

第4回炎症性腸疾患関連消化管癌診療ガイドライン作成委員会 議事録

日時:2022年7月7日9時00分～10時00分

会場:浜松町コンベンションホール 6F 大会議室 B および WEB のハイブリッド開催

委員長:石原聡一郎

出席者(敬称略、50音順)

(現地参加)味岡洋一(新潟大学)、池内浩基(兵庫医科大学)、片山晴一(金原出版)、吉敷智和(杏林大学)、齋藤豊(国立がん研究センター中央病院)、須並英二(杏林大学)、水島恒和(大阪警察病院)

(Zoom 参加)板橋道朗(東京女子医科大学)、浦岡俊夫(群馬大学大)、大北喜基(三重大学)、小金井一隆(横浜市立市民病院)、坂本恭子(慶應義塾大学)、下田将之(東京慈恵会医科大学)、杉田昭(横浜市立市民病院)、清島亮(慶應義塾大学)、高橋賢一(東北労災病院)、高丸博之(国立がん研究センター中央病院)、仲瀬裕志(札幌医科大学)、二見喜太郎(松永病院)、松浦稔(杏林大学医)、松本主之(岩手医科大学)、山口直比古(聖隷佐倉市民病院)、渡谷祐介(広島大学)

協力者:品川貴秀、野口竜剛、小松更一、津島辰也

【審議事項】

- ・委員一覧を供覧し確認した。
- ・前回議事録(2022年3月21日第3回委員会)はメールにて配布させて頂いた。
- ・CQ最終案を供覧し確認した(2022年3月21日CQ検討会のまとめ)。
- ・エビデンスレベル A 0%, B23%, C36%, D33%であった。強い推奨は少なく(4%)、弱い推奨および推奨度のつかないものが多い内容となっている。

- ・議論が残った各CQに関して内容を確認した。

内科領域 CQ21 UC 関連大腸腫瘍に対して内視鏡的切除は推奨されるか?(長沼先生、藤井先生)

「境界明瞭な病変については診断確定のために内視鏡的切除をおこなうことが考慮される。ただし、生検で high grade dysplasia (HGD)ないし癌と診断がついているものは原則大腸全摘が推奨される。また、内視鏡治療後の病理学的診断で HGD もしくは癌と診断された場合も原則大腸全摘が推奨される(推奨度なし、エビデンスレベル D)。」

「内視鏡的切除を行う場合・・・(略)・・・内視鏡的切除に熟練した内視鏡医により施行されることが望ましい(推奨度なし、エビデンスレベル D)。」

「境界不明瞭な病変は内視鏡切除は行わないことが推奨される(弱い推奨、エビデンスレベル D)。」

松本先生にご確認→追加コメントなし

その他反対意見なし

内科領域 CQ22 内視鏡的切除後のサーベイランス法は何か(長沼先生、藤井先生)

「UC 関連大腸腫瘍に対する内視鏡切除後は大腸内視鏡によるサーベイランスが行われるが、サーベイランスの間隔や色素散布法・画像強調内視鏡の併用など最適なサーベイランス法は明らかではない。(推奨度なし、エビデンスレベル D)」

意見確認→反対意見なし

外科領域 CQ23 IBD 関連消化管癌手術後の IBD 薬物治療の注意点は何か？

「IBD 関連消化管癌手術後の患者において免疫抑制治療が必要な場合には、癌再発リスクを考慮し、消化器内科医、腫瘍内科医、外科医による議論の上、個々の症例に応じて、安全性と有効性を考慮して治療方針を決定する(推奨度なし、エビデンスレベル D)。」

大北先生にご確認→追加コメントなし

他反対意見なし

病理領域 CQ12 生検病理において免疫染色 (p53, Ki-67) は推奨されるか？ (河内先生、味岡先生)

「IBD 関連腫瘍の生検病理診断において p53, Ki-67 免疫染色を併用することは推奨される(弱い推奨、エビデンスレベル D)。」p53 完全陰性例が含まれることについて追記済み。

下田先生にご確認→追加コメントなし

小金井先生にご確認→追加コメントなし

他反対意見なし

・各論の作成

通読して理解できるような内容を目指す。項目立てと分担を確認した。

味岡先生より→UC の病理担当は味岡先生、CD の担当は相談中

9 月中の執筆を目指したい。詳細は改めて連絡させて頂く。

池内先生にご確認→図表や字数制限に関してご質問→図表数に制限は設けない予定

松本先生にご確認→了承

・タイムライン確認

総論・各論を並行して作成する(2022 年 9 月中を目標)。

用語担当を確認した。外科高橋先生、病理下田先生にご確認→了承

パブリックコメント:2022 年 11 月目標

外部評価:2022 年 12 月目標

刊行:2023 年 1 月目標、金原出版ご担当者様ご確認→1 月は厳しそう、最短 3 月頃出版を目指す