

第 86 回大腸癌研究会リンパ節委員会 議事録

日時：2017 年 1 月 19 日（木）10:00-11:00

場所：場所：アイーナ（会場 802）（盛岡）

出席者（敬称略、順不同）：防衛医科大学校、神藤英二、長谷和生。大阪府立成人病センター、大植雅之、安井昌美。横浜市立大学、大田貢由。帝京大学、橋口陽二郎、端山 軍、岡本耕一。国立がんセンター東、伊藤雅昭。東京女子医科大学、小川真平、板橋道朗。済生会横浜市南部病院、池 秀之、長谷川誠二。久留米大学、衣笠哲史。駒込病院、森 武生、高橋慶一。国立がんセンター、塚本俊輔。佐野市民病院、固武健二郎。栃木県立がんセンター、小澤平太。高野病院、岩本一亜。新潟大学、杉野英明。練馬光が丘病院、小西文雄。近畿大学、肥田仁一。

テーマ：規約におけるリンパ節取扱いの諸問題。

I. 病期分類改訂

その 1: 腸管傍と中間リンパ節の転移個数 7 個以上と N3 を new IIIc に：規約の「N3」・「リンパ節転移は最大の予後因子」という考えを基調にした Staging。

（N2 を N2a 腸管傍／中間 4-6 個と N2b 腸管傍／中間 7 個以上に）

N1: 腸管傍/中間 1-3

N2a: 腸管傍/中間 4-6

N2b: 腸管傍/中間 7 以上

N3: 主/側方転移

（N2a を IIIb、N2b/ N3 を IIIc に）

	N0	N1	N2a	N2b/N3
T1	I	IIIa	IIIb	IIIc
T2	I	IIIa	IIIb	IIIc
T3	II	IIIa	IIIb	IIIc
T4	II	IIIa	IIIb	IIIc

全国集計を用いて神藤委員が、フォローアップ研究会データを用いて橋口委員が検討：症例分布に偏りなく、生存率に Crossover なし。

分別能 (AIC, C-index=27292, 0.6046) は規約 (27338, 0.5950) に勝るが、TNM (27262, 0.6093) に劣る。

その2 (橋口・神藤案) : リンパ節分類も病期分類も TNM と同一か近似したものが求められる。そこで N3 を N2b とする TNM N2b modified。

N1: 1-3 regional

N2a: 4-6 regional

N2b: 7 or more regional, or 主/側方転移

	N0	N1	N2a	N2b
T1	I	IIIA	IIIA	IIIB
T2	I	IIIA	IIIB	IIIB
T3	IIA	IIIB	IIIB	IIIC
T4a	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC
T4b	IIIC	IIIC	IIIC	IIIC

TNM (59447, 0.6924) に勝る分別能 (59413, 0.6942) である。

分別能の高い順は1位: 「その2」, 「TNM」, 「その1」, 「規約」であるが僅差である。N3の要否、症例分布、生存率の range と crossover、簡便性等を考慮して至適分類を検討する。

英論文化:

1. TNM N2b modified 「その2」 vs. TNM (橋口委員)
2. リンパ節分類と病期分類における N3 の重要性 (神藤委員)
3. 至適リンパ節分類の構築 (cut off 数、N3 の挿入) (神藤委員)
4. 至適 Staging の構築 (橋口委員、神藤委員)
5. 転移部位に転移個数を加味した新分類「その1」の意義 (神藤委員)。

まず①「その1」 vs. 規約、続いて②「その1」 vs. TNM

規約は N3 を、TNM は N2b (7 or more) を予後不良因子とする。すなわち規約は転移部位を、TNM は個数を重視する。新分類の分別能は TNM に劣るが、日本では簡便性・保守性という利点がある。英論文としての Acceptability は TNM N2b modified (その2) vs. TNM ほどではないが、欧米 TNM 委員は「転移部位」に関心を持っているし、「症例分布に偏りなく、生存率に Crossover なし」に魅力を感じる。

6. TNM8th N2b modified vs. TNM8th (神藤委員)

II. 規約改訂委員会から求められた「側方領域の境界」の意見集約：前田規約改訂委員から「尿管下腹神経筋膜」と「膀胱下腹筋膜」について、もっと馴染み深い構造物（至適は動脈）で示すべきというアドバイス。

改訂案：

263P⇒外側：内腸骨動脈

内側：（尿管下腹神経筋膜）下腹神経～骨盤神経叢

頭側：内腸骨動脈分岐部 尾側：上膀胱動脈分岐部

263D⇒外側：（膀胱下腹筋膜）上膀胱動脈～臍動脈索、内陰部動脈～下膀胱動脈

内側：（尿管下腹神経筋膜）下腹神経・骨盤神経叢・神経血管束

頭側：上膀胱動脈分岐部 尾側：下膀胱動脈分岐部（or 陰部神経管）

283⇒外側：外腸骨動脈・内閉鎖筋

内側：（膀胱下腹筋膜）内腸骨動脈、上膀胱動脈～臍動脈索、内陰部動脈～下膀胱動脈

頭側：内腸骨動脈分岐部 尾側：肛門拳筋腱弓

（280（大動脈分岐部リンパ節）：大動脈分岐部）

（270（正中仙骨リンパ節）：外側 総腸骨動脈 背側：仙骨前面 頭側：大動脈分岐部下縁 尾側：内腸骨動脈分岐部）

III. 術前正診率向上と郭清精度向上のために CT 横断面と、それに相当する術中写真で 263, 283 領域を示す（4 枚= CT&術中写真 × 2）。前記 II「側方領域の境界」と前回指摘のあった「傍直腸と 263 の境界がわかる CT を」、「下膀胱動脈分岐部の写真を」、「側方領域を楕円で示すのではなく、郭清領域を点線で示す（赤須委員）」、「CT は右で術中写真は左：Figure legend にその旨を（小澤委員）」を考慮して大田委員が Figure & its legend を Brush up（できれば 6 枚以下）。

IV. 側方郭清及び術前補助療法の適応を左右する cN+の判定基準：MRI あるいは CT の横断面（スライス巾 5mm 以下）で間膜、側方ともに短径 5mm 以上（Ogawa et al. Ann Surg Oncol. 2016;23:1187-94）。続いて、cN(+) は壁深達度、間膜転移に勝る側方転移のリスクファクター（Ogawa et al. Int J Colorectal Dis. 2016;31:1719-28）。さらに、「cN 判定基準を加えた主成分分析による側方転移予測式」について英論文作成中（小川委員）。

V.規約改訂委員会から求められた「側方領域の境界」以外の意見集約（13 施設）

1. 領域リンパ節と郭清すべきリンパ節は、
一致させるべき：8 施設、一致は必須でない：1 施設。
273 を領域リンパ節として郭清：1 施設。
293 を領域リンパ節として郭清している施設なし。
2. RS/Ra、Rb の肛門側郭清範囲は、それぞれ 3cm、2cm：6 施設
RS、Ra/Rb の肛門側郭清範囲は、それぞれ 6cm、4cm：3 施設
PJ（至適切除距離）の結果待ち：4 施設
3. SMV 左側までで D3：8 施設。
SMV 左側までは D2：2 施設
PJ（至適切除距離）の結果待ち：2 施設
4. 主リンパ節の定義：動脈領域に所属するリンパ節（動脈起始部のリンパ節）。
左側結腸・直腸：IMA 根部より 2cm 程度までの切離は D3：4 施設。
（文責：肥田仁一）