

## ·论著·

# $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT 显像在雌激素受体阳性乳腺癌诊疗中的初步应用

林美福 陈文新 周硕 郭莘 陈彩龙 陈国宝 戴红峰

**【摘要】目的** 探讨  $16\alpha$ - $^{18}\text{F}$ 氟- $17\beta$ -雌二醇( $^{18}\text{F}$ -FES)PET/CT 显像在乳腺癌诊疗中的应用价值。**方法** 对 19 例乳腺癌术前患者、7 例乳腺癌术后转移患者行  $^{18}\text{F}$ -FDG、 $^{18}\text{F}$ -FES PET 双显像剂显像,并与雌激素受体(ER)的表达情况进行对照分析。**结果** 19 例乳腺癌术前患者中,乳腺癌原发灶 ER 阳性者 9 例,共 10 个病灶, $^{18}\text{F}$ -FES 最大标准化摄取值( $\text{SUV}_{\text{max}}$ )为  $3.45\pm 2.34$ ,与病灶的 ER 表达水平及病灶大小均密切相关;ER 阴性者 10 例,共 11 个病灶, $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\text{max}}$  为  $0.74\pm 0.12$ ,两组间差异有统计学意义( $t=3.782$ ,  $P<0.01$ )。而 ER 阳性者和阴性者的  $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\text{max}}$  与病灶的 ER 表达水平无关。 $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT 诊断原发灶 ER 阳性的灵敏度、特异度、准确率分别为 100%、90.90%、95.23%。在 7 例术后转移患者中,原发灶 ER 阳性者 3 例, $^{18}\text{F}$ -FES 共发现 64 个转移灶,而  $^{18}\text{F}$ -FDG 仅发现 47 个。**结论**  $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT 在 ER 阳性乳腺癌的特异性诊断、个性化治疗方案制定、疗效观察中具有非常重要的临床意义。

**【关键词】** 受体,雌激素;乳腺肿瘤;雌二醇;氟脱氧葡萄糖 F18;正电子发射断层显像术;体层摄影术,X 线计算机

**Application of  $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT in diagnosis and endocrine therapy of patients with estrogen receptor-positive breast cancer** LIN Mei-fu, CHEN Wen-xin, ZHOU Shuo, GUO Xin, CHEN Cai-long, CHEN Guo-bao, DAI Hong-feng. Department of Nuclear Medicine, Provincial Clinical College, Fujian Medical University, Fuzhou 350001, China

Corresponding author: CHEN Wen-xin, Email: wenxinchzt@aliyun.com

**【Abstract】Objective** To evaluate the role of  $16\alpha$ - $^{18}\text{F}$ fluoro- $17\beta$ -oestradiol ( $^{18}\text{F}$ -FES)PET/CT in the diagnosis and management of breast cancer. **Methods** Nineteen pre-operation cases with breast cancer and 7 post-operation cases with metastatic breast cancer underwent  $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT and  $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT, and comparative analysis with the expression of estrogen receptor(ER)was performed. **Results** Of the primary lesions, the ER was positive in 9 patients(10 lesions), negative in 10 patients(11 lesions). The maximum standardized uptake value( $\text{SUV}_{\text{max}}$ ) for FES uptake was positively related to the lesion size and ER expression. The mean  $\text{SUV}_{\text{max}}$  for FES uptake was  $3.45\pm 2.34$  in the 10 ER positive tumors, and  $0.74\pm 0.12$  in the 11 ER negative tumors, which showed significant differences between the two groups ( $t=3.782$ ,  $P<0.01$ ). The sensitivity, specificity and accuracy of FES PET for diagnosis ER positive patients were 100%, 90.90% and 95.23% respectively. Sixty-four  $^{18}\text{F}$ -FES positive metastases were found in the three ER positive metastatic patients, whereas only 47  $^{18}\text{F}$ -FDG positive metastases were found. **Conclusion**  $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT will be useful for diagnosis, individualized medicine and detecting therapeutic changes in patients with ER positive breast cancer.

**【Key words】** Receptors, estrogen; Breast neoplasms; Estradiol; Fluorodeoxyglucose F18; Positron-emission tomography; Tomography, X-ray computed

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一,雌激素

受体(estrogen receptor, ER)是乳腺癌发生和发展最为重要的生物标志物,也是乳腺癌预后的相关因素。ER 能够与乳腺癌细胞表面受体结合从而监测乳腺癌组织中相关受体的分布和浓度,在肿瘤的诊断、分期、疗效判断和观察中具有重要意义。功能

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4114.2013.04.007

作者单位: 350001 福州,福建医科大学省立临床医学院,福建省立医院核医学科

通信作者: 陈文新(Email: wenxinchzt@aliyun.com)

分子影像学方法和其他诊断技术相比具有高灵敏度、高特异度的特点,在乳腺癌诊疗中的应用日益增多,但常规显像剂  $^{18}\text{F}$ -FDG 作为葡萄糖的衍生物,仅能反映肿瘤细胞的糖代谢,无法判断 ER 的表达情况。 $16\alpha$ -[ $^{18}\text{F}$ ]氟- $17\beta$ -雌二醇( $16\alpha$ -[ $^{18}\text{F}$ ]fluoro- $17\beta$ -estradiol,  $^{18}\text{F}$ -FES)作为 ER 的特异性显像剂,可在活体内反映 ER 的表达情况,从而指导临床选择个性化的治疗方案<sup>[1-2]</sup>。本研究采用  $^{18}\text{F}$ -FES 和  $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT 联合显像对乳腺癌进行特异性诊断。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

收集 2010 年 12 月至 2012 年 9 月经我院临床最终病理证实的乳腺癌术前患者 19 例和乳腺癌术后转移患者 7 例,共 26 例,年龄 24~83 岁,中位年龄 51 岁。其中,浸润性导管癌 19 例、导管原位癌 2 例、细胞型黏液癌 2 例、恶性上皮性肿瘤 3 例。所有病理标本均行免疫组化测定肿瘤细胞的 ER 阳性百分数及染色强度。所有患者均行全身  $^{18}\text{F}$ -FDG、 $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT 双显像剂显像;7 例患者经超声引导下乳腺病灶或腋窝淋巴结穿刺活检病理证实,其余患者经手术病理证实。

### 1.2 显像仪器及显像剂

Discovery LS16 型 PET/CT 仪由美国 GE 公司生产; $^{18}\text{F}$  由美国 GE 公司 MINIttrace 加速器生产,显像剂  $^{18}\text{F}$ -FDG、 $^{18}\text{F}$ -FES 由我科合成(采用美国 GE 公司 Microlab 全自动合成系统),放射化学纯度均 >95%。新型 PET/CT 显像剂  $^{18}\text{F}$ -FES 经我院伦理委员会验证并批准使用,患者检查前均签署了知情同意书。

### 1.3 显像方法

患者行  $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT 检查前空腹 6 h 以上,平静休息 10~15 min,测定血糖浓度在正常范围内, $^{18}\text{F}$ -FDG 按照 4.44 MBq/kg 经肘静脉注射,安静休息 50~60 min 后开始采集图像,患者仰卧于检查床上,先行 16 层螺旋 CT 扫描,CT 扫描参数为:管电压 120 kV,管电流 100~130 mA,扫描层厚 5 mm,进床速度 27 mm/0.8 s, PET 采用二维扫描,采集 6~8 个床位,4 min/床位,图像重建采用有序子集最大期望值迭代法。CT 数据采用 512×512 矩阵,4.25 mm 层厚标准算法无间隔重建,通过 Xeleris 工作站进行图像融合,分别得到横断面、

矢状面及冠状面的 CT、PET 图像和 PET/CT 融合断层图像。 $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT 检查前患者无需禁食,按  $^{18}\text{F}$ -FDG 相同注射剂量经肘静脉注射,其他条件同  $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT。所有患者均在一周内完成  $^{18}\text{F}$ -FDG、 $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT 显像。

## 1.4 图像分析

### 1.4.1 视觉判断

以病灶放射性分布较邻近组织结构高且呈结节状、团块状放射性异常浓聚者判断为阳性,由我科 3 位医师独立阅片。

### 1.4.2 半定量分析

选择病灶放射性浓聚程度最高的层面,勾画感兴趣区,自动测量最大标准化摄取值(maximum standardized uptake value,  $\text{SUV}_{\max}$ ), $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\max}$  大于 2.5 判断为阳性, $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  大于 1.0 判断为阳性<sup>[3]</sup>。

## 1.5 统计学分析

采用 SPSS 14.0 软件进行统计学分析, $\text{SUV}_{\max}$  采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 乳腺癌原发灶 ER 阳性病灶 PET/CT 表现

在 19 例乳腺癌术前患者中,ER 阳性者 9 例,共 10 个病灶, $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  与病灶的 ER 表达水平及病灶大小均密切相关(图 1),如其中 1 个 ER 低表达[15%(+)]的较大病灶(2.0 cm×3.0 cm), $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  为 1.1, $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\max}$  为 3.7;1 个 ER 高表达[90%(+++)]的小病灶(1.0 cm×1.1 cm), $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  为 1.7, $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\max}$  为 2.5。10 个病灶的放射性分布情况、病灶大小及 ER 表达水平见表 1。

19 例乳腺癌术前患者中,ER 阳性表达病灶的  $^{18}\text{F}$ -FES 显像的放射性分布显著高于 ER 阴性表达病灶( $t=3.782$ ,  $P < 0.01$ )和健侧乳腺腺体( $t=5.678$ ,  $P < 0.01$ ),而 ER 阳性表达病灶和阴性表达病灶的  $^{18}\text{F}$ -FDG 显像均表现为明显的放射性异常浓聚,两者间  $\text{SUV}_{\max}$  差异无统计学意义( $t=0.483$ ,  $P > 0.05$ )(表 2)。

### 2.2 乳腺癌原发灶 ER 阴性病灶 PET/CT 表现

在 19 例乳腺癌术前患者中,ER 阴性者 10 例,共 11 个病灶, $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  为 0.3~1.2, $^{18}\text{F}$ -FDG

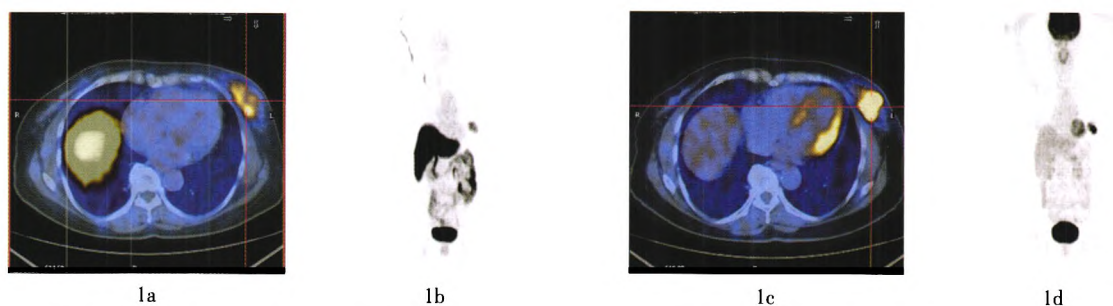


图1 患者79岁,左乳外下象限浸润性导管癌,ER[90%(+++)]。图中,1a、1b:  $^{18}\text{F}$ -FES显像的PET/CT融合图像和最大密度投影图像;1c、1d:  $^{18}\text{F}$ -FDG显像的PET/CT融合图像和最大密度投影图像;示病灶(十字交叉处)大小约3.0 cm×3.0 cm,  $^{18}\text{F}$ -FDG、 $^{18}\text{F}$ -FES显像均呈放射性异常浓聚,  $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  为5.6,  $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\max}$  为15.0;其中,ER: 雌激素受体,  $^{18}\text{F}$ -FES:  $16\alpha$ -[ $^{18}\text{F}$ ]氟-17 $\beta$ -雌二醇,  $\text{SUV}_{\max}$ : 最大标准化摄取值。

表1 ER阳性原发灶ER表达水平、病灶大小与  $^{18}\text{F}$ -FES及  $^{18}\text{F}$ -FDG显像  $\text{SUV}_{\max}$  的关系

	病灶ER表达水平									
	15% (+)	75% (++)	80% (+++)	80% (+++)	80% (++)	80% (++)	80% (++)	80% (++)	90% (+++)	90% (+++)
$^{18}\text{F}$ -FES $\text{SUV}_{\max}$	1.1	2.8	1.1	3.3	2.6	4.4	3.1	8.8	1.7	5.6
$^{18}\text{F}$ -FDG $\text{SUV}_{\max}$	3.7	5.9	5.1	10.5	7.0	3.5	3.7	12.3	2.5	15.0
病灶大小 (cm <sup>2</sup> )	2.0×3.0	2.9×7.0	1.0×1.0	2.5×3.0	1.6×2.2	1.5×2.6	5.0×5.0	2.6×2.8	1.0×1.1	3.0×3.0

注:表中,ER: 雌激素受体;  $^{18}\text{F}$ -FES:  $16\alpha$ -[ $^{18}\text{F}$ ]氟-17 $\beta$ -雌二醇;  $\text{SUV}_{\max}$ : 最大标准化摄取值。

表2 乳腺癌原发灶与健侧乳腺腺体  $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$ 、 $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\max}$  的对比

	个数	$^{18}\text{F}$ -FES 显像 $\text{SUV}_{\max}$	$^{18}\text{F}$ -FDG 显像 $\text{SUV}_{\max}$
乳腺癌原发灶			
ER 阳性病灶	10	3.45±2.34	6.90±4.28
ER 阴性病灶	11	0.74±0.12	8.02±5.27
健侧乳腺腺体	19	0.64±0.15	1.56±0.61

注:表中,健侧乳腺腺体对应个数为患者例数;ER: 雌激素受体;  $^{18}\text{F}$ -FES:  $16\alpha$ -[ $^{18}\text{F}$ ]氟-17 $\beta$ -雌二醇;  $\text{SUV}_{\max}$ : 最大标准化摄取值。

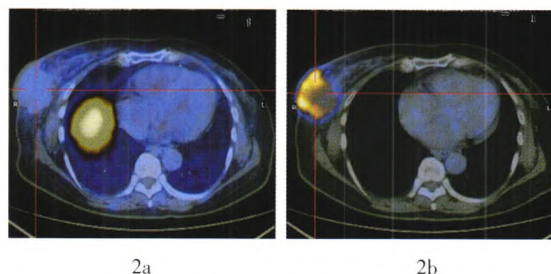


图2 患者69岁,右乳腺浸润性导管癌伴右侧腋窝、右锁骨上多发淋巴结转移,ER阴性,右乳外下象限病灶(十字交叉处)大小约5.3 cm×5.4 cm。图中,2a:  $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT显像放射性分布未见增高,  $\text{SUV}_{\max}$  为0.7; 2b:  $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT显像示放射性异常浓聚,  $\text{SUV}_{\max}$  为5.6;其中,ER: 雌激素受体;  $^{18}\text{F}$ -FES:  $16\alpha$ -[ $^{18}\text{F}$ ]氟-17 $\beta$ -雌二醇;  $\text{SUV}_{\max}$ : 最大标准化摄取值。

$\text{SUV}_{\max}$  为2.6~17.8,病灶最大约6.0 cm×7.1 cm,最小约0.9 cm×1.1 cm。ER阴性病灶  $^{18}\text{F}$ -FES显像的放射性分布与健侧乳腺腺体相近(图2),两者间  $\text{SUV}_{\max}$  差异无统计学意义( $t=0.872$ ,  $P>0.05$ )。其中1例  $^{18}\text{F}$ -FES显像假阳性患者的CT表现为右侧乳腺巨大软组织密度肿块影,大小约6.0 cm×7.1 cm,  $^{18}\text{F}$ -FES有轻度放射性摄取,  $\text{SUV}_{\max}$  为1.2,  $^{18}\text{F}$ -FDG有明显放射性异常浓聚,  $\text{SUV}_{\max}$  为8.6,考虑为乳腺癌雌二醇受体低表达,病理诊断为浸润性导管癌,ER阴性。

### 2.3 $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT对乳腺癌原发灶ER阳性的诊断效能

$^{18}\text{F}$ -FES PET/CT诊断乳腺癌原发灶ER阳性的准

确率、灵敏度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为: 95.23%、100%、90.90%、90.90%和100%。

### 2.4 乳腺癌转移灶PET/CT表现

在7例乳腺癌术后转移患者中,乳腺癌ER阳性患者3例,  $^{18}\text{F}$ -FES PET/CT共发现64个转移灶(内分泌治疗后患者转移灶另计),最大约2.0 cm×2.8 cm,最小约0.5 cm×0.7 cm,  $^{18}\text{F}$ -FES  $\text{SUV}_{\max}$  为1.8~11.5。  $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT共发现47个转移灶,最大约2.0 cm×2.8 cm,最小约0.7 cm×0.7 cm,  $^{18}\text{F}$ -FDG  $\text{SUV}_{\max}$  为2.5~12.3。  $^{18}\text{F}$ -FES、 $^{18}\text{F}$ -FDG PET/CT



检查均为假阴性者2例,手术病理示该2例为腋窝淋巴结转移,病灶大小约0.5 cm×0.5 cm, ER[80%(++)]。<sup>18</sup>F-FDG PET/CT检查有1例假阳性,左侧乳腺浸润性导管癌术后半年, ER[90%(+++)],<sup>18</sup>F-FDG PET/CT检查发现右侧股骨上段放射性异常浓聚灶,大小约3.0 cm×6.0 cm,考虑骨转移瘤可能,<sup>18</sup>F-FES PET/CT检查未见放射性摄取,结合乳腺癌原发灶ER高表达提示为股骨原发性病灶,手术病理证实为骨纤维异常增殖症。

在7例乳腺癌术后转移患者中,乳腺癌ER阴性患者4例,<sup>18</sup>F-FDG PET/CT共发现51个转移灶,最大约2.4 cm×4.7 cm,<sup>18</sup>F-FDG SUV<sub>max</sub>为2.5~5.9,<sup>18</sup>F-FES PET/CT相应部位放射性摄取未见明显增高。

### 2.5 乳腺癌ER高表达患者内分泌治疗后<sup>18</sup>F-FES PET/CT表现

3例乳腺癌术后复查患者, ER [90%(++~+++)],<sup>18</sup>F-FES PET/CT显像发现全身多发转移,治疗前检查共发现23个转移灶,分布于锁骨上、内乳区、纵隔、下肺静脉旁淋巴结以及肺部、胸膜、骨盆等,病灶最大为1.9 cm×2.8 cm, SUV<sub>max</sub>为2.2~11.5。口服抗雌激素(他莫昔芬)治疗1~3个月后复查,其中7个病灶消失,另外16个病灶均有不同程度变小,放射性摄取降低, SUV<sub>max</sub>为1.1~2.9(图3)。

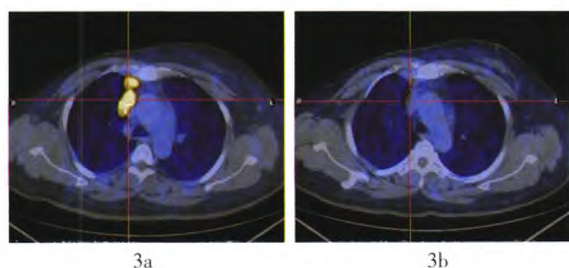


图3 患者53岁,右乳外下象限浸润性导管癌术后,前上纵隔淋巴结转移, ER [90%(+++)]。图中,3a:内分泌治疗前<sup>18</sup>F-FES PET/CT显像,病灶(十字交叉处)大小约1.7 cm×2.6 cm, SUV<sub>max</sub>为11.5;3b:内分泌治疗后<sup>18</sup>F-FES PET/CT显像,治疗1个月后病灶明显变小,大小约1.0 cm×1.8 cm,放射性摄取降低, SUV<sub>max</sub>为1.9;其中,ER:雌激素受体,<sup>18</sup>F-FES: 16 $\alpha$ -[<sup>18</sup>F]氟-17 $\beta$ -雌二醇, SUV<sub>max</sub>:最大标准化摄取值。

## 3 讨论

目前,临床上主要采用免疫组化法检测ER,需有创性地获取肿瘤组织,测定状态受组织离体的局限,其反映的是所取病灶部位ER的免疫活性,

并不一定能表现出该部位ER的生物学活性,更不能完全代表全身其他病灶ER的生物学活性。<sup>18</sup>F-FES是一种雌激素的类似物,能够特异性地和ER结合,<sup>18</sup>F-FES PET/CT可以无创、灵敏、准确地对原发灶和转移灶同时进行显像,反映的是病灶有功能的ER(即ER的生物学活性);同时,<sup>18</sup>F-FES PET/CT还可以对受体水平进行定量分析,为临床提供乳腺癌组织及转移灶内癌细胞的ER的分布、密度变化及活动状态等方面的信息。

本研究中乳腺癌原发灶ER阳性患者<sup>18</sup>F-FES PET/CT检查结果与病理结果基本一致;病灶放射性摄取值同ER表达水平呈正相关,与病灶大小也密切相关,病理ER表达水平相同的患者,1 cm以下的病灶SUV<sub>max</sub>明显较低。1例局部晚期乳腺癌患者手术标本经免疫组化法检测为ER阴性,而<sup>18</sup>F-FES半定量分析为阳性, SUV<sub>max</sub>为1.2,可能由于肿瘤的异质性、取材误差或出血、坏死,免疫组化法检测有时不能真正反映肿瘤的ER状态而致假阴性,或该病灶的某种生物学活性尚未能被现有的免疫组化技术所检测。

对乳腺癌ER阳性转移灶的诊断,<sup>18</sup>F-FES显像明显优于<sup>18</sup>F-FDG,而且<sup>18</sup>F-FES具有特异性诊断的意义。但对于小于0.5 cm的淋巴结转移灶,由于仪器分辨率的原因,<sup>18</sup>F-FES也可能造成假阴性。本研究中ER阴性患者<sup>18</sup>F-FES SUV<sub>max</sub>显著低于ER阳性患者;而<sup>18</sup>F-FDG SUV<sub>max</sub>与病灶ER的表达与否无关,因此对于ER阴性的原发灶及转移灶,<sup>18</sup>F-FES检测有明显的局限性,<sup>18</sup>F-FES PET/CT检查只对乳腺癌ER高表达患者具有特异性,不能完全取代<sup>18</sup>F-FDG PET/CT。

<sup>18</sup>F-FES、<sup>18</sup>F-FDG PET/CT显像可以对ER的表达水平以及病灶的代谢水平等进行评价,能更灵敏和准确地体现出治疗后的反应程度<sup>[4]</sup>。雌激素拮抗剂能特异性地与ER结合,使<sup>18</sup>F-FES与ER的结合减少。本研究中3例ER阳性患者接受口服抗雌激素治疗后行<sup>18</sup>F-FES PET/CT检查,发现病灶变少、变小,放射性摄取明显降低,提示内分泌治疗有效。有学者研究发现,ER阳性乳腺癌治疗前<sup>18</sup>F-FES摄取水平与随后6个月内内分泌治疗的疗效密切相关,以治疗前<sup>18</sup>F-FES SUV<sub>max</sub>=2.0为界,对治疗有效的预测值分别为79%和88%,而SUV<sub>max</sub><1.5时内分泌治疗的效果较差<sup>[5]</sup>。故<sup>18</sup>F-FES PET/

CT 有助于对内分泌治疗疗效的预测, 对治疗的决策具有重要意义<sup>[6-7]</sup>。本研究对 3 例 ER 高表达患者进行了他莫昔芬治疗前后的 <sup>18</sup>F-FES 显像, 表明疗效与 SUV 的降低相关, 但由于观察例数有限未行统计学分析。乳腺癌 ER 的表达情况、<sup>18</sup>F-FES SUV 与内分泌治疗疗效的相关性以及疗效的其他影响因素有待于进一步的研究。

<sup>18</sup>F-FES PET/CT 是一种无创的检查方法, 作为一种在活体内对肿瘤 ER 的生物学活性的检测技术, 主要应用于 ER 阳性的乳腺癌患者, 对于子宫内膜癌等其他 ER 阳性患者的显像亦有报道<sup>[8]</sup>, <sup>18</sup>F-FES 是目前具有发展前景的显像剂, 其对 ER 阳性乳腺癌的特异性诊断、个性化治疗方案的制定、疗效观察具有非常重要的临床意义。

#### 参 考 文 献

- [1] Hospers GA, Helmond FA, de Vries EG, et al. PET imaging of steroid receptor expression in breast and prostate cancer. *Curr Pharm Des*, 2008, 14(28): 3020-3032.
- [2] Kumar P, Mercer J, Doerkson C, et al. Clinical production, stability studies and PET imaging with 16- $\alpha$ -[<sup>18</sup>F]-fluoroestradiol ([<sup>18</sup>F]-FES) in ER positive breast cancer patients. *J Pharm Pharm Sci*, 2007, 10(2): 256s-265s.
- [3] Mortimer JE, Dehdashti F, Siegel BA, et al. Positron emission tomography with 2-[<sup>18</sup>F]Fluoro-2-deoxy-D-glucose and 16 $\alpha$ -[<sup>18</sup>F]-17 $\beta$ -estradiol in breast cancer: correlation with estrogen receptor status and response to systemic therapy. *Clin Cancer Res*, 1996, 2(6): 933-939.
- [4] Eubank WB, Mankoff DA. Evolving role of positron emission tomography in breast cancer imaging. *Semin Nucl Med*, 2005, 35(2): 84-99.
- [5] Linden HM, Stekhova SA, Link JM, et al. Quantitative fluoroestradiol positron emission tomography imaging predicts response to endocrine treatment in breast cancer. *J Clin Oncol*, 2006, 24(18): 2793-2799.
- [6] Linden HM, Kurland BF, Peterson LM, et al. Fluoroestradiol positron emission tomography reveals differences in pharmacodynamics of aromatase inhibitors, tamoxifen, and fulvestrant in patients with metastatic breast cancer. *Clin Cancer Res*, 2011, 17(14): 4799-4805.
- [7] van Kruchten M, Glaudemans AW, de Vries EF, et al. PET imaging of estrogen receptors as a diagnostic tool for breast cancer patients presenting with a clinical dilemma. *J Nucl Med*, 2012, 53(2): 182-190.
- [8] Tsujikawa T, Yoshida Y, Kudo T, et al. Functional images reflect aggressiveness of endometrial carcinoma: estrogen receptor expression combined with <sup>18</sup>F-FDG PET. *J Nucl Med*, 2009, 50(10): 1598-1604.

(收稿日期: 2012-09-29)

(上接第 198 页)

断裂链的修复。本研究结果表明, KGF 具有显著的遗传保护作用, 且能够减轻辐射引起的骨髓抑制, 有望成为新型辐射损伤防治药物。

#### 参 考 文 献

- [1] 苗莉, 缪竞诚. 细胞因子在急性辐射损伤治疗中的作用. *国际放射医学核医学杂志*, 2006, 30(3): 173-176.
- [2] 傅成波, 王宝勤. 角质细胞生长因子及其辐射防护作用. *中华放射医学与防护杂志*, 2001, 21(2): 140-142.
- [3] Banáth JP, Fushiki M, Olive PL. Rejoining of DNA single- and double-strand breaks in human white blood cells exposed to ionizing radiation. *Int J Radiat Biol*, 1998, 73(6): 649-660.
- [4] Acharya S, Sanjeev G, Bhat NN, et al. The effect of electron and gamma irradiation on the induction of micronuclei in cytokinesis-blocked human blood lymphocytes. *Radiat Environ Biophys*, 2009, 48(2): 197-203.
- [5] Szerencsi A, Kubinyi G, Váliczkó E, et al. DNA integrity of human leukocytes after magnetic resonance imaging. *Int J Radiat Biol*, 2013[2013-05-28]. <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09553002.2013.804962>. [published online ahead of print Jun 12, 2013].
- [6] Nakayama F, Hagiwara A, Kimura M, et al. Evaluation of radiation-induced hair follicle apoptosis in mice and the preventive effects of fibroblast growth factor-1. *Exp Dermatol*, 2009, 18(10): 889-892.
- [7] Liu CJ, Ha XQ, Jiang JJ, et al. Keratinocyte growth factor (KGF) gene therapy mediated by an attenuated form of *Salmonella typhimurium* ameliorates radiation induced pulmonary injury in rats. *J Radiat Res*, 2011, 52(2): 176-184.
- [8] Cai Y, Wang W, Liang H, et al. Keratinocyte growth factor pretreatment prevents radiation-induced intestinal damage in a mouse model. *Scand J Gastroenterol*, 2013, 48(4): 419-426.
- [9] Kelly RM, Highfill SL, Panoskaltis-Mortari A, et al. Keratinocyte growth factor and androgen blockade work in concert to protect against conditioning regimen-induced thymic epithelial damage and enhance T-cell reconstitution after murine bone marrow transplantation. *Blood*, 2008, 111(12): 5734-5744.
- [10] Takeoka M, Ward WF, Pollack H, et al. KGF facilitates repair of radiation-induced DNA damage in alveolar epithelial cells. *Am J Physiol*, 1997, 272(6 Pt 1): L1174-L1180.

(收稿日期: 2013-05-28)