

# TỔNG QUAN VỀ HÓA XẠ TRỊ KẾT HỢP TRONG UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN IIB

Trần Thị Kim Phụng, Nguyễn Đức Lợi<sup>1</sup>, Lê Duy Sơn<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên, <sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Bệnh viện ĐKTW Thái Nguyên

## TÓM TẮT

Hướng dẫn quốc tế về điều trị ung thư vòm mũi họng của Hiệp hội đầu cổ châu Âu, Hiệp hội ung thư châu Âu, Hiệp hội xạ trị và ung thư châu Âu (EHNS-ESMO-ESTRO) cũng như mạng ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) đã thống nhất xạ trị đơn thuần cho giai đoạn I, II A, hóa xạ trị kết hợp cho giai đoạn IIB-IVB. Với giai đoạn III-IVB, hóa xạ kết hợp đã được khẳng định hiệu quả. Tuy nhiên, với giai đoạn IIB, mặc dù nhiều nghiên cứu đã chứng minh xạ trị đơn thuần là không đủ để kiểm soát tình trạng di căn xa, nhưng kết hợp hóa xạ trị cho giai đoạn này vẫn còn nhiều tranh cãi về tính hiệu quả cũng như tính phù hợp của các hình thức kết hợp (hóa chất bổ trợ, hóa chất tân bổ trợ, hóa xạ trị đồng thời có hay không kèm hóa chất bổ trợ).

**Từ khóa:** Ung thư vòm mũi họng, giai đoạn IIB, hóa xạ trị kết hợp, đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm

## ĐẶT VÁN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là một bệnh khó phát hiện sớm và chẩn đoán. Bệnh luôn có xu hướng xâm lấn tại chỗ, tại vùng nên còn nhiều bệnh nhân đến viện ở giai đoạn tiền triền và giai đoạn muộn. Mặc dù vậy, tiên lượng chung của UTVMH đã được cải thiện qua ba thập kỷ gần đây nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán, quản lý cũng như trong điều trị bệnh.

Xạ trị là vũ khí chính trong điều trị UTVMH. Với giai đoạn sớm, xạ trị có thể kiểm soát được bệnh với tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt được trên 90% [10]. Tuy nhiên, điều trị UTVMH giai đoạn sớm còn phụ thuộc vào từng cá thể và mức độ đáp ứng điều trị cũng khác rất nhiều giữa các phân nhóm. Trong số các bệnh nhân giai đoạn sớm (I,II), các bệnh nhân giai đoạn IIB thường có kết quả điều trị xấu hơn. Nhiều tác giả đã nhận thấy cần phải phối hợp hóa trị cho giai đoạn IIB để đạt được hiệu quả kiểm soát tình trạng di căn xa.

Hiện nay, theo hướng dẫn quốc tế của Mạng ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) cũng như Hiệp hội đầu cổ châu Âu, Hiệp hội ung thư châu Âu, Hiệp hội xạ trị và ung thư châu Âu

(EHNS-ESMO-ESTRO), kết hợp hóa xạ trị là chỉ định điều trị chuẩn cho UTVMH giai đoạn IIB-IVB [12], [15]. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh hiệu quả của hóa xạ kết hợp cho giai đoạn III-IVB. Còn đối với giai đoạn IIB, mặc dù một số nghiên cứu đã khẳng định vai trò của hóa chất, đặc biệt với phân nhóm T2N1, vẫn tồn tại các tranh cãi. Đó là: Kết hợp hóa xạ trị cho UTVMH giai đoạn IIB có thật sự hiệu quả và với cách thức phối hợp nào là hợp lý nhất? Trong bài báo này, chúng tôi giới thiệu một cách khái quát về hiệu quả của hóa xạ với các hình thức kết hợp trong điều trị UTVMH giai đoạn IIB.

## ĐẶC ĐIỂM UTVMH GIAI ĐOẠN IIB

Theo phân loại của UICC 2002, giai đoạn IIB bao gồm các phân nhóm T1-T2aN1M0 và T2b-N0-N1M0. T2b và N1 là hai yếu tố quan trọng của giai đoạn IIB. Phân tích sống thêm chỉ ra rằng, phân nhóm T2 và N1 là hai yếu tố nguy cơ của di căn xa ở bệnh nhân UTVMH giai đoạn sớm, đặc biệt là giai đoạn IIB.

Xâm lấn khoang cận hẫu (T2b) là nguy cơ của di căn xa. Khi tổn thương lan về phía nền sọ và bề mặt lồng léo của khoang cận hẫu thì tỷ lệ di căn xa sẽ tăng lên một cách có ý nghĩa. Mức độ xâm lấn khoang cận hẫu càng nhiều thì nguy cơ di căn xa càng cao.

\* Tel: 0912 867711, Email: phuonghong433tn@gmail.com

Teo và cs (1996) [16] cho thấy những bệnh nhân T2bN0 có tỷ lệ 3 năm sống thêm không bệnh (DFS) thấp hơn 18% so với T2bN1 (4% so với 22%). Mặc dù đều có di căn hạch cổ (N1) nhưng các bệnh nhân T1-2a có thời gian sống thêm 5 năm DFS cao hơn có ý nghĩa so với T2b, mặc dù cả hai phân nhóm đều thuộc giai đoạn IIB [5].

Theo Zhang và cs (2008) [20], tỷ lệ sống thêm 5 năm không di căn xa (DMFS) của bệnh nhân T2b thấp hơn 12,6% (73,6% so với 86%) so với những bệnh nhân không có xâm lấn đến khu vực này.

Kết quả trên khẳng định các bệnh nhân có xâm lấn khoang cận hẫu có nguy cơ di căn xa cao hơn với những bệnh nhân không có xâm lấn khu vực này ngay cả khi có di căn hạch cổ hay không và khoang cận hẫu với sự tập trung của mạng lưới giàu mao mạch dường như là nguyên nhân gây di căn xa nhiều hơn so với việc di căn hạch cổ.

#### KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UTVMH GIAI ĐOẠN IIB Xạ trị đơn thuần

Xạ trị đơn thuần là một sự lựa chọn đầu tiên cho UTVMH, là phương pháp chuẩn và truyền thống cho giai đoạn sớm. Tuy nhiên, khi phân tích dưới nhóm, các tác giả đều nhận định là xạ trị đơn thuần là rất tốt cho UTVMH giai đoạn sớm, nhưng kết quả lại khác nhau theo mỗi phân nhóm. Thất bại chính của xạ trị đơn thuần ở giai đoạn này là ở vấn đề di căn xa, đặc biệt là ở phân nhóm IIB.

Xiao và cs (2009) [18] xạ trị đơn thuần bằng 2DRT cho bệnh nhân UTVMH giai đoạn T1-T2N0-N1M0. 5 năm sống thêm toàn bộ (OS) cho cả nhóm là 85%. 5 năm OS của bệnh nhân giai đoạn T1N0, T2N0, T1N1 là 96,6%; 91,3%; 85,8% ( $p > 0,05$ ). 5 năm sống thêm không tái phát tại chỗ (LRFS) và không tái phát tại vùng (RRFS) cũng không có sự khác biệt ( $p < 0,05$ ). 5 năm DMFS lần lượt là 94,9%; 97,5%; 95,6% ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, 5 năm OS của bệnh nhân T2N1 chỉ đạt 73,1% và 5 năm DMFS là 81,2%, sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tác giả kết luận xạ trị đơn thuần mang lại hiệu quả cho bệnh nhân UTVMH giai đoạn T1N0, T2N0, T1N1 nhưng xấu hơn ở giai đoạn T2N1. Lý do chính của thất bại là di căn xa. Tác giả khuyến cáo, các bệnh nhân UTVMH ở nhóm T2N1 nên được kết hợp hóa xạ trị thay vì xạ đơn thuần [18].

Wong và cs (2010) [17], điều trị cho 40 bệnh nhân UTVMH có N1 bằng xạ trị điều biến liệu (IMRT) và có 3 năm DMFS là 100%. Tuy nhiên, Xu và cs (2011) [19] xạ trị 2DRT cho các bệnh nhân N1 thì 5 năm DMFS chỉ là 81,5%. IMRT đã làm tăng tỷ lệ kiểm soát tại vùng và làm giảm tác dụng phụ tới mô lành. Theo Lee và cs (2005) [10], vì làm tăng tỷ lệ kiểm soát tại vùng nên IMRT đã làm tăng thêm 11% DMFS 5 năm so với nhóm xạ trị bằng 2DRT. Cũng tác giả Lee năm 2012 cho [9] thấy xạ trị 3DCRT hoặc IMRT không kết hợp hóa chất có tỷ lệ sống thêm đặc hiệu là 95%.

Su và cs (2012) [14], điều trị cho 198 bệnh nhân UTVMH giai đoạn sớm bằng IMRT (141 bệnh nhân giai đoạn IIB), cho kết quả: tỷ lệ 5 năm OS, LRFS, DMFS lần lượt là 97,3%; 97,7% và 97,8%. 5 năm DMFS là 100%; 98,8%; 100%; và 93,8% ( $p = 0,125$ ). Những số liệu này cho thấy hiệu quả của IMRT đối với giai đoạn IIB và I là tương đương. Tuy nhiên T2b và N1 vẫn là 2 yếu tố nguy cơ của di căn xa ở bệnh nhân giai đoạn IIB. Tỷ lệ thất bại ở nhóm này là 6%. Di căn xa hoặc tái phát tại vùng chiếm 9% (12 bệnh nhân) và 7 trong 12 bệnh nhân tử vong.

Guo và cs (2016) [7] nghiên cứu điều trị trên 311 bệnh nhân UTVMH giai đoạn II bằng IMRT đơn thuần hoặc kết hợp hóa trị. Tác giả nhận định, IMRT cho kết quả điều trị hoàn hảo cho bệnh nhân giai đoạn II. Tuy nhiên, các bệnh nhân ở phân nhóm khác nhau sẽ có kết quả điều trị khác nhau. DMFS là một thất bại chính, đặc biệt với phân nhóm T2N1.

Với các nhận định về kết quả xạ đơn thuần như trên, nhiều tác giả đã chủ trương kết hợp

hóa chất trong điều trị để có thể đạt được mục đích kiểm soát vẫn đề di căn xa trong UTVMH giai đoạn IIIB bằng nhiều hình thức khác nhau từ hỗ trợ trước, hỗ trợ, đến hóa xa đồng thời...

### **Hóa xạ trị kết hợp**

#### **Hóa trị hỗ trợ trước**

Hóa trị hỗ trợ trước (Neoadjuvant chemotherapy-NAC) đầu tiên được áp dụng cho UTVMH giai đoạn tiền triển tại chỗ, tại vùng đã được khẳng định có hiệu quả. Tuy nhiên, NAC cho giai đoạn sớm mới có ít các nghiên cứu để cập đến. Chua và cs (2006) [6] có một nghiên cứu tổng hợp trên 208 bệnh nhân UTVMH giai đoạn IIIB, điều trị NAC + kết hợp xạ trị so với xạ trị đơn thuần. Kết quả: 5 năm OS ở nhóm có hóa trị cao hơn 12% so với nhóm xạ trị đơn thuần (79% so với 67%, p = 0,048). 5 năm DMFS ở nhóm có hóa trị cao hơn 15% so với nhóm xạ trị đơn thuần (86% so với 71%, p = 0,005). Tác giả kết luận tỷ lệ OS của bệnh nhân giai đoạn IIIB ở nhóm xạ trị đơn thuần thấp hơn ở nhóm kia là do di căn xa, nguyên nhân thất bại chính của điều trị UTVMH giai đoạn IIIB và NAC làm giảm di căn xa, tăng thời gian sống thêm.

Tuy nhiên, một số tác giả khác lại có kết luận trái với kết quả trên. Các tác giả cho rằng, NAC làm chậm lại quá trình điều trị tại vùng, làm tăng sự nhận lên của tế bào ung thư tại vùng và không tạo được được sự nhạy cảm xạ cho tế bào ung thư. Song và cs (2008) phân tích trên 43 bệnh nhân UTVMH giai đoạn IIIB (22 bệnh nhân được xạ trị đơn thuần, 21 bệnh nhân được NAC bằng Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup>, ngày 1; 5 Fluourouracil 1000 mg/m<sup>2</sup>, ngày 1-5, dùng 3 chu kỳ). Kết quả, thời gian 5 năm DMFS và DFS của hai nhóm là ngang nhau. Tác giả thấy rằng, tri hoãn xạ trị tại vùng hơn 81 ngày là lý do làm tăng nguy cơ tái phát một cách có ý nghĩa (p = 0,004). Tác giả kết luận: NAC không mang lại hiệu quả cho điều trị UTVMH giai đoạn IIIB, và nó đã làm chậm trễ việc xạ trị tại vùng và làm tăng sự phát triển của tế bào ung thư, tăng nguy cơ tái phát tại vùng [13].

### **Hóa xạ đồng thời (Concurrent chemoradiotherapy - CCRT)**

#### **\* Xạ trị quy ước kết hợp hóa trị đồng thời**

Xu và cs (2011) [19] nghiên cứu trên 392 bệnh nhân UTVMH T2N1M0 (IIIB) điều trị bằng hóa xạ đồng thời so với xạ trị đơn thuần. Kết quả: 5 năm OS và 5 năm DFS cao hơn ở nhóm hóa xạ đồng thời mặc dù không có ý nghĩa thống kê. (80,2% so với 76,6%, p = 0,778; 70,5% so với 64,2%, p = 0,413). 5 năm DMFS thấp hơn ở nhóm hóa xạ trị đồng thời (76,9% so với 81,5%, p = 0,336). Tuy nhiên, tỷ lệ 5 năm RRFS cao hơn ở nhóm hóa xạ đồng thời (91,5% so với 77,3%, p = 0,007). Phân tích đa biến cho thấy, hóa xạ trị đồng thời là yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng thời gian sống thêm không tái phát (p = 0,007).

Chen và cs (2011) [3] trong một nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ 5 năm OS, PFS, DMFS ở nhóm hóa xạ trị đồng thời cao hơn có ý nghĩa so với nhóm xạ trị đơn thuần. Tỷ lệ này lần lượt là 94,5% so với 85,8%, p = 0,007; 87,9% so với 77,8%, p = 0,017; 94,8% so với 83,9%, p = 0,007. Tuy nhiên hóa xạ trị đồng thời làm tăng tỷ lệ độc tính rõ ràng trên hệ thống tạo huyết và niêm mạc cũng như đường tiêu hóa nhưng ở mức độ chấp nhận được.

#### **\* Xạ trị điều biến liều (IMRT) với hóa trị**

Điều trị UTVMH giai đoạn II bằng kỹ thuật xạ 2DRTCRT đơn thuần đã được chứng minh là chưa mang lại hiệu quả tốt nhất. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy hóa chất là cần thiết vì có một tỷ lệ đáng kể di căn xa và tỷ lệ sống thêm còn thấp sau xạ trị đơn thuần. Kết hợp hóa xạ trị đã được chứng minh tính hiệu quả trong UTVMH giai đoạn này [3], [19]. Nhiều tiến bộ của xạ trị cũng được ứng dụng trong điều trị. IMRT là một trong những tiến bộ ở thời điểm hiện tại, nó giúp cải thiện đáng kể kết quả điều trị và nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân so với xạ trị 2DRT. Câu hỏi kết hợp hóa trị và IMRT liệu có mang lại kết quả vượt trội so với các kỹ thuật trước đã được một số tác giả đặt ra. Tuy nhiên mới chỉ một vài nghiên cứu kết hợp hóa trị với IMRT

trong điều trị UTVMH giai đoạn II cho đến thời điểm hiện tại.

Kang và cs (2015) [8] nghiên cứu trên 138 bệnh nhân UTVMH giai đoạn II được xạ trị triết căn (đơn thuần hoặc kết hợp hóa trị). 5 năm LRRFS, DMFS, PFS, OS là 86,2%; 85,5%; 74,4%; 88,2%. Yếu tố tiên lượng đặc hiệu cho sống thêm không tái phát tại chỗ tại vùng là hóa xạ trị đồng thời và giai đoạn N; CCRT là yếu tố tiên lượng đặc hiệu cho sống thêm không tiến triển; tuổi và giai đoạn N là yếu tố tiên lượng đặc hiệu cho OS. NAC và CCRT đều không cải thiện DMFS. Các tác giả kết luận, CCRT cải thiện đáng kể 5 năm LRRFS và PFS giai đoạn II.

Luo và cs (2014) [11] báo cáo kết quả điều trị UTVMH giai đoạn sớm I, IIA, IIB. Các tác giả chứng minh rằng, 3 năm OS của bệnh nhân điều trị bằng CCRT cao hơn so với IMRT đơn thuần (100 so với 81,4%, p = 0,04); hóa xạ trị kết hợp là yếu tố tiên lượng đặc hiệu cho DMFS, tỷ lệ kiểm soát tại vùng và OS (p < 0,05).

Nghiên cứu của Guo (2016) [7] với số lượng bệnh nhân lớn hơn (311 bệnh nhân), thời gian theo dõi dài hơn (57 tháng) cho kết quả tốt hơn với 5 năm OS, DSS, DMFS, LRRFS và DFS là 91,1%; 93,5%; 90,6%; 95,9% và 87,6%. Kết hợp thêm hóa trị chỉ có ý nghĩa đối với LRRFS (HR 0,263; 95% CI 0,083-0,0839; p = 0,024).

Cập nhật nghiên cứu MAC-NPC của Collaborative Group (MAC-NPC2) (2015) cho thấy kết quả hóa trị có tác động theo giai đoạn như sau I,II (hầu hết là giai đoạn II) HR = 0,95 (95% CI 0,65-1,44); HR = 0,75 (0,59-0,94) với giai đoạn III; HR = 0,72 (0,58-0,89) cho giai đoạn IV-A-B (p = 0,24). Hiệu quả 5 năm OS tương ứng với 3,6%, 6,0% và 8,1%. Nghiên cứu không ủng hộ việc kết hợp hóa xạ trị cho giai đoạn sớm. Hơn nữa, việc bổ sung thêm hóa chất còn làm tăng chi phí điều trị và làm giảm sức khỏe của bệnh nhân [2].

Kết quả nghiên cứu trên diện rộng về hiệu quả CCRT cho bệnh nhân ở kỳ nguyên IMRT với sự tiến bộ về kỹ thuật điều trị và chẩn

đoán (MRI,PET/CT) vẫn cần các nghiên cứu tiền cứu trên phạm vi rộng, ngẫu nhiên, đa trung tâm để có đủ bằng chứng thuyết phục

### Hóa chất hỗ trợ

Mục đích của hóa chất hỗ trợ (Adjuvant chemotherapy-AC) là làm giảm di căn xa. CCRT kết hợp AC được áp dụng cho điều trị UTVMH tại Đài Loan, Hong Kong và một số nơi. Tuy nhiên rất hiếm thấy áp dụng phương pháp này cho điều trị UTVMH giai đoạn sớm. Cheng và cs (2000) [4] điều trị 44 ca UTVMH giai I, II bằng xạ trị đơn thuần và CCRT+AC. Tỷ lệ kiểm soát tại vùng 3 năm và DFS ở nhóm xạ đơn thuần và hóa xạ lần lượt là 91,7% so với 100% (p = 0,01); 91,7% so với 96,6% (p = 0,66). Kết quả: CCRT+AC làm tăng hiệu quả điều trị cho bệnh nhân giai đoạn IIB. Vẫn đề cần chú ý là CCRT+AC làm tăng đáng kể các độc tính (viêm niêm mạc độ III: 62,5%; độc tính độ IV: 6%).

Các nghiên cứu tiền cứu cho thấy CCRT+AC làm tăng tỷ lệ OS trong điều trị UTVMH giai đoạn tiền triển tại chỗ, tại vùng [1], [10].

CCRT là một yếu tố ảnh hưởng độc lập đến thời gian sống thêm toàn bộ, trong khi đó, AC không có ý nghĩa trong việc làm tăng tỷ lệ kiểm soát tại chỗ và thời gian sống thêm toàn bộ. Có rất ít các nghiên cứu áp dụng AC trong điều trị UTVMH giai đoạn IIB. Vì vậy, các tác giả cũng khuyến cáo cần có thêm các nghiên cứu trên phạm vi rộng, đa trung tâm để xác định vai trò của AC đối với giai đoạn này.

### KẾT LUẬN

Mặc dù vũ khí chính để điều trị UTVMH là xạ trị nhưng hóa chất vẫn đóng một vai trò quan trọng không thể thiếu. Từ khi có các hướng dẫn phối hợp hóa xạ trị trong UTVMH, có sự thay đổi đáng kể về kết quả kiểm soát tại chỗ tại vùng cũng như không chế di căn xa

Nếu như với giai đoạn III-IVB hiệu quả điều trị của hóa xạ kết hợp đã được khẳng định thì sự khác biệt về khuyến cáo điều trị hóa xạ kết hợp cho tất cả các bệnh nhân UTVMH giai đoạn II cần phải được đánh giá thêm. Một phương pháp điều trị cho phù hợp với từng cá thể hơn về chỉ định hóa xạ kết hợp cần được

xem xét. Các yếu tố, bao gồm thể tích khối u, lượng DNA EBV trước điều trị là các yếu tố dựa hẹn được quan tâm. Bên cạnh đó, các kỹ thuật xạ trị hiện đại cũng cần được thử nghiệm để có thể tìm ra phương án tối ưu nhất cho điều trị các bệnh nhân giai đoạn này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Al-Sarraf M., LeBlanc M., Giri P. G., et al. (1998), "Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer phase III randomized Intergroup study 0099", *J. Clin. Oncol.*, 16(4), pp. 1310-1317.
- Blanchard P., Lee A., Marguet S., et al. (2015), "Chemotherapy and radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma: an update of the MAC-NPC meta-analysis", *Lancet Oncol.*, 16(6), pp. 645-655.
- Chen Q. Y., Wen Y. F., Guo L., et al. (2011), "Concurrent chemoradiotherapy vs radiotherapy alone in stage II nasopharyngeal carcinoma: phase III randomized trial", *J. Natl Cancer Inst.*, 103(23), pp. 1761-1770.
- Cheng S. H., Tsai S. Y., Yen K. L., et al. (2000), "Concomitant radiotherapy and chemotherapy for early-stage nasopharyngeal carcinoma", *J. Clin. Oncol.*, 18(10), pp. 2040-2045.
- Cheng S. H., Tsai S. Y., Yen K. L., et al. (2005), "Prognostic significance of parapharyngeal space venous plexus and marrow involvement: potential landmarks of dissemination for stage I-III nasopharyngeal carcinoma", *Int. J. Radiat Oncol Biol Phys.*, 61(2), pp. 456-465.
- Chua D. T., Ma J., Sham J. S., et al. (2006), "Improvement of survival after addition of induction chemotherapy to radiotherapy in patients with early-stage nasopharyngeal carcinoma: Subgroup analysis of two Phase III trials", *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 65(5), pp. 1300-1306.
- Guo Q., Lu T., Lin S., et al. (2016), "Long-term survival of nasopharyngeal carcinoma patients with Stage II in intensity-modulated radiation therapy era", *Jpn J Clin. Oncol.*, 46(3), pp. 241-247.
- Kang M. K., Oh D., Cho K. H., et al. (2015), "Role of Chemotherapy in Stage II Nasopharyngeal Carcinoma Treated with Curative Radiotherapy", *Cancer Res. Treat.*, 47(4), pp. 871-878.
- Lee A. W., Ng W. T., Chan L. K., et al. (2012), "The strength/weakness of the AJCC/UICC staging system (7th edition) for nasopharyngeal cancer and suggestions for future improvement", *Oral Oncol.*, 48(10), pp. 1007-1013.
- Lee A. W., Sze W. M., Au J. S., et al. (2005), "Treatment results for nasopharyngeal carcinoma in the modern era: the Hong Kong experience", *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 61(4), pp. 1107-1116.
- Luo S., Zhao L., Wang J., et al. (2014), "Clinical outcomes for early-stage nasopharyngeal carcinoma with predominantly WHO II histology treated by intensity-modulated radiation therapy with or without chemotherapy in nonendemic region of China", *Head Neck*, 36(6), pp. 841-847.
- Network, National Comprehensive Cancer (2014), *Treatment Guidelines in Oncology. Head and Neck Cancers*, Available at: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/head-and-neck.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf). Accessed August 14, 2015, accessed.
- Song C. H., Wu H. G., Heo D. S., et al. (2008), "Treatment outcomes for radiotherapy alone are comparable with neoadjuvant chemotherapy followed by radiotherapy in early-stage nasopharyngeal carcinoma", *Laryngoscope*, 118(4), pp. 663-670.
- Su S. F., Han F., Zhao C., et al. (2012), "Long-term outcomes of early-stage nasopharyngeal carcinoma patients treated with intensity-modulated radiotherapy alone", *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 82(1), pp. 327-333.
- Sze H., Blanchard P., Ng W. T., et al. (2015), "Chemotherapy for Nasopharyngeal Carcinoma - Current Recommendation and Controversies", *Hematol Oncol Clin North Am.*, 29(6), pp. 1107-1122.
- Teo P., Lee W. Y., and Yu P. (1996), "The prognostic significance of parapharyngeal tumour involvement in nasopharyngeal carcinoma", *Radiother Oncol.*, 39(3), pp. 209-221.
- Wong F. C., Ng A. W., Lee V. H., et al (2010), "Whole-field simultaneous integrated-boost intensity-modulated radiotherapy for patients with nasopharyngeal carcinoma", *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 76(1), pp. 138-145.
- Xiao W. W., Han F., Lu T. X., et al. (2009), "Treatment outcomes after radiotherapy alone for patients with early-stage nasopharyngeal carcinoma", *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 74(4), pp. 1070-1076.
- Xu T., Hu C., Wang X., et al. (2011), "Role of chemoradiotherapy in intermediate prognosis nasopharyngeal carcinoma", *Oral Oncol.*, 47(5), pp. 408-413.
- Zhang D. G., Lu T. X., Chen C. Y. (2008), "Prognostic of parapharyngeal space involvement on distant metastasis in nasopharyngeal carcinoma", *Chin J. Cancer Prev. Treat.*, 15, pp. 541-543.

## SUMMARY

REVIEW ON CHEMORADIO THERAPY IN  
NASOPHARYNGEAL CARCINOMA STAGE IIBTran Thi Kim Phuong<sup>1\*</sup>, Nguyen Duc Loi<sup>2</sup>, Le Duy Son<sup>3</sup><sup>1</sup>University of Medicine and Pharmacy - TNU,<sup>2</sup>K Hospital, <sup>3</sup>Thai Nguyen Central General Hospital

International treatment guidelines of both National Comprehensive Cancer Network and European Head & Neck Society, European Society for Medical Oncology, European Society for Radiotherapy and Oncology (EHNS-ESMO-ESTRO) recommended radiotherapy alone for stage I, IIA and use of chemotherapy in combination with radiotherapy for stage IIB-IVB nasopharyngeal carcinoma. The outcome of stage III-IVB nasopharyngeal carcinoma was demonstrated. For stage IIB, although many researchers believed that radiotherapy alone was not enough to control metastasis, there are controversies about the efficacy of chemoradiation combination as well as which combination form is most suitable (neoadjuvant chemotherapy, adjuvant chemotherapy, concurrent chemoradiotherapy with or without adjuvant chemotherapy).

**Keyword:** Nasopharyngeal carcinoma, stage IIB, chemoradiotherapy, response rate, survival time

Ngày nhận bài: 18/4/2017; Ngày phản biện: 24/4/2017; Ngày duyệt đăng: 31/7/2017

\* Tel: 0912 867711, Email: phuonghong433tn@gmail.com