

Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Καρκίνο του Ορθού

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

Στάδιο / Υποκατηγορία	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Σχόλια
Στάδιο 0-I (Tis, T1N0, T2N0)	Τοπική εκτομή ή χαμηλή πρόσθια εκτομή (LAR) ± επιτήρηση	Για T1 με χαμηλό κίνδυνο. Για T2 ή υψηλού κινδύνου, LAR + παρακολούθηση ή adjuvant.
Στάδιο II-III (T3-T4, N+)	Προεγχειρητική χημειοακτινοθεραπεία (CRT: 50.4 Gy + 5-FU/capecitabine) → Χειρουργείο (TME) → adjuvant chemo	Στάνταρ θεραπεία. CRT μειώνει τοπική υποτροπή. Αναλογία pCR ~15-25%.
Ολική νεοεπικουρική θεραπεία (TNT)	Induction ή consolidation χημειοθεραπεία (FOLFOX/FOLFIRINOX) + CRT → Χειρουργείο	Αυξάνει την pCR και επιβίωση. Χρήσιμη σε high-risk στάδια ή για αναβολή χειρουργείου.
Στάδιο II-III (σε πλήρη κλινική ανταπόκριση μετά TNT)	“Watch & Wait” στρατηγική (στενή παρακολούθηση χωρίς άμεση χειρουργική)	Για ασθενείς με πλήρη κλινική και ενδοσκοπική ανταπόκριση. Χρειάζεται αυστηρή παρακολούθηση.
Στάδιο IV (μεταστατικό)	Συστηματική θεραπεία (FOLFOX, FOLFIRI, CAPOX ± bevacizumab/cetuximab/panitumumab)	Εξαρτάται από RAS/BRAF/DPD/UGT1A1. Αν RAS wild-type: anti-EGFR εάν πρωτοπαθής αριστερά.
Μεταστατικός, MSI-H/dMMR	Ανοσοθεραπεία (pembrolizumab ή nivolumab ± ipilimumab)	NCCN/ESMO: πρώτη γραμμή ανοσοθεραπείας σε MSI-H. Εντυπωσιακή ανταπόκριση (~45-50%).
Ανεγχείρητος/προχωρημένος (τοπικά)	Προεγχειρητική CRT ± TNT → reassessment	Σκοπός η καθιστότητα χειρουργησιμότητας. Ενίσχυση με TNT αν είναι εφικτό.
Υποτροπιάζουσα/ανθεκτική νόσος	Χημειοθεραπεία 2 ^{ης} /3 ^{ης} γραμμής ± ανοσοθεραπεία ή στόχευση HER2	Trifluridine-tipiracil ± bevacizumab. HER2-targeted: trastuzumab/pertuzumab αν HER2+.
Ανεγχείρητη τοπική υποτροπή	Re-irradiation με IMRT ± chemotherapy	Σε προσεκτικά επιλεγμένες περιπτώσεις, κυρίως παρηγορικά ή για τοπικό έλεγχο.