

肝臓内科レター

15

発行：飯塚病院肝臓内科 発行日：2016年4月11日

TEL0948-22-3800 〒820-8505 福岡県飯塚市芳雄町3-83 <http://aih-net.com>

「肝臓内科レター第15号」発行にあたって

飯塚病院肝臓内科 部長 本村 健太

桜がやっと咲いたかと思うとゆっくり眺めるまもなく散ってしまい残念ですが、過ぎしやすい季節になりました。先生方には平素より大変お世話になっております。今回は外来での非侵襲的検査「フィブロスキャン」でしたが、今回からしばらくは、肝臓内科の業務の中心である肝細胞癌の治療について、その実際をお伝えしていきたいと思っております。

肝細胞癌の生存率

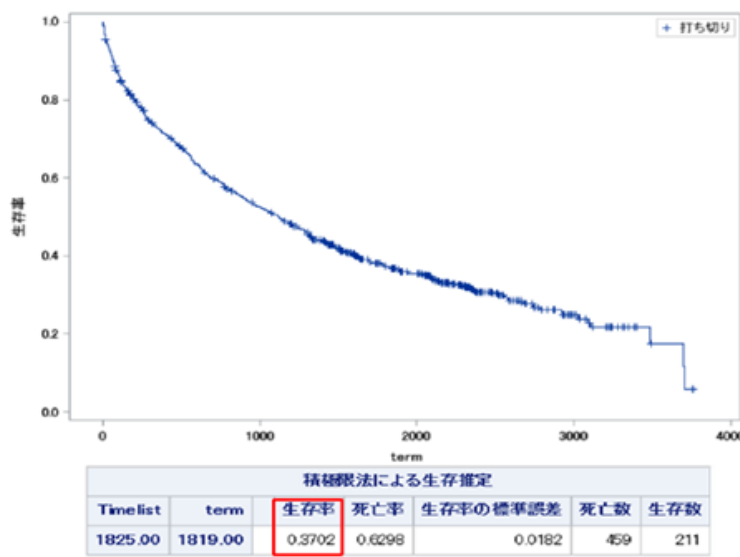
本年1月にニュースで報道されましたが、国立がん研究センターより、全国ガンセンター協議会参加約30施設での各種癌の生存率に関するデータが公表されました。この調査は追跡率が90%以上で厳密に規定されており、学会などで一部の施設が出している、見かけ上の生存率が高いだけの治療成績発表とは全く異なる信頼できるデータです。

この調査によると、2004-07年初発の肝細胞癌患者の5年生存率（実際の生存率を、統計的に一般的な他病死の割合で補正した相対生存率）は34.8%（追跡率93.9%）、でした。これは膵癌（9.2%）ほどではありませんが、肺癌（同43.8%）や食道癌（同42.4%）などにも劣っています。ただ、1997-2000年の統計では5年生存率は30.9%でしたから、発表のたびに少しずつは予後が改善しており、早期発見の体制、画像診断、治療法、再発予防法の進歩の成果が上がりつつあるものと思われまます。

ちなみに飯塚病院も地域のがん拠点病院ですので各種癌の症例の登録を行っています。肝細胞癌症例のデータを診療情報管理室（医療情報解析）という部署に解析してもらったところ、2005-10年の登録症例では5年生存率（他病死を除いた補正生存率）は37.0%（追跡率88.0%）でした。この解析は肝臓内科・外科の医師は全くタッチせず、飯塚病院内部ではありますが、第三者が行ったもので、データの扱いの忝意性はありません。追跡率が十分ではないため信頼度が下がると、補正生存率（当院）と相対生存率（全がん協）のデータなので本来は直接比較すべきものではありませんが、概ね遜色ないようです。

おそらくですが、日本で一定以上の年間治療症例数の肝癌治療施設での結果は数値的には概ねこのようなものではないかと思われまます。

飯塚病院2005-2010年760例の生存曲線

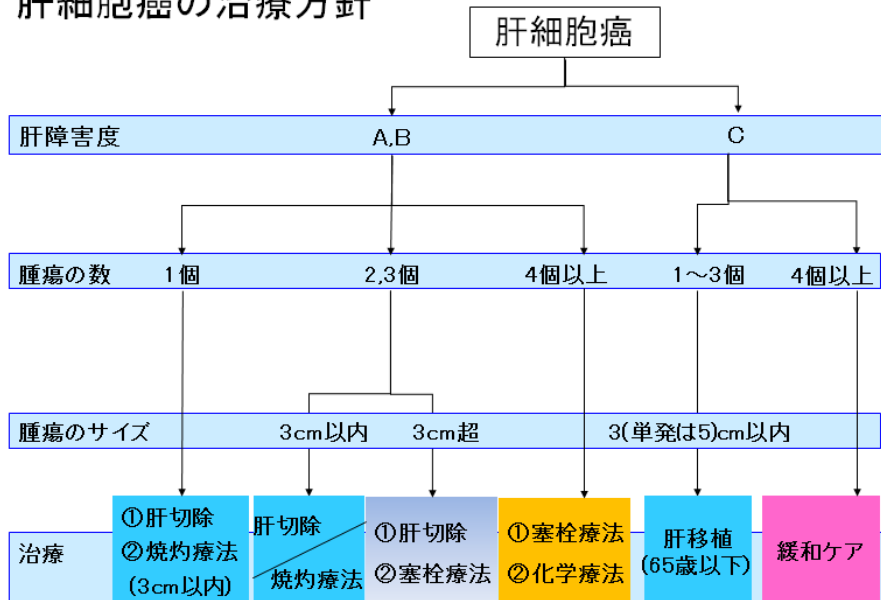


肝細胞癌の治療方針 - ガイドライン

肝細胞癌の治療方針については、他の領域の疾患同様、学会が作成したガイドラインがあります。現在の「エビデンスに基づいたガイドライン」は下記のようになっています。

根治的治療には、肝切除、焼灼療法、肝移植、の3つがあります。緩和ケアを除くと塞栓療法、化学療法は、根治に至ることもあります。姑息的治療に含まれます。

肝細胞癌の治療方針



肝癌診療ガイドライン 2013年版より抜粋・改変

肝障害度 A、B、C という分類は、検査項目が少し異なりますが、概ね肝硬変の Child 分類の A、B、C に対応しています。肝予備能に余裕があり（肝障害度 A、B）、癌の進行がある程度以内であれば根治的治療を行うことになります。

切除か焼灼療法かの選択については、左図のように切除のほうが再発率が低いことがわかっているため、治療法に①、②の番号がつけられ、可能ならば切除を選択し、身体条件や肝予備能から切除が難しい場合、および手術拒否例に焼灼療法が適応となります。

実際の治療法選択はより複雑で、ガイドラインはかなり単純化されたものですが、エビデンスの裏付けがあり、これに準じる治療内容が理想的です。しかし、ガイドラ

インに準じるのはさほど簡単ではなく、例えば施設規模の問題などで専門医が不足すると、肝切除ができない、焼灼療法ができないなど、最初から選択肢に偏りを生じ、結果として患者さんがベストな治療法を受けられない可能性が出てきます。

飯塚病院では、一定以上の経験・知識・技量の複数の内科系・外科系専門医が、カンファレンスを行い、ごく客観的に治療方針を決めていきますので、特に意識せずとも概ねこのガイドラインに準じた治療内容になっており、肝移植を除く治療が全て施行できます。

著作権により表示できません

肝細胞癌の焼灼療法

焼灼療法は、千葉大学で開発され 1983 年に登場した経皮的エタノール注入療法（PEIT）に発想のもとがあります。純エタノールを腫瘍に注入して化学凝固させて完全壊死を得るというコンセプトで、簡便かつ低侵襲であったため欧米にまで普及しました。エコー機器の性能向上とシンクロして、微小肝癌を見つけて腫瘍生検を施行しエタノール注入療法を行う、というのが当時の内科系肝臓専門医の最先端のトレンドになったのです。

しかしながら、エタノールは針で穿刺した腫瘍とその周囲に均等に広がるわけではなく、いろいろな方向に漏出するため、腫瘍によっては完全壊死が得られないことがあります。また、腫瘍の完全壊死を得るには、腫瘍の体積の 3 倍のエタノール量を注入する必要があるとされているのですが、例えば腫瘍径が 2cm になると体積は約 4ml ですから 12ml の注入が必要です。純エタノール注入は局麻下でもかなりの痛みを生じるため 2-4 回に分けて施行しますが、規定量の注入が困難な場合も多く、腫瘍径が 2cm を超えると手術に比べて根治性はかなり劣りました。また、治療後の効果判定で造影 CT を撮影しても、ラジオ波焼灼療法のように凝固壊死の範囲がはっきり判定できないので、結局は、根治できたかどうかは経過を見るしかなかったのです。当時の外科の先生方はこの治療をかなり懐疑的に見ておられましたが、怪しまれても仕方がない部分がある治療でした。

当然ながら、より確実な治療法が考えられ、電極針を穿刺し先端から電磁波を発生して周囲を確実に焼灼するマイクロ波凝固療法が登場しました。この治療は焼灼は確実でしたが、焼灼範囲がせいぜい直径 15mm 程度までであったことが難点でした。この点を改善することが求められ、1995 年にヨーロッパでラジオ波焼灼（RFA; Radio Frequency Ablation）療法が登場しました。より波長の長い 450-480kHz の電磁波（ラジオ波）を使用することで、より穏やかに広範囲を焼灼できる装置です。日本では 1999-2000 年に各施設で導入が始まり、かなり急速に普及した後に 2004 年に保険収載されました。展開針と単針の 2 通りがあり、飯塚病院では 2000 年に展開針 2 種（RITA、LeVeen needle）をテストしたうえで単針（Cootip system）を導入しました。さらに 2013 年から新しい CelonPOWER という装置をテストし 2015 年から導入しています。

次号では、当院でのラジオ波焼灼療法の実際についてお伝えしたいと思います。

□外来スケジュール 受付時間（○初診・●再診） 8:00～11:30

	月	火	水	木	金
本村 健太		●	●	●	
矢田 雅佳		○/●		○/●	●
千住 猛士	○/●	●			○/●
宮崎 将之	●		○/●		○（隔週）
田中 紘介			●	●	○（隔週）
増本 陽秀	●				●

※金曜日の新患は宮崎・田中が交代で担当します。