

Δοσολογικά Σχήματα & Περιοχές Ακτινοβόλησης για Σαρκώματα - 2025

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

Κατηγορία Ασθενούς	Περιοχή Ακτινοβόλησης	Συνήθη Σχήματα	Εναλλακτικά Σχήματα	Χημειοακτινοθεραπεία	Ανοσοθεραπεία
Σαρκώματα μαλακών μορίων κορμού/άκρων	Όγκος + περιβάλλουσα περιοχή	50 Gy προεγχειρητικά + boost σε 60-66 Gy	66 Gy post-op σε θετικά όρια	Σε επιλεγμένα	Σε μελέτες (κυρίως UPS, LMS)
Χειρουργήσιμο οστεοσάρκωμα	Περιοχή όγκου + περιφερικά όρια	60-66 Gy σε 30-33 fr	70 Gy σε ανεγχείρητους	MAP (methotrexate, doxorubicin, cisplatin)	Σε κλινικές δοκιμές
Ραβδομυοσάρκωμα	Περιοχή όγκου + λεμφαδένες	50.4 Gy με ταυτόχρονη ΧΜΘ	59.4 Gy για ατελή εκτομή	Vincristine, actinomycin, cyclophosphamide	Σε ειδικές μορφές (π.χ. alveolar RMS)
Υποτροπιάζοντα / ανεγχείρητα σαρκώματα	Εστιακή ή παρηγορική RT	30 Gy σε 10 fr ή 8 Gy x1	45-50 Gy με IMRT	Όχι συνήθως	Σε υπερμεταλλαγμένα σαρκώματα (TMB-high)

Λεπτομέρειες & Τεκμηρίωση

Σαρκώματα Μαλακών Μορίων

Η προεγχειρητική RT (50 Gy) μειώνει τον όγκο και διευκολύνει τη συντηρητική εκτομή.
Η μετεγχειρητική RT εφαρμόζεται όταν υπάρχουν θετικά όρια.

Οστεοσάρκωμα

Σπάνια RT λόγω ακτινοαντοχής. Χρησιμοποιείται σε ανεγχείρητες ή υποτροπές.
Δόσεις ≥ 60 Gy απαιτούνται για τοπικό έλεγχο.

Ραβδομυοσάρκωμα

Παιδιατρικός κυρίως τύπος - απαιτεί ταυτόχρονη ΧΜΘ και RT.
Δόση εξαρτάται από την πληρότητα εκτομής και ιστολογικό υπότυπο.

Υποτροπές / Ανεγχείρητα

Η RT εφαρμόζεται παρηγορικά για πόνο ή έλεγχο μάζας.
Προτείνεται IMRT για μείωση τοξικότητας.

Χημειοακτινοθεραπεία

Περιορίζεται κυρίως σε RMS και επιλεγμένα υποτροπιάζοντα σαρκώματα.

Ανοσοθεραπεία

Αν και η ανταπόκριση είναι περιορισμένη, σε TMB-high σαρκώματα (π.χ. UPS, DDLPS) μελετώνται PD-1 αναστολείς.