

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβολήσης για Θυμώματα - 2025

Βασισμένο στις Κατευθυντήριες Οδηγίες του 2025 των NCCN, ESMO, ASTRO και eniQ

Κατηγορία Ασθενούς	Περιοχή Ακτινοβολήσης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινοθεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Μετά από πλήρη εκτομή (Masaoka I-II)	Θωρακική κοιλότητα (κοίτη)	45-50 Gy σε 25 συνεδρίες	50.4 Gy με IMRT	Όχι απαραίτητη	Όχι απαραίτητη
Ατελής εκτομή (Masaoka II-III)	Κοίτη + θωρακικοί λεμφαδένες	54-60 Gy σε 30 συνεδρίες	60-66 Gy σε θετικά όρια	Συνιστάται	Σε μελέτες
Ανεγχείρητο θυμώμα	Πρωτοπαθής όγκος + λεμφαδένες	60-66 Gy σε 30-33 συνεδρίες	54 Gy με ταυτόχρονη ΧΜΘ	Συνιστάται	Εξετάζεται
Υποτροπή ή επανεμφάνιση	Συμπτωματικές περιοχές	30 Gy σε 10 συνεδρίες	20 Gy σε 5 fr ή 8 Gy εφάπαξ	Όχι απαραίτητη	Σε έρευνα (anti-PD1/PDL1)

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Πλήρης Εκτομή

Η RT μπορεί να παραλειφθεί στο στάδιο I, ενώ στο στάδιο II συνιστάται σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο τοπικής υποτροπής.

Ατελής Εκτομή

Η ακτινοθεραπεία 54–60 Gy εφαρμόζεται για έλεγχο του υπολειμματικού όγκου και πρόληψη τοπικής υποτροπής.

Ανεγχείρητο Θύμωμα

Η ριζική ακτινοθεραπεία με ή χωρίς ταυτόχρονη χημειοθεραπεία (π.χ. cisplatin-based) μπορεί να επιτύχει μερική ή πλήρη ύφεση.

Υποτροπή / Μεταστατικό

Παρηγορική RT χορηγείται σε περιπτώσεις πίεσης θωρακικών οργάνων ή οστικών μεταστάσεων.

Τεχνικές

IMRT/VMAT προτιμώνται για τη μείωση της δόσης σε καρδιά, πνεύμονες, νωτιαίο μυελό.

Ανοσοθεραπεία

Χρησιμοποιείται πειραματικά κυρίως για θυμικά καρκινώματα (π.χ. anti-PD-1), με προσοχή λόγω πιθανής αυτοανοσίας.