す腫瘍細胞の起源が共通なものであるのか否かが本例の問題点である．具体的には，①上衣腫に肉腫様分化を伴ったもの，②上衣腫と髄膜腫が合併したもの，などが考えられるが結論を得ていない．両説について若干の文献的考察を加えて検討する．

3．20年の経過で再発したanaplastic astrocytomaの一例

岡野美津子，塚田　晃裕，塚原　隆司
（北信総合病院　脳神経外科）

【目　的】 放射線壊死巣に対する経過観察中に再発が確認され，早期に摘出手術を施行しえたanaplastic astrocytomaの一例を経験したので報告する．【症　例】59歳男性，1990年11月Jacsonian seizureで発症し，1991年3月にfrontoparietal内側面のGd（＋）lesionに対し腫瘍摘出術を施行（病理診断：Anaplastic Astrocytoma Gr 3）した．後療法として放射線療法（拡大局所60Gy）及び化学療法（CDDP＋MCNU 4クール）施行．2009年8月MRIで腫瘍摘出部に一致して淡いGd（＋）lesionが出現した．同部はFDG-PETで核種の集積を認めず，radiation necrosisと診断し，ステロイド内服治療を継続していたが，2010年1月のMRIでGd増強効果の亢進とperifocal edemaの進行を認め，FDG-PETで核種の集積を強く認めるようになった．Gliomaの再発と診断し，同年2月腫瘍摘出術を施行した．病理診断にてSecondary glioblastoma（MIB-1 24.9％）と診断された．

4．HIV抗体検査が頭蓋内占拠性病変の診断に有用であった1症例

川島　隆弘，大谷　敏幸，笹口　修男
栗原　秀行（独立行政法人　国立病院機構
高崎総合医療センター　脳神経外科）
合田　　史　　（同　総合診療科）

症例は56歳男性，来院1か月前より頭痛，疲労感あり，しばしばおかしな言動を認めていた．家族の勧めで4月1日，近医受診，精査加療目的に入院．入院時より38°C台の発熱を認めた．意識障害も出現し，造影MRIにて多発性頭蓋内占拠性病変を指摘され4月9日当院脳神経外科紹介受診．入院時JCS20程度の意識障害，左片麻痺を認めた．入院時スクリーニング検査でHIV陽性が判明したため，頭蓋内病変の確定診断をつけるため4月12日定位的脳生検術施行．病理で虫体は確認されなかったが，壊死性脳炎の所見あり，トキソプラズマ脳症の診断でサルファ剤の投与が開始され，意識障害，麻痺の改善，病変の縮小がみられた．

HIV感染症は本邦ではまだ日常診療で出会う機会は多くないが，当院では，手術目的の入院時スクリーニング検査としてほぼ全例に抗体検査を実施しており，来院後早期に診断の確定，および治療方針の決定に結びつき有用であった．

5．術前診断，術中診断，病理診断において解離を認めた3症例

清水　暢裕，橋本　幸治，八木　　貴
八木　伸一，井上　　洋，卯木　次郎
清水　庸夫
（関東脳神経外科病院　脳神経外科）

当院では脳腫瘍性症例に対しては全例に術前MRI（T1, T1(E), T2, FLAIR, DWI, MRS），CTを行っている．しかしながらこれらの情報を統合しても，診断に苦慮する症例が少なからず存在し，術前診断，術中診断，病理診断の解離が認められる事がある．

当院で行った脳腫瘍症例において術前，術中，病理診断において解離を認めた3症例を提示し検討した．

症例1　60歳女性 左前頭葉腫瘍
症例2　26歳女性 右前頭葉腫瘍
症例3　55歳男性 右側頭葉腫瘍

6．頸静脈孔内の摘出に苦慮した髄膜腫の一例

田中　志岳，富田　庸介，黒崎みのり
甲賀　英明
（公立藤岡総合病院　脳神経外科）

【症　例】 41歳女性．無症候性左小脳橋角部髄膜腫．【病　歴】 2004年MRIにて左小脳橋角部腫瘍ありとの記載．2009年3月人間ドックにて病巣指摘され，10月当科受診．［腫瘍径21.5×14.5×19.5mm］本人の手術希望強く，2010年1月21日治療目的に入院．【治　療】 2010年1月26日Lt. lateral suboccipital approachにて摘出術施行（顔面神経モニターを行い，内視鏡（Free Hand）にて観察を行い，顕微鏡下に可及的に摘出）．【所　見】 性状は軽度の出血性を示すPinkish GrayでSoftな腫瘍．発生母地は内耳道と頸静脈孔の中間点．内耳道内には伸展しておらずCNVII-VIIIとは分離可能．CNXIとは軽度の癒着はあったものの剝離可能．頸静脈孔では硬膜の肥厚と一部腫瘍の伸展があった．【組　織】 Meningothelial Menigioma：MIB-1 index 1.8％ 【経　過】 術後の神経脱落症状なく2月4日独歩自宅退院．本症例は若く，全摘（Simpson Grade Ⅰ or Ⅱ）をすべきものである．顕微鏡下にはGrade Ⅱと言ってもよいような顕微鏡所見ではあるが，内視鏡で観察すると頸静脈孔に一部硬膜肥厚像と腫瘍成分と思われる所見があり，焼灼をしたものの摘出ではない為Grade Ⅳの摘出とした．このような場合どのように処置するのが最善の策なのか諸先輩から御意見を伺いたく症例を提示する．