

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης στον Καρκίνο Προστάτη - 2025

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

Κατηγορία Ασθενούς	Περιοχή Ακτινοβόλησης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινοθεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Χαμηλού Κινδύνου	Προστάτης	60 Gy σε 20 συνεδρίες (3 Gy/συνεδρία)	70 Gy σε 28 συνεδρίες (2.5 Gy/συνεδρία)	Όχι απαραίτητη	Όχι απαραίτητη
Ενδιάμεσου Κινδύνου	Προστάτης ± Σπερματοδόχες Κύστεις	60 Gy σε 20 συνεδρίες + 4-6 μήνες ADT	70 Gy σε 28 συνεδρίες + 4-6 μήνες ADT	Συνιστάται	Εξετάζεται
Υψηλού Κινδύνου	Προστάτης + Πυελικοί Λεμφαδένες	70 Gy σε 28 συνεδρίες + 18-36 μήνες ADT	60 Gy σε 20 συνεδρίες + 18-36 μήνες ADT	Συνιστάται	Εξετάζεται
Μεταστατικός	Συμπτωματικές περιοχές	30 Gy σε 10 συνεδρίες	20 Gy σε 5 ή 8 Gy εφάπαξ	Όχι απαραίτητη	Σε κλινικές δοκιμές
Μετά Προστατεκτομή (Adjuvant/Salvage)	Κοίτη Προστάτη ± Πυελικοί Λεμφαδένες	60-66 Gy σε 30-33 συνεδρίες	64 Gy σε 32 συνεδρίες	Εξετάζεται	Εξετάζεται

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

1. Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης

Χαμηλού Κινδύνου: Η υποκλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία με 60 Gy σε 20 συνεδρίες (3 Gy/συνεδρία) αποτελεί το πρότυπο φροντίδας. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί 70 Gy σε 28 συνεδρίες (2.5 Gy/συνεδρία).

Ενδιάμεσου Κινδύνου: Η ακτινοθεραπεία με 60 Gy σε 20 συνεδρίες ή 70 Gy σε 28 συνεδρίες σε συνδυασμό με 4-6 μήνες ADT είναι η συνιστώμενη προσέγγιση.

Υψηλού Κινδύνου: Η ακτινοθεραπεία με 70 Gy σε 28 συνεδρίες ή 60 Gy σε 20 συνεδρίες σε συνδυασμό με 18-36 μήνες ADT αποτελεί το πρότυπο φροντίδας.

Μεταστατικός: Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία με 30 Gy σε 10 συνεδρίες είναι αποτελεσματική για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Εναλλακτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν 20 Gy σε 5 συνεδρίες ή 8 Gy εφάπαξ.

Μετά Προστατεκτομή (Adjuvant/Salvage): Η ακτινοθεραπεία με 60-66 Gy σε 30-33 συνεδρίες με ή χωρίς ADT είναι συνιστώμενη. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί 64 Gy σε 32 συνεδρίες με ή χωρίς ADT.

2. Ταυτόχρονη Χημειοακτινοθεραπεία

Η ταυτόχρονη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας συνιστάται για ασθενείς με ενδιάμεσου και υψηλού κινδύνου καρκίνο προστάτη, καθώς έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την επιβίωση και τον έλεγχο της νόσου.

3. Ανοσοθεραπεία

Δεν αποτελεί standard, ερευνάται κυρίως σε mCRPC.