



Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Καρκίνο του Αιδοίου

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

Στάδιο / Υποκατηγορία	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Σχόλια
Στάδιο IA (≤ 2 cm, διήθηση ≤ 1 mm)	Τοπική εκτομή με αρνητικά όρια	Δεν απαιτείται λεμφαδενικός καθαρισμός. Εξαιρετική πρόγνωση.
Στάδιο IB–II (διήθηση > 1 mm ή μέγεθος > 2 cm)	Ριζική τοπική εκτομή + μονόπλευρη ή αμφίπλευρη βουβωνική λεμφαδενεκτομή ή βιοψία φρουρού λεμφαδένα	Η βιοψία φρουρού λεμφαδένα είναι ασφαλής σε κατάλληλες ασθενείς με μονήρη όγκο < 4 cm.
Θετικοί λεμφαδένες ή ανεπαρκής εκτομή	Ακτινοθεραπεία πυέλου/βουβωνικής χώρας $\pm$ ταυτόχρονη χημειοθεραπεία (cisplatin ή 5-FU)	EBRT 45–50.4 Gy + boost. Σε high-risk χαρακτηριστικά, σύσταση για ταυτόχρονη χημειοθεραπεία.
Στάδιο III-IVA (διήθηση ουρήθρας, πρωκτού ή ηβικού οστού)	Ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία $\pm$ salvage χειρουργείο	RT 45-50.4 Gy + cisplatin/5-FU. Επανεκτίμηση για εξαιρετέο υπόλειμμα όγκου μετά από CRT.
Στάδιο IVB (απομακρυσμένες μεταστάσεις)	Χημειοθεραπεία $\pm$ ανοσοθεραπεία (π.χ. pembrolizumab εάν PD-L1+ ή MSI-H)	Νέα δεδομένα υποστηρίζουν χρήση ανοσοθεραπείας σε κατάλληλες ασθενείς με πλακώδες ιστολογικό τύπο.
Υποτροπιάζουσα νόσος (τοπική)	Salvage χειρουργείο ή RT $\pm$ χημειοθεραπεία	Προσέγγιση εξατομικεύεται βάσει ανατομίας, προηγούμενης θεραπείας και λειτουργικής κατάστασης.
Υποτροπιάζουσα ηπατική νόσος	Pembrolizumab ή dostarlimab (PD-L1+ ή MMR-D)	Σύμφωνα με NCCN 2024/2025. Προτιμάται για υποτροπή μετά από πλατίνα-βάση.
Προκαρκινικές αλλοιώσεις (HSIL, dVIN)	Χειρουργική εκτομή ή laser θεραπεία	Τακτική παρακολούθηση και θεραπεία HPV/λοίμωξης εφόσον ανιχνευθεί.