

「がん放置療法のすすめ」近藤誠著 文春文庫

2012年4月20日第一刷

近藤誠（こんどう・まこと）

1948年生まれ。1973年慶応義塾大学医学部卒業。同大学医学部放射線科入局。79年～80年米国へ留学。83年より同大学医学部放射線科講師。がんの放射線治療の専門家として、特に乳房温存療法のパイオニアとして知られる。又、医療の情報公開を積極的に進めている。（医療裁判の鑑定など）著書に「患者よ、がんと闘うな」文春文庫 「抗がん剤は効かない」文藝春秋 「あなたの癌は、がんもどき」梧桐書院 他多数。

（前書き）

がんを放って置くと、どんどん増大し進行して死に至る。早期がんも放っておくと、進行がん、転移がんを経て死亡する。これが社会通念となっています。しかし、どんどん進行して死に至ると言う事は、どうやって確かめたのでしょうか。昔から全てのがんは、発見され次第治療されて来ました。とすると、がんに対する社会通念は間違っているかも知れない。これが本書の出発点です。本書の第一の目的は、がんを放置した場合の実像を伝える事にあります。私が定期的に診て来たがん放置患者は、150人以上になります。放置してみると、その経過は様々です。大した変化が無いケースも有れば、がんが増大して治療を始めるケースもある。他方、経過を見る内にがんが縮小し、消失してしまうケースも有りました。世間に限り無く存在する「これでがんが治った」という言説には、そもそも本当にかんだったのかという疑問も有ります。私が診て来た患者たちは、組織検査で癌と確認されており、定期的検査（レントゲン、内視鏡、超音波、CTなど）で医者や病院スタッフから確認されています。

放置患者の観察・分析から、がんが転移する時期も判明します。全てのがんは「本物のがん」か「がんもどき」のどちらかに属し、「本物」は初期がん発見の遙か以前に転移しているのです。他方、がん発見当時に転移がない「もどき」は放置しても、初発巣から転移が生じない事が確認されました。所が、がんを放置してみるというアイデアは、私の独創ではありません。例えば、前立腺がんの一部に対しては、泌尿器科医達も「監視療法」ないし「待機療法」という方法を行っており、今や標準治療の一つになろうとしています。私の診療方針を大まかに示して置きます。

- ❖ がんが発見されたと言う事では、早期がんでも転移がんでも治療を始めない。QOL (クオリティ オブ ライフ) を落としている症状がある場合に治療開始を検討する。
- ❖ 症状が無くても、治療を希望する人は少なくない。その場合、合理性を失わない限りで治療する。
 - ・ がんを放置して様子を見る場合、診療間隔はがんの進行度による。早期がんなら 6 か月に一度、進行がんや転移がんなら 3 か月に一度程度の間隔で診療を始め、徐々に間隔を延ばしていく。
 - ・ がんが増大するようなら、或は、苦痛等の症状が出て来たら、その時点で治療をするかどうか、どのような治療をするか相談する。

本書を読む事に依って、御自身や家族、知人が、がんを告知された時の行動指針になる事を確信しています。

(本書を読まれる上での留意点)

本書が対象とするがんは、肺がん、胃がん、前立腺がん、乳がん等の所謂「固形がん」(腫瘍を作る癌)です。急性白血病や悪性リンパ腫のような血液系のがんは抗がん剤で治る可能性が有るので、本書の対象外です。又、固形がんでも、抗がん剤で治る可能性が有る小児がん、子宮絨毛(じゅうもう)がん、睾丸腫瘍は対象外です。固形がんでも、肝臓の初発がんは、がん放置療法の対象外です。肝臓がんは無症状である間に、命の危険が生じるまで増大する可能性が高いからです。

本書は、抗がん剤や分子標的薬が固形がんには効かないし、治らないし、延命効果も無い事を前提にしています。このデータの根拠については「抗がん剤は効かない」(文藝春秋社)で詳説しました。

がんで命の消長に直結するのは、通常、他臓器転移です。リンパ節転移は、仮に存在しても、それが主因で死亡する事は稀です。リンパ節転移が存在しても「がんもどき」であるケースが多々あるのです。従って、本書では臓器転移が有る癌を「転移がん」と呼ぶことにします。

第一章 前立腺がん

中高年の男性で「前立腺特異抗原」(PSA)を測ると、高値が出る人が居ます。その時、精密検査をすると、がん細胞がかなりの頻度で発見されます。これが「PSA 発見前立腺がん」です。この PSA 発見がんは、通常、手術や放射線で治療されるのが一般的です。

PSA 発見がんで、放置無治療の道を選ばれた 3 人の人々を紹介します。

(ケース1)

前立腺がんと診断されたのは、**2004年、53才**の時です。会社の検診で、**PSAが4.3** (基準は4) で微妙に高いと言われた。針生検を受けた。そこで、私の所へ来たのだった。紹介状には「限局性前立腺がん、ステージ2b」と書かれていた。再度**PSA**を測ると、**12.45**と前より高くなっていた。今は**6**とか**7**ぐらいである。

(解説)

PSAを定期的に測った患者は、少し上がったり、下がったりしながら、全体としては緩やかに上昇して行く人が多い。**PSA**は「腫瘍マーカー」ですが、正常な前立腺細胞からも分泌されるので、基準値は「4」とされています。しかし、高齢になると基準値は少し高くなります。基準値を超えても全員が「がん」では無く、前立腺に癌が潜んでいる可能性が高まるという程度の意味です。逆に基準値以下でも癌が潜んでいる場合が有ります。ケース1の場合、**PSA**値が当初より**3**倍に跳ね上がっていますが、これは最初の病院で、肛門から指を入れて前立腺を触る「直腸診」が行われており、その刺激で多量の**PSA**が血液中に流出したと考えられます。流出は一時的現象なので、血中**PSA**は時間と共に減少し、再び元の数値に戻ります。又本ケースは、がん病巣がMRI(磁気共鳴装置)に写っておらず、直腸診で腫瘍が不明だったので、本当はステージ1cと診断すべきでした。

PSA発見がんの**9割**は「もどき」です。がんもどきというのは、病理検査で「癌」と診断されても、他臓器に転移して居ない為、放っておいても死なない癌です。これに対し「本物のがん」は既に転移が潜んでいる為、治療をしても治らない癌です。「本物」はがん細胞が生じて間もなく転移するので、初病巣が発見できる大きさになった時には、転移巣は相当の大きさに育っている。それで早期に発見しても癌を治す事が出来ないのです。「本物」と「もどき」は顕微鏡で見ると、細胞の形が同じなので、病理検査で区別する事が出来ません。**PSA**発見がんは、ごく一部に「本物」も含まれますが、全体の**9割**以上が「もどき」です。そして、進行度に応じて「もどき」の割合が異なります。最も進行しているのは、検査で臓器移転(主として骨移転)の存在が明らかになったケースです。これ等は全部が「本物」です。次に臓器移転は無いけれど、MRIで前立腺内に腫瘍が有る事が判明するケースです。(ステージ2bがこれです)この大部分は「もどき」です。最も軽いのは、諸検査で腫瘍の存在が明らかにならず、針生検でしか発見できないがんです。(本件ステージ1cがこれに当たります)この場合、「もどき」の割合は**95%**を超えます。本ケースでは、悪性度を示す「グリーソン・スコア」が「**6**」(3+3=6)で「おとなしいがん」と判断され、**PSA**も低いので、診断時に置いて、**99%**が「もどき」と判断出来ます。

がんを放って置いて経過を見る事により「もどき」の可能性は更に高まります。何年様子を見ても、PSA が比較的低値である時は、**99.9%**「もどき」と言えます。

(ケース 2)

私が前立腺がんと診断されたのは、12年前の61才の時です。PSAが8.5ほどあり、検査入院し針生検を行いました。この時は「大丈夫」と言われましたが、翌年の検査で、PSA 10.0 針検診でがんが出て、グリーンソン・スコアは9だと言われました。そして手術を勧められました。ただ一回だけ、ホルモン療法をやりました。すると、一本のLH・RHアナログの注射で、PSAが2.2まで下がりました。ただ、気力がなくなり、気分がよくありません。そこで近藤先生の所へ行きました。「ホルモン療法はすぐ止めなさい」と言われ、その後は一回もやっていません。それでもう12年経ちました。今はPSAも上昇し、72ぐらいになりましたが、普通の生活を送っています。

(解説)

まず、本ケースの診断過程で、前の病院でグリーンソン・スコアが9と診断されましたが、慶応病院の病理医に見直してもらったら、7に変更されました。悪性度は中程度でした。「乳がん」のケースでは1割が誤診(良性)だったことが分かっています。臓器切除と言われたら、組織標本を借り出して、病理再検査を是非励行して下さい。その場合に必要なのは、心と時間のゆとりです。がんは多少放置しても問題はありません。

PSA 発見がんには「監視療法」とか「待機療法」と呼ばれる療法が有ります。前立腺がん450人を経過観察したカナダの研究によると、1年～13年の観察期間中、前立腺がん死亡したのは5人であり、死亡率を計算すると10年で2.8%でした。この研究では、前立腺以外での死亡も調べていて、亡くなった全患者数97人、10年死亡率は3.2%です。つまり前立腺がんによる死亡数の10倍近くが他の病気で亡くなっています。

日本で行われている「監視療法」では、針生検でしか判らないステージ1cを対象にするのが普通です。そして通常、グリーンソン・スコアが「6」以下を基準とします。PSAに関しては20以下が基準です。それ以上になると「治療」を始めます。これに対し「放置療法」では、QOLが落ちる症状が出て来た時に「治療」を開始します。先ほどの450人の報告でも、尿管閉塞を理由とする治療開始は2人だけでした。

(ケース 3) 腫瘍マーカーが100を超え、血尿も出たケース

2001年、60歳の時です。会社の検診で前立腺がんと診断されました。そして近藤先生の所に訪れました。PSAは、最初、9からスタートして段々上がって

来て、今は 100 台なのです。4 年前に尿道から血が出たことがあります。近藤先生から「大丈夫だよ」と言われ安心しました。今は 70 才ですが、何の症状も有りません。

(解説) 症状が出てから治療しよう

「本物のがん」の場合は転移が有りますが、前立腺がんの転移部位は骨が圧倒的に多数です。骨転移で痛みがあれば、治療を受けるのが妥当です。鎮痛剤、放射線治療、ホルモン治療の中から選ぶようにします。抗がん剤治療は寿命を縮めるので禁忌と考えましょう。高齢者には抗がん剤は特に危険です。喫煙者も副作用が強く出ます。

本ケースで尿道から出血が有りました。しかし尿道は前立腺の中心を通っています。これに対し前立腺がんは中心部ではなく辺縁付近に発生するので、がんが育つ場合にも、尿道に顔を出して出血する事態は考えにくいのです。局所症状が生じた場合の治療法としては、手術と放射線治療が有ります。放射線治療でも手術でも生存期間は同じです。合併症を考えると放射線治療がベターと言えます。

ホルモン療法は、がん細胞が男性ホルモンをエサのように育つので、男性ホルモン分泌を抑制する事が目的です。女性ホルモン剤を投与して、男性ホルモンに対抗させる事も有りますが、初回の方法としては「リュープリン」などの LH・RH アナログ製剤を注射して、男性ホルモンの分泌を抑えるのが一般的です。しかし、これも問題が多い。最長でも 3 か月に一度の注射を反復しなければならぬし、何より薬代が高価です。(3割負担で 2 万 4 千円) 又、副作用も強力です。これよりも、睾丸を除去する方が簡明です。一回限りの手術で済み、入院・手術の費用も割安です。術後の効果は顕著で、高かった PSA もストンと落ちるのが普通です。この方法の発見者には、ノーベル医学賞が与えられたほどです。局所症状がない PSA 発見がんを治療するとしたら、他の方法として(臓器転移がない場合)放射線治療の方がベターだと思いますが、やはり合併症が有るわけで、手術に比べ「まし」という程度です。私は、男性機能に本当に関心がないという患者には徐睾丸術を勧めています。

前立腺がんが死因となる事は多く無く、日本人男性の死因の 1%に留まります。他の病気や事故で亡くなった男性を解剖すると、前立腺がんが高頻度で見つかるのです。これを「潜在がん」とか「ラテントがん」と呼びます。50 歳以上の男性の半数以上にラテントがんが見つかります。そのラテントがんをわざわざ見つけ出して治療に駆り立てるのが「PSA 検診」です。これに対して検診実施側には様々な利益が生じます。

米政府の予防医学作業部会が、5 つの大規模臨床試験の結果を分析した結果、年齢、人種、家族歴に拘わらず、PSA 検査が死亡率を下げるとの証拠は見出せ

なかったとし、全ての年齢の男性に対し「検査は勧められません」との勧告案をまとめました。(2011 10 8 付け朝日新聞)しかし、米国でも日本でも、医療関係者が自発的に PSA 検診を止める事は無いでしょう。経済的利益に関係する偏見は一番正し難いのです。

第三章 乳がん

乳がんを放って置いたらどうなるでしょうか？私の診て来た対照的な経過を辿ったお二人を紹介します。

(ケース1) がんを放置したが、20年以上変化なし。

1990年、46歳の時、会社員 B 子さんは、右の乳房に異常を感じ、大学病院の外科を訪れた。所が、マンモグラフィ（乳房のレントゲン撮影）で異常があったのは左の乳房でした。メスで切開して石灰化部位の一部を切り取る「生検」を受けた B 子さんは「癌の芽がある」と言われ手術を勧められました。乳房全摘術をすると言うのです。B 子さんは手術を断り、1992年に私の外来を訪れました。診断ではしこりや腫瘍は触れず全く正常でした。大学病院からの紹介状には、生検で「非浸潤性乳管がん」と書かれていました。別名「乳管内乳がん」と言い、乳管内の上皮細胞から発生したがん細胞が乳管の外に出ないで乳管内部に留まっているタイプの癌です。慶応病院の病理医に再検査を依頼すると、やはり「非浸潤性乳管がん」との返事でした。私はこのタイプの癌は「がんもどき」と考えていた事も有り、B 子さんが「手術を受けたくない」と言っていたので様子を見る事にし、半年に一度受診してもらい、その度に、マンモグラフィを撮る事にした。しかし、何年経っても何も起こらない。石灰化は拡がらない。慶應の診断時から 20年、最初の病院で診断されてから 22年になります。

(ケース2) 転移は、がん早期発見のずっと前に生じていた。

1994年の春、右の乳房に無いか触れるものが有り、慶応病院を訪ねました。40歳の時でした。超音波（エコー）検査で、直径5ミリの腫瘍が見つかりました。50歳以下では、乳房に出来たしこりの8割は良性だと言われ、経過を見て大きくなるようだったら又来なさい。と言われました。私は6年間がんを放置していました。しかし、最後の1年間は急速に大きくなっていると感じ、2000年3月、慶応病院を受診しました。やはりがんで、4×4.5cmになっていました。腋の下のリンパ節にも転移が数個あったのです。直ぐに治療する事になりました。がん細胞が誕生した時期を計算すると、18年前、私が22歳の時と言う事になります。又、原発巣の癌の直系は、僅か40ミクロン（0.04ミリ）という大きさの時に転移していた事になります。「早期発見、早期治療」は無理という事になります。

(解説)

2000年に乳房温存療法を受けた彼女は、2009年に腰痛が出現、検査で骨、肺、肝臓への転移が見つかりました。幸い、放射線などの治療が奏功し、本書執筆時点でも元気になっておられます。(抗がん剤治療は受けていない) この時発見された転移の内最大のものは腸骨への転移でした。直径が4 cmでした。彼女の癌細胞は、大きさが倍になるのに8ヶ月を要しています。計算すると、一個の癌細胞が骨に転移したのは、24年前(1985年)だったという計算です。5ミリの初発巣に気付いた年の9年前です。がん転移というのは、このように早くに生じるものなのです。最近の研究で、がんは「がん幹細胞」に由来する事が解かって来ました。まず、「がん幹細胞」が出来、それが分裂を重ねて、全てのがん細胞を生み出すのです。そして、そのがん幹細胞が転移能力を持っていた場合、最初から転移可能であるわけです。彼女の乳がんは転移のある「本物のがん」です。一個のがん細胞が誕生してから初発巣が発見されるまで18年間かかっています。

一方、B子さんのような非浸潤がんは「がんもどき」の典型で、非浸潤がんケースの全部が「もどき」です。縮小・消失するものは勿論ですが、増大するものも「もどき」です。放置しても転移しません。最初に発生したがん幹細胞の遺伝子が転移する能力を持っていない場合、その子孫であるがん細胞も同じ遺伝子を受け継いでいるので、転移する能力を持っていないのです。又、転移するにはガン細胞が乳管の外に出る事、つまり「浸潤」が必要です。しかし非浸潤がんは、乳管の外に出る為の浸潤能力が無く、乳管内に留まっているので転移が出来ないのです。だから「がんもどき」なのです。しかし、浸潤がんの「もどき」も多数あります。ただ、がん直径倍増時間が3か月以内というような成長速度が極めて早いものは、その多くが「本物」です。

最近、マンモグラフィ検診が盛んになり多くのがんが見つかっています。非浸潤が多いですが、浸潤がんでも、しこりや腫瘍が無くマンモグラフィで見つからない癌は「もどき」です。所が、非浸潤がんは乳管内を広がる関係で、治療となると、乳房全摘されてしまう事が非常に多い。しかも、マンモ発見がんは、50歳以下の若い女性が多い。こんな悲劇があるだろうか！2009年11月、米国政府の予防医学作業部会は「マンモグラフィによる乳がん検診は、40歳代の女性には勧められない」と勧告した。

「早期がん」を放って置くと周囲の組織へがんが浸潤し、他の臓器へ転移する。そして、「進行がん」となり、更に「末期がん」となって死に直面するという考えがあります。所謂、「多段階発がん」と言われているものです。これによれば、早期発見・早期治療が正しいと言う事になります。大腸がんに於ける多段階発

がん説では、まず粘膜から大腸の内腔へ向ってキノコ状の腫瘍性ポリープが発育し、その後、ある一定の順番に従って、がん細胞の遺伝子変異が積み重なると、今度は一転し、粘膜より外側、大腸の粘膜下層、更に筋層へと浸潤し、更に、遺伝子変異を重ね、大腸の周囲組織へ浸潤し、多臓器へ転移するとされています。これを「ポリープがん化説」とも言います。しかし、大腸内視鏡検査などで、その中間段階と思われる病変を見つける事が出来ません。私は、「多段階発ガン説」と異なり、がんは発生当初から他臓器へ転移する「本物のがん」と他臓器へ転移しない「がんもどき」という性質が異なる二種類のがんがあるという「がん二元論」が正しいと考えています。転移を可能とする遺伝子変異の有り無は、がん細胞の発生時に決定されており、発生後に変わることは無いというのがその根幹にあります。実は、1970年～1980年に「大腸ポリープがん化説」の誤りが、日本人研究者によって指摘されていました。平坦な大腸粘膜に（正常な粘膜と区別しにくい）早期がんが発生し、時を置かずに進行がんへ進展するという事実が明らかにされたのです。平坦・陥凹（かんおう）型早期がん（デノボがん）と呼ばれるもので、進行大腸がんは、このデノボから生まれるという説が優勢になっています。勿論、デノボがんにも「本物」と「もどき」の二つが存在します。しかし、「ポリープがん化説」が崩れた今、「多段階発ガン説」も、全てのがんの「早期発見・早期治療」の根拠も消失しているのです。そして、「がん幹細胞」が発見、登場したのです。従来は、悪性腫瘍を構成する数億、数十億のがん細胞は、どれも同じ性質のものだと考えられて来ました。しかし、がん細胞には幾つかの性質の異なった複数のものが有り、悪性腫瘍を作り出す大元のがん細胞の存在が明らかになったのです。それが「がん幹細胞」です。一個のがん幹細胞が発生すると、その分裂・増殖によって、それと同じがん幹細胞と、分裂・増殖の激しい前駆がん細胞とが作られます。更に、前駆細胞から分化がん細胞が作られます。従って、これ等の細胞は原則的に全て同じ変異遺伝子を持っているわけです。「本物」と「もどき」との違いは、最初の一個のがん幹細胞が発生した時、他臓器へ転移する遺伝子変異を生じたがん幹細胞は「本物」を形成し、そうで無いものは「もどき」を作るのです。それらは、正常細胞からがん幹細胞が発生する時点で決定づけられています。がん幹細胞の存在が明らかにされたのは、1997年のことです。カナダ・トロント大学のジョン・ディック教授によって、白血病細胞の中から発見されました。その後、乳がんや脳腫瘍、食道がん、肝臓がん、大腸がんなどのがん幹細胞が見つかっています。従って、「多段階発ガン説」は誤りといえます。「本物」と「もどき」は正常細胞からがん幹細胞が発生する時点で決定づけられているのです。

終章 がん放置の哲学「まずは様子を見よう」

もし皆様が、将来がんと告げられた時に、何が何でも放置を貫くと力む必要はありません。がん放置療法の要諦は、少しの期間で良いから様子を見るという点にあるからです。その間に、「がん告知」によって奪われた心の余裕を取り戻すのです。そして、がんの本質や性質を考えましょう。がんは老化現象です。年齢が高くなるほど発ガン頻度は上がります。そして、老化現象である故、放置した場合の経過が比較的温和なのです。ただ、本物のがんの場合は、老化現象の究極として、いずれ死を呼び寄せます。しかし、その場合も成り行きを癌に委ねれば、自然の摂理に従って人生を完結させてくれます。がんは症状が出ても「緩和」の方法が確立しています。治療法に数種の「選択肢」がある場合、なるべく負担の少ない方法を選ぶのが長生きのコツです。この場合、がん放置療法は有力な選択肢になります。がんを放置する事は決して愚かしい行為ではありません。それは、無神経で粗野な医者たちに、人格や身体を蹂躪されることを避けるための最善の方法であり、人としての尊厳を回復する特別な処方箋なのです。がん死亡が増えている現在、がんの本質を見直すことは勿論ですが、もっと広く人生観、世界観を涵養する為の「哲学」が求められているはずです。つまり、ある種の「諦観」を持つのでなければ、医者や検査に振り回されてしまうからです。「やまい」は気からと言うように、「やまい」は自然現象であって、私達の頭の中や概念の内しか存在しないと見る事も可能です。従って、もし私達が、がんを自然現象として受け入れる事が出来るなら、がんによる死は、普通、自然で平和である事から、がんに於いてこそ、「やまい」という観念を死ぬまで解放されることが出来るはずです。

コメントと感想

本書は、1章 前立腺がん 2章 子宮頸がん 3章 乳がん 4章 肺がん 5章 胃がん 6章 腎がん 7章 膀胱がん 終章 がん放置の哲学 で構成されているが、その内1章、3章、終章のみを要約した。

1996年「患者よ、がんと闘うな」文芸春秋社を出版したが、その切っ掛けは、著者の実の姉が1983年に乳がんにかかったからでした。まだ初期の乳がんで、乳房温存療法に向いていたので、著者は必死に乳房温存を説得した。1980年代に既に欧米では、乳がんとその周辺の乳腺組織だけを取り、乳房を切除しない「乳房温存療法」が確立していた。新旧の比較試験でも成績が変わらないという結果が出ていた。日本では当時、乳がんが見つかりと臓器切除、つまり乳房まで切り取る手術が当たり前とされており、しかも、リンパまで切除していた。姉は温存療法を選択し、それから30年転移もせずすんでいる。今や、日本でも

温存療法が標準医療になりつつあります。これが著者の最大の功績である。
そして、著者は、今年第 60 回菊池寛賞を受賞しています。

本書が今出版されたのは、著者が 2014 年春に定年を迎え、定年後は診療に携わらないと決めている為、患者は自立する事を迫られる。そこで何かの時に自分で判断をし、行動できるよう本書を残そうと思ったと「後書き」に書かれています。

又、著者は、在籍した慶応病院に感謝している。放置治療を実施し、病院収入が一人当たり 700 円にしかならない医療行為を許してくれた義塾の自由や独立自尊の精神に感謝しています。

著者が此処まで明確に、固形がんには、抗がん剤は効かない。早期発見・早期治療は間違いだと公言しているのに、癌研や大学病院では、今でも手術を行い抗がん剤を使用している。もし、それが正しいならば、なぜ、近藤医師に抗議や議論を挑まないのでしょうか？不思議でならない。医療を、命を担保にした博打にしてはいけない。