

TNM 分類と臨床進行度

津熊 秀明
大阪府立成人病センター

「地域がん登録の手引き・改定第4版」では、初発時のがんの拡がりを「限局」、「領域」、「遠隔転移」の3病期に分類できるよう、情報の収集を要請していません。私共の大阪府を含め、「領域」を「所属リンパ節転移」と「隣接臓器浸潤」に区分する方式を採用しているところも多くあります。これらの臨床進行度分類の具体的な基準をTNM分類と対応させながら34の部位について取りまとめ、公表していますので、詳細は文献をご覧ください。ここでは、診療録等に記載されたTNM分類を臨床進行度分類に変換するコツを紹介します。

TNM分類は、ご承知のように、原発腫瘍の拡がりをTの序列コードで、所属リンパ節転移の有無と拡がりをNの序列コードで、さらに遠隔転移の有無をMの1又は0で記述します。従ってTNMと臨床進行度は極めて類似した分類といえます。

1. M1と記載あれば、TとNのコードが何であろうと「遠隔転移」と判断できます。
2. M0の場合は、N1-3の場合、次の例外を除き「領域」と判断できます。例外は主気管支・気管支・肺のN3（対側縦隔、肺門：同側/対側斜角筋、鎖骨上リンパ節に転移）で、これは「遠隔転移」になります（TNM分類第5版で、乳がんのN3は同側内乳房リンパ節と規定され「領域」、肝・肝内胆管のN2-3は規定されていませんのでご留意下さい）。
3. M0でかつN0の場合、T1-2ならば次の例外を除き「限局」と判断できます。例外はa)「胆嚢」、「肝外胆管」、「乳頭部」であり、T2では「筋周囲結合組織への浸潤」があり「領域」に分類されてしまうこと、また、b)「主気管支・気管支・肺」でT2の中に「臓側胸膜浸潤、肺門に及ぶ無気肺」を有

（前頁より続く）

の整理、活用ができていないことがあげられます。

精度の高さを生かした創造的な活動から、全国にその成果を発信できるよう努力していきたいと考えております。今後とも、各登録室の皆様にはよろしく御指導お願い申し上げます。

する場合があります、これは「領域」と分類される。さらに、c) 骨（T2：骨膜を貫通し、骨格筋を含む周辺組織進展）、結合織その他の軟部組織（T1-2に隣接臓器/構造への浸潤有するものあり）、黒色腫以外の皮膚がん（T1-2にも皮下組織へ浸潤するものあり）、子宮（T1-2に体部や頸部への浸潤例あり）、卵巣（T1c：被膜破綻、表面露出、腹水・洗浄液に悪性細胞、T2：骨盤に進展）に例外がある。

4. M0でかつN0の場合、T3-4ならば多く（口唇及び口腔、上・中・下咽頭、食道、胃、胆嚢、肝外胆管、乳頭部、膵、上顎洞、主気管支・気管支・肺、乳房、子宮、卵巣、前立腺、精巣、膀胱、腎臓、腎盂、尿管、副腎）は「領域」です。例外は、結腸・直腸（T3：ss）、肝・肝内胆管（T3：単発2cm以上。血管侵襲あり。一葉多発）等で、これらは「限局」です。

TNM分類のTコードが、臨床進行度の「限局」と「領域」の境界で必ずしも一致しない理由は、後者が「原発臓器・組織にがん浸潤が留まっているか否か」により、「限局」と「領域（この場合、隣接臓器浸潤）」の区分をしているからです。

参考文献：

1. 「地域がん登録の手引き・改定第4版」（「地域がん登録の精度向上と活用に関する研究」班（主任研究者 大島明）p. 172-190.
2. 「がん登録実務者のためのマニュアル」（大島明、津熊秀明 編）p. 56-83.

編集後記

冒頭では地域がん登録の根本にかかわる情報保護の流れについて報告していただき、登録室便りは福井県を紹介いただいた。Q and AとしてTNM分類と臨床進行度の関係を詳しく説明していただいたので実際の登録に役立てていただきたい。9月には全国協議会の第9回総会が横浜で開催され、11月にはIACRがタイのコーンケン市で開催され日本からも多数の参加が期待される。初代編集委員の花井先生が抜けられ、編集に大変手間取り発刊が遅れたことを深謝いたします。本号にご寄稿いただいた諸先生方に深く感謝いたします。

（編集：藤田 学、岡本直幸）