

6. **Hồng Thành Tài (2015)**, "Kiến thức và thái độ của phụ nữ về que cấy tránh thai ở phụ nữ đang dùng Implanon tại bệnh viện Từ Dũ", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.75.
7. **Đỗ Thị Lan Hương (2017)**, "Tỷ lệ áp dụng biện pháp tránh thai hiện đại và các yếu tố liên quan ở phụ nữ sau mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.40-62.
8. **Makola E.** Knowledge, attitude, and practice of women regarding contraceptive implants, in Odendaalsrus, Lejweleputswa District, Free State Province. Master's in medicine (Family medicine), University of Free State, <https://scholar.ufs.ac.za>
9. **Barbieri MM, Herculano TB, Dantas Silva A, Bahamondes L, Juliato CRT, Surita FG.** Acceptability of ENG-releasing subdermal implants among postpartum Brazilian young women during the COVID-19 pandemic. Int J Gynaecol Obstet. 2021 Jul;154(1):106-112. doi: 10.1002/ijgo.13663. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33656758; PMCID: PMC9087758.
10. **DHMH/FHA/CMCH Mariland family planning & reproductive health program clinical guidelines.** Postpartum Evaluation and Contraception, 2012.

TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT BỔ TRỢ TRƯỚC TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Quang Trung²,
Hồ Mạnh Phương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tỷ lệ đáp ứng của hoá chất bổ trợ trước và các hướng điều trị tiếp theo. **Phương pháp:** Sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, thư viện đại học y Hà Nội và tìm kiếm thủ công (từ tháng 1 năm 1996 đến tháng 7 năm 2022). Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn tiến triển được điều trị bằng hoá chất bổ trợ trước theo sau là phẫu thuật/xạ trị/hoá xạ bổ trợ và báo cáo kết quả về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT), đáp ứng một phần (ĐUMP), tỷ lệ giữ nguyên (GN), tỷ lệ tiến triển (TTr) cùng kết quả ung thư sau 3 năm. **Kết quả:** Kết quả tại điểm 3 năm khi điều trị bằng hoá chất bổ trợ trước. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) là 6-55,7%. Tỷ lệ đáp ứng một phần (ĐUMP) là 32-80%. Tỷ lệ giữ nguyên (GN) là 3,3-29,6%. Tỷ lệ tiến triển (TTr) là 6,7-7,5%. Tỷ lệ không di căn xa (KDCX) là 75-91%. Tỷ lệ sống toàn bộ (STB) và tỷ lệ bảo tồn thanh quản (BTTQ) đạt được lần lượt từ 38,3-76,7% và 34-76%. **Kết luận:** Hoá chất bổ trợ trước giúp cho việc điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn tiến triển trong việc góp phần giảm tỷ lệ di căn xa, cho phép lựa chọn bệnh nhân điều trị hoá xạ trị, tăng khả năng bảo tồn cơ quan.

Từ khoá: Ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển, hoá chất bổ trợ trước

SUMMARY

OVERVIEW OF INDUCTION CHEMOTHERAPY IN ADVANCED HYPOPHARYNGEAL

¹Bệnh Viện Đa Khoa Hà Đông

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Đại học y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: trungtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Objectives: Analysis of response rates of induction chemotherapy and subsequent treatment directions. **Study design:** Scoping review. **Methods:** Using database from Pubmed website, Hanoi Medical University library and manual search (January 1996 to July 2022). The inclusion criteria were studies of advanced-stage hypopharyngeal squamous cell carcinoma treated with adjuvant chemotherapy followed by surgery/radiation/adjuvant chemoradiation and outcome reporting on incidence, complete response, partial response, retention rate (GN), progression rate (TTr) and cancer outcome at 3 years. **Result:** Outcomes at 3 years of prior induction chemotherapy. The complete response rate (CR) was 6-55.7%. The partial response rate (PR) is 32-80%. The no change (NC) ratio is 3.3-29.6%. The progressive disease rate (PD) was 6.7-7.5%. The rate of no distant metastasis was 75-91%. The overall survival rate (OS) and preserved larynx rate were achieved from 38.3-76.7% and 34-76, respectively. **Conclusion:** Induction chemotherapy helps in the treatment of patients with advanced stage of pharyngeal squamous cell carcinoma in reducing the rate of distant metastases, allowing the selection of patients for chemotherapy and radiotherapy, increasing the ability of organ preservation.

Keywords: Advanced hypopharyngeal cancer, induction/adjuvant chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng thường đặc trưng bởi khối u nguyên phát lan toả với sự lan rộng ở dưới niêm mạc và niêm mạc, thường phát hiện ở giai đoạn muộn tại thời điểm chẩn đoán cùng với di căn hạch cổ, tiên lượng rất xấu. Do đó các phác đồ điều trị toàn diện, tuần tự, đa phương thức đóng vai trò quan trọng trong toàn bộ điều trị. Một số thử nghiệm ngẫu nhiên (EORT, Joshi,

Paccagnella...) có đối chứng đã chứng minh tính ưu việt của phác đồ điều trị theo phương thức kết hợp sử dụng hoá chất trước. Điều trị hoá chất trước như một chiến lược thu nhỏ và hạ thấp giai đoạn của UTHH tiến triển rồi hoá xạ trị bổ trợ hay xạ trị tiết căn đối với những bệnh nhân có đáp ứng, còn khi không đáp ứng sẽ được tiến hành phẫu thuật cứu hộ. Trong một phân tích cộng gộp của điều trị hoá chất bổ trợ trước trong ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ đã đưa ra tỷ lệ đáp ứng là 80-90% và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 20-40%. Để đưa ra cái nhìn khách quan, đầy đủ đối với ưu, nhược điểm của việc áp dụng điều trị hoá chất bổ trợ trước giúp cho các bác sỹ tư vấn phương thức điều trị phù hợp với nhu cầu và mong muốn ngày càng nâng cao của người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Phân tích tỷ lệ đáp ứng của hoá chất bổ trợ trước và các hướng điều trị tiếp theo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

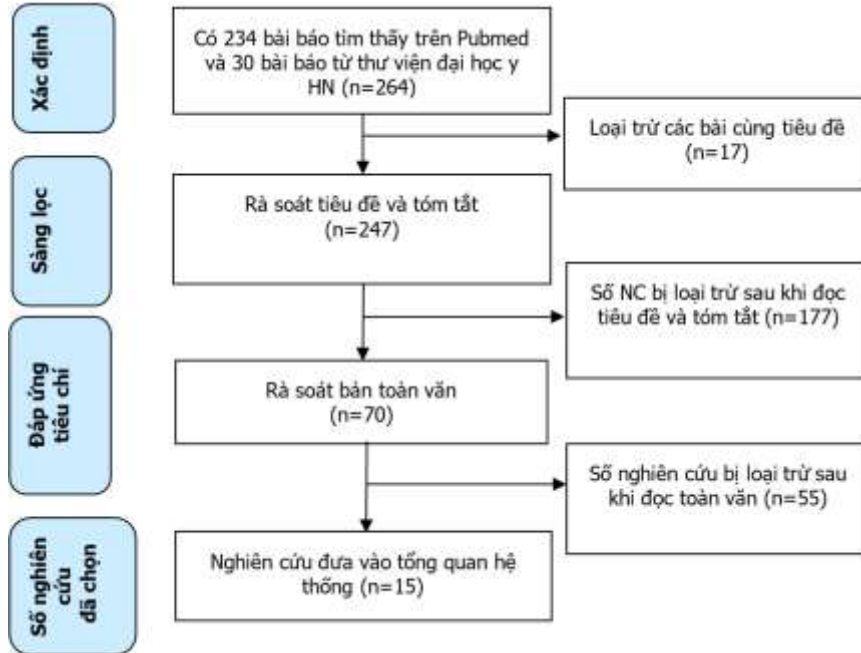
2.1. Tiêu chí lựa chọn và loại trừ. Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu thuần tập hồi cứu hoặc tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng/bán lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, nghiên cứu đánh giá trước sau can thiệp, các nghiên cứu về áp dụng điều trị hoá chất trước theo sau có thể là phẫu thuật/xạ trị/ hoá-xạ trị bổ trợ, bệnh nhân

ung thư biểu mô tế bào vảy vùng hạ họng giai đoạn tiến triển đã được chứng minh về mặt mô học, tỷ lệ nguy cơ được báo cáo (HR) với khoảng tin cậy 95% (CI) cho khả năng sống sót toàn bộ (STB) và/hoặc sống sót không tiến triển (KTTTr), hoặc dữ liệu để tính toán những điều này, các nghiên cứu có bản toàn văn bằng tiếng việt hoặc tiếng anh. Tiêu chí loại trừ là các nghiên cứu về áp dụng hoá chất trước trong ung thư hạ họng-thanh quản giai đoạn tiến triển, Các nghiên cứu báo cáo ca bệnh hay chùm bệnh, bài báo, báo cáo thử nghiệm lâm sàng trên động vật hoặc các nghiên cứu chỉ đưa ra kết quả sơ bộ.

2.2. Nguồn cơ sở dữ liệu. Một tìm kiếm có hệ thống được thực hiện trong năm 2021 bởi 2 tác giả, dữ liệu được thu thập từ tháng năm 1996 đến năm 2022.

Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến như: Pudmed với từ khóa "(Advanced Hypopharynx* cancer OR advanced hypopharynx* carcinoma OR advanced hypopharynx* neoplasms OR advanced hypopharynx* SCC) AND (Induction chemotherap* OR neoadjuvant chemotherap*") và các từ đồng nghĩa. Ở trang Thư viện Đại học Y Hà Nội với từ khóa "Ung thư hạ họng".

Chọn lọc, quản lý tài liệu và trích xuất dữ liệu.



Hình 1: Sơ đồ quá trình lựa chọn và loại trừ các nghiên cứu

Các nghiên cứu tìm được sẽ được đọc cẩn thận phần tiêu đề và tóm tắt theo tiêu chí lựa chọn để tìm ra nghiên cứu lấy toàn văn. Các

nghiên cứu toàn văn sẽ được đọc chi tiết, đối chiếu với tiêu chí lựa chọn và loại trừ để chọn ra các nghiên cứu phù hợp và trích xuất dữ liệu bao

gồm: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ đáp ứng một phần, tỷ lệ giữ nguyên, tỷ lệ tiến triển, tỷ lệ bệnh không tiến triển, tỷ lệ sống chung, tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tỷ lệ không di căn xa, tỷ lệ bảo tồn thanh quản

Các nghiên cứu được lựa chọn được quản lý bằng phần mềm zotero 5.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Kết quả đáp ứng tại u sau 2-3 chu kỳ hóa chất trước

STT	Tác giả/Năm	N	ĐÚ(%)			KĐÚ(%)		
			N ₁	HT	MP	N ₂	GN	TTr
1	Céruse/2014	80	85	42,5	42,5	15	15	0
2	Chung/2019	74	89,2	10,8	78,4	10,8	7,5	7,5
3	Dietz /2009	31	90	10	80	10	3,3	6,7
4	Joshi P/ 2013	59	66	6	60	34	30	4
5	Kim/1998	37	86,5	24,3	62,2	13,5	13,5	0
6	Lee/2018	45	100	37,8	62,2	0	0	0
7	Lefebvre/1996	100	86	54	32	14	13	1
8	Liu/2018	170	63	17	46	37	31	6
9	Nakahara/2012	61	100	55,7	44,3	0	0	0
10	Phùng/2022	41	73,2	12,2	61	26,8	12,2	7,3
11	Urba/2005	22	72,7	18,2	54,5	27,3	13,6	0
12	Tai/2008	27	70,4	18,5	51,9	29,6	29,6	0

Nhận xét: Trong số 12 nghiên cứu với 747 bệnh nhân, các nghiên cứu đều có tỷ lệ đáp ứng khá cao từ 63-100%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn từ 6-55,7%, tỷ lệ đáp ứng một phần từ 32-80%.

Trong đó có 3 nghiên cứu với 137 bệnh nhân đạt được tỷ lệ đáp ứng tại khối u cao nhất trong khoảng 90-100%, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao nhất là 55,7% theo nghiên cứu của Nakahara và thấp nhất là 10% ở theo nghiên cứu của Dietz.^{3,9}

3.1. Kết quả tìm kiếm. Trong quá trình tìm kiếm bằng từ khóa chúng tôi tìm thấy 234 bài báo từ nguồn dữ liệu Pubmed, 30 bài từ thư viện đại học Y Hà Nội. Sau khi đọc tiêu đề và tóm tắt thì có 70 bài báo đáp ứng đủ tiêu chí để tiến hành đọc toàn văn bài báo. Cuối cùng dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ thì chúng tôi chọn được 15 bài báo đưa vào phân tích.

3.2. Kết quả ung thư

Trong đó có 7 nghiên cứu với 381 bệnh nhân đạt được tỷ lệ đáp ứng tại khối u. khá cao từ 70,4-89,2%, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao nhất là 42,5% theo nghiên cứu của Céruse và thấp nhất là 12,2% theo nghiên cứu của Phùng.^{1,10}

Trong đó có 2 nghiên cứu với 229 bệnh nhân đạt tỷ lệ đáp ứng tại khối u dưới 70%, lần lượt theo nghiên cứu của Liu và Joshi P là 63%, 66%, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tương ứng lần lượt là 17% và 6%.^{4,8}

Bảng 2: Kết quả đáp ứng tại khối u sau khi xạ trị/hóa xạ.

STT	Tác giả/Năm	N	ĐÚ(%)			KĐÚ(%)		
			N ₁	HT	MP	N ₂	GN	TTr
1	Chung/2019	74	86,5	60,8	25,7	13,4	6,7	6,7
2	Dietz/2009	27	100	33,3	66,7	0	0	0
3	Kim/1998	37	75,7	54,1	21,6	5,4	5,4	0
4	Lee/2018	45	100	82,2	17,8	0	0	0

Nhận xét: Trong số 4 nghiên cứu với 183 bệnh nhân sau khi hoá xạ hoặc xạ trị tỷ lệ đáp ứng tổng thể tăng ở một nghiên cứu từ 90% đến 100%, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đều tăng ở tất cả các nghiên cứu từ 10-37,8% đến 33,3-82,2%.

Bảng 3: Kết quả đáp ứng tại hạch sau 2-3 chu kỳ hóa chất trước

STT	Tác giả/Năm	N	ĐÚ(%)			KĐÚ(%)		
			N ₁	HT	MP	N ₂	GN	TTr
1	Lefebvre/1996	61	99	51	48	1	0	1
2	Liu/2018	124	70	23	47	30	22	8
3	Tai/2008	20	65	15	50	35	35	0

Nhận xét: Trong số 3 nghiên cứu với 205 bệnh nhân, các nghiên cứu đều có tỷ lệ đáp ứng tại hạch tương đối cao từ 65-99%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tương đối khá quan từ 15-51%, tỷ lệ đáp ứng một phần cũng đạt được từ 47-50%.

Bảng 4: Kết quả điều trị sau cùng của mô thức có sử dụng hoá chất trước

Năm	Tác giả/Năm	N	KTTTr (%)	STB (%)	KSTC (%)	KDCX (%)	BTTQ (%)
3	Céruse/2014	88	29,1	38,3	30	86	76
	Kim/1998	37	52	65	35,1	0	43
	Lefebvre/1996	100	43	57	71	75	42
	Liu/2018	170	43,3	44,5	63	91	27,8
	Urba/2005	22	48	58	-	-	34
	Tai/2008	32	33,1	35,3	-	-	33,9
	Takehana/2016	146	55	76,7	-	-	64,3
5	Chung/2019	74	52,7	44,6	68,9	91,9	71,6
	Kubo/2020	34	57,7	53,6	73,1	-	-
	Lefebvre/1996	100	25	30	-	-	35
	Nakahara/2012	61	45,4	62,1	71,4	-	-
10	Lefebvre/2012	100	10,8	13,1	70	62	8,7

Chú thích: KTTTr: không tiến triển, STB: sống toàn bộ, KSTC: kiểm soát tại chỗ, KDCX: không di căn xa, BTTQ: bảo tồn thanh quản.

Nhận xét: Trong số 6 nghiên cứu với 417 bệnh nhân sau 3 năm theo dõi đã cho thấy tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tỷ lệ không di căn xa và tỷ lệ sống toàn bộ đạt được tương đối cao; đồng thời tỷ lệ bảo tồn thanh quản và tỷ lệ không tiến triển tương đối khả quan. Tỷ lệ kiểm soát di căn xa đạt được tương đối cao ở các nghiên cứu từ 75-91%. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ cũng đạt được từ 30-63%. Tỷ lệ sống toàn bộ và tỷ lệ bảo tồn thanh quản đạt được lần lượt từ 38,3-76,7% và 34-76%.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô vảy vùng hạ họng là một khối u phát triển nhanh và khó điều trị; được biết đến với tiên lượng khá xấu. Hơn nữa những khối ung thư vùng hạ họng và quá trình điều trị chúng ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, việc nuốt và hoạt động xã hội của bệnh nhân. Khi quản lý bệnh nhân mắc ung thư hạ họng các bác sỹ cần lưu ý tầm quan trọng của việc duy trì chất lượng cuộc sống bên cạnh việc điều trị. Trong nhiều thập kỷ, lựa chọn điều trị tiêu chuẩn mang lại kết quả ung thư tốt nhất là sự kết hợp giữa phẫu thuật cắt hạ họng-thanh quản với tái tạo hầu họng, sau đó là xạ trị/hoá xạ. Tuy nhiên hiện nay hoá chất bổ trợ trước và hoá xạ trị đồng thời ngày càng trở lên phổ biến như một phương pháp điều trị chính ung thư hạ họng trong bối cảnh xu hướng toàn cầu hướng tới liệu pháp bảo tồn cơ quan. Việc lựa chọn một phương pháp điều trị bảo tồn cơ quan chức năng đòi hỏi bệnh nhân phải chịu được quá trình điều trị kéo dài, các độc tính kèm theo và tham gia vào quá trình phục hồi chức năng sau khi điều trị. Hoá chất bổ trợ trước theo sau là xạ trị hoặc hoá xạ

đồng thời là một phương pháp điều trị bảo tồn cơ quan chức năng cho bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển tại chỗ, cũng có thể thích hợp cả cho những bệnh nhân có nguy cơ di căn xa tương đối cao, chẳng hạn những trường hợp có hạch lympho tiến triển. Mặc dù cách tiếp cận này có thể không hiệu quả bằng hoá xạ trị đồng thời trong việc kiểm soát tỷ lệ tiến triển tại chỗ mà không cần phẫu thuật thanh quản cứu cánh, liệu pháp hoá chất bổ trợ trước có thể làm giảm tỷ lệ di căn xa so với xạ trị đơn thuần, và có kết quả sống sót tốt hơn, mặc dù không có ý nghĩa thống kê so với hoá xạ trị đồng thời.

4.1. Tỷ lệ đáp ứng sau khi sử dụng hoá chất bổ trợ trước. Hoá chất bổ trợ trước với taxane, platinum kết hợp với 5FU đã cho thấy tỷ lệ đáp ứng tổng thể tăng đến 100% và tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt được đến 55,7%.

Thêm vào đó những bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn với hoá chất trước có khả năng chữa khỏi cao hơn. Theo nghiên cứu của Kim và cộng sự đưa ra có 78% bệnh nhân trong số đạt đáp ứng hoàn toàn vẫn sạch bệnh sau 3 năm, một trường hợp tái phát hạch lympho sau 15 tháng đã được phẫu thuật nạo vét hạch và được sạch bệnh với một thanh quản được bảo tồn sau 3 năm. Nghiên cứu của Chung và cộng sự đã cho thấy 100% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn đều sạch bệnh sau 16,4 tháng theo dõi.²

Tuy nhiên, những bệnh nhân không đáp ứng hoàn toàn sau khi hoá chất trước có khả năng thất bại điều trị cao, mặc dù họ đã đạt đáp ứng hoàn toàn sau xạ trị. Theo nghiên cứu của Kim và cộng sự đưa ra khoảng 50% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn sau lần xạ trị tiếp, nhưng chỉ 25% vẫn sạch bệnh sau 3 năm. Nghiên cứu của Chung và cộng sự cũng đưa ra trong số 62,1% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn sau lần hoá xạ đồng thời hoặc xạ trị tiếp theo, sau 16,4

tháng theo dõi có 44,8% bệnh nhân vẫn sạch bệnh.² Hoá chất hỗ trợ trước mang lại cơ hội quan trọng cho nhóm điều trị, sớm lựa chọn những người không đáp ứng trước khi hoá xạ trị để phẫu thuật cứu hộ và có thể giúp giảm thiểu các tai biến liên quan đến phẫu thuật do tái phát sau hoá trị.³

4.2. Kết quả đạt được cuối cùng khi sử dụng hoá chất trước. Ưu điểm quan trọng nhất của hoá chất hỗ trợ trước và xạ trị/hoá xạ tiếp theo là bảo tồn cơ quan và tỷ lệ sống sót tốt hơn so với chỉ chiếu xạ. Trong nghiên cứu của Kim và cộng sự 43% bệnh nhân đã hoàn thành liệu pháp có thể giữ lại được thanh quản nhiều hơn 3 năm với tỷ lệ sống sót toàn bộ và tỷ lệ bệnh không tiến triển lần lượt là 65%, 52% sau 3 năm theo dõi. Bên cạnh đó nghiên cứu của Kim và cộng sự cũng cho thấy lợi ích tiềm năng của hoá chất trước trong việc giảm tỷ lệ di căn xa, hiện đang là nguyên nhân chính gây thất bại trong ung thư đầu cổ, khi không có bệnh nhân nào phát triển thành di căn xa trong vòng 3 năm. Céruse và cộng sự đã đưa ra kết quả hồi cứu đa trung tâm trên 88 bệnh nhân ung thư xoang lê giai đoạn II-IV có thể hoặc không thể phẫu thuật được điều trị bằng hoá chất trước sau đó là xạ trị với 76% bệnh nhân còn giữ được thanh quản sau 3 năm nhưng tỷ lệ sống sót toàn bộ và tỷ lệ bệnh không tiến triển chỉ đạt lần lượt là 38,3%, 29,1%.¹ Về thời gian sống thêm 5 năm, tỷ lệ sống sót toàn bộ cao hơn một chút so với mô tả trong nghiên cứu của Lefebvre và cộng sự (tương ứng 35,4 so với 30%), tỷ lệ bệnh không tiến triển là tương đương trong cả hai nghiên cứu (tương ứng 24% so với 25%).¹ Tỷ lệ sống sót khá thấp của nghiên cứu Céruse so với các nghiên cứu khác có thể được giải thích bởi thực tế hầu hết bệnh nhân (72%) trong nghiên cứu có khối u giai đoạn IV và các hạch lympho không thể phẫu thuật được.¹

Hoá chất trước với xạ trị/hoá xạ có vẻ hiệu quả như phẫu thuật triệt để với xạ trị sau phẫu thuật mà không ảnh hưởng đến khả năng sống sót. Lefebvre và cộng sự đã báo cáo kết quả của một nghiên cứu ngẫu nhiên giai đoạn III so sánh nhóm hoá chất hỗ trợ trước với phẫu thuật ngay lập tức, có hoặc không có xạ trị sau phẫu thuật cho bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn II-IV.⁷ Thử nghiệm này có 194 bệnh nhân tham gia, tỷ lệ sống sót toàn bộ trong 3 và 5 năm lần lượt là 57%, 30% đối với nhóm hoá chất trước và 43%, 35% đối với nhóm xạ trị sau phẫu thuật; tỷ lệ bệnh không tiến triển trong 3 và 5 năm lần lượt là 43%, 25% đối với nhóm hoá chất trước và

32%, 27% đối với nhóm xạ trị sau phẫu thuật.⁷

V. KẾT LUẬN

Hoá chất hỗ trợ trước giúp cho việc điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn tiến triển trong việc góp phần giảm tỷ lệ di căn xa, cho phép lựa chọn bệnh nhân điều trị hoá xạ trị, tăng khả năng bảo tồn cơ quan. Các thử nghiệm trong tương lai nên tập trung vào việc cải thiện hoá chất hỗ trợ trước và giảm thiểu các độc tính muộn đe dọa tính mạng do hoá trị và xạ trị tuần tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Céruse P, Cosmidis A, Belot A, et al.** A pyriform sinus cancer organ preservation strategy comprising induction chemotherapy with docetaxel, cisplatin, and 5-fluorouracil, followed by potentiated radiotherapy: a multicenter, retrospective study. *Anticancer Drugs*. 2014;25(8):970-975.
2. **Chung EJ, Jeong WJ, Jung YH, et al.** Long-term oncological and functional outcomes of induction chemotherapy followed by (chemo)radiotherapy vs definitive chemoradiotherapy vs surgery-based therapy in locally advanced stage III/IV hypopharyngeal cancer: Multicenter review of 266 cases. *Oral Oncol*. 2019;89:84-94.
3. **Dietz A, Rudat V, Dreyhaupt J, et al.** Induction chemotherapy with paclitaxel and cisplatin followed by radiotherapy for larynx organ preservation in advanced laryngeal and hypopharyngeal cancer offers moderate late toxicity outcome (DeLOS-I-trial). *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2009; 266(8) : 1291-1300.
4. **Joshi P, Patil V, Joshi A, et al.** Neo-adjuvant chemotherapy in advanced hypopharyngeal carcinoma. *Indian J Cancer*. 2013;50(1):25-30.
5. **Kim et al.** - 1998 - Neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy for the .pdf.
6. **Lee JK, Lee KH, Kim SA, et al.** p16 as a prognostic factor for the response to induction chemotherapy in advanced hypopharyngeal squamous cell carcinoma. *Oncol Lett*. 2018;15(5):6571-6577.
7. **Lefebvre JL, Chevalier D, Lubinski B, Kirkpatrick A, Collette L, Sahnoud T.** Larynx preservation in pyriform sinus cancer: preliminary results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer phase III trial. EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. *J Natl Cancer Inst*. 1996;88(13):890-899.
8. **Liu S, Fang J, Ma H, et al.** Rational choice of induction chemotherapy-based larynx preservation for hypopharyngeal cancer. *Acta Otolaryngol*. 2018;138(12):1146-1153. doi:10.1080/00016489.2018.1506152
9. **Nakahara R, Kodaira T, Furutani K, et al.** Treatment outcomes of definitive chemoradiotherapy for patients with hypopharyngeal cancer. *J Radiat Res*. 2012; 53(6):906-915.
10. **Phùng Thị Hoà.** Đánh giá điều trị ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn III, IV (M0) bằng Cisplatin-Taxane và 5FU trước phẫu thuật và/hoặc xạ trị. 2009;76;133.