

大腸癌研究会プロジェクト研究

第4回 委員会

「大腸癌に対する薬物療法、放射線療法の組織学的効果判定基準の見直しに関わるプロジェクト研究」

日時：2025年 7月 3日 14時30分～15時00分

場所：ザ・グランユアーズフクイ（ホテルフジタ福井） 3F 瑞雲

出席者：

赤羽慎太郎、味岡洋一、阿部浩幸、石原聡一郎、磯部聡史、伊藤芳則、岩井拓磨、上杉憲幸、上田和毅、植竹宏之、牛久哲男、牛込充則、江本成伸、大垣友太朗、大木悠輔、大塚泰弘、大沼忍、大橋みきこ、大平学、岡田聡、岡村亮輔、小澤真由美、風間伸介、門松雄一朗、川合一茂、清松知充、甲津卓実、小杉千弘、小嶋基寛、佐村博範、山東雅紀、篠崎英司、島田能史、志村匡信、下村学、真貝竜史、菅井有、杉野英明、杉原健一、杉本起一、杉本亮、須藤剛、須並英二、諏訪宏和、高木健太、高島順平、高村卓志、瀧山博年、田中裕太郎、谷優佑、塚田祐一郎、坪山尚寛、豊島明、中尾詠一、中野麻恵、廣川高久、深瀬正彦、藤島史喜、古屋信二、松田圭二、丸田守人、宮沢善夫、虫明寛行、村上圭吾、室圭、室野浩司、室伏景子、八尾隆史、藪野太一、横山康行、吉敷智和

【50音順】

議事

1. 前回議事録確認

前回議事録の内容を、配布資料にて提示した。

2. エキスパートによる評価の結果

今回施行したパイロットスタディの結果を報告した。

21症例の病理結果について、3名のエキスパートによる診断について検討した。

まず、全割切片と代表切片での評価の違いについての検討であるが、Grade 3については代表切片、全割切片ともに全病理医における評価は完全に一致した。7症例と少ない症例数での検討であったが、代表切片のみで評価が可能である可能性が挙げられた。

Grade 1, 2に関しては各病理医において、代表切片と全割切片の評価で、半数弱の症例で評価が異なった。

Grade 1, 2 に関して、病理医間の比較においては、半数以上において評価が一致しなかった。また、代表切片よりも全割切片の方が、一致率が低い傾向であった。

評価不一致の原因としては、腫瘍の面積を定量的に計測しているわけではなく目分量での残存腫瘍の割合の評価であることや、全割切片の場合においては、観察するスライドによって治療効果が異なるため、総合的に判断した際に評価が分かれやすい点などが挙げられた。また、腫瘍の局在に関する分母の定義、viable である癌細胞の定義が病理医間で異なることも原因として挙げられた。腫瘍の局在に関して、代表スライドを用いて、病理医間における評価領域の違いを具体的に提示した。

続いて、病理所見に関する評価について説明した。術前治療後の効果判定に重要と思われる所見を 6 項目に分けて、評価を行った。

「粘液湖」、「壊死」、「炎症」の 3 項目に関しては、病理医間で完全に評価が一致したが、細胞変性の項目に関しては、病理医間で評価が一致しない結果となった。

評価を行ったエキスパートからは、何らかの定義・評価基準が必要であることや、評価が一致しないようであれば、評価基準にしないことも検討される、との声があった。また、大腸癌取扱い規約の「変性」、「融解」、「消失」、「壊死」などの用語の整理が必要であり、「泡沫細胞の出現」は重要な反応所見であるので追加も検討される、との意見もあった。

上記までの報告に関して、以下意見が挙げられた。

- ・所見の定義付けが曖昧であることが病理医間の不一致につながっている。そのためは、評価に用いる項目とその所見の定義を明確化すること（例えば、アトラスの作成など）が必要。

アトラス所見に関しては病理委員会でのコンセンサスを得る過程も必要であろう。

- ・バーチャルスライドを使用して、残存腫瘍評価を定量化することも検討される。予後がわかる症例であれば、デジタル化し、定量化したデータが有用になる。

- ・全割切片か代表切片かの評価に関しては、代表切片で CR だが、他の切片に腫瘍が残存している可能性も考えられるため、全割切片での評価が望ましい。ただ、代表切片のみの評価と全割切片の評価の二者間の予後に違いがなければ、代表切片での評価も検討される。

- ・腫瘍の局在に関する分母の定義、viable な細胞の定義の不一致が病理医間での評価のばらつきになっていると考えられる。Viable な細胞の評価は難しく、Ki-67 などの増殖能での評価も検討しても良いのでは？

⇐Ki-67 は以前検討したが、評価が難しい印象であった

viable な細胞の評価が一致しないのであれば、viable かどうかは定義から外すことも検討される。

- ・腫瘍が元あった領域を想定することは難しく、定義付けが検討される。

むしろ、元あった領域を想定しないような Grade 評価(残存腫瘍のみに着目するなど)をす

ることも検討される。

3. 今後の研究の進め方

病理医間の一致率を上げるには、Grade の数を減らすことや残存腫瘍量での評価、分母をそもそも設定しないなども検討している。

そのためには、症例数を増やすことや、Viable な領域・癌が元あった領域の面積を計測し、データベース化することが必要と考えている。人手が多く必要となる検査であり手間を減らす必要がある。工夫として、測定方法や所見についての基準の統一や評価者を増やす、代表切片のみで計測するなどが考えられるが、今後検討が必要である。