



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: Οργάνωσης &
Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
Δ/ΝΣΗ: Στρατηγικού Σχεδιασμού
ΤΜΗΜΑ: Σχεδιασμού Αγοράς &
Παρακολούθησης Δικτύου Παρόχων Δ.Φ.Υ.**

Πληροφορίες: Α. Μαλιάγκα

Ταχ. Δ/ση: Αποστόλου Παύλου 12, ΤΚ 151 23

Τηλ.: 2108110845, 846

E-mail: d8.t3@eopyy.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΗΝ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

ΜΑΡΟΥΣΙ: 07 / 01 / 2026

Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3/Γ/2750/οικ.480

ΠΡΟΣ:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

**ΘΕΜΑ: «ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ -
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΡΘΡΟΥ 23 ΤΗΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091 ΚΥΑ (ΦΕΚ Β
2106/02.05.2025)»**

Σχετ.:

- 1. Το άρθρο 23 της υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091 ΚΥΑ (ΦΕΚ Β 2106/02.05.2025)**
- 2. Την υπ' αριθμ. 360 Απόφαση Συνεδρίασης Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ 1062/13.11.2025 Ορθή Επανάληψη (ΦΕΚ Β/6597/09.12.2025)**

Σε συνέχεια έκδοσης Παραρτήματος του άρθρου 23 της υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091 ΚΥΑ (ΦΕΚ Β 2106/02.05.2025), όπως αυτό επικυρώθηκε με την υπ' αριθμ. 360 Απόφαση Συνεδρίασης Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ 1062/13.11.2025 Ορθή Επανάληψη και δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ Β/6597/09.12.2025, παρατίθενται οι κάτωθι Διευκρινιστικές Οδηγίες εφαρμογής της σχετικής Απόφασης Συνεδρίασης Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ αναφορικά με την **Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (SRS, SART)** και την **Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία Σώματος (SBRT)**, λαμβάνοντας υπόψιν τις προτάσεις των Ιατρικών Επιστημονικών Εταιριών (σχετ. 3 και 4), ως κάτωθι:

Α. Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (SRS, SART)

Ορισμός: Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική ΚΝΣ (Stereotactic Radiosurgery – SRS και Stereotactic Ablative Radiotherapy - SART) είναι η ακτινοθεραπευτική τεχνική που συνδυάζει υψηλό βαθμό ακρίβειας στη στόχευση ενός απεικονιστικά περιγεγραμμένου στόχου, με τη

χορήγηση υψηλής δόσης σύμμορφης εξωτερικής ακτινοβολίας σε μία (1) εφάπαξ συνεδρία ή με τη μορφή κλασματοποιημένων δόσεων, όταν απαιτούνται, μέχρι 5 συνεδρίες (fractionated Stereotactic Radiosurgery – fSRS).

1. Όγκοι Εγκεφάλου (Πρωτοπαθείς, Καλοήθεις - Κακοήθεις)

i. Μηνιγγίωμα του σφηραγγώδους κόλπου

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια θεραπεία σε ασυμπτωματικούς ή με ήπια συμπτωματολογία ασθενείς. Δεν διαφέρουν τα ποσοστά υποτροπής της κύριας ή συμπληρωματικής θεραπείας με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική για το Μηνιγγίωμα του σφηραγγώδους κόλπου.

Η Χειρουργική εκτομή συνιστάται σε ασθενείς με ευμεγέθη όγκο ή συμπτωματική νόσο, που συναινούν για χειρουργική επέμβαση και που η γενική τους κατάσταση είναι καλή.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική / κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική (fractionated SRS) μπορεί να επιλεγεί σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε πρόοδο νόσου των υπολειπόμενων όγκων, με σαφή απεικονιστική επιβεβαίωση.

Σε ασθενείς που παρουσιάζουν πολύ σύντομα υποτροπή μετά από αρχική θεραπεία και ταχύτατη αύξηση του μεγέθους της υποτροπής, θα πρέπει να εξεταστεί η πραγματοποίηση υφολικής χειρουργικής εκτομής ή βιοψίας. Σκοπός είναι η πιθανή ταυτοποίηση μηνιγγιώματος υψηλότερου βαθμού κακοήθειας που απαιτεί μετεγχειρητικά διαμόρφωση της τεχνικής Ακτινοθεραπείας και αύξηση της συνολικής δόσης Ακτινοβολία

Η τελική επιλογή Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής (SRS) ή κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική (fractionated SRS) γίνεται με βάση τον βαθμό κακοήθειας, το μέγεθος και την παρουσία παρακείμενων ευαίσθητων δομών (π.χ. οπτικό χίασμα).

ii. Μηνιγγίωμα εκτός σφηραγγώδους κόλπου

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ασυμπτωματικούς ή με ήπια συμπτωματολογία ασθενείς που κρίνεται ότι δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική εκτομή ή η χειρουργική εκτομή δεν θα προσφέρει αξιόπιστα αποτελέσματα.

Η Χειρουργική εκτομή συνιστάται σε ασθενείς με ευμεγέθη όγκο ή συμπτωματική νόσο.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε υπολειπόμενους όγκους με πρόοδο νόσου, με σαφή απεικονιστική επιβεβαίωση.

Η κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική (fractionated SRS) μπορεί να επιλεγεί σε μεγαλύτερου μεγέθους μηνιγγιώματα ή όταν αυτά γειτνιάζουν με παρακείμενες ευαίσθητες δομές (π.χ. οπτικό χίασμα, οπτικό νεύρο).

iii. Ακουστικό Νευρίνωμα

Σε περίπτωση μη λήψης βιοψίας, η διάγνωση του Ακουστικού νευρινώματος γίνεται με βάση τα χαρακτηριστικά ευρήματα της Μαγνητικής Τομογραφίας. Η διάγνωση από Νευρο-ακτινολόγο κρίνεται απαραίτητη.

Νέο-διαγνωσμένα ακουστικά νευρινώματα:

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία νέο-διαγνωσμένα ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III).

Η Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία (Stereotactic Radiotherapy – SRT) μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία νέο-διαγνωσμένα ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III).

Η απεικονιστική παρακολούθηση μπορεί να επιλεγεί σε πολύ μικρά νέο-διαγνωσμένα ακουστικά νευρινώματα (Koos Grades I), ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με συνοσηρότητα.

Ακουστικά νευρινώματα που αυξάνουν σε μέγεθος :

Η Χειρουργική εκτομή συνιστάται συνιστάται σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ευμεγέθη ακουστικά νευρινώματα με πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades IV) που αυξάνουν σε μέγεθος.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III) που αυξάνουν σε μέγεθος.

Η Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία (Stereotactic Radiotherapy – SRT) συνιστάται σαν κύρια ριζική θεραπεία σε μικρά και μεσαία ακουστικά νευρινώματα χωρίς πιεστικά φαινόμενα (Koos Grades I-III) που αυξάνουν σε μέγεθος.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συνιστάται σαν συμπληρωματική θεραπεία σε ακουστικά νευρινώματα μετεγχειρητικά σε υπολειπόμενη νόσο.

iv. Αδένωμα Υπόφυσης

Μη εκκριτικό:

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ασθενείς που κρίνονται ανεγχείρητοι λόγω συνοσηρότητας.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με μη εκκριτικό αδένωμα της υπόφυσης σε υπολειμματική νόσο ή τοπική υποτροπή μετά από χειρουργική εκτομή. Θα πρέπει να εξετάζεται αν οι ασθενείς με υπολειμματική νόσο πρέπει να υποβληθούν άμεσα σε Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική, ή να επιλεγεί η απεικονιστική

παρακολούθηση και επί υποτροπής της νόσου η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική. Η απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται με βάση τα χαρακτηριστικά του ασθενούς: την έκταση της νόσου, παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου και απεικονιστικά ευρήματα.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε ασθενείς με τοπική υποτροπή, που είχαν στο παρελθόν υποβληθεί σε συμβατική Ακτινοθεραπεία.

Εκκριτικό:

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για τον έλεγχο της αύξησης του μεγέθους και της υπερέκκρισης ορμονών ενός GH-, ACTH-, PRL- εκκριτικού αδενώματος της υπόφυσης σε υπολειμματική νόσο μετά από χειρουργική εκτομή.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για τον έλεγχο της αύξησης του μεγέθους και της υπερέκκρισης ορμονών ενός GH-, ACTH-, PRL- εκκριτικού αδενώματος της υπόφυσης σε τοπική υποτροπή της νόσου μετά από χειρουργική εκτομή.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν ριζική θεραπεία μόνο εάν οι ασθενείς κρίνονται ακατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση.

Θα πρέπει να εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής πριν την πραγματοποίηση της Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής, ειδικά σε PRL-εκκριτικού αδενώματος της υπόφυσης (προλακτινώματα).

Θα πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής 4-12 εβδομάδες πριν και μετά την πραγματοποίηση της Στερεοτακτικής Ακτινοχειρουργικής, για την πιθανή καλύτερη θεραπευτική ανταπόκριση στον έλεγχο της υπερέκκρισης ορμονών.

v. Υποτροπή γλοιώματος υψηλού βαθμού κακοήθειας (grade III-IV) που έχει ακτινοβοληθεί στο παρελθόν

- KPS $\geq$ 60 (μετά την χορήγηση κορτικοστεροειδών)
- Μέγιστης διαμέτρου < 4cm

vi. Μυελοβλάστωμα Ενηλίκων

- Επανακτινοβολήση

vii. Αιμαγγειοπερικύττωμα (μονήρης ινώδης όγκος)

- Υποτροπή
- επανακτινοβολήση

viii. Κρανιοφαρυγγίωμα (Απαιτείται γνώμοδότηση ΑΥΣ.)

- Υπολειπόμενη νόσος μετά από μερική χειρουργική εκτομή
- Υποτροπή της νόσου
- Επανακτινοβολήση

ix. Γλοίωμα χαμηλής κακοήθειας (grade I-II) (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

- KPS $\geq$ 60%
- Μέγιστης διαμέτρου < 3cm
- Αρχική θεραπεία σε μη χειρουργήσιμα περιστατικά λόγω εντόπισης
- Υποτροπή της νόσου
- Επανακτινοβολήση

x. Αναπλαστικό Επενδύωμα (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

- Επανακτινοβολήση

2. Όγκοι Εγκεφάλου (Δευτεροπαθείς μεταστάσεις)**i. Μονήρης Εγκεφαλική Μετάσταση (αριθμός εστιών: 1)**

Η χειρουργική επέμβαση να επιλέγεται σε ασθενείς που χρήζουν επείγουσας χειρουργικής εκτομής λόγω της νευρολογικής σημειολογίας που ανέπτυξαν από την αυξημένη ενδοκράνια πίεση που προκαλεί η μετάσταση.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όσους ασθενείς δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική εκτομή.

Η «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT) θα πρέπει να φυλάσσεται για την εφαρμογή της σε περιστατικά με προχωρημένη νόσο.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με:

- KPS $\geq$ 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
- Μέγιστη διάμετρος μετάστασης < 3cm
- Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
- νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

ii. Πολλαπλές Εγκεφαλικές Μεταστάσεις (αριθμός εστιών: 2-4)

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όσους ασθενείς δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική εκτομή.

Η χειρουργική επέμβαση να επιλέγεται σε ασθενείς που χρήζουν επείγουσας χειρουργικής εκτομής λόγω της νευρολογικής σημειολογίας που ανέπτυξαν από την αυξημένη ενδοκράνια πίεση που προκαλεί η μετάσταση.

Η «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT) θα πρέπει να φυλάσσεται για την εφαρμογή της σε περιστατικά με προχωρημένη νόσο.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με:

- $KPS \geq 60\%$ (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
- Μέγιστη διάμετρος μετάστασης $< 3\text{cm}$
- Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
- Συνολικός όγκος (Total PTV Volume) $\leq 20\text{cc}$
- νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

iii. Ευμεγέθης Εγκεφαλική Μετάσταση (>3εκ)

Η χειρουργική επέμβαση να επιλέγεται σε ασθενείς που χρήζουν άμεσης χειρουργικής εκτομής λόγω της νευρολογικής σημειολογίας που ανέπτυξαν από την αυξημένη συμπίεση που προκαλεί η μετάσταση.

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η χειρουργική εκτομή μπορεί να εφαρμοσθεί η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική.

Η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) που πραγματοποιείται σε 3 ή 5 συνεδρίες, μπορεί να αυξήσει τον τοπικό έλεγχο και να μειώσει την τοξικότητα.

iv. Πολλαπλές Εγκεφαλικές Μεταστάσεις (αριθμός εστιών: 5-10)

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, μπορεί να εφαρμόζεται στους ασθενείς αφού τα ποσοστά τοπικού ελέγχου και επιβίωσης δεν υπολείπονται της κατηγορίας των «2 έως 4 μεταστάσεων».

Η «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT) θα πρέπει να φυλάσσεται για την εφαρμογή της σε περιστατικά με προχωρημένη νόσο.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με:

- $KPS \geq 60\%$ (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
- Μέγιστη διάμετρος μετάστασης $< 3\text{cm}$
- Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
- Συνολικός όγκος (Total PTV Volume) $\leq 20\text{cc}$
- νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

v. Επαναακτινοβόληση εγκεφαλικών μεταστάσεων (τοπική υποτροπή)

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με:

- $KPS \geq 60\%$ (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
- Τέσσερις (4) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

- Μέγιστη διάμετρος μετάστασης < 3cm

vi. Εγκεφαλικές Μεταστάσεις από Μελάνωμα

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μόνη της, θα πρέπει να εφαρμόζεται σε ασθενείς με:

- KPS $\geq$ 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
- Ανεξαρτήτως αριθμού μεταστάσεων
- Συνολικός όγκος – στόχος (Total PTV Volume) $\leq$ 20cc
- νέα μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο (ενδοκρανιακή υποτροπή), δύο (2) μήνες μετά από την αρχική Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

vii. Μετεγχειρητική κοιλότητα μετάστασης

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μετά από χειρουργική εκτομή της μετάστασης, μόνη της, στην μετεγχειρητική κοιλότητα, θα πρέπει να εφαρμόζεται στους ασθενείς αφού υπερτερεί της παρακολούθησης στον τοπικό έλεγχο της νόσου.

Σε ασθενείς που χειρουργήθηκαν για μονήρη μετάσταση, με performance status ECOG 0-2 και μετεγχειρητική κοιλότητα διαμέτρου <5 εκ. συστήνεται η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική για μείωση της νευρο-τοξικότητας με γνωσιακό έλλειμμα (neurocognitive) σε σύγκριση με την «Ολοκρανιακή Ακτινοθεραπεία» (Whole Brain Radiotherapy - WBRT).

Η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) που πραγματοποιείται σε 3 ή 5 συνεδρίες, μπορεί να αυξήσει τον τοπικό έλεγχο και να μειώσει την τοξικότητα.

viii. Νέο-εμφανιζόμενη-ες εγκεφαλική-ες εστία-ες μετά από προφυλακτική ακτινοθεραπεία εγκεφάλου σε μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα (SCLC)

Κριτήρια:

Ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα περιορισμένου σταδίου (SCLC limited stage) που έχουν υποβληθεί σε προφυλακτική ακτινοθεραπεία εγκεφάλου (PCI), και εμφανίζουν 5-10 εγκεφαλικές μεταστάσεις ως κάτωθι:

- KPS $\geq$ 60% (μετά από λήψη κορτικοστεροειδών)
- Με μέγιστη διάμετρος μετάστασης <3cm
- Χωρίς συμπτώματα ενδοκράνιας πίεσης
- Συνολικός όγκος (Total PTV volume) $\leq$ 20cc

3. Άλλοι όγκοι βάσης κρανίου

i. Χόρδωμα – Χονδροσάρκωμα

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική ή η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) μπορεί να επιλεγεί σαν θεραπεία σε:

- Μετεγχειρητικούς ασθενείς που δεν είναι εφικτή η Ακτινοθεραπεία με πρωτόνια
- Σε υποτροπή της νόσου
- Σε επανακτινοβολήση

ii. Σφαγιτιδικό Παραγαγγλίωμα (glomus jugulare)

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια ριζική θεραπεία σε όγκους με μέγεθος < 4cm, χωρίς ραγδαίως εξελισσόμενα συμπτώματα ή πιεστικά φαινόμενα (χρησιμοποιούν χειρουργικής εκτομής).

Η «κλασματοποιημένη Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική» (fractionated Stereotactic Radiosurgery) που πραγματοποιείται σε 3 ή 5 συνεδρίες μπορεί να επιλεγεί στους όγκους μεγαλύτερου μεγέθους.

4. Αγγειακές δυσπλασίες

i. Αρτηριοφλεβώδης Δυσπλασία Εγκεφάλου (AVMs) Spetzler-Martin grade I-II

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική είναι μία ασφαλής κι αποτελεσματική θεραπεία για grade I-II AVM.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική δεν αποτελεί κατώτερη εναλλακτική στην μικροχειρουργική grade I-II AVM.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν κύρια θεραπεία σε grade I-II AVM που εντοπίζονται σε κρίσιμες λειτουργικά (eloquent) περιοχές του εγκεφάλου ή εν τω βάθει φλεβική παροχέτευση εγκεφάλου (deep venous drainage).

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σε grade I-II AVM σε υπολειπόμενη δυσπλασία μετά από χειρουργική εκτομή ή σε ασθενείς μη κατάλληλους για χειρουργική επέμβαση λόγω συνοσηρότητας.

ii. Αρτηριοφλεβώδης Δυσπλασία Εγκεφάλου (AVMs) Spetzler-Martin grade > II (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

iii. Σηραγγώδες αιμαγγείωμα ανεγχείρητο με εντόπιση στη γέφυρα, βασικά γάγγλια, οφθαλμικό κόγχο (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

- Υποτροπή χειρουργηθέντος
- Επανακτινοβολήση

5. Λειτουργικές Διαταραχές

i. Νευραλγία Τριδύμου

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί επί αποτυχίας της φαρμακευτικής αγωγής.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί επί αποτυχίας της κύριας θεραπείας που είναι η χειρουργική.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μπορεί να επιλεγεί σαν μία μη επεμβατική θεραπεία, εναλλακτική του χειρουργείου.

ii. Ιδιοπαθής τρόμος

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συνιστάται σε άτομα στα οποία απέτυχε η φαρμακευτική αγωγή και είναι ακατάλληλα για χειρουργική αντιμετώπιση.

Η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συνιστάται σε άτομα στα οποία απέτυχε η φαρμακευτική αγωγή και είναι κατάλληλα για χειρουργική αντιμετώπιση διότι η Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική φαίνεται να παρουσιάζει λιγότερες επιπλοκές.

iii. Τρόμος N. Parkinson (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

iv. Χρόνιος Πόνος (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

v. Επιληψία (ΜΤΕΛ - ΗΗ) (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

6. Πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς όγκοι σπονδυλικής στήλης και νωτιαίου μυελού

i. Πρωτοπαθείς Όγκοι Νωτιαίου Μυελού (Γλοίωμα, Επενδύωμα, Μηνιγγίωμα, Νευρίνωμα)

- Ανεγχείρητο λόγω εντόπισης του όγκου
- Υπολειπόμενη νόσος μετεγχειρητικά
- Υποτροπή χειρουργηθέντος
- Επανακτινοβολήση

ii. Πρωτοπαθείς Όγκοι Σπονδυλικής Στήλης (Οστεοειδές οστέωμα, Οστεοβλάστωμα, Οστεοσάρκωμα, Οστεοχόνδρωμα, Χονδροσάρκωμα, Χόρδωμα, Πλασματοκύττωμα, Σάρκωμα Ewing)

- Ανεγχείρητο λόγω εντόπισης του όγκου
- Υπολειπόμενη νόσος μετεγχειρητικά
- Υποτροπή χειρουργηθέντος

- Επανακτινοβολήση

iii. Αρχική θεραπεία Δευτεροπαθών Μεταστατικών Όγκων (Σπονδυλικοί, Παρασπονδυλικοί, Εξωμυελικοί, Ενδομυελικοί)

Κριτήρια για θεραπεία με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική:

- Ολιγομεταστατική νόσος
- Οστική μόνο εντόπιση της μεταστατικής νόσου
- Αναμενόμενη επιβίωση > 3 μηνών
- Ογκώδης μεταστατική νόσο με εξω-οστική επέκταση,
- Όγκοι με μικρή επέκταση στις μήνιγγες,
- Ακτινοάντοχος ιστολογικός τύπος (νεφρικός καρκίνος, σάρκωμα, μελάνωμα)
- Περιορισμένη μεταστατική νόσος (< 3 ξεχωριστές σπονδυλικές εντοπίσεις, η κάθε μία με λιγότερους από 2 διαδοχικούς σπονδύλους)

Κριτήρια αποκλεισμού για Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική:

- Μηχανική αστάθεια της σπονδυλικής στήλης
- Συμπτωματική επισκληρίδιος συμπίεση του νωτιαίου μυελού
- Σύνδρομο ιππουρίδας (cauda equina syndrome)

iv. Επανακτινοβολήση Δευτεροπαθών Μεταστατικών Όγκων (Σπονδυλικοί, Παρασπονδυλικοί, Εξωμυελικοί, Ενδομυελικοί)

Συστήνεται η θεραπεία με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική συγκριτικά με συμβατική Ακτινοθεραπεία

Συστήνεται η επανακτινοβολήση με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μετά από συμβατική Ακτινοθεραπεία

Συστήνεται η επανακτινοβολήση με Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική μετά από Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική

Για ασθενείς με κλινική εικόνα επισκληριδίου συμπίεσης του νωτιαίου μυελού, μηχανική αστάθεια ή συμπιεστικό κάταγμα σπονδυλικού σώματος, ο Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος θα πρέπει να συμβουλευτεί έναν νευροχειρουργό σπονδυλικής στήλης πριν ο ασθενής υποβληθεί σε Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική.

7. Λέμφωμα ΚΝΣ (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

- Επανακτινοβολήση

8. Όγκοι οφθαλμικού κόγχου – Οφθαλμικοί Όγκοι**i. Μελάνωμα οφθαλμού (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)**

- Όταν δεν είναι εφικτή η Ακτινοθεραπεία με πρωτόνια

ii. Αιμαγγείωμα οφθαλμικού κόγχου (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)**iii. Μηνιγγίωμα ελύτρου οπτικού νεύρου (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)****B. Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία Σώματος (SBRT)**

Στερεοτακτική Ακτινοθεραπεία εκτός ΚΝΣ (Stereotactic Body Radiotherapy - SBRT) ονομάζεται η ακτινοθεραπευτική τεχνική η οποία συνδυάζει υψηλό βαθμό ακρίβειας στη στόχευση ενός καλά περιγεγραμμένου απεικονιστικά εξωκρανικού όγκου, με τη χορήγηση υψηλών δόσεων εξαιρετικά σύμμορφης εξωτερικής ακτινοβολίας (≥ 6 Gy ανά συνεδρία στην περιφέρεια του όγκου – στόχου) σε μικρό αριθμό (1 έως 5, ή σε αιτιολογημένες κλινικές περιπτώσεις έως 6) συνεδριών.

Γενικά κριτήρια Επιλογής Ασθενών για SBRT

Παράμετρος	Απαίτηση
ECOG	0–2
Προσδόκιμο επιβίωσης	>3-6 μήνες
Καλή οργάνωση & καθηλωμένος στόχος	Ναι (χωρίς έντονη αναπνευστική κίνηση ή με χρήση motion management)
Όγκος στόχος	<5 cm
Αριθμός εστιών	1–5
Απόσταση από κρίσιμα όργανα	>1–2 cm (ανάλογα με το όργανο)

1. Πνεύμονας**i. Πρωτοπαθής νόσος (Μη Μικροκυτταρικός Καρκίνος Πνεύμονα – πρώιμο στάδιο)**

- T1–T2a N0 χωρίς χειρουργική δυνατότητα ή άρνηση ασθενούς

- Ασθενείς υψηλού κινδύνου για λοβεκτομή

ii. Μεταστατική νόσος (Δευτεροπαθείς πνευμονικές εντοπίσεις)

- Ολιγομεταστατικοί ασθενείς με απουσία νόσου ή περιορισμένη, δυνητικά ελεγχόμενη συστηματική νόσο
- Ιστολογική επιβεβαίωση της πρωτοπαθούς νόσου
- WHO PS 0-2
- Προσδόκιμο επιβίωσης >6 μήνες
- < 3 βλάβες

Κριτήρια επιλογής ασθενών

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια / Σημειώσεις
Ογκολογικά	• T1–T2a N0 χωρίς λεμφαδενική εμπλοκή • Όγκος ≤ 5 cm • SUV στο PET ≥ 2.5 (προεγχειρητικό staging)	Χωρίς περιφερικούς λεμφαδένες
Ανατομικά	Απόσταση >1 cm από κεντρικούς βρόγχους	Κεντρικές θέσεις → ειδικά constraints
Αναπνευστικά	Απαραίτητο 4D CT ή gating	Για περιορισμό κίνησης στόχου
Επί αντένδειξης χειρουργείου	• Υψηλός καρδιοαναπνευστικός κίνδυνος • Άρνηση ασθενούς	Η SBRT αποτελεί θεραπεία εκλογής
BED10	≥ 100 Gy (π.χ. 54 Gy/3 fx ή 60 Gy/5 fx)	

Ιδανικοί Υποψήφιοι:

- Μονήρης μετάσταση σε ασθενή με έλεγχο πρωτοπαθούς όγκου
- Όγκος <5 cm, με σαφή όρια και απόσταση από κρίσιμα όργανα, χωρίς λεμφαδενική εμπλοκή
- Μη υποψήφιος για λοβεκτομή λόγω ηλικίας ή συννοσηρότητας

Μη Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

- Κεντρικοί όγκοι χωρίς δυνατότητα προστασίας κρίσιμων δομών
- Πολλαπλές μεταστάσεις ή μη ελεγχόμενη εξωπνευμονική νόσος

2. Ήπαρ

ι. Μεταστατική νόσος ή Ηπατοκυτταρικό Καρκίνωμα - HCC

- Μεταστάσεις (1–3) από Ca παχέος εντέρου, μαστού, παγκρέατος, νεφρού κ.ά.
- HCC (ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα) χωρίς διήθηση πυλαίας, χωρίς ασκίτη

Κριτήρια επιλογής ασθενών

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια / Σημειώσεις
Ογκολογικά	• 1 έως 3 όγκοι • Μέγιστο μέγεθος έως 6 cm • Χωρίς διήθηση κύριας πυλαίας ή ηπατικής φλέβας	Πολυεστιακή νόσος μπορεί να εξεταστεί σε ειδικές περιπτώσεις με SBRT σε κύρια βλάβη
Ως προς την λειτουργικότητα ήπατος	• Child-Pugh A ή αρχόμενο B (B7) • Χωρίς ασκίτη ή με ελεγχόμενο ασκίτη • Χωρίς ηπατική εγκεφαλοπάθεια (ή grade I ελεγχόμενη)	Child-Pugh B8-B9 ή C → υψηλός κίνδυνος ηπατικής απορρύθμισης μετά SBRT
Ανατομικά	Απόσταση όγκου >1 cm από ΓΕΣ • Αν είναι <1 cm: χρήση spacers ή υποκατάστατα σχήματα	Ο κίνδυνος γαστρεντερικής διάτρησης αυξάνεται αν ο όγκος εφάπτεται επί στομάχου/εντέρου
Ως προς την ύπαρξη εναλλακτικών θεραπειών ή επί αποτυχίας αυτών	Μη κατάλληλος για RFA ή μετά από αποτυχία RFA Μη χειρουργήσιμος ή αρνούμενος χειρουργείο Μετά από αποτυχία TACE	Η SBRT μπορεί να είναι εναλλακτική ή συμπληρωματική θεραπεία
Γενικά κλινικά κριτήρια	ECOG 0-1 (έως και 2 αν ελέγχεται η νόσος) Αναμενόμενη επιβίωση >3-6 μηνών	Απαραίτητη ικανή φυσική κατάσταση
Απεικονιστικός Έλεγχος	MRI ή triphasic CT με σαφή οριοθέτηση όγκου	Απαραίτητος ο τεχνολογικός εξοπλισμός για ακριβή στόχευση

	Δυνατότητα immobilization / respiration gating / IGRT	
Υγιές ήπαρ	>700 cc ελεύθερο νόσου	
BED10	≥100 Gy (επί HCC) ≥75 Gy (επί μεταστατικής νόσου)	

Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

HCC με μέγεθος <6 cm, Child-Pugh A-B7, >1 cm από ΓΕΣ, μη κατάλληλοι για επεμβατική τοπική θεραπεία.

Μη Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

Child-Pugh C, ανεξέλεγκτος ασκίτης ή ηπατική εγκεφαλοπάθεια, GTV εφάπτεται ΓΕΣ, πολλαπλές εξωηπατικές μεταστάσεις.

ii. Χολαγγειοκαρκίνωμα Ήπατος (ICC) (Απαιτείται γνωμοδότηση ΑΥΣ.)

- Μη επανεγχειρήσιμο ICC λόγω ανατομίας ή αγγειακής εμπλοκής
- Ασθενείς με μη μεταστατικό ICC που δεν πληρούν τα κριτήρια για μεταμόσχευση
- Σταθεροποίηση ή μη ανταπόκριση σε χημειοθεραπεία (π.χ. gemcitabine + cisplatin)

Κριτήρια

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια
Ως προς την σταδιοποίηση	• Μη μεταστατικό • Όχι κατάλληλος για χειρουργείο	Συνήθως λόγω αγγειακής διήθησης ή δυσπρόσιτης θέσης
Ως προς το μέγεθος όγκου	• Μέγεθος όγκου ≤7 cm • Σαφή όρια σε CT/MRI	Μικρότερος όγκος → υψηλότερη ακρίβεια & έλεγχος
Ως προς την ηπατική λειτουργία	• Child-Pugh A ή σταθερό B7 • Χωρίς ηπατική ανεπάρκεια	Αποφυγή ηπατικής απορρύθμισης
Ανατομικά κριτήρια	Απόσταση >1 cm από στομάχι/έντερο	Αν εφάπτεται: απαιτείται προσαρμογή δόσης

Γενικά κλινικά κριτήρια	• ECOG 0–2 • Αναμενόμενη επιβίωση >3–6 μήνες	Λειτουργικά επαρκής ασθενής
Απεικονιστικά κριτήρια	MRI 3T / 4DCT / PET-CT	Απαραίτητη IGRT τεκμηρίωση
Ως προς την προηγούμενη θεραπεία	Μετά από αποτυχία ή σταθεροποίηση με χημειοθεραπεία	SBRT ως salvage ή consolidation

Ιδανικοί Υποψήφιοι:

- Μη μεταστατικό ICC ≤ 7 cm, Child-Pugh A–B7
- Ασθενής με καλή γενική κατάσταση, ECOG 0–2
- Όγκος με καλή απόσταση από κρίσιμα όργανα

Μη Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

- Εκτεταμένη ενδοηπατική ή εξωηπατική νόσος
- Child-Pugh C, ανεξέλεγκτος ασκίτης
- GTV που εφάπτεται κρίσιμων οργάνων χωρίς τεχνική δυνατότητα προστασίας

3. Οστά / Σπονδυλική Στήλη

- Πόνος, oligometastatic νόσος, ή ανθεκτική βλάβη σε προηγούμενη RT
- Σταθερή ή σταθεροποιημένη σπονδυλική στήλη

Κριτήρια επιλογής ασθενών

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια / Σημειώσεις
Γενικά κλινικά κριτήρια	• ECOG 0–2 • Αναμενόμενη επιβίωση >3–6 μήνες • Συμπτωματικές ή επειλούμενες βλάβες	Κατάλληλοι ασθενείς με καλή γενική κατάσταση
Ειδικά κλινικά κριτήρια	• Πόνος μη ανταποκρινόμενος σε CRT • Υποτροπή μετά από CRT	Τοπικός έλεγχος έως και 80%

	Ριζική θεραπεία σε ολιγομεταστατική νόσο	
Ως προς τον αριθμό βλαβών	1 έως 3 βλάβες → SBRT >3 βλάβες → Ανακουφιστική RT	Ολιγομεταστατική/ολιγοπροοδευτική νόσος κατάλληλη
Ως προς το μέγεθος βλάβης	≤6 cm - Σαφή όρια και αποφυγή κρίσιμων δομών	Μεγαλύτερες βλάβες χρειάζονται προσαρμογές σχήματος
Ως προς την εντόπιση	Σπονδυλική στήλη, πνευτικά, ιερό, μακριά οστά Όχι σε πίεση νωτιαίου μυελού χωρίς χειρ. αποσυμπίεση	Απαραίτητη αποσυμπίεση πριν SBRT σε τέτοιες περιπτώσεις
Ως προς την απόσταση από κρίσιμες δομές	≥3 mm από νωτιαίο μυελό / ρίζες	Εάν εφάπτεται → μειώνεται η δόση ή προτιμάται CRT
Ως προς προηγούμενη RT	Επανακινοβόληση σε επιλεγμένους Δόσεις έως 30–35 Gy / 5 fr	Απαιτεί IGRT και προηγμένη ακρίβεια στόχευσης
Τεχνολογικά κριτήρια	Υποχρεωτική χρήση IGRT, IMRT/VMAT, CBCT Immobilization, gating	Όχι εφαρμόσιμη χωρίς δυνατότητα IGRT
Spinal cord PRV	Max dose ≤14 Gy (1 fx), ≤20 Gy (3 fx)	
BED10	>75–100 Gy (π.χ. 24 Gy x1 fx ή 27 Gy /3 fx)	

Ιδανικοί Υποψήφιοι για SBRT Οστών:

Ολιγομεταστατικός ασθενής με σπονδυλική μετάσταση <5 cm, ECOG 0–2, χωρίς μυελοπάθεια, και προηγμένη IGRT διαθεσιμότητα.

Μη κατάλληλοι:

Diffuse skeletal metastases, κακή γενική κατάσταση (ECOG ≥3), πίεση νωτιαίου μυελού χωρίς decompression, ή απουσία τεχνικής δυνατότητας IGRT.

4.Νεφρός (Πρωτοπαθές RCC – μικρού μεγέθους)

- Μη χειρουργήσιμος RCC (T1a–T1b, <7 cm)
- Αρνητική χειρουργική επιλογή ή συνυπάρχουσες παθήσεις
- Μονήρης νεφρός, ηλικιωμένοι ή μη χειρουργήσιμοι
- Μεταστατική νόσος υπό έλεγχο

Κριτήρια:

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια / Σημειώσεις
Ογκολογικά	T1a–T1b, μέγεθος όγκου <7 cm	Περιορισμένος όγκος χωρίς φλεβική επέκταση
Ανατομικά	• Καλή ανατομική εντόπιση (π.χ.οπίσθιο τμήμα) • Απόσταση από ουρητήρα>5 mm	Να μην εφάπτεται σε ΓΕΣ ή επινεφρίδιο
Ασφάλεια	Πλήρης IGRT και breathing control	Για αποφυγή νεφρικής δυσλειτουργίας
Γενικά κλινικά κριτήρια	ECOG 0–2, όχι εν ενεργεία αιμορραγική διάθεση	Επιλογή σε μη υποψήφιους για νεφρεκτομή
Ως προς το GFR	Σταθερό / δυνατότητα παρακολούθησης	
BED10	≥100–110 Gy (π.χ. 42 Gy/3 fx, 35 Gy/5 fx)	

Ιδανικοί Υποψήφιοι:

- Μέγεθος όγκου <5–6 cm, με καλή θέση, T1a/T1b χωρίς εξωνεφρική επέκταση
- Καλή νεφρική λειτουργία ή μόνο ένας λειτουργικός νεφρός

Μη Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

- Μέγεθος όγκου >7 cm, διήθηση φλέβας ή ΓΕΣ
- Ασθενείς με αρρυθμιστη αρτηριακή υπέρταση, πολλαπλές μεταστάσεις και αυξημένο αιμορραγικό κίνδυνο

5. Επινεφρίδια (Μονήρης Μετάσταση)

- Ολιγομεταστατική νόσος με ≤ 3 εστίες
- Πόνος ή απειλή λειτουργίας επινεφριδίου
- Καλή γενική κατάσταση και έλεγχος πρωτοπαθούς εστίας

Κριτήρια επιλογής ασθενών

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια / Σημειώσεις
Μέγεθος όγκου	$\leq 5-6$ cm	
Ανατομικά	Απόσταση από νεφρό, στομάχι, 12δάκτυλο $>1-2$ cm	Χρήση constraints σε κρίσιμα όργανα
Διαγνωστικά	CT ή MRI με σαφή όρια	Απαιτείται ακριβής GTV και OAR delineation
Γενικά κλινικά κριτήρια	• ECOG 0–2 • Επιβίωση >6 μήνες	Σε ελεγχόμενη πρωτοπαθή νόσο
BED10	$\geq 80-100$ Gy	
Για την προστασία νεφρού	≤ 18 Gy mean kidney dose	

Ιδανικοί Υποψήφιοι:

- Μονήρης μετάσταση σε ασθενή με έλεγχο πρωτοπαθούς όγκου
- Όγκος <5 cm, με σαφή όρια και απόσταση από κρίσιμα όργανα

Μη Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

- Πολλαπλές μεταστάσεις ή ανεξέλεγκτη πρωτοπαθής νόσος
- Επινεφριδιακοί όγκοι $>6-7$ cm με διήθηση παρακείμενων οργάνων

6. Κακοήγη νεοπλάσματα παγκρέατος

- Προεγχειρητικά σε ασθενείς με ιστολογικά επιβεβαιωμένο τοπικά προχωρημένο καρκίνωμα του παγκρέατος (ανεγχείρητο ή οριακά εξαιρεσιμo) που έχουν λάβει τουλάχιστον 2 κύκλους χημειοθεραπείας και δεν έχουν παρουσιάσει απεικονιστικά σημεία προόδου της νόσου.
- Μετεγχειρητικά σε ασθενείς με R1 ή R2 εκτομή με υπολειπόμενη μακροσκοπική ή μικροσκοπική νόσο.

Κριτήρια επιλογής ασθενών

Κατηγορία κριτηρίου	Κριτήρια	Σχόλια / Σημειώσεις
Ως προς το στάδιο νόσου	• Μη εγχειρήσιμος (unresectable) καρκίνος παγκρέατος • Οριακά εγχειρήσιμος (borderline resectable)	(π.χ. διήθηση μείζονων αγγείων όπως SMA, celiac trunk, PV/SMV) • Η SBRT μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νεοεπικουρική θεραπεία
Γενικά κλινικά κριτήρια	ECOG 0–2	Λειτουργικότητα που επιτρέπει τη χορήγηση θεραπείας Επαρκής ηπατική και νεφρική λειτουργία
Ως προς την ύπαρξη μεταστατικής νόσου	Απουσία μεταστάσεων	Η SBRT ενδείκνυται μόνο σε τοπικά προχωρημένο ή υποτροπιάζοντα τοπικά όγκο Αν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, συνήθως προηγείται ή προτιμάται συστηματική χημειοθεραπεία
Ως προς το μέγεθος και την εντόπιση όγκου	Όγκοι <6–7 cm Εντόπιση που επιτρέπει τη διατήρηση ασφαλών αποστάσεων από ευαίσθητες δομές	Ακρίβεια και προστασία των παρακείμενων οργάνων (στομάχι, 12δάκτυλο, έλικες λεπτού εντέρου)

Ως προς την προηγούμενη θεραπεία	Ιδανικά μετά από εισαγωγική χημειοθεραπεία	induction chemotherapy συνήθως FOLFIRINOX Ο όγκος να μην έχει εμφανίσει εξέλιξη στην απεικόνιση (CT, MRI, PET-CT)
----------------------------------	---	--

Ιδανικοί Υποψήφιοι:

- WHO PS 0-1
- Επαρκής ηπατική λειτουργία

Μη Κατάλληλοι Υποψήφιοι:

- M1 νόσος
- Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην περιοχή της άνω κοιλίας

7. Επανακινοβολήση (Re-irradiation)

- Σε ασθενείς με υποτροπή όγκων κεφαλο-προσωπικής χώρας
- Η SBRT αποτελεί ασφαλή και αποτελεσματική επιλογή επανακινοβολήσης **σε επιλεγμένους ασθενείς** με μικρούς όγκους ($\leq 100 \text{ cm}^3$), κατάλληλη ανατομική θέση, και ειδικά όταν χειρουργικά ή συστηματικά μέσα δεν είναι εφικτά.
- Ο ρόλος της **σύγχρονης χημειο- ή ακτινο-ανοσοθεραπείας** (π.χ. με cetuximab) είναι σημαντική πρακτική σε αρκετές μελέτες.
- Η **τοξικότητα** παραμένει ανησυχητική ιδιαίτερα σε ευαίσθητες περιοχές, όπως λάρυγγα, υποφαρυγγικό ή περιοχές με πολλαπλή ακτινοβολήση
- Απαιτείται προσεκτική επιλογή ασθενών και αυστηρή δόση-όγκου/OAR constraints.

8. Ολιγομεταστατική Νόσος

- Έως 5 μεταστατικές εστίες σε ≤ 3 όργανα
- Σταθερή συστηματική νόσος ή καλή ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ:

- **1η ΥΠΕ (ΑΤΤΙΚΗΣ)**
Ταχ. Διευθ: Ζαχάρωφ 3, Αμπελόκηποι, Τ.Κ. 11521
e-mail : protokollo@1dype.gov.gr
- **2^η ΥΠΕ (ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ)**
Ταχ. Διευθ: Θηβών 196, Αγ. Ιωάννης Ρέντης 182 33
- **3^η ΥΠΕ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)**
Ταχ. Διευθ: Μαβίλη 11, 54630, Θεσσαλονίκη, 3ype@3ype.gr
- **4^η ΥΠΕ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ)**
Ταχ. Διευθ: Ιουστινιανού 1 & Εθν.Αντιστάσεως 11, ΤΚ 551 34, 4ype @ 4ype.gr
- **5^η ΥΠΕ (ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ)**
Ταχ. Διευθ: Μεζούρλο, Λάρισα, ΤΚ 411 10, info@dypethessaly.gr
- **6^η ΥΠΕ (ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΩΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ)**
Ταχ. Διευθ: Υπάτης 1 & Ν.Ε.Ο. Πατρών-Αθηνών, Πάτρα ΤΚ 26 441, protokollo@dypede.gr
- **7^η ΥΠΕ (ΚΡΗΤΗΣ)**
Ταχ. Διευθ: 3ο χιλ. Εθν. Οδού Ηρακλείου-Μοιρών, Εσταυρωμένος Τ.Κ. 71500, info@hc-crete.gr
- **ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΠΑΡΟΧΟΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**
Αποστολή μέσω edary
- **ΠΕ.ΔΙ. ΕΟΠΥΥ**
Αποστολή με ηλεκτρονική αλληλογραφία προς **pediall@eopyy.gov.gr**

**Η ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Π. ΛΙΤΣΑ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Διοικήτριας
2. Προϊσταμένη Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών Υποθέσεων
3. Προϊσταμένη Γενικής Διεύθυνσης Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
4. Διεύθυνση Ελέγχου κι Εκκαθάρισης