

大腸癌研究会『規約改訂委員会』
第4回 web 会議 (2023年8月5日) ※内科・病理領域の改訂課題の検討
議事録

■出席者 (敬称略、五十音順)

- ・ 委員長：上野秀樹
- ・ 委員：河内 洋、九嶋亮治、齋藤 豊、関根茂樹、山口研成、山崎健太郎
- ・ アドバイザー：島田安博
- ・ 事務局：岡本耕一

■会議内容

規約第9版の問題点の拾い上げと改訂 (内科・病理領域) (委員に配布済みの改訂ワークシートを用いて議事進行)

○ 検討課題番号 2：注3および注5 (LSTの注釈) への Sessile serrated lesion (SSL) についての付記 (10頁)

齋藤委員より文案の提示があった。日本消化器内視鏡学会の見解との整合を確認する必要性が認識されたため、同学会の用語委員会に照会いただくこととした (2025年までに結論が出ない場合には現規約の内容を踏襲することとする)。

○ 検討課題番号 5,6,7：Tisの扱い (10,11頁)

河内委員より、粘膜筋板に浸潤するも粘膜下層に及ばない癌は TNM 分類では Tis であるため、本規約との整合の必要性に関して説明があり、委員長より「注4：Tis癌は、本来は粘膜固有層に浸潤していない上皮内癌 (carcinoma in situ) を表すが、大腸癌においては例外的に癌が粘膜内 (粘膜固有層および粘膜筋板) にとどまる癌 (すなわち粘膜内癌) を意味し、浸潤の有無は問わない。」が改訂案として示され、合意が得られた。河内委員より、TNM 分類で MM に言及していない理由の確認が提案され、「粘膜内癌のうち粘膜固有層内に浸潤している病変に関する研究」の委員長を務めた落合先生に照会することとなった。齋藤委員より高異型度腺腫 (欧米) と癌 (日本) の診断に関する欧米と日本の違いを規約に記載する必要性、関根委員より欧米と日本の診断名の読み替えの必要性、河内委員より欧米と日本で診断名が異なる理由の背景を記載する必要性が提起された。協議により「注 (注4と注5の間)：日本では浸潤の有無によらず細胞異型と構造異型により癌の診断をする一方、海外では浸潤所見をもって癌を診断する。このため、粘膜内癌には、海外において adenoma/dysplasia と診断される腫瘍が含まれる。」を文案として作成し、病理委員会で検討いただくこととなった。

○ 検討課題番号 21：内視鏡治療の記載法 (21頁)

齋藤委員より、「cold forceps polypectomy」「cold snare polypectomy」「precutting EMR」「hybrid ESD」それぞれの和訳の説明と、これらに造語的な和訳が含まれるとの報告があった。河内委員から、「鉗子切除」と「cold forceps polypectomy」が同義であるかの確認が発議の目的であることと、「hot biopsy」の和訳に関する質問があった。委員長より、日本内視鏡学会の用語委員会の用語集を齋藤委員にご確認いただくことが依頼され、この結果をもとに、日本語訳4つの追加と「hot biopsy」の追加の2点の是非を決める方針が確認された。九嶋委員より、内視鏡の治療手技ごとに病理診断に求められる内容 (グループ分類適応の有無、切除断端の評価の有無) が変わるのであれば、これを規約に盛り込んだ方が良くないかとの意見があり、用語が決定した次回以降の会議にて議論することとなった。

○ 検討課題番号 27,28：水平断端の記載法 (25頁)

検討課題番号 追加：内視鏡切除検体の切り出し法 (70頁 図21)

関根委員より、断端では腺腫と癌の病理学的鑑別は難しいため、断端に存在する成分が腺腫であっても腫瘍断端と捉え「HM1」とするのが妥当と問題提起された。河内委員からも、断端が腺腫でも癌でも腫瘍の断端として記載すべきで、熱変性や損傷により何が陽性か不明の場合は、その旨を括弧に記載するのが良いとの意見があった。九嶋委員も上記に賛成で、括弧内に断端の組織を記載する提案がなされた。一方、齋藤委員より次の2つのコメントがなされた：①大腸の粘膜は脆弱なため切除時の断端損傷はしばしば経験されるが、腺腫の水平断端が陽性でも再発は殆ど認めないため臨床的には治癒切除と扱っている。上記の提案では治癒切除率の低下が懸念され、腺腫断端を含めて完全切除を目指すためには、現状よりも正常粘膜を大きく切除する必要性が生じる；②断端の正確な評価のためには最初と最後の切り出し切片を垂直方向に作成した方が良い。九嶋委員と関根委員より、標本が小さい場合には作製が難しく正確な評価ができなくなり、標本作製の負担も増えるとの意見があった。河内委員より、オプションとして垂直方向はあっても良いとの意見があった。最終的に、委員長より次のようにまとめられた：①「HM1」の対象に腺腫などの腫瘍性病変を含める改訂案を暫定的に取り上げ、これを病理委員会で検討いただく；②切り出し方法の変更に関しては病理のプラクティスを変更することによる負の影響も危惧されることから、日本内視鏡学会からの強いリクエストが存在するかどうかを齋藤委員にご確認いただく。

○ 検討課題番号 29：垂直断端の記載法 (25頁)

委員長より、5.1.1.2 垂直断端において「注：Tis と診断できる病変部で腫瘍が剥離面に及んでいる場合には HM1 と診断する。」と追記する提案があった。齋藤委員から、SM 癌に対する内視鏡切除において粘膜筋板が認められない場合に、SM 癌であるにも関わらず HM1, VM0 の診断となると臨床で問題が生じることが懸念されるとの意見があった。河内委員より、「水平断端 (粘膜断端)」を「粘膜断端 (水平断端)」に変更への提案があった。九嶋委員から、「Tis と診断できる病変部で腫瘍が剥離面に及んでいるか、腫瘍内に切除の切れ込みがある場合には HM1 と診断し、VM1 と診断しない。」と注釈の追記が提案された。これまでの規約改訂での経緯を確認し、次回改めて議論することとなった。

○ 検討課題番号 35：薬物治療、放射線治療の表記 (27頁)

委員長より、治療ガイドラインでは「薬物療法」の用語が用いられていることが紹介された。島田アドバイザーより、大腸癌においては規約とガイドラインは整合させ、「療法」が「治療」よりも現状に相応しいとのご意見があった。九嶋委員より、胃癌取扱い規約においても「治療」から「療法」への変更を検討するとの説明があった。山口委員からは用語の統一、山崎委員から、「薬物療法」「放射線療法」が良いとの意見があった。「外科治療」に関しては現行の記載を踏襲することが妥当との意見が大勢であったが、外科委員とも検討する方針とした。

○ 検討課題番号 65,66,75,76：T1癌の深達度 (31,32頁)

委員長より、病理委員にシェーマ・写真の改訂を担当いただく方針としていたが、今後の進め方について相談があり、全病理委員が味岡アドバイザーに相談するのが妥当との意見であったため、委員長からご相談することとなった。