

胃がんについて

胃がんは、胃の壁の内側をおおう粘膜の細胞が何らかの原因でがん細胞となり、無秩序に増えていくことにより発生します。がんが大きくなるにしたがい、徐々に粘膜下層、固有筋層、漿膜へと外側に深く進んでいきます。

がんがより深く進むと、漿膜の外側まで達して、近くにある大腸や膵臓^{すいぞう}、横隔膜、肝臓などにも直接広がっていきます。このようにがんが浸み出るように周囲に広がっていくことを浸潤^{しんじゆん}といいます。がんが漿膜の外側を越えると、おなかの中にがん細胞が散らばる腹膜播種が起こることがあります。また、がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗って移動し、胃から離れた別の臓器で増える転移が起こることもあります。

なお、胃がんの中には、胃の壁を硬く厚くさせながら広がっていくタイプがあり、これをスキルス胃がんといいます。スキルス胃がんは進行が早く、腹膜播種が起こりやすい特徴があります。また、内視鏡では診断することが難しい場合もあります。症状があらわれて見つかったときには進行していることが多く、治りにくいがんです。

症状は？

胃がんは、早期の段階では自覚症状がほとんどなく、かなり進行しても症状がない場合もあります。

代表的な症状は、胃の痛み・不快感・違和感、胸やけ、吐き気、食欲不振などです。また、がんから出血することによって、貧血が起こることや、黒い便（血便）が出ることもあります。しかし、これらは胃がんだけではなく、胃炎や胃潰瘍いはいようでも起こる症状です。そのため、胃炎や胃潰瘍などで内視鏡検査を受けたときに、偶然がんが見つかることもあります。

なお、食事がつかえる、体重が減る、といった症状がある場合は、進行胃がんの可能性もあります。

このような症状がある場合は、検診を待たずに、内科や消化器内科などの身近な医療機関を受診するようにしましょう。

胃がんの組織型

胃がんの組織型（がんを顕微鏡で観察した外見）は、ほとんどが腺がんで、細胞や組織の特徴から、大きく分化型と未分化型に分けられます。一般的に、分化型は進行が緩やかで、未分化型は進行が速い傾向があるといわれています。また、未分化型は、がん細胞があまりまとまりを作らず、胃の壁にバラバラと浸み込むように広がっていくものが多くあります。

なお、スキルス胃がんは未分化型が多いですが、未分化型のすべての胃がんがスキルス胃がんというわけではありません。

胃がんのステージ

胃がんでは、病期のことを進行度（ステージ）といいます。

進行度は、次の TNM の 3 種のカテゴリー（TNM 分類）の組み合わせで決まります。

T カテゴリー：がんの深達度（がんの深さ）

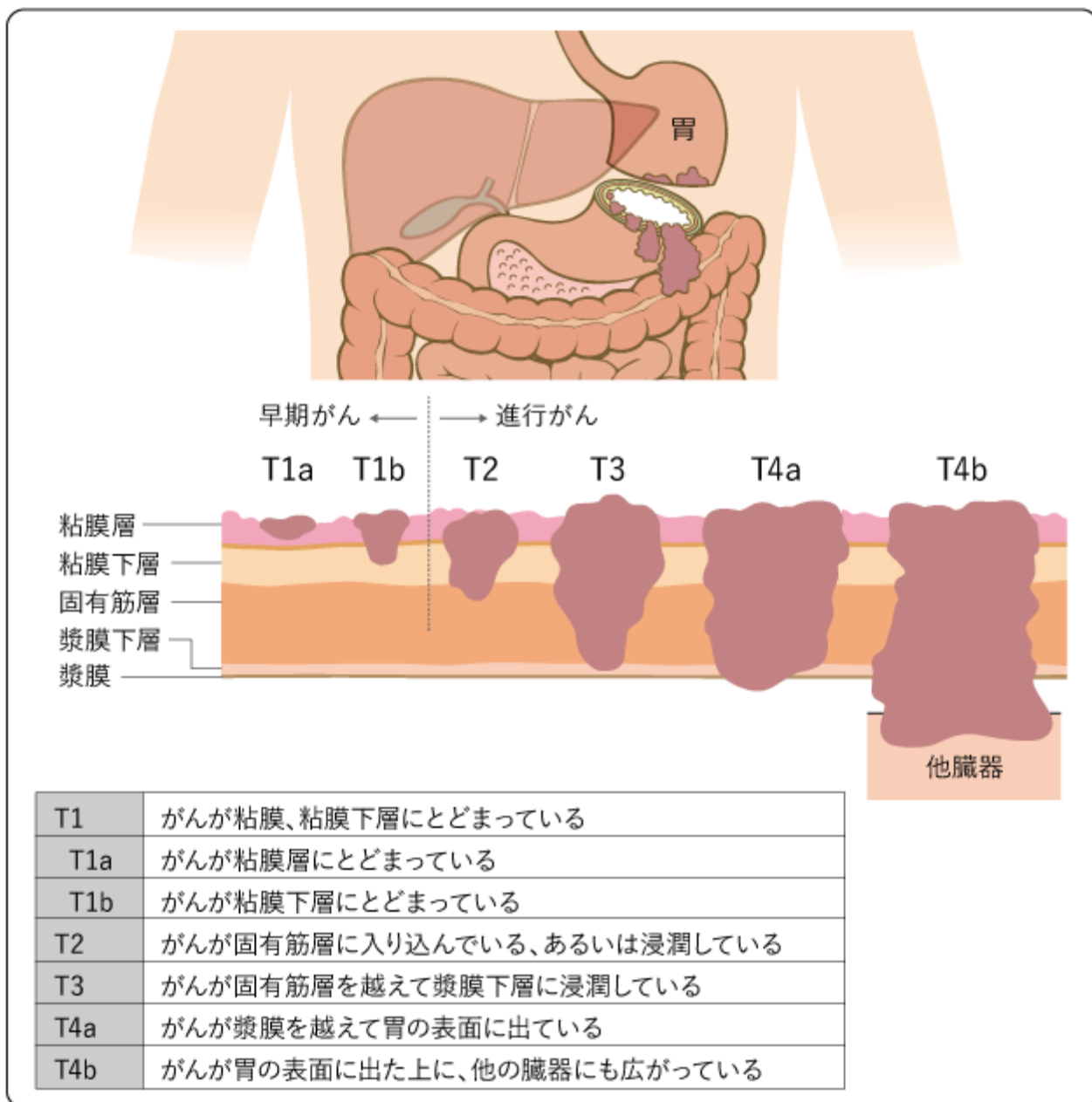
N カテゴリー：領域リンパ節（胃の近くにあるリンパ節）への転移の有無

M カテゴリー：遠隔転移（がんができた場所から離れた臓器やリンパ節への転移）の有無

胃がんでは、がんの深達度が粘膜および粘膜下層にとどまる T1 のものを「早期胃がん」といい、粘膜下層を越えて広がるものを「進行胃がん」といいます。

なお、胃がんの治療方針を決めるための進行度（ステージ）には、臨床分類と病理分類の 2 つの分類があります。

図 胃がんの T カテゴリー (深達度)



日本胃癌学会編. 胃癌取扱い規約 第 15 版. 2017 年, 金原出版, P17. より作成

(1) 臨床分類

臨床分類は、治療方針を決めるときに使う分類です。画像診断や生検、審査腹腔鏡などの結果に基づいてがんの広がりを推定します。

胃がんの臨床分類

遠隔転移	なし (M0)		あり (M1)
領域リンパ節転移 深達度	なし (N0)	あり (N+)	有無に関わらず
T1a/T1b、T2	I	II A	IV B
T3、T4a	II B	III	
T4b	IV A		

日本胃癌学会編. 胃癌取扱い規約 第15版. 2017年, 金原出版, P26. より作成

(2) 病理分類

病理分類は、手術で切除した病変を病理診断し、実際のがんの広がりを評価した分類です。術後補助化学療法が必要かどうかなど、手術後の治療方針を判断したりするときなどにも使われます。病理分類による分類は、手術前の検査によって推定した臨床分類と一致しない場合があります。

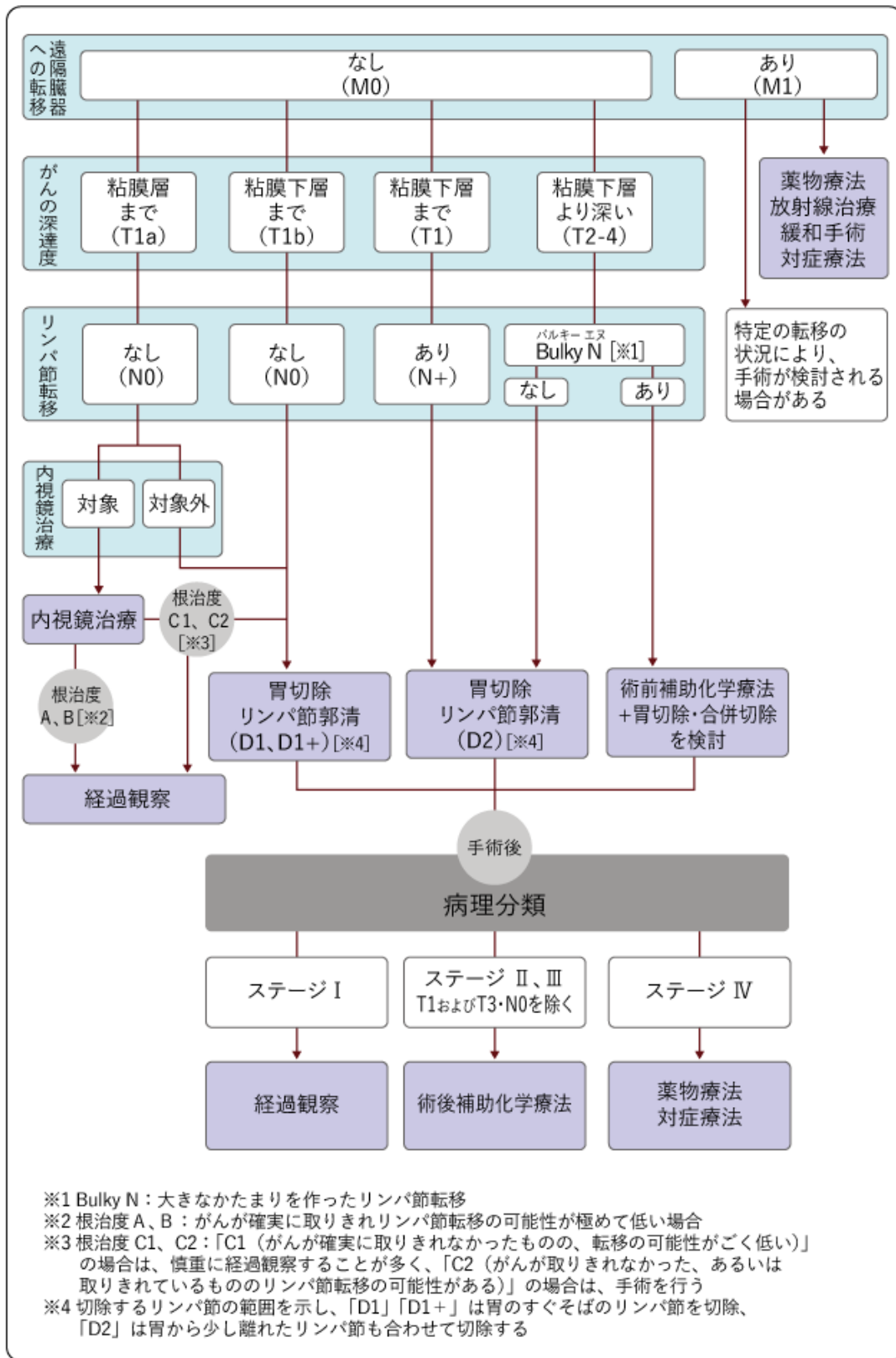
胃がんの病理分類

遠隔転移 領域リンパ節転移 の個数 深達度	なし (M0)					あり (M1)
	なし (N0)	1～2個 (N1)	3～6個 (N2)	7～15個 (N3a)	16個以上 (N3b)	有無に 関わらず
T1a、T1b	I A	I B	II A	II B	III B	IV
T2	I B	II A	II B	III A	III B	
T3	II A	II B	III A	III B	III C	
T4a	II B	III A	III A	III B	III C	
T4b	III A	III B	III B	III C	III C	

日本胃癌学会編. 胃癌取扱い規約 第15版. 2017年, 金原出版, P26. より作成

治療

治療は、がんの進行度（ステージ）に応じた標準治療を基本として、本人の希望や生活環境、年齢を含めた体の状態などを総合的に検討し、担当医と話し合っ決めていきます。



日本胃癌学会編. 胃癌治療ガイドライン医師用 2021年7月改訂【第6版】. 2021年, 金原出版, P2. より作成

遠隔臓器（胃以外の臓器）やリンパ節への転移がなく、がんの深達度が粘膜層までの場合は、内視鏡治療（内視鏡的切除）が中心です。がんが粘膜下層に達しているときは、手術（外科治療）を

検討します。手術後には、切除した病変の病理分類を行い、必要に応じて薬物療法が行われることがあります。遠隔臓器への転移がある場合には、状況によって、薬物療法などの治療法を検討します。

内視鏡治療（内視鏡的切除）

内視鏡を使って胃の内側からがんを切除する方法で、がんが粘膜層にとどまっている場合に行われます。リンパ節転移の可能性がごく低い早期のがんで、一度に切除できると考えられる場合に行うのが原則です。手術と比べると、体に対する負担が少なく、がんの切除後も胃が残るため、食生活への影響が少ない治療法です。

内視鏡治療でがんが確実に取りきれたかどうかは、病理診断で確認します。がんが確実に取りきれ、リンパ節転移の可能性が極めて低い場合（根治度 A、B）には、経過を観察します。がんが確実に取りきれなかったものの、転移の可能性がごく低い場合（根治度 C1）には、再度内視鏡による治療が行われたり、慎重に経過を観察したりするなどします。一方、がんが内視鏡治療では取

りきれなかった、あるいは取りきれているが、深さが粘膜下層まで達しているなどの理由でリンパ節転移の可能性がある場合（根治度 C2）は、後日、追加で手術が必要となります。

内視鏡治療の方法

内視鏡の先端から、スネアと呼ばれる輪状の細いワイヤーをかけて、病変を切除する内視鏡的粘膜切除術（EMR）、高周波ナイフで粘膜下層から病変をはぎ取るように切除する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）があります。

EMR はがんの大きさが 2cm 以下で潰瘍のない病変が実施の条件ですが、ESD は 2cm を超える潰瘍のない病変や、3cm 以下の潰瘍のある病変でも行われます。

図 7 内視鏡的粘膜切除術（EMR）

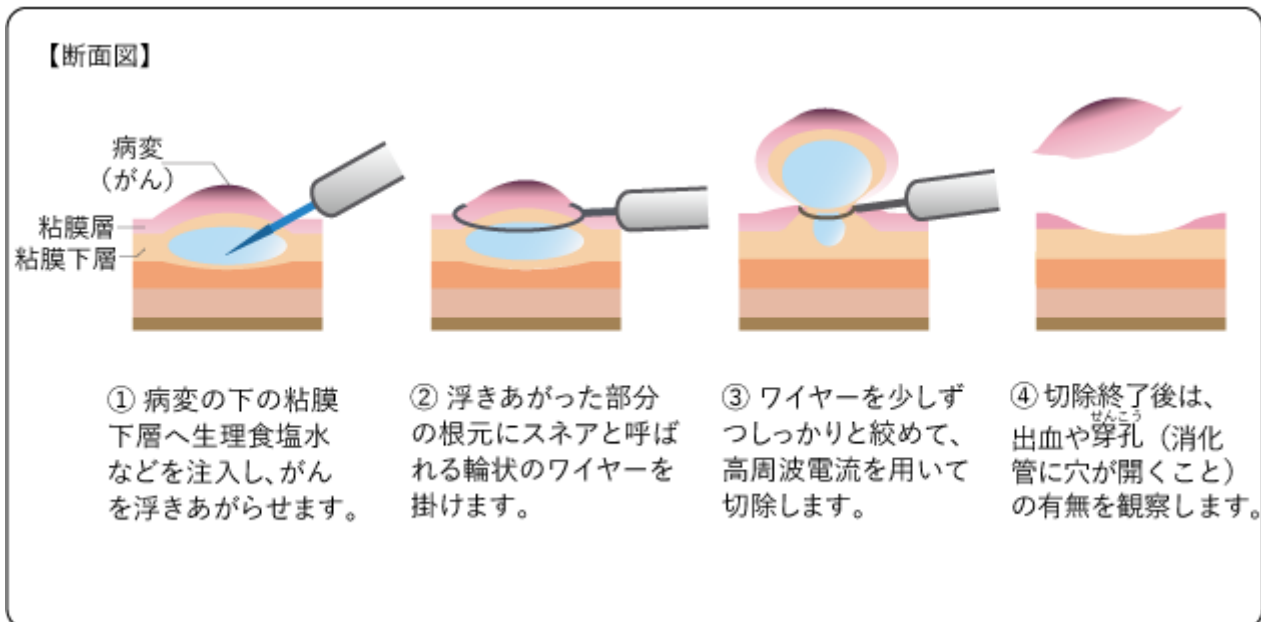
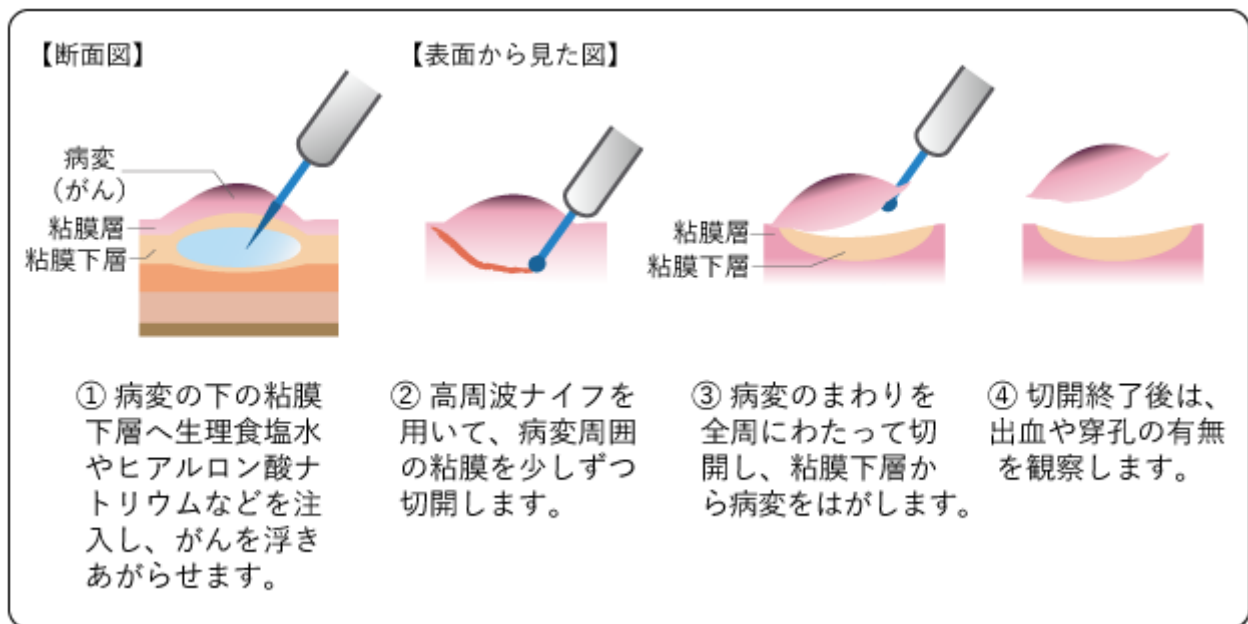


図 8 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)



治療後に、出血や胃に穴が開く穿孔^{せんこう}が起こることがあります。出血や穿孔が起こると、吐き気や嘔吐などの症状が出てきます。その他にも、腹痛やめまいなど、治療後に何らかの体調の変化を感じたときには、医師や看護師に伝えることが必要です。

手術（外科治療）

遠隔転移がなく、内視鏡治療による切除が難しい場合には、手術による治療が推奨されています。手術には、おなかを20cmほど切開する開腹手術と、おなかに小さい穴を開けてそこから専用の器具を挿入して手術を行う^{ふくくうきょうか}腹腔鏡下手術、ロボット支援下腹腔鏡下手術があります。

なお、腹腔鏡下手術やロボット支援下腹腔鏡下手術が推奨されるかどうかは、がんの進行度などによって異なります。

薬物療法（化学療法）

胃がんの薬物療法には、大きく分けて「手術によりがんを取りきることが難しい進行・再発胃がんに対する化学療法」と、手術後の再発予防を目的とする「術後補助化学療法」があります。なお、リンパ節転移の状況によっては、手術の前に「術前補助化学療法」が行われる場合もあります。胃がんの薬物療法で使う薬には、細胞障害性抗がん薬、分子標的薬、免疫チェックポイント阻

害薬があります。治療は、これらの薬を単独または組み合わせて、点滴もしくは内服で行います。

細胞障害性抗がん薬は、細胞が増殖する仕組みの一部を邪魔することで、がん細胞を攻撃する薬です。分子標的薬は、がん細胞の増殖に関わるタンパク質などを標的にして、がんを攻撃する薬です。免疫チェックポイント阻害薬は、免疫ががん細胞を攻撃する力を保つ（がん細胞が免疫にブレーキをかけるのを防ぐ）薬です。