

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XẠ TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ THANH QUẢN SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Trần Nhật Mỹ¹, Phạm Nguyên Tường², Đặng Hoài Bảo²

¹Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Đa khoa Phúc Thịnh, Thanh Hóa, Việt Nam

²Khoa Xạ 1, Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư thanh quản tại Bệnh viện Trung ương Huế và đánh giá kết quả điều trị xạ trị bổ trợ ở nhóm BN trên.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu. Cỡ mẫu thuận tiện gồm 33 bệnh nhân được điều trị xạ trị bổ trợ tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Huế từ 02/2021 đến 09/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình: 57,9 ± 7,4 tuổi. Tất cả BN là nam giới. Khàn tiếng là lí do vào viện thường gặp nhất: 90,9%. Chủ yếu giai đoạn 3: 57,6%, giai đoạn 4: 15,2%, yếu tố nguy cơ: pT3: 57,6%, pT4: 21,2%, pN2-3: 21,2%, rìa phẫu thuật (+): 12,1%, hạch vỡ bao: 9,1%, xâm lấn hạ thanh môn: 33,3%. Đánh giá kết quả điều trị: 100% kĩ thuật 3D - CRT; Xạ trị đơn thuần: 60,6%, xạ hóa đồng thời Cisplatin hàng tuần: 39,4%; Trung vị thời gian từ sau phẫu thuật đến xạ trị: 55 ngày. Trung vị tổng thời gian điều trị: 49 ngày. Đa số biến chứng sớm và muộn của xạ trị ở mức độ 1 - 2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 3 năm: 97% và 88,3%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 3 năm: 91% và 79,6%.

Kết luận: Xạ trị bổ trợ ung thư thanh quản là phương pháp điều trị hiệu quả giúp giảm nguy cơ tái phát bệnh với các biến chứng ở mức độ thấp.

Từ khóa: Ung thư thanh quản, xạ trị bổ trợ, cắt thanh quản toàn phần, sống còn.

ABSTRACT

EVALUATION OF ADJUVANT RADIOTHERAPY OUTCOMES IN LARYNGEAL CANCER AFTER RADICAL SURGERY

Tran Nhat My¹, Pham Nguyen Tuong², Dang Hoai Bao²

Objective: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of patients with laryngeal cancer at Hue Central Hospital and to evaluate the outcomes of adjuvant radiotherapy.

Methods: This was a prospective - retrospective descriptive study including a convenience sample of 33 patients who underwent adjuvant radiotherapy at the Oncology Center, Hue Central Hospital, from February 2021 to September 2024.

Results: The mean age of patients was 57.9 ± 7.4 years, and all were male. Hoarseness was the most common presenting symptom (90.9%). Most patients were diagnosed at stage III (57.6%) and stage IV (15.2%). Major risk factors were pT3 (57.6%), pT4 (21.2%), pN2-3 (21.2%), positive surgical margins (12.1%), extracapsular lymph node extension (9.1%), and subglottic extension (33.3%). All patients received 3D conformal radiotherapy (3D-CRT). Adjuvant radiotherapy alone was given to 60.6% of patients, while 39.4% received concurrent chemoradiotherapy with weekly cisplatin. The median interval from surgery to radiotherapy was 55 days, and the median treatment duration was 49 days. Most acute and late toxicities were grade 1-2. The 1-year and 3-year overall survival rates were 97% and 88.3%, respectively. The 1-year and 3-year disease-free survival rates were 91% and 79.6%, respectively.

Ngày nhận bài: 21/7/2025. Ngày chỉnh sửa: 18/9/2025. Chấp thuận đăng: 01/10/2025

Tác giả liên hệ: Phạm Nguyên Tường. Email: phamnguyentuongbhu@gmail.com. ĐT: 0913493432

Đánh giá kết quả điều trị xạ trị bổ trợ ung thư thanh quản...

Conclusion: Adjuvant radiotherapy is an effective treatment for laryngeal cancer, reducing recurrence risk with a low complication rate.

Keywords: Laryngeal cancer, adjuvant radiotherapy, total laryngectomy, survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản (UTTQ) là một trong những ung thư phổ biến nhất vùng đầu cổ. Theo Globocan 2022, UTTQ chiếm 0,95% tổng số các loại ung thư với 189.191 ca mắc mới. Tại Việt Nam, UTTQ là bệnh lý thường gặp với 2.186 ca mắc mới và 1.233 ca tử vong, dự đoán sẽ có 6.403 ca mắc mới trong 5 năm tới [1].

Điều trị UTTQ bằng phẫu thuật và xạ trị là các phương pháp chủ đạo. Trong giai đoạn còn khả năng phẫu thuật triệt căn, các phương pháp phẫu thuật bao gồm: vi phẫu thanh quản qua đường miệng có sử dụng laser, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần hoặc toàn phần và vét hạch cổ triệt căn mang lại kết quả tương đối khả quan. Bên cạnh xạ trị triệt căn thì vai trò xạ trị bổ trợ UTTQ ngày càng quan trọng. Khoảng 60% bệnh nhân (BN) ở giai đoạn tiến triển tại chỗ cần được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần + vét hạch cổ [2]. Xạ trị bổ trợ giúp tăng tỷ lệ kiểm soát bệnh tại chỗ, thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ, đặc biệt đối với các BN ở giai đoạn có chỉ định phẫu thuật triệt căn cắt thanh quản toàn phần + vét hạch cổ [3]. Phương pháp xạ trị bổ trợ có thể xạ trị đơn thuần hoặc xạ - hoá đồng thời tùy theo chỉ định. Tuy nhiên, xạ trị bổ trợ có thể gây ra nhiều biến chứng, với các mức độ khác nhau ở từng bệnh nhân. Việc phát hiện sớm và điều trị hiệu quả biến chứng giúp cải thiện kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho BN [4].

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, điều trị UTTQ bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp xạ trị bổ trợ đã được áp dụng từ nhiều năm qua. Để góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, đồng thời đánh giá kết quả điều trị trong thời gian qua, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTTQ tại Bệnh viện Trung ương Huế và đánh giá kết quả điều trị xạ trị bổ trợ ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bao gồm những bệnh nhân UTTQ được nhập viện điều trị tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện

Trung ương Huế, từ tháng 02/2021 đến tháng 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô vảy thanh quản giai đoạn I – IVb (AJCC 8th); Đã được phẫu thuật triệt căn và có chỉ định xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật theo NCCN: (1) Xạ trị đơn thuần bổ trợ: pT3/pT4, hoặc pN2/pN3a, hoặc xâm lấn hạ thanh môn, hoặc xâm lấn thần kinh, mạch máu, bạch huyết. (2) Xạ hóa đồng thời bổ trợ: Phối hợp xạ trị với hóa chất (Cisplatin 40mg/m² da hàng tuần) khi có yếu tố nguy cơ cao: hạch phá vỡ vỏ bao hoặc rìa phẫu thuật dương tính, cân nhắc trong trường hợp bệnh nhân phối hợp nhiều yếu tố nguy cơ. Có lưu trữ hồ sơ bệnh án đầy đủ. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử xạ trị vùng đầu cổ trước đó; Bệnh nhân có 2 ung thư đồng thời.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 02/2021 đến 09/2024 tại Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung ương Huế

Mẫu nghiên cứu: Chọn tất các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu thuận tiện, tổng số thu thập được 33 bệnh nhân.

Bệnh nhân được ghi nhận thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Các đặc điểm chung (Tuổi, giới tính, lí do vào viện). Đặc điểm bệnh ung thư (Giai đoạn TNM, yếu tố nguy cơ sau phẫu thuật). Đặc điểm điều trị (Thời gian từ phẫu thuật đến thời điểm bắt đầu xạ trị; Tổng thời gian xạ trị; Tổng liều xạ trị; Nồng độ Hb trước và sau xạ trị; Phương pháp điều trị). Biến chứng sớm được theo dõi liên tục trong quá trình điều trị hoặc trong vòng 2–3 tuần sau khi kết thúc xạ trị. Biến chứng muộn có thể xuất hiện ở bất kỳ thời điểm nào sau đó, từ vài tuần đến nhiều năm và được phân loại theo CTCAE phiên bản 5.0 [5].

Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian sống thêm toàn bộ là khoảng thời gian tính từ ngày phẫu thuật đến ngày tử vong vì bất cứ nguyên nhân nào, hoặc

Đánh giá kết quả điều trị xạ trị hỗ trợ ung thư thanh quản...

đến thời điểm theo dõi cuối cùng mà BN còn sống. Thời gian sống thêm không bệnh là khoảng thời gian từ ngày phẫu thuật đến thời điểm bệnh tái phát tại chỗ, tại vùng, di căn xa hoặc BN tử vong.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bước 1: Lựa chọn BN theo tiêu chuẩn nghiên cứu, thu thập các biến số về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Điều trị xạ trị đơn thuần hỗ trợ hoặc xạ hoá đồng thời hỗ trợ theo chỉ định: Xạ trị bằng máy gia tốc tuyến tính mức năng lượng 6MV, kỹ thuật: 3D-CRT. Các thể tích và liều xạ trị bao gồm: CTV 50Gy; CTV 60Gy; CTV 66Gy; CTV 70Gy được xác định theo hướng dẫn của tác giả Nancy Lee và cộng sự [6]. Thể tích bia lập kế hoạch (PTV): CTV + 5 mm.

Đối với bệnh nhân có chỉ định hóa trị đồng thời: Cisplatin 40mg/m² da hàng tuần.

Sau kết thúc điều trị 01 tháng: đánh giá đáp ứng bệnh: khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng, siêu âm hạch vùng cổ, siêu âm bụng và x quang ngực thẳng. Theo dõi sau điều trị tại thời điểm tái khám định kỳ sau điều trị 03 tháng, 06 tháng, hoặc tái khám khi có triệu chứng bất thường và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu: khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng, siêu âm hạch vùng cổ, MRI/CLVT đầu cổ siêu âm bụng và X quang ngực thẳng.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập

và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Các thuật toán thống kê: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, ước lượng sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số H2023/107, ngày 20 tháng 5 năm 2023, tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và được sự đồng thuận của bệnh viện Trung ương Huế. Các thông tin về BN được xử lý, nêu dưới hình thức số liệu, không nêu đích danh cá nhân. Kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ học tập, khoa học, đề xuất những giải pháp trong công tác dự phòng, điều trị, tiên lượng cho BN, không dùng cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình: 58,2 ± 7,2 tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất: 43 tuổi; lớn nhất: 69 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm 100%. Lý do vào viện phổ biến nhất là khàn tiếng: 90,9%, khó thở: 30,3%. Giai đoạn 3 chiếm đa số (57,6%). Có 26 BN có yếu tố nguy cơ pT3-4 chiếm 78,8%. Tỷ lệ rìa PT dương tính là: 12,1%, trong đó có 3 BN sau PT có R1 tiến triển R2 tại thời điểm bắt đầu xạ trị hỗ trợ. Tất cả 3BN đều chẩn đoán hạch vỡ bao đại thể do xâm lấn cấu trúc xung quanh được ghi nhận trong lúc mổ (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng

Đặc điểm		Số BN (n=33)	Tỷ lệ %
Tuổi	Trung bình	57,9 ± 7,4 tuổi	
	Khoảng tuổi	(43 - 69) tuổi	
Giới	Nam	33	100
	Nữ	0	0
Lý do vào viện	Khàn tiếng	30	90,9
	Khó thở	10	30,3
Giai đoạn bệnh	1	8	24,2
	2	1	3
	3	19	57,6
	4	5	15,2
Rìa phẫu thuật (+)	R1	1	12,1
	R1 → tiến triển R2	3	

Đánh giá kết quả điều trị xạ trị hỗ trợ ung thư thanh quản...

Đặc điểm		Số BN (n=33)	Tỷ lệ %
pT3-4	pT3	19	57,6
	pT4	7	21,2
pN2-3		7	21,2
Hạch vỡ bao đại thể ENE(+)	3	9,1	
Xâm lấn hạ thanh môn		11	33,3
Yếu tố nguy cơ khác	PT VHC chưa đạt yêu cầu	11	33,3
	Tái phát sau PT BTNTQ	2	6,1

3.2. Kết quả điều trị

100% BN được xạ trị hỗ trợ bằng kỹ thuật 3D - CRT. Xạ trị hỗ trợ đơn thuần chiếm đa số với 60,66%; xạ hóa đồng thời chiếm 39,4%. Trung vị khoảng thời gian là: 55 ngày; Trung bình tổng thời gian xạ trị là $51 \pm 9,2$ ngày, trung vị thời gian xạ trị là 49 ngày. Đa số BN có xu hướng giảm nồng độ Hb sau quá trình xạ trị chiếm: 63,6%. Trong số các BN hóa trị, chỉ có duy nhất 1 BN phải giảm 25% liều Cisplatin do độc tính làm tăng Creatinin máu độ 1 (Bảng 2). Biến chứng xạ trị thường gặp nhất là viêm da vùng xạ trị, viêm niêm mạc do xạ trị, khô miệng và rối loạn vị giác đều xảy ra ở 100% số BN, trong đó đa số là độ 1-2. Các biến chứng muộn sau 06 tháng: Xơ hóa mô mềm vùng cổ, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, khô miệng và rối loạn vị giác thường gặp với mức độ 1-2. Trong số các BN hóa trị, các biến chứng đa phần ở độ 1-2, không có biến chứng độ 3-4, chỉ có duy nhất 1 BN phải giảm 25% liều Cisplatin do độc tính làm tăng Creatinin máu độ 1 (Bảng 3).

Bảng 2: Đặc điểm điều trị

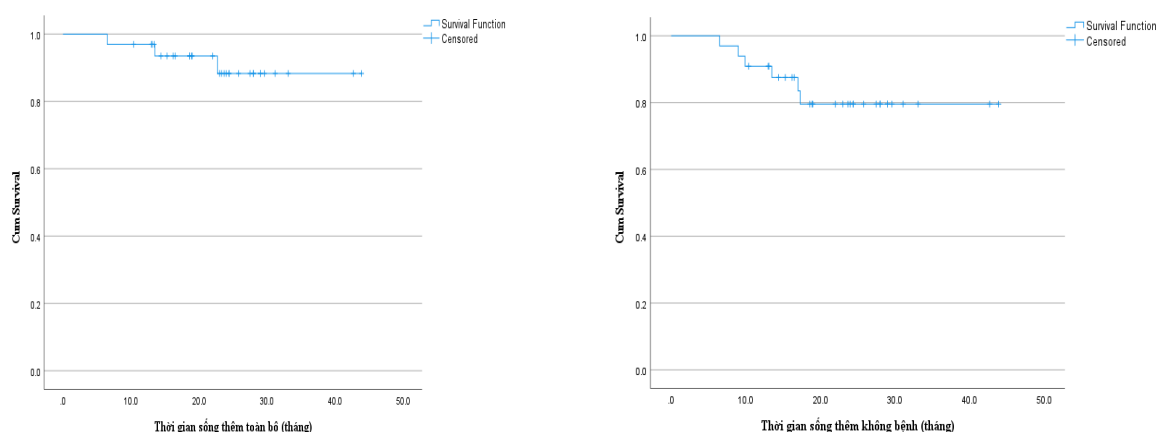
Đặc điểm			Số BN (n=32)	Tỷ lệ %
Phương pháp xạ trị hỗ trợ	Xạ trị đơn thuần		20	60,6
	Xạ hóa đồng thời		10	39,4
Hóa trị đồng thời với phác đồ: Cisplatin 40mg/m ² /tuần	Số chu kỳ	< 4	2	15,4
		4 - 7	11	84,6
	Giảm liều	Có	1	7,7
		Không	12	92,3
Tổng liều xạ trị	60Gy		20	60,6
	66Gy		7	21,2
	70Gy		6	18,2
	Trung vị tổng liều		60Gy	
Thời gian từ sau PT đến khi bắt đầu XT	Thời gian trung bình		$61 \pm 18,9$ ngày	
	Trung vị thời gian		55 ngày (38 - 114)	
Tổng thời gian xạ trị	Thời gian trung bình		$51 \pm 9,2$ ngày	
	Trung vị thời gian		49 ngày (40 - 87)	
Hiệu số nồng độ Hb khi kết thúc và bắt đầu xạ trị	dHb > 0		12	36,4
	$-1 < \text{dHb} \leq 0$		12	36,4
	dHb < -1		9	27,3

Đánh giá kết quả điều trị xạ trị hỗ trợ ung thư thanh quản...

Bảng 3: Các biến chứng điều trị

Biến chứng		Số BN (n=33)	Tỉ lệ %
Viêm da do xạ trị	Độ 1	7	21,2
	Độ 2	21	63,6
	Độ 3	5	15,2
Viêm niêm mạc do xạ trị	Độ 1	10	30,3
	Độ 2	23	69,7
Khô miệng	Độ 1	23	69,7
	Độ 2	10	30,3
Rối loạn vị giác	Độ 1	21	63,6
	Độ 2	12	36,4
Các biến chứng muộn sau điều trị 06 tháng			
Xơ hoá mô mềm vùng cổ	Không có	3	9,4
	Độ 1	24	75
	Độ 2	5	15,6
Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay	Không có	30	93,8
	Độ 1	2	6,2
Khô miệng	Không có	5	15,6
	Độ 1	27	84,4
Rối loạn vị giác	Độ 1	32	100
Các biến chứng hóa trị			
Giảm bạch cầu đa nhân	Không có biến chứng	11	84,6
	Độ 2	2	15,4
Giảm tiểu cầu	Không có biến chứng	10	76,9
	Độ 1	2	15,4
	Độ 2	1	7,7
Tăng Creatinin máu	Không có biến chứng	11	84,6
	Độ 1	2	15,4
Tăng men gan	Không có biến chứng	6	46,2
		7	53,8

Trung bình thời gian theo dõi là: $22,5 \pm 1,5$ tháng (6,5 - 43,9 tháng). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là: $40,6 \pm 1,8$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 01 năm: 97%; sau 03 năm: 88,3%. Trung bình thời gian theo dõi là: $21,7 \pm 1,6$ tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình: $37,5 \pm 2,3$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 01 năm: 91%; sau 03 năm: 79,6% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $57,9 \pm 7,4$ tuổi. Tỷ lệ nam giới là 100%. Kết quả này phù hợp với các đặc điểm dịch tễ chung của bệnh được ghi nhận bởi các nghiên cứu trong và ngoài nước [2, 7, 8]. Khàn tiếng và khó thở là lý do vào viện phổ biến nhất với 90,9% và 30,3%, kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Taleb (2023) [9].

Đa số BN ở giai đoạn 3 (57,6%), giai đoạn 1 (24,2%), giai đoạn 2 (3%), giai đoạn 4A (9,1%), giai đoạn 4B (6,1%). Có BN ở giai đoạn 1,2 là bởi vì dân số nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những BN đã có tiền sử PT BTCN TQ trước đó, sau đó tái phát ở giai đoạn muộn hơn và được PT triệt căn và XTBT.

Theo NCCN, BN được chỉ định xạ trị đơn thuần bổ trợ khi có yếu tố: pT3/pT4, hoặc pN2/pN3a, hoặc xâm lấn hạ thanh môn, hoặc xâm lấn thần kinh, mạch máu, bạch huyết. Xạ hóa đồng thời bổ trợ: Phối hợp xạ trị với hóa chất (Cisplatin 40mg/m² da hàng tuần) khi có yếu tố nguy cơ cao: hạch phá vỡ vỏ bao hoặc rìa phẫu thuật dương tính, cân nhắc trong trường hợp bệnh nhân phối hợp nhiều yếu tố nguy cơ [10]. Trong nghiên cứu này: Rìa PT (+) chiếm 12,1%. Tương tự với nghiên cứu của Taleb là 12,3% [9], nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Tomasz Skora khi tỷ lệ rìa PT (+) là 63% (R1: 60%, R2: 3%) [2]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nhỏ và một số BN không được đánh giá rìa PT. Tỷ lệ pT3/pT4 trong nghiên cứu này lần lượt là:

57,6% và 21,2%. Đặc điểm tỷ lệ pT3 cao hơn pT4 cũng được quan sát thấy trong nghiên cứu của Kim Sung Hee [8] tỷ lệ pT3 là 71,7% và pT4 là 28,3%. Tỷ lệ BN pN3 là 9,1%, tất cả đều là N3b hạch vỡ bao đại thể, do xâm lấn cơ và tĩnh mạch cảnh được quan sát thấy trong khi PT. Tỷ lệ di căn hạch vỡ bao thấp hơn trong nghiên cứu của Taleb [9] là 15,7%. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chưa có chẩn đoán hạch vỡ bao trên giải phẫu bệnh, tất cả 3BN đều chẩn đoán hạch vỡ bao đại thể do xâm lấn cấu trúc xung quanh được ghi nhận trong lúc PT. Một số yếu tố nguy cơ khác: khối u lan xuống vùng HTM: 33,3%, PT VHC chưa đạt tiêu chuẩn: 33,3% và 2 BN có tiền sử tái phát nhiều lần sau PT BTCNTQ chiếm 6,1%.

Về các đặc điểm xạ trị bổ trợ: Tất cả 33 BN đều được XTBT bằng kỹ thuật 3D-CRT trên máy gia tốc Elekta Axxess với trung bình liều XT là $63 \pm 3,9$ Gy, trung vị liều XT là 60Gy. Kết quả này tương tự với tác giả Tomasz Skora khi trung vị liều XT là 60Gy [2]. Chỉ định XTBT đơn thuần chiếm đa số với 60,6% và xạ hóa đồng thời bổ trợ là 39,4%, trong đó tất cả BN đều được hóa trị với phác đồ Cisplatin 40mg/m² da hàng tuần. Tác giả Naomi Kiyota đã kết luận rằng xạ hóa đồng thời bổ trợ với Cisplatin hàng tuần là không thua kém hơn so với Cisplatin mỗi 3 tuần đối với BN UT đầu cổ giai đoạn tiến xa có nguy cơ cao [11]. Tỷ lệ xạ hóa đồng thời bổ trợ thấp hơn so với tác giả Taleb [9] là 67,4%, điều này do tỷ lệ rìa PT dương tính và hạch vỡ bao cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Với phác đồ

Cisplatin hàng tuần, có 84,6% số BN hoàn thành từ 4 chu kỳ hóa chất trở lên và chỉ có 15,4% (2 BN) hoàn thành được ít hơn 4 chu kỳ do bệnh viện hết hóa chất Cisplatin. Trong số các BN hóa trị, chỉ có duy nhất 1 BN phải giảm 25% liều Cisplatin do độc tính làm tăng Creatinin máu độ 1. Điều này cho thấy phác đồ hóa chất Cisplatin 40mg/m² x hàng tuần ít độc tính và có độ dung nạp cao.

Việc trì hoãn thời gian bắt đầu XT, đến 4 tuần sau PT không dẫn đến tiên lượng xấu hơn cho BN UT đầu cổ, và sự trì hoãn kéo dài quá 6 tuần có thể làm giảm tỷ lệ OS, DFS và LCR [12]. NCCN guideline version 4.2024 khuyến cáo rằng, XTBT nên được thực hiện sau PT từ 4 - 6 tuần [10]. Khoảng thời gian này trong nghiên cứu của chúng tôi là 61 ± 18,9 ngày và trung vị thời gian là 55 ngày. Lí do chính trì hoãn XTBT là đa số BN trải qua PT cắt TQTP + vét hạch cổ, là một cuộc đại phẫu cần nhiều tuần sau đó để hồi phục và biến chứng sẹo hẹp lỗ mở khí quản ra da gây khó thở và phải PT chỉnh hình nhiều lần. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Skora [2] với trung vị thời gian là 56 ngày và nghiên cứu của Andrzej Wiczeorek [13] là 53 ngày. Trung bình tổng thời gian XTBT là 51 ± 9,2 ngày, trung vị thời gian XT: 49 ngày (40 - 87 ngày). Tác giả Naomi Kiyota cũng cho kết quả tương tự với thời gian là 49 ngày [11].

Nồng độ hemoglobin và hematocrit là các thông số cho phép xác định mức độ oxy hóa của mô, điều này ảnh hưởng đến độ nhạy cảm của mô với XT. Trong nghiên cứu này có 12 BN (36,4%) có nồng độ Hb sau XT lớn hơn trước XT, 12 BN (36,4%) có nồng độ Hb sau XT giảm nhỏ hơn 1g/dL và 9 BN (27,3%) giảm hơn 1g/dL so với trước lúc XT. Tác giả Tomasz Rutkowski nghiên cứu giá trị tiên lượng của nồng độ Hb đối với XTBT trên 835 BN UTQ kết luận rằng: nhóm BN có hiệu số nồng độ Hb sau XT lớn hơn trước XT sẽ có tỷ lệ LCR 5 năm tốt hơn đáng kể so với nhóm BN còn lại (80% và 72%, p = 0,01) [13].

Biến chứng liên quan đến XT thường gặp nhất là viêm da vùng XT, viêm niêm mạc do XT, khô miệng và rối loạn vị giác đều xảy ra ở 100% số BN, trong đó đa số là độ 1 - 2, chỉ có duy nhất biến chứng độ 3 viêm da vùng XT quan sát thấy trên 5 BN, chiếm 15,2% và không có biến chứng nặng độ 3 - 4. Kết quả của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của tác

giả Naomi Kiyota, viêm da và niêm mạc miệng do XT thường gặp nhất với 93 và 92%, tiếp đến là khô miệng (66%), rối loạn vị giác (66%) và đa số các biến chứng ở mức độ 1 - 2 [11]. Tại thời điểm sau xạ trị 6 tháng, các biến chứng xơ hóa tổ chức mô mềm vùng cổ và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay gần như không có sự cải thiện đáng kể. Hai biến chứng khô miệng và rối loạn vị giác có xu hướng cải thiện khi không còn biến chứng độ 2 tại thời điểm 6 tháng. Như vậy, mặc dù thực hiện kỹ thuật xạ trị 3D-CRT, tuy nhiên các biến chứng đa số xảy ra ở mức độ 1 - 2, BN đều dung nạp tốt với điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích Kaplan Meier tỷ lệ OS 1 năm là 97%, OS 3 năm là: 88,3%. Tỷ lệ DFS sau 1 năm là 91%, sau 3 năm là 79,6%. Kết quả này gần tương tự nghiên cứu của Nguyễn Khắc Sơn với tỷ lệ OS 1 năm là 95,3%, OS 3 năm là 82,2% và tỷ lệ DFS sau 1 năm là 93,4%, sau 2 năm là 88,1% [7] và cao hơn so với Trần Huyền Trang khi tỷ lệ DFS sau 1 năm là 83,2%, sau 3 năm là 73,1% [14].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã cho thấy vai trò của xạ trị hỗ trợ ung thư thanh quản sau phẫu thuật triệt căn là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp giảm tỷ lệ tái phát bệnh với tỷ lệ các tác dụng phụ không mong muốn thấp và khả năng dung nạp điều trị tốt. Tại thời điểm nghiên cứu chưa thực hiện thường quy xác định các yếu tố xâm lấn mạch máu, mạch bạch huyết, xâm lấn quanh thần kinh và di căn hạch vỡ bao vi thể, do đó ảnh hưởng đến việc ra chỉ định điều trị xạ trị hỗ trợ trong nhiều trường hợp và phân tích các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến kết cục sống còn. Do vậy, cần thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, thời gian theo dõi dài và khắc phục hạn chế để cho kết quả chính xác hơn trong tương lai gần.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Freddie B, Mathieu L, Hyuna S, Jacques F, Rebecca S, Isabelle S, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024; 74.

Đánh giá kết quả điều trị xạ trị bổ trợ ung thư thanh quản...

2. Skóra T, Nowak-Sadzikowska J, Mucha-Malecka A, Szyszka-Charewicz B, Jakubowicz J, Gliński B. Postoperative irradiation in patients with pT3-4N0 laryngeal cancer: results and prognostic factors. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015; 272(3): 673-9.
3. Li M, Zhang T, Tan B, Yu M, Zhang B. Role of postoperative adjuvant radiotherapy for locally advanced laryngeal cancer: a meta-analysis. *Acta Otolaryngol*. 2019; 139(2): 172-177.
4. Brook I. Late side effects of radiation treatment for head and neck cancer. *Radiat Oncol J*. 2020; 38(2): 84-92.
5. National Cancer Institute. Common Terminology criteria for adverse events (CTCAE) v5.0. Bethesda MNCIAahccgpe. 2017.
6. Lee NY. Larynx Cancer. Target Volume Delineation and Field Setup: A Practical Guide for Conformal and Intensity-Modulated Radiation Therapy. 2022: 45-60.
7. Nguyễn KS, Nguyễn HD, Lý XQ. Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần điều trị ung thư thanh quản tại Bệnh viện Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh từ năm 2018 đến năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 526(1A).
8. Kim SH, Lee YS, Kwon M, Kim JW, Roh J-L, Choi S-H, et al. Adjuvant role of radiation therapy for locally advanced laryngeal cancer without pathological lymph node metastasis. *Acta Oto-Laryngologica*. 2016; 136(7): 703-710.
9. Lotfi T. Radiothérapie postopératoire des cancers du larynx à l'EHS en oncologie Emir Abdelkader d'Oran : étude rétrospective de 89 cas. 2023; 4: 246-254.
10. Network NCC. Head and Neck Cancer (Version 4.2024). 2024; Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf.
11. Kiyota N, Tahara M, Mizusawa J, Kodaira T, Fujii H, Yamazaki T, et al. Weekly Cisplatin Plus Radiation for Postoperative Head and Neck Cancer (JCOG1008): A Multicenter, Noninferiority, Phase II/III Randomized Controlled Trial. 2022; 40(18): 1980-1990.
12. Sun K, Tan JY, Thomson PJ, Choi SW. Influence of time between surgery and adjuvant radiotherapy on prognosis for patients with head and neck squamous cell carcinoma: A systematic review. *Head Neck*. 2023; 45(8): 2108-2119.
13. Rutkowski T, Suwinski R, Idasiak A. The prognostic value of hemoglobin concentration in postoperative radiotherapy of 835 patients with laryngeal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007; 69(4): 1018-23.
14. Trần HT, Dương TM, Trần MT. Đánh giá giọng nói ở bệnh nhân sử dụng ống giúp phát âm sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 2017-2018. *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 2018: 77-82.