

Kommentar

Vanligvis god prognose ved meningeomer

Meningeomene utgjør 25 % av de primære intrakraniale svulstene (1). Forekomsten øker jevnt med alderen, med overvekt av kvinner (kvinne/mann = 1,7/1). Meningeomene oppstår fra araknoidale celler i dura mater. Dura er vanligvis infiltrert av svulsten, av og til også tilgrensende deler av kraniet. De fleste meningeomer har et subaraknoidalt lag mellom seg og hjernen og infiltrerer ikke hjernen, men skyver den foran seg under veksten. Meningeomene vokser vanligvis svært langsomt. Hjernen kan derfor adaptere seg til svulstens vekst, noe som kan forklare hvorfor pasientene kan ha appelsinstore svulster før de får så klare symptomer at tilstanden diagnostiseres. Radiologisk ser man typisk en homogent kontrastoppladende svulst med bred anleggsflate mot dura/skallen og med god avgrensning mot hjernevevet.

Symptomgivende meningeomer behandles nevrokirurgisk. Ved operasjon tilstreber man radikal fjerning, noe som oftest er mulig ved meningeomer på hjernens konveksitet, falx cerebri, laterale kilebeinsvinge eller frontobasalt. Radikal operasjon kan være vanskeligere eller umulig ved meningeomer som affiserer sinus sagittalis, den cerebellopontine vinkel, sinus cavernosus eller clivus, idet svulstene kan vokse rundt viktige blodkar og hjernenerver.

Etter makroskopisk radikal operasjon får ca. 10 % av pasientene likevel residiv innen ti år, og ved subtotal reseksjon vil mer enn 50 % få betydelig vekst av restsvulsten innen ti år. Pasienter som er radikaloperert, skal ikke gis postoperativ strålebehandling. Etter subtotal reseksjon bør man overveie stereotaktisk ekstern bestråling av restsvulst. Konvensjonell bestråling kan også gis ved restsvulst, men grunnet økende erkjennelse av senskader ved denne form for bestråling, foretrekker vi stereotaktisk fremfor konvensjonell bestråling når dette er mulig. Ved atypiske og anaplastiske meningeomer er residivfrekvensen betydelig hyppigere, og derfor er man mer liberal med stråleterapi.

Generelt har pasienter med intrakranielt meningeom en god prognose sammenliknet med andre pasienter med intrakraniell svulst (2). Prognosen for pasienter med meningeom avhenger mest av svulstlokalisasjon (jf. over) og histologi. Meningeomene er hos 92 % av pasientene godartede, mens de hos de resterende 8 % er atypiske eller anaplastiske. Atypiske og anaplastiske meningeomer har et mer malignt vekstmønster enn de vanlige meningeomene, og de har derfor en betydelig dårligere prognose. Meningeomer metastaserer svært sjelden. Pasienten

med metastaserende meningeom som i dette nummeret av Tidsskriftet rapporteres av Anne Vik og medarbeidere fra St. Olavs Hospital, representerer således en sjelden variant av en relativt hyppig forekommende intrakraniell svulst (3).

Eirik Helseth

eirik.helseth@rikshospitalet.no

Torstein Meling

Nevrokirurgisk avdeling
Rikshospitalet-Radiumhospitalet
0027 Oslo

*Manuskriptet ble godkjent 16.8. 2006.
Medisinsk redaktør Elisabeth Swensen.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Johannesen TB, Angell-Andersen E, Tretli S et al. Trends in incidence of brain and central nervous system tumors in Norway 1970–1999. *Neuroepidemiology* 2004; 23: 101–9.
2. Helseth E, Meling T, Lunder T et al. Intrakranielle svulster hos voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 456–61.
3. Vik A, Kvikstad A, Unsgård G et al. 54 år gammel mann med stor subkutan hevelse over vertex og fokale epileptiske anfall. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2386–7.