

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ LƯỠI - THANH QUẢN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐÁY LƯỠI - GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

Hoàng Văn Nhạ[✉], Nguyễn Tiến Hùng, Nguyễn Việt Chiến

Bệnh viện K Tân Triều

Ung thư đáy lưỡi thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Hóa xạ trị nhằm mục đích bảo tồn cơ quan và có kết quả khả quan, tuy nhiên phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị quan trọng trong trường hợp khối u ở giai đoạn tiến xa và là cứu cánh duy nhất ở những bệnh nhân thất bại hoặc tái phát sau hóa xạ trị. Nghiên cứu gồm 26 bệnh nhân ung thư đáy lưỡi giai đoạn tiến triển được phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản: 12 bệnh nhân tái phát sau hóa xạ trị, 2 bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt phụ đáy lưỡi, 12 bệnh nhân phẫu thuật thì đầu. 10 bệnh nhân có kèm theo cắt đoạn xương hàm dưới, 3 bệnh nhân cắt marginal. Tất cả đều được tạo hình phần khuyết hồng bằng vật da cơ ngực lớn. Biến chứng sau mổ xảy ra ở 23,1% bệnh nhân, 7,7 % bệnh nhân xuất hiện lỗ rò. Tỷ lệ phục hồi đường ăn bằng đường tự nhiên sau mổ là 65%.

Từ khóa: Ung thư đáy lưỡi, cắt toàn bộ lưỡi, cắt toàn bộ lưỡi - thanh quản.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đáy lưỡi chiếm khoảng 1/4 các ung thư lưỡi nói chung và đứng thứ 2 trong các ung thư vùng họng miệng, chỉ sau ung thư amidan.¹ Ung thư đáy lưỡi thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn do các triệu chứng mơ hồ và không rõ ràng ở giai đoạn sớm dễ gây nhầm lẫn với các bệnh khác. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 3/4 số bệnh nhân ung thư đáy lưỡi được chẩn đoán ở giai đoạn III hoặc IV.² Ngoài ra, các khối u đáy lưỡi có xu hướng thâm nhiễm rộng ra mô xung quanh và di căn hạch vùng do đó việc điều trị gặp nhiều khó khăn và kết quả về mặt chức năng và sống sót là kém.¹

Hóa xạ trị đã được sử dụng để điều trị các khối u đáy lưỡi nhằm mục đích bảo tồn cơ quan, tuy nhiên phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản vẫn là phương pháp điều trị đầu tay

trong trường hợp khối u ở giai đoạn tiến xa và là phẫu thuật cứu cánh duy nhất có khả năng chữa khỏi ở những bệnh nhân thất bại hoặc tái phát sau hóa xạ trị.³ Đây là phẫu thuật lớn, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ và chức năng cơ quan từ đó tác động tiêu cực đến tâm lý người bệnh do đó các nghiên cứu quy mô lớn là rất hiếm. Tuy nhiên, nhiều báo cáo đã cho thấy nó đã giúp nâng cao tỷ lệ sống sót và chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân được lựa chọn cẩn thận.^{4,5} Trong bối cảnh kinh tế xã hội tại Việt nam, khi mà còn nhiều hạn chế của các phương pháp hóa chất, miễn dịch trị liệu đối với những bệnh nhân tái phát sau hóa xạ trị. Phẫu thuật là lựa chọn nên được cân nhắc để điều trị cho những bệnh nhân này. Từ năm 2019, Khoa Ngoại Tai Mũi Họng – Bệnh viện K đã triển khai thành công phẫu thuật này để điều trị cho những bệnh nhân ung thư đáy lưỡi có chỉ định phẫu thuật. Cho đến hiện tại cũng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của ung

Tác giả liên hệ: Hoàng Văn Nhạ

Bệnh viện K Tân Triều

Email: nhahmu@gmail.com

Ngày nhận: 18/06/2024

Ngày được chấp nhận: 15/07/2024

thư đáy lưỡi có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản. 2) Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

26 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư đáy lưỡi hoặc ung thư đáy lưỡi tái phát sau hóa xạ trị được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 10/2019 đến tháng 11/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư đáy lưỡi hoặc ung thư đáy lưỡi tái phát.
- Không có di căn xa.
- Thể trạng chung còn tốt: chỉ số toàn trạng từ 0 - 2 theo thang điểm ECOG.
- Được phẫu thuật bằng phương pháp cắt toàn bộ lưỡi và thanh quản + nạo vét hạch cổ.
- Có hồ sơ bệnh án lưu trữ, ghi chép đầy đủ, rõ ràng.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật do bệnh lý toàn thân.
- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.
- Bệnh nhân không được phẫu thuật tại Bệnh viện K trung ương.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Nghiên cứu mô tả. Phương pháp lấy số liệu là tiền cứu, cỡ mẫu thuận tiện.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện K từ tháng 11/2019 đến tháng 11/2023.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm về tuổi, giới.
- Yếu tố nguy cơ.
- Triệu chứng cơ năng, toàn thân, thực thể.
- Mô bệnh học.
- Giai đoạn theo TNM.

- Phương pháp phẫu thuật: cắt toàn bộ lưỡi thanh quản, cắt xương hàm dưới, nạo vét hạch, lấy vạt da cơ ngực lớn.

- Chẩn đoán sau mổ và điều trị hỗ trợ sau mổ.

- Kết quả sau phẫu thuật 2 tuần: các biến chứng sau mổ, rò ống họng, bục vết mổ, tình trạng vạt ở cổ và vùng ngực.

- Kết quả sau 1 tháng : tỷ lệ rò ống họng, trình trạng phục hồi đường ăn: ăn qua đường tự nhiên, đặt sonde dạ dày.

- Kết quả sau 3 tháng: tỷ lệ rò, tỷ lệ đặt sonde dạ dày, mở thông dạ dày.

Quy trình nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân phẫu thuật từ đầu: gồm 7 bước:

- Bước 1: Tiếp nhận bệnh nhân.
- Bước 2: Khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng.
- Bước 3: Sinh thiết chẩn đoán xác định ung thư đáy lưỡi.
- Bước 4: Làm xét nghiệm cần thiết đánh giá trước mổ.
- Bước 5: Chẩn đoán giai đoạn: ung thư đáy lưỡi xâm lấn thanh quản.
- Bước 6: Lựa chọn, giải thích và tiến hành phẫu thuật.
- Bước 7: Khám lại, đánh giá kết quả phẫu thuật sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng: theo các thông số nghiên cứu đã đề ra.

Nhóm bệnh nhân phẫu thuật sau Hóa xạ trị: gồm 7 bước:

- Bước 1: Tiếp nhận bệnh nhân.
- Bước 2: Nghiên cứu hồ sơ cũ và phác đồ hóa xạ trị.
- Bước 3: Sinh thiết lại để chẩn đoán với nhóm bệnh nhân tái phát.
- Bước 4: Làm xét nghiệm cần thiết đánh giá trước mổ. Thể trạng chung còn tốt: chỉ số toàn trạng từ 0 - 2 theo thang điểm ECOG.
- Bước 5: Chẩn đoán giai đoạn: ung thư đáy

lưỡi tồn dư, tái phát xâm lấn thanh quản.

- Bước 6: Lựa chọn, giải thích và tiến hành phẫu thuật.

- Bước 7: Khám lại, đánh giá kết quả phẫu thuật sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng: theo các thông số nghiên cứu đã đề ra.

Xử lý số liệu

Xử lý và kiểm định các số liệu bằng phương pháp toán thống kê y học theo chương trình SPSS 22.0.

Sử dụng thuật toán: Tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Có sự đồng ý và tự nguyện hợp tác của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

Chúng tôi cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, giữ bí mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 26)

Đặc điểm	n	%
Tuổi	Trung bình 48,7 tuổi (23 – 61 tuổi)	
<i>Giới</i>		
Nam	22	84,6%
Nữ	4	15,4%
<i>Mức độ lan rộng</i>		
Xâm lấn khoang trước thanh thiệt	12	46,1%
Xâm lấn thượng thanh môn	14	53,9%
Lan vào thành bên họng	3	11,5%
Xâm lấn xương hàm dưới	13	50%
<i>Phân loại TNM sau mổ</i>		
pT4aN0M0	11	42,3%
pT4aN+M0	15	57,7%

Tuổi trung bình là 48,7 tuổi (23 – 61 tuổi). Nhóm tuổi từ 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 60%. Hầu hết bệnh nhân là nam (84,6%), Tỷ lệ nam/nữ là 5,5/1.

Khối u xâm lấn thanh quản hiện diện ở 100% bệnh nhân, trong đó xâm lấn khoang trước thanh thiệt chiếm 46,1% và xâm lấn thượng thanh môn (bao gồm sụn nắp, nếp phễu thanh thiệt và băng thanh thất) chiếm 53,9%. 3 bệnh nhân có u lan vào thành bên họng (11,5%) và 13 bệnh nhân có u xâm lấn xương hàm dưới (50%).

Tại thời điểm phẫu thuật, tất cả bệnh nhân

đều ở giai đoạn T4aM0, trong đó có 15 bệnh nhân có di căn hạch trên mô bệnh học hạch sau mổ (57,7%) và 11 bệnh nhân không có di căn hạch (42,3%).

1. Kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản

Bảng 2 tóm tắt các kết quả chính của phẫu thuật. Về mức độ cắt bỏ và kiểu tái tạo, tất cả bệnh nhân đều được cắt toàn bộ lưỡi và thanh quản, trong đó có 13 bệnh nhân (50%) có kèm theo cắt xương hàm dưới (10 bệnh nhân cắt đoạn xương hàm dưới và 3 bệnh nhân cắt

xương hàm dưới kiểu marginal), 3 bệnh nhân (11,5%) có cắt một phần thành bên họng. Tất cả bệnh nhân đều được tạo hình lại lưỡi bằng

vạt da cơ ngực lớn, 10 bệnh nhân (38,5%) cắt đoạn xương hàm dưới được tái tạo bằng nẹp vít titan.

Bảng 2. Kết quả sớm của phẫu thuật

Phẫu thuật	n	%
<i>Loại phẫu thuật</i>		
Ban đầu	14	53,8%
Cứu hộ	12	46,2%
<i>Mức độ cắt bỏ</i>		
Cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản	26	100%
Cắt xương hàm		
Không	13	50%
Marginal	3	11,5%
Cắt đoạn	10	38,5%
Cắt thành bên họng	3	11,5%
<i>Tạo hình</i>		
Vạt da cơ ngực lớn	26	100%
Nẹp vít	10	38,5%
<i>Diện cắt rìa</i>		
Âm tính	26	100%
Dương tính	0	0%
<i>Biến chứng sau mổ</i>		
Không	14	76,9%
Chảy máu	1	3,8%
Rò khoang miệng ra da	2	7,7%
Toác vết mổ	3	11,5%
Thời gian nằm viện	38,2 ngày (28 – 52 ngày)	
<i>Chức năng nuốt</i>		
Tốt	12	45%
Chấp nhận được	5	20%
Kém	9	35%

Tất cả các bệnh nhân đều được làm sinh thiết tức thì diện cắt rìa, kết quả có 2 bệnh nhân có diện cắt rìa dương tính (cả 2 bệnh nhân này đều được xạ trị trước đó) và cả 2 bệnh nhân này đều được cắt lại ngay trong mổ. Kết quả giải phẫu bệnh thường quy diện cắt rìa cho thấy

100% bệnh nhân có diện cắt rìa âm tính.

6 bệnh nhân xuất hiện biến chứng sau mổ, trong đó có 1 bệnh nhân có chảy máu vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Máu chảy từ một nhánh của tĩnh mạch mặt phải, đã được cầm máu thành công dưới gây mê toàn thân. 3

bệnh nhân xuất hiện toác vết khâu trong miệng nhưng không hình thành lỗ rò ra da, đã được khâu lại mà không để lại hậu quả gì. 2 bệnh nhân xuất hiện lỗ rò từ sàn miệng ra da vùng cổ và cả 2 bệnh nhân này đều đã được xạ trị trước đó, trong đó 1 bệnh nhân được điều trị bảo tồn bằng cách khâu lại lỗ rò trong miệng và ngoài da và băng ép do lỗ rò nhỏ, 1 bệnh nhân được phẫu thuật lại để đóng đường rò bằng vật cơ ngực lớn bên còn lại.

IV. BÀN LUẬN

Cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản là một trong những lựa chọn điều trị cho người bệnh ung thư lưỡi giai đoạn tiến triển cục bộ và vẫn còn là một phẫu thuật gây tranh cãi bởi vì mặc dù nó khả thi về mặt kỹ thuật nhưng lại gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ và chức năng cơ quan. Bất chấp những tiến bộ trong lĩnh vực nghiên cứu ung thư đầu cổ và việc sử dụng hóa xạ trị để bảo tồn cơ quan, cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản trong ung thư đáy lưỡi tiến triển cục bộ vẫn là lựa chọn điều trị tốt nhất trong hầu hết các nghiên cứu.^{1,6} Tuy nhiên, đối với các khối u họng miệng, đặc biệt là những khối u liên quan đến nhiễm HPV, hóa xạ trị là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Mặt khác, trong trường hợp bệnh tái phát hoặc tồn dư sau hóa xạ trị thì phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất có khả năng chữa khỏi. Tỷ lệ mắc bệnh thường thấp hơn ở nữ, do phụ nữ ít hút thuốc lá và uống rượu. Kết quả này cũng phù hợp với các tài liệu trong y văn.^{4,7} Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 48,7 tuổi, nhỏ hơn so với các tác giả khác.^{4,8} kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây với tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 50 tuổi.^{9,10} Điều này cho thấy bệnh ngày càng có xu hướng trẻ hóa.

Về mức độ lan rộng của u, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có u xâm lấn thanh quản (khoảng trước thanh thiệt và/hoặc thượng thanh môn). Đây là một trong những

chỉ định cắt thanh quản kèm theo. Ngoài ra có 13 bệnh nhân có biểu hiện xâm lấn xương hàm dưới trên lâm sàng và phim CT scan, 3 bệnh nhân có u lan vào thành bên họng (bao gồm cả amidan). Mức độ lan rộng của u sẽ được đánh giá cẩn thận trong khi phẫu thuật từ đó quyết định độ rộng cần cắt bỏ. Các chỉ định của phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản bao gồm: ung thư lưỡi, đáy lưỡi lan rộng có xâm lấn thanh quản; ung thư lưỡi, đáy lưỡi không xâm lấn thanh quản nhưng có người bệnh có chức năng hô hấp kém hoặc có nuốt sặc không hồi phục sau mổ phải cắt thanh quản để phòng tránh viêm phổi hít; các trường hợp bệnh tái phát hoặc tồn dư sau phẫu thuật hoặc hóa xạ trị.

Vật da cơ ngực lớn được sử dụng để tái tạo lưỡi ở tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Một số tác giả đã chứng minh kết quả chức năng tốt hơn khi sử dụng các vật tự do, đặc biệt là vật đùi trước ngoài và vật cơ thẳng bụng, cho phép chuyển thể tích mô lớn hơn đến khoang miệng, tạo điều kiện tái lập khả năng nuốt.^{11,12} Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào được tái tạo bằng vật tự do do các điều kiện tại chỗ không cho phép.

6 bệnh nhân (30%) có biến chứng sau mổ. Toác vết mổ và/hoặc rò khoang miệng ra da là phổ biến nhất (25%), tương tự như nghiên cứu của Vega là 23%.⁸ Đối với Navach, biến chứng chính là hoại tử vật chiếm 10,8% trường hợp.⁹ Trong nghiên cứu của Barry (2003), hoại tử vật được quan sát thấy ở 11% bệnh nhân, trong khi rò khoang miệng là 25%.¹² Chúng tôi không quan sát thấy bất kỳ trường hợp hoại tử vật nào trong nghiên cứu này.

Thời gian nằm viện trung bình là 38,2 ngày (dao động từ 28 đến 52 ngày) phù hợp với nghiên cứu của Barry là 37 ngày và của Gehanno là 40 ngày.^{13,14} Thời gian nằm viện kéo dài ở những bệnh nhân có biến chứng và bệnh nhân được phẫu thuật cứu hộ. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân phải phẫu thuật lại do biến chứng rò nước bọt, có thời gian nằm viện là 52 ngày.

Về chức năng nuốt, 65% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể ăn được bằng đường miệng. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong y văn với tỷ lệ phục hồi khả năng nuốt khoảng 60% ở bệnh nhân cắt toàn bộ lưỡi có hoặc không bảo tồn thanh quản được tạo hình bằng vật cơ ngực lớn, đặc biệt việc cắt thanh quản kèm theo đã giúp tăng khả năng ăn được bằng đường miệng do loại bỏ được nguy cơ sặc vào đường thở khi nuốt.^{14,15} Sự phục hồi chức năng nuốt phụ thuộc vào hình dạng và đặc biệt là thể tích của “lưỡi mới” được tái tạo và các “lưỡi mới” này sẽ teo dần theo thời gian do không còn thần kinh chi phối vì vậy đòi hỏi phải sử dụng các vật lớn hơn 30% so với khiếm khuyết.³ Các vật tự do được cho là có hình dạng linh hoạt và cho phép chuyển một thể tích mô lớn giúp đẩy nhanh quá trình phục hồi khả năng nuốt, đặc biệt là vật đùi trước ngoài và vật cơ thẳng bụng.^{11,12}

Tỷ lệ diện cắt dương tính (0%) thấp hơn so với các nghiên cứu của Nemade và Magrin do chúng tôi có làm sinh thiết tức thì diện cắt trong mổ, 2 bệnh nhân có kết quả sinh thiết tức thì dương tính đều được cắt lại ngay trong mổ và kết quả giải phẫu bệnh thường quy cho thấy 100% bệnh nhân có diện cắt âm tính. Diện cắt dương tính được coi là một yếu tố tiên lượng xấu và cần tăng cường điều trị bổ trợ.^{16,17}

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 26 bệnh nhân ung thư đáy lưỡi giai đoạn tiến triển được phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi và thanh quản cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ là 30%, là các biến chứng nhẹ và khắc phục được, không có tử vong sau mổ. Tỷ lệ phục hồi đường ăn qua đường miệng là 65%. Phẫu thuật cắt toàn bộ lưỡi – thanh quản là khả thi và an toàn. Nó nên được cân

nhắc như một lựa chọn điều trị cho bệnh nhân ung thư đáy lưỡi giai đoạn tiến triển đặc biệt các trường hợp thất bại sau điều trị Hóa xạ trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Crombie AK, Farah C, Tripcony L, et al. Primary chemoradiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma. *Oral oncology*. Oct 2012;48(10):1014-1018. doi:10.1016/j.oraloncology.2012.03.027
2. Mendenhall WM, Morris CG, Amdur RJ, et al. Definitive radiotherapy for squamous cell carcinoma of the base of tongue. *American journal of clinical oncology*. Feb 2006;29(1):32-9. doi:10.1097/O1.coc.0000189680.60262.eb
3. Rigby MH, Hayden RE. Total glossectomy without laryngectomy - a review of functional outcomes and reconstructive principles. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. Oct 2014;22(5):414-8. doi:10.1097/moo.0000000000000076
4. Kamhieh Y, Fox H, Healy S, et al. Total glossaryngectomy cohort study (N = 25): Survival, function and quality of life. *Clinical otolaryngology: official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*. Oct 2018;43(5):1349-1353. doi:10.1111/coa.13121
5. Reiter M, Harréus U. Total Glossectomy Without Laryngectomy for Advanced Squamous Cell Cancer of the Tongue: Functional and Oncological Results. *Anticancer research*. Aug 2017;37(8):4233-4237. doi:10.21873/anticancer.11815
6. Gore SM, Crombie AK, Batstone MD, et al. Concurrent chemoradiotherapy compared with surgery and adjuvant radiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma. *Head & neck*. Apr 2015;37(4):518-23. doi:10.1002/hed.23626
7. Oates J, Davies S, Roydhouse JK, et al. The effect of cancer stage and treatment modality

- on quality of life in oropharyngeal cancer. *The Laryngoscope*. Jan 2014;124(1):151-8. doi:10.1002/lary.24136
8. Vega C, León X, Cervelli D, et al. Total or subtotal glossectomy with microsurgical reconstruction: functional and oncological results. *Microsurgery*. Oct 2011;31(7):517-23. doi:10.1002/micr.20922
9. Navach V, Zurlo V, Calabrese L, et al. Total glossectomy with preservation of the larynx: oncological and functional results. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*. Apr 2013;51(3):217-23. doi:10.1016/j.bjoms.2012.07.009
10. Rana M, Iqbal A, Warraich R, et al. Modern surgical management of tongue carcinoma - a clinical retrospective research over a 12 years period. *Head & neck oncology*. Sep 29 2011;3:43. doi:10.1186/1758-3284-3-43
11. Jeong WH, Lee WJ, Roh TS, et al. Long-term functional outcomes after total tongue reconstruction: Consideration of flap types, volume, and functional results. *Microsurgery*. Mar 2017;37(3):190-196. doi:10.1002/micr.22440
12. Chang EI, Yu P, Skoracki RJ, et al. Comprehensive analysis of functional outcomes and survival after microvascular reconstruction of glossectomy defects. *Annals of surgical oncology*. Sep 2015;22(9):3061-9. doi:10.1245/s10434-015-4386-6
13. Barry B, Baujat B, Albert S, et al. Total glossectomy without laryngectomy as first-line or salvage therapy. *The Laryngoscope*. Feb 2003;113(2):373-6. doi:10.1097/00005537-200302000-00031
14. Gehanno P, Guedon C, Barry B, et al. Advanced carcinoma of the tongue: total glossectomy without total laryngectomy. Review of 80 cases. *The Laryngoscope*. Dec 1992;102(12 Pt 1):1369-71. doi:10.1288/00005537-199212000-00011
15. Tiwari R, Karim AB, Greven AJ, et al. Total glossectomy with laryngeal preservation. *Archives of otolaryngology-head & neck surgery*. Sep 1993;119(9):945-9. doi:10.1001/archotol.1993.01880210033005
16. Nemade H, Chaitanya SA, Kumar S, et al. Oncological outcomes of total glossectomy procedure for advanced tongue cancer: a single-centre experience. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. Feb 2022;51(2):152-158. doi:10.1016/j.ijom.2021.04.006
17. Magrin J, Kowalski LP, Sabóia M, et al. Major glossectomy: end results of 106 cases. *European journal of cancer Part B, Oral oncology*. Nov 1996;32b(6):407-12. doi:10.1016/s0964-1955(96)00028-0

Summary

PRIMARY EVALUATION OF THE RESULTS OF TOTAL GLOSSO - LARYNGECTOMY FOR ADVANCED CANCER OF THE BASE OF TONGUE

Carcinoma of the base of the tongue is typically diagnosed at advanced stage. Chemoradiotherapy aims to preserve the organ and yields favorable results; however, surgery remains a crucial treatment modality for advanced tumors and is the only recourse for patients who residue or recurrence after chemoradiotherapy. This study involved 26 patients with advanced-stage carcinoma of the base of the tongue who underwent total glosso-laryngectomy: 12 patients relapsed after chemoradiotherapy, 2 patients had carcinoma of the minor salivary glands at the base of the tongue, and 12 patients underwent primary surgery. Among these, 10 patients also underwent segmental mandibulectomy, and 3 patients underwent marginal mandibulectomy. All defects were reconstructed using a pectoralis major myocutaneous flap. Postoperative complications occurred in 23.1% of patients, with 7.7% developing fistulas. The rate of restoration to natural oral alimentation postoperatively was 65%.

Keywords: Base of tongue cancer, total glossectomy, total glosso - laryngectomy.