

図説脳神経外科

(第81回)

悪性髄膜腫

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

櫻田 祐美、町田 明理、米永 理法、細山 浩史、花谷 亮典、平野 宏文、有田 和徳

【はじめに】

髄膜腫は原発性脳腫瘍の中でも最も発生頻度の高い腫瘍である。髄膜腫の多くが良性でゆっくりと発育するため、無症状の場合は画像での経過観察を行う場合が多い。無症状でも増大傾向を示す場合や症状を伴う場合は手術を行い、全摘出で治癒が望める。しかし、全髄膜腫中8～9%ほどの割合で悪性の髄膜腫が存在する[1]。

WHOの脳腫瘍分類において、髄膜腫はgrade I（良性）、II（中間悪性型髄膜腫：atypical meningioma）、III（悪性髄膜腫：anaplastic meningioma）に分類され、広義の悪性髄膜腫であるgrade II、IIIは年単位で再発することが知られている[2]。特に、狭義の悪性髄膜腫であるanaplastic meningiomaでは2.8年で再発するとの報告がある[3]。

悪性髄膜腫の治療には明確なエビデンスや治療プロトコールは存在しないのが現状である。腫瘍の部位、患者年齢、Performance Statusなどを考慮した上で可及的な摘出を行い、腫瘍組織型や腫瘍摘出度を考慮して放射線治療を追加することが現在の一般的な治療である。化学療法は無効であるとされており、再発時には積極的な再手術も検討される。

【症 例】

30歳代女性。特記すべき既往なし。頭痛を主訴に近医脳神経外科を受診。脳

腫瘍を指摘され鹿児島大学脳神経外科を紹介受診。腫瘍は巨大で、周囲浮腫や圧排所見も強く、開頭腫瘍摘出術を行った（図1）。腫瘍は硬膜との付着部を持たず、右シルビウス裂深部に付着しており、血管を損傷しないように剥離して腫瘍を全摘した（図2）。病理診断はanaplastic meningioma、WHO grade III（MIB-1: 30.8%）であった。全摘出（Simpson grade2）と判断し、後療法は行わずに密な経過観察の方針とし自宅退院となった。約2ヶ月後、強い頭痛のため近医脳神経外科受診。摘出腔から深部にかけて腫瘍の再発を認めた（図3）ため、当科に緊急入院となり再度腫瘍摘出術を施行した。腫瘍はシルビウス裂深部の中大脳動脈・穿通枝を巻き込んで深部に進展増殖していたため、島限より深部の摘出は控えた（図4、5）。後療法として、残存腫瘍及び摘出腔周囲に放射線治療（サイバーナイフ照射）を行った。頻回のMRI撮影による、経過観察を行っている。

【考 察】

悪性髄膜腫では、本例の様に極めて増殖力の例が存在することを念頭に置いた上で、慎重な経過観察が必要である。

【参考文献】

- [1] Claus EB, et al. Epidemiology of intracranial meningioma. Neurosurgery 57: 1088-95, 2005

[2] Pathology and Genetics of Tumours of the Central Nervous System 4th Edition

[3] Yang SY et al.: Atypical and

anaplastic meningiomas: prognostic implications of clinicopathological features. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 79:574-80, 2008



図1 初発時 Gd 造影 MRI



図2 初回摘出術後 CT、腫瘍は全摘されている

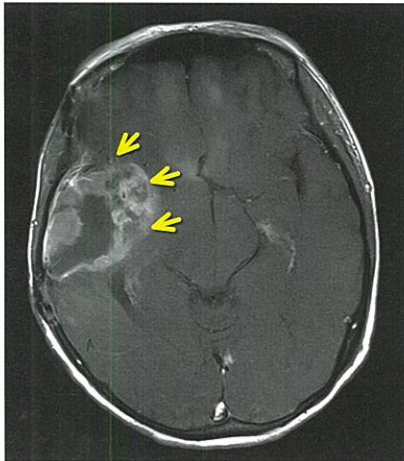


図3 再発時 MRI。摘出腔に腫瘍の再発を認める (矢印)

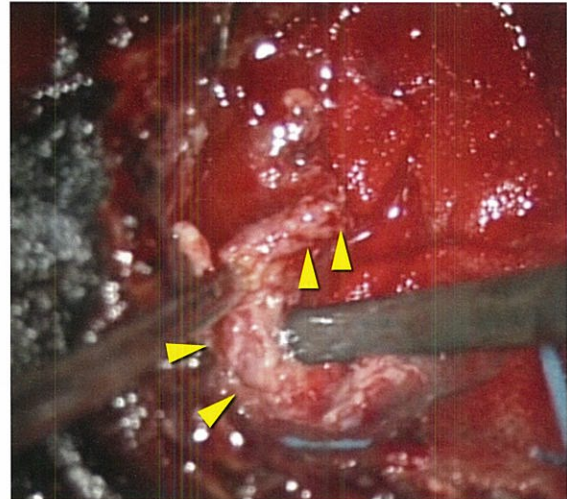


図4 中大脳動脈に沿って存在する腫瘍 (矢頭)

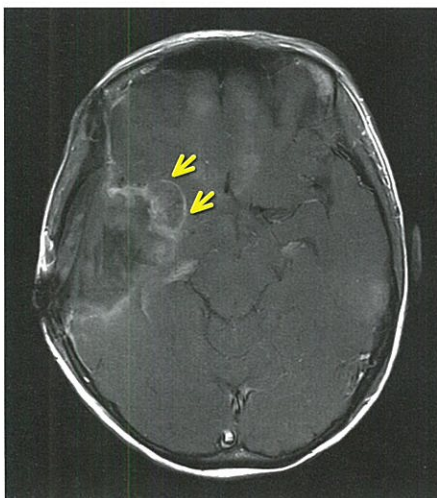


図5 再摘出術後 MRI。島限よりも深部に残存腫瘍を認める (矢印)