

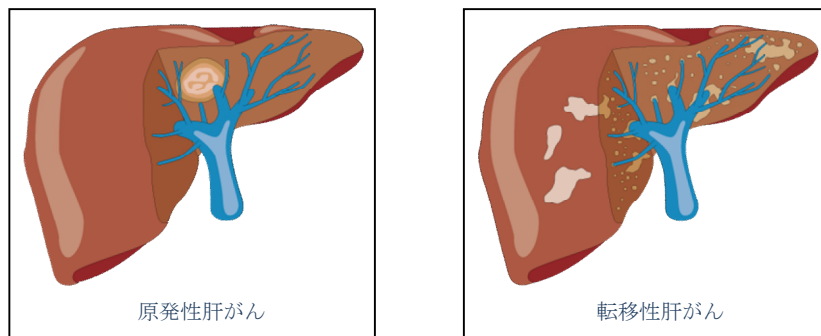
# 肝がん

肝がんは肝臓に発生する癌ですが、肝臓そのものに発生する癌（原発性肝がん）と他臓器に発生したがんの肝臓への転移（転移性肝がん）に分けられます。

また、原発性肝がんも、肝細胞がんと肝臓内に発生した胆管細胞がんに分けられます。

転移性肝がんの場合、各種原発がんの最悪の病期となります。

原発性肝がんの90%以上が肝細胞がん、胆管細胞がんは3%となっています。



平成23年の統計では、原発性肝がん、年間約3.2万人が亡くなっています（男女比は2：1）。

死亡順位は、肺がん（7万）、胃がん（5万）、大腸がん（4.6万）に次いで、第4位となっています。

## ■原因

肝細胞がんの80%以上が慢性肝炎もしくは肝硬変を合併しています。

その慢性肝疾患の80—85%がC型、10%がB型肝炎由来のもので、

300—350万人が罹患しています。（日本で、30—40人に1人が罹患し国民病となっております）。

## ■経過

C型肝炎に感染した場合、約70%が慢性肝炎に移行し、その内の約60%が肝硬変へと進展します。

C型肝炎からの肝硬変では、年率7—8%ぐらいの確率で、肝細胞がんが発生します。（肝硬変になって10年経つと、70—80%の人ががんになる）。

最近、NASH（非アルコール性脂肪性肝炎）から急速に肝硬変に進展し、肝がんに移行するケースが増加してきています。

肝細胞がんは、多中心性発生で、同時性（1か所だけでなく）もしくは異時性にも病変が発生します。

B型肝炎感染（出生時）より50年、C型肝炎感染より25年を経て、肝硬変に移行し、肝細胞がんが発生します。

◆前がん病変である肝硬変になる前に（慢性肝炎の時に）、しっかり治療して、  
進行を防止しなければなりません。

C型肝炎では、ウィルスのタイプとウィルスの量により治療法が違ってきます。  
（インターフェロン単独、インターフェロン＋抗肝炎ウイルス薬併用）。

10数年前までは、副作用が強く、効果も十分ではなかったが、日本人に最も  
多い1型の高ウイルス量のC型肝炎で、50%のウイルスが消失する時代となっ  
て来ました。

最近では、3剤併用療法にて、難治性のC型慢性肝炎でも  
70%以上の治癒率が見込めるようになりました。

B型肝炎では、インターフェロン・抗肝炎ウイルス薬等の  
治療法がありますが、年齢により治療法が選択されます。



いずれの肝炎でも、ウィルスの排除（ウィルスの陰性化）が出来ない場合でも、  
炎症の鎮静化（GPT上昇阻止）により、肝硬変・肝細胞がんへの進展が抑制さ  
れます。

肝硬変でも、GPT（ALT）高値の代償性肝硬変で、抗ウイルス療法（ペグ  
インターフェロン＋リバビリン療法）により、発がん抑制および生命予後の改善  
が期待されています。

## ■診断

### 1. 腫瘍マーカー（ $\alpha$ -フェトプロテイン・PIVKA-2）

各々のマーカーの陽性率は、AFP               : 60—70%  
PIVKA-2               : 40—50%

とそれ程高くないため、2者の組み合わせで、診断率の向上が望めます。  
AFPは、肝硬変・慢性肝炎でも陽性率が高いが、AFP-L3は肝細  
胞がんの特異性が高い。

### 2. 画像検査（超音波検査・CT・MRI・血管造影等）

## ■治療

治療方法は、がんの進行度と共に、基礎にある肝硬変の程度によって選択され  
ます。

### 1. 肝切除

### 2. 超音波ガイド下に施行するPEIT（経皮的エタノール注入療法）

MCT（経皮的マイクロ波凝固治療）

RFA（経皮的ラジオ波熱焼灼療法）

3. 動脈を介して行うTACE（肝動脈化学塞栓療法）・持続的肝動注化学療法  
などがあります。RFAは、病状により肝切除に匹敵するような報告もみられ  
ます。

## ■予後

◆肝細胞がんの予後は、がんの進行度と共に基礎にある肝硬変症の予後にも左右されます（癌死と肝不全死はほぼ同率）。

### まとめ

1. まずは、健診等にて肝機能のチェックをします。
2. 肝機能に異常がある場合は、肝炎ウイルスのチェックをします。
3. B型またはC型の慢性肝炎もしくはNASH（非アルコール性脂肪性肝炎）であれば、肝硬変への進展阻止のための治療を行い、肝硬変であれば、肝がん高危険群（ハイリスク・グループ）として、丹念にフォローすれば、肝細胞がんの早期発見が可能です。
4. がんの進行度、肝硬変の程度、患者の年齢・全身状態に応じて、治療方法が選択され、複数の治療法を組み合わせた集学的治療が施行されることもあります。