

Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Καρκίνο του Στοματοφάρυγγα

Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες NCCN (2024),
ESMO (2023) και ASTRO (2023-2024).

Στάδιο / Υποκατηγορία	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Παρατηρήσεις
Στάδιο I (HPV+)	RT ή ελάχιστα επεμβατική χειρουργική (TORS) ± λεμφαδενικός καθαρισμός	Υψηλή επιβίωση, πιθανή αποφυγή χημειοθεραπείας. RT: 66-70 Gy σε 6-7 εβδομάδες.
Στάδιο II (HPV+)	Ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία (cisplatin + RT) ή χειρουργείο + επικουρική θεραπεία	Η έκφραση p16 υποδηλώνει HPV+, με καλύτερη πρόγνωση. Μπορεί να εξεταστεί αποκλιμάκωση.
Στάδιο III-IVA (HPV+/-)	Ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία (cisplatin εβδομαδιαία ή ανά 3 εβδομάδες)	RT: 70 Gy σε 35 συνεδρίες. Η cisplatin παραμένει στάνταρ. Σε ασθενείς μη επιλέξιμους, εναλλακτικά carboplatin/5-FU ή cetuximab.
Στάδιο IVB (ανεγχείρητο)	Χημειοακτινοθεραπεία ή RT ± ανοσοθεραπεία (κλινική μελέτη)	Ενδεχόμενη εφαρμογή ανοσοθεραπείας με PD-1 αναστολείς σε ερευνητικό πλαίσιο.
Στάδιο IVC (μεταστατικό)	Ανοσοθεραπεία (pembrolizumab ± χημειοθεραπεία) ή nivolumab	KEYNOTE-048: σε PD-L1 CPS ≥1, pembrolizumab μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με chemo. Σε CPS<1: chemo + cetuximab.
Υποτροπιάζουσα / ανεγχείρητη	Ανοσοθεραπεία (nivolumab, pembrolizumab) ± RT	Ενδείκνυται για PD-L1 θετικούς. RT ανακουφιστική σε συμπτωματική νόσο.
Χειρουργημένος ασθενής με υψηλό κίνδυνο (περιθωριακή νόσο, extranodal επέκταση)	Επικουρική ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία (cisplatin + RT)	Σύσταση σύμφωνα με μελέτες RTOG 9501 και EORTC 22931 για μείωση υποτροπών.