

Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Καρκίνο του Προστάτη

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

Στάδιο / Υποκατηγορία	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Σχόλια
Χαμηλού κινδύνου (T1-T2a, Gleason ≤ 6 , PSA <10)	Ενεργή παρακολούθηση ή RT (IMRT, SBRT) ή ριζική προστατεκτομή	Επιλογή βάσει προσδόκιμου ζωής και προτίμησης ασθενούς. RT: 70-80 Gy σε 28-40 fx ή 36.25 Gy σε 5 fx (SBRT).
Ενδιάμεσου κινδύνου (T2b-T2c ή Gleason 7 ή PSA 10-20)	RT + βραχυπρόθεσμη ADT (4-6 μήνες) ή ριζική προστατεκτομή	RT: 76-80 Gy. Προσθήκη ADT βελτιώνει το βιοχημικό έλεγχο. Χειρουργείο με λεμφαδενικό καθαρισμό.
Υψηλού κινδύνου (T3a ή Gleason 8-10 ή PSA >20)	RT + μακροχρόνια ADT (18-36 μήνες) $\pm$ brachytherapy boost	RT: 78-80 Gy + ADT. Εξετάζεται προσθήκη abiraterone ή darolutamide για επιλεγμένους.
Τοπικά προχωρημένος (T3b-T4)	RT + ADT $\pm$ abiraterone ή darolutamide	Σύμφωνα με μελέτες STAMPEDE/PEACE-1. Διάρκεια ADT: έως 3 έτη. RT με boost στην κοιλότητα.
Μη μεταστατικός, υψηλού κινδύνου, ορμονοευαίσθητος	RT + ADT + νέοι παράγοντες (abiraterone, enzalutamide)	Κατευθυντήριες NCCN/ESMO 2024-2025. RT: 74-80 Gy.
Ολιγομεταστατική νόσος (≤ 5 εστίες)	Συστηματική θεραπεία + τοπική RT στην πρωτοπαθή και μεταστατικές εστίες (SBRT)	Ενδείκνυται σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση. Ενίσχυση ελέγχου νόσου και PFS.
Ανθεκτικός στον ευνουχισμό, μη μεταστατικός (nmCRPC)	Apalutamide ή enzalutamide ή darolutamide + συνεχιζόμενη ADT	Καθυστερούν τη μετάπτωση σε μεταστατική νόσο. Συνολικά καλά ανεκτές θεραπείες.
Μεταστατικός ορμονοευαίσθητος (mHSPC)	ADT + abiraterone ή enzalutamide ή docetaxel	Επιλογή βάσει ηλικίας, συνοδών, και επιβάρυνσης νόσου. Ταυτόχρονη RT σε πρωτοπαθή (STAMPEDE).
Μεταστατικός ανθεκτικός στον ευνουχισμό (mCRPC)	Chemotherapy (docetaxel ή cabazitaxel) ή abiraterone/enzalutamide $\pm$ ραδιονουκλίδια (^{177}Lu -PSMA)	Επιλογή βάσει προηγούμενων θεραπειών. Εξετάζεται και ανοσοθεραπεία σε MSI-H/TMB-high/PD-L1+ ασθενείς.