




学位論文審査の結果の要旨

審査区分 課・論	第615号	氏名	Boldbaatar・Gantuya
審査委員会委員	主査氏名	白民 国昭	
	副査氏名	上村 尚人	
	副査氏名	北谷 通樹	
<p>論文題目 Evaluation of serum markers for gastric cancer and its precursor diseases among high incidence and mortality rate of gastric cancer area 胃癌罹患率と死亡率の高い地域における前癌病変と胃癌検査血清マーカーの評価</p> <p>論文掲載雑誌名 Gastric cancer</p> <p>論文要旨 Mongolia has the highest mortality rate of gastric cancer. The early detection of cancer and down-staging screening for high risk patients are essential. Therefore, this study was performed to validate serum markers for stratifying patients for further management. Totally 752 non-cancer and 50 consecutive gastric cancer patients were involved. The corpus chronic gastritis (72%: 36/50 vs. 56.4%: 427/752), corpus atrophy (42.0%: 21/50 vs. 18.2%: 137/752) and intestinal metaplasia (IM) (64.0%: 32/50 vs. 21.5%: 162/752) were significantly higher in gastric cancer than non-cancer patients, respectively. The best serum marker to predict the high risk status was PGI/II < 3.1 (sensitivity 67.2%, specificity 61%) and PGI/II further reduced to < 2.2 (sensitivity 66%, specificity 65.1%) together with PGI < 28 ng/mL (sensitivity 70%, specificity 70%) were the best prediction for gastric cancer. The best cut-off point to diagnose H. pylori infection was anti-H. pylori IgG > 8 U/mL. Multivariate analysis showed that PGI/II < 3.1 remained to increase risk for gastric cancer. Conclusion: The serum diagnosis using PGI/II < 3.1 cut-off value is valuable marker to predict high risk patients for population based massive screening.</p> <p>本研究は胃癌血清マーカーに関する検討であり、今後のモンゴルの胃癌検診に大いに寄与するものとする。本論文は審査員の合議により学位論文に値するものと判定した。</p>			

最終試験

の結果の要旨

学力の確認

審査区分 題・論	第615号	氏名	Boldbaatar・Gantuya
審査委員会委員	主査氏名	白尾 国昭	
	副査氏名	上村 尚人	
	副査氏名	北谷 正樹	
<p>学位申請者は本論文の公開発表を行い、各審査委員から研究の内容について以下の質問を受けた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)胃癌 50 症例の stage、組織型 はどうであったか？ 2)分化型 と未分化型癌の背景胃粘膜に違いがあったか？ 3)胃癌 50 例の炎症所見について、50 例のほとんどが進行癌だったそうだが、一般的に進行癌では癌の浸潤に伴う周囲組織の物理的破壊により炎症が惹起されるので、増幅された炎症像をみている可能性が危惧される。その可能性を回避するために注意したことは？ 4)Antrum に限局する胃炎と、corpus に及ぶ胃炎は、病態生理学的に異なると考えてよいのか？ 単に、severity の違いである可能性は？ 5)各タイプの胃炎が混在することがあるか？混在する場合の判定方法の取り決めは？ 6)HP 陽性率は癌の組織型によって異なったか？ 7)胃癌発症率トップ3の韓国、日本、モンゴルの H. pylori について。前者2国では病原性の高い東アジア型 CagA を有する H. pylori が優勢で、胃癌発症に深く関与している。一方、モンゴルは病原性の低い西洋型 CagA の H. pylori が優勢である。モンゴルの胃癌発症率が高い理由は？H. pylori 以外の発癌因子として何が考えられるか？ 8)モンゴルと同様に西洋型 CagA の H. pylori が優勢なタイでは、胃の炎症が軽微で萎縮もほとんどみられず、胃癌発症率も低い。炎症や萎縮の程度はタイに比べてどうか？ 9)分化型癌と未分化型癌では血清マーカーを含めた発がんリスク因子に違いがあったか？ 10)胃がんの発生率と死亡率が国によって異なる原因は？ 特に、人種的には近いと思われるモンゴル人と日本人/韓国人を比較すると、両国ともに胃がんの発生率が高いもののモンゴル人での胃がん死亡率は、日本人/韓国人のそれより圧倒的に高いがその主要因は何か？ 外因的要因（例、医療環境）の違い以外に、antral gastritis と、corpus gastritis の違いで死亡率の差を説明できるのか？ 11)モンゴルの5つの地域を選んで調査しているが、病態や病気の進行に及ぼす内因性、または外因性の要因に違いはないのか？ あったとしたら、5つの地域のデータをひとつにまとめることに正当性はあるのか？ 層別化した解析は存在するのか？ 12)本研究の非癌組織はモンゴル各地から採取されているが、癌組織は首都ウランバートルだけからである。今後、各地の癌組織を採取して比較解析することは考えているか？ 13)日本とモンゴルにおける胃癌検診の実態の違いは？ <p>これらの質疑に対して、申請者は概ね適切に回答した。よって審査委員の合議の結果、申請者は学位取得有資格者と認定した。</p>			

(注) 不要の文字は2本線で抹消すること。