議会