Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 267-272

TREATMENT OUTCOMES OF DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY FOR STAGE II-IVA HYPOPHARYNGEAL CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Nguyen The Trong*, Nguyen Thi Van Anh, Nguyen Thi Quynh Hoa, Ho Khanh Hoa, Nguyen Thi Nga

Nghe An Oncology Hospital - Km 456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 03/06/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of definitive concurrent chemoradiotherapy in patients with stage II-IVA hypopharyngeal cancer.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 73 patients with stage II-IVA hypopharyngeal cancer who underwent definitive concurrent chemoradiotherapy at Nghe An Oncology Hospital from August 2020 to August 2025.

Results: The mean age was 61.3 ± 6.9 years. The most common presenting symptom was dysphagia (76.7%). The primary tumor was most frequently located in the pyriform sinus (63%), and squamous cell carcinoma was the predominant histopathological type (97.3%). Stage IVA accounted for 67.1% of cases. The objective response rate was 94.5%. The mean overall survival was 35.9 ± 3.4 months, with overall survival rates of 65%, 47%, and 40% at 12, 24, and 36 months, respectively. Treatment interruption was significantly associated with poorer overall survival ($p < 0.05$).

Conclusion: Definitive concurrent chemoradiotherapy is an effective treatment for patients with stage II-IVA hypopharyngeal cancer, achieving a high objective response rate and favorable overall survival.

Keywords: Hypopharyngeal cancer, concurrent chemoradiotherapy.

*Corresponding author
Email: nguyentrongbvub@gmail.com **Phone**: (+84) 976348220 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6173

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN II-IVA TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thế Trọng*, Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa, Hồ Khánh Hòa, Nguyễn Thị Nga

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An - Km 456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận: 03/06/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn ở người bệnh ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 73 người bệnh ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA được hóa xạ trị đồng thời triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình 61,3 ± 6,9; lý do vào viện thường gặp nhất là nuốt vướng (76,7%). U chủ yếu ở xoang lê (63%), mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy (97,3%). Giai đoạn IVA chiếm 67,1%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 94,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 35,9 ± 3,4 tháng; tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12, 24 và 36 tháng lần lượt 65%, 47% và 40%. Gián đoạn điều trị làm giảm thời gian sống thêm toàn bộ có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Kết luận: Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị hiệu quả cho ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA, mang lại tỷ lệ đáp ứng cao và thời gian sống thêm khả quan.

Từ khóa: Ung thư hạ họng, hóa xạ trị đồng thời.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng là khối u ác tính xuất phát từ niêm mạc hạ họng, chiếm 3-5% ung thư đầu cổ [1]. Bệnh có tiên lượng xấu do phần lớn người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, hơn 60% đã di căn hạch cổ [2]. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới ghi nhận 86.276 ca mắc mới và 40.917 ca tử vong [3]. Tại Việt Nam, bệnh đứng thứ 16 về số ca mắc mới và thứ 15 về số ca tử vong trong các ung thư thường gặp. Dựa trên nội soi, chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt mô bệnh học giúp chẩn đoán xác định bệnh, giai đoạn bệnh, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Đối với ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA, các hướng dẫn hiện hành như NCCN, PDQ, AJCC đều khuyến cáo hóa xạ trị đồng thời là một trong những phương pháp điều trị triệt căn quan trọng nhằm bảo tồn cơ quan, cải thiện kiểm soát tại chỗ và kéo dài thời gian sống thêm. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh hiệu quả của các phác đồ hóa chất như: Cisplatin, Carboplatin, 5-Fluorouracil (5-FU) và Cetuximab kết hợp xạ trị với tỷ lệ đáp ứng cao, kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS). Nghiên cứu của Kanesaka T và cộng sự (2021) về vai trò của Cisplatin đồng thời với xạ trị mang lại kết quả 45,5% đáp ứng hoàn toàn, kiểm soát bệnh tại chỗ sau 2 năm đạt 63,6% [4]. Mell L.K và cộng sự (2024) đánh giá vai trò của Cetuximab đồng thời với xạ trị mang lại kết quả tích cực với tỷ lệ PFS sau 2 năm là 63,7% [6].

Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, hóa xạ trị đồng thời đã được áp dụng thường quy trong điều trị ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA. Tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu nào cho thấy được sự đa dạng về mặt lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của nhóm người bệnh này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu kết quả hóa xạ trị đồng thời triệt căn ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An với 2 mục tiêu: (1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA được hóa xạ trị đồng thời triệt căn từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2025 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An; (2) Đánh giá kết quả điều trị trên nhóm người bệnh nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

73 người bệnh ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA được hóa xạ trị đồng thời triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2025.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Chẩn đoán xác định ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA theo phân loại của Ủy ban Liên hiệp phòng chống ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản 8 năm 2017; kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô nguyên phát tại hạ họng; tuổi trên 18; chỉ số toàn trạng ECOG từ 0-2; có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 8/2020.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Tiền sử điều trị ung thư khác hoặc mắc ung thư đồng thời ngoài hạ họng; người bệnh là phụ nữ có thai hoặc cho con bú; người bệnh bỏ hoặc dừng điều trị ngoài lý do chuyên môn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 2-10 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

- Cỡ mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Phân tích và xử lý số liệu: tất cả thông tin người bệnh

*Tác giả liên hệ
Email: nguyentrongbvub@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 976348220 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6173

nghiên cứu được ghi nhận vào phiếu nghiên cứu. Các số liệu được thu thập mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả và chất lượng điều trị, không vì mục đích nào khác; người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu; đảm bảo bí mật riêng cho từng người bệnh; được thông qua Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

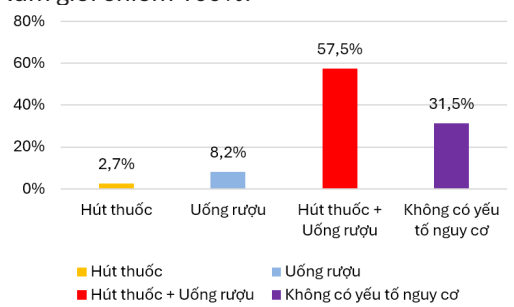
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Phân bố tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n = 73)

Tuổi và giới		n	%
Tuổi	41-50 tuổi	3	4,1%
	51-60 tuổi	24	32,9%
	> 60 tuổi	46	63,0%
	$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	61,3 ± 6,9	
	Min-max (tuổi)	44-78	
Giới tính	Nam	73	100%
	Nữ	0	0

Nhóm tuổi ≥ 61 chiếm đa số với 46 người bệnh (63%). Tuổi thấp nhất là 44, cao nhất là 78; tuổi trung bình 61,3 ± 6,9 tuổi. Nam giới chiếm 100%.



Biểu đồ 1. Yếu tố nguy cơ (n = 73)

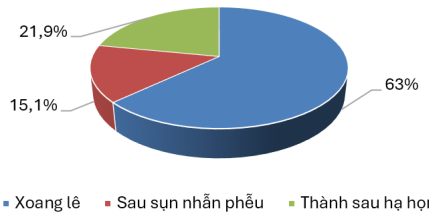
Yếu tố nguy cơ hút thuốc kèm uống rượu chiếm đa số với 57,5%

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	n	%
Nuốt vướng	56	76,7%
Sờ thấy hạch cổ	21	28,8%
Khàn tiếng	18	24,7%
Đau lan ra tai	15	20,5%
Gầy sút cân	10	13,7%

Lý do vào viện nuốt vướng chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%); không có người bệnh vào viện trong tình trạng khó thở.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng



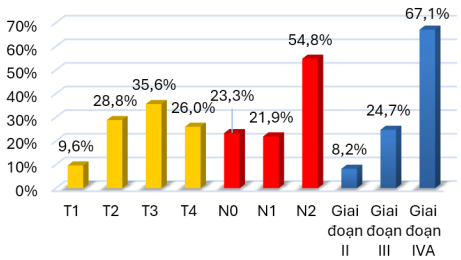
Biểu đồ 2. Vị trí u hạ họng qua nội soi

Vị trí khối u tại xoang lê chiếm tỷ lệ cao nhất với 46 bệnh nhân (63%); tiếp theo là vị trí thành sau hạ họng 16 bệnh nhân (21,9%); vị trí sau sụn nhẫn phễu chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11 bệnh nhân (15,1%).

Bảng 3. Hình thái tổn thương và mô bệnh học (n = 73)

Đặc điểm		n	%
Hình thái tổn thương	Sùi	32	43,8%
	Sùi + loét	37	50,7%
	Thâm nhiễm	4	5,5%
Mô bệnh học	SCC	71	97,3%
	Khác	2	2,7%

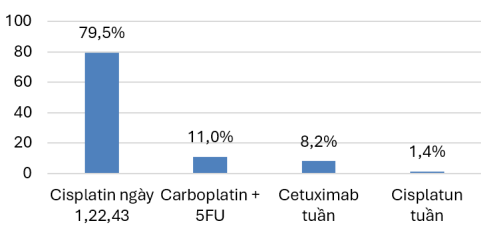
Tổn thương dạng sùi + loét chiếm tỷ lệ cao nhất (50,7%), tiếp theo dạng sùi đơn thuần (43,8%), ít gặp dạng thâm nhiễm (5,5%), không có người bệnh nào dạng loét. Mô bệnh học thể SCC thường gặp nhất (97,3%).



Biểu đồ 3. Phân bố giai đoạn bệnh theo AJCC8 trên MRI (n = 73)

Phân bố giai đoạn bệnh theo khối u: T3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 26 bệnh nhân (35,6%), tiếp theo là T2 với 21 bệnh nhân (28,8%), T4 với 19 bệnh nhân (26%) và T1 với 7 bệnh nhân (9,6%); phân bố theo di căn: N2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 40 bệnh nhân (54,8%), tiếp theo là N0 với 17 bệnh nhân (23,3%) và N1 với 16 bệnh nhân (21,9%); theo giai đoạn bệnh: đa số giai đoạn IVA với 49 bệnh nhân (67,1%), tiếp theo là giai đoạn III với 18 bệnh nhân (24,7%) và giai đoạn II với 6 bệnh nhân (8,2%).

3.3. Kết quả điều trị



Biểu đồ 4. Phác đồ hóa chất

Phác đồ Cisplatin ngày 1, 22, 43 chiếm tỷ lệ cao nhất (79,5%); tiếp theo là phác đồ Carboplatin + 5FU (11%) và phác đồ Cetuximab tuần (8,2%); phác đồ Cisplatin tuần chỉ chiếm 1,4%.

Bảng 4. Tuân thủ phác đồ hóa xạ trị (n = 73)

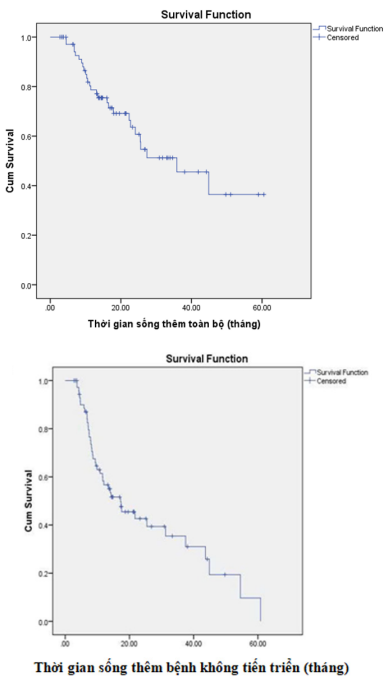
Phác đồ		n	%
Hóa chất	Đủ chu kỳ	67	91,8
	Không đủ chu kỳ	6	8,2
Xạ trị	Gián đoạn xạ trị	11	15,1
	Không gián đoạn	62	84,9

Có 67 người bệnh (91,8%) đủ chu kỳ hóa chất; chỉ 6 người bệnh (8,2%) không đủ chu kỳ hóa trị. Có 62 người bệnh (84,9%) không gián đoạn xạ trị, chỉ có 11 người bệnh (15,1%) gián đoạn xạ trị.

Bảng 5. Đáp ứng sau điều trị (n = 73)

Đánh giá đáp ứng		n	%
Có đáp ứng	Hoàn toàn	23	31,5%
	Một phần	46	63,0%
Không đáp ứng	Giữ nguyên	0	0
	Tiến triển	4	5,5%

Đáp ứng một phần chiếm đa số (63%); bệnh tiến triển chiếm tỷ lệ thấp (5,5%).



Biểu đồ 6. Thời gian sống thêm

Tỷ lệ OS tại các thời điểm 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 65%, 47% và 40%. PFS giảm dần theo thời gian; tỷ lệ PFS tại thời điểm 12, 24 và 36 tháng lần lượt là 43%, 36% và 21%.

Bảng 6. Tỷ lệ đáp ứng theo nhóm yếu tố

Yếu tố	Đáp ứng	Không đáp ứng	p
Tuổi			
≤ 60 tuổi (n = 27)	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0,313
> 60 tuổi (n = 46)	45 (97,8%)	1 (2,2%)	
Vị trí u			
Xoang lê (n = 46)	44 (95,7%)	2 (4,3%)	0,777
Thành sau hạ họng (n = 16)	15 (93,8%)	1 (6,2%)	
Thành sau sụn nhẫn phễu (n = 11)	10 (90,9%)	1 (9,1%)	
Giai đoạn TNM			
II (n = 6)	6 (100%)	0	1,000
III (n = 18)	16 (88,9%)	2 (11,1%)	
IVA (n = 49)	47 (95,9%)	2 (4,1%)	
Gián đoạn điều trị			
Có (n = 11)	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,105
Không (n = 62)	60 (96,8%)	2 (3,2%)	
Phác đồ hóa chất			
Cisplatin (n = 59)	57 (96,6%)	2 (3,4%)	0,582
Carboplatin + 5FU (n = 8)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
Cetuximab tuần (n = 6)	6 (100%)	0	

Khi phân tích tỷ lệ đáp ứng, không có nhóm yếu tố nào có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 7. Thời gian sống thêm theo một số yếu tố

Yếu tố		OS 2 năm (%)	p	PFS 2 năm (%)	p
Nhóm tuổi	≤ 60 tuổi	56,0	0,297	53,1	0,293
	> 60 tuổi	69,0		65,4	
Giai đoạn TNM	II-III	77,9	0,513	69,5	0,084
	IVA	56,7		54,5	
Đáp ứng	Có	65,4	0,052	63,2	0,001
	Không	0,0		0	
Gián đoạn điều trị	Không	68,6	0,047	62,5	0,454
	Có	33,9		30,9	
Phác đồ hóa chất	Cisplatin	71,0	0,361	46,1	0,468
	Carboplatin-5FU	64,3		57,1	
	Cetuximab	0		16,7	

Đối với OS, nhóm gián đoạn điều trị thấp hơn nhóm không gián đoạn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,047); các yếu tố còn lại sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Đối với PFS, nhóm đáp ứng điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,001); các yếu tố còn lại sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 61,3 ± 6,9 (44-78), trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (63%). Kết quả này tương đồng với số liệu GLOBOCAN 2022 tại Việt Nam và nghiên cứu của Mell L.K và cộng sự (2024) [6], cho thấy ung thư hạ họng chủ yếu gặp ở người cao tuổi do quá trình tích lũy kéo dài các yếu tố nguy cơ như thuốc lá và rượu bia. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh và phác đồ điều trị, đặc biệt Cisplatin thường được chỉ định cho người bệnh trẻ hơn, trong khi Cetuximab hoặc Carboplatin-5FU chủ yếu sử dụng cho người lớn tuổi hoặc mắc nhiều bệnh nền.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả người bệnh đều là nam giới, tương tự nghiên cứu của Lin T.Y và cộng sự với tỷ lệ nam chiếm tới 96% [5]. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 người bệnh nữ ban đầu được tuyển chọn đều bỏ dở điều trị và bị loại khỏi nghiên cứu. Kết quả này phản ánh đặc điểm dịch tễ của ung thư hạ họng, khi nam giới có tỷ lệ hút thuốc lá và sử dụng rượu bia cao hơn nữ giới, là hai yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh.

- Về yếu tố nguy cơ: 68,5% người bệnh có tiền sử hút thuốc lá hoặc uống rượu, trong đó 57,5% có đồng thời cả hai yếu tố. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Mell L.K và cộng sự (69,8%) [6]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh thuốc lá và rượu bia có tác dụng hiệp đồng trong quá trình sinh ung thư hạ họng. Vì vậy, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ này có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng và phát hiện sớm bệnh.

- Lý do vào viện: rối loạn nuốt là triệu chứng thường gặp nhất ở người bệnh ung thư hạ họng do vị trí giải phẫu của khối u, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển khi u lan rộng gây ảnh hưởng chức năng nuốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 76,7% người bệnh vào viện vì nuốt vướng. Có 28,8% người bệnh đến khám do tự sờ thấy hạch cổ, phản ánh tình trạng bệnh đã di căn hạch vùng. 20,5% người bệnh đau lan ra tai khi nuốt, khá tương đồng với nghiên cứu của Mell L.K và cộng sự (15,9%) [6]. Không người bệnh nào vào viện vì khó thở, trong khi 13,7% người bệnh vào viện vì gầy sút cân. Cần nâng cao truyền thông về ý thức sức khỏe, đi khám ngay khi chớm có triệu chứng bệnh ban đầu.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xác định vị trí khối u khởi phát có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán triệu chứng, giai đoạn bệnh, tiên lượng giúp lập kế hoạch xạ trị. Xoang lê là vị trí khởi phát phổ biến nhất, chiếm 63%, tiếp theo lần lượt tại thành sau hạ họng (21,9%) và vùng sau sụn nhẫn (15,1%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Lin T.Y và cộng sự [5], Sad L.M và cộng sự [8], trong đó tỷ lệ u xuất phát từ xoang lê lần lượt 89% và 70%. Đây là vị trí có cấu trúc giải phẫu thuận lợi cho sự phát triển âm thầm của khối u, do đó người bệnh thường được phát hiện khi bệnh đã tiến triển.

Hình thái tổn thương và mô bệnh học: qua nội soi, tổn thương dạng sùi kèm loét gặp nhiều nhất (50,7%), phù hợp với đặc điểm phát triển của ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC), khi khối u tăng sinh, hoại tử và loét bề mặt. Về mô bệnh học, SCC chiếm 97,3%, tương tự với nghiên cứu của Mell L.K và cộng sự (100%) [6], khẳng định đây là thể mô bệnh học chủ yếu của ung thư hạ họng.

Đa số người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Trong nghiên cứu, T3 thường gặp nhất (35,6%); 76,7% người bệnh có di căn hạch cổ, chủ yếu N2 (54,8%), tương đồng với nghiên cứu của Mell L.K và cộng sự: di căn hạch cổ chiếm 74,5%. Giai đoạn IVA chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%), tương đồng với nghiên cứu của Lin T.Y và cộng sự (70,8%) [5]. Điều này phản ánh đặc điểm của ung thư hạ họng là diễn biến kín đáo ở giai đoạn đầu, khiến người bệnh chỉ được phát hiện khi tổn thương đã lan rộng.

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả đáp ứng sau điều trị và một số yếu tố liên quan:

Đáp ứng điều trị được đánh giá sau 4-8 tuần theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 dựa trên khám lâm sàng kết hợp chẩn đoán hình ảnh. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đáp ứng chung đạt 94,5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn 31,5% và 63% đáp ứng một phần; 5,5% tiến triển bệnh, không có trường hợp bệnh giữ nguyên. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Mell L.K và cộng sự (52,84%) [6]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh hoàn thành đủ phác đồ hóa xạ trị cũng như kỹ thuật xạ trị được áp dụng.

Mặc dù một số nghiên cứu cho thấy tuổi, giai đoạn bệnh hoặc gián đoạn điều trị có thể ảnh hưởng đến đáp ứng. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đáp ứng điều trị với tuổi, vị trí khối u, giai đoạn TNM, gián đoạn điều trị hoặc phác đồ hóa chất ($p > 0,05$). Điều này có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và phần lớn người bệnh đều ở giai đoạn III-IVA, làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt giữa các nhóm.

Kết quả thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan:

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ OS tại các thời điểm 12, 24 và 36 tháng lần lượt là 65%, 47% và 40%; tỷ lệ PFS tương ứng là 43%, 36% và 21%. Đáng chú ý, tỷ lệ OS sau 5 năm đạt 37%, cao hơn kết quả 24% của Lin T.Y và cộng sự [5]. Mặc dù phần lớn người bệnh được chẩn đoán giai đoạn IVA, kết quả này cho thấy hóa xạ trị đồng thời vẫn mang lại hiệu quả kiểm soát bệnh và kéo dài thời gian sống ở nhóm người bệnh còn chỉ định điều trị triệt căn.

Phân tích Kaplan-Meier và Log-rank cho thấy đáp ứng điều trị và gián đoạn điều trị là hai yếu tố liên quan đến kết quả sống thêm. Người bệnh đáp ứng điều trị có PFS cao hơn so với không đáp ứng ($p = 0,001$) và gián đoạn điều trị làm giảm tỷ lệ OS ($p = 0,047$) có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố khác như tuổi, giai đoạn TNM và phác đồ hóa chất chưa cho thấy sự khác biệt mang lại có ý nghĩa thống kê trên cả OS và PFS. Cần tư vấn, hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị là một việc làm hết sức quan trọng.

5. KẾT LUẬN

Người bệnh ung thư hạ họng giai đoạn II-IVA là nam giới (100%), chủ yếu lớn tuổi (trên 60 tuổi chiếm 63%), khối u thường xuất phát từ xoang lê (63%), tổn thương dạng sùi kèm loét chiếm ưu thế (50,7%) và đa số ở giai đoạn IVA (67,1%). Hóa xạ trị đồng thời triệt căn mang lại tỷ lệ đáp ứng cao (94,5%) và thời gian sống thêm khả quan. Gián đoạn điều trị là yếu tố làm giảm OS. Cần tăng cường tuân thủ phác đồ điều trị giúp có được kết quả điều trị tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Corduniano A.G.V et al. Hypopharyngeal cancer trends in a high-incidence region: a retrospective tertiary single center study. World J Clin Cases, 2023, 11 (24): 5666-5677. doi: 10.12998/wjcc.v11.i24.5666.

[2] Bae M.R, Roh J.L et al. 18F-FDG PET/CT versus CT/MR imaging for detection of neck lymph node metastasis in palpably node-negative oral cavity cancer. J Cancer Res Clin Oncol, 2020, 146 (1): 237-244. doi: 10.1007/s00432-019-03054-3.

[3] Bray F et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2024, 74 (3): 229-263. doi: 10.3322/caac.21834.

[4] Kanesaka T et al. Neoadjuvant chemotherapy and endoscopic resection for hypopharyngeal cancer. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2023, 21 (7): A43-A44. doi: 10.1016/j.cgh.2022.11.036.

[5] Lin T.Y et al. Survival analyses of different treatment modalities and clinical stage for hypopharyngeal carcinoma. Frontiers in Oncology, 2023, 13: 1109417. doi: 10.3389/fonc.2023.1109417.

[6] Mell L.K et al. Radiotherapy with cetuximab or durvalumab for locoregionally advanced head and neck cancer in patients with a contraindication to cisplatin (NRG-HN004): an open-label, multicentre, parallel-group, randomised, phase 2/3 trial. Lancet Oncology, 2024, 25 (12): 1576-1588. doi: 10.1016/S1470-2045(24)00507-2.

[7] PDQ Adult Treatment Editorial Board. Hypopharyngeal Cancer Treatment (PDQ), 2024.

[8] Sad L.M, Khalil M.B et al. SIB-IMRT radiotherapy concomitant with cisplatin in locally advanced hypopharyngeal cancer: safety, feasibility. Onkologia i Radioterapia, 2021, 15 (4).