

Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Καρκίνο του Ενδομητρίου

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες NCCN (2025), ESMO (2023) και ASTRO (2023-2024).

Στάδιο / Υποκατηγορία	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Σχόλια
Στάδιο I (χαμηλού κινδύνου: G1-G2, <50% μυϊκή διήθηση, LVSI-)	Χειρουργείο (ολική υστερεκτομή + σαλπινγγο-ωοθηκεκτομή)	Χωρίς ανάγκη επικουρικής θεραπείας. Επιτήρηση με τακτική παρακολούθηση.
Στάδιο I (ενδιάμεσου κινδύνου: ≥50% μυϊκή διήθηση, G2)	Χειρουργείο + επικουρική ακτινοθεραπεία (VBT ή EBRT)	VBT (π.χ., 21 Gy σε 3 fx) μειώνει τοπικές υποτροπές. EBRT για ηλικιωμένες ή LVSI+ ασθενείς.
Στάδιο I (υψηλού κινδύνου: G3, LVSI+, βαθιά διήθηση)	Χειρουργείο + εξωτερική RT ± χημειοθεραπεία	RT 45–50.4 Gy ± cisplatin/paclitaxel. Αποτελεσματική μείωση τοπικών και απομακρυσμένων υποτροπών.
Στάδιο II	Χειρουργείο + ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία ή διαδοχική RT/CT	EBRT + cisplatin ή sequential paclitaxel/carboplatin. Προτιμάται σε υψηλού κινδύνου ιστολογία (serous, clear cell).
Στάδιο III	Χειρουργείο + χημειοθεραπεία (paclitaxel/carboplatin) ± RT	Η συστηματική θεραπεία μειώνει τον κίνδυνο απομακρυσμένης υποτροπής. RT για τοπικό έλεγχο.
Στάδιο IV (μεταστατικό)	Χημειοθεραπεία ± ανοσοθεραπεία (dostarlimab ή pembrolizumab + lenvatinib)	Σε MMR-deficient/MSI-H: dostarlimab. Σε MSS: pembrolizumab + lenvatinib (FDA/NCCN 2024).
Υποτροπιάζουσα νόσος (MMR-D)	Ανοσοθεραπεία (dostarlimab ή pembrolizumab)	Ενδείκνυται ως μονοθεραπεία. NCCN συστήνει έλεγχο MMR/MSI σε όλα τα στάδια.
Υποτροπή εντός πυέλου	Salvage ακτινοθεραπεία ± χημειοθεραπεία	RT 60-66 Gy ± cisplatin. Εξετάζεται για χειρουργικά μη προσεγγίσιμες βλάβες.
Καρκίνος οροειδής ή διαυγοκυτταρικός	Χειρουργείο + χημειοθεραπεία + ακτινοθεραπεία	Αναγνωρίζεται ως high-risk histology. Απαιτεί τριπλή θεραπεία ανεξαρτήτως σταδίου.