

Hot Topic Präzisionsonkologie - Thorax, GI und GU

Wissenschaftliche Leitung: **Prof. Dr. Dr. Thorsten Götze**
Fortbildung am 26. Juni 2025

**Prof. Dr. Petros Christopoulos,
Universitätsklinikum Heidelberg
Update –molekularen Alterationen und Resistzenzen
beim NSCLC- eine komplexe Übersicht**



- Bei jedem erstdiagnostizierten NSCLC kombiniertes DNA+RNA NGS für alle „level-1“ Alterationen (=mit zugelassenen Therapieoptionen, inkl. KRAS und HER2) unabhängig von der Histologie (=auch für Plattenepithelkarzinome) vor der Therapieeinleitung.
- Für jedes onkogengetriebene NSCLC immer die stärkste verfügbare zielgerichtete Therapie in der Erstlinie priorisieren.
- Gewebe-Rebiopsie zum Zeitpunkt des TKI Versagens immer anstreben und mit möglichst breitem DNA+RNA NGS Panel testen, um zielgerichtete Folgetherapien zu ermöglichen.

**Dr. Sebastian Lange,
TUM Klinikum München
Eine komplette Übersicht der molekularen
Targets bei GI- Tumoren- was ist und wird drugabel**



Was muss ich beachten?

- **Jeder** fortgeschrittene GI-Tumor sollte eine MSI/MMR-Testung erhalten.
- **Jeder** fortgeschrittene GI-Tumor sollte eine HER2-Testung erhalten. Die Differenzierung zwischen IHC 3+ und IHC2+/ISH+ wird zukünftig (wieder/erstmalig) in der Therapiestratifizierung relevant.
- Alle Cholangiokarzinome, Pankreaskarzinome (mit KRAS-Wildtyp) und Kolorektalen Karzinome (nach EGFR-gerichteter Therapie bei RAS-und BRAF-Wildtyp) sollten eine NGS-Testung (im Regelfall panelbasiert) erhalten.
- Der Stellenwert einer breiten Sequenzierung bei Magen/Ösophaguskarzinome sowie HCC ist aktuell (noch?) gering.

**PD Dr. Philipp Ivanyi,
Medizinische Hochschule Hannover
Urologische Tumore- Crashkurs über mole-
kulare Optionen: Niere/ Blase**



Allgemein:

- molekular ≠ molekular, Evidenz: statistisch (gegenwärtig) relevanter als mechanistisch

Blase:

- SOC: PD1i, EV/P, 2ndL: FGFRi; **Zukunft: HER2, TROP2, FGFRi**

Niere:

- SOC: PD1i, mTOR, VEGFRi, HIF2alpha; **Zukunft: individualisierte Peptide + PD1**

**Prof. Dr. Igor Tsaur,
Universitätsklinik Tübingen
Urologische Tumore- Crashkurs über mole-
kulare Optionen: Prostata**



- Von der Triplette profitieren beim mHSPC insbesondere Männer in der High Burden Situation und aggressiveren Tumormerkmalen
- Die Kombination ARSI+PARPi hält Einzug in das mHSPC bei Patienten mit HRR-Mutationen
- AKT-Inhibitoren könnten weitere Prognoseverbesserungen bei PTEN-defizienten mCRPC Patienten
- Enzalutamid + ADT ist die derzeit wirksamste Therapie beim High Risk BCR nach lokaler Therapie

Unsere Industrie-Partner



Die Erstellung der Conclusio for Therapy wird ermöglicht durch ein Sponsoring unseres Industriepartners.

Er übt keinerlei Einfluss auf die Inhalte der Conclusio aus. Die Inhalte sind Empfehlungen aus dem Kreis der Faculty und der Wissenschaftlichen Leitung.

neoConnect

Die Inhalte dieser Conclusio for Therapy unterliegen dem Urheberrecht und der Verantwortung der jeweiligen Autoren. Für die Weiterverwendung ist eine Erlaubnis erforderlich.

Fragen richten Sie bitte an:

Dr. Christina Buttler
CEO, neoConnect

M +49 (0) 170 - 33 507 45
E buttler.christina@neo-connect.org