

肉眼的脈管侵襲陽性肝癌に対する集学的治療

1 肉眼的脈管侵襲を有する進行肝細胞癌に対する New FP 療法を主体とした集学的治療

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
新関 敬

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門教授
黒松 亮子

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
岩本 英希

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
下瀬 茂男

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
城野 智毅

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
中野 聖士

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
岡村 修祐

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
野田 悠

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門助教
蒲池 直紀

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門教授
古賀 浩徳

久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門主任教授
鳥村 拓司

KEY WORDS

肝細胞癌	肝動注化学療法(HAIC)	New FP療法	集学的治療
門脈腫瘍栓	肉眼的脈管侵襲		

Summary

肉眼的脈管侵襲を有する肝細胞癌(MVI-HCC)は、最も予後不良な肝細胞癌の病態である。SHARP試験のサブ解析におけるMVI-HCCに対するソラフェニブとプラセボのOSはそれぞれ8.1ヵ月、4.9ヵ月(HR 0.68)であり、REFLECT試験におけるBCLC-C HCCに対するレンバチニブとソラフェニブのOSはそれぞれ11.8ヵ月、10.3ヵ月(HR 0.92)であった。MVI-HCCに対しては、単一のmodalityで大きく予後を改善することは難しく、集学的治療で最善の結果を目指す方針が適切である。当院ではMVI-HCCに対して、肝動注化学療法をfront lineに据えた集学的治療を行ってきた。1996年から2007年まではLow-dose FP療法を、2008年以降はNew FP療法を第一選択とし、New FP療法の導入以後、奏効率および生存期間中央値(MST)の有意な改善を認めた。肝外病変のない、Child-Pugh class AのMVI-HCCにおいて奏効率74%、MST 24.0ヵ月であり、分子標的治療薬の時代においてもNew FP療法はMVI-HCC治療において重要なmodalityである。

はじめに

2009年に本邦でソラフェニブが切除不能進行肝細胞癌(HCC)に対する分子標的治療薬として適応となり¹⁾、現在はレゴラフェニブ、レンバチニブ、ラムシルマブ²⁾⁻⁴⁾も使用可能となり、これらの質の高いエビデンスに基づく治療方針により、診

療レベルは向上した。

肉眼的脈管侵襲を有する肝細胞癌(MVI-HCC)は、最も予後不良な病態であることは広く知られている。肝臓は重量1.2kg以上の大きな臓器であり、MVIのないHCCであれば腫瘍が一定の肝容積を占めたとしても残存した正常肝が肝機能を代償するため、容易には肝不全を来さない

が、MVI-HCCにおいては1分間に1L程度の門脈血流が著明に低下することで、門脈圧亢進症に伴う多くの合併症が発症するとともに急速に肝不全に陥るため、予後不良となる。HCCの予後因子解析ではMVIは高頻度に予後不良因子となり、その無治療での予後は肝機能良好例であっても4.9ヵ月と報告されている⁵⁾。