

EGFR 변이 비소세포폐암의 수술 전후 치료 전략

다학제적 의사결정을 위한 증례 기반 접근

서울성모병원 종양내과 박송이

발표 개요

01

EGFR 변이 NSCLC, 무엇이 다른가

면역치료 한계와 표적치료의 시대

02

근거 지형 (Evidence Landscape)

ADAURA · NeoADAURA · LAURA — 세 기둥

03

증례 1 — 절제 후 stage IIB

Adjuvant osimertinib (ADAURA paradigm)

04

증례 2 — Resectable stage IIIA (N2)

Neoadjuvant vs upfront surgery (NeoADAURA)

05

증례 3 — Borderline / Unresectable III

전환 절제 vs CRT + osimertinib (LAURA)

06

다학제 의사결정 프레임워크

EGFR testing, surgical 고려사항, 미해결 과제

증례 위주로 — 실제 MDT 회의에서 어떤 논점이 부딪치는지를 함께 따라가 봅니다.

EGFR 변이 NSCLC — 무엇이 다른가

01

독특한 생물학

- 비흡연자, 여성, 아시아인에서 호발 (한국 ~40%)
- 낮은 TMB, 'cold' tumor microenvironment
- 조기 CNS 전이 경향 — 3년 누적 29–60%

02

면역치료의 한계

- CheckMate 816, KEYNOTE-671, AEGEAN — EGFR/ALK 제외 또는 benefit 불명확
- PD-L1 발현과 무관하게 ICI 단독 효과 저조
- Perioperative 면역치료가 표준이 되기 어려움

03

표적치료가 게임체인저

- Osimertinib — 3세대 EGFR TKI, CNS 침투 우수
- 수술 전·후·CRT 후 — 모든 perioperative phase에서 효과
- 재발 양상·CNS metastasis까지 변화시킴

결론: EGFR+ NSCLC는 별개의 질환이다 — 별개의 치료 패러다임이 필요하다.

EGFR+ Perioperative 치료의 세 기둥

ADJUVANT

ADAURA

NEJM 2020 / 2023

Setting

절제 후 Stage IB–IIIA

OS HR 0.49

5-yr OS 85% vs 73% (stage II–IIIA)

- Osimertinib 3년 adjuvant
- DFS HR 0.23 (II–IIIA)
- CNS DFS 의미있는 감소

NEOADJUVANT

NeoADAURA

ASCO 2025 / JCO 2025

Setting

절제 가능 Stage II–IIIB

MPR 25–26%

vs 2% with chemo alone

- Osi ± chemo × 9주 → 수술
- pCR 4–9% vs 0%
- 98% 환자 수술 완수, 안전성 양호

POST-CRT

LAURA

NEJM 2024

Setting

Unresectable Stage III post-CRT

mPFS 39.1 vs 5.6 mo

HR 0.19 — 81% risk reduction

- Definitive CRT 후 osimertinib
- Durvalumab 대안 (PACIFIC 한계 극복)
- CNS 진행 의미있게 감소

MDT 회의에서 늘 마주치는 6가지 질문

Q1

EGFR mutation testing — 수술 전에 했는가?

수술 전 진단 시점에 reflex testing 권고

Q2

절제 가능성 판단의 기준은?

Single-station N2 까지는 surgery 고려; bulky/multistation N2/N3는 신중

Q3

Neoadjuvant TKI를 줄 것인가?

Stage II–IIIB resectable 에서 MPR 향상; 단, OS 근거는 아직

Q4

수술 후 adjuvant 시작 시점은?

Recovery 후 가능한 빨리; 보통 3–10주 내 osimertinib

Q5

Adjuvant chemotherapy를 추가할 것인가?

Stage II–IIIA — guideline 상 권고; 환자별 risk/benefit 평가

Q6

절제 불가능으로 판단된다면?

Definitive CRT → consolidation osimertinib (LAURA)

임상적 cT1 → 수술 → 예기치 못한 N2

Occult N2 · 절제 후 adjuvant osimertinib (ADAURA)

57세 / 남

cT1 → pN2 (IIIA)

진단 / 병기

종양 NSCLC, LUL · part-solid ~2.7cm
 종격동 흉막 인접 · 강한 FDG 섭취

초기 임상 판단

병기 cT1c · 림프절 전이 근거 없음(cN0)
 → 조기 병기로 판단, upfront 수술

PET 판독 요지

- LUL 2.7cm part-solid → 악성 추정
- RML perifissural GGN → AIS/MIA 가능
- 림프절·원격 전이 근거 없음

▶ 반전 포인트

수술 후 병리 N2 (occult N2) → pT2N2a



병리 — 수술 후 N2 확인

임상 cN0 → 병리 N2 → *adjuvant osimertinib*

병리

- NSCLC, 절제 표본
- 림프절: N2 양성 (occult N2)
- 최종 병기 pT2N2a · Stage IIIA

분자

EGFR 변이 (+)

MDT 논점

- 임상 cN0였으나 병리 N2 → ADAURA 적응
- Adjuvant osimertinib
- 조기 병기에서도 systematic nodal dissection의 중요성

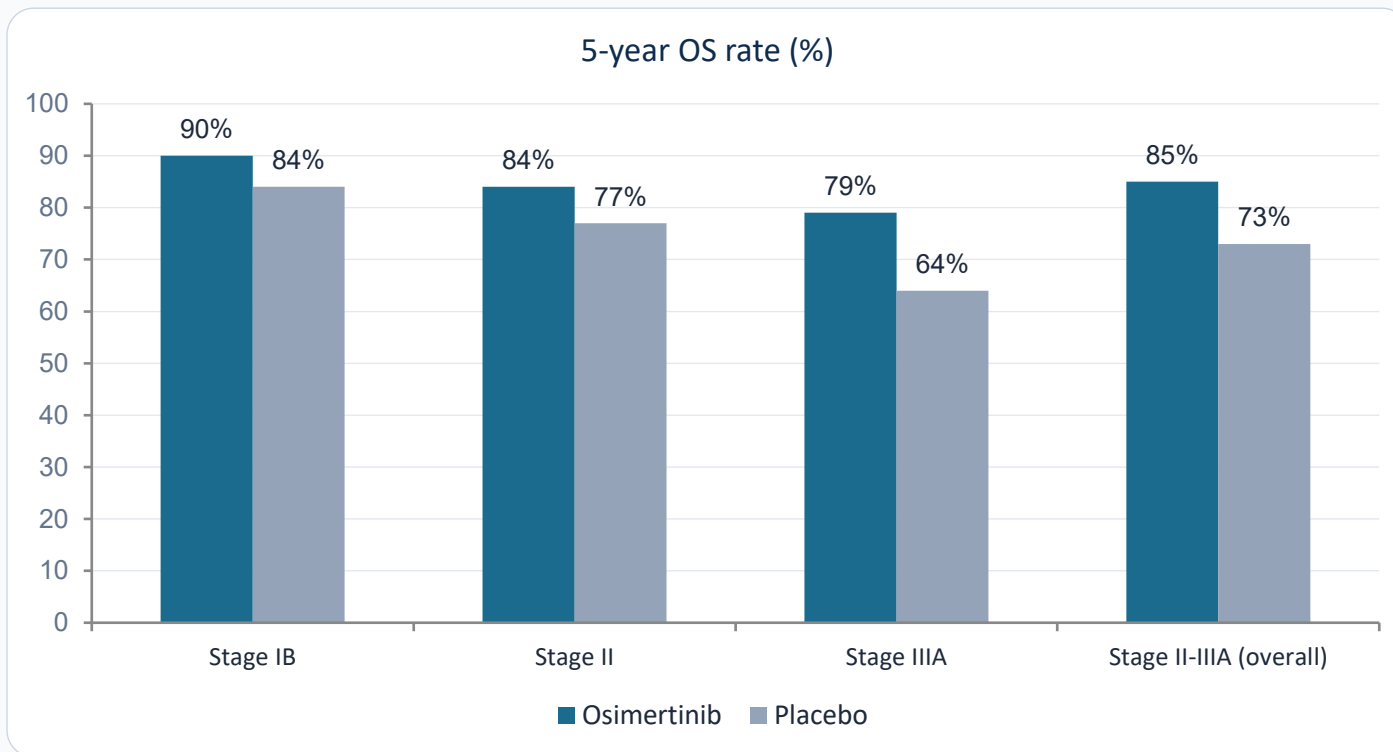
[MICROSCOPIC DESCRIPTION]

- Site: LUL
- Location: peripheral
- Tumor focality: Single focus
- Tumor size: 3.0 x 1.5 cm (non-lepidic portion 1.7 x 1.4 cm)
- Histological type: Invasive adenocarcinoma, micropapillary predominant
lepidic: 30 %, acinar: 25 %, papillary: 5 %, solid: 5 %, micropapillary: 35 %, complex glandular: 0 %
- Histologic differentiation: poorly differentiated (grade 3 by IASLC 2020)
- Spread Through Air Spaces (STAS): present
- Pleural invasion: present (visceral pl. (PL1))
- Lymphovascular invasion: Present
Lymphatic
- Perineural invasion: Not identified
- Direct invasion of adjacent structures: No adjacent structures present
- Resection margin: uninvolved by tumor
Margins examined: bronchial & vascular
Distance of invasive carcinoma from closest margin: 0.2 + 3.4 cm
- Treatment Effect: No known presurgical therapy
- Regional lymph node metastasis: Present (1/16)
N1: #11(0/1) #12(0/1) #13(regional)(0/2)
N2: #4(0/2) #5&6(1/5) #7(0/5)
extranodal extension: absent
- Pathologic stage classification (pTNM) (AJCC 8th Edition)
TNM Descriptors: none
T2a N2 M not applicable
- Histology of non-neoplastic lung tissue: None identified

ADAURA — adjuvant osimertinib의 OS benefit

Design: Stage IB–IIIA EGFR+ NSCLC, R0 resection ± adjuvant chemo → Osimertinib vs Placebo × 3 yrs (N=682)

Primary endpoint: DFS in stage II–IIIA · **Key secondary:** OS, CNS DFS, DFS in IB–IIIA, safety

**0.49****OS Hazard Ratio***stage II–IIIA (p=0.0004)***0.23****DFS Hazard Ratio***stage II–IIIA, updated***0.24****CNS DFS HR***stage II–IIIA, updated analysis*

Tsuboi M et al. NEJM 2023 (final OS analysis). Stage classification per AJCC 7th ed.

Upfront 수술 → 병리 N2 (cN1 → pN2)

초기 PET N1 · 절제 후 N upstaging · ADAURA-relevant

진단 / 병기

종양 NSCLC ADC, RUL · solid 2.5cm
SUVmax 19.9

초기 PET 병기

- cT1c (2–3cm) · N1 (동측 폐문/폐내)
- M0 (흉막 침범 가능 → T2 possible)

▶ 반전 — 수술 후 N upstaging

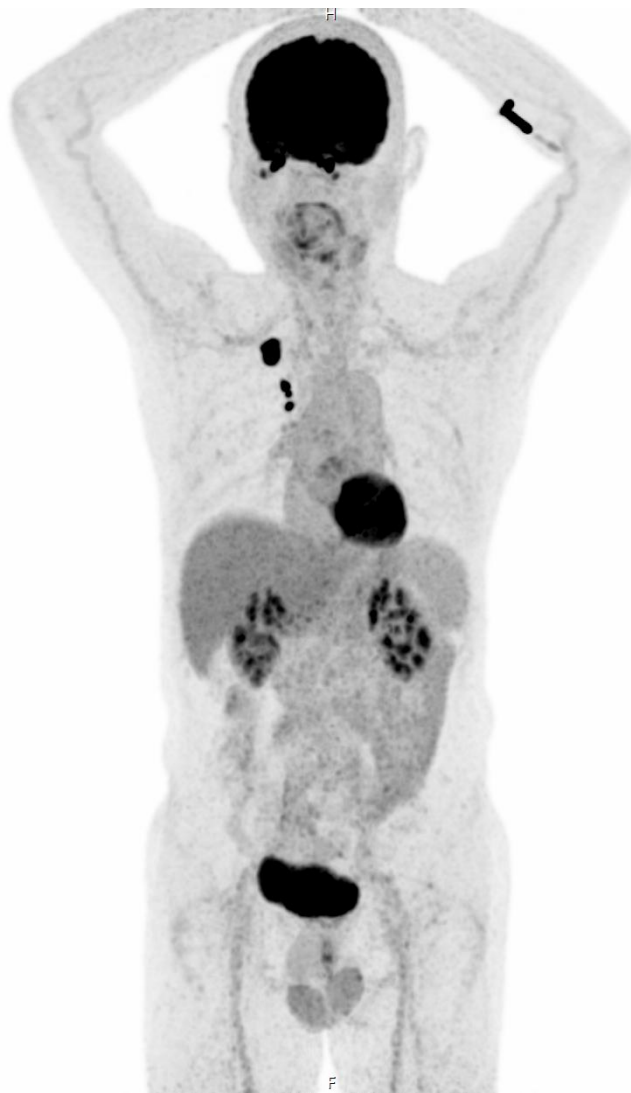
최종 pT2aN2M0 · IIIA (cN1 → pN2)

분자

EGFR exon21 L858R · ROS1(–) · PD-L1 70%

치료

'23-12-15 VATS wedge→lobectomy+MLND(R0)
CEA 14.70 → 4.45 → 3.05 (정상화)



병리 — Adenocarcinoma, acinar 우세

cN1 → 병리 N2 upstaging · adjuvant osimertinib

병리

- Adenocarcinoma, poorly diff.
- acinar (complex glandular) 우세
- 림프절 N2 — 임상 N1에서 upstaging

분자

- exon21 L858R · PD-L1 70% · ROS1(-)

경과

- CEA 정상화 — 치료 반응 양호

MDT 논점

- 임상 N1 → 병리 N2 → ADAURA 적응
- 완전 림프절 광청(MLND)의 중요성

[MICROSCOPIC DESCRIPTION]

-Site: RUL
 -Location: peripheral
 -Tumor focality:
 Single focus
 -Tumor size:
 2.8 x 2.4 cm (non-lepidic portion 2.6 x 2.4 cm)
 -Histological type:
 Invasive adenocarcinoma, acinar (complex glandular) predominant
 lepidic: 10 %, acinar: 15 %, papillary: 5 %, solid: 0 %, micropapillary: 30 %, complex glandular: 40 %
 -Histologic differentiation: poorly differentiated (grade 3 by IASLC 2020)
 -Spread Through Air Spaces (STAS): present
 -Pleural invasion: present (visceral pl. (PL1))
 -Lymphovascular invasion:
 Present
 Lymphatic
 Venous
 -Perineural invasion:
 Not identified
 -Direct invasion of adjacent structures
 No adjacent structures present
 -Resection margin: uninvolved by tumor
 Margins examined: bronchial & vascular
 Distance of invasive carcinoma from closest margin: 1.0 + 4.9 cm
 -Treatment Effect:
 No known presurgical therapy
 -Regional lymph nodes
 Present (9/23)
 N1: #10(0/1) #11s(frozen)(1/1) #11(0/1) #12(0/1) #12(regional)(4/4) #13(regional)(2/3)
 N2: #2(0/4) #4(2/5) #7(0/1) #8(0/1) #9(0/1)
 extranodal extension: present at #12(regional) & #13(regional)
 -Pathologic stage classification (pTNM) (AJCC 8th Edition)
 TNM Descriptors: none
 T2a N2 M not applicable
 -Histology of non-neoplastic lung tissue
 Anthracosis

Unresectable IIIA → CRT → 재발 → Osi

LAURA-relevant · CRT 후 국소재발, 표적 전환

진단 / 병기

종양 NSCLC ADC, LUL

병기 cT1cN2M0 · IIIA (bulky N2)

분자

- EGFR exon21 L858R · EGFR amp×12
- TP53, RB1 · TMB 5.6

치료 경과

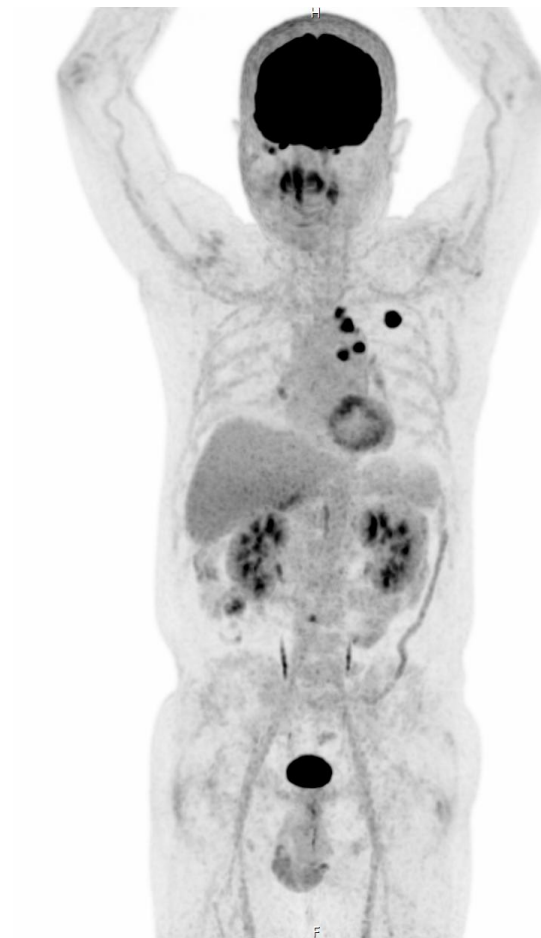
'24-01~02 Neoadj Pac/Carbo×2 → PR

'24-03~04 PC-CCRT×6 → RT 종료

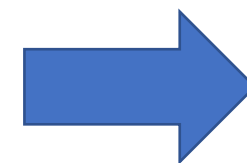
이후 Durvalumab consolidation×26

'25-09-05 PET 재발 (Rt #4R, #5)

'25-09-18 Osimertinib, ongoing



Neoadj. TC 후 PR



CASE 3

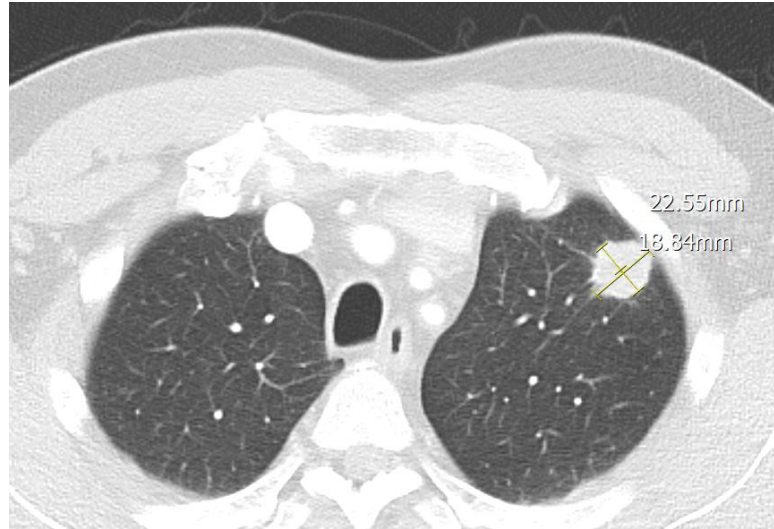
영상

61세 / 남

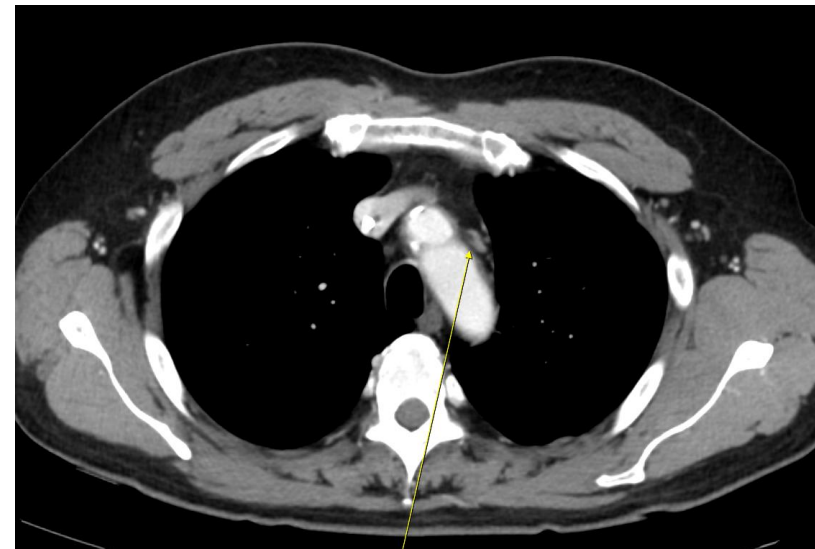
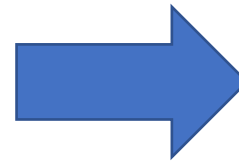
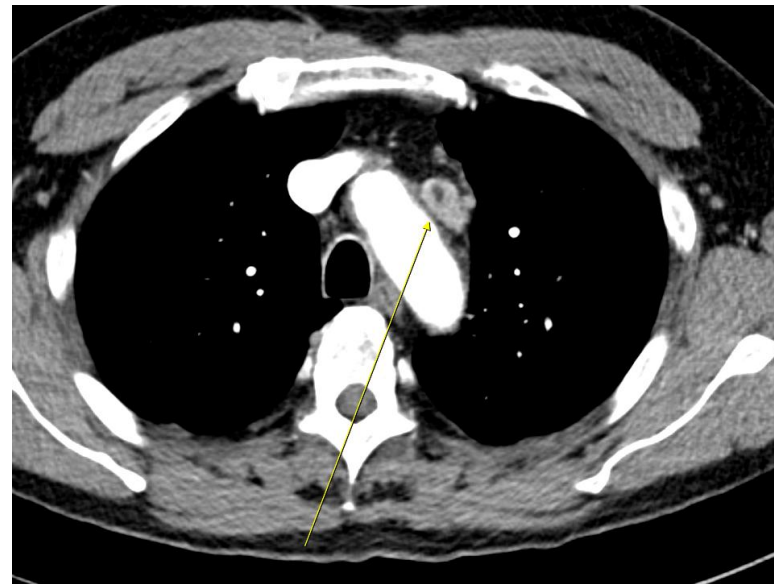
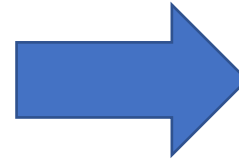
cT1cN2M0 (IIIA)

Unresectable IIIA → CRT → 재발 → Osi

LAURA-relevant · CRT 후 국소재발, 표적 전환



Neoadj. TC 후 PR



조직검사 · 분자 프로파일

CRT 후 국소재발 → 표적치료 전환

조직검사

- EBUS 4L LN: adeno, metastatic
- PCNB LUL: adeno, acinar + solid

분자

- L858R · EGFR amp×12
- TP53 / RB1 · TMB 5.6

MDT 논점

- CRT + durvalumab 후 국소재발
- → 표적치료(osimertinib) 전환
- LAURA 맥락의 실제 변형 사례

CRT + durvalumab 후 국소재발



LAURA — CRT 후 osimertinib의 압도적 PFS benefit

Design: Unresectable stage III EGFR+ NSCLC (N=216), no PD during/after definitive CRT → Osimertinib vs Placebo (2:1) until progression

Primary endpoint: BICR PFS · **Key secondary:** CNS PFS, OS, safety · *Patients without EGFR mutation excluded from PACIFIC-like data*

MEDIAN PROGRESSION-FREE SURVIVAL

39.1 **VS** 5.6

months
osimertinib

months
placebo

HR 0.19 (95% CI 0.12–0.29) — 81% 진행·사망 위험 감소

–66%

CNS progression

vs placebo (HR ~0.34)

Manageable

Safety

Pneumonitis 8% (gr ≥3 ~2%)

Pending

Overall Survival

Trend favoring osi, immature

Lu S et al. NEJM 2024. CNS PFS detailed in Ann Oncol 2024.

Induction Osi → 절제 → Adjuvant osi

TKI 선행 투여 후 수술 · N downstaging 사례

진단 / 병기

종양 NSCLC ADC, LUL

초기 cT2bN2M0 · Stage IIIA

분자

- EGFR exon19 deletion
- c-MET 3+ · PD-L1 <1%

치료 경과 (osi 선행 → 수술)

- '25-09-03 Osimertinib 80mg (induction)
ANC 감소 → 40mg 감량 / 1주 hold
- '26-03-19 VATS lobectomy(LUL) + MLND
- '26-04-06 Adjuvant osimertinib 40mg



Neo osimertinib
투약후 PR



CASE 4

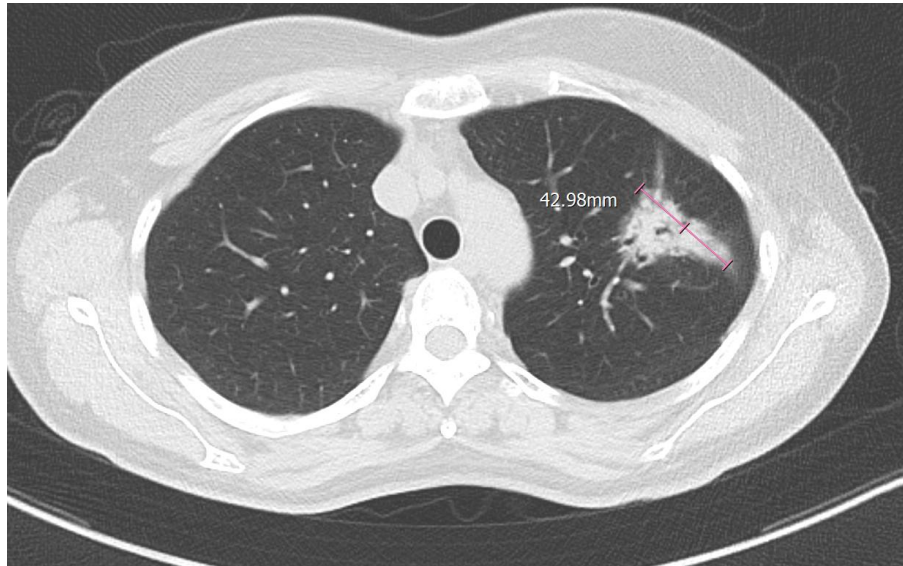
영상

Induction Osi → 절제 → Adjuvant osi

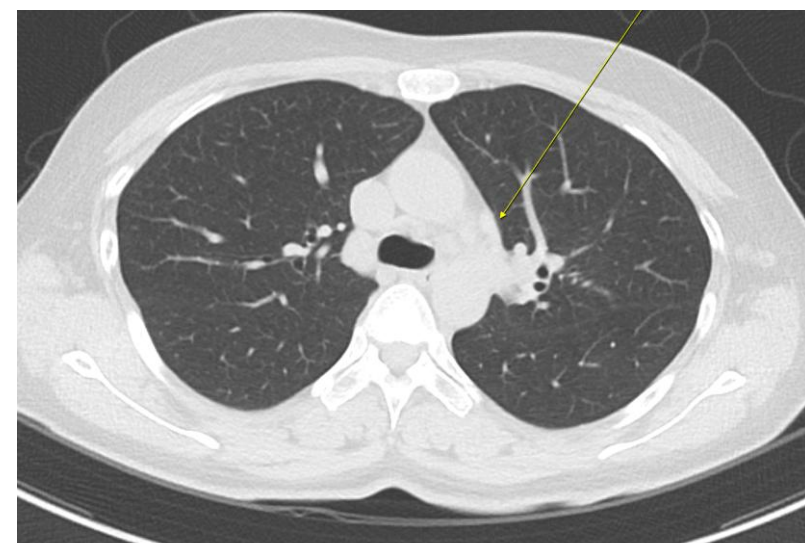
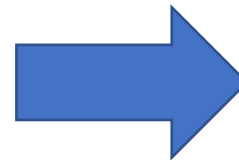
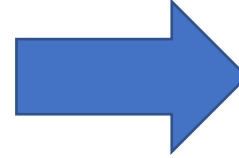
TKI 선행 투여 후 수술 · N downstaging 사례

56세 / 여

cT2bN2M0 → pN2a



Neo osimertinib
투약후 PR



병리 — 절제 표본 (N downstaging)

induction TKI 후 절제 · adjuvant osimertinib

병리 (절제 표본)

- pT2aN2aM0
- #5 & 6 (1/1) · no ENE
- ▶ N 다운스테이징

수술 후 NGS

- EGFR del19 only · TMB 0.95

MDT 논점

- Induction TKI 후 절제 성공 사례
- Adjuvant osimertinib 유지

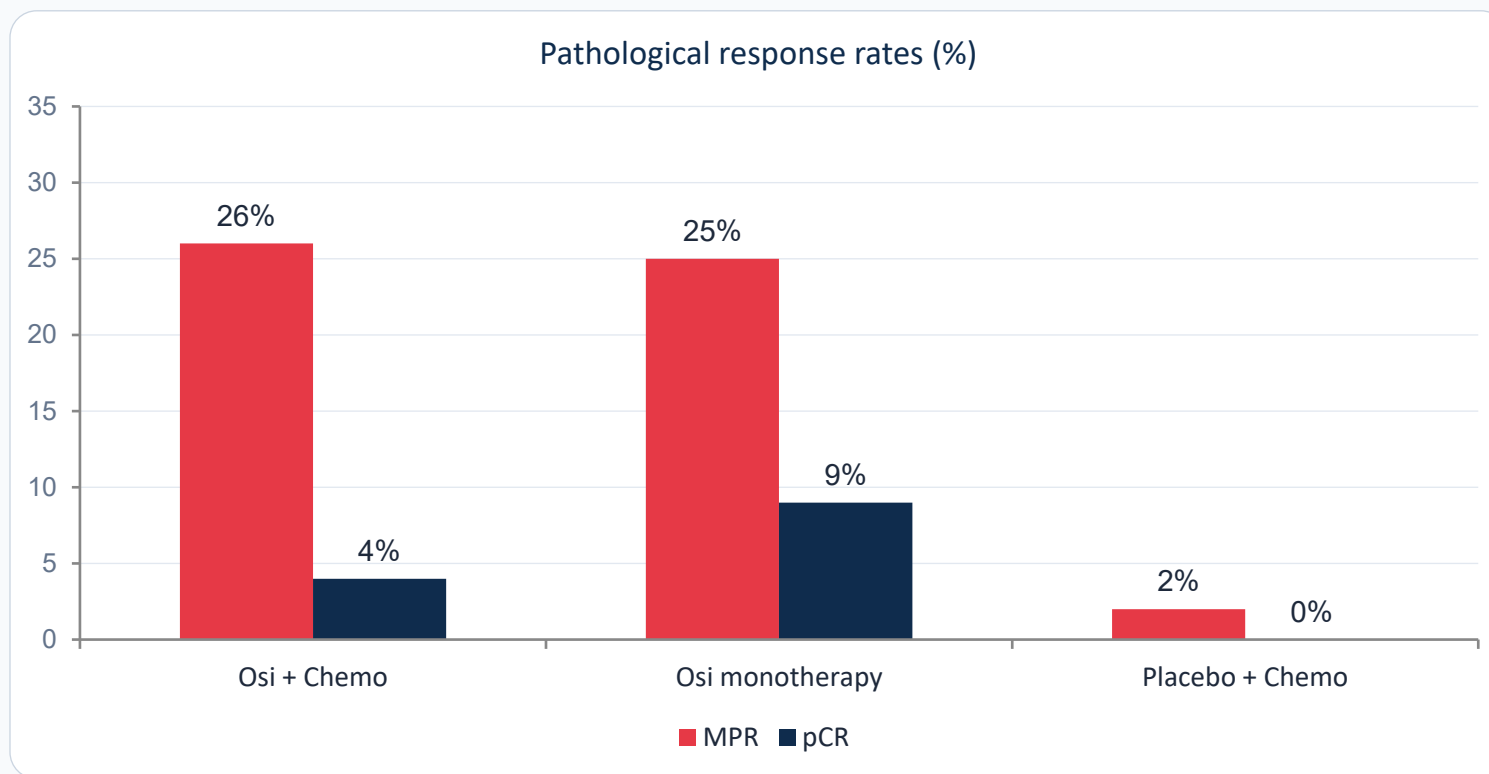
[MICROSCOPIC DESCRIPTION]

-Site: LUL
-Location: peripheral & mid zone
-Tumor focality:
Single focus
-Tumor size:
3.9 x 3.3 cm (non-lepidic portion 3.7 x 2.9 cm)(tumor bed: 3.9 x 3.3 cm)
-Histological type:
Invasive adenocarcinoma, acinar predominant
lepidic: 5 %, acinar: 60 %, papillary: 5 %, solid: 10 %, micropapillary: 20 %, complex glandular: 0 %
-Histologic differentiation: poorly differentiated (grade 3 by IASLC 2020)
-Spread Through Air Spaces (STAS): not identified
-Pleural invasion: see comment
-Lymphovascular invasion:
Present
Lymphatic
-Perineural invasion:
Not identified
-Direct invasion of adjacent structures
No adjacent structures present
-Resection margin: uninvolved by tumor
Margins examined: bronchial & vascular
Distance of invasive carcinoma from closest margin: > 1.5 cm
-Treatment Effect:
Present
Residual viable tumor: 70 %, necrosis: 0 %, stroma (fibrosis and inflammation): 30 %
-Regional lymph node metastasis
Present (3/12)
N1: #10a(0/1) #12(regional)(2/5)
N2: #4(0/3) #5&6(1/1) #7(0/2)
extranodal extension: absent
-Pathologic stage classification (pTNM) (AJCC 9th Edition)
TNM Descriptors: y
T2a N2a M not applicable
-Histology of non-neoplastic lung tissue
Subpleural fibrosis, focal

NeoADAURA — pathologic response의 큰 변화

Design: Resectable stage II–IIIB EGFR+ NSCLC (N=358), 1:1:1 to Osi+Chemo / Osi mono / Placebo+Chemo × 9 wks → Surgery → Adjuvant per investigator

Primary endpoint: Centrally reviewed Major Pathological Response (MPR; ≤10% viable tumor) · **Key secondary:** EFS, pCR, safety

**13×****MPR 향상***Osi-containing arms vs chemo alone***98%****수술 완수율***neoadjuvant arms, no surgical delay***4%****Grade ≥3 AE***Osi mono (chemo 23%, combo 29%)*

Neoadjuvant Osimertinib 후 — 수술적 고려사항

NeoADAURA에서 관찰된 수술 데이터

98%

수술 완수율

Neoadjuvant arms 모두 — 진행으로 인한 surgery 미시행 ~2%

R0

Resection rate ↑

Osi-containing arms에서 R0 율 유사 또는 향상

≈

수술 시간·합병증

Chemo arm과 큰 차이 없음 — 면역치료 후 fibrosis 우려 적음

실무 권고 — 흉부외과와 종양내과의 약속

1

Osi 중단 시점

수술 ≥ 48시간 전 중단 (반감기 ~48시간). 출혈·창상 우려 낮으나 안전 마진.

2

수술 timing

Neoadjuvant 종료 후 2~4주 내 수술 권고. 진행 위험 최소화.

3

수술 후 재시작

Recovery 후 가능한 빨리 (보통 4~10주). 폐 합병증·간기능 회복 확인.

4

절제 범위

Lobectomy 표준. Sub-lobar는 종양 크기·위치·환자 폐기능 고려해 MDT 결정.

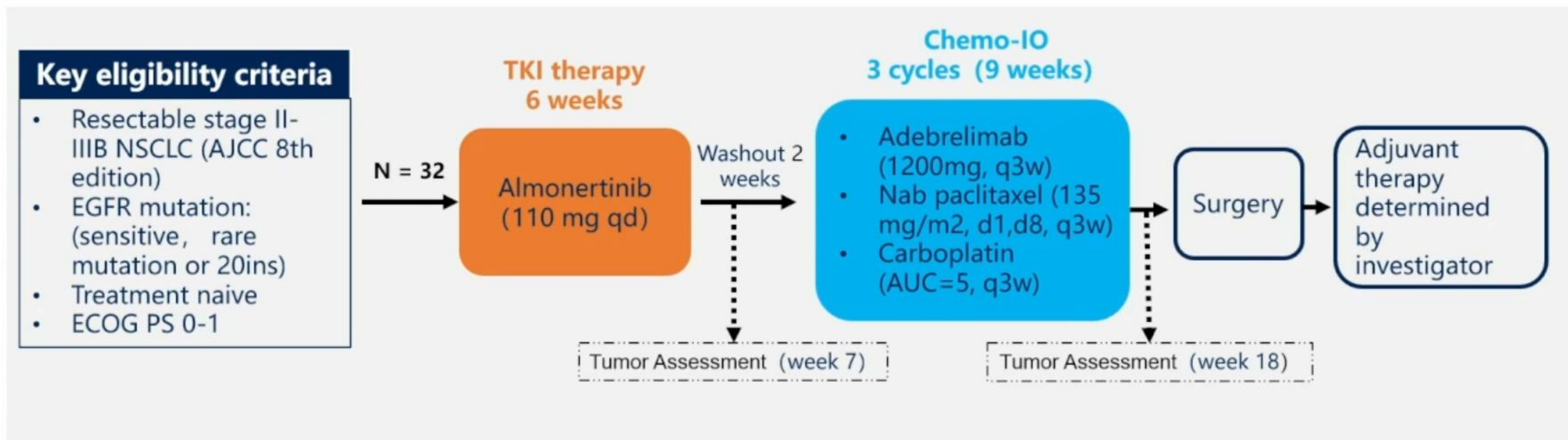
5

Pneumonitis 감시

Osi 관련 ILD 1~3%. 수술 후 새로운 GGO·기침·SpO2 변화 시 즉시 보고.

Study design

A single-arm phase II study of Neoadjuvant Almonertinib (3rd gen EGFR-TKI) → Adebrelimab (an anti-PD-L1 antibody) + Chemotherapy for Stage II–IIIB EGFR-Mutant NSCLC (NCT06300424, NEOVADE)



Primary endpoint: MPR

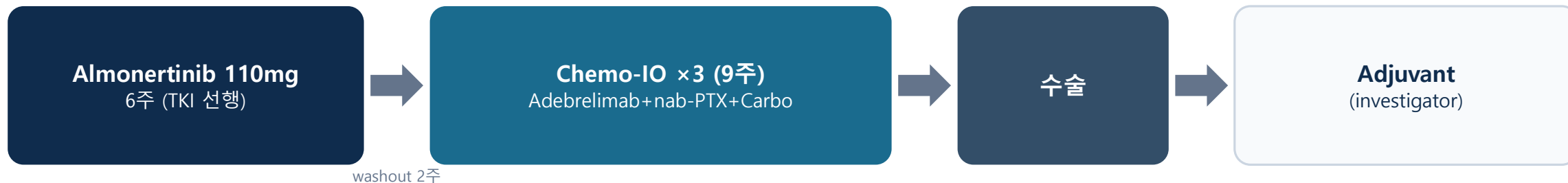
Secondary endpoints: pCR, safety, ORR after TKI, ORR after chemo-IO, resectability, EFS, OS.

Exploratory endpoints: ctDNA-MRD and biomarker

Statistical: Simon' s optimal two-stage design ($P_0=15\%$, $P_1=35\%$, $\alpha_{\text{one-sided}}=0.05$, power=80%, $N_{\text{stage I}}=17$ ($R_1>2$), $N_{\text{total}}=32$ ($R>7$))

NEOVADE — Neoadjuvant TKI → Chemo-IO

Design 단일군 2상 · 절제 가능 Stage II–IIIB EGFR+ NSCLC · N=32 (NCT06300424) · 1차 평가변수 MPR



MPR (1차 평가변수)

40.6%

ITT 13/32 · 95%CI 22.5–59.8
(PP 44.8%)

pCR

15.6%

ITT 5/32 · 95%CI 5.2–34.7
(PP 17.2%)

R0 절제

90.6%

29/32 · 수술 관련 사망 0%

N 다운스테이지

43.3%

13/30 · N1-2→N0 40%

EGFR+는 면역치료 효과가 제한적이라 여겨졌으나 — TKI 선행 후 chemo-IO로 병리반응을 끌어올림. ▶ ICI + EGFR 병용 시대의 신호탄.

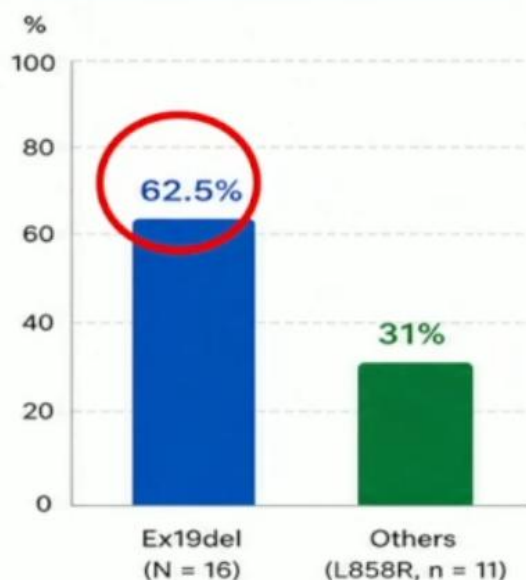
NEOVADE study: Impact of EGFR mutation subtype

Ex19del (N = 16) vs Others (L858R, n = 11)

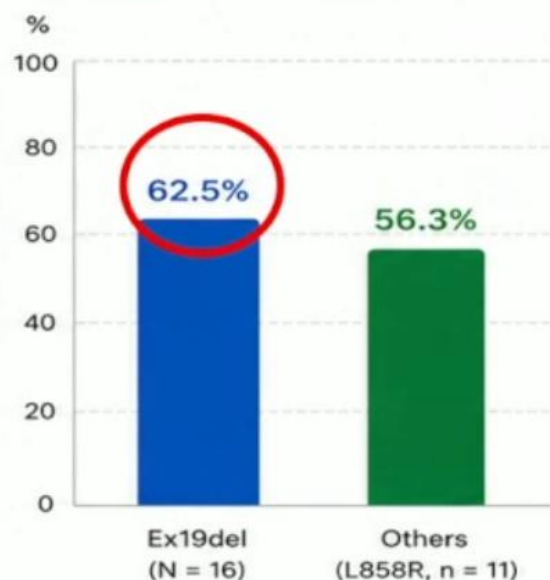
■ Ex19del (N = 16)

■ Others (L858R, n = 11)

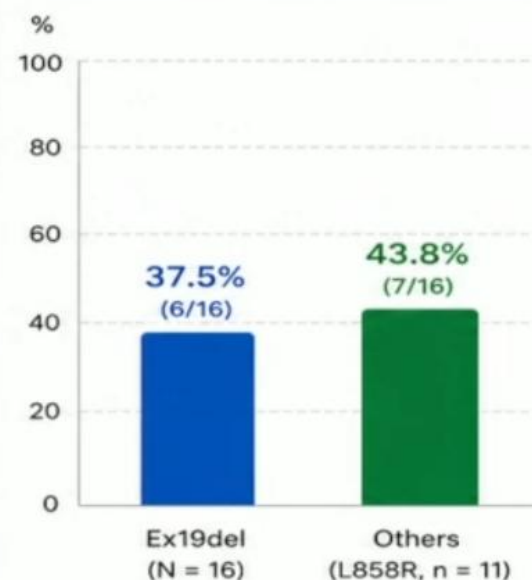
ORR TKI



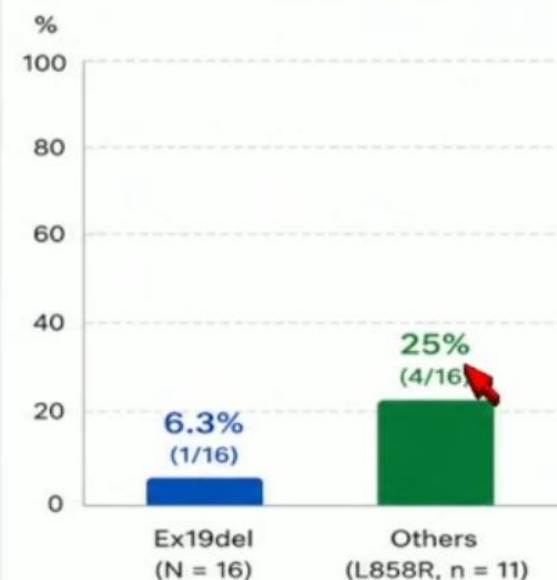
ORR TKI + CT + ICI



MPR



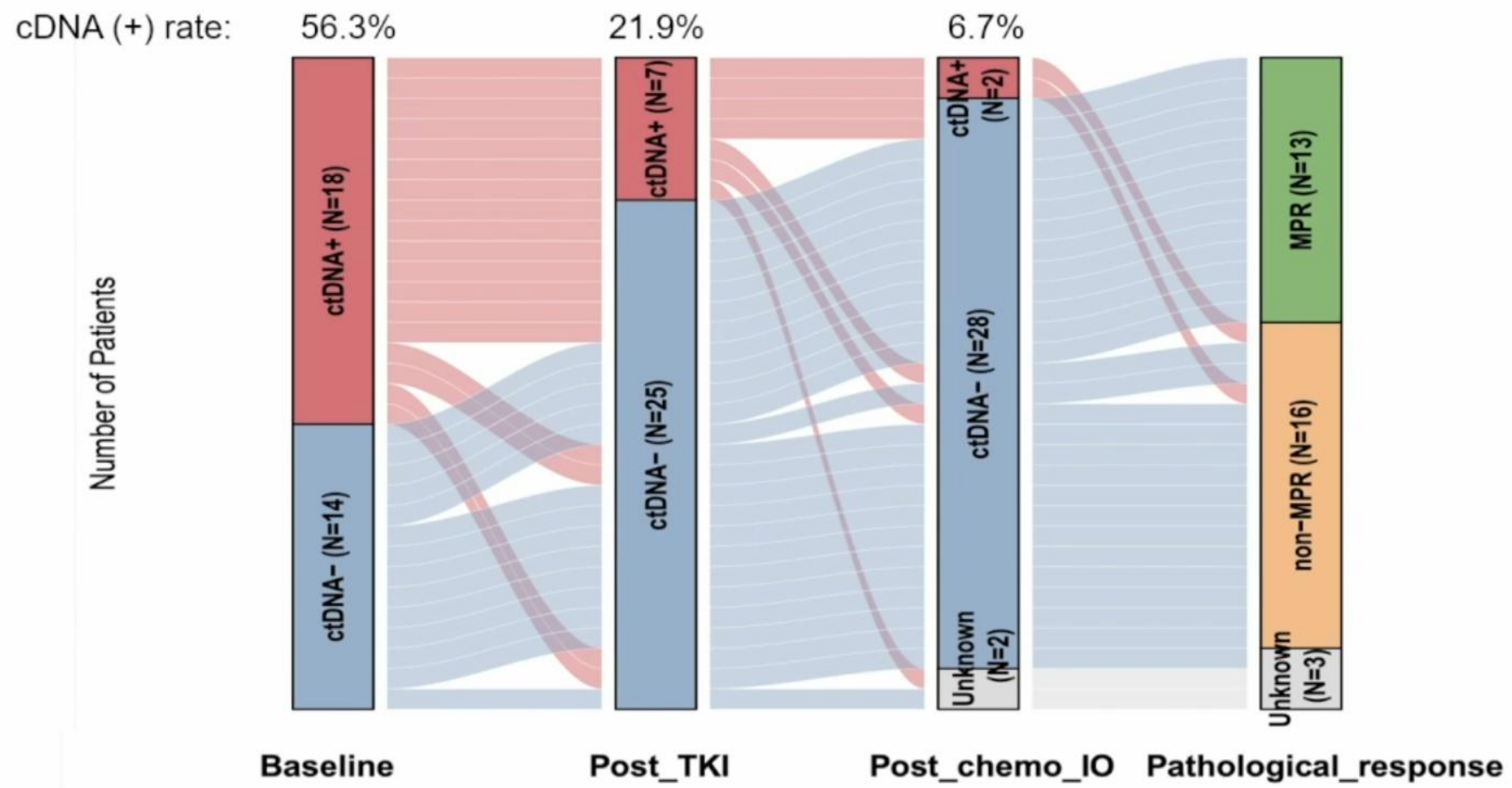
pCR



Ex19 del: 16 p / L858R: 11 p + Ex20ins: 2 pt + L861Q: 2 pt + G719A:1 p.



ctDNA Clearance outcome of TKI Sequential Chemo-IO



NEOVADE — 누가 더 반응했나 (바이오마커)

PD-L1 발현별

ORR (TKI+CT+ICI)
37.5 → 75 → 87.5%

MPR
18 → 37.5 → 87.5%

pCR
0 → 12 → 50%

PD-L1 0% / 1–49% / ≥50% 순.
발현 높을수록 MPR·pCR 뚜렷이 증가

EGFR subtype

ORR (TKI)
62.5% vs 31%

MPR
37.5% vs 43.8%

pCR
6.3% vs 25%

Ex19del(16) vs L858R 등(11).
TKI 반응 ↑ (Ex19del) ↔ 병리반응 ↑ (L858R 등)

ctDNA clearance

기저 양성률
56.3%

TKI 후
21.9%

Chemo-IO 후
6.7%

순차요법 진행에 따라
ctDNA 점진적 음전 (clearance)

NEOVADE — 의의와 미해결 질문

의의 — 왜 중요한가

- EGFR+ NSCLC는 전통적으로 면역치료 효과가 제한적이라 여겨져 왔다
- 그러나 TKI 선행 → chemo-IO 순차전략으로 MPR 40.6% · pCR 15.6% — 병리반응 향상

▶ ICI + EGFR 표적 병용 시대의 신호탄

PD-L1 높을수록 효과 ↑ (pCR 0→50%)

- R0 90.6% · N 다운스테이지 43.3%
- 수술 관련 사망 0% · ≥G3 AE 15.6%

▶ MDT 연결

CASE 4(induction osi→수술)와 같은 맥락

Open Questions

- 순차 neoadjuvant ICI+chemo의 추가 이득은?
하위군 한정인가 — PD-L1≥50%, uncommon EGFR, TP53/RB1 동반변이?
- 짧은 TKI 노출·washout의 영향
(특히 Ex19del 종양)
- 이후 adjuvant TKI 순응도 · 장기 EFS/OS?
- ADC·이중항체 시대에서 이 전략의 위치는?

EGFR Testing — 언제, 무엇을, 어떻게

원칙: Resectable disease를 의심하면 *biopsy 시점에 reflex testing*. 수술 후 결과 대기로 인한 systemic therapy 지연을 막는다.

WHEN

검사 시점

최초 진단 시

조직 확보 시점 — adeno/NSCLC NOS에서 reflex

Resectable 의심

수술 결정 전 결과 확보 — neoadjuvant 옵션 검토

절제 검체에서

수술 전 미시행 시 즉시 (adjuvant 결정에 필수)

Stage III (CRT)

치료 결정 전 — LAURA paradigm 적용 여부

WHAT

검사 항목

최소 권장

EGFR (ex19del, L858R, T790M, ex20ins, atypical)

이상적 (NGS)

EGFR + ALK / ROS1 / KRAS / BRAF / MET / RET / HER2 / NTRK

PD-L1 (IHC 22C3)

병용 결정 — 단, EGFR+면 ICI 효과 제한적

조직 vs liquid

조직 우선; 조직 불충분 시 plasma ctDNA 보완

HOW

프로세스

Turnaround

Single-gene PCR 3–5일, NGS 7–14일 — MDT 일정 조율

조직량 확보

Biopsy 시 흉부외과·호흡기내과와 sampling 전략 사전 합의

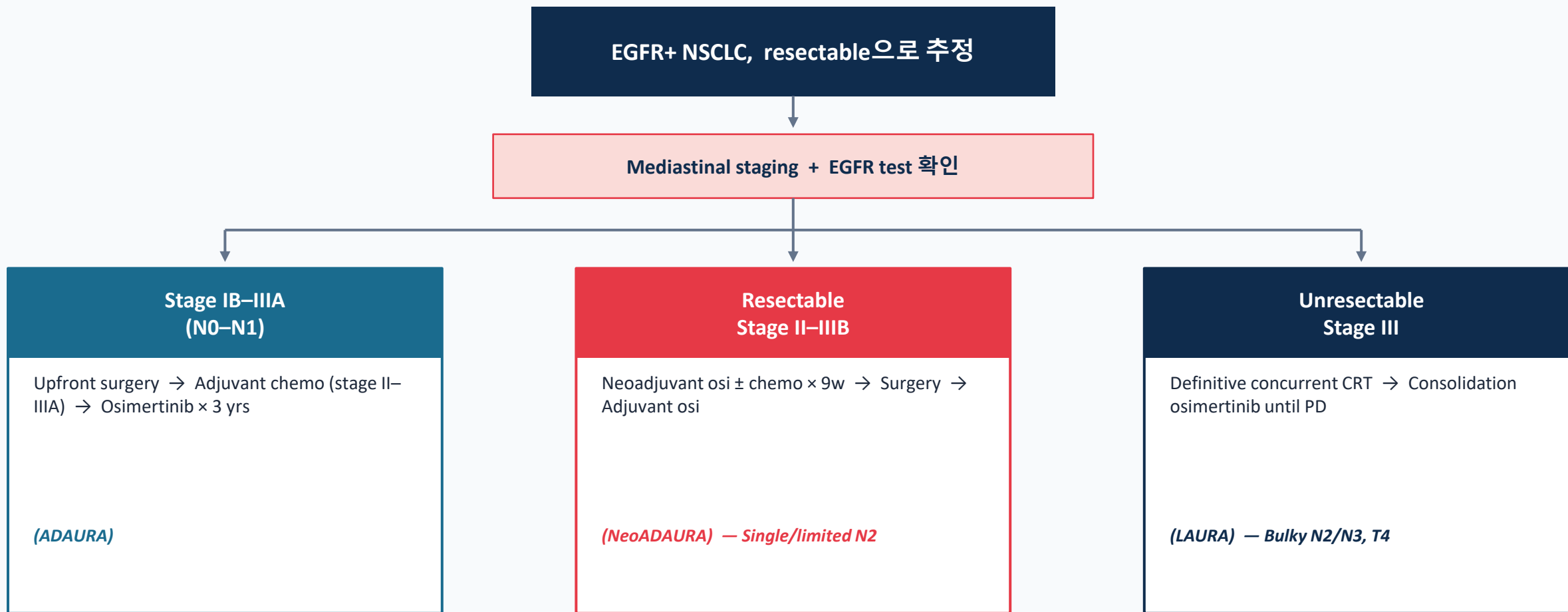
Re-biopsy

Adjuvant 후 재발 시 — T790M / C797S / MET amp 등 저항성 분석

다학제 보고

Molecular tumor board에 결과 회람 — 치료 방향 통일

MDT 의사결정 – 한 장으로 보는 알고리즘



어느 path든: EGFR testing 전에 치료 시작 금지 · MDT 정기 재평가 · CNS surveillance · ICI 단독 신증

아직 답이 없는 5가지 질문

01

Neoadjuvant TKI가 adjuvant TKI에 더해서 OS를 늘리는가?

NeoADAURA의 EFS·OS 데이터 성숙 대기. 'add-on benefit'은 아직 미정.

02

Adjuvant osimertinib을 3년 너머로 연장할 것인가?

ADAURA 3년 종료 후 재발 보고 — TARGET, ADAURA2 같은 후속 연구 진행 중.

03

ctDNA·MRD가 치료 결정을 가이드할 수 있는가?

수술 전후 MRD-positive 환자에서 escalation, MRD-negative에서 de-escalation 가능성 — prospective 검증 진행.

04

Atypical EGFR mutation (ex20ins, G719X 등)에서는?

ADAURA·NeoADAURA·LAURA는 ex19del / L858R에 한정. Atypical에 대한 perioperative 데이터 부족.

05

Neoadjuvant TKI + chemo가 TKI 단독보다 우월한가?

NeoADAURA에서 MPR 거의 동등 (26 vs 25%). Toxicity는 combo에서 7x — risk/benefit 환자별 평가.

정리 — 흉부외과·종양내과가 함께 기억할 것

01

EGFR+ NSCLC는 다른 질환이다

면역치료 표준이 EGFR+ 환자에게 그대로 적용되지 않는다. 별개의 패러다임으로 접근하라.

02

EGFR testing은 수술 전에

Reflex testing은 MDT가 정시에 옳은 결정을 내릴 수 있게 만드는 가장 단순한 인프라다.

03

세 trial이 세 시나리오를 다 채운다

ADAURA (절제 후) · NeoADAURA (수술 전) · LAURA (CRT 후) — 거의 모든 stage에 osi 자리가 있다.

04

Borderline 케이스가 진짜 MDT의 영역

Single vs multistation N2, T4 침범, 환자 fitness — 정량적 기준만으론 부족. 회의실에서 결정된다.

05

Adjuvant 3년 너머가 다음 속제

Osi 중단 후 재발, atypical mutation, MRD-guided 치료 — 가까운 미래의 MDT 의제.

좋은 치료는 좋은 회의에서 나온다.

T H A N K Y O U

질문 환영합니다

Discussion welcomed

KEY REFERENCES

ADAURA

Tsuboi M, et al. NEJM 2023; 389: 137-147. (final OS)

ADAURA

Wu YL, et al. NEJM 2020; 383: 1711-1723. (primary DFS)

NeoADAURA

Chaft JE, et al. JCO 2025; published online June 2 (ASCO 2025 LBA)

LAURA

Lu S, et al. NEJM 2024; 391: 585-597.

LAURA CNS

Lu S, et al. Ann Oncol 2024; 35: 1107-1116.

Guidelines

NCCN NSCLC v2.2026 · ESMO Lung Cancer Living Guidelines · Korean Lung Cancer Guidelines 2025

Review

MDT in resectable NSCLC — Annals of Surgical Oncology, 2025

Medical Oncology · EGFR+ NSCLC perioperative care · 2026