

Statusartikel

Senfølger efter kirurgisk behandling af cancer i mundhule, svælg og hals

Magne Bech, Kathrine Kronberg Jakobsen, Anne Fog Lomholt, Kira Lundin, Kristine Grubbe Gregersen, Irene Wessel & Christian Grønhøj

Afdeling for Øre-Næse-Halskirurgi og Audiologi, Københavns Universitetshospital – Rigshospitalet

Ugeskr Læger 2026;188:V12251016. doi: 10.61409/V12251016

HOVEDBUDSKABER

- Kirurgiske senfølger er hyppige og påvirker synkefunktion, tale og vejrtrækning.
- Dysfagi, mundtørhed, artikulations- og respirationsproblemer, seksuelle gener og kosmetisk skæmmende forandringer giver påvirkning af social trivsel.
- Psykiske senfølger består særligt i depression og selvmordstanker/-forsøg.

Hoved-hals-cancere er i betydelig vækst med mere end 1.600 nydiagnosticerede patienter pr. år og en årlig stigning i incidens på 1,41% fra 1980 til 2021 [1, 2]. Denne heterogene gruppe omfatter cancer lokaliseret til cavum oris (28,1%), oropharynx (25,6%), nasopharynx (3,0%), hypopharynx (7,7%), larynx (28,2%), glandula salivares, sinus paranasales (6,6%) og thyroidea. De to sidstnævnte er ikke omfattet af denne artikel.

For den samlede population af hoved-hals-cancerpatienter er femårsoverlevelse omkring 65% (2015-2019), men varierer betydeligt afhængigt af type, lokalisation og stadie [2]. Patienter med human papillomavirus (HPV)-positiv sygdom i oropharynx har f.eks. generelt bedre prognose end HPV-negative patienter, hvilket bl.a. relaterer sig til lavere komorbiditet og bedre behandlingstolerance [3].

Behandlingen af hoved-hals-cancer er forbundet med betydelige risici for senfølger. Desuden har en stor del af patienterne allerede ved diagnosen en eller flere komorbiditeter, hvilket gør risikoen for senfølger større [2]. Behandlingen afhænger af histologi, stadie og lokalisation. Hvis tumoren er operabel, tilbydes åben kirurgi, endoskopisk kirurgi eller robotkirurgi [4]. Foruden kirurgi er standardbehandlingen stråleterapi med eller uden supplerende kemoterapi. En stor del af patienterne får flere behandlingsmodaliteter, og dette er forbundet med øget risiko for senfølger. Ydermere oplever en del af patienterne recidiv (20-40%), hvor behandlingen igen forstærker senfølgerne [5-6].

Følger efter hoved-hals-kirurgi

Cavum oris

Kirurgi i cavum oris spænder fra mindre tumorresektioner til omfattende indgreb med knoglefjernelse og rekonstruktion. De hyppigste senfølger omfatter synkebesvær, taleproblemer (artikulationsproblemer), tyggevanskeligheder, smerter, ændret udseende, trismus og mundtørhed [7]. Trismus medfører yderligere problemer med tandbørstning/-pleje, proteseisætning og indtag af mad. Påvirkning af synkefunktion øger

risikoen for aspirationspneumoni, der kan medføre behov for indlæggelse. Disse følger kan påvirke patienterne betydeligt socialt og medføre ændret selvopfattelse samt tendens til social tilbagetrækning, særligt i relation til måltider og kommunikation.

Oropharynx

Patienter med oropharynxcancer oplever senfølger svarende til dem ved cavum oris-cancer, herunder problemer med synkning, tale, fødeindtag og smerter [7]. Resektion af arcus palati kan hindre komplet velofaryngeal aflukning under synkefunktion, hvilket kan medføre synkebesvær, ændret tale (åbent snøvl), og at væske/føde kommer ud af næsen. Patienter med HPV-positiv cancer lokaliseret i tonsiller har generelt en bedre livskvalitet et år efter behandling sammenlignet med patienter med cancer i den øvrige del af oropharynx eller cavum oris [7-9]. Erfaringer peger på, at transorale robotassisterede resektioner af radix linguae og tonsiller er forbundet med gode funktionelle resultater [8].

Glandula salivares

Efter operation på glandula parotis ses hyppigst føleforstyrrelser i huden og »papøre«, mundtørhed, som kan give tand- og mundhygiejneproblemer, kosmetiske gener, Freys syndrom og first bite syndrome, altså smerter ved første bid. Facialisparesse forekommer mere sjældent, men giver betydelige funktionelle gener med manglende øjenlukke, savlen og asymmetri i ansigtet [10-12].

Freys syndrom kan være særligt generende, idet nerver, der normalt aktiverer spytkirtlerne i stedet, stimulerer svedkirtler i huden. Dette medfører svedtendens og rødme i kindregionen ved spisning, duft eller tanke på mad.

Operation i glandula submandibularis kan føre til nedsat følesans i huden og reduceret hvilespytproduktion. Derudover ses risiko for nerveskade, som f.eks. kan give nedsat følesans og smag på tungen eller nedsat motorisk funktion af underlæbe og depressormusklerne, som kan give savlen, spisebesvær og ændring i socialt samvær relateret til madindtag [13]. Mundtørhed, savlen og synlige ansigtsforandringer kan være socialt hæmmende og påvirke patientens trivsel, særligt i forbindelse med måltider og social interaktion.

Larynx

Hovedparten af larynxcancer behandles med stråleterapi, men kirurgi er førstevalg til små tumorer på plica vocalis og til avancerede stadier i kombination med strålebehandling. Ved kirurgisk behandling af de små tumorer på plica vocalis er følger begrænset til stemmeændringer i varierende grad. Efter større kirurgi ses følger på både vejtrækning, stemme- og synkefunktion [14]. Ved fjernelse af larynx føres trachea ud på forsiden af halsen, og patienten mister naturlig talefunktion, som erstattes af en taleventil mellem trachea og øsofagus. Den manglende naturlige fugtning af indåndingsluften gennem næsen medfører nedsat lungefunktion og hostekraft samt skorpedannelse og fravær af lugtesans. Trods risikoen for aspiration er væk, kan der være betydeligt synkebesvær typisk grundet stenosedannelse i anastomosen mellem øsofagus og pharynx samt problemer med taleventilen. Ved hemilaryngektomi ses ligeledes aspirationstendens, og stemmen vil ofte være luftfyldt og utilstrækkelig. Ved samtidig fjernelse af thyroidea ses bivirkninger relateret hertil: hypothyroidisme, hypoparathyroidisme og hypokalcæmi. Stemmeændringer eller tab af naturlig stemme har væsentlig betydning for kommunikation, identitet og arbejds- og fritidsliv og kan føre til social isolation.

Hypopharynx

Cancer i hypopharynx behandles overvejende med strålebehandling, mens kun udvalgte patienter kan tilbydes primær kurativ kirurgisk behandling [15]. Faryngektomi uden fjernelse af larynx medfører oftest betydeligt synkebesvær og risiko for aspirationspneumoni. Særligt ved salvagekirurgi hos patienter, der tidligere har modtaget kombineret behandling med kemostråleterapi og dermed allerede har nedsat synkefunktion grundet strålefibrose. Ved manglende bedring trods rehabilitering bliver patienter permanent helt eller delvist

sondeernæret. Selv om larynx bevares, kan det blive nødvendigt med trakeotomi for at sikre luftvejen.

Nasopharynx

Cancer i nasopharynx er sjældent (2,6%) i den vestlige verden og er et svært fremkommeligt kirurgisk område. I Grønland er hyppigheden f.eks. højere, hvilket tilskrives genetik og miljøfaktorer, herunder Epstein-Barr-virus [2, 16]. Senfølger efter operationen (maxillary swing), hyppigt som salvagekirurgi, omfatter nedsat følesans i huden, trismus, næse-gane-fistel, nasalstenose samt hypernasal stemme [17]. Der kan også udføres endoskopisk kirurgi, hvis tumorlokalisering/-størrelse tillader dette.

Lymfeknudemetastaser på halsen

Hos patienter med lymfeknudemetastaser foretages ofte en lymfeknudeeksrese. Omfanget af indgrebet kan variere fra en begrænset fjernelse af enkelte lymfeknuder (sentinel node-procedure) til en mere omfattende selektiv eller radikal (ipsilateral/bilateral) halsdissektion. Ved den selektive procedure fjernes primært fedt- og lymfevæv, mens den radikale dissektion også omfatter muskler, større vener og i visse tilfælde motoriske nerver. Kroniske smerter fra skuldre rapporteres hyppigt, mens en del oplever lymfødeme. Sjældnere komplikationer omfatter nerveskade, der kan give føleforstyrrelser [18, 19].

Smerter, nedsat skulderfunktion, lymfødeme og kosmetiske forandringer kan påvirke fysisk funktion, arbejdsevne og kropsoptagelse og dermed have betydning for social deltagelse.

Rehabilitering

Da behandling af hoved-hals-cancer påvirker centrale funktioner som tale-, spise- og synkefunktion, alle med stor betydning for livskvaliteten, er der udviklet tiltag og tiltagende fokus på indsats til at imødegå akutte bivirkninger samt langvarige skader (Tabel 1).

TABEL 1 Opmærksomhedspunkter for klinikere.

Anatomisk område	Senfølger	Tilbud og rehabilitering	Hvad skal klinikere være opmærksomme på?
Cavum oris	Synkebesvær Taleproblemer Tyggevanskeligheder Ændret udseende Mundtørhed	Ergoterapi og logopædi, kostvejledning, dysfagiteam og tandlæge	Ved påvirket synke-/tyggeproblemer, hoste under måltider, aspirationspneumoni, ændret stemme, vægttab, smerter eller arvæv bør der henvises til dysfagiteam mhp. FEES/MBS-udredning Ved tandproblemer bør der henvises til tand-rehabilitering/tandlæge Klinikere bør ved velofaryngeal insufficiens overveje henvisning til kæbekirurg/tandprotetiker mhp. obturator. Ved nasale luftlækager kan protetiker fremstille næsepropper
Oropharynx	Synkebesvær Taleproblemer Tyggevanskeligheder Ændret udseende Mundtørhed	Ergoterapi og logopædi, kostvejledning, dysfagiteam og tandlæge	Ved påvirket synke-/tyggeproblemer, hoste under måltider, aspirationspneumoni, ændret stemme, vægttab, smerter eller arvæv bør der henvises til dysfagiteam mhp. FEES/MBS-udredning Ved tandproblemer bør der henvises til tandrehabilitering/tandlæge Klinikere bør ved velofaryngeal insufficiens overveje henvisning til kæbekirurg/tandprotetiker mhp. obturator. Ved nasale luftlækager kan protetiker fremstille næsepropper
Glandula salivares	<i>Glandula parotis</i> Føleforstyrrelser i huden Mundtørhed Kosmetiske gener Smerter Freys syndrom First bite syndrome Facialisparese <i>Glandula submandibularis</i> Nedsat følesans i huden omkring arret Reduceret hvilespytproduktion Skade i n. lingualis Skade i ramus marginalis nervus facialis	Ergoterapi, botulinum type A-toksin eller ØNH-læge ved Freys syndrom, ansigts-fysioterapi	Ved sved på kinden under måltider, facialisaffektion, mundtørhed eller asymmetri bør der henvises til ØNH- eller neurologisk vurdering Ved facialis parese og derved påvirket lukning af øjet kan der henvises til øjenlæger mhp. guldvægt (metalplade i øjenlåget), alternativt til plastikkirurgisk vurdering mhp. øjenlågssuspensionsindgreb
Larynx	Ernæringsproblemer Midlertidig sonde Permanent sonde Aspirationspneumoni Angst Depression Tab af lugtesans Hypothyroidisme Stemme problemer	Logopædi, stemmeprotese (Provox), ergoterapi, lungefysioterapi, endokrinologi	Ved påvirket synke-/tyggeproblemer, hoste under måltider, aspirationspneumoni, ændret stemme, vægttab, smerter eller arvæv bør der henvises til dysfagiteam mhp. FEES/MBS-udredning
Hypopharynx	Ernæringsproblemer Midlertidig sonde Permanent sonde Aspirationspneumoni Stemme problemer	Logopædi, stemmeprotese (Provox), ergoterapi, lungefysioterapi, endokrinologi	Ved påvirket synke-/tyggeproblemer, hoste under måltider, aspirationspneumoni, ændret stemme, vægttab, smerter eller arvæv bør der henvises til dysfagiteam mhp. FEES/MBS-udredning
Nasopharynx	<i>Maxillary swing</i> Trismus Oronasalfistel Nasalstenose Hypernasal stemme		Ved passage af føde eller væske til næsen bør oronasal fistel eller velofaryngeal insufficiens mistænkes og patienten henvises til ØNH-kirurgisk vurdering i samarbejde med kæbekirurg mhp. kirurgisk lukning eller obturator. Ved vedvarende nasale luftlækager kan tandprotetiker desuden fremstille næsepropper
Lymfeknudemeta-staser på halsen	Skulderdysfunktion Kroniske smerter Lymfødeme Skade i n. auricularis magnus Skade i n. marginalis Kyluslækage Skade i n. hypoglossus Skade i n. vagus Skade i n. lingualis	Fysioterapi, ergoterapi, lymfødeme-klinik, smerteklinik	Ved nedsat skulderløft, smerter eller hævelse bør der henvises til kommunal fysio-/lymfødeme-klinik

FEES = fleksibel endoskopisk evaluering af synkefunktion; MBS = modified barium swallow.

Rehabilitering er ofte langvarig og kompleks og omfatter ud over tale- og synketræning ernæringsvejledning og fysioterapi. Specialiserede senfølgeklinikker muliggør tværfaglig vurdering af fysiske, funktionelle og psykosociale senfølger, mens udkørende teams og samarbejde med kommunale tilbud kan sikre kontinuitet i rehabiliteringen, særligt for patienter med komplekse behov.

Dysfagi er en af de mest betydningsfulde senfølger og påvirker både helbred og livskvalitet. Dysfagi kan medføre vægttab og aspirationspneumoni, hvilket gør måltider til en belastning frem for glæde [20]. Opfølgningen efter hoved-hals-kirurgi, der kan medføre dysfagi, bør derfor altid omfatte en vurdering af synkefunktionen med fleksibel endoskopisk evaluering af synkefunktion (FEES). Patienter med behov for rehabilitering henvises til ergoterapeut med specialviden i dysfagi, som varetager den målrettede træning i spise- og drikkeaktiviteter samt sensorimotorisk træning af tungemotorik i samarbejde med diætist. Ved svær eller kompleks dysfagi bør patienten henvises til hospitalsbaseret specialiseret dysfagienhed, hvor udredning og behandling varetages tværfagligt. Tidlig henvisning er afgørende for at bevare funktion og forebygge komplikationer, men udbuddet af specialiserede tilbud varierer fortsat mellem regioner og hospitaler [20]. Hos patienter, hvor operationen kan give påvirkning af mundåbning, vejledes der i mund-, kæbe- og ganeøvelser for at forebygge trismus. Når først trismus er manifesteret, er det svært at revertere. Tilstanden skal derfor forebygges og erkendes i tidlige stadier.

Depression påvirker mange patienter med hoved-hals-cancer, og 18% af patienter med cavum oris-cancer oplever depressive symptomer efter behandling [21]. Disse problemer understreges yderligere af alarmerende statistikker, der viser, at overlevende af hoved-hals-cancer har en selvmordsrate, der er op mod 27 gange højere end baggrundsbefolkningen. Yderligere har 9% af patienterne selvmordstanker [22].

De mange sociale og psykiske udfordringer, der følger med en hoved-hals-cancerdiagnose, understreger vigtigheden af sporing af depressionssymptomer hos patienter behandlet for hoved-hals-cancer. Efter cavum oris-cancer kan »Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire«- eller »Oral Health Impact Profile«-spørgeskemaerne med fordel anvendes til at vurdere livskvaliteten efter behandlingen [23].

Diskussion og konklusion

Kirurgisk behandling af cancer i hoved-hals-området kan medføre omfattende og langvarige senfølger, som påvirker centrale funktioner som vejrtrækning og fødeindtagelse. Disse følger er yderst svære at undgå og bør derfor indgå som et centralt element i patientinformationen allerede ved behandlingsstart. Det er vigtigt at understrege, at senfølger ikke er unikke for kirurgisk behandling, men også ses efter stråleterapi og kemoradioterapi.

Senfølgerne strækker sig ofte ud over det lokale operationsområde og kan påvirke hele kroppen – både fysisk og psykisk – med betydelig indvirkning på livskvalitet og mental trivsel. Dette understreger behovet for, at klinikere vurderer senfølger både funktionelt og emotionelt og iværksætter tidlig tværfaglig rehabilitering og psykosocial støtte. Indsatser mod senfølger kan i bedste fald reducere disse og forebygge forværring heraf, men langt de fleste patienter ender med varierende grader af deficit, som de skal lære at håndtere. Processen dertil er kompleks og kan faciliteres både gennem rehabiliteringsindsatsen og i kontakten med medpatienter i patientforeninger [24].

For at imødekomme de komplekse senfølger er de etablerede tværfaglige senfølgeklinikker på hospitalsniveau vigtige for systematisk vurdering og rehabilitering. Efter afsluttet kontrolforløb kan almen praksis og praktiserende ØNH-læger fortsat følge op med klare henvisningsveje til specialiserede tilbud ved behov. Fremtidige forbedringer kan med fordel omfatte standardiseret psykosocial støtte til patienter og pårørende for at styrke håndtering af både fysiske og emotionelle følger.

Selv om senfølgerne ved kirurgi kan være omfattende, tyder det på, at særligt robotkirurgi giver færre senfølger end stråleterapi ved oropharynxcancer [21]. Fremtidens induktionskemoterapi kan potentielt reducere behovet for omfattende kirurgi og strålebehandling – og dermed mindske byrden af senfølger hos denne sårbare patientgruppe [25].

Korrespondance *Magne Bech*. E-mail: magne.bech@regionh.dk

Antaget 31. marts 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 11. maj 2026

Interessekonflikter CG oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i MSD Danmark. KL oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Dansk Selskab for Dysfagi. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V12251016

doi 10.61409/V12251016

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Late sequelae after surgical treatment of cancer of the oral cavity, pharynx and throat

Head and neck cancer incidence is rising, affecting ~1,600 patients annually in Denmark. Treatment often causes long-term sequelae that impair quality of life and may increase mortality. The extent depends on tumour location and may present as dysphagia, speech and respiratory difficulties. The psychological burden is considerable, with an elevated risk of depression and suicide. Consequently, this review finds it is important that clinicians recognise warning signs and know available rehabilitation services.

REFERENCER

1. DAHANCA. Årsrapport 2014 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA, 2024. https://www.dahanca.dk/CA_Adm_Web_Page?WebPageMenu=3&CA_Web_TabNumber=0 (9. dec 2025)
2. Jakobsen KK, Rasmussen JH, Melchioris J et al. Head and neck cancer trends in Denmark: a nationwide, 40-year data analysis. *Oral Oncol.* 2026;173:107843. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2025.107843>
3. Von Buchwald C, Jakobsen KK, Carlander ALF et al. TNM 8 staging system beyond p16: double HPV/p16 status is superior to p16 alone in predicting outcome in oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Eur J Cancer.* 2024;211:114329. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.114329>
4. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hoved- og halskræft - for fagfolk, 2020. <https://www.sst.dk/media/himnphuy/220620-pakkeforloeb-for-hoved-og-halskraeft.pdf> (9. dec 2025)
5. Grønhoj C, Jakobsen KK, Jensen DH et al. Pattern of and survival following loco-regional and distant recurrence in patients with HPV+ and HPV- oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based study. *Oral Oncol.* 2018;86:124-133. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2018.06.012>
6. Bjørndal K, Krogdahl A, Therkildsen MH et al. Salivary gland carcinoma in Denmark 1990-2005: outcome and prognostic factors. Results of the Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA). *Oral Oncol.* 2011;47(7):677-82. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.04.020>
7. Rathod S, Livergant J, Klein J et al. A systematic review of quality of life in head and neck cancer treated with surgery with or without adjuvant treatment. *Oral Oncol.* 2015;51(10):888-900. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2015.07.002>
8. Scott SI, Madsen AKØ, Rubek N et al. Long-term quality of life and functional outcomes after treatment of oropharyngeal cancer. *Cancer Med.* 2021;10(2):483-495. <https://doi.org/10.1002/cam4.3599>
9. Scott SI, Madsen AKØ, Rubek N et al. Dysphagia and quality of life 3 years after treatment of oropharyngeal cancer with transoral robotic surgery or radiotherapy. *Laryngoscope.* 2023;133(8):1893-1898. <https://doi.org/10.1002/lary.30410>
10. Plath M, Sand M, Cavaliere C et al. Long-term outcomes and quality of life following parotidectomy for benign disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2022;42(3):215-222. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-N1728>
11. Fiacchini G, Cerchiai N, Tricò D et al. Frey syndrome, first bite syndrome, great auricular nerve morbidity, and quality of life following parotidectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018;275(7):1893-1902. <https://doi.org/10.1007/s00405-018-5014-4>
12. Hignett SM, Judd O. Frey's syndrome: a review of the physiology and possible role of neurotrophic factors. *Laryngoscope Invest Otolaryngol.* 2021;6(3):420-424. <https://doi.org/10.1002/lio2.559>
13. Springborg LK, Møller MN. Submandibular gland excision: long-term clinical outcome in 139 patients operated in a single institution. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2013;270(4):1441-6. <https://doi.org/10.1007/s00405-012-2175-4>
14. Wulff NB, Dalton SO, Wessel I et al. Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy. *Laryngoscope.* 2022;132(5):980-988. <https://doi.org/10.1002/lary.29857>
15. Jakobsen KK, Wingstrand VL, Jensen JS et al. Incidence and survival of hypopharyngeal cancer: a Danish nation-wide study from 1980 to 2014. *Acta Oncol.* 2019;58(11):1570-1576. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2019.1657585>
16. Hau PM, Lung HL, Wu M et al. Targeting Epstein-Barr virus in nasopharyngeal carcinoma. *Front Oncol.* 2020;10:600.

- <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00600>
17. Channir HI, Avnstorp MB, Wessel I et al. The maxillary swing approach: the first Scandinavian experience. *Acta Otolaryngol.* 2021;141(5):519-530. <https://doi.org/10.1080/00016489.2021.1884746>
 18. Dedivitis RA, Guimarães AV, Pfuetszenreiter Jr EG et al. Neck dissection complications. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(1):65-9. <https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000100011>
 19. Schlieve T, Zaid W, red. *Complications in neck dissection: a comprehensive, illustrated guide.* Springer, 2021. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-62739-3>
 20. Fredslund SV, Høgdal N, Christensen MB, Wessel I. Dysphagia training after head and neck cancer fails to follow legislation and national recommendations. *Dan Med J.* 2015;62(5):A5067. <https://ugeskriftet.dk/dmj/dysphagia-training-after-head-and-neck-cancer-fails-follow-legislation-and-national>
 21. Lansner MW, Jakobsen KK, Jensen JS et al. Development of depression in patients with oral cavity cancer: a systematic review. *Acta Otolaryngol.* 2020;140(10):876-881. <https://doi.org/10.1080/00016489.2020.1778785>
 22. Nassar SI, Durgham RA, Nguyen SA et al. Risk factors for suicide among head and neck cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Head Neck.* 2025;47(8):2231-2247. <https://doi.org/10.1002/hed.28145>
 23. Dholam K, Chouksey G, Dugad J. Impact of oral rehabilitation on patients with head and neck cancer: study of 100 patients with Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire and the Oral Health Impact Profile. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;72(3):308-312. <https://doi.org/10.1007/s12070-020-01801-4>
 24. Sharp L, Redfearn D, Timmons A et al. Posttraumatic growth in head and neck cancer survivors: is it possible and what are the correlates? *Psychooncology.* 2018;27(6):1517-1523. <https://doi.org/10.1002/pon.4682>
 25. Lorch JH, Goloubeva O, Haddad RI et al. Induction chemotherapy with cisplatin and fluorouracil alone or in combination with docetaxel in locally advanced squamous-cell cancer of the head and neck: long-term results of the TAX 324 randomized phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):153-9. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70279-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70279-5)