

## 図説脳神経外科

(第76回)

### 再発鞍結節部髄膜腫

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

笠毛 友揮、徳重 宏二、藤尾 信吾  
花谷 亮典、有田 和徳

#### はじめに

髄膜腫は、くも膜の表層細胞より発生する腫瘍を指し、くも膜細胞が存在する部位にはどこにでも発生しうる。その多くが緩徐に発育する境界明瞭な良性病変（WHO grade 1）であるが、術後再発することも、まれならず経験する。腫瘍摘出率、組織学的悪性度分類およびMIB-1（monoclonal mouse anti-human Ki-67 antibody）indexが再発リスクの指標となる。腫瘍摘出率の評価にはSimpson gradeが主に用いられ、gradeが上がるごとに再発率が高くなる[1]。また、組織学的に中間悪性や悪性を示すもの（WHO grade 2, 3）や、組織学的良性であってもMIB-1 indexが3%以上の髄膜腫は再発しやすく[2]、髄膜腫全体の5年生存率は約9割と報告されている[3]。

鞍結節部の硬膜より発生する髄膜腫の発生頻度は頭蓋内髄膜腫の3-10%である。腫瘍が視神経を圧迫し、視力・視野障害を契機に発見されることが多い。視力は進行性に低下し、一側性(47%)が多く、次いで両側性(37%、ただし非対称性)である[4]。視力障害や視野欠損に左右差があれば、下垂体腺腫より髄膜腫を考える。下垂体前葉機能低下は末期になるまで現れないとされている[4]。

#### 症例

70代男性。肩こりと後頭部痛を主訴に近

医脳外科を受診し、頭蓋内精査にて、鞍結節部から発生し、両側視神経および視交叉を上方に圧排する腫瘍(図1)を指摘され当科紹介となった。下垂体前葉機能は保たれていたが、静的視野検査では右眼の耳側半盲(矯正視力0.6)を認めた(図2)。鞍結節部髄膜腫の診断の下、開頭腫瘍摘出術を施行した。腫瘍を肉眼的に全摘出し、硬膜附着部を焼灼凝固した(Simpson grade 2)。病理診断はmeningothelial meningioma(WHO grade 1)、MIB-1 indexは3%であった。

術後、視力視野はともに改善した(矯正視力1.0)が、術後一年半の時点で右眼のかすみを自覚し、右眼視力は得られるものの(矯正視力0.4)、右視野はほぼ完全に欠損した(図3)。MRIにて右視神経管周囲に腫瘍再発を認め(図4)、再度、開頭腫瘍摘出術を施行した。

腫瘍は視神経管内に進展し視神経は上方に圧排され茶色に変性していた(図5a)。視神経管の開放を行い、視神経を温存しながら可及的に腫瘍を摘出した(図5b)。肉眼的に全摘出したが、視神経管内硬膜の一部は凝固を行っていない(Simpson grade 3)。病理はmeningothelial meningioma、MIB-1 indexは13%であった。

術後、右眼の視力視野障害は改善した。術後MRIでは残存腫瘍は描出されないが、MIB-1 indexから再発のリスクが高いと考

えられるため、今後の経過に注意が必要である。

参考文献

1. Simpson D. J Neurol Neurosurg Psychiatry 20: 22-39, 1957

2. Matsuno A, et al. Acta Neuropathol 91: 504-510, 1996  
 3. Barnholtz-Sloan JS, et al. Neurosurg Focus 23: E2, 2007  
 4. 松谷 雅生. 脳神経外科学改訂第10版: pp969-978, 2008

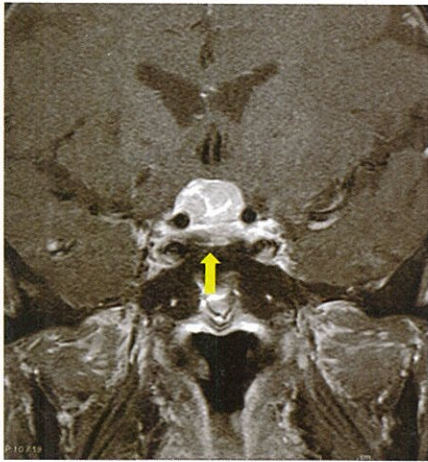


図1：造影MRI(術前)。両側視神経、視交叉を上方に圧排する腫瘍(矢印)が認められる。

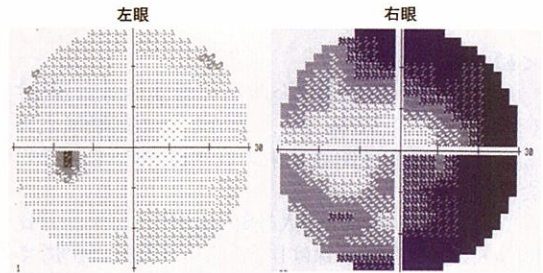


図2：静的視野検査(術前)。右眼は耳側半盲(矯正視力0.6)であった。

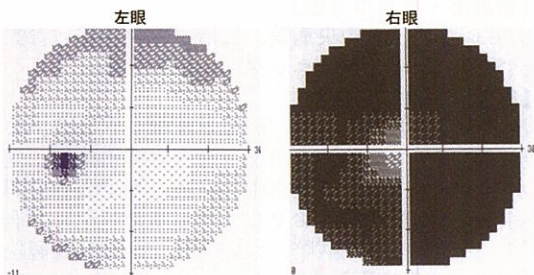


図3：静的視野検査(再手術前)。右視野はほぼ欠損している。

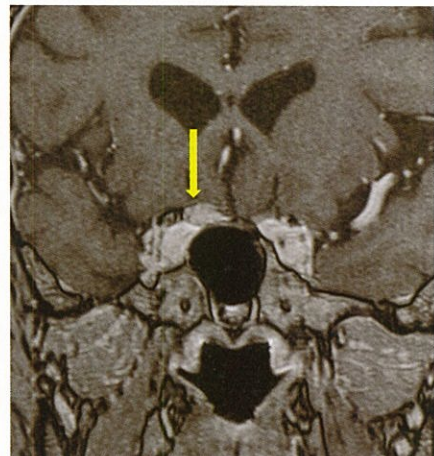


図4：造影MRI(再手術前)。右の視神経管周囲に再発腫瘍を認める(矢印)。

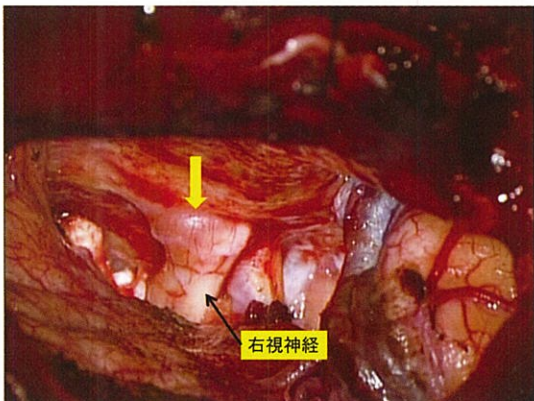


図5 a：術中所見。腫瘍(矢印)は、一部視神経管内にまで進展していた。

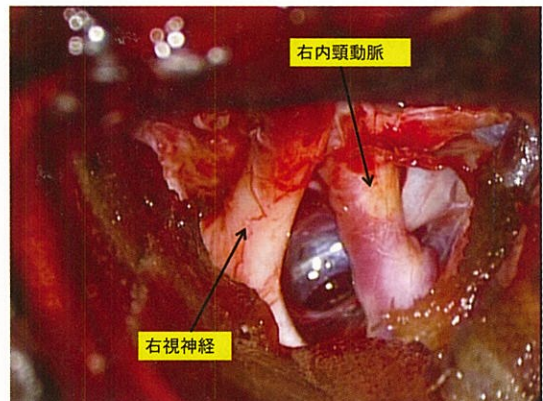


図5 b：術中所見。腫瘍は、視神経下を除きほぼ摘出し得た。