

Θεραπευτικός Αλγόριθμος για Εγκεφαλικές Μεταστάσεις

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

Κατηγορία Ασθενούς / Νόσου	Θεραπευτική Προσέγγιση	Συστάσεις / Παρατηρήσεις
1-4 μεταστάσεις (μέγεθος ≤ 3 cm, καλό PS)	Χειρουργική εκτομή ή SRS (stereotactic radiosurgery)	SRS (18–24 Gy) προσφέρει άριστο τοπικό έλεγχο. Σε resectable → χειρουργείο + RT στο κοίλο.
>4 μεταστάσεις, μικρού όγκου φορτίου	SRS σε πολλαπλές βλάβες ή WBRT (30 Gy σε 10 fx)	SRS έως και 10 μεταστάσεις αν PS επαρκές. WBRT εναλλακτικά σε poor PS ή διάχυτη νόσο.
Μεταστατικό μελάνωμα, RCC, HER2+ ή ALK+ NSCLC	Συνδυασμός ανοσοθεραπείας ή TKI + SRS	ICI (nivolumab/ipilimumab) ή TKI διεισδύουν στον ENY. ASTRO: RT πρώτα για συμπτωματικές βλάβες.
Συμπτωματική ενδοκρανική πίεση	Δεξαμεθαζόνη + RT (SRS ή WBRT)	Αντιωοπλασματική θεραπεία καθυστερεί έως τον έλεγχο του οιδήματος. Συνήθως 4-8 mg δεξαμεθαζόνη BID.
EGFR+ NSCLC με εγκεφαλικές μεταστάσεις	Osimertinib (3 ^{ης} γενιάς TKI) ± RT	Διεισδύει στον ENY. Σε ασυμπτωματικούς, RT μπορεί να αναβληθεί.
HER2+ μεταστατικός καρκίνος μαστού	Tucatinib + trastuzumab + capecitabine	Σύμφωνα με HER2CLIMB study: δραστηκότητα σε εγκεφαλικές μεταστάσεις.
Ασθενείς με πολλαπλές μεταστάσεις και κακό PS	WBRT ή υποστηρικτική αγωγή	Σε poor PS ή εκτεταμένη νόσο, συστήνεται παρηγορική αντιμετώπιση.
Μετά RT (SRS/WBRT) - παρακολούθηση	MRI κάθε 2-3 μήνες και έλεγχος ενδοκράνιας πίεσης	Καθορίζει υπολειμματική / υποτροπιάζουσα νόσο. Προσαρμογή θεραπείας.
Χημειοθεραπεία + RT (σε ευαίσθητους όγκους, π.χ. μικροκυτταρικός καρκίνος)	Ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία	Προφυλακτική κρανιακή ακτινοβολήση (PCI) σε SCLC. RT 25 Gy σε 10 fx.