

近藤誠氏のがんもどき理論、 癌放置療法についての考察

こう さき ご ろう
神前五郎

元大阪大学医学部第二外科教授
元日本癌学会会長

▶ KeyWord

本物のがんとがんもどき
高分化腺癌と低分化腺癌
遠隔転移再発
早期発見・早期治療のメリット
医師の責任回避

▶ はじめに

2012年6月、朝日新聞書評で近藤誠著『がん放置療法のすすめ—患者150人の証言』(文春新書、2012年)を知り、関連する同氏著書数冊とともに読んだ。そして今年、近藤氏と週刊誌の企画で対談する機会があり、いくつかの事項を確かめることができた。それらに基づいて、近藤氏の説を簡単に説明し、それに対する私の考えを論述したい。

▶ 近藤誠氏のがんもどき理論

近藤氏(以下彼と略することにした)の「がんもどき理論」はどのようなものか。彼の著書¹⁾のまえがきから引用すると次のようになる。「すべての癌は、発見された時点で、別の臓器への転移があるかないかのどちらかです」「データを検討すると、臓器転移がない癌は、治療しないで放置しても転移しない、と考えられるのです」「そこで私は、臓器転移がない癌は、今後も転移しないという意味をこめて、がんもどきと名づけました。これに対し、臓器転移がある癌を、治療しても治らないという意味で、本物のがんと呼んでいます」

「多くの場合、ある人の癌が臓器転移を有するか否かは、診断された時点では不明なので、不明なままに治療法を受けるかどうかや、治療内容を決めなくてはなりません。この「データを検討すると」というのは統計の数値より推定するという程度の意味だそうだ。

「周囲の組織に浸潤していても、 転移がなければがんもどき」

彼の著書¹⁾²⁾によると、本物のがんの転移は、癌の原発巣が直径0.1~1mm程度のごく早期に起こるものであるという。また、人が癌で死ぬのは、臓器転移が大きく増殖して、生命維持に必要なその臓器の機能が失われる結果である。

例えば「乳房はその周辺に重要な臓器がないので、乳がんがいくら大きくなって、宿主は死なないのです」「がんもどきはスピードがんや進行がんのかたちでも存在し、周囲の組織に浸潤していても、転移がなければがんもどきです」という考えのようである。なお、この転移というのは他臓器転移のことで、リンパ節転移は問わないということである。しかし、がんもどきの患者は癌死するのかしな

いのか、患者はすべて他病死するのにかについては明確な記述がない。

ここで、彼の考えを簡単にまとめると、がんもどきの場合は原則として治療しなくても、患者は癌死しないということになるだろう。他方、本物のがんは見つかった原発巣をいかに上手に治療しても、遅かれ早かれ転移巣が増殖して患者は癌死するから、原発巣の治療は生命予後からは無駄なことであり、しばしばかえって命を縮めることになるという。しかも、新しく癌が発見された時点では、ほとんどの場合、本物のがんなのかがんもどきなのか判定がつかないためにどちらの場合でも原則的には放置でよろしい、ということで癌放置療法が成立することになるらしい。

がんもどきは科学的実在とは 区別すべきもの

ところが、そこで示される本物のがんとがんもどきの違いは、他臓器転移を作るか作らないかの一点のみで、他の科学的な識別の方法、例えば癌細胞の核異型度やgene signatureといった、そのほかの目印になるマーカーについては一切記述されていない。

また、上記のように癌が新しく発見された時点では、ほとんどの場合、がんもどきなのか本物のがんなのか判別できないという。言い換えれば、がんもどきは形而上の概念であって、科学的実在とは区別すべきものである。ところが彼の理論では、1つ1つの癌は癌細胞になった時からがんもどきか本物のがんであるかが決まっていて、何年か経過すると、すでに転移していた他臓器転移巣が大きく成長して、本物のがんであることがはっきりする。後出しじゃんけん的に、その人の運命を決めることになる。

すなわち、形而上の概念にすぎないのか、それとも科学的実在であるのかが問われているがんもどきと本物のがんは、それができた

時からそれぞれの性質(他臓器転移を作らないか、あるいはそれを作る)を持ち、その性質をもたらした遺伝子変異の詳しい内容は最後まで変わることなく、またその性質も変わらないというのが、彼の主張するがんもどき理論である。しかし、そこでは本物のがんとがんもどきのどちらもその科学的実態は何も明らかにされていない。いわば自然科学から意識的に遊離した、想念上の産物にすぎないといえるだろう。

▶ がんもどき理論の根本的な 問題点

細胞分裂によって細胞増殖が起こるとき、新しい遺伝子セットの複製が必要であるが、この時に突然変異が起こるチャンスがある。正常の細胞でも100万回に1回くらいの頻度で突然変異は起こるとされている。がんもどき細胞も本物のがん細胞も、何回かの突然変異を経て、それぞれのがんとしての性格を確立した。

ところが、がんもどき理論ではそれ以後は一切突然変異は起こらず、確立した遺伝子異常を正確に次の世代に伝え続けると主張する。この点において、がんもどき理論は自然科学の枠をはみ出してしまった。これでは科学的論争になりえない。

念のため、いくつかの彼の主張に含まれる矛盾について論じておきたい。

(1) 癌の進行に伴う悪性化は実際に 起こっている

この50年、多くの臨床家が癌の進行に伴う悪性化が実際に起こることを実感し、また多くの研究者がいろいろの方法で実証してきた。

実地臨床において、早期胃癌が粘膜層あるいは粘膜下層内で突然変異を起こして、非常に悪性度の高い癌細胞集団(低分化腺癌)と

なって、元の癌細胞集団（高分化腺癌）と境を接して存在していることがある。これは、清水³⁾が1つ1つの細胞の核DNA量を顕微分光測光法を用いて詳しく調べてみて分かったことである。1つの外科教室の15年余の間に集まった早期胃癌167症例（176病変）と進行癌に重複していた早期胃癌12病変（計188病変）のうち、高分化腺癌と低分化腺癌の混在する癌が32例32病変あった。そのうち6病変を調べたところ、上記のごとくいずれもより悪性度の高い癌への変異であった。32/188とかなりの頻度であり、早期癌といえども癌の悪性化は決して稀な現象ではない。

また、さらに注目すべきことは、人の胃癌の低分化腺癌は高分化腺癌に比べて悪性度が高いと言われてきたが、話を早期胃癌に限れば、低分化腺癌の予後はむしろ極めて良好であると報告されている⁴⁾。それを裏づけるように、清水の核DNA量の偏倚より見た悪性度は、早期胃癌では高分化腺癌で高く、低分化腺癌で低い。ただし、上記のように、その高分化腺癌より突然変異で発生した低分化腺癌は甚だしく悪性度が高い。すなわち、我々が見る進行した、悪性度の高い低分化腺癌の多くは、突然変異を介して高分化腺癌より発生した可能性が高い。

(2) 死に至る進行癌も、もとはすべて早期癌であった

近藤氏は、例えば2cmの大きさの早期胃癌はがんもどきであると主張する。早期胃癌は新しく他臓器転移を作ることなく、患者を癌死に陥れることはないだろうとして、手術やその他の治療を行わず、「まずは様子を見てみましょう」と言うのであれば、それは正しくない。

早期胃癌1187例に根治手術を行って予後を観察した古河らの報告⁵⁾では、肝転移を主とする血行性転移による死亡が2%近く、癌

性腹膜炎による死亡も1%ならずある。しかし、他癌死、他病死があっても5年生存率は90%近い。同じ早期癌でも粘膜下層癌ではリンパ節転移が20.2%の症例に見られたのに対し、粘膜癌では3.8%にすぎない。

また(1)に述べたように、突然変異による癌の悪性化も起こりうる。様子を見るということによって、完治可能の癌が不治の領域に入ることが起こりうるのである。粘膜癌として発生した胃癌細胞の性格は千差万別であるが、いずれにしても細胞増殖を行い、漿膜側に向かって拡大・浸潤していく。上記⁵⁾のように粘膜下層に入るとリンパ節転移が増え、固有筋層・漿膜下層に入ると、肝転移再発が増える⁶⁾⁷⁾。癌が漿膜に露出すれば、その細胞の個性にも関係するが、当然腹膜播種が起こる⁶⁾⁷⁾。癌性腹膜炎はリンパ節転移から周囲に浸潤した癌細胞によっても起こる。

彼は早期胃癌は進行癌にはならないように言うが、果たしてそうか。大島ら⁸⁾は、集検あるいは外来診療の場で、内視鏡的に早期胃癌と判定され、組織学的に癌と確認されながら手術拒否や手術非適格などの理由で手術が行われなかったか、あるいは6カ月以上手術が遅れた症例について、その後の癌の発育・進展について前向き調査(prospective study)を行った。

そこでは43症例のうち16例は最短6カ月、最長51カ月の観察期間中、早期胃癌として止まった。残り27例は、最短6カ月、最長88カ月の観察期間中に進行癌に進展していた。また、早期胃癌の診断が可能となつてから、進行胃癌に進展するまでの期間は平均4~6年で、進行胃癌となつてから胃癌死に至るまでの期間の平均3~4年に比べやや長い程度であると報告している。

(3) 癌の血行性転移とその成立の時期

彼は、本物のがんは原発巣の大きさが0.1

mm程度の時点で血行性転移を作るとしている。極めて小さい病巣であるのに、血行性転移を作ることができる能力を持った癌細胞集団が、増殖してさらに数を増し、進行癌になっていく過程で、チャンスがあれば、新しい別の血行性転移を作ることがあるだろうという点に関して彼は否定的である。また、どんな癌でもそれが進行癌になっていく過程において、新しく転移能力を身につける可能性、また低分化型癌、すなわちより悪性の癌になる可能性についても否定的である。

乳癌に対してハルステッド手術を行って何年か経過した後に起こる、手術創を覆った皮膚への散在性の転移は、手術を契機とした血行性転移の1つの典型である。このような時、手術創の最も背側と鎖骨上窩リンパ節廓清のための創に入れた排液のための計2本のドレーンが、それぞれ皮膚を貫いていた跡に、まずしっかりした皮膚転移ができてきたのを私は経験したことがある。ドレーンという異物の周りにできる肉芽組織が、流血中の癌細胞の着床を促したのであろうか。癌転移は、彼の話のように画的ではない。

▶ 癌放置療法

最初に述べたように、彼は臨床的に癌が発見された時点で、遠隔臓器転移がすでに起こっていて将来癌死を免れない患者と治療を加えずに放置しても簡単に癌死しない患者があると主張する。しかも発見された時点では、そのどちらであるかは判明しないという。急いで手術を受けるべきだという考え方には「どのように上手な手術を受けても、すでに確立している遠隔転移再発による癌死の可能性は残りますよ」と言う。その上「たちの良い癌である可能性も十分ありますよ」と付け加える。

人は皆、自分のことについては、良いほうに賭ける傾向があるから、当分様子を見るこ

とになる。このようにして癌放置療法は成立するのであろう。

この放置療法成立のためには、早期癌でもそれが発見された時点ですでに遠隔転移が確立していた症例を提示しなくてはならない。早期胃癌であるのに、すでに腹膜転移があったと主張しなければならない症例についての記述を、彼の著書⁹⁾から抜き出してお示ししたい。

初診時の対応次第では癌死を免れたと思われる症例

154頁から始まる胃癌「ケース3」は、62歳の男性で、胃大弯に見つかった直径約5cmの表面陥凹型の胃癌である。組織型は未分化癌で、肝転移はない。おそらく内視鏡超音波診断で分かったのであろうか、癌は粘膜下層に止まるという。医師は手術を勧めたが、自覚症状がまったくないということで、患者は手術を受けることをためらった。彼はインターン時代の経験から、大弯に発生した表面陥凹型未分化癌は手術しても必ずといってよいほど再発すると信じ込んでいる。早期胃癌に対する手術が増えたのは1960年代の初め頃からで、癌の範囲を誤りなく捉え、癌を取り残すことなく手術を終えるべく、外科医はいろいろな努力を行った。彼がインターンであった1970年代になっても、なおこの問題が克服されていなかったというのは、よほど遅れた外科医局であらうか。それは余談として、この患者は癌放置療法に踏み切った。

癌は内視鏡的にあまり大きくならず、1年半後に固有筋層にまで達したという。そして3年後に漿膜にまで達したと診断された。5年余りして癌は大きくなり始め、7年後には長径9cm、腹膜への浸潤転移も明らかになったという。9年してシュニツラー転移のための直腸狭窄を訴え、10年で癌死したが、その間に肝転移はなく、癌性腹水が溜ることもなか

ったという。まったく典型的なスキルズ胃癌の症例で、初診時に注意深い手術を受けていれば、癌死を免れたと思われる症例である。

対談では私の疑問に対する明快な返答は得られなかった

ところが、驚くことに156頁には、この胃癌は「初診時にすでに腹膜へ転移していたことは確実です」と何の根拠も示さず、さりげなく一言書かれている。対談時、どうして粘膜炎下に止まる癌細胞が腹膜へ転移したのか、リンパ管か何か特別のルートを通ったのかと彼に尋ねたところ、「いや一部の細胞群が固有筋層、漿膜下層を浸潤増殖して進展し、腹膜転移を起こしたのに間違いない」との答えが返ってきた。

どう理由で初診時の超音波診断で一部の細胞の存在が分からなかったのか。一部の細胞群の増殖は早いから、それから3年経って大部分の細胞が漿膜に達してもなおその一部の細胞の存在が分からなかったということは考えられないことである。彼のがんもどき理論では、一度できた癌細胞群から、増殖が特別早いという性格を持った別の癌細胞集団ができるという可能性を全否定しているはずだが。

これらの疑問点に明快な返答は得られなかった。その上、上記症例の経過は、進行は少し遅いが、それなりによく見る普通の経過である。しかし、初診時に腹膜転移しているともっと別の経過を取るであろう。要するに、癌放置療法を正当化するために、「初診時にすでに腹膜へ転移していたことは確実です」という一言が必要であったのだろう。

癌放置療法は救いのない運命論

癌放置療法を患者の身になって考えてみると、癌にかかればどうもがきあがいても死ぬ運命から逃れられないのだから、死ぬまでの

年月を精一杯自分の好きなように生きましようというのに等しい。救いのない暗い話だ。

彼の著書『癌放置療法のすすめ』の86頁より始まる乳癌「ケース2」の場合を考えてみたい。ごく早期に発見され、主治医の近藤氏から「心配ないが、経過を見て大きくなるようならまた来るように」と言われたが、その直径5mmの小さい腫瘍がだんだんと大きくなり、腋下のリンパ節にも転移が生じ、結局6年後に乳房温存手術を受けたという症例である。

本人が納得してのことであるが、大きく育っていく癌を手で触れながら、6年間辛抱したのは大変なことであったと思う。この症例は温存手術の9年後に骨、肺、肝への転移が確認されるのであるが、たとえそういう運命が待ち構えているとしても、ごく小さい癌を発見した後、すぐに手術していればどうであろう。はじめの6年間の心理的負担は軽減され、遠隔転移再発が明らかになるまでの合計15年間をもっと違った暮らし方ができたはずである。私はこのほうがよいと思う。これは私だけの考えではなく、おそらくほとんどすべての患者の願いではないだろうか。

この症例を別の観点から見ると、彼の主張のように原発巣が0.1~1.0mmの大きさの時血行転移した癌巣が15年経過してはじめて臨床的に確認できたということになる。原発巣と転移巣は大体同じ速さで増殖するという彼の主張からすれば、なぜか転移巣だけに途中でかなり成長増殖の遅い時期があったことになる。普通の臨床医の考えでは、この症例の血行性転移は最初の腫瘍発見時より以前ではなく、6年後の乳癌腫瘍に対する手術の時に起こったものであり、それにしても途中で休眠(dormant)の時期があったのであろう。こうした考えによると、0.5cmの腫瘍が発見された時に、すぐ手術をしておけば、乳癌は完全に治っていただろうということになる。

おわりに

今から100年以上前の明治初期、胃癌は死病であった。ビルロートといえども手術によって患者の命を助けることはできなかった。

彼に「今、日本の胃癌のうちいわゆる本物のがんは何%ぐらいですか、残りはがんもどきとして」と尋ねたところ、年間胃癌死亡数と、その他の数値を頭の中で呼び起こして、即座に「本物のがんは30%くらいでしょう」という答えがあった。

無作為に選んだ100例か200例の胃癌患者について、厳密に追跡調査を行ったとしても、これまでいろいろと述べてきたようにいわゆる本物のがんとかんもどきの定義が曖昧だから、はっきりした数字が出るとは考えられない。日本人は努力して早期胃癌を見つけ、丁寧に治療して、そのおかげで胃癌の死亡率は50%以下に収まっているのだ。

胃癌の生物学的悪性度が100年余りの間に、100%近く死亡から50%以下死亡に変わるといふそのような急速な良性化が起こったとは考えられないことである。自然科学全体の進歩、それにつれての医学の進歩、医療技術の進歩も大きい。しかし何と言っても社会にゆとりが生まれ、世界中の人々の間に癌早期発見、早期治療の利点が知れわたるようになったことが最も大きく影響しているのではないだろうか。彼はこの早期発見・早期治療のメリットを否定し、また癌治療そのものを否定

して、無理やり100年以上昔に戻ろうとしている。その真意がどういうものであるか私には分からない。

医師対患者の関係において、良い意味での医療におけるパターンリズムは、癌告知普及の頃から色あせたものとなった。必要な情報を伝えた上で、治療方針の決定は患者の「自己決定権」にゆだねる。そこに、いくばくかの医師の責任回避の影を見るのは老医の「ひが目」かもしれない。

しかし、この癌放置療法に対して全国の医師たちは、もろもろの事情をわきまえた上で、断固として拒否の立場を崩さないでほしい。間違った行為にくみしないでほしい。これが私の願いである。

●文献

- 1) 近藤 誠: あなたの癌は、がんもどき, 梧桐書院, 2010.
- 2) 近藤 誠: 患者よ、がんを闘うな, 文春文庫, 2000.
- 3) 清水 實: 大阪大学医学雑誌 29: 473, 1977.
- 4) 林田健男: 胃と腸 4: 1077, 1969.
- 5) 古河 洋, 他: 消化器外科セミナー 20: 89, 1985.
- 6) Isobe Y, et al: Gastric Cancer 14: 301, 2011.
- 7) Nashimoto A, et al: Gastric Cancer 16: 1, 2013.
- 8) 大島 明, 他: 病態生理 1: 921, 1982.
- 9) 近藤 誠: がん放置療法のすすめ, 文春新書, 857, 2012.