

5mm以下の大腸微小病変の 内視鏡治療指針

「微小大腸病変の取り扱い」プロジェクト研究班結果報告

2010.1.15 第72回 大腸癌研究会 指定演題2

市立旭川病院消化器病センター 齊藤裕輔

Biei town

背景

内視鏡検査時に発見される5mm以上の全ての病変に対して内視鏡的完全切除を行うべきであり、また、5mm未満の全ての病変に対しても内視鏡的完全切除が望ましい。

GIE guideline: colorectal cancer screening and surveillance Gastrointest Endosc. 2006; 63: 546-57
Clinical significance of small colorectal polyps Dis Colon Rectum. 2004; 47: 481-5

背景

しかし、実際には大腸内視鏡検査で発見される全ての5mm以下の微小病変の内視鏡的完全切除は、癌の頻度が低いことから時間・労力の浪費であり、これら5mm以下の微小病変に対する治療指針が必要である。

「内視鏡摘除の適応」プロジェクト研究班

・【研究班の目標】

5mm以下の微小大腸癌の内視鏡所見を明らかにするとともに、大腸微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)。

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

【方法】

病理組織が明らかかな微小病変を各施設から提供していただき、

- 1) 内視鏡診断 (非腫瘍、腺腫、癌)
- 2) 取り扱い (放置、生検、polypectomy、EMR、外科手術)

について前向きに検討した

多施設前向き検討

9施設より、病理組織学的
に浸潤距離の明らかな
大腸微小病変164病変に
ついて検討した

旭川：齊藤裕輔

敬称略

京都：多田正大

広島：田中信治

福岡：津田純郎
岩下明德

横浜：工藤進英

久留米：鶴田 修

松山：小林広幸

名古屋：平田一郎

大阪：清水誠治



解析を行った内視鏡所見

I. 腫瘍の全体像における所見

緊満感、固さ、凹凸不整、緊満感に伴う二段隆起(ダルマ)
広基性病変で立ち上がり正常粘膜

II. 腫瘍の表面性状

陥凹の有無: 陥凹を認める場合には

形状: 線状、棘状、面状

深さ: 深い、浅い

陥凹内凹凸の有無、陥凹内隆起の有無

表面粗造所見の有無

強い発赤

褪色

粗大結節の有無

III. 腫瘍周囲の性状

雛壁集中(LSTを除く)、ひきつれ、弧の硬化、台状挙上

IV. Technical aspects

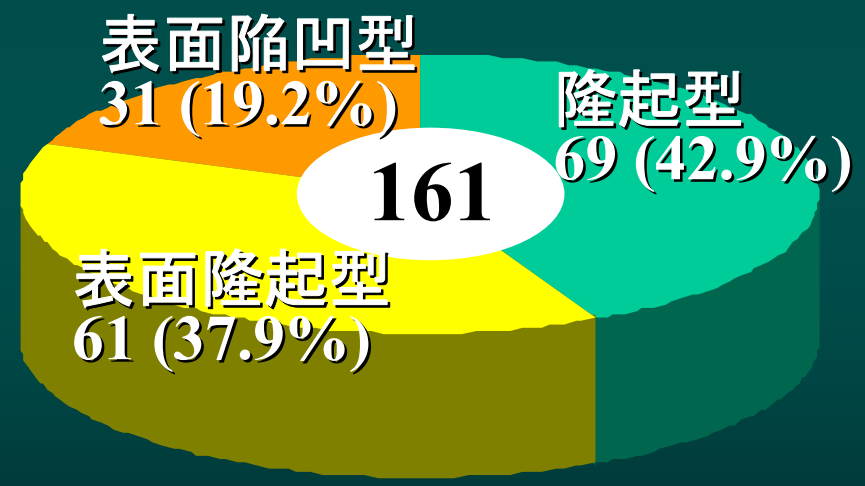
空気変形, 易出血性, その他

V. その他

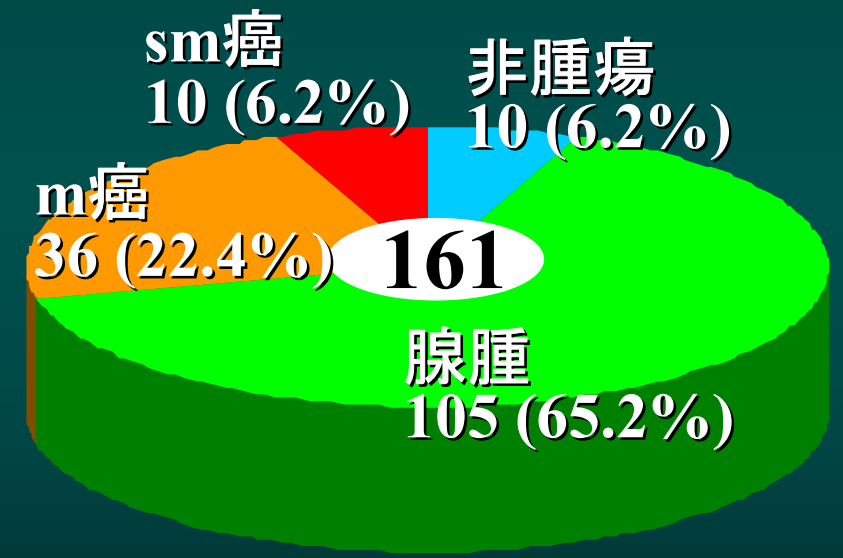
結果

対象症例

肉眼型別



組織型別

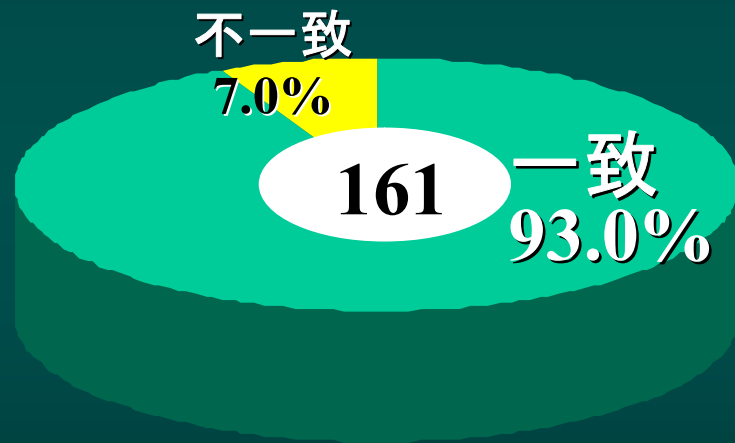


癌の頻度: 28.6%

内視鏡診断と病理診断の一致率-1

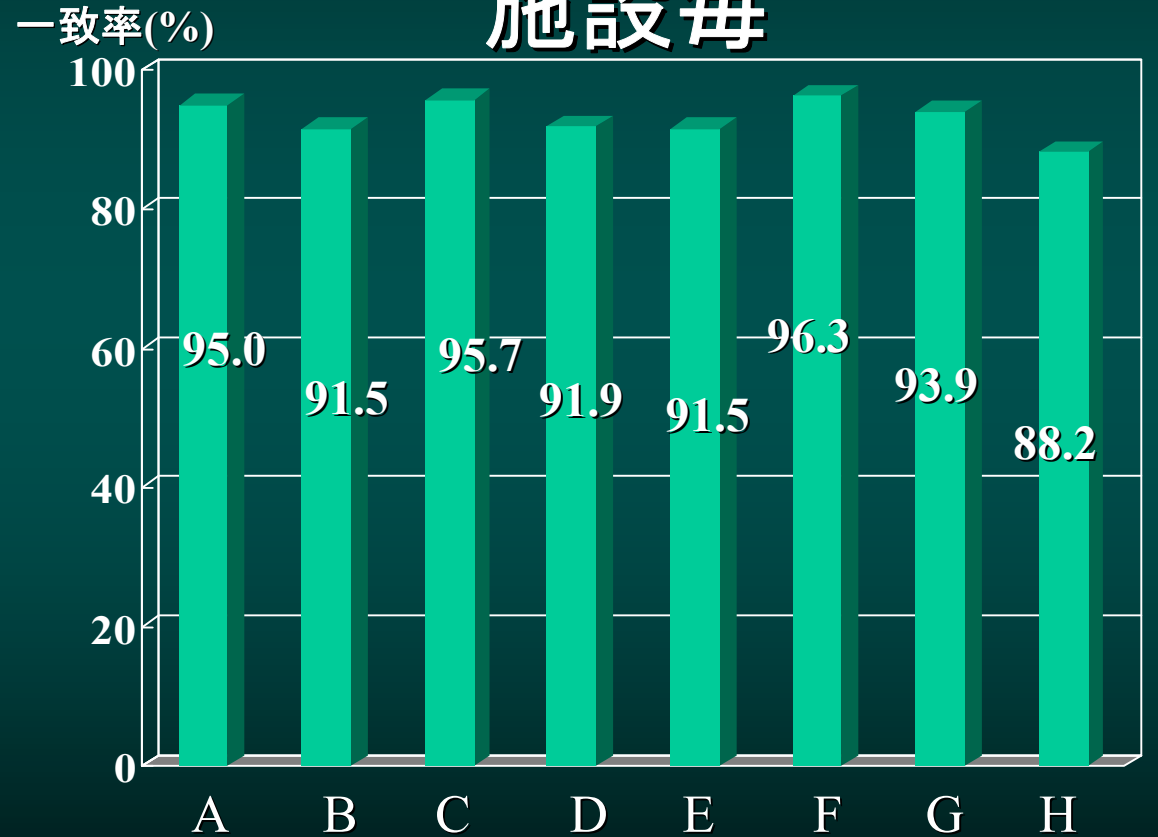
非腫瘍 vs 腫瘍 (腺腫または癌)

全体



93.0±2.7%

施設毎



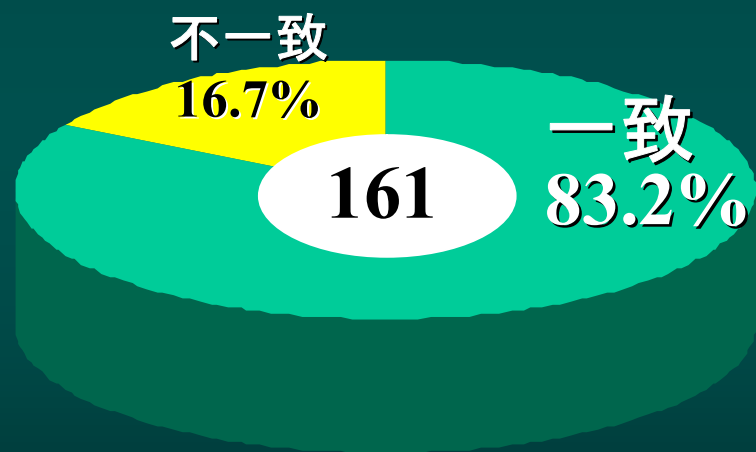
施設

内視鏡診断と病理診断の一致率-2

癌 vs 非癌 (非腫瘍または腺腫)

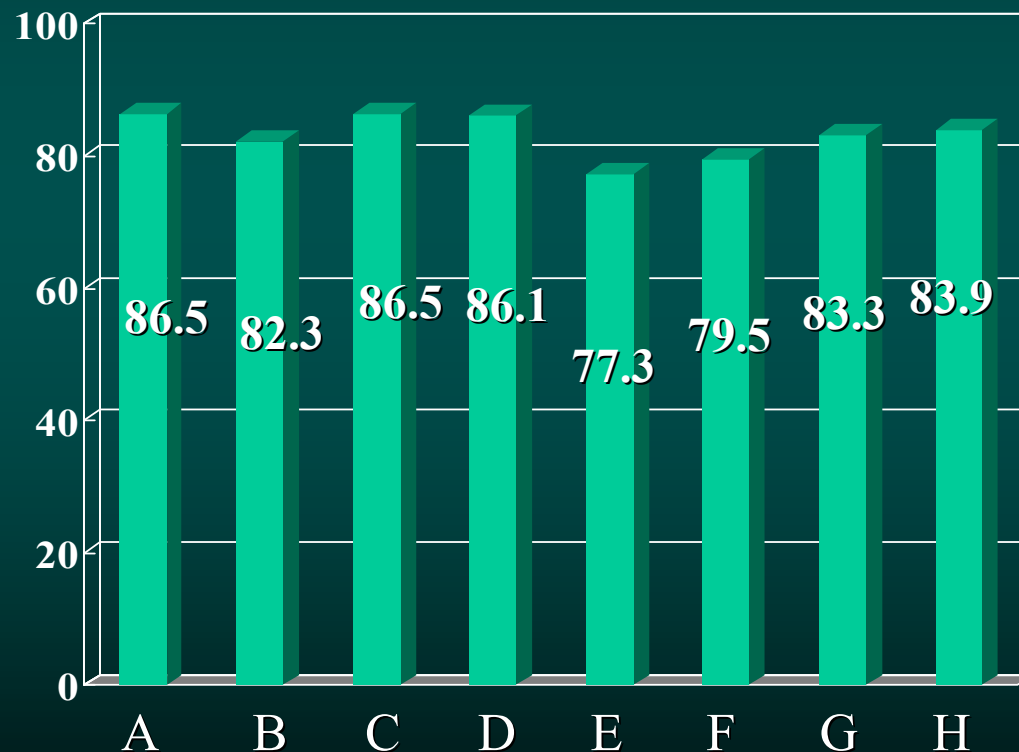
全体

施設毎



$83.2 \pm 3.4\%$

一致率(%)



施設

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

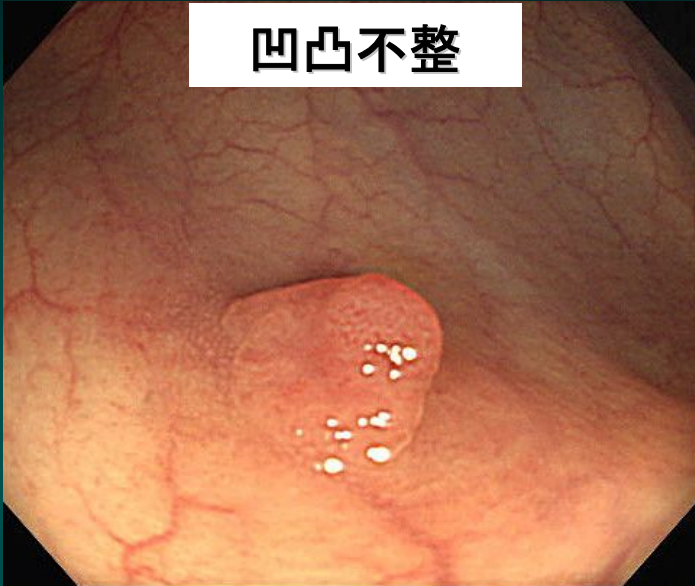
内視鏡所見	p値	オッズ比	95%CI
緊満感	0.009	2.779	1.290-5.986
広基性病変で 立ち上がり正常粘膜	0.0087	2.506	1.262-4.975
面状の陥凹	0.029	1.606	1.050-2.458
陥凹内の凹凸 あり	0.0158	1.974	1.137-3.430
粗造	0.0067	2.956	1.350-6.472

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

隆起型微小癌に特徴的な内視鏡所見

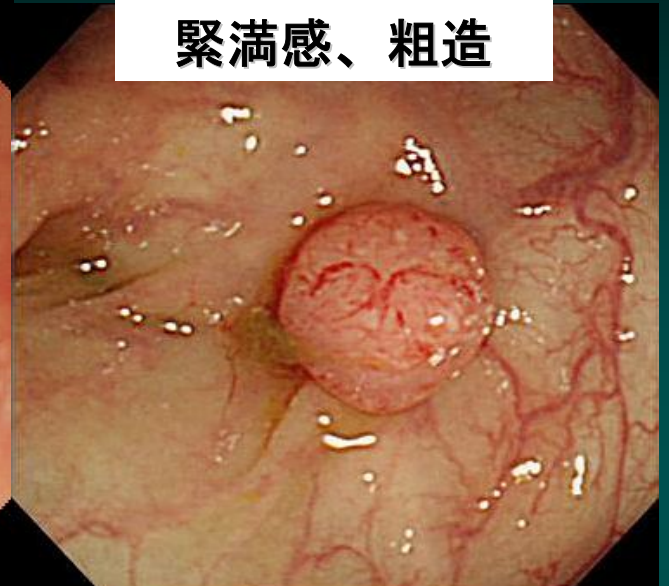
凹凸不整



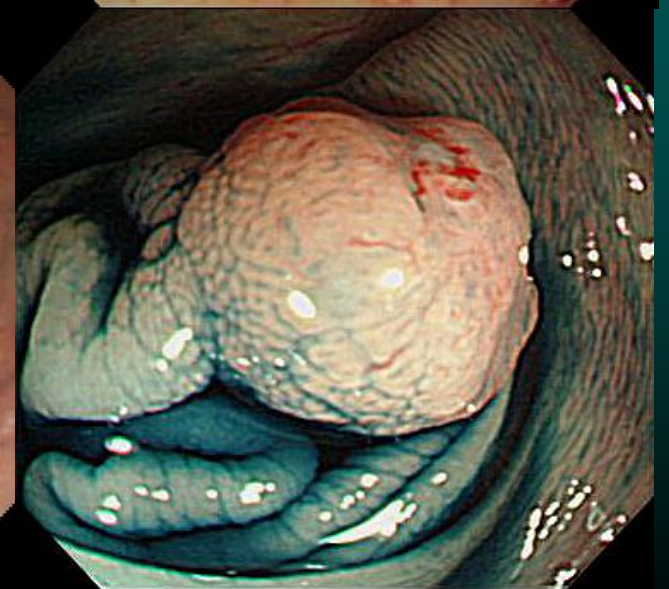
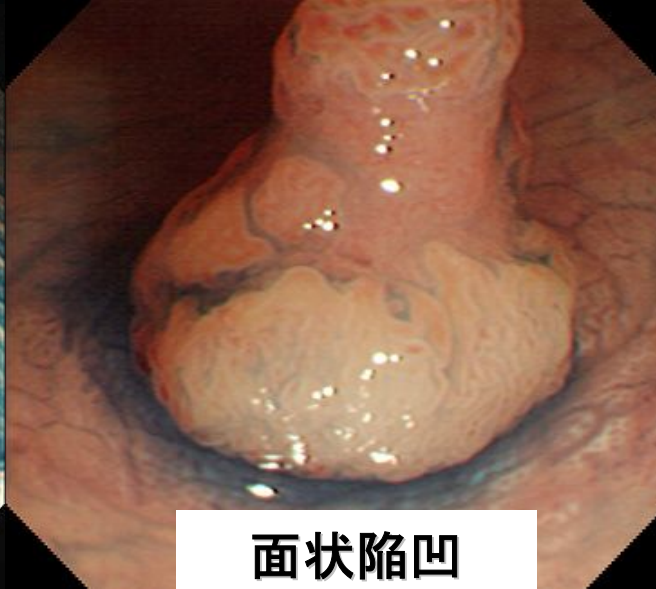
凹凸不整、緊満感



緊満感、粗造

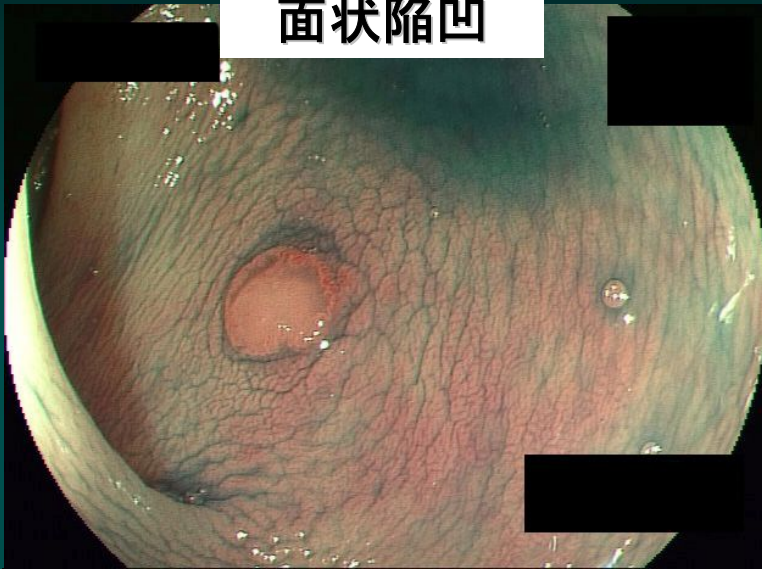


面状陥凹

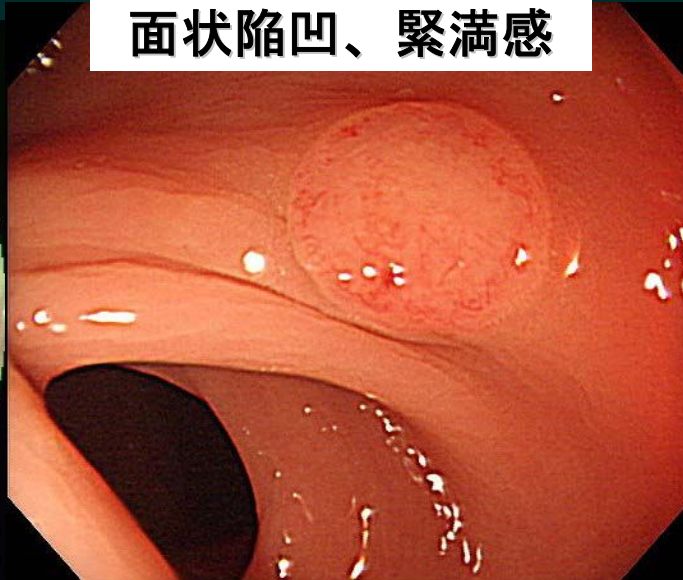


表面型微小癌に特徴的な内視鏡所見

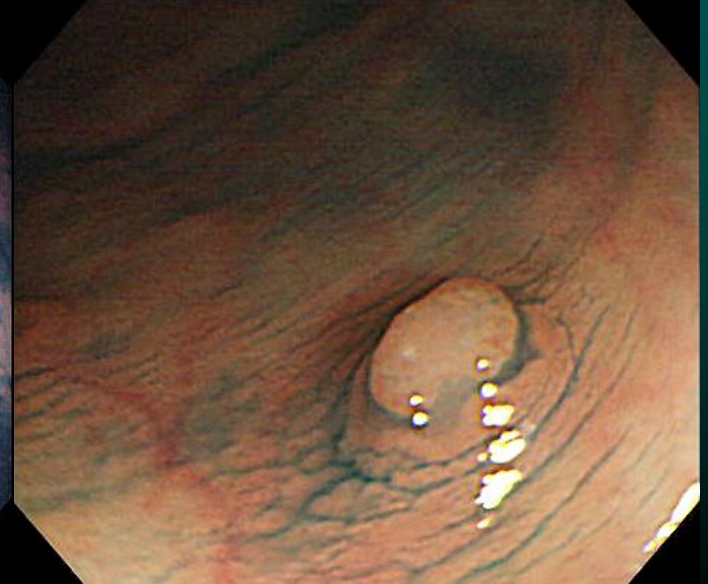
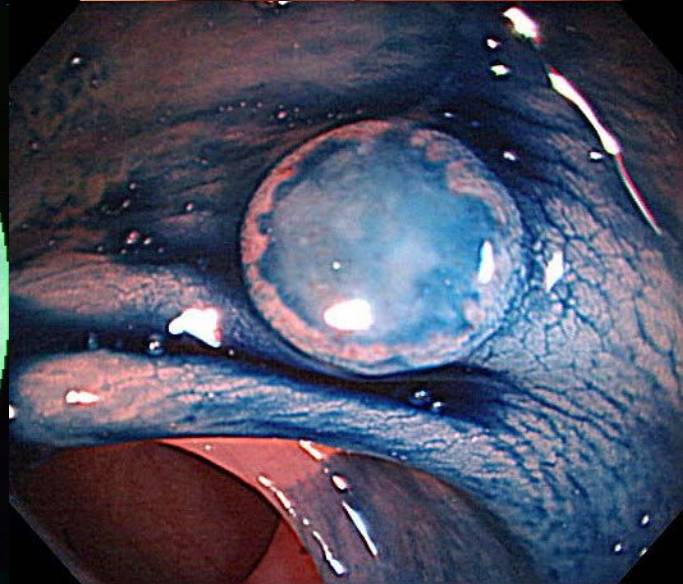
面状陥凹



面状陥凹、緊満感

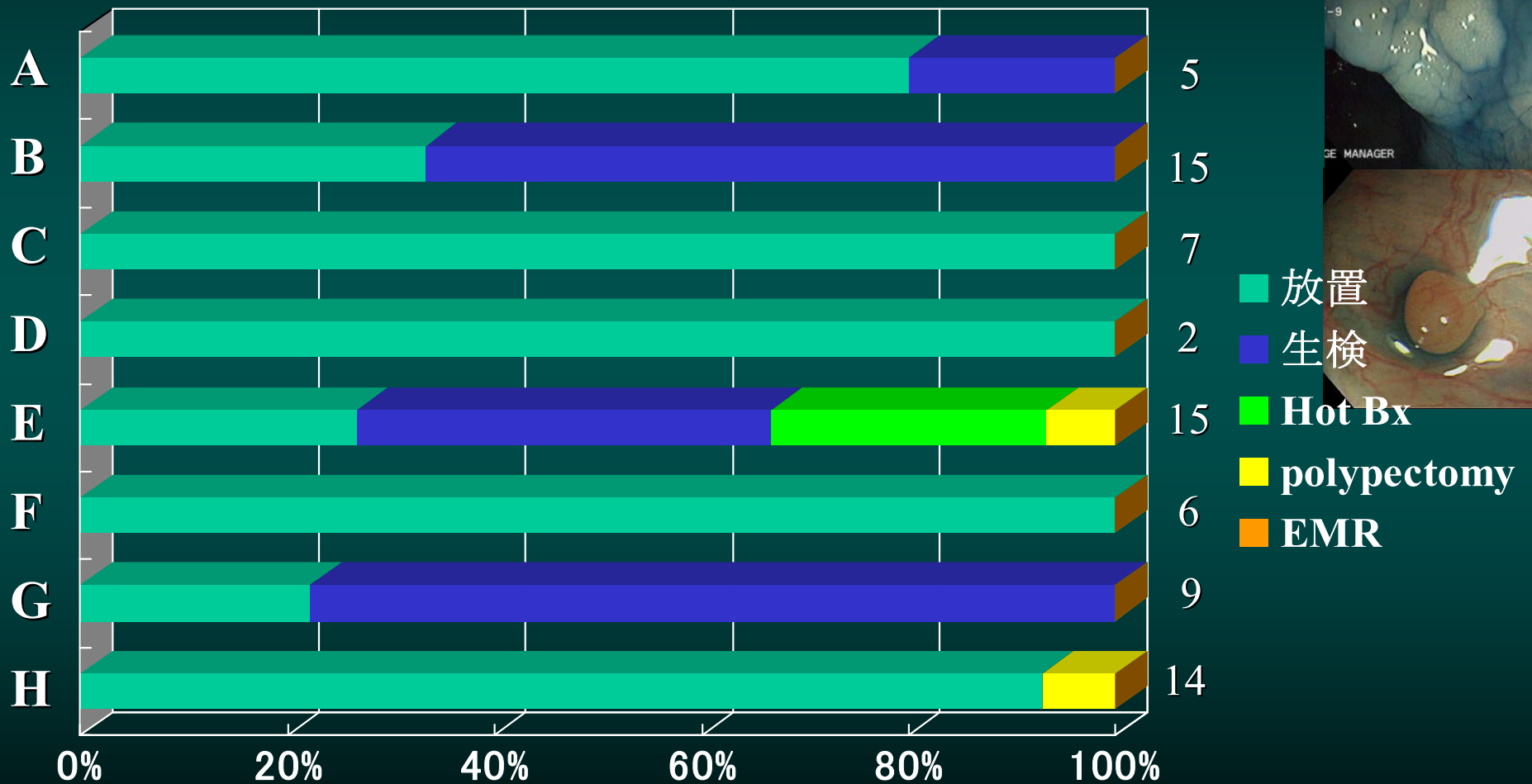


立ち上がり正常粘膜
陥凹内凹凸



内視鏡診断別治療法の選択

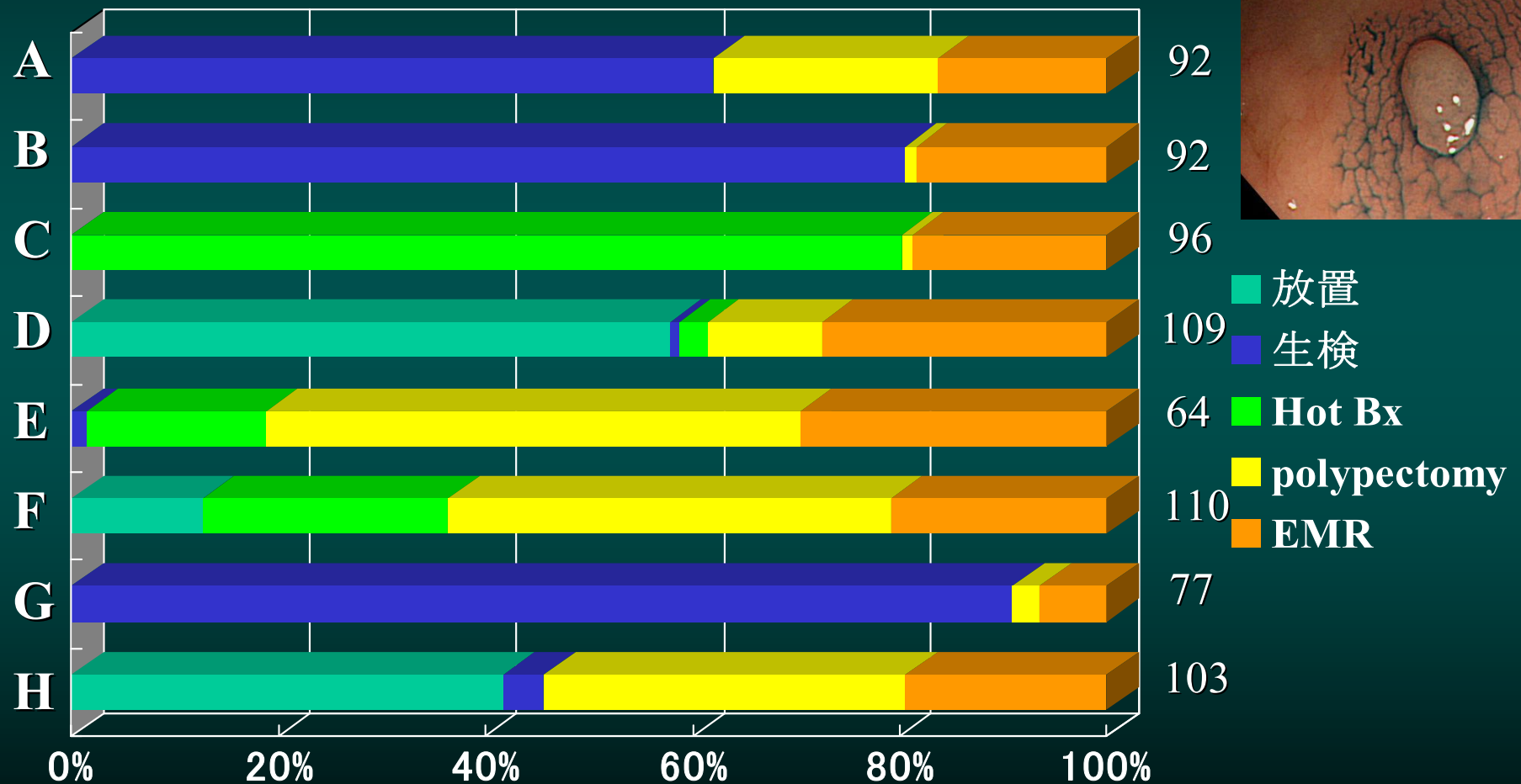
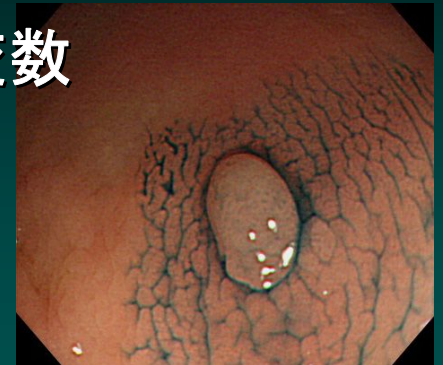
内視鏡診断：非腫瘍 診断病変数



内視鏡診断別治療法の選択

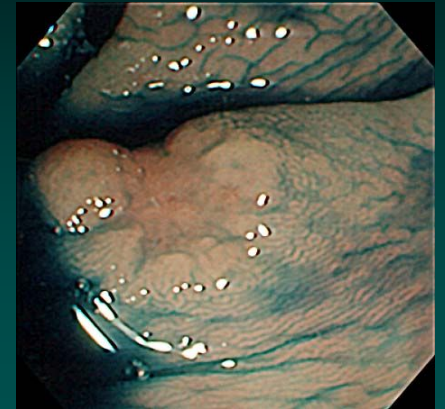
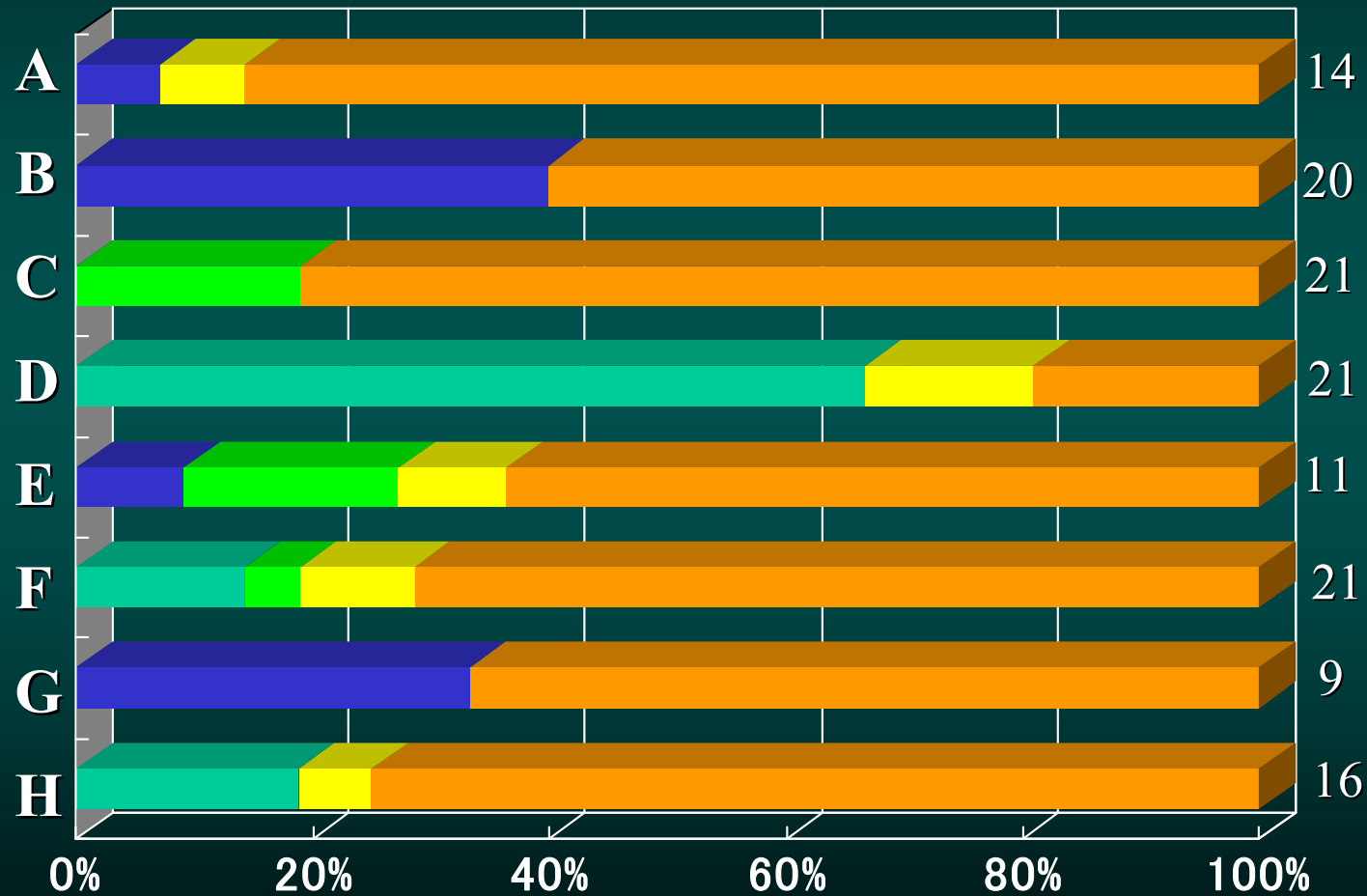
内視鏡診断：隆起型腺腫

診断病変数



内視鏡診断別治療法の選択

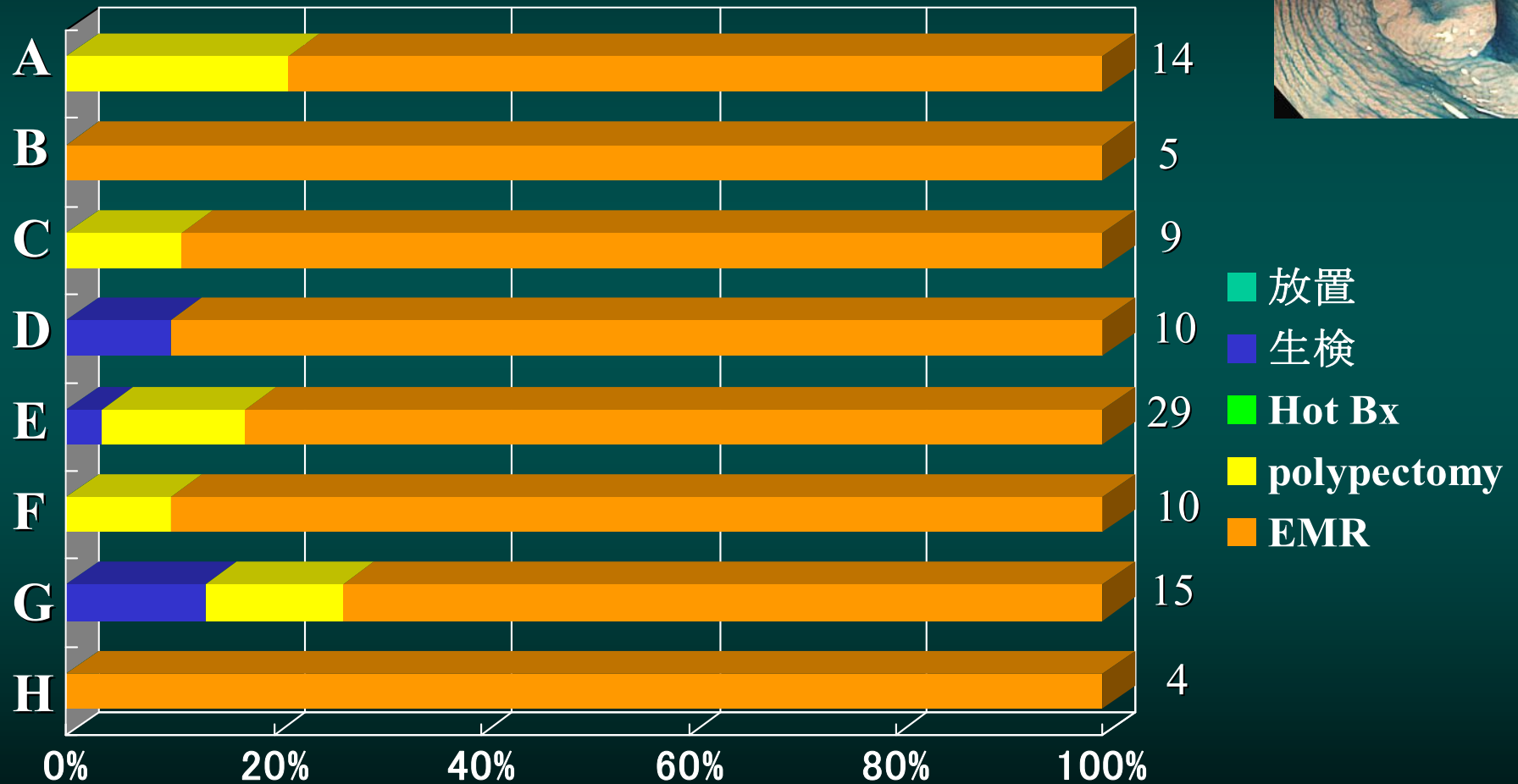
内視鏡診断：陥凹型腺腫 診断病変数



- 放置
- 生検
- Hot Bx
- polypectomy
- EMR

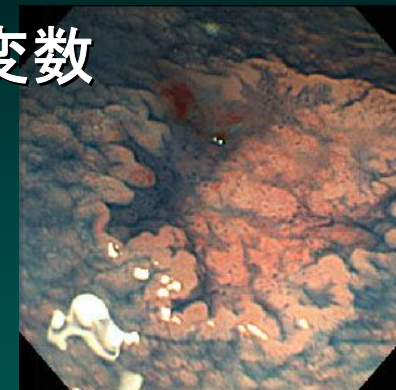
内視鏡診断別治療法の選択

内視鏡診断：隆起型M, SM-s癌 診断病変数



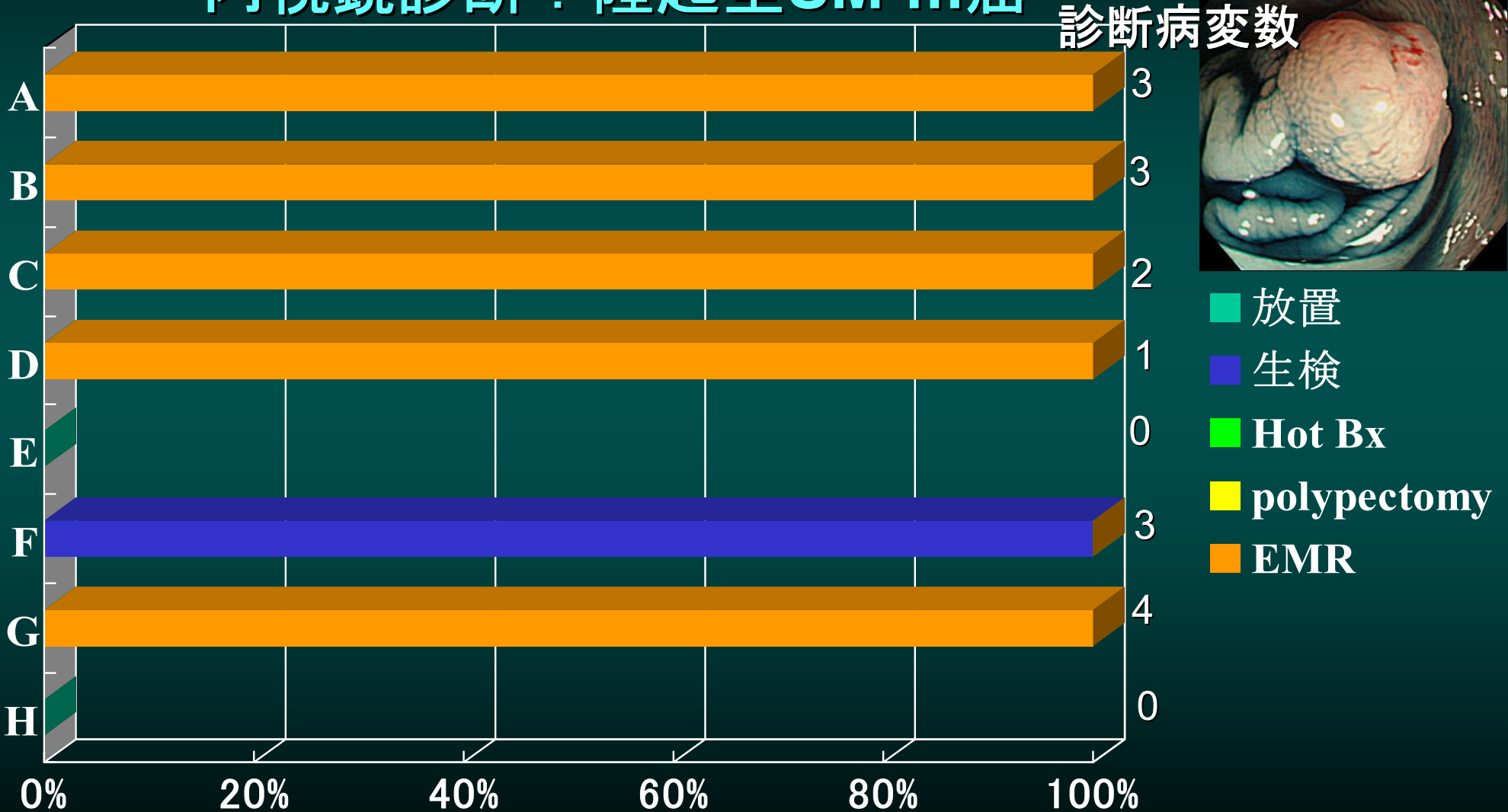
内視鏡診断別治療法の選択

内視鏡診断：陥凹型M, SM-s癌 診断病変数



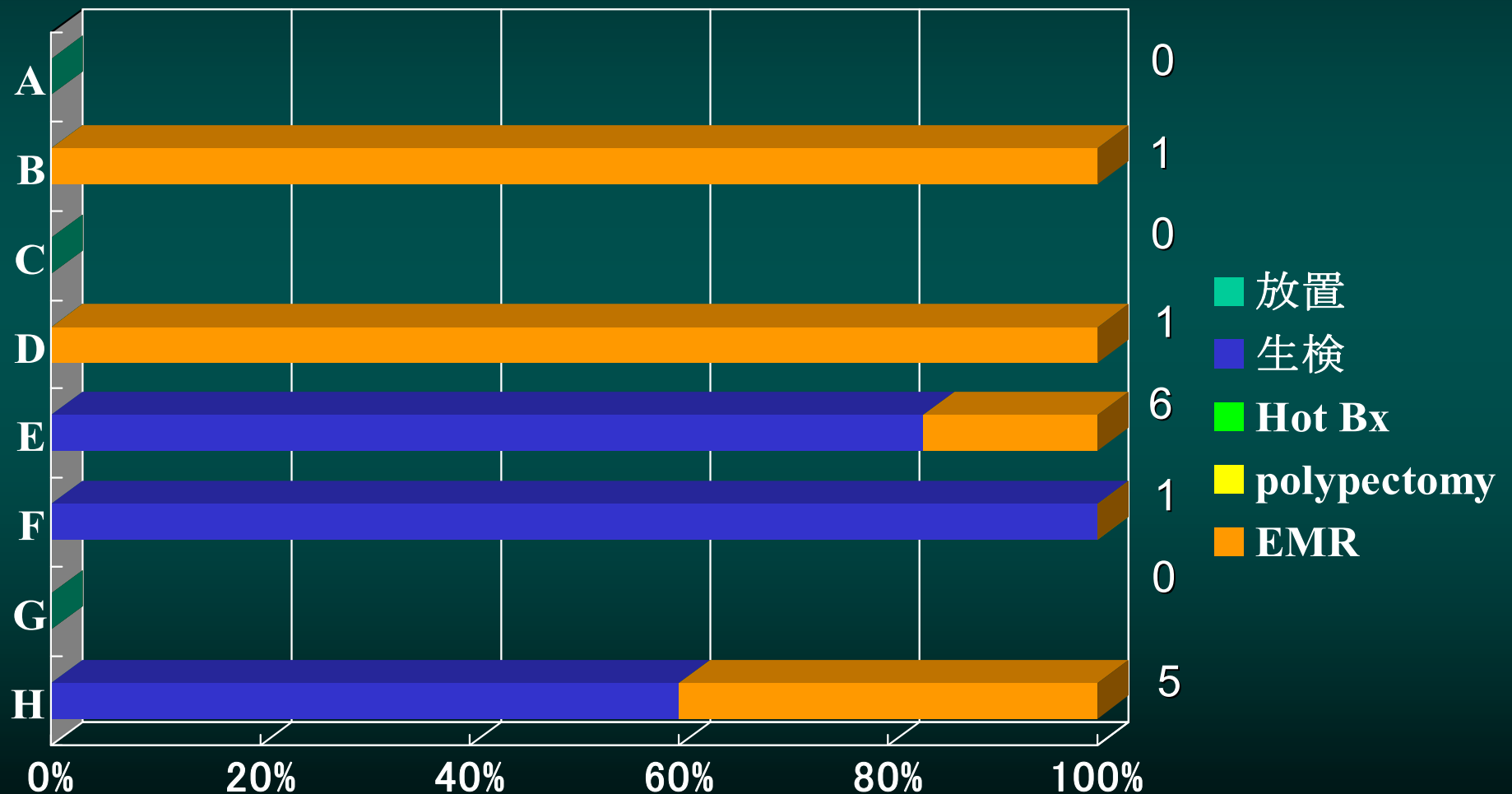
内視鏡診断別治療法の選択

内視鏡診断：隆起型SM-m癌



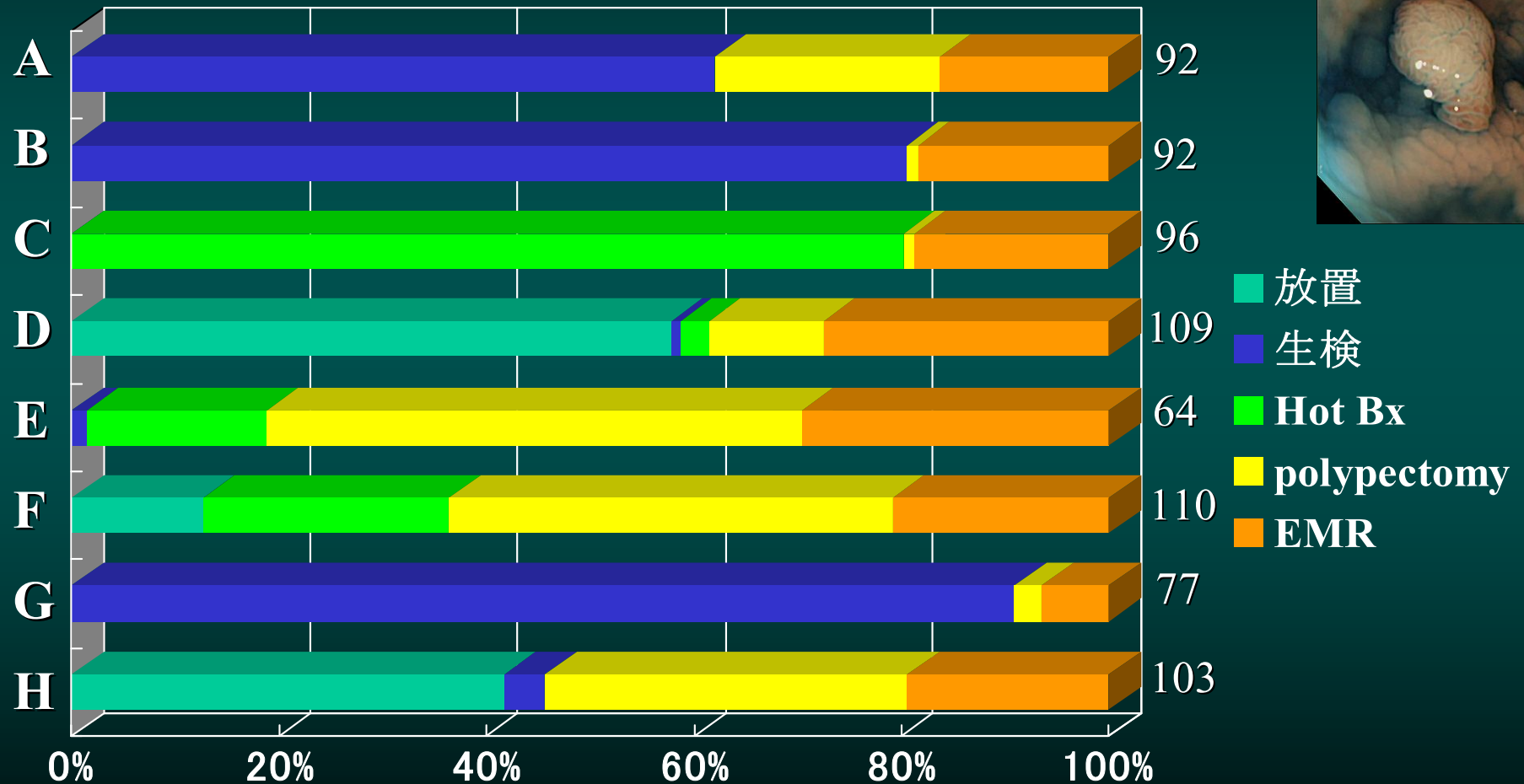
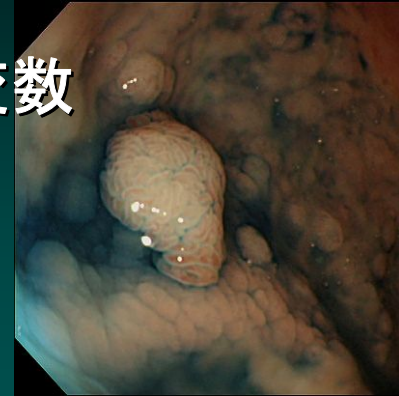
内視鏡診断別治療法の選択

内視鏡診断：陥凹型SM-m癌 診断病変数



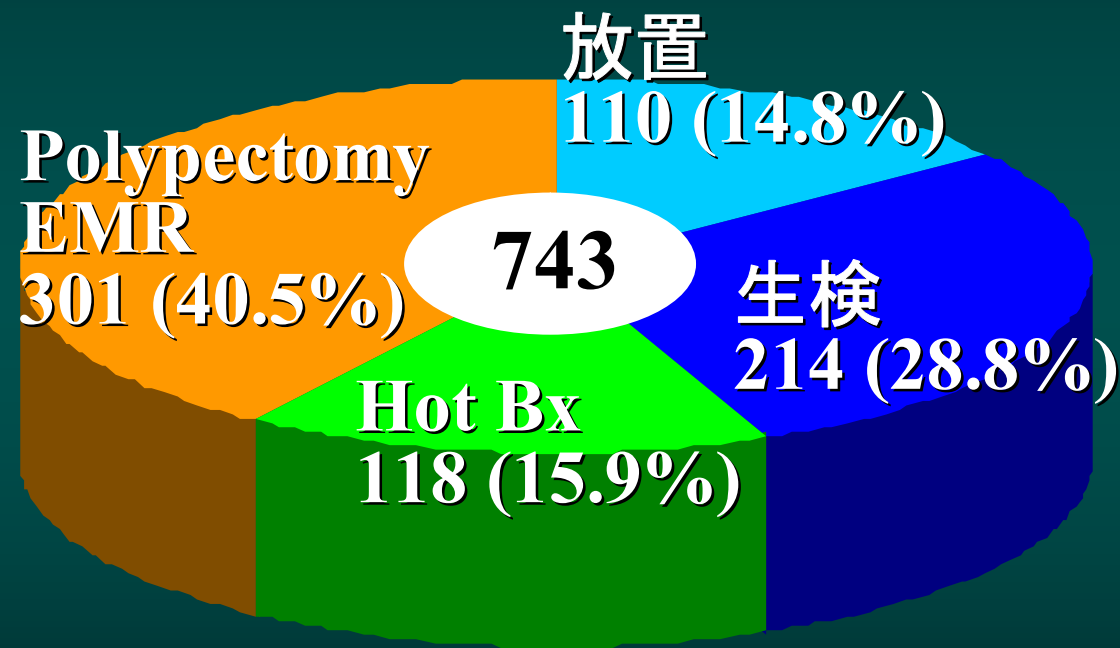
内視鏡診断別治療法の選択

内視鏡診断：隆起型腺腫 診断病変数



内視鏡診断別治療法の選択

内視鏡診断：隆起型良性腺腫



本研究班では内視鏡的に隆起型腺腫と診断された病変の85%は生検、または摘除されている

微小病変における癌の頻度

委員の施設からの集計

癌: 111病変: 0.78%



今回の検討病変

癌: 46病変

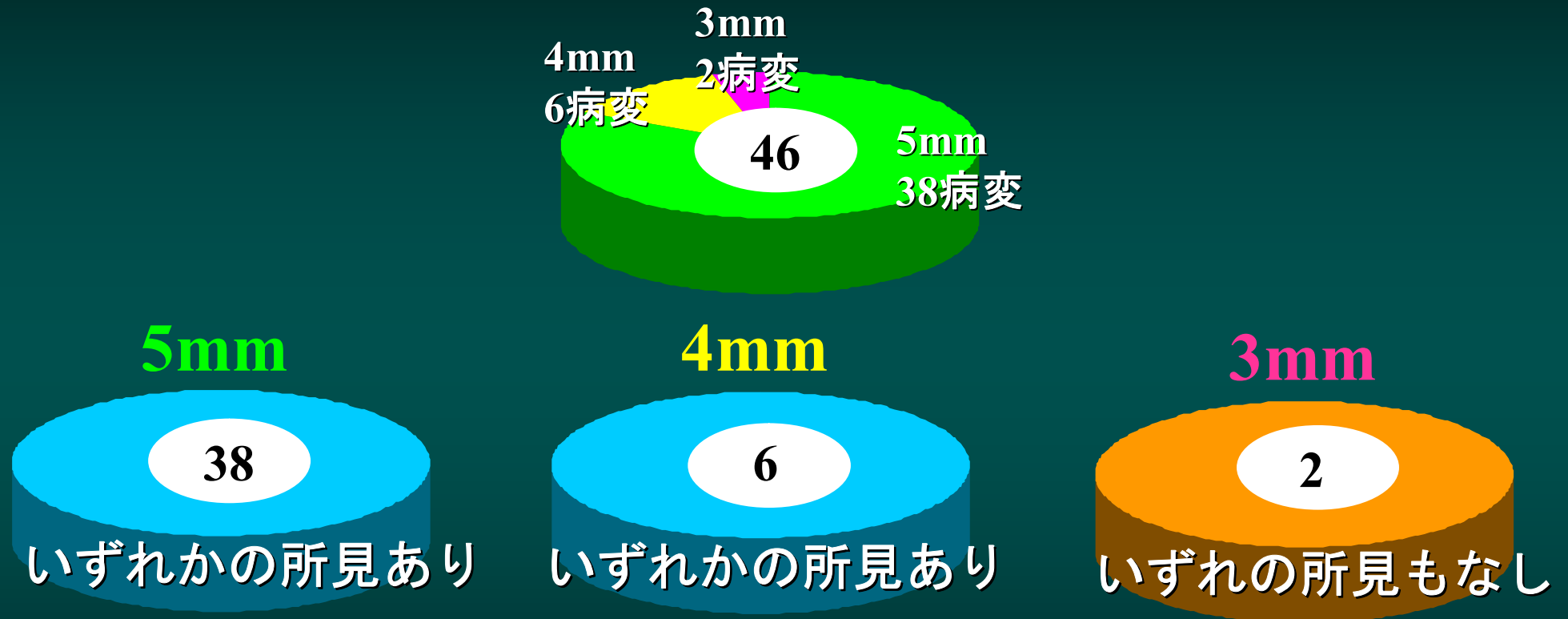
28.6%



$P < 0.0001$; χ^2 二乗検定

今回の検討病変は癌の頻度が有意に高い 特殊な母集団であると考えられ、そのことが、隆起型微小病変に対して生検や内視鏡治療を行う、という取り扱い頻度が高くなっている可能性が示唆された。

微小癌における内視鏡所見の出現の有無



微小癌46病変中、大きさ5mmの38病変と大きさ4mmの6病変では前述した癌としての内視鏡所見がひとつ以上出現していた。一方、大きさ3mmの2病変においては癌の内視鏡所見を読み取れなかった。

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、上述した微小癌としての所見をいずれも認めない病変については経過観察とし、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)。



御清聴ありがとうございました



Asahidake Mountain