

第 81 回大腸癌研究会リンパ節委員会 議事録

日時：2014 年 7 月 3 日（木）9:30-11:00

場所：名古屋観光ホテル

出席者（敬称略、順不同）：防衛医科大学校、神藤英二、梶原由規、長谷和生。大阪府立成人病センター、大植雅之、能浦真吾。横浜市立大学、大田貢由。帝京大学、橋口陽二郎。国立がんセンター東、伊藤雅昭。東京女子医科大学、小川真平、板橋道朗、亀岡信悟。済生会横浜市南部病院、池 秀之。栃木県立がんセンター、固武健二郎、小澤平太。久留米大学、衣笠哲史、白岩祥子、片桐光治、弓削浩太郎。駒込病院、高橋慶一、森武生。国立がんセンター、金光幸秀。近畿大学、肥田仁一。

テーマ：規約におけるリンパ節取扱いの諸問題。

I. 側方郭清及び術前補助療法の適応を左右する cN+の判定基準。

1. 一般診療に利用できる基準を。2. 国際的に通用する“短径”で。3. 間膜については短径 4–12 mm まで多くの報告があるが、国際的にも汎用されているのは 5mm である。そこで側方について 5mm と 10mm を比較した。

現在の cN+の判定基準：MRI あるいは CT の横断面（スライス巾 5mm 以下）で間膜は短径 5mm 以上、側方は短径 10mm 以上。

討論：1. 間膜については Sensitivity すなわち偽陰性率を重視し、5mm。

側方については Accuracy/Specificity/陽性的中率を重視すれば 10mm、Sensitivity すなわち偽陰性率を重視すれば 5mm ということになる。

2. 側方転移率は間膜転移率より低いこと、術前補助療法の適応、治療的側方郭清の適応を考慮し 10mm を採用した。側方郭清の適応は Rb/T3-4 であるが、第 80 回大腸癌研究会（2014/1）アンケート調査によると、側方 cN (-) には側方郭清を行わない（予防的郭清を行わない）40% (68 施設)、両側行う 38% (65)、片側行う 7% (11)、その他 15% (25)という現状であった。すなわち副作用や費用、また術後合併症や排尿性機能障害を考慮すれば、術前補助療法や側方郭清は再発リスクの高いものに行いたい（無駄な術前補助療法や側方郭清を省略したい）という考え。

II. 術前診断の正診率向上のために、4 枚の CT 横断面（スライス巾 5mm 以下）と、それら各々に相当する術中写真で 263, 283 領域を示す。

（文責：肥田仁一）