

大腸癌研究会『規約改訂委員会』
第9回 web 会議（2024 年 12 月 1 日）※内科・病理領域の改訂課題の検討
議事録

■出席者（敬称略、五十音順）

- ・ 会長：味岡洋一
- ・ 委員長：上野秀樹
- ・ 委員：浦岡俊夫、河内 洋、九嶋亮治、斎藤 豊、関根茂樹、田中信治、田中屋宏爾、村田幸平、山崎健太郎
- ・ アドバイザー：島田安博
- ・ 事務局：岡本耕一

■会議内容

規約第9版の問題点の拾い上げと改訂（内科・病理領域）：委員に配布済みの改訂ワークシートと味岡会長作成の浸潤距離の測定法-改訂案を用いて議事進行

○ 検討課題番号 追加：R0 評価を正確にするため、第一切片と最終切片を垂直方向に切り出すシェーマの付記（70 頁）

味岡会長より、「辺縁切片」という用語が規約に無く、記載すると本内容の説明が容易となるとの意見があった。斎藤委員より、腫瘍が辺縁切片に及ぶ場合には垂直方向に切り出すことも一法としてシェーマに付記する提案があった。田中委員より、病理医への負担を考慮し、細かな記載はせず付記として記載すること、断端の診断時にマクロ所見を考慮すること、標本張り付けの重要性を盛り込むと良いとの意見があった。委員長より斎藤委員へ、本議論内容を考慮した文章とシェーマを作成いただくよう依頼があった。

○ 検討課題番号 29：垂直断端の記載法（25 頁）

関根委員より提供いただいた写真と注2の説明文について、田中委員より VM1(M)を M 癌と臨床側が誤認する危険性を回避するように記載を再考すべきとの意見があった。河内委員より、SM 癌の可能性を否定できないことを深達度の部分に記載する提案があり、自施設では pTis or deeper と記載しているとの紹介があった。味岡会長より、VM1(M)の場合には非専門医にも理解し易いように、所見内に T1 癌の可能性があることを日本語で記載するのが良いとの意見があった。村田委員より、大腸癌治療ガイドラインに従うと、VM1(M)の場合は断端陽性であるにも関わらず追加治療不要となるとの指摘があり、斎藤委員よりその扱いはガイドラインで決めれば良いとの回答があった。以上より、注2に「VM1(M)の場合には、T1 癌の可能性があることを付記する。」と追記する方針となった。臨床的な扱いについては、ガイドライン内でパターン化して説明いただくのが良いという見解となった。

○ 検討課題番号 64, 65, 66, 67：T1 癌と有茎性病変の浸潤距離の測定法（34 頁）

まず味岡会長より浸潤距離測定法に関する文章の改訂案の説明があった。田中委員より head において粘膜下層への massive な浸潤癌が head invasion (pT1a) と誤解されないかという懸念が示され、委員長より改訂案注3の「有茎性病変で粘膜筋板の錯綜などにより浸潤距離測定の始点となる粘膜筋板が同定できない場合」の「など」を除外し、基準線を設ける場合は粘膜筋板錯綜型のみであることを示す必要があるとの意見があった。その理由として、浦岡委員が担当される pT1 プロジェクトの付随研究において I p 型 pT1 癌の 51%が head invasion と診断され、3.2%(7 例)が再発していることが紹介され、head invasion を厳密に診断する必要性が強調された。味岡会長の合意を得、「など」を削除することとなった。味岡会長より筋板の同定のためにデスミン染色を必須とするかを議論してほしいとの提案があった。村田委員からのデスミン染色を行うことにより筋板錯綜の一致率が上がるかとの質問に対し、味岡会長と河内委員からデスミンは染色性が低下することがあり絶対的なものではないと説明された。このほか、斎藤委員より PG と NPG を理解したうえで head invasion を診断する必要があるとの意見があった。九嶋委員より、pT1b 癌と診断すべき腫瘍を head invasion と診断する一般病理医がある程度存在する印象があるため、大腸癌を専門としない病理医にも理解できる規約作成の必要性が指摘された。以上の議論を踏まえ、味岡会長より文章を再度ご提案いただく方針となった。

次いで味岡会長より提案された病理写真の改訂案を議論した。委員長より（1）提示された写真の腫瘍は、腫瘍内部で筋板が錯綜している状態であるが、本来は両サイドで立ち上がる粘膜筋板が腫瘍に近接するレベル（茎部や頸部）で錯綜している状態を「粘膜筋板錯綜型」と考えるのではないかと、（2）粘膜筋板が異なる深度に断片化した状況はもはや基準線と見なすべきでなく、腫瘍表層から図ることが浸潤度の過小評価を回避する上で妥当ではないかと、との指摘があった。河内委員より、病理委員会では MM 癌は Tis に分類し、SM 癌にしないと判断するとコメントがあった。九嶋委員より、粘膜筋板が微妙で判断できない場合は、現状では粘膜表層からの距離と粘膜筋板からの距離を共に記載しているとのコメントがあった。味岡会長より、筋板錯綜の判定に迷いがある場合は、表層から測定する方法が妥当かもしれないと意見があり、本会議で用いた写真について複数の病理医にアンケートを行いたいとの意見があった。なお委員長より（2）の観点からは、腫瘍内の粘膜筋板の存在を把握するためにデスミン染色を要するような症例は、そもそも粘膜表面から距離を測定すべきではないかとの意見も挙げられたが、病理医間で判定の一致率を上げるためにはデスミン染色を行い、筋板の欠損距離を定めると良いとの意見（関根委員）や、判断に迷う場合はデスミン染色を参考にすると記載したほうが良いとの意見があった（九嶋委員）。なお、味岡会長から、浸潤距離についてはどこから測定したか（表層 or 粘膜筋板）を付記するのが良いとの意見があった。以上の議論を踏まえ、粘膜筋板の判定法、浸潤距離の測定法、病理写真を味岡会長より再度ご提案いただくこととなった。