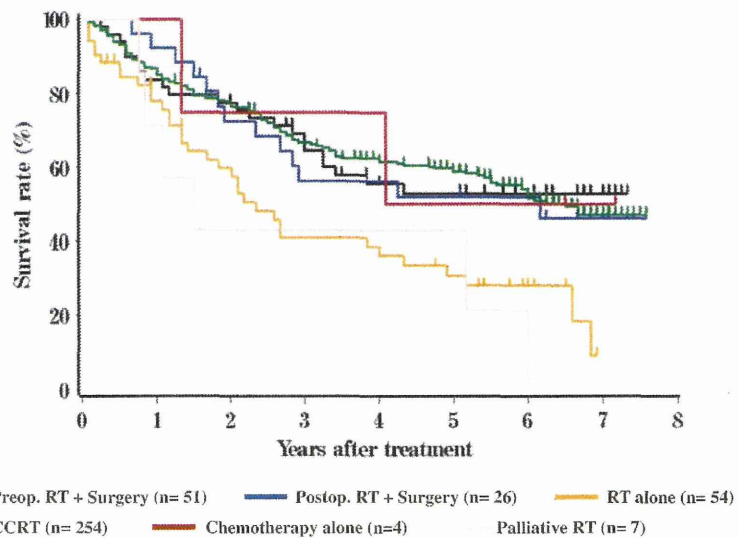
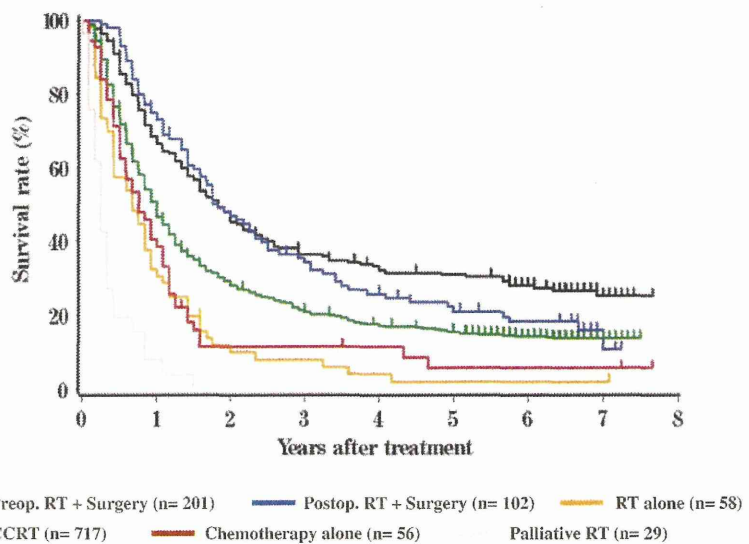


Fig. 6 Survival of patients treated by chemotherapy and/or radiotherapy (cStage I–IIA)



	Years after treatment							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Preop. RT + Surgery (n= 51)	83.8%	77.7%	64.7%	55.6%	53.1%	53.1%	53.1%	53.1%
Postop. RT + Surgery (n= 26)	92.3%	72.5%	56.4%	52.1%	52.1%	52.1%	46.3%	46.3%
RT alone (n= 54)	78.0%	59.8%	41.1%	36.2%	30.8%	30.8%	28.0%	9.3%
CCRT (n= 254)	86.0%	77.5%	66.7%	61.6%	58.9%	52.4%	47.3%	47.3%
Chemotherapy alone (n=4)	100.0%	75.0%	75.0%	75.0%	75.0%	50.0%	50.0%	50.0%
Palliative RT (n= 7)	71.4%	42.9%	42.9%	42.9%	42.9%	21.4%	-	-

Fig. 7 Survival of patients treated by chemotherapy and/or radiotherapy (cStage IIB–IVB)



	Years after treatment							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Preop. RT + Surgery (n= 201)	67.0%	45.9%	36.5%	32.1%	31.0%	28.1%	25.2%	25.2%
Postop. RT + Surgery (n= 102)	73.0%	47.0%	34.4%	25.8%	21.1%	18.2%	10.6%	10.6%
RT alone (n= 58)	30.5%	9.9%	7.9%	4.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
CCRT (n= 717)	46.9%	28.2%	21.1%	17.1%	15.6%	14.2%	13.7%	13.7%
Chemotherapy alone (n= 56)	38.7%	11.3%	11.3%	11.3%	5.7%	5.7%	5.7%	5.7%
Palliative RT (n= 29)	7.8%	0.0%	-	-	-	-	-	-

IV. Clinical results in patients treated with esophagectomy in 2004

Table 45 Tumor location

Locations	Cases (%)
Cervical	101 (3.8%)
Upper thotacic	298 (11.3%)
Middle thoracic	1242 (46.9%)
Lower thoracic	799 (30.2%)
Abdominal	148 (5.6%)
EG	24 (0.9%)
EG-Junction (E=G)	20 (0.8%)
Unknown	15 (0.6%)
Total lesions	2647
Total cases	2647
Missing	7

EG: esophago-gastric

Table 47 Endoscopic surgery

Endoscopic surgery	Cases (%)
None	2154 (81.8%)
Thoracoscopy-assisted	265 (10.1%)
Laparoscopy-assisted	81 (3.1%)
Thoracoscopy + Laparoscopy-assisted	108 (4.1%)
Mediastinoscopy-assisted	15 (0.6%)
Thoracoscopy + Mediastinoscopy-assisted	0
Laparoscopy + Mediastinoscopy-assisted	1 (0.0%)
Others	3 (0.1%)
Unknown	7 (0.3%)
Total	2634
Missing	35

Table 46 Approaches to tumor resection

Approaches	Cases (%)
Cervical approach	115 (4.3%)
Right thoracotomy	2143 (80.8%)
Left thoracotomy	43 (1.6%)
Left thoracoabdominal approach	61 (2.3%)
Laparotomy	86 (3.2%)
Transhiatal (without blunt dissection)	24 (0.9%)
Transhiatal (with blunt dissection)	74 (2.8%)
Sternotomy	14 (0.5%)
Others	79 (3.0%)
Unknown	14 (0.5%)
Total	2653
Missing	16

Table 48 Fields of lymph node dissection according to the location of the tumor

* Excluding pharynx and missing 35 cases of locations

Locations	Cervical	Upper thoracic	Middle thoracic	Lower thoracic	Abdominal	EGJ	Total
Region of lymphadenectomy	Cases (%)	Cases (%)	Cases (%)	Cases (%)	Cases (%)	Cases (%)	Cases (%)
None	10 (10.0%)	18 (6.1%)	46 (3.7%)	22 (2.8%)	5 (3.4%)	0	101 (3.9%)
C	31 (31.0%)	0	9 (0.7%)	4 (0.5%)	0	0	44 (1.7%)
C+UM	23 (23.0%)	4 (1.4%)	0	1 (0.1%)	0	0	28 (1.1%)
C+UM+MLM	4 (4.0%)	7 (2.4%)	19 (1.5%)	5 (0.6%)	0	0	35 (1.3%)
C+UM+MLM+A	22 (22.0%)	179 (60.7%)	532 (43.1%)	258 (32.3%)	17 (11.4%)	2 (4.5%)	1010 (38.6%)
C+UM+A	2 (2.0%)	5 (1.7%)	1 (0.1%)	0	0	0	8 (0.3%)
C+MLM	0	0	0	0	0	0	0
C+MLM+A	1 (1.0%)	1 (0.3%)	3 (0.2%)	3 (0.4%)	0	0	8 (0.3%)
C+A	2 (2.0%)	1 (0.3%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)	0	0	6 (0.2%)
UM	0	1 (0.3%)	3 (0.2%)	4 (0.5%)	1 (0.7%)	0	9 (0.3%)
UM+MLM	0	3 (1.0%)	22 (1.8%)	7 (0.9%)	4 (2.7%)	0	36 (1.4%)
UM+MLM+A	2 (2.0%)	65 (22.0%)	523 (42.4%)	353 (44.2%)	39 (26.2%)	7 (15.9%)	989 (37.8%)
UM+A	0	0	3 (0.2%)	2 (0.3%)	0	0	5 (0.2%)
MLM	0	0	8 (0.6%)	7 (0.9%)	0	0	15 (0.6%)
MLM+A	1 (1.0%)	7 (2.4%)	44 (3.6%)	98 (12.3%)	57 (38.3%)	21 (47.7%)	228 (8.7%)
A	0	3 (1.0%)	10 (0.8%)	29 (3.6%)	25 (16.8%)	14 (31.8%)	81 (3.1%)
Unknown	2 (2.0%)	1 (0.3%)	8 (0.6%)	4 (0.5%)	1 (0.7%)	0	16 (0.6%)
Total	100	295	1233	798	149	44	2619
Missing	1	3	9	1	1	0	15

C: bilateral cervical nodes

UM: upper mediastinal nodes

MLM: middle-lower mediastinal nodes

A: abdominal nodes

Table 49 Extent of lymph node dissection

Grade of dissection (D)	Cases (%)
DX	42 (1.6%)
D0	127 (4.8%)
D1	355 (13.4%)
DII	1234 (46.7%)
DIII	885 (33.5%)
Total	2643
Missing	26

Table 50 Reconstruction route

Reconstruction route	Cases (%)
None	40 (1.6%)
Antethoracic	236 (9.2%)
Retrosternal	919 (36.0%)
Intrathoracic	419 (16.4%)
Posterior mediastinal	906 (35.5%)
Others	21 (0.8%)
Unknown	12 (0.5%)
Total	2553
Missing	73

Table 51 Organs used for reconstruction

Organs used for reconstruction	Cases (%)
None	49 (1.8%)
Whole stomach	104 (3.8%)
Gastric tube	2189 (79.7%)
Jejunum	115 (4.2%)
Free jejunum	62 (2.3%)
Colon	99 (3.6%)
Free colon	22 (0.8%)
Skin graft	1 (0.0%)
Others	97 (3.5%)
Unknown	8 (0.3%)
Total lesions	2746
Total cases	2655
Missing	14

Table 58 Histological classification

Histological classification	Cases (%)
Not examined	6 (0.2%)
SCC	2337 (89.3%)
SCC	352 (13.5%)
Well diff.	517 (19.8%)
Moderately diff.	1067 (40.8%)
Poorly diff.	401 (15.3%)
Adenocarcinoma	73 (2.8%)
Barrett's adenocarcinoma	32 (1.2%)
Adenosquamous cell carcinoma (Co-existing)	11 (0.4%)
(Mucoepidermoid carcinoma)	3 (0.1%)
(Mucoepidermoid carcinoma)	1 (0.0%)
Adenoid cystic carcinoma	0
Basaloid carcinoma	40 (1.5%)
Undiff. carcinoma (small cell)	9 (0.3%)
Undiff. carcinoma	2 (0.1%)
Other carcinoma	3 (0.1%)
Sarcoma	5 (0.2%)
Carcinosarcoma	17 (0.6%)
Malignant melanoma	10 (0.4%)
Dysplasia	10 (0.4%)
Other	24 (0.9%)
Unkown	33 (1.3%)
Total	2616
Missing	53

SCC: Squamous cell carcinoma

Table 59 Depth of tumor invasion

pT-category	Cases (%)
pXT	16 (0.6%)
pT0	36 (1.4%)
pTis	47 (1.8%)
pT1a	231 (8.9%)
pT1b	601 (23.1%)
pT2	317 (12.2%)
pT3	1132 (43.5%)
pT4	184 (7.1%)
Other	0
Unknown	36 (1.4%)
Total	2600
Missing	69

Table 60 Subclassification of superficial carcinoma

Subclassification	Cases (%)
Not superficial carcinoma	1679 (65.4%)
m1 (ep)	43 (1.7%)
m2 (lpm)	73 (2.8%)
m3 (mm)	137 (5.3%)
sm1	86 (3.3%)
sm2	136 (5.3%)
sm3	242 (9.4%)
Unknown	172 (6.7%)
Total	2568
Missing	101

ep: epithelium

lpm: lamina propria mucosa mm: muscularis mucosa

Table 61 Pathological grading of lymph node metastasis

Lymph node metastasis	Cases (%)
n (-)	1262 (49.1%)
n1 (+)	334 (13.0%)
n2 (+)	601 (23.4%)
n3 (+)	189 (7.4%)
n4 (+)	160 (6.2%)
Unknown	25 (1.0%)
Total	2571
Missing	98

Table 62 Numbers of the metastatic nodes

Numbers of lymph node metastasis	Cases (%)
0	1181 (44.2%)
1-3	886 (33.2%)
4-7	351 (13.2%)
8-	216 (8.1%)
Unknown	35 (1.3%)
Total	2669
Missing	0

Table 63 Pathological findings of distant organ metastasis

Distant metastasias (M)	Cases (%)
MX	44 (1.7%)
M0	2546 (96.0%)
M1	62 (2.3%)
Total	2652
Missing	17

Table 64 Residual tumor

Residual tumor (R)	Cases (%)
RX	149 (5.7%)
R0	2138 (82.4%)
R1	170 (6.5%)
R2	139 (5.4%)
Unknown	0
Total	2596
Missing	73

Table 75 Causes of death

Cause of death	Cases (%)
Death due to recurrence	933 (73.5%)
Death due to other cancer	63 (5.0%)
Death due to other disease (rec+)	32 (2.5%)
Death due to other disease (rec-)	129 (10.2%)
Death due to other disease (rec?)	15 (1.2%)
Operative death*	35 (2.8%)
Hospital death**	57 (4.5%)
Unknown	5 (0.4%)
Total of death cases	1269
Missing	6

rec: recurrence

* Operative death means death within 30 days after operation in or out of hospital.

Operative mortality : 1.3%

** Hospital death is defined as death during the same hospitalization, regardless of department at time of death.

Hospital mortality : 2.1%

Follow-up period (years)	
Median (min - max)	3.25 (0.00 - 7.50)

Table 76 Initial recurrent lesion

Initial recurrence lesion of fatal cases	Cases (%)
Lymph node	580 (35.0%)
Lung	242 (14.6%)
Liver	199 (12.0%)
Bone	119 (7.2%)
Brain	31 (1.9%)
Primary lesion	141 (8.5%)
Dissemination	92 (5.5%)
Anastomotic region	10 (0.6%)
Others	90 (5.4%)
Unknown	155 (9.3%)
Total of recurrence lesion	1659
Total	1230
Missing	47

Fig. 8 Survival of patients treated by esophagectomy

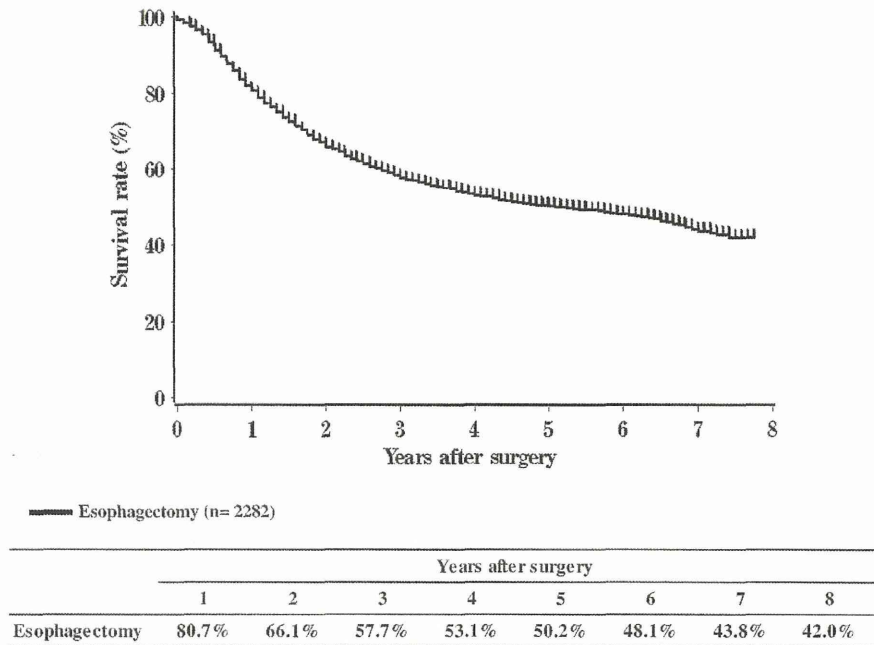


Fig. 9 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to clinical stage (JSED-cTNM 9th)

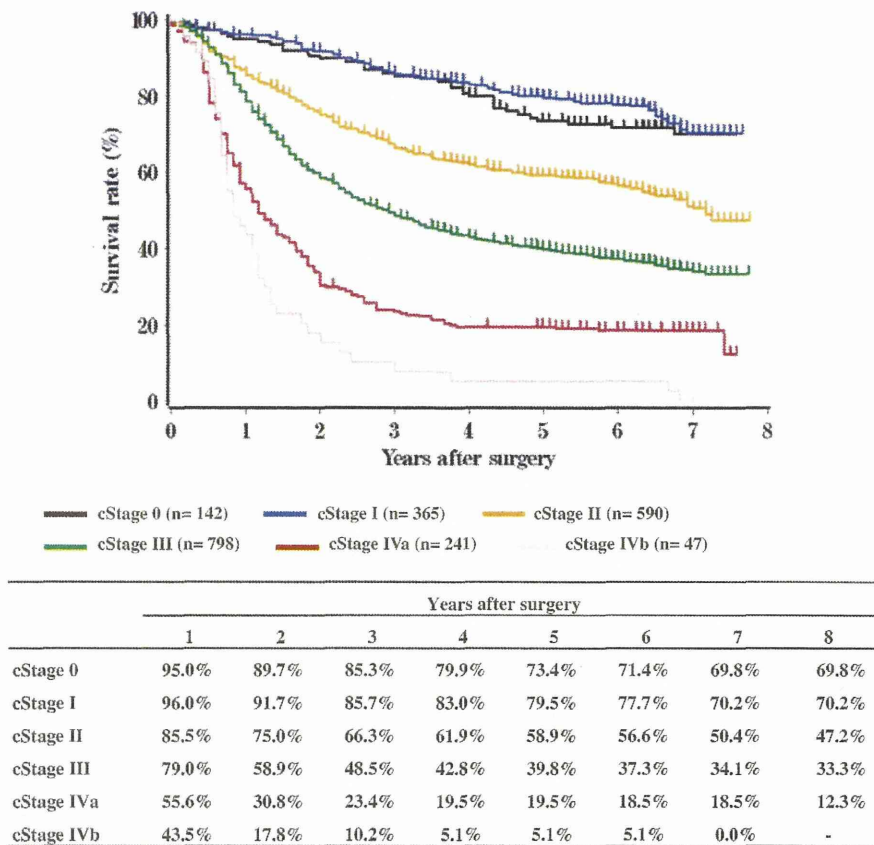
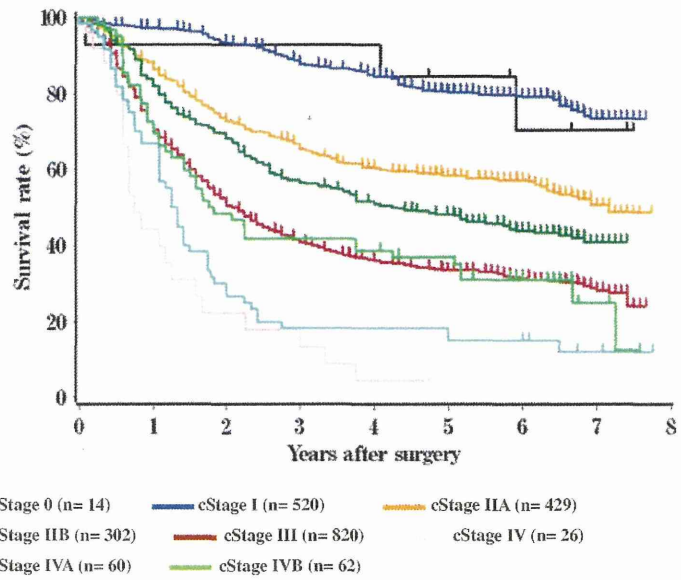


Fig. 10 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to clinical stage (UICC-cTNM 5th)



	Years after surgery							
	1	2	3	4	5	6	7	8
cStage 0	92.9%	92.9%	92.9%	92.9%	84.4%	70.3%	70.3%	70.3%
cStage I	97.2%	93.4%	87.8%	84.6%	80.5%	79.2%	73.4%	73.4%
cStage IIA	86.8%	72.7%	65.4%	60.5%	58.3%	57.3%	50.7%	48.8%
cStage IIB	82.1%	68.0%	56.9%	50.9%	48.3%	44.0%	41.1%	41.1%
cStage III	70.6%	51.1%	40.9%	36.0%	33.5%	31.6%	28.2%	24.1%
cStage IV	44.2%	22.1%	17.7%	4.4%	4.4%	-	-	-
cStage IVA	66.7%	28.3%	18.3%	18.3%	15.0%	15.0%	12.0%	12.0%
cStage IVB	69.4%	48.4%	41.9%	38.7%	37.0%	31.1%	24.9%	12.4%

Fig. 11 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to the depth of tumor invasion (JSED-pTNM 9th: pT)

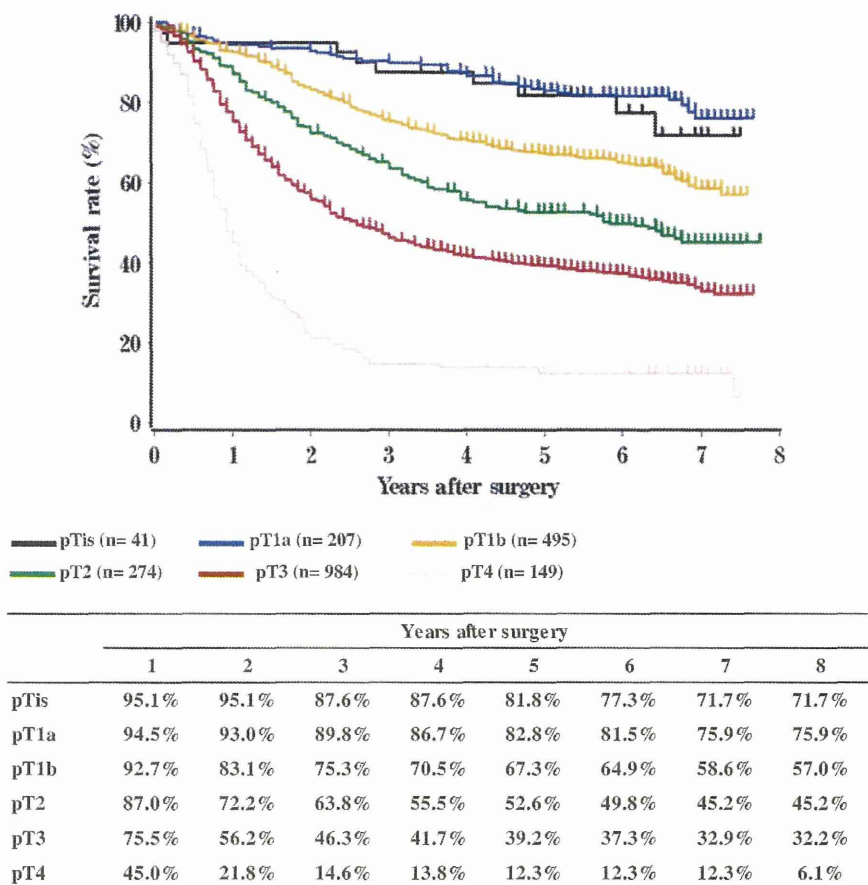


Fig. 12 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to the depth of tumor invasion (UICC-pTNM 5th: pT)

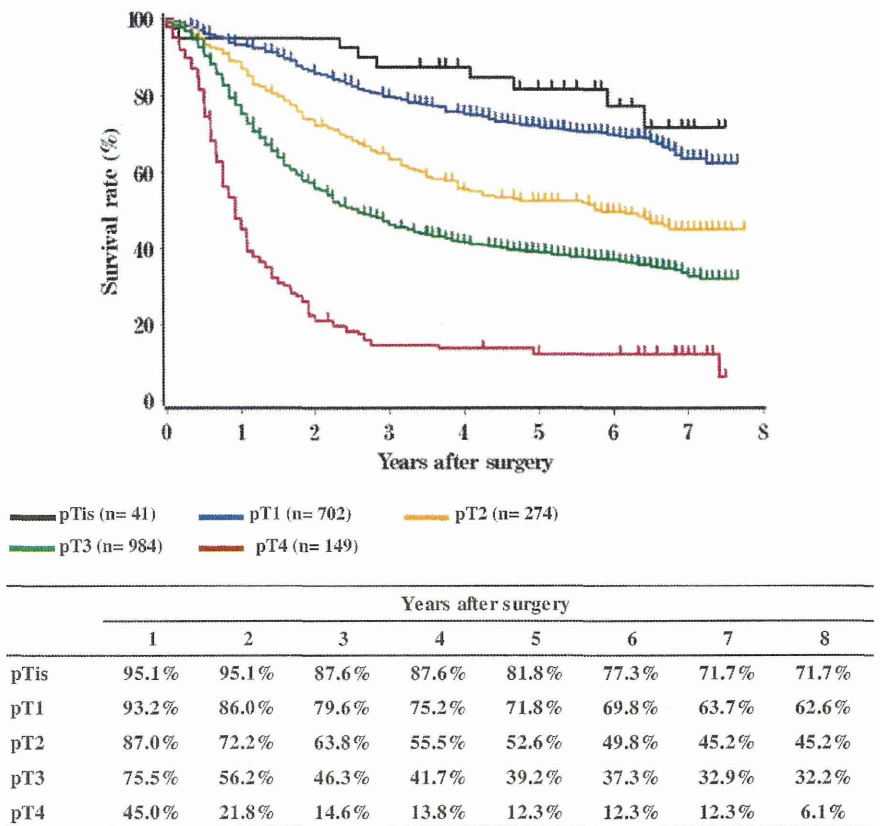


Fig. 13 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to lymph node metastasis (JSED-pTNM 9th: pN)

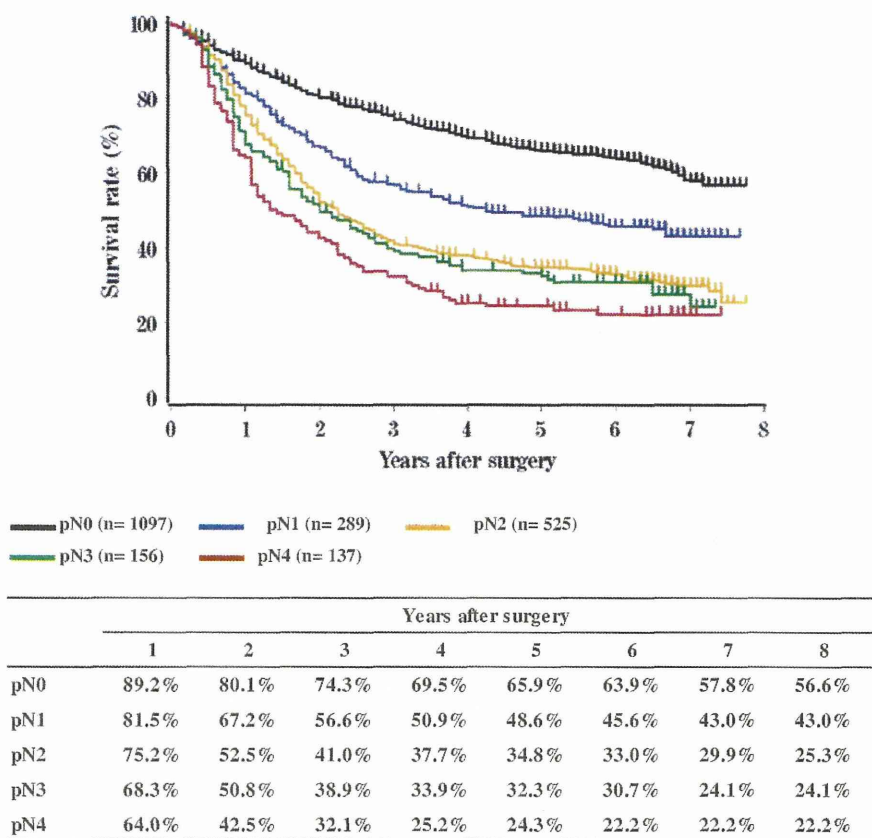


Fig. 14 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to lymph node metastasis (UICC-pTNM 5th: pN)

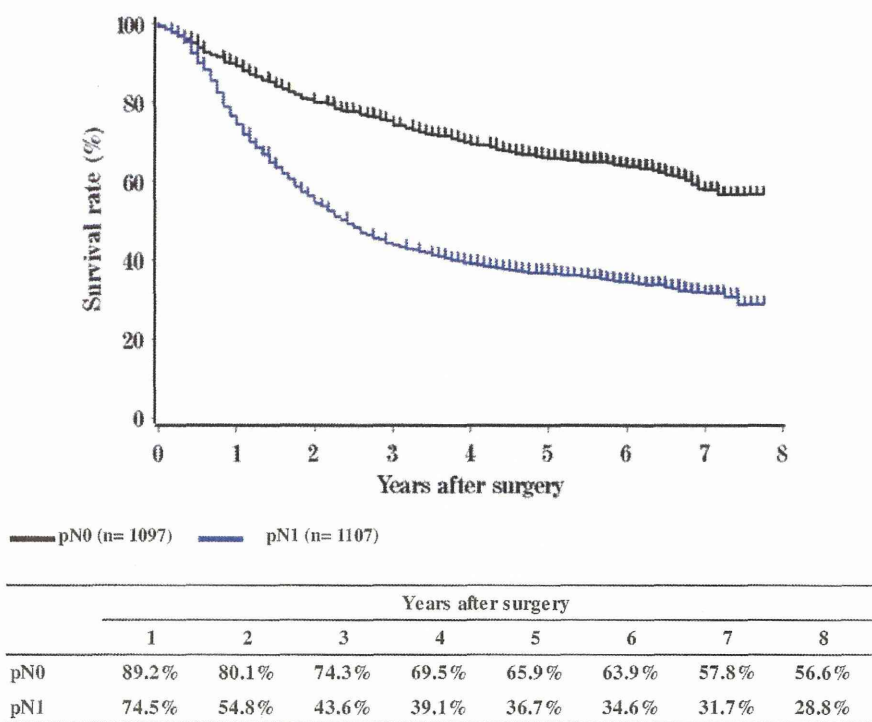
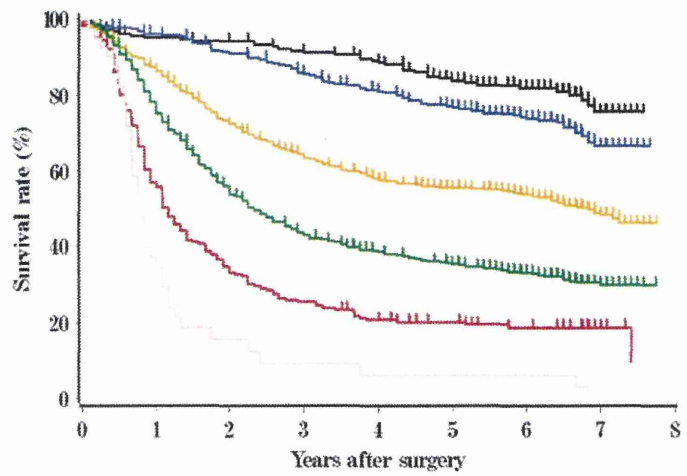


Fig. 15 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to pathological stage (JSED-pTNM 9th)



— pStage 0 (n= 216)
 — pStage I (n= 319)
 — pStage II (n= 654)
— pStage III (n= 683)
 — pStage IVa (n= 204)
 — pStage IVb (n= 41)

	Years after surgery							
	1	2	3	4	5	6	7	8
pStage 0	95.2%	94.2%	91.2%	88.7%	83.9%	82.0%	75.7%	75.7%
pStage I	96.1%	91.1%	85.7%	81.2%	76.8%	73.9%	66.6%	66.6%
pStage II	86.5%	72.4%	63.5%	57.7%	55.6%	53.9%	48.4%	46.4%
pStage III	75.6%	54.3%	43.0%	38.5%	35.4%	33.1%	29.9%	29.9%
pStage IVa	55.9%	33.6%	25.5%	20.8%	20.2%	18.8%	18.8%	9.4%
pStage IVb	34.6%	15.5%	9.3%	6.2%	6.2%	6.2%	0.0%	-

Fig. 16 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to pathological stage (UICC-pTNM 5th)

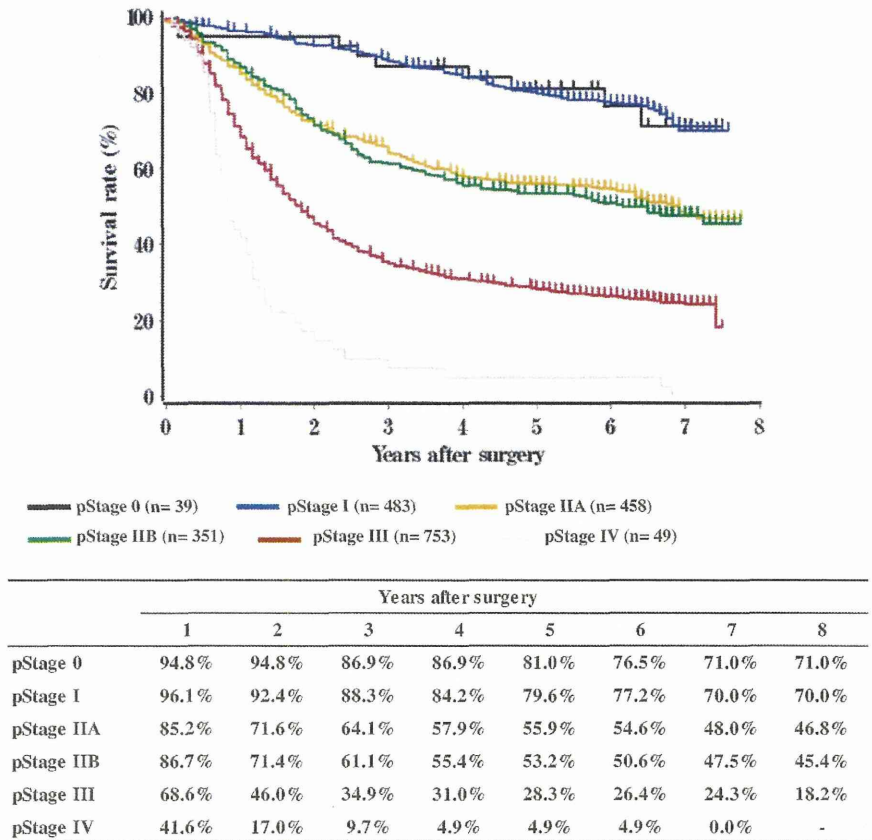


Fig. 17 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to number of metastatic node

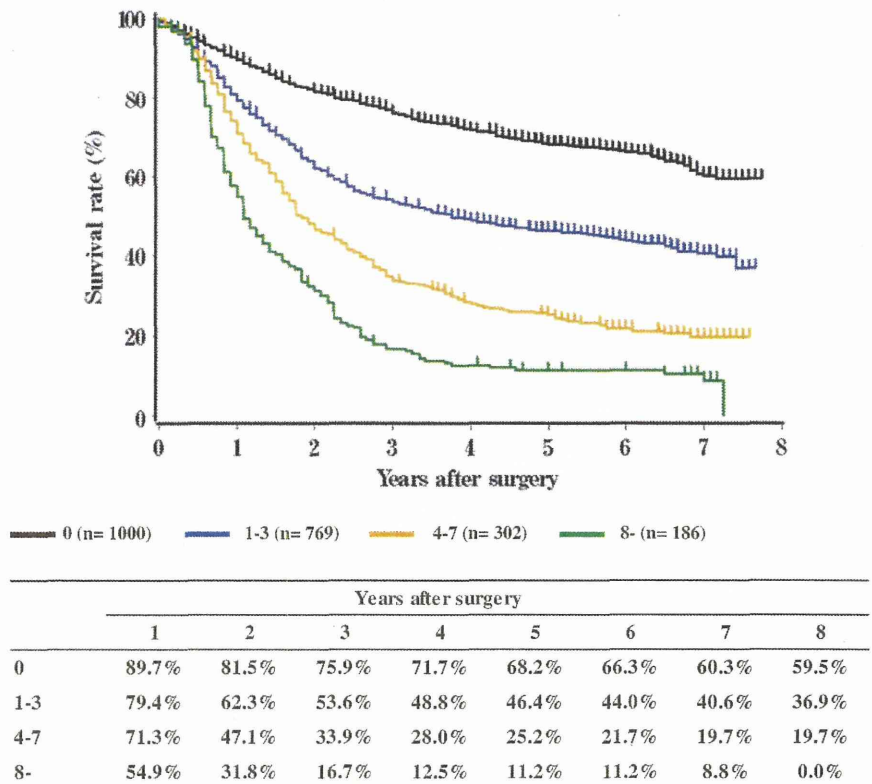
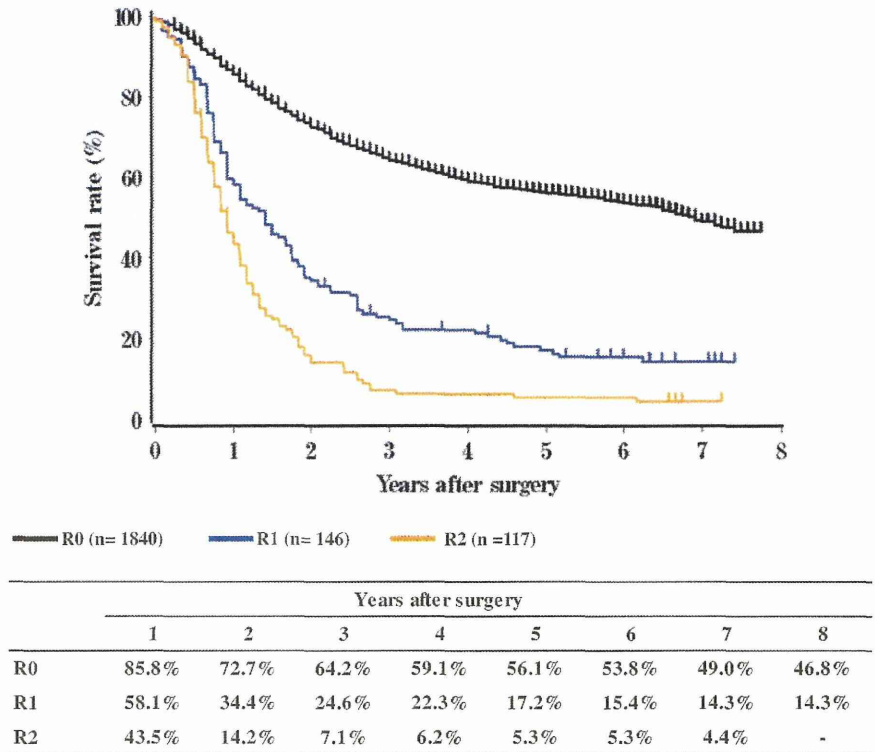


Fig. 18 Survival of patients treated by esophagectomy in relation to residual tumor (R)



全国登録委員会

日月 裕司 (国立がん研究センター中央病院消化管腫瘍科食道外科)

“Comprehensive Registry of Esophageal Cancer in Japan, 2004”を日本食道学会全国登録認定施設に配布しました。また同冊子の抜粋版がEsophagus 9巻2号に掲載されました。登録にご協力いただいた施設の皆様に感謝申し上げます。

今年の食道癌全国登録を8月より開始いたしました。治療の変化に対応できるようにタイム・ラグを縮めるため、対象年は2005年と2006年の2年分とさせていただきます。提出期限は2012年11月30日(金)です。作業量が増えることになりませんが、ご協力をお願いいたします。

食道癌全国登録ソフトが更新(v2.0)されました。ホームページからダウンロード可能です。すでに以前の食道癌全国登録ソフト(v1.4)で入力されている施設も多いと思いますので、今回の登録では以前の食道癌全国登録ソフト(v1.4)で入力されたデータでの登録も受け付けます。来年の登録からは新しい食道癌全国登録ソフト(v2.0)での登録のみとなりますので、新しい食道癌全国登録ソフト(v2.0)へのデータの移行、入力を進められることをお勧めします。

食道癌全国登録ソフト(v2.0)のおもな変更点には以下の目的があります。ご理解とご協力をお願いいたします。

1. UICCのTNM分類第6版・第7版に基づく日本のデータを示せるように、UICCのTNM分類の項目を追加する。
 2. UICCのTNM分類第6版・第7版のM分類にリンパ節転移が含まれていることについて、リンパ節転移をM1とすることの妥当性を検証するために、リンパ節部位ごとの転移のデータを臓器転移とは分けて集計する。
 3. UICCのTNM分類の次期改訂にむけて、日本からの提案の根拠となるデータを得るために、リンパ節部位ごとの転移のデータを集計する。
 4. 登録必須項目の未入力データの信頼性を著しく落としている。これを防ぐために、症例ごとに「編集中」と「完了」というステップを置き、必須項目に空欄がある場合は「完了」ができないようにし、症例ごとに「完了」になっていないと「登録症例書き出し」ができないようにする。(NCDの登録と同様の仕組みです)
- 今後とも皆様のご協力をお願い申し上げます。

NCD (National Clinical Database) 部会

藤 也寸志 (国立病院機構九州がんセンター消化器外科)

2011年1月に外科手術症例の登録National Clinical Database (NCD) が開始され、2012年4月までに3,300を越える施設から135万症例のデータが集積されています。2011年の1年間では、食道関連手術は約7,100例が登録され、その中で食道切除再建術は医療水準評価対象術式として100項目以上のデータ登録が要求されているにも関わらず、その登録数は5,000例を越えています。このように、癌を中心とした食道関連手術の全国規

模での手術症例数や合併症発生率や死亡率などの短期成績が明らかになるものと期待されます。種々の解析データが近いうちに現場にフィードバックされる計画です。

現在、NCD登録を利用した食道外科専門医申請システムを構築する作業を行っています。今のところ、消化器外科専門医申請システムとリンクする形でのシステムを開発中ですが、NCD側のセキュリティ管理や食道外科専門医制度を全て満足するシステム開発の困難性など、クリアすべき問題が多く存在します。専門医制度委員会とも協働しながら一步一步前進していきます。2014年スタートを目標にしています。

また、本年度から厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「精度の高い臓器がん登録による診療ガイドラインや専門医育成への活用に関する研究」(主任研究者:後藤満一教授、食道学会から私が班員として参加)が開始され、NCDにおける各種臓器がん登録の集約化が模索されています。これには、食道癌を含む各種消化器癌のみならず肺癌・乳癌の登録も含まれます。当然、外科のみならず内科・放射線科からの登録も可能なシステムを構築しなければ意味がありません。医師の負担を可能な限り少なくしながらデータベースとして意味のある登録項目の決定が必要で、毎月ワーキンググループ会議が開催され議論を行っています。食道学会では全国登録委員会と密な連絡をとりながら作業を進めていきます。

NCDにおける食道外科専門医申請システム・食道癌全国登録システムの構築に向けて、会員の皆様のご協力をお願い申し上げます。

専門医制度委員会

梶山 美明 (順天堂大学医学部上部消化管外科学)

1. 食道外科専門医認定について

食道学会では食道科認定医に加えて食道外科専門医の認定も毎年行っています。そのための「食道外科専門医修練カリキュラム」が今年4月に提示され、「食道外科専門医認定施設」の認定業務が今年度から開始されました。今年度の申請はすでに締め切られましたが詳しくは日本食道学会のホームページをご覧ください。

2. わが国の専門医制度について

現在わが国の専門医制度は大きな転換点にあります。昨年10月より厚生労働省で「専門医の在り方に関する検討会」が開催され、8月までに10回が開催されました。詳しくは厚生労働省のホームページ内に資料があります(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008zaj.html#shingi95>)。それによるとすべての科の専門医について、従来の学会が認定する専門医制度はなくなり、第三者機関が認定する新たな専門医制度を目指しているようです。検討会では今後のスケジュールも提案され、来年度には新しい第三者機関の設立を目指しているようです。また専門医の定員設定や医師の地方偏在なども併せて議論されているようです。今後この重要な専門医制度の変革について注視していき、報告して参ります。

日本食道学会

NCD 部会委員

全国登録委員会委員

専門医制度委員会委員

食道癌診断・治療ガイドライン検討委員会 委員各位

NCD 部会長 藤 也寸志

NCD 部会報告 (NCD における臓器別がん登録について)

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)

「精度の高い臓器がん登録による診療ガイドラインや専門医育成への活用に関する研究」
(後藤班)

外科系の先生方は既にご存じでしょうが、

今、NCD では、各臓器別に学会主導で行われている臓器がん登録を NCD 本部に集約して、がんのデータベースを作ろうとしています。食道癌・胃癌・大腸癌・肝癌・膵癌・胆道癌・肺癌・乳癌の全国がん登録を NCD で行う計画が進んでいて、毎月会議が行われています。泌尿器学会や整形外科学会も参加を検討しているとのこと。いずれは内科・放射線科などの合流も模索される予定です。今、登録している手術症例の NCD とは別の概念です。いわば組織としての NCD 本体において、手術症例登録(狭義の NCD と言えます)とがん登録(便宜上 NCD-Oncology と名付けています)を行っていくという構想です。

ただ、消化器外科学会の中には「この作業は拙速にやるべきではない(上記の合同協議会での話)」という意見もあり、研究費もいつまで続くかは不確定(来年度はあり。しかし、狭義の NCD の運営でさえ将来の財務は未確定)の状況で、今の作業が意味あるものなのか否かについて不明点も多いことも考えておく必要があります。

現在、**各がんの登録項目の選別作業**を行っています。

各学会で行っているがん登録は項目数が相当多く、全施設に全部入力させるのは不可能で、登録症例数が少なくなってしまうと考えられます。

→ 少数の基本項目と詳細項目に分ける

できれば前者を必須化したり、後者は認定施設の条件としたりすることが考えられます。前者で全国的ながんの実態を明らかにして、後方で詳細な検討を行うという考え方です。前者は、地域がん登録や院内がん登録との重複を利用して、データ入力を簡便化する方法も考えます。

基本項目がどのようになっても、残りのものを詳細項目に入れれば、食道癌全国登録の項目はカバーできます。

(そのデータベース構築の費用などについては、何もわかりません。問題提起はし

ています。)

以下は、さらに新しい展開です。

【食道癌の Quality Indicator (QI)の設定】

上記のデータベースを構築することの目的(研究の目的)の1つとして、**ガイドライン遵守状況の評価**があります。そのための Quality Indicator の設定が必須となります。

理想は、NCD入力項目(手術症例登録+がん登録)の中から indicator を選別して、**長期的・継続的に QI 評価が可能となることか**と思います。

現状では、
・手術症例登録は QI を考慮して項目選定が行われてはいない
・がん登録システムは未完

……という状況で、どうやって QI を選定するのか(その意義も含めて)不明なのですが、**食道癌診療の Quality を評価するための Indicator の設定が求められています**。
(これは、いずれガイドライン検討委員会との協働が必要になってきますので、今回も送信させていただいています)

QI という概念の理解が十分確立しているとは言えない状況で、QIの設定をすることの意義について疑問を感じることもあります。しかし、食道学会だけが遅れをとる訳にはいきませんので、結果として無駄骨も覚悟しながらの作業です。

とりあえず、NCD とは切り離して考えます。

最も簡単確実な方法としては、ガイドラインで推奨度Aの項目を各施設でどれくらい守って実行しているか?を聞けばよいのですが、食道癌(肝癌や膵癌も同じですが)では推奨度AどころかBもかなり少ない状況です。ほとんどは推奨度C-1ですので、それらの中から診療の質の評価に使えるような項目をピックアップして検討しなければなりません。

→ エビデンスはないがコンセンサスとしてどの程度行われているか?
結果を公表(匿名)することにより自施設がどのような位置づけにあるか?
の指標にはなりません。

食道癌診療においてガイドラインに載っていない項目でも QI として挙げることも可能です。

QI は基本的にはアンケート調査ですが、(繰り返しになりますが)長期的・継続的な評価を可能にするには、次の点も考慮しないといけません。

- NCD 手術症例登録・がん登録の項目を利用して、自動的に集計できることが理想
- もし、現行の NCD 登録では自動的に評価できない場合、手術症例登録やがん登録の中にどのような項目を加えれば自動的に評価が可能になるか?も考慮していく必要がある

まずは、食道癌診療の QI について、ガイドラインからリストアップしました。

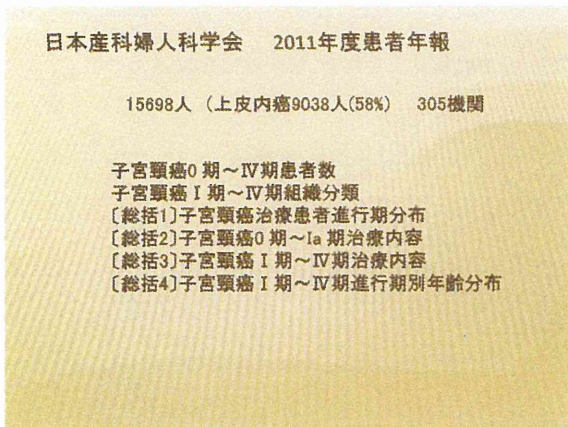
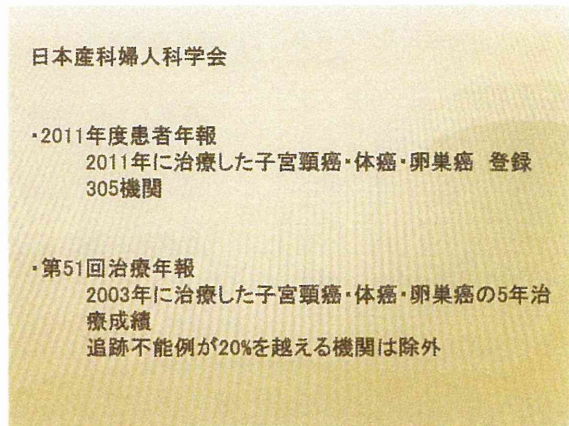
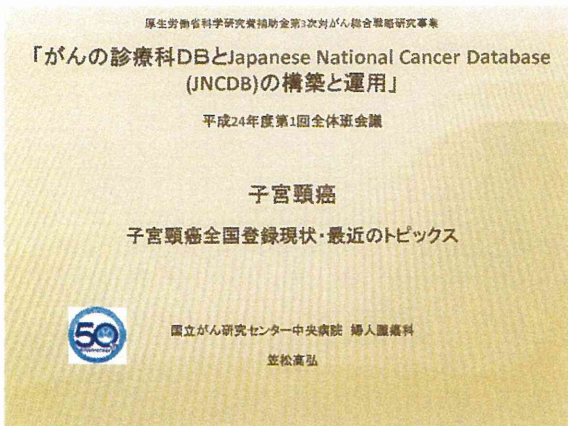
(別添資料③)

この案が、実際にNCDとどのようにリンクするのか全くわかりませんので、とりあえず独断で選択をしました。意識的に外科を中心にした QI です。それぞれの Indicator が本当に診療の Quality を示しうるのかの validation も必要です。そもそも診療における Quality の定義も種々あると思います。

この QI 調査するという作業は、NCD とは無関係に食道学会のプロジェクトとしても行っていかなければいけない(時代のニーズとして学会に求められる)テーマであるかもしれません(私見)。

今後、公なプロジェクトとして進みそうなら、ガイドライン委員会もNCD部会も含めて議論をしていきたいと思います。

次回の食道学会ニュースレターでは、不確定なものばかりを報告しても会員の混乱を招くと思いますので、NCD部会の報告は行わないつもりです。よろしいでしょうか?



日本産科婦人科学会 2011年度患者年報

機関名	種別	0	I	II	III	IV	不明	合計
東京大学	子宮頸癌



日本産科婦人科学会 2011年度患者年報
 進行期分布

進行期	例数	%	種分類	例数	%
I	3777	24.1	0	9038	57.6
			Ia1	942	6.0
			Ia2	117	0.7
			Ia1&2不明	106	0.7
			Ib1	1966	12.5
II	1470	9.4	Ib2	546	3.5
			Ib1&2不明	41	0.3
			Iab不明	59	0.4
			IIa	401	2.6
			IIb	1068	6.8
III	762	4.9	IIab不明	1	0.0
			IIIa	91	0.6
			IIIb	668	4.3
			IIIab不明	4	0.0
			IV	681	4.1
IVb	467	3.0			
IVab不明	12	0.1			
合計	15698		合計		

1986年3749人
 8.9%
 0.5%
 15.7%
 40.2%
 27.1%
 4.0%

日本産科婦人科学会 2011年度患者年報
組織分類 (I~IV期)

組織分類	例数	%
扁平上皮癌	2179	73.9
腺癌	669	19.7
腺扁平上皮癌	223	6.8
未分化癌	86	2.6
肉腫	250	7.5
悪性肉腫	71	2.1
悪性リンパ腫	144	4.3
悪性神経鞘腫	2	0.1
悪性血管内皮腫	2	0.1
悪性中皮腫	2	0.1
悪性脂肪肉腫	1	0.0
悪性平滑筋腫	1	0.0
悪性軟骨肉腫	1	0.0
悪性骨髄質腫	1	0.0
悪性造血器腫	1	0.0
悪性神経鞘腫	1	0.0
悪性血管内皮腫	1	0.0
悪性中皮腫	1	0.0
悪性脂肪肉腫	1	0.0
悪性平滑筋腫	1	0.0
悪性軟骨肉腫	1	0.0
悪性骨髄質腫	1	0.0
悪性造血器腫	1	0.0
その他	1	0.0
合計	2928	100.0

扁平上皮癌 73.9%

腺癌 19.7%

腺扁平上皮癌 3.8%

1966年
扁平上皮癌 **90.4%**
腺癌 **3.3%**
腺扁平上皮癌 **0.2%**

日本産科婦人科学会 2011年度患者年報
治療内容 (I~II期)

治療内容	手術		放射線治療		化学療法		ホルモン療法		その他		合計
	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	
I期	1000	71.0	110	7.7	10	0.7	0	0.0	0	0.0	1120
II期	1000	71.0	110	7.7	10	0.7	0	0.0	0	0.0	1120
III期	1000	71.0	110	7.7	10	0.7	0	0.0	0	0.0	1120
IV期	1000	71.0	110	7.7	10	0.7	0	0.0	0	0.0	1120
合計	4000	28.4	440	3.1	40	0.3	0	0.0	0	0.0	4480

日本産科婦人科学会・2011年度患者年報

IIb期 **手術474例 44%** **放射線治療570例 53%**
【~59歳 53% 60歳~ 47%】

2009年 (473例 49%) (479例 50%)
2003年 (468例 63%) (280例 37%)
1993年 (400例 69%) (170例 29%)
(1966年度) *II期 (1000例 71%) (415例 29%)

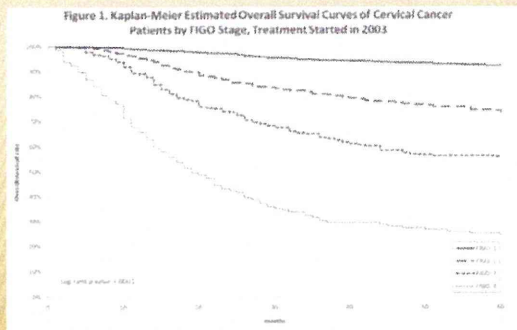
日本産科婦人科学会・第51回治療年報

・2003年度治療患者

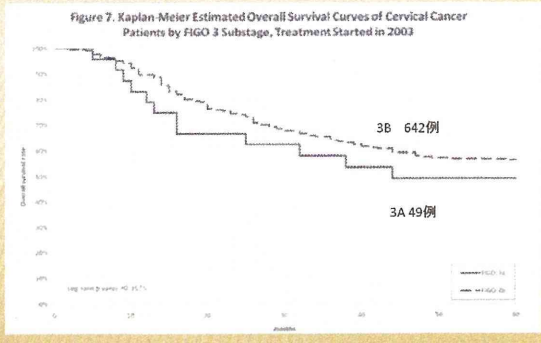
・4465 例

・5年生存割合 進行期別
主たる治療法別
組織型別 等

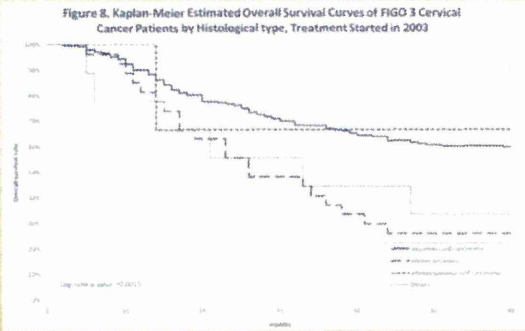
日本産科婦人科学会・第51回治療年報



日本産科婦人科学会・第51回治療年報



日本産科婦人科学会・第51回治療年報



FIGO (1994) staging 改訂 ・FIGO 2008年

子宮頸癌取扱規約 第3版2012年4月

日本産科婦人科学会
日本病理学会
日本放射線学会
日本放射線腫瘍学会

FIGO (1994) staging 改訂 ・FIGO 2008年

2. Approved changes to cervical cancer staging

The following changes to the staging for cervical cancer were reviewed and approved by the FIGO Council and subsequently approved by IJCC, AJCC, and FIGO:

1. Definition of Stage 0: FIGO has decided to define Stage 0 from the staging of all tumors. Stage 0 is a pre-invasive lesion.
2. Stage IIIA: Several reports in the literature and data analysis from the FIGO Annual Report database consistently demonstrate that Stage IIIA patients, who, defined as the maximum tumor diameter, has an effect on prognosis similar to that observed in Stage III. Therefore, definitive clinical SA histology has been included.
 - Stage IIIA: tumor size of less than or equal to 4 cm with involvement of less than the upper two-thirds of the vagina.
 - Stage IIIA: tumor size of more than 4 cm with involvement of less than the upper two-thirds of the vagina.

The new staging is effective from January 2009.

The FIGO Council has decided to update the FIGO clinical and staging manual for manual use:

1. Cervical cancer requires a clinically staged diagnostic, nevertheless, requests to the local staging in oncology.
2. When available, all relevant pathological findings (such as MRI) should be reported to the FIGO Annual Report Editorial Office or in other suitable publications, although not included in the staging system.
3. The use of diagnostic imaging techniques to assess the size of the primary tumor is encouraged but is not mandatory. For those countries with access to MRI/CT scanning, radiological tumor volume and paraneoplastic syndrome should be recorded and sent to the FIGO Annual Report Editorial Office for all a city and country in the Annual Report.
4. Other investigations (e.g., fluorescence under anesthesia, cytology, magnetic resonance tomography) are optional and no longer mandatory.
5. Vaginal carcinoma may occur within 5 years after treatment, and recurrent complete response in cervical carcinoma is regarded as primary related cancer.

子宮頸癌取扱規約 第3版 2012年

- 進行期分類 FIGO 2008を採用した。
 - 1) 0期削除
 - 2) IIIA期をIIA1とIIA2に細分類【サイズ】
- 画像診断(CT/MRI)について記載を加えた。登録に画像診断に関する項目を加えた(最大腫瘍径・基幹部浸潤・膀胱浸潤・リンパ節・リンパ節以外の遠隔転移)
- 鼠径上リンパ節を所属リンパ節から外した。
* 遠位リンパ節ではない。
- 病理分類をWHO2003に変更した。