



特別企画

外科医にとってのデータベースとは

がん・感染症センター都立駒込病院 高橋 慶一



外科医になって、あっという間に35年が経ってしまった。1984年に大学を卒業し、大学での初期研修を行わず、現在も所属しているがん・感染症センター都立駒込病院で外科研修医としてのスタートを切った。外科に関しては右も左もわからない状態で、いきなり飛び込んできた状態であるから、ある程度の知識はあっても、それを実践に移す修練が必要である。

外科の世界は、技術があって初めて評価されるもので、いかに知識があっても、ペーパードライバーでは通用しない世界である。外科の修練を始めて最初に気が付いたのが、駒込の外科で行われている手術の方法が外科手術の成書に書かれているものとずいぶん違っていたことである。これは駒込病院で行われている外科手術が技術的に劣っているということではなく、無駄のない合理的で、まるで解剖をスピーディーに行っているような手術で、細い血管も的確に確実に露出するような手術で、学生時代に見た手術とは明らかに手術の質が違うと実感する素晴らしい手術であったことである。大腸癌の手術では腸管を授動してから、リンパ節郭清を行うのが一般的であるが、駒込病院では血行遮断、リンパ節郭清を先行して行い、その後に腸管切除を行っていた。いきなり血管を露出し、遮断していく後の方が技術的にはやや難しいものであったが、癌細胞の周囲への散布を抑えることが期待できるものであった。外科の学会に参加して、手術方法についての議論を聞いていると、大腸癌の手術でリンパ節郭清を行うとしても、腸管を切除する前に行くか、切除後に行くか、郭清の範囲はどこまで行くか、リンパ節だけを摘出するか、リンパ管を含めて郭清を行うか、施設により大きく異なることがわかった。ある時、上司の外科医に「最初に血行遮断を行う手術は技術的にやや難しく、全国的には少数派で、全国の多くの施設で行っている技術的には容易な腸管の授動を先行する従来法の手術を行わないのでしょうか。」と尋ねたことがある。その上司の外科医の返答は「われわれは癌の手術に対して、最もよいと思われる手順と方法で手術を行うべきであると考えている。血行遮断を先行することでの統計学的優位性はないが、手術操作による癌の散布を防止する配慮を行うことは、重要であると思う。」

「このような手術操作の配慮もあって、われわれの治療成績は5年生存率で全国平均より10%以上高いんだぞ。」とのことであった。データの裏付けがあって、初めて外科治療方法は容認されるものであることを実感した。

直腸癌手術において、機能温存と根治性の両立は重要なテーマであった。自律神経を温存すれば、リンパ節郭清がやや不十分となり、再発の危険性が高くなるのではないかとの懸念があった。直腸癌の自律神経温存手術は、1990年代は全国的にはStage Iの直腸癌に限定して全自律神経を温存し、さらに進行している場合は自律神経を部分的に温存する方法が一般的であった。しかし、われわれはその適応拡大のため、10年間かけて自律神経に癌の直接浸潤がない限り、全自律神経を温存する手術を行ってきたが、10年間のデータの裏付けがあり、2000年代に入り、すべてのStageの直腸癌の標準治療として認められ、今日に至っている。外科医における心構えとして重要なことは、

- 1) 謙虚であること
- 2) Scientific な外科医であること
- 3) つねに新しい挑戦をしていくこと
- 4) 患者にやさしいこと

である。このように考えると外科医にとってデータベースは切り離せないものである。新たな治療方法を開発し、評価していく姿勢は極めて大切である。昨今、外科医不足が大きな問題になっている。腹腔鏡手術、ロボット手術など、手術方法も大きく変革して来ている。昨今の学会ではこれらの手術の技術についての議論が中心となり、その技術の習得だけを念頭に置き、技術認定医の取得が最終ゴールとなっている若手外科医が多くなっている。前述の外科医の心構えについてややおろそかになっているのが気がかりである。近年のビッグデータに押しつぶされ、なかなか新たな技術革新が困難な外科の領域であるが、ビッグデータでは得られない、細部にわたるデータベースを構築して、その結果からえられる新たな技術開発を若手外科医に期待したい。