

Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Καρκίνο Ήπατος και Χοληφόρων

Βασισμένο στις οδηγίες NCCN (2025), ESMO (2023) και ASTRO (2023-2024).

Στάδιο / Υποκατηγορία	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Παρατηρήσεις
Ηπατοκυτταρικός καρκίνος (HCC), εντοπισμένος	Χειρουργείο ή RFA ή TACE	RFA για όγκους <3 cm. TACE σε ασθενείς BCLC B χωρίς αγγειακή διήθηση.
HCC, προχωρημένος (BCLC C)	Atezolizumab + bevacizumab ή durvalumab + tremelimumab	NCCN/ESMO 2023: ανοσοθεραπεία πρώτης γραμμής σε Child-Pugh A ασθενείς.
HCC, μη κατάλληλοι για ανοσοθεραπεία	Lenvatinib ή sorafenib	Χρήση σε Child-Pugh A ή επιλεγμένους B. Εναλλακτική αν CI για immuno.
HCC, υποτροπιάζων/ανθεκτικός	Regorafenib, cabozantinib, ramucirumab (AFP ≥400 ng/mL)	2 ^{ης} γραμμής ανάλογα με το προηγούμενο φάρμακο και AFP status.
Χολαγγειοκαρκίνωμα (ενδοηπατικό/εξωηπατικό), χειρουργήσιμο	Χειρουργείο → επικουρική capecitabine	Μελέτη BILCAP: αύξηση DFS/OS με capecitabine 6 μηνών μετά από R0/R1 εκτομή.
Χολαγγειοκαρκίνωμα, μη χειρουργήσιμο/τοπικά προχωρημένο	Gemcitabine + cisplatin + durvalumab	TOPAZ-1: σημαντική αύξηση OS με προσθήκη durvalumab.
Χολαγγειοκαρκίνωμα με IDH1, FGFR2, NTRK	Ivosidenib (IDH1), pemigatinib/ infigratinib (FGFR2), entrectinib/ larotrectinib (NTRK)	Μοριακός έλεγχος προτείνεται για όλους τους μεταστατικούς ασθενείς.
Υποτροπή ή μεταστατική χοληφόρων	2 ^{ης} γραμμής FOLFOX ή nanoliposomal irinotecan + 5-FU/ leucovorin	Ανάλογα με αντοχή, PS και μοριακά δεδομένα. Καθιερωμένη προσέγγιση από NCCN 2024.
Παλιατιβή RT σε HCC/ χοληφόρα	SBRT ή IMRT 30-54 Gy σε 3-15 fx	RT για πόνο, αιμορραγία ή τοπικό έλεγχο σε επιλεγμένους ασθενείς.