

率はG1で平均1.2,このうち10ヵ月後再発した症例では7.2であった。髄膜腫の再発予測を評価するうえで、G2とG3では核分裂数の計測が、G1ではKi-67標識率が最も有用な因子であった。

### 3. 無症候性脊髄神経鞘腫の画像および手術所見の比較検討

(東京女子医科大学<sup>1</sup>画像診断・核医学科,<sup>2</sup>脳神経外科)

松尾有香<sup>1</sup>・佐々木寿之<sup>2</sup>・阿部香代子<sup>1</sup>・  
小野由子<sup>1</sup>・坂井修二<sup>1</sup>・岡田芳和<sup>2</sup>

症例は40代の男性で、検診にて縦隔腫瘍を指摘された。他院のCTにて、脊柱管内から後縦隔に達する腫瘍を認め、加療目的に当院脳外科へ紹介された。神経所見に異常は認めなかった。

単純写真では左肺門および後縦隔に重なる腫瘍が認められた。MRIにて、第7～8胸椎レベルで脊柱管や椎間孔は拡大し、脊柱管内から後縦隔にかけて境界明瞭な腫瘍がみられた。T2強調像にて腫瘍と脊髄の間に線状の低信号域がみられ、CTでは硬膜外脂肪の拡大がみられた。以上の所見や腫瘍の性状より、脊柱管内の硬膜外から後縦隔にかけて存在する神経鞘腫と考えられた。術中所見より、脊柱管内の腫瘍は硬膜外のみ存在したことが示され、病理にて神経鞘腫と診断された。

脊柱管内の腫瘍に於いて硬膜内成分の有無を確認することは、その後の手術にも影響を与える可能性がある。単純写真やCT, MRIはそれぞれ腫瘍の特徴を示し、腫瘍の存在部と進展範囲について正確な情報を提供できると考えられた。

### 4. 頭蓋外伸展をきたした後頭蓋窩血管周皮腫の1例

(<sup>1</sup>東京女子医科大学脳神経外科,<sup>2</sup>東京都神経研  
臨床神経病理,<sup>3</sup>東京女子医科大学病理学第一講  
座)

田中雅彦<sup>1</sup>・  
小森隆司<sup>2</sup>・澤田達男<sup>3</sup>・乙供大樹<sup>1</sup>・  
村垣善浩<sup>1</sup>・丸山隆志<sup>1</sup>・岡田芳和<sup>1</sup>

頭蓋内血管周皮腫は全国脳腫瘍統計報告によると、原

発生脳腫瘍の0.2%と稀な脳腫瘍である。5年生存率は90%と比較的予後はよいが10年再発率が50%と再発率も高く、頭蓋外に伸展する例や肺や肝臓など多臓器に転移する例もあり治療に難渋することも多い。今回、我々は後頭蓋窩に原発し頸静脈孔を通して頭蓋外に伸展する血管周皮腫の1例を経験した。本症例は、発症後12年を経過しており、頭蓋内腫瘍摘出術を計5回、定位放射線治療を計4回施行、残存病変はあるものの急速な増大なくコントロールできている。

今後の問題点として、再発(再増大)時に選択すべき治療方針がある。選択枝として、外科的摘出術、定位放射線治療、化学療法、分子標的療法などが考えられる。手術的摘出以外に確たる治療法がなく各症例に応じた治療法の選択が重要である。

### 5. 骨軟部悪性腫瘍手術における神経温存の適応について

(東京女子医科大学整形外科)

萩原洋子・加藤義治

整形外科で扱う骨軟部悪性手術は、腫瘍広範切除を行うことが標準的治療法である。切除縁を確保するために、神経合併切除を行うことも少なくない。しかし、神経合併切除を行った場合、再建術での患肢温存を行うことにおいては温存肢の機能は悪くADLは低くなる。神経温存を行った場合は温存肢の機能はよいが、切除縁が確保できていない場合には再発の危険性が高くなる。

骨軟部腫瘍手術での腫瘍近傍の神経の取り扱いについては、腫瘍の悪性度が最も重要な判断材料となる。高悪性度腫瘍の場合は、神経が犠牲になる合併切除を行う。最近では、神経温存のためにアルコールを使用した術中処置も行われているが、症例は限られたものとなっている。また、神経温存のために、手術ではなく重粒子治療を行う症例もある。

神経温存の可能である症例や、神経切除を行う症例、神経の再接着を行った症例などを提示する。