

悪性神経膠腫治療 最新の話 ー術後の治療についてー

(文責 脳神経外科 岸 陽、高橋潤)

悪性神経膠腫は非常に予後不良で、治癒を目指すことが現時点ではできない疾患です。治癒が望めない以上、悪性神経膠腫症例の治療の目標は、QOLを維持したままで出来るだけ長く生きていただくこととなります。すなわち腫瘍の可及的摘出、放射線化学療法、再発時化学療法など積極的な治療を行うと同時に、患者さんの performance status (PS) を低下させないことが重要となります。

悪性神経膠腫の治療に関して、今年ひとつの朗報がありました。経口抗悪性腫瘍剤であるテモゾロミドが本年7月に本邦でも認可され、当院でも10月から投薬可能となりました。テモゾロミドは1999年米国で初めて認可され、以後世界約80カ国で承認されているアルキル化剤で、新規に診断された神経膠芽腫に対する放射線との併用療法は有意な予後の改善が認められております。EORTC/NCICは放射線療法単独例とテモゾロミドの放射線併用療法例を比較し、生存期間中央値12.1ヶ月→14.6ヶ月、2年生存率10%→27%と有意な改善を報告しています。効果に加え、経口薬剤であるため外来での処方が可能なこと(すなわち入院の必要性がないこと)、副作用が比較的少ないことなどからもテモゾロミドが悪性神経膠腫に対する標準治療薬となっていくと予想されます。ただし、テモゾロミド+放射線治療の有効性はO6 methylguanine-DNA methyltransferase (MGMT)の活性の有無が関与しており、MGMTの高発現例やMGMTのプロモーターの非メチル化例では効果が低く、テモゾロミドの使用を控えるべきかどうかも含めて今後の臨床試験の結果が待たれます。また患者さんの状態が少し悪化しても入院せずに在宅治療を続けられるテモゾロミドを最初に使用するのが適切かどうかは症例ごとに熟慮されるべきです。したがってテモゾロミドが悪性神経膠腫に対する絶対的の第1選択薬剤と考えるよりも、悪性神経膠腫に対する治療の選択肢がひとつ増えたと考えるべきでしょう。

当科では、患者さんのPSを維持しながら治療を続けるために、覚醒下手術、術中モニタリングを用いて極力神経症状を出さないこと、副作用を極力少なくするよう多剤低用量化学療法の施行など、手術および後治療を一貫した形で行っております。当科およびその関連施設で97例の神経膠芽腫に対して術後VCR/ACNU/Carboplatin/IFN- β +放射線治療を行い、生存期間中央値16ヶ月でした。EORTC/NCICの臨床試験573例と比べて小規模でありエビデンス・レベルは低いですが、テモゾロミドと匹敵する或いはそれ以上の成績を示しております。

悪性神経膠腫はまだまだ予後の改善が望まれる疾患のひとつです。今後も患者さんのQOLを念頭において悪性神経膠腫の治療に励んでまいります。皆様のご協力のほど宜しくお願いいたします。