

한국 대장암 분류 통일안 제정 Workshop

주 관 : 대한대장항문병학회
대 한 외 과 학 회

1. 취지 및 전국 수련병원 설문조사 결과

대장암의 질병 분류 방법은 Broder와 Duke가 1920년대에 분류를 시작한 이래 현재 구미각국에서 제시된 분류만도 10여가지가 넘고, 다른 분야의 종양과 보조를 맞추기 위해서 제시된 TNM 체제도 국제적으로 널리 쓰이고 있지 못하다. 이러한 질병 분류 방법은 질병의 진행과정, 병태생리, 자연경과등을 이해하는 바탕에서 이루어져야만 한다. 일본에서도 독자적인 대장암 분류방법을 적용시키기 시작하여 이미 그 성적들을 발표하고 있다. 본 학회에서도 대한외과학회와 공동으로 1988년 3월부터 전국대학병원 및 수련종합병원에서 시행되고 있는 대장암 분류방법을 조사한 결과(별첨 1), 31개 병원(주로 대학병원급)에서 연간 1360예의 대장암 수술을 시행함에 있어서 6개정도의 분류를 각각 사용하고 있어 각 연구소간의 기초 및 임상연구의 분석비교가 어렵게 되어 있었다. 특히 임파절 채취 및 분류는 그 방법에 있어서 각양각색이었고 엄격한 의미에서 비교가 불가능하였다. 이러한 상황에서 방사선치료 및 화학요법, 면역요법을 시행하고 있었지만 치료 효과의 전국적인 연구 및 평가가 어렵다고 판단된다. 따라서 대장암 연구의 기초인 대장암 분류를 통일시키고 대장암 취급 규약을 한국실정에 맞게 제정하는 것이 급선무이다. 국제간의 학술교류를 위해서도 현재 국제간에 통용되고 있는 분류와 병행할 수 있는 체제를 재정하기 위해 학술위원회에서 현집행부인 이사장 회장을 포함한 16명의 제정위원을 선정하여 작업을 시작하였다(별첨 2).

1988년 7월 1일 제 3 차 위원회를 마무리짓고 향후 기초문안작업후에 공청회, workshop을 거쳐 추계학술대회에 대한외과학회와 공동으로 제 1 차 시안을 제시할 예정으로 있다. 본 분류에 참고가 되었던 Duke 분류, TNM 분류 이외에 일본 대장암 취급 규약을 본 학회지에 소개하였다. 본 학회의 숙제인 분류작업에 회원여러분의 끊임없는 격려와 편달을 바라는 바이다.

별첨 1. 전국 각 병원에서 적용되고 있는 대장 직장암 분류 현황

주요 31개 수련병원 : 총례수	대장암 : 640례
	직장암 : 720례
	총 계 : 1360례
1) 분류방법 : TNM	: 11개 병원
Duke	: 12개 병원
Astler & Coler	: 17개 병원
Gunderson	: 1개 병원
그외 Modified Duke	: 1개 병원
일본 대장암 규약	: 1개 병원
2개 이상의 분류를 채택한 병원	: 13개 병원
2) 임파절 Mapping 시행하는 병원	: 15개 병원
임파절 Mapping 시행안하는 병원	: 16개 병원

별첨 2. 전국 대장암 분류 및 취급 규약집 제정 위원회

주관 : 대한대장항문병학회

대한외과학회

위원장 : 김광연(이사장)

이찬영(회장)

실행위원 : 외 과 전규영(한양의대)

홍성국(서울의대)

민진식(연세의대)

우제홍(국립의료원)

박영관(계명의대)

내 과 민영일(경희의대)

병리과 김용일(서울의대)

박찬일(연세의대)

김명숙(고려병원)

예방의학과 안윤옥(서울의대)

치료방사선과 서현숙(인제의대)

실행간사 : 박재갑(서울의대)

이봉화(국립의료원)

이기형(경희의대)

(이상 無順)

2. 전국 대장암 분류 통일안 제정위원회(제 1 차 회의록)

일 시 : 1988년 5월 26일 목요일 오후 6시~9시

장 소 : 국립의료원 스칸디나비아 클럽

참가자 : 김광연 · 이찬영 · 홍성국 · 전규영 · 민영일 · 우제홍 · 김용일

박찬일 · 박재갑 · 이기형 · 이봉화(이상 무순)

요 약 : 1. 한국실정에 맞고 국제적으로 통용될 수 있는 새로운 규약집을 정하기 위하여 일본 대장암 규약집, TNM, Duke 분류등을 검토한다.

2. 작업을 진행시키기 위하여 임상분야와 병리분야로 구분하여 추진한다.

3. 임상분야는 기존의 제정위원과 통계, 방사선치료분야를 포함한다.

4. 병리분과는 김용일 · 박찬일 · 김명숙 교수에게 위임하고 연구비를 지급한다.

5. 속개된 임상분야 분과위원회에서 문제점을 간사가 종합해서 발표하도록 위임하였다.

6. 홍성국 위원이 기금으로 금일봉을 기증하였다.

의 견 : 1. 임상과 병리에 의한 정의를 통일시킬 필요가 있다.

2. 가능하면 컴퓨터 입력 디자인까지 하는 것이 좋으며 가을학회까지는 마무리 될 것으로 추측된다.

3. 규약집을 과학적이고, 실용적이고, 의미가 있고, 반복적인 효과가 있어야 하며 우선도 소책자라도 필요하다.

4. 특히 문제가 되는 임과절 분석은 현재의 의료보험수가로서는 어려우나 결국은 미래지향적이 되어야 한다.

3. 전국 대장암 분류 통일안 제정위원회(제 2 차 회의록)

일 시 : 1988년 6월 2일 목요일 오후 6시 30분~9시

장 소 : 국립의료원 스칸디나비아 클럽

참가자 : 박영관 · 이찬영 · 민진식 · 홍성국 · 전규영 · 우제홍 · 박재갑 · 이기형 · 이봉화(이상 무순)

요 약 : 1. TNM, Duke, 일본 대장암 취급 규약 검토

2. 종양자체는 TNM 분석이 우수하고 임과절 분류는 일본 대장암 규약이 더 세분되어 있다.

3. 규약집 속에 진단, 수술, 화학요법, 방사선요법, 통계 등의 원칙을 제시한다.
4. 통계 위원은 안운옥 교수, 치료방사선위원회는 서현숙 교수를 위촉한다.
5. 외과학회와 공동주관하고 지원을 받도록 한다.
6. TNM, Duke는 비교적 간단하고 이해하기가 쉬우나 일본 규약집은 복잡하고 이해하는데 시간이 걸리므로 일본 규약집을 번역하여 참고로 한다. 번역은 권위자이신 김광연·박영관 교수께 위촉한다.

의 견 : 국제적 교류를 위해 TNM, Duke와 서로 즉각 변형될 수 있고 체재를 개발해야 한다.

4. 전국 대장암 분류 통일안 제정위원회(제 3 차 회의록)

일 시 : 1988년 7월 1일 금요일 오후 6시~10시

장 소 : 국립의료원 스칸디나비아 클럽

참가자 : 이찬영·홍성국·전규영·김용일·박찬일·김명숙·박재갑·이기형·이봉화(이상 무순)

요 약 : 1. 영문으로 기술된 TNM, Duke 분류와 일본 대장암 규약을 번역하여 각 위원에게 배분하여 검토하도록 하였다.

2. 병리 분과 위원회 보고

- 가. 기재방법을 구체적으로 서술하여 평범한 용어를 사용한다.
- 나. 전국 각 의료기관의 참가시 병원마다의 적용의 변차가 없어야 한다.
- 다. WHO가 1970년도 부터 시행하고 세계적으로 인정받고 있는 분류에 바탕을 두어야 한다.
- 라. 일본 대장암 규약의 적용의 문제점 : 한국적인 특색과 저축되는 부분이 상당하고 육안소견이나 조직소견에서 일본식 영어가 다수 발견되어 그대로의 적용은 곤란하다.
- 마. 절제표본의 검색은 종양의 구축과 항문측의 2cm를 검색하되 +자 형으로 굿는다.
- 다. 일본 분류의 문제점은 악성임파종의 경우, 국제분류와 안맞는다.
- 라. 분화도의 판정은 중등도가 애매하고 숫자도 제일 많다.
- 마. 임파절 분류는 외과측에서 별도로 구분해 주지 않는한 세군으로 나누는 고려병원 식이 현실적이다.
- 사. 조기대장암은 전체적으로 "Mapping"해야 하는데 빈도가 적으므로 문제가 안된다.
- 아. 표재성 대장암은 전암 병변 2cm 이내에 있다. transitinal mucosa의 추가가 필요하다.
- 자. 용종의 분류는 임상측과 동일해야 하는데 Yamada는 별로 바람직하지 않다.
- 차. 이 기회에 소화기암병리연구회를 조직하여 계속적으로 연구하도록 한다.

3. 임상 분과 위원회 보고

- 가. Duke를 비롯한 여러 분류들이 후향적 연구 결과로 만들어 졌기 때문에 이들의 보완을 위해서는 선행적 연구가 가능한 형태로 되어야 한다.
- 나. Astler Coler 분류는 장막이 종양 침윤의 방어 역할을 한다고 보았고 Duke A를 A와 B₁으로 구분하였으며 단점은 임파절 전이에 대한 구체적인 언급이 없다.
- 다. TNM 분류에서는 장점으로선 원격전이 개념을 도입하였고 Duke에서의 알파벳의 혼동을 피하였으며 종양자체를 자세히 기술하였다. 단점으로는 임파절 분류가 간략하게 되어 있다. 항문암 분류는 달리하였다.
- 라. 일본식 분류의 장점으로서는 수술중 소견을 도입하였고 임파절 분류를 구체화함으로써 선행적 연구를 가능하게 하였고 원격전이도 세분하였다.
단점으로는 장관벽 침윤을 단순히 취급하였고 항문암과 혼용하였으며 다발성암을 같이 취급

하였다.

4. 의견 : 가. 임파절 숫자 보다는 유방암의 경우를 보더라도 숫자, level 표시가 가능하다. 임파절 번호를 구태어 붙일 필요가 없다.
나. 병리과에 제시할 수 있는 request form을 만들자.
다. EEA등의 감자를 사용시는 그 길이를 참고로 하여야 한다.
5. 88년 7월 5일 워커힐콘도에서 임상분야 기초문안작성을 한다.
6. 학술위원장인 전규영 위원이 연구비로 금일봉을 기증하였다.

臨床・病理

5. 大腸癌 取扱의 規約(日本)

(번역版)

1985年 7月

大腸癌研究會編

改訂第4版

A. 總 說

I. 目的 및 對象

1. 目 的

本規約은 大腸癌 治療成績의 向上을 도모하기 위하여 同一基準에 依한 臨床病理統計學的 資料를 얻는 手段으로서 大腸癌의 取扱方法을 約束하는데 있다.

2. 對 象

- a. 本規約에서 取扱하는 大腸癌은 原發生으로 大腸에 發生한 癌腫을 말하고, 續發生으로 大腸에 發生한 癌腫은 除外한다.
- b. 大腸에 原發한 癌腫 以外の 腫瘍에 대해서도 本規約에 準하여 기재하는 것이 바람직하다.
- c. 이러한 對象은 手術前, 手術時 및 切除標本의 所見으로 大別해서 취급하였다.

3. 記載의 原則

- a. 이러한 對象은 手術前, 手術時 및 切除標本의 所見으로 大別하여 취급하였다.

II. 解剖學的 事項

1. 大腸의 定義

大腸이라함은 盲腸・結腸 및 直腸을 말하나 本規約에서는 肛門管도 포함시키는 것으로 한다.

2. 大腸의 區分

大腸은 다음과 같이 7개의 領域으로 區分한다.

(1) 盲腸(C)

回盲弁 以下の 囊狀部로서 上行結腸과의 境界는 回盲弁의 上唇의 높이로 한다.

注: 回盲弁에 일치하는 管狀部는 回腸(I)와 盲腸(C)의 移行部이지만 여기서는 盲腸에 포함시킨다.

(付) 虫垂(V)

(2) 上行結腸(A)

盲腸에 연속되어 右結腸曲에 이르는 부분이다.

注：結腸曲은 腸間膜을 갖는 橫行結腸이 後腹膜에 고정되어 上行 혹은 下行 結腸에 移行하는 境界線으로서, 실제로는 이부분이 結腸 內外側壁의 屈曲付와 잇는 선이 된다.

(3) 橫行結腸

右 및 左結腸사이에 부분을 말함.

(4) 下行結腸(D)

左結腸曲에서 S狀 結腸 起始部에 이르는 後腸膜에 고정된 부분을 말한다.

(5) S狀 結腸

下行結腸에 계속된 부분으로 解剖學的으로 腸間膜을 갖는 부분이다. 外科的으로는 直腸 S狀部 (Retosigmoid)를 제외하고, 장간막이 있고 부분에서 岬角의 높이까지로 한다.

注：直腸 S狀部(Rectosigmoid)：岬角의 높이로부터 腸間膜이 끝나는 第二仙椎 下緣 높이까지의 腸管은 해부학적으로 S狀結腸이지만, 外科적으로 直腸 S狀部(Rectosigmoid)라고 불리워 直腸의 일부로서 다루어지고 있다. 그 이유는 外科적으로 중요한 의미를 갖는 脈管系가 腹膜 反轉部로부터 口側의 固有의 上部直腸과 同一하여, 수술시에도 S狀結腸보다 오히려 直腸으로 간주된다.

(6) 直腸(R)

해부학적으로는 腸間膜없는 S2(第2仙椎) 높이 이하이나 外科的으로는 直腸 S狀部를 포함한 岬角의 높이에서 puborectalis muscle 附着部 上緣까지로 한다.

i) 直腸 S狀部(R_s)：岬角의 높이에서 第2仙椎(S2)까지

ii) 下部直腸(R_a)：S2下緣에서 腹膜反轉部까지

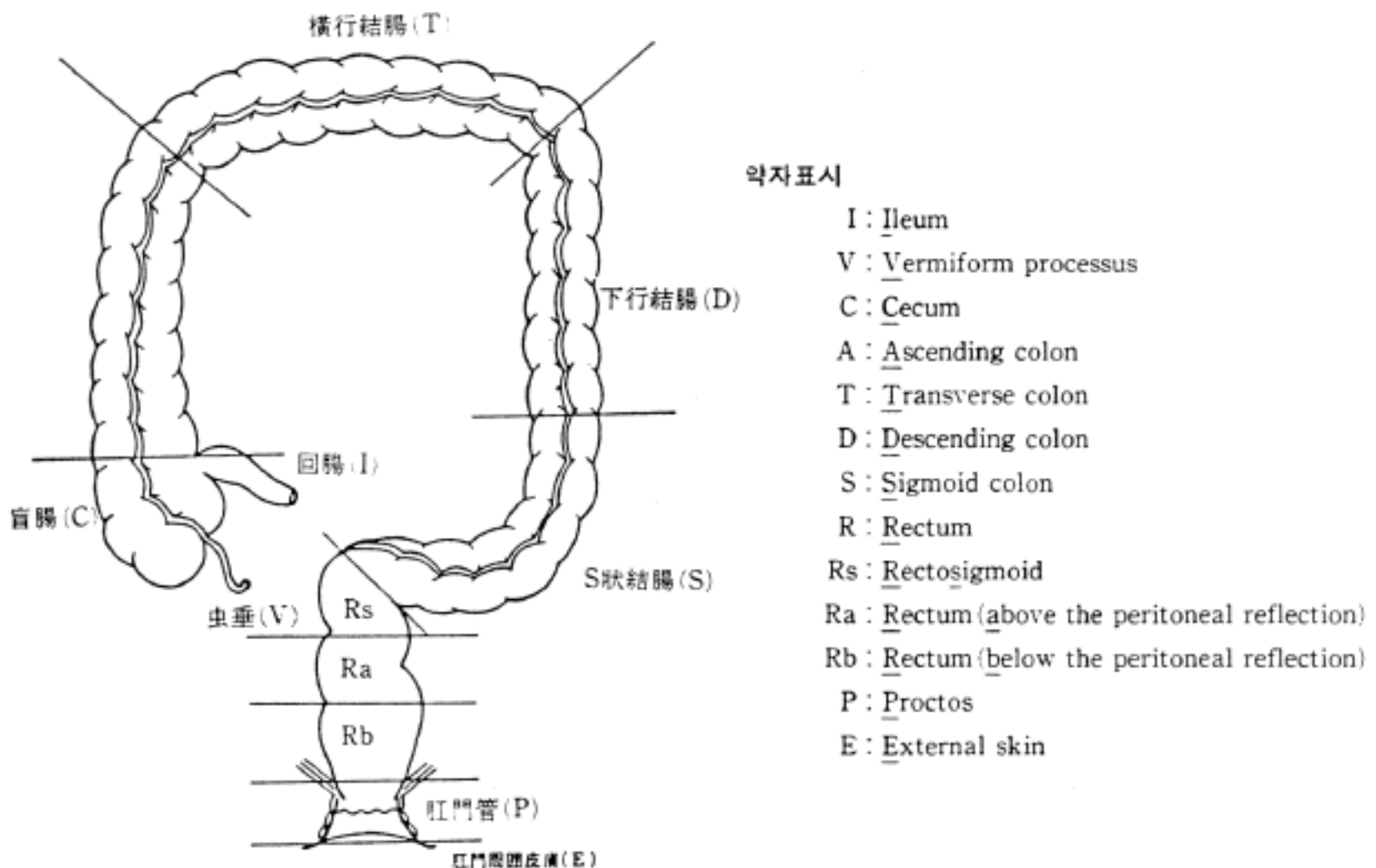


圖 1. 大腸의 區分.

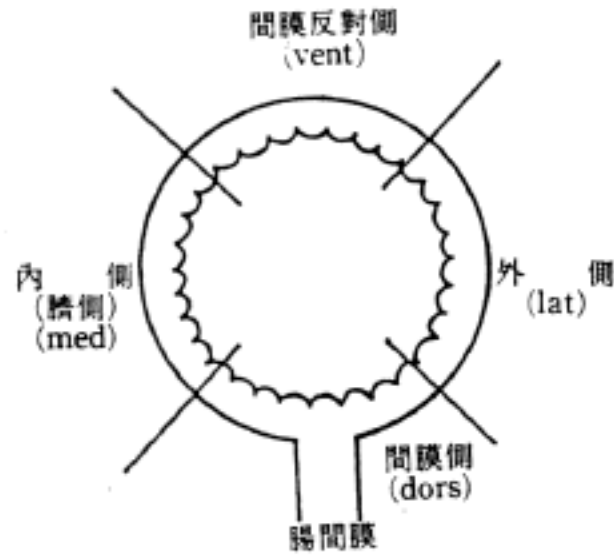


圖 2. 大腸壁의 區分.

iii) 下部直腸 (R₀) : 腹膜 反轉部에서 Puborectalis muscle 附着部 上緣까지

注 : 腹膜 反轉部는 直腸內腔에서는 대강 middle Houston valve의 위치에 해당한다.

(7) 肛門管(P)

Puborectalis muscle 附着部 上緣에서 肛門緣까지의 管狀部를 말함.

(付) 肛門周圍皮膚(E)

3. 大腸壁의 區分

大腸壁의 區分은 圖 2와 같이 全周를 4등분하여 間膜側(dors), 間膜反對側(vent), 內側(med), 및 外側(lat)로 한다. 全周의 경우(circ)로 한다.

注 1 : 內側은 疝대(배꼽)을 향한 측을 말함.

注 2 : 直腸 및 肛門管에 있어서는 前壁(ant), 後壁(post), 左壁(lt), 右壁(rt)로 한다.

4. 大腸의 임파절 分類

大腸의 區分에 따른 淋巴節을 분류 표시한다. 淋巴節의 분류나 번호표시(17頁 B.V)를 참조할 것.

B. 臨床病理學的 所見

I. 手術前 所見

術前所見은 非手術例도 포함하여 全例에 대하여 記載한다. 또 判定手段도 같이 記錄한다. 術前所見을 나타내는 記號에는 右肩에 撇(‘)를 부쳐 術前 所見임을 나타낸다.

1. Tumor의 占居部位(Location of tumor)

大腸의 區分(2 page A. II. 2) 및 大腸壁의 區分(4 page A. II. 3)에 따라 表示한다.

- a. 癌腫이 各領域內에만 存在하는 것을 A', B' 또는 S'와 같이 表하고 인접하는 영역에 變쳐있는 때에는 主된 영역을 먼저 쓰고, 다음에 infiltration이 在있는 area를 써넣는다. 卽 Rs'S'와 같이 記錄한다.
- b. 2個以上の 壁左部位에 걸쳐 있을 때에는 主된 area를 먼저 기입한다. 卽 dor'med'와 같이 기록한다.
- c. 直腸癌에 대해서는 肛門緣부터 tumor의 lower margin까지의 distant를 기록한다.

2. Tumor의 形態分類

a. 肉眼的 分類

術前의 肉眼的 分類는 촉진, X-線검사 및 endoscopy 所見등에 依하여 判定하고 다음과 같이 6個型의

로 나눈다.

- 0'型 表在型
- 1'型 腫瘤型
- 2'型 限局潰瘍型(localized ulcer type)
- 3'型 浸潤潰瘍型(infiltrative ulcer type)
- 4'型 미만형침윤型(diffusible infiltrative type)
- 5'型 특수型

注 1 : strangulated type의 Ca(Str.), 粘液癌(mucinous) Ca.(muc), 硬癌(Schirrhous) Ca.(Sc), 용모형의 암(v) 등은 修飾型으로서 사용하고 있다.

注 2 : 0'는 tumor의 wall invasion 정도(B. 1.4)가 M', SM'의 癌으로하고 그 subdivision은 早期위암육안分類에 準하는 것으로 한다. 卽, 1'-용기型, IIa'표면용기형, IIb'表面平坦型(flaten), IIc'표면함몰형, III'-함몰형으로 한다. 1'용기형에서는 다시 1p'(有莖型), 1s'(廣基型)과 分類한다. 또 용모형인 때에는 修飾型 Is-v', IIa-v'등과 分類해도 된다.

注 3 : 肉眼分類의 1'型, 2'型, 3'型, 4'型은 各各 胃癌의 Borrmann 1型, 2型, 3型, 4型에 해당된다.

注 4 : 특수型은 上述의 分類를 할 수 없는 것에 使用하여 가장 가까운 육안적형태를 併記한다.

注 5 : 主病巢이 肛門管壁의 筋層 및 其의 外側을 占하는 肛門管粘膜부터 發生한 것이 아닌 것이라고 生覺되는 것은 管外型이라는 表現을 썼고 0', 1', 2', 3', 4'型에 해당되는 것은 管内型이라는 表現을 썼다.

b. 生檢分類

大腸癌診斷을 위한 生檢조직 判定基準—生檢 group 分類—(41項 D, III)을 參照할 것.

3. Tumor의 크기

術前に 判定된 크기에 대하여는, 主病巢의 最大徑과 腸管둘레(環周)를 占하는 정도 및 그 判定手段에 대하여 記載한다.

注 : 判定不能할 때에는 不明이라고 쓴다.

4. Tumor의 wall 深達度

術前に 判定한 壁深達度에 對하여는 下記와 같이 分類하고 아울러 判定手段에 對하여 記載한다.

(1) Serora가 있는 部位

M' : Ca.이 粘膜(mucosa)內에 머물고, 版膜下層(submucosa)에 미치지 않는 상태

SM' : Ca.이 粘膜下層(submucosa)에까지 침범되고 固有筋層(proper-muscle layer)에 미치지 않은 상태

PM' : Ca.이 proper-muscular layer에만 침범하고 이 層을 넘지 않은 상태

SS' : Ca.이 p.m.層을 침범하고 있으나 sesosa 表面에는 노출되지 않은 상태

S' : Ca.이 serosa 表面에 exposure 되있는 상태

Si' : Ca.이 他organ에 침범(infiltration) 되있는 상태

(2) Serora가 없는 部位

M', SM', PM'는 (1)과 같다.

A₁' : Ca.가 p.m.層을 침범하고는 있으나 깊이는 involve 되있지 않음.

A₂' : Ca.가 p.m.을 넘어 더욱 깊숙히 involve되었으나 他organ에는 미치지 못한 상태

Ai' : Ca.가 明確하게 他장기에 involve 되있음.

注 1 : 判定不能한 때에는 不明이라고 기재한다.

注 2 : 他organ에 involve 되있지 않은 것은 알 수 있으나 壁深達度가 어느 정도인지, 確實치 않을 때에

는 Si'(-) 또는 Ai'(-)라고 기재한다.

注 3: Si' 또는 Ai' 때에는 organ의 이름을 아울러 기재한다.

注 4: serora가 있는 部位가 없는 部位에 걸쳐 있는 때에는 各其의 壁深達度를 아울러 기재하고 wall의 深達度로서는 보다 高度의 것을 택한다.

注 5: 肛門管癌에 대해서는 PM'는 internal sphincter muscle과 連合縱走筋에 머물고 이것을 over하지 않는 것을 말하고, A₁'는 ext.sphincter m.에 머물고 이것을 over하지 않는 것을, A₂'는 ischio-rectal fossa 안에 involve되 있으나 他장기에는 involve 되었지 않는 것을 말함.

5. Disseminating metastasis in Peritoneal Cavity : (복막파종성전이)

P'(-) : Peritoneal disseminating metastasis가 없는 것(의심은 되나 明確치 않은 것도 포함됨)

P'(+) : 上記 metastasis가 確實하게 認定되는 것

注 : P'(+)인 때에는 判定手段(方法)을 아울러 記載한다.

6. 肝 轉 移

H₀' : 肝轉移를 認定안되는 것

H₁' : 한쪽 肝葉에서만 轉移가 認定되는 것

H₂' : 兩肝葉에 少數의 散在性 轉移가 있는 것

H₃' : 兩肝葉에 多數의 散在性 轉移가 있는 것

注 1 : 判定手段(方法)을 併記한다.

注 2 : 肝轉移가 있는 것만 判明되었을 때에는 H'(+)로만 記載한다.

注 3 : 轉移가 있을 때에는 單發을 S, 多發(轉移巢)인 때에는 M로 表하고 轉移의 占據部位를 肝癌取扱規約에 따라 肝癌域의 記號(P,A,M,L,C)를 ()안에 기재한다. 卽 例를 들면 H₁'(S'-P')와 같이 表記한다.

注 4 : 單發 癌轉移가 2個의 segment에 걸쳐 存在할 때에는 주로 많이 存在하는 segment를 먼저 기재한다.

注 5 : 癌轉移가 多發性이고 2個以上の segment에 存在할 때에는 轉移가 많이 存在하는 segment부터 먼저 記載한다.

參考 : 卽 例들면 posterior segment의 大部分을 占하고 또한 anterior segment에 걸쳐 存在하는 單發의 轉移는 H₁'(S-PA)라고 記載하고, 또 轉移가 medial segment로 부터 lateral segment에 걸쳐고 더욱 anterior. segment에 2個의 轉移가 存在할 때에는 H₂'(M'-MLA)라고 記載한다.

7. Lymphatic metastasis

N'(-) : 淋巴節轉移가 認定되지 않는 것(淋巴節轉移의 有無가 不明한 것도 포함)

N'(+) : 確實한 淋巴節轉移가 認定되는 것

注 1 : N'(+) 때에는 轉移淋巴節의 location과 判定手段(方法)을 기재한다.

注 2 : Virchow lymph node는 腹腔外 원격 他organ으로 한다.

8. 腹腔內 遠隔 他臟器轉移

M'(-) : 원격 他臟器轉移 없는 것

M'(+) : 원격 他臟器轉移가 있는 것

注 1 : M'(+) 때에는 meta의 명칭을 아울러 기록한다.

注 2 : 肝轉移에 대해서는 7頁 B. 1. 6을 사용한다.

II. 手術所見 및 切除標本所見

手術所見은 모든 開腹手術症 別(非切除症例 포함)에 대하여 기재한다. 非切除症例로서 腫瘍의 形態, 크기,

壁深達度 및 淋巴節轉移 등의 所見이 不確實할 때에는 ()을 부쳐 기재한다. 또 不明時에는 不明이라고 기록한다.

1. Tumor의 占居部位

大腸의 區分(2頁 A, II, 2)과 大腸壁의 區分(4頁 A, II, 3)에 따라 表示한다.

- 癌腫이 各 area內에만 存在하는 것을 A, T 또는 S와 같이 나타내고 인접하는 area에 까지 걸쳐 있을 때는 main area를 먼저 기재하고, 다음에 involve된 area을 기재한다. 즉 RsS와 같이 쓴다.
- 2個以上이 wall 部位에 걸쳐 存在할 때에는 main lesion을 먼저 기록한다. 卽 dors-med와 같이 기록한다.

2. Tumor의 morphological classification (腫瘍의 形態分類)

a. 肉眼的 分類

이것은 新鮮한 標本 내지는 固定標本の 粘膜炎으로부터의 관찰을 主로 하고 決定하고 必要하다면 剖面의 所見을 參考로 한다.

0型 表在型

1型 腫瘤型

2型 限局潰瘍型

3型 浸潤潰瘍型

4型 미만성潰瘍(Diffuse ulcerative type.)

5型 特殊型

注 1 : strangulated type의 Ca.(str.), mucinous Ca.(muc), Schirrhous Ca.(sc), Villous Ca.(v) 등은 修飾型으로서 使用한다.

注 2 : 0型은 tumor의 壁深達度(B. II, 5)가 M 및 SM의 癌으로서 記의 subdivision은 早期胃癌肉眼分類에 準하기로 한다. 卽 I : 隆起型, IIa : 表面隆起型, IIb : 表面平坦型, IIc : 表面陷沒型, III : 陷沒型으로 한다. I隆起型에서는 또한 Ip(有莖型 pedicle)과 Is(廣基型)으로 分類한다. 또한 絨毛型때에는 修飾型으로서 Is-v, IIa-v등으로 分類해도 좋다.

注 3 : 肉眼分類의 1型, 2型, 3型, 4型은 各其 위암의 Borrmann 1型, 2型, 3型, 4型에 해당한다.

注 4 : 특수型은 上述의 分類를 할 수 없는 것에 사용하며 가장 近似한 肉眼的 形態를 아울러 기록한다.

注 5 : 主病巢가 肛門管 壁의 筋層 및 그 外側을 占하는 肛門管癌로서 肛門管粘膜炎으로부터 發生하지 않은 것이라고 생각되는 것은 管外型이라는 表現을 使用하여 0,1,2,3,4型에 해당되는 것은 管内型이라는 表現을 使用한다.

b. 組織學的 分類

病理組織 分類(33頁, D, I)를 參照할 것.

3. Tumor의 크기

- 腫瘍의 最大徑과 腸管環周(둘레)를 占하는 각각을 기재한다.
- 切除한 癌例에 대해서는 tumor 및 切除標本の 計測(13頁, B. III, 2)을 기재한다.
- 手術中에 腸管의 길이를 측정했을 때는 이것을 기재한다.

4. Tumor의 serosa involving

serosa例으로부터 육안적인 觀察에 따라 정한다.

S₀ : 癌이 serosa面에 全히 나타나지 않은 상태

S₁ : serosa面에 겨우 나타난 듯이 생각되는 상태로서(과연 나타나는지 아닌지 의심되는 정도)

S₂ : 癌이 serosa面에 確實히 나타나 있는 상태

S₃ : 癌이 serosa를 貫通하여 他臟器까지 浸潤된 상태

注 1: 轉移 淋巴節로 부터의 漿膜浸潤도 S分類에 準하여 判定하고 그것이 主病變의 浸潤程度보다 輕重할 때는 前者에 따라 S의 정도를 定하여 또한 그 뜻을 付記한다.

注 2: 漿膜의 정도의 組織학적 判定은 組織학적 壁深達度分類에 依한다.

注 3: S₂ 때는 浸潤臟器名을 같이 기록한다.

5. 腫瘍의 壁深達度

a. 肉眼的 壁深達度

肉眼的 壁深達度는 手術所見 및 新鮮切除標本所見으로 推定하고 固定後의 剖面의 所見으로 決定된다.

(1) 漿膜이 있는 部位

M : 癌이 粘膜內에 머물고 粘膜下層에 미치지 못한 상태

SM : 癌이 粘膜下層에 限하고 固有筋層에 미치지 않고 있는 상태

PM : 癌이 固有筋層內에 限하고 더 以上 침범치 않고 있는 상태

SS : 癌이 固有筋層을 넘어 섰기는 하지만 漿膜面에는 나타나지 않은 상태(subserosa까지)

S : 癌이 漿膜表面에 露出되있는 상태

Si : 癌이 明確히 他organ에 浸潤되었을 때

(2) serosa가 없는 部位

M, SM, PM은 (1)과 같고

A₁ : 癌이 固有筋層을 넘어섰으나 더욱 깊이 浸潤되지 않은.

A₂ : 癌이 筋層을 넘어서 더욱 깊숙히 浸潤되었으나 他臟器에는 浸潤되지 않은 상태

Ai : 癌이 明確히 他臟器 浸潤되었는 상태

注 1: 開腹만으로도 他장기침윤이 없는 것을 알 수 있으나 壁深達度가 어느정도인지 明確치 않을 때에는 Si(-) 또는 Ai(-)로 記載한다.

注 2: Si, Ai인 때에는 organ의 이름을 기재한다.

注 3: 肛門管癌에 대하여는 PM은 內括約筋 및 連合縱走筋에 머물고, 이것을 뛰어넘지 않은 상태. A₁은 外括約筋에서 머물고 더 以上넘지 않은 것을, A₂는 坐骨直腸窩內에 浸潤되었으나, 他organ에는 침범되지 않은 것을 말한다.

b. 組織學的 壁深達度

(1) 漿膜이 있는 部位

m : 癌이 粘膜內에 머물고 粘膜下層에 미치지 않고 있는 것

sm : 癌이 粘膜下層에 머물고 固有筋層에 미치지 않고 있는 것

pm : 癌이 固有筋層內에 머물고 이 層을 넘지 않은 것

ss : 癌이 固有筋層을 넘었으나 漿膜에도 表出되지 않은 것

s : 癌이 漿膜表面에 表出되있는 것

si : 癌이 他臟器에 침범되있는 것

(2) 漿膜이 없는 部位

m, sm, p.m.은 (1)과 같다.

a₁ : 癌이 固有筋層을 넘고 있으나, 더욱 깊이는 침윤되지 않은 것

a₂ : 癌이 筋層을 넘어 더욱 깊이 침윤은 했으나 他臟器에는 浸潤치 않은 것

ai : 癌이 明確하게 他臟器에 침범되있는 것

注 1: 單純開腹로 他臟器에 침윤이 없는 것을 알지만 壁深達度를 어느정도 明確치 않을 때는 Si(-)는 ai(-)로 記載한다.

注 2: si, ai時는 臟器名을 併記한다.

注 3: 肛門腔癌에 대해서 固有筋層은 內括約筋 및 連合縱走筋까지 머물고, 이것을 넘지 않는 것. ai도 ext. sphinct. m.에 머물고 이것을 넘지 않는 것. a₂는 坐骨直腸窩內에 침윤되었으나 他臟器에는 침윤하지 않은 것을 말한다.

6. 腹膜播種性 轉移

- P₀: 복막에 皮膚性 轉移가 없다.
- P₁: 近接복막에만 皮膚性 전이가 있다(合併切除 가능한 것).
- P₂: 원격복막에 少數轉移가 있다.
- P₃: 원격복막에 多數의 轉移가 있다.

注 1: ovary에만 meta가 存在할 때에는 P₂로 한다.

注 2: 조직학적으로 복막皮膚性 전이가 있음을 確認되었을 때는 P(+)로 併記한다.

7. 脈管侵襲

a. lymphatic canal 침습

大腸壁의 淋巴管에로의 癌의 침습의 有無 및 정도를 다음과 같이 表現한다.

- ly₀: 침습이 不認定될때
- ly₁: 침습이 極히 경미할때
- ly₂: 침습이 中等度일때
- ly₃: 침습이 高度일때

b. 靜脈侵襲

大腸壁의 靜脈 癌의 침습의 有無 및 정도를 다음과 같이 表現한다.

- v₀: 침습이 不認定될때
- v₁: 침습이 경미할때
- v₂: 침습이 中等度일때
- v₃: 침습이 高度일때

注 1: 맥관침습의 검색은 原則으로서 Tumor의 中心部를 통한 最大剖面에서 行하고 腫瘍의 邊緣部位의 所見을 重要視한다.

注 2: 脈管侵襲 陽性으로 그 정도는 決定할 수 없을때는 ly(+) 또는 v(+)로 기재한다.

注 3: 脈管侵襲이 認定되었을 때는 基 部位(sm, pm, ss 또는 a)를 기재한다. 例를 들면 v(+)(ss)와 같이 한다.

注 4: 靜맥침습의 判定에 彈性纖維染色을 했을때 EL로 기재한다. 卽 例들면 v₁(sm)(EL)와 같이 기재한다.

8. 肝 轉 移

- H₀: 肝轉移가 없는 것
- H₁: 肝한쪽 lobe에만 轉移가 있는 것
- H₂: 肝兩葉에 少數가 散在性으로 轉移가 있는 것
- H₃: 肝兩葉에 多數의 散在性으로 轉移가 있는 것

注 1: 轉移가 있을 때에는 單發生은 S, 多發生은 M을, meta의 占거부위를 肝癌取扱規約에 따라 肝區域의 記號(P, A, M, L, C)를 ()內에 記載한다. 卽 例를 들면 H₁(S-P)와 같이 기록한다.

注 2: 單發生로서 轉移가 2個의 區域에 걸쳐 存在할 때에는 主로 存在하는 區域을 먼저 記載한다.

注 3: 多發로서 轉移가 2個以上の 區域에 存在할 때에는 轉移가 많이(多) 있는 區域부터 먼저 記載한다.

9. 腹腔外遠隔他臟器 轉移

M(-) : 遠隔他臟器에 轉移가 없는 것

M(+) : 遠隔他臟器에 轉移가 있는 것

注 1 : M(+) 일때는 轉移장기의 이름을 併記한다.

注 4 : 肝轉移에 대하여는 10 page B. 11. 8를 應用한다.

10. 淋巴節 轉移

a. 肉眼的 所見에 의한 分類

大腸 및 肛門管의 所屬 淋巴節을 別表 1,2,3과 같이 分類한다. 別表中의 第1,2 및 3群 淋巴節을 各其 N_1, N_2 및 N_3 또 第3群부터 원격의 淋巴節을 N_4 로 表示한다.

N(-) : 淋巴節 轉移없는 것

$N_1(+)$: 第一群 淋巴節에 轉移가 있는 것

$N_2(+)$: 第二群 淋巴節에 轉移가 있는 것

$N_3(+)$: 第三群 淋巴節에 轉移가 있는 것

$N_4(+)$: 第三群 淋巴節보다 遠隔의 淋巴節에 轉移가 있는 것

$N_1(-)$: 第1群 淋巴節에 淋巴轉移가 없는 것

$N_2(-)$: 第2群 淋巴節에 轉移가 없는 것

$N_3(-)$: 第3群 淋巴節보다 遠隔의 淋巴節에 轉移가 없는 것

또한 例를 들어보면 $N_2(+)$ 와 같이 underline을 그은 때에는 $N_1(+), N_2(+)$ 또는 $N_{1,2}(+)$ 와 같다.

b. 組織學的 所見에 의한 分類

大腸 및 肛門管의 所屬 淋巴節을 別表 1,2,3과 같이 分類한다. 別表中의 第1,2 및 3群 淋巴節을 各其 n_1, n_2, n_3 또는 第3群보다 더욱 遠隔 淋巴節을 n_4 로 나타낸다.

n(-) : 淋巴節에 轉移가 없음.

$n_1(+)$: 第1群 淋巴節에 轉移를 인정함.

$n_2(+)$: 第2群 淋巴節에 轉移를 인정함.

$n_3(+)$: 第3群 淋巴節에 轉移를 인정함.

$n_4(+)$: 第3群 淋巴節보다 遠隔의 淋巴節에 轉移가 있음.

$n_1(-)$: 第1群 淋巴節에 轉移가 없다.

$n_2(-)$: 第2群 淋巴節에 轉移가 없다.

$n_3(-)$: 第3群 淋巴節에 轉移가 없다.

$n_4(-)$: 第3群 淋巴節보다 遠隔의 淋巴節에 轉移가 없다.

또 例들면 $n_2(+)$ 와 같이 underline을 그은 때에는 $n_1(+), n_2(+)$ 또는 $n_{1,2}(+)$: 로 나타낸다.

11. 淋巴節 郭淸(dissection)의 程度에 의한 大腸切除術의 分類

大腸切除術을 淋巴節郭淸의 程度에 따라 다음 4種類로 分類한다.

R_0 : 第1群의 淋巴節 郭淸을 하지 않든가 또는 그 郭淸의 不完全한 大腸切除術 또는 單純히 主腫瘍만을 切除한 것을 말한다.

R_1 : 第1群 淋巴節만의 郭淸을 한 大腸切除術을 말한다.

R_2 : 第1群의 淋巴節 및 第2群의 淋巴節의 郭淸을 동반한 大腸切除術을 말한다.

R_3 : 第1, 第2, 第3群의 淋巴節도 包含해서 郭淸하는 大腸切除術을 말한다.

注 1 : 手術의 程度의 格을 不詳라치면 各 해당 淋巴節 群을 完全히 郭淸한 때를 말하고 郭淸이 不完全한 때에는 其下位의 手術程度로 보게된다.

注 2: R₀ 以外の 切除術에 있어서는 tumor가 横行結腸에 있을 때에만 全 greater omentum을, 上行 또는 下行結腸에 있을 때는 大綱의 右半 또는 左半을 切除하는 것을 原則으로 한다.

12. 合併切除

合併切除를 했을 때는 切除장기名과 그의 範圍 및 理由를 記載한다.

13. 切除大腸斷端에 있어서 癌浸潤의 有無의 判定

a. 肉眼的 判定

- OW { +...新鮮한 標本으로 口側斷端 10 mm以內(렛쓰감자로 切斷된 部分포함)에 육안적으로 癌浸潤이 있을 때(축진을 응용해도 좋음)
 -...위와같은 것이 없을 때
- AW { +...新鮮標本으로 肛門側斷端 10 mm以內(렛쓰감자로 切斷된 部分포함)에 육안적으로 癌浸潤이 있을 때(축진을 응용해도 좋음)
 -...위와 같은 것이 없을 때
- EW { +...新鮮標本으로 剝離面에 육안적으로 癌이 노출되었을 때(축진을 응용해도 좋음)
 -...위와같은 것이 없을 때

b. 組織學的 判定

- ow { +...組織標本으로 口側斷端 5 mm以內에 조직학적으로 癌세포를 인정한다.
 -...있것을 인정하지 않음.
- aw { +...組織標本으로 肛門측斷端 5 mm以內에 조직학적으로 癌세포를 인정함.
 -...있것을 不認定
- ew { +...조직표본으로 剝離面에 癌세포가 露出되있는 것
 -...同上을 不認定

注: EW, ew는 豫後判定에 重要하며, 今後 계속검토가 필요하다. 따라서 EW(-)인때는 固定표본의 剖面, ew(-)때에는 標本上에 있어서 剝離面으로부터 癌細胞까지의 距離를 記載하는 것이 바람직하다.

III. 切除標本の 取扱方法

1. 大腸의 切開方法

- a. 直腸에서는 前壁에 따라 切開한다.
- b. 直腸以外の 部位로서는 間膜反對側에 따라 切開한다. 그러나 病變部에서는 病變, 특히 基中心部을 위해서 切開한다.

注: 非病變部로부터 病變部位에 向해 切開해갈때, 만일 그 나뉠대로의 方向을 切開해가면 病變部, 특히 그 中心部에 到着할 때는 切開線을 間膜側에 따라서 하는 것이 좋다.

2. Tumor 및 切除標本の 計測

- a. 切除標本은 生體에 가까운 상태로 伸張하여 다음의 計測을 한다.
- (1) 規定의 길이: 腫瘍의 邊緣(margin)으로부터 oral side(口側) 및 肛門側斷端까지의 距離(直腸切斷 부분에서는 tumor의 下緣부터 dentate line까지의 距離 및 切斷된 皮膚緣까지의 距離도 포함한다).
 - (2) tumor의 크기: 腸管의 從軸方向의 길이(從經)와 從軸에 直交하는 方向의 길이(橫經), 腫瘍의 最大經, 例를 들면(從經 cm×橫經 cm)(最大經 cm)와 같이 記載한다.
 - (3) 腫瘍의 最大의 橫經과 腸管의 橫經과의 比率
 - (4) 明確한 潰瘍이 있을 때는 潰瘍의 크기도 이에 準하여 表現한다.
- b. 潰瘍型 及 隆起型인때의 크기, 形狀에 대해 記載한다. 卽 크기에 대해서는 頭部의 最大經과 莖의 長

이, 形狀에 대해서는 頭部の 型, 及 莖의 有無등 外에 表面의 性狀, 硬度, 剖面등에 대해서도 記載한다.

3. 固定方式

- a. 切開된 大腸은 곧 固定液속에 넣는다.
- b. 固定液으로서는 通常, 日本藥局法은 試藥의 Formalin(Formaldehyade 35%~38% 含有)을 水 6倍로 희석하여 만든 Farmalin液을 사용한다.
- c. 切開한 大腸을 木製版뒤에 펴서 끌어당겨 못(針) 또는 pin으로 板에 고정한다. 이어서 그 板과 함께 固定液이 가득한 容器中에 넣어 固定한다.

注: Polyp狀의 tumor인 경우, 표본을 밑으로 향하고, 容器 고정액의 上部에 뜨게하면 柄가 수직으로 固定되어 끊어내릴때 便利하다.

- d. 고정에 필요한 시간은 72시간이다.

注: 종양의 크기는 고정시간에 따라 달라질 수 있다. 고정후 10분 정도가 사진촬영에 적합하다. 따라서 腫瘍을 切開한 切片을 꺼내어, 그 切片은 계속 固定液內에 固定하는 것도 좋다.

4. 組織學的 標本을 위한 切片 만드는法

- a. 病變部를 사진 촬영한다.
- b. 病變部를 잘라 절편으로 만든다.
- c. 切片 만드는 법은 다음과 같다.

병변중심부를 통과하고 장관의 縱軸을 따라 하나이상의 절편을 반드시 만든다.

注: 病變의 最大徑과 大腸의 縱軸과 일치할 때는 그와 平行하게 하나를 만든다.

注 2: 切片은 深達度와 漿膜, 外膜, 間膜 및 隣接臟器, 침윤등을 검색하는데 적당치 않을 때에는 그것 때문에 切片을 追加로 잘라낸다. 또 第2의 切片으로서 腫瘍의 從徑에 直角의 切片을 잘라내도 좋다. 또한 이와같은 切片에 의해 剝離面으로부터 암세포까지의 거리를 측정해도 좋다.

- d. 잘라버린 切片의 部位를 이미 作成해 있는 스케치로 圖示한다. 그리고 이 切片의 剖面의 스케치를 한다. 이 面은 組織學的 標本을 作成하는 面이해야 한다. 剖面의 스케치로서는 原則적으로 粘膜面은 上· 肛門側은 左로 한다.

IV. polyp 摘出術症例의 취급

1. polyp 적출술이란 方法如何를 不問하고 粘膜下層까지 包含하여 polyp를 적출하는 것을 말하며 以下の 경우가 包含된다.
 - a. Endoscopic polypectomy(內視鏡的 polyp 摘除術)
 - b. 經 anus trans sphincteric polypectomy(經肛門的 및 經括約 筋的 polyp 摘出術)
 - c. 腸切開에 의한 polyp 摘出術

注: endoscopy에 의한 hot biopsy도 그 뜻을 기재하며 內시경적 polypectomy 側에 포함된다.

2. 포립摘出術을 한 大腸癌 症例는 癌에 대하여 規約에 따라 記錄하지만 大腸癌手術症例에 포함할 때에는 포립摘出術 症例임을 明記한다.
3. 포립摘出術材料는 그의 存在部位로 크기 및 形狀에 대하여 記載하고 圖示한다. 크기에 대해서는 頭部の 最大徑과 莖의 길이, 形狀에 관하여 頭部の 形과 莖의 有無等外에, 表面에 性上, 硬度, 剖面 等에 대하여 記載한다.

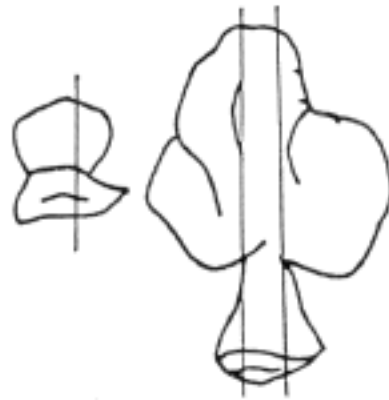


圖 3. 포립을 처리하는 법

4. polyp의 形狀記載는 莖의 有無를 基準으로 하여 1) 有莖, 2) 亞有莖, 3) 無莖(廣基)로 分類하여 各其에 合몰이 있는 때는 depr(+)하고 併記한다.

注 1: 無莖 polyp中에 扁平性()인 것도 包含한다. 扁平性이란 O型 分類에 있어서 IIa 樣形態를 말한다. 境界가 確實치 않은 半球狀小 polyp()는 無莖에 포함시킨다.

注 2: polyp의 形狀의 判定은 X線, 內視鏡, 摘出 標本등의 종합 判定에 의한다.

5. 摘出 polyp를 잘라 낼때에, 그 中心部를 通하는 切斷面은 同一標本內에 나타나도록 한다(圖 3).

注: 떼어낸 polyp를 잘라낼때 剖面은 中心部로 부터 2~3mm 떨어져 절단하는 것이 좋다. paraffin 包埋 後에 必要에 따라 microtom으로 中心部를 通한 얇은 切片을 作成하는 것이 可能하기 때문이다. 組織學的으로 癌이 有無判定과 同時에 癌의 submucosa infiltration의 有無 摘除斷端에 있어서 腫瘍조직의 有無를 검색한다. 癌이 粘膜節板에 接하고 있는 때에도 直屬節片에 의해 粘膜下 침윤의 有無를 確認하는 것이 바람직하다.

6. 癌이 mucosa內에 머물고 submucosa에 침윤되지 않은 粘膜內癌에서는 轉移는 거의 일어나지 않는다. 따라서 有莖性 polyp內에 있는 粘膜內癌에 對해 腫瘍全體가 完全히 摘除되어 있으면 根治했다고 判定한다.

注 1: 摘除斷端에 癌이 認定되어 질때는 追加切除가 必要하다(病理조직학적 分類 D. II. a 參照)

注 2: submucosa에 癌이 침윤되며 있을 때에는 原則으로 追加腸切除를 검토할 必要가 있다. 詰막하에 침윤된 암 全部가 再發, 轉位를 일으킨다고는 볼 수 없으나 특히 以下の 所見이 認定되는 症例에서는 轉移 危險性이 높다. 따라서 이와같은 때에는 腸切除를 追加해서 行할 必要가 있다.

- ① 明確하게 脈管內에 암이 침윤되어 있을때
- ② 低分化 線癌은 未分化癌(undifferentiated Ca.)
- ③ Cut end 가까이 까지 massive한 癌의 침윤

7. 摘除한 polyp內에 癌이 確認되었을 때, 암의 詰막하 침윤 有無외에 cancer lesion이 adenoma의 一部에 있는지(adenoma in cancer)를 記載한다.

8. Colon adenoma의 組織학적 진단은 原則的으로서 完全히 摘出生檢한 것으로서 한다.

注: 大腸의 adenoma에는 여러가지 異型度의 脈管이 混合되어 있는 수가 드물지 않기 때문에 普通의 生檢 組織으로 부터 얻어지는 所見이 adenoma 全體의 組織所見을 代表로 하고 있지 않음이 종종 있을 뿐만 아니라 粘膜內癌과 異型의 강한 異型上皮와의 區別도 곤란한 수가 많다. 따라서 암의 組織학적 진단 및 癌침윤의 程度의 判定을 위해서라도 完全摘出한 生檢이 必要하다.

V. 治癒切除와 非治癒切除의 判定

Curative resection과 non-Curative resection의 決定은 肉眼的 所見을 參考로 하여 組織학적 所見에

따라 判定하는 것을 原則으로 한다.

1. 組織學的判定

切除術을 다음과 같이 4種으로 나눈다.

- (1) curative resection { A. 絶對치유 절제
B. 相對的치유 절제
- (2) non-Curative resection { A. 絶對적 非치유절제
B. 相對적 非치유절제

肝轉移, 腹腔의 원격 他장기전이, 복막 전이가 없고 또한 切除 Cut end 및 박리面에 암의 침윤이 없고 (H₀, M(-), P₀, ow(-), aw(-), ew(-) serosa infiltr 및 wall 深達度(deep invasion)의 정도가 S以下 a₂以內 또는 Si or ai일지라도 그것에 適合한 合併切除를 했을 때에는 n(+) number가 R-number보다 적은 때를 (1)-A; absolute curative resection 同等한 때에는 (1)-B; relative curative resection이라고 한다. 또한 단순히 Curative resection이라고 할때는 absolute와 relative의 兩方을 의미하는 것으로 한다.

治癒절제의 영역에서 벗어나는 것을 非治癒절제라고 한다. 非치유절제일지라도 完全히 암종이 제거되었을 가능성이 있을 때는 (2)-A; relative noncurative resection으로 하고 암이 明白하게 남아 있을 때를 (2)-B; absolute non-curative resection으로 한다. Pedicle이 있는 有莖 polyp에 있는 粘膜炎에 對한 polypectomy이 廣基性 mucosa內 癌에 대한 wedge狀 腸切除術은 例外的으로 absolute curative resection으로 한다. 또한 polyp의 莖部와 粘膜炎下層에 침윤되어 있지만 完全하게 암을 切除했을 때는 relative curative resection이라고 한다.

2. 肉眼的 判定

上記의 條件中에 n의 대신에 N를 s, si, a₂, ai의 대신 S, Si, A₂, Ai를 또한 ow, aw, ew대신 OW, AW, EW를 사용했을 때를 肉眼的치유절제 혹은 肉眼的非治癒절제로 한다.

IV. 大腸淋巴節의 分類와 番號表示

1. 淋巴節의 番號表示에 대하여

大腸의 淋巴節은 數도 많고 系統을 달리하는 것도 포함됨으로 胃, 乳腺, 食道와 같이 通常 연속番號表示로서는 實用上 많은 不便이 豫想된다. 그러나 多幸히 上·下 腸間膜動脈系에 關해서는 末梢부터 中樞에 向해 epicolic nodes, paracolic nodes, intermediate nodes 및 main nodes로 分類되어 있고 本規約에 있어서도 이 基本分類를 사용되고 있다. 따라서 番號表示가 淋巴節의 해부학적 위치 卽 動脈에 의한 位置정립 淋巴 흐름에 따른 順位를 同時에 나타내는 등의 方法을 택한다면 그의 복잡성은 꽤 克服할 수 있지 않겠느냐고 생각된다. 과연 암의 전국등록에 있어서 淋巴節의 Cord化의 立場에서 1~10番臺는 胃와 乳腺에 100番臺는 食道에 使用하는 고로 200番臺는 大腸淋巴節의 番號로서 채용한다. 上·下 腸間膜動脈系에 있어서는 1桁目を 淋巴의 흐름에 따라 位置를 정하는 表示로서 epicolic nodes와 paracolic nodes는 2△1, intermediate nodes는 2△1, main nodes는 時計方向으로 200番臺는 回結腸동맥, 210番臺는 右結腸動脈, 220番臺는 中結腸動脈, 230番臺는 左結腸動脈, 240番臺는 sigmoid colic a. 그리고 250番臺는 sup. rectal a.로 된다(表 1, 圖 4). 上腸間膜淋巴節은 胃癌取扱規約에서는 14번이기 때문에 大腸癌에 關한 때는 214番으로 하고, 또한 下腸間膜淋巴節은 sup. rectal a.로 부터의 연결을 重視하며 253으로 했다. 內外 iliac a. 系統의 淋巴節도 rectum wall에 가까운 para rectal lymphatic (nodes.) 中 및 下直腸淋巴節은 末尾를 1로 하고 intermediate nodes에 相當하는 것을 2, 또한 中樞側의 것을 3으로 했다(表 1, 2, 圖 5). 番號가 300番臺에 미치지 않도록 또 될 수 있는 대로 淋巴 흐름의 方向에 數字를 줄세우듯이 고려했다. 이렇기 때문에 仙骨前面에 接하는 것은 末尾를 "O"으로 했다. 또 common iliac art. 以下の lymphatics

(nodes)에서는 右側에 있는 것을 R, 左側에 있는 것을 “L”로 했다. 또한 普通 대장암 수술시 이들의 番號를 사용할 때는 3桁目を 省略하고 例들면 213番을 13으로 單純化해서 사용해도 괜찮다. 그러나 公式記録은 어디까지나 200番臺의 數字로서 記載한다.

2. 上·下腸間膜動脈系の 淋巴節

sup. inf. mesenteric a.系 a lymphatics nodes를 表 1, 圖 4와 같이 分類表視한다.

表 1. 上·下腸間膜動脈系の lymph nodes

	結腸壁在, 旁結腸淋巴節 epicolic paracolic nodes	中間淋巴節 intermediate nodes	主 淋 巴 節 main nodes	上腸間膜 淋巴節	旁大動脈 淋巴節
上腸間膜動脈系					
回結腸動脈	201	202 (回結腸淋巴節)	203 (回結腸動脈根 淋巴節) ^{※2}		
右結腸動脈	211	212 (右結腸淋巴節)	213 (右結腸動脈根 淋巴節) ^{※2}		
中結腸動脈	221	222 (中結腸淋巴節)	223 (中結腸動脈根 淋巴節) ^{※2}		
下腸間膜動脈系					
左結腸動脈	231	232 (左結腸淋巴節)	} 253 (下腸間膜 淋巴節) ^{※3,4}		216
S狀結腸動脈					
I枝	241-1	242-1 (第1 S狀結腸 淋巴節)			
II枝	241-2	242-2 (第2 S狀結腸 淋巴節)			
III枝	241-3	242-3 (第3 S狀結腸 淋巴節)			
上直腸動脈	251 (旁直腸 淋巴節) ^{※1}	252 (上直腸 淋巴節) ^{※3}			

注 1 : Para rectal lymph nodes란 Sudeck 分岐部를 포함하여 여기로부터 말초의 上直腸動脈에 따라 淋巴節 및 直腸壁在 淋巴節을 한다.

注 2 : 盲腸(虫垂), 上行結腸 및 橫行結腸의 主淋巴節은 해부학적으로 上腸間淋巴節이다. 그러나, 本規約에 있어서는 盲腸(虫垂), 上行結腸에서는 回結腸 및 右結腸動脈根에 있는 淋巴節을 橫行結腸에서는 middle colic art.根에 있는 淋巴節을 各各 主淋巴節로 한다.

注 3 : 下腸間膜 淋巴節은 inf. mesenteric art.에 따라 淋巴節로 left colic art. 分岐部는 除하고 Sudeck 分岐部까지의 sup. rect. art.에 따르는 것으로 한다.

注 4 : descending 및 Sigmoid colon의 main lymph nodes는 inf mesenteric nodes로 한다.

注 5 : 上腸間膜根 淋巴節(214)은 上장간막 정맥에 따른 임과절(214V)과 上腸間動脈에 따라 淋巴節(214A)로 나눈다. 214A 및 214V는 各各 胃癌취급 規約 및 腸암 취급 規約에 있는 14A와 14V에 相當한다.

注 6 : 中結腸動脈根 淋巴節(223)은 胃癌취급 規約 및 腸암취급 規約에 있어서 中結腸動脈 起始部에 따라 淋巴節에 相當한다.

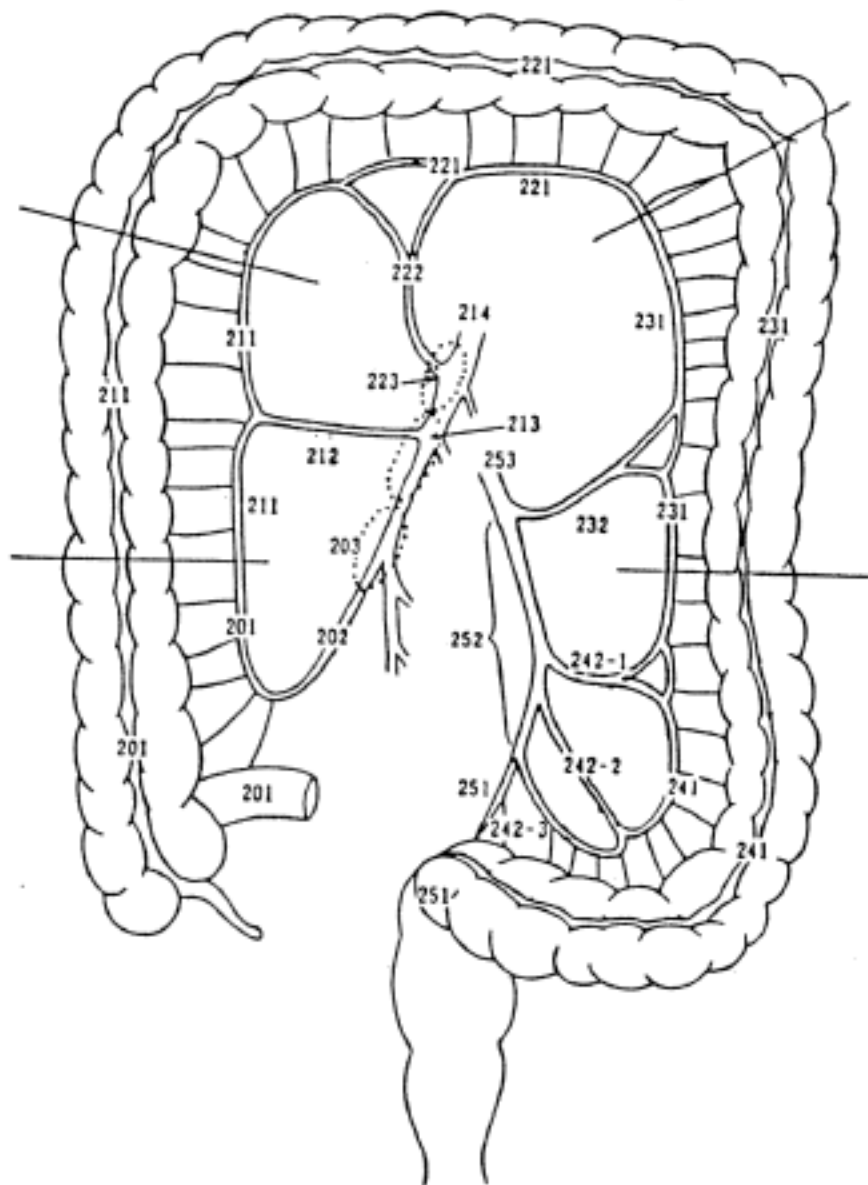


圖 4. 大腸淋巴節表示
(上・下腸間膜動脈系).

3. 內・外腸胃動脈系の 淋巴節

內外腸胃動脈系の 淋巴節로 表 2, 圖 5와 같이 分類, 表示한다.

	임 파 결
中 直 腸 動 脈	261 (R.L) (中直腸淋巴節)*
	262 (R.L) (中直腸動脈根 淋巴節)*
下 直 腸 動 脈	271 (R.L) (中直腸動脈根 淋巴節)*
內 腸 骨 動 脈	272 (R.L) (下直腸淋巴節)
總 腸 骨 動 脈	273 (R.L) (總腸骨淋巴節)
閉 鎖 動 脈	282 (R.L) (閉鎖淋巴節)
	292 (R.L) (서혜부 임파결)
外 腸 骨 動 脈	293 (R.L) (外腸骨淋巴節)
外 側 仙 骨 動 脈	260 (R.L) (外側仙骨淋巴節)
正 中 仙 骨 動 脈	270 (正中仙骨淋巴節)
大 動 脈 分 岐 部	280 (大動脈分岐部淋巴節)
大 動 脈	216 (旁大動脈淋巴節)

注：中直腸淋巴節은 中直腸動脈幹에 따른 淋巴節을 말하고 中直腸動脈根 淋巴節은 同名動脈 및 周圍의 淋巴節을 말한다.

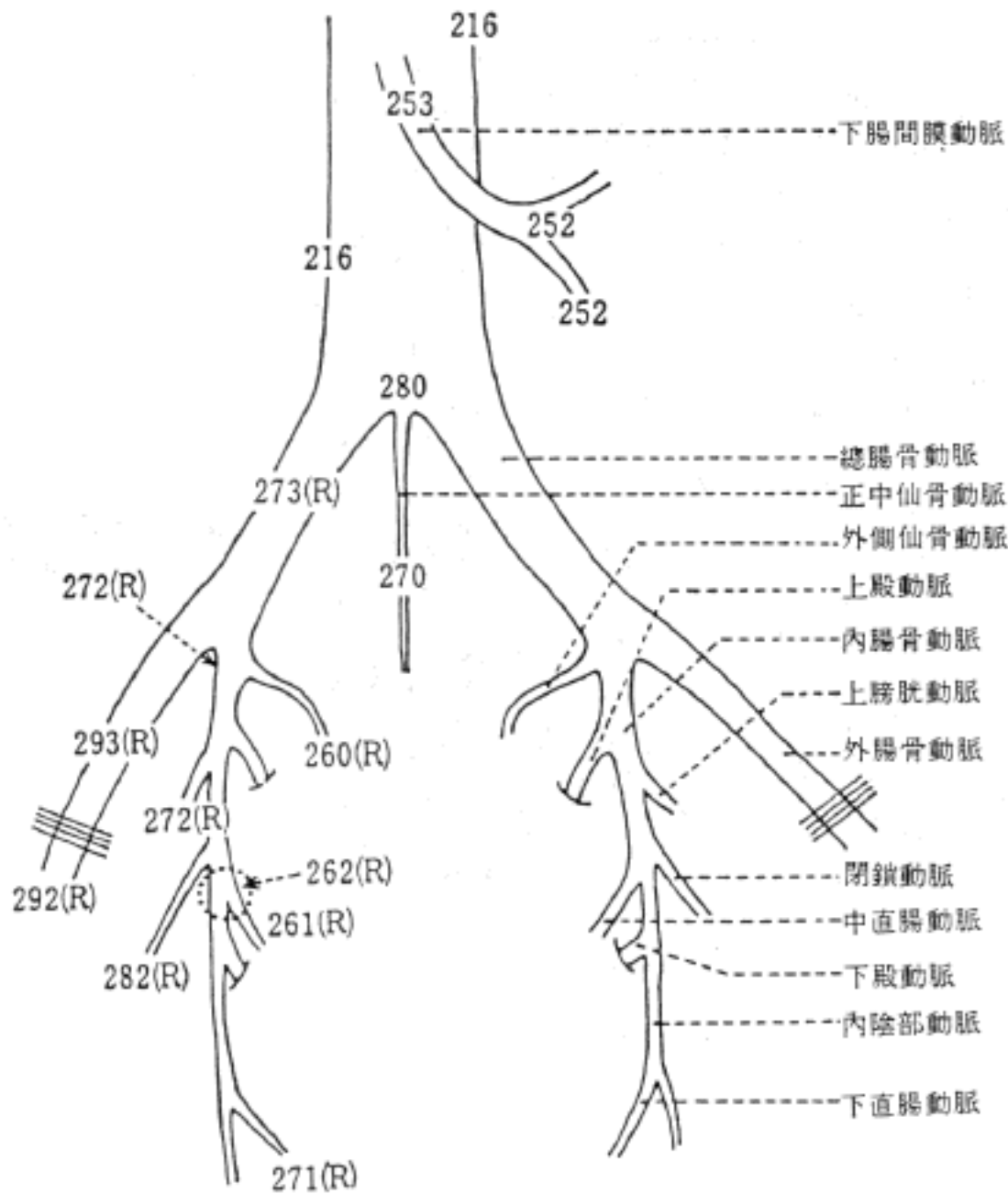


圖 5. 大腸淋巴節表示(內·外腸骨動脈系).

別表 1. 大腸淋巴節 分類

	盲 腸 (蟲垂)	上 行 結 腸	橫 行 結 腸	下 行 結 腸	S 狀 結 腸
第 1 群 淋 巴 節 (N ₁)	癌種의 口側 및 肛門側의 margin부터 각각 5 cm以內의 腸管에 따른 結腸壁左 淋巴節(epicolic nodes)과 paracolic nodes(圖 6a).				
第 2 群 淋 巴 節 (N ₂)	1. 癌種의 口側 및 肛門側의 margin으로부터 各各 5 cm을 넘어 10 cm以內에 있는 結腸壁左 淋巴節과 paracolic pararectal nodes(圖 6a, 6b). 2. N ₁ 領域의 淋巴의 흐름이 흘러들어가는 中間淋巴節(intermediate nodes) 注 1: 淋巴節名은 소속淋巴節을 表示하고 ()는 癌種의 位置에 따라 包含될 수 있는 것을 表示한다. 注 2: 癌의 oral ward anal ward의 margin으로부터 10 cm以內外, 中間淋巴節이 없을 때 는 癌種에 가장 가까운 中間淋巴節까지를 N ₂ 로 한다(圖 6b). 注 3: Pararectal lymph node한 Sudeck 分岐를 포함, 이것으로부터 末梢의 上直腸動脈에 따른 淋巴節 및 rectal wall에 存在하는 淋巴節을 말한다.				

別表 1. 大腸淋巴節 分類

	盲腸 (蟲垂)	上行結腸	橫行結腸	下行結腸	S狀結腸
第3群淋巴節 (N ₃)	<p>N₁, N₂ 領域의 淋巴흐름이 注入되는 注淋巴節(main node)와 그 流域의 淋巴節로서 N₁群과 N₂群에 屬하지 않는 것.</p> <p style="text-align: right;">注 4: If mesenteric lymph nodes는 inf. mesent. art. 에 따르는 lymph nodes로서 下腸間膜動脈根을 포함 左 colic art. 分岐部는 除外한다. 上直腸 淋巴節은 左結腸動脈分岐部를 포함하며, 그곳에서 말초의 Sudeck 分岐部까지의 上直腸動脈에 따른 것으로 한다.</p> <p>注 1: 盲腸(蟲垂), 上行結腸 transverse colon의 main lymph nodes는 解剖學的으로 Sup. mesent. L.N.이다. a. 盲腸(蟲垂), 上行結腸에서는 ileocecal art root에 또는 右結腸動脈根에 있는 것으로 한다. b. transverse colon에서는 middle colic art root에 있는 것으로 한다.</p> <p>注 2: ileum는 ileocecal valve로부터 10 cm 以上 切除함이 바람직하다. 注 3: ()는 手術 中에 轉移 陽性이면 dissection 하나 neg. 때에는 dissection 안 해도 된다.</p> <p style="text-align: right;">注 5: 下行結腸 및 sigmoid colon 의 main lymph nodes 는 inf. mesent. L. N.로 한다 注 6: left colic art. 流入部로부터 oral 側의 結腸壁 左 淋巴節 및 paracolic lymph nodes 는 除外, 癌의 肛門側線에서 10 cm을 넘는 pararectal L.N. 은 除外</p>				
第4群淋巴節 (N ₄)	<p>N₃보다 far distant L.N.</p>				

別表 2. 大腸 Lymph nodes 分類

	直腸 S 狀 部 (Rs)	上 部 直 腸 (Ra)
N ₁	1. 癌種의 口側부터 5 cm以內 肛門側緣부터 3.0 cm以內의 腸管에 따른 結腸壁在淋巴節 paracolic L.N. pararectal L.N.	1. 癌의 Oral Ward. margin으로부터 5.0 cm以內, anal ward margin으로부터 2.0 cm以內의 腸管에 따라 colon wall에 있는 L.N. paracolic c pararectal L.N.
N ₂	1. 癌의 Oral ward로부터 5.0 cm~10 cm, anal ward. margin으로부터 3.0 cm~6.0以內의 tract에 따른 wall存在 L.N., paracolic, pararectal L.N. 2. N ₁ 領域의 Lymph가 注入되는 中間 L.N. Sig. Colon L.N.의 1部, Sup. rectal L.N.	1. 癌의 oral ward margin으로부터 5.0 cm~10 cm以內 a는 a.w margin으로부터 2.0 cm~4.0 cm以內의 腸管에 따른 Colon wall在 L.N., paracolic, pararectal L.N. 3. 中直腸 L.N.
N ₃	1. N ₁ , N ₂ 領域의 淋巴節이 注入되는 main L.N.인 inf. mesent L.N. 및 그 流域의 L.N.로서 N ₁ , N ₂ 群에 屬하지 않는 것 注 1: 第 1 Sigmoid colon art. 流入部로부터 口側의 Colon wall左 淋巴節과 paraceolic L.N.은 除外 注 2: 癌의 anal ward margin으로부터 10 cm를 넘는 parorectal L.N.은 除外 2. 中直腸 L.N.	2. int. iliac art 流域의 L.N.內腸管 L.N., 中直腸動脈根 L.N., 脛쇄 inf 直腸 L.N.(正中 및 外側流骨 L.N.) 注 3: 中直腸動脈幹 L.N.은 中直腸동맥에 따른 L.N.을 말하고 中直腸動脈根 L.N.은 同名動脈根 및 그 주위의 L.N.을 말한다. 注 4: ()는 op中에 meta(+)면 dissection나 Neg.면 diss.안해도 된다.
N ₄	N ₃ 에 以達 淋巴節.	

別表 3. 大腸淋巴節 分類

	下 部 直 腸 (Rb)	肛 門 管 (P)
N ₁	1. 癌種의 O.W margin으로부터 5.0以內 a w margin으로부터 2.0 cm以內에 있는 pararectal L.N. 2. 中直腸 L.N.	1. 癌種의 O.W margin으로부터 5.0 cm以內外皮(肛門)側緣부터 2.0 cm以內에 있고 pararectal L.N. 下直腸 L.N.
N ₂	1. 癌種의 O.W부터 5.0 cm以上 10 cm以內, 肛門側緣부터 2.0 cm를 넘어 4.0 cm以內에 있는 結腸壁左 L.N. paracolic a pararectal, inf. rectal L.N. 2. N ₁ 領域의 lymph 흐름이 注入되는 中間 L.N. 上直腸 L.N. Sig. Colon L.N.의 1부 3. 中直腸動脈根 L.N. int. iliac, obturator L.N. 4. (正中及外側線骨 L.N.) 5. (inguinal L.N.(表在, 上部, 深部)). 注: ()는 op시 meta(+)면 dissection(-)면 dissect안해도 된다.	
N ₃	1. N ₁ , N ₂ 領域 L.N.流이 注入되는 main L.N.인 inf. mesent. L.N. 그의 流域에 淋巴節로서 N ₁ , N ₂ 群이 屬하지 않는 것, 下腸間膜 L.N.의 N ₂ 以외의 S狀結腸 L.N. 2. 總腸骨 L.N. 大動脈分岐部 L.N.	3. (外腸骨 L.N.)
N ₄	N ₃ 보다 for distant L.N.	

C. 病理組織學的分類

I. 大腸·肛門腫瘍 病理組織學的分類

a. 大 腸

1. 良性上皮性腫瘍

1.1. 腺腫(Adenoma)

1.1.1. 腺管腺腫(Tubular adenoma)

1.1.2. 腺管絨毛腺腫(Tubulo-villous adenoma)

1.1.3. 絨毛腺腫(Villous adenoma)

1.2. 腺腫症(Adenomatosis)

2. 惡性上皮性腫瘍

2.1. 腺癌(Adenocarcinoma)

2.1.1. 高分化腺癌(Well differentiated adenocarcinoma)

2.1.2. 中分化腺癌(Moderately differentiated adenocarcinoma)

2.1.3. 低分化腺癌(Poorly differentiated adenocarcinoma)

2.2. 粘液癌(Mucinous carcinoma)

2.3. 印環細胞癌(Signet-ring cell carcinoma)

2.4. 扁平上皮癌(Squamous cell carcinoma)

2.5. 腺扁平上皮癌(Adenosquamous carcinoma)

2.6. 未分化癌(Undifferentiated carcinoma)

2.7. 分類不能의 癌

3. Carcinoid tumor

4. 非上皮性腫瘍

4.1. 良性非上皮性腫瘍

4.1.1. 平滑筋腫(Leiomyoma)

4.1.2. 神經鞘腫 및 神經腺維腫(Neurilemoma and neurofibroma)

4.1.3. 脂肪腫 및 脂肪腫症(Lipoma and lipomatosis)

4.1.4. 脈管性腫瘍

4.1.5. 其他

4.2. 惡性非上皮性腫瘍

4.2.1. 平滑筋芽腫(Leiomyoblastoma)

4.2.2. 平滑筋肉腫(Leiomyosarcoma)

4.2.3. 其他

5. 淋巴細網系腫瘍

5.1. 細網肉腫(Reticulosarcoma)

5.2. 淋巴肉腫(Lymphosarcoma)

5.3. Hodgkin病(Hodgkin disease)

5.4. 其他

6. 分類不能의 腫瘍

7. 轉移性腫瘍

8. 腫瘍樣病變

- 8.1. Peutz-Jeghers 症後群 (Peutz-Jeghers syndrome)
- 8.2. Cronkhite-Canada 症後群 (Cronkhite-Canada syndrome)
- 8.3. 若年性폴립 혹은 폴립증 (Juvenile polyp and polyposis)
- 8.4. Benign lymphoid polyp and polyposis
- 8.5. 化生性폴립 (Metaplastic polyp)
- 8.6. 過形成性結節 (Hyperplastic nodule)
- 8.7. 炎症性폴립 (Inflammatory polyp and polyposis)
- 8.8. 大腸深在性囊胞症 (Colitis cystica profunda)
- 8.9. 子宮內膜症 (Endometriosis)
- 8.10. 異所性胃粘膜 (Heterotopic gastric mucosa)
- 8.11. 其他

b. 虫 垂

1. 上皮性腫瘍

- 1.1. 良性上皮性腫瘍
 - 1.1.1. 粘液囊胞腺腫 (Mucinous cystadenoma)
 - 1.1.2. 腺腫 및 腺腫症 (Adenoma and adenomatosis)
- 1.2. 惡性上皮性腫瘍
 - 1.2.1. 粘液囊胞腺癌 (Mucinous cystadenocarcinoma)
 - 1.2.2. 腺癌 (Adenocarcinoma)
 - 1.2.3. 其他의 癌

2. Carcinoid tumor

3. 非上皮性腫瘍

4. 淋巴細網系腫瘍

5. 分類不能의 腫瘍

6. 轉移性腫瘍

7. 腫瘍樣病變

- 7.1. Peutz-Jeghers 症後群 (Peutz-Jeghers syndrome)
- 7.2. 化生性폴립 (Metaplastic polyp)
- 7.3. 子宮內膜症 (Endometriosis)
- 7.4. 其他

c. 肛門管

1. 良性上皮性腫瘍

2. 惡性上皮性腫瘍

- 2.1. 腺癌 및 粘液癌 (Adenocarcinoma and mucinous carcinoma)
 - 2.1.1. 直腸型 (Rectal type)
 - 2.1.2. 肛門腺由來 (Anal gland origin)
 - 2.1.3. 痔瘻의 合併 (Associated with anal fistula)
 - 2.1.4. 其他의 管外型
- 2.2. 扁平上皮癌 (Squamous cell carcinoma)

- 2.3. 腺扁平上皮癌(Adenosquamous carcinoma)
 - 2.4. 類基底細胞癌(Basaloid carcinoma)
 - 2.5. 未分化癌(Undifferentiated carcinoma)
 - 2.6. 其他의 癌
- 3. 惡性黑色腫(Malignant melanoma)
 - 4. 非上皮性腫瘍
 - 5. 腫瘍樣病變
 - 6. 其他

d. 肛門周圍皮膚

皮膚腫瘍의 分類에 따른다.

II. 組織分類各項에 관한 說明

a. 大 腸

1. 良性上皮性腫瘍

1.1. 腺 腫

大腸腺腫은 限局性 隆起性 病變을 보이고 多數는 有莖性 혹은 廣基性 polyp의 形態를 갖는다. 表面은 平滑한 것이 많으나, 때로는 乳頭狀 내지는 絨毛狀을 보인다. 組織학적으로 構成上皮細胞는 여러정도의 異型을 보인다. 異型이 輕度인때는 非腫瘍性 病變과 혼동하기 쉽고 高度의 異型을 보이는 腺腫에서는 癌과의 鑑別이 곤란하다. 선종은 때로는 粘膜炎層에 偽浸潤을 보이는 것이 있어 주의해야 한다.

注：polyp이라는 용어는 육안적으로 粘膜炎層에 보이는 한국성隆起를 총칭하며 組織학적 性격을 규정하는 것은 아니다.

1.1.1. 腺管腺腫(圖 1)

1.1.2. 腺管絨毛腺腫(圖 3, 4a, 4b)

1.1.3. 絨毛腺腫(圖 2)

전체가 腺管으로 형성된 腺腫을 1.1.1로 전체적으로 間質이 적고 여러갈래로 分岐하여 歧底部부터 櫛狀으로 突出하는 腺腫을 1.1.3.으로하여 양자간의 중간형 혹은 混合型을 1.1.2.로 한다.

注 1：腺腫性폴립(Adenomatous polyp)이라는 명칭의 널리 慣用되어 왔으나 組織학적 개념이 定해진 現재는 이러한 명칭은 避하는 경향이 있다.

注 2：乳頭腺腫(papillary adenoma)의 명칭은 學者에 따라 1.1.2. 혹은 1.1.3.을 지칭하는 것인데 혼란을 避하기 위해 本分類에는 使用안한다.

1.2. 腺腫癌

大腸에 多數의 腺腫이 存在하는 경우, 주로 家族性 혹은 非家族性으로 發生한다. 家族性 폴리포시스 및 Gardner 症後群(胃腸管 폴리포시스와 胃腫와 軟部腫瘍)등이 이범주에 포함된다. 이러한 腺腫症에는 胃 및 小腸에 폴립모양의 병변이 發生하는 경우가 있다. 多發性 腺腫과 腺腫症과의 區別은 腺腫의 個數로서 明確히 알 수는 없지만 約 100個가 그 指標가 된다.

2. 惡性上皮性腫瘍(癌腫)

大腸癌의 組織分類는 標本上으로 面積이 優勢한(predominant) 組織上에 따라 行하여지나 앞으로 豫後와 密接한 관계가 있고 새로운 分類法이 발견되면 再檢討를 할 수 있다.

大腸癌의 組織分類에는 深達度 分類를 明記하여야 한다.

明瞭한 癌巢가 선종의 일부에 있는 경우 선종내암(cancer in adenoma)으로 명기하고 선종의 惡型도 付

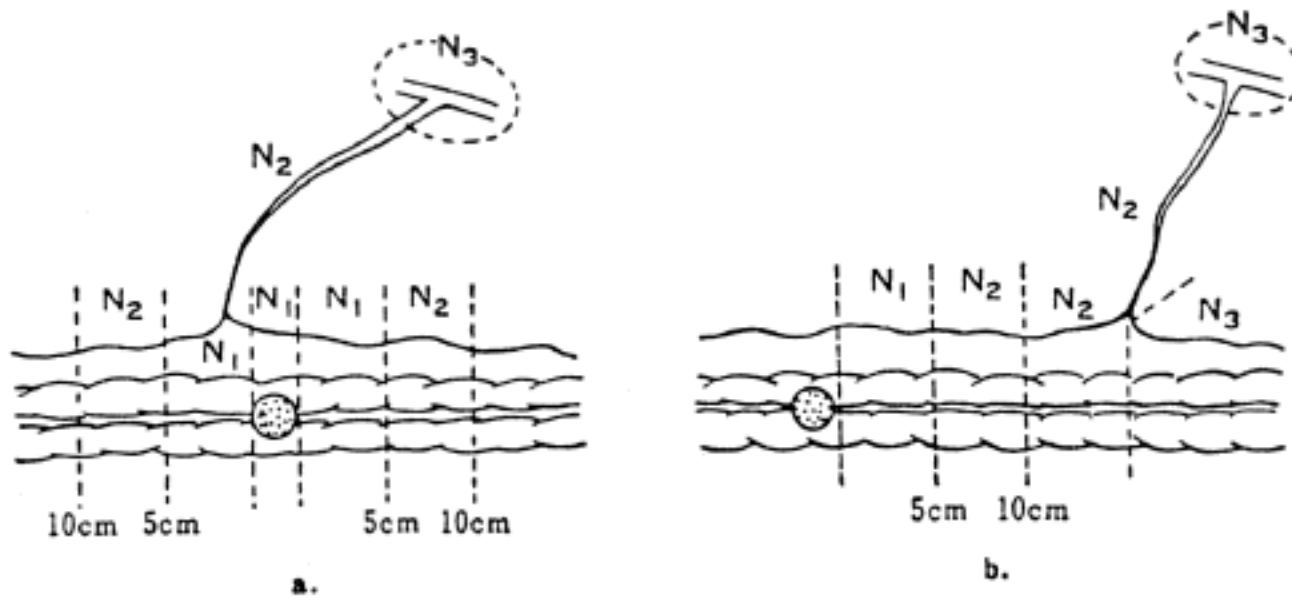


圖 6. 結腸淋巴節分類의 原則.

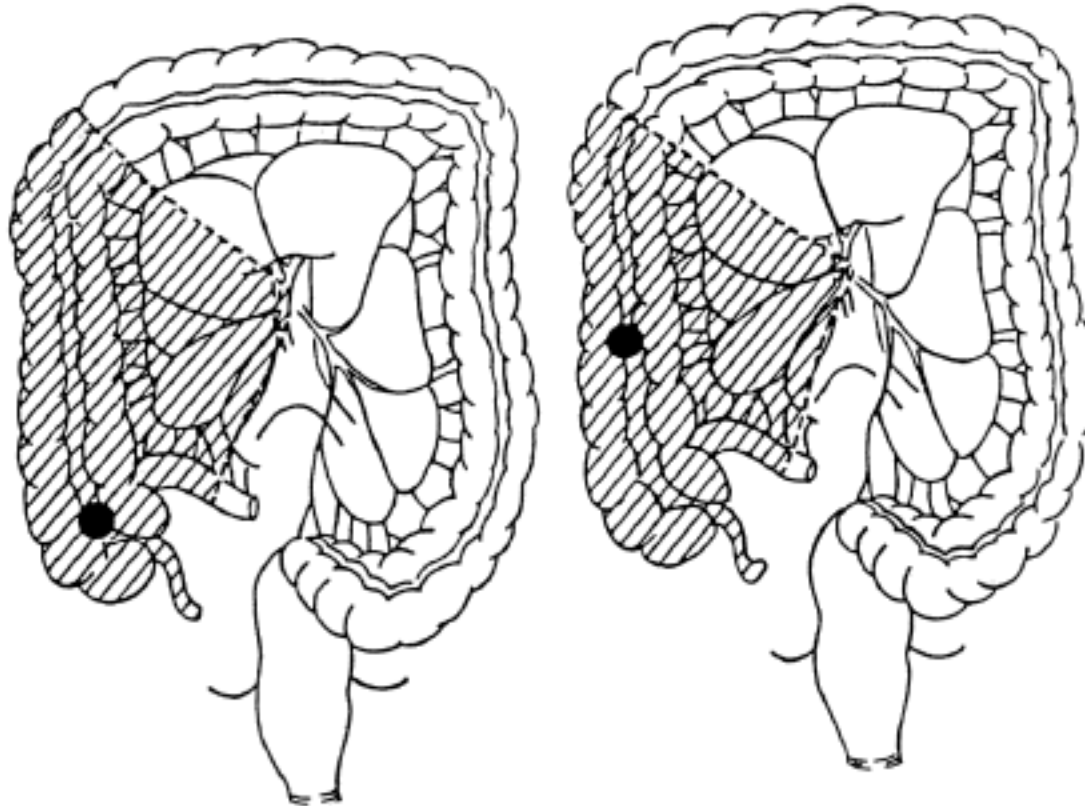


圖 7.

記하는 것이 바람직하다. 암종의 일부에 腺腫이 보이는 경우 (adenoma in cancer)는 여기에 포함될 수 없다.

注: 점막내암에는 임파절 전이 혹은 遠隔轉移가 보고된 증례는 아직없다.

2.1. 腺癌

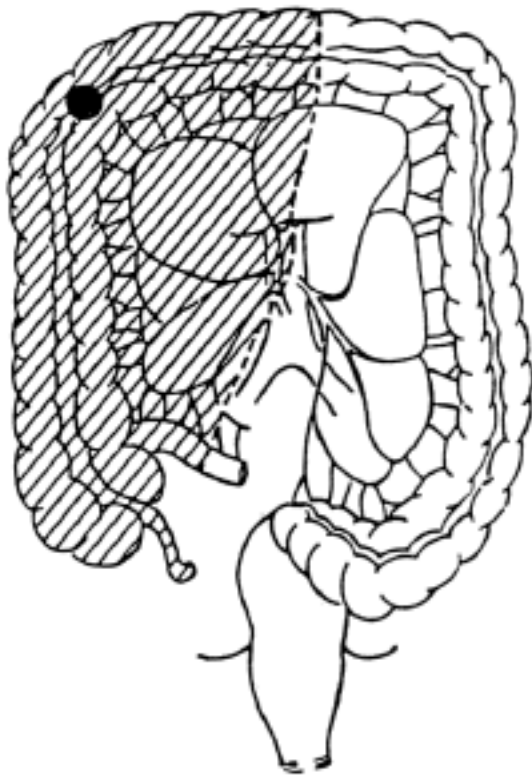
조직학적으로 腺管刑式을 보이는 암을 腺癌이라 한다.

2.1.1. 高分化腺癌(圖 5)

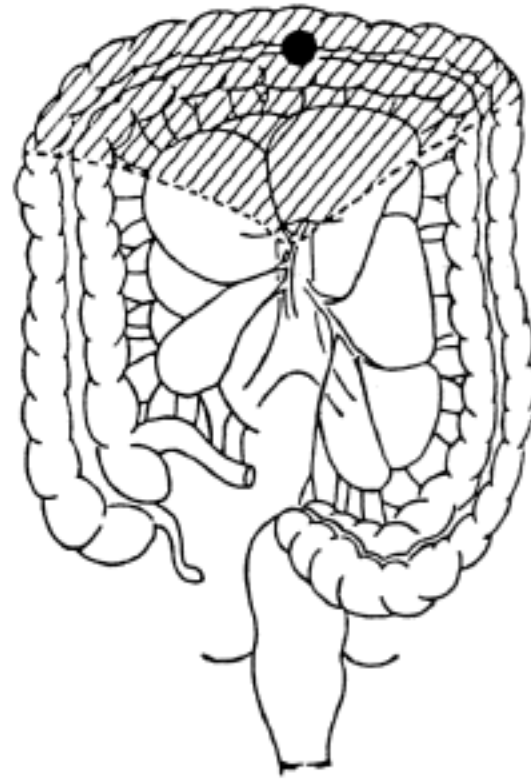
2.1.2. 中分化腺癌(圖 6)

2.1.3. 低分化腺癌(圖 7)

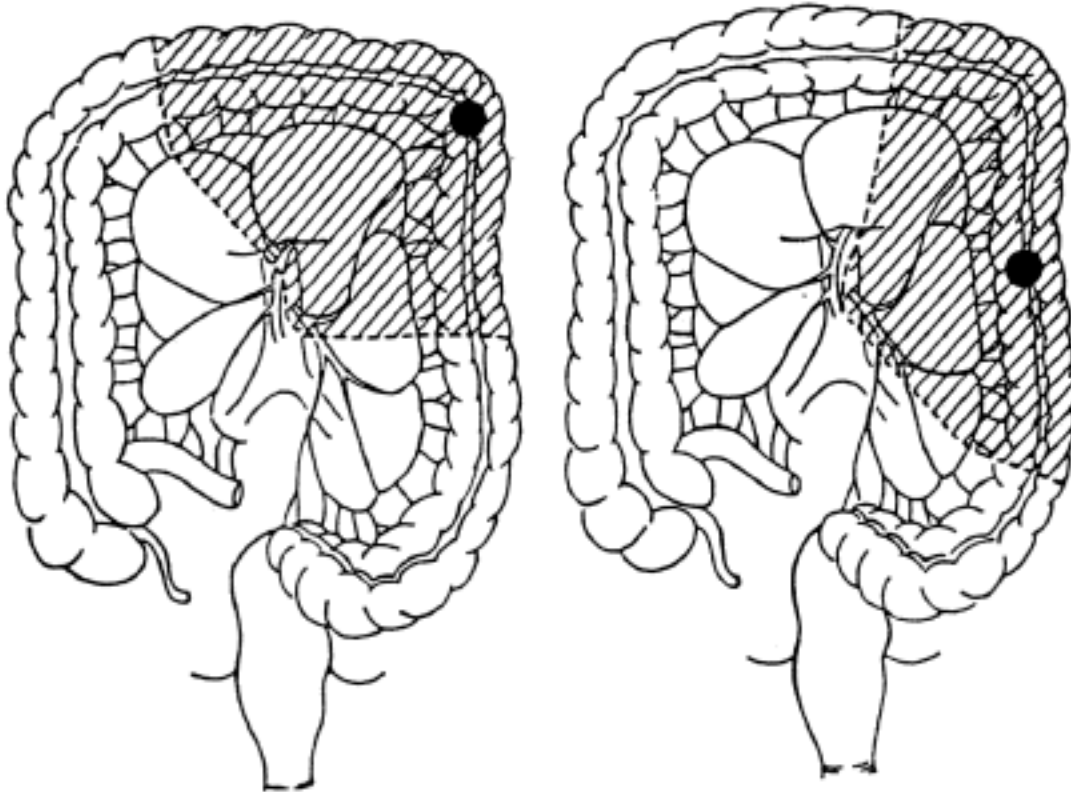
암을 형성하는 腺管이 명료하고 高圓柱 上皮性인 것을 2.1.1.로 한다. 흔히 선관안에 乳頭狀의 突出을 보



■ 8.



■ 9.



■ 10.

이는 선암도 이구분에 속한다. 선관형성이 불명료하고 管腔이 작거나 때로는 거의 보이지 않고 다수의 암세포가 立方上皮性인 경우를 2.1.3.으로 한다. 양자의 중간형을 2.1.2.로 한다.

注 1 : 상기 3형중에 여러가지 像이 혼재할 때는 가장 우세한 조직형으로 분류한다.

注 2 : 참고하여 위암조직분류와 對比해보면 대장의 고분화선암은 위암의 유두선암 및 선관선암고분화형에, 中分化腺癌은 腺管腺癌中分化型에 그리고 저분화선암은 胃의 저분화선암에 대체로 相當하다.

2.2. 粘液癌(膠樣癌)(圖 8)

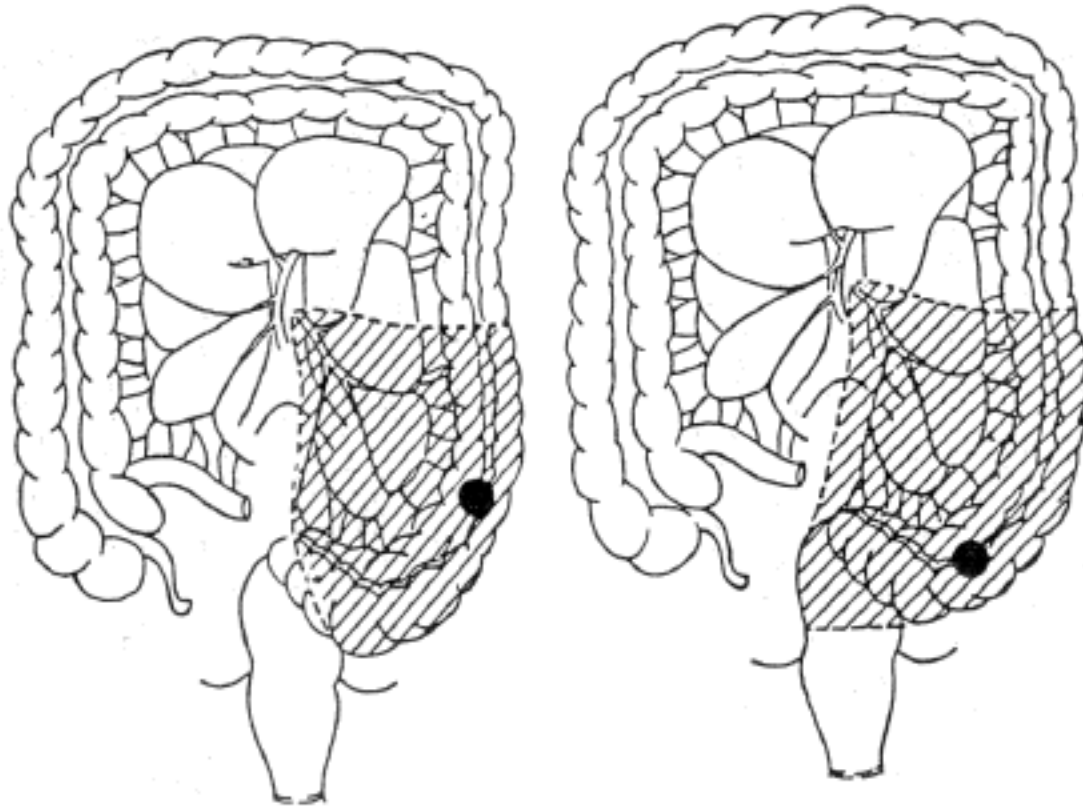


圖 11.

주로 세포밖에 다량의 점액을 산출해, 점액의 결절을 형성한다(粘液結節型). 암세포는 불완전한 선관을 형성하거나 印環細胞로서 점액중에 浮遊한다.

2.3. 印環細胞癌(圖 9)

주로 암세포내에 점액이 저류하고, 암세포는 인환상을 보이나, 선관형성은 보이지 않음. 또 점액조직화학적(Histochemical)으로도 超微形態的(ultrastructural)으로도 암세포는 장의 杯細胞(goblet cell)에 유사한 점이 많다.

2.4. 扁平上皮癌

대장점막에서 발생하는 것은 드물다.

注: 항문관상피에서 발생하는 것은 항문관의 편평상피암으로 분류한다.

2.5. 腺扁平上皮癌(圖 10)

동일한 암에 선암과 편평상피암에로의 분화가 공존하고 있는 것이다.

2.6. 微分化癌(圖 11)

암의 분화방향이 상기의 各癌型이 어느쪽으로 향해도 보여지지 않는 것으로 선관형성은 보이지 않고 점액생성도 확실치 않다.

3. Carcinoid 腫瘍(圖 12)

소화관의 내분비계 세포를 根源으로 한다고 생각되며, 기본적으로 악성성격을 가진 종양이다. 다음과 같은 조직학적 특징을 갖고 진단근거로 한다. 즉, 작은핵을 갖는 균일한 세포로부터 생기고 Ribbon狀 내지 胞巢狀으로 침윤해 확실하게 통상의 선암과 양상을 달리한다. 間質은 때로는 硝子化를 보인다. 드물게 점액산생분화를 보이는 세포가 섞인 경우가 있다. 또한 argentaffin 및 argyrophil 염색이 어느 것에도 양성을 보이지 않는 것이 있기 때문에 전자현미경관찰을 시행해서 내분비과립의 존재를 확인하는 것이 바람직하다.

4. 非上皮性腫瘍

4.1.1. (圖 13)

주로 고유근층에서 발생하는 종양으로, 때로 핵의 柵狀配例를 보인다.

4.1.2. 神經鞘腫 및 神經腺鞘維腫

von Recklinghausen병의 경우, 장관에 다발하는 것이 있다.

4.1.4. 脈管性腫瘍

임파관腫, 血管腫, 血管球腫(glomus腫瘍), 血管平滑筋腫 등이 있다.

4.2.1. 平滑筋肉腫

다각형으로 淡明의 세포가 上皮樣으로 배열한(epitheloid leiomyoma) 세포에 풍부한 특이한 종양이다. 통상의 평활근육종과 달리 전이형성이 낮고, 또 적다. 한때는 양성종양으로해서 취급되었으나 근본적으로 악성종양의 범주에 넣어야 될 것이다. 다른 간엽성 종양과 혼동되기 때문에 주의가 요한다.

5. 임파세포계 종양(임파細胞系 腫瘍)

임파세포계 종양에 관해서는 현재 재분류가 국제적으로 시도되고 있다. Hodgkin 병에 있어서는 약간 그 아분류(亞分類)에 관해 의견의 일치를 보이나, 세망육종(細網肉腫)내지 임파육종에 관해서는 아직 통일된 견해를 갖지 못해서 우선 종래대로의 분류를 적용한다. 이러한 종양의 명명이 국제적으로 변경결정되는 그 날 그것에 따른다.

5.1. 세망육종(細網肉腫 圖 15)

타장기의 세망육종의 조직상의 등모양이다.

8. 종양양병변(腫瘍樣病變)

8.1. Peutz-Jeghers 症後群(圖 16)

소화관 polyposis와 피부 및 점막에 색소침착증을 합병하는 유전성질환으로 polyp은 위, 소장, 대장에 산재성으로 출현한다. polyp과 樹脂狀으로 분지하는 점막근판(粘膜筋板)을 축으로 증생한다. 상피세포는 점액생성이 활발하나, 이형(異型)은 보이지 않는다.

8.2. Cronkhite Canada 症後群(圖 17)

소화관 polyposis와 禿頭症(전신의 탈모도 보임) 피부색소침착, 爪萎縮, 소화관 단백누출증을 합병하는 질환으로 polyp은 소화관 전역에 다발한다. 그 polyp은 조직학적으로 낭포상으로 확장된 선관과 浮腫性的의 間質에서 된다.

8.3. 약년성 polyp(圖 18) 및 polyposis

주로 소아에 발생하나, 때로는 성인에도 발생하는 비종양성병변이다. 육안적으로 發赤이 강한 有莖性 polyp으로, 조직학적으로 소낭포상으로 확진된, 이형을 동반하지 않는 선관과 저명하게 부종성의 넓은 간질을 갖고, 종종 출혈이나 미관을 보인다. 드물게 다발성의 polyposis가 있다.

8.4. 양성 임파세포성 polyp 및 polyposis

polyp은 임파세포(濾胞)의 증생(症生)과 그것을 덮는 대장점막으로 된다. 단발로 된 것은 직장에 호발하고, polyposis에서는 대장전체에 걸쳐 발생한다.

8.5. 화생성(化生性) polyp(Metaplastic polyp, Morson)(圖 19)

육안적으로는 창백 평활한 표면을 갖고, 대부분 직경 5mm이하의 편평한 非腫瘍性小病變이다. 조직학적으로는 점막근관의 疎開를 동반하고, 腺管의 延長, 管腔의 擴大 및 鋸齒狀(톱니)樣相이 특징이다. 또한 上皮細胞에는 異型은 없고, 好酸性으로 杯細胞(goblet cell)의 저명한 감소를 보인다.

異型이 적은 大腸腺腫과의 감별이 중요하며, 상기의 특징이며 포층상피에 착안한다면 化生性 polyp에서는 異型이 전혀없고, 腺腫에는 꼭 어느 정도의 異型이 있다는 것이 감별점이 된다.

過刑成 polyp(hyperplastic polyp)이라고도 불린다.

8.6. 過刑成性 結節

限局性的의 大腸粘膜炎의 過刑成으로, 肉眼的으로도 창백한 小polyp狀에 보이나 8.5.의 특징을 갖고 있지 않다. 또한 점막근관의 변화도 없다.

8.7. 염증성 polyp 및 polyposis(圖 20)

주로 궤양성 대장염에 보이나, 그밖의 대장의 염증성 질환에도 보이는 경우가 있다.

8.8. 大腸深在性囊胞症(圖 21)

深在性囊胞에 의한 polyp狀 용기를 보이는 병변으로 限局型과 미만型和 전자는 직장의 고립성 궤양과의 관련되고 후자는 대장의 미만성 염증성병변과의 관련이 지적된다.

8.9. 子宮內膜症(圖 22)

腸壁內에 異所性으로 子宮內膜組織이 島狀으로 존재하는 병변이다.

b. 虫 垂

1. 上皮性腫瘍

1.1.1. 粘液囊胞腺腫(圖 23)

粘液產生性的 高圓柱上皮에서된 囊胞性的 腺腫으로 組織學的으로 양성이다. 虫垂內腔은 점액으로 채워진 다.

1.2.1. 粘液囊胞腺癌(圖 24)

점액을 생산하는 囊胞狀의 腺癌으로, 잘분화된 것이 많으나, 虫垂壁에 침윤한다. 腹膜偽粘液腫(pseudomyxoma, peritonei)을 만드는 일이 있다.

2. Carcinoid 腫瘍(圖 25)

虫垂는 Carcinoid 腫瘍의 호발부위여서, 전형적인 것은 argentaffin 염색양성, 또 많은 것이 argyrophil 염색양성이다.

c. 肛 門 管

본 규약에서는, 항문관은 주로 육안적 검사의 단계에서 결정된다. 만일, 조직절편상으로 항문관의 범주를 결정하는 경우에는 上限은 대체로 內肛門括約筋의 상단을, 하한은 肛門周圍皮膚과의 이행부를 지표로 한다. 조직학적으로는 直腸粘液部, 移行帶上皮部(重層立方내지 重層圓柱上皮로 된다) 및 소위 肛門上皮部(重層扁平上皮에서 毛根, 皮脂腺, 汗腺이 없는)으로 나눌 수 있다. 또한, 항문관에는 粘膜下層부터 괄약근 층에 걸쳐서 肛門腺이 보이며 肛門陰窩에 개구한다.

1. 良性上皮性腫瘍

直腸型粘膜部の 腺腫은 大腸腺腫의 분류에 準한다. 그외의 부위에서는 囊胞腺腫, 乳頭腫등이 있다.

2. 惡性上皮性腫瘍

2.1.1. 直腸型

항문관 直腸粘膜部에 발생한 통상의 腺癌 및 粘液癌은 반드시 直腸型으로 明記한다.

2.1.2. 肛門腺由來腺癌(또는 粘液癌)(圖 26)

病變의 근원이 肛門管內壁에 있고, 암조직은 점막에 거의 보이지 않는 극히 드문 腺癌이다.

2.1.3. 痔瘻에 합병된 腺癌(또는 粘液腺)(圖 27)

치루의 긴 既往症이 있는 항문관벽내에 발생하고, 粘液을 생산하는 腺癌이 많다.

2.2. 扁平上泥癌(圖 28)

移行帶上皮 및 肛門上皮에서 발생한다.

2.5. 類基底細胞癌(圖 29)

조직학적으로 피부의 기저세포암에 유사한 特異型이다.

2.6. 그외의 癌

印環細胞癌, 粘表皮癌, 分類不能의 癌등이 들어간다.

3. 惡性黑色腫(圖 30a, 30b)

齒上腺附近에서 발생하고, 통상의 melanin 색소를 형성하고 있으나, 無色素性的 것도 있다.

4. 腫瘍樣病變

尖圭 Condyloma, 肥厚肛門乳頭, 肛門腺의 貯留囊胞, 粘膜炎腫, 肉痔核 등이 있다.

III. 大腸癌診斷에 衣한 生檢組織判定基準 ; 生檢 group 分類

1. 原則

대장점막의 생검재료를 대상으로하고, polypectomy 재료는 제외한다.

2. 分類

생검조직의 이형도에 따라 다음과 같이 분류한다.

- Group I : 이형이 없는 것. (圖 1)
Group II : 경도의 이형을 동반하는 것. (圖 2,3)
Group III : 이형이 꽤 강한 것. (圖 4,5)
Group IV : 이형이 고도로 강하고 암이 의심스러운 것. (圖 6)
Group V : 암이 확실 (圖 7,8)

注 1 : 한개의 선종 안에도 이형도는 부위에 따라 다른 경우가 있기 때문에, 작은 생검조직의 이형도가 선 종전체의 이형도를 꼭 보여주는 것이 아니다.

注 2 : polypectomy의 재료의 조직진단에는 생검 Group 분류를 적용하지 않는다.

注 3 : poly의 취급에 관해서는 절제표본의 취급방법(13項 B. III), 및 polyp 적출을 증례의 취급(14項 B. IV)을 참고할 것.