

■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、大植雅之、岡島正純、金光幸秀、川合一茂、河内 洋、絹笠祐介、九嶋亮治、幸田圭史、小林宏寿、関根茂樹、田中屋宏爾、村田幸平、八尾隆史、山田一隆
- ・ アドバイザー：富田尚裕
- ・ 事務局：岡本耕一

■規約第9版の改訂課題（外科・病理領域）の検討 ※委員に配布済みの改訂ワークシートを用いて議事進行

○ 検討課題番号4：pT4bの定義（11頁）

委員長より、本委員会より「pT3(adhesion)」のカテゴリー分類を病理委員会に提案したが、第101回大腸癌研究会での病理委員会において、診断できないものにカテゴリーを設けることはできない等の理由にて、「pT3(adhesion)」の新設は難しいと結論されたことが説明された。一方、今回の一連の議論を通じて、病理医間でpT4bの概念が曖昧であることが判明し、国際的にも定まっていないため、本規約において明確に示す意義はある。カテゴリー新設の前段階の過程として境界がわかるものはpT4bと診断することを実践すべきとの意見があり、議論の結果、「pT3(adhesion)」という新たなカテゴリーを設けることは現時点では難しいものの、臨床的立場からは、左から3つ目のシェーマ（隣接臓器の脂肪組織浸潤）の状況にある腫瘍を「T4b」と診断することを規約に盛り込むことの意義は大きく、これを病理委員会に提案することとした。

○ 検討課題番号9：壁深達度（リンパ節領域における脈管侵襲の扱い）（11頁）

第11回全体会議において、規約における壁深達度の定義（直接浸潤ではなく、壁内の腫瘍最深部を壁深達度と判断する立場を採択しているスタンス）を明確に記載すべきとのご意見が杉原前会長よりあり、委員長よりこの指摘を反映させた注7の改訂案が示された。議論の結果、「注7：病理組織学的壁深達度のT1～T3の判定は、SM～SS/Aに存在する腫瘍の最深部を評価する。癌浸潤の最深部が脈管/神経侵襲である場合は、その旨を記載する。なお、リンパ節として提出された標本中の脈管侵襲は壁深達度の判定所見に含めない。」とすることで合意に至った。

○ 検討課題番号32：C-RaにおけるRM（外科剥離面）の記載省略（25頁）

第10回WEB会議の議論を経て考案された改訂案について、特にRM0が亜分類カテゴリーでも用いられることの煩雑性・予測される困難が許容されるかを議論した。その結果、「亜分類としてのRM0」、「RM-N/A」の新規カテゴリーを設けるメリットは臨床的には乏しいことを確認し、RM0の定義に関する最終的な改訂案（RM0：外科剥離面に癌浸潤を認めないか、腫瘍周囲に外科剥離面が存在しない。）を決定した。RMが存在しない症例ではRMを記載しないとの意見が病理委員には根強く存在したが、欠損データとの区別がつかないデメリットの大きさを重視した。また、病理医が外科剥離面を把握できるように、インキング等のマーキングを行うことを本改訂では推奨すること（67頁の漿膜面の肉眼観察と触診）を再確認し、関連する「切り出し」の記述の改訂（68, 69頁）についても合意を得た。

○ 附-TNM分類、ほか 検討課題番号3, 4：NDの記載法（104頁）

NDにおいてV+とPn+の両者が存在することがあるため、「リンパ節転移とND（ND(V+)、ND(Pn+)）の別」という従来の記載を、「リンパ節転移とND（ND(V+)、ND(Pn+)、ND(V/Pn+)）の別」に変更する改訂案が委員長より示され、異論無く合意に至った。

○ 附-TNM分類、ほか 検討課題番号8：病理報告書の統一フォーマット（106頁）

病理報告書の統一フォーマットの必要性を病理委員に確認し、チェックリストが存在するのでこれを活用すれば良いとの結論に至った。わかり易い部位に配置する方針とした（食道癌規約に合わせて前方に配置）。

○ 検討課題番号追加：術式名と定義の明確化（21頁）

固武前委員長からご提供いただいた情報を共有のうえ、「手術の種類」細分、「術式の定義」記載の意義について議論した結果、規約内に術式の定義が記載されていることが望ましいとの見解に達した。国際的のみならず、国内でもコンセンサスを得た術式分類や術式の定義が無い状況で、新たに手術名の細分化や、全ての術式に定義を設けることはハードルが高く慎重性を要するが、全国登録の観点からも取扱い規約における術式定義の明確化の必要性が高いため、規約10版での改訂目標とすることができると今後検討することとなった。なお、規約7版に記載されている結腸右半/左半切除術の定義については、標準的解剖の症例における記述として妥当であり、10版で再掲することには意義があると結論された。