

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης στον Καρκίνο Λάρυγγα - 2025

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

Κατηγορία Ασθενούς	Περιοχή Ακτινοβόλησης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινοθεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Πρώιμο Στάδιο (T1-T2, N0)	Λάρυγγας	66-70 Gy σε 33-35 συνεδρίες	55 Gy σε 20 συνεδρίες (υποκλασματισμός)	Όχι απαραίτητη	Όχι απαραίτητη
Τοπικά Προχωρημένο (T3-T4, N+)	Πρωτοπαθής όγκος + περιοχικοί λεμφαδένες	70 Gy σε 35 συνεδρίες με cisplatin	69.96 Gy με IMRT (Simultaneous Integrated Boost)	Συνιστάται	Εξετάζεται
Ανεγχείρητος ή Υποτροπιάζων	Όγκος + λεμφαδένες	66-70 Gy με cisplatin ή carboplatin/5-FU	IMRT ± re-irradiation	Συνιστάται	Σε δοκιμές
Μεταστατικός	Συμπτωματικές περιοχές	30 Gy σε 10 συνεδρίες	8 Gy εφάπαξ	Όχι απαραίτητη	Σε κλινικές μελέτες

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Πρώιμο Στάδιο

Η ακτινοθεραπεία μόνη της με 66-70 Gy μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ίαση και διατήρηση της φωνής. Υποκλασματισμένα σχήματα εφαρμόζονται σε επιλεγμένα κέντρα.

Τοπικά Προχωρημένο

Η ταυτόχρονη χημειοακτινοθεραπεία με cisplatin 100 mg/m² ανά 3 εβδομάδες είναι το πρότυπο. Χρησιμοποιείται IMRT για προστασία οργάνων.

Ανεγχείρητος ή Υποτροπιάζων

Η επαναακτινοβόληση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επιλεγμένες περιπτώσεις με προσεκτική εκτίμηση κινδύνου.

Μεταστατικός

Παρηγορική ακτινοβόληση για ανακούφιση από δυσκαταποσία, πόνο ή αιμορραγία.

Χημειοακτινοθεραπεία

Είναι απαραίτητη για ασθενείς με T3-T4 νόσο ή τραχηλική λεμφαδενική προσβολή.

Ανοσοθεραπεία

Δοκιμάζεται ως θεραπεία ενίσχυσης ή σε υποτροπές με αναστολείς PD-1 όπως nivolumab ή pembrolizumab.