

2017年3月27日

『患者のためのがん治療事情』（川端英孝・上野貴史著）を読んで

この本を読む前に、患者さんから近藤誠氏の著書を勧められ、いわゆる「がんもどき」という存在を知って、それまで私がもっていたがん治療に対する認識が一変した。

この本が出版されたのは1997年、今から20年前である。川端・上野両氏はまだ30代であり、いわゆる「がんもどき」論争に対する若き外科医たちの見解がよく整理されていてわかりやすい。この20年間に多くのがんに関する新たな発見があったかもしれないが、いまだにがんを撲滅したというニュースは聞いていない。

そもそもがん細胞はウイルスなどの外的な病因で生ずるものではない。遺伝情報のコピーミスや、老化現象による免疫力の衰えを含む、生命の進化において欠かすことのできない「突然変異」という現象によってがん細胞は出現すると、今では考えられている。

がん細胞は自分自身の肉体を構成する細胞の一部であり、それはすなわち、自分自身そのものであると言える。基本的にがん細胞を攻撃することは自分自身を攻撃することでもある。がん細胞は変幻自在に姿を変えて、正常細胞とがん細胞の識別をより困難にする。そしてそれは、がん治療の際に正常細胞にダメージを与え、日常の生活の質を悪化させる原因となる。

今まで私は、がん細胞というと皆同じに考えていたが、人によってあるいは発生した部位によって様々な性質があることを学んだ。

この本から引用すると、

**【A型】がんもどき**

がん検診などで発見されるがんのうち、自然に消失したり、大きくならないものの。

子宮頸がん、前立腺がん、甲状腺がんに多い。

**【B型】のんびりがん**

放置したら大きくなって症状が出てくるが、転移をおこさないため、症状が出たら治療すれば助かるがん。

たとえば出血や腸閉塞を起こして発見される大腸がん。

転移がないため手術で治癒するが、症状が出た後で治療せず放置したら転移を起こす。

**【C型】ゆっくり進行がん**

早期がんの状態が長くあり、早い時点で発見して治療すれば治癒するが、進行して症状が出る頃には転移を起こして助からない(早期発見すれば助かる)。

胃がん、大腸がん、子宮頸がんなどで死亡した方の、かなりの割合がこのタイプ。

## 【D型】スピードがん

がん検診で診断がつく頃には遠隔転移を起こしており、治療しても助からないがん(どっちみち助からない)。

スキルス性胃がん、肺がんのうちのかなりの割合。すい臓がん。

「早期発見理論派」によると、がんにはC型が多くA型は例外的、「がんもどき理論派」によれば、がんにはA型が多く、C型は例外的としている。両理論ともにB型とD型は一定割合存在するという共通して認めている。

このように様々なタイプのがんがあり、がんといえば「早期発見、早期治療」がベストと当然のごとく思い込んでいたが、それは科学的な試験(無作為抽出臨床試験、メイヨー試験)を経て治療効果が証明されたわけではなく、あくまでも「仮説の領域」であり、日本のがん専門医たちの経験上の思い込みが多少なりとも反映していることを知った。

本書の中で「リードタイム」という次の考え方を知って、より理解が深まった。

それは、検診によって仮にがんが3年早く見つかっても、治療の効果がなければ結局検診をしなかったのと同じ時期に死亡することになる、がん発見時に治療するので見かけの生存期間は伸びるが、健康な期間が減ってがんの闘病期間が増えただけという見解である。

それは、また次のような見方もできる。本書から引用すると、「がんを早期発見してもらった患者さんは幸運にも救命されたとも考えられるし、余計ながんもどきを見つけられてがん治療という名の被害を受けただけでも考えられます。それぞれのがんについての集団として見た場合、この問題を解決できるのは、無作為抽出臨床試験だけです。」

日本の医学界では、がん検診の精度に関する論文は多いが、がん検診の有効性を問う論文はほとんどなく、日本国内において、がん検診に関する科学的な研究(無作為抽出臨床試験)は一度も実施されていない。がん検診を受けるのはそのほとんどが健康な人たちである。この健康な集団に対し、がん検診が明らかな利益つまり生存率の向上(無作為抽出臨床試験などの科学的見解を経て)をもたらすことを確実に証明しなければ意味がない。

こうして科学的な根拠がないまま、がん検診だけがどんどん拡大し続け、今日のがん検診大国、日本の姿が出来上がった、という。

ここで、検診大国日本の代表的な事例の一つとして、肺がん検診を取り上げてみたい。日本では公的補助のもと、いまだに肺がん検診が当然のごとく行われている。

アメリカでは、肺がん検診の有効性を問うため、無作為抽出臨床試験が実施された。

その結果、検診によりがんの発見数は増えたが、肺がん死亡者数は減少しなかった。肺が

ん検診では、【A型】のがんもどきの発見が増えただけで、【C型】のゆっくり進行がんはそれほど存在しない。肺がんの多くは早期発見しても結局助からない【D型】のスピードがんだと考えられている。

アメリカでは無作為抽出臨床試験の結果、肺がん検診は無効であるとの結論が出された。

次に乳がんについて考えてみたい。

まず、乳がんに関する主な理論の変遷を列挙してみると、

最初に、

#### 【ハルステッド理論】

乳がんの広がり方に関する仮説。がんがリンパ管に入り、リンパ節に転移してから全身に広がるとする考え方。乳がん以外のがんもあてはまるとされ、リンパ節ごと一塊として病巣を摘出しなければならないと考え、拡大手術の根拠となった。

次に

#### 【全身病理論】

乳がんはしこりが触れるような段階では、細胞レベルではすでに全身に転移を起こしているという考え。リンパ節が転移により腫大していることは、がん細胞が宿主の免疫力に打ち勝っていることを意味し、腫大したリンパ節からがん細胞が広がるわけではないと考えた。がんが再発するかどうかは、がんと宿主との複雑な力関係で決まるとする。

1971年にアメリカで、乳がん治療に関する大規模な無作為抽出臨床試験が実施された。

腋窩リンパ節にふれない乳がん患者 1100 人を対象に

1. ハルステッド手術（乳がんの長く標準的手術法とされていた。胸の筋肉、腋窩リンパ節とともに、一塊として乳房を切除する。）
2. 単純乳房切除術＋腋窩放射線照射
3. 単純乳房切除術のみ実施

その結果、予防的にリンパ節を郭清しても生存率は向上しなかった。リンパ節転移から全身のがんが散らばることはなく、リンパ節郭清によっても生存率は変わらなかった。

ハーバード大学の外科医キャディは、がんが再発するかどうかは、全身に広がったがん細胞が育つかどうかで決定し、リンパ節の郭清は関係ないと主張した。

リンパ節郭清による生存率の向上は臨床試験によって証明されていないため、欧米では手術の合併症が増える危険をおかしてまでリンパ節を郭清することはない。

ハルステッド理論は否定され、乳がん治療は全身病理論に基づいたものへと変わった。

その他に、

**【スペクトラム理論】**

かなりの乳がんは全身病。一部の乳がんは局所だけにとどまっており、不十分な局所治療により生存率は低下するという仮説。

**【形質転換説】**

乳がんの転移について。がん細胞の単純な広がりではなく、遺伝子や増殖因子など細胞以下のレベルを考慮する必要性を示唆。

などがある。

日本では、1990年代においても、ハルステッド手術が行われていた。

国際的に見た場合、がんの早期発見、早期治療は必ずしも利益を約束せず、リンパ節の予防的な郭清には、生存率が向上する効果はほとんどないということが常識になっている。

乳がんの分野での、特異的な日本の土壌を本書は次のように指摘している。

「世界の標準治療であるCMF療法の保険適応を1996年まで拒み続け、日本のメーカーのみが生産する5-FU系経口抗がん剤を推奨しつづけた日本の構造・・・専門医と厚生省と製薬会社の三極構造は薬害エイズ事件で見られた構造と全く同じだという批判に対して弁解できる余地はない。」

「早期発見・早期治療」こそが、がん治療のすべてであるかのように、一般的な日本人は教育されている。ほんの少し前までの私自身がそうであった。まさしくそれは洗脳という言葉に等しいような気がする。しかし、それが必ずしも科学的根拠に裏打ちされたものでないことがよくわかった。あまりにも無知であった。

私自身の周辺の多くの人々を見る時、日本人の意識はそれほど変わっているとは思えない。マスメディアは、多くの媒体を使って検診の有効性を強調し、テレビでは人々の健康に関する不安をあおるような番組が人気を集めているようだ。人々は相変わらず真面目に検診にいそしんでいる。検診大国日本は盤石である。

検診という名の美名に隠れた既得権益が、厳然として強大な三極構造上に成立し、検診を含む医療に関する国民の出費は、将来にわたって増加の一途をたどることになるだろう。

最後に本書の中から次の文章を引用しておきたい。

「がん治療における誤りの多くは治療が足りないからではなく余計な治療や検査をやりすぎるため・・・」

すべての治療や検診がすべてよしとしないことを、この際自分自身の肝に銘じておこう。