

肝癌診療ガイドライン2017改訂のポイント

② 外科側からの改訂のポイント

国立国際医療研究センター病院肝胆膵外科医長

竹村 信行

国立国際医療研究センター理事長

國土 典宏

東京大学大学院医学系研究科臓器病態外科学肝胆膵外科教授

長谷川 潔

KEY WORDS

肝細胞癌 ガイドライン 治療アルゴリズム

肝切除 肝移植

Summary

肝癌診療ガイドライン2017年版の改訂における最も大きなポイントは、肝癌治療アルゴリズムが「肝癌診療マニュアル」の「コンセンサスに基づく治療アルゴリズム」と統合され、治療法の選択に肝外転移と脈管侵襲の2要素が追加されたことである。外科的治療が第一選択とされるのは引き続き単発の肝細胞癌、3個以内の肝細胞癌に対しての肝切除(3cm以内は肝切除または焼灼療法)、Child-Pugh分類Cでミラノ基準内の肝細胞癌に対しての肝移植治療である。また、肝外病変を伴う肝細胞癌に対しても、標準治療は分子標的治療薬であると推奨されつつも、肝内病変がない、もしくは良好にコントロールされている場合には、肺転移、副腎転移、リンパ節転移、播種病変に対して局所療法が選択されることがあると、弱い推奨ではあるが分子標的薬以外の治療選択の可能性が提示された。脈管侵襲陽性肝細胞癌に対する推奨治療においては意見が分かれたため、塞栓療法、肝切除、肝動注、分子標的薬の4つの治療が併記されることになった。

はじめに

肝癌診療ガイドラインの初版は、厚生労働省診療ガイドライン支援事業により「科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成に関する研究班(班長 幕内雅敏)」によって、evidence based medicine(EBM)の手法を原則として2005年にまとめられた¹⁾。その後、日本肝臓学会に改訂作業が引き継がれ2009年に第2版が、2013年に第3版が改訂・刊行された。第3版まではガイドラインの中心である「治療アルゴリズム」は厳密にエビデンスに基づいて作成されていたが、一方で日本肝臓学会編集の「肝癌診療マニュアル第3版」²⁾

には多種多様な内科的治療の実情をより反映した、いわゆる「コンセンサスに基づく治療アルゴリズム」が掲載されており、日本肝臓学会から2つの治療アルゴリズムが発信される状態であった。今回の肝癌診療ガイドライン第4版(2017年版)³⁾の改訂における最も大きな特徴は、このダブルスタンダードの状態を解消し、一本化された新たな治療アルゴリズムが作成されたことである。本改訂ではEBMの方法論を尊重しつつ、エビデンスと実臨床で得られたコンセンサスの間をつなぐため、新たにエビデンスの質と推奨の強さを評価するための国際的な基準であるGRADE(Grading of Recommen-

dations Assessment, Development and Evaluation)システムを導入し、システマティックに推奨が決定された。

本稿では治療アルゴリズムを中心に、肝癌診療ガイドライン2017の内容と改訂のポイントを外科の立場より概説する。

肝細胞癌治療アルゴリズム

肝細胞癌治療アルゴリズムは、系統的文献検索で得られたEBMの手法を用い、2005年の初版では肝障害度、腫瘍数、腫瘍径の3因子をもとに推奨治療が示されていたが、2009年の第2版より脈管侵襲、肝外転移