

KẾT QUẢ XẠ TRỊ CÙNG CỔ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN IVB TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thị Hoa¹ và Nguyễn Văn Đăng^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Ung thư vòm mũi họng là một trong những ung thư phổ biến vùng đầu cổ. Xạ trị cùng cổ theo sau hóa chất trên nhóm bệnh nhân di căn mới chẩn đoán đã được chứng minh đem lại khả năng kiểm soát bệnh tại chỗ, kéo dài thời gian sống thêm mà không làm tăng đáng kể độc tính. Đây là nghiên cứu trên 60 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB điều trị xạ trị cùng cổ theo sau hóa chất tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 12/2024. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đáp ứng sau xạ trị cùng cổ đạt 81,7%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 12 tháng lần lượt là 93,3% và 81,7%. Ít gặp các tác dụng phụ cấp tính viêm da, viêm niêm mạc độ 3 trở lên. Nghiên cứu cho thấy đây là phác đồ điều trị mang lại kết quả khả quan và khả năng dung nạp tốt. Tuy nhiên, vẫn cần thêm các nghiên cứu để đánh giá về hiệu quả và tác dụng phụ lâu dài của điều trị.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, giai đoạn di căn xa, xạ trị cùng cổ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh ác tính phổ biến vùng đầu cổ. Do đặc điểm về giải phẫu nằm sâu dưới nền sọ, khiến các triệu chứng của ung thư vòm mũi họng thường dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm. Dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, vẫn có 10% bệnh nhân đến viện ở giai đoạn muộn khi bệnh đã lan tràn di căn xa.¹ Tiên lượng bệnh nhân có di căn xa (M1) xấu hơn đáng kể với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm chỉ 20% so với 70% ở nhóm không di căn.²

UTVMH nhạy cảm với cả hóa chất và xạ trị. Trong đó, hóa trị nền tảng dựa trên nhóm Platinum đóng vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn, với tỷ lệ đáp ứng đạt 70 - 80%.^{1,3,4} Xạ trị cùng cổ có vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh tại chỗ, kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời

gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS), đã được ghi nhận qua các nghiên cứu hồi cứu.⁵⁻⁸ Nghiên cứu của Rushtoven cho thấy liều xạ trên 50Gy cải thiện về tỷ lệ sống thêm toàn bộ.⁹ Trong khi, liều xạ trên 65Gy mang lại hiệu quả sống thêm cải thiện hơn so với liều dưới 65Gy.¹⁰ Năm 2020, tác giả You và cộng sự thực hiện thử nghiệm lâm sàng pha III trên 126 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng, cho thấy việc bổ sung xạ trị trong điều trị đa mô thức giúp cải thiện đáng kể cả OS (tỷ lệ OS 24 tháng 76% so với 54%, HR 0,42) và PFS (trung vị 12 tháng so với 7 tháng, HR 0,36) so với nhóm không xạ trị. Các tác dụng phụ độ 3 trở lên viêm niêm mạc (34%), viêm da (8%) nhiều hơn ở nhóm kết hợp xạ trị tuy nhiên không khác biệt về tác dụng không mong muốn trên huyết học và tiêu hóa giữa hai nhóm.¹¹ Hiện nay, mạng lưới Ung thư Quốc gia của Hoa Kỳ (NCCN), hội Nội khoa Ung thư Châu Âu (ESMO) đều đã thống nhất khuyến cáo bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn xa mới chẩn đoán nên được kiểm soát tại chỗ bằng xạ trị theo sau hóa chất.^{12,13}

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Đăng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 02/04/2025

Ngày được chấp nhận: 23/04/2025

Tại Bệnh viện K, chúng tôi bắt đầu áp dụng điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB bằng phác đồ hóa chất nền tảng nhóm platinum theo sau bởi xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng từ năm 2017. Tuy nhiên, hiện nay số lượng các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ này còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ xạ trị củng cố theo sau hóa chất trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 60 bệnh nhân chẩn đoán ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB được điều trị bằng phác đồ xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng sau hóa chất 6 chu kỳ tại bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng bằng kết quả mô bệnh học

Nội dung/chỉ số nghiên cứu:

theo phân loại WHO 2016.

- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IVB (T bất kỳ N bất kỳ M1) theo AJCC 2017.

- Chỉ số toàn trạng: PS 0-2.

- Được điều trị hóa chất đủ 6 chu kỳ, đánh giá bệnh đáp ứng một phần hoặc toàn bộ, sau đó xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng, có đánh giá kết thúc điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã xạ trị triệt căn hoặc hóa xạ đồng thời điều trị ung thư vòm mũi họng trước đó.

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 08/2024 đến tháng 12/2024 tại khoa Xạ Đầu-cổ, Bệnh viện K.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 60 bệnh nhân.

Bảng 1. Biến số nghiên cứu

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
Biến số và chỉ số về đặc điểm bệnh nhân và quy trình điều trị				
1	Tuổi	Ghi nhận theo năm dương lịch của đối tượng nghiên cứu. Tính tại thời điểm bệnh nhân nhập viện điều trị	Rời rạc	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
2	Giới	Nam/Nữ	Nhị phân	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
3	Chỉ số toàn trạng trước điều trị	Đánh giá theo thang đánh giá ECOG, chia thành các mức: PS từ 0 đến 4	Thứ hạng	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
4	Tình trạng di căn: Di căn xa tại hạch, phổi, gan, xương, vị trí khác	Có di căn/Không di căn	Nhị phân	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
5	Phác đồ hóa chất	Phác đồ áp dụng điều trị: Cisplatin-5-FU, Paclitaxel - Cisplatin, Gemcitabin- Cisplatin, Phác đồ khác	Danh mục	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
6	Kỹ thuật xạ trị	Kỹ thuật xạ trị 3D-CRT hoặc IMRT/VMAT	Danh mục	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
7	Gián đoạn xạ trị	Thời gian gián đoạn xạ trị (ngày)	Rời rạc	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
Biến số và chỉ số về kết quả điều trị				
8	Mức độ đáp ứng	Phân độ: 4 mức độ theo RECIST 1.1 Đáp ứng hoàn toàn Đáp ứng một phần Bệnh giữ nguyên Bệnh tiến triển	Thứ hạng	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án
9	Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) (tháng)	Khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi bệnh tái phát, tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì	Liên tục	Phỏng vấn trực tiếp hoặc gián tiếp: ghi nhận thời điểm kết thúc. Hồi cứu thời gian chẩn đoán
10	Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) (tháng)	Khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì	Liên tục	Phỏng vấn trực tiếp hoặc gián tiếp: ghi nhận thời điểm kết thúc. Hồi cứu thời gian chẩn đoán
Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của điều trị				
11	Tác dụng không mong muốn cấp tính: Viêm niêm mạc miệng, Viêm da	Phân độ: 4 mức độ theo tiêu chuẩn đánh giá tác dụng không mong muốn của NCI-CTCAE 5.0	Thứ hạng	Hồi cứu số liệu theo hồ sơ bệnh án Phỏng vấn trực tiếp: hỏi bệnh nhân

TT	Tên biến	Định nghĩa biến	Loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
12	Tác dụng không mong muốn mạn tính: Khô miệng, Khít hàm, Hoại tử xương hàm, Xơ cứng cổ, Giảm thính lực	Phân độ theo RTOG/EORTC	Thứ hạng	Phỏng vấn trực tiếp: hỏi bệnh nhân

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu, bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

- Bước 2: Điều trị hóa chất: Phác đồ hóa chất nền tảng nhóm Platinum, chu kỳ 3 tuần, trong 6 chu kỳ. Sau đó, đánh giá đáp ứng (khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ, CLVT ngực/bụng, siêu âm hạch cổ). Các trường hợp bệnh đáp ứng hoàn toàn hoặc một phần tiếp tục được điều trị xạ trị củng cố tại chỗ tại vùng.

- Bước 3: Xạ trị củng cố: Bệnh nhân được xạ trị 69.96Gy-70Gy, 33 hoặc 35 buổi, kỹ thuật VMAT/IMRT hoặc 3D-CRT. Kế hoạch xạ trị được xác lập dựa trên kết quả MRI trước và sau điều trị hóa chất. Sau kết thúc điều trị, đánh giá đáp ứng điều trị (khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ, CLVT ngực/bụng, siêu âm hạch cổ, siêu âm ổ bụng và X-quang ngực thẳng), ghi nhận các tác dụng phụ theo CTCAE 5.0.

Theo dõi sau điều trị khám định kỳ mỗi 3

tháng, bằng khám lâm sàng, nội soi TMH, MRI/CT đầu cổ, siêu âm hạch cổ, siêu âm ổ bụng và X-quang ngực thẳng, ghi nhận các biến chứng muộn của xạ trị theo RTOG/EORTC.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán thống kê: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, ước lượng sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Thực hiện nghiên cứu một cách khoa học và chính xác. Kết quả nghiên cứu được công bố trung thực. Các thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Tổng số n = 60	
Tuổi	Trung bình	53,1 ± 10,6	
	Khoảng tuổi	31 – 70	
Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	45	75
	Nữ	15	25

Đặc điểm		Tổng số n = 60	
ECOG	0	41	68,3
	1	19	31,7
Đặc điểm di căn		n	%
Di căn xa tại hạch	Không	43	71,7
	Có	17	28,3
Phổi	Không	39	65
	Có	21	35
Gan	Không	47	78,3
	Có	13	21,7
Xương	Không	30	50
	Có	30	50
Vị trí khác	Không	58	96,7
	Có	2	3,3
Số cơ quan di căn	1	38	63,3
	≥ 2	22	36,7
Số ổ di căn	1	13	21,7
	≥ 2	47	78,3

Nhận xét: Tuổi trung bình là $53,1 \pm 10,6$, với tỷ lệ nam/nữ = 3/1. Đa số các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt, ECOG 0 chiếm 68,3%. Di căn xương chiếm tỷ lệ cao nhất với 50% số bệnh nhân, tiếp theo di căn phổi 35%, di căn xa tại hạch 28,3%, di căn gan 21,7%, di căn cơ quan

khác ít gặp là màng phổi và tuyến thượng thận. Đa phần bệnh nhân di căn một cơ quan chiếm 63,3%. 21,7% bệnh nhân di căn 1 ổ, còn lại 78,3% di căn ≥ 2 ổ.

2. Kết quả điều trị

Đặc điểm điều trị

Bảng 3. Phương pháp điều trị

		n	%
Hóa chất	Gemcitabine – Cisplatin	44	73,3
	Cisplatin – 5-FU	5	8,3
	Paclitaxel – Cisplatin	8	13,3
	Phác đồ khác	3	5,1

	n	%
Xạ trị	3D – CRT	14
	IMRT/ VMAT	46
	Gián đoạn xạ trung bình	8 ngày (0 – 23 ngày)

Nhận xét: Phác đồ Gemcitabine – Cisplatin được dùng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 73,3%. Hầu hết bệnh nhân được xạ trị bằng kỹ thuật hiện

đại IMRT/VMAT chiếm tỷ lệ 76,7%. Gián đoạn xạ trị trung bình 8 ngày với nguyên nhân chủ yếu do viêm niêm mạc miệng và máy hỏng.

Đáp ứng điều trị

Bảng 4. Đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Sau 6 chu kỳ hóa chất		Sau xạ trị củng cố	
	n	%	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	2	3,3	7	11,7
Đáp ứng một phần	58	96,7	42	70
Bệnh giữ nguyên	0	0	5	8,3
Bệnh tiến triển	0	0	6	10
Tổng số n = 60				

Nhận xét: Sau 6 chu kỳ hóa chất đa phần bệnh nhân đáp ứng một phần (chiếm 96,7%). Có 2 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Sau xạ trị củng cố có 7 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn

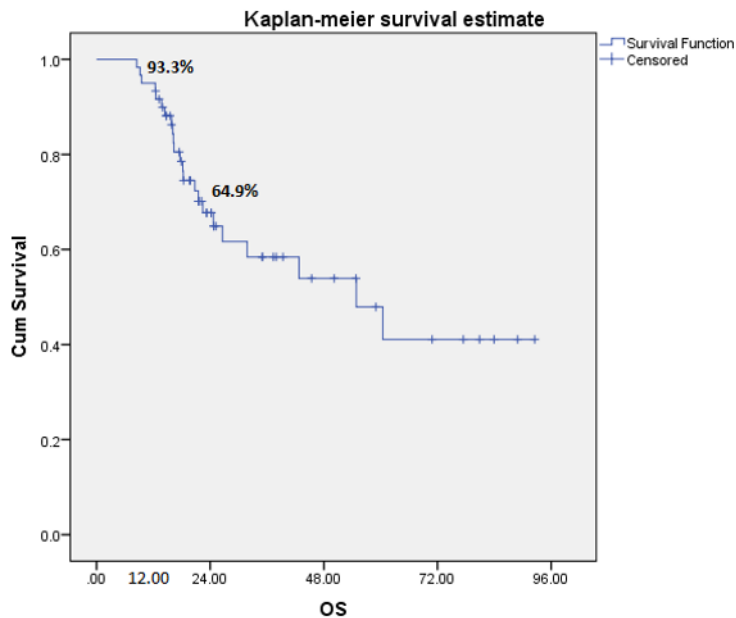
(chiếm 11,7%), đa số 70% bệnh nhân đáp ứng một phần. 18,3% bệnh không đáp ứng với 8,3% bệnh giữ nguyên và 10% bệnh tiến triển.

Bảng 5. Kết quả theo dõi sau điều trị

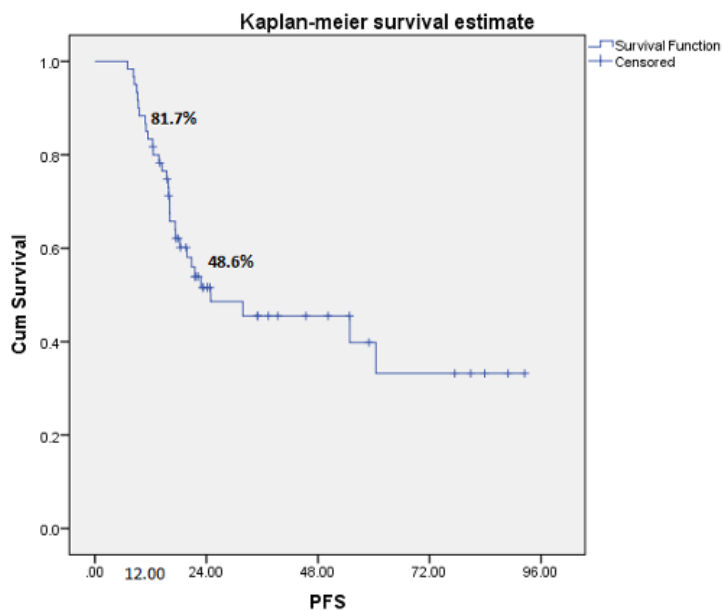
Tình trạng	n	%
Tiến triển	31	51,7
Chưa tiến triển	29	48,3
Đã tử vong	23	38,3
Còn sống	37	61,7
Thời gian theo dõi trung vị (tháng)		21,9
Thời gian theo dõi ngắn nhất (tháng)		8,5
Thời gian theo dõi dài nhất (tháng)		92,53

*Thời điểm theo dõi cuối: ngày theo dõi cuối cùng nếu còn sống hoặc ngày tử vong.

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân có 31 bệnh nhân tiến triển và 23 bệnh nhân đã tử vong. Thời gian theo dõi trung vị là 21,9 tháng.

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

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng tương ứng là 93,3% và 64,9%.

**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển**

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) là 24,9 (95%CI: 0,0 - 54,1) tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tiến triển tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng tương ứng là 81,7% và 48,6%.

3. Tác dụng không mong muốn của xạ trị

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn cấp tính

Độ	0		1		2		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tác dụng không mong muốn								
Viêm niêm mạc miệng	1	1,7	41	68,3	18	30	60	100
Viêm da	5	8,3	33	55	22	36,7	60	100

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn thường gặp độ 1 và độ 2, xảy ra tại niêm mạc miệng với tỷ lệ lần lượt 68,3% và 30% và viêm da với tỷ lệ lần lượt là 55% và 36,7%.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn mạn tính

Biến chứng muộn	n	%
Khô miệng	29	48,3
Khít hàm	15	25
Hoại tử xương hàm	3	5
Xơ cứng cổ	6	10
Giảm thính lực	11	18,3

Nhận xét: Khô miệng là biến chứng muộn thường gặp nhất (chiếm 48,3%), tiếp theo đó là khít hàm (chiếm 25%), giảm thính lực (chiếm 18,3%) và xơ cứng cổ (chiếm 10%). Biến chứng ít gặp hoại tử xương hàm (chiếm 5%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53,1 \pm 10,6$ với tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ung thư vòm mũi họng giai đoạn di căn tại các nước trong vùng dịch tễ.^{9,11} Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt (ECOG 0 chiếm 68,3%) phù hợp với khuyến cáo điều trị của NCCN và ESMO, trong đó nhấn mạnh chỉ định xạ trị củng cố cho những bệnh nhân có thể trạng tốt.^{12,13} Di căn xương là vị trí phổ biến nhất (50%), tiếp theo phổi, di căn xa tại hạch, gan, cơ quan khác ít gặp là màng phổi và tuyến thượng thận. Tỷ lệ di căn ≥ 2 ổ chiếm 78,3%, đây cũng là nhóm tiên lượng kém đáp

ứng với xạ trị củng cố.¹⁴ Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của You và cộng sự cho thấy tỷ lệ di căn xương lên tới 69,8% và tỷ lệ di căn ≥ 3 ổ ở 69,8% bệnh nhân.¹¹

Sau xạ trị củng cố, tỷ lệ đáp ứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 81,7%, trong đó ghi nhận 7 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (chiếm 11,7%), phần lớn 70% bệnh nhân đáp ứng một phần. 18,3% bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, bao gồm 8,3% bệnh ổn định và 10% bệnh tiến triển. Kết quả bước đầu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng tương đương với nghiên cứu của You (2020) tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 16,4%, đáp ứng một phần 59,0%, bệnh giữ nguyên 8,2% và bệnh tiến triển 13,1%, 3,3% bệnh nhân không được đánh giá.¹¹

Trung vị thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,9 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 93,3% và 64,9%. Trung vị thời gian sống

thêm không bệnh tiến triển (PFS) là 24,9 tháng, với tỷ lệ PFS tại thời điểm 12 tháng, 24 tháng tương ứng là 81,7% và 48,6%. Thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi còn chưa đủ dài để có những kết luận lâu dài. Tuy nhiên, nhìn chung chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân có xu hướng tiến triển tại thời điểm sau 12 tháng tương tự với nhận định của một số nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ở giai đoạn muộn.¹¹ Một phân tích tổng hợp của Wang & Shen dựa trên 16 nghiên cứu so sánh hóa trị đơn thuần với hóa trị kết hợp xạ trị cũng cố đã cho thấy xạ trị củng cố cải thiện đáng kể OS (HR 0,45), PFS (HR 0,37).¹⁵ Kết quả này khẳng định, ung thư vòm mũi họng giai đoạn muộn vẫn có khả năng kiểm soát và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân nếu được áp dụng các biện pháp điều trị tích cực và phù hợp.¹¹

Trong quá trình xạ trị, viêm da, viêm niêm mạc miệng là các tác dụng không mong muốn gặp ở hầu hết các bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng phụ này chủ yếu ở độ 1 và độ 2, không ghi nhận tác dụng phụ cấp tính độ 3 trở lên. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả You, nghiên cứu có quy trình xạ trị giống nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể, nghiên cứu của You báo cáo tỷ lệ viêm da và viêm niêm mạc miệng từ độ 3 trở lên lần lượt là 8,1% và 33,9%. Sự khác biệt này có thể do tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được dự phòng viêm da và viêm niêm mạc miệng từ trước và trong quá trình điều trị giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng.

Sau quá trình theo dõi, chúng tôi không ghi nhận tác dụng phụ mạn tính độ 3 - 4, các tác dụng phụ thường gặp là khô miệng, khít hàm, giảm thính lực sau điều trị, xơ cứng cổ, trong khi hoại tử xương hàm ít gặp hơn. Nghiên cứu của You trên nhánh 63 bệnh nhân được xạ trị củng cố, với trung vị thời gian theo dõi 26,7 tháng, ghi nhận 5,2% bệnh nhân gặp biến chứng giảm

thính lực độ 3 - 4 và 3,4% bệnh nhân bị khít hàm độ 3 - 4.¹¹ Qua nghiên cứu cho thấy các tác dụng không mong muốn của phác đồ ở mức chấp nhận được, chưa ảnh hưởng nhiều đến quá trình điều trị và sinh hoạt của bệnh nhân.

Sau hơn 5 năm theo dõi, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phác đồ xạ trị củng cố ở bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB mang lại tỷ lệ đáp ứng cao, kéo dài thời gian sống thêm với tác dụng không mong muốn ở mức chấp nhận được. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Đây là nghiên cứu với cỡ mẫu còn khiêm tốn và thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá toàn diện hiệu quả điều trị lâu dài và độ an toàn của phác đồ. Do đó, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn và thiết kế nghiên cứu hoàn chỉnh hơn nhằm xác định lợi ích và nguy cơ của phác đồ cũng như tối ưu hóa chiến lược điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn IVB được điều trị xạ trị củng cố theo sau hóa chất tại bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2024 cho thấy xạ trị củng cố tại chỗ, tại vùng theo sau hóa chất là một lựa chọn điều trị thích hợp với tỷ lệ đáp ứng 81,7%, trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 24,9 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 12 tháng lần lượt là 93,3% và 81,7%. Ít gặp các tác dụng không mong muốn độ 3 trở lên.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo, Phòng Kế hoạch Tổng hợp và các đồng nghiệp tại Bệnh viện K đã hỗ trợ thực hiện nghiên cứu này. Nghiên cứu được tiến hành độc lập, không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào. Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen YP, Chan ATC, Le QT, Blanchard P, Sun Y, Ma J. Nasopharyngeal carcinoma. *The Lancet*. 2019; 394(10192): 64-80. doi:10.1016/S0140-6736(19)30956-0.
2. Liu Q, Li J, Ng WT, Lee AWM. Treatment strategy for de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma: a literature review. *Chinese Clinical Oncology*. 2023; 12(4): 43-43. doi:10.21037/cco-23-32.
3. Zhang L, Huang Y, Hong S, et al. Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet*. 2016; 388(10054): 1883-1892. doi:10.1016/S0140-6736(16)31388-5.
4. Bensouda Y, Kaikani W, Ahbeddou N, et al. Treatment for metastatic nasopharyngeal carcinoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2011; 128(2): 79-85. doi:10.1016/j.anorl.2010.10.003.
5. Huang T, Su N, Zhang X, et al. Systemic chemotherapy and sequential locoregional radiotherapy in initially metastatic nasopharyngeal carcinoma: Retrospective analysis with 821 cases. *Head Neck*. 2020; 42(8): 1970-1980. doi:10.1002/hed.26130.
6. Li WZ, Lv SH, Liu GY, et al. Development of a Prognostic Model to Identify the Suitable Definitive Radiation Therapy Candidates in de Novo Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: A Real-World Study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2021; 109(1): 120-130. doi:10.1016/j.ijrobp.2020.08.045.
7. Hu J, Kong L, Gao J, Hu W, Guan X, Lu JJ. Use of Radiation Therapy in Metastatic Nasopharyngeal Cancer Improves Survival: A SEER Analysis. *Sci Rep*. 2017; 7(1): 721. doi:10.1038/s41598-017-00655-1.
8. Zheng W, Zong J, Huang C, et al. Multimodality Treatment May Improve the Survival Rate of Patients with Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma with Good Performance Status. *PLoS One*. 2016; 11(1): e0146771. doi:10.1371/journal.pone.0146771.
9. Rusthoven CG, Lanning RM, Jones BL, et al. Metastatic nasopharyngeal carcinoma: Patterns of care and survival for patients receiving chemotherapy with and without local radiotherapy. *Radiother Oncol*. 2017; 124(1): 139-146. doi:10.1016/j.radonc.2017.03.019.
10. Lin S, Tham IWK, Pan J, Han L, Chen Q, Lu JJ. Combined high-dose radiation therapy and systemic chemotherapy improves survival in patients with newly diagnosed metastatic nasopharyngeal cancer. *Am J Clin Oncol*. 2012; 35(5): 474-479. doi:10.1097/COC.0b013e31821a9452.
11. You R, Liu YP, Huang PY, et al. Efficacy and Safety of Locoregional Radiotherapy With Chemotherapy vs Chemotherapy Alone in De Novo Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: A Multicenter Phase 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*. 2020; 6(9): 1345-1352. doi:10.1001/jamaoncol.2020.1808.
12. Bossi P, Chan AT, Licitra L, et al. Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol*. 2021; 32(4): 452-465. doi:10.1016/j.annonc.2020.12.007.
13. head-and-neck.pdf. Accessed December 17, 2023. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.
14. Li WZ, Hua X, Xie DH, et al. Prognostic model for risk stratification of de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma patients treated with chemotherapy followed by locoregional

radiotherapy. *ESMO Open*. 2021; 6(1). doi:10.1016/j.esmoop.2020.100004.

15. Wang G, Shen L. The efficacy of locoregional radiotherapy plus chemotherapy

vs. chemotherapy alone in metastatic nasopharyngeal carcinoma: a meta-analysis.

Annals of Palliative Medicine. 2021; 10(3): 2584595-2582595. doi:10.21037/apm-20-1561.

Summary

TREATMENT RESULTS OF CONSOLIDATION RADIOTHERAPY IN STAGE IVB NASOPHARYNGEAL CARCINOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Nasopharyngeal carcinoma is one of the most common head and neck cancers. Consolidation radiotherapy following chemotherapy in patients with newly diagnosed metastatic disease has been proven to improve local disease control and prolong survival without significantly increasing toxicity. This study was conducted on 60 patients with stage IVB nasopharyngeal carcinoma treated with consolidation radiotherapy after chemotherapy at Vietnam National Cancer Hospital from January 2017 to December 2024. The study showed an overall response rate of 81.7% after consolidation radiotherapy. The 12-month overall survival rate and progression-free survival rate were 82.6% and 64.5%, respectively. Acute grade 3 or higher dermatitis and mucositis were rare. The results suggest that this treatment regimen offers favorable outcomes with good tolerability. However, further research is needed to evaluate this approach's long-term efficacy and potential late toxicities.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, distant metastasis, consolidation radiotherapy.