

他科の先生に
知って欲しい

豆知識・・・脳神経外科編⑩

膠芽腫について

岡山大学脳神経外科 助教 藤井 謙太郎



脳腫瘍は、大きく原発性脳腫瘍と転移性脳腫瘍とに分かれます。そのうち原発性脳腫瘍は頭蓋内に発生する新生物で、病理組織学および遺伝学的に細かく分類すると150以上の種類があります。原発性脳腫瘍と診断される患者さんは1年間に約2万人で、外来患者の画像精査により、時に脳腫瘍を疑う症例に遭遇することもあると思います。脳腫瘍には良性腫瘍と悪性腫瘍とに分類されますが、今回は悪性脳腫瘍の中で最も発生頻度が高く、日常診療で関わる可能性のある膠芽腫について少し触れたいと思います。

膠芽腫は原発性脳腫瘍の12%を占め、60代以降に発症することが多く、男性にやや多いと言われています。発症様式は様々で、麻痺による歩行障害、失語によるコミュニケーション能力の低下、記憶力の低下、さらにはてんかん発作など腫瘍が発生した部位によって多岐にわたる神経学的な症状を呈します。稀に無症状ながら偶然脳ドックで指摘されるケースもありますが、病状の進行が早くほとんどの場合で上記症状を発症し、医療機関を受診されます。診断には画像検査が必須で、MRIが特に有用です。

頭部MRIで膠芽腫と考えられた場合、原則としてなるべく早期に開頭腫瘍摘出術を行い、病理学的・遺伝学的に精査し確定診断します。膠芽腫と確定診断されたら後療法として放射線化学療法を行います。集学的治療を行っても生存期間の中央値は1.5～2年程度であり、非常に生命予後が悪いです。また治療後1年くらい経過すると多くのケースで再発がみられ、その後病変の増大に伴い神経症状が増悪し、ADLが低下していきます。膠芽腫の再発に対する確立した治療方法がないため、再発した時点で緩和医療への移行も念頭におかなければなりません。初回の手術で確定診断がついた段階で、少なくともご家族には早晚厳しい状況になる可能性が高いことをお話し、フォローアップMRIで再発を発見した際には、終末期をできるだけ穏やかに過ごしていただくために、かかりつけ医となっただけの先生や緩和医療を行ってくださる先生方にコンサルトし、対応をお願いしています。

このように膠芽腫の予後は依然として非常に厳しいのですが、本疾患の研究分野で、近年めざましい進歩が続いています。膠芽腫のメカニズム解明の一端として、多くの重要な遺伝子が次々に同定されており、2021年に改訂されたWHO分類では多くの腫瘍型の確定診断において、手術で得られた組織の病理組織診断に加え遺伝子変異を同定することが規定されました。また治療面では、多数のがん関連遺伝子の変異を一度に検出するがん遺伝子パネル検査が保険収載され、脳腫瘍においても盛んに行われています。これまでは治療を断念していたケースで新たな治療につなげることができる症例報告が蓄積されており、当科でも治療に進むことができた症例を複数経験しています。まだ多くの課題がありますが、今後さらにこの膠芽腫という非常に難しい疾患の解明が進み、予後の改善にもつながっていくと期待されています。当科では、膠芽腫について臨床はもちろんですが、研究についても精力的に行っております。患者さんがおられましたらいつでもご相談をいただけますと幸いです。