

ガンマナイフ治療最前線情報

平成26年6月発行 第18号

錐体斜台部髄膜腫の定位的放射線手術：多施設研究

Starke R, Kano H, Ding D, Nakaji P, Barnett GH, Mathieu D, Chiang V, Yu JB, Hess J, McBride HL, Honea N, Lee JY, Rahmathulla G, Evanoff WA, Alonso-Basanta M, Lunsford LD, Sheehan JP.

Stereotactic radiosurgery of petroclival meningiomas: a multicenter study.

J Neurooncol. 2014 May 13. [Epub ahead of print]

錐体斜台部髄膜腫は重要構造物に近接して局在するために治療が困難で、完全な手術摘出はしばしば重大な合併症をきたす。

この研究では、著者らは顕微鏡手術の補助的治療あるいは初期治療としてガンマナイフ放射線手術(GKRS)で治療された錐体斜台部髄膜腫の予後について評価している。

良性錐体斜台部髄膜腫の254人の患者の多施設研究が北アメリカガンマナイフ連合を通して行われた。140人の患者が初回放射線手術を、114人が手術後に放射線手術を受けた。

放射線手術後に腫瘍増大が無いこと、ならびに新たな神経症状の出現または悪化が無い予後良好の予測因子を確定するために多変量解析が用いられた。

平均観察期間71ヶ月（範囲6-252）において腫瘍体積は9%で増加し、52%で不変、39%で減少した。Kaplan-Meier保険数理無増大生存率は3,5,8,10および12年でそれぞれ97,93,87,84ならびに80%であった。

最終の臨床観察時において、患者の93.6%が神経学的に不変または改善をみとめたが、6.4%患者で症状の悪化を認めた。

良好な予後は患者の87%において得られ、多変量解析での予後良好の予測因子は、腫瘍体積が小さいこと(OR=0.92;95%CI0.87-0.97,P=0.003)、女性(OR0.37;95%CI0.15-0.89,P=0.027)、

先行放射線治療を受けてないこと(OR0.03;95%CI0.01-0.36,P=0.006)、ならびに最大線量が低いこと(OR0.92;95%CI0.96-0.98,P=0.010)であった。

錐体斜台部髄膜腫のGKRSは、ほとんどの患者で神経学的な温存と高率な腫瘍制御が得られた。

再発神経膠芽腫に対する救済的ガンマナイフ放射線手術後の臨床予後

Larson EW, Peterson HE, Lamoreaux WT, MacKay AR, Fairbanks RK, Call JA, Carlson JD, Ling BC, Demakas JJ, Cooke BS, Lee CM.

Clinical outcomes following salvage Gamma Knife radiosurgery for recurrent glioblastoma. World J Clin Oncol. 2014 May 10;5(2):142-148.

多型神経膠芽腫(GBM)は。機能的に最も高い患者に対しても生存予後が14から16ヶ月で、最も一般的な悪性原発脳腫瘍である。積極的で複合的な先進的治療にもかかわらず、GBMsのほとんどは、およそ6ヶ月以内に再発する。再発GBMs(rGBM)に対する救済的治療選択は懸命に取り組むべき研究分野である。

この研究では、ガンマナイフ放射線手術(GKRS)による救済治療後の最近の生存率とQOL予後を比較する。

悪性グリオーマに対する救済治療としてGKRSを行った研究をPubMed検索した結果、2005年から2013年7月までにrGBMの治療を評価した9篇の論文を認めた。

この調査で著者らは、診断後の全生存、救済治療後の全生存、無増悪生存、再発までの期間、局所腫瘍制御、ならびに有害放射線事象について比較している。

この報告ではrGBMの患者集団のみに対する結果を論じ、他の腫瘍組織分類が混在した集団については行っていない。

9つの研究報告すべてで、全生存率の中央値(診断からの期間、範囲16.7-33.2ヶ月;救済治療から、範囲9-17.9ヶ月)を報告していた。3つの研究では、無増悪生存中央値(範囲4.6-14.9ヶ月)を確認していた。2つでは、GBMの再発までの期間の中央値を示していた。2つは、局所腫瘍制御を議論していた。6つの研究では、有害放射線事象(範囲:患者の0%-46%)を報告していた。

生存に関する最も大きな優位性は、摘出術やベバシズマブのような他の治療とともに GKRS 救済を受けた患者においてみられ、このことは症例毎に適切に計画された複合的な治療が個々の rGBM 患者で考慮されるべきであることを示している。

しかしながら、選択バイアスの可能性が否定される前に rGBM に対する GKRS をテストするための無作為臨床試験が必要である。

~~~~~メモ~~~~~

もみのき病院 高知ガンマナイフセンター

〒780-0952 高知県高知市塚ノ原6-1

TEL : (088) 840-2222

FAX : (088) 840-1001

E-mail : mail@mominoki-hp.or.jp

URL: <http://mominoki-hp.or.jp/>

担当医 : 森木、山口      事務担当 : 萩野