

第 77 回大腸癌研究会

「大腸癌壁深達度の判定基準」 プロジェクト研究

2012/7/5

背景

胃癌取扱い規約では、

- 脈管侵襲が主病巣から連続的あるいは断続的にみられ、かつそれが最深部であれば、その脈管侵襲が存在する層をもって深達度とすると記載されている。

大腸癌取扱い規約では、

- SM 癌の浸潤距離の項には、連続浸潤のみで脈管侵襲の取り扱いには明確な記載はない。
- 漿膜を有していない部位で固有筋層を超えて浸潤する癌の浸潤距離を測定する場合は、腫瘍から連続した浸潤部の距離を測定するとされ、腫瘍本体から連続性のないリンパ管侵襲、静脈侵襲、神経周囲侵襲、などは壁深達度ではなく、測定部位に含めないと記載されている。
- 脈管侵襲を認めた場合にはその最深部を記載することになっているが、それを深達度に入れるかどうかには言及していない。

大腸癌取扱い規約 (第7版補訂版, 2009年)

(30 頁より抜粋)

注 5: 脈管侵襲を認めた場合にはその最深部 (SM, MP, SS または A) を記載する.

(41 頁より抜粋)

漿膜を有していない部位で固有筋層を超えて浸潤する癌の浸潤距離を測定する場合の測定法

2: 腫瘍から連続した浸潤部の距離を測定する.

注: 腫瘍本体から連続性のないリンパ管侵襲, 静脈侵襲, 神経周囲侵襲, などは壁深達度ではなく, 測定部位に含めない.

目的

大腸癌における壁深達度診断に関して、癌先進部位にけるリンパ管や静脈侵襲の取り扱いを明確にし、その内容を大腸癌取扱い規約に反映させる。

研究方針

- 1) 後ろ向き検討, 2) 前向き検討 を行い, 直接浸潤より深い層に脈管侵襲が存在する症例の頻度をみる.
- 該当症例の臨床病理学的諸因子について検討し, その特徴を明らかにする.
- 上記の結果から, 該当症例の取り扱いを明確にし, 大腸癌取り扱い規約に反映させる,

1) 後ろ向き検討

〈対 象〉

各施設において、2005年1月1日～同年12月31日の1年間に外科的に腸切除された大腸癌全症例を対象とする。

〈方 法〉

直接浸潤と脈管侵襲による壁深達度について組織標本を見直して確認する（脈管侵襲が直接浸潤より深い層にある症例では、直接浸潤による最深層と脈管侵襲による最深層をそれぞれ明記する）。

該当症例の臨床病理学的諸因子、予後（5年間）に関して調査を行う。

2) 前向き検討

<対 象>

各施設において、2011年1月1日～同年12月31日の1年間に外科的に腸切除された大腸癌全症例を対象とする（内視鏡的治療後の追加切除例は併せて対象とする）。

<方 法>

直接浸潤と脈管侵襲による壁深達度について組織標本を見直して確認する（脈管侵襲が直接浸潤より深い層にある症例では、直接浸潤による最深層と脈管侵襲による最深層をそれぞれ明記する）。

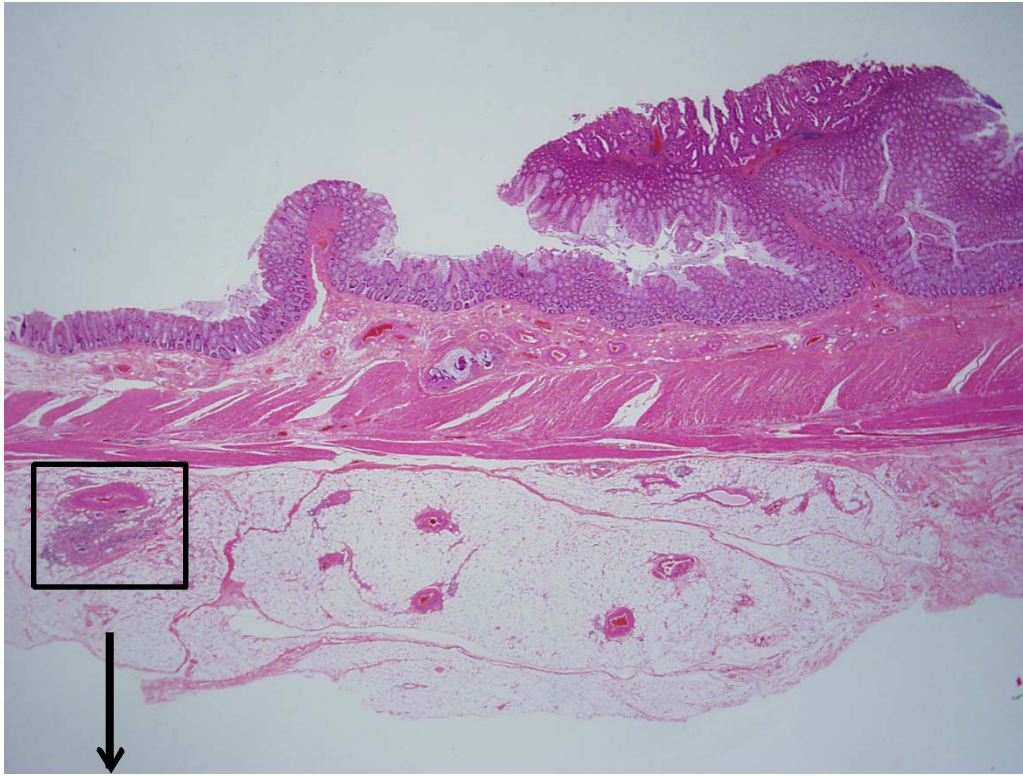
該当症例の臨床病理学的諸因子に関して調査を行う。

直接浸潤による壁深達度より深い層に脈管侵襲が存在する症例（多施設アンケート調査，後ろ向き検討）

施設名	調査症例	該当症例	頻度
防衛医科大学	147	2	1.4%
獨協医科大学	137	1	0.7%
帝京大学	132	0	0.0%
東京医科歯科大学	100	7	7.0%
広島大学	78	1	1.3%
東京都健康長寿医療センター	72	1	1.4%
新潟大学	51	2	3.9%
わたり病院	39	0	0.0%
近畿大学	104	5	4.8%
順天堂大学	46	0	0.0%
合計	906	19	2.1%

該当症例における
直接浸潤と脈管侵襲の最深層

直接浸潤	脈管侵襲	症例数
SM	MP (v)	1
SM	MP (ly)	1
SM	SS (v)	1
SM	SS (ly)	2
MP	SS (v)	9
MP	SS (ly)	1
MP	A (v)	4



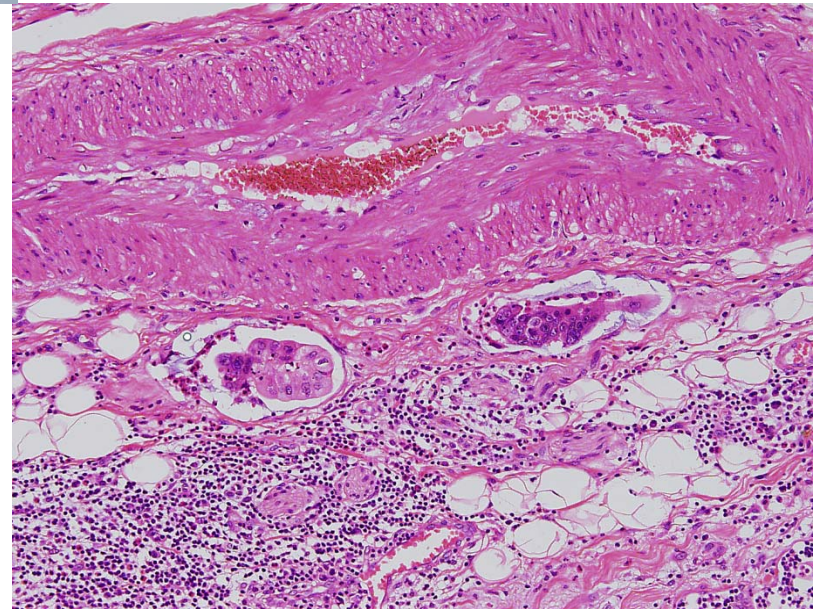
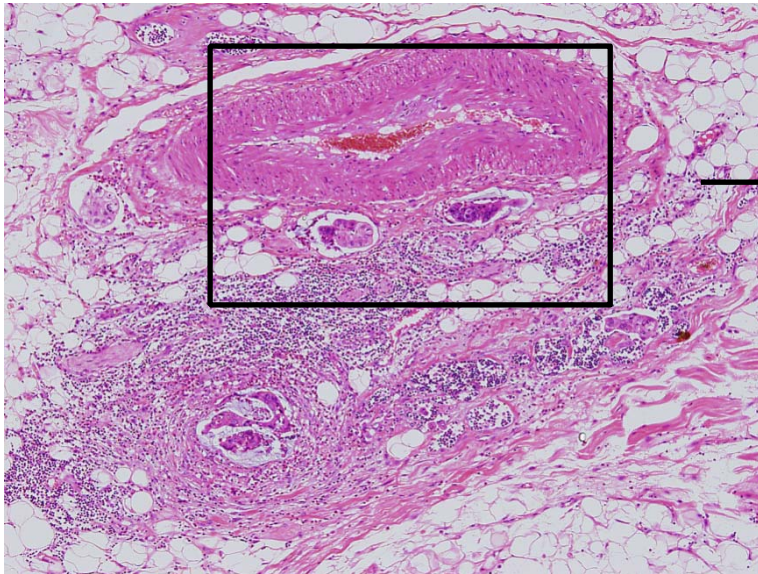
症例 7

70 歳男性

Rs, 20 mm, 1 型

直接浸潤: SM

脈管侵襲: SS (ly)



直接浸潤による壁深達度より深い層に脈管侵襲が存在する症例（多施設アンケート調査, 前向き検討）

施設名	調査症例	該当症例	頻度
防衛医科大学	242*	3	1.2%
獨協医科大学	106*	0	0.0%
帝京大学	153*	0	0.0%
広島大学	115**	0	0.0%
東京都健康長寿医療センター	61*	0	0.0%
新潟大学	78*	2	2.6%
わたり病院	39*	0	0.0%
近畿大学	117*	0	0.0%
合計	911	5	0.5%

調査期間: 2011年*1-12月, **1-9月.

第1-3回委員会のまとめ

- 多施設アンケート調査に基づく後ろ向き検討の報告を行った。
- 9施設, 860症例の検討では, 直接浸潤より深い層に脈管侵襲が存在する例が19症例(2.2%)存在した。
- 癌先進部位にけるリンパ管や静脈侵襲の取り扱いに関して, 現状での提案を示した。
- 今後, 前向き検討を含めた検討を行い, 解析結果を報告する。
- 多施設アンケート調査に基づく前向き検討に関する解析結果(中間報告)。

前向き検討中間報告のまとめ

- 多施設アンケート調査に基づく前向き検討の中間報告を行った.
- 8 施設, 911 症例の検討では, 直接浸潤より深い層に脈管侵襲が存在する例が 5 症例 (0.5%) 存在した.

解析方法に関する意見

- 該当症例（直接浸潤より深い層に脈管侵襲が存在する例）が 19 症例（2.2%）と頻度が低いという議論でしたが、直接浸潤の深達度別に頻度を出す必要がある。
- おそらく集積症例は深達度 pSS/pA が大半で、pSS/pA において脈管侵襲がより深い層（pSE, pSI）になることは有り得ない（脈管内で pSE となることは有り得ないし、脈管内のみで他臓器にあるものは他臓器浸潤とはしない）。
- 直接浸潤 pSM 癌, pMP 癌における該当症例の頻度は 2.2 %より高くなると推測されるので、直接浸潤深達度別の頻度を出していただけないでしょうか？

第4回委員会内容(1)

- 現在前向き, 後ろ向き検討のデータの集計中
- 後ろ向き調査症例における深達度別の該当症例の頻度を示す.

後ろ向き検討の深達度別頻度 (中間報告)

直接浸潤	調査病変数	該当症例	頻度	脈管侵襲内訳
M	49			
SM	102	5	4.9%	MP 1例, SS 4例
MP	104	14	13.5%	SS/A 14例
SS/A	479			
SE	144			
SI/AI	71			
合計	949	19	2.0%	

第4回委員会内容(2)

- 大腸癌取り扱い規約記載案について現在第3案まで作成

大腸癌取扱い規約への記載内容 に関する提案(第1案)

病理組織学的深達度は原発巣から連続する直接浸潤の最深部をもって壁深達度とする。なお、脈管侵襲はその存在範囲が原発巣占拠範囲内に認める場合は、それを壁深達度として扱う。ただし、同時に原発巣占拠範囲外の大腸壁内にも脈管侵襲が認められた場合は壁深達度として扱わず、その脈管侵襲の存在する壁内の位置を併記する。

大腸癌取扱い規約への記載内容 に関する提案(第2案)

病理組織学的壁深達度は、原発巣から連続する直接浸潤の最深部をもって壁深達度とする。ただし、脈管侵襲が直接浸潤部を超えて原発巣占拠範囲内の大腸壁最深部に認められた場合は、それを壁深達度として記載する。さらに、その場合は直接浸潤の壁最深部を併記する。

なお、原発巣占拠範囲外にも脈管侵襲が認められた場合は壁深達度として扱わず、その存在部位のみを表記する。

例：原発巣の直接連続浸潤が固有筋層であり、原発巣占拠範囲内の大腸壁最深部の脈管侵襲が漿膜下組織にみられた場合は pSS - ly (pMP) とする。

例：原発巣が pSM (1500 μ m) であり、原発巣占拠範囲内の大腸壁内脈管侵襲を漿膜下組織 (pSS) に認めた場合：pSM (ly - SS)。

第2案に対する修正意見①

- 「原発巣から連続する直接浸潤の最深部」

直接浸潤の最深部も原発巣に他ならないため、この表現は必ずしも適切ではない。「原発巣から連続する」は不要ではないか。

- 「大腸壁最深部」

「大腸壁」は直接浸潤が及びうる全ての層を漠然と意味するもので、明確な定義はされていない。例えば、「壁内・外」の場合の“壁”は固有筋層を意味するので、この内容と齟齬が生じる。曖昧な用語である「大腸壁」を、深達度を定義する際に用いることは妥当ではないのではないか。

- 「原発巣占拠範囲」

原発巣占拠範囲は漠然とした用語で定義が難しい。跳躍して進展する脈管を観察する頻度が極めて稀である大腸癌で、敢えてこれに言及する必要はないのではないか。

- 「壁深達度」

壁深達度の“壁”の意味は曖昧で、その英語訳の「depth of tumor invasion」には“壁”に相当する単語はない。「深達度」で十分ではないか。

第2案に対する修正意見 ②

例：原発巣の直接連続浸潤が固有筋層であり、原発巣占拠範囲内の大腸壁最深部の脈管侵襲が漿膜下組織に見られた場合は pSS/ly (MP) とする。

例：原発巣が pSM(1500 μ m) であり、原発巣占拠範囲外の大腸壁内脈管侵襲を漿膜下組織に認めた場合： pSM (SS-ly) とする。

*占拠範囲内は pSS/ly, 占拠範囲外は SS-ly と書き分ける内容

連続する直接浸潤 SM, リンパ管侵襲が SS にある場合
pSS (ly) (direct invasion: pSM)

例：直接浸潤の最深部が pSM (1500 μ m) であり、漿膜下層にリンパ管侵襲を認めた場合は pSS (ly) [直接浸潤 pSM (1500 μ m)]

大腸癌取扱い規約への記載内容 に関する提案(第3案)

病理組織学的深達度は、直接浸潤の最深部を評価する。ただし、脈管侵襲が直接浸潤部を超えてより深層に認められた場合は、この層を深達度とし、直接浸潤による最深部とは異なることが判別できるよう直接浸潤の最深部の層を括弧内に併記する。

- 例1: 直接浸潤が固有筋層であり、脈管侵襲が漿膜下組織にみられた場合は pSS-ly(direct invasion pMP) とする。
- 例2: 直接浸潤が粘膜下層(例えば粘膜下浸潤距離1500 μ m)であり、脈管侵襲が漿膜下組織に認められた場合は pSS-ly(direct invasion pSM:1500 μ m) とする。

大腸癌取扱い規約への記載内容 に関する提案(第4案)

病理組織学的深達度は、癌浸潤の最深部で評価する。
ただし、脈管侵襲が癌浸潤の最深部である場合は、その旨記載する。

例1: 癌浸潤が固有筋層であり、脈管侵襲が漿膜下組織にみられた場合は pSS-ly(pMP) とする。

例 2: 癌浸潤が粘膜下層(例えば粘膜下浸潤距離1500 μ m)であり、脈管侵襲が漿膜下組織に認められた場合は pSS-ly(pSM: 1500 μ m)とする。

(課題)

記載例を充実させる。図(シェーマ)を入れる。

第5回委員会までの確認事項

- ・前向き, 後ろ向き検討のデータの最終集計
(追加, 修正, 新規データの提出をお願いします.)
- ・後ろ向き該当症例の検証と, 欧米の消化管を専門とする病理医の意見を聞く。
- ・取り扱い規約記載案(病理委員会)

『大腸癌壁深達度の判定基準』委員

藤盛 孝博 (委員長)	獨協医科大学病理学(人体病理)
新井 富生	東京都健康長寿医療センター臨床病理科
岩下 明德	福岡大学筑紫病院病理部
市川 一仁 (事務局)	獨協医科大学病理学(人体病理)
伊藤 智雄	神戸大学病院病理部
上野 秀樹	防衛医科大学校外科学
落合 淳志	国立がん研究センター東病院臨床腫瘍病理部
海上 雅光	わたり病院病理科
大倉 康男	杏林大学医学部病理学
岡 志郎	広島大学内視鏡診療科
掛村 忠義	東邦大学医療センター大橋病院消化器内科
櫻田 博史	近畿大学医学部内科学教室(消化器内科部門, 内視鏡部)
鬼島 宏	弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座
九嶋 亮治	国立がん研究センター中央病院病理
菅井 有	岩手医科大学医学部病理学講座分子診断病理学分野
樋口 哲郎	東京医科歯科大学大学院腫瘍外科学分野
富樫 一智	福島県立医科大学会津医療センター準備室(小腸・大腸・肛門科)
西上 隆之	新日鉄広畑病院病理検査科
松田 圭二	帝京大学医学部外科
和田 了	順天堂大学医学部附属静岡病院 病理診断科
渡辺 玄	新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野