IBTA e-News 国際脳腫瘍ネットワーク 月刊ニュースレター

2026 年 10 月号

目次

【治療ニュース】
- ESTRO のレビュー報告：脳腫瘍における再照射の役割
- 地方における脳腫瘍外科治療の改善が必要であることが研究により判明
- グレード 4 の神経膠腫の長期生存者を対象とした研究で、安定した神経認知機能障害が確認された

【研究ニュース】
- さまざまな種類の神経膠腫において、身体状態が生活の質（QOL）の重要な要因であることが明らかになった
- FET-PET 検査の陽性所見は発作と関連していることが研究で判明
- 術中腫瘍組織の鑑別に関する新たなアプローチ
- 第 1 相試験で、再発性悪性神経膠腫に対する CAR-T 細胞の安全性が確認される
- 小児中枢神経系腫瘍および DIPG を対象とした sotigalimab の第 1 相試験報告
- IDH 変異を有する腫瘍サンプルの解析により、分岐した進化が明らかになった

【脳転移ニュース】
- 埋め込み型放射性コラーゲンタイルが脳転移患者の生存率を改善
- 脳転移患者を対象とした個別化薬剤スクリーニング：EViDENCE BM 試験
- 分割ステレオタクティック放射線手術により、脳転移切除後の腫瘍制御率が向上することが研究により明らかとなった
- 定位放射線手術が全脳照射に比べて生存期間を著しく延長することが研究により判明

【企業ニュース】
- MimiVax、SurVaxM の第 2b 相試験の結果を発表
- MEDSIR、軟髄膜転移に対するパトリツマブ・デルクステカンの TUXEDO-3 試験の結果を発表

【会議とイベント】
- 患者および地域向け会議・イベント 2026 年
- 学術会議 2026 年

【治療ニュース】

ESTRO のレビュー報告：脳腫瘍における再照射の役割

脳腫瘍の再発に対する治療選択肢として、再照射がますます広く用いられるようになっています。
しかし、腫瘍の再発パターンによって最適な再照射線量や照射スケジュールを決定することが困難であり、その結果として再照射を支持するエビデンス（科学的根拠）は限られています。

この問題に対処するため、欧州放射線治療・腫瘍学会（ESTRO）の中枢神経系（CNS）グループは、以下の点に焦点を当てて脳腫瘍の再照射に関するエビデンスをレビュー（検証）しました。

- 患者の選定
- 分割照射
- 技術的検討事項
- 治療の安全性

研究著者らは、**髄膜腫・上衣腫・脳転移・下垂体神経内分泌腫瘍**といった一部の腫瘍タイプについては、再照射が「選別された患者において有意義な疾患制御をもたらす実行可能な方法である」と結論付けました。
腫瘍の体積や部位が適切である場合、定位放射線治療法は有効性と副作用のバランスを適切に保つことができるようです。
しかし研究著者らは、再照射により「放射線壊死」のリスクが高まる可能性があり、それが臨床的に重大な問題となり得る点も指摘しています。
彼らは、再照射の安全性と有益性に関するさらなるエビデンスを得るためには、適切に設計された前向き研究が必要であると提言しています。
詳細はこちら

地方における脳腫瘍外科治療の改善が必要であることが研究により判明

アメリカの人口の約 20%は地方（農村部）に住んでおり、これが脳腫瘍の診断に必要な専門医療へのアクセスを制限している可能性があります。
医療の質低下につながる要因を特定するため、米国ニューヨーク州の農村地域において、脳腫瘍手術後の経過（転帰）に関する過去 10 年間にわたる調査が最近実施されました。
この 10 年間で農村部の人口は減少した一方で、脳神経外科医療の利用は増加していました。また、農村部の患者は白人の割合が高く、所得水準が低い傾向にあることが判明しました。
農村部の住民は、非農村部の住民と比較して、手術のための入院において以下のような傾向が見られました。

- 死亡率が高い
- 在院期間が長い
- 退院後の救急受診回数が多い

人口減少に伴う社会的支援の不足や、農村部における専門医療へのアクセスが限られていることが、これらの結果の理由として挙げられています。
著者らは、こうした医療格差を縮小するために、「遠隔医療の拡大、紹介ネットワークの構築、アウトリーチ・プログラム（出張診療や地域支援活動）の展開」など、脳腫瘍患者に対する外科的ケアを改善する機会を提示しています。

グレード 4 の神経膠腫の長期生存者を対象とした研究で、安定した神経認知機能障害が確認された

神経認知機能障害は、脳腫瘍を乗り越えた生存者にとって重大な懸念事項です。
神経認知機能障害が時間の経過とともにどのように変化するかをより深く理解するため、EORTC ETERNITY レジストリ（患者登録データベース）に登録された生存期間 5 年以上の患者に対し、6 か月ごとに標準化された神経認知機能検査を受けるよう依頼しました。
その結果、患者の 78%に認知機能障害が認められました。生存期間と認知機能との間には関連性が認められず、これは認知機能障害が研究に参加する前にすでに生じていたことを示唆しています。また、研究期間を通じて、認知機能障害は比較的安定した状態を維持していました。

左脳および側頭葉に病変が認められた患者では、より重度の神経認知機能障害が観察されました。
分子生物学的な特徴も神経認知機能に影響を及ぼしていました。

- **メチル化された腫瘍**を持つ患者：時間の経過とともにわずかな低下が見られた
- **メチル化されていない腫瘍**を持つ患者：時間の経過とともにわずかな改善が見られた
- **IDH 変異**を持つ患者：IDH 野生型腫瘍を持つ患者と比較して、認知検査の成績がわずかに劣っていた

本研究の結果は、生活の質（QOL）を最適に維持するために、グレード 4 の神経膠腫（グリオーマ）の長期生存者における神経認知機能の継続的な評価と管理が必要であることを強調しています。詳細はこちら

【研究ニュース】

さまざまな種類の神経膠腫において、身体状態が生活の質（QOL）の重要な要因であることが明らかになった

神経膠腫（グリオーマ）のタイプによる健康関連の生活の質（HRQoL）の違いについて、最近の研究では「タイプ間で時間の経過に伴う生活の質に違いがあるかどうかは不明である」と指摘されています。
本研究では、16 件の臨床試験から得られた分子サブタイプ別のデータを分析し、腫瘍の種類によって生活の質に違いがあるかを検証しました。
治療前の評価時点では、腫瘍のタイプによる生活の質の差は見られませんでしたが、手術後 3 ヶ月の時点ではいくつかの重要な違いが認められました。

- **膠芽腫（こうがしゅ）の患者**：星細胞腫やオリゴデンドログリオーマの患者と比較して、身体的・社会的・役割関連の生活の質が劣っていました。
- **IDH 変異陽性の腫瘍**：膠芽腫と比較して、いくつかの項目でより悪い結果と関連していました。

しかし、患者の臨床的な要因（身体の状態など）を分析に加えると、腫瘍タイプによる生活の質の差はほとんど見られなくなりました。
それぞれの腫瘍タイプ、および全体を通して生活の質に最も大きな影響を与えていた要因は「身体機能」でした。この結果は、腫瘍の種類そのものは生活の質とあまり関係がなく、むしろ「身体機能」こそが生活の質を決定する最も重要な要素であることを示しています。
研究著者らは、「したがって、患者への生活サポート（支持療法）は腫瘍の種類だけに焦点を当てるのではなく、患者一人ひとりの身体の状態に合わせて行われるべきである」と結論付けています。

FET-PET 検査の陽性所見は発作と関連していることが研究で判明

発作（てんかん発作）は、びまん性低悪性度グリオーマ（LGG）において最も一般的な症状です。
手術前に FET-PET（フルオロエチル-L-チロシン陽電子放出断層撮影）検査を受けた LGG 患者を対象に、過去のデータを調べる研究（後ろ向き検討）が行われ、検査結果と発作との間に関連があるかが調査されました。
FET-PET 検査とは、放射性アミノ酸トレーサー（18F-FET）を用いて脳腫瘍の代謝活動を評価する脳の画像診断法です。
調査の結果、次のような傾向が明らかになりました。

- **18F-FET の取り込みが認められた患者**：73%が手術前に発作を起こしていた
- **18F-FET の取り込みが認められなかった患者**：60%は初診時に発作を起こしていなかった

手術前の FET 取り込みは、LGG において最初に現れる症状としての発作と、独立して有意に関連していることが判明しました。なお、腫瘍の位置や、発作が起きてから検査を受けるまでの経過時間は、これらの結果に影響を及ぼしませんでした。

これらの知見は、アミノ酸の取り込み増加が、代謝が活発で発作を引き起こしやすい（てんかん原性を持つ）腫瘍であることを示している可能性を示唆しています。
さらなる研究が必要ですが、LGG に対する FET-PET の活用は、腫瘍の増殖や発作につながる複雑な仕組みについて、新たな解明をもたらす可能性があります。本研究報告はこちらで閲覧できます。

術中腫瘍組織の鑑別に関する新たなアプローチ

手術中に腫瘍組織と正常な非腫瘍組織を迅速かつ正確に見分けることは、適切な手術方針を決定するうえで非常に重要です。
最近開発された「アンビエントイオン化質量分析法（AIMS）」という技術により、脳組織に含まれる代謝産物を利用して、神経膠腫（脳腫瘍の一種）と非腫瘍組織を区別できることが実証されました。この技術は、常温・大気中で組織サンプルを短時間でイオン化し、代謝産物の比率を測定する手法です。これにより組織内の分子をすばやく分析できるようになり、多様な応用が期待されるほか、既知の神経膠腫をはじめとする腫瘍バイオマーカーに焦点を絞った解析も可能となります。手術室で採取した組織を、ほぼ瞬時に分析できる点が大きな特徴です。
脳腫瘍のサンプル 86 例を対象とした研究では、AIMS を用いて以下の区分を確実に識別できることが確認されました。

- 神経膠腫と対照（正常）組織
- IDH 野生型および IDH 変異型のサンプルと対照（正常）組織
- IDH 変異型と IDH 野生型
- グレード 2、3、4 の各サンプル

なお、各分析にかかった時間は約 3 分でした。
この技術を応用することで、手術中の切除範囲を正確に判断できるようになり、患者の臨床結果（治療成績）の改善につながる可能性があります。ただし、この技術を術中検査として実際の臨床現場へ導入するためには、今後さらなる研究が必要です。詳細についてはこちらをご覧ください。

第 1 相試験で、再発性悪性神経膠腫に対する CAR-T 細胞の安全性が確認される

韓国で、悪性脳腫瘍（神経膠腫：グリオーマ）の患者さんを対象とした新しい治療法（第 1 相試験）が行われました。この治療では、「IL13Rα2」という目印を狙い撃ちする「CAR-T（カーティー）細胞」を、腕などの静脈から 1 回注射（点滴）して投与しました。（NCT05540873）
この「IL13Rα2」という目印は、悪性の脳腫瘍には非常に多く存在しますが、正常な脳組織には存在しないという特徴があります。
人を対象とした初めての安全性を確かめる試験として、10 人の患者さんを 3 つのグループに分け、投与する量を段階的に増やしながら効果と安全性を確認しました。その結果、重い副作用は報告されませんでした。最も多くみられた副作用は、発熱と、血液検査での肝臓の数値（肝酵素値）の軽度な上昇でした。
投与した CAR-T 細胞が血液中で最も多く検出されたのは注射後 7 日目（中央値）でした。また、投与量の多かった 2 つのグループでは、脳や脊髄のまわりを満たす液（脳脊髄液）の中からも治療細胞が検出されました。
今回の試験で確認された最も良い治療効果は、投与から 3 カ月経過した時点での「病勢安定（がんの進行が止まっている状態）」でした。病気が進行せずに過ごせた期間（無増悪生存期間）の中央値は約 3 カ月、生存期間の中央値（全生存期間）は 10.9 カ月という結果が得られています。
今後は、さらに詳細な効果を検証するための次のステップ（第 2 相試験）が計画されています。

小児中枢神経系腫瘍および DIPG を対象とした sotigalimab の第 1 相試験報告

CD40（シーディー40）という分子に作用して免疫を活性化させる薬「sotigalimab（ソティガリマブ）」について、再発した悪性脳腫瘍、または新たに診断されたびまん性内因性橋膠腫（DIPG）という脳腫瘍を持つ子どもや若年成人を対象とした、初めての小児向け臨床試験（第 1 相治験）が行われました（NCT03389802）。
このタイプの薬（CD40 アゴニスト）は、いくつかの仕組みを通じて、がんが全身の免疫運動を抑え込んでしまう現象を元に戻す（免疫のブレーキを解除する）働きがあると考えられています。
治療では、病気が進行するか、耐えられない副作用が現れるまで、21 日（3 週間）ごとに sotigalimab を腕などの静脈から投与（点滴）しました。
試験には、再発した悪性脳腫瘍の患者さん 20 人と、DIPG の患者さん 11 人の計 31 人が参加して治療を受けましたが、そのうち 5 人で治療の継続を制限せざるを得ないような重い副作用が認められました。
最も多くみられた副作用は、血液中の白血球や赤血球の減少、および血液検査における肝臓の数値（肝酵素値）の上昇でした。
病気が進行せずに過ごせた期間（無増悪生存期間）の中央値は、以下の通りでした。

- **再発性悪性脳腫瘍のグループ**：1.3 カ月
- **DIPG のグループ**：2.7 カ月

今回の試験では、腫瘍が小さくなるなどの目に見える画期的な治療効果（客観的疾患反応）は確認されませんでしたが、体内で免疫が活性化されていること自体は確かめられました。
研究チームは、これらの結果を踏まえ、次のステップ（第 2 相試験）に進む際には、sotigalimab を単独で使うのではなく、あらかじめ体内環境を整える「前処置療法（プレコンディショニング療法）」などの他の治療法と組み合わせた併用療法として使用すべきであると述べています。

IDH 変異を有する腫瘍サンプルの解析により、分岐した進化が明らかになった

IDH（アイディーエイチ）という遺伝子に変異がある脳腫瘍（星細胞腫および乏突起膠腫）が、どのように悪性化・進行していくかを詳しく解明するため、患者 183 人から採取した腫瘍サンプルの「全ゲノムおよび全エクソーム解析（遺伝子の全情報解読）」が行われました。
解析の結果、星細胞腫と乏突起膠腫は、それぞれ異なる遺伝子変異のパターンをたどりながら独自に進行・進化していくことが明らかになりました。
具体的には、以下のような進化の特徴が確認されています。

- **乏突起膠腫**

がんの進行を新しく後押しする遺伝子（PI3K や NOTCH1）に、新たな獲得変異が見られました。

- **星細胞腫**

特定の遺伝子が局所的に増えたり（がん遺伝子の活性化）、CDKN2A/B という腫瘍を抑える遺伝子が失われたり（腫瘍抑制遺伝子の不活性化）していました。
どちらの脳腫瘍においても、進行の過程で後から獲得されたこれらの遺伝子変異は、予後（今後の病状の経過）の悪化と関連していました。これは、治療に強い「治療抵抗性を持つ細胞（クローン）」が優先的に生き残って増殖したことを示唆しています。
がんが治療への抵抗性を獲得すること自体は一般的な現象と考えられますが、今回の知見は、その**抵抗性の原因となる遺伝子変異が腫瘍のタイプごとに固有である**ことを示しています。

- 乏突起膠腫は、新たな「ドライバー遺伝子（がんの増殖を引っ張る遺伝子）」が出現することで進行する傾向があります。
- 星細胞腫は、「がん遺伝子の活性化」と「腫瘍抑制遺伝子の機能停止」という両面から進行する傾向がありま

す。

本研究の成果は、治療に抵抗性が生じた際の新たな治療選択肢を検討する上で重要な手がかりとなるだけでなく、今後「IDH 阻害薬」に対する耐性がどのように生じるかを解明する上でも役立つと期待されています。

研究論文の全文については、リンク先（原文記載の参照先）をご覧ください。

【脳転移ニュース】

埋め込み型放射性コラーゲンタイルが脳転移患者の生存率を改善

脳への転移（脳転移）に対する一般的な治療法は、手術で腫瘍を切り取った後に「定位放射線手術（SRS）」を行うことです。しかし SRS の場合、手術した部分の傷口が治るのを待つ必要があるため、放射線治療の開始を一定期間遅らせなければなりませんでした。

そこで、腫瘍を切り取った際に「放射性セシウムコラーゲンタイル（RCT）」をその場に埋め込むことで、手術直後から放射線治療を始める方法が注目されています。ただ、これら 2 つの治療法を直接比較して優劣を検証した明確な研究は、これまで行われていませんでした。

RCT は、4 つの小さな放射性物質（シード）を含んだタイル状の治療材です。体内で数週間かけて分解されながら、腫瘍を取り除いた後の部位（腫瘍床）へ直接放射線を照射し続けます。

最近行われた第 3 相臨床試験では、新たに脳転移と診断された患者さんを無作為（ランダム）に 2 つのグループに分け、手術後に「RCT を埋め込む治療」を受けたグループと、「SRS（従来の放射線治療）」を受けたグループで比較を行いました。

1 年が経過した時点での結果は以下の通りです。

- **局所再発率**
  - **RCT 群**：1.3%
  - **SRS 群**：15.4%

（RCT 群の方ががんの再発率が大幅に低い結果となりました）

- **安全性と副作用**

放射線照射によって組織がダメージを受ける「放射線壊死」の発生率や、記憶力・思考力などの「神経認知機能」への影響は両方のグループで同程度でした。このことから、RCT の使用に伴う副作用や毒性は許容できる範囲内であることが示されています。

- **生存率**

全体の生存率（全生存率）も RCT 群の方が明確に良好な結果を示しましたが、なぜ生存率にここまでの差が出たのかについての明確な理由は判明していません。

研究チームは、限局した脳転移の治療において RCT は従来の SRS よりも優れており、新たに脳転移と診断された患者に対する標準治療の新たな選択肢として検討されるべきである、と結論付けています。研究報告の全文についてはこちら

脳転移患者を対象とした個別化薬剤スクリーニング：EViDENCE BM 試験

脳への転移（脳転移）の治療は非常に難しく、これまでにない新たな治療アプローチが切望されています。その解決策の一つとして期待されているのが「ファーマコスコピー」という技術です。

ファーマコスコピーは、手術で転移した腫瘍を切り取った際に採取した組織サンプルを使い、最大 56 種類もの薬剤を一度にテストできる最先端の抗がん剤適合性試験システムです。サンプル内に含まれるがん細胞だけでなく、周りの非が

ん細胞に対しても、それぞれの薬が実際にどのように効くかを顕微鏡画像などで「可視化（目に見える形に）」できる点が大きな特徴です。
この革新的な技術は、スイスのチューリッヒ連邦工科大学（ETH）のベレンド・スナイダー氏率いる研究チームが開発したもので、現在はその効果を検証するため「EViDENCE BM 試験（NCT06620380）」という臨床試験が進められています。
この試験では、参加する患者さんを「ファーマコスコピーを実施するグループ」と「実施しない対照グループ」のいずれかにランダムに振り分けます。その後、がんの専門家が集まる検討会（腫瘍ボード）において、ファーマコスコピーの分析結果や、通常の病理検査・遺伝子などの分子検査の結果を持ち寄り、患者さん一人ひとりに合わせた最適な治療プランを協議して決定します。
この技術が実用化されれば、個々の患者さんに対して「どの薬が最も効きやすいか」をあらかじめ精度高く予測できるようになると期待されています。
現在、本試験はスイスのバーゼルとチューリッヒの医療機関で患者さんの登録を受け付けており、まもなく 3 番目の試験拠点が追加される予定です。なお、本研究はベルギーの「抗がん基金」からの助成を受けて実施されています。

分割ステレオタクティック放射線手術により、脳転移切除後の腫瘍制御率が向上することが研究により明らかとなった

先ごろ開催された米国放射線腫瘍学会（ASTRO）の学術集会で発表された研究結果によると、放射線治療を 3〜5 回に分けて実施した場合、手術部位での腫瘍の制御率（再発を抑える割合）が 81%から 87%へと改善しました。さらに、その後に頭部全体へ放射線をあてる「全脳照射」を必要とした患者の割合が減少し、全体の生存期間（全生存期間）も 21 カ月から 29 カ月へと明確に伸びる結果が得られました。
もともとの転移巣（がん）が大きい患者さんの場合、1 回だけの放射線手術では手術部位での再発予防効果が十分に得られにくいという課題がありました。一方で、放射線による再発の割合や再発のパターン自体は、1 回照射のグループと複数回照射のグループで大きな差は見られませんでした。また、照射を複数回に分けて行っても、副作用や毒性が強くなることはありませんでした。
今回の前向きランダム化比較試験の結果は、これまでに行われた過去のデータを振り返る研究（後ろ向き研究）の示唆を強力に裏付けるものです。本研究の著者の一人である Ayal Aizer 氏は、「大きめの脳転移を持つ患者さんに対する術後の標準治療として、3〜5 回の分割放射線手術（SRS）を検討すべきであるとする、これまでで最も強力な科学的根拠（エビデンス）が得られました」とコメントしています。

定位放射線手術が全脳照射に比べて生存期間を著しく延長することが研究により判明

小細胞肺がん（SCLC）が脳に転移した場合の標準的な治療法は、認知機能を司る領域（海馬など）を保護しながら頭部全体に照射を行う高度な「全脳照射（WBR）」と、薬のメマンチン（商品名：メマリー）を併用するアプローチでした。認知症の治療薬として広く使われているメマンチンは、脳への放射線治療に伴う認知機能の低下を防ぐ効果が知られています。
一方で、1 回〜数回で病変にピンポイントで強い放射線をあてる「定位放射線手術（SRS）」は、他の種類のがんの脳転移では標準治療となっています。しかし、小細胞肺がんの脳転移患者さんは SRS の有効性を調べるこれまでの研究から除外されてきたため、治療の選択肢が限られていました。
そうした中、先ごろ開催された米国放射線腫瘍学会（ASTRO）で発表された第 3 相臨床試験において、腫瘍の合計体積が 30cc 未満の小細胞肺がん脳転移患者さんを対象に、「高度な全脳照射（WBR）」と「定位放射線手術（SRS）」を直接比較する検証が行われました。
試験の結果、全体の生存期間（全生存期間）の中央値は以下の通りになりました。

- **SRS（ピンポイント照射）群**：17.4 カ月
- **高度な全脳照射（WBR）群**：8.6 カ月

がんの進行率は全脳照射群の方がわずかに低い結果となりましたが、統計的な有意差（確実な差）は見られませんでした。また、治療に伴う副作用についても、両方のグループ間で大きな差は認められませんでした。詳細はこちら

【企業ニュース】

MimiVax、SurVaxM の第 2b 相試験の結果を発表

バイオ医薬品企業である MimiVax（ミミバックス）社は先日、新たに膠芽腫と診断された患者さんを対象に実施した、開発中の新規がん治療ワクチン「SurVaxM（サーバックスエム）」の第 2b 相臨床試験の最新結果を発表しました。

SurVaxM は、膠芽腫の約 95%に発現し、がん細胞の増殖や生存に深く関わっているタンパク質「サバイビン」を標的とした、皮下注射型の免疫療法ワクチンです。サバイビンを標的とするこのタイプの治療ワクチンとしては、本薬剤が世界初の試みとなります。

今回の試験において、65 歳以下の患者グループに着目した解析を行ったところ、従来の標準治療と比較して極めて良好な結果が得られました。

まず、治療開始から 12 カ月が経過した時点での「無増悪生存率（がんの進行を抑えながら過ごせた患者の割合）」は、標準治療を受けたグループが 24%であったのに対し、SurVaxM を投与されたグループでは 44%に達し、明確な優位性が確認されました。

また、全体の生存期間（全生存期間：OS）においても、65 歳以下の SurVaxM 投与グループで有意な延長が認められました。同年齢層の通常治療群における生存期間がそれを下回ったのに対し、SurVaxM 群の生存期間の中央値は 24.2 カ月を示しました。さらに驚くべきことに、65 歳未満で SurVaxM の投与を受けた患者の 42%が 30 カ月（2 年半）以上生存しており、現在も引き続きデータの収集が進められています。

安全性面においては、報告された主な副作用は注射を打った部位の軽度な皮膚反応にとどまり、その他の副作用の発生割合についても、SurVaxM 投与群と通常治療群との間で大きな差は見られませんでした。

MimiVax 社は今後、本ワクチンの開発や承認手続きをより迅速に進めるための最適な道筋について協議するため、米国食品医薬品局（FDA）との面談を要請する計画です。

MEDSIR、軟髄膜転移に対するパトリツマブ・デルクステカンの TUXEDO-3 試験の結果を発表

MEDSIR は、先ごろ開催された欧州臨床腫瘍学会（ESMO）の年次総会において、第 2 相 TUXEDO-3 試験の結果を発表しました。

本試験では、転移性乳がんおよび進行性非小細胞肺がん（NSCLC）に起因する脳転移、ならびにあらゆる固形がんに起因する軟髄膜病変（LMD）に対するパトリツマブ・デルクステカンの有効性が検証されました。パトリツマブ・デルクステカンは、HER3 を標的とする抗体と化学療法を組み合わせた薬剤です。

解析の結果、乳がん転移患者における全生存期間の中央値は 7.9 カ月でした。また、NSCLC 転移患者での全生存期間中央値は 6.7 カ月、LMD 患者では 10.5 カ月でした。

本研究の共同主任研究者である Matthias Preusser 教授は、次のように述べています。

「本日 ESMO で発表された結果は、効果的な治療法に対するニーズが依然として高い脳転移や軟髄膜病変を有する患者において、パトリツマブ・デルクステカンの可能性を浮き彫りにしています。これらの知見は、治療選択肢を拡大する上で重要な前進であり、さらなる臨床研究を後押しするものです。」

【学会とイベント】

カンファレンスおよび会議

2026 年の学術会議

11 月

神経腫瘍学会（SNO）2026 年年次総会

2026 年 11 月 12 日～15 日

米国ペンシルベニア州フィラデルフィア

Brain Tumour Northwest Annual Research Retreat

2026 年 12 月 17 日・18 日

英国ランカシャー州プレストン

プログラムに変更が生じた場合は、ご来場前に必ず大会事務局へ日程やその他の詳細を再確認してください。
2026 年または 2027 年に開催予定の患者・脳腫瘍支援イベント、科学会議（オンライン・対面を問わず）を主催される方、または既知の情報をお持ちの方、あるいは上記リストの変更をご存知の方は、kathy@theibta.org までメールにてお知らせください。

IBTA（国際脳腫瘍ネットワーク）について

私たちについて

国際脳腫瘍ネットワーク（The International Brain Tumour Alliance：IBTA）は 2005 年に設立されました。各国の脳腫瘍患者や介護者を代表する支援、提唱、情報グループのネットワークであり、脳腫瘍の分野で活躍する研究者、科学者、臨床医、医療関係者も参加しています。詳細は www.theibta.org をご覧ください。

ご意見をお聞かせください

IBTA コミュニティと共有したいニュースがあれば、ぜひご連絡ください。宛先:kathy@theibta.org
月刊ニュースレターやホームページを通じて、ご購読者の皆様にできるだけ多くの情報をお届けできるよう最善を尽くしていきます。 IBTA e-News のエントリーの選択は、編集者の裁量で行われます。

Copyright © 2020 The International Brain Tumour Alliance, All rights reserved.　　無断複写・転載を禁じる。

免責事項

国際脳腫瘍ネットワーク（IBTA）は、e-News（あるいは IBTA 向け、または IBTA に代わって作成され ニュース内でリンクを提供しているすべての資料、報告書、文書、データ等）に掲載される情報が正確であるよう尽力しています。しかし、IBTA は e-News 内の情報の不正確さや不備について一切の責任を負いません。また、その情 報やリンク先の Web サイト情報など、第三者の情報 の不正確さに起因する損失や損害についても一切の責任を負いま せん。この e-News に掲載される情報は教育のみを目的とした ものであり、医療の代替となるものではなく、IBTA ウェブサイト上の情報は、医療上のアドバイスや専門的サービスを提供することを 意図したものではありません。医 療や診察については、主治医にご相談ください。臨床試験のニュースを掲載することは、IBTA の 特定の推奨を意味するもので

はありません。IBTA e-News からリンクされている他のウェブサイトは、IBTA が管理していません。した がって、その内容については一切責任を負いません。IBTA は読者の便宜のためにニュース内でリンクを提供している ものであり、 リンク先のウェブサイトの情報、品質、安全性、妥当性を検証することはできません。IBTA のプロジェ クトに企業が協賛することは、 IBTA が特定の治療法、治療レジメン、行動の推奨を意味するものではありません。（スポンサーの詳細については、スポンサーシ ップ・ポリシーをご覧ください）。IBTA の活動を支援する資金提供組織は、この出版物の編集内容に影響を与えることはなく、この出版物の準備、デザイン、制作にも関与していません。

この e-News に含まれる資料の見解や意見は、必ずしも国際脳腫瘍連盟の見解や意見と一致するとは限りません。

翻訳： 三宅 久美子

監修： 夏目 敦至/社会医療法人杏嶺会
一宮西病院 脳神経外科・脳腫瘍センター長