肿瘤防治研究 2011, Vol. 38 Issue (10): 1167-1169 DOI: 10.3971/j.issn.1000-8578.2011.10.019
临床应用

食管癌根治术后预防性放疗纵隔CTV的勾画范围

陶华，孔诚，陆进成

210009 南京，江苏省肿瘤医院放疗科

Determine CTV of Prophylactic Radiotherapy for Thoracic Esophageal Carcinoma after Radical Surgery

TAO Hua, KONG Cheng, LU Jin-cheng

Department of Radiotherapy, Jiangsu Cancer Hospital, Nanjing 210009, China

- 摘要
- 参考文献
- 相关文章

全文: PDF (424 KB) HTML (0 KB) 输出: BibTeX | EndNote (RIS) 背景资料

摘要 目的探讨食管癌根治术后预防性放疗纵隔CTV的范围。方法回顾性分析94例食管癌根治术后仅纵隔淋巴结复发患者的CT，参照美国胸科协会胸内淋巴结划区方法对复发淋巴结分区域进行测量。 结果纵隔淋巴结复发以4区、2区最为常见，分别占67%（63/94）和51%（48/94）。复发淋巴结最外缘距体中线左或右及距椎体前缘的距离分别为：2区：2.53 cm （95%CI 2.45～2.62），2.39 cm （95%CI 2.22～2.56），2.71 cm （95%CI 2.64～2.78）；4区：2.40 cm （95%CI 1.31～3.47），1.78 cm （95%CI 1.65～1.91），3.25 cm（95%CI 3.15～3.35）；7区：2.13 cm （95%CI 2.03～2.23），2.23 cm（95%CI 2.10～2.35），3.87 cm (95%CI 3.78～3.97）；8区:2.43 (95%CI1.90～2.95) ，2.20 (95%CI 2.08～2.28)， 1.73 (95%CI 1.63~1.84)；3P区：2.06 cm (95%CI 1.63~2.48)，1.83 cm （95%CI 1.67～1.98），1.64 cm（95%CI 1.55～1.72），5区复发淋巴结最外缘距中线左2.94 cm (95%CI 2.89~3.00),距椎体前缘3.84 cm（95%CI 3.79～3.89）。所有复发淋巴结后界均未超出椎体前缘。结论以复发淋巴结为假想的GTV，则食管癌根治术后预防性放疗CTV可以在GTV基础上扩大1 cm ，那么2区、4区、7区、8区、3P区的CTV左界可以距体中线左分别为3.5，3.4，3.1，3.4，3.1 cm；右界可以距体中线右分别为3.4，2.8，3.2，3.2，2.8 cm，前界可以距椎体前缘前分别为3.7，4.3，4.9，2.7，2.6 cm；5区CTV左界可以距体中线左3.9 cm，前界可以距椎体前缘前4.8 cm。2区、4区、5区、7区、8区、3P区的后界可以距椎体前缘后1 cm。

关键词： 食管肿瘤 胸段 预防性照射 术后 纵隔淋巴结复发

Abstract： ObjectiveTo study the mediastinum field CTV of postoperative prophylactic radiotherapy for thoracic esophageal carcinoma. MethodsNinety-four patients with thoracic esophageal carcinoma who had undergone radical esophagectomy with a left thoracoabdominal approach had relapsed in the mediastinum lymph node. The detailed range of recurrence mediastium lymph node in the computed-tomography was measured according to American thoracic association lymph node mapping.ResultsThe most recurrence probability regions were region 4 and region 2. The probability was 67%（63/94）and 51%（48/94）respectively.The biggest distances between the relapse lymph node farthest border and the body middle line (including left and right boundary), the anterior of the thoracic vertebra (anterior boundary) were as follow region 2：2.53 cm （95%CI 2.45～2.62），2.39 cm （95%CI 2.22～2.56），2.71 cm （95%CI 2.64～2.78）；region 4：2.40 cm （95%CI 1.31～3.47），1.78 cm （95%CI 1.65～1.91），3.25 cm（95%CI 3.15～3.35）；region 7：2.13 cm （95%CI 2.03～2.23），2.23 cm（95% CI 2.10～2.35），3.87 cm (95%CI 3.78～3.97）；region 8:2.43 (95%CI1.90～2.95) ，2.20 (95%CI 2.08～2.28) ，1.73 (95%CI 1.63～1.84)；region 3P：2.06 cm (95%CI 1.63～2.48)，1.83 cm （95%CI 1.67～1.98），1.64 cm （95%CI 1.55～1.72）；region 5 The biggest distances between the relapse lymph node farthest border and the body middle line 2.94 cm (95%CI 2.89～3.00),the anterior of the thoracic vertebra 3.84 cm（95%CI 3.79～3.89）.ConclusionIf the recurrent mediastinum lymph nodes are supposed as GTV，the CTV of postoperative prophylactic radiotherapy should be enlarged 1 cm based on GTV.Then postoperative prophylactic radiotherapy for thoracic esophageal carcinoma which should include region 2, region 4, region 7, region 8 and region 3P and the left boundary to the body center line should be 3.5，3.4，3.1，3.4，3.1 cm ，respectively; the right

服务
把本文推荐给朋友
加入我的书架
加入引用管理器
E-mail Alert
RSS
作者相关文章
陶华
孔诚
陆进成

boundary to the body center line should be 3.4，2.8，3.2，3.2，2.8 cm，respectively;the front boundary to anterior of vertebra should be 3.7，4.3，4.9，2.7，2.6 cm， respectively；region 5 of the left boundary to the body center line should be 3.9 cm，and the front boundary to anterior of vertebra should be 4.8 cm.The back boundary to anterior of vertebra of all the regions should be 1 cm.

Key words： Esophageal carcinoma Thoracic Prophylactic radiotherapy Postoperative Mediastinum lymph node relapse

收稿日期: 2010-11-22;

引用本文:

陶华,孔诚,陆进成. 食管癌根治术后预防性放疗纵隔CTV的勾画范围[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(10): 1167-1169.

TAO Hua,KONG Cheng,LU Jin-cheng. Determine CTV of Prophylactic Radiotherapy for Thoracic Esophageal Carcinoma after Radical Surgery[J]. CHINA RESEARCH ON PREVENTION AND TREATMENT, 2011, 38(10): 1167-1169.

没有本文参考文献

[1] 王继云;张俊权;张建伟;王建军;刘本刚;李万刚 . 慢性复合应激对食管肿瘤大鼠模型细胞免疫及肿瘤标志物的影响[J]. 肿瘤防治研究, 2012, 39(1): 28-31.

[2] 王玉祥;祝淑钗;邱嵘;苏景伟;沈文斌 . 三维适形放疗治疗T4期食管癌预后分析[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(6): 690-694.

[3] 刘吉福;武珊珊 . 非小细胞肺癌切除术后化疗的选择及价值 [J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(5): 601-603.

[4] 贺彬彬;叶盛威;魏少忠;张克亮;何汉平 . 老年人胃癌的浸润深度和术后化疗对预后的影响 [J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(3): 291-293.

[5] 李宏亮;周立庆;严研;杨爱民;杨飞. 紫杉醇同步后程加速超分割方案治疗老年食管癌的近期疗效[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(2): 188-191.

[6] 芦文丽;;李海欣;王媛;钱碧云;孙忠;G.H de Bock;陈可欣. 乳腺癌患者术后长期随访服务利用情况及 效果分析[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(2): 206-209.

[7] 李成林综述;王雅棣审校. 食管癌术后淋巴结转移规律及放疗靶区探讨 [J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(11): 1332-1334.

[8] 施文荣;谢佐福;刘艳;陈玲;陈小明 . 亚硝胺诱发大鼠食管癌survivin mRNA转录水平及与病理变化的关系[J]. 肿瘤防治研究, 2011, 38(10): 1113-1116.

[9] 于长华;王万伟;朱卫国;韩济华;李 涛;陶光洲. 颈及胸上段食管癌同时整和加量调强放射治疗分析[J]. 肿瘤防治研究, 2010, 37(5): 575-577.

[10] 朱卫国;于长华;周锡垒;李 涛;韩济华;张晓晔. 同期放化疗或单纯放疗治疗区域淋巴结肿大食管癌随机临床研究[J]. 肿瘤防治研究, 2010, 37(4): 449-452.

[11] 周绍兵;刘阳晨;高飞;叶宏勋;赵莺;尹小祥. 同步化疗加三维适形放射治疗食管癌术后纵隔淋巴结转移[J]. 肿瘤防治研究, 2010, 37(10): 1189-1191.

[12] 胡建莉;陈 萍;刘 伟;李振宇;陈叶珊;伍 钢 . 食管鳞癌中$VEGF_{165b}$、HIF-1α的表达及临床意义[J]. 肿瘤防治研究, 2010, 37(1): 9-11.

[13] 胡伟国;宋启斌;许小涛. 三维适形放疗同步奈达铂化疗治疗食管癌的近期疗效观察[J]. 肿瘤防治研究, 2009, 36(9): 781-783.

[14] 黄 阗;李明才;吴名耀;许慈燕;李桂双. tryptase 和chymase 表达与食管癌临床病理 因素的相关性[J]. 肿瘤防治研究, 2009, 36(5): 412-414.

[15] 林称意;郭家龙;左顺庆;张军;谢斌生. PTTG与c-myc在食管癌中的表达及其相关性 [J]. 肿瘤防治研究, 2009, 36(5): 415-418.