

ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΣΦΡΗΤΙΚΟ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ ΚΑΙ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Σκαφίδας Κωνσταντίνος

Νευροχειρουργική Κλινική METROPOLITAN HOSPITAL & CRETA INTERCLINIC

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα μηνιγγιώματα είναι όγκοι που αναπτύσσονται από κύτταρα της αραχνοειδούς μήνιγγας και αποτελούν το 15% - 35% των πρωτοπαθών όγκων εγκεφάλου και το 25% των όγκων του νωτιαίου μυελού. Κατά το σύστημα ταξινόμησης του ΠΟΥ αναγνωρίζονται 15 υποτύποι μηνιγγιώματος που είναι οργανωμένοι σε τρεις βαθμίδες που αντικατοπτρίζουν το ρυθμό ανάπτυξης και την πιθανότητα υποτροπής με βάση κυτταρολογικά χαρακτηριστικά.

World Health Organization (WHO) Meningioma Classifications

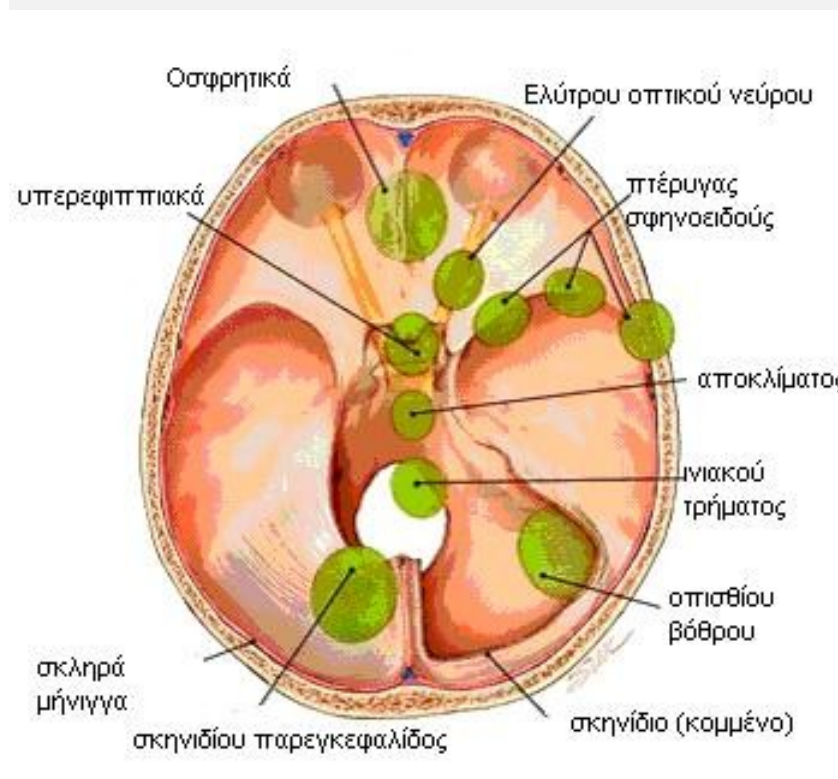
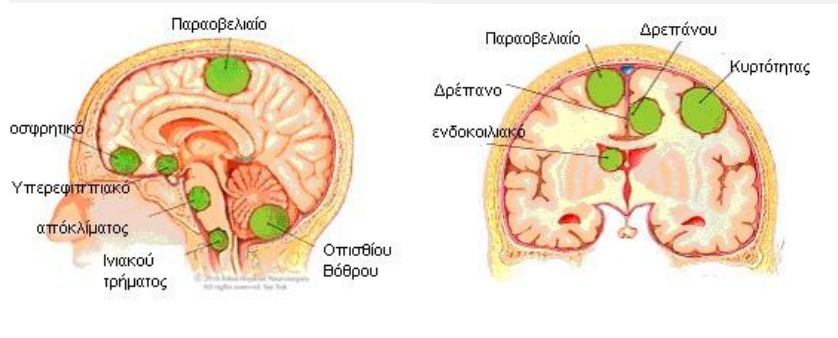
WHO Grade I Καλοήγη (78-81%)	WHO Grade II Άτυπα (15-20%)	WHO Grade III Κακοήγη (1-4%)
Meningiothelial	Chordoid	Papillary
Fibrous (fibroblastic)	Clear Cell	Rhabdoid
Transitional (mixed)	Atypical	Anaplastic
Psammomatous		
Angiomatous		
Microcystic		
Secretory		
Lymphoplasmacyte-rich		
Metaplastic		

Επειδή τα μηνιγγιώματα είναι όγκοι που συνήθως αναπτύσσονται αργά μπορεί να μην εμφανιστούν συμπτώματα μέχρι να αυξηθούν σημαντικά σε μέγεθος. Ορισμένα μηνιγγιώματα παραμένουν ασυμπτωματικά και αποκαλύπτονται στα πλαίσια τυχαίου ελέγχου. Τα συμπτώματα και τα σημεία που εμφανίζονται είναι συνάρτηση της θέσης και του μεγέθους του όγκου. Τέτοια είναι:

- Κεφαλαλγία
- Επιληπτικές κρίσεις
- Αλλαγή στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά
- Προοδευτικό εστιακό νευρολογικό έλλειμμα
- Σύγχυση
- Υπνηλία
- Απώλεια ακοής ή εμβοές
- Μυϊκή αδυναμία

- Ναυτία ή έμετος
- Οπτικές διαταραχές

Οι συνήθεις εντοπίσεις των μηνιγγιωμάτων δίνονται σχηματικά:

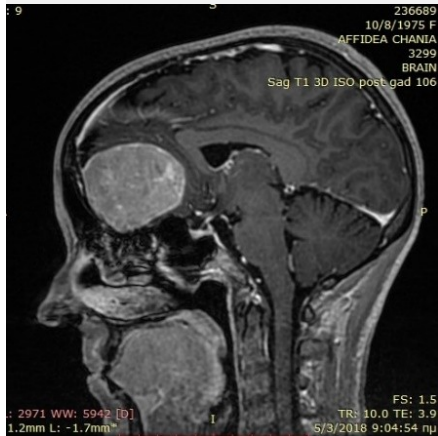


Η αντιμετώπιση του μηνιγγιώματος περιλαμβάνει την χειρουργική εκτομή και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία σε υποτροπή μηνιγγιωμάτων Grade II ή σε κακοήθη.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Εδώ θα παρουσιάσουμε την περίπτωση μιας γυναίκας 43 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό που παρουσίασε συμπτώματα ελάττωσης της όσφρησης και παροσμίας. Η MRI εγκεφάλου κατέδειξε ευμέγεθες οσφρητικό μηνιγγίωμα (Εικ.1 & 2). Η ασθενής υπεβλήθη σε ολική χειρουργική εξαίρεση του μηνιγγιώματος με κρανιοτομία (Εικ.3 & 4). Η μετεγχειρητική MRI εγκεφάλου αποκαλύπτει πλήρη εξαίρεση του μηνιγγιώματος. Δυο έτη αργότερα η ασθενής παρουσίασε αδυναμία κάτω άκρων με αισθητικό επίπεδο Θ4 και πυραμιδική σημειολογία κάτω άκρων. Η MRI ΘΜΣΣ αποκάλυψε μηνιγγίωμα στο ύψος του

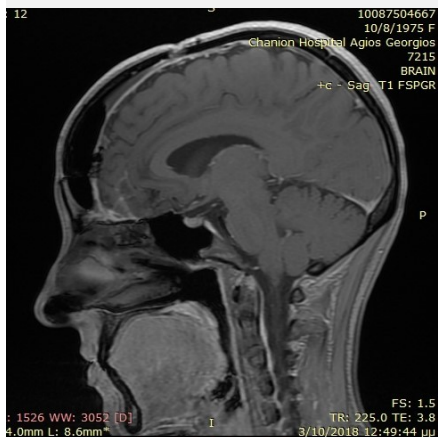
Θ4-Θ5 (Εικ.5). Έγινε χειρουργική εξαίρεση του μηνιγγιώματος με θωρακική πεταλεκτομή Θ4 & Θ5. Η μετεγχειρητική MRI ΘΜΣΣ επιβεβαιώνει την ολική εξαίρεση του μηνιγγιώματος (Εικ.6).



Εικ.1



Εικ.2



Εικ.3



Εικ.4



Εικ.5



Εικ.6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν χωρίς επιπλοκές και στις δυο επεμβάσεις και μετά από ολιγοήμερη νοσηλεία εξήλθε του νοσοκομείου περιπατητική και χωρίς νευρολογικό έλλειμμα. Η ιστολογική εξέταση απεκάλυψε ψαμμωματώδες μηνιγγίωμα

Grade I κατά WHO με ήπια πυρηνική ατυπία και πολυμορφία, χαμηλή μιτωτική δραστηριότητα χωρίς νεοπλασματική νέκρωση και δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki67 2-3% των νεοπλασματικών κυττάρων. Τρεις μήνες μετά το χειρουργείο της ΘΜΣΣ, έγινε έλεγχος του άξονα εν συνόλω χωρίς να προκύψει εικόνα υποτροπής ή εντοπισμός μηνιγγιώματος σε άλλη θέση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα πολλαπλά μηνιγγιώματα ορίζονται από την παρουσία τουλάχιστον δυο βλαβών που εμφανίζονται ταυτόχρονα ή όχι σε διαφορετικές τοποθεσίες, χωρίς τη συσχέτιση της νευροϊνωμάτωσης. Αποτελούν το 1-9% των περιστατικών με μηνιγγιώματα και κυρίως αφορούν γυναίκες. Υπάρχουν δυο κύριες υποθέσεις για την ανάπτυξή τους: 1) Ανεξάρτητη εξέλιξη αυτών των όγκων και 2) Διασπορά των κυττάρων του όγκου ενός μονοκλωνικού μετασχηματισμού μέσω εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Η μετάλλαξη του γονιδίου NF2 είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου στην δημιουργία πολλαπλών μηνιγγιωμάτων και ορισμένοι εξωγενείς παράγοντες έχουν αναφερθεί, αλλά έχει αποδειχθεί μόνο η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία. Οι ιστολογικοί τους τύποι είναι παρόμοιοι με μηνιγγιώματα ψαμμοματώδους, ινοβλαστικού, μηνιγγοθηλιακού ή μεταβατικού τύπου και στις περισσότερες περιπτώσεις είναι καλοήθεις όγκοι. Η πρόγνωση αυτών των όγκων είναι τελικά καλή και δεν διαφέρει από τα άλλα μηνιγγιώματα, εκτός από τις περιπτώσεις πολλαπλών μηνιγγιωμάτων που προκαλούνται από ακτινοβολία, στα πλαίσια του NF2 ή όταν διαγνωσθεί σε παιδιά όπου η έκβαση είναι λιγότερο καλή. Κάθε μηνιγγίωμα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή βλάβη και ο πολλαπλός χαρακτήρας τους δεν δικαιολογεί εν συνόλω την εκτομή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cushing H, Eisenhardt L. Meningiomas: their classification, regional behaviour, life history and surgical end results. Springfield: Charles C. Thomas, 1938:115-132.
2. Butti G, Assietti R, Casalone R, Paoletti P. Multiple meningiomas: a clinical, surgical and cytogenetic analysis. *Surg Neurol* 1989;31:255-260
3. Sheehy JP, Crockard HA. Multiple meningiomas: along-term review. *J Neurosurg* 1983;59:1-5.
4. Tsermoulas G, Turel MK, Wilcox JT, Shultz D, Farb R, Zadeh G, Bernstein M. Management of multiple meningiomas. *J Neurosurg.* 2018 May;128(5):1403-1409. doi: 10.3171/2017.2.JNS162608. Epub 2017 Jul 21
5. Chamoun R, Krisht KM, Couldwell WT. Incidental meningiomas. *Neurosurg Focus.* 2011;31:E19.
6. Huang H, Buhl R, Hugo HH, Mehdorn HM. Clinical and histological features of multiple meningiomas compared with solitary meningiomas. *Neurol Res.* 2005;27:324-32.
7. Sughrue ME, Rutkowski MJ, Aranda D, Barani IJ, McDermott MW, Parsa AT. Treatment decision making based on the published natural history and growth rate of small meningiomas. *J Neurosurg.* 2010;113:1036-42

