

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης για Καρκίνο Κόλπου - 2025

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

Στάδιο / Κατηγορία	Περιοχή Ακτινοβόλησης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινο-θεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Στάδιο I-II (μικρός όγκος <5cm)	Πύελος + κόλπος	45-50.4 Gy EBRT + 15-20 Gy BT	66-70 Gy με IMRT/BT	Cisplatin (σε όγκους >4cm)	Σε PD-L1+ ή dMMR (μελέτες)
Στάδιο II-III (όγκοι >5cm)	Πύελος + παρακολπικά + κόλπος	45-50.4 Gy + 20-30 Gy BT	EBRT 54 Gy + ενδοκοιλιοτική ή διάμεση BT	Συνιστάται	Εξετάζεται σε κλινικές δοκιμές
Στάδιο IV ή υποτροπή	Συμπτωματικές περιοχές	30 Gy σε 10 συνεδρίες	8-20 Gy εφάπαξ	Όχι απαραίτητη	Pembrolizumab (σε PD-L1+)
Μετά R1/R2 εκτομή	Κοίτη όγκου + πύελος	50.4 Gy + BT boost	IMRT + ενδοκοιλιοτική BT	Συνιστάται	Σε μελέτες

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Στάδιο I-II

Η RT αποτελεί τη βασική θεραπεία.
Συνδυασμός EBRT και BT απαιτείται για βέλτιστο τοπικό έλεγχο.

BT

Η ενδοκοιλιοτική ή διάμεση BT εξασφαλίζει επαρκή δόση στον όγκο με διατήρηση της λειτουργίας.

Χημειοακτινοθεραπεία

Η προσθήκη cisplatin αυξάνει τον τοπικό έλεγχο σε όγκους >4 cm ή θετικούς λεμφαδένες.

Υποτροπή / Μεταστατικό

Παρηγορική RT για ανακούφιση συμπτωμάτων όπως πόνος, αιμορραγία, πίεση.

Τεχνικές

IMRT/VMAT περιορίζει τη δόση σε ουροδόχο κύστη, ορθό και μυελό.

Ανοσοθεραπεία

Χορηγείται σε PD-L1+ ασθενείς με μεταστατική ή ανθεκτική νόσο.
Pembrolizumab σε δεύτερη ή τρίτη γραμμή.