



2

特別寄稿：「臨牀消化器内科」40 年を振り返る 外科医として編集に携わって

市倉 隆*

はじめに

本誌の編集に筆者が関わった期間は 2002～2010 年と比較的短く、「40 年を振り返る」文章を書くのはやや荷が重いですが、外科医の立場から本誌について思ったことを書かせていただきました。

I

外科系編集委員から見た 「臨牀消化器内科」

創刊時の外科系の編集委員は故 島津久明先生であったが、間もなく鹿児島大学に赴任されたため故 玉熊正悦先生が引き継がれ、さらに筆者が後を任されることになった。表に筆者が編集を離れた 2010 年までの 25 年間に外科系の編集委員が担当した特集テーマを時系列で列挙した(増刊号は包括的なテーマとなるので省略)。右列には消化器外科医として興味のあるその年のトピックスを記してある。急性膵炎、吐血と下血、胆石症、胆道感染症、消化管穿孔など個別の病態を含め、急性腹症は定期的に特集されている。外科医らしい発想のテーマは太

字で示したが、外科治療にこだわらないテーマも少なくなく、とくに玉熊先生が担当された時期の後半では基礎医学の視点が組み入れられたテーマが目立つ。筆者はといえば進行癌を念頭においたテーマが目立つ。

消化器疾患に対する外科治療のこの 40 年間の歩みには大きく二つの方向性がある。一つは拡大手術による予後改善の試み、もう一つは低侵襲手術への移行である。さらに付け加えると胃・十二指腸潰瘍治療の変遷が挙げられる。本誌発刊の頃すでに外科治療の適応となる胃・十二指腸潰瘍症例は減少してきていたが、プロトンポンプ阻害薬の発売(1991 年)、胃潰瘍・十二指腸潰瘍に対する *Helicobacter pylori* 除菌治療の保険適用(2000 年)、内視鏡的止血術の進歩などにより、今では外科の出番はまれとなった。

II

進行癌の治療

1

拡大手術による予後改善の試みと限界

本誌が創刊された 1986 年当時、局所進行胃癌の手術では第 2 群リンパ節まで郭清する一般的な根治手術に対し、予後改善を目指した拡大手術が競って報告されていた。この妥当性を検証すべく、「大動脈周囲リンパ節郭清の臨床的意義に関する研究(JCOG9501)」 「食道浸潤胃癌

*宮内庁上皇侍医長

(〒107-0051 東京都港区元赤坂 2-1-8)

表 外科系編集委員が担当した特集テーマ(創刊～2010年, 増刊号は省略)
外科医らしいテーマを太字で示す。

巻(年), 号	特集テーマ	編集担当*	トピックス
1(1986), 5	急性腹症	H. S.	
2(1987), 9	胆石症	S. T.	腹腔鏡下胆嚢摘出術(フランス)
11	大腸ポリープとポリポーシス	S. T.	
3(1988), 3	急性膵炎	S. T.	
4	吐血と下血	S. T.	
9	胆道感染症	S. T.	
4(1989), 1	慢性膵炎(特大号)	S. T.	
7	イレウス	S. T.	
10	消化管穿孔	S. T.	
13	炎症性腸疾患	S. T.	腹腔鏡下胆嚢摘出術(日本で初の実施)
5(1990), 5	消化管の奇形と先天異常	S. T.	
9	腸管手術後の病変とその対策	S. T.	
6(1991), 1	内視鏡的食道静脈瘤硬化療法(特大号)	S. T.	腹腔鏡補助下幽門側胃切除術(世界初) プロトンポンプ阻害薬の発売
3	転移性肝癌	S. T.	
5	MRSA 腸炎	S. T.	
6	膵癌の臨床—最近の進歩	S. T.	
10	胆石の非観血的治療	S. T.	
13	術後肝障害(特大号)	S. T.	
7(1992), 1	消化器疾患とエンドトキシン(特大号)	S. T.	腹腔鏡下胆嚢摘出術 保険収載
9	重症膵炎の治療	S. T.	
8(1993), 2	消化器病の手術をめぐる controversy	S. T.	腹腔鏡補助下大腸癌手術(日本で初の実施) 腹腔鏡下肝切除術(日本で初の実施)
6	肝内結石症	S. T.	
10	膵・胆管合流異常と胆管拡張症	S. T.	
11	腹部急性症	S. T.	
9(1994), 2	Laparoscopic Surgery 腹腔鏡下手術	S. T.	胸腔鏡下食道切除術(日本で初の実施)
6	スキルス胃癌	S. T.	
10	胆嚢癌—解剖学ならびに進展様式の特徴と診療の現況	S. T.	
10(1995), 2	小腸腫瘍	S. T.	早期胃癌の腹腔鏡下手術 保険収載
6	消化器疾患と活性酸素・フリーラジカル	S. T.	
10	消化器癌と遺伝子	S. T.	
12	消化器癌の悪性度評価	S. T.	
11(1996), 4	消化器病患者の栄養管理	S. T.	早期大腸癌の腹腔鏡下手術 保険収載
6	胆嚢の隆起性病変	S. T.	
13	肝膿瘍	S. T.	
12(1997), 3	腹腔鏡下手術の Pitfall	S. T.	
9	膵内分泌腫瘍	S. T.	
13	残胃の癌	S. T.	

表 つづき

巻(年), 号	特集テーマ	編集担当*	トピックス
13(1998), 5	慢性肝炎—新しい診断基準をめぐって	S. T.	TS-1 発売
11	知っておくべき疾患—胆・膵	S. T.	
14(1999), 2	消化器癌の鏡視下治療	S. T.	
6	消化器疾患と NO	S. T.	ロボット支援手術システム「da Vinci」の導入 胃潰瘍・十二指腸潰瘍に対する <i>H. pylori</i> 除菌治療の保険適用
11	虫垂疾患とその周辺	S. T.	
15(2000), 3	消化管と免疫—最近の話題	S. T.	
8	直腸・肛門の良性病変	S. T.	胃癌治療ガイドライン第 1 版
12	大腸癌—最新の進行大腸癌治療戦略	S. T.	
16(2001), 8	重症肝炎の臨床—重症化の予知と治療戦略	S. T.	
13	消化器疾患と移植医療	S. T.	食道癌診療ガイドライン第 1 版 食道癌・進行胃癌・進行大腸癌の鏡視下手術 保険収載
17(2002), 4	食道胃接合部の病変—診断と治療方針を中心に	S. T.	
10	膵・胆管合流異常—最近の話題	S. T.	
18(2003), 2	胃癌治療ガイドラインをめぐる諸問題	T. I.	急性肝炎の診療ガイドライン第 1 版 CDDP+5-FU による食道癌術後補助化学療法の有用性 (JCOG9204 試験) イマチニブ GIST への適応追加
6	消化器疾患の腹腔鏡下治療—適応と限界	S. T.	
11	食道癌治療—最近の話題	T. I.	
19(2004), 9	イレウス診療の pitfall—いつ外科に送るか	T. I.	大腸癌治療ガイドライン 2005 年版
20(2005), 2	消化器癌の遠隔転移をどうするか	T. I.	
9	GIST (gastrointestinal stromal tumor)	T. I.	
21(2006), 3	消化器がんに対する放射線治療	T. I.	食道浸潤胃癌に対する左開胸開腹による縦隔リンパ節郭清の有用性否定 (JCOG9502 試験) TS-1 による胃癌術後化学療法の有用性 (ACTS-GC 試験) 膵癌診療ガイドライン第 1 版 腹腔鏡・内視鏡合同手術 (LECS) の開発
10	神経内分泌細胞腫瘍	T. I.	
22(2007), 2	消化器がんの疼痛管理	T. I.	
8	センチネルリンパ節理論の消化器癌への応用	T. I.	胃癌に対する大動脈周囲リンパ節郭清の有用性否定 (JCOG9501 試験) セツキシマブ保険承認 (大腸癌)
23(2008), 4	鏡視下手術時代の消化器手術適応	T. I.	
24(2009), 3	消化器がんにおける PET 診断 update	T. I.	
9	膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN)	M. S.	ソラフェニブの保険承認 (肝細胞癌)
11	胃切除後の諸問題	T. I.	
25(2010), 1	肛門にまつわる諸問題 (特大号)	T. I.	腹腔鏡下肝部分切除・外側区域切除の保険収載 胃/食道胃接合部癌に対する化学療法にトラスツズマブ併用が有用 (ToGA 試験)
9	自己免疫性肝炎	M. S.	

*H. S. : 島津久明, S. T. : 玉熊正悦, T. I. : 市倉 隆, M. S. : 杉山政則

の外科治療に関する比較臨床試験(JCOG9502, 左開胸開腹 vs. 経横隔膜裂孔)」「上部進行胃癌に対する胃全摘術における脾合併切除の意義に関するランダム化比較試験(JCOG0110)」などが行われたが、いずれも拡大手術の意義は否定された。

胸部食道癌に対する外科手術では従来開胸および開腹による胸部と腹部のリンパ節郭清(2領域郭清)が行われていたが、本誌発刊の頃から頸部も郭清する3領域郭清を行う施設が増えてきた。現在では3領域郭清が標準術式となっているが、きわめて侵襲の大きな手術であり術後合併症も少なくなく、侵襲の軽減が課題であった。

2 消化器癌の集学的治療

拡大手術による胃癌の予後改善が難しいことがわかると、次の興味は補助化学療法へと向かった。消化器癌の化学療法では1999年に発売されたTS-1のインパクトが大きく、Stage II・III胃癌ではTS-1の術後1年間投与が標準となった(ACTS-GC試験)。食道癌ではシスプラチン(CDDP)+5-フルオロウラシル(5-FU)による術後補助化学療法の有用性が報告され(JCOG9204)、その後、術後よりも術前の補助化学療法のほうが有効であることが証明され(JCOG9907)、現在では術前補助化学療法がStage II・III食道癌に対する標準治療となっている。

本誌創刊時、化学療法専門医が勤務する施設は少なく、また今ほど多種多様な薬物療法がなかった時代でもあり、化学療法は消化器内科医あるいは消化器外科医が担当することが多かったが、本誌で化学療法を扱った特集は少なかった(第4巻12号「消化器癌の化学療法」)。分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の登場に伴い、消化器癌に対する薬物療法への興味が広

がったようで、2011年以降は特集が増えていった(第26巻6号「消化器癌化学療法2011—最近の話題」、第28巻3号「消化器癌化学療法—新しいエビデンスを求めて」、第31巻増刊号「消化器癌化学療法」、第35巻5号「消化器領域における免疫チェックポイント阻害薬の現状・今後の展望」、第39巻増刊号「消化器がん薬物療法」)。

Ⅲ 低侵襲手術、縮小手術

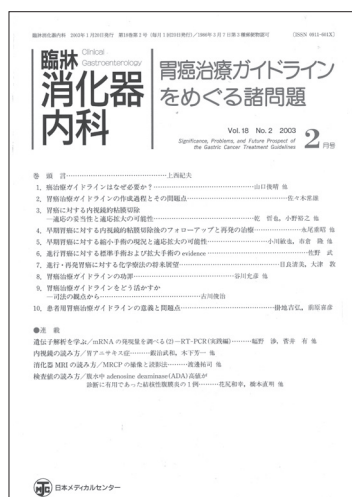
手術創を小さくすることにより術後疼痛の軽減、肺炎など合併症の予防、入院期間の短縮などが期待される。また鏡視下手術では術野を拡大視することにより精緻な手術が可能となり、出血量を減らす効果も得られる。消化器外科領域で鏡視下手術が初めて導入されたのは胆嚢摘出術で、フランスでは1987年に実施されている。奇しくもこの年の本誌で「胆石症」が特集されているが、もちろん腹腔鏡下胆嚢摘出術は扱われていない(第2巻9号)。その後、鏡視下手術は胃、大腸、肝、食道へと応用され、本誌でも1994年に初めて特集された(第9巻2号「Laparoscopic Surgery 腹腔鏡下手術」)。さらに手術支援ロボットの登場により鏡視下手術の精度が向上した。ただ癌に対する根治性を保つためには体腔内への手術侵襲は変えられない。

一方で、縮小手術とは臓器の切除範囲やリンパ節郭清範囲を縮小するものである。リンパ節転移の可能性は低いが無視もできないといった場合には、究極の縮小手術であるEMR(内視鏡的粘膜切除術)やESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)の適応にはならない。そこで、リンパ節郭清範囲を合理的に縮小するために生まれたのが、センチネルリンパ節(SN)—原発腫瘍からのドレナージリンパ液が最初に流入するリンパ節—to転移を認めない場合は他のリンパ節に転移が

検出される可能性はきわめて低い、という理論である。乳癌では消化器領域より一歩先にSN生検の研究・臨床応用が進んでおり、消化管癌においてもこの理論の応用が期待されている(第22巻8号「センチネルリンパ節理論の消化器癌への応用」)。

IV ガイドライン

消化器疾患に限らず診療ガイドラインが相次いで作成され、治療が標準化されてきたこともこの40年の大きな流れといえよう。消化器疾患の診療ガイドラインの先駆けとなったのが2001年に発刊された「胃癌治療ガイドライン」である。個別の治療方針を束縛するものではないが、標準的治療というものが明示されたことの意義は大きい。本誌では発刊の2年後に「胃癌治療ガイドラインをめぐる諸問題」として取り上げた(第18巻2号)。



V 外科と内科の collaboration

GIST(gastrointestinal stromal tumor)をはじめとする胃の粘膜下腫瘍を過不足なく切除するため、外科医と内視鏡医が共同で行う手術である LECS (laparoscopic and endoscopic cooperative surgery)が開発された。本誌では開発から9年経った2015年に「LECSの新たな展開」として特集された(第30巻12号)。

早期胃癌に対する内視鏡的切除の適応拡大のためには前述したSN理論の応用が期待されるが、SN生検で転移陰性であっても、原発巣からSNに至るリンパ路内に癌細胞が残され再発リスクとなる可能性が否定できない。したがって、原発巣はESDではなく全層切除としリンパ流域とともに *en bloc* に切除することが安全と考えられ、ここにLECSの出番があろう。多施設共同の「早期胃癌に対するセンチネルリンパ節を指標としたリンパ節転移診断と個別化手術の有用性に関する臨床試験(Sentinel Node Navigation Surgery 研究会)」が行われ、解析結果の発表が待たれている。

おわりに

「臨床消化器内科」は消化器疾患の診療に携わる臨床医にきわめて有用な情報をもたらしてくれていた。いつの日か、本誌あるいは後継誌が再登板してくれることを切に望んでいる。

From a Viewpoint of an Editor with Surgical Background

Takashi Ichikura*

*Imperial Household Agency, 2-1-8 Motoakasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0051, Japan