

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης για Καρκίνο Αιδοίου - 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 με θετικούς λεμφαδένες	Αιδοίο + βουβωνικοί + πυελικοί λεμφαδένες	45-50.4 Gy σε 25-28 fr	Boost στους θετικούς λεμφαδένες έως 60 Gy	Cisplatin (εβδομαδιαία)	Σε PD-L1+/ MSI-H (δοκιμές)
Τοπικά προχωρημένο στάδιο (III-IVA)	Πρωτοπαθής όγκος + βουβωνικοί + πύελος	45-50.4 Gy + boost σε 60-64 Gy	IMRT/VMAT + brachytherapy (σε ειδικές περιπτώσεις)	Συνιστάται	Διερευνάται σε ανθεκτικά
Υποτροπή ή αδυναμία χειρουργείου	Όγκος ± βουβωνικοί λεμφαδένες	50.4-60 Gy με ΧΜΘ	30-36 Gy παρηγορικά	Συνιστάται	Εξετάζεται σε μελέτες
Μεταστατικό ή συμπτωματικό	Εστιακές περιοχές	30 Gy σε 10 fr	8-20 Gy εφάπαξ	Όχι απαραίτητη	Pembrolizumab (σε επιλεγμένες)

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Στάδιο I-II

RT εφαρμόζεται επικουρικά σε ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες ή αδυναμία εκτομής με ασφαλή όρια.

Τοπικά Προχωρημένος

Η ριζική RT με boost ή brachytherapy αποτελεί θεραπεία εκλογής όταν η εκτομή θα είχε υψηλή λειτουργική επιβάρυνση.

Υποτροπή / Ανθεκτικότητα

Η RT είναι επιλογή διάσωσης, ιδίως με IMRT για καλύτερη τοξικότητα.

Μεταστατικό

Η RT εφαρμόζεται σε συμπτωματικές βλάβες. Προτιμώνται βραχυχρόνια σχήματα (8-30 Gy).

Χημειοακτινοθεραπεία

Εβδομαδιαία cisplatin αυξάνει την αποτελεσματικότητα σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα όγκο.

Ανοσοθεραπεία

Σε PD-L1+ ή MSI-H ασθενείς με μεταστατική/υποτροπιάζουσα νόσο μπορεί να χορηγηθεί pembrolizumab (σε δοκιμές).