

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβολήσης σε Γλοιώματα – 2025

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

Τύπος / Βαθμός	Περιοχή Ακτινοβολήσης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινοθεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Γλοιοβλάστωμα (WHO IV)	Κοίτη όγκου + περιβάλλουσα ζώνη 2-3 cm	60 Gy σε 30 συνεδρίες με temozolomide	40 Gy σε 15 συνεδρίες σε ευάλωτους ασθενείς	Συνιστάται	Σε μελέτες
Αναπλαστικό αστροκύτωμα (WHO III)	Όγκος + περιβάλλουσα ζώνη	59.4 Gy σε 33 συνεδρίες με temozolomide	54 Gy σε 30 συνεδρίες	Συνιστάται	Υπό διερεύνηση
Διάχυτο γλοίωμα (WHO II)	Όγκος + ζώνη 1-2 cm	50.4-54 Gy σε 28-30 συνεδρίες	45 Gy σε 25 συνεδρίες	Εξετάζεται	Όχι απαραίτητη
Ολιγοδενδρογλοίωμα 1p/19q+ (II-III)	Όγκος + 1-2 cm	54-59.4 Gy με PCV ή TMZ	50.4 Gy σε 28 συνεδρίες	Συνιστάται	Όχι απαραίτητη

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Γλοιοβλάστωμα

60 Gy σε 30 συνεδρίες με καθημερινή ταυτόχρονη temozolomide (75 mg/m²), ακολουθούμενη από 6 κύκλους temozolomide (150-200 mg/m² x 5/28).

Αναπλαστικό αστροκύτωμα

Συνιστάται ακτινοθεραπεία με 59.4 Gy και temozolomide.
Η μοριακή ταξινόμηση (IDH status) επηρεάζει τη στρατηγική.

Διάχυτο γλοίωμα

Συντηρητική ακτινοθεραπεία με 50.4-54 Gy. Χορήγηση χημειοθεραπείας καθορίζεται από παράγοντες κινδύνου και μοριακά χαρακτηριστικά.

Ολιγοδενδρογλοίωμα

Η χορήγηση PCV (procarbazine, lomustine, vincristine) μετά από RT βελτιώνει την επιβίωση σε 1p/19q συνεξαλειφθέντες όγκους.

Χημειοακτινοθεραπεία

Temozolomide είναι ο standard παράγοντας για WHO III-IV.
Το PCV εφαρμόζεται κυρίως σε ολιγοδενδρογλοιώματα.

Ανοσοθεραπεία

Δεν αποτελεί standard. Ερευνάται σε υποτροπές, κυρίως με αναστολείς PD-1/PD-L1 και κυτταρικές θεραπείες.