

膵がんの内科治療

膵がんシリーズの最終回は、内科治療について詳しく説明します。
がん研究会有明病院の先生方よりレレー形式でご執筆いただいています。



おかもと たけし
岡本 武士先生

がん研究会有明病院
肝胆膵内科 副医長

2011年東海大学卒。聖路加国際病院・消化器内科を経て、2021年よりがん研究会有明病院・肝胆膵内科に勤務。肝胆膵腫瘍の化学療法および内視鏡治療に従事。

1 化学療法 (抗がん剤治療)

膵がんと診断された患者さんのほとんどは、化学療法を受けることとなります。切除が可能な膵がん(R)の患者さんは原則として手術後に化学療法を受けます。切除が可能なかどうかの境界にある膵がん(BR)の患者さんでも化学療法を行い、手術に向けてがんの縮小を目指します。無事手術が行えた場合は術後にも化学療法を行い、手術に辿りつけない患者さんは化学療法を継続します。膵がんと診断された時点で8割程度は切除が不能な膵がん(U)であり、化学療法が治療の中心

となります。がんの縮小や転移の消失が得られたら手術も考慮しますが、大半は化学療法を継続し、効きが悪くなった場合は治療薬の組み合わせ(レジメン)を変更しながら、できるだけがんの進行を抑えることを目指します(図1)。

図1 膵がんの化学療法のイメージ

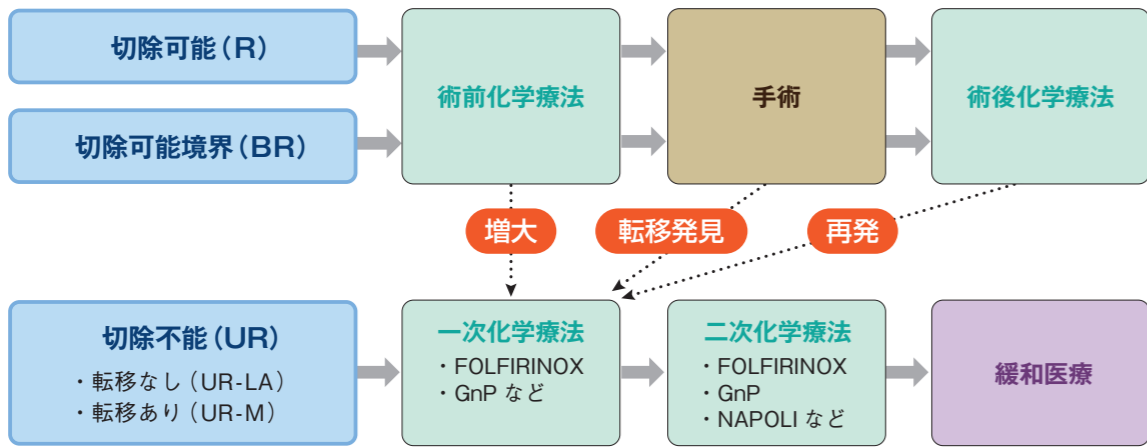


図2 内視鏡治療：胆管ステント(ERCP)

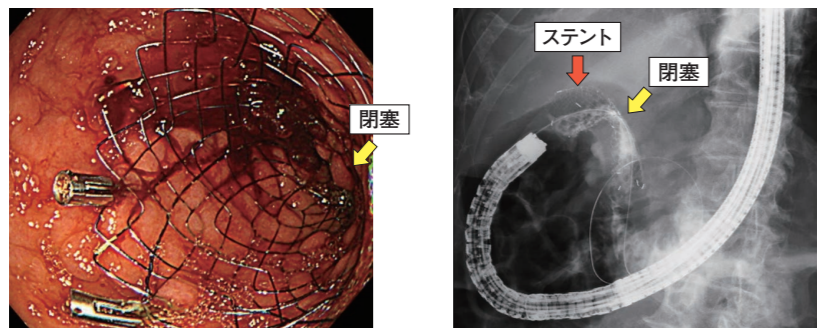


内視鏡で十二指腸乳頭部に到達

胆管の出口を少し切開して広げる

胆管ステントを留置

図3 内視鏡治療：十二指腸ステント



閉塞した胃の出口にステントを展開

ステント留置後(X線写真)

象となることは少なくありません。特にがんが胆管や十二指腸に近い膵頭部に生じた場合、複数の内視鏡治療が必要になる場合もあります。このような重要臓器から少し離れた膵体部や膵尾部のがんでも、肝臓や腹膜に転移した場合はやはり内視鏡治療が重要となります。

内視鏡治療で最も多く行われるのが、内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を用いた治療です(図2)。がんにより胆管が閉塞してしまったときに、肝臓から胆汁が腸に流れるよう通り道を確保する必要があります。斜め後ろ向きの特種な内視鏡から細い胆管にワイヤーを挿入し、これに沿ってステントを挿入します。ステントはプラスチック製と金属製があり、状況に応じて使い分けられます。複数のステントが必要となることもあります。治療後にステント自体が詰まったり抜けてしまったりすることもあり、内視鏡治療を再度行う必要があります。がんが周囲に浸潤し、十二指腸が閉塞してしまうと食事ができなくなってしまうのですが、内視鏡で十二指腸に金属製のステントを留置すると再び食事を通るようになります(図3)。最近では、超音波内視鏡で見ながら胃や十二指腸から胆管に針を刺して、胆汁が流れる新しい道を作り出す治療も一般化されてきており、進歩が目覚ましい領域です。

次回からは「大腸がん」についてのセミナーです。

2 内視鏡治療

大半の膵がん患者さんは超音波内視鏡を用いた生検で診断されますが、診断後にも内視鏡治療の対を行うこともあります。最近では放射線治療と化学療法を組み合わせたレジメンや、一定の性質を有する膵がんだけに使える治療薬も増えていきます。それでも現状の治療の効果が十分とまではいえず、膵がんと診断された患者さんが5年後に生存している確率は約10%と、非常に低いのが現状です。そのため膵がんでは特に、今後の治療に期待がかかります。

R膵がんの術前治療はGencitabineという点滴薬とS-1という内服薬の組み合わせで行います。合計6週間の治療であり、その後、効果判定を行います。手術を困難とさせる明らかな増大がない限り、手術を行います。手術から回復したら再発を予防するためにS-1を半年間内服します。BRとUR膵がんでは、FOLFIRINOXとGencitabine+nab-Paclitaxel(GnP)という2つの強力レジメンのどちらかを選択します。効果が有意な差はないと報告されていますが、投与スケジュール(来院の頻度)や副作用が異なるため、それぞれの患者さんに最も適したレジメンを用います。いずれかの使用中にがんが進行してしまったり、副作用に耐えられなくなったりした場合は、他方のレジメンに変更することができます。GnPの次には5-Fluorouracil/leucovorin+nanoliposomal irinotecanという比較的新しいレジメンも選択肢となります。高齢者や副作用が出やすい患者さんには、GencitabineやS-1の単剤で治療