

■出席者（敬称略、五十音順）

- ・ 委員長：上野秀樹
- ・ 委員：石原聡一郎、伊藤雅昭、猪股雅史（欠席）、浦岡俊夫、大植雅之、岡島正純、金光幸秀（欠席）、河内 洋、絹笠祐介、九嶋亮治、幸田圭史、小林宏寿、斎藤 豊、菅井 有、関根茂樹、田中信治、田中屋宏爾、村田幸平、八尾隆史、山口研成、山口茂樹、山崎健太郎、山田一隆、他オブザーバー30名
- ・ アドバイザー：味岡洋一、池 秀之、固武健二郎、島田安博、富田尚裕、橋口陽二郎
- ・ 事務局：岡本耕一

■会議内容

1. 開会の挨拶（委員長より）

規約第10版の出版時期はTNM改訂翌年（2025年見込み）を目指すと説明された。また新TNM公開後は本規約改訂作業の増加が見込まれるため、Web会議にて第9版の問題点の拾い上げと改訂作業を進めるとの告知があった。

報告1. 大腸癌取扱い規約の販売状況

大腸癌取扱い規約第9版の販売状況は、約16,000部程度でそのうち電子版が約530部であると報告があった。

報告2. Tumor deposits/EXに関するreview article掲載のご報告

TNMと規約との間で取扱いが異なるTumor deposit/EXに関して、海外の病理医（Quirke教授、Nagtegaal教授）と共同執筆したreview論文が前・現研究会会長を共著者として出版されたことが報告された。日本の取扱いの妥当性を支持する研究報告が増えていることを紹介しており、TNM committeeに提出される予定であることが報告された。

2. プロジェクト研究成果の取扱い規約への反映

○「右側結腸癌のリンパ節郭清に関する研究」 山口茂樹 委員

27施設の後方視的解析の結果、本邦で最も行われている手術はSMVの左縁までの郭清で留める術式であり、SMAの根部までを郭清する術式を実施している施設は少ないことが報告された。一方、規約では動脈を基準にリンパ節番号が付与されているため、D3郭清範囲と一致しないことが問題点と説明された。3群リンパ節陽性例の解析から、#203と#213に関してはSMVの前面から末梢側のリンパ節転移が大多数で、SMV左方からSMA周囲のリンパ節転移はごく少数であり、#223に関してもSMV前面の陽性は比較的多いが、SMA周囲の陽性は認めなかったこと、SMV左縁までの郭清で留めた症例のうちSMA周囲に再発した症例は1例のみであったと報告された。また、右側結腸切除後のリンパ節転移再発例を検討すると、67例中4例のみがSMA周囲リンパ節陽性であったと報告された。以上の結果より、#203、#213、#223に関してはA、Vを付した亜分類の記載が提案された。橋口アドバイザーより横行結腸癌についても同様かとの質問があり、本提案は上行結腸癌を対象とした後方視的解析に基づくため、横行結腸癌に関しては提案できないとの回答があった。委員長より、画像診断と病理診断を1対1対応できていない点と、#203A/#213Aと記載した場合には領域と言い難いSMA周囲リンパ節を3群に含むことになるという、本研究結果との矛盾が指摘された。山口委員より、前向き研究結果ではないため表記の変更のみに留めるべきとの回答があった。村田委員より郭清記載法の変更も必要かとの質問があり、分別した記載を推奨するが、隔てなくD3と記載する考え方もあるとの回答があった。伊藤委員よりD3の細分化は複雑になるため、AとVのリンパ節をまとめて3群に定義する方が国際的には受け入れが容易との意見があった。委員長より中間リンパ節と主リンパ節の境界に曖昧さが存在する状況でAとVの境界部のみを厳密にすることのバランスの悪さ、橋口アドバイザーより上行結腸癌の郭清に関してのみ細分化すると、他の結腸癌との乖離が生じる問題点の指摘があった。絹笠委員より規約またはガイドラインに本解析結果が反映されるべきとのコメントが、小林委員よりAとVを分けて記載することで、今後前向きに郭清効果を評価する点では有用とのコメントがあった。

3. 規約第9版の問題点の拾い上げと改訂（第4回）（委員に配布済みの改訂案を用いて議事進行）

○ 検討課題番号3.4：pT4bの定義

委員長より以下の説明と提案がなされた：「前回までの会議において、癒着部の脂肪組織に臓器境界が消失したsT4b大腸癌のpT判定に関して、新たなpTカテゴリーを設けて記載する方針が検討され、pT4b(adhesion)とpT3(adhesion)の2つの意見があった。前回の会議以降、事務局にて文献からの解決を試みたが、十分なevidenceが得られなかった。この結果を踏まえ、該当のsT4b症例がpT3、pT4bのいずれの生物学的転帰をとるのかを評価し、これを基にカテゴリーの名称を設定する案を提案する。検討方法として、（1）大腸癌登録症例を用いた後方視的検討、（2）本委員会施設症例での後方視的検討のふたつが考え得る。」

味岡会長より、新たなカテゴリーを設けるのであればpT4b(adhesion)、pT3(adhesion)のいずれでも良いのではないかとの質問があり、委員長より、最終的にはpT3、pT4のいずれかに分類されることから治療方針への影響があり、根拠を得る必要性が説明された。八尾委員より、病理診断の信頼できる施設からのデータを用いる提案があった。オブザーバー（落合氏、小嶋氏）より、pT4の診断には施設間差があり信頼性が不十分との指摘があった。委員長から、次期規約発刊までの時間も考慮し、できれば後方視的検討で解決を図りたいと発言があった。小林委員より、sT4bの信頼性は比較的高いと考えられるため、大腸癌登録データを用いたsT4b/pT3症例の解析結果は判断の参考となり得るとの意見があった。村田委員より、病理診断は外科の指摘により変更すべきではなく、pTにsTを付記またはhigh risk因子としてpT4bを規定するのが妥当ではないかと意見があった。委員長より、解剖学的な境界が不明瞭となっている領域に癌組織があり、これが故に深達度が判断できない（結果としてpT3と診断せざるを得ない）腫瘍について、通常のpT3やpT4bとは別のカテゴリーを設けることが提案の意図であると説明された。