

EVALUATION OF THE RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIOOTHERAPY WITH CISPLATIN IN SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE HEAD AND NECK

Vo Van Kha*, Tran Thanh Phong

Can Tho Oncology Hospital - 4 Chau Van Liem, Ninh Kieu ward, Can Tho city, Vietnam

Received: 23/9/2025

Revised: 16/10/2025; Accepted: 25/10/2025

ABSTRACT

Objectives: To evaluate about recurrent, survival outcome and prognostic factors of head and neck squamous cell carcinoma patients were received concurrent chemoradiotherapy with Cisplatin.

Materials and methods: A cross-sectional study of 87 patients undergoing definitive cocurrent chemoradiotherapy in Can Tho Oncology Hospital between 4/2019 and 9/2024.

Results: The median age of patients at diagnosis was 55.48. The most primary site was oral cancer (40.2%). Three year cumulative local-regional recurrence, distant recurrence, progressive free survival and overall survival rates were respectively: 39.4%; 10.1%; 54.9% và 76.9%. KPS score, primary tumor site and pretreatment hemoglobin level were independent prognostic factor of survival outcomes.

Conclusion: Concurrent chemoradiotherapy with Cisplatin enhances survival outcomes in patients with head and neck squamous cell carcinoma.

Keywords: Cocurrent chemoradiation, head and neck squamous cell carcinoma, Can Tho Oncology Hospital.

*Corresponding author

Email: binhfrederik@gmail.com **Phone:** (+84) 934139698 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3591**

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI VỚI CISPLATIN TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ GAI VÙNG ĐẦU CỔ

Võ Văn Kha*, Trần Thanh Phong

Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ - 4 Châu Văn Liêm, phường Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/9/2025

Ngày chỉnh sửa: 16/10/2025; Ngày duyệt đăng: 25/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tái phát, sống còn và các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân ung thư biểu mô gai đầu cổ hóa xạ trị đồng thời với Cisplatin.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang 87 bệnh nhân được hóa xạ trị đồng thời triệt để từ tháng 4/2019 đến tháng 9/2024 tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân khi chẩn đoán là 55,48. Bướu thường gặp nhất ở hốc miệng (40,2%). Tại thời điểm 3 năm, tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng, di căn xa, sống còn bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ lần lượt là 39,4%; 10,1%; 54,9% và 76,9%. Điểm KPS, vị trí bướu nguyên phát và lượng Hb trong máu trước điều trị là các yếu tố tiên lượng độc lập đến sống còn của bệnh nhân.

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời với Cisplatin có hiệu quả trong việc cải thiện kết quả sống còn của bệnh nhân ung thư biểu mô gai đầu cổ.

Từ khóa: Hóa xạ trị đồng thời, ung thư biểu mô gai đầu cổ, Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ đứng hàng thứ 6 trong 10 loại ung thư phổ biến trên toàn thế giới. Diễn tiến tự nhiên của bệnh là xâm lấn tại chỗ tại vùng ưu thế hơn di căn xa. Bên cạnh đó, nguyên nhân tử vong liên quan đến tái phát tại chỗ tại vùng cao hơn nhiều lần so với tái phát di căn xa. Do đó, điều trị chủ yếu là phẫu thuật và xạ trị [1].

Có đến 60% bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ đến khám ở giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng. Trong quá khứ, xạ trị đơn thuần thường được sử dụng cho các BN không phẫu thuật ở giai đoạn này [1]. Việc thêm hóa trị vào cùng thời điểm với xạ trị đã giúp cải thiện tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại vùng đến 13,5% cũng như giảm 19% nguy cơ tử vong tại thời điểm 5 năm [2]. Do đó, hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) đã trở thành biện pháp điều trị tiêu chuẩn cho BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng không phẫu thuật. Có nhiều phác đồ HXTĐT, trong đó phác đồ đơn chất Cisplatin có nhiều

bằng chứng ủng hộ nhất, giúp cải thiện kiểm soát tại chỗ tại vùng và sống còn toàn bộ so với xạ trị đơn thuần. Hai phác đồ HXTĐT với Cisplatin thường được sử dụng là phác đồ liều cao mỗi 3 tuần và liều thấp hàng tuần [3].

Tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ, HXTĐT với Cisplatin liều thấp hàng tuần đã được áp dụng từ năm 2010, trong khi phác đồ liều cao mỗi 3 tuần được áp dụng từ khi triển khai kỹ thuật xạ trị 3D năm 2015. Để đánh giá lại và góp phần hoàn thiện hơn quá trình điều trị cho các BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả HXTĐT với Cisplatin trong ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ nhằm các mục tiêu cụ thể như sau: (1) Đánh giá kết quả tái phát và sống còn của phác đồ HXTĐT với Cisplatin; (2) Xác định các yếu tố tiên lượng sống còn ở BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ được HXTĐT.

*Tác giả liên hệ

Email: binhfrederik@gmail.com Điện thoại: (+84) 934139698 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3591>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Điều trị tia xạ, Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2019 đến tháng 9/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN ung thư vùng đầu cổ không phẫu thuật triệt để được hoặc giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng điều trị HXTĐT.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ giai đoạn II từ chối phẫu thuật hoặc giai đoạn III, IVA. Giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gai. Không có hóa trị trước đó. Không có phẫu thuật cắt giảm một phần hay toàn bộ khối bướu trừ sinh thiết để chẩn đoán bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tình trạng tâm, di chứng sinh hoặc rối loạn tâm thần. BN có 2 hoặc nhiều ung thư đồng phát hoặc trước đó đã điều trị một loại ung thư khác. BN ung thư vòm hầu, ung thư tuyến mang tai, ung thư da vùng đầu cổ. BN có điểm toàn trạng KPS ≤ 70 , mức lọc cầu thận < 50 ml/phút, Hb trước điều trị < 100 g/l, bạch cầu trước điều trị $< 4000/mm^3$, tiểu cầu $< 100.000/mm^3$.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu được xác định theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

Z là trị số từ phân phối chuẩn; độ tin cậy $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$; $d = 0,1$ (sai số tối đa cho phép 10%); chọn p ước lượng là tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 2 năm với HXTĐT trong ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ. Trong nghiên cứu hồi cứu của Espeli V và cộng sự về HXTĐT ở BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ với phác đồ Cisplatin đơn chất mỗi 3 tuần và hàng tuần, sống còn toàn bộ tính chung cho cả hai nhóm là 68% [4]. Thay vào công thức trên tính được $n = 83,6$, làm tròn là 84. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn được 87 BN.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Tất cả BN được chẩn đoán ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được chọn vào nghiên cứu.

Điều trị: BN được HXTĐT với Ciplatin liều 100 mg/m² da mỗi 3 tuần hoặc 40 mg/m² da hàng tuần.

Phác đồ HXTĐT mỗi 3 tuần được ưu tiên lựa chọn cho các BN có KPS ≥ 90 , tuổi từ 60 trở xuống, không có tình trạng suy dinh dưỡng, có mức lọc cầu thận từ 60 ml/phút trở lên và lượng Hb trước điều trị từ 120 g/l trở lên.

Xạ trị ngoài triệt để vào bướu 70 Gy, hạch di căn ≥ 3 cm 70 Gy, hạch di căn < 3 cm 66 Gy, hạch dự phòng 50 Gy, phân liều 2 Gy. Mô phỏng và lập kế hoạch xạ trị ngoài 3D. Xạ trị bằng máy Cobalt-60.

Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới, điểm toàn trạng theo KPS.

- Đặc điểm bệnh lý: vị trí u gồm khẩu hầu, hốc miệng, hạ họng, thanh quản, giai đoạn bệnh theo AJCC phiên bản thứ 8, độ mô học theo Tổ chức Y tế Thế giới, lượng Hb trước điều trị.

- Đặc điểm điều trị: phác đồ HXTĐT mỗi 3 tuần hoặc hàng tuần. Liều Cisplatin tích lũy: tổng liều Cisplatin/m² da đã nhận được quá trình HXTĐT. Thời gian điều trị tính từ ngày đầu tiên xạ trị cho đến ngày xạ trị tia cuối cùng.

- Tình trạng tái phát: tái phát tại chỗ tại vùng tích lũy là nguy cơ tái phát tại chỗ tại vùng theo thời gian. Tái phát di căn xa tích lũy là nguy cơ tái phát di căn xa theo thời gian.

- Sống còn bệnh không tiến triển: được tính từ lúc BN được chẩn đoán cho đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong hoặc thời điểm BN tái khám cuối cùng nếu biến cố bệnh tiến triển hoặc tử vong không xảy ra. Sống còn toàn bộ được tính từ thời điểm chẩn đoán bệnh cho đến lúc BN tử vong hoặc thời điểm BN tái khám cuối cùng nếu biến cố tử vong không xảy ra.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm R 4.3.1. Ước tính sống còn theo phương pháp Kaplan Meier. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng sống còn dựa trên hồi quy đa biến Cox. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp vào quá trình điều trị. BN được giải thích và ký cam đoan đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của BN tham gia nghiên cứu được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của BN

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN (n = 87)

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≥ 60 tuổi	27	31
	< 60 tuổi	60	69
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	55,48 ± 8,8	
	Min-max (tuổi)	28-73	
Giới	Nam	78	89,7
	Nữ	9	10,3
KPS	80	5	5,7
	90	82	94,3
Vị trí bướu	Hốc miệng	35	40,2
	Khẩu hầu	24	27,6
	Hạ họng	18	20,7
	Thanh quản	10	11,5
Giai đoạn bệnh	III	19	21,8
	IVA	68	78,2
Hb trước điều trị	< 120g/L	9	10,3
	≥ 120 g/L	78	89,7

Tuổi trung bình của BN tham gia nghiên cứu là 55,48 ± 8,8 tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 28, lớn tuổi nhất là 73. BN nam nhiều gấp khoảng 9 lần BN nữ. Bướu nguyên phát thường gặp nhất ở hốc miệng (40,2%), kế đến là khẩu hầu (27,6%). Hơn ba phần tư BN đến khám ở giai đoạn IVA (78,2%).

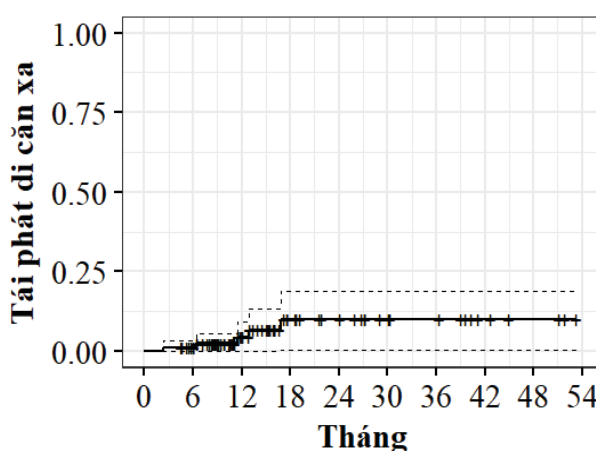
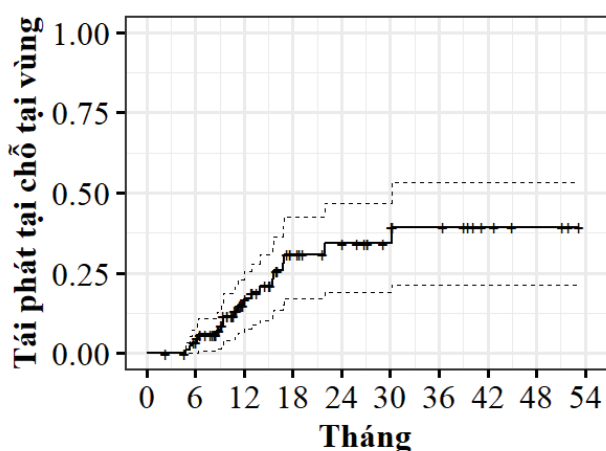
3.2. Đặc điểm về điều trị

Bảng 2. Các đặc điểm về điều trị (n = 87)

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Phác đồ HXTĐT	100 mg/m ² da/3 tuần	20	77
	40 mg/m ² da/mỗi tuần	67	23
Liều Cisplatin tích lũy	< 200 mg/m ²	42	48,3
	≥ 200 mg/m ²	45	51,7
Liều Cisplatin trung bình tích lũy theo mg/m ²		179,1 ± 50,7	
Thời gian điều trị trung bình (ngày)		58,3 ± 25	

Có 20 BN đã được HXTĐT phác đồ 3 tuần và 67 BN được sử dụng phác đồ hàng tuần. Xấp xỉ một nửa BN có liều Cisplatin tích lũy từ 200 mg/m² da trở lên (51,7%). Thời gian điều trị trung bình là 58,3 ngày.

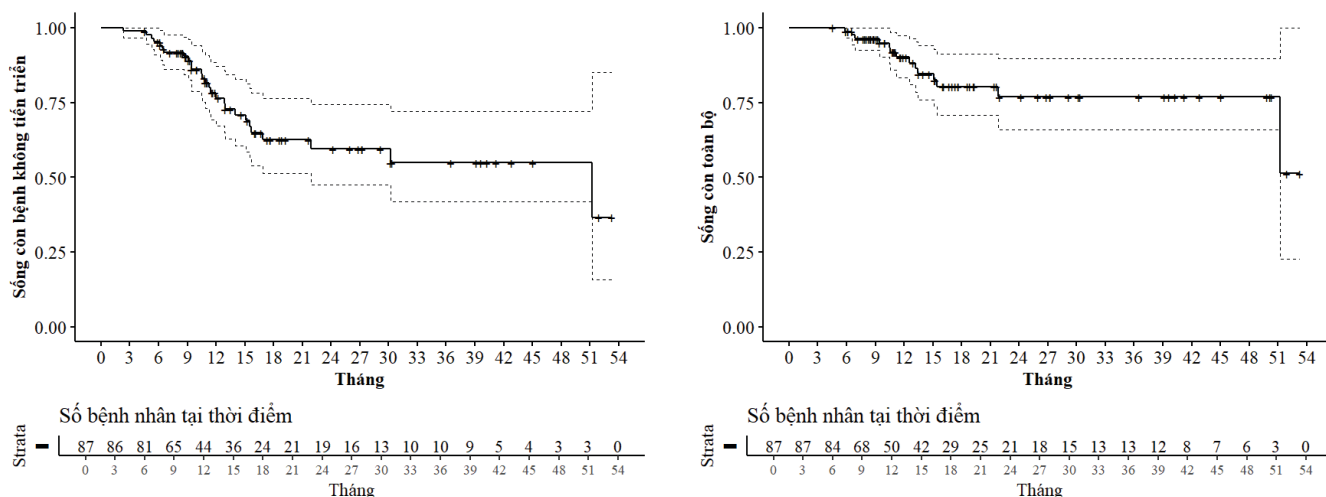
3.3. Tình trạng tái phát



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng và tái phát di căn xa tích lũy

Đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, đã có 3 BN bệnh tái phát di căn xa và 1 BN di căn xa kèm tái phát tại chỗ. Có 3 trường hợp di căn xa ở phổi và 1 trường hợp di căn ở cả phổi và gan. Có 9 BN tái phát tại chỗ, 3 BN tái phát di căn hạch và 8 BN tái phát tại chỗ tại vùng. Tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 15,1%; 34,3% và 39,4%. Tỷ lệ tái phát di căn xa tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 4,4%; 10,1% và 10,1%. Tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng và di căn xa tích lũy được thể hiện trong biểu đồ 1.

3.4. Kết quả sống còn



Biểu đồ 2 Sống còn bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ

Có 14 BN đã tử vong tại thời điểm kết thúc nghiên cứu với 12 BN tử vong do bệnh tái phát và 2 BN tử vong do suy kiệt. Trung vị thời gian theo dõi là 14,01 tháng với tứ phân vị 25-75 là 9,5 tháng đến 12,9 tháng.

Trung vị thời gian sống còn bệnh không tiến triển là 51,2 tháng. Tỷ lệ sống còn bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 78,3%; 59,4% và 54,9%. Trung vị thời gian sống còn toàn bộ là 51,2 tháng. Tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 90,2%; 76,9% và 76,9%.

3.5. Các yếu tố liên quan đến sống còn

Bảng 3. Các yếu tố tiên lượng sống còn

Biến số	Tỷ số Hazzard	KTC 95%	p
Tuổi	1,01	0,93-1,10	0,83
Giới (nam/nữ)	0,24	0,23-2,50	0,23
KPS (90/80)	0,13	0,02-0,81	0,03
Vị trí bướu (hốc miệng/vị trí khác)	16,18	2,66-98,25	< 0,01
Giai đoạn bệnh (III/IVA)	2,21	0,31-15,90	0,43
Hb trước điều trị (≥ 12 g/dl / < 12 g/dl)	0,11	0,02-0,63	0,01
Phác đồ HXTĐT (3 tuần/hàng tuần)	2,81	0,53-14,83	0,22
Cisplatin tích lũy (≥ 200 mg/m ² da / < 200 mg/m ² da)	1,26	0,33-4,75	0,74
Thời gian điều trị (ngày)	1,01	0,98-1,04	0,51

Thang điểm toàn trạng theo KPS, vị trí bướu và lượng Hb trong máu trước điều trị là các yếu tố tiên lượng độc lập cho sống còn toàn bộ cho BN trong nghiên cứu. Điểm KPS 90, lượng Hb trong máu ≥ 12 g/dl trước điều trị có tiên lượng sống còn tốt hơn, trong khi vị trí bướu ở hốc miệng là yếu tố tiên lượng xấu hơn so bướu nguyên phát ở các vị trí khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có hơn 50% BN đạt liều Cisplatin tích lũy từ 200 mg/m² da trở

lên với liều Cisplatin tích lũy trung bình là 179 mg/m² da. Liều Cisplatin tích lũy còn hạn chế liên quan đến độc tính của Cisplatin và độc tính xạ trị. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN giảm bạch cầu hạt là 67,8% với 10,3% BN giảm bạch cầu hạt từ độ 3 trở lên. Tỷ lệ BN suy thận cấp là 20,7% với 1,1% BN suy thận độ 4. Tỷ lệ biến chứng viêm niêm mạc miệng độ 3 trở lên là 42,5%. Các độc tính của xạ trị và hóa trị dẫn đến trì hoãn hóa trị và giảm liều Cisplatin tích lũy ở các BN trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2. Tình trạng tái phát

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tái phát tại chỗ tại vùng luôn gấp 2-3 lần tái phát di căn xa. Bên cạnh đó, tình trạng tái phát di căn xa có thể xem là ổn định từ thời điểm 24 tháng trong khi tái phát tại chỗ tại vùng chỉ không xuất hiện thêm sau thời điểm 30 tháng. Có thể thấy rằng, tái phát tại chỗ tại vùng là nguyên nhân hàng đầu trong thất bại của điều trị ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ. Trong phân tích gộp của Pignon J.P và cộng sự cho thấy ở nhóm BN được HXTĐT, tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng tại thời điểm 5 năm là 50,8% trong khi tái phát di căn xa là 16,8% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi khá nhất quán với phân tích gộp của Pignon J.P và cộng sự khi cho thấy kiểm soát bệnh tại chỗ tại vùng có vai trò quan trọng trong điều trị ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ. Cả 4 BN bị tái phát di căn xa trong nghiên cứu của chúng tôi đều có di căn ở phổi, phù hợp với y văn [1]. Trong thử nghiệm lâm sàng ConCERT, so sánh HXTĐT triệt để với phác đồ mỗi 3 tuần và mỗi tuần, tỷ lệ tái phát tại chỗ tại vùng tại thời điểm 2 năm là 52,6% ở nhóm mỗi tuần và 47,4% ở nhóm 3 tuần [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát thấp hơn thử nghiệm ConCERT với tái phát tại chỗ tại vùng tại thời điểm 2 và 3 năm là 34,4% và 39,4%.

4.3. Kết quả sống còn

Trong nghiên cứu của Pignon J.P và cộng sự, việc thêm hóa trị vào xạ trị bất kể thời điểm (hóa trị dẫn đầu, HXTĐT hay hóa trị hỗ trợ) đều giúp cải thiện sống còn 5 năm với sự khác biệt tuyệt đối là 4,5%; trong đó, HXTĐT cho thấy sự khác biệt nhiều nhất so với hóa trị dẫn đầu hoặc hóa trị hỗ trợ với khác biệt tuyệt đối về sống còn ở nhóm HXTĐT so với nhóm chứng là 6,5% tại thời điểm 5 năm [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sống còn toàn bộ và sống còn bệnh không tiến triển tại thời điểm 3 năm là 54,9% và 76,9%, cao hơn tỷ lệ sống còn tại thời điểm 3 năm của nhóm chứng trong nghiên cứu của Pignon J.P và cộng sự (40%). Có thể thấy HXTĐT trong nghiên cứu của chúng tôi giúp cải thiện sống còn so với xạ trị đơn thuần. Trong nghiên cứu của Lee S.Y và cộng sự, so sánh phác đồ HXTĐT mỗi 3 tuần và mỗi tuần, trung vị sống còn bệnh không tiến triển là 50,7 tháng [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung vị thời gian sống còn là 51,2 tháng, tương đương với nghiên cứu của Lee S.Y và cộng sự. Sống còn bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ tại thời điểm 3 năm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Lee S.Y và cộng sự (60,3% và 67,4%).

4.4. Các yếu tố tiên lượng sống còn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 yếu tố tiên lượng độc lập có ý nghĩa thống kê đối với sống còn toàn bộ là điểm toàn trạng KPS, vị trí nguyên phát của khối bướu và lượng Hb trong máu trước điều trị. Đối với điểm KPS, BN có điểm KPS cao hơn có tiên lượng sống còn tốt hơn. Lý giải cho điều này liên quan đến BN có điểm KPS cao hơn thường chịu được độc tính của hóa trị và xạ trị tốt hơn, dẫn đến thời gian gián đoạn xạ trị ít hơn so với các BN còn lại, giúp cải thiện kết quả sống còn [1]. Về vị trí bướu nguyên phát, BN có khối u ở hốc miệng có tiên lượng sống còn kém hơn các BN còn lại. Theo y văn, đối với ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ, ung thư hạ họng có tiên lượng xấu trong khi ung thư khẩu hầu và ung thư thanh quản có tiên lượng tốt do đặc tính nhạy xạ. Ung thư hốc miệng có tiên lượng tốt hơn ung thư hạ họng nhưng kém hơn ung thư khẩu hầu và thanh quản [1]. Tuy nhiên, ung thư hốc miệng trong các nghiên cứu thường thuộc nhóm phẫu thuật được và xạ trị bổ túc, dẫn đến tiên lượng tốt hơn. Trong thực tế, đối với ung thư hốc miệng không phẫu thuật được, tiên lượng sống còn 5 năm chỉ khoảng 22% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các BN ung thư hốc miệng thuộc nhóm không phẫu thuật được và có giai đoạn bệnh muộn khi 100% BN ung thư hốc miệng có giai đoạn tại chỗ là T4, dẫn đến tiên lượng sống còn kém hơn. Một yếu tố tiên lượng độc lập với kết quả sống còn khác trong nghiên cứu của chúng tôi là lượng Hb trong máu trước điều trị. BN có lượng Hb trong máu ≥ 12 g/dl trước điều trị có tiên lượng sống còn tốt hơn nhóm BN còn lại. Lượng Hb trong máu trước điều trị phản ánh tình trạng thiếu máu của BN. Thiếu máu là một trong các yếu tố làm giảm đáp ứng của khối u với xạ trị, do liên quan đến tình trạng thiếu oxy ở tế bào bướu, làm các tế bào bướu chuyển sang pha G0 và không đi vào chu trình tế bào. Do đó, BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ có lượng Hb thấp trước điều trị có tiên lượng sống còn kém hơn nhóm BN còn lại [8].

5. KẾT LUẬN

HXTĐT với Cisplatin có hiệu quả trong việc cải thiện kết quả sống còn của BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ với tỷ lệ sống còn bệnh không tiến triển và sống còn toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 54,9% và 76,9%. Tái phát tại chỗ tại vùng vẫn là nguyên nhân hàng đầu trong thất bại điều trị. Điểm KPS, vị trí bướu và lượng Hb trước điều trị là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến sống còn ở BN ung thư biểu mô gai vùng đầu cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Brizel D.M, Geiger J.L. Chapter 43: Locally Advanced Squamous Carcinoma of the Head and Neck. In: Wazer D.E, Perez C.A, Brady L.W, editors. Perez & Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology, 7e: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2019, p. 885-98.
- [2] Pignon J.P, le Maître A et al. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. Radiotherapy and oncology: Journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology, 2009, 92 (1): 4-14.
- [3] Caudell J.J, Gillison M.L et al. NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers, Version 1, 2022. Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN, 2022, 20 (3): 224-34.
- [4] Espeli V, Zucca E et al. Weekly and 3-weekly Cisplatin concurrent with intensity-modulated radiotherapy in locally advanced head and neck squamous cell cancer. Oral Oncol, 2012, 48 (3): 266-71.
- [5] Sharma A, Kumar M et al. An open-label, noninferiority phase III RCT of weekly versus three weekly Cisplatin and radical radiotherapy in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma (ConCERT trial), 2022, 40 (16_suppl):6004-.
- [6] Lee S.Y, Choi Y.S et al. Comparison of standard-dose 3-weekly Cisplatin and low-dose weekly Cisplatin for concurrent chemoradiation of patients with locally advanced head and neck squamous cell cancer: A multicenter retrospective analysis. Medicine (Baltimore), 2018, 97 (21): e10778.
- [7] Elbers J.B.W, Al-Mamgani A et al. Definitive (chemo) radiotherapy is a curative alternative for standard of care in advanced stage squamous cell carcinoma of the oral cavity. Oral Oncol, 2017, 75: 163-8.
- [8] Melo-Alvim C, Miguel-Semedo P et al. Pretreatment hemoglobin level as a prognostic factor in patients with locally advanced head and neck squamous cell carcinoma. Reports of practical oncology and radiotherapy: Journal of Great Poland Cancer Center in Poznan and Polish Society of Radiation Oncology, 2020, 25 (5): 768-74.