

放射線科学

病期分類について

石原 俊一

悪性腫瘍の放射線治療をするときに重要なものの1つとして病期分類があります。本稿では病期分類について、日頃感じていることを述べさせていただきます。

1. UICC 分類と癌取り扱い規約

日本で広く用いられているものとして、胃癌取り扱い規約、乳癌取り扱い規約などがあります。しかし、この病期分類は日本胃癌学会、日本乳癌学会など、それぞれの臓器別の学会が独自に制定したものであり、日本ローカルな（日本でしか使用されない）分類法です。これに対して国際対がん連合が制定した UICC 分類は世界中で広く用いられています。この2つの病期分類は似てはいるものの、微妙に異なっているので注意が必要です。

たとえば、食道癌の場合、食道癌取り扱い規約では所属リンパ節は原発巣の占拠部位（頸部、胸部上部、胸部中部、胸部下部、腹部）により第1群～第4群に分類されており、それぞれ N1～N4 に対応しています。これに対して UICC 分類では個数で分類されており、1～2個では N1、3～6個では N2、7個以上では N3 に分類されます。また、胸部上部食道原発で鎖骨上リンパ節に転移がある場合、食道癌取り扱い規約では第2群リンパ節なので N2 となりますが、UICC 分類では鎖骨上リンパ節は所属リンパ節ではないので遠隔転移（M1）となります。

このように、使用する病期分類法により病期が異なることはまれではなく、病期分類をする際には自分がどの病期分類法を用いて病期分類をしようとしているのかを意識し、病期分類をカルテに記載するときには使用した病期分類法も記載しておかないと、不十分な情報となってしまいます。

また、病期分類は不定期に改訂されます。最近でも UICC 分類は 2009 年に改訂され、2010 年 1 月から使用されています。例えば、肺癌において悪性胸水がある場合、改訂前の UICC 分類第 6 版(2002 年)では T4 ですが、新しい UICC 分類第 7 版(2009 年)では M1a となります。となると、病期分類法だけでなく、その版あるいは年まで記載しないと、十分な情報とは言えないということになります。

す。これに関連しますが、その病期と判断した根拠も記載しておく、将来病期分類が改訂されたときに、改めて病期分類をしなおすことができるかもしれません。

私はカルテに病期分類を記載するときには、T2aN2M1bIV期(UICC2009)のような記載をすることにしていきます。また、UICC分類と癌取り扱い規約のどちらを使用すべきかが問題となりますが、個人的な意見としては国際的に通用するUICC分類を使用した方がいいのではないかと考えています。

2. 臨床分類と病理学的分類

UICC分類には臨床分類と病理学的分類があります。ここで重要なことは「この2つの分類は別の分類である」ということです。このため、この2つの分類が異なっても問題はありません。画像診断や内視鏡検査は病理所見に近づこうとして発展してきたものですが、臨床病期よりも病理学的病期の方が正確というものではありません。

また、病理学的病期とは治療前に得られた情報に、手術や病理組織学的検索で得られた知見を補足、修正して決定されるものです。つまり、「臨床病期＋手術所見・病理所見＝病理学的病期」と考えることができます。例えば、喉頭癌ではTの定義の中に「声帯の固定」があります。これば病理所見で判断するもので判断するものではなく、臨床病期が病理学的病期に反映されるはずですが。しかし、手術症例のカルテをみていると、術前に臨床病期が記載されないまま手術が施行され、術後に病理報告書をみて病理学的病期のみ記載されていることがよくあります。臨床病期に手術所見・病理所見を足して病理学的病期が決定されるということを考えると、おかしな話です。

放射線治療と手術の治療成績を比較する場合を考えてみます。例えば、臨床病期がⅡ期で放射線治療をした患者と、手術したら病理学的病期がⅡ期だった患者を比較しても意味がありません。この場合、臨床病期がⅡ期で放射線治療を施行した患者と臨床病期がⅡ期で手術を施行した患者を比べる必要があります。手術を施行した患者の臨床病期がⅡ期であれば、病理学的病期がⅡ期である必要はなく、Ⅰ期であっても、Ⅳ期であっても問題はありません。なぜなら、臨床病期がⅡ期で放射線治療を施行した患者の中にも、手術をしてみたらⅠ期やⅣ期となる患者がある割合で混在しているはずだからです。

3. UICC分類の pitfall

UICC分類を用いて病期分類をする場合に、さまざまな注意点があります。TNM悪性腫瘍の分類 第7版 日本語版の序論や TNM Supplement 3rd Edition (TNM分類の注意事項をまとめたようなもの) に記載されている事項について、知っておいた方がいいと思う内容を以下に挙げてみました。

①迷ったときはどうするのか

T、NあるいはMの判定に際し、判断に疑いの余地がある場合は、より低い(すなわち進展度の低い) カテゴリーを選択すべきである。このことは病期分類にも反映される。

TNM悪性腫瘍の分類 第7版 日本語版には上記のような記載があります。原則は「迷ったら低い方」です。

②原発巣の大きさの測定

例えば乳癌で浸潤部が4mm、非浸潤部である乳管内成分が3cmだったとします。この場合、T因子は浸潤部の大きさで決まるので、4mmすなわちT1aとなります。また、すべてが非浸潤部のみで、浸潤部が存在しない場合には、非浸潤部がいくら大きくてもTisとなります。さらに、病理標本ではホルマリン固定により30%くらい縮小することが知られています。このため、病理学的病期で大きさを計測するときにはホルマリン固定前の大きさを測定する決まりとなっています。

③原発巣が隣接組織に浸潤した場合

所属リンパ節に直接浸潤した場合はT因子ではなくN因子として扱います。また、他臓器に直接浸潤した場合には遠隔転移ではなく、T因子として扱います。

次に、肺の原発巣が横隔膜を超えて肝に浸潤した場合を考えます。UICC分類第7版をそのまま適用すると、横隔膜への浸潤でT3となります。しかし、TNM Supplementには「Tの定義に記載のない部位に直接浸潤した場合は最も進行したT (the highest T category) に分類する」という記載があり、これに従えばT4が正解となります。

④腫瘍が他部位・他臓器に浸潤した場合

下咽頭癌の所属リンパ節は頸部リンパ節であり、甲状腺癌の所属リンパ節は頸部リンパ節および上縦隔/前縦隔リンパ節です。下咽頭原発の腫瘍が甲状腺に直接浸潤した場合を考えます。その場合、下咽頭癌の所属リンパ節だけでなく、

甲状腺癌の所属リンパ節もこの腫瘍の所属リンパ節になります。つまり、下咽頭原発でも上縦隔リンパ節まで所属リンパ節になります。他部位・多臓器に直接浸潤した場合、元の原発部位の所属リンパ節だけでなく、浸潤した部位・臓器の所属リンパ節もこの腫瘍の所属リンパ節になるということです。

⑤小さな転移巣に関するルール

0.2mm を超えるが 2mm 以下の場合には pN1(mi)、pM1(mi) のように(mi)を付記します。また、0.2mm 以下の場合には pN0、pM0 となります。

⑥所属リンパ節以外のリンパ節への転移

子宮頸癌の傍大動脈リンパ節、食道癌の鎖骨上リンパ節などが代表的ですが、所属リンパ節以外のリンパ節への転移は N 因子ではなく、遠隔転移(M 因子)として評価されます。

病期分類はがん診療において必須のものです。これを正しく運用するには、T、N、M の定義を知っているだけでは不十分であり、様々な付属の知識を必要とします。特に TNM Supplement には驚くような記載があります。がん診療に携わっている方は自分の興味がある部分だけでも一度読んでみると、新しい発見があるはずです。

文献

- 1) TNM 悪性腫瘍の分類 第7版 日本語版, UICC 日本委員会、TNM 委員会 訳, 金原出版
- 2) TNM Supplement 3rd Edition, Wittekind et al., WILEY-LISS
- 3) Pikumin の Cancer Staging Manual. <http://pikumin.noririn.net/>

(名古屋大学医学部附属病院放射線科講師)