

Conclusio for Therapy

WCLC/ESMO Focus Thorax - Relevant for practice

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



- 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/Binimatinib 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); zidesamitinib 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

Prof. Dr. Michael Thomas Thoraxklinik Heidelberg Therapie-Update SCLC/Mesotheliom



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
 - Rivoferanib Thymuskarzinom: RR 38% -PFS nr
Thymom: RR 32% -PFS nr

Unsere Industrie-Partner



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