

長崎医療センター

座談会 Vol. 5

千燈照院

千燈照院とは…
長崎医療センター千人の職員
が力を合せて高度医療の実現
にまい進する姿勢を表す言葉。

最新の肝臓治療

“肝臓の疫学は背景となるウイルス性肝炎が優秀な抗ウイルス薬の出現により治癒可能となり、従来とは大きく様相を異にしています。今こそ肝臓治療のstate of the artを確認する良いタイミングと考え、対談を企画しました。肝疾患は伝統的に長崎医療センターの得意とする領域です。各分野のエキスパートからお話を伺います。”

座談会出席者

肝臓治療研究室長 阿比留 正剛
肝臓外科研究室長 高槻 光寿
放射線科医長(診断・IVR) 宮崎 敦史
放射線科医長(治療) 溝脇 貴志
聞き手: 院長 江崎 宏典

江崎: 今回は特に九州で多い肝臓癌の治療法の現状ということで、内科・外科・放射線科を代表する先生方に集まっていただきました。まず阿比留先生から概略をお願いします。

患者背景の変化

阿比留: まず肝細胞癌はB型肝炎やC型肝炎を背景として起きるわけですが、背景のB型肝炎やC型肝炎ウイルスの治療ができるようになって、肝細胞癌そのものはピークを越えた状況です。当院では、70~80人前後の患者さんが毎年発症の肝臓癌ということで来られています。その中で、C型肝炎が多く、次がB型肝炎ですが、それらが減少しつつあるところです。



肝臓治療研究室長
阿比留 正剛
(あひる せいこう)
平成20年より現職

江崎: 肝炎の治療が進歩したことで肝臓癌に進行する症例が少しずつ減ってきているということですね。

阿比留: とはいってもまだ毎年70~80人で変わらないというのは、B型でもC型でもないような非B、非Cの肝炎があって、そこからの発症が増えてきているからだと思います。糖尿病とか慢性の生活習慣病に伴った肝臓癌が増えてきているのが現状です。

江崎: 肝臓癌の診断で何か新しいことはありますか？

画像診断の進歩とラジオ波治療

阿比留: 画像診断では、CTやエコーが主だったのですが、最近ではEOBという造影剤を用いたMRIや、エコーでも造影エコーが一般化して肝臓が非常に早期に診断出来るようになりました。

江崎: 肝炎の患者さんを定期フォローして、診断技術の進歩によって肝臓がより早く見つかるのとそれだけ治療効果は良いと思うのですが、内科ではどういった治療を行っていますか？

阿比留: 肝臓はサイズや数、部位などで治療の方法が変わりますが、内科では2.5cm未満のものをラジオ波治療というエ

コーガイド下で病変に直接針を刺して焼くという治療を行っています。それ以上大きくなった場合には外科の先生にお願いしたり、数が多くなった場合、基本ラジオ波治療は3個までとしていますので、放射線科の先生にお願いしたりしています。

江崎: ラジオ波治療はどのくらい時間がかかりますか？

阿比留: 比較的大きなもので12分前後ですね。

江崎: それは一度で済むということですね。では入院期間も比較的短いということですか？

阿比留: はい、最近では1週間以内です。

江崎: そういう意味では患者さんの負担も少ないですね。高槻先生は外科の立場で肝臓癌の治療をされていますが、外科の肝臓癌の治療の概略を教えてください。

外科治療: 腹腔鏡手術

高槻: 外科が担当するのは肝切除ですね。腫瘍を含めて肝臓を切除する肝切除と肝移植です。この2種類です。切除に関しては、今話題になっている腹腔鏡手術ですが、きちんと症例を選択すれば、明らかに低侵襲で、患者負担も軽くて回復も早いという非常に大きなメリットがあります。現時点で保険で承認されているのが肝臓部分切除と外側区域切除という比較的容易で小さくするという手術です。そこを逸脱してやってしまうと安全性を損ねて、不幸な結果を招きかねません。保険の範囲内であれば利益のほうはかなり大きいという判断で我々を行っています。



肝臓外科研究室長
高槻 光寿
(たかつき みつひさ)
平成27年より現職

江崎: 長崎医療センターでの外科的な肝臓癌の治療戦略としては、適応があるものについては鏡視下手術を第一選択で行って、それ以外は開腹でやるということですね。成績はいかがですか？

高 槻:成績は全国平均よりも良好な成績を維持できています。ステージIVというかなり進行した状況でも5年生存率が30%くらいです。通常20%を切るくらいのところだと思います。手術手技自体は全国標準化されていますので、おそらく内科から回ってくるときにしっかり適応が判断できているということだと思っています。

江 崎:当院は他施設に比べると成績がよろしいと。要因の1つとして、技術もですが、適応がきちんと判断されていること。あとは術後の管理が非常に大事だろうと思うのですが、そこもしっかりしていると。肝移植をもう一つのオプションとしていわれていましたが、肝移植について教えてください。

外科治療:肝移植

高 槻:肝移植は海外ではわりと早い段階でやられることが多いのですが、日本では基本的には最終手段としてとらえられています。進行肝硬変に合併した癌ということで、かなり症例は限定されてきますが、ただ強調したいのは、まだ移植という選択肢が残されているというところですね。

江 崎:肝移植の適応はどうなっているのですか?

高 槻:ミラノ基準というのがありまして、肝癌が3cm、3個以内で単発だと5cm以内、これが肝移植の保険適応にもなっています。96年に出された基準が未だに使われている状況です。診断治療技術も格段に上がった今の状況でもう少し拡大すべきだろう、という意見はありますが、そこを逸脱してしまうと、再発の危険が出てくるということで、ミラノ基準は未だに遵守されています。長崎大学 移植・消化器外科でもミラノ基準を遵守し保険の範囲内で行うということをやっています。

江 崎:ありがとうございます。宮崎先生には放射線科の立場で、塞栓術などの治療について教えてください。

塞栓術の進歩

宮 崎:塞栓術の適応としては外科的な手術ができない症例や、多発・再発例などが当科に回ってくるようになります。1980年代から日本発のTACE(肝動脈化学塞栓療法)というのが行われていますが、肝動脈に選択的にカテーテルを挿入して抗癌剤の動注を行い塞栓物質で詰めるというやり方にほとんど変わりはありません。現在、IVRシステム(血管造影の装置にCTがドッキングしたもの)もトップクラスのものが入っていますし、カテーテルもかなり細径化され、腫瘍血管に選択的に挿入する事でより効果的な治療が可能となっています。塞栓物質に関しても昨年から欧米でよく使われている球状塞栓物質、いわゆるビーズというものが国内でも使うことができるようになって、それらを色々組み合わせることによって、さらに治療効果を高めていこうと努力しているところです。

江 崎:内科・外科的な治療が難しい症例が先生のところにまわってくると。デバイスの進歩で成績が向上してきていると

いうのですが、具体的にはどのくらい効果は上がってきていますか?

宮 崎:肝癌全体の5年生存率が、1980年代には5%くらいと言われていたのが、全体の底上げにより、現在は40%を超えてきている。施設によっては、もっといい成績が出てきている状態だと思います。肝癌は、日本は海外に比べて症例数が多かったということもあって、きめ細かな診断と治療ができているということが大きいと思います。

江 崎:素晴らしい進歩ですね。一人の患者さんがいらした時に複数の診療科で相談してその人に最適な治療を選択するという形でやっておられるわけですね。例えばRFAと塞栓療法と併用することもありますか?

阿比留:あります。やはり治療効果が高くなります。

江 崎:今までは肝癌といえば、内科か外科か塞栓術かということだったのですが、放射線治療の現況について溝脇先生いかがですか?

放射線治療の有用性

溝 脇:もともと肝癌は放射線の効果自体は悪くはないというのはいわれていました。しかし、これまでは体表にマーキングをして照射範囲をあわせていたため、呼吸性移動があり正確な位置調節が難しく、あまり普及していませんでした。最近ではリニアックに搭載されたCTで照射範囲を調節して病変部を正確に狙えるようになったため、治療成績も向上し、症例数も増えています。小さな腫瘍に対しては定位照射(ピンポイントの狙い撃ち)で行うこともありますが、これは全国的にも良好な治療成績を上げています。また、腫瘍栓を有する肝癌につきましては、照射後に腫瘍栓が再開通してその後に塞栓術につなげることができた症例もあります。



放射線科医長(治療)
溝脇 貴志
(みぞわき たかし)
平成27年より現職

江 崎:現在の肝臓癌の治療のオプションとして、ラジオ波、外科手術、塞栓術に次いで放射線治療もでてきて、4本柱といってもいいくらいになっているということですね。当院の場合はいろんな治療法が選択できて複数の治療を同時に一人の患者さんに行えるという大きな利点があります。内科・外科・放射線科が揃って、それぞれ長所を活かし連携しあって成績を上げていっているということですね。本日はありがとうございます。



放射線科医長(診断・IVR)
宮崎 敦史
(みやざき あつし)
平成26年より現職

