



私は1981年に大学を卒業し、「手術を中心とした治療医学」である外科に興味を持ち、一般・消化器外科の医局に所属しました。1984年から特に食道疾患の診療と研究に従事するようになり、先輩方の執刀する食道癌手術の下働きを始め、切除標本処理作業時に辛うじて食道に触れることができ、感激したことを今でも覚えています。

1980年代には食道癌の周術期管理が安定期を迎えつつあり、食道癌の悪性度についての研究ができる時代となりました。上皮増殖因子（EGF）とその受容体（EGFR）の癌細胞との関連性が注目されはじめ、食道癌の切除標本を用いてEGFRの発現を調べ、過剰発現した症例の予後が不良であることを初めて明らかにしました。さらに食道や肺の扁平上皮癌で過剰発現していることもわかりました。次に、EGFRを利用した治療の基礎研究として、抗EGFRマウスモノクローナル抗体にトキシンを結合したイムノトキシンを作成し、癌細胞株やヌードマウス移植腫瘍モデルにおいて、殺細胞効果や抗腫瘍効果を証明することができました。このように一つの分子を中心とした研究の展開法を学ぶ経験をしました。若い先生とともに、増殖因子とその受容体、細胞周期調節因子、テロメラーゼ活性、癌精巢抗原、メタボロームなどに注目して、食道癌の悪性度や新しい診断法に関する研究を進めてきました。

1990年に入り、腹腔鏡下胆嚢摘出術に端を発した低侵襲手術が外科分野に急速に普及しました。食道アカラシアや逆流性食道炎などの良性疾患に対する腹腔鏡下手術を経験し、食道癌に対する胸腔鏡下手術や用手補助腹腔鏡下手術を行ってきました。2009年に現在の勤務施設に異動して以後、腹臥位胸腔鏡下手術を導入して、200例以上の症例に施行してきました。ランダム化比較試験ではありませんが開胸手術と比較して予後は同等であり、また出血量の減少や拡大観察下の定型化手術操作が可能となり、高度の胸膜癒着症例やサルベージ症例などを除いて多くの症例が胸腔鏡下手術の対象となりました。

逆流性食道炎患者はプロトンポンプ阻害薬などの酸分泌抑制薬により治療されますが、無効な患者には腹腔鏡下噴門形成術を行ってきました。さらに低侵襲な逆流防止手術として経内視鏡的噴門部縫縮術について本邦での検討に携わり、保険収載までこぎ着けました。耐久性や器具の供給が問題となり足踏み状態が続いていますが、新しい治療としての可能性を示すことができました。また、内視鏡下手術に関連して、手術支援ロボットdaVinciによる縫合結紮操作の迅速化や、内視鏡下手術用の自立型針付き縫合糸の開発、至適縫合力の検討、触覚付き鉗子の機能解析など、次世代の要素技術の研究開発も進めてきました。

日本食道学会では食道癌の全国登録事業という貴重な経験をさせていただきました。2003年に個人情報保護法令が公布、施行され、患者の個人情報と医療情報の取り扱いが難しくなりました。そこでハッシュ関数を用いて連結不可能匿名化が可能な新しい登録システムを確立して、2001年症例から全国登録事業を再開できるまでになりました。

私はごく狭い領域の仕事をさせていただきましたが、食道疾患に関する学問の世界は無限に広がっています。「患者のために」を念頭に置いて、食道学への挑戦とその検証はこれからも継続する価値があると思います。

最後に、今まで私を育て、支えて下さったすべての皆様に感謝いたします。ありがとうございました。