

大腸癌研究会プロジェクト研究

第6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：2026年 7月 2日 14時40分～15時40分

場所：広島コンベンションホール

出席者：

【50音順】

秋吉高志、阿部浩幸、石川聖、石原聡一郎、伊勢一郎、板谷喜朗、植竹宏之、牛込充則、大石琢磨、大垣友太郎、大平学、岡村亮輔、奥野貴之、川合一茂、菊池真亜子、清松知充、五井孝憲、小嶋基寛、坂本直也、佐々木邦明、佐村博範、山東雅紀、品川貴秀、篠崎英司、島田能史、下村学、白石健介、真貝竜史、杉原健一、杉本起一、須並英二、諏訪宏和、高島順平、谷優佑、中尾詠一、中野麻恵、野口竜剛、野中隆、廣川高久、福崎孝幸、福長洋介、藤井善章、藤島史喜、古屋信二、松橋延壽、虫明寛行、村上克宏、村上圭吾、宮沢善夫、室野浩司、室伏景子、森庄平、森永友紀子、矢野琢也、吉敷智和、吉松軍平

議事

1. 前回議事録確認

前回議事録に関して確認頂き、特に質問は出なかった。

2. エキスパートによる会議報告

2026 年 2 月 24 日に東京大学病理学カンファレンスルームにて開催された。

Viable な細胞の評価方法や面積の計測方法を統一するため、病理エキスパート

7 名(阿部浩幸先生、牛久哲男先生、小嶋基寛先生、菅井有先生、谷優佑先生、

中尾詠一先生、村上圭吾先生)が集まり、意見交換を行った。

具体的には、「腫瘍が viable かどうか」、「遺残腫瘍の面積の計測方法」、

「腫瘍があったと思われる部分の計測方法」について検討した。

○「腫瘍が viable かどうか」

石灰化した部分を壊死細胞に含めるかどうかについては、壊死とすることで一

致した。

核の膨化など変性が見られる細胞に対しては、コンセンサスを得るために、

「核の見える細胞は viable な細胞」と判定することで一致した。

大腸癌取扱い規約の「変性や融解」は定義が曖昧になりやすいので不要なのではないか、という意見が出た。

上記まとめると、「腫瘍が viable かどうか」は「核の見える細胞は viable な細胞」とすることで一致した。

○「遺残腫瘍の面積の計測方法」

腺管の一部に viable な細胞があれば、その腺管は壊死部分を含めて遺残腫瘍として面積を測定することで一致した。

腫瘍が離れ小島になって残存しているケースでは、分割して囲うか、一括して囲うか、が議論の対象となった。

癌胞巣同士が 2mm 以内の場合に一括で計測した報告があり、他の代替意見がなかったため、「(癌胞巣同士が 2mm 以内の場合に)一括で計測する方法」で一致した。

後述するが、腫瘍があったと思われる部分(線維化領域など)が飛び石状である場合においても、同様のルールで計測する方針で一致した。

上記の計測法の場合、遺残腫瘍の面積が大きくなってしまうため、「分割で計測する方法」も検討された。「分割で計測する方法」と「一括で計測する方法」の両者の測定方法で予後等の outcome を検討することも考慮された。

「分割で計測する方法」については、AIによる計測が必要と思われるが、実臨床への導入は難しい面もあり、AIによって設定された基準を参考に測定することも将来的には考慮される。

粘液湖内にある癌巣に関しては、「粘液湖全体の面積の計測」あるいは、「癌細胞のみの面積の計測」の2パターンの計測法が検討されたが、基本的には、「癌巣が残っていれば（粘液も含めて）全て面積に含める」ことで一致した。

ただ、粘液湖内に癌細胞が数個あるのみで、かつ変性も強い場合に同様の方法で計測するかに関しては、議論の余地があった。

癌細胞があるので、Grade 3 とはしない点では一致した。実際には再発することも少なく、実臨床では Grade2 とすることもある。しかし、上記の取り決めに則ると、Grade1 程度と Down grade となってしまう。

この定義決定に関して、一意見として、Grade3 とは記載せずに残存腫瘍を%で表示して、「細胞の核が変性している」とコメントすれば真意は伝わるのではないか、という意見も出た。

粘液湖も同様に、「分割で計測する方法」と「一括で計測する方法」の2パターンでの測定方法で予後等の outcome を検討することも考慮された。

粘液湖の取り扱いについては、定義の簡潔化を意図するなら、「癌細胞が残っていれば（粘液も含めて）全て面積に含める」ことが妥当と考えられる。

上記まとめると、「遺残腫瘍の面積の計測方法」は、「島状に分布する場合は、それぞれの病巣間の距離が 2 mm以内であれば一括で計測する。」こと、「粘液湖がある場合、粘液湖も含めて癌病巣を計測する。」ことで一致した。

フロアからは、組織球か癌細胞か、Viable か Non-Viable かがわかりづらい症例は病理医間でズレが生じうるが、ある程度は許容して定義付けしていくしかない、という意見が出た。

○「腫瘍があったと思われる部分の計測方法」

線維化領域に関しては、もともと癌があれば固有筋層にも線維化があるはず、といった意見や、固有筋層と線維化領域との境界が irregular であると癌があったとみなしている、といった意見が出た。実際には、代表切片のみでの評価を要する場合、Radiation による線維化なのか、腫瘍があった部位なのか、は評価が難しいため、「線維化のある領域は、腫瘍のあった領域として計測。その際に固有筋層の状態（固有筋層との関係性）や脂肪の存在を参照する」ことで一致した。

また、「脂肪のある部分は分母には含めない」ことや「粘液湖は分母に含める。」ことに関しても一致した。

線維化領域を全て拾い上げると、腫瘍としては歪な形状となるが、評価基準を一定にすることができる点では許容される。

また、線維化の部分が島状になる際も、先述の 2 mm 以内の場合は一括で計測することで一致した。

フロアから、粘液湖の取り扱いについて、治療によって粘液湖がつくられたのか、粘液産生癌によって粘液湖がつくられたのかを区別して判定するのか、といった質問が出た。

実際に区別することは難しいケースもあり、粘液湖がつくられた原因に関わらず、基本的には、粘液湖は治療の結果で出来たものとして統一し、取り扱うことを確認した。

上記のコンセンサスを踏まえて、アトラス作成を進めることで一致した。

3. 今後の研究の進め方

データベーススタディの参加のお願いに関して、当初は 6 施設のみであったが、追加で 10 施設参加いただくこととなった。引き続き、参加可能な施設はご連絡いただき、追加手続きを行う予定である。

対象症例は、200例程、3年間のデータ集積を検討している。

フォローアップ期間は3年とし、2022-2024年の症例を予定している。

バーチャルスライドでの評価を検討しているが、データはバーチャルスライドでなくても可能である。その際は、当方でスライドをバーチャルスライド作成するが費用がかかるため、症例数の調整が必要となる可能性がある。

CRFの放射線治療の項目に関して、照射方法、照射範囲に関する記載いただく予定である。

照射方法は「IMRT」「3DCRT」「その他」の3項目から選択することについて、また、照射範囲に関する提示した項目で記載いただくことで、フロアに問題ないことを確認した。

フロアから、プロトコルには提出したプレパラートの返却は行わない旨の記載があったが、必要時に提出したプレパラートの返却は可能か、また、スライド郵送費に関して質問があった。

スライド返却に関しては可能であると思われるが、再度プロトコルを確認し、必要であれば倫理変更申請を行う。スライド郵送費に関しては、研究費から負担する予定であり、上記2点について改めてご案内させていただく。

今後はアトラス作成と並行してデータ集積を行う予定であり、参加施設の皆様にCRFの作成をお願いした。

4. その他

特記なし