

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης για Καρκίνο Στοματικής Κοιλότητας - 2025

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

Στάδιο / Κατηγορία	Περιοχή Ακτινοβόλησης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινο-θεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Μετά R0 εκτομή με υψηλό κίνδυνο	Κοίτη όγκου + τραχηλικοί λεμφαδένες	66-70 Gy σε 33-35 συνεδρίες	IMRT με SIB έως 66 Gy	Cisplatin (40 mg/m ² /εβδομάδα)	Σε PD-L1+ ή dMMR (δοκιμές)
Μετά R1/R2 εκτομή	Κοίτη + τραχηλικό τρίγωνο + λεμφαδένες	66 Gy σε 33 fr	70 Gy σε υπολειμματικό όγκο	Συνιστάται	Αξιολογείται σε ανθεκτικά
Ανεγχείρητος / τοπικά προχωρημένος	Όγκος + τραχηλική περιοχή	70 Gy σε 35 fr με ταυτόχρονη ΧΜΘ	Altered fractionation (e.g. 6 fr/week)	Cisplatin / Cetuximab	Σε δοκιμές μετά CRT
Υποτροπή / Μεταστατικός	Συμπτωματικές περιοχές	30 Gy σε 10 fr ή 8 Gy εφάπαξ	45-50 Gy για ανακούφιση	Όχι απαραίτητη	Pembrolizumab σε CPS≥1 / MSI-H

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Επικουρική RT

Σε R0 εκτομές με θετικούς λεμφαδένες ή περινευρική/αγγειακή διήθηση χορηγείται 60-66 Gy με ή χωρίς ΧΜΘ.

R1/R2 Εκτομή

Η RT ενισχύεται με boost σε 66-70 Gy, και συνδυάζεται με ταυτόχρονη χημειοθεραπεία (κυρίως cisplatin).

Ανεγχείρητος

Η ριζική θεραπεία περιλαμβάνει 70 Gy με cisplatin ή εναλλακτικά cetuximab σε μη ανεκτικούς.

Τεχνικές

Χρήση IMRT/VMAT με SIB για μείωση τοξικότητας (ξηροστομία, δυσφαγία).

Υποτροπή

Η RT εφαρμόζεται σε περιοχές με υποτροπή για παρηγορικό σκοπό. Σε επιλεγμένους επανεξετάζεται SRT.

Ανοσοθεραπεία

Pembrolizumab ενδείκνυται σε CPS≥1 ή MSI-H μεταστατικό καρκίνωμα. Εξετάζεται ο συνδυασμός με RT.