

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ AMYDALE BẰNG KỸ THUẬT IMRT

Hoàng Nguyễn Hoài An¹, Phan Cảnh Duy¹, Phạm Như Hiệp¹, Nguyễn Thanh Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày kết quả điều trị ung thư amydale bằng kỹ thuật IMRT tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên 31 bệnh nhân ung thư amydale được điều trị liên tục bằng kỹ thuật IMRT từ tháng 3 năm 2015 đến tháng 3 năm 2017. Tuổi trung bình 62,32,5±14,7 tuổi (từ 40-92 tuổi), 80,6% là nam. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sau 12 tháng điều trị. Khối u T3 (90,3%) và hạch N1 (58,1%), hạch N2 (25,8%) chiếm ưu thế. Độ biệt hóa mô học tốt và trung bình chiếm 81,7%. Tỷ lệ đáp ứng u và hạch hoàn toàn sau 12 tháng điều trị lần lượt là 96,8% và 93,5%. Bông miệng độ 3 là 32,3% trong quá trình điều trị. Không khô miệng sau 12 tháng điều trị chiếm 48,4%. **Kết luận:** Kỹ thuật IMRT của chúng tôi bước đầu cho kết quả tốt. Nên được áp dụng trong điều trị ung thư amydale.

Từ khóa: ung thư amydale, kỹ thuật IMRT

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES ASSESSMENT OF TONSIL CANCER TREATMENT BY IMRT TECHNIQUE

Hoang Nguyen Hoai An¹, Phan Canh Duy¹, Pham Nhu Hiep¹, Nguyen Thanh Xuan¹

Introduction: In this study, the authors present the results in application of IMRT technique for tonsil cancer at Hue central hospital. **Materials and methods:** Prospective study on 31 patients with tonsil cancer from March 2015 to March 2017 by IMRT technique. Mean age was 62.32 ± 14.31 years old (range: 40-92 years old), 80.6% were male. **Results:** The follow-up time was 12 months for surviving patients. The predominant T and N stage was T3 (90.3%), N1 (58.1%) and N2 (25.8%), and well and moderate histological differentiation of the tumor were 81.7%. Complete response rates of the primary tumor and of the nodal disease were 96.8% and 93.5% after 12 months treatment. Grade 3 mucositis occurred in 32.3% of patients due to treatment. Normal xerostomia was revealed in 67.7% of patients after 12 months treatment. **Conclusions:** The results indicate that IMRT technique provides satisfactory results and should be applied in treatment of tonsil cancer.

Key words: tonsil cancer, IMRT technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị bằng xạ trị đối với ung thư biểu mô vảy amidan cho một tỷ lệ thành công cao [4].

Những người bị ung thư amidan hoặc các ung thư ở vị trí khác trong ung thư đầu mặt cổ thường cần xạ trị rộng rãi, điều này dẫn đến có nhiều tác

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 04/7/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Hoàng Nguyễn Hoài An
- Email: hoaian6789@gmail.com, ĐT: 0935612389

dụng phụ, đặc biệt là tình trạng khô miệng lâu dài và rất khó chịu. Khô miệng không chỉ là một tác dụng phụ rất phiền toái của xạ trị mà nó có thể dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng về dinh dưỡng, nha khoa, truyền nhiễm, và các vấn đề tâm lý xã hội. Trong trường hợp xấu nhất, khô miệng có thể dẫn đến hoại tử xương hàm dưới do tia xạ, một tình trạng hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng nếu xương hàm bị phá hủy [2].

Kỹ thuật IMRT ra đời thực sự đã làm giảm đáng kể các vấn đề khô miệng. Có thể cho rằng, các cơ quan quan trọng nhất đối với sản xuất nước bọt là hai tuyến mang tai. Những tuyến đang bị tàn phá bởi xạ trị thông thường. Với IMRT, liều xạ nhận được bởi các tuyến mang tai có thể được giảm 50-75%. Đồng thời, liều xạ vào khối u và hạch bạch huyết là tương tự hoặc cao hơn so với liều xạ thông thường. Điều này sẽ cho kết quả tốt trong việc bảo tồn của một số hoặc hầu hết các chức năng của ít nhất một tuyến mang tai, đủ để giữ miệng ẩm [2].

Hiện nay, IMRT (xạ trị điều trị biến liều) thực sự là một cuộc cách mạng trong điều trị xạ trị ung thư và nên được chỉ định cho hầu hết các ung thư đầu mặt cổ. Có một vài tình huống mà IMRT nên được coi là bắt buộc như ung thư vòm, ung thư amidan điển hình [2].

Từ tháng 3/2015 tại khoa Xạ trị Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế đã triển khai và ứng dụng kỹ thuật IMRT trong điều trị xạ trị ung thư amydale với tỷ lệ thành công nhất định. Tuy nhiên tại cơ sở chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả của kỹ thuật này một cách đầy đủ.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu sau:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư amydale.
- Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư amydale bằng kỹ thuật IMRT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 3/2015 đến 3/2017, chúng tôi đã điều trị xạ trị cho 31 bệnh nhân ung thư amydale bằng kỹ thuật IMRT tại khoa Xạ trị Trung tâm Ung bướu BVTW Huế.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vảy amydale dựa vào thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI, PET CT, siêu âm), nội soi hạ họng thanh quản, mô bệnh học.

Phân độ TNM (theo UICC): T1 đến T3, N0 đến N2, M0

Chức năng gan thận bình thường.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân vi phạm một trong các tiêu chuẩn lựa chọn ở trên.

Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành bằng phương pháp mô tả tiến cứu.

2.2.1. Cơ mẫu

Lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

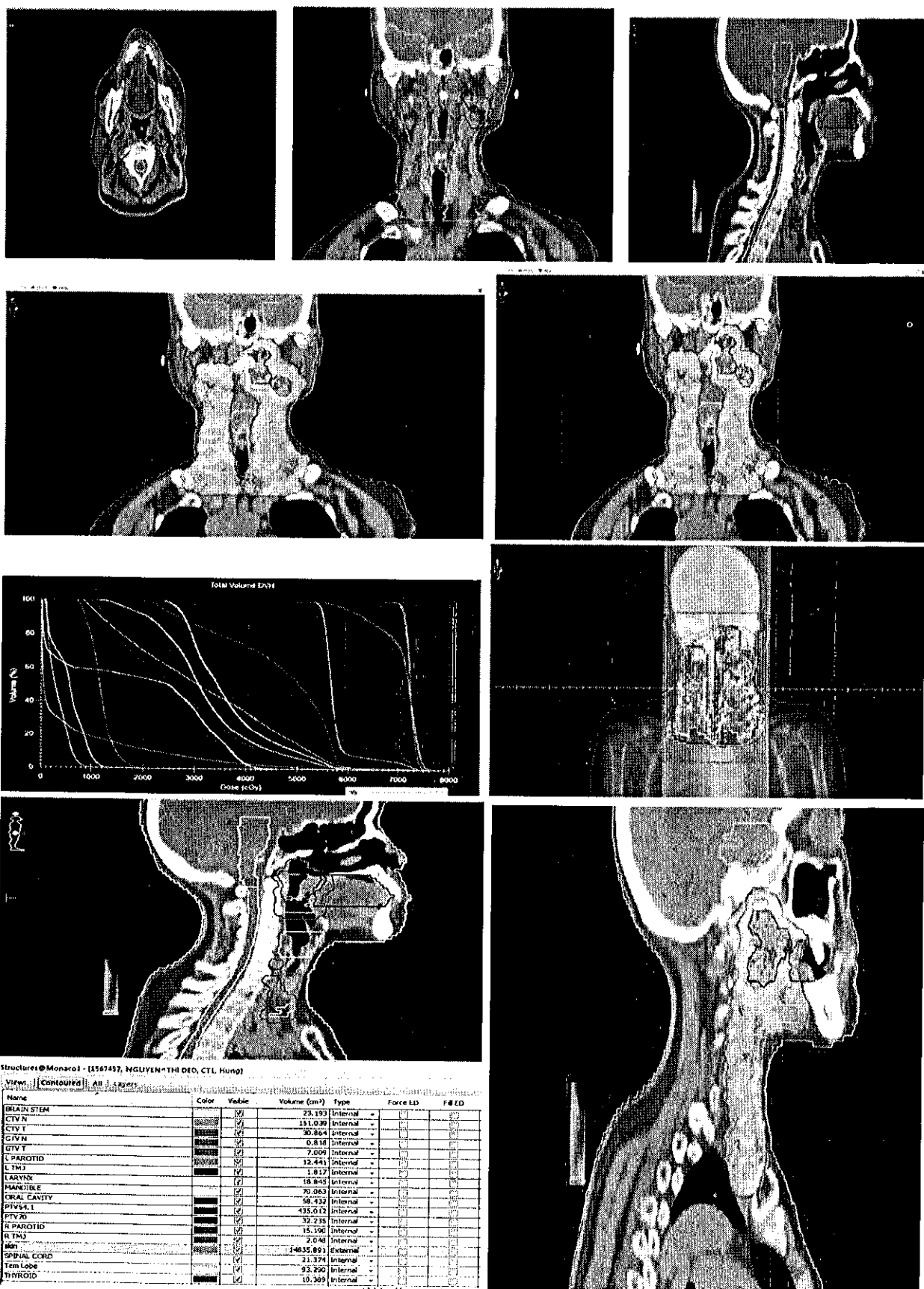
2.2.2. Nội dung nghiên cứu

Thăm khám bệnh nhân trước điều trị: Ghi nhận các thông số về quản lý bệnh nhân bao gồm tên, tuổi, giới, lí do vào viện. Đánh giá giai đoạn TNM (theo UICC) [7], vị trí, độ biệt hóa mô bệnh học. Đánh giá hai biến chứng chính là khô miệng và bỏng miệng trong quá trình điều trị (dựa vào phân độ bỏng miệng theo WHO [1] và phân độ khô miệng theo NCI CTCATE) [3]. Đánh giá đáp ứng của u và hạch sau 3 tháng dựa vào thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng (CT, nội soi hạ họng thanh quản, siêu âm cổ...).

2.2.3. Phương pháp điều trị

Bệnh nhân được xạ trị bằng kỹ thuật IMRT có colbeam CT hàng ngày.

Đối với các bệnh nhân có T3 và/hoặc N+ chúng tôi sử dụng phương pháp xạ hóa đồng thời.



Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư amydale bằng kỹ thuật IMRT

2.2.4. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành trên 31 bệnh nhân ung thư amydale, được theo dõi đến 12 tháng.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi: - Tuổi trung bình: 62,32 ± 14,31 tuổi

- Nhỏ nhất: 40 tuổi

- Lớn nhất: 92 tuổi

Giới: bệnh nhân nam chiếm đa số với tỷ lệ 80,6% (25/31), bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 19,4% (6/31)

Bảng 3.1. Lý do vào viện và vị trí ung thư

		n	%
Lý do vào viện	Nuốt vướng	21	67,7
	Hạch cổ	10	32,3
Vị trí u	Phải	15	48,4
	Trái	16	51,6

Lý do vào viện chủ yếu là nuốt vướng chiếm tỷ lệ 67,7%. Tỷ lệ u bên trái và bên phải là gần như tương đương không có nhiều sự khác biệt.

3.2. Đặc điểm ung thư amydale

Bảng 3.2. Đặc điểm ung thư amydale

		n	%
Độ biệt hóa	Tốt	7	22,6
	Trung bình	18	58,1
	Kém	6	19,3
Khối u	T1	1	3,2
	T2	2	6,5
	T3	28	90,3
Đặc điểm hạch	N0	5	16,1
	N1	18	58,1
	N2	8	25,8

Độ biệt hóa mô học trung bình và tốt chiếm đa số với tỷ lệ 81,7%. Khối u T3 chiếm đa số với tỷ lệ 90,3%. Hạch N1 và N2 chiếm đa số với tỷ lệ 83,9%.

3.3. Đặc điểm xạ trị

Bảng 3.3. Đặc điểm xạ trị

		n	%
Bong miệng trong quá trình xạ trị	Độ 1	4	12,9
	Độ 2	17	54,8
	Độ 3	10	32,3
Khô miệng sau 12 tháng	Không khô miệng	15	48,4
	Độ 1	12	38,7
	Độ 2	4	12,9

Bong miệng độ 2 và độ 3 chiếm đa số với tỷ lệ 87,1%. Sau 12 tháng có 15 bệnh nhân không khô miệng chiếm 48,4%, 12 bệnh nhân khô miệng độ 1 chiếm 38,7% và chỉ 4 bệnh nhân khô miệng độ 3 chiếm 12,9%.

Bảng 3.4. Đánh giá đáp ứng

		n	%
Đánh giá đáp ứng u sau 12 tháng	Không tồn lưu u	30	96,8
	Tồn lưu u	1	3,2
Đáp ứng hạch	Không tồn lưu hạch	29	93,5
	Tồn lưu hạch	2	6,5
Đáp ứng u và hạch	Không tồn lưu u và hạch	28	90,3
	Tồn lưu u hoặc hạch	3	9,7

Tỷ lệ đáp ứng u hoàn toàn sau 12 tháng là 96,8%. Tỷ lệ đáp ứng hạch hoàn toàn sau 12 tháng là 93,5%. Tỷ lệ đáp ứng u và hạch hoàn toàn sau 12 tháng là 90,3%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là $62,32 \pm 14,31$ tuổi (thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 92 tuổi), nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 80,6%, nữ giới chiếm tỷ lệ 19,4%. Có 2 lý do vào viện thường gặp là nuốt vướng và hạch cổ trong đó nuốt vướng là lý do chủ yếu với tỷ lệ 67,7%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước.

Về đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ung thư amydale ở vị trí bên phải và bên trái là gần như tương đương không có nhiều sự khác biệt. Về độ biệt hóa mô bệnh học độ biệt hóa trung bình chiếm đa số với tỷ lệ 58,1%, độ biệt hóa tốt chiếm tỷ lệ 22,6%, độ biệt hóa kém chiếm tỷ lệ thấp nhất 19,3%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Valentina Krstevska khi xạ hóa đồng thời bằng kỹ thuật 3D cho 36 bệnh nhân ung thư amydale tiến triển tại chỗ và tại vùng thì có 77,8% trường hợp độ biệt hóa mô bệnh học tốt và trung bình [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi về giai đoạn khối u chủ yếu là khối u T3 chiếm tỷ lệ 90,3%, khối u T2 chiếm 6,5%, khối u T1 chiếm 3,2%. Về giai đoạn hạch đa số hạch sờ thấy trên lâm sàng, chủ yếu hạch N1 chiếm 58,1%, hạch N2 chiếm 25,8%, không có hạch chiếm 16,1%. So với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới thì giai đoạn khối u và giai đoạn hạch trong nghiên cứu

của chúng tôi là ở giai đoạn muộn hơn, còn so với các nghiên cứu của các tác giả trong nước thì điều này là phù hợp. Điều này là do ung thư ở nước ta thường phát hiện muộn.

Về đánh giá biến chứng xạ trị trong quá trình điều trị trong nghiên cứu của mình chúng tôi đánh giá 2 biến chứng chính là bông miệng và khô miệng. Về vấn đề bông miệng trong quá trình xạ trị chủ yếu là bông miệng độ 2 chiếm 54,8%, bông miệng độ 3 chiếm 32,3%, bông miệng độ 1 chiếm 12,9%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Chao khi xạ trị bằng kỹ thuật IMRT cho 12 bệnh nhân ung thư khoang miệng thì có 42% trường hợp bông miệng độ 3 [5]. Còn so sánh với nghiên cứu của tác giả Valentina Krstevska khi xạ hóa đồng thời bằng kỹ thuật 3D cho 36 bệnh nhân ung thư amydale tiến triển tại chỗ và tại vùng thì có 58,3% trường hợp bông miệng độ 3 [6].

Về đánh giá biến chứng khô miệng sau 1 năm thì có 15 bệnh nhân không khô miệng chiếm 48,4%, 12 bệnh nhân khô miệng độ 1 chiếm 38,7% và chỉ 4 bệnh nhân khô miệng độ 3 chiếm 12,9%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Chao khi xạ trị bằng kỹ thuật IMRT cho 12 bệnh nhân ung thư khoang miệng thì có 30% trường hợp khô miệng độ 3 [5]. Còn so sánh với nghiên cứu của tác giả Valentina Krstevska khi xạ hóa đồng thời bằng kỹ thuật 3D cho 36 bệnh nhân ung thư amydale tiến triển tại chỗ và tại vùng thì có 72,2% trường hợp khô

miệng độ 2 [6].

So với việc điều trị bằng kỹ thuật xạ trị 3D thường qui thì biến chứng khô miệng trong quá trình xạ trị bằng kỹ thuật IMRT có sự khác biệt rõ rệt. Điều này được giải thích là vì với kỹ thuật xạ trị IMRT các cơ quan nguy cấp trong đó có tuyến nước bọt mang tai sẽ nhận liều xạ thấp hơn so với liều xạ tối đa có thể nhận do đó khả năng giữ được chức năng và phục hồi sau điều trị. Đây chính là ưu điểm nổi bật của kỹ thuật IMRT trong việc làm giảm tác dụng phụ và cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị.

Về đánh giá đáp ứng u và hạch sau 12 tháng điều trị trong nghiên cứu chúng tôi có 1 trường hợp tồn lưu u chiếm 3,2%, 2 trường hợp tồn lưu hạch chiếm tỷ lệ 6,5%, tỷ lệ tồn lưu u hoặc hạch là 9,7%. Cả ba trường hợp này được điều trị hóa trị sau đó. So sánh với nghiên cứu của tác giả Valentina Krstevska khi xạ hóa đồng thời bằng kỹ

thuật 3D cho 36 bệnh nhân ung thư amydale tiến triển tại chỗ và tại vùng thì có 72,2% trường hợp đáp ứng u hoàn toàn, 64% trường hợp đáp ứng hạch hoàn toàn [6].

V. KẾT LUẬN

Bước đầu điều trị xạ trị ung thư amydale bằng kỹ thuật IMRT chúng tôi nhận thấy cho kết quả tốt. Các cơ quan nguy cấp trong đó có tuyến nước bọt mang tai sẽ nhận liều xạ thấp hơn so với liều xạ tối đa có thể nhận do đó khả năng giữ được chức năng và phục hồi sau điều trị là chắc chắn. Do trong nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ đánh giá kết quả sau 12 tháng điều trị nên chưa đánh giá được hết ưu điểm của kỹ thuật IMRT trong việc làm giảm tác dụng phụ và cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị. Trong thời gian đến chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu và sẽ trình bày tại các hội nghị tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D Fliss (2012), *Complications from radiation therapy to the head and neck*, The International Federation of Head and Neck Oncologic Societies Current Esophageal Pathology in Patients After Treatment for Head and Neck Cancer.
2. Mitchell Machtay (2003), *IMRT for squamous cell carcinoma of the tonsil*, Last Modified: January 1, 2003
3. Ava Hatcher, Vanessa Buduhan, Rosemary Cashman, Elizabeth Cooper, Karen Levy, Ann Syme (2010), "Symptom Management Guidelines: XEROSTOMIA".
4. Anamaria Reyna Yeung, Madhur Kumar Garg, Jonathan J. Beitler, Joshua Lawson, Mark W. McDonald, Harry Quon, John A. Ridge, Nabil Saba, Joseph K. Salama, Richard V. Smith, Sue S. Yom (2007), "Ipsilateral Radiation For Squamous Cell Carcinoma Of The Tonsil", *ACR Appropriateness Criteria®*, American College of Radiology, 1891 Preston White Drive, Reston, VA 20191-4397
5. K.S. Clifford Chao (2003), *IMRT for H&N Cancer*.
6. Valentina Krstevska, Igor Stojkovski, Snezana Smickoska, Deva Petrova, Emilija Lazarova (2008), "Locally- Regionally Advanced Tonsillar Squamous Cell Carcinoma Treated With Concurrent Chemoradiotherapy".
7. Ann Barrett, Jane Dobbs, Stephen Morris, Tom Roques (2009), *Practical Radiotherapy Planning*, Fourth Edition; pp. 122–134.