

神前五郎氏の「がんもどき批判」に思う



近藤 誠

慶應義塾大学医学部放射線治療科講師

▶ Keyword

がんもどき理論とがん放置療法
早期発見仮説
自覚症状がないがん
がん幹細胞
臓器の死刑

▶ はじめに

本誌に、神前五郎氏の「近藤誠氏のがんもどき理論、癌放置療法についての考察」(以下「神前論考」と略す)という論考が掲載された(2013年11月2日号)。編集部からその号が送られてきて知ったのだが、読んで「おやっ」と思った。内容が神前氏と交わした取り決めに反しているように思われたからである。その理由を、取り決めの経緯・内容とともに紹介し、その後に論評を加えることにする。

▶ がんもどき理論は修正の必要がないことを示してきた

発端は「週刊朝日」の記事である。山崎豊子作「白い巨塔」の主人公・財前五郎教授のモデルといわれる神前氏が、“がんもどき”退治のために私に果たし状を突きつけたという内容だった。私は正直なところ戸惑った。発表してから20年、内容に関する専門家たちとの対決型対談も数知れず、修正の必要がないことを天下に示してきた理論であるから、神前氏には何か誤解があるのだろう、と。実際、週刊朝日編集部から渡された神前氏の別

の論考「近藤誠著『がん放置療法のすすめ』を読んで」¹⁾には、簡単に再反論できる事柄ばかり挙がっている。何十冊もある拙著のうち、数冊を読まれただけというので、仕方ないことなのであろう。

ただ週刊誌に「果たし状」とまで書かれては、黙っていれば敵前逃亡と騒がれる恐れがある。そこで受諾の意思表示をしたところ、編集部は往復書簡を提案してきたので拍子抜けした。大阪在と東京在の2人が書簡で「果たし合い」をする姿は、どのようにしても観念することができなかったからである。これは直接対決でなければならぬと思い、対談を申し入れた。

私の申し出に対し、神前氏は3条件を提示した。その1つが、「どちらが勝っても、勝利宣言はしない」ということだった。対決型対談といっても、その勝敗は読者の判断にゆだねられるから、一方の当事者が「自分が勝った」などと公言することは、軽率ないし自惚れの誹りを免れないであろう。したがって、そもそも自ら勝利を宣言する事態はあり得ないわけで、これが最も受け入れやすい条件だった。その後多少の曲折はあったが、私が大

阪に出向くことで対談は実現した。

神前氏はどこかを痛めたということで、ある病院に入院されており、対談は病室で行われた。ベッドに伏せておられたが、94歳とは思えぬ記憶力で、私の発言に対する反応もよく、このように年をとりたいものだと感じ入った。ただ、どうもご自身の考えに固執される傾向があるようで、それが残念だった。

さて、神前論考で「おやっ」と思ったのは、その時の対談内容を引用しているからである。私の発言内容を引用して一方的に批評するのでは、何も知らない読者は、神前氏による実質的な「勝利宣言」と捉える可能性が高い。だからこそ私は対談後、神前氏の発言内容に関する批評を控えてきたが、こうなっては是非もない。対談内容に言及することにする（発表の場を与えてくれた編集部に感謝する）。

ただ、神前論考に対し逐一反論するのでは揚げ足取り的になる恐れがあり、話が細かくなりすぎて、この分野に明るくない読者にとっては不親切になるであろう。また神前論考は、胃がんのことしか取り上げておらず、他のがん種への配慮が欠けている。

そこでまず、がんもどき理論とがん放置療法的一般論を展開し、その中に神前論考の論評を織り交ぜていくことにする。なお血液がんや、固形がんのうち子宮の絨毛がんと睾丸のがんは、抗がん剤で治る可能性があるため、以下の議論の対象外である。がんもどき理論やがん放置療法は、抗がん剤で治る可能性がない固形がんを対象としている。

▶ 早期発見による寿命延命効果を示すデータはない

がん医療現場では長らく、①治らないがんも早期発見して早期治療すれば治るようになる、と信じられてきた。その背後には、②がん細胞は発生初期には転移能力を持っておらず、がん病巣が発見可能な大きさになってか

ら、転移能力を獲得して転移する、という信念があった。しかし実は、①、②が正しいと立証されたことはなかった（①を「早期発見仮説」、②を「後から転移仮説」と呼ぶ）。

早期発見仮説の根拠となったのは、がん検診や人間ドックで発見した小さながん（いわゆる早期がん）を切除すると、再発・転移を起さず、患者は長生きできる、という観察事実であった。しかし早期発見仮説が正しいことを証明するには、早期がんを放置すると、それまで転移していなかったがんが、初めて転移を生じて治らなくなる、つまり治癒不能の転移がんに移行することを示す必要がある。それにもかかわらずこのことは、これまで一度も実証されずにきた。

ただし別の形でも、早期発見仮説を証明することができる。それは、がん検診のランダム化比較試験である。大勢の健康人を、くじを引くように2つのグループに分け、片方は検査を定期的に行い（検診群）、他方は何か自覚症状があるまで放置する（放置群）。欧米で、肺がんや大腸がん、乳がん、前立腺がん、卵巣がんなどを対象に、いくつもの試験が実施されている。

こうした比較試験では、発見されるがんの数は検診群の方が多くなり、その大部分は早期がんである。とすると放置群では、検診群で余分に発見された数に相当する早期がんが、文字通り放置されていることになる。したがって、もし早期発見仮説や、後から転移仮説が正しければ、がん死は放置群の方が多くなり、検診群の寿命が平均的・相対的に延びるはずである。しかしそれらの試験では、検診による寿命延長効果は示されず、逆に寿命を縮めた試験もある²⁾。

胃がんでも、準ランダム化比較試験が行われている。スウェーデンの大学病院で、胃・十二指腸潰瘍のために胃部分切除をした患者を対象に、希望者にだけ定期的に内視鏡検査

を繰り返し、17年間観察した。検診群(354人)では胃がんが32人(9%)に、放置群(484人)では19人(4%)に発見された。ところが胃がんで死亡したのは、検診群が12人(3.4%)、放置群が14人(2.9%)と、放置しても胃がん死が増えなかった³⁾。

この場合も放置群では、検診群で余分に発見されたのと同じ割合の胃がんが、自覚症状が発現しないために放置されたままになっていると考えられる。とするとこの比較試験からも、自覚症状がないのに検診や人間ドックを受けて発見された胃がんは、放置して構わないとの結論になる。

以上が、早期発見仮説や、後から転移仮説が間違っていることの、もっとも簡単な証明である。また、自覚症状がないがんを治療しない方がいいという、がん放置療法の根拠になる。そして神前論考に対する反論も、以上の記述でできていると思われる。以下は、この方面に明るくない読者のための補足である。

▶ **がん放置療法は「臓器の死刑」を避ける対処法**

近年、多くのがん種で「がん幹細胞」が見つかっている。がん幹細胞は正常組織の幹細胞と同様、自分自身と同じがん幹細胞をつくりだす「自己複製能」と、種々の細胞に分化できる「多分化能」とを備えている。そして①がん幹細胞は正常幹細胞が変化したものであり、②タバコや自然放射線などの影響で、正常幹細胞中の遺伝子が一定程度変異すると、がん幹細胞に変わると考えられている。

がん幹細胞は、その多分化能により、種々の細胞形態を持つがん細胞を生み出すことができる。たとえば肺がんで、腺がんの組織と扁平上皮がん組織、あるいは大細胞がんの組織が共存しているケースが見られるのがその例である。あるケースにおいて、がん幹細胞自体は、自己複製能により多数生み出されて

も、1つの種類しかないはずである。しかしがん幹細胞が、多分化能によって生み出す「その他大勢のがん細胞」には、細胞形態上は複数種類がありうるのである。

そこで神前論考を読むと、胃がんに高分化腺がんと低分化腺がんが混在することが、がんが一定程度育ってから悪性化する証拠のように述べている。たとえば、神前氏が引用する研究論文⁴⁾の図10には、高分化腺がん部分の中央に小さな低分化腺がん部分が存在しており、このようなケースをもとに神前氏は、高分化腺がんが悪性化して低分化腺がんになったと推断しているわけである。しかし前述のように、がん幹細胞に多分化能があることから、2つの組織型が混在しても、がんが途中から悪性化したとはいえない。がん幹細胞を無視したために、神前論考はひとりよがりになってしまったと思われる。

ところでがん幹細胞は、それが生み出したがん組織の大本になるので、がん組織中のその他大勢のがん細胞は、がん幹細胞の性質・能力を受け継いでいると考えるのが素直である。つまりがん組織の性質や能力は、がん幹細胞が誕生した時に定まっている。それゆえ、がん幹細胞に転移する能力があれば、その他大勢のがん細胞も転移でき、がん幹細胞に転移する能力がなければ、その他大勢のがん細胞も転移できないと考えられる。

実際にも、臓器転移だけ発見されて、いかに検査しても初発病巣が見つからない「原発不明がん」が存在する。これは、がん幹細胞が生まれてすぐ転移してしまうことの証拠と考えられる。

ではなぜ、早期発見仮説が生まれ、広まったのか。がん細胞の転移能力の有無は、顕微鏡検査(病理検査)では区別がつかないが、検査機器が発達して早期がんに接するようになった専門家たちは、細胞形態の類似性から、早期がんが進行がん、転移がんの前身である

と思い込んでしまったようである。他方で、早期がんを治療すると転移が生じないので、初発病巣が早期発見可能な大きさになった後に転移すると、これまた思い込んでしまったようである。

つくづく思うのは、早期がんと進行がんの細胞形態の類似性を唯一の根拠として打ち立てられた仮説により、どれほど多くの患者が臓器を失い、後遺症や機能低下のために寿命を縮めてきたか、ということである。手術というのは、いわば「臓器の死刑」なのだから、そのためには手術が生活の質を上げ、寿命を延ばすという確実な根拠・証拠がなければならないはずだが、それらは皆無だった。

これに対しがん放置療法は、臓器切除を正当化する根拠がないことを正面から認める、「臓器の死刑」を避ける対処法なのである。治療する根拠がないなら、自然に任せることが理の当然であり、その方が、早期がん・進行がんにかかわらず、生活の質が高く寿命も長くなることが示されている。なお、放置するのは自覚症状がない場合で、生活の質を落とす痛みや苦しみなどの自覚症状がある場合には、適切に対処することを求めている。

▶ 「本物のがん」と「がんもどき」の差異を臨床家は認めるべき

最後になるが、早期発見仮説や、後から転移仮説が間違いであることは、発見された早期がんを放置してみることによっても確かめられる。

この点私は23年間にわたり、慶應大学病院の外来で150人以上のがん放置患者を定期的に観察してきた。胃がん、肺がん、乳がん、前立腺がん、腎がん、膀胱がん、子宮頸がん、子宮体がんなど、がん種は様々で、ステージも0期から4期まで含まれている。

その結果、①初診時に早期がんと診断され

たもののほとんどは、増大するとしてもそのスピードはゆっくりだった。②中には、大きくならないもの、縮小するもの、消失するものもあった。③途中で転移が出現してくるケースもある。この場合、初発病巣の治療をしていないので、初発病巣と転移病巣の大きさの比較が可能である。それにより、転移成立時期を推定できるわけだが、例外なく、初発病巣が0.1mmといった早期発見不能な段階で転移が成立していると推定できた。がんを放置することにより、がんが早期発見できる大きさになった後で転移するという「後から転移仮説」は積極的に否定されるのである⁵⁾。

結局、すべての固形がんは大きく2つのグループに分けられる。1つは、臓器転移があつて治らないがんで、私は「本物のがん」と名づけた。この場合、ごく初期に臓器に転移しており、仮に初発病巣が小さいうちに発見しても、いずれ転移病巣が出現してくる。第2のグループは、初発病巣を発見した時に臓器転移が潜んでいない「がんもどき」である。この場合には放置しても、転移病巣が出現することも、がん細胞がどこかに飛ぶこともない。

臨床家は以上の差異を率直に認め、患者たちの最大利益のために行動することが求められている。

●文献

- 1) 神前五郎：大阪大学外科学講座同窓会誌「絆刀」2：58, 2013.
- 2) 近藤 誠：あなたの癌は、がんもどき、梧桐書院、2010.
- 3) von Holstein, et al：Scand J Gastroenterol 26：1020, 1991.
- 4) 清水 實：大阪大学医学雑誌 29：473, 1977.
- 5) 近藤 誠：がん放置療法のすすめ、文春新書、2012.