

Behandeling van tumoren in het hoofd-hals gebied

Th.J.M. Hoppenreijns *

M.A. Oude Elberink **

In Nederland wordt jaarlijks bij ongeveer 500 mensen een tumor in de mondholte gediagnostiseerd. Dit is omgerekend slechts 3% van alle maligniteiten die in het lichaam voor kunnen komen.

In 80% van de gevallen betreft het tumoren die in het slijmvlies ontstaan. Dit zijn plaveiselcelcarcinomen. De overige 20% zijn maligne melanomen, maligne speekselkliertumoren, sarcomen van bot of weke delen, maligne dentogene tumoren, maligne lymfomen en metastasen van elders in het lichaam gelegen tumoren. We willen ons met name tot de plaveiselcelcarcinomen beperken.

Deze tumor komt twee maal zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de patiënt ligt rond het 60e jaar, maar de ziekte kan zich ook al op jongere leeftijd voordoen, en er is een tendens van toenemende incidentie bij vrouwen.⁽¹⁾

Plaveiselcelcarcinomen kunnen op iedere plaats in de mond ontstaan. Voorkeursplaatsen zijn de tongranden, het voorste deel van de mondbodem en het slijmvlies van de onderkaak. De genezingskansen van de patient worden in belangrijke mate bepaald door de grootte van de tumor op het tijdstip van ontdekking. Bij een tumor kleiner dan 2 centimeter is de genezingskans ongeveer 75%. Bij grotere tumoren dalen de genezingskansen, voornamelijk vanwege de grotere kans op het reeds uitgezaaid zijn naar de lymfeklieren in de hals.

Roken en alcoholgebruik worden als de belangrijkste oorzakelijke factoren voor het ontstaan van een plaveiselcelcarcinoom beschouwd, gevolgd door syfilus en de invloed van zonlicht.

De kenmerken van een maligne tumor zijn invasieve snelle groei met veel celdeling, zonder neiging tot afkapseling. Een ander belangrijk kenmerk van een maligne tumor is de uiteindelijke lymfogene of hematogene metastase.

Het plaveiselcelcarcinoom veroorzaakt veelal geen pijnklachten, echter continue lokale pijn of irritatie met uitstraling naar andere plaatsen, zoals het oor of kaakgewricht is mogelijk. Meestal presenteert een plaveiselcelcarcinoom zich als een ulcus, maar kan ook het aspect hebben van een knobbel met een intact oppervlak. Verdere uitbreiding van de tumor in het slijmvlies kan uiteindelijk leiden tot boterosie of zelfs bot-ingroei. Kortom de presentatie kan wisselen en histopathologisch onderzoek in nodig voor de definitieve diagnose.

Bij de stadiëring wordt de TNM classificatie gebruikt, waarbij de grootte van de tumor (T), eventuele palpabele halsklieren (N) of metastasen op afstand (M) zijn opgenomen.

Care en Cure

De behandeling van dergelijke maligne afwijkingen ligt niet in handen van één persoon. Voor zowel de diagnostiek als het opstellen van het uiteindelijke behandelingsplan wordt iedere patiënt door een multidisciplinair team, bestaande uit een kaakchirurg, medisch oncoloog, KNO-arts en radiotherapeut gescreend. De gastro-enteroloog, psychiatrisch verpleegkundige, psychiater, diëtiste, fysiotherapeut, stomaverpleegkundige, en mondhygiëniste

hebben een ondersteunde rol bij de uiteindelijke behandeling.

In het ziekenhuis Rijnstate te Arnhem worden de oncologische kaakchirurgie-patiënten behandeld op de OAAZ, hetgeen staat voor: Oncologie Afdeling Algemeen Ziekenhuis. Met een multidisciplinaire intensieve behandeling en verpleging wordt inhoud gegeven aan een professionele "care en cure" voor patiënten met oncologische aandoeningen. Op de OAAZ worden zowel de chemokuren als de



Fig. 1. Een plaveiselcelcarcinoom in het achterste deel van de mondbodem is gereceerd en gereconstrueerd met een deel van de m. Temporalis. Na 7 dagen ontstond een wonddehiscentie in de mond en 2 dagen later werd ook de huid dehiscent met als gevolg een door en door defect (oro-pharyngo-cutane fistel) met speeksellekkage.

operatieve voor-en nazorg verricht. Voor de patiënt betekent dit dat hij/zij steeds bij hetzelfde vertrouwde en deskundige team komt. Dit is erg belangrijk voor deze oncologiepatiënt met zijn complexe problematiek, waaruit veel ingrijpende behandelingen voortvloeien.

De OAAZ overlapt de zorg en continuïteit van de oncologiepatiënt op vier eenheden;

- de kliniek
- de polikliniek
- de dagbehandeling
- de thuiszorg.

Behandelingstraject

De patiënt doorloopt de volgende 5 fases op de OAAZ :

- Intake op de verpleegkundige polikliniek van de OAAZ.
- Pré-operatieve fase.
- Operatieve fase.
- Post-operatieve fase.
- Ontslag fase

Intakegesprek op de verpleegkundige polikliniek van de OAAZ.

Nadat de patiënt op de polikliniek van de kaakchirurgen op de hoogte is gesteld van zijn diagnose, volgt er een intakegesprek op de polikliniek bij de oncologieverpleegkundige. Deze verpleegkundige is eindverantwoordelijk voor de patiënt gedurende de periode dat de patiënt op de OAAZ verblijft. Hier wordt de verpleegkundige anamnese afgenomen en het behandelingschema besproken. Tijdens het doorlopen van dit behandelings-

schema komt de patiënt in aanraking met verschillende disciplines die standaard geconsulteerd worden. De patiënt krijgt te horen welke hulpverleners hij/zij zal kunnen verwachten en waarom ze geconsulteerd worden.

Pre-operatief, gedurende de eerste chemokuur, ziet de patiënt onder andere;

de gastro-enteroloog: zorgt voor plaatsing/verwijdering van de PEG-catheter.

de psychiatrisch verpleegkundige: screent de patiënt op eventueel te verwachten ontweningsverschijnselen. Zo nodig worden pre-operatief maatregelen genomen zoals het afspreken van medicijnen, in overleg met de psychiater.

de diëtist: bespreekt het voedingspatroon van de patiënt, geeft adviezen en uitleg over de voeding post-operatief met behulp van Nutrison®.

de kno-arts: onderzoekt de patiënt op mogelijk andere primaire tumoren in het hoofd-halsgebied.

de fysiotherapeut: onderzoekt de patiënt pre-operatief, onderkent mogelijke aandachtsgebieden post-operatief betreffende het bewegingsapparaat en de ademhaling.

de stomaverpleegkundige: geeft informatie over de PEG-catheter.

Novuxol® voor verwijdering van necrotisch weefsel.

Naam en Samenstelling: Novuxol® hydrofobe zalf bevat per gram 1,0-4,75 mg Collagenase Knoll. Collagenase Knoll bestaat uit clostridiopeptidase A (1,2 eenheden) en andere proteasen (0,24 eenheden). **Indicaties:** Enzymatisch debriement van necrotiserende wonden, zoals bij ulcus cruris en decubitus. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor één van de bestanddelen. Brandwonden. **Bijwerkingen:** Novuxol® zalf wordt in het algemeen goed verdragen. Na applicatie zijn lokale pijn, branderigheid, roodheid en irritatie gemeld.

Waarschuwingen en voorzorgen: Wanneer in het wondgebied ernstige bacteriële- of schimmelinfecties optreden, dienen deze actief bestreden te worden, bij voorkeur via systemische toediening van daartoe geëigende preparaten. Niet toepassen op schone, herstellende granulerende wonden omdat dit de wondgenezing kan belemmeren. Contact met de omringende huid moet worden vermeden (omgeving van de wond beschermen). **Verpakkingen:** Novuxol®, hydrofobe zalf: tube à 30 gram, tube à 100 gram. Novuxol® UR.

Knoll BV, Hettenheuvelweg 41-43,
1101 BM Amsterdam Z.O., Telefoon: 020 - 564 01 01.



Fig.2. De wond werd verzorgd met een absorberend verband en lichte compressie. De fistel verdween binnen 1 week en na 3 weken was een goede secundaire wondgenezing op gang gekomen.

de mondhygiëniste: begeleidt de mondhygiëne, behandelt tandvleesproblemen, en geeft preventief fluoride behandelingen bij patiënten die bestraald zullen worden.

Pré-operatieve fase

Bij de eerste chemokuur MTX, verblijft de patiënt drie dagen op de afdeling waarvan de eerste dag wordt besteed aan algemeen medisch onderzoek.

De volgende twee kuren kunnen volstaan met twee dagen. Gedurende deze opnames wordt de patiënt gezien door de geconsulteerde disciplines.

Wanneer er problemen verwacht worden in de thuissituatie, qua alcoholgebruik kan besloten worden om de patiënt gedurende de chemokuren op de afdeling te houden en niet tussendoor naar huis te laten gaan. Dit gaat op advies van de psychiatrisch verpleegkundige. Reeds voor- en tijdens de opnames krijgt de patiënt informatie over de operatie van de kaakchirurg.

Operatieve fase.

De laatste klinische opname vindt twee dagen voor de operatie plaats. Eén dag voor de operatie wordt de PEG-catheter geplaatst. Deze Percutane Endoscopische Gastrostomie-catheter zal na de operatie gebruikt worden om de patiënt te voeden.⁽²⁾

De PEG-catheter blijft zitten tot de pathologisch-anatomische uitslag bekend is. Is de tumor radicaal verwijderd en zijn er geen lymfogene metastasen, dan kan de PEG-catheter na ongeveer drie tot vier weken verwijderd worden.

Zijn er wel lymfogene metastasen gevonden, dan moet de patiënt worden nabestraald en blijft de PEG-catheter gehandhaafd. Dit wordt

gedaan omdat tijdens de radiotherapie forse slikproblemen kunnen ontstaan.

behandelingsopzet

De doorsnee behandeling van een grote tumor bestaat uit een korte voorbehandeling met methotrexaat, gevolgd door een operatie bestaande uit een resectie van het primaire tumorgebied in combinatie met een halsklierdissectie en reconstructie van het defect. Indien de resectieranden niet of te krap vrij zijn van tumorweefsel, danwel lymfekliermetastases met extra-nodale groei zijn aangetroffen in het halsklierdissectie preparaat, wordt een patient nabestraald met gemiddeld 60 Gy. Gedurende 6 weken wordt 5 maal per week 2 Gy gegeven. Bij de nazorg ligt het accent op wondverzorging, rehabilitatie, en intensieve controle.

chirurgie

Met de operatieve ingreep willen we uiteindelijk een curatieve behandeling uitvoeren. Dit houdt in dat de tumor ruim moet worden geresceerd in combinatie met de lokale lymfeklieren in de hals, vanwege mogelijke metastasen. Een carcinoom heeft de neiging volgens bepaalde lymfeklier trajecten uit te zaaien, afhankelijk van de localisatie. Klinisch onderzoek, eventueel aangevuld met een MRI, bepaalt uiteindelijk de uitgebreidheid van de halsklierdissectie.

Bij de resectie van de tumor is het belangrijk dat geen "spilling" van tumorcellen ontstaat vanuit het oorspronkelijke tumorgebied of vanuit de lymfeklieren. Bij voorkeur wordt de tumor in continuïteit met het halsklierpreparaat verwijderd.

reconstructie

Het defect na de resectie dient te worden afgedicht en gereconstrueerd om een goede rehabilitatie mogelijk te maken. Afhankelijk van de localisatie van de tumor zal na de resectie een reconstructie van kaak en weke delen nodig zijn.

Bij oppervlakkige botaantasting kan het voldoende zijn slechts een deel van de onderkaak bij de resectie mee te nemen, en de continuïteit van de onderkaak in tact te houden. Bij verregaande botinvasie wordt een deel van de onderkaak geresceerd en kan de continuïteit worden hersteld middels een titanium reconstructieplaat of door interpositie van een nieuw bottransplantaat.

Een klein weke delen defect kan eenvoudig worden gesloten met weefsel vanuit de omge-

ving. Echter bij grote defecten is dit niet meer mogelijk en is weefsel van elders nodig. De samengestelde spier-huid lappen blijven door de oorspronkelijke aan- en afvoerende bloedvaten van bloed voorzien. Mogelijke donorplaatsen zijn spieren uit de musculus temporalis, de platysma van de hals, of de pectoralis major van de voorste borstwand. Vrije lappen met microvasculaire anastomosen zijn ook nog een mogelijkheid.

Afhankelijk van de plaats en de grootte van het defect moet worden beoordeeld op welke wijze het defect kan worden gesloten. Met het oog op eventuele postoperatieve problemen is een spanningsloze wondsluiting een eerste vereiste. Daarnaast is het belangrijk tijdens de behandeling een goede hemostase te betrachten, gevolgd door adequate wonddrainage met vacuümdrains.

Na de operatie verblijft de patiënt gemiddeld vier dagen op de intensive care.

Hier wordt het voeden via de PEG-catheter opgestart met pre-Nutrison®. Het afbouwen van de Nutrison®-voeding, gaat naar gelang het normale voedsel per os kan worden opgebouwd.

Post-operatieve fase.

De wondverzorging begint op de intensive care en bestaat voornamelijk uit het aanbrengen van absorberende verbanden op de wond, en het verbinden van de insteek- plaats van de redondrains en de PEG-catheter.

Op de verpleegafdeling zijn wondverzorging in de mondholte en het verbinden van de huid belangrijke aandachtspunten. Om complicaties in de mondholte te voorkomen begint de patiënt met het spoelen van de mond met chloorhexidine 0,2% vier maal daags. Mondinspektie na het spoelen kan voorkomen dat er voedselresten achterblijven in de mondholte.

Wanneer de wond niet nalekt wordt de huid verbonden met primapore-pleister. Na enkele dagen wordt de wond alleen nog gedesinfecteerd en is een pleister niet meer noodzakelijk.

complicaties

In de postoperatieve periode kan een globaal onderscheid worden gemaakt in vroege en laat optredende problemen. In de eerste week zijn het met name slikproblemen, gevolgen van alcoholonttrekking, lymfoedeem, en problemen met de wonddrainage.

Een geïnfecteerd hematoom ontstaat pas na enkele dagen en kan overgaan in een dehiscentie en fistel. De normale wondgenezing is vele malen slechter na radiotherapie.

Functioneel herstel bij de rehabilitatie kan eveneens laat-postoperatieve problemen geven.

Wondinfecties na oncologische ingrepen zijn meestal het gevolg van een secundair geïnfecteerd hematoom, en/of wondrandnecrose. Systemische of regionale factoren die de wondgenezing nadelig beïnvloeden kunnen een complicerende invloed hebben.

Een infectie kan leiden tot een dehiscentie en door de contaminatie van de wond is een fistel al snel het gevolg. Een cutane fistel is veelal het gevolg van een nog aanwezig hematoom of van partiële randnecrose door bijvoorbeeld slechte vascularisatie. Na ontlasting, en drainage herstellen dergelijke fistels in de regel spontaan binnen enkele weken. Regelmatig verbinden met absorberende verbanden is in de regel voldoende. Chirurgisch wondtoilet is zelden nodig.

Een intra-orale dehiscentie geeft contaminatie van het gehele wondgebied, en het is dan nog slechts een kwestie van tijd of ook een extra-orale dehiscentie zal ontstaan. We spreken in dit geval over een oro-pharyngo-cutane oftewel een door-en-door fistel (zie figuren). Een dergelijke fistel ontstaat meestal na een combinatie van tumorresectie en halsklierdissectie. Tijdens de chirurgische behandeling is de verbinding van intra-oraal naar extra-oraal al ontstaan. Na de intra-orale dehiscentie zal speeksel dit traject door de hals volgen, waarna uiteindelijk een extra-orale dehiscentie zal ontstaan. Patiënten in een slechte algemene conditie of behandeling na voorbestraling, vormen een risicogroep.

Bij de behandeling van de door-en-door fistels wordt gestreefd het intra-orale defect af te dichten met een tampon en het aanbrengen van een penrose drain laag in de hals. Hieroverheen wordt een absorberend verband aangebracht, eventueel met een geringe compressie ter verkleining van de dode ruimte. Indien veel vocht uit de fistel lekt kan dit met een urostoma-zakje worden opgevangen.

Helder vloeibare voeding wordt geadviseerd om het wondgebied zo schoon mogelijk te houden. Toch herstelt 60% spontaan na één tot zes maanden. Bij een persisterende fistel moet de wond in de mond operatief worden gesloten.

Effecten van radiotherapie

De kans op wondinfecties, dehiscenties, fistels of carotidnecrose is na radiotherapeutische behandeling een factor 3 tot 4 hoger dan zon-

der radiotherapie.

Het normale weefsel ondervindt eveneens schade van de radiotherapie. Chronische subcutane necrose, osteo-radionecrose, radio-dermatitis of bestralingsmucositis komen vaak voor.

Rehabilitatie

Er zijn tegenwoordig veel mogelijkheden om na chirurgische behandeling de defecten van de kaak of het gelaat te herstellen, en de slik- en spraakfuncties te verbeteren, waarmee een snellere rehabilitatie mogelijk is. De toepassing van implantaten teneinde de prothesen meer retentie te geven is voor menig patiënt een uitkomst.

Ontslag

De patiënt kan met ontslag wanneer hij zacht voedsel (o.a. brood zonder korst) tot zich kan nemen, en de PEG-catheter zelfstandig kan verzorgen. Indien de patiënt niet in staat is dit zelfstandig te doen, kan een partner dit aanleren. In het uiterste geval blijft de patiënt langer op de afdeling, of neemt de wijkverpleging deze handeling op zich.

De patiënt krijgt via de diëtist een koffer mee met Nutrison® en voorlichtingfolders. Bij ontslag wordt een afspraak gemaakt op de poli van de kaakchirurgen over ongeveer één week. Aansluitend hierop volgt de afspraak bij de oncologische verpleegkundige polikliniek. De patiënt wordt verder vervolgd door de kaakchirurg. Op de OAAZ zien we de patiënt niet meer terug. Eventuele nabehandeling met

radiotherapie wordt verricht op het ARTI, het Arnhems Radiologisch Therapeutisch Instituut.

Conclusies

De benadering van tumoren in de mondholte is de laatste jaren beduidend verbeterd. Ook grotere tumoren zijn nog met een redelijke prognose curatief te behandelen. Door de geschetste behandeling is de patiënt na de chemotherapie beter operabel, wordt hij /zij middels een PEG catheter in een uitstekende voedingstoestand gehouden en wordt eventuele radiotherapie pas na de chirurgische fase gegeven.

Met de huidige intensieve peri-operatieve zorg op de OAAZ kunnen problemen of complicaties snel worden onderkend en adequaat worden behandeld.

* Theo J.M. Hoppenreijns, kaakchirurg Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

** Monique A. Oude Elberink, verpleegkundige Oncologie Afdeling Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem.

Voordracht gehouden tijdens het WCS congres te Utrecht d.d. 20 november 1995.

Literatuur.

- 1 Jovanovic A. Squamous cell carcinoma of the lip and the oral cavity; An epidemiological study. Elinkwijk BV, Utrecht (1993).
- 2 Koehler J, Buhl K. Percutaneous endoscopic gastrostomy for postoperative rehabilitation after maxillofacial tumor surgery. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. (1991); 20: 38-39.

Perstorp: Tweeds voor wondverzorging

Binnenkort in Nederland met IodoSorb®, Spyrosorb®, Sprilon®, Zipzoc®

 **Perstorp Pharma**

Divisie van Perstorp Nederland B.V., Postbus 1523, 3260 BA Oud Beierland, Telefoon: 0186 - 610 188 Fax: 0598 - 618 184