

# KẾT QUẢ SỐNG THÊM VÀ CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG UNG THƯ LƯỠI DI ĐỘNG GIAI ĐOẠN I-II Ở NỮ GIỚI TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy<sup>1,2</sup> và Mai Văn Chinh<sup>3,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

Ung thư lưỡi (UTL) di động là một trong những ung thư thường gặp nhất của khoang miệng. Điều trị ung thư lưỡi là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, đặt biệt với bệnh nhân ở giai đoạn I-II. Đây là nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 91 bệnh nhân nữ được chẩn đoán ung thư biểu mô vảy lưỡi di động giai đoạn I-II và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024. Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật (100%). Trong đó phẫu thuật đơn thuần chiếm đa số (86,8%), sau đó đến phẫu thuật + xạ/hóa xạ bổ trợ (13,2%). Thời gian theo dõi trung vị là 33,5 tháng (dao động từ 6 tháng đến 78 tháng). Có 9,9% bệnh nhân tái phát sau điều trị. Tỷ lệ sống toàn bộ (OS) sau 3 năm và tỷ lệ sống không bệnh (DFS) sau 3 năm lần lượt là 96,7% và 90,6%. Độ mô học, độ sâu xâm nhập và giai đoạn bệnh là những yếu tố tiên lượng quan trọng và cần kết hợp các phương pháp điều trị để cải thiện OS và DFS ở những bệnh nhân có các yếu tố này.

**Từ khoá:** Ung thư lưỡi, yếu tố tiên lượng, nữ giới.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi (UTL) di động là một trong những ung thư thường gặp nhất của khoang miệng, chủ yếu thuộc nhóm ung thư biểu mô vảy. Theo thống kê GLOBOCAN 2022, ung thư khoang miệng ghi nhận khoảng 389.846 ca mắc mới và 188.438 ca tử vong, cho thấy gánh nặng bệnh vẫn ở mức cao trên toàn cầu.<sup>1</sup> Nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước khẳng định UTL thường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên và người lớn tuổi, với đặc điểm dịch tễ trước đây là nam giới mắc nhiều hơn nữ. Tuy nhiên, trong những thập kỷ gần đây, xu hướng dịch tễ học đã có sự thay đổi. Kết quả phân tích số liệu từ 2001 - 2019 của Todd Burus và cộng sự cho thấy tỷ lệ mắc ở nữ giới gia tăng nhanh hơn so

với nam (tốc độ thay đổi trung bình năm: 3,6% ở nữ so với 2,6% ở nam).<sup>2</sup> Sagar và cộng sự (2011) phân tích dữ liệu của SEER từ năm 1975 đến 2007 về tỷ lệ mắc UTL của phụ nữ trẻ da trắng có xu hướng ngày càng tăng (phụ nữ da trắng:<sup>3</sup> PC, 111,3; APC, 4;  $p < 0,05$ ; nam thanh niên da trắng: PC, 43,7; APC, 1,6;  $p < 0,05$ ); APC của UTL cao hơn đáng kể ở phụ nữ trẻ da trắng so với nam giới trẻ da trắng ( $p = 0,007$ ). Điều này gợi ý rằng đặc điểm bệnh học và yếu tố liên quan đến nguy cơ ở nữ giới có thể đang thay đổi theo thời gian. Bên cạnh đặc điểm dịch tễ, nhiều yếu tố đã được xác định có giá trị tiên lượng trong ung thư lưỡi, bao gồm độ sâu xâm nhập (DOI), độ mô học, diện cắt phẫu thuật, tình trạng di căn hạch, tuổi và giới. Tuy nhiên, dữ liệu chuyên biệt về nhóm bệnh nhân nữ, đặc biệt ở giai đoạn sớm (I-II), còn hạn chế. Câu hỏi đặt ra là: kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng ở nữ giới mắc ung thư lưỡi di động giai đoạn sớm có khác biệt gì so với nam giới hay

Tác giả liên hệ: Mai Văn Chinh

Bệnh viện Thanh Nhàn

Email: Drchinh1994@gmail.com

Ngày nhận: 23/12/2025

Ngày được chấp nhận: 11/01/2026

không? Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả sống thêm và các yếu tố tiên lượng ung thư lưỡi di động giai đoạn I-II ở nữ giới tại Bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên 91 bệnh nhân UTL di động ở nữ giới giai đoạn I-II (AJCC 8) được chẩn đoán bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy và điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy của lưỡi di động.
- Giới nữ, giai đoạn I-II.
- Điều trị lần đầu và hồ sơ đầy đủ theo dõi sau điều trị.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân bỏ điều trị vì lý do ngoài chuyên môn.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

#### **Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

Từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện K.

#### **Mẫu nghiên cứu**

Chọn mẫu thuận tiện, chọn được 91 bệnh nhân vào nghiên cứu.

#### **Các chỉ số nghiên cứu**

- **Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng:** tuổi, yếu tố nguy cơ, thời gian phát hiện bệnh, lý do vào viện, vị trí tổn thương, độ sâu xâm nhập, độ mô học, diện cắt, giai đoạn bệnh.

- **Phương pháp điều trị:** phẫu thuật đơn thuần, phẫu thuật + hóa trị/xạ trị hỗ trợ.

- **Kết quả điều trị:** Tái phát, di căn: tỷ lệ tái phát, vị trí tái phát (tại lưỡi, tại hạch, di căn xa), thời gian tái phát, thời gian sống thêm toàn bộ (OS), thời gian sống thêm không bệnh (DFS).

- Các yếu tố tiên lượng liên quan đến kết quả điều trị.

#### **Xử lý số liệu:**

- Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Kiểm định so sánh sử dụng  $\chi^2$  cho biến định tính,  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê; khi tần suất  $< 5$  dùng hiệu chỉnh Fisher.

- Phân tích sống thêm: ước lượng Kaplan-Meier, so sánh khác biệt bằng Log-rank test, phân tích hồi quy COX.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

- Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị. Những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị, quy trình điều trị, các ưu nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra.

- Tất cả thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Kết quả điều trị

#### **Đặc điểm bệnh học và phương pháp điều trị**

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh học và phương pháp điều trị**

	Chỉ số	n (%)
	Tuổi	60,5 ± 13,6
Độ mô học	I	21 (23,1)
	II	65 (71,4)
	III	5 (5,5)
Độ sâu xâm nhập (DOI)	≤ 5mm	37 (61,7)
	5mm < DOI ≤ 10mm	23 (38,3)
Giai đoạn	pT1N0M0	68 (74,7)
	pT2N0M0	23 (25,3)
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật đơn thuần	79 (86,8)
	Phẫu thuật+ xạ trị/hóa xạ trị bổ trợ	12 (13,2)

Ung thư biểu mô vảy độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%), tiếp theo độ I (23,1%) và độ III (5,5%). DOI xác định ở 60/91 trường hợp, trung bình 4,5 ± 2,1mm; DOI ≤ 5mm chiếm 61,7%.

Giai đoạn I chiếm 74,7%. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật đơn thuần (86,8%), 13,2% được phẫu thuật kết hợp xạ/hoá xạ bổ trợ.

#### **Đặc điểm tái phát**

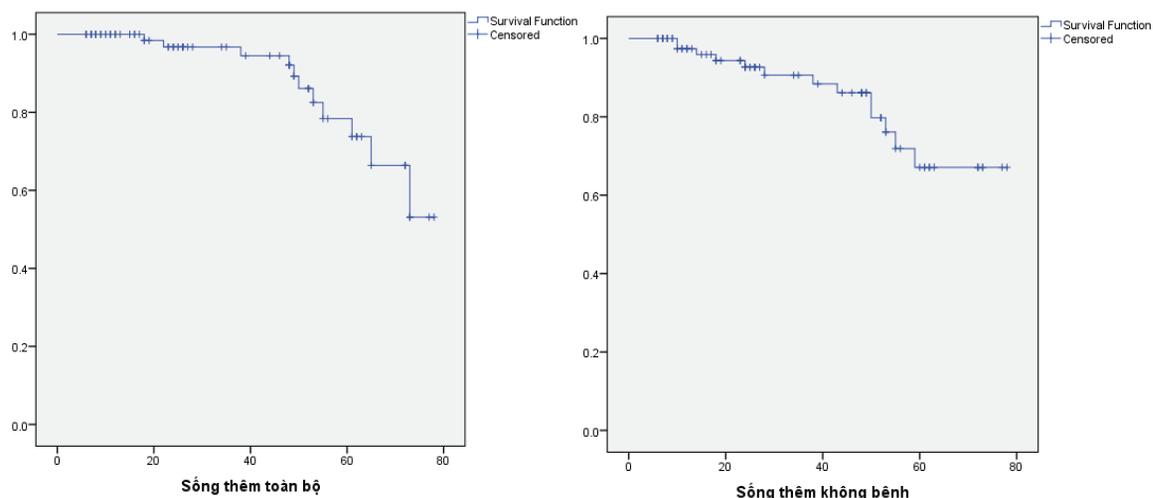
**Bảng 2. Đặc điểm tái phát bệnh**

	Chỉ số	n (%)
	Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	33,5 (6 đến 78 tháng)
Tái phát	Chung	9 (9,9)
	Tại lưỡi	4 (4,4)
	Tại hạch	3 (3,3)
	Tại lưỡi + hạch	1 (1,1)
	Di căn xa	1 (1,1)
Thời gian tái phát (tháng)	≤ 12	2 (22,2)
	12 - 24	2 (22,2)
	> 24	5 (55,6)

Thời gian theo dõi trung bình 33,5 tháng, trong đó có 9 bệnh nhân tái phát (chiếm 9,9%). Trong số này, tái phát tại lưỡi chiếm 4,4%, hạch chiếm 3,3%, 1 bệnh nhân tái phát đồng thời tại chỗ và hạch (1,1%), 1 BN di căn xa (phổi). Hơn

một nửa các trường hợp tái phát (55,6%) xuất hiện sau 24 tháng tính từ lúc điều trị xong.

#### **Thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh**



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

Tỷ lệ OS 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 100 %, 96,7% và 96,7%. Tỷ lệ DFS 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 97,4%, 92,7% và 90,6%.

**2. Thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan**

*Thời gian sống thêm không bệnh và một số yếu tố liên quan*

**Bảng 4. Thời gian sống thêm không bệnh và một số yếu tố liên quan**

Yếu tố	Đơn biến	
	HR* (95%CI)	p
Nhóm tuổi ( $\leq 60$ và $> 60$ )	10,47 (1,36 - 80,62)	0,024
Độ mô học (Độ I, II và độ III)	3,35 (0,91 - 12,29)	0,069
Độ sâu xâm nhập ( $\leq 5\text{mm}$ và $5\text{mm} < \text{DOI} \leq 10\text{mm}$ )	10,89 (2,19 - 54,168)	0,004
Giai đoạn bệnh (I và II)	15,27 (4,36 - 53,49)	$< 0,001$
Phương pháp điều trị (phẫu thuật đơn thuần và phẫu thuật + hóa/xạ trị)	16,72 (5,39 - 51,86)	$< 0,001$

\*HR biểu thị tỷ lệ nguy cơ tử vong với các nhóm tham chiếu lần lượt là nhóm tuổi  $\leq 60$ , độ mô học I, II, DOI  $\leq 5\text{mm}$ , giai đoạn I, và phẫu thuật đơn thuần.

Theo mô hình hồi quy COX đơn biến cho thấy độ tuổi, độ sâu xâm nhập, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị có liên quan chặt chẽ đến thời gian sống thêm không bệnh với  $p < 0,05$ .

Bên cạnh đó, độ mô học có liên quan đến thời gian sống thêm không bệnh nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê với  $p = 0,069$ .

*Thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố liên quan***Bảng 5. Thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố liên quan**

Yếu tố	Đơn biến	
	HR* (95%CI)	p
<b>Nhóm tuổi</b> ( $\leq 60$ và $> 60$ )	9,43 (1,20 - 73,93)	0,033
<b>Độ mô học</b> (Độ I, II và độ III)	4,42 (1,08 - 18,04)	0,039
<b>Độ sâu xâm nhập</b> ( $\leq 5\text{mm}$ và $5\text{mm} < \text{DOI} \leq 10\text{mm}$ )	5,52 (1,072 - 28,40)	0,041
<b>Giai đoạn bệnh</b> (I và II)	8,35 (2,41 - 28,96)	$< 0,001$
<b>Phương pháp điều trị</b> (phẫu thuật đơn thuần và phẫu thuật + hóa/xạ trị)	10,64 (3,09 - 36,64)	$< 0,001$

\*HR biểu thị tỷ lệ nguy cơ tử vong với các nhóm tham chiếu lần lượt là nhóm tuổi  $\leq 60$ , độ mô học I, II, DOI  $\leq 5\text{mm}$ , giai đoạn I, và phẫu thuật đơn thuần.

Kết quả phân tích hồi quy COX ghi nhận nhóm tuổi, độ mô học, độ sâu xâm nhập, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị với là những yếu tố tiên lượng quan trọng với thời gian sống thêm toàn bộ với  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian theo dõi từ 06 đến 78 tháng (trung vị 33,5 tháng) chúng tôi ghi nhận 09 trường hợp tái phát sau điều trị (chiếm 9,9%) trong đó chủ yếu tái phát tại chỗ (chiếm 4,4%), tiếp đó là tái phát tại hạch cổ (chiếm 3,3%), có 1 trường hợp tái phát tại chỗ và hạch (chiếm 1,1%) và 1 trường hợp di căn xa (di căn phổi) chiếm 1,1%. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với kết quả của tác giả Su Jung Shim nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn I, II với tỷ lệ tái phát 29%, trong đó tại hạch chiếm 48,2%, tại lưỡi chiếm 29,6% và di căn xa chiếm 22,2%.<sup>4</sup> Nguyên nhân có thể xuất phát từ việc các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị trong những năm gần đây, khi các phương tiện chẩn đoán, kỹ thuật phẫu thuật và hỗ trợ điều trị đã có nhiều tiến bộ, góp phần nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh. Về đặc điểm vị trí tái phát,

kết quả của chúng tôi cho thấy tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là tại hạch, và rất hiếm gặp di căn xa – điều này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó. Thời điểm tái phát cũng phù hợp với các nghiên cứu khác, chủ yếu xảy ra trong sau 2 năm đầu sau điều trị (chiếm 55,6%), nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ sau phẫu thuật.

Về thời gian sống thêm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sống thêm toàn bộ và không bệnh 3 năm lần lượt là 96,7% và 90,6%. Kết quả này khả quan hơn một số tác giả khác như nghiên cứu của Samuel J. Rubin hồi cứu trên 934 BN ung thư lưỡi giai đoạn I, II (trong đó có 360 BN là nữ giới) cho thấy tỷ lệ OS 3 năm là 81,3%.<sup>5</sup> Lý giải cho sự khác biệt này có thể là do sự tiến bộ của các phương pháp điều trị ngày nay giúp nâng cao hiệu quả điều trị và đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nữ giới và giai đoạn sớm, vốn thường có ít yếu tố nguy cơ hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học có liên quan rõ rệt đến DFS gồm: nhóm tuổi, DOI, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị. Nhóm bệnh

nhân trên 60 tuổi có tỷ lệ DFS thấp hơn đáng kể so với nhóm trẻ hơn và sự khác biệt trở nên có ý nghĩa khi phân tích bằng mô hình Cox (HR = 10,47; p = 0,024). Độ mô học III ghi nhận tỷ lệ DFS thấp hơn độ I-II, dù mối liên quan trong phân tích Cox chưa đạt ý nghĩa thống kê. Độ sâu xâm nhập thể hiện vai trò nổi bật: DOI > 5mm liên quan chặt chẽ với DFS (HR = 10,89; p = 0,004). Giai đoạn bệnh cũng cho kết quả tương tự khi giai đoạn II có tỷ lệ DFS thấp hơn đáng kể trong phân tích Cox (HR 15,27; p < 0,001). Về phương pháp điều trị, nhóm phẫu thuật đơn thuần có tỷ lệ DFS cao hơn những bệnh nhân được chỉ định điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật (HR = 16,72; p < 0,001), nhiều khả năng phản ánh sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ mô bệnh học hoặc đặc điểm khối u bất lợi. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Hao-Shen Cheng và cộng sự ghi nhận nhóm tuổi có sự liên quan chưa đạt ý nghĩa thống kê với p > 0,05 và OR là 0,8. Trong khi đó, tác giả cũng ghi nhận độ mô học (HR = 3,4; p = 0,0001), DOI (OR = 3,40; p = 0,04) và giai đoạn bệnh (OR = 4,04; p = 0,03) là các yếu tố dự báo quan trọng cho DFS.<sup>6</sup>

Về thời gian sống thêm toàn bộ, các yếu tố tuổi cao, DOI > 5mm, giai đoạn II, độ mô học III và điều trị phẫu thuật + hóa/xạ trị hỗ trợ là những yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến thời gian sống thêm toàn bộ. Tuổi cao là yếu tố tiên lượng xấu với thời gian sống thêm toàn bộ với p = 0,033. Kết quả này tương đồng với các báo cáo cho thấy tuổi  $\geq 55$  là một trong những yếu tố làm giảm khả năng sống còn ở ung thư khoang miệng như tác giả Kailiu Wu (HR = 3,9; p = 0,016).<sup>7</sup> Lý giải điều này, có thể do một số lý do sau: (1) người lớn tuổi thường kèm theo nhiều bệnh lý nền làm hạn chế khả năng dung nạp phẫu thuật và điều trị hỗ trợ cũng như quá trình theo dõi bệnh; (2) khả năng hồi phục sau phẫu thuật kém hơn; (3) sự suy giảm miễn dịch theo tuổi có thể thúc đẩy sự tiến triển của khối

u. Độ mô học và độ sâu xâm nhập vẫn thể hiện vai trò trung tâm trong tiên lượng bệnh. DOI > 5mm từ lâu đã được xem là cột mốc quan trọng để phân tầng nguy cơ lan tràn vi thể và tái phát sau phẫu thuật, kết quả của chúng tôi củng cố nhận định rằng DOI không chỉ liên quan đến tái phát mà còn tác động trực tiếp đến sống còn. Sự khác biệt rõ rệt giữa giai đoạn I và II trong mô hình Cox cũng phù hợp với đặc điểm sinh học của bệnh: khi khối u tiến triển hơn, nguy cơ di căn vi thể và xâm nhập mô lân cận tăng lên, kéo theo tiên lượng sống giảm sút. Kết quả này tương tự tác giả Hao-Shen Cheng 2020 ghi nhận độ mô học (HR = 2,7; p = 0,0099), DOI (HR = 2,8; p = 0,0028), kích thước khối u (HR = 3,9; p = 0,0001) là những yếu tố nguy cơ quan trọng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm và tiên lượng bệnh.<sup>6</sup> Tác giả Min Jae Kim và cộng sự cũng ghi nhận kết quả tương tự, độ mô học (HR = 8,71; p = 0,04), (HR = 3,86; p < 0,001) và giai đoạn bệnh (HR = 12,85; p < 0,001) có mối liên hệ đáng kể đến tỷ lệ sống sót.<sup>8</sup> Phương pháp điều trị là yếu tố tiên lượng sau cùng được ghi nhận, với nguy cơ tử vong cao hơn ở nhóm cần phẫu thuật kết hợp điều trị hỗ trợ. Kết quả này không phản ánh hiệu quả của phương pháp, mà chủ yếu phản ánh mức độ tiến triển sinh học của khối u: những bệnh nhân được chỉ định điều trị hỗ trợ thường có đặc điểm mô bệnh học bất lợi, chẳng hạn DOI sâu, xâm lấn thần kinh, mạch máu hoặc diện cắt dương tính hoặc tiêm cận u.

## V. KẾT LUẬN

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không bệnh (DFS) của bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn I-II sau điều trị đạt kết quả cao, với tỷ lệ OS 3 năm là 96,7% và DFS 3 năm là 90,6%. Độ mô học, độ sâu xâm nhập và giai đoạn bệnh là những yếu tố dự báo tiên lượng quan trọng với bệnh nhân ung thư lưỡi ở nữ giới giai đoạn I-II và cần kết hợp các phương

pháp điều trị để cải thiện OS và DFS ở những bệnh nhân có các yếu tố bất lợi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* Apr 4 2024;doi:10.3322/caac.21834.
2. Burus Todd, Damgacioglu Haluk, Huang Bin, et al. Recent and Projected Trends in Oral Tongue Cancer in the United States: A Demographic Shift in Case Burden as Early Onset Increases Among Females Subside. 2023;
3. Patel Sagar C, Carpenter William R, Tyree Seth, et al. Increasing Incidence of Oral Tongue Squamous Cell Carcinoma in Young White Women, Age 18 to 44 Years. *Journal of Clinical Oncology.* 2011/04/10 2011; 29(11): 1488-1494. doi:10.1200/JCO.2010.31.7883.
4. Shim S. J, Cha J, Koom W. S, et al. Clinical outcomes for T1-2N0-1 oral tongue cancer patients underwent surgery with and without postoperative radiotherapy. *Radiat Oncol.* May 27 2010;5:43. doi:10.1186/1748-717x-5-43.
5. Rubin S J., Gurary E B, Qureshi M M, et al. Stage II Oral Tongue Cancer: Survival Impact of Adjuvant Radiation Based on Depth of Invasion. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Jan 2019; 160(1): 77-84. doi:10.1177/0194599818779907.
6. Cheng Hao-Shen, Liu Shih-An, Lin Jin-Ching. Survival outcome and prognostic factor analyses in early tongue cancer patients treated with surgery alone. *Therapeutic Radiology and Oncology.* 2020;4
7. Wu K, Wei J, Liu Z, et al. Can pattern and depth of invasion predict lymph node relapse and prognosis in tongue squamous cell carcinoma. *BMC Cancer.* Jul 19 2019; 19(1): 714. doi:10.1186/s12885-019-5859-y.
8. Kim Min Jae, Ahn Kang-Min. Prognostic factors of oral squamous cell carcinoma: the importance of recurrence and pTNM stage. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery.* 2024/03/04 2024; 46(1): 8. doi:10.1186/s40902-024-00410-3.

## Summary

### **SURVIVAL OUTCOMES AND PROGNOSTIC FACTORS IN EARLY-STAGE (I–II) ORAL TONGUE CANCER IN FEMALE PATIENTS AT K HOSPITAL**

Oral tongue cancer is one of the most common malignancies of the oral cavity. The treatment of tongue cancer is multimodal, in which surgery plays a central role, particularly in patients with stage I-II disease. This study was a retrospective–prospective analysis of 91 female patients diagnosed with stage I-II oral tongue squamous cell carcinoma who were treated at K Hospital between January 2018 and December 2024. Surgery was the primary treatment modality in all patients (100%). Surgery alone accounted for 86.8%, followed by 13.2% of surgery combined with adjuvant radiotherapy or chemoradiotherapy. The median follow-up duration was 33.5 months (range: 6 - 78 months). Disease recurrence was observed in 9.9% of patients after treatment. The 3-year overall survival (OS) and 3-year disease-free survival (DFS) rates were 96.7% and 90.6%, respectively. Histological grade, depth of invasion, and disease stage were identified as important prognostic factors. Therefore, a combination of treatment modalities should be considered to improve overall survival and disease-free survival in patients presenting with these adverse prognostic factors.

**Keywords:** Tongue cancer, prognostic factors, female patients.