

thoát dịch kính chúng tôi phải dùng Phaco ngay lập tức, sau đó tiến hành cắt dịch kính, rạch rộng mép mổ và dùng chất nhầy để đẩy mảnh nhân cuối cùng ra khỏi tiền phòng, đặt TTT nhân tạo ra trước vòng bao trước TTT, khâu mép mổ. Tỷ lệ rách bao sau chúng tôi gặp là 2,6% (5 trường hợp).

- Phù giác mạc: Biểu chứng phù giác mạc chúng tôi gặp ở 8 trường hợp (4,2%) nhân đục chín trắng, căng phồng, độ V, năng lượng siêu âm tán nhuyễn ca và thời gian tiến hành tán nhuyễn kéo dài. Khám lại ngay sau mổ ngày đầu, chúng tôi sử dụng thuốc tra nhỏ kháng sinh, chống viêm, dung dịch nước muối 5%, dinh dưỡng giác mạc. Biểu chứng này xử trí nhanh và mất sau 1 tuần điều trị.

Có 1 trường hợp bị lệch TTT nhân tạo, do rách bao sau, thoát dịch kính nên bắt buộc chúng tôi phải cài TTT nhân tạo vào trước bao trước. Trường hợp này gặp ở cùng biểu chứng xé bao không liên tục và rách bao sau. Tuy nhiên TTT nhân tạo lệch nhẹ nên chúng tôi không cần can thiệp gì thêm.

#### IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Phaco là kỹ thuật giúp khôi phục thị lực cho các bệnh nhân có thị lực bị giảm do đục thủy tinh thể. Kỹ thuật này thể hiện ở những ưu điểm như: vết mổ nhỏ, nhanh liền, giảm độ loạn thị, hạn chế nhiễm trùng, rút ngắn thời gian hậu phẫu và dần thay thế các kỹ thuật mổ thể thủy tinh khác trên thế giới. Đây là kỹ thuật

được bác sĩ Charles D. Kelman mô tả lần đầu tiên vào năm 1967, kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có trình độ cao, đôi bàn tay khéo léo. Hiện nay phẫu thuật Phaco được xem là một phương pháp điều trị bệnh đục thể thủy tinh mang lại kết quả tối ưu nhất và đã được áp dụng rộng rãi tại các Bệnh viện trên toàn quốc.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân, Nguyễn Thu Hương** (2004), Nghiên cứu một số biến chứng của phẫu thuật Phacoemulsification và cách xử trí, Tạp chí Nhân khoa Việt Nam số 1 (06/2004), tr 39-54.
2. **Bautista C.P., González D.C., and Gómez A.C.** (2012), "Evolution of visual performance in 70 eyes implanted with the Tecnis® ZMB00 multifocal intraocular lens", Clin Ophthalmol Auckl NZ. 6, 403-407.
3. **Alió J.L., Plaza-Puche A.B., Piñero D.P., et al** (2011), "Quality of life evaluation after implantation of 2 multifocal intraocular lens models and a monofocal model", J Cataract Refract Surg. 37(4), 638-648.
4. **Assil K.K., Harris L., and Cecka J.** (2015), "Transverse vs torsional ultrasound: prospective randomized contralaterally controlled study comparing two phacoemulsification-system handpieces", Clin Ophthalmol Auckl NZ. 9, 1405-1411.
5. **Ewais W.A., Nossair A.A.M., and Ali L.S.** (2015), "Novel approach for phacoemulsification during combined phacovitrectomy", Clin Ophthalmol Auckl NZ. 9, 2339-2344.
6. **Park J.-H., Yoo C., Song J.-S., et al** (2016), "Effect of cataract surgery on intraocular pressure in supine and lateral decubitus body postures", Indian J Ophthalmol. 64(10), 727.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ HỌNG MIỆNG CÓ TÌNH TRẠNG P16 DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên<sup>1</sup>, Trần Thị Hậu<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sống thêm và phân tích một số yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K từ 09/2017 đến 09/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 33 bệnh nhân ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 09/2017 đến 09/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 78,2% và 76,1%. Giai đoạn I-II có tỷ

lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 86,2% cao hơn so nhóm giai đoạn III-IV là 67,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,044$ . Toàn trạng ECOG 0-1 có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 82,3% cao hơn so nhóm ECOG 2-3 là 66,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,043$ . Các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, độ mô học không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm 5 năm. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng họng miệng có tình trạng p16 dương tính có tiên lượng tốt, tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 5 năm là 76,1%. Giai đoạn bệnh và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu.

**Từ khóa:** Ung thư họng miệng, p16 dương tính, sống thêm toàn bộ.

#### SUMMARY

#### EVALUATING THE SURVIVAL OUTCOME OF PATIENTS DIAGNOSED OF P16-POSITIVE

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 28.2.2023

## OROPHARYNGEAL CANCER AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** Evaluating the survival outcomes and analyzing the prognostic factors of patients diagnosed of p16-positive oropharyngeal cancer at National Cancer Hospital from 09/2017 to 09/2022. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 33 patients with p16-positive oropharyngeal cancer were diagnosed and treated at National Cancer Hospital from 09/2017 to 09/2022. **Results:** The 3-year and 5-year overall survival (OS) rates were 78.2% and 76.1%, respectively. Patients with stages I-II had higher 5-year OS rate than patients with stages III-IV (86.2% vs 67.9%), there was a significant difference with  $p=0.044$ . Patients with ECOG 0-1 had higher 5-year OS rate than patients with ECOG 2-3 (82.3% vs 66.8%), there was a significant difference with  $p=0.043$ . Age, sex and histological grade did not influence the 5-year OS rate. **Conclusion:** P16-positive oropharyngeal squamous cell cancer patient have good prognosis with the 5-year OS rate of 76.1%. Disease stage and ECOG influenced overall survival.

**Keywords:** Oropharyngeal cancer, p16 positive, overall survival.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Họng miệng bao gồm gốc lưỡi, amidan, khẩu cái mềm và thành sau hầu. Vùng họng miệng là khu vực có rất nhiều hệ thống mạch bạch huyết. Tùy thuộc vào vị trí của u, 15-75% bệnh nhân khi đến khám đã có di căn hạch. Ung thư biểu mô vảy cùng họng miệng có HPV dương tính thường khác biệt với HPV âm tính. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô họng miệng có HPV dương tính thường trẻ hơn 5 năm so với nhóm bệnh nhân âm tính. Bệnh nhân có HPV dương tính thường sử dụng ít thuốc lá và rượu, thường có nhiều bạn tình hơn nhóm âm tính [1,2]. Tuy nhiên ung thư biểu mô họng miệng trên nhóm bệnh nhân có HPV dương tính có tỉ lệ sống thêm tốt hơn mặc dù bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn hơn nhóm âm tính [3]. Do sự khác biệt về đặc điểm của 2 nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô họng miệng, các bác sỹ lâm sàng đôi khi gặp khó khăn trong việc xác định tiên lượng của bệnh nhân. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả sống thêm trên bệnh nhân ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính tại Bệnh viện K" với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả sống thêm bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng họng miệng có tình trạng p16 dương tính tại Bệnh viện K từ 09/2017 đến 09/2022.*

2. *Phân tích các yếu tố tiên lượng trên nhóm đối tượng nghiên cứu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 33 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vị trí họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Chẩn đoán xác định ung thư họng miệng bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

- Đánh giá tình trạng HPV bằng xét nghiệm hoá mô miễn dịch p16 dương tính.

- Không kể tuổi, giới tính.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Mặc bệnh ung thư thứ 2

- Không đánh giá được tình trạng p16.

- Không đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

#### **\* Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

- Thời gian nghiên cứu: 09/2017 đến 09/2022

#### **\* Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu

- Mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

### 2.3. Các bước tiến hành

**\* Nội dung nghiên cứu/ Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân

- Tiền sử điều trị bệnh trước đó: phương pháp điều trị, giai đoạn bệnh lúc phát hiện, đáp ứng điều trị trước đó, thời gian đến lúc bệnh tái phát,...

- Chỉ số toàn trạng bằng thang điểm ECOG

- Giai đoạn bệnh theo AJCC 2017

- Phân độ mô học

- Phương pháp điều trị: phẫu thuật, hoá chất, xạ trị, ...

- Thời gian sống thêm toàn bộ

#### **\* Quy trình nghiên cứu**

Các bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 09/2017 đến 09/2022 sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bệnh nhân được đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị theo phác đồ phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, ghi nhận thời điểm tử vong nhằm mục tiêu đánh giá thời gian sống

thêm toàn bộ.

**2.4. Xử lý số liệu.** Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

+ Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan-Meier.

+ Mỗi liên quan giữa thời gian sống thêm với các yếu tố loại định tính. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

+ Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn ( $X \pm SD$ ).

+ Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

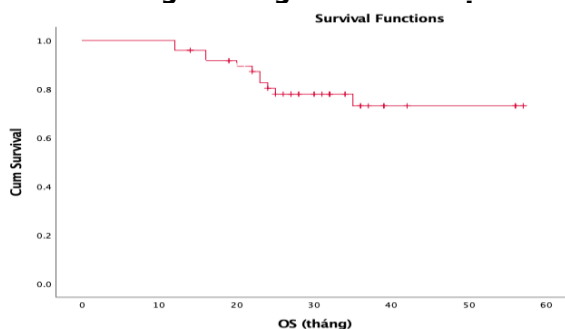
**2.5. Vấn đề y đức.** Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra.

Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 09/2017 đến 09/2022, có 33 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K, chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

#### 3.1. Thời gian sống thêm toàn bộ



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ**

**Nhận xét:** Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 78,2% và 76,1%. Tại thời điểm kết thúc theo dõi, 2/3 bệnh nhân chưa tử vong.

#### 3.2. Phân tích sống thêm toàn bộ và một số yếu tố nguy cơ

**Bảng 1. Mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ và một số yếu tố**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	OS 5 năm (%)	p
<b>Nhóm tuổi</b>			0,572
< 65 tuổi	20	82,2	
≥ 65 tuổi	13	71,2	
<b>Giới tính</b>			0,152
Nam	22	75,3	
Nữ	11	77,1	
<b>Giai đoạn bệnh</b>			<b>0,044</b>
I-II	14	86,2	
III-IV	19	67,9	
<b>Toàn trạng (ECOG)</b>			<b>0,043</b>
0-1	17	82,3	
2-3	16	66,8	
<b>Độ mô học</b>			0,775
I-II	25	77,3	
III	8	69,8	

**Nhận xét:** Giai đoạn bệnh và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu:

- Giai đoạn I-II có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 86,2% cao hơn so nhóm giai đoạn III-IV là 67,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,044$ .

- Toàn trạng ECOG 0-1 có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 82,3% cao hơn so nhóm ECOG 2-3 là 66,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,043$ .

Các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, độ mô học không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm 5 năm.

### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 78,2% và 76,1%. Tại thời điểm kết thúc theo dõi, 2/3 bệnh nhân chưa tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đối đồng nhất với các kết quả sống thêm nhóm bệnh nhân ung thư họng miệng p16 dương tính báo cáo trên thế giới.

Phân tích tổng hợp của tác giả Andreas E năm 2017 phân tích ung thư vảy đầu cổ có đánh giá tình trạng p16 cho thấy bệnh nhân có p16 dương tính thời gian sống thêm kéo dài hơn nhóm âm tính về thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm và sống thêm không bệnh 5 năm, khác biệt có ý nghĩa thống kê [4]. Nghiên cứu của tác giả Gregor H năm 2014 trên bệnh nhân ung thư họng miệng có p16 dương tính cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 2 năm là 91%, tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 4 năm là 82%, thời gian sống thêm trung bình là 112 tháng, cao hơn gần gấp đôi so với nhóm p16 âm tính (64,6 tháng) [5]. Nghiên cứu của Jeongshim Lee trên

104 bệnh nhân ung thư họng miệng p16 dương tính cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh thời điểm 5 năm là 80,7%, cao hơn so nhóm p16 âm tính (57,6%) và tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 84,9%, cao hơn so nhóm p16 âm tính là 59,1%. Đây là nhóm bệnh nhân ung thư họng miệng mới chẩn đoán, chưa điều trị gì trước đó và được điều trị phẫu thuật theo sau xạ trị đơn thuần từ 2001 đến 2011. Tác giả cũng phân tích các yếu tố nguy cơ cao như điện cắt, di căn hạch, xâm lấn thần kinh, mạch bạch huyết thì đối với nhóm p16 dương tính không có sự khác biệt giữa nhóm có yếu tố nguy cơ cao và nhóm không nguy cơ cao về sống thêm không bệnh (79,7% so với 68,3%,  $p=0,531$ ) và sống thêm toàn bộ (82,1% so với 76,2% với  $p = 0,964$ ) khi bệnh nhân được phẫu thuật với xạ trị hoặc hoá xạ đồng thời sau mổ [6].

Nghiên cứu của tác giả Haughey báo cáo trên 171 bệnh nhân ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính được điều trị phẫu thuật laser đường miệng có thời gian sống thêm tốt, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh tại thời điểm 5 năm lần lượt là 91%; 88% [7]. Báo cáo của Rahmati trên bệnh nhân ung thư họng miệng p16 dương tính được điều trị phẫu thuật và xạ trị từ 1985 đến 2005 cho thấy thời gian tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh tại thời điểm 5 năm lần lượt là 74% và 89%, cao hơn nhiều so với nhóm p16 âm tính trong nghiên cứu [8]. Nghiên cứu của Gorphe năm 2022 trên 888 bệnh nhân ung thư họng miệng trong đó 451 bệnh nhân có tình trạng p16 dương tính và 437 bệnh nhân p16 âm tính. Tác giả ghi nhận thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 5 năm là 82,4% và tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 2 năm và 5 năm lần lượt là 92,3% và 86,9% [9]. Một nghiên cứu hồi cứu khác của tác giả Kian Ang năm 2010 trên bệnh nhân ung thư họng miệng có p16 dương tính giai đoạn III và IV với thời gian theo dõi trung vị 4,8 năm; tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm từ 82,4% [10].

Nhằm phân tích tìm hiểu các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng sống thêm toàn bộ trên đối tượng ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính, chúng tôi tiến hành phân tích Cox regression giữa tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 5 năm và các yếu tố của đối tượng nghiên cứu. Phân tích cho thấy, giai đoạn bệnh và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu. Giai đoạn I-II có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 86,2% cao hơn so nhóm giai đoạn III-IV là 67,9%, khác biệt có

ý nghĩa thống kê với  $p=0,044$ . Toàn trạng ECOG 0-1 có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 82,3% cao hơn so nhóm ECOG 2-3 là 66,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,043$ . Đối với các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, độ mô học không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm 5 năm.

## V. KẾT LUẬN

Qua thời gian nghiên cứu từ 09/2017 đến 09/2022, chúng tôi tiến hành đánh giá trên 33 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 78,2% và 76,1%.
- Giai đoạn bệnh và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gillison, M.L.; D'Souza, G.; Westra, W.; Sugar, E.; Xiao, W.; Begum, S.; Viscidi, R.** Distinct Risk Factor Profiles for Human Papillomavirus Type 16-Positive and Human Papillomavirus Type 16-Negative Head and Neck Cancers. *J. Natl. Cancer Inst.* 2008, 100, 407–420, doi:10.1093/jnci/djn025.
2. **Maria Isabel Tovar Martín; Miguel Juan Martínez Carrillo;** Rosario Guerrero Tejada Human Papillomavirus Detection in Head and Neck Squamous Cell Carcinomas and Its Clinical Implications. In *Histopathology*; Enrique Poblet Martinez, Ed.; IntechOpen: Rijeka, 2012; p. Ch. 1.
3. **Ragin, C.C.R.; Taioli, E.** Survival of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck in Relation to Human Papillomavirus Infection: Review and Meta-Analysis. *Int. J. Cancer* 2007, 121, 1813–1820, doi:10.1002/ijc.22851.
4. **Albers, A.E.; Qian, X.; Kaufmann, A.M.; Coordes, A.** Meta Analysis: HPV and P16 Pattern Determines Survival in Patients with HNSCC and Identifies Potential New Biologic Subtype. *Sci. Rep.* 2017, 7, 16715, doi:10.1038/s41598-017-16918-w.
5. **Heiduschka, G.; Grah, A.; Oberndorfer, F.; Kadletz, L.; Altorjai, G.; Kornek, G.; Wrba, F.; Thurnher, D.; Selzer, E.** Improved Survival in HPV/P16-Positive Oropharyngeal Cancer Patients Treated with Postoperative Radiotherapy. *Strahlenther. Onkol.* 2015, 191, 209–216, doi:10.1007/s00066-014-0753-7.
6. **Lee, J.; Chang, J.S.; Kwon, H.J.; Kim, S.-H.; Shin, S.J.; Keum, K.C.** Impact of P16 Expression in Oropharyngeal Cancer in the Postoperative Setting: The Necessity of Re-Evaluating Traditional Risk Stratification. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2016, 46, 911–918, doi:10.1093/jjco/hyw099.
7. **Haughey, B.H.; Sinha, P.** Prognostic Factors and Survival Unique to Surgically Treated P16+ Oropharyngeal Cancer. *The Laryngoscope* 2012, 122 Suppl 2, S13-33, doi:10.1002/lary.23493.

8. **Rahmati, R.; Dogan, S.; Pyke, O.; Palmer, F.; Awad, M.; Lee, N.; Kraus, D.H.; Shah, J.P.; Patel, S.G.; Ganly, I.** Squamous Cell Carcinoma of the Tonsil Managed by Conventional Surgery and Postoperative Radiation. *Head Neck* 2015, 37, 800–807, doi:10.1002/hed.23679.
9. **Gorphe, P.; Classe, M.; Ammari, S.; Garcia, G.; Even, C.; Casiraghi, O.; Breuskin, I.; Tao, Y.; Temam, S.; Blanchard, P.; et al.** Patterns of Disease Events and Causes of Death in Patients with HPV-Positive versus HPV-Negative Oropharyngeal Carcinoma. *Radiother. Oncol.* 2022, 168, 40–45, doi:10.1016/j.radonc.2022.01.021.
10. **Ang, K.K.; Harris, J.; Wheeler, R.; Weber, R.; Rosenthal, D.I.; Nguyen-Tân, P.F.; Westra, W.H.; Chung, C.H.; Jordan, R.C.; Lu, C.; et al.** Human Papillomavirus and Survival of Patients with Oropharyngeal Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2010, 363, 24–35, doi:10.1056/NEJMoa0912217.

## KẾT QUẢ XẠ TRỊ ĐIỀU BIẾN LIỀU KẾT HỢP HÓA TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III-IVA

Võ Văn Xuân<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Duy<sup>1</sup>, Vũ Xuân Huy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng hóa xạ trị đồng thời ung thư vòm họng giai đoạn III-IVA bằng kỹ thuật IMRT và độc tính của phác đồ. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 42 bệnh nhân UT vòm mũi họng trong thời gian từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021. **Kết quả:** 100% người bệnh đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm tỉ lệ 75,7%. T1 có 100% đáp ứng hoàn toàn, T2 có 87,5%; T3 có 90,9% đáp ứng hoàn toàn và T4 là 62,5%. 100% N0 đáp ứng hoàn toàn, N1 có 94,7% và N2 là 70,6%. Độc tính trên hệ tạo máu gặp chủ yếu độ 1 và 2. Tỉ lệ hạ bạch cầu độ 3 16,7%. Tỉ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3 chiếm 9,6% và độ 4 là 2,4%. Thiếu máu độ 3 chiếm tỉ lệ 2,4%. Độc tính độ 3 ngoài hệ tạo huyết chiếm tỉ lệ thấp: Mệt mỏi tỉ lệ 9,6%. Viêm niêm mạc miệng là 11,6%. Sụt cân 4,8%. **Kết luận:** Phác đồ này cho tỉ lệ đáp ứng tốt, an toàn.

**Từ khóa:** Ung thư vòm mũi họng, hóa trị, xạ trị.

**Từ viết tắt:** Ung thư vòm mũi họng (UTVMH), Bệnh nhân (BN)

### SUMMARY

#### RESULTS OF TECHNICAL RADIOTHERAPY IMRT COMBINED WITH CHEMOTHERAPY IN THE NASOPHARYNX CANCER STAGE III-IVA

**Objective:** Evaluating response rate of concurrent chemoradiotherapy with IMRT technique in stage III-IVa nasopharyngeal carcinoma and safety profile of this regimen. **Method:** Descriptive, retrospective plus prospective study of 42 stage III-IVa nasopharyngeal carcinoma patients treated from April 2019 to March 2021. **Results:** All patients responded to treatment, of which complete response rate was 75.7%. The complete response rates in T1-

T4 tumor were 100%, 87.5%, 90.9%, and 62.5%, respectively. The complete response rates in N0, N1, N2 disease were 100%, 94.7%, and 70.6%, respectively. Common hematological adverse events included grade 3 leukopenia (16.7%), grade 3 neutropenia (9.6%) and grade 4 neutropenia (2.4%). Non-hematological side effects included oral mucositis (11.6%), fatigue (9.6%), and weight loss (4.8%). **Conclusion:** The regimen brings good response rate and safety. **Keywords:** Nasopharyngeal carcinoma, radiotherapy, chemotherapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh ung thư thường gặp. Theo Globocan 2018, UTVMH rất hay gặp ở miền nam Trung Quốc, vùng Đông Nam Á, người Eskimo bản địa ở Greenland và Alaska và dân số Bắc Phi. Tại Việt Nam, bệnh hay gặp nhất trong ung thư đầu cổ và là một trong 10 loại ung thư hàng đầu, đứng thứ 6 tỉ lệ mắc bệnh. Tỉ lệ mắc UTVMH là 5,7/100000 dân (nam/nữ:3/1), tỉ lệ tử vong đứng thứ 7 với 3,9%.

UTVMH nhạy cảm với cả xạ trị và hóa trị. Phối hợp hóa xạ trị dựa trên nhóm Platin được chỉ định cho các giai đoạn UTVMH tiến triển tại chỗ, tại vùng (III-IVA). Kết quả kiểm soát tại chỗ tốt hơn, kéo dài thời gian sống thêm và giảm tỷ lệ tái phát, di căn xa cho bệnh nhân ung thư vòm họng.<sup>1</sup> Hóa xạ đồng thời có hoặc không kết hợp với hóa trị cảm ứng hoặc hỗ trợ được chỉ định cho UTVMH giai đoạn III-IVA.<sup>2,3</sup> Một số nghiên cứu cho thấy hóa trị hỗ trợ sau hóa xạ trị đồng thời là cần thiết cho UTVMH giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng nhằm cải thiện thời gian sống toàn bộ và không bệnh. Hóa trị liệu cảm ứng được chỉ định trước hóa xạ trị đồng thời đã cải thiện đáng kể tỷ lệ OS, PFS so với chỉ dùng hóa xạ trị đồng thời.

Kỹ thuật xạ trị điều biến liều (IMRT), xạ điều

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Xuân

Email: xuandr64@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023