

# 市民公開講座2023

# 卵巣がんの治療



講座 -1

## 卵巣癌治療の新潮流



岡山大学病院 産科婦人科  
小川 千加子

卵巣がんは治療の難しいがんの一つです。卵巣がんは抗がん剤が効きやすいため、抗がん剤と手術療法を組み合わせることにより多くは一旦、病気を抑えることができます。しかし再発が多いことも特徴です。再発には抗がん剤が用いられますが、次第に抗がん剤に抵抗するようになり、致命的となります。このような厳しい卵巣がんの予後を少しでも改善しようと、近年、卵巣がんの治療では分子標的薬やゲノム医療といった新しい医療が積極的に取り入れられるようになってきました。

従来の抗がん剤と分子標的薬の違いは、抗がん剤は細胞が分裂して増殖していくときの仕組みに働きかけて細胞死に至らせるもので、正常組織にもある程度ダメージを与えます。一方、分子標的薬は、病気の原因となっている特定のタンパク質や遺伝子などを狙い撃ちするようにつくられた治療薬です。抗がん剤に比べて分子標的薬は副作用が少ないイメージがあるかもしれませんが、副作用が全くないわけではなく、高血圧や血栓症、肺炎など、それぞれの薬剤に特徴的な副作用が存在します。また、分子標的薬は特定のタンパク質や遺伝子をターゲットとするため、がんの性格により効きやすかったり、効果が見込めなかったりすることも特徴です。卵巣がん領域で使用される分子標的薬の代表には、血管新生阻害剤、PARP阻害剤、免疫チェックポイント阻害剤があります。

ゲノム医療は、個人のゲノム情報を用いて、その人の体質や病状に合わせた医療を提供することを指します。がんゲノム医療では、がん細胞内でどの遺伝子に変異しているかを調べ、遺伝

子変異に合わせた個別化治療を行います。例えば、遺伝子変化により生じるHRD陽性と呼ばれる状態やBRCA遺伝子に変異している場合は、PARP阻害剤やプラチナ製剤が有効であることが知られています。また、免疫チェックポイント阻害剤の使用にあたっては、遺伝子のマイクロサテライト領域をみるMSI検査が行われ、MSI-Highという状態では免疫チェックポイント阻害剤が有効であることが分かっています。このような検査により、がん治療の個別化が進められています。

がん遺伝子パネル検査は、組織や血液からがんの細胞のDNAを取り出して、数百の遺伝子に異常があるかどうかを調べる検査です。この検査は先進的で魅力的ですが、薬剤が開発中であたり治験であったりと研究的な側面があります。治療が見つかるのは約1割であり、標準療法が終了(見込みの方)で治験などの治療に参加できる可能性がある場合に限り保険適応となります。検査結果が治療に結びつかなくとも、異常がある遺伝子からがんの性質が分かったり、診断がはっきりする場合もあります。また、自分自身ではなく次世代のがん患者さんのためにも有益なデータとなります。

またこれらの検査により、遺伝性がんの可能性が指摘される場合があります。卵巣がんは遺伝素因の関与が強いがんで、15~20%が遺伝性です。代表的なものはBRCA遺伝子の遺伝子変異によるHBOC症候群で、約500人に1人と言われています。HBOCでは男女とものがんを発症する可能性があり、乳がん、卵巣がん、膵臓がん、前立腺がんのリスクが高いことに留意する必要があります。世界で研究が進んでいますので、何歳ごろからこういった検査や予防を行えばリスクを下げられるかがよくわかってきています。遺伝性がんについて知っておくことは、自分だけではなく同じ体質を持つ血縁者にとっても、予防や早期発見につながります。生まれ持った遺伝子を変えることは難しいですが、私たちの行動は変えることができます。

卵巣がんと上手に付き合うためには、卵巣がんの診断のための検査や治療の概略について理解することが重要であり、世界では遺伝性素因についても調べることが推奨されています。そ

して、治療計画については仕事や経済的なことも含めて相談することが重要であること、また治療後はかかりつけ医を持ち健康的な生活を送ることが大切です。

まとめとして、卵巣がんの治療には様々な分子標的薬や新しい薬の使い方が取り入れられていること、遺伝子の状態を知ったり推測する検査が行われていること、そして、遺伝性がんの診断が治療方針やがんの早期発見に役立つことが挙げられます。今回のお話が、多くの方のお役に立つことを願っております。

分子標的薬とは

従来の抗がん剤 (殺細胞性)

分子標的薬

がん細胞に特異的な、遺伝的変異をターゲットにした薬や遺伝子治療も含まれます。

代表的な薬剤

血管新生阻害剤  
PARP阻害剤  
免疫チェックポイント阻害剤

スライド1

がんとは何か?

遺伝子変異 (TP53, PTEN, KRAS, BRAF)

癌細胞の増殖調節が壊れて、遺伝子などの検査を行って、より効率的な治療や副作用のない薬剤を選択する

個別化医療

スライド2

遺伝性乳癌卵巣癌症候群(HBOC)

卵巣がん (乳がん発生率も増加)

BRCA1: 40%  
BRCA2: 26%

乳がん (卵巣がん)

BRCA1: 72%  
BRCA2: 65%

卵巣がん (乳がん)

BRCA1: 13%  
BRCA2: 7-8%

膵臓がん (卵巣がん)

BRCA1: 4-5%  
BRCA2: 1-2%

前立腺がん (乳がん)

BRCA1: 1-2%  
BRCA2: 1-3%

約500人に1人と最も多い遺伝性腫瘍

スライド3

卵巣癌の世界で逃子にならないために

2022

Ovarian Cancer

- 卵巣癌の診断のための検査や治療の指針について情報にしよう
- 家族では、遺伝性にかかわる腫瘍から検出することが勧められています
- 仕事や経済的なことも含めた治療計画について相談しましょう
- 治療後は、かかりつけ医を持ち、健康的な生活を送りましょう。

スライド4

# 市民公開講座2023

# 卵巣がんの治療



講座-1

## 卵巣癌治療の 新潮流



岡山大学病院 産科婦人科  
小川 千加子

卵巣がんは治療の難しいがんの一つです。卵巣がんは抗がん剤が効きやすいため、抗がん剤と手術療法を組み合わせることにより多くは一旦、病気を抑えることができます。しかし再発が多いことも特徴です。再発には抗がん剤が用いられますが、次第に抗がん剤に抵抗するようになり、致命的となります。このような厳しい卵巣がんの予後を少しでも改善しようと、近年、卵巣がんの治療では分子標的薬やゲノム医療といった新しい医療が積極的に取り入れられるようになってきました。

従来の抗がん剤と分子標的薬の違いは、抗がん剤は細胞が分裂して増殖していくときの仕組みに働きかけて細胞死に至らせるもので、正常組織にもある程度ダメージを与えます。一方、分子標的薬は、病気の原因となっている特定のタンパク質や遺伝子などを狙い撃ちするようにつくられた治療薬です。抗がん剤に比べて分子標的薬は副作用が少ないイメージがあるかもしれませんが、副作用が全くないわけではなく、高血圧や血栓症、肺炎など、それぞれの薬剤に特徴的な副作用が存在します。また、分子標的薬は特定のタンパク質や遺伝子をターゲットとするため、がんの性格により効きやすかったり、効果が見込めなかったりすることも特徴です。卵巣がん領域で使用される分子標的薬の代表には、血管新生阻害剤、PARP阻害剤、免疫チェックポイント阻害剤があります。

ゲノム医療は、個人のゲノム情報を用いて、その人の体質や病状に合わせた医療を提供することを指します。がんゲノム医療では、がん細胞内でどの遺伝子に変異しているかを調べ、遺伝

子変異に合わせた個別化治療を行います。例えば、遺伝子変化により生じるHRD陽性と呼ばれる状態やBRCA遺伝子に変異している場合は、PARP阻害剤やプラチナ製剤が有効であることが知られています。また、免疫チェックポイント阻害剤の使用にあたっては、遺伝子のマイクロサテライト領域をみるMSI検査が行われ、MSI-Highという状態では免疫チェックポイント阻害剤が有効であることが分かっています。このような検査により、がん治療の個別化が進められています。

がん遺伝子パネル検査は、組織や血液からがんの細胞のDNAを取り出して、数百の遺伝子に異常があるかどうかを調べる検査です。この検査は先進的で魅力的ですが、薬剤が開発中であつたり治験であつたりと研究的な側面があります。治療が見つかるのは約1割であり、標準療法が終了(見込みの方)で治験などの治療に参加できる可能性がある場合に限り保険適応となります。検査結果が治療に結びつかなくとも、異常がある遺伝子からがんの性質が分かつたり、診断がはつきりする場合もあります。また、自分自身ではなく次世代のがん患者さんのためにも有益なデータとなります。

またこれらの検査により、遺伝性がんの可能性が指摘される場合があります。卵巣がんは遺伝素因の関与が強いがんで、15~20%が遺伝性です。代表的なものはBRCA遺伝子の遺伝子変異によるHBOC症候群で、約500人に1人と言われています。HBOCでは男女とものがんを発症する可能性があり、乳がん、卵巣がん、膵臓がん、前立腺がんのリスクが高いことに留意する必要があります。世界で研究が進んでいますので、何歳ごろからどういった検査や予防を行えばリスクを下げられるかがよくわかってきています。遺伝性がんについて知っておくことは、自分だけではなく同じ体質を持つ血縁者にとっても、予防や早期発見につながります。生まれ持った遺伝子を変えることは難しいですが、私たちの行動は変えることができます。

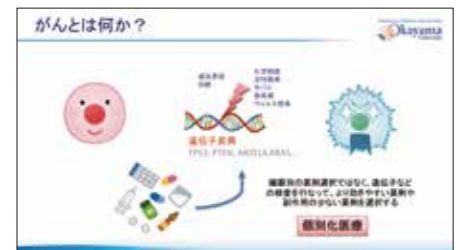
卵巣がんと上手に付き合うためには、卵巣がんの診断のための検査や治療の概略について理解することが重要であり、世界では遺伝性素因についても調べることが推奨されています。そ

して、治療計画については仕事や経済的なことも含めて相談することが重要であること、また治療後はかかりつけ医を持ち健康的な生活を送ることが大切です。

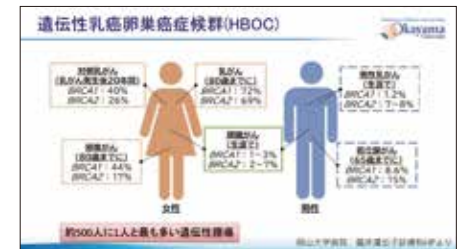
まとめとして、卵巣がんの治療には様々な分子標的薬や新しい薬の使い方が取り入れられていること、遺伝子の状態を知つたり推測する検査が行われていること、そして、遺伝性がんの診断が治療方針やがんの早期発見に役立つことが挙げられます。今回のお話が、多くの方のお役に立つことを願っております。



スライド1



スライド2



スライド3



スライド4

講座 -2

# 卵巢がん市民公開講座 2023

福山医療センター  
産婦人科医長  
**今福 紀章**



卵巢がんは年間13000人の方が罹患され、約4800人の方が亡くなっており現在婦人科ががんの死因1位です。

要因として、卵巢は骨盤奥深くあるため触りにくく、圧迫症状も出にくいいため、初期症状に乏

しいこと、また進行して初めて下腹部のしこり・腫瘍を触れる、腫瘍自体や腹水による圧迫感、吐き気、食欲不振、膀胱圧迫による頻尿、腸の圧迫による便秘、それに伴う腹痛などが起こること、子宮がんのような性器出血はまれで受診機会も得にくく、半数近くが進行がんで診断されるためと考えられます。

出産歴がない、子宮内膜症(卵巢チョコレート嚢腫)の既往がある方では発生が増加し、多出産、経口避妊薬の使用など排卵回数が少ないことが発生を減少させるといわれています。また乳がんと同じく、遺伝子変異による家族性腫瘍の存在もあります。

卵巢はお腹の中にあるため通常細胞・組織からの確定診断が得にくく、画像検査(超音波、CT、MRIなど)と腫瘍マーカーから診断し、ガイ

ドラインに則り手術と薬物療法(主に抗がん剤)を組み合わせ治療していきます。

手術の目的はいくつかありますが、まず診断をつけること、広がり(進展度、進行期=ステージ)の評価、そして治療です。手術では両側付属器(卵巢・卵管)切除術、子宮全摘出術、大網切除術を行い、病状により腹腔内播種やリンパ節切除も行います。手術によるがんの完全摘出は特に重要な要素で、進行がんでは、残ったがんの大きさ(残存腫瘍径)は生存期間と関連するとされています。

最後に最近はがんの遺伝情報を得る方法(HRD検査)もわかってきており、その結果が治療後の維持療法に関係してきます。以上、卵巢がんと手術治療についてのお話でした。



スライド1

### 卵巢がん手術の目的は？

- ①診断：病理学的診断をつける
- ②がんの広がり(ステージ)を評価する
- ③治療：病巣の完全摘出をめざす
- ④治療法決定と今後に関する情報を得る(HRD検査)

スライド4

### 卵巢がんの特徴と症状

- ・初期は症状に乏しい・・・
- ・進行すると・・・

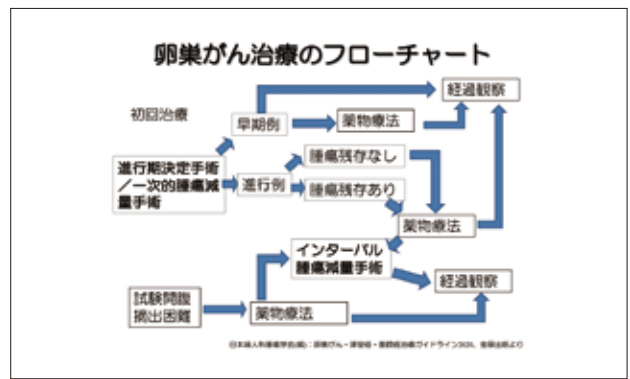
腫瘍により胃が圧迫  
⇒食欲不振、吐き気、満腹感

腫瘍の増大、がんの播種による腹水貯留  
⇒腹部膨満感

腫瘍による膀胱圧迫  
⇒頻尿

腫瘍による腸の圧迫  
⇒便秘、満腹感

スライド2

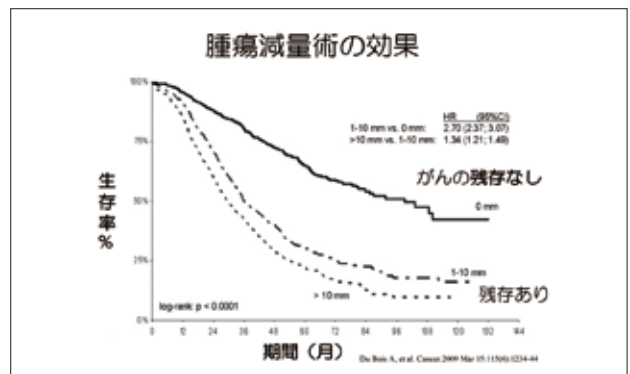


スライド5

### 発生を左右する因子

増加因子	減少因子
未婚・未妊	初経が遅い、閉経が早い
初経が早い、閉経が遅い	多出産、無排卵
排卵誘発剤の多用 (排卵回数が多い)	経口避妊薬の使用 (排卵回数が少ない)
子宮内膜症の既往 (チョコレート嚢腫)	子宮摘出術後
動物性脂肪の多量摂取	
喫煙、産業化学物質への曝露	
管理職、専門技術者	
遺伝・家族歴 (乳癌・卵巣癌症候群)	

スライド3



スライド6

# 市民公開講座2023

講座 -3

## 卵巣がんの化学療法

福山医療センター  
産婦人科医師  
**岡田 真紀**



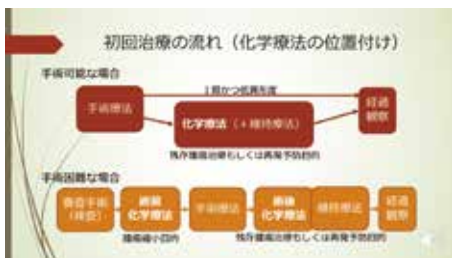
### 1. がん治療における薬物療法

化学療法:「細胞障害性抗がん剤」という種類の薬を用いた治療法。がん細胞が細胞分裂して増殖する仕組みの一部を阻害して攻撃する薬です。

ホルモン療法:ホルモンの分泌や働きを阻害し、ホルモンを利用して増殖するタイプのがんを攻撃する薬です。

分子標的薬:がんの増殖に関わるタンパク質や栄養を運ぶ血管、免疫に関わるタンパク質などを標的としてがんを攻撃する薬です。

### 2. 卵巣がんの初回治療の流れ



スライド1

初回治療で腫瘍が切除可能な場合はまず手術を行います。I期で腫瘍が完全に切り切れた場合でかつ悪性度の低い種類のがんであった場合は、手術後何もせずに経過観察となりますが、それ以外の場合は術後に残存腫瘍治療や再発予防のために化学療法を行います。また、初回治療で腫瘍切除が不可能な場合は、がんの種類を診断し病状を確認するための検査目的で審査手術を行ったのちに、まず腫瘍を縮小させるための化学療法を行います。腫瘍が縮小して切除可能となれば手術を行います。また術後も化学療法を追加します。

### 3. 卵巣がんの初回化学療法

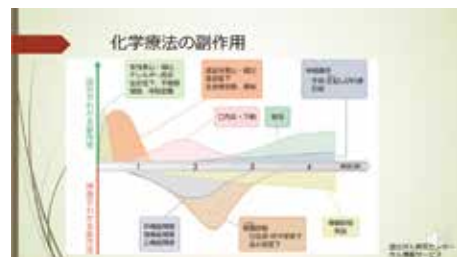
国内のガイドラインでは、初回化学療法には卵巣がんの組織型に関わらずTC療法が推奨されています。TC療法とはパクリタキセルとカルボプラチンという化学療法を併用する治療法です。パクリタキセルは細胞分裂に必要な微小管に作用することで、細胞分裂を阻止して、がん細胞が増殖す

ることを抑制し、がん細胞を死滅させます。カルボプラチンは細胞が分裂する時に必要なDNA合成を阻害し、がん細胞の分裂を止め、がん細胞を死滅させます。投与方法は、パクリタキセルとカルボプラチンを3週間一度点滴で投与します。まずは2-3サイクル行い、その後治療効果を確認して、有効であれば治療継続し通常6サイクルまで行います。その後状況に応じ、手術を検討、維持療法へ移行、経過観察が選択されます。

### 4. 化学療法の副作用



スライド2



スライド3

化学療法は点滴で投与するため、血管を通過してがん細胞だけでなく、全身の細胞まで薬が入るため、がん細胞の増殖を抑制する薬が、正常細胞も抑制することで様々な副作用が起きます。また、治療後の時期によって、様々な副作用が生じます。TC療法で起こりやすい副作用は、白血球減少、食欲不振・吐き気・嘔吐、アレルギー、脱毛、末梢神経障害、関節痛・筋肉痛などです。化学療法の副作用は、全員にすべて起こるわけではありません。副作用が強くなった場合は、薬の量を減らしたり、一時的に休薬したりして、治療と副作用のバランスをみながら、安全に治療を進めていきます。

### 5. 進行卵巣がんの化学療法

進行卵巣がん(3・4期)の化学療法では、TC療法にペバシズマブという分子標的薬を併用することで治療効果が高まることわかってきています。ペバシズマブは、血管を形成する因子を阻害しがん細胞の成長に必要な栄養が供給されることを防ぐことにより、がん細胞を死滅させる働きをします。

### 6. 再発卵巣がんの治療法



スライド4

卵巣がんが再発した場合、初回治療時に化学療法を施行していたかどうかで治療法が異なります。初回治療が手術のみで、化学療法未施行の場合には、再発時TC療法を行います。初回治療で化学療法をおこなったのちに再発した場合は、初回治療から再発までの期間によって治療法が異なります。再発まで半年以上経っている場合はもう一度TC療法を行います。半年未満で再発した場合は、初回とは異なる二次化学療法を選択します。しかし、二次化学療法は十分な効果期待できないため、積極的な治療は行わず緩和医療を選択する場合もあります。また症状を和らげるという目的で放射線治療が効果的な場合もあります。

二次化学療法

薬剤	奏効率
イリヌマカン	39
エトキシド	27
ダムシタセン	6~15
トボグカン	12~15
パクリタキセル	10~30
リボシムビルドキシルリン	10~20

※ 合併、初回治療の結果を維持し、再発・転移を遅く維持療法が重要と考えられています。

スライド5

二次化学療法としては、数種類の薬剤がありますが、奏効率はすべて30%未満です。そのため、近年初回治療の効果を維持し再発・増悪しないようにするための分子標的薬を用いた維持療法が重要と考えられています。

卵巣がんと診断され化学療法が必要となったときには、主治医と相談し、効果的かつなるべく苦痛を軽減しながら、最適な治療を選び継続していただきたいと思います。



# Publish



消化器肝臓内科医長

坂田 雅浩

『肝硬変に混合型肝癌と細胆管細胞癌が同時に発生した1例』  
(厳密に言えば世界初報告例)

がJCTH (Impact Factor: 5.065)に掲載されました。

## 渡辺次郎 先生3回忌に寄せて

今から7年前の2016年2月21日、先生との友情は一通のメールで始まりました。

私からの相談メール「婦人科軟部腫瘍の経皮的針生検について」に対する先生のお返事は、まるで科学論文のようにsmartで、とても丁寧なものでした。福山医療センターには同年6月に着任予定、初めてお会いしたのが3月でしたから、未だ顔も知らない人間がいきなり症例の相談をよこしてくる、厄介な後輩がいるものだと思われたかもしれません。

先生とは同じ久留米大学出身。学生時代から病理が好きで、研修医の時に倉敷で松川昭博先生（熊本大学から岡山大学免疫病理の教授で赴任されたばかりだった）と出会い、少しは病理が読めるねと褒められて調子に乗ったこと、九州つながりで良くして下さったのかもしれませんが、時々自分が生検した胃の病理を見せて頂くようになり、消化管病理の世界に惹かれ、母校に戻って消化器内科に入局することを決めました。チャンスが無いときでも、いつか臨床ができるようになったら病理の視点を持ち込むのだと勉強を続けて来た、その努力が報われたような気がして、ようやく病理の世界とつながったような気がして、先生との出会いは本当に嬉しかったです。久留米でお世話になった病理学教室の先生方から、次郎先生の噂は聞いていました。臨床、とくに肝臓病理への信頼、そしてあふれる人間味・・・。「カンファで臨床情報を得ることは、病理医にとっては馬鹿みたいな大ミスを防ぐ、大きな力になる」という先生の言葉が、その医療への信頼を裏付けています。そして、初めてお会いした日、先生は「自分は話が下手なもんやけん、細かい事はメールでも良かね?」、そう言って、きっと私の中にある先生と似たところを、顕微鏡を覗くときのような鋭く優しい目を通して見抜かれていたのでしょう。以来、先生とは時々メールで学問、旨い店、旨いもの、旨いお酒の話で意気投合しました。

先生から右季肋部痛の精査をお願いされたことがありました。胆襄癌疑いが晴れた際には、「これでもうしばらく酒が飲めるな」と嬉しそうに病理のお部屋に戻って行かれた、あの日の姿が思い出されます。ところが、私が岡山大学から医療センターへ帰任した2020年7月の頃、コロナ禍にあって、久しぶりにお会いした先生はとても疲れているように見えました。新たな名店を発見する機会も減り、きっと九州時代の頃と同じように、顕微鏡と耐ハイを眺めるばかりの時間が増えていたのでしょう。どちらも好きな世界とはいえ、きっと不器用に人と話す時間が一番好きだったのではないかと・・・。2021年3月28日、先生は突然この世を去ってしまいました。

先生のメールにはよく追伸が付いていました。良いお年を。ちょっとだけ人生の先輩のじろーより。最後のメールは、やはり2月でした。ワテの名前まで入れてくれてアリガトー！先生と共著で出した症例報告の別冊が届いたという報告でした。今回も私の能力不足で報告が遅くなりました。先生が正確に診断して下さいました。先生が病理の楽しさを教えて下さったお陰です。有難うございました。本論文を、じろー先生に捧げます。

Journal of Clinical and Translational Hepatology 2023  
DOI: 10.14218/JCTH.2022.00382

### Illuminating and Instructive Clinical Case

## Synchronous Double Primary Combined Hepatocellular-cholangiocarcinoma and Cholangiocarcinoma in a Cirrhotic Liver

Masahiro Sakata<sup>1</sup>, Keiji Kitada<sup>2</sup>, Rika Omote<sup>3</sup>, Hiroshi Sorobe<sup>2</sup>, Masahiko Utsumi<sup>2</sup>, Naoyuki Tokunaga<sup>2</sup>, Takashi Fushimi<sup>1</sup>, Ryota Nagao<sup>4</sup>, Tatsuro Sakata<sup>1</sup>, Toshihiko Kaneyoshi<sup>1</sup>, Tatsuya Toyokawa<sup>1</sup> and Masaru Inagaki<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Gastroenterology and Hepatology, National Hospital Organization, Fukuyama Medical Center, Fukuyama, Hiroshima, Japan; <sup>2</sup>Department of Surgery, National Hospital Organization, Fukuyama Medical Center, Fukuyama, Hiroshima, Japan; <sup>3</sup>Department of Laboratory and Pathology, National Hospital Organization, Fukuyama Medical Center, Fukuyama, Hiroshima, Japan; <sup>4</sup>Department of Radiology, National Hospital Organization, Fukuyama Medical Center, Fukuyama, Hiroshima, Japan

Received: 7 August 2022 | Revised: 9 October 2022 | Accepted: 4 January 2023 | Published online: 9 February 2023

### Abstract

Both combined hepatocellular-cholangiocarcinoma (CHCC-CCA) and cholangiocarcinoma are rare primary liver cancers. CHCC-CCA is believed to originate from transformed hepatocellular carcinoma or liver stem/progenitor cells. Cholangiocarcinoma is characterized by ductular reaction-like anastomosing cords and glands resembling cholangiocytes and containing hepatocellular carcinoma components and adenocarcinoma cells. According to the 2019 revision of the World Health Organization criteria, a subtype with stem cell features as a subclassification of CHCC-CCA was abolished for lack of conclusive evidence of the stem cell origin theory. That led to the classification of cholangiocarcinoma with hepatocytic differentiation as CHCC-CCA. Consequently, cholangiocarcinoma without hepatocytic differentiation is classified as a subtype of small-duct cholangiocarcinoma and is assumed to originate from the bile duct. Herein, we report the first case of double primary CHCC-CCA and cholangiocarcinoma without hepatocytic differentiation in different hepatic segments of a cirrhotic liver. We believe this case supports the validity of the new World Health Organization criteria because the pathological finding of CHCC-CCA in this case shows the transformation of hepatocellular carcinoma to cholangiocarcinoma. Furthermore, this case may demonstrate that immature ductular cell stemness and mature hepatocyte cell stemness in hepatocarcinogenesis can coexist in the same environment. The results provide valuable insights into the mechanisms of growth, differentiation, and regulation of liver cancers.

**Keywords:** bile duct neoplasms, Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma, Cholangiocarcinoma, Cirrhosis, Liver neoplasms.  
**Abbreviations:** CCA, cholangiocarcinoma; CK, cytokeratin; CI, contrast-enhanced computed tomography; CHCC-CCA, combined hepatocellular-cholangiocarcinoma; CLC, cholangiocarcinoma; HCC, hepatocellular carcinoma; ICA, intrahepatic cholangiocarcinoma; MRI, magnetic resonance imaging; WHO, World Health Organization.  
**Correspondence to:** Masahiro Sakata, National Hospital Organization Fukuyama Medical Center, 4-18-17, Okinogami-cho, Fukuyama, Hiroshima 720-8535, Japan. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7426-1117>; Tel: +81-84-922-8001; Fax: +81-84-933-2969; E-mail: [sakata.masahiro@nho.go.jp](mailto:sakata.masahiro@nho.go.jp)

**Citation of this article:** Sakata M, Kitada K, Omote R, Sorobe H, Utsumi M, Tokunaga N, et al. Synchronous Double Primary Combined Hepatocellular-cholangiocarcinoma and Cholangiocarcinoma in a Cirrhotic Liver. J Clin Transl Hepatol 2023. doi: 10.14218/JCTH.2022.00382.

### Introduction

In 2020, primary liver cancer was the third leading cause of death attributable to cancer worldwide. Hepatocellular carcinoma (HCC) and intrahepatic cholangiocarcinoma (IHCCA) are the most common types of primary liver cancer, accounting for approximately 73–85% and 5–19% of cases, respectively.<sup>1</sup> Primary malignant liver tumors arise from the major constituent liver cells, hepatocytes, biliary epithelial cells, endothelial cells, or combinations of these cells with various mesenchymal cells. Some primary liver tumors may result from the malignant transformation of hepatic progenitor cells with differentiation along two different cell lineages, as hypothesized for combined hepatocellular-cholangiocarcinoma (CHCC-CCA).<sup>2</sup> Among primary liver cancers, CHCC-CCA and cholangiocarcinoma (CLC) are extremely rare tumors.<sup>1</sup> According to Japan's 22nd National Primary Liver Cancer Follow-up Survey, CHCC-CCA and CLC account for 1.0% and 0.5% of primary liver cancers, respectively.<sup>3</sup> In the 2019 revision of the World Health Organization (WHO) classification of tumors and the fifth edition of the Digestive System Tumors, the classification of CHCC-CCA, IHCCA, and CLC have been revised.<sup>4,5</sup>

CHCC-CCA is a primary liver carcinoma with the unequivocal presence of both hepatocytic and cholangiocytic differentiation within the same tumor.<sup>6,7</sup> The carcinogenic mechanism of CHCC-CCA remains unclear.<sup>8</sup> The fourth WHO classification refers to CHCC-CCA stem cell features based on the concept that the liver contains hepatic stem/progenitor cells that can differentiate into hepatocytes and bile duct epithelial cells even after the hepatocytes have matured.<sup>9,10</sup> However, there is an association between a history of tran-

Copyright: © 2023 The Author(s). This article has been published under the terms of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0), which permits non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the following statement is provided: "This article has been published in Journal of Clinical and Translational Hepatology at <https://doi.org/10.14218/JCTH.2022.00382> and can also be viewed on the Journal's website at <http://www.jctth.com/>."

### Acknowledgments

The authors thank Dr. Jiro Watanabe (1 March 2021; Department of Laboratory and Pathology, National Hospital Organization, Fukuyama Medical Center) for helpful discussions.

## COVID-19

新型コロナウイルスの対応に係る  
看護師派遣について

前看護部長

岡本 悦子



2019年12月から中国の武漢で発生した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は世界規模で流行していきました。あれから3年が経過し、今まで感染症法2類相当でしたが、2023年5月8日より5類となります。

これまでに、国立病院機構本部より各グループを通して、臨時施設への派遣要請がありました。そのうち、当院からは数名の看護師を派遣しました。

今回、4名の看護師に、派遣当時の状況をレポートとして報告してもらいました。看護師たちは派遣先での状況や戸惑い、出会いを通して学びに繋がったようです。私としては、今回の世界規模での流行は、災害の一種であると考えています。

このページをご覧いただいている皆さんが、今後も起こりうるかもしれない災害(未知の感染症や災害など)発生時、感染した患者や被災された方々に対応する医療従事者、特に看護師の活動や活躍への理解を深めていただければ幸いです。

臨時医療施設への  
派遣を体験して

3病棟

伊豆野 薫



大阪府ではコロナ全体の病床使用率がひっ迫し、入院患者の75%以上が高齢者という現状に対して、令和4年2月17日、大阪市内のホテルを使用した臨時の医療施設を立ち上げました。一般的なホテル療養とは違い、大阪府の委託を受けた大阪医科薬科大学病院と大阪府看護協会、さらに国から派遣された医師や看護師などおよそ80人が24時間の診療体制を整備し、原則65才以上を対象に医療提供と療養生活の提供を実施することができる医療施設となります。

この度私は、大阪府の臨時医療施設で令和4年2月20日～2月28日まで新型コロナウイルス感染症患者対応の看護業務に従事してきました。施設立ち上げから日が浅かったため、医療物品が十分に準備されているとは言えず、業務フローについても定着していませんでしたが、全国から集まった看護師が声を掛け合いながら助け合い、2月21日から患者さんの受け入れが始まりました。

当初、酸素管理等24時間の診療体制が必要な中等症の患者さんの病床は、19床準備されていましたが、体制の充足と受け入れ患者の増加に伴い、2月28日には病床数が拡大されました。

ホテルを使用した臨時の医療施設であったため、実際の現場の様子としては、薬剤師は厨房で調剤を行い(写真1)、スタッフステーションはレストランフロアを利用していました(写真2)。病室となる部屋のベッドはダブルベッドで、転倒リスクの高い患者さんや認知症の患者さんには、簡易のベッド柵を設置したり、見守りカメラを使用しながら安全を確認し、病室へは頻りに訪室していました。ナースコールの代用としては、首にぶら下げること



写真1



写真2

もできるポータブルタイプの呼び出しボタンを患者さんが持ち、患者さんからコールがあると、看護師が持つ親機に患者さんの番号が表示され、看護師が訪室していました

病院勤務とは物品も手順も大きく異なりましたが、患者さんには病院と同じレベルの治療とケアができるようにと、北海道から沖縄まで全国から派遣されたスタッフがー丸となって、お互いを尊重しながらも積極的に話し合いを行い、一生懸命に業務にあたることができました。9日間という短い期間ではありましたが、人との出会いや、創意工夫しながら業務に取り組んだ日々は、今後のモチベーションにも繋がるような刺激的で貴重な体験でした。

新型コロナウイルス感染症  
拡大に伴う  
診療強化型宿泊療養施設への  
派遣活動

3病棟

宇野 智恵



この度、厚生労働省から新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、看護師派遣の要請があり、令和4年3月1日～3月31日まで大阪府の臨時医療施設、診療強化型宿泊療養施設(以下:スマイルホテル)で派遣活動したことを報告します。(写真1)



写真1