

図1：占居部位

- O : 食道入口部 esophageal orifice S : 胸骨上縁 upper margin of the sternum
- B : 気管分岐部下縁 tracheal bifurcation D : 横隔膜 diaphragm
- EGJ : 食道胃接合部 esophagogastric junction H : 食道裂孔 esophageal hiatus

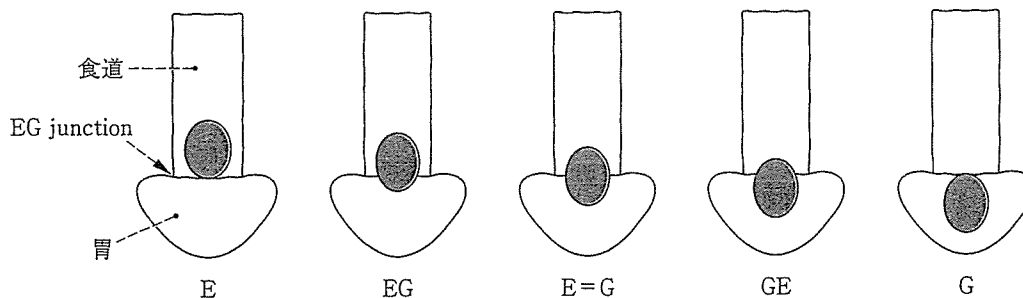


図2：食道胃接合部癌の分類と記載法

附 2. 壁深達度 Depth of tumor invasion (T)

- TX 癌腫の壁深達度が判定不可能
 T0 原発巣としての癌腫を認めない
 T1a 癌腫が粘膜内にとどまる病変^{註1)}
 T1a-EP 癌腫が粘膜上皮内にとどまる病変(Tis)
 T1a-LPM 癌腫が粘膜固有層にとどまる病変
 T1a-MM 癌腫が粘膜筋板に達する病変
 T1b 癌腫が粘膜下層にとどまる病変(SM)^{註2,3,4)}
 SM1 粘膜下層を3等分し、上1/3にとどまる病変
 SM2 粘膜下層を3等分し、中1/3にとどまる病変
 SM3 粘膜下層を3等分し、下1/3に達する病変
 T2 癌腫が固有筋層にとどまる病変(MP)
 T3 癌腫が食道外膜に浸潤している病変(AD)
 T4 癌腫が食道周囲臓器に浸潤している病変(AI)^{註5,6,7)}

註1) 早期癌：原発巣の壁深達度が粘膜内にとどまる食道癌を早期食道癌 early carcinoma of the esophagus と呼ぶ。リンパ節転移の有無を問わない。

例：早期癌：T1aNxMx

註2) 表在癌：癌腫の壁深達度が粘膜下層までにとどまるものを表在癌 superficial carcinoma と呼ぶ。リンパ節転移の有無を問わない。

例：表在癌：T1NxMx

註3) 従来一般的に使用されてきた深達度亜分類はほぼ以下のように対応する。

m1：T1a-EP, m2：T1a-LPM, m3：T1a-MM, sm1：SM1, sm2：SM2, sm3：SM3

註4) 内視鏡的に切除された標本では粘膜筋板から200 μ m以内の粘膜下層にとどまる病変をSM1とし、粘膜筋板から200 μ mを超える粘膜下層に浸潤する病変をSM2とする。

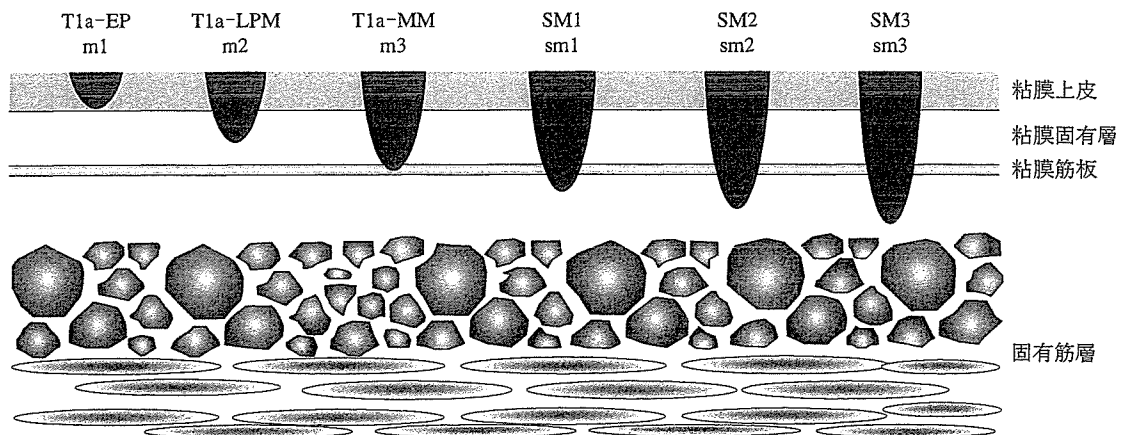
註5) 原発巣癌腫の範囲を超えた縦隔胸膜浸潤、臓側胸膜浸潤、肺・大動脈などの隣接臓器浸潤を認める場合をT4とする。

註6) 心膜、大動脈、大静脈、気管、肺、横隔膜、胸管、反回神経、奇静脈など癌腫が浸潤した臓器を明記する。

例：T4(肺)

註7) リンパ節転移巣が食道以外の臓器に浸潤した場合はT4扱いとし、「(転移リンパ節番号-浸潤臓器)T4」の順に記載する。

例：N1(No. 108-肺)T4



図：食道表在癌の深達度亜分類

(日本食道疾患研究会，臨床病型分類検討委員会)

附 3. 所属リンパ節名 Naming of regional lymph nodes

(1) 頸部リンパ節 Cervical lymph nodes

番号	リンパ節名	説明
100	頸部の浅在性リンパ節 superficial lymph nodes of the neck	頭頸部癌取扱い規約の頸部リンパ節のうち、深頸リンパ節を除いたリンパ節群。
100-spf	浅頸リンパ節 superficial cervical lymph nodes	浅頸筋膜下で、外頸静脈および前頸静脈に沿って存在するリンパ節。
100-sm	顎下リンパ節 submandibular lymph nodes	顎下腺および耳下腺周囲で、顎舌骨筋の前面に存在するリンパ節。
100-tr	頸部気管前リンパ節 cervical pretracheal lymph nodes	舌骨と左腕頭動脈の間で、気管前面の脂肪組織中に存在するリンパ節。喉頭および甲状腺前面のリンパ節も含む。
100-ac	副神経リンパ節 accessory nerve lymph nodes	副神経に沿って存在するリンパ節。僧帽筋より前方にあるもの。
101	頸部食道傍リンパ節 cervical paraesophageal lymph nodes	頸部食道(Ce)の周囲に存在するリンパ節群。頸部の反回神経周囲リンパ節、頸部気管傍リンパ節を含む。総頸動脈の内側に位置する。
102	深頸リンパ節 deep cervical lymph nodes	内頸静脈、総頸動脈の周囲に存在するリンパ節群。
102-up	上深頸リンパ節 upper deep cervical lymph nodes	顎二腹筋下縁と内外頸動脈分岐部の間にある深頸リンパ節。
102-mid	中深頸リンパ節 middle deep cervical lymph nodes	内外頸動脈分岐部と輪状軟骨下縁の間にある深頸リンパ節。
103	咽頭周囲リンパ節 peripharyngeal lymph nodes	咽頭後リンパ節と咽頭傍リンパ節を含むリンパ節群。左右の総頸動脈鞘に囲まれ、顎二腹筋と輪状軟骨下縁の間にあるリンパ節。
104	鎖骨上リンパ節 supraclavicular lymph nodes	鎖骨上窩に存在するリンパ節群。頸動脈鞘の外側にあり、輪状軟骨下縁と鎖骨の間にあるリンパ節。頭頸部癌取扱い規約による下内深頸リンパ節を含む。

(2) 胸部リンパ節 Thoracic lymph nodes

番号	リンパ節名	説明
105	胸部上部食道傍リンパ節 upper thoracic paraesophageal lymph nodes	右迷走神経より後方で胸部上部食道(Ut)の周囲に存在するリンパ節群。奇静脈弓と右気管支動脈に沿って存在するリンパ節を含む。上縁は頸胸境界(左右の鎖骨下動脈上縁と胸骨上縁を結ぶ線)とする。
106	胸部気管リンパ節 thoracic paratracheal lymph nodes	胸部気管の前面および両側壁に接して存在するリンパ節群。
106-rec	反回神経リンパ節 recurrent nerve lymph nodes	胸部の反回神経に沿って存在するリンパ節群。上縁は頸胸境界(左右の鎖骨下動脈上縁と胸骨上縁を結ぶ線)、下縁は左右の反回神経反回部。
L	左側	左反回神経周囲リンパ節群。
R	右側	右反回神経周囲リンパ節群。
106-pre	気管前リンパ節 pretracheal lymph nodes	胸部気管の前面に接して存在するリンパ節群。右迷走神経より前方にある。
106-tb	気管気管支リンパ節 tracheobronchial lymph nodes	気管気管支角に存在するリンパ節。
L	左側	上縁は大動脈弓下縁。大動脈弓内側縁に囲まれて存在するリンパ節(大動脈弓下リンパ節)を含む。
R	右側	上縁は奇静脈弓下縁。
107	気管分岐部リンパ節 subcarinal lymph nodes	気管分岐下に接して存在するリンパ節群。外側の境界は気管の左右外側縁を下に延長した線とする。

(次頁につづく)

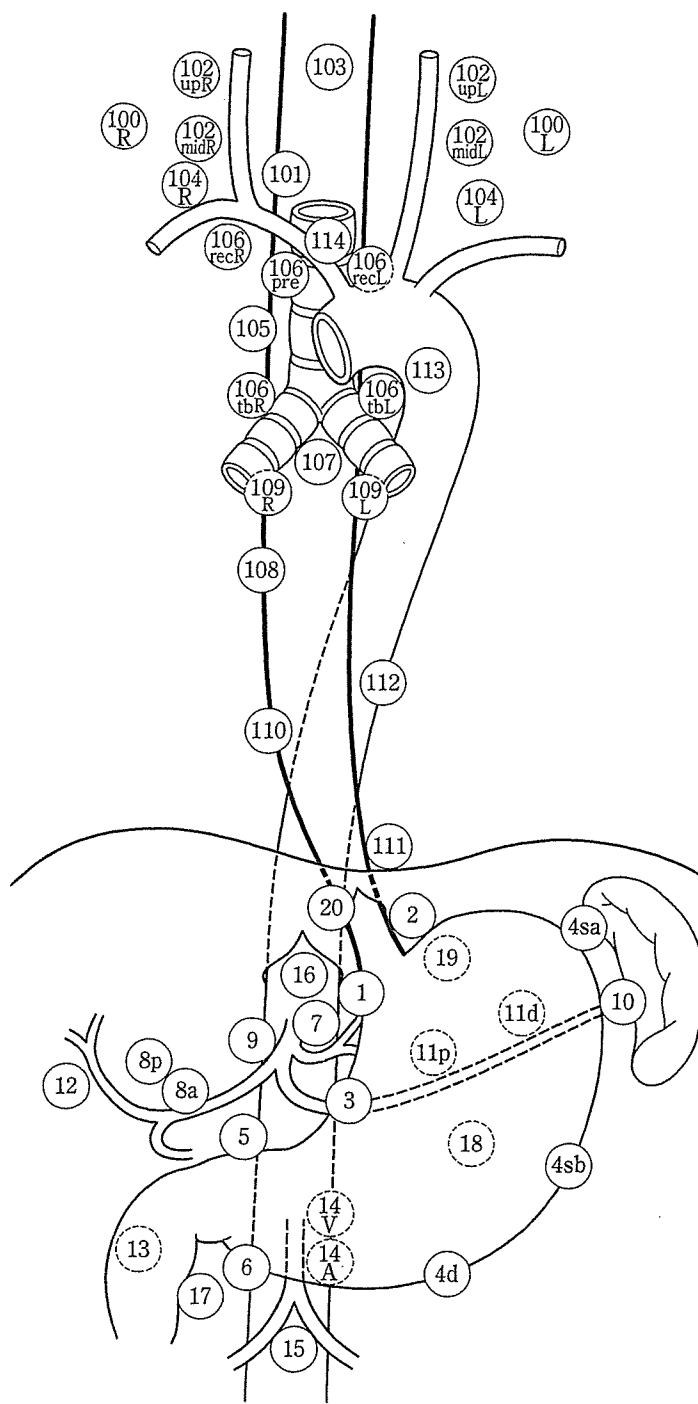
108	胸部中部食道傍リンパ節 middle thoracic paraesophageal lymph nodes	胸部中部食道(Mt)の周囲に存在するリンパ節群。
109	主気管支下リンパ節 main bronchus lymph nodes	主気管支の尾側に位置するリンパ節群。内側はNo. 107と接し、外側は肺と接する。
110	胸部下部食道傍リンパ節 lower thoracic paraesophageal lymph nodes	胸部下部食道(Lt)の周囲に存在するリンパ節群。
111	横隔上リンパ節 supradiaphragmatic lymph nodes	横隔膜、心嚢および食道に囲まれる領域に存在するリンパ節群。
112	後縦隔リンパ節 posterior mediastinal lymph nodes	下行大動脈、下肺静脈および心嚢に囲まれる領域に存在するリンパ節群。以下のごとく細分化した。
112-ao	胸部大動脈周囲リンパ節 thoracic paraaortic lymph nodes	下行大動脈の周囲に存在するリンパ節群。胸管周囲リンパ節を含む。
112-pul	肺間膜リンパ節 pulmonary ligament lymph nodes	肺間膜内のリンパ節群。下肺静脈、心嚢に接して存在するリンパ節を含む。
113	動脈管索リンパ節 ligamentum arteriosum lymph nodes (Botallo's lymph nodes)	動脈管索の左側に存在するリンパ節群。
114	前縦隔リンパ節 anterior mediastinal lymph nodes	上大静脈の前方に存在するリンパ節群。腕頭静脈角リンパ節、胸腺リンパ節を含む。

(3) 腹部リンパ節 Abdominal lymph nodes

番号	リンパ節名	番号	リンパ節名
1	右噴門リンパ節 right cardiac lymph nodes	13	膵頭後部リンパ節 lymph nodes on the posterior surface of the pancreatic head
2	左噴門リンパ節 left cardiac lymph nodes	14A	上腸間膜動脈に沿うリンパ節 lymph nodes along the superior mesenteric artery
3	小彎リンパ節 lymph nodes along the lesser curvature	14 V	上腸間膜静脈に沿うリンパ節 lymph nodes along the superior mesenteric vein
4sa	大彎リンパ節左群(短胃動脈) lymph nodes along the short gastric vessels	15	中結腸動脈周囲リンパ節 lymph nodes along the middle colic artery
4sb	大彎リンパ節左群(左胃大網動脈に沿う) lymph nodes along the left gastroepiploic vessels	16a1	腹部大動脈周囲リンパ節 a1 lymph nodes in the aortic hiatus
4d	大彎リンパ節右群(右胃大網動脈に沿う) lymph nodes along the right gastroepiploic vessels	16a2	腹部大動脈周囲リンパ節 a2 lymph nodes around the abdominal aorta (from the upper margin of the celiac trunk to the lower margin of the left renal vein)
5	幽門上リンパ節 suprapyloric lymph nodes	16b1	腹部大動脈周囲リンパ節 b1 lymph nodes around the abdominal aorta (from the lower margin of the left renal vein to the upper margin of the inferior mesenteric artery)
6	幽門下リンパ節 infrapyloric lymph nodes	16b2	腹部大動脈周囲リンパ節 b2 lymph nodes around the abdominal aorta (from the upper margin of the inferior mesenteric artery to the aortic bifurcation)
7	左胃動脈幹リンパ節 lymph nodes along the left gastric artery	17	膵頭前部リンパ節 lymph nodes on the anterior surface of the pancreatic head
8a	総肝動脈幹前上部リンパ節 lymph nodes along the common hepatic artery (anterosuperior group)	18	下膵リンパ節 lymph nodes along the inferior margin of the pancreas
8p	総肝動脈幹後部リンパ節 lymph nodes along the common hepatic artery (posterior group)	19	横隔下リンパ節
9	腹腔動脈周囲リンパ節 lymph nodes along the celiac artery	20	Infra-diaphragmatic lymph nodes 食道裂孔部リンパ節 lymph nodes in the esophageal hiatus of the diaphragm
10	脾門リンパ節 lymph nodes at the splenic hilum		
11p	脾動脈幹近位リンパ節 lymph nodes along the proximal splenic artery		
11d	脾動脈幹遠位リンパ節 lymph nodes along the distal splenic artery		
12	肝十二指腸韌帯内リンパ節 lymph nodes in the hepatoduodenal ligament		

④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫

小文字で統一する



所属リンパ節番号
Number of regional lymph nodes

附 4. 占居部位別リンパ節群分類

食道		N1	N2	N3
頸部	CePh	101, 102	103, 104, 106 rec*	100, 105*
	Ce	101, 106 rec*	102, 104, 105*	100
胸部上部	Ut	105, 101, 106-rec	104, 106-tbL, 107, 108, 109	102-mid, 106-pre, 106-tbR, 110, 111, 112, 1, 2, 3, 7
胸部中部	Mt	108, 106-rec	101, 105, 106-tbL, 107, 109, 110, 1, 2, 3, 7	104, 111, 112, 20
胸部下部	Lt	110, 1, 2	106-rec, 107, 108, 109, 111, 112, 3, 7, 20	101, 105, 106-tbL, 9, 11p, 19
腹部	Ae	110, 1, 2, 3, 7, 20	108, 111, 8a, 9, 11p, 19	106 rec, 107, (109), 112, (4sa), (4sb), (4d), (5), (6), 11d

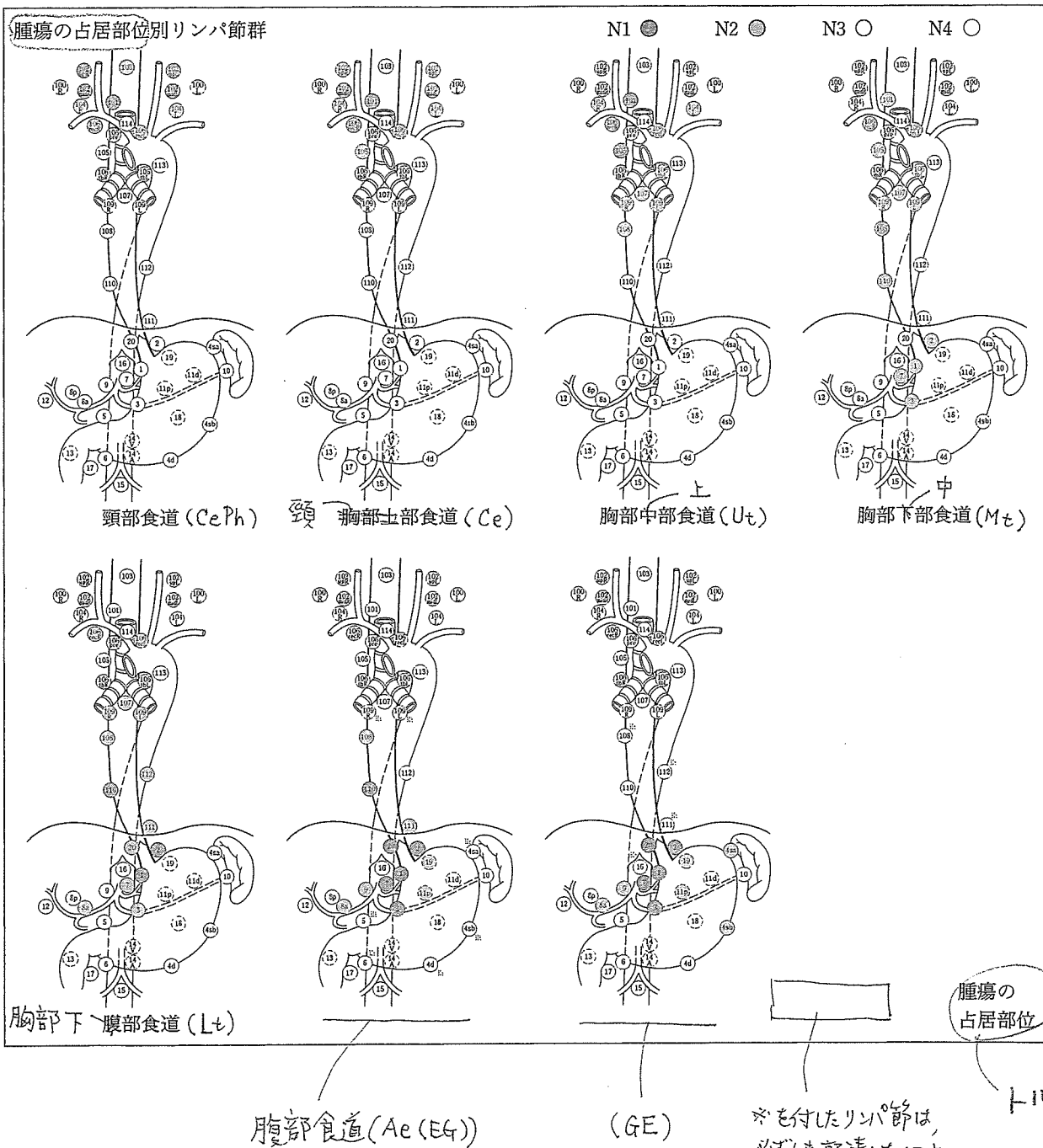
註) *を付したリンパ節は頸部から郭清できる範囲のものとする。

食道胃接合部領域		N1	N2	N3
	EG(Ae)	110, 1, 2, 3, 7, 20	108, 111, 8a, 9, 11p, 19	106 rec, 107, (109), 112, (4sa), (4sb), (4d), (5), (6), 11d
	GE	1, 2, 3, 7, 20	4sa, 4sb, 8a, 9, 11p, 19	(108), 110, (111), (112), 4d, 5, 6, 8p, 10, 11d, (16a2/b1)

註1) 食道胃接合部領域をEGとGEに二分する。E=Gの場合、扁平上皮癌はEGの癌、腺癌はGEの癌とみなす。

註2) EGの癌はAeの癌と同じリンパ節群分類である。

註3) 括弧を付したリンパ節は、必ずしも郭清しなくてよい。



附 5. 進行度 Stage

T, N, M の各因子と Stage 分類を記載する。

表：進行度

壁深達度 \ 転移	N0	N1	N2	N3	N4	M1
T0, T1a	0	I				
T1b	I	II				
T2			III		IVa	
T3						
T4	III					

例：T2N2M0, Stage III

附 6. TNM 分類 Classification of Malignant Tumours

病期分類			
0 期	Tis	N0	M0
I 期	T1	N0	M0
II A 期	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
II B 期	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
III 期	T3	N1	M0
	T4	N に関係なく	M0
IV 期	T, N に関係なく		M1
IVA 期	T, N に関係なく		M1a
IVB 期	T, N に関係なく		M1b

(UICC International Union Against Cancer—第 6 版(2002 年)抜粋—)

T-原発腫瘍

- TX 原発腫瘍の評価が不可能
- T0 原発腫瘍を認めない
- Tis 上皮内癌
- T1 粘膜固有層または粘膜下層に浸潤する腫瘍
- T2 固有筋層に浸潤する腫瘍
- T3 外膜に浸潤する腫瘍
- T4 周囲組織に浸潤する腫瘍

N-所属リンパ節

- NX 所属リンパ節転移の評価が不可能
- N0 所属リンパ節転移なし
- N1 所属リンパ節転移あり

M-遠隔転移

- MX 遠隔転移の評価が不可能
- M0 遠隔転移なし
- M1 遠隔転移あり

胸部上部食道腫瘍

- M1a 頸部リンパ節への転移
- M1b 他の遠隔転移

胸部中部食道腫瘍

- M1a 該当なし
- M1b 所属リンパ節以外の転移, または他の遠隔転移

胸部下部食道腫瘍

- M1a 腹腔動脈周囲リンパ節への転移
- M1b 他の遠隔転移

附 7. リンパ節郭清術 Lymph node dissection

- (1) 3 領域：頸，胸，腹の 3 カ所の到達経路から各部のリンパ節郭清を行う。^(註)
- (2) 2 領域：胸，腹の 2 カ所の到達経路から各部のリンパ節郭清を行う。
頸，腹の 2 カ所の到達経路から各部のリンパ節郭清を行う。
頸，胸の 2 カ所の到達経路から各部のリンパ節郭清を行う。
- (3) 1 領域：頸，胸，腹のいずれか 1 カ所の到達経路からその部のリンパ節郭清を行う。

註) No. 101 だけの頸部リンパ節郭清は 3 領域郭清術に含めない。

頸部リンパ節郭清においては，片側あるいは両側郭清の区別をつけるために，頸(片)胸腹郭清および頸(両)胸腹郭清と記載する。

分担研究報告書（食道がん）資料3：食道がんの治療アルゴリズム，診断・治療ガイドライン，構造化抄録（web版）

がん診療ガイドライン

がん診療ガイドライン

Clinical Practice Guideline

がん診療ガイドラインについて

対象項目

構造化抄録検索

医薬品検索

関連リンク

トップページ



9. 食道がん

※本サイト掲載の食道がん治療ガイドライン作成は，平成18年度厚生労働科学研究医療安全・医療技術評価総合研究事業の助成を受けて行われた。

食道がん治療ガイドラインの見かた：

ここに掲載する食道がん治療ガイドラインは，日本食道疾患研究会で作成された『食道癌治療ガイドライン』から抜粋した〔治療ガイドライン〕と〔治療アルゴリズム〕で構成されています。

〔治療アルゴリズム〕に掲載するアルゴリズム図の治療法をクリックすると〔治療ガイドライン〕へリンクし，選択した治療法の解説が表示されます。また解説の文中に記した文献番号をクリックすると構造化抄録（複数該当の場合一覧）が表示され，文献の概要を参照することができます。

下記よりご覧になりたい項目を選択してください。

※ ガイドラインの詳細をご覧になるには日本食道学会のウェブサイト，または金原出版刊行物をご覧下さい。

・ 序

・ 本ガイドラインについて

・ 治療アルゴリズム

・ 治療ガイドライン

・ 構造化抄録一覧

※データベースより該当一覧を表示します

・食道癌の治療ガイドライン作成委員会

Copyright © Japan Society of Clinical Oncology. All Rights Reserved.

本サイト掲載の記事・画像等の無断転載を禁止します

序

はじめに

日本食道疾患研究会も昭和40年発足以来、約40年近い歳月を経ました。その間医学、医療も急速の進歩を遂げ、特に食道癌治療に於いては、多くの先達の努力によりその進歩には見るべきものがあります。

手術成績向上の時代から遠隔成績向上の時代を迎え、拡大手術期に入り、更に現在では患者QOLの向上の時代、縮小手術の時代を迎えております。そして、食道癌治療は、一部の特定施設によって行われるものではなく、一般病院でも治療出来るようになってまいりました。又、これまで手術の補助療法と考えられていた放射線療法、免疫化学療法なども単独で、又は、疾患の時期や種類によってはなくてはならない合併療法となっております。食道癌治療は、消化器疾患の中でも高齢者が対象であり、又、病態が極めて複雑であるだけに治療法も多岐に亘り大変困難であります。

昨今、患者さんにとって何処でも、何時でも、最も適切な治療法が選択されるように疾患毎にEvidence Based Medicineとしての治療ガイドラインが作成されるようになってきました。

そこで、日本食道疾患研究会では、この時期に於いて最も適切と思われる治療法をまとめ、食道癌治療に携わる先生方の治療上の参考に供すると共に患者さんに適切な治療が行われることを願い、“食道癌治療ガイドライン”を作成するための委員会を設置しました。

唯、本ガイドラインは、これまでの臨床的研究に基づいた多くの豊富な文献を解析して、現時点で適切と判断した標準的治療法を提示しているものであり、あくまでも参考とすべきものであります。このガイドラインが、個々の患者さんの病態に合った細部の治療まで規定するものではありません。

治療は、患者さん個人個人に合ったテーラメイド治療こそが重要であります。又、このガイドラインが、医学・医療の進歩を妨げるものにはなりません。更に、医学は日進月歩するものであり、本ガイドラインより、より良い治療法が次々に確立されてくるものと思われます。

その時は、日本食道学会の名のもとに、安全性と効果を確認し、躊躇することなく改訂に踏み切っていただきたいと思ひます。

最後に各委員の先生方の大変な御努力により、短期間に本ガイドラインが作成され、今日ここに日の目を見ることが出来たことは真に喜ばしく、先生方の御苦勞に感謝申し上げます。それだけに本ガイドラインが、食道癌治

療に携わる方々に有効に使用され、病める患者さんのために大いに役立つことを期待致します。

2002年12月

日本食道疾患研究会
会長 磯野可一

食道癌治療ガイドライン作成にあたり

診断技術の向上により、早期食道癌が発見される機会が多くなり、内視鏡的粘膜切除術の適応となるような症例が増加してきた。一方、外科治療における広範なリンパ節郭清や周術期管理の進歩は、食道癌全体の治療成績の向上をもたらしたが、最近では体腔鏡を用いた低侵襲手術など、患者のQOL向上を目指した工夫もなされている。

放射線・化学療法は胃癌・大腸癌に比較して有効例が多く、積極的に施行している施設は多いが、全く無効な例も決して少なくない。各進行度に応じた治療法が多様化し、治療の選択肢が増した反面、その治療は医師個人の臨床経験、あるいは施設としての方針に委ねられているのが現状である。数多い治療法のなかで、各患者に対して最良の治療法を選択するためには、EBM (Evidence Based Medicine) を重視した治療指針を示すことが肝要である。

今回、食道癌の日常の診療に役立てることを目的に、多くの施設に共通して使用できる標準的な食道癌治療ガイドラインを作成した。本ガイドラインは、現時点で最も妥当と考えられる食道癌の標準的な治療法として推奨するものである。しかし、食道癌患者は一般的に高齢者が多く、心・肺・肝・腎などの他臓器の機能障害を有していたり、手術を拒否される場合もあり、患者本人の治療に対する取り組み方が異なる場合も多く、画一的な治療ガイドラインを作成することは困難である。従って個々の症例によってはこのガイドラインと異なる治療が必要な場合もあり、このガイドラインによって各症例毎の治療法を規制するものではない。

2002年12月

食道癌の治療ガイドライン作成委員会
委員長 杉町圭蔵

「食道癌治療ガイドライン」の

「食道癌診断・治療ガイドライン」への改訂にあたり

食道癌治療ガイドラインは日本食道疾患研究会（現：日本食道学会）のもとに設置された「食道癌の治療ガイドライン作成委員会」を中心として編集され、2002年（平成14年）12月に出版された。初版ガイドラインに記載さ

れているように、食道癌の日常の診療に役立てることを目的に、多くの施設に共通して使用でき、現時点で最も妥当と考えられる食道癌の標準的な治療法を推奨する標準的な食道癌治療ガイドラインが作成された。しかし食道癌に対する治療も変化しており、またその治療指針には様々な問題があり、画一的な治療法を作成することは困難な点が多く存在する。その特異的な問題点を考えると以下の如き点があげられる。

1. 一般に高齢者に多く発生し、諸臓器の機能障害を有していたり、手術を拒否される場合もあり、患者側の要因が大きく治療方針に影響を与えることが多い。
2. 食道癌手術は侵襲も大きく、また一方化学・放射線療法は、他の消化器癌に比較して有効なことも多く、早期癌から進行癌に至るまで、多くの治療法の適応ともなり得、各進行度を通じ、治療法の多様化と選択肢が多岐に亘るのが現実である。
3. 上記のような現状にもとづき、信頼度の高いエビデンスが得られ難く、また実際に、そのような文献が多いとは言えない。
4. 外科治療だけに限ってみても、たとえば頸部食道癌手術における喉頭温存の問題や、食道切除後の再建臓器、再建経路の選択、さらに手術前後のadjuvant therapyなどその選択肢がきわめて多数である。

以上のような食道癌診療における特異性を踏まえて、食道癌治療ガイドラインのより良い改訂作業を新たに日本食道学会に設置された「食道癌診断・治療ガイドライン検討委員会」において進めてきた。さらに厚生労働医療技術評価総合研究事業「がん診療ガイドラインの適用と評価に関する研究班」の指針も考慮に加えた。

このような現況に鑑み、今回新たに改訂を行ったポイントは以下の如くである。

1. 「診断」、 「食道癌治療後の経過観察」 および「緩和医療」の分野を加えた。特に「診断」の項では病変自体の診断に加え、「全身状態の評価」について言及した。
2. 各項目ごとに「Clinical Question」を設け、その各々に対する推奨レベルを「Center for EBM」による分類（A～D）（表1）に基づき、委員会としての推奨度も加味して判断し、記載した。
3. 各項目ごとに参考文献を項目の最後に記載した。さらに、
4. 「ガイドライン評価委員会」を本学会で新たに設置していただき、客観的評価を受ける体制を整備した。

以上の如き改訂を含め、本ガイドラインの更なる内容の充実に向けて今後も検討を重ねてゆく所存である。

勧告の強さの分類

1. 行うよう強く勧められる
2. 行うよう勧められる
3. 行うよう勧めるだけの根拠が明確でない
4. 行わないよう勧められる

2006年12月

食道癌診断・治療ガイドライン検討委員会
委員長 桑野博行

[閉じる](#)

1 本ガイドラインについて

1) 目的

本ガイドラインは、食道癌の診療に携わる医師を対象とし、(1)食道癌の診断・治療法についてEBMを重視し標準的な診療の適応を示すこと、(2)治療の安全性と治療成績の向上を図り、治療成績の施設間差を少なくすること、(3)無駄な治療をなくし、(4)国民が安心して治療を受けられるようにすることを目的とする。

本ガイドラインは、治療の適応についての一応の目安を示すものであり、ガイドラインに記載した適応と異なる治療法を施行することを規制したり、否定するものではない。

2) 責任

ガイドラインの記述の内容に対しては、日本食道学会が責任を負うものとする。

但し、治療結果に対する責任は、直接の治療担当者に帰属すべきものであり、本学会は責任を負わない。

3) 作成の基本方針

本ガイドラインは、治療法の適応にとどめ、各治療法の技術的問題には立ち入らない。適正な治療法を示すためには、(1)各治療法が癌の進展に合わせて、過不足がないこと、(2)治療効果の評価はEvidence basedであること、(3)治療法の最終的な評価は生存期間をもって行うが、症状の寛解、腫瘍の縮小、QOLの改善も評価すること、(4)食道癌の部位別に評価を行うこと、を原則とした。また、このガイドラインは、医学の進歩に従って随時改訂する。

4) 治療法の選択と患者の同意

食道癌の治療法の選択にあたり、本ガイドラインに基づく治療法であるか否かに関わらず、医師はその治療内容と治療法を選択する理由、合併症、治療成績などを患者に説明し、患者の理解と同意、すなわち、説明と同意

(Informed Consent) を得ることが必要である。

がん診療ガイドライン

Clinical Practice Guideline

がん診療ガイドラインについて

対象項目

構造化抄録検索

医薬品検索

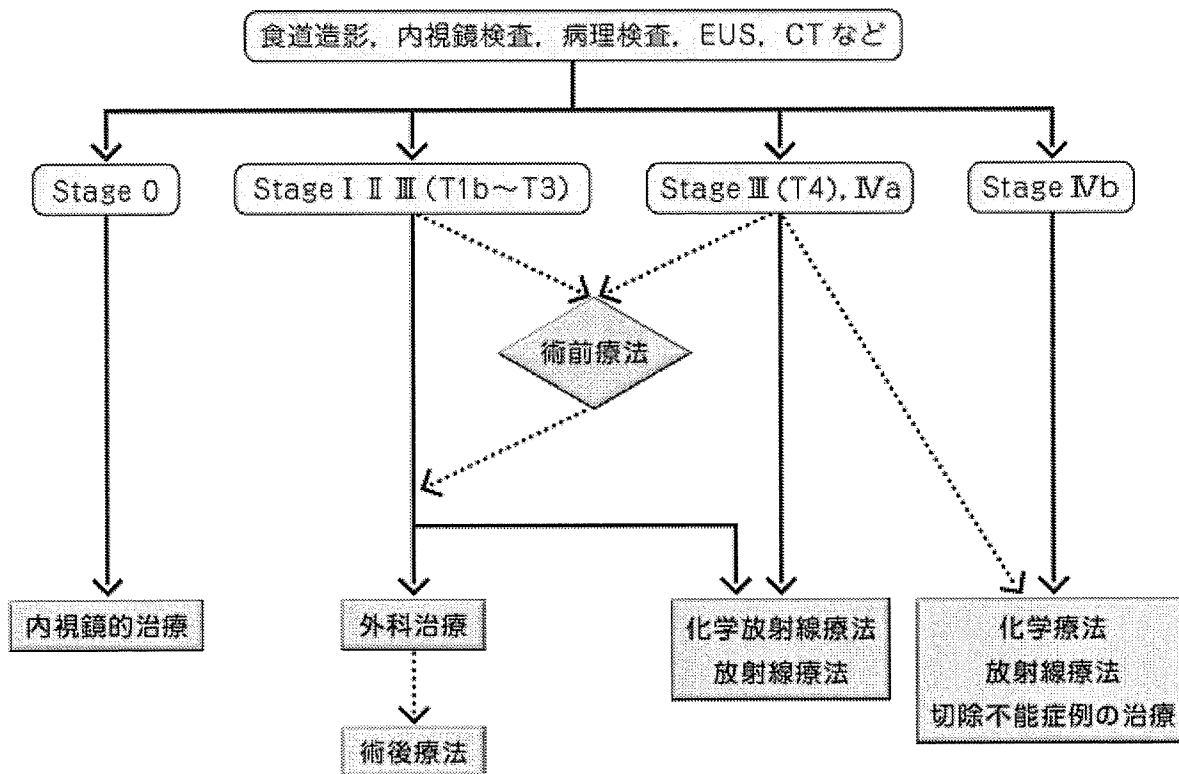
関連リンク

トップページ



食道がん 治療アルゴリズム

アルゴリズム図の治療法をクリックすると解説画面へ移動します。



[食道がんトップページへ戻る](#)

がん診療ガイドライン がん診療ガイドライン Clinical Practice Guideline

がん診療ガイドラインについて

対象項目

構造化抄録検索

医薬品検索

関連リンク

トップページ



食道がん
治療ガイドライン

ガイドライン文中の文献番号から、該当する構造化抄録の参照ができます

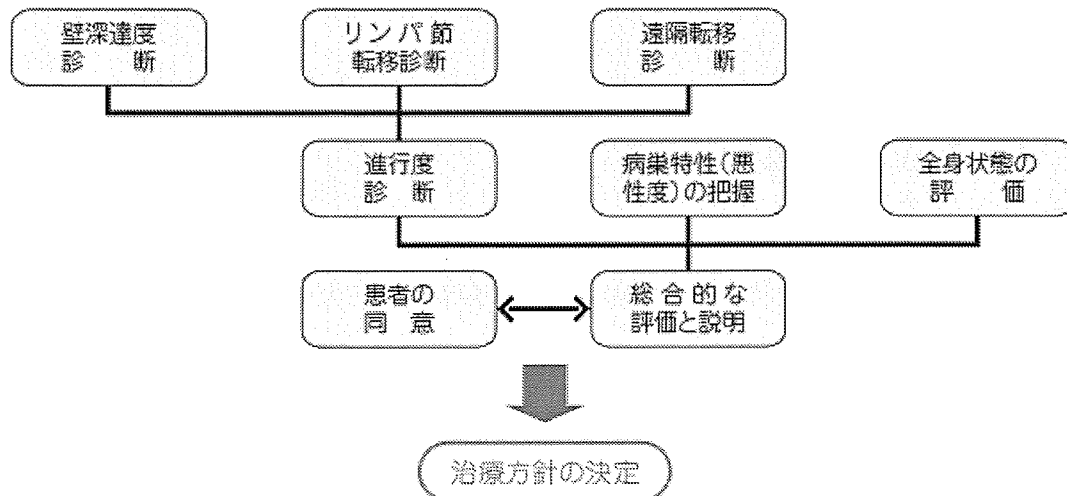
目次：

--- 選択した章が表示されます ---

II 食道癌の診断

[A] 癌の進行度診断

〔食道癌の治療方針決定までの流れ〕



【要約】

食道癌は各種画像診断により腫瘍の壁深達度の診断，リンパ節転移の診断，遠隔転移の診断により進行度診断を行う。進行度診断に加え，病巣特性（悪性度）の把握および全身状態の評価をふまえ，治療方針を患者に提示する。診断根拠，診断過程などを患者に説明し，理解と同意を得て，治療方針を決定する。

Question-1

食道癌の発見の契機はおよび食道癌診断のファーストステップは何か。

[Answer]

Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan 1998,1999 (3rd ed. 2002) によると粘膜下層 (T1b) までの病変では58.3%が症状はなく、検診や他疾患のための検査などで発見されている。一方筋層以深に及ぶ病変では狭窄感38.5%、嚥下困難24.4%など、大部分が有症状で発見されている。また粘膜下層までの病変の85.0%が内視鏡検査で、11.2%が食道造影検査で発見されている。一方筋層以深に及ぶ病変では63.9%が内視鏡検査で、29.1%が食道造影検査で発見されている。食道癌全体では94%が内視鏡検査、食道造影検査のいずれかで発見されている。食道癌と初発症状をキーワードに検索を行った。医学中央雑誌およびMedlineで検索したが、メタアナリシスは食道腺癌に関するものが1件のみでわが国で大部分を占める扁平上皮癌に関する多施設での集計は食道疾患研究会登録集計のみである。

<推奨事項>

有症状の場合、内視鏡検査ないし食道造影検査のいずれかを行う [グレードA]。表在癌では愁訴のないことが多いため、内視鏡検査を行って食道病変の発見に留意する [グレードA] ¹⁾。

Question-2

壁深達度診断はどのように行うか？

[Answer]

表在癌では色素内視鏡検査を含む内視鏡検査、食道造影検査、超音波内視鏡検査（以下EUS）、CT、MRI検査などを行い、総合的に診断する²⁾。研究段階ではあるが、近年、表在癌の診断に拡大内視鏡の有用性が報告されている。隣接臓器への浸潤の診断にはCT、EUS、MRI検査が有用である。臨床症状、画像診断において気管および気管支浸潤が疑われる場合、咯血や急性の呼吸不全の可能性があり、また治療によりろう孔形成の可能性も高く気管支鏡検査を行う。

<推奨事項>

色素内視鏡検査を含む内視鏡検査、食道造影検査、CT、EUS、MRI検査などにより壁深達度の診断を行う [グレードB]。隣接臓器への浸潤の診断にはCT検査、超音波内視鏡検査（EUS）を行う。必要に応じてMRI検査を追加する [グレードB]。気管および気管支浸潤が疑われる場合、気管支鏡検査を行う [グレード