

日本 IVR 学会 国際交流促進制度 CIRSE 2009 参加印象記

聖路加国際病院 放射線科 不破相勲

今回IVR学会の援助を受け、2009年のCIRSEに参加させていただきました。ありがとうございました。

学会開催地はポルトガルリスボン、会期は2009年9月19日～23日です。

本学会におけるすべてのセッションはその6項目テーマVascular Interventions, Transcatheter Embolization, Non-Vascular Interventions, Interventional Oncology, Clinical Practice, Imagingに分類され、抄録にはカラフルな色分がされています(だからといって見やすいわけではありませんでしたが…)

各セッションはその内容上、以下のいくつかのタイプに分類されていました。

Special session (比較的専門的なレクチャー), foundation course (比較的基本的なレクチャー), work shop (比較的少人数に対するレクチャー), hands-on work shop, film interpretation, CIRSE meets... session (EU以外の国の先生方による講演、本年はブラジル), Morbidity & mortality conference (合併症、死亡症例を扱う), free-paper session (いわゆる口演発表), Satellite symposia (要するに企業スポンサーの新たなデバイス、或いはそれらを利用した症例、研究などについての講演)であり、こうしたセッションの大半は教育に重点を置いたものでした。

上記セッション以外にポスター発表

がありました。ポスター発表はすべてコンピューター上のEPOSであり、全部で550以上(!)の発表がありました。13の演題が受賞されていましたが、そのうち4演題が日本からの演題でした(自分の演題は特に受賞することもなく、残念です…)

口演発表(free-paper session)は非常に限られた数(おそらく学会に指定された?)限られた数の先生方によってなされていました。

基本的には5つのセッションが平行して進みます。すべてのセッションに参加するのは不可能なので、私個人は通常の診療でかわる手技に関するセッションに主に参加し、日本の現状との共通点、相違点等に興味を持って臨みました。

具体的には塞栓物質、肝癌に対するTACEやRFA、救急疾患に対するTAE、子宮動脈塞栓術、PVPなどです。

特に、本邦においてもいずれ発売されるだろうと思われる新たな(ヨーロッパではもう新しくない?)球形塞栓物質に関するセッションには積極的に参加しました。

本邦で認可される可能性があるのはBiocompatibles社(TERUMO Europe)のDC Bead, Bead Block, CELONOVA社のEmbozene Microsphere, BioSphere Medical社のHepaSphere, Embosphere

等であることは噂に聞いていました。

DC BeadやEmbozeneに関しては今回、企業主催のSatellite symposiaにも力が入っており、企業の本気度をうかがわせるものでした。

昨年2008年のCIRSEで既にその結果が示されたPhase II RCTであるPRECISION Vの結果がさまざまなセッションで引用されていました。

これは切除、肝移植不能な肝癌患者に対するDC-Bead (薬剤溶出型球形塞栓物質)使用のTACEと従来型TACE (抗がん剤とlipiodolのemulsion使用+塞栓物質、要するに我々が日本でやっているTACEに近いもの)の治療効果比較試験です。

結果は全体としての奏効率には両群で有意差無し。しかし、Child Bなど肝機能不良群や肝両葉に病変が広がるなどの病期の進んだ患者において奏効率はDC Beadが有意に優れ、かつdoxorubicinによる有害事象がDC Bead TACE群で有意に低いという結果です。すでに動物実験において腫瘍内のdoxorubicin濃度はDC Bead群で有意に高く、血清中濃度は有意に低いということが示されているのでこの結果は論理的にも納得のいくものです。しかし、今回(とうい、以前から思っていたのですが)不思議だったのは欧米ではなぜ定期的な(要するに数週間、あるいは数ヶ月間の間隔をあけて手技を繰り返すという我々から見るとやや奇異に感じる方法)TACEにこだわるのかということです。やはり客観的なデータを出すには再発したら再治療するという方法では客観性にかけるといっていいのでしょうか?

Embozene microsphereは40~1300 μmまで10段階に直径が非常に正確に



Biocompatibles社(TERUMO Europe)のDC Bead



CELONOVA社のEmbozene Microsphere

区切られた製品であり、それぞれの大きさに異なる色が着けられています。

肝癌に対するTAEの有効性については今や欧米でも当然のこととされているようですが、TACEかbland TAE(要するに抗がん剤を動注しない)という点ではまだ議論のあるところのようです。Bland TAEについてはSatellite Symposiaで国立がんセンターの高橋先生が講演されました。100 μ mとかなり径が小さな(しかし、理想的には40 μ mが適切であるが、安全性を考慮し100 μ mを使用しているとのことでした)Embozene microsphereを用いたbland TAEで、提示されたスライドでは塞栓部が最低限の範囲で腫瘍もろともきれいに壊死しており、印象的でした。

Bland TAEの利点として、ハイリスク患者の治療が可能、高分化型HCCなどhypovascular tumorにも有効であることが挙げられていました。

肝癌の根治療法は肝移植であるのですが、移植待ちの間に腫瘍が増大し、この適応基準であるMilan criteriaから外れてしまう症例を減らすためにTACEやRFAによる治療も欧米では盛んに行われています。

肝移植待ちの患者にTACE施行群、TACE非施行群でMilan criteriaからの脱落を経時的に追跡した報告がありました。TACE施行群が非施行群に対して脱落率が低いのは20ヵ月まで、その後は逆にTACE施行群で脱落率が高くなるという結果が示されていました。繰り返されるTACEにより長期で

は逆に脱落率が高くなるのだらうと考察されていました。肝癌に対する新たなRCTとしてはSPACE (Sorafenib or Placebo in Combination With TACE for Intermediate Stage Hepatocellular Carcinoma)と呼ばれる比較試験が始まっています。これはTACE施行直後にSorafenibを投与する群とplacebo投与群との比較試験です。理論としてはTACE直後の肝内の虚血によりVEGFの産生が促進されこれが腫瘍の再発に関与しているのだらうとの仮説や実験結果から、TACE後に分子標的薬であるsorafenibを投与しVEGFを阻害し、腫瘍の再発を抑えようという治療です。結果が出るのはまだ先でしょうが、有意差が出るのかどうか非常に興味深い研究です(しかし、薬剤溶出型microsphereやら分子標的薬やらとやたらとお金のかかる治療です)。

UAEに関しては主にFoundation courseに出席しました。特に日本では現時点で使用できないさまざまな塞栓物質をどのように使い分けしているのか興味があったのですが、大まかな結論としてはきちんと両側子宮動脈を塞栓できれば何を使っても問題ないということでした。ただし、塞栓のend pointは従来型のPVAでは上行枝が停滞するまで、Embosphereなどのmicrosphereでは腫瘍濃染が消失するまで良いとのことでした。Bead BlockとEmbosphereを使用したRCTの報告があり、6ヵ月までの腫瘍の壊死率、縮小率には有意差がなかったとのことでした。

咯血、外傷、消化管出血に対するTAEに関してはそれぞれSpecial Sessionに参加しました。いずれも特に今現在我々が日本で施行している診断、手技と大きな違いは無いようです。ただ、日本ではここ最近下部消化管出血でもNBCAを使用して止血することにわりと抵抗なくなってきたような印象がありますが(これは施設や施行医にもよるかも知れませんが)、講演された先生方はNBCAを下部消化管には絶対使用すべきではないというスタンスでした。

珍しいところでOnyxを外傷性出血に使用した症例を提示されている先生がいらっしゃいましたが、さすがに会場からは高価なOnyxを必然性無く症例に使用するのとは問題だという反論がありました。

面白かったのは、今回学会中、ほぼ全期間に渡り多くのセッションに出席しましたが(学会から援助を受けているので、日中にリスボン観光しようという気が起きなかった…)、その中でもっとも会場が混んでいた(通路にまで体育座りの人たちがびっしり満員でした)のはなんと消化管出血に対するTAEのセッションでした。

ここ数年のCIRSEの発表を見てみると、欧米の肝TACEもかなり細かい血管までマイクロカテーテルを進めるのが当然ようになってきており、それに慣れた先生方が同様にかなり末梢までカテーテルを進める事が必要な消化管出血の治療に興味を持つように



リスボンの観光案内にありそうな写真です。青い海と坂道、そして坂道を登るためだけのケーブルカー(観光客しか乗りません)です。

なったのかなどと想像しました。

PVPではなんといってもイタリアのAnselmetti先生が印象的でした。驚いたのは一度に最大14椎体の治療を行っており、10椎体以上の治療は100症例近い経験があるそうです。ある参加者が14椎体の症例に関し、提示された術前MRI画像で浮腫を示す所見が14椎体のすべてに見られるわけではないではないかとのごく当然な質問をされましたが、これに対するご返答は背中をたたいたらすべて痛がったから全部治療したのだ。もちろんこれはscienceではなく、経験(experience)と芸術(art)なのですとの旨でした。

まあ、こうした治療が必要かどうかは別にして、なんにせよ大きな合併症も無く(ほんとに無いとのことでした…)これだけの数を1度に治療できる

とはすごいことです。

講演されていた先生方は椎体骨以外の転移性骨腫瘍に対する治療をCement plastyと呼んでいましたが、これは腸骨、大腿骨(骨幹部を除く)、手指骨、踵骨と、もうどこでも治療し、成績も良いとのことでした。ただし、長幹骨に対しては再骨折頻度があまりに高く、施行しないほうが良いとのことでした。

PVPのセッションでは当然のことながら2009年8月のNEJMのPVPに関する2論文の話題がでており、議論になっていました。ヨーロッパではVAS6以上にしか治療しない、かの論文はMRI施行時期について触れていない、MRIは治療の直前に行われるべきだ、ヨーロッパでは3ヵ月間保存的治療をし、これで改善しない患者に対しての

みPVPを施行している等、上記2論文に対する(一方的)反論が会場内でなされ、ヨーロッパではVERTOS IIで巻き返しを図るとのことでした。

以上、駄文を書き連ねてしまいましたが、この辺で終わりにしておきます。

リスボン海と坂道の町で、日本でいえば長崎みたいなところですよ。西ヨーロッパの国々に比較すれば物価も安く、のんびりしたところでした。学会中は昼に観光はすることはできませんでしたが、主に夕方から夜のリスボン市内をうろつき、大衆居酒屋みたいな店で焼き魚や安ワインなどで腹を満たし、ワインバーでポートワイン(これが日本と比較するとすごく安いんです)を飲んでばかりいました。

今年は自腹でもいいんでまたCIRSEに参加できたらなあと考えています。