

I 肝

2. 転移性肝がんの 診断・治療におけるアルゴリズム

3) 放射線科の立場から

大阪大学医学部附属病院放射線科
坪山 尚寛/金 東石

日常臨床における転移性肝がんの画像診断は、悪性腫瘍の初回ステージング、悪性腫瘍術後の再発検索、そして治療効果判定(今回は割愛)に大きく分けられるが、いずれの場合においても造影CTが第一選択となる。これは、造影CTが良好な検出能を有し、検査が短時間で済みスループットが良いためである。造影CTで転移性肝がんの可能性が疑われるが確定的でない場合は、経過観察をするか、追加モダリティで精査をする(図1)。いずれを選択するかは、病変のサイズや転移性肝がんの存在が治療方針にどのように影響するかによって異なるので、一概に論じることができないが、転移性肝がんの有無が原発巣の手術適応に影響する場合や、転移性肝がんに対して局所療法が想定される場合などは精査に進むことが多く、全身化学療法が想定される場合は経過観察となることが多い。経過観察で増大すれば、転移と確定診断される。

また、画像とは少し離れるが、腫瘍マーカーの動向も治療方針に大きく影響を与えるので(例えば、画像所見が確定的でなくとも治療が開始されることがある)、“転移性肝がんの確定診断”は、必ずしも画像のみで決定されるわけではない。ちなみに、生検による確定診断は播種のリスクがあるので、当院では原則的に行われていない。

造影CTに続く画像診断

造影CTに続く精査として、MRI、超音波検査(US)、FDG-PETがある。これらは、原発巣によっては造影CTと同時にルーチンで施行される。

MRIは組織コントラストが良好で、肝腫瘍の検出や質的診断に非常に優れたモダリティである。造影剤として、細胞外液性ガドリニウム製剤、肝細胞特異性ガドリニウム製剤(Gd-EOB-DTPA)、超常磁性酸化鉄造影剤(SPIO)があり、いずれを選択するかは施設により異なるのが現状と思われる。Gd-EOB-DTPAは、細胞外液性の性質と肝細胞特異性の性質を併せ持ち、血流診断と機能診断が同時に可能で、転移性肝がんの診断においてもその有効性が期待されてお

り、当院では第一選択としている。

USは客観性に欠けるものの、造影CTで存在が不確定な病変を描出することができれば、確定診断につながる。また、USそのものが治療補助装置となるので(ラジオ波焼灼療法や術中US)、USで検出できるかどうか治療方針に直結する場合がある。

FDG-PETは、悪性腫瘍の転移検索として広く普及しており、小病変の検出にはやや劣るものの、肝臓のみならず全身をスクリーニングできる点が優れている。

原発巣不明の 転移性肝がん

まれに、原発巣より先に転移性肝がんが発見される場合があり、この場合、診断のアルゴリズムはまったく異なっ

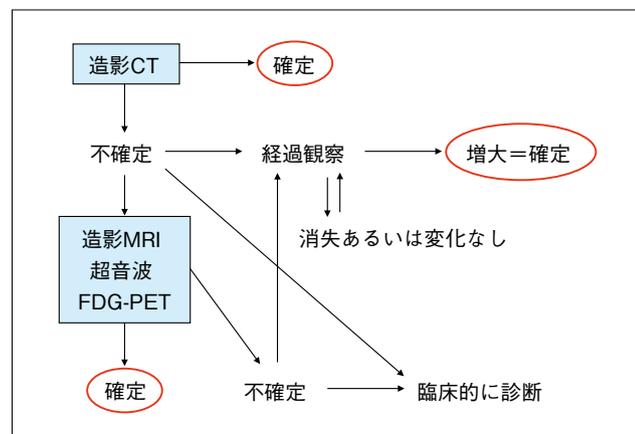


図1 転移性肝がんの確定診断に至るまでのアルゴリズム