

# Conclusio for Therapy

## WCLC/ESMO Focus Thorax - Relevant for practice

Wissenschaftliche Leitung: **PD Dr. Akin Atmaca** und  
**Prof. Dr. Michael Thomas**  
Fortbildung am 06. November 2025

**PD Dr. Akin Atmaca**  
**Krankenhaus Nordwest**  
**Therapie des nicht onkogen alterierten (ohne**  
**Treibermutation) NSCLC - Stage IV palliativ**



- Mit Ivonescimab + Chemotherapie neuer Therapiestandard beim squamous NSCLC in der 1st line in Aussicht
- Ansonsten keine Änderung des Therapiestandards in der 1st line des Non-AGA NSCLC
- Neue Ansätze für spezielle Patientenpopulation weiter abzuwarten

**Prof. Dr. Petros Christopoulos**  
**Universitätsklinikum Heidelberg**  
**Therapie des onkogen alterierter (mit Treibermutation)**  
**NSCLC - Stage IV palliativ**



- Die Chemotherapie zusätzlich zum Osimertinib verlängert das OS bei NSCLC und klassischen EGFR Mutationen um ca. 10 Monate, daher sollte Osimertinib als Monotherapie nur noch den schwächsten Patienten angeboten werden. Das OS in FLAURA2 erscheint bislang vergleichbar mit dem unter Amivantamab/Lazertinib, so dass die Priorisierung voraussichtlich durch das nächste MARIPOSA Update entschieden wird (insb. dadurch, ob sich ein Überlebensplateau dann bildet)
- Sacituzumab-TMT & Ivonescimab-CHT als vielversprechende NGS-agnostische 2L Therapien für EGFR mutierte NSCLC; allerdings sind diese im Westen noch nicht zugelassen, und zielgerichtete Folgetherapien (für Patienten mit therapierbaren Resistenzmutationen nach NGS einer Rebiopsie) behalten sowieso ihren Vorrang
- Encorafenib/Binimetinib als best-in-class zielgerichtete Option und als Erstlinien-Behandlung der Wahl für BRAF V600 mutierte Tumoren bestätigt
- Zongertinib und Sevabertinib mit 1L-ORR >70% und mPFS >1y (laut Phase 2 Ergebnissen) für erstdiagnostizierte Patienten mit nicht-squamösen NSCLC und HER2-TKD Mutationen in Deutschland innerhalb von Phase 3 Studien verfügbar
- Für die ROS1+ Erkrankung Nächstgenerations-TKI inzwischen in der Erstlinie zugelassen und bevorzugt (repotrectinib in der EU); zidesamtinib für alle vorbehandelte Patienten als best-in-class Medikament über ein EAP Programm in Nachbarländern verfügbar

**PD Dr. Marcel Wiesweg**  
**Universitätsklinikum Essen**  
**Update kurative und definitive Therapie - NSCLC**  
**(Stage I-III)**



- Die neoadjuvante Immuntherapie zeigt robuste Langzeitergebnisse mit hoch relevantem Benefit
- Auch der Einsatz bei „borderline“ resektablen NSCLC ist nun durch prospektive Daten gestützt
- Im Gegensatz dazu zeigen rein adjuvante Immuntherapie-Konzepte erneut negative Studien und niedrige Effektstärken
- Die Langzeitdaten der adjuvanten Therapie mit Alectinib bestätigen einen anhaltenden DFS-Benefit



**T-Zell engager (DLL3) sind transformativ für die Weiterentwicklung der Systemtherapie beim SCLC**

- 2nd line: ORR 35% - DOR 48% (1 Jahr)

**Pleuramesotheliom–molekulare „Taxonomie“ eröffnet Therapieoptionen**

- NF2 –Alteration                      Dysregulation HIPPO pathway  
    TEAD-Inhibition
- CDKN2–Alteration                      MTAP-Deletion  
    PRMT-Inhibition

**Thymustumoren – “antiangiogene“ Therapieoptionen bei fortgeschrittener Therapielinie**

- Lenvatinib                      Thymuskarzinom: RR 38% -PFS 9.3 mo
- Rivoceranib                      Thymuskarzinom: RR 38% -PFS nr  
    Thymom: RR 32% -PFS nr



## Johnson & Johnson

Die Erstellung der Conclusio for Therapy wird ermöglicht durch ein Sponsoring unserer Industrie-Partner.

Sie üben 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](mailto:buttler.christina@neo-connect.org)