

## 外科医讃歌 外科医を志す若者たちへ —胃がんの手術で感じたこと—

Surgeon's Hymn To youth who want to be a surgeon  
- How I felt after undergoing gastric cancer surgery -

木村 理

日本消化器外科学会 名誉会長／山形大学 名誉教授  
東都春日部病院 病院長

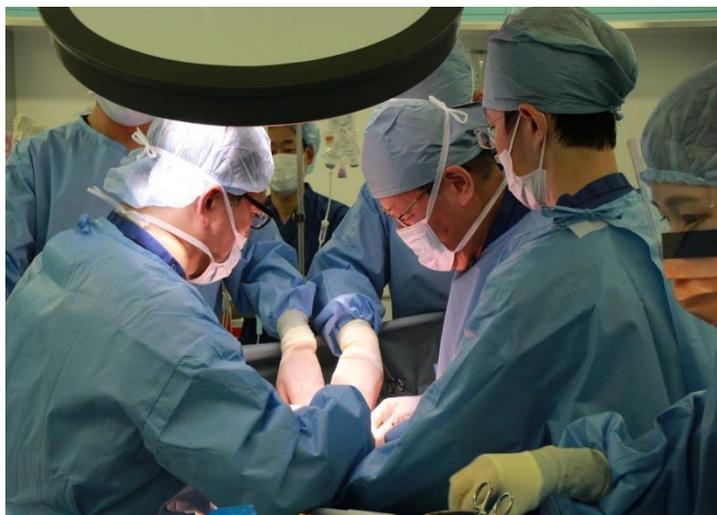
Wataru Kimura (wkimura@med.id.yamagata-u.ac.jp)



数日前に進行胃がんの手術の第一助手に入った。手術にはなるべく入るようにしているのだが、最近は腹腔鏡下手術が胃がんでも大腸癌でも膵癌でも主流になってきていて、開腹手術の「前立ち」は2-3ヶ月に1回くらいであろうか。

8a(総肝動脈腹側のリンパ節) 転移のある幽門狭窄をきたしている胃がんに対してD2郭清をしっかりとやるのは、久しぶりに初恋の人にあったような気恥ずかしささえ覚えた。

42年前に初めて胃がんの手術を執刀したときには、嬉しくて切除後の標本のリンパ節を脂肪の中から掘り起こす作業を夜が明けるまでやっていた覚えが



手術風景、中央右が木村理先生

ある。胃がんのD2郭清ができて外科医は1人前と言う時代だった。リンパ節郭清とは、血管を根部で切離しその周りに扇形の脂肪組織の中に埋もれているリンパ節を一網打尽にとってくることであり、という概念を叩き込まれ、胃潰瘍の手術とは全く考え方が違うのだということを知ることができた。当時まだ胃潰瘍、十二指腸潰瘍に対する広範囲胃切除術も行われていた時代である。この考え方はすべての臓器の癌のリンパ節郭清の考え方に通じるのである。

それからずっと消化器外科を続け、今年古希を迎える年齢になっても消化器外科手術をできるのは幸せである。眼も見えないし、手も震えない。教える手術手技はまだある。何よりすばらしいことは、当たり前のことだが、東京でも山形でも、埼玉でも、患者さんの腹腔内の解剖はまったく変わらず、同じ手術ができるということである。外科医はこれまで培った外科の基本手技をずっと使えるし、さらに応用へと磨きをかけられ続ける。自分もまだまだ進歩の過程にある。無影灯の下に煌々と照らされた腹腔内臓器を見てがんを包むように断端にがんが露出しないようにしながら取り出す作業を丁寧に行うとき、無常の喜びを感じられるのである。至福の時間である。この手技を会得し、磨き上げるのに人生の最大の力を、一生の時間

をかけてきたのだ。手術が成功して手術室から出るとき、患者さんの胸に手を当て、なおってくださいと祈る。外科医は常に謙虚に自分の手術を反省し振り返る。その時間もまた楽しく苦しく、長い余韻の中に体の疲れとともに漂い続ける。

そして患者さんが治っていくのは更にこの上なく嬉しい。「神が治したまう」ということを心底感じるのである。

外科医という職業はなんと神々しいのであろうか。外科医に栄光あれ。

## 研ぎ澄まされた膵IPMN（膵管内乳頭粘液性腫瘍）の経過観察と手術適応

### Sharpened clinical follow-up for IPMN (Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm) of the pancreas and operative indication

木村 理

日本消化器外科学会 名誉会長／山形大学 名誉教授  
東都春日部病院 病院長

Wataru Kimura (wkimura@med.id.yamagata-u.ac.jp)



約4年前、山形からの引越しも終わって東都春日部病院の仕事も少しずつ手についてきたかと思う頃、一人の患者さん（50歳代、女性）が恐る恐る外来のドアを開いた。都内で膵臓の病気がわかり、SNS等の情報で探して先生のところに来ました、という。疾患はIPMN（膵管内乳頭粘液性腫瘍）。膵頭部にやや複雑な形をした嚢胞性病変が認められ、主膵管に交通のあることからIPMNと診断された（図1）。

関する国内・国際学会や論文などの最新の知見なども伝えた。私はいつものことであるが、この患者さんに納得いく説明をすることに、学会で討論しているのと同じ緊張感を持って臨んだ。分枝型IPMNの10年にわたる経過観察例で癌化したのが5.9%（/1,774例）という論文（JHBPS 2020:28, 131-142）も紹介した。

IPMNは手術のタイミングが最も重要で、しかもそれが難しい病気であることを説明した。患者さんとしては膵頭十二指腸切除術を受けても普通の生活ができるのか、ということは強い関心事であった。生きて生還すればそれは可能であることを伝えた。外科医として最も重要なことは患者さんの命を手術で失わないことであり、手術で患者さんの命を失い、かつ取ってきた腫瘍がまだ癌化していない良性であるのが最悪のことである。

ガイドラインなどの範疇を超えて個々の症例について真剣に考えていくと袋小路のようになって詰まってしまうこともある。過去には、どうしようか迷っていたことで手術時期を逃し、何年か後にIPMN由来浸潤癌になってしまってから大学に送られてきた症例も少なからずあったのだ。

慎重を極めた経過観察の結果、癌を疑う有力な所見（結節性病変）が出現したタイミングで手術を決めた（図2）。手術は成功し、最終病理診断は浸潤のない粘膜内癌であった。

研ぎ澄まされた臨床的経過観察の成功例と思う。

ニュースレター読者の皆様には膵IPMNの厳しさが伝われば幸いです。

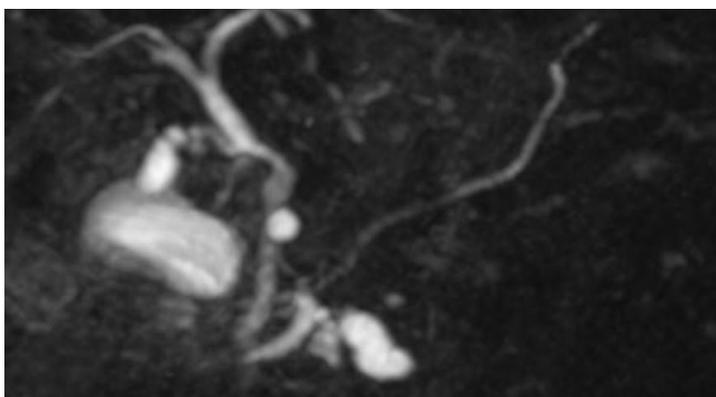


図1：約3年前、フォロー開始時のMRCP像

IPMNは日本で疾患概念が確立し、その手術適応はここ30年の様々な議論の中で、変遷を経ながらまとまってきつつある。それでも疾患に対する手術適応は常ならぬもので、画像診断の精度や外科手術手技の進歩などを考えつつ変化させていくべきものである。

その患者さんは3ヶ月から半年ごとの辛抱強い画像検査を経て、初診から約3年後に手術となった。その間の患者さんとの話し合いには膨大な時間を取り、1回の外来で2時間から3時間も話すことも普通であった。IPMNの疾患の内容、手術適応の意義や膵臓に

図2：フォローから約3年後、手術前の MRCP 画像。充実性成分または粘液湖の出現。なお同時期の造影 CT ではこの部に静脈相で淡い濃染域が見られ、壁肥厚や乳頭状成分が疑われた。いずれも5ヶ月前の CT、8ヶ月前の MRCP 画像では認められていなかった。

