

大腸癌研究会プロジェクト研究
「炎症性腸疾患合併消化管癌のデータベース作成と臨床病理学的研究」
第1回会議議事録

日時：令和元年7月4日 14:00 - 14:45

場所：浜松町コンベンションホール 6F 大会議室B

委員長；石原聡一郎

出席者（敬称略、50音順）：味岡洋一、蘆田啓吾（花井恒一代理）、池内浩基、池端昭慶（北川雄光代理）、石黒信吾、石田文生、石丸啓、板橋道朗、岩佐陽介、岩谷舞、上杉憲幸、上原圭介、梅枝覚（山本隆行代理）、大住渉、大塚幸喜、大原規彰、小形典之、岡本 欣也、小川真平、荻野崇之、小原尚（山口茂樹代理）、風間伸介、檉田博史、梶原由規（上野秀樹代理）、神山篤史（福島浩平代理）、河内洋、北村智恵子、木村英明、絹笠祐介、清松知充、久須美貴哉、河野透、小嶋基寛、小森康司、小山文一、近藤修平、佐伯泰慎、斎藤彰一（上野雅資代理）、佐々木和人、佐々木慎、佐藤雄（大城崇司代理）、鮫島伸一（大矢雅敏代理）、志田大、篠崎大、島田能史（若井俊文代理）、白鳥広志、杉野英明、杉本亮、須藤剛、須並英二、高橋慶一、高橋賢一、高村佳緒里、瀧井康公、田中正文、問山裕二（楠正人代理）、豊島明、永井俊太郎（中村雅史代理）、中原健太、中根浩幸（赤木由人代理）、野上仁、長谷川順一（根津理一郎代理）、番場嘉子、久下博之、藤川裕之、二見喜太郎、前田清、松田圭二、松山貴俊、丸山聡、宮川雄輔（北沢将人代理）、水島恒和、武藤徹一郎、室野浩司、森谷弘之介（金光幸秀代理）、山上英樹、山田一隆、山田岳史、吉岡康多、吉敷智和、米川佳彦、渡谷祐介（大毛宏喜代理）

会議内容：

(1) 炎症性腸疾患合併消化管癌について

東京大学腫瘍外科石井より簡単なレビューを行った。

(2) 本研究の目的と概要について

委員長の石原より本研究の目的と概要について説明を行った。

(2) 調査項目について

委員長の石原より調査項目について説明を行い、意見を募った。

質疑内容・意見

➤ 基本情報に関して

福岡大学筑紫病院 二見先生より

家族歴について欧米では第一度近親者の大腸癌が主流であるが、大腸癌ではなくあらゆる

癌を含む形でのアンケート調査（癌があるかどうかだけの調査）となるのか。

また治療歴では、5ASA が抜けているのでこれも含めるべきではないか。

病変範囲だけでなく臨床経過の分類も調査項目に入れるべきではないか（寛解再燃か、慢性持続か）。

CD の肛門病変の詳細についても記載を行うべきではないか、肛門の手術も含めるのか（腸管の手術も肛門の手術も含めるのか）、との質問があった。

→家族歴については癌全体を予定しているが、実際の調査票ではどこの癌か識別できるようにする。治療経過には5ASA も含めることとする。臨床経過分類についてはデータの収集が困難となることが懸念されるが、含めることとなった。

肛門病変の詳細も含めることとなった。CD については肛門の手術も含めることを確認した。

新潟大学 味岡先生より

今回のデータベース作成に際しては広く症例を集める必要があるが、UC 合併の散発癌が含まれることが懸念される。最後に炎症性発がんであるかの検討が必要ではないか、との意見があった。また、HGD や浸潤癌でない癌も含むか、との質問があった。

→まずは広く症例を集めることを目的とし、病理については可能であれば検討する。HGD も今回の検討には含む予定としていることを確認した。

東京大学医科学研究所附属病院 篠崎先生より

英文での報告に備えて、CD の分類としてモントリオール分類を入れるべきではないか（Behavior は収集が困難かもしれないが病変範囲は収集が可能であろう）、との意見があった。

→モントリオール分類に沿った項目を追加することとなった。

➤ 診断関連情報

福岡大学筑紫病院 二見先生より

サーベイランスの内視鏡の定義について（例えば UC の病態チェックの CF も含めてサーベイランスとしてとらえるのか）、質問があった。

→どの検査で最初にみつかったかを記載し、その意図がサーベイランスとしてであったかは問わないようにすることとなった。

➤ 手術・内視鏡治療関連情報、非切除例の治療関連情報

福岡大学筑紫病院 二見先生より

多発癌の場合の扱いをどうするか（例えば 5 病変の場合はすべてを記載するのか、主病変の位置を記載するのか）、とのご質問があった。

信州大学 岩谷先生より

UCは異時多発も多く、CDでは部分切除が多く同時多発症例も多いため、多発症例に対する扱いをどうすべきか、との質問があった。

→実際の調査用紙では多発についての情報も入れ、様々な部位についてはそれぞれを記載可能な形とすることを確認した。

新潟大学 味岡先生より

病変1つを1単位で集積すると膨大な数となるため、1症例を1単位でデータを集積し、必要であれば後にそれぞれの病変についてのデータを登録するのがよいのではないかと、この意見があった。

→1症例を1単位でデータを集積することとなった。

都立駒込病院 高橋先生より

多発病変の際に同程度の病変が複数あった場合にどちらを主病変にするかが問題になるのではないかと、この質問があった。

→そのような症例についてはコメントで情報を収集することとなった。

➤ 治療後情報

→特に意見なし。

➤ 病理所見、その他

→特に意見なし。

(3) 調査方法について

委員長の石原より説明を行い、全項目を一括で調査を行うこととなった。

データ提出の方法については、エクセル、ファイルメーカー、手書きの3種類で集計を予定している。

都立駒込病院 高橋先生より

ファイルメーカーではバージョンが異なると対応しない場合があり、施設によってバージョンが異なると施設からの問い合わせが多くなるため、ファイルメーカーは避けたほうがよいと、意見があった。

→ランタイム形式だと問題ないが、再度確認する。各施設出しやすい方法でのデータ収集を予定している。

(4) 倫理審査に関して

委員長の石原より多施設研究として東大で一括審査を行う予定であることを説明した。

(5) 論文・学会発表について

委員長の石原より、以下の通り説明した。

最初の発表は東大と最多登録施設の double corresponding authorship で行い、その後の発表に関しては登録症例数、各施設の希望を考慮して authorship を決定する。

主要な解析が終わった後には、データベースを各施設で自由に解析し、各発表ではなるべく多くの施設を author として、複数の発表を通して全施設が author となることを目指すこととする。

(6) 今後の展開について

委員長の石原より前向き研究、血液・組織検体を用いたバイオマーカーの研究、内視鏡画像を集積しての人工知能による診断アルゴリズムの構築といった展望について述べた。

(7) その他

新潟大学 味岡先生より

CAC か散発癌かの確認は必要であるが、1000 例以上の病理の確認は困難であるため、何例かをピックアップして病理を確認することの検討が必要ではないか、との意見があった。

兵庫医科大学病院 池内先生より

各施設で周辺の病理の結果なども考慮して、CAC か散発癌かの区別はしていると考えられるため、その意見を反映させるようにすると最終的な振り分けの一助となる。各施設の自己判断のデータをとっておいたほうがよいのではないか、との意見があった。

→各施設の病理の判断について調査項目に入れることとなった。

癌研有明病院 武藤先生より

実際のサーベイランスにおいては癌の発見は稀であり、今回のような大規模な調査において、サーベイランスにおけるハイリスクグループを選別する方法を考えることが必要であろう、との意見があった。

文責：石原聡一郎