

www.azstlucas.be



> Totale laryngectomie

Informatiebrochure

Totale laryngectomie

Binnenkort ondergaat u een totale laryngectomie (operatieve verwijdering van het strottenhoofd) in AZ Sint-Lucas. Met deze brochure willen we u graag informatie geven over de verschillende aspecten bij deze operatie.

In de brochure komen volgende onderwerpen aan bod:

Het strottenhoofd	3
Bouw en functie	3
Behandeling	3
Gevolgen van laryngectomie	4
Revalidatie	5
Mogelijke verwikkelingen na de ingreep	6
Het ziekenhuisverblijf	7
Vóór de ingreep	7
Tijdens de ingreep	7
Na de ingreep	9
Terug thuis	10
Tenslotte	11

Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen, aarzel niet om uw arts of een verpleegkundige aan te spreken. Wij zijn er voor u!

Het strottenhoofd



Bouw en functie

Het strottenhoofd of de larynx bestaat uit kraakbeen en is te voelen ter hoogte van de adamsappel. Het bevindt zich net onder het punt waar de keelholte gesplitst wordt in de slokdarm, de weg waarlangs het voedsel naar de maag gaat, en de luchtpijp waarlangs de ingeademde lucht de longen bereikt. Omwille van zijn ligging speelt de larynx een belangrijke rol bij het normaal ademen, slikken en spreken.

De stembanden bevinden zich in het centrum van het larynxskelet. Bij het uitademen langs de mond, worden ze door de verplaatsing van de lucht in trilling gebracht. Op die manier kan men geluiden produceren.

Aan de bovenkant van het strottenhoofd bevindt zich het strotklepje (de epiglottis). Tijdens het slikken dekt het strottenklepje de toegang tot het strottenhoofd af. Zo wordt de luchtpijp beschermd tegen het binnenkomen van het voedsel.

Strottenhoofdkanker begint meestal vanuit het slijmvlies (de binnenbedekking) van het strottenhoofd te groeien. Er bestaan verschillende soorten strottenhoofdkanker:

- kanker van de stembanden (glottische tumor): deze begint te groeien op of vlak bij de stembanden
- kanker in het gebied boven de stembanden (supraglottische tumor)
- kanker die begint te groeien onder de stembanden (subglottische tumor).

Strottenhoofdkankercellen kunnen uitzaaien via de lymfe en/of het bloed. Bij verspreiding via de lymfevaten ont-

staan in eerste instantie uitzaaiingen in de lymfeklieren in de hals. Uitzaaiingen die zich via het bloed verspreiden komen meestal in de longen terecht. Laryngectomie is ook vaak noodzakelijk voor de behandeling van tumoren van de naburige regio's in de keel (vb. slokdarmingang).

Behandeling

De behandeling van strottenhoofdkanker is afhankelijk van:

- de grootte van de tumor
- de plaats van de tumor
- leeftijd
- algemene conditie
- eventuele doorgroei in omliggend weefsel
- eventuele uitzaaiingen.

De meest toegepaste behandelingen bij strottenhoofdkanker zijn:

- laserbehandeling
- bestraling (radiotherapie)
- operatie.

4
Totale
laryngectomie

Operatieve verwijdering van het strottenhoofd kan gedeeltelijk of totaal zijn. Bij een gedeeltelijke laryngectomie kan een deel van het strottenhoofd gespaard worden. Dit is alleen mogelijk bij vrij kleine tumoren.

Bij grotere tumoren moet het hele strottenhoofd verwijderd worden. Hier spreekt men van een totale laryngectomie.

In deze brochure vindt u alleen informatie over een totale laryngectomie. Informatie over andere behandelingsvormen kunt u vinden op de gezondheidssite van Vlaanderen (www.gezondheid.be) onder de rubriek 'Strottenhoofdkanker'. Voor al uw vragen in verband met kanker kunt u contact opnemen met de Vlaamse Liga Tegen Kanker op het adres: Koningstraat 217, 1210 Brussel. U kunt ook elke werkdag tussen 9 en 17 uur bellen naar de Vlaamse kankertelefoon op het nummer 078/15 01 51.

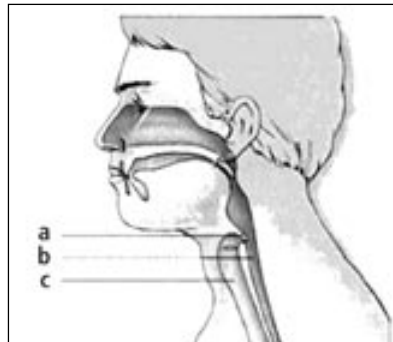


Gevolgen van een totale laryngectomie

Ademen

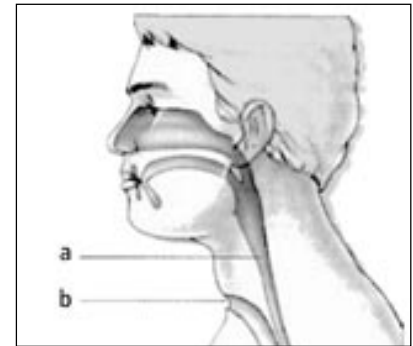
Na de operatie ademt u niet meer door de neus en de mond, maar door de opening in de hals (tracheostoma), waarin de luchtpijp is vastgehecht.

voor de operatie



- a. strottenklepje
- b. slokdarm
- c. luchtpijp

na de operatie



- a. slokdarm
- b. tracheostoma

Het bovenste gedeelte van de luchtweg (neus- en keelholte) wordt volledig gescheiden van het onderste gedeelte (luchtpijp, luchtpijptakken). Overtollig slijm, geproduceerd in dit onderste gedeelte van de luchtweg, wordt nu afgevoerd via het tracheostoma. Ook het snuiten en niezen is niet meer mogelijk.

Slikken

De keelholte wordt zeer nauwkeurig gehecht. De toegang tot de slokdarm blijft zodoende intact, evenals de slikbeweging. Er ontstaat echter een volledige scheiding tussen lucht- en spijsweg.

Sprekken

Omdat bij het verwijderen van het strottenhoofd ook de stembanden verwijderd worden, is het na de operatie niet meer mogelijk normaal te spreken (dus via de stembanden). Onder begeleiding van een logopedist kan u leren spreken met behulp van een andere stemtechniek (zie Spraakrevalidatie).

Ruiken

Omdat de lucht niet meer via de normale inadamingsweg langs het neusslijmvlies binnenkomt, kan u nog moeilijk geuren waarnemen (zie Reukrevalidatie).

Baden

Bij douchen en baden moet u er op letten dat er geen water in de halsopening binnendringt. Hiervoor zijn douchebeschermers verkrijgbaar.

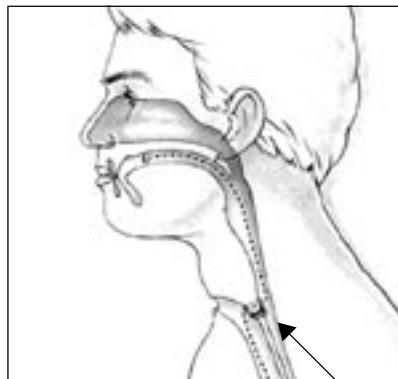
Revalidatie

Spraakrevalidatie

Na de operatie wordt, meestal nog tijdens het verblijf in het ziekenhuis, begonnen met de lessen logopedie. U kunt op verschillende manieren zonder stembanden leren spreken.

De stemprothese (spraakknop)

Tijdens de operatie kan een stemprothese (of spraakknop) geplaatst worden in de wand tussen de luchtpijp en de slokdarm die een verbinding vormt tussen de beide.



stemprothese

Door middel van de stemprothese is het mogelijk lucht vanuit de longen naar de slokdarm te sturen. Hiervoor moet het tracheostoma na inademen worden afgesloten met bijvoorbeeld een vinger of met behulp van een pleister met een klepje.

Het slokdarmweefsel wordt door de uitgeademde lucht in trilling gebracht en brengt zo geluid voort: de 'slokdarmstem'. In de mond-, neus-, en keelholte wordt dit geluid tot verstaanbare spraak gevormd.

Deze methode lijkt het meest op het spreken van voor de operatie. Zingen, hard roepen, fluisteren, neuriën en fluïten is echter niet meer mogelijk.

De injectie-methode (slokdarmspraak)

Met deze methode leert men u kleine hoeveelheden lucht via de mond in de slokdarm brengen. Vervolgens komt deze lucht door een bepaalde druk weer naar boven en brengt in het bovenste deel van de slokdarm een trilling tot stand. Op die manier ontstaat er geluid dat op de normale manier in de mond-, neus-, en keelholte tot spraak wordt gevormd. Het aanleren van de slokdarmspraak met de injectie-methode vraagt meer tijd dan met een stemprothese.

De electro-larynx

Dit is een buisvormig toestel dat werkt op een oplaadbare batterij. Aan de bovenzijde zit een trilplaatje. Tijdens het spreken wordt dit apparaat tegen de mondbodem of hals gehouden. Trillingen worden via het mondbodemweefsel doorgegeven aan de lucht in de mondholte, zodat er geluid ontstaat. Door normale spreekbewegingen te maken, wordt dit geluid omgezet in spraak. Het stemgeluid dat hierdoor ontstaat, klinkt mechanisch, de spraak is metaalachtig en klinkt dus niet als een normale stem. Voor degenen die moeilijkheden hebben met het aanleren van de slokdarm- of prothesespraak, biedt het echter een goede mogelijkheid om te kunnen spreken.

Reukrevalidatie

Door de gaap-ruikmethode kunt u opnieuw leren ruiken. Deze methode ontstaat door het naar beneden bewegen van de mondbodem. Met gesloten lippen worden de onderkaak en de tong neerwaarts bewogen. Daardoor ontstaat er onderdruk in de vergrote mondholte.

Door deze beweging snel te herhalen, komt de nasale luchtstroom op gang. Op die manier kunt u de geuren opnieuw waarnemen.

Mogelijke verwikkelingen na de ingreep

Huidirritatie

Huidirritatie rond de stoma kan veroorzaakt worden door de slijmen die zich onder kompressen ophopen. Daarom zullen deze tijdig moeten vervangen worden. Zachte amandelolie of een product dat een soort beschermende filmlaag op de huid legt (vb. Cavilon-spray®) kunnen hierbij ook helpen. Licht ontvelde huid kan worden behandeld met een waterige eosineoplossing. De huid, die als gevolg van een radiotherapiebehandeling werd verzwakt, zal sneller geïrriteerd raken.

Samentrekkende opening

Soms kan een tracheostomieopening de neiging hebben zich bij inademing

te sluiten wanneer men de tracheacanule (afbeelding en uitleg op blz. 7-8) verwijdert. Dit kan individueel sterk verschillen.

Wanneer de canule te lang verwijderd blijft, kan er een risico ontstaan op spontane sluiting van de stoma. In dit geval is het aangewezen om twee canules te gebruiken: tijdens de reiniging van de ene canule, wordt er een reserve canule in de stoma geplaatst.

Zure oprispingen

Na de operatie kan het gebeuren dat de spieren rond de slokdarm minder goed functioneren. Zo kan zure maaginhoud gemakkelijker terug in de mondholte komen. Om dit te voorkomen is het niet aangeraden om na de maaltijd onmiddellijk te gaan liggen of voorover te buigen. 's Nachts kan het verholpen worden door het hoofdeinde van het bed wat hoger te plaatsen. Voedingsmiddelen die zure oprispingen kunnen uitlokken (vb. sterk gekruide gerechten, chocolade, koffie), kunt u best vermijden.

Het ziekenhuisverblijf



Vóór de ingreep

- De dag voor de operatie zal u worden opgenomen in het ziekenhuis op straat 72.
- De noodzakelijke onderzoeken vóór de operatie worden meestal ambulantly of tijdens een korte opname in het ziekenhuis uitgevoerd. De reeds door u ingevulde vragenlijst, de uitslagen van bloedonderzoek, het

cardiogram en een longfoto, mag u doorgeven aan de verpleegkundige als deze nog in uw bezit zijn.

- Indien u medicijnen neemt, is het noodzakelijk dit mee te delen aan de verpleegkundige. De inname van bloedverdunnende medicatie dient 1 week vóór de operatie gestopt te worden.
- U moet nuchter zijn (niet eten en niet drinken) vanaf middernacht de avond vóór de ingreep.
- Aan de mannelijke patiënten wordt gevraagd de baard te scheren.
- Indien u zenuwachtig bent, kan u op advies van de anesthesist (arts die zorgt voor de verdoving tijdens de operatie) een kalmerend middel krijgen.
- Vóór u vertrekt naar de operatiezaal, krijgt u anti-flebitiskousen (om de ontwikkeling van bloedklonters tegen te gaan) en een operatiehemd aan. U wordt ook gevraagd om uw lenzen of bril en uw kunstgebit en juwelen te verwijderen.

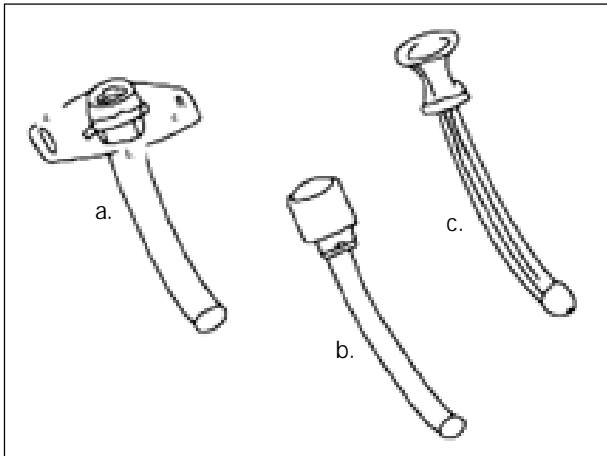
Tijdens de ingreep

De operatie gebeurt onder algemene verdoving.

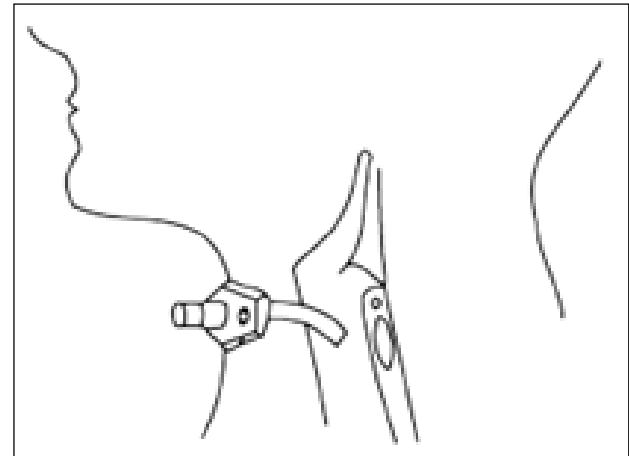
U ligt met het hoofd zover mogelijk achterover. Tijdens de operatie wordt het strottenhoofd met de stembanden volledig verwijderd. Indien u uitzaaiingen in de halsklieren hebt, zal de arts deze klieren tijdens dezelfde operatie verwijderen.

Door de operatie wordt de luchtpijp op de huid laag in de hals vastgehecht en wordt de slokdarm direct met de mond verbonden. Na de operatie hebt u een opening (tracheostoma) in de hals naar buiten. Hierdoor ademt u voortaan. Eten blijft dus normaal mogelijk, maar spreken moet opnieuw worden aangeleerd. In de tracheostoma wordt een canule geplaatst. Dit is een gebogen buisje, ongeveer 8 cm lang.





- a. buitencanule
- b. binnencanule
- c. geleider



canule in de luchtpijp

De tracheacanule bestaat uit een binnen- en buitencanule en een geleider (om het plaatsen van de canule te vergemakkelijken). De tracheacanule wordt aan de hals vastgemaakt met een lintje en dient om in de eerste tijd de samenrekking van de huid en het weefsel rond de stoma te voorkomen.

Tijdens de verdoving wordt tijdelijk een urineslangetje (blaassonde) via het plaskanaal in de blaas ingebracht om een overvolle blaas tijdens de operatie en kort daarna te voorkomen. De urine wordt opgevangen in een zakje. In het operatiegebied worden één of twee dunne slangetjes (drains) achter-

gelaten om bloed, dat zich daar nog verzamelt, af te kunnen voeren. Deze worden de 3^{de} of de 4^{de} dag na de operatie verwijderd.

In de operatiezaal zal er bij u ook een infuus in de ader worden geplaatst om vochttekort tijdens de operatie en de eerste dagen daarna te kunnen aanvullen.

Voor de voeding gedurende de eerste 7 à 10 dagen zal er bij u een maagsonde geplaatst worden. Dit is een dun slangetje dat via de neus en de slokdarm tot in de maag gebracht wordt.

Na de ingreep

Na de ingreep zal u enige tijd op de ontwaakzaal (recovery) blijven waar u stilaan wakker wordt. Daarna wordt u overgebracht naar de afdeling intensieve zorgen waar uw algemene toestand nauwkeurig zal gevolgd worden met behulp van de aangepaste apparatuur. Als uw toestand stabiel blijft, mag u terug naar uw kamer. Eens terug op uw kamer wordt u verder gevolgd door de verpleegkundigen van de afdeling: ze meten regelmatig uw hartslag, bloeddruk en temperatuur, controleren de operatiestreek en houden het binnenste deel van de tracheacaneule schoon en doorgankelijk.

Via de dunne slangetjes in de hals wordt het vocht dat zich ophoopt in de operatiewond weggezogen. De hoeveelheid vocht wordt gemeten en als er bijna niets meer uit komt, worden deze verwijderd.

De blaassonde wordt meestal de tweede dag na de operatie verwijderd zodat u weer normaal zal kunnen urineren.

De eerste 10 dagen kan u in het geheel niet spreken en het communiceren moet met behulp van pen en papier (of toverlei) gebeuren.

Omdat de voedselpassage en het drinken via de verse operatiewond de eerste 10 dagen absoluut niet is toegestaan, zal u vloeibare voeding via de voedingssonde (een dun slangetje dat via de neus tot in de maag gebracht wordt) krijgen. Wanneer u de voeding via de neussonde goed verdraagt en geen medicijnen via het infuus nodig hebt, zal het infuus verwijderd worden. Meestal is dit de tweede of derde dag na de operatie.

Rond de 10de dag na de operatie zal er bij u een slikfoto gemaakt worden. Als die goed is, kan u starten met drinken, dan met een vloeibaar dieet en later overgaan tot gewone voeding.

In de loop van uw ziekenhuisverblijf zal u aangeleerd worden zelf uw tracheacaneule te reinigen.

De lessen logopedie zullen ook gestart worden.



Terug thuis



10

Totale
laryngectomie

Bij ontslag uit het ziekenhuis (meestal 2-3 weken na de operatie) streven we ernaar dat u zich, eventueel met behulp van huisgenoten en/of thuisverpleegkundige, geheel zelf kan verzorgen. Bij eventuele vragen en problemen kan u altijd contact opnemen met uw huisarts of uw behandelende arts.

In sommige gevallen volgt na ontslag uit het ziekenhuis nog een periode van bestralingen in het ziekenhuis.

Een laryngectomie betekent een grondige wijziging in uw leven van alledag:

het spreken gaat niet meer zo snel en duidelijk, uitdrukken wat u wilt en voelt gaat moeilijker, ... Zowel van u als van uw familie en vrienden zal het tijd, geduld en doorzetting vragen om zich aan deze nieuwe situatie aan te passen. Na verloop van tijd zal u merken dat de meeste activiteiten weer hervat kunnen worden. Wel wordt aangeraden het directe contact met extreme koude of hitte, veel stof en prikkelende gassen en dampen te voorkomen. Dit heeft te maken met het feit dat de ingeademde lucht via het stoma direct naar de longen gaat en niet meer door de neus wordt gezeefd. Om de longen af te schermen kan het stoma worden bedekt met een stomafilter. De filter zorgt ervoor dat de lucht tijdens het inademen enigszins bevochtigd en verwarmd wordt. Door het bedekken van het stoma kan veelvuldig hoesten en slijmproductie worden verminderd. U kan hiervoor ook een dun sjaaltje gebruiken.

Bij lage buitentemperaturen is vooral een wollen sjaal aan te bevelen.

Een hoge luchtvochtigheid (ca. 60-70 %) houdt het slijm dun en voorkomt veelvuldig hoesten. Het is daarom

belangrijk dat de lucht in huis vochtig blijft met bijvoorbeeld bakjes water aan de verwarming of een vernevelaar.

Omdat het water via het stoma rechtstreeks in de longen terecht kan komen, zal u bij het douchen daarmee rekening moeten houden: de douchekop zo instellen dat het water niet op het stoma terecht komt, bij het wassen van het hoofdhaar het stoma met een holle hand of een nat washandje bedekken. Er zijn ook speciale douchebeschermers in de handel. Zwemmen is mogelijk door het gebruik van een speciale snorkel.

Om te controleren dat het stoma niet nauwer wordt, zonder dat u dit merkt, is het aan te raden om de canule die u uit het ziekenhuis hebt meegekregen eenmaal per dag in het stoma te plaatsen. Als deze goed past hoeft u zich geen zorgen te maken. Als blijkt dat het stoma nauwer is geworden, moet de canule weer vaker worden gedragen.

Tegemoetkomingen

Een laryngectomie geeft u een invaliditeitspercentage dat afhankelijk is van

uw situatie. Dit kan u recht geven op een aantal bestaande voorzieningen, namelijk:

- een tegemoetkoming voor mindervaliden via het Ministerie van Sociale Voorzorg dat varieert naargelang het inkomen
- sociaal telefoontarief, afhankelijk van uw inkomen
- parkeerkaart
- vrijstelling voor het dragen van een autogordel

– vermindering van de onroerende voorheffing.

Voor niet gepensioneerden komt daar nog bij:

- belastingsvermindering
- bij werkhervatting kan het Vlaams Fonds tussenkomen in een tijdelijk of blijvend rendementsverlies.

Dit kan u bespreken met de sociaal assistent(e) in het ziekenhuis of thuis met die van de mutualiteit.

Het uitwisselen van ervaringen met lotgenoten kan een enorme steun zijn. Hiervoor kan u terecht (eventueel via de logopediste van het ziekenhuis) bij Oost-Vlaamse vereniging voor gelaryngectomeerden (O.V.G.) op het adres: Jef Meerschaert
Alfons Claeys Bouaertlaan 29
9030 Mariakerke
Tel. 09-226 11 54 – 0486-70 53 13

Tenslotte

Als er zich thuis nog problemen voordoen of als u vragen hebt over het verdere verloop na de operatie thuis, dan kan u contact opnemen met uw huisarts of uw specialist.

We wensen u van harte een spoedig herstel toe!

De artsen van de dienst neus-keel-oorziekten en hoofd- en halschirurgie.
De medewerkers van de afdeling straat 72.



www.azstlucas.be

vzw AZ Sint-Lucas & Volkskliniek i.s.m. Zoriana Kovalyk,
studente Bachelor in de Verpleegkunde, afstudeerrichting
Ziekenhuisverpleegkunde, 2005-2006, Arteveldehogeschool, Gent

campus Sint-Lucas, Groenebriel 1 9000 Gent
campus Volkskliniek, Tichelrei 1, 9000 Gent

tel. 09-224 61 11, info@azstlucas.be

