

# 膵臓がん

## 「私がゼロ期発見できる訳」



CT検査でも見つけづらい 星野仙一氏も膵臓がんで亡くなった

「あなたは五年以内にかなり高い確率で膵臓がんになります」——私がこう、宣告されたのは、今から一年半ほど前の二〇二四年六月のことだった。

東京・新宿にある東京女子医科大学病院の消化器内科診察室。その「宣告」に、一瞬、動揺した私に、担当の菊山正隆先生は静かにこう語りかけてくれた。

「ただ、膵臓がんになって0期で見つけて、転移する前に外科治療を行えば、死ぬことはありません。そのためにこれから0期発見、0期治療を目指して定期的に検査を受けてください」

一般的に膵臓がんは、宣告を受けた時点で死を覚悟しなければならぬ恐ろしい病として知られている。

国立がん研究センターの二一年のデータでも部位別の五年生存率は大腸がんが七六・八％、胃がんが七五・四％だが、膵臓がんは一・一％。腫瘍がまだ膵臓から転移していないステージ1でも五年生存率は約五〇％と低い。「膵臓がん

と診断された時点で、ほぼ五割の患者は五年以上生き延びることができないのが現実である。

しかも厄介なのは、ほとんどの人が病気に気づかず、見つかった時にはかなり進行しているケースが多いことだった。

しかし菊山先生ら東京女子医大のチームが進めるのは、そこから一歩踏み込んだ診断と治療だ。膵臓がんを0期で発見し、適切な処置ができれば、五年生存率は飛躍的に上昇するという。

その画期的な膵臓がんの0期発見とはどういうものなのか。菊山先生の説明を聞いてみよう。

「膵臓がんはまず膵管内部の上皮粘膜にできることが判っています。0期とはその膵管の表面にだけある状態です。これは超音波内視鏡検査やMRI検査では分からない。目に見えるがんになる手前の段階です。目に見えるがんとは膵管から外に出て周囲組織に広がった状態です。そうなるかどうかは小さくても、周囲に広

がっていく進行性の浸潤がんになっていく。必ず転移しますし、すでに転移している可能性も高い」

膵臓は胃の裏側にあり、目に見えるがんも単純なエコー検査では見つけにくく、しかも転移がすぐに始まってしまう。ステージ1でも五年生存率が五〇％となる理由はそこにあるのだ。だからこそ0期で見つけることが、膵臓がん治療の最大のポイントなのである。

それでは私がこの0期発見にどうたどり着いたのか。その道筋も説明しておこう。

私は一九五七年生まれの六十八歳。スポーツ紙の野球記者を経て、〇三年にフリーに。〇八年からは「野球の言葉学」というコラムをかれこれ十七年以上、毎週書き続けている。

もちろん古い新聞記者のステージ1でも五年生存率が五〇％の膵臓がん。一年半前に医者に「五年以内に高い確率で膵臓がんになります」と宣告された著者が辿り着いた、がんを0期で発見し、0期で治療する画期的な最新医療の実体験レポート。

御多分にもれず、ずっと不健康で不規則な生活を続けてきた。それでも病気で連載を休んだこともなく、六十歳になっても身体はびくともしてない……と思っていた。しかし、そんな健康自慢の私の身体の中では深く、静かに変化が起こっていたのである。

三年前の二二年だった。かかりつけの東京・池袋「あんこうメディカルクリニック」で肝臓の値が少し悪く、エコー検査を受けることになったのが始まりだった。その検査で膵臓に嚢胞が見つかり、同クリニックの安康晴博院長から「非常にマニアックに膵臓を調べてくれるところがあるのだから、そこに行ってください」と東京駅近くのAIC八重洲クリニックを紹介され、毎年一回、腹部MRI検査をすることになった。

24年に撮ったCT画像 (著者提供) 菊山正隆先生

すると翌二三年の検査で脂肪置換という聞きなれない異常が見つかり、翌二四年にはその異常が増大していることを指摘されたのだ。「脂肪置換は必ずがんになります。それが明日なのか、十年後なのかは分かりません。でも必ずがん化します。東京女子医大に膵臓がんの0期発見というのをやっている先生がいるので、すぐに行ってください」

そうして安康先生から紹介されたのが菊山先生だったのである。

初受診から一ヶ月後の二四年七月には超音波装置がついた内視鏡を入れて、胃の中から画像検査をする超音波内視鏡検査を受けた。検査では膵臓がんそのものは確認されなかったが、膵内に嚢胞があり、膵臓そのものの組織の粗造さが目立つことが分かった。しかもMRI検査で脂肪置換の増大もあり、高度の膵臓がん予備軍として、菊山先生から冒頭の「宣告」を受けることとなったのである。

それではこの聞き慣れない

脂肪置換とは一体、どんなものなのか？

「端的にいうと膵臓の萎縮です。がんというのは遺伝子の病気で、細胞の増殖を調節するKRAS遺伝子という遺伝子に変化が起こること、正常な細胞がやがてがん細胞へと変異する。その変異が起こると膵臓の約九〇％を占める腺房細胞組織に萎縮が起こり、萎縮して無くなった部分を脂肪組織が埋めていく。それが脂肪置換です」

菊山先生の説明だった。「嚢胞と脂肪置換とがどう関わっているかという点、膵臓はKRAS遺伝子変異によって最初に起こる形の変化なのです。次の段階として萎縮が起こり、脂肪置換ができる」

だから嚢胞の段階で定期的な精密検査を行い、腺房細胞の萎縮(脂肪置換)を見つけていることが、0期発見の第一歩となるのである。

脂肪置換の怖さを知らしめる

もちろん膵嚢胞と言っても、種類はさまざま。しかし、その中のほとんどの嚢胞はIPMN(膵管内乳頭粘液性腫瘍)と診断され、治療ガイドラインに沿って一年に一回のMRI検査で嚢胞が大きくなっていないか、その経過観察をすることになる。

ところが菊山先生によると、嚢胞となる膵管の拡張でIPMNはむしろ少数派で、貯留嚢胞と言われるものが多数を占めるのだとい

脂肪置換は、がん化のリスクを見逃す危険があるという点だ。膵臓の萎縮があるか、脂肪置換が形成されているかを見極めていかなければ0期発見はできない。そこを見逃すと、見つかった時にはすでに浸潤がんになって、膵管から膵臓内になっ細胞が広がっていることがほとんどなのだという。

「腺房細胞の萎縮による脂肪置換ができていくかどうか問題で、脂肪置換というものの怖さを世の中に知らしめることが僕らの仕事だと思っています」

菊山先生が強く主張する点である。

「日本膵臓学会でも最初は『何を言っているんだ』という感じでしたけど、今は発がんに関わる一番のトピックと言える問題となっています。ただ、一般的な医療機関ではまだまだこのことはほとんど知られていない。それが現状なのです。私のところには紹介状もなく、それでも『嚢胞があるのにきちんと検査を受けら

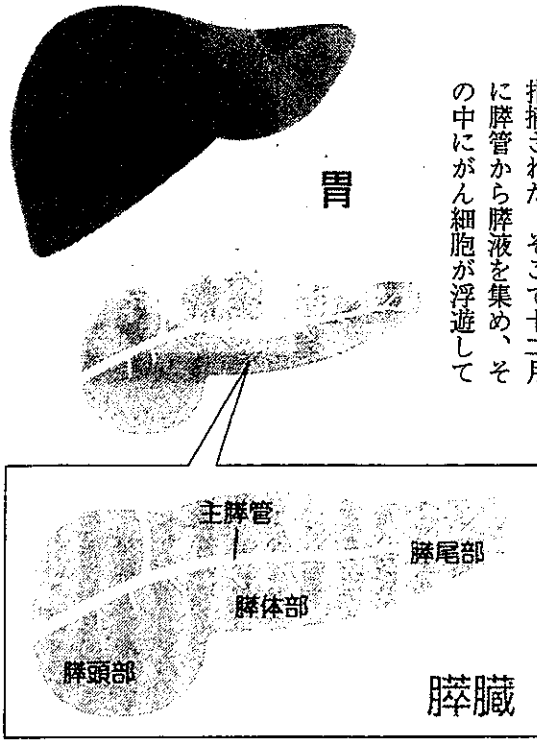
1957年埼玉県生まれ。慶應義塾大学卒業後、報知新聞社入社。巨人担当として長嶋茂雄の監督復帰や松井秀喜の入団取材。伝説の「10・8決戦」などの現場にも立ち会う。03年にフリーとなり、日米を往復しながら「野球の言葉学」を連載中。08年からコラム「野球の言葉学」を連載中。

れないので……』とやってくる患者さんいます」

「腫瘍が見つかつたら、まずは継続して検査を受け、脂肪が起きていないか、脂肪置換ができていないかを見極める。そこが0期発見のスタートということになる。」

「そしてもし0期の腫瘍が見つかつたら、どんな治療を行うかである。」

「昨年七月の超音波内視鏡検査では、腫瘍が疑わせた所見は認められなかった。しかし萎縮が目立ち、膵管内の細胞レベルでがん化が始まっている可能性を指摘された。そこで十二月に膵管から膵液を集め、その中にがん細胞が浮遊して



いるかを検査する連続膵液細胞診(SPACE)という検査をやることになった。SPACEは鼻からカテーターを入れて膵管の中に通し、集めた膵液の中の細胞を病理の医師が検査して、がん細胞がこぼれ落ちていないかを診るというものだ。膵管にカテーターを入れるため、まれに副作用で膵炎を起こすケースがあると事前に言われていたが、そうしたトラブルもなく三泊四日の入院で膵液採取は無事に終了した。

年明けの二五年一月七

日、細胞診の結果を聞いために菊山先生を訪れた。「がん細胞は出てきませんでした」

「まずは菊山先生の言葉に胸を撫で下ろした。「この検査では採取した細胞を五段階に分けます。IV以上ががん細胞で鷺田さんから出たのはIIIでした」

「ギリギリだった。つまり私の細胞は「まだがんではないが、その一歩手前」ということだ。」

### 膵臓を全摘出する可能性が

「Iは正常な細胞。IIは腫瘍細胞ではないが、細胞に炎症が加わり再生異型が起ころ顔つきが変わっているもの。IIIは遺伝子変異によって生まれた腫瘍細胞ですが、がん細胞ではない。IVにはAとBがあり、鷺田さんはAです。Aは良性腫瘍ですが、Bはがんの疑いのあるもの。IVはがんの疑いが強く、Vが出てしまったらがん確定の判断になる」

細胞診というのは採取した細胞を顕微鏡で見て、病理の医師が正常な細胞か腫瘍細胞か、腫瘍細胞なら良性か悪性かを判断する。担当する病理医の経験が判定の正確さに大きくものをいうわけだ。そのため東北大学病院の細胞診の権威にも

「Iは正常な細胞。IIは腫瘍細胞ではないが、細胞に炎症が加わり再生異型が起ころ顔つきが変わっているもの。IIIは遺伝子変異によって生まれた腫瘍細胞ですが、がん細胞ではない。IVにはAとBがあり、鷺田さんはAです。Aは良性腫瘍ですが、Bはがんの疑いのあるもの。IVはがんの疑いが強く、Vが出てしまったらがん確定の判断になる」

細胞診というのは採取した細胞を顕微鏡で見て、病理の医師が正常な細胞か腫瘍細胞か、腫瘍細胞なら良性か悪性かを判断する。担当する病理医の経験が判定の正確さに大きくものをいうわけだ。そのため東北大学病院の細胞診の権威にも

最初に菊山先生の診察を受けた時、気になったことがあった。それはがんが見つかつた時には、膵臓を全摘出する可能性があるという説明を受けたことだった。

「実はこの膵臓全摘手術のことを知り合いの医師に話すと、ほぼ全員から「やり過ぎではないか」という意見を聞いたのだった。」

「そもそも膵臓は人が生活をしていく上で、重要な機能を持った臓器である。膵臓では強力な消化液と血糖値を調整するインシュリンが作られて分泌される。もし膵臓を全部摘出すると、血糖値を管理しながら、消化剤とインシュリンを外から補充しなくてはならない。いわゆる1型糖尿病の患者さんと同じ治療を、生涯にわたり続けることになる。」

「その二つを失い身体がへろへろになってしまいうということ、膵臓の全摘術というのは過去はやってはいけなかった治療でした」

菊山先生もこう認める。これまでの膵臓がんは早

「Iは正常な細胞。IIは腫瘍細胞ではないが、細胞に炎症が加わり再生異型が起ころ顔つきが変わっているもの。IIIは遺伝子変異によって生まれた腫瘍細胞ですが、がん細胞ではない。IVにはAとBがあり、鷺田さんはAです。Aは良性腫瘍ですが、Bはがんの疑いのあるもの。IVはがんの疑いが強く、Vが出てしまったらがん確定の判断になる」

細胞診というのは採取した細胞を顕微鏡で見て、病理の医師が正常な細胞か腫瘍細胞か、腫瘍細胞なら良性か悪性かを判断する。担当する病理医の経験が判定の正確さに大きくものをいうわけだ。そのため東北大学病院の細胞診の権威にも

期発見でもすでにステージ1で、膵臓本体に発がんが確認されるものがほとんどである。そこでは発がんしている部分が明確に判るの、がんのある膵頭部か膵尾部の部分切除を行うのが一般的な治療とされてきた。

0期発見の難しさは、発がんが膵管表面の細胞レベルで、どこにがんがあるかを目で見る事ができないことにある。ただ、萎縮が起り脂肪置換が見られる周囲から、がんが出てくることは分かっている。

「萎縮が特定部分に高度にある場合には、部分切除という判断もあります。ただ、大体は鷺田さんのように頭部にも尾部にも萎縮があるの、全部取らないとだめなのです。膵臓がんの研究会で我々が膵臓を全摘出した例を出したのです。が、猛反発を喰らいました。『なぜ全部取らなければならぬのだ！』と。しかし僕は他の施設がほんの数件しか経験していない0期のがんを、世界一多く経験しています。僕は圧

倒的に多くの0期の症例を経験して、たくさん痛い目にもあつてきている。それで全摘出の手術をしているのです」

東京女子医大病院のデータでは0期で部分切除の手術をしたケースで、残した膵臓に再びがんが出てきたのは全症例の中の約5%だという。二、三年で再発したケースもあるが、手術後一年以内の再発もある。

「0期発見が始まって八

### 0期の膵臓がんを発見する道

膵臓を全摘出すれば、膵臓がんのリスクは無くなる。ただ膵臓を失うことでインシュリン注射による糖質コントロール、消化剤の摂取など日々の生活に負担が増える覚悟は必要だ。

ただ、菊山先生のこんな言葉が全てを物語っているのかもしれない。

「私の患者さんの中には『先生、私はいまがんになるのを待っているというこ

点では5%。このデータを考えれば部分切除という選択肢も当然、あつて然るべきなのかもしれない。」

ただ私のケースは、どうやら膵臓の全摘出手術しか選択肢はないようだ。

「鷺田さんの場合は膵頭部と膵尾部の両方に萎縮があるので、おそらく全摘手術になると思います」

菊山先生の判断である。東京女子医大病院には肝胆膵疾患の手術のスペシャリストとして知られる本田五郎先生という外科医がいる。もし0期が発見された場合は、時には、本田先生に手術を委ねる覚悟は決めている。

高校時代、大学時代のクラスメイトにも、膵臓がんが若くして亡くなった友人がいた。駆け出し記者時代に散々怒られた星野仙一さんも、膵臓がんであったという間に亡くなつてしまった。前巨人監督の原辰徳さんの監督付き広報として公私にお世話になつた水沢薫さんも、膵臓から転移した膵臓がんによる肝硬変で亡くなつていく。身近で亡く

「先生、私はいまがんになるのを待っているというこ

とです。それならば、もう膵臓の全摘手術をして

「先生、私はいまがんになるのを待っているというこ

とです。それならば、もう膵臓の全摘手術をして

新発売！文春ムック永久保存版丸ごと1冊「タナタ君」退職記念特別号 大傑作選と対談集