

このページでは医療の最前線でご活躍されているメディカルセンターのドクターにリレー方式でご登場頂き、健康と医療についてお話を頂きます。

今月号は真木治文先生から消化器外科(上部消化管)がご専門の平田雄紀先生にバトンが移りました。

## 第205回

## 日米、手術哲学の違い

医師 (Department of Surgical Oncology, MD Anderson Cancer Center)  
平田雄紀



新年明けましておめでとうございます。8月よりMD Anderson Cancer Center腫瘍外科部門で研究をしている平田雄紀と申します。私は慶應義塾大学医学部一般・消化器外科に所属しており、大学の先輩でありこちらで第一線の腫瘍外科医として活躍されている、生駒成彦先生の下で日々研究させてもらっています。私の専門が消化器外科、中でも上部消化管疾患(食道癌・胃癌)ということもあり、こちらでは主に胃癌や、ロボット手術をテーマに臨床研究をしています。

本日は私がこちらで感じた日米の手術の違い、手術に対する思いの違いについて述べたいと思います。まだまだHouston歴は短いですが、だからこそ両者の差を顕著に感じております。以下は飽くまで個人の感想として捉えて頂ければ幸いです。

癌治療における手術の究極の目的は患者さんの体から癌細胞を無くす、ゼロにするということです。そうすれば理論上完治が見込める可能性が高くなるからです。そのためには、胃癌手術であれば癌が存在している胃の壁のみをくり抜くだけでは不十分です。癌に犯されている場所が正確にどこまでかは術中わかりませんので、ある程度の切り代(マージン)を付けて胃を切除します。さらには胃の周りにあるリンパ節を摘出する「リンパ節郭清」も行う必要があります。癌細胞は、臓器の周りに張り巡らされたリンパ管を介してリンパ節にも転移します。日本の胃癌ガイドラインでは、原発巣の深達度(深さ)に応じて「ここまでのリンパ節を予防的に取るべし」、という「郭清範囲」がきっちり規定されています。進行している癌ほど、広い範囲のリンパ節も一緒に郭清する必要があります。これを取り残してしまった場合、数ヶ月後・数年後にそこから癌が再度出現してきてしまう可能性があり、外科医としてそれはやりきれません。この「郭清」への哲学ですが、一般に、欧米の郭清は日本の郭清よりもやや手控えたものであると言われております。私自身、リンパ節郭清を徹底的に教え込まれ実践してきた身からすると、欧米の手術のリンパ節郭清はやや物足りない部分があるな、と日本にいるときから思っていました。

しかしこちらにきてその理由といえますか、そうせざるを得ない背景がわ

かった気がします。一番影響しているのは患者さんの体格の違いです。とにかく大きい人が多い！日本では肥満の定義はBMI25以上となつていますが、この定義に当てはめるとほとんどの人が該当してしまうのではないかと思います。体が大きければ臓器や血管もわかりやすくより簡単になるのでは、と思われる方もいらっしゃると思いますが、そういう訳には行けません。そもそもリンパ節というのは、「内臓脂肪の中」に存在しています。我々外科医は術中、解剖学的知識と経験から目印となる血管や膜などをガイドに、内臓脂肪の中にある取るべきリンパ節を郭清しています。ですが内臓脂肪が多くなるとこれら目印が見つけづらくなり、この作業の難易度が上がることとなります。消化器外科手術の難易度を決定する因子には様々なものがありますが、この内臓脂肪の量、というのの中でも大きな因子です。痩せた人が多い日本人の患者さんと比較すると、米国の手術はとにかく難易度が高いな、というのをこちらにきてまず感じました。

手術は大きい手術になればなるほど(郭清範囲を広げるほど)根治性は増しますが、体への負担が大きいものとなり、合併症の起こる可能性も上がります。また、手厚い国民皆保険の日本と違い、米国では入院期間が一日延びると医療費が大きく膨らみ、患者さんの負担となります。以上を鑑みると、「必要以上の無理な郭清は行わず、バランス重視の手術で早期退院を目指す」という哲学は米国では理にかなっていると考えるようになりました。

その一方で、腹腔鏡手術やロボット手術が普及している昨今、他の外科医の手術動画を学会等で見る機会が非常に増え、西欧でも日本風のマインドを取り入れて手術を行う外科医も増えてきています。実際、MD Andersonの胃切除は上司の生駒先生の影響もあり、かなりハイレベルなものとなっています。

このような背景から、米国では手術のみに頼らず、抗癌剤や放射線照射といった他の治療法を組み合わせる「集学的治療」が胃癌の分野でも発達しています。実際、ステージII-IIIの胃癌治療戦略として日本はまず手術を行ってから、ステージに応じ必要があれば補助的抗癌剤を行うという順番ですが、米国ではまず抗癌剤や(MD Andersonでは)放射線照射で癌をできる限り小さくしてから手術を行うという順番で治療が行われています。

近年の抗癌剤の発展はめざましく、診断時は切除不能な進行癌であっても薬が効いて切除可能な癌になるケースも増えてきました。また手術に関しても小さな創で人の手の動き以上に繊細な手術を可能とするロボット手術の技術も発達してきました。こういった事実を考慮すると、日本でも米国のマインドを組み込んで、特に進行胃癌は様々なモダリティを駆使した治療戦略を組み立て、そのエビデンスを構築する必要性が今後増えると予想されます。

異なる哲学を下に発展してきた日米両者の胃癌を巡る手術・治療戦略の違いですが、それぞれ違った良さがあると言えます。一消化器外科医として、この両者の特徴をよく見極め、各々の長所をうまく活かして今後の研究活動に活かしていきたいと思っております。

次回はMD Andersonで膵癌の研究をされている朴正勝先生です。朴先生のお子様と私の息子は同じPreschoolに通っています。私達より少し早めはこちらにいらっやっていたこともあり、当初から色々教えて頂き、家族一同で仲良くしてもらっています。爽やかラグーマン大腸外科医です。