

リンパ節委員会からの提案 第76回大腸癌研究会 文責 森 武生

出席施設：都立がん感染症センター駒込病院、近畿大学医学部、横浜市立大学第2外科、栃木がんセンター、国立がんセンター、防衛医大外科 大阪成人病センター、愛知がんセンター

下記の各事項を提案する。

1 改訂事項

- 1) 15P3-2-4：TNM と同じに肝も M1 として「肝以外」という言葉をとる。
- 2) 16P：表は M1orM0 とする。
- 3) 17P2 1 行：低位前方切除の項目：「超低位前方切除」（腹腔内操作のみで歯状線上 2 cm 以内に吻合したもの）と「内括約筋切除」（肛門側操作で吻合したもの）を加える。
- 4) 44P：3-2-1-2-3：「10 cm」から「7 cm」に変更する。さらに「この距離は術中に生体に於いて測定したものとす。」という一文を加える。説明としては以下の図を加える。また本文中の 10 cm の記載をすべて 7 cm に変更する。

図：p. 44.

3.2.1.2.3 結腸における腸管傍リンパ節：この距

離は以下すべて術中に生体において測定したものである。

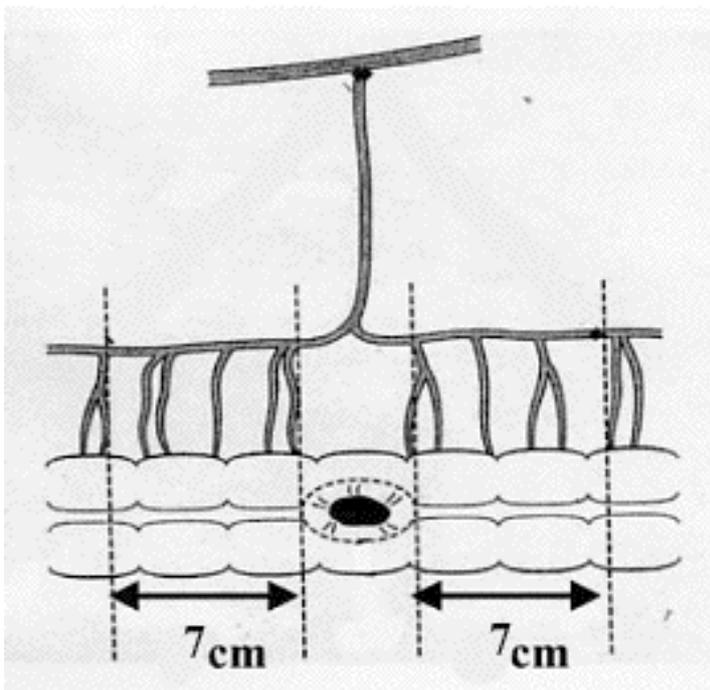


図 16a：支配動脈が1本で、腫瘍の直下にある場合。

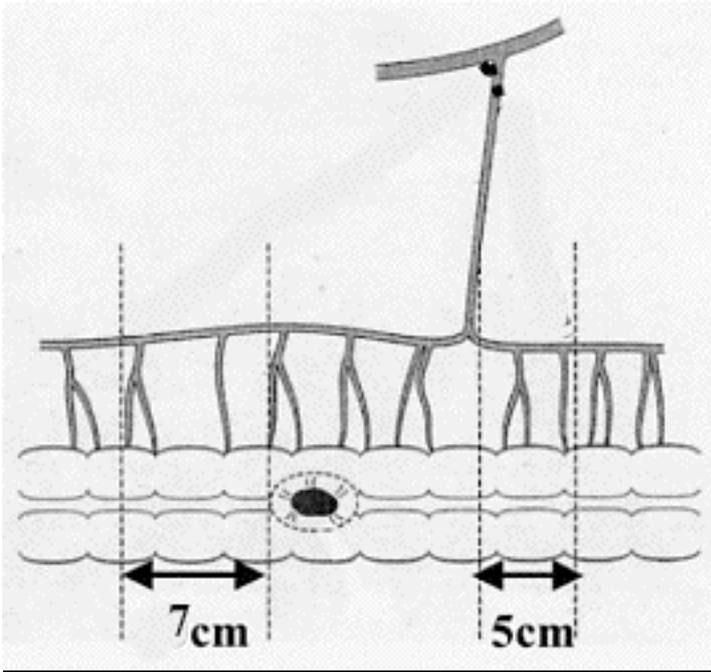


図 16b : 支配動脈が 1 本で腫瘍直下にはないが、腫瘍辺縁より 7cm 以内にある場合。

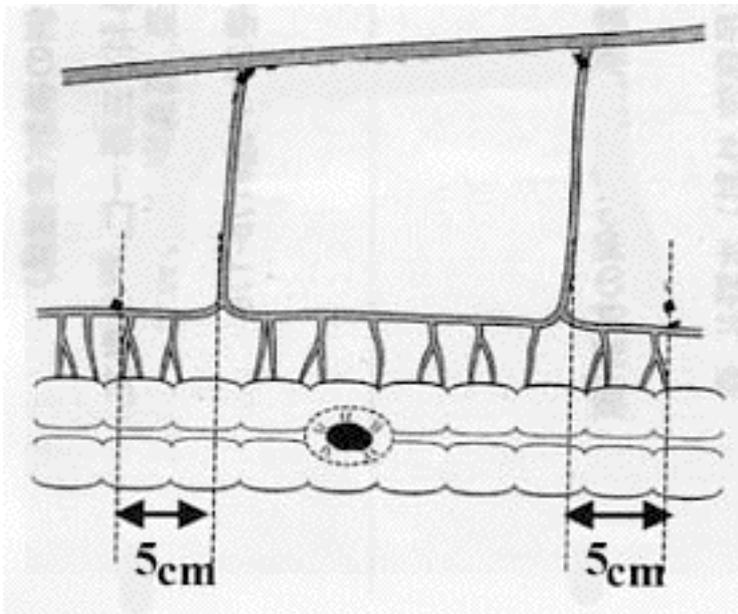


図 16c : 支配動脈が腫瘍辺縁から 7cm 以内に 2 本ある場合。

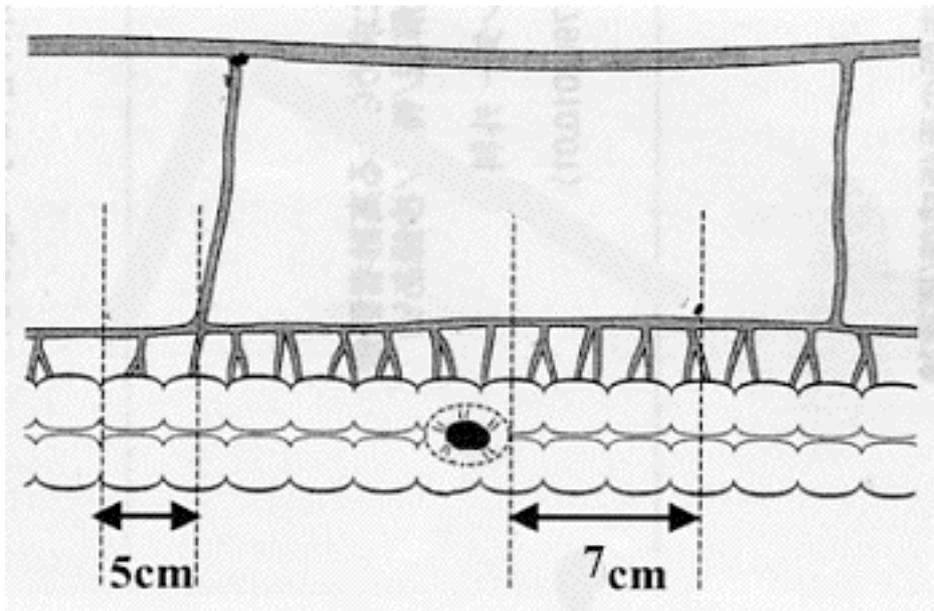


図 16d: 支配動脈が腫瘍辺縁から 7cm 以上離れて 2 本ある場合はより近い動脈を支配動脈とする。

- 5) 4 7 P3.2.1.2.4 : 「肛門側端」から「肛門側間膜切除距離」。
「肛門側切除腸管距離に関しては 1 cm 以上が望ましい」を加える。
- 6) 1 4 P 2 8 行 : H 3 の記載を「5 個以上かつ最大径が 5 cm を超える」
- 7) 1 4 P 2 1 行 : 「リンパ節構造のないー」から「リンパ節構造のない癌病巣 (nodule : ND) は、リンパ節転移と同様に N 因子として扱う。」。
- 8) 8 P 図の説明 4 行目以下「Rectum」を削除。
- 9) 1 9 P 3 行目以下 注 2 「直腸癌手術では以下の神経について温存したか切除したか、(左右のあるものでは) 左右それぞれについて完全温存か部分温存かを含めて記載する。腰内臓神経、上下腹神経、下腹神経、骨盤神経叢、骨盤内臓神経。」
- 1 0) 2 0 P 5 - 7 行 「癌遺残がない」から「原発巣癌遺残または転移巣」。(提言の 2 参照)
- 1 1) 1 8 P 4.2.3 注 2 - 注 5 : 「直腸癌ではー」から「Rb に及ぶ直腸癌では」。
- 1 2) 1 5 P 1 7 行 注 3 「腹腔内洗浄細胞診に関しては、実施の有無とその結果のみを記載する。」に変更。
- 1 3) 1 8 P 1 9 行 郭清したリンパ節数 (総検索個数) は 8 個以上を基本とし、進行癌では 1 2 個以上が基準であり、c Stage III b では 2 0 個以上が望ましい。

2. 規約改定委員会への提言

1) stage 分類

結腸がんにて、no で se 及び si の症例群に関しては明らかに予後が不良であり、stage

IIをIIAとIIBの様に分割した方が予後指標としては有用ではあるがstageIIIAと生存曲線は交差する。要検討。

2) Rnumber

Rnumberは原発巣と転移巣に分けて記載すべきである。

症例毎の総合的判断については、別途記載方法を考える。

とにかく混乱を避けるために、理解しやすい表記法、内容、説明を考える。

3) 根治度

Rnumberとの関係で再検討し、混乱を避ける。

4) P因子

現在進行中の腹膜播種検討委員会の結果を待つが、切除予後へのgrade分類や、腹腔洗浄細胞診の取り扱いについて、明確な取り決めが必要。

3. 規約そのものについて、

日本の大腸癌取り扱い規約はTNM分類と異なり、手術の方法の推奨や、予後提示、郭清法などについての考え方が示されている。この考え方を継承することは本研究会の責務と考える。術前術後の化療や放射線治療の指針となる予後について、詳細に検討した分類はまた異なるものであり、規約改定委員会のみならず、ガイドライン委員会などで、日本の症例分析に基づいた、あたらしい分類を試みるべきと考える。

4. ガイドライン委員会への提案

1) 腸管切除距離と領域リンパ節の郭清範囲について

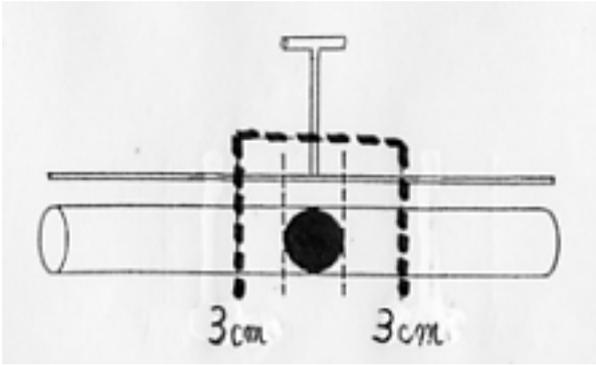
規約では腸管傍リンパ節切除範囲に基づく、腸管切除距離についての説明はあるが、領域リンパ節郭清に関しては、術式の選択の時代に伴う変化があると考えられ、ガイドラインに記載する方が妥当と思われる。如何にその例示を記載する。

結腸における切除すべき領域リンパ節

結腸の支配動脈には回結腸動脈、右結腸動脈、中結腸動脈（右枝・左枝）、左結腸動脈、S状結腸動脈がある。結腸における切除すべき領域リンパ節は、壁深達度および支配動脈の位置から以下の7つのパターンがある。

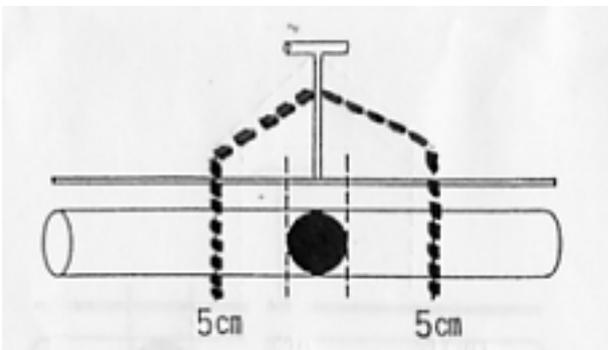
I. cSM

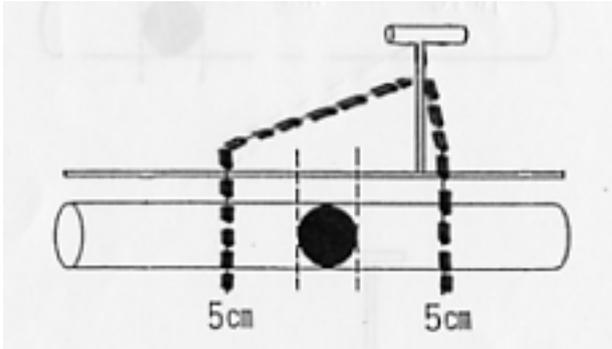
1. 腫瘍から口側、肛門側とも3cmの腸管傍リンパ節。



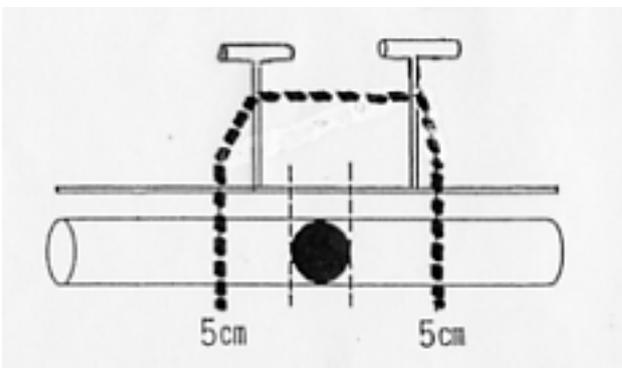
II. cMP

1. 中間リンパ節と腫瘍から口側、肛門側とも 5cm の腸管傍リンパ節。

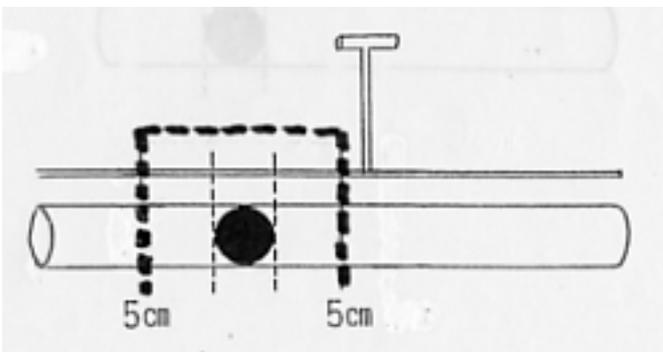




2. 腫瘍から 5cm 以内に支配動脈が 2 本ある場合は両動脈の中間リンパ節と腸管傍リンパ節。

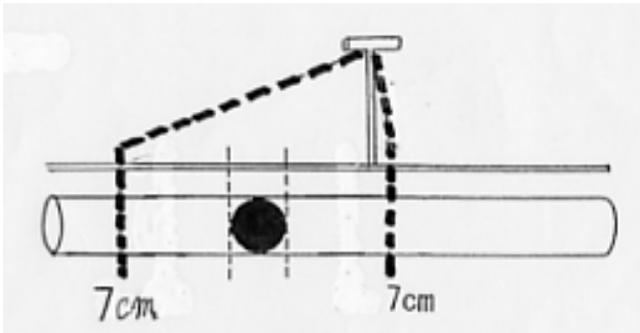
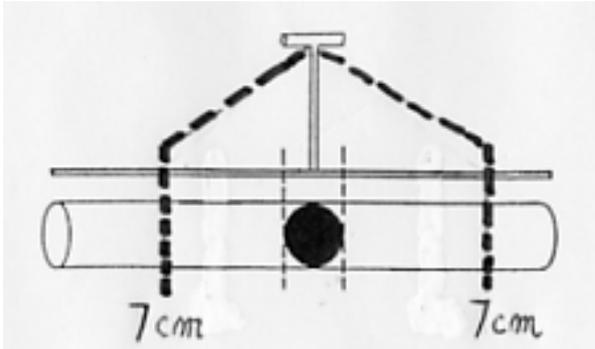


3. 腫瘍から 5cm 以内に支配動脈がない場合は腸管傍リンパ節のみ。

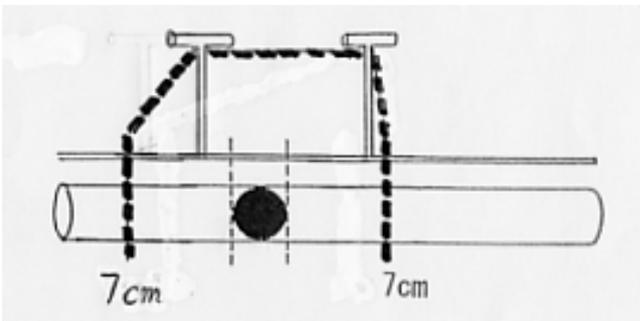


III. cSS 以深あるいは cA 以深

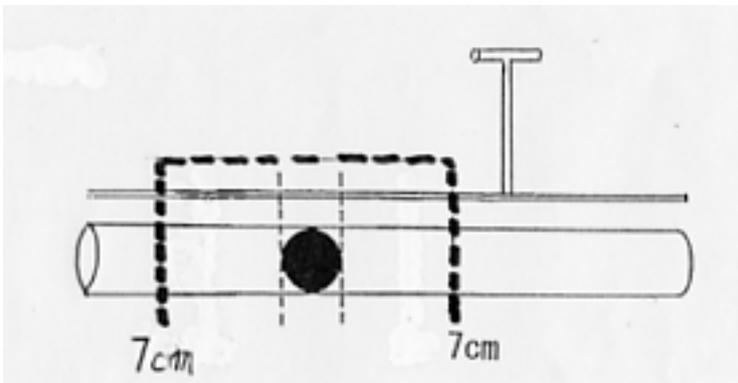
1. 主リンパ節と腫瘍から口側、肛門側とも 7cm の腸管傍リンパ節。



2. 腫瘍から 7cm 以内に支配動脈が 2 本ある場合は両動脈の主リンパ節と腸管傍リンパ節。



3. 腫瘍から 7cm 以内に支配動脈がない場合は腸管傍リンパ節のみ。



5. 継続審議事項

1) リンパ節分類

N3を無くしてN1N2の個数分類だけにすべきであるか？

2) 結腸癌切除距離に関しては、進達度に応じた切除距離と範囲に関してガイドラインに記載する。(前項資料参照)

3) 直腸壁進達度について「直腸固有間膜浸潤あり」を明記するか否かは、標本の処理法や、予後への関連など検討事項が多いために継続審議とする。