

## ■出席者（敬称略、五十音順）

- ・ 委員長：上野秀樹
- ・ 委員：石原聡一郎、伊藤雅昭、猪股雅史、浦岡俊夫、大植雅之、岡島正純、金光幸秀、河内 洋、絹笠祐介、九嶋亮治、幸田圭史、小林宏寿、斎藤 豊、菅井 有、関根茂樹、田中信治、田中屋宏爾、村田幸平、八尾隆史、山口研成、山口茂樹（欠席）、山崎健太郎、山田一隆、他オブザーバー15名
- ・ アドバイザー：味岡洋一、池 秀之、固武健二郎、島田安博、富田尚裕、橋口陽二郎
- ・ 事務局：岡本耕一

## ■会議内容

## 1. 委員長挨拶（新委員・アドバイザーの紹介）

委員長より、新委員に就任した菅井委員、田中屋委員、山崎委員の紹介と、新アドバイザーの報告があった。

## 2. プロジェクト研究成果の取り扱い規約への反映

## ○「肛門管癌の病態解明と Staging に関する検討」 山田委員

TNM 分類（UICC 8<sup>th</sup>）の概要と、本邦は欧米と比較して扁平上皮癌の割合が少ないという背景の説明があった。本邦の Stage 0 を除く 295 症例の肛門管扁平上皮癌を解析した結果、T4（大きさに関係なく隣接臓器に浸潤する腫瘍）71 症例のうち、T4a（最大径が 5cm 以下）41 症例と T4b（最大径が 5cm を超える）30 症例に細分化して比較すると、全生存に関する Hazard Ratio が T4a、T4b の順に 2.89、4.97 で T4b が不良であった。新たな Stage 分類（Stage IIIA より予後良好の T4aN0M0 を Stage IIIA に、T3N1M0、T4aN1M0、T4bN0M0 を Stage IIIB に、特に予後不良の T4bN1M0 を Stage IIIC に分類）が提案された。委員長より、本提案の根拠となる解析に用いた症例数が少ないこと、Hazard Ratio の 95%CI の大きなばらつきが問題点として指摘された。小林委員より、現在は申請により 2013 年までの大腸癌登録データが使用可能との情報提供があった。さらに委員長より、本邦の症例でも TNM 分類に概ね適応可能であることの確認ができたことが本研究成果であると考えられること、T4 の細分類を設けることはエビデンスレベルを考慮すると議論の余地があり、細分類の導入による臨床への具体的な利点を明らかにすることが必要であるとの見解が示された。

## 3. 規約第9版の問題点の拾い上げと改訂（第3回）（委員に配布済みの改訂案を用いて議事進行）

## ○ 検討課題番号 01：直腸の区分

委員長より、過去の日本大腸肛門病学会雑誌に掲載されている直腸の区分に則り（山本雅由. 骨盤神経叢の局所解剖. 日本大腸肛門病学会誌 48; 1009-1016, 1995.）、これに準拠した腸管軸を基準とする分類案が提案された。大植委員より、第9版 14 頁図 6 に示される仙骨の関節面に沿ったラインで直腸を分けるという提案があった。

## ○ 検討課題番号 04：pT4b の定義

臓器が癒着して pT3、pT4 の判断が困難である場合の pT 分類の規定について、第5回会議での議論内容と、TNM 分類には pT4b と読み取れる内容が記載されていることが改めて委員長から紹介され、組織学的に炎症の影響で腸管の筋層外脂肪と隣接臓器の筋層外脂肪の境界が不明瞭となっている領域に癌細胞が存在する場合は“pT4b(adhesion)”と記録する案が提案された。オブザーバーより、組織学的に境界不明瞭で外科医の判断で T4b と診断するのであれば“pT4b”とする記載は不要ではないかという発言と、国際基準を外挿するのではなく病理委員間での議論も実施したいとの発言があった。関根委員より、実際の標本では腹膜のラインが予測できないため診断のばらつきが発生するとの懸念が示された。河内委員より、迷ったら pT3(adhesion)にするという提案があった。委員長より、該当の病変を pT3、pT4 いずれに扱うべきかの根拠がない以上、国際基準に準じ、かつこれが一般的な pT4 とは異なることを明確にすることが必要であり、これが“pT4b(adhesion)”提案の趣旨であると説明された。

## ○ 検討課題番号 38：「組織学的所見」の評価部位

委員長より、TNM 分類では tumor deposit の脈管侵襲や神経侵襲などの所見は夫々の因子のグレードに反映することが規定されているという紹介があり、組織型、浸潤増殖様式、脈管侵襲、神経侵襲、簇出、リンパ節構造のない壁外非連続性癌進展病巣の 6 項目について、原発巣とリンパ節郭清にて摘出された腫瘍組織の所見を総合して診断することを記載するとの提案が示された。味岡アドバイザーより、リンパ節転移をきたす時点で腫瘍の脱分化が生じているため、組織型に関しては原発巣のみで判断した方が良いのではないかという意見があった。

## ○ 検討課題番号 62：薬物治療、放射線治療の組織学的効果判定基準

委員長より、国際的には複数の基準が提案され、統一された国際基準は無いことが説明され、新たな組織学的効果判定基準を当規約に用いることは難しく、敢えて変更する場合には新たな WG で検討する必要性が示された。味岡アドバイザーより、病理学的には腫瘍があるか・消失しているか程度の評価しかできないことが説明され、WG での検討に賛同する旨の発言があった。八尾委員より、胃癌の判定基準をたたき台にして検討する方向性が提案された。金光委員より、JCOG では海外の基準を参考にしており WG でも新たな基準作成は困難ではないかとの意見があった。山口(研)委員より、現基準はほぼ使用しておらず、術前化療の結果を術後の同一レジメン再使用時の参考に用いる際くらいであろうかといった化学療法領域の実情が説明された。味岡アドバイザーより、まずは診断再現性の観点から病理委員会で検討することが提案された。菅井委員より、本課題のみならず、病理関連の他の課題に関しても本委員会からの具体的な検討指示に基づき病理委員会で議論したいとの発言があり、委員長より、関連する諸問題については病理委員会での検討を依頼する事とするとの回答があった。

## ○ 検討課題番号 65, 66：SM 浸潤度の計測

委員長より、有茎性病変の浸潤距離測定法が不明瞭とする意見が散見されるため、病理委員会にて「図 8 T1 癌の浸潤距離の測定法」「図 18 SM 浸潤距離の実測法」を再検討いただきたいとの依頼があった。