

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 6 月号

目次

【治療ニュース】

- ◆ ～髄芽腫～小児髄芽腫における全切除が生存期間を延長する
- ◆ ～脳腫瘍病理診断～人工知能が数分で脳腫瘍の亜型を予測
- ◆ ～小児脳腫瘍～ASCO 教育ブックが小児脳腫瘍の標的療法の総説を紹介
- ◆ ～放射線壊死～脳内留置型照射後の放射線壊死発生率は一般的な放射線療法と同程度か？
- ◆ ～高齢者脳腫瘍～脳腫瘍を有する高齢者において嚥下障害が広く見られることが判明
- ◆ ～悪性神経膠腫の再発～腫瘍再発の管理に対する選択肢を概説したレビュー
- ◆ ～小児脳腫瘍～脳腫瘍患児の認知機能に影響を与える家族的要因が判明

【研究ニュース】

- ◆ ～髄芽腫～再発につながる2つの経路を同時に標的とする研究
- ◆ ～神経膠腫～IDH 変異腫瘍の再発メカニズム が最近の研究によって明らかとなった
- ◆ ～髄膜腫～髄膜腫の悪性度に影響を与える腫瘍微小環境が判明
- ◆ ～びまん性正中神経膠腫～小児のびまん性正中神経膠腫において、腫瘍と脳のネットワーク間のつながりが生存率に影響を与える
- ◆ ～髄膜腫～髄膜腫において、線量漸増放射線療法が無増悪生存期間を改善することを示す後ろ向き研究
- ◆ ～頭部外傷と脳腫瘍との関係～外傷性脳損傷は脳腫瘍による死亡率を高める
- ◆ ～小児脳腫瘍と髄液によるリキッドバイオプシー～小児脳腫瘍のプロファイリングに脳脊髄液中の腫瘍 DNA が有用であることが研究により判明

【脳転移ニュース】

- ◆ 軟髄膜転移に対するニボルマブの髄腔内投与
- ◆ 脳転移に対するレーザー間質熱療法の治療成績に関する検討
- ◆ 後頭蓋窩脳転移に対する定位放射線手術後の長期予後
- ◆ 脳転移の手術後にタイル型放射線治療を行うと生存期間が延長されることが、最近発表された研究で明らかになった

【コミュニティニュースニュース】

- ◆ TR-NTA 助成金の次回募集に向けた事前申請受付開始

【企業ニュース】

- ◆ Novocure は腫瘍治療電場療法(TTF)の早期使用には生存優位性をもたらさないことを示す臨床試験のトップライン結果を発表

【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】

～髄芽腫～

小児髄芽腫における全切除が生存期間を延長する(要約のみ)

メキシコの小児髄芽腫患者 24 人を対象とした調査において、生存期間中央値は 32 カ月であり、組織学的亜型による差や、全切除(47 カ月)が部分切除(34 カ月)に比べ生存期間を延ばすことが示され、医療資源が限られた環境における最大限の切除の重要性と予後評価の精度向上の必要性が浮き彫りになった。

全文は[こちら](#)

[目次に戻る](#)

～脳腫瘍病理診断～

人工知能が数分で脳腫瘍の亜型を予測

要約

ドイツ・ハイデルベルクの研究チームは最近、100 種類以上の脳腫瘍の亜型を分類する [Hetairos](#) と呼ばれる人工知能プログラムを開発した。

全文

このプログラムは、11,000 枚以上の腫瘍組織のヘマトキシリン・エオジン(H&E)染色スライドに基づいて開発・検証されており、組織学的特徴および DNA メチル化プロファイルを特定する。DNA メチル化プロファイルは、治療方針の決定や予後の予測に役立つ分子診断を確立するための鍵となる。従来、このような分析には専門の検査室、高価な機器、そして十分な量の腫瘍組織が必要であり、結果が出るまでに 1～2 週間を要することが多かった。Hetairos は、極めて高い精度で数分以内に腫瘍分類データを提供することができる。また、Hetairos は、ごく稀な腫瘍タイプを除き、神経病理医による判定よりも一貫して高い精度を示した。稀な腫瘍タイプについては、病理医による判定と Hetairos の精度が同等であった。著者らは、Hetairos が「デジタル病理学が持つ、迅速かつ利用しやすい腫瘍診断手法を提供する驚くべき可能性」を実証しており、その精細度は「従来であれば多大なリソースを必要としたであろうレベル」であると指摘している。詳細は[こちら](#)

[目次に戻る](#)

～小児脳腫瘍～

ASCO 教育ブックが小児脳腫瘍の標的療法の総説を紹介

小児脳腫瘍において、腫瘍の特定の分子標的個別化治療が登場しつつある。最近刊行された ASCO 教育ブックは、標的療法の現状について包括的な総説を掲載している。標的療法の承認は現時点では限定的ではあるものの、治療に分子診断を取り入れることの重要性を強調している。小児脳腫瘍においては、分子特性に個人差があり未解明である

こと、脳が成長段階であること、患者が少ないなどの理由により、適切な臨床試験を行うことが難しい。どれくらい効くのか、いつまで続けるのか、副作用はどうかなど解決すべき課題も多い。特に低・中所得国における治療へのアクセスと公平性は、依然として大きな障壁となっている。全文は[こちら](#)

[目次に戻る](#)

～放射線壊死～

脳内留置型照射後の放射線壊死発生率は一般的な放射線療法と同程度か？

1954 年から 2024 年までの脳内留置型照射に関する研究を対象とした系統的レビューが実施された。本レビューには、計 3,666 人の患者を対象とした 83 件の研究が対象となった。症状を伴う放射線壊死(RN)の補正発生率は 5.67%であり、その発生率は時代の経過とともに減少しており、1980 年代の 22%から 2020 年代の 5%へと低下している。これは主に技術の進歩によるものである。脳内留置型照射後の放射線壊死発生率は、定位放射線手術などの他の局所放射線療法と同程度である。しかし、研究間で放射線壊死を示す基準には大きなばらつきが見られた。標準化された放射線壊死基準、一貫した線量測定および全身療法の報告、ならびに長期追跡調査を含む前向き研究が推奨される。さらに、RN の管理戦略も様々であり、標準化された RN 治療プロトコルについてはさらなる研究が必要である。詳細は[こちら](#)

[目次に戻る](#)

～高齢者脳腫瘍～

脳腫瘍を有する高齢者において嚥下障害が広く見られることが判明

要約

高齢者脳腫瘍患者は嚥下機能が低下し予後とも関連する。嚥下障害の管理が重要である。

全文

嚥下障害は加齢や脳腫瘍の診断に伴いよく見られる症状であり、生活の質に悪影響を及ぼす可能性があるが、その正確な有病率はこれまで調査されていなかった。[最近の研究](#)では、悪性脳腫瘍を有する高齢者における嚥下障害の有病率を明らかにするとともに、医療サービスの利用や生存率への影響を評価することを目的とした。その結果、原発性脳腫瘍の患者(11.0%)では、転移性脳腫瘍の患者(8%)や脳転移のない他のがんの患者(4.4%)と比較して、嚥下障害の有病率が高いことが判明した。嚥下障害がある患者では、ない患者と比較して、入院率が高く、死亡率も上昇することが認められた。経管栄養の導入は生存期間の改善にはつながらなかった。本研究の結果は、嚥下障害が医療サービスの利用増加および生存期間の短縮と関連していることを裏付けている。本研究は、生活の質を向上させるために、脳腫瘍を有する高齢者において嚥下能力を評価する必要性を示唆している。さらに、転帰を改善するためには、嚥下障害の管理に向けた革新的なアプローチが求められている。

[目次に戻る](#)

～悪性神経膠腫の再発～

腫瘍再発の管理に対する選択肢を概説したレビュー

要約

悪性神経膠腫の再発に対しては、個人に応じた最善の治療を行い、多職種間による全人的なケアが必要である。

全文

悪性神経膠腫の再発に対する、一般的に受け入れられている標準治療は存在しない。その一因として、原発腫瘍と再発腫瘍の生物学的差異や、利用可能な治療法の有効性が限られていることが挙げられる。スペインの臨床医らは、再発後の治療および緩和ケアの選択肢に関するデータを検討し、その知見を *Clinical and Translational Oncology* 誌に最近掲載された論文で発表した。サルベージ療法の選択肢には、再手術、再放射線療法、および全身療法が含まれる。手術は、機能状態が良好で、再発時の腫瘍負荷が限られている患者に有益である。再放射線療法は局所制御や症状緩和に用いられるが、再放射線療法による生存利益に関する情報は限られている。全身療法には、ニトロソウレア系薬剤、テモゾロミドの再投与、抗血管新生剤、マルチキナーゼ阻害剤、免疫療法、およびデバイスを用いた介入が含まれる。これらの選択肢は、無増悪生存期間を適度に延長するが、全生存期間への利益は限定的であり、最適な結果は、適切に選別された、あるいは分子レベルで定義されたサブグループにおいて認められる。腫瘍治療フィールド (TTF) の有効性は全身療法と同等であるが、副作用は少ない。腫瘍学的治療による生存期間の延長効果が限定的であるため、再発時には、症状管理、在宅支援、事前ケアプランニング、および介護者への支援に焦点を当てた緩和ケアの早期導入が特に重要である。著者らは、潜在的な腫瘍学的利益と生活の質および患者の価値観とのバランスを取りながら、個別化された多職種連携による管理を行うべきであると[結論付けている](#)。

[目次に戻る](#)

～小児脳腫瘍～

脳腫瘍患児の認知機能に影響を与える家族的要因が判明

要約

両親ともに学齢が高いほど患児の認知機能予後が良い。

(監訳者注: 両親揃って患児の認知機能に興味を持ち熱心に取り組むのが良いというメッセージと思う)

全文

脳腫瘍患児における神経認知機能障害はよく見られる。脳腫瘍を克服した小児 100 名を対象とした[最近の研究](#)では、こうした障害に影響を与える家族的要因をより深く理解することを目的としており、その結果、家族的要因を考慮することの重要性が示された。両親がともに就労している場合や、親の学歴が高い場合、神経認知機能の予後が有意に良好であることが明らかになった。また、家族の機能も神経認知機能の予後が有意に良好であることと関連していた。これらの結果を総合すると、神経認知的転帰を評価する際には、医学的要因のみに焦点を当てるのではなく、脳腫瘍患児を取り巻く状況全体を評価する必要性が強調される。著者らは、脳腫瘍患児のサバイバーシップケア計画には、家族の資源や機能の評価を含めるべきであり、サバイバーシップケアに対する包括的かつ家族中心のアプローチを通じて、医学的フォローアップと並行して、家族の安定性を高めることを目的とした支援や介入を提供すべきであると提言している。

[目次に戻る](#)

【研究ニュース】

～髄芽腫～

再発につながる2つの経路を同時に標的とする研究

要約: 髄芽腫進展に重要な経路である GLI と WNT の両方を阻害するピルビニウムが有効かもしれないという実験結果である。薬剤の脳移行性が課題である。

全文:

髄芽腫は小児において最も多い悪性脳腫瘍であり、再発率は約 30%で、再発時の予後は不良である。米国サウスカロライナ医科大学の研究者らは、治療を回避し腫瘍の増殖を促進する腫瘍細胞を標的とすることで、再発を減らす方法を模索した。腫瘍細胞の増殖と自己再生には、2 つの重要な経路が不可欠であることが判明した。従来の治療法は通常、これらの経路のうち 1 つだけを標的としている。両方の経路を標的とすることで、再発を遅らせることができる可能性がある。研究者らは、ピルビニウム (GLI タンパク質阻害剤であり、FDA 承認済みの化合物) が、動物モデルを用いた実験においてこれら 2 つの経路を標的とすることが示された、利用可能な薬剤であると報告した。しかし、この薬剤は血液脳関門を容易に通過しないため、髄腔内投与または腫瘍への直接投与が必要となる。あるいは、血液脳関門を通過可能な剤形の開発も可能かもしれない。[このアプローチ](#)は開発の非常に初期段階にあるものの、再発を促進する細胞に焦点を移すことは、再発の根本原因に働きかけ、髄芽腫の患児の予後を変えるまたとない機会となる。詳細は[こちら](#)

[目次に戻る](#)

～神経膠腫～

IDH 変異腫瘍の再発メカニズム が最近の研究によって明らかとなった

要約

35 名の経時的な脳腫瘍サンプル 75 検体を解析した結果、遺伝子変異の蓄積とともに、腫瘍の免疫環境の変化を認めた。

全文

イソクエン酸デヒドロゲナーゼ (IDH) 変異を有する腫瘍は、治療にかかわらず再発することが知られているが、これらの腫瘍がどのように再発するのかについては、まだ十分に解明されていない。そのメカニズムをより深く理解するため、複数の研究機関の研究者らが共同で、35 人の患者から経時的に採取された 75 の組織サンプルを用いて、診断時から再発に至るまでの変化を解析した。患者の半数以上が、再発時に超変異、コピー数変異の増加、細胞周期関連遺伝子の変異など、少なくとも 1 つの主要な遺伝的变化を認めた。これらの遺伝的变化は、腫瘍の悪性度の上昇や疾患の進行性の高さに関連していた。悪性細胞の状態変化には、主に 2 つのパターンが観察された。遺伝的要因によるパターンでは、腫瘍は分化を低下させると同時に増殖を促進する遺伝的变化を獲得した。一方、微小環境によるパターンは遺伝的变化とは独立して生じ、腫瘍微小環境におけるマクロファージの存在増加と関連していた。[本研究](#)は、遺伝的進化と微小環境の変化の両方が、神経膠腫の進行と治療抵抗性を促進していることを示唆している。遺伝的变化を標的するとともに、免疫微小環境を調節することで、治療成績の改善が期待される。

[目次に戻る](#)

～髄膜腫～

髄膜腫の悪性度に影響を与える腫瘍微小環境が判明

全文

腫瘍の悪性度分類システムでは、特に髄膜腫において、腫瘍内部の多様性や不均一性を十分に捉えきれていない。腫瘍内の個々の細胞を観察することで、各細胞が腫瘍の挙動に与える影響をより深く理解することができる。数百の髄膜腫サンプルから個々の細胞を分析した結果、研究者らは、これらの細胞が「侵襲性腫瘍と良性腫瘍でどのように異なるか、空間的にどのように変化・進化するか、そして周囲の環境にある他の細胞とどのように相互作用するか」を示すマップを作成することができた。調査対象の組織内の細胞の大部分は腫瘍性であることが判明し、残りの細胞は主に骨髄系細胞で占められていた。個々の細胞が示す異なる状態は、一部の髄膜腫が侵襲的な挙動を示す一方で、他の髄膜腫がそうではない理由を説明する一助となる。これらの知見は、髄膜腫の微小環境の複雑さと重要性を浮き彫りにするとともに、特定の細胞状態や相互作用を標的とする新たなバイオマーカーや治療戦略の開発に向けた方向性を示唆している。[さらなる研究](#)が必要ではあるが、これらの知見は、髄膜腫の挙動を理解する上で重要な前進である。

監訳者注:このような力仕事は患者さんには「だから何?」というメッセージが伝わりにくい。髄膜腫のようにメジャーな腫瘍であれば、できるだけ多くのサンプルを、お金と労働力をかけて詳細に解析するか、ニッチな珍しい腫瘍を標的にするか? 早いもの勝ちという印象が拭えないが、今の日本ではどちらも行えない。

[目次に戻る](#)

～びまん性正中神経膠腫～

小児のびまん性正中神経膠腫において、腫瘍と脳のネットワーク間のつながりが生存率に影響を与える

要約

神経膠腫が神経線維に沿って浸潤することは示唆されていたが、この研究でこのメカニズムが明らかにされた。

全文

動物実験では、びまん性正中神経膠腫(DMG)が、腫瘍の侵襲的な浸潤を促進する機能的経路に沿ってネットワークを形成することが示唆されており、これらの腫瘍が正常な脳ネットワークを利用して増殖していることが示唆されている。しかし、ヒトの脳においてこうしたネットワークの存在は、まだ明確に立証されていない。研究者らは、DMGを患う小児のMRI画像上で接続経路を特定するために、新たな「腫瘍ネットワークマッピング」手法を用いた。その後、DMG患者のうち短期生存者と長期生存者間でこれらの経路を比較した。その結果、短期生存者においては、脳幹や小脳を横切り、大脳皮質へと至る特定のネットワークが確認された。ネットワークの接続性が高いほど予後は悪く、従来研究されてきた要因(年齢、切除範囲など)よりも生存率を予測する優れた指標となることが示された。また、転移もこのネットワークに沿って一様に広がっていた。研究者らは、単に腫瘍の減量を行うだけでなく、MRIによる[腫瘍マッピングと腫瘍ネットワークの接続性を標的とした遮断](#)を行うことが、将来的にDMG患児の予後を改善する可能性があるとの結論を下している。

[目次に戻る](#)

～髄膜腫～

髄膜腫において、線量漸増放射線療法が無増悪生存期間を改善することを示す後ろ向き研究

要約と監訳者注:

線量漸増放射線療法とはIMRTやVMATのことである。しかし、髄膜腫の場合は腫瘍本体よりも硬膜との付着にどれ

だけの線量を当てられるかが重要であると考える。

全文

高リスクの髄膜腫は、従来の放射線療法(RT)後も再発する可能性がある。[最近の研究](#)では、先進的な放射線治療技術を用いて無増悪生存期間を延長することに焦点が当てられている。ある[後ろ向き研究](#)では、高リスク髄膜腫患者を対象に、線量漸増放射線療法(DE-RT)または標準線量放射線療法(SD-RT)のいずれかを受けた群において、無増悪生存期間(PFS)が有意に改善したことが示された。線量漸増放射線療法(DE-RT)とは、線量を最大化し、隣接組織への影響を最小限に抑えるために、定義された標的領域への放射線照射量を段階的に増加させる治療法である。DE-RT 群の 3 年 PFS は 86%であったのに対し、SD-RT 群では 56%にとどまった。放射線壊死の発生率は両群間で有意な差は認められなかった。本研究の限界の一つは、解析に分子学的特徴の評価が含まれていなかった点である。これらの知見を検証するためには、DE-RT から最も恩恵を受ける患者の分子パターンを特定することに特に重点を置いた、前向き無作為化試験の実施が推奨される。

[目次に戻る](#)

～頭部外傷と脳腫瘍との関係～

外傷性脳損傷は脳腫瘍による死亡率を高める

要約と監訳者注

外傷性脳損傷の既往があるほど、脳腫瘍による死亡リスクが高くなるという研究である。しかし、脳外傷があると脳腫瘍になりやすいとは言っていない。脳損傷の既往による ADL 低下が脳腫瘍からの回復に悪影響を及ぼすというのは自明のような気がする。

全文

これまでの研究では、外傷性脳損傷(TBI)と脳腫瘍との関連が報告されてきた。このリスクに関与する可能性のある外傷およびがん関連の危険因子をさらに調査するため、「TBI Mobile Systems」ネットワークに参加する研究者らは、2 万人以上の TBI 生存者を対象に、調整後の脳腫瘍による死亡リスクを評価した。TBI のある人は、TBI のない人と比較して、[脳腫瘍による死亡リスク](#)が 1.75 倍高かった。さらに、発砲による外傷のある人は死亡リスクが 14 倍高く、軽度の TBI のある人は 4 倍高かった。しかし、中等度から重度の TBI のある人ではリスクの上昇は見られなかった。このリスク上昇を説明するために、TBI 後の慢性的な神経炎症、神経修復メカニズムの障害、脳損傷から続発する免疫監視機能の変化など、いくつかのメカニズムが提唱されている。寄与するメカニズムについてさらなる理解が必要ではあるが、著者らは、TBI の予防を通じて脳腫瘍を予防できる可能性があることを示唆している。詳細は[こちら](#)

[目次に戻る](#)

～小児脳腫瘍と髄液によるリキッドバイオプシー～

小児脳腫瘍のプロファイリングに脳脊髄液中の腫瘍 DNA が有用であることが研究により判明

要約

脳腫瘍を患う 120 人の小児から採取した 148 の脳脊髄液(CSF)検体を評価した結果、CSF 検体の 54%から腫瘍 DNA を同定することに成功した。

全文

小児脳腫瘍のプロファイリングに必要な十分な組織サンプルを採取することはリスクを伴うため、研究者たちはこの情報を得るための代替手段を模索してきた。カナダ・トロントの Hospital for Sick Children (通称:SickKids) の研究者らは、脳腫瘍を患う 120 人の小児から採取した 148 の脳脊髄液 (CSF) 検体を評価し、これが腫瘍プロファイリングのための有効な選択肢となるかどうかを検証した。その結果、CSF 検体の 54% から腫瘍 DNA を同定することに成功した。腫瘍 DNA の検出率は、高悪性度の腫瘍、腫瘍が播種していると思われる症例、および脳室から直接採取された検体において高かった。一部の小児では、CSF 採取により外科的生検を行わずに診断が可能となり、標的療法の指針となる治療可能な変異の同定も実現した。一部の小児では、連続的な髄液採取により、画像診断や細胞診よりも高い感度で治療反応や疾患の進行を追跡することが可能となった。著者らは、高悪性度神経膠腫、髄芽腫、および播種性低悪性度神経膠腫が疑われる症例において、髄液分析を推奨している。低悪性度神経膠腫については、[脳室からの採取が推奨される](#)。髄液サンプルのプロファイリングは、特に組織の採取が困難またはリスクを伴う場合、侵襲的な外科的生検を補完、あるいは代替し得る。

[目次に戻る](#)

【脳転移ニュース】

軟髄膜転移に対するニボルマブの髄腔内投与

全身性がん起因する軟髄膜転移(脳の膜に及ぶ転移)は予後が悪く、治療が極めて困難であることが知られている。[最近発表された研究](#)では、髄腔内(IT、脳脊髄液に直接投与)経路によるニボルマブの局所投与を取り入れた用量漸増試験の結果が報告された。24 人の患者が 20~50 mg のニボルマブを少なくとも 1 回髄腔内投与を受けた。投与は良好に耐受され、今後の研究において推奨される最終用量は 50 mg とされた。全生存期間の中央値は 6.6 カ月であった。投与期間を通じて、身体機能、生活の質(QOL)、神経認知機能は安定しており、研究チームは、本研究対象集団において髄腔内ニボルマブの投与が実行可能であると結論付けた。次の研究段階では、50 mg 投与量における安全性と有効性に焦点を当てる予定である。進行中の臨床試験の詳細については[こちら](#)

[目次に戻る](#)

脳転移に対するレーザー間質熱療法の治療成績に関する検討

レーザー間質熱療法(LITT)は、MRI ガイド下で局所領域にレーザーによる熱を照射し、組織を破壊する治療法である。また、治療時に組織検体を採取して病理診断を確認することが可能であり、放射線壊死の治療法としても用いられる。脳転移の治療における LITT の活用は増加しているものの、その相対的な利点や併用療法としての活用についてはほとんど知られていない。この知識の不足を解消するため、米国カリフォルニア州の研究チームが最近、脳転移における LITT の使用に関する文献を総括した。メタ解析の結果、972 人の脳転移患者が LITT による治療を受けており、その大部分は単独療法として行われていたことが判明した。LITT 単独での 6 ヶ月時点の局所制御率は 74%、12 ヶ月時点では 70%であり、これは定位放射線手術(SRS)と同等であった。LITT を SRS と併用した場合の 12 カ月時点の局所制御率は 76%、免疫チェックポイント阻害剤との併用では 95%であった。最も頻度の高かった有害事象は一過性の神経学的障害であった。研究著者らは、LITT は再発脳転移患者、特に手術や再照射が不可能な場合において、有用な低侵襲治療選択肢となり得ると指摘している。LITT と他の治療法を併用した前向き無作為化試験は不足しているが、研究者らは、特に治療抵抗性の場合において、LITT が局所制御の改善に有望であると述べている。詳細は[こちら](#)

後頭蓋窩脳転移に対する定位放射線手術後の長期予後

後頭蓋窩脳転移(PFBM)は、病変が限局していることや、重要な機能を持つ組織が存在することから、治療が困難である。通常は手術と補助放射線療法を併用するが、定位放射線手術(SRS)の適用も増加している。日本の臨床医らは、2010年から2024年の間に定位放射線手術を受けた後頭蓋窩脳転移(PFBM)患者92例の転帰を遡及的に分析し、その安全性と有効性を評価した。ほとんどの患者(89%)は治療時に神経学的症状を呈していた。腫瘍は小脳または脳幹に位置しており、治療は2回の通院に分けて行われた。2回目の治療までに腫瘍体積は約50%減少することが確認され、2回目の治療時の奏効は局所制御の予測因子となった。全生存期間の中央値は12.2カ月であり、治療後にパフォーマンスステータスは有意に改善した。軟髄膜転移(LM)は、手術を受けた患者に比べて発生頻度が低かった。手技は全体的に良好に耐容され、重篤な毒性はまれであった。著者らは、段階的 SRS は、特に虚弱な患者や高齢患者において、大きな PFBM に対する手術に代わる安全で低侵襲な選択肢となり、良好な局所制御と低い LM 発生率を達成できると結論付けた。詳細は[こちら](#)

脳転移の手術後にタイル型放射線治療を行うと生存期間が延長されることが、最近発表された研究で明らかになった

脳転移の外科的切除後、標準的な治療法としては通常、その後で定位放射線手術(SRS)が行われるが、局所再発は依然として懸念事項となっている。切除時に放射性タイルを埋め込むことが治療成績を改善するかどうかを検証するため、転移病変の外科的切除を予定している患者を対象に、切除時にタイルを埋め込む群と、2~4週間後に SRS を受ける群に無作為に割り付けた。[最終結果は未決](#)だが、初期の結果では、タイル埋め込みを受けた患者は SRS を受けた患者に比べて無再発期間が長く、タイル型放射線治療群では全生存期間も長いことが確認された。放射線壊死については両群間に有意な差は認められず、生活の質や神経認知機能の転帰も両群で類似していた。研究責任者らは、より長期的な転帰の分析と、全身性疾患の負担が及ぼす影響の解明が必要であると[結論付けている](#)。

【コミュニティニュース】

TR-NTA 助成金の次回募集に向けた事前申請受付開始

Brain Tumour Research Novel Therapeutics Accelerator(BTR-NTA)の次回審査サイクルに向けた事前申請の受付が開始されました。BTR-NTA は、産業界および学術研究グループに対し、(1) 国際的な学際的委員会による最大 240 時間の専門家による助言、(2) 今後の研究や次のステップに関する独立したガイダンス、(3) パートナリシップや資金調達の可能性に関する提言を提供することで、脳腫瘍の新規治療法開発を迅速に進めることを目的とした国際的なアクセラレータープログラムです。本プログラムは、Tessa Jowell Brain Cancer Mission (TJBCM)が Brain Tumour Research と提携して立ち上げました(両組織とも英国に拠点を置いています)。世界中の研究グループが応募可能であり、Brain Tumour Research からの資金提供により、BTR-NTA プログラムは学術

機関の応募者には無料で、産業界の応募者にはわずかな費用で利用可能です。詳細および応募については、[こちら](#)をクリックしてください。事前申請の締め切りは、2026 年 8 月 7 日 (金) 23:59 (BST) です。

[目次に戻る](#)

【企業ニュース】

Novocure は腫瘍治療電場療法 (TTF) の早期使用には生存優位性をもたらさないことを示す臨床試験のトップライン結果を発表

Novocure は最近のプレスリリースで、第 3 相 TRIDENT 試験のトップライン結果を発表した。本試験では、981 人の患者が無作為に割り付けられ、手術直後に腫瘍治療電場療法 (TTF) を開始し、標準治療である放射線療法および併用化学療法を受ける群、あるいは放射線療法と化学療法の完了後、維持療法の段階 (現在の標準治療) で TTF を開始する群に分けられた。解析の結果、放射線療法と化学療法の併用中に開始する早期治療は実施可能であることが明らかになったが、早期 TTF 開始群 (生存期間 17.7 カ月) と、維持療法の段階で TTF を開始した群 (生存期間 17.5 カ月) を比較して、有意な生存期間の延長は認められなかった。両群とも生存率は持続しており、いずれの群においても [新たな安全上の懸念は認められなかった](#)。本研究の完全な報告書はまだ公表されていないが、研究の詳細については [こちら](#) を参照のこと。

[目次に戻る](#)

【学会とイベント】

患者および地域向け会議・イベント 2026 年

9 月

[米国脳腫瘍協会全国大会](#)

2026 年 9 月 18 日～20 日

米国イリノイ州シカゴおよびオンライン

10 月

[国際脳腫瘍啓発週間](#)

2026 年 10 月 24 日～31 日

世界中の脳腫瘍患者支援者たちと共に、脳腫瘍への認識向上に取り組もう

学術会議 2026 年

6 月

[第 22 回小児神経腫瘍学国際シンポジウム \(ISPNO 2026\)](#)

2026 年 6 月 28 日～7 月 1 日

オーストラリア・シドニー

7 月

[第 6 回神経腫瘍学年次アップデート\(ハーバード大学\)](#)

2026 年 7 月 22 日～24 日

(オンライン)

8 月

[SNO/ASCO 中枢神経系転移会議](#)

2026 年 8 月 13 日～15 日

米国マサチューセッツ州ボストン

[第 18 回 COGNO 年次学術集会](#)

2026 年 8 月 26 日～27 日

オーストラリア・アデレード

9 月

[国際小児腫瘍学会\(SIOP\)第 58 回年次総会](#)

2026 年 9 月 15 日～18 日

米国テキサス州サンアントニオ

[欧州神経腫瘍学会\(EANO\)2026 年年次総会](#)

2026 年 9 月 24 日～27 日

イタリア・ローマ

10 月

[小児・ティーンエイジャー・若年成人の固形腫瘍スタディ・デイ](#)

2026 年 10 月 13 日

英国・ロンドン

[第 13 回ベルリン脳腫瘍会議](#)

2026 年 10 月 14 日～15 日

ドイツ・ベルリン

[ESMO 総会](#)

2026 年 10 月 23 日～27 日

スペイン・マドリード

11 月

第8回臨床試験デザインおよびプロトコル開発ワークショップ

2026年11月11日

米国ペンシルベニア州フィラデルフィア

神経腫瘍学会(SNO)2026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

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、ご購入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