

涎腺癌

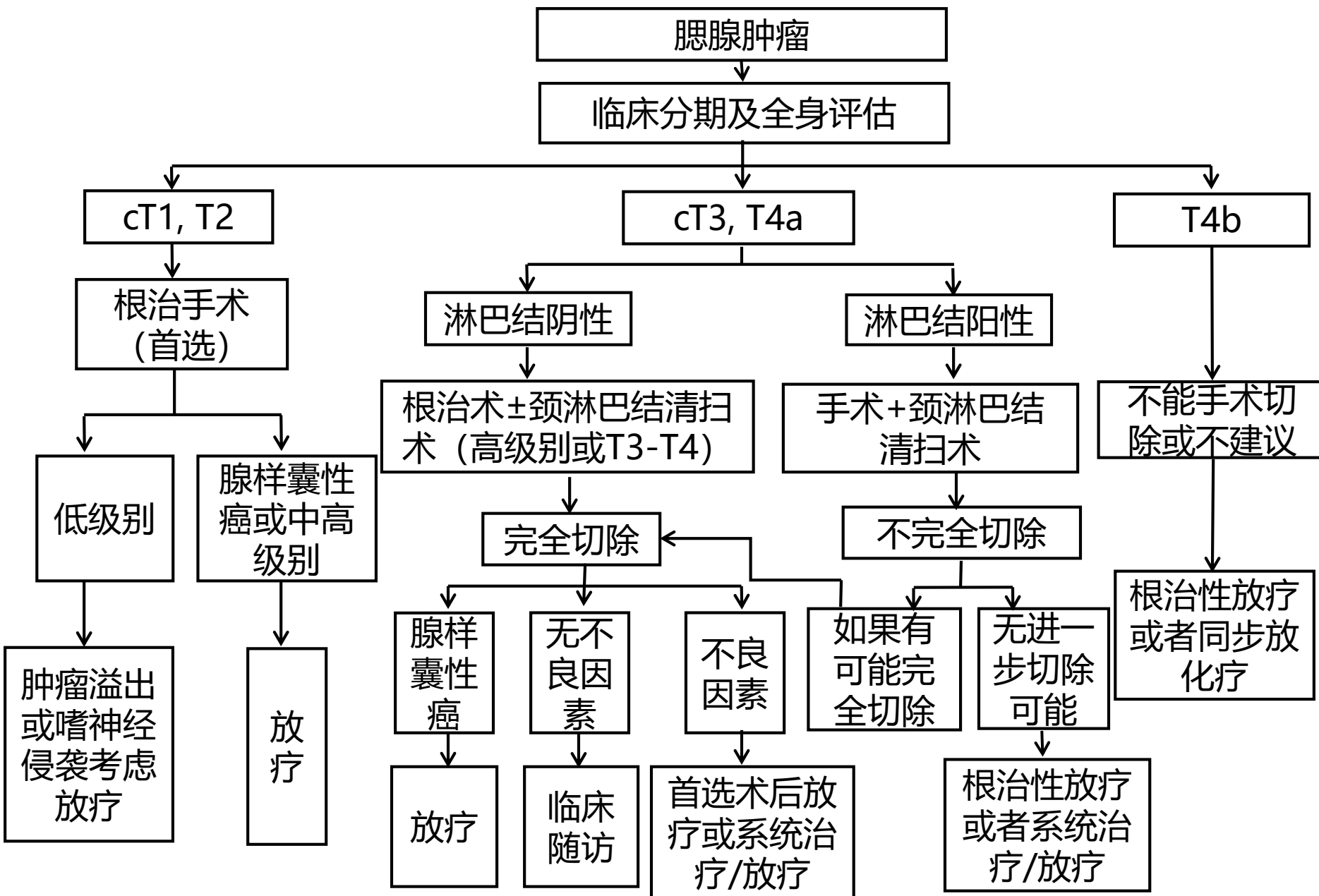
吴慧¹，张松²，张莹莹³，崔甜甜¹

1、河南省肿瘤医院，2、郑州大学第一附属医院，3、山东第一医科大学第一附属医院

概述

- 涎腺恶性肿瘤临床包括：20%左右的腮腺肿瘤，40%左右的颌下腺肿瘤，60%左右的小涎腺肿瘤。
- 大涎腺淋巴引流为腮腺周围淋巴结、颌下和上颈深淋巴结。故这些淋巴引流区是术后放疗的重点考虑区域。
- 病理：高度恶性肿瘤包括：高分级黏液表皮样癌、腺癌、低分化腺样囊性癌、多形性腺瘤癌、鳞癌。低度恶性肿瘤包括：低分级黏液表皮样癌、腺泡细胞癌。
- 治疗方法包括手术、放疗、化疗、靶向治疗等。

腮腺肿瘤诊疗流程



- 不良因素:
- ①中高级别
 - ②临近或阳性切缘
 - ③神经或神经周围侵犯
 - ④淋巴结转移
 - ⑤淋巴/血管侵犯
 - ⑥T3-4分期

勾画建议

靶区	定义和描述
GTVp	影像或者体格检查所见大体肿瘤
GTVn	最大短径: 咽后淋巴结>5 mm或颈部淋巴结>10 mm; ②同一高危区域内≥3个淋巴结, 最大横断面短径≥8 mm; ③任何大小中心坏死或边缘强化的淋巴结; ④任何大小结外浸润的淋巴结: 淋巴结周边脂肪间隙不清; 淋巴结相互融合; 淋巴结边缘不规则强化。PET/CT 提示代谢显著升高淋巴结; 超声引导下穿刺病理证实转移淋巴结
CTV1	包绕 GTV 或术后瘤床区以及手术切缘未能达到安全距离的高危亚临床区域 前界: 咬肌前缘; 后界: 乳突气房; 上界: 颧弓上缘; 内侧界: 茎突; 外侧界: 颈部皮肤 肿瘤位于腮腺浅叶, 应包括全部腮腺区域。侵犯深叶组织, 除包括全部腮腺区域, 还需包括咽旁间隙。对于咽旁间隙受侵的, 还要包括颞下窝。对于侵犯面神经, 则需要包括至茎乳孔 颈淋巴结阴性者, 同侧颈部 IB-II 区淋巴结引流区域 颈淋巴结阳性者, 需包括转移淋巴结及外扩一站的颈部淋巴引流区。若 II-IV 区有转移淋巴结, 同侧 V 区需要包括
CTV2	颈部淋巴结阳性者, 包括除 CTV1 外同侧颈部淋巴引流区。根据转移淋巴结的多少、大小及转移部位适当调整 颈淋巴结阴性者, 包括同侧中颈淋巴结引流区。对于高级别, T 分期较晚者, 下颈淋巴结引流区可考虑包括在内 对侧颈部淋巴结转移少见, 通常不需要放疗, 当临床有可疑高危因素时可考虑放疗, 如对侧多发淋巴结 < 1 cm, 肿瘤灶靠近体中线等

*腺样囊性癌靶区勾画需根据神经走行区域进行个体化勾画。

*各靶区根据各中心实际数据外扩3-5mm形成PTV。

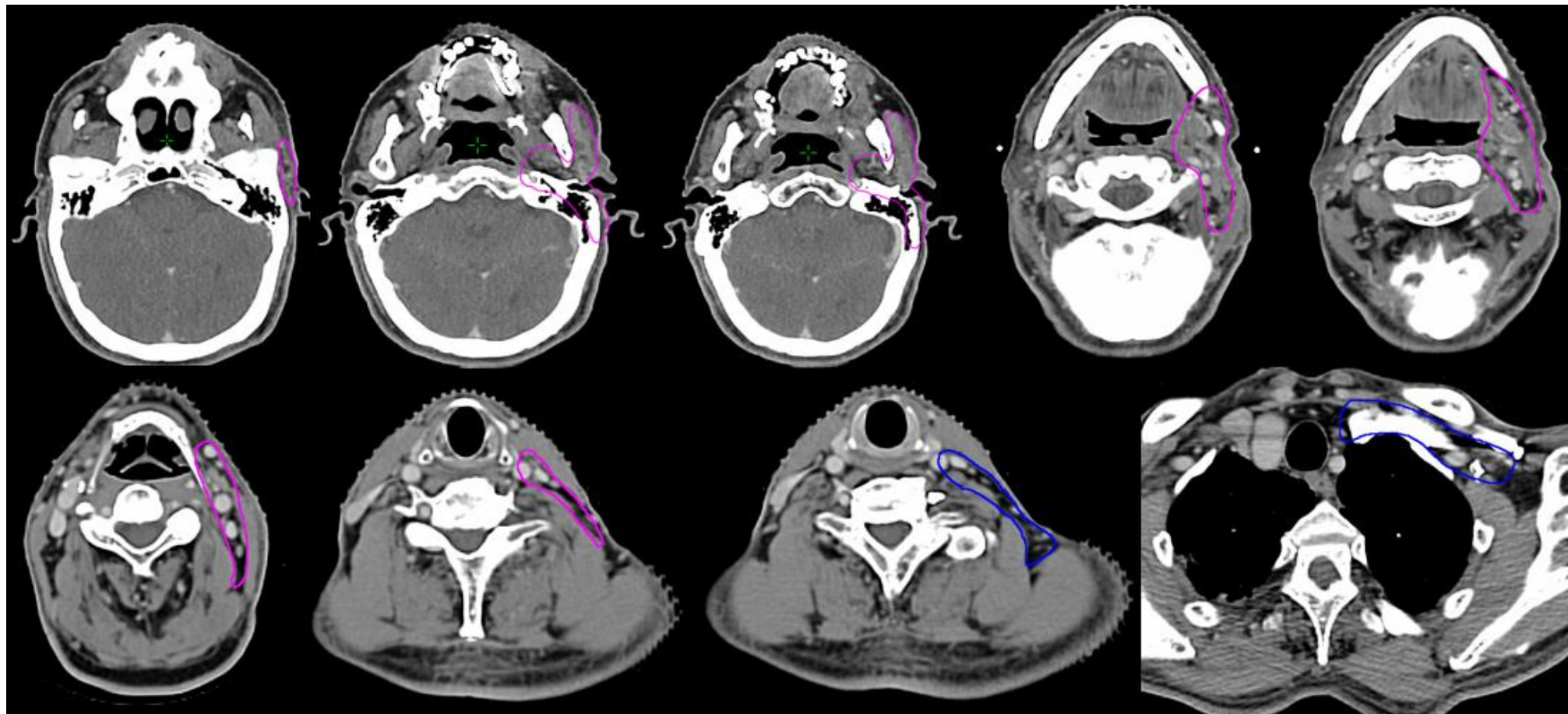
剂量建议

治疗类型	pGTVp、 pGTVn	PTV1	PTV2
根治性放疗	66-70Gy (2-2.12Gy/f)	60-66Gy (1.8-2Gy/f)	50-54Gy (1.8-2Gy/f)
术后放疗	66-70Gy (2-2.12Gy/f)	60-66Gy (1.8-2Gy/f)	50-54Gy (1.8-2Gy/f)

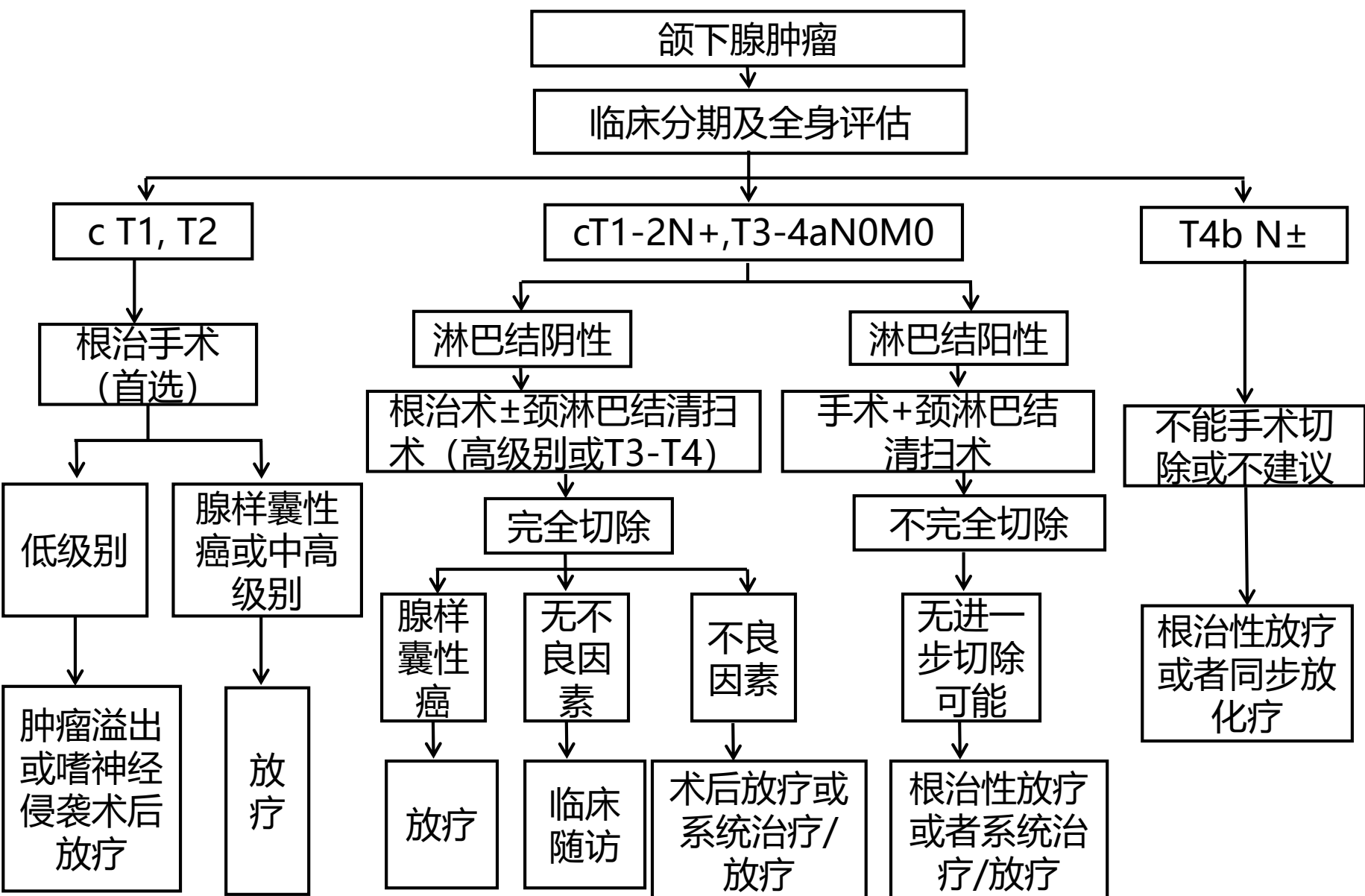
病例

- 病史:患者男性, 50岁, 左侧腮腺癌术后, cT4N1M0, 肿块局部扩大切除术后, 术后病理: 腺样囊性癌, 包膜侵犯, 面神经侵犯 (+)。左侧上颈淋巴结转移, 行术后放疗。
- 靶区勾画原则:CTV1: 面神经侵犯, 参照对侧腮腺解剖, 上界包括茎乳孔, 前界: 咬肌前缘, 后界: 乳突气房, 内界: 茎突前间隙, 外侧: 颈部皮肤, 同侧II,III淋巴引流区; CTV2: IV区淋巴引流。该病例临床考虑N1, 予以下颈预防照射。洋红为CTV1, 蓝色为CTV2。
- 术后放疗技术: IMRT适形调强放疗。
- 放疗剂量:
PTV1: 2.0 Gy*30f=60 Gy;
PTV2: 1.8 Gy*30f=54 Gy。

病例靶区示范:左侧腮腺癌术后放疗靶区



颌下腺癌诊疗流程



- 不良因素:
- ①中高级别
 - ②切缘近或切缘阳性
 - ③神经或神经周围侵犯
 - ④淋巴结转移
 - ⑤淋巴/血管侵犯
 - ⑥T3-4分期

勾画建议

靶区	定义和描述
GTVp	影像或者体格检查所见大体肿瘤
GTVn	最大短径: 咽后淋巴结>5 mm或颈部淋巴结>10 mm (颈内静脉二腹肌下淋巴结>11 mm) ; ② 同一高危区域内≥3个淋巴结, 最大横断面短径≥8 mm; ③任何大小中心坏死或边缘强化的淋巴结; ④任何大小结外浸润的淋巴结: 淋巴结周边脂肪间隙不清; 淋巴结相互融合; 淋巴结边缘不规则强化
CTV1	包括完整的GTV、亚临床病灶(口底粘膜和肌肉、二腹肌) 如果侵犯下颌骨, 则应包括受累的骨外放1-1.5 cm。或术后瘤床及所有术后改变(参照对侧颌下腺)。有神经受累, 尤其是腺样囊性癌, 应包括至受累神经出颅部位
CTV2	颈淋巴结阴性者, 同侧颈部 IB-III 区淋巴结引流区域 颈淋巴结阳性者, 至少包括I-III区, 且外放一个淋巴结引流区 累及口底需包Ia区 中线者包对侧颈部

*各靶区根据各中心实际数据外扩3-5mm形成PTV。

剂量建议

治疗类型	pGTVp、 pGTVn	PTV1	PTV2
根治性放疗	66-70Gy (2-2.12Gy/f)	60-66Gy (1.8-2Gy/f)	50-54Gy (1.8-2Gy/f)
术后放疗	60-66Gy (2-2.12Gy/f)	54-60Gy (1.8-2Gy/f)	50-54Gy (1.8-2Gy/f)

病例

- 病史:患者男性, 57岁, 右侧颌下腺导管癌术后, cT2N1M0, 行局部切除加右颈部淋巴结清扫术, 术后病理涎腺导管癌(中低分化), 淋巴结转移1/9 (II区), 行术后放疗。
- 靶区勾画原则:CTV1(高危区) 结合术前MRI检查, II区淋巴结阳性, 包括术前肿瘤侵犯的区域, 同侧Ib、II、III区; CTV2为同侧IV区。洋红为CTV1, 蓝色为CTV2。
- 术后放疗技术: IMRT适形调强放疗。
- 放疗剂量:

PTV1: $2.0 \text{ Gy} * 30\text{f} = 60 \text{ Gy}$;

PTV2: $1.8 \text{ Gy} * 30\text{f} = 54 \text{ Gy}$ 。

病例靶区示范:右侧颌下腺导管癌术后

