



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/νση: **ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Δ/νση: **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ**
Τμήμα: **Σχεδιασμού Αγοράς & Παρακολούθησης
Δικτύου Παρόχων ΔΦΥ**

Πληροφορίες: Ξ. Νικολιδάκη
Τηλ.: 210-8110845, Fax: 210-8110870
Ταχ. Δ/νση: Απ. Παύλου 12, 15123 Μαρούσι
E-mail: d8.t3@eopyy.gov.gr

ΕΠΕΙΓΟΝ

Μαρούσι, 22/7/2020

Αρ. πρωτ. : ΔΒ3/οικ. 20578

Προς:

1. Κλινική ΥΓΕΙΑ, Ερ. Σταυρού 4, 15123, Μαρούσι Αττικής.
2. Κλινική ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ, Εθν. Αντιστάσεως 54-56, 15231, Χαλάνδρι Αττικής.
3. Κλινική ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ, Εθν. Μακαρίου 9, 18547, Πειραιάς.

Κοινοποίηση:

- Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
- Διεύθυνση Οργάνωσης και Λειτουργίας Νοσηλευτικών Μονάδων και Εποπτευόμενων Φορέων Αριστοτέλους 17, 10433, Αθήνα

ΘΕΜΑ: «Προσωρινές Κλινικές Ενδείξεις Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας».

- Σχετ.**
1. Η με αρ. 856/26-6-2020 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ
 2. Το με αρ. πρωτ. Γ2δ/οικ.45857/17-7-2020 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας
 3. Το με αρ. πρωτ. ΔΒ3/οικ.5192/7-2-2019 του ΕΟΠΥΥ

Κατόπιν :

Α) της εισήγησης της επιστημονικής Επιτροπής του ΕΟΠΥΥ για τον καθορισμό Κλινικών Ενδείξεων Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας

Β) της σχετικής 1. απόφασης του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ και

Γ) του σχετικού 2. εγγράφου του Υπουργείου Υγείας

σας ενημερώνουμε για τις **προσωρινές Κλινικές Ενδείξεις για τη διενέργεια πράξεων Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας**, οι οποίες τίθενται σε ισχύ από **1-8-2020** και **έως την έκδοση νέας Κοινής Υπουργικής Απόφασης**, η οποία θα αντικαθιστά τις Υ4α/οικ.100760/26-11-2005 (ΦΕΚ Β' 1378) και Υ4α/οικ.21368/9-2-2007 (ΦΕΚ Β' 229) Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις:

Α) Αποζημιούμενες πράξεις Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ):

Ορισμός:

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική ΚΝΣ (*Stereotactic Radiosurgery - SRS*) είναι η ακτινοθεραπευτική τεχνική που συνδυάζει υψηλό βαθμό ακρίβειας στη στόχευση ενός απεικονιστικά περιγεγραμμένου στόχου, με τη χορήγηση υψηλής δόσης σύμμορφης εξωτερικής ακτινοβολίας σε μία (1) εφάπαξ συνεδρία ή με τη μορφή κλασματοποιημένων δόσεων, όταν απαιτούνται, μέχρι **5** συνεδρίες (***fractionated Stereotactic Radiosurgery – fSRS***).

I. Κλινικές ενδείξεις για τις οποίες δεν απαιτείται έγκριση ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ:

1. Όγκοι Εγκεφάλου (Πρωτοπαθείς, Καλοήθεις - Κακοήθεις)

α. Μηνιγγίωμα του σηραγγώδους κόλπου

Ενδείξεις SRS:

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια θεραπεία σε ασυμπτωματικούς ή με ήπια συμπτωματολογία ασθενείς. Δεν διαφέρουν τα ποσοστά υποτροπής της κύριας ή συμπληρωματικής θεραπείας με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική για το Μηνιγγίωμα του σηραγγώδους κόλπου
- Η Χειρουργική εκτομή συνιστάται σε ασθενείς με ευμεγέθη όγκο ή συμπτωματική νόσο, που συναινούν για χειρουργική επέμβαση και που η γενική τους κατάσταση είναι καλή
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική / κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική (fractionated SRS) μπορεί να επιλεγεί σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε πρόοδο νόσου των υπολειπόμενων όγκων, με σαφή απεικονιστική επιβεβαίωση
- Σε ασθενείς που παρουσιάζουν πολύ σύντομα υποτροπή μετά από αρχική θεραπεία και ταχύτατη αύξηση του μεγέθους της υποτροπής, θα πρέπει να εξεταστεί η πραγματοποίηση υφολικής χειρουργικής εκτομής ή βιοψίας. Σκοπός είναι η πιθανή ταυτοποίηση μηνιγγιώματος υψηλότερου βαθμού κακοήθειας που απαιτεί μετεγχειρητικά διαμόρφωση της τεχνικής Ακτινοθεραπείας και αύξηση της συνολικής δόσης Ακτινοβολίας
- Η τελική επιλογή Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής (SRS) ή κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική (fractionated SRS) γίνεται με βάση τον βαθμό κακοήθειας, το μέγεθος και την παρουσία παρακείμενων ευαίσθητων δομών (π.χ. οπτικό χίασμα)

β. Μηνιγγίωμα εκτός σηραγγώδους κόλπου

Ενδείξεις SRS:

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ασυμπτωματικούς ή με ήπια συμπτωματολογία ασθενείς που κρίνεται ότι δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική εκτομή ή η χειρουργική εκτομή δεν θα προσφέρει αξιόπιστα αποτελέσματα.
- Η Χειρουργική εκτομή συνιστάται σε ασθενείς με ευμεγέθη όγκο ή συμπτωματική νόσο
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε υπολειπόμενους όγκους με πρόοδο νόσου, με σαφή απεικονιστική επιβεβαίωση.
- Η κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική (fractionated SRS) μπορεί να επιλεγεί σε μεγαλύτερου μεγέθους μηνιγγιώματα ή όταν αυτά γειτνιάζουν με παρακείμενες ευαίσθητες δομές (π.χ. οπτικό χίασμα, οπτικό νεύρο)

γ. Ακουστικό Νευρίνωμα

Σε περίπτωση μη λήψης βιοψίας, η διάγνωση του Ακουστικού νευρινώματος γίνεται με βάση τα χαρακτηριστικά ευρήματα της Μαγνητικής Τομογραφίας. Η διάγνωση από Νευρο-ακτινολόγο κρίνεται απαραίτητη.

νέο-διαγνωσμένα ακουστικά νευρινώματα:

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία **νέο-διαγνωσμένα** ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III)
- Η Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία (**Stereotactic Radiotherapy – SRT**) μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία **νέο-διαγνωσμένα** ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III)
- Η απεικονιστική παρακολούθηση μπορεί να επιλεγεί σε πολύ μικρά **νέο-διαγνωσμένα** ακουστικά νευρινώματα (Koos Grades I), ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνοσηρότητα

ακουστικά νευρινώματα που αυξάνουν σε μέγεθος :

- Η Χειρουργική εκτομή συνιστάται σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ευμεγέθη ακουστικά νευρινώματα με πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades IV) **που αυξάνουν σε μέγεθος**
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III) **που αυξάνουν σε μέγεθος**
- Η Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία (Stereotactic Radiotherapy – SRT) συνιστάται σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III) **που αυξάνουν σε μέγεθος**
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συνιστάται σαν συμπληρωματική θεραπεία σε ακουστικά νευρινώματα **μετεγχειρητικά σε υπολειπόμενη νόσο**

δ. Αδένωμα Υπόφυσης

Μη εκκριτικό:

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ασθενείς που κρίνονται ανεγχείρητοι λόγω συνοσηρότητας
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με μη εκκριτικό αδένωμα της υπόφυσης σε **υπολειμματική νόσο** ή **τοπική υποτροπή** μετά από χειρουργική εκτομή. Θα πρέπει να εξετάζεται αν οι ασθενείς με υπολειμματική νόσο πρέπει να υποβληθούν άμεσα σε Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική, ή να επιλεγεί η απεικονιστική παρακολούθηση και επί υποτροπής της νόσου η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική. Η απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται με βάση τα χαρακτηριστικά του ασθενούς: την έκταση της νόσου, παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου και απεικονιστικά ευρήματα
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ασθενείς με **τοπική υποτροπή**, που είχαν στο παρελθόν υποβληθεί σε συμβατική Ακτινοθεραπεία

Εκκριτικό:

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για τον έλεγχο της αύξησης του μεγέθους και της υπερέκκρισης ορμονών ενός GH-, ACTH-, PRL- εκκριτικού αδενώματος της υπόφυσης σε **υπολειμματική νόσο** μετά από χειρουργική εκτομή
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για τον έλεγχο της αύξησης του μεγέθους και της υπερέκκρισης ορμονών ενός GH-, ACTH-, PRL- εκκριτικού αδενώματος της υπόφυσης σε **τοπική υποτροπή** της νόσου μετά από χειρουργική εκτομή
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν ριζική θεραπεία μόνο εάν οι ασθενείς κρίνονται ακατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση
- Θα πρέπει να εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής πριν την πραγματοποίηση της Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής, ειδικά σε PRL-εκκριτικού αδενώματος της υπόφυσης (προλακτινώματα)
- Θα πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής 4-12 εβδομάδες πριν και μετά την πραγματοποίηση της Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής, για την πιθανή καλύτερη θεραπευτική ανταπόκριση στον έλεγχο της υπερέκκρισης ορμονών

ε. Υποτροπή γλοιώματος υψηλού βαθμού κακοήθειας (grade III-IV) που έχει ακτινοβοληθεί στο παρελθόν

Ενδείξεις SRS:

- KPS \geq 60 (μετά την χορήγηση κορτικοστεροειδών)
- Μέγιστης διαμέτρου < 4cm

θ. Μυελοβλάστωμα Ενηλίκων

Ενδείξεις SRS:

- Επανακτινοβόληση

ι. Αιμαγγειοπερικύττωμα (μονήρης ινώδης όγκος)

Ενδείξεις SRS:

- Υποτροπή
- Επανακτινοβόληση

2. Όγκοι Εγκεφάλου (Δευτεροπαθείς μεταστάσεις)

α. Μονήρης Εγκεφαλική Μετάσταση (αριθμός εστιών: 1)

- Η χειρουργική επέμβαση να επιλέγεται σε ασθενείς που χρήζουν επείγουσας χειρουργικής εκτομής λόγω της νευρολογικής σημειολογίας που ανέπτυξαν από την αυξημένη ενδοκράνια πίεση που προκαλεί η μετάσταση
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όσους ασθενείς δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική εκτομή
- Η «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT) θα πρέπει να φυλάσσεται για την εφαρμογή της σε περιστατικά με προχωρημένη νόσο
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με
 - KPS \geq 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
 - Μέγιστη διάμετρος μετάστασης < 3cm
 - Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
 - Νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

β. Πολλαπλές Εγκεφαλικές Μεταστάσεις (αριθμός εστιών: 2-4)

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όσους ασθενείς δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική εκτομή
- Η χειρουργική επέμβαση να επιλέγεται σε ασθενείς που χρήζουν επείγουσας χειρουργικής εκτομής λόγω της νευρολογικής σημειολογίας που ανέπτυξαν από την αυξημένη ενδοκράνια πίεση που προκαλεί η μετάσταση
- Η «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT) θα πρέπει να φυλάσσεται για την εφαρμογή της σε περιστατικά με προχωρημένη νόσο
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με
 - KPS \geq 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
 - Μέγιστη διάμετρος μετάστασης < 3cm
 - Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
 - Συνολικός όγκος (Total PTV Volume) \leq 20cc
 - Νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

γ. Ευμεγέθους Εγκεφαλική Μετάσταση (>3εκ)

- Η χειρουργική επέμβαση να επιλέγεται σε ασθενείς που χρήζουν άμεσης χειρουργικής εκτομής λόγω της νευρολογικής σημειολογίας που ανέπτυξαν από την αυξημένη συμπίεση που προκαλεί η μετάσταση
- Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η χειρουργική εκτομή μπορεί να εφαρμοσθεί η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική
- Η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) που πραγματοποιείται σε 3 ή 5 συνεδρίες, μπορεί να αυξήσει τον τοπικό έλεγχο και να μειώσει την τοξικότητα

δ. Πολλαπλές Εγκεφαλικές Μεταστάσεις (αριθμός εστιών: 5-10)

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, μπορεί να εφαρμόζεται στους ασθενείς αφού τα ποσοστά τοπικού ελέγχου και επιβίωσης δεν υπολείπονται της κατηγορίας των «2 έως 4 μεταστάσεων»
- Η «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT) θα πρέπει να φυλάσσεται για την εφαρμογή της σε περιστατικά με προχωρημένη νόσο
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με
 - KPS \geq 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
 - Μέγιστη διάμετρος μετάστασης < 3cm
 - Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
 - Συνολικός όγκος (Total PTV Volume) \leq 20cc
 - Νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

ε. Επανακτινοβόληση εγκεφαλικών μεταστάσεων (τοπική υποτροπή)

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με
 - KPS \geq 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
 - Τέσσερις (4) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική
 - Μέγιστη διάμετρος μετάστασης < 3cm

στ. Εγκεφαλικές Μεταστάσεις από Μελάνωμα

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με
 - KPS \geq 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
 - Ανεξαρτήτως αριθμού μεταστάσεων
 - Συνολικός όγκος – στόχος (Total PTV Volume) \leq 20cc
 - Νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

ζ. Μετεγχειρητική κοιλότητα μετάστασης

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μετά από χειρουργική εκτομή της μετάστασης, μόνη της, στην μετεγχειρητική κοιλότητα, θα πρέπει να εφαρμόζεται στους ασθενείς αφού υπερτερεί της παρακολούθησης στον τοπικό έλεγχο της νόσου
- Σε ασθενείς που χειρουργήθηκαν για μονήρη μετάσταση, με performance status ECOG 0-2 και μετεγχειρητική κοιλότητα διαμέτρου <5 εκ. συστήνεται η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική για μείωση της νευρο-τοξικότητας με γνωσιακό έλλειμμα (neurocognitive) σε σύγκριση με την «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT)
- Η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) που πραγματοποιείται σε 3 ή 5 συνεδρίες, μπορεί να αυξήσει τον τοπικό έλεγχο και να μειώσει την τοξικότητα

3. Άλλοι όγκοι βάσης κρανίου

α. Χόρδωμα – Χονδροσάρκωμα

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική ή η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) μπορεί να επιλεγεί σαν θεραπεία σε:

- Μετεγχειρητικούς ασθενείς που δεν είναι εφικτή η Ακτινοθεραπεία με πρωτόνια
- Σε υποτροπή της νόσου
- Σε επανακτινοβόληση

β. Σφαγιτιδικό Παραγαγγλίωμα (glomus jugulare)

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε όγκους με μέγεθος < 4cm, χωρίς ραγδαίως εξελισσόμενα συμπτώματα ή πιεστικά φαινόμενα (χρησιμοποιούν χειρουργικής εκτομής)
- Η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) που πραγματοποιείται σε 3 ή 5 συνεδρίες μπορεί να επιλεγεί στους όγκους μεγαλύτερου μεγέθους

4. Αγγειακές δυσπλασίες

α. Αρτηριοφλεβώδης Δυσπλασία Εγκεφάλου (AVMs) Spetzler-Martin grade I-II

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για grade I-II AVM
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική δεν αποτελεί κατώτερη εναλλακτική στην μικροχειρουργική grade I-II AVM
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια θεραπεία σε grade I-II AVM που εντοπίζονται σε κρίσιμες λειτουργικά (eloquent) περιοχές του εγκεφάλου ή εν τω βάθει φλεβική παροχέτευση εγκεφάλου (deep venous drainage)
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σε grade I-II AVM σε υπολειπόμενη δυσπλασία μετά από χειρουργική εκτομή ή σε ασθενείς μη κατάλληλους για χειρουργική επέμβαση λόγω συνοσηρότητας

5. Λειτουργικές Διαταραχές

α. Νευραλγία Τριδύμου

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί επί αποτυχίας της φαρμακευτικής αγωγής

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί επί αποτυχίας της κύριας θεραπείας που είναι η χειρουργική
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν μία μη επεμβατική θεραπεία, εναλλακτική του χειρουργείου

β. Ιδιοπαθής τρόμος

- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συνιστάται σε άτομα στα οποία απέτυχε η φαρμακευτική αγωγή και είναι ακατάλληλα για χειρουργική αντιμετώπιση
- Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συνιστάται σε άτομα στα οποία απέτυχε η φαρμακευτική αγωγή και είναι κατάλληλα για χειρουργική αντιμετώπιση διότι η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική φαίνεται να παρουσιάζει λιγότερες επιπλοκές

6. Πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς όγκοι σπονδυλικής στήλης και νωτιαίου μυελού

α. Πρωτοπαθείς Όγκοι Νωτιαίου Μυελού (Γλοίωμα, Επενδύωμα, Μηνιγγίωμα, Νευρίνωμα)

- Ανεγχείρητο λόγω εντόπισης του όγκου
- Υπολειπόμενη νόσος μετεγχειρητικά
- Υποτροπή χειρουργηθέντος
- Επανακτινοβόληση

β. Πρωτοπαθείς Όγκοι Σπονδυλικής Στήλης (Οστεοειδές οστέωμα, Οστεοβλάστωμα, Οστεοσάρκωμα, Οστεοχόνδρωμα, Χονδροσάρκωμα, Χόρδωμα, Πλασματοκύττωμα, Σάρκωμα Ewing)

- Ανεγχείρητο λόγω εντόπισης του όγκου
- Υπολειπόμενη νόσος μετεγχειρητικά
- Υποτροπή χειρουργηθέντος
- Επανακτινοβόληση

γ. Αρχική Θεραπεία Δευτεροπαθών Μεταστατικών Όγκων (Σπονδυλικοί, Παρασπονδυλικοί, Εξωμυελικοί, Ενδομυελικοί)

Κριτήρια για θεραπεία με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική:

- Ολιγομεταστατική νόσος
- Οστική μόνο εντόπιση της μεταστατικής νόσου
- Αναμενόμενη επιβίωση > 3 μηνών
- Ογκώδης μεταστατική νόσο με εξω-οστική επέκταση,
- Όγκοι με μικρή επέκταση στις μήνιγγες,
- Ακτινοάντοχος ιστολογικός τύπος (νεφρικός καρκίνος, σάρκωμα, μελάνωμα)
- Περιορισμένη μεταστατική νόσος (< 3 ξεχωριστές σπονδυλικές εντοπίσεις, η κάθε μία με λιγότερους από 2 διαδοχικούς σπονδύλους)

Κριτήρια αποκλεισμού για Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική:

- Μηχανική αστάθεια της σπονδυλικής στήλης
- Συμπωματική επισκληρίδιος συμπίεση του νωτιαίου μυελού
- Σύνδρομο ιππουρίδας (cauda equina syndrome)

δ. Επανακτινοβόληση Δευτεροπαθών Μεταστατικών Όγκων (Σπονδυλικοί, Παρασπονδυλικοί, Εξωμυελικοί, Ενδομυελικοί)

- Συστήνεται η θεραπεία με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συγκριτικά με συμβατική Ακτινοθεραπεία
- Συστήνεται η επανακτινοβόληση με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μετά από συμβατική Ακτινοθεραπεία

- Συστήνεται η επανακτινοβόληση με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μετά από Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική
- Για ασθενείς με κλινική εικόνα επισκληριδίου συμπίεσης του νωτιαίου μυελού, μηχανική αστάθεια ή συμπιεστικό κάταγμα σπονδυλικού σώματος, ο Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος θα πρέπει να συμβουλευτεί έναν νευροχειρουργό σπονδυλικής στήλης πριν ο ασθενής υποβληθεί σε Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

II. Κλινικές ενδείξεις για τις οποίες θα συνεχίσει να απαιτείται έγκριση ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ:

1. Όγκοι Εγκεφάλου (Πρωτοπαθείς, Καλοήθεις - Κακοήθεις)

α. Κρανιοφαρυγγίωμα

- Υπολειπόμενη νόσος μετά από μερική χειρουργική εκτομή
- Υποτροπή της νόσου
- Επανακτινοβόληση

β. Γλοιώμα χαμηλής κακοήθειας (grade I-II)

- KPS \geq 60%
- Μέγιστης διαμέτρου < 3cm
- Αρχική θεραπεία σε μη χειρουργήσιμα περιστατικά λόγω εντόπισης
- Υποτροπή της νόσου
- Επανακτινοβόληση

γ. Αναπλαστικό Επενδύωμα

- Επανακτινοβόληση

2. Λέμφωμα ΚΝΣ

- Επανακτινοβόληση

3. Άλλες Αγγειακές Δυσπλασίες

α. Αρτηριοφλεβώδης Δυσπλασία Εγκεφάλου (AVMs) Spetzler-Martin grade > II

β. Σηραγγώδες αιμαγγείωμα ανεγχείρητο με εντόπιση στη γέφυρα, βασικά γάγγλια, οφθαλμικό κόγχο

- Υποτροπή χειρουργηθέντος
- Επανακτινοβόληση

4. Λειτουργικές Διαταραχές

α. Τρόμος N. Parkinson

β. Χρόνιος Πόνος

γ. Επιληψία (MTEL - ΗΗ)

5. Όγκοι οφθαλμικού κόγχου – Οφθαλμικοί Όγκοι

α. Μελάνωμα οφθαλμού

- Όταν δεν είναι εφικτή η Ακτινοθεραπεία με πρωτόνια

β. Αιμαγγείωμα οφθαλμικού κόγχου

γ. Μηνιγγίωμα ελύτρου οπτικού νεύρου

III. Κλινικές ενδείξεις που δεν θα εισάγονται προς εξέταση στην επιτροπή ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ (under clinical investigation):

Όλες οι ενδείξεις που δεν περιλαμβάνονται στις κατηγορίες I, II.

B) Αποζημιούμενες πράξεις Στερεοτακτικής Ακτινοθεραπείας εκτός ΚΝΣ:

Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία εκτός ΚΝΣ (*Stereotactic Body Radiotherapy - SBRT*)

ονομάζεται η ακτινοθεραπευτική τεχνική η οποία συνδυάζει υψηλό βαθμό ακρίβειας στη στόχευση ενός καλά περιγεγραμμένου απεικονιστικά εξωκρανιακού όγκου, με τη χορήγηση υψηλών δόσεων εξαιρετικά σύμμορφης εξωτερικής ακτινοβολίας (≥ 6 Gy ανά συνεδρία στην περιφέρεια του όγκου – στόχου) σε μικρό αριθμό (1 έως 5, ή σε αιτιολογημένες κλινικές περιπτώσεις έως 6) συνεδριών.

I. Κλινικές ενδείξεις για τις οποίες δεν απαιτείται έγκριση ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ:

1. ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ – NSCLC

1.1. Κριτήρια επιλογής ασθενών:

- 1.1.1. Θετικό σε κακοήθεια (με πιθανότητα κακοήθειας $> 70\%$ βάσει προβλεπτικών μοντέλων) PET – CT ή/και Ιστολογική επιβεβαίωση. Τα προηγούμενα προϋποθέτουν απόλυτα την κατάθεση πορίσματος του PET/CT ή/και της Ιστολογικής εξέτασης.
- 1.1.2. Στάδιο νόσου έως T2a No Mo που δεν είναι δυνατή η χειρουργική επέμβαση λόγω συννοσηρότητας του ασθενούς, σύμφωνα με την απόφαση Ογκολογικού Συμβουλίου Νοσοκομείου (ή Κλινικής). Η απόφαση του Ογκολογικού Συμβουλίου θα συνοποβάλλεται απαραίτητως στον ασφαλιστικό φορέα διαφορετικά δεν θα είναι δυνατή η κάλυψη της δαπάνης.
- 1.1.3. Ο όγκος να βρίσκεται εκτός της “ultra central” ζώνης όπως αυτή ορίζεται στην Nordic HILUS trial (GTV σε απόσταση < 1 εκ. από το εγγύς βρογχικό δέντρο επικαλύπτοντας την τραχεία ή τους κύριους βρόγχους).

1.2. Κριτήρια αποκλεισμού:

- 1.2.1. NSCLC T3 > 4 cm.
- 1.2.3. Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην ίδια περιοχή.

II. Κλινικές ενδείξεις για τις οποίες θα συνεχίσει να απαιτείται έγκριση ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ:

1. ΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΗΠΑΤΟΣ

- 1.1. Κριτήρια επιλογής ασθενών:
 - 1.1.1. Ιστολογικά επιβεβαιωμένη νόσος (ή απεικονιστικά με MRI κριτήρια νόσος σε ασθενείς με κίρρωση και χρόνια ηπατίτιδα Β). *(Θα κατατίθεται το πόρισμα του MRI ή/και το πόρισμα της Ιστολογικής εξέτασης).*
 - 1.1.2. Ανεγχείρητη νόσος – λόγω συννοσηρότητας ή επιλογής του ασθενούς.
 - 1.1.3. Αντενδείξεις ή αποτυχία ή άρνηση του ασθενούς για RFA (Radiofrequency Ablation) ή TACE (Transarterial Chemoembolization).
 - 1.1.4. Συμπληρωματική θεραπεία συντήρησης μετά από RFA ή TACE.
 - 1.1.5. Child – Pugh class A.
 - 1.1.6. Μέγεθος μονήρους εστίας <10 cm, συμπεριλαμβανομένου του πιθανού θρόμβου. Μέχρι 3 ενδοηπατικές εστίες.
 - 1.1.7. Όγκος ηπατικού παρεγχύματος χωρίς διήθηση > 700 cc (Liver – GTV volume > 700 cc).
 - 1.1.8. Η SBRT μπορεί να χορηγηθεί σαν θεραπεία γέφυρα όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση ήπατος εφόσον αυτό είναι απόφαση ογκολογικού συμβουλίου της ομάδας μεταμοσχεύσεων. *(Θα κατατίθεται το πόρισμα του Ογκολογικού Συμβουλίου).*
- 1.2. Κριτήρια αποκλεισμού:
 - 1.2.1. Κλινικά έκδηλη ηπατική ανεπάρκεια.
 - 1.2.2. Άμεση επέκταση στα γειτονικά όργανα (στομάχι, έντερο ή δωδεκαδάκτυλο).
 - 1.2.3. Παρουσία μεταστατικής νόσου που δε δύναται να αντιμετωπιστεί με ριζικό σκοπό (πχ SBRT, RFA).
 - 1.2.4. Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην άνω κοιλιά.

2. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

- 2.1. Κριτήρια επιλογής ασθενών:
 - 2.1.1. Προεγχειρητικά σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο τοπικά προχωρημένο καρκίνωμα του παγκρέατος (ανεγχείρητο ή οριακά εξαιρεσίμο) που έχουν λάβει τουλάχιστον 2 κύκλους χημειοθεραπείας και δεν έχουν παρουσιάσει απεικονιστικά σημεία προόδου της νόσου. Μετεγχειρητικά σε ασθενείς με R1 ή R2 εκτομή με υπολειπόμενη μακροσκοπική ή μικροσκοπική νόσο.
 - 2.1.2. WHO PS 0-1.
 - 2.1.3. Επαρκής ηπατική λειτουργία.
- 2.2. Κριτήρια αποκλεισμού:
 - 2.2.1. M1 νόσος.
 - 2.2.2. Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην περιοχή της άνω κοιλίας.

A. Ολιγομεταστατική νόσος: Περιορισμένος αριθμός μεταστάσεων (1-3) σε περιορισμένο αριθμό οργάνων, δυνάμενες όλες να υποβληθούν σε ριζική τοπική θεραπεία.

A1. Δευτεροπαθείς πνευμονικές μεταστάσεις

Ενδείξεις SBRT:

- 1-3 μεταστατικές βλάβες με έλεγχο της πρωτοπαθούς κακοήθειας.
2. Ιστολογική επιβεβαίωση της πρωτοπαθούς νόσου ή των δευτεροπαθών εντοπίσεων *(θα κατατίθεται το πόρισμα της Ιστολογικής εξέτασης)*.
3. PET-CT που να επιβεβαιώνει την απουσία εκτεταμένης μεταστατικής νόσου *(θα κατατίθεται το πόρισμα της εξέτασης PET-CT)*.
4. WHO PS 0-2.
5. Όταν οι μεταστάσεις είναι σύγχρονες (δηλαδή κατά την αρχική διάγνωση της πρωτοπαθούς νόσου) η πρωτοπαθής νόσος πρέπει να είναι ΜΜΚΠ ή κολοορθικός καρκίνος και να αντιμετωπιστεί με ριζικό σκοπό.
6. Όταν οι μεταστάσεις είναι μετάχρονες (δηλαδή μετά την αρχική θεραπεία της πρωτοπαθούς νόσου) η ιστολογία της πρωτοπαθούς νόσου πρέπει να είναι ΜΜΚΠ, κολοορθικός καρκίνος, καρκίνος μαστού, καρκίνος νεφρού, σάρκωμα ή μελάνωμα. Το διάστημα ελεύθερο νόσου να είναι μεγαλύτερο από ένα έτος από την αρχική διάγνωση. Η πρωτοπαθής νόσος να είχε λάβει ριζική θεραπεία και να εξακολουθεί να βρίσκεται υπό έλεγχο. Να μην προϋπήρχε εξωκρανιακή ή ενδοκρανιακή μεταστατική νόσο (δηλαδή να μην εντάσσεται στην κατηγορία της ολιγοπροοδευτικής μεταστατικής νόσου).
7. Οι μεταστάσεις να βρίσκονται εκτός της "ultra central" ζώνης όπως αυτή ορίζεται στην Nordic HILUS trial (GTV σε απόσταση < 1cm από το εγγύς βρογχικό δέντρο επικαλύπτοντας την τραχεία ή τους κύριους βρόγχους).
8. Καμία μετάσταση να μην έχει διάμετρο > 5cm.
9. Να μην έχει χορηγηθεί ανοσοθεραπεία για 4 εβδομάδες και στοχεύουσα θεραπεία για 2 εβδομάδες πριν την SBRT.
10. Οι μεταστάσεις να είναι ανεγχείρητες – λόγω συννοσηρότητας ή επιλογής του ασθενούς.

Κριτήρια αποκλεισμού SBRT:

1. Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην ίδια περιοχή.

A2. Δευτεροπαθείς ηπατικές μεταστάσεις

Ενδείξεις SBRT

1. 1-3 ηπατικές μεταστάσεις ορατές σε CT ή/και MRI με ιστολογικά επιβεβαιωμένη κακοήθη πρωτοπαθή νόσο *(θα κατατίθεται το πόρισμα της Ιστολογικής εξέτασης)*.
2. PET-CT που να επιβεβαιώνει την απουσία εκτεταμένης μεταστατικής νόσου *(θα κατατίθεται το πόρισμα της εξέτασης PET-CT)*.
3. Βλάβες που δεν δύνανται τεχνικά να υποβληθούν σε χειρουργείο, ανεγχείρητος ασθενής λόγω συννοσηρότητας ή άρνηση του ασθενούς να χειρουργηθεί.
4. WHO PS 0-2.
5. Προσδόκιμο επιβίωσης > 6 μην.
6. Ολιγομεταστατικοί ασθενείς με απουσία ή περιορισμένη, δυνητικά ελεγχόμενη εξωηπατική νόσο.
7. Βλάβες <6 cm, με όγκο ηπατικού παρεγχύματος χωρίς διήθηση > 700 cc (liver - GTV volume > 700 cc).
8. Hb >9 g/dl, WBC >1.5 bil/l, PLT 80 bil/l, Χολερυθρίνη < 3φορές άνω του ορίου, INR <1.3, AST/ALT < 5 φορές άνω του ορίου.
9. Class A ή B με βάση το Child's Pugh Liver Score.

Κριτήρια αποκλεισμού SBRT

1. Ενεργός ηπατίτιδα.
2. Ηπατική ανεπάρκεια – κλινικά έκδηλη, ασκίτης.
3. Προηγούμενη ΑΚΘ με μέση δόση στο ήπαρ > 15 Gy.

4. ΚΝΣ μεταστάσεις.

A3. Δευτεροπαθείς μεταστάσεις επινεφριδίου

Ενδείξεις SBRT:

1. Ιστολογικά επιβεβαιωμένη κακοήθεια (Θα κατατίθεται το πόρισμα της Ιστολογικής εξέτασης).
2. PET-CT που να επιβεβαιώνει την απουσία εκτεταμένης μεταστατικής νόσου (Θα κατατίθεται το πόρισμα της εξέτασης PET-CT).
3. Ανεγχείρητη νόσος – λόγω συννοσηρότητας ή επιλογής του ασθενούς.
4. WHO PS 0-2.
5. Απουσία ή περιορισμένη και δυνητικά ελεγχόμενη εξωεπινεφριδιακή νόσος.
6. Πέρασ συστηματικής θεραπείας > 4 εβδομάδες πριν SBRT.
7. Βλάβη ≤ 6cm.

Κριτήρια αποκλεισμού SBRT

1. Μονήρης λειτουργικός νεφρός στην ίδια πλευρά με τη μετάσταση επινεφριδίου.
2. Προηγούμενη ακτινοβολήση της περιοχής.

III. Κλινικές ενδείξεις που δεν θα εισάγονται προς εξέταση στην επιτροπή ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ (under clinical investigation):

Όλες οι ενδείξεις που δεν περιλαμβάνονται στις κατηγορίες I,II.

Προτεινόμενα δοσολογικά σχήματα SBRT:

| | |
|---------------------------------|--|
| ΜΜΚΠ (Στάδιο I) | <ul style="list-style-type: none">• Περιφερικές βλάβες: 18 Gy x 3 fr• Όταν το PTV περιλαμβάνει το θωρακικό τοίχωμα: 12 Gy x 5 fr ή 11 Gy x 5 fr |
| Πνευμονικές Μεταστάσεις | <ul style="list-style-type: none">• 30-36 Gy σε 3 fr• 40-48 Gy σε 4 fr |
| Ηπατικές Μεταστάσεις | <ul style="list-style-type: none">• 40-60Gy σε 3 fr (Μέρα παρά μέρα)• 50-60Gy σε 5 fr (Μέρα παρά μέρα ή καθημερινά) |
| Ηπατοκυτταρικό Ca | <ul style="list-style-type: none">• 30-50 Gy σε 5 fr |
| Μεταστάσεις Επινεφριδίων | <ul style="list-style-type: none">• 30-36Gy σε 3 fr (Μέρα παρά μέρα)• 45Gy σε 5 fr (Μέρα παρά μέρα) |
| Καρκίνος Παγκρέατος | <ul style="list-style-type: none">• 30-45 Gy σε 3 fr• 25-45 Gy σε 5 fr |

Οι παραπάνω κλινικές ενδείξεις θα αναθεωρούνται σε ετήσια βάση από τη διαρκή επιστημονική επιτροπή Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας του ΕΟΠΥΥ.

Όσον αφορά στα παραστατικά που θα πρέπει να επισυνάπτονται στο σύστημα **e-Radiotherapy** για τα περιστατικά που δεν χρειάζονται έγκριση από την αρμόδια υποεπιτροπή Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας του ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ, διευκρινίζονται τα εξής:

- Σε περίπτωση που δεν χρειάζεται έγκριση από την αρμόδια υποεπιτροπή του Α.Υ.Σ., τότε ο θεράπων Ιατρός ειδικότητας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας θα πρέπει να επισυνάπτει στο σύστημα eRadiotherapy **αναλυτική ιατρική γνωμάτευση**, υπογεγραμμένη και σφραγισμένη από τον ίδιο στην οποία θα φαίνονται:
 1. Το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς
 2. Σύντομο ιστορικό του ασθενούς
 3. Χαρακτηρισμός της κατηγορίας στην οποία εμπίπτει η νόσος από την παραπάνω περιγραφείσα κατηγοριοποίηση
 4. Αναφορά σε όλα τα παραπάνω ανά κατηγορία κριτήρια για την επιλογή της Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας, ως κατάλληλης θεραπείας
 5. Ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων με αναφορά στο Νοσοκομείο ή την Κλινική που πραγματοποιήθηκε το χειρουργείο και την ημερομηνία του
 6. Ιστορικό απεικονιστικών ελέγχων με αναφορά στο Διαγνωστικό Κέντρο, Νοσοκομείο ή Κλινική και την ημερομηνία πραγματοποίησής του, καθώς και στις διαστάσεις της νόσου, όπως περιγράφονται στο πόρισμα του απεικονιστικού ελέγχου
 7. Η παρούσα κλινική εικόνα του ασθενούς, βασιζόμενη σε διεθνώς ισχύουσες κλίμακες (π.χ. KPS), με αναλυτική περιγραφή της συμπτωματολογίας του και του μεγέθους της βλάβης (μέγιστη διάμετρος, όγκος PTV και λεπτομερής ανατομική θέση)
 8. Το προτεινόμενο από το θεράποντα Ιατρό ακτινοθεραπευτικό σχήμα για την αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και η αντίστοιχη βιβλιογραφική αναφορά για τη χρήση του σχήματος αυτού
- Σε περίπτωση που χρειάζεται έγκριση από την αρμόδια υποεπιτροπή του Α.Υ.Σ., ακολουθείται η ίδια με την υφιστάμενη διαδικασία.

Όλα τα περιστατικά Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας θα υπόκεινται σε αυστηρό κλινικό έλεγχο, πριν την αποζημίωσή τους από τον ΕΟΠΥΥ, με τη συμμετοχή μελών της υποεπιτροπής Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας του ΑΥΣ. Στη διενέργεια κλινικού ελέγχου θα αξιοποιούνται όλα τα διαθέσιμα στοιχεία από τον ηλεκτρονικό φάκελο ασφάλισης Υγείας του ασφαλισμένου και θα διασταυρώνονται όλες οι ημερομηνίες που επικαλείται ο θεράπων Ιατρός ειδικότητας Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας στην αναλυτική του γνωμάτευση. Σε περίπτωση που αναζητηθούν πρόσθετα στοιχεία από το φάκελο του ασφαλισμένου, αυτά θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα προς τον ΕΟΠΥΥ από τη συμβεβλημένη Κλινική.

Στο επισυναπτόμενο πλάνο θεραπείας του ασθενούς είναι απαραίτητο να φαίνονται όλες οι τεχνικές λεπτομέρειες που συνδέονται με την ένταξη του περιστατικού στις κλινικές ενδείξεις (π.χ. συνολικός όγκος PTV), καθώς και οι αντιπροσωπευτικές τομές της Αξονικής Τομογραφίας σχεδιασμού θεραπείας στις οποίες φαίνεται ξεκάθαρα η περιοχή της βλάβης, μαζί με τα όργανα σε κίνδυνο και τις απόλυτες ισοδοσιακές καμπύλες.

Το με αρ. πρωτ. **ΔΒ3/οικ.5192/7-2-2019** του **ΕΟΠΥΥ (σχετικό 3)** παύει να ισχύει.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την εφαρμογή των παραπάνω.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΕΟΠΥΥ**

Β. Πλαγιανάκος
Καθηγητής Παν. Θεσσαλίας

Εσωτερική Διανομή:

1. Πρόεδρο Α.Υ.Σ. ΕΟΠΥΥ
2. Πρόεδρο υποεπιτροπής Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής – Ακτινοθεραπείας Α.Υ.Σ. ΕΟΠΥΥ
3. Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
4. Γραφείο Αντιπροέδρου ΕΟΠΥΥ
5. Δ/νση Ελέγχου & Εκκαθάρισης ΕΟΠΥΥ