

大腸癌研究会
微小大腸病変の取り扱い
プロジェクト研究班
研究結果

「内視鏡摘除の適応」プロジェクト研究班

・研究班の目標:

1. 内視鏡治療可能な大腸sm癌の通常内視鏡所見(色素撒布を含む)を明らかにし、治療指針を作成する。:終了
2. 5mm以下の大腸小病変に対する内視鏡治療指針を作成する(切除する、生検する、放置する、の基準)→微小大腸癌の取り扱いプロジェクト研究班

1. 2. に拡大内視鏡やEUSは用いない

微小大腸病変の取り扱いプロジェクト研究班

研究班の構成委員

齊藤裕輔(市立旭川病院消化器病センター長)

岩下明德(福岡大学筑紫病院病理部教授)

工藤進英(昭和大学横浜北部病院消化器病センター長 教授)

小林広幸(松山赤十字病院胃腸センター長)

清水誠治(大阪鉄道病院消化器内科部長)

多田正大(多田消化器クリニック院長)

田中信治(広島大学光学医療診療部長 教授)

津田純郎(福岡大学筑紫病院消化器内科助教授)

鶴田 修(久留米大学消化器病センター内視鏡診療部門教授)

平田一郎(藤田保健衛生大学消化管内科教授)

微小大腸病変の取り扱いプロジェクト研究班

【目的】

病理標本上大きさ5mm以下の微小病変の内視鏡所見を前向きに検討し、取り扱い上注意を要する内視鏡所見を明らかにし、微小病変の取り扱いについて指針を作成する。

【方法の提案】

微小病変を各施設から20病変ずつ提供していただき、それらの内視鏡診断、取り扱い（放置、生検、polypectomy、EMR、外科手術）について前向きに診断いただく。

微小大腸病変の取り扱いプロジェクト研究班

提供いただく病変について:

5mm以下のそれぞれの病理組織診断が明らかな腺腫、
粘膜内癌、sm癌を計20病変御提供いただく。
肉眼型は問わない(表面隆起型と隆起型が主体)。
sm癌の時の症例と重複しても可



癌のみではなく、腺腫も含める(日常よく遭遇する病変
は隆起型の腺腫がほとんどであるから)。
色素散布像は必須ではない

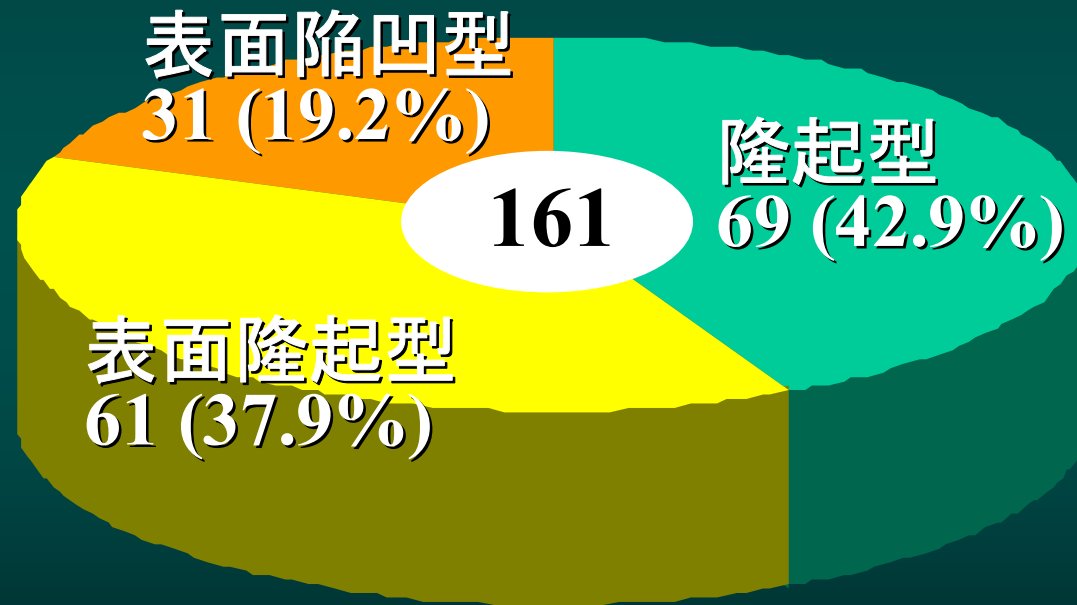
微小大腸病変の取り扱いプロジェクト研究班

期待される研究成果

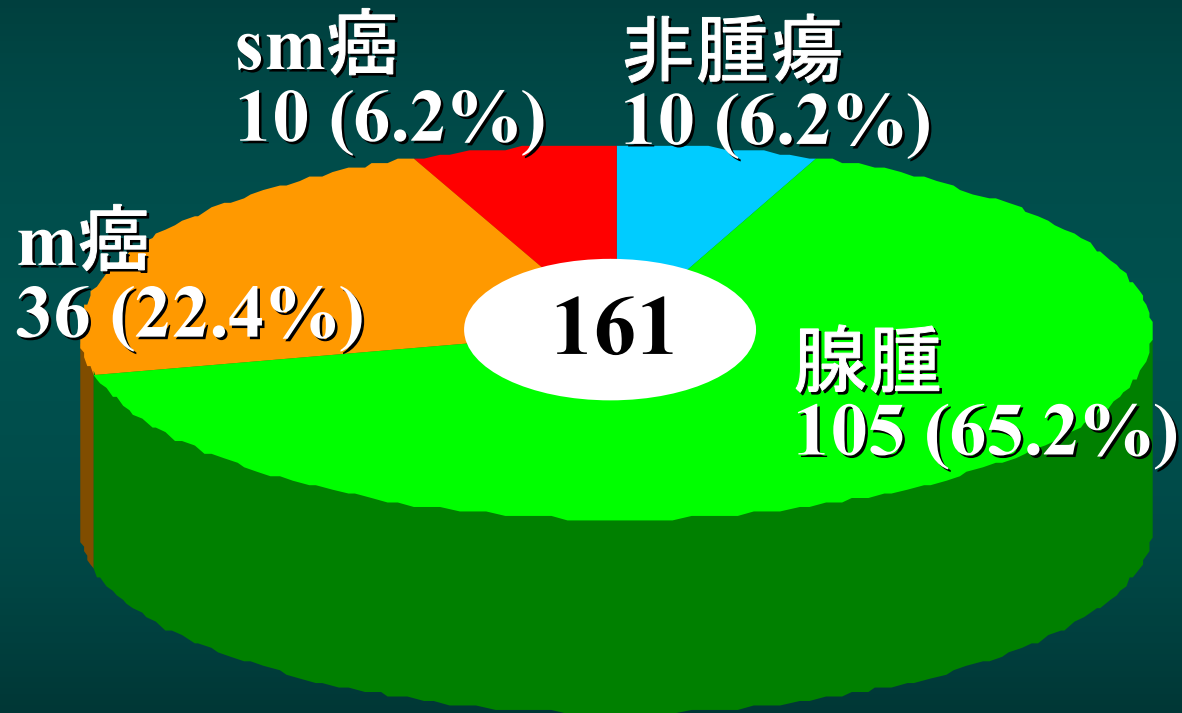
1. 異型度毎の(低異型度癌と高異型度癌)微小癌の内視鏡的特徴が明らかになる。
2. 色素散布を行うべき微小病変の特徴が明らかになる。
3. どのような所見に注意を払って治療法の選択を行っているかが明らかとなる。また、その所見の信頼度が明らかになる。
4. これらの結果をプロジェクト委員会で発表、意見交換を行い、特に、隆起型、表面隆起型の微小病変について放置、生検、治療、の基準を明らかにする。

結 果

对象症例-肉眼型別-



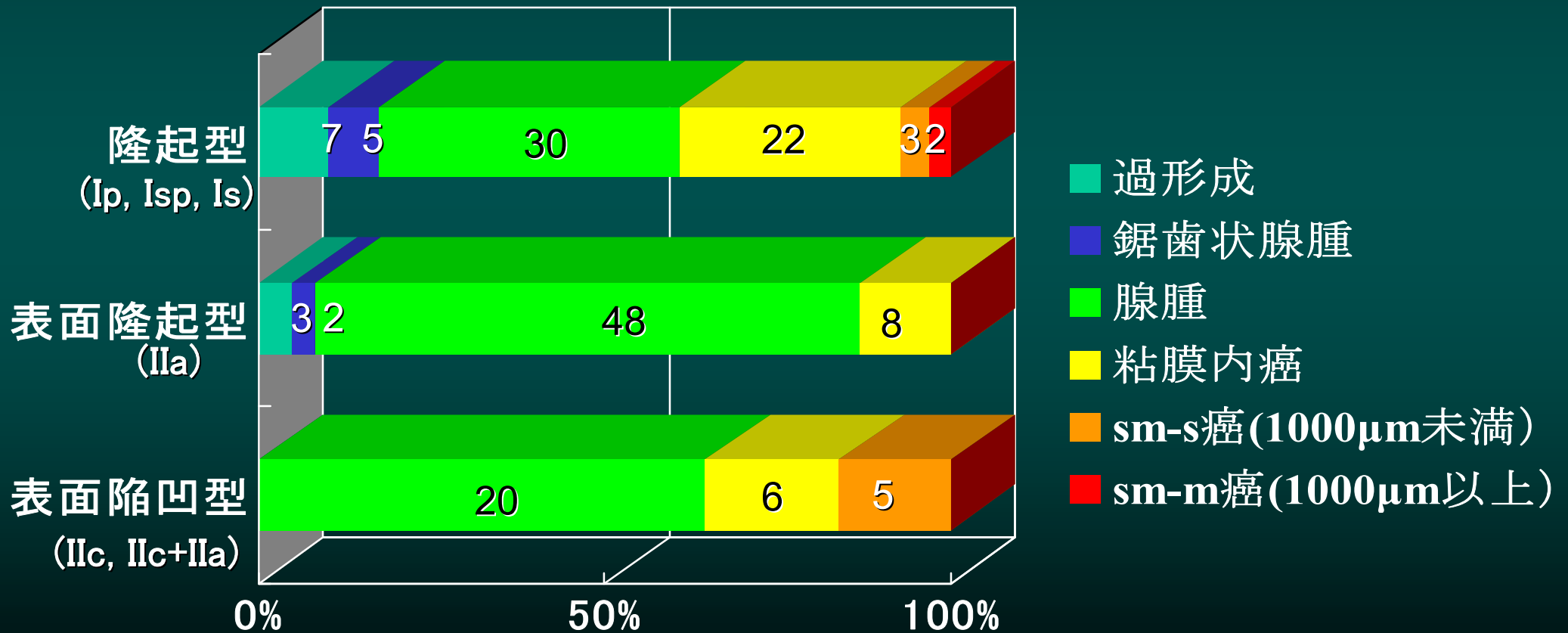
対象症例 -組織型別-



腺腫、癌の診断基準は各施設の病理診断による

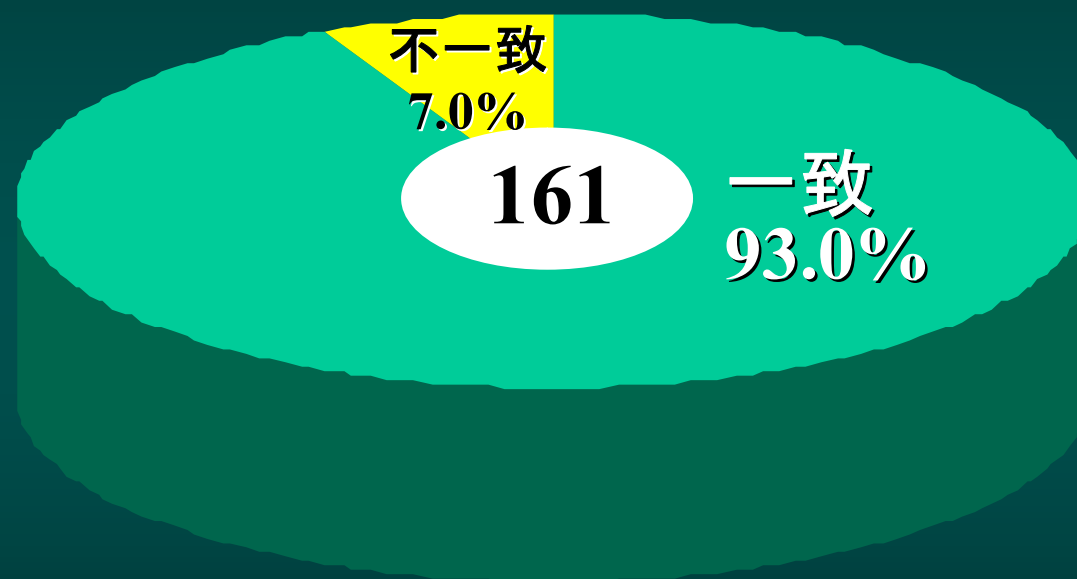
対象症例の内訳

-肉眼型別組織型別-



内視鏡診断と病理診断の一致率-1

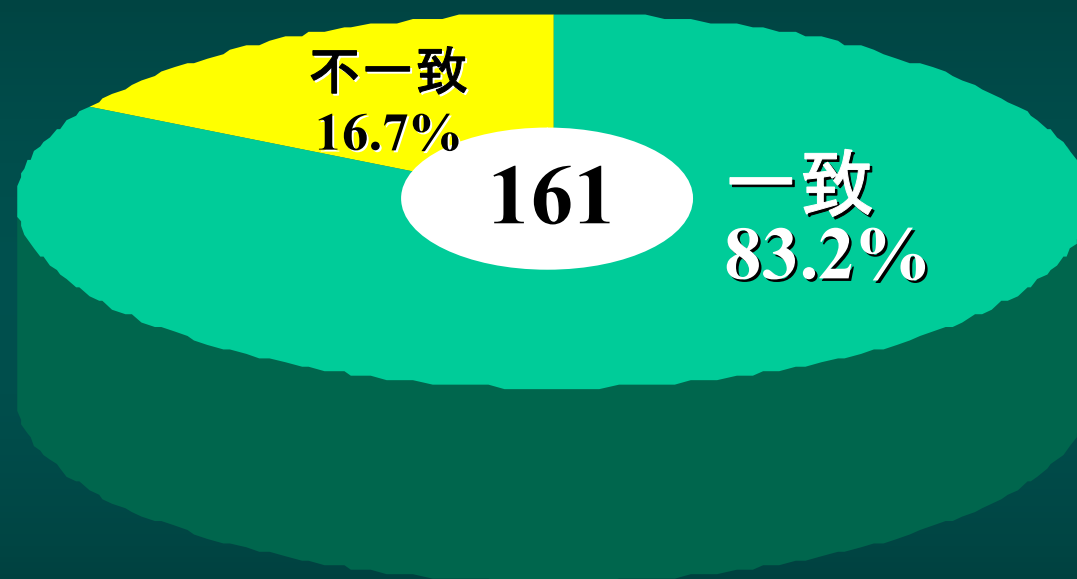
非腫瘍 vs 腫瘍



$93.0 \pm 2.7\%$

内視鏡診断と病理診断の一致率-2

癌 vs 非癌



$83.2 \pm 3.4\%$

内視鏡診断の一致度

一致度係数

各病理所見

0.53

腫瘍 vs 非腫瘍

0.48

癌 vs 非癌

0.52

解析法：Kendallの一致度係数を用いた。

0-1までの範囲で、数字が大きい程一致率が高いことを意味している。

一般に一致度係数が0.3を越えると一致率が良いことを示している

目安として一致係数が0.3の場合は、おおよそ10人中6.5人が一致している。

また一致度係数が0.6の場合、およそ10人に8人が一致している。

癌と非癌を鑑別する内視鏡所見1

Mann-Whitney Uによる単変量解析

	p値
腫瘍の全体像における所見	
緊満所見	<0.0001
硬さ	<0.0001
凹凸不整	<0.0001
緊満所見を伴う2段隆起(だるま)	0.0005
広基性病変で立ち上がり正常粘膜	<0.0001

癌と非癌を鑑別する内視鏡所見2

Mann-Whitney Uによる単変量解析

	p値
腫瘍の表面性状	
陥凹の有無	<0.0001
棘状	0.0327
星芒状	0.0004
面状の陥凹	<0.0001
深い陥凹	<0.0001
陥凹内隆起	0.0001
陥凹内凹凸	<0.0001
粗造	<0.0001
強い発赤	0.0058
褪色	0.4699
粗大結節	<0.0001

癌と非癌を鑑別する内視鏡所見 3

Mann-Whitney Uによる単変量解析

	p値
腫瘍周囲の性状	
皺襞集中	0.9503
ひきつれ	0.0047
孤の硬化	0.1900
台状挙上	0.5201
Technical aspects	
空気変形	0.3880
易出血性	0.0002

癌に有意に出現する内視鏡所見

Logistic回帰分析による多変量解析

内視鏡所見	p値	オッズ比	95%CI
緊満感	0.009	2.779	1.290-5.986
広基性病変で 立ち上がり正常粘膜	0.0087	2.506	1.262-4.975
面状の陥凹	0.029	1.606	1.050-2.458
陥凹内の凹凸 あり	0.0158	1.974	1.137-3.430
粗造	0.0067	2.956	1.350-6.472

緊満感：粘膜下腫瘍のような張った所見

粗造：表面の光沢が消失し、ざらざらした所見

結論

大きさ5mm以下の微小病変においては

1. 緊満感
2. 溝状ではなく面状の陥凹
3. 陥凹内の凹凸
4. 粗造 (表面の光沢が消失し、ざらざらした所見)
5. 広基性病変では立ち上がり正常粘膜

の所見の有無について注目し、これら所見を確認するために色素散布を併用する。

- これらの所見が一つ以上認められる病変については癌,時にSM癌の可能性もあるため内視鏡的完全摘除が必要である。
- 内視鏡的に過形成と診断した病変については原則経過観察が良い。
- 内視鏡的に隆起型良性腺腫と診断した病変は、癌の頻度が極めて低く(111/14283: 0.78%: 委員のdataから)、癌のほとんどが大きさ5mmであった事から、大きさ4mm以下の病変は生検等を行わずに、大きさ5mmの病変は生検、またはHot biopsyを含む内視鏡摘除を行った後、原則3-5年毎の経過観察を行う。(但し、適切な経過観察期間の設定については今後の検討が必要である)。