

Hoofd-Hals Journaal

Nederlandse Werkgroep



Hoofd-Halstumoren

In dit nummer:

- Knelpunten in de zorg ■
- Tracheatransplantatie ■
- Nieuwe richtlijn ■
- Symposium PWHHT ■



De Nieuwsbrief van de Nederlandse Werkgroep Hoofd-Halstumoren wordt uitgegeven in samenwerking met Kloosterhof acquisitie services

Hoofredacteur

Dr. L.E. Smeele, kaakchirurg

Eindredacteur

Prof dr. A Vermey, chirurg

Redactieleden

Mw. M.G. van Driel, oncologie verpleegkundige

Mw. E. de Haan, logopedist

Dr. S.O.P. Hofer, plastisch chirurg

Prof dr. C.R. Leemans, kno-arts

Prof dr. P.C. Levendag, radiotherapeut

Dr. C.R.N. Rasch, radiotherapeut

Prof dr. J.B. Vermorcken, internist-oncoloog

Prof dr. Th. Wobbles, chirurg

Secretariaat

M.S.C. van Heerden-van Putten

Postbus 1374, 3430 BJ Nieuwegein

Tel: 030 - 608 18 27, fax: 030 - 608 18 26

E-mail: vanheerden@wx.nl

Bladmanagement

Kloosterhof Acquisitie Services,

Kruisstraat 2, 6086 AR Neer

De heer H.G.P. Vullers

E-mail: info@kloosterhof.info

Telefoon: 0475-59 71 51, fax 0475-59 71 53

Internet: www.kloosterhof.info

Grafische verzorging

M2 Reclame- Ontwerpbureau

Telefoon: 077-3061005, GSM 06-50294329

E-mail: emtwee@euronet.nl

Auteursrecht en aansprakelijkheid

Alle rechten zijn voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enigerlei wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie.

Uitgever en auteurs aanvaarden dan ook geen enkele aansprakelijkheid voor schade van welke aard dan ook, die het gevolg is van handelingen en/of beslissingen die gebaseerd zijn op bovenbedoelde informatie. Gebruikers van deze uitgave wordt met nadruk aangeraden deze informatie niet geïsoleerd te gebruiken, maar af te gaan op hun professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren.

ISSN-nr. 1571-6201 ■

Redactioneel

De redactie van de Nieuwsbrief van de NWHHT heeft zich de afgelopen maanden beraden over de toekomst van haar uitgave. Omdat met een grotere oplage en verspreiding meer lezers worden bereikt, leek het aangewezen een naamswijziging aan te brengen. Tevens was dit een geschikt moment een ISSN-nummer aan te vragen, omdat onze publicatie hiermee dan goed identificeerbaar is in een tijd dat steeds meer periodieken worden uitgegeven. Daarnaast is die identificatie goed bruikbaar bij het zoeken in geautomatiseerde bestanden. Met gepaste trots presenteren wij aldus het *Hoofd-Hals Journaal*, compleet met ISSN 1571-6201.

Bewijs last

Iedereen kent het: ooit heb je de naam van een collega onthouden tijdens een congres of na het lezen van een artikel; misschien na een ontmoeting. Dan komt het moment dat je iets wilt vragen, of bespreken, maar dan: 'hoe kom ik aan adresgegevens?'.

Deze basale toestand van verwarring is eigenlijk heel alle-daags: hij bestaat uit het vermoeden iets te weten en uit de nochtans veel grotere zekerheid niet te weten waar het vandaan komt. Diegenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de richtlijn mondholte-/orofarynxcarcinoom hebben dit steeds ondervonden wanneer men een deel van de richtlijn in concept had aangeleverd, en dat vervolgens het bewijs, gerangschikt naar niveau, moest worden bijgeleverd. Geen gemakkelijke opgave voor mensen die gewend zijn in concepten te denken.

De meest geraadpleegde maar tegelijkertijd meest zinloze vraagbaak voor adressen is het ooit van een patiënt gekregen sigarenkistje met daarin de verzameling visitekaartjes, dat eigenlijk alleen bestaat vanwege het vasthouden van verouderde maar aan sentimenten gekoppelde informatie. De volgende stap is de onmogelijke zoektocht door de ledenlijsten van de talrijke (en steeds talrijker wordende) internationale verenigingen. Wanhopig geblader volgt door lijsten die dan weer eens alfabetisch gerangschikt, dan weer én per land én alfabetisch gerangschikt, dan weer én per land én alfabetisch én naar specialisme gerangschikt, ofwel verouderd, ofwel opgeheven, ofwel gewoon zoek zijn. Datgene wat voor de hand ligt is sinds kort voorhanden: de International Federation of Head and Neck Oncological Societies (IFHNOS) publiceert op het internet een lijst van leden van landelijke hoofd-halsverenigingen. Raadpleeg hiervoor www.ifhnos.org en ontdek dat je óf per land óf alfabetisch óf per specialisme kunt zoeken. Wel zelf correcties aangeven als de gegevens niet (meer) juist zijn... ■

Ludi Smeele

Stand van zaken knelpunten
in de zorg voor de hoofd-
hals oncologische patiënt

5

Autotransplantatie van de
trachea

6

Jaarverslag NWHHT

8

Richtlijn Mondholte-/
Orofarynxcarcinoom

10

Redactioneel

3

Knelpunten in de hoofd-halsoncologie: stand van zaken

5

Autotransplantatie van de trachea

6

Jaarverslag NWHHT

8

*Richtlijn Mondholte-/
Orofarynxcarcinoom*

10

Symposium PWHHT

12

Symposium on advances in cancer anemia management

23

EORTC congresverslag

24

Proefschrift van E.H. van der Meij

28

Referaat

30

GJ bedankt!

31

KNO-specifieke bijscholing verpleegkundigen

32

Boekbespreking

34

Programma Lille

35

Lustrumvergadering NWHHT

36

Agenda

38

Symposium PWHHT

12

Dr. J.A.H.M. Kaanders
Voorzitter NWHHT

Knelpunten in de hoofd- halsoncologie: stand van zaken

In de Nieuwsbrief no. 29 van december 2002 heb ik toegezegd u op de hoogte te houden van de ontwikkelingen rond de aanpak van de wachtlijstproblematiek.

Even recapituleren.

Januari 2002: NWHHT brengt het rapport *Evaluatie knelpunten in de zorg voor de hoofd-halsoncologische patiënt* uit.

Juni 2002: uitgebreide aandacht in de media, de minister wordt door de Tweede Kamer ter verantwoording geroepen.

December 2002: overeenstemming over een Plan van Aanpak tussen de Besturen van de VAZ en de NWHHT. De minister is hiervan in kennis gesteld.

Het Plan van Aanpak voorziet in een aantal punten van actie:

1 Logistiek en capaciteit.

Uitgangspunt is dat de lokale werkgroepen de mogelijkheid krijgen om de patiëntenstroom beter te sturen en te controleren door middel van een zelf te beheren capaciteit voor diagnostiek en therapie. Hiertoe is een vijfstappenplan geformuleerd:

- definitie van faciliteiten die essentieel zijn voor de hoofd-halsoncologie;
- kwantitatieve omschrijving van de jaarlijkse behoefte aan deze faciliteiten alsmede een werkbaar invulling hiervan op lokaal niveau;
- formulering van omstandigheden die tot flexibiliteit dwingen en schatting van het surplus aan capaciteit dat nodig is om pieken in het patiënten aanbod op te vangen;
- evaluatie;
- implementatie bij gebleken effectiviteit.

2 Wachtijdmetingen. Voortzetting van de periodieke wachtijdmetingen en beoordeling van de resultaten door een onafhankelijke deskundige.

3 Opleidingen. Overwogen kan worden om – samen met de moederspecialismen – een behoefte-raming te doen. Naar aanleiding hiervan kunnen dan gerichte maatregelen worden ontworpen om de instroom in gespecialiseerde opleidingen te stimuleren.

4 Richtlijnontwikkeling. Ondersteuning van UMC's en VAZ bij het ontwikkelen, valideren en implementeren van richtlijnen waardoor effectiviteit en doelmatigheid van de zorg bevorderd kunnen worden.

5 Kwaliteitsbeleid. Overwogen kan worden het NIAZ te vragen een

kwaliteitsnorm voor de hoofd-halsoncologie te ontwikkelen, gebruikmakend van hetgeen de NWHHT in de sfeer van randvoorwaarden aan centra en visitatiesystematiek reeds heeft bereikt. In dit kader is te bezien of de visitaties financieel kunnen worden ondersteund.

Inmiddels heeft een eerste bespreking plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de VAZ en het Dagelijks Bestuur van de NWHHT. Hier is overeengekomen dat het eerste punt logistiek en capaciteit prioriteit zal krijgen. Ook werden concrete afspraken over de uitwerking hiervan gemaakt. Definitie van benodigde diagnostische en therapeutische faciliteiten wordt zoveel mogelijk gebaseerd op de landelijke richtlijnen voor het larynxcarcinoom en het mondholte-/ orofarynxcarcinoom. Uitgaande van de patiëntenaantallen en patiëntenmix van de individuele centra kan een berekening gemaakt worden van de benodigde capaciteit op lokaal niveau. Hiervoor wordt thans een rekenmodel ontwikkeld waarbij ook rekening gehouden wordt met een opslag voor surplus capaciteit.

Ook de andere punten zullen aandacht krijgen. Het moge duidelijk zijn dat de NWHHT op deze gebieden al de nodige activiteiten heeft ontplooid. In de NWHHT-centra werd begin dit jaar een tweede wachtijdmeting verricht waarvan de resultaten op dit moment worden verzameld en geanalyseerd. Resumerend heeft het jaar 2002 vooral in het teken gestaan van inventarisatie en signalering. Dit jaar moet hard worden gewerkt om de plannen voor verbetering om te zetten in concrete acties. ■

Autotransplantatie van de trachea: middel tot orgaansparende behandeling van stembandtumoren

Prof.Dr. P. Delaere
Afdeling NKO Gelaat&Halschirurgie,
Universitaire Ziekenhuizen, Leuven, België

Professor Pierre Delaere uit Leuven ontving recent de prijs Antoine Faes voor zijn vernieuwende werk op het terrein van orgaansparende behandeling voor larynx-tumoren met behulp van autotransplantatie van de trachea. Deze prijs wordt ter beschikking gesteld door de Stichting Antoine Faes, een stichting die bij testamentaire beschikking van de heer A. Faes, een vermogend zakenman uit Turnhout, is gevormd en wordt sinds 1980 om de twee jaar uitgereikt aan een Nederlandstalige Belgische biomedische wetenschapper.

Autotransplantatie van de trachea is een nieuwe hersteltechniek voor de larynx resulterend uit 12 jaar experimentele en klinische research. De techniek maakt het mogelijk om sommige uitgebreide eenzijdige stembandtumoren orgaansparend te behandelen.

Rationale voor het ontwikkelen van betere herstelmogelijkheden voor de larynx

Uitgebreide, eenzijdige stembandtumoren worden heelkundig behandeld door middel van totale laryngectomie. Bij deze unilaterale tumoren wordt ook de gezonde helft van de larynx weggenomen omdat het uitgebreide defect na wegname van de tumor onmogelijk te herstellen is. Herstelweefsel voor uitgebreide defecten van de larynx (met inbegrip van het cricoidkraakbeen) is namelijk niet beschikbaar.

Vertaling van klinisch probleem naar experimenteel model

Vanaf 1989 werd een diermodel (konijn) ontwikkeld om hersteltechnieken met lichaamseigen weefsel (bestaande uit oorkraakbeen, mond-slijmvlies, en bloedvoorziening) uit te testen. Larynxdefecten met inbegrip van een helft van het cricoid bleken onherstelbaar te zijn met lichaamseigen weefsel. Vanaf 1993 werd de aandacht verplaatst naar experimentele allotransplantatie van de luchtweg. Larynxtransplantatie bij een konijn is technisch niet mogelijk en omwille van de structurele gelijkenis tussen larynx en trachea werd de transplantatie van de trachea bestudeerd. Tracheatransplantatie bleek enorme mogelijkheden te openen voor herstel van luchtwegdefecten. Twee voorwaarden waren essentieel om tot een succesvolle tracheatransplantatie te komen:

1. herstel van de bloedvoorziening;
2. een ononderbroken gebruik van immunosuppressieve medicatie.

De noodzaak tot immunosuppressie is de reden dat allotransplantatie van de larynx of trachea bij patiënten onmogelijk is. Tracheale allotrans-

plantatie leidde ons naar de hypothese van tracheale autotransplantatie voor herstel van larynxdefecten. De trachea bij de mens heeft een lengte van 12 cm en een segment van 5 cm kan worden uitgenomen met de mogelijkheid tot herstel van de continuïteit door end-to-end reanastomose. Het 5 cm tracheasegment zou wel eens het geschikte herstelweefsel kunnen bieden voor larynxdefecten. Voorwaarde is dat het tracheasegment met intacte bloedvoorziening kan verplaatst worden. Eind 1997 kon de belangrijke stap van het experimentele labo naar de kliniek worden gezet. Vanaf 1997 werden delen van de trachea gebruikt bij de functionele behandeling van stembandtumoren.

Van labo naar kliniek. orgaansparende heelkunde door middel van autologe tracheatransplantatie

Een segment trachea werd gebruikt om uitgebreide defecten van de larynx te herstellen. Om een goede bloedvoorziening van de verplaatste trachea te verzekeren werd in twee operatietijden gewerkt (Figuur 1,2). Rechtstreekse verplaatsing van de trachea door microvasculaire heelkunde is technisch niet mogelijk.

Tijdens de eerste operatietijd wordt de trachea vrijgemaakt en omwikkeld door een weefseltransplant genomen ter hoogte van de voorarm. Over een periode van 2 weken zal het weefseltransplant de bloedvoorziening van het luchtpijpsegment progressief overnemen zodat in een tweede operatietijd de trachea kan verplaatst worden met behoud van zijn vitaliteit. Van de eerste operatietijd wordt verder gebruik gemaakt om een halsdissectie door te voeren. De definitieve operatie met wegname van de



Figuur 1. Eerste operatietijd

De trachea wordt omwikkeld door een voorarmlap bestaande uit subcutaan vet en fascia (A). De vaatsteel van de lap (arteria en vena radialis) wordt aangesloten op de halsbloedvaten. Experimenteel onderzoek toonde dat de trachea voldoende bevoeiing krijgt uit de 'nieuwe' vaatsteel na 2 weken omwikkeling. Twee weken na de eerste operatie kan de larynxtumor worden weggenomen (in lichtere tint) (B).

De dwarse doorsnede toont beide stembanden. Het deel in lichtere tint zal worden verwijderd tijdens de tweede operatie (C).



Figuur 2. Tweede operatie

Tijdens de 2e operatie wordt de stemband-tumor weggenomen. Het defect wordt hersteld door tracheale autotransplantatie. Dit gebeurt met bewaarde bloedvoorziening vanuit de 'nieuwe' vaatsteel en na openknippen van de trachea. De continuïteit van de luchtweg wordt hersteld door naar boven verplaatsen van de resterende trachea (A).

De dwarse doorsnede toont de plaats van het luchtpijptransplant ten opzichte van de resterende stemband. Sluiting van de stemspleet (pijlje) bij spreken en slikken blijft mogelijk (B).

tumor en herstel van het defect gebeurt na 2 weken (Figuur 2). De trachea wordt geïsoleerd samen met de nieuwe vaatsteel, naar boven verplaatst en in het defect gebracht.

Een reeks van 36 patiënten werd behandeld in de periode 1997-2000. Een definitief tracheostoom werd vermeden en de stem was goed bruikbaar in het dagelijkse leven. Ondanks de positieve functionele en reconstructieve resultaten bleef er een belangrijk punt van kritiek: resectie van de tumor 2 weken na wegnamen van de halsklieren. Veiliger is de tumor volledig te verwijderen gedurende de eerste operatie.

Optimalisatie van de klinische transplantatieprocedure

Vanaf 2001 werd een volledige tumorresectie doorgevoerd gedurende de eerste operatietijd.

Onmiddellijke verplaatsing van de luchtpijp gedurende de eerste operatietijd blijft echter onmogelijk. Om aan dit dilemma te voldoen werd het design van het transplant uit de voorarm gewijzigd (Fig. 3).



Figuur 3. Gewijzigd design van weefseltransplant uit voorarm

Het transplant bestaat uit onderhuids weefsel (vet en fascia) voor omwikkelen van de trachea. Daarenboven wordt een huiddeel genomen dat het defect ter hoogte van het larynx voorlopig zal herstellen. Na 4 tot 5 maanden wordt het huiddeel uit het larynxdefect genomen en vervangen door het omwikkelde tracheatransplant.

De voorarmlap laat toe de luchtpijp een nieuwe bloedvoorziening te bezorgen en een voorlopig herstel van het larynxdefect door te voeren. Na voorlopig herstel kan de patiënt terug eten en spreken. Herstel van ademruimte is alleen mogelijk met het tracheatransplant. De patiënt krijgt na de eerste operatie een 'tijdelijk' stoma. De tweede operatie met het definitieve herstel gebeurt niet na 2 weken maar wel na 4 tot 5 maand. Deze aanpak biedt het bijkomende voordeel van een hernieuwde controle van de sectieranden vooraleer het definitieve herstel plaats vindt. De mogelijkheid tot 'second look' ter detectie van locale recidieven verhoogt de oncologische veiligheid van de autologe transplantatietechniek. Inmiddels werden 10 patiënten met de gewijzigde techniek met succes behandeld.

Besluit

Tracheatransplantatie als hersteltechniek van uitgebreide larynxdefecten is een veel-belovend concept dat totale laryngectomie kan vermijden in geselecteerde gevallen. Belangrijkste indicaties zijn de unilaterale T2-T3 stembandtumoren (voor of na radiotherapie), gelateraliseerde chondrosarcomen, en sommige tumoren van de sinus piriformis (beperkt tot de apex). ■

Nederlandse Werkgroep Hoofd-Halstumoren

Jaarverslag 2002

Dr. P.P. Kegt
Secretaris NWHHT

Bestuurssamenstelling

Het Dagelijks Bestuur bestond uit de volgende leden:

Dr. J.H.A.M. Kaanders, voorzitter
Dr. P.P. Knecht, secretaris
Dr. I.B. Tan, penningmeester
Prof.dr. R. Koole
Dr. B.F.A.M. van der Laan

Het Algemeen Bestuur bestond uit de leden:

Prof.dr. R.J. Baatenburg de Jong
F.R. Burlage (vanaf juni 2002)
Dr. J.J. Hage
Dr. E.J.M. Hannen
Prof.dr. G.J. Hordijk (tot juni 2002)
Dr. J.A. Langendijk
Prof. dr. Ch.R. Leemans
Dr. J.M.A. de Jong
Prof.dr. P.C. Levendag
Dr. H.A.M. Marres
Prof.dr. J.L.N. Roodenburg (tot juni 2002)
E.C. Schimmel
Dr. C.H.J. Terhaard (vanaf juni 2002)

Het Bestuur vergaderde zevenmaal in 2002, waarvan het Dagelijks Bestuur driemaal en het Algemeen Bestuur viermaal.

Bezitters van de erepenning van de NWHHT

Prof.dr. P.C. de Jong (1994)
Prof.dr. E.A. van Slooten (1995)
Prof.dr. P. van den Broek (1999)
Prof.dr. J. Oldhoff (1999)
Prof.dr. G.B. Snow (2002)
Prof.dr. A. Vermey (2002)

Secretariaat

Het secretariaat werd verzorgd door Mevrouw M.S.C. van Heerden-van Putten.

Nascholing

Ook in 2002 zijn in Nederland meerdere nascholingsbijeenkomsten voor huisartsen georganiseerd waarin met de door de NWHHT ontwikkelde onderwijsset *Vroegtijdige herkenning van kanker in het hoofd-halsgebied* werd gewerkt. Dit gebeurde in samenwerking met de Districts Huisartsen Verenigingen en vaak met specialisten van de betreffende regio.

Behandelingsrichtlijnen

De ontwikkeling van de richtlijn voor diagnostiek, behandeling en follow-up van het mondholte- en orofarynxcarcinoom werd in 2002 voortgezet. Deze richtlijn zal in 2003 worden aangeboden en verspreid.

Wetenschappelijke vergadering

Op 15 november 2002 werd in Capelle aan den IJssel de workshop *Orgaansparende behandeling reëel of controversieel?* gehouden. Een samenvatting van de voordrachten en de discussie is gepubliceerd in de Nieuwsbrief 28, jaargang 14, december 2002.

Incidentiecijfers

In dit jaarverslag zijn de aantallen nieuwe patiënten vermeld die in het jaar 2001 in de diverse werkgroepen zijn aangemeld. Het betreft de lokalisaties mondholte, orofarynx, nasofarynx, hypofarynx en larynx. In totaal werden 2135 nieuwe patiënten in de centra gezien (tabel 1).

Visitatie

Dit jaar werd een evaluatie van de in de voorgaande jaren uitgevoerde visitaties uitgevoerd. Het blijkt dat alle bij de NWHHT aangesloten werkgroepen grote waardering voor de visitatie hebben. Deze conclusie heeft geleid tot het voorbereiden van een tweede visitatieronde.

Inventarisatie knelpunten

Het rapport van de door de NWHHT in 2001 uitgevoerde knelpuntenanalyse van de zorg voor patiënten met hoofd-halstumoren, heeft geleid tot een gesprek met het ministerie van VWS en de VAZ om te komen tot structurele oplossingen voor de in het rapport gesignaleerde problemen. De analyse van de knelpunten zal in januari 2003 worden herhaald.

Paramedische werkgroep hoofd-halstumoren (PWHHT)

In 2002 werden de gesprekken voortgezet met de paramedische hoofd-halswerkgroepen om tot een geïntegreerde samenwerking te komen. Dit heeft geresulteerd in het voornemen tot de oprichting van de PWHHT in mei 2003.

Nieuwsbrief

In 2002 werd tweemaal een Nieuwsbrief uitgebracht, in juni en in december. Dit jaar werden de plannen uitgewerkt om de Nieuwsbrief in een nieuwe vorm, het Hoofd-Hals Journaal uit te brengen.

Nota 2013

In 2002 is een concept Nota Hoofd-Hals Oncologische Zorg voorbereid waarin de visie op de zorg voor patiënten met hoofd-halstumoren is verwoord. De definitieve Nota zal in 2003 worden uitgebracht.

Publicaties

Kaanders JHAM, Hordijk GJ. Carcinoma of the larynx: the Dutch national guideline for diagnostics, treatment, supportive care and rehabilitation. *Radioth & Oncol* 2002; 63: 299-307. ■

Samenvatting 2001 multidisciplinaire hoofd-halswerkgroepen NWHHT

Aantal nieuwe in de werkgroep/instituut gediagnosticeerde en/of behandelde maligne tumoren (carcinoom)

	AZG/ MCL	LUMC/ WEZ	AZM/ RTIL	UMCN	EMC	UMCU	VUMC	NKI/ AMC	Totaal
Mondholte (ICD 141, 143, 144, 145, 149)	72/29	44/13	38	95	115	126	115	101	748
Orofarynx (ICD 146)	39/14	23/14	42	67	59	31	42	46	377
Nasofarynx (ICD 147)	4/1	12/5	6	10	16	9	8	17	88
Hypofarynx (ICD 148)	17/6	14/6	25	21	38	20	16	17	180
Larynx (ICD 161)	61/18	51/16	58	110	134	99	107	88	742
Totaal	193/68 261	144/54 198	169	303	362	285	288	269	2135
1996	174	130	150	263	332	230	303	118	1700
1997	231/52 283	140/41 181	137	263	363	264	261	177	1929
1998	212/45 257	119/49 168	126	261	327	238	320	167	1864
1999	196/44 240	121/46 167	142	269	352	277	271	242	1960
2000	204/64 268	128/60 188	171	287	342	276	305	280	2117

Vergadering Nederlandse Werkgroep Hoofd-Halstumoren, 16 april 2003

Landelijke presentatie richtlijn mondholte-/orofarynxcarcinoom

Dr. L.E. Smeele
NKI, Amsterdam



Na bijna twee jaar van voorbereiding door een en uit meer dan veertig personen bestaande en van alle geledingen afkomstige voorbereidingsgroep was het dan eindelijk zover dat de concept-richtlijn gepresenteerd kon worden aan de werkgroepen in den lande. Meer dan 150 mensen waren ingegaan op de uitnodiging deel te nemen aan de discussie in het Jaarbeurscongrescentrum.

Knegt, in zijn functie als een der voorzitters, heette iedereen welkom, en sprak zijn grote waardering en dank uit aan het adres van de deelnemers aan de voorbereidingsgroep. Het opstellen van de richtlijn heeft hun zeer veel werk en inspanning gekost.

In het eerste dagdeel werden de belangrijkste conclusies gepresenteerd door de voorzitters van de diverse subwerkgroepen. Mede aan de hand van tevoren ingediend commentaar en vragen uit de zaal ontstond een belangrijke discussie over onder meer het beleid bij premaligne afwijkingen, de histopathologische diagnostiek, de diverse behandelingsstrategieën en de diverse aspecten rond palliatie, fysiotherapie, logopedie en mondzorg.

Verslag van de discussies 1

Histopathologische diagnostiek.

Hier was discussie over het minimumaantal te onderzoeken klieren in een halsklierdissectiepreparaat en het aantal coupes per uitgenomen lymfklier.

Radiodiagnostiek.

Welk grootte-criterium wordt gehanteerd bij het bepalen of een lymfklier echografisch suspect is en welke klieren worden in welke echelons door de radiodiagnost aangeprikt?

Behandeling orofarynxcarcinoom.

Belangrijkste inbreng was hier dat er in het concept weinig wordt gesproken over de plaats van brachytherapie. Ook werd stilgestaan bij electieve bestralingsbehandeling van de hals bij het tongbasis- en tonsilcarcinoom

Behandeling mondholtecarcinoom.

Er werd gesproken over de rol van fotodynamische therapie bij kleine mondholtetumoren. Ook waren er suggesties over het opnemen van een minimuminterval voor echografische controle van de hals bij een initiële negatieve status. De overwegingen voor het electief behandelen van de klinisch negatieve hals, hetzij primair chirurgisch, hetzij radiotherapeutisch kwamen hier ook weer uitgebreid aan de orde.

Postoperatieve radiotherapie.

De indicatie voor postoperatieve radiotherapie wordt gesteld aan de hand van zogenaamde harde en zachte criteria; dit dient in de tekst te worden aangescherpt, zo was de suggestie. Aan de orde kwamen ook de overwegingen uit de literatuur die hebben geleid tot het noemen van een dosis in de tekst.

Antirookbeleid.

Er werd uitgebreid stilgestaan bij de mate waarin het stoppen met roken aan de patiënt moet worden opgelegd. Kan het bij een opmerking tijdens het eerste consult blijven of moet een diepgaand antirookprogramma worden aangeboden?

Fysiotherapie.

Hier was het voornaamste discussiepunt het wel of niet continueren van de behandeling tijdens postoperatieve radiotherapie na een halsklierdissectie.

Voeding.

Onder meer kwam ter sprake wat de rol is van de gastrostomie (PEG-katheter) bij het voeden van patiënten



die met chemo-radiotherapie worden behandeld.

Opvallend was dat bepaalde discussies die binnen de voorbereidingsgroep waren gevoerd opnieuw aan de orde kwamen. Zo blijkt nog grote begripsverwarring te bestaan over resectabiliteit versus operabiliteit versus functionele operabiliteit. Het belang van een goede afbakening hiervan in de definitieve tekst werd hiermee aangetoond. In het hoofdstuk van subwerkgroep 3 worden zaken genoemd waarbij discussie was over de mogelijkheid tot implementatie van onder meer: lotgenotencontact, logboeken, fysiotherapie etc. Hier werd de suggestie gedaan per centrum een functionaris aan te stellen, die al dit soort zaken coördineert.

Tijdens het tweede dagdeel werd uitvoerig stilgestaan bij belangrijke beleidsmatige aspecten als de klinisch negatieve ipsilaterale hals, electieve behandeling van de klinisch negatieve contralaterale hals,

preventie en behandeling van radionecrose van kaakbot, het follow-up schema, de waarde van de thoraxfoto en de diverse aspecten rond ondersteunende zorg.

Verslag van de discussies 2

Histopathologische diagnostiek.

Er werd vooral gesproken over de relatief nieuwe methode van het bepalen van DNA-ploidie. De vraag was, of deze bepaling voortaan deel moet uitmaken van het verslag van de patholoog.

Behandeling mondholte-/orofarynxcarcinoom.

Ook in dit gedeelte werd uitgebreid ingegaan op de electieve (postoperatieve) radiotherapeutische behandeling van de contralaterale hals. Enerzijds spelen hier argumenten van tumorcontrole een rol, terwijl anderzijds de toxiciteit toeneemt bij dubbelzijdige bestraling. Helaas zijn weinig harde gegevens beschikbaar uit de literatuur, waardoor een duidelijke stellingname ontbreekt.

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Zoals bekend zijn diagnostische mogelijkheden als CT en MRI en operatie- en bestralingsfaciliteiten de laatste jaren slechts beperkt beschikbaar. In hoeverre is het acceptabel dat dit de optimale gang van zaken zoals die in de richtlijn wordt verwoord ,doorkruist?

Mondzorg.

Er werd uitgebreid van gedachten gewisseld over de mate waarin de dosis radiotherapie als criterium moet worden gehanteerd voor het stellen van de indicatie tot antibiotische profylaxe bij tandheelkundige ingrepen.

Rehabilitatie, ondersteunende zorg.

Hier was het voornaamste discussiepunt het wel of niet actief aanbieden van logopedie, fysiotherapie etc bij patiënten en onder welke omstandigheden.

Aan het einde van de dag kon worden vastgesteld dat de conceptrichtlijn met de kritiek en aanvullingen kan worden gereviseerd. Het ligt in de bedoeling de richtlijn in boekvorm af te leveren en te verspreiden. Ook is een publicatie in het NTvG in voorbereiding. De dagvoorzitter besloot met het uitspreken van de wens in de toekomst vaker klinisch onderzoek te verrichten binnen NWHHTverband.

Al met al kan worden teruggekeken op een vruchtbare dag, wat mede zal bijdragen tot een landelijk draagvlak voor de richtlijn. ■



Paramedische Werkgroep
Hoofd-Halstumoren (PWHHT)

Paramedische zorg bij patiënten met een hoofd-halstumor

Symposium ter gelegenheid van de oprichting van de PWHHT, 23 mei 2003

Mw. J. Klomp, voorzitter PWHHT

In oktober 2001 vond op initiatief van de Nederlandse Werkgroep Hoofd-Halstumoren (NWHHT) een oriënterende bijeenkomst plaats van vertegenwoordigers uit de NWHHT en een aantal paramedische werkgroepen om de mogelijkheid tot

samenwerken te verkennen. Vanuit diverse werkgroepen bleek daarvoor belangstelling te bestaan.

De bijeenkomst heeft geresulteerd in de oprichting van de *Paramedische Werkgroep Hoofd-Halstumoren*. De PWHHT is een zelfstandige werkgroep, die nauw contact onderhoudt met de NWHHT. Het doel van de PWHHT is het coördineren en stimuleren van de paramedische hoofd-hals oncologische zorg in de breedste zin van het woord.

Middelen om tot dit doel te komen kunnen zijn:

- uitwisselen en verspreiden van kennis uit de werkgroep;
- informeren van de platformen/achterban;

- multidisciplinaire zorg per instelling stimuleren;
- organiseren van symposia of workshops.

De volgende paramedische werkgroepen zijn vertegenwoordigd in de PWHHT:

- Diëtetiek (LWDO);
- Fysiotherapie (NFHSG);
- Logopedie (PWHHO);
- Medisch Maatschappelijk Werk (PWHHO)
- Mondhygiëne (NVM);
- Verpleging (VWHHO).

Vanuit elke discipline nemen één of twee leden zitting in de PWHHT, waarbij gestreefd wordt naar een vertegenwoordiging uit alle centra voor hoofd-halsoncologie. ■

Prof.dr. G.J. Hordijk
kno-arts, UMCU

Van erkenning naar erkenning en herkenning.

Hoewel thans de inbreng van de diverse paramedische disciplines duidelijk en herkenbaar is in de multidisciplinaire behandeling van patiënten met een carcinoom in het hoofd-halsgebied was dit in het, overigens nog niet zo verre, verleden niet altijd even herkenbaar. Bijvoorbeeld in het in 1989 verschenen boek *'Het hoofd-halscarcinoom, een multidisciplinair probleem'*, vinden de paramedische disciplines wel hun erkenning maar is herkennen moeilijk omdat geen enkel hoofdstuk door een auteur vanuit een van de ondersteunende disciplines is geschreven.

De herkenning is van de laatste jaren. De visitaties van de NWHHT-werkgroepen en de twee door de NWHHT geïnitieerde richtlijnen (larynx en

mondholte/orofarynx) hebben de diverse paramedische werkgroepen duidelijk op de kaart gezet. In 1999 werd door de NWHHT de richtlijn *Larynxcarcinoom* gepresenteerd. Daaraan werd medewerking verleend door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie, de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie en de Verpleegkundige Werkgroep Hoofd-Halsoncologie. Bij de richtlijn *Mondholte-/Orofarynxcarcinoom*, die de NWHHT in april 2003 presenteerde, waren naast de bovengenoemde nog vier andere paramedische disciplines betrokken.

Deze ontwikkeling is verheugend en goed voor de multidisciplinaire benadering van patiënten met een hoofd-halscarcinoom. ■



Mw. Caroline Panis
diëtist VUmc

Discipline diëtetiek, die(e)et haast niets!!

Wat is een diëtist?

Een diëtist is een paramedicus met een 4-jarige HBO-opleiding, met als specialiteit voeding en dieetleer.

Welke rol heeft de diëtist bij de paramedische zorg bij patiënt met een hoofd-halstumor?

De diëtist bewaakt de voedingstoestand. De diëtist heeft inzicht in het gewichtsverloop van de patiënt. Er wordt gekeken naar het gewicht van een jaar geleden, 6 maanden geleden en recent gewichtsverlies.

Een patiënt verkeert in een slechte voedingstoestand:

- bij > 10% gewichtsverlies in 6 maanden
- bij > 5% gewichtsverlies in 1 maand
- bij BMI (= body mass index, gewicht gedeeld door lengte²) < 18,5

Een slechte voedingstoestand kan leiden tot verhoogde kans op mortaliteit, meer complicaties na operaties en kan de tijd van herstel verlengen. De diëtist bepaalt de energiebehoefte en voedingsstoffenbehoefte per patiënt, rekening houdend met onder meer het tumorproces en de gekozen behandeling. (operatie en/of radiotherapie en/of chemotherapie).

De diëtist bewaakt de voedselinname van de patiënt.

Hij/zij geeft een individueel advies aan

de patiënt op het gebied van voedingsmiddelen, waarvan de consistentie in overleg met de logopedist wordt afgesproken. Dit is in veel gevallen een advies voor vloeibare en/of gemalen voeding. Om een vloeibare/gemalen voeding van de berekende behoefte, met voldoende energie, voedingsvezel, vitamines en mineralen te gebruiken, is aanvullende energieverrijkte drinkvoeding of sondevoeding vaak noodzakelijk. Om deze voeding thuis te realiseren verzorgt de diëtist de uitleg over gebruik ervan en de machtiging bij de zorgverzekeraar.

De diëtist stimuleert en motiveert de patiënt tot het innemen van voeding.

De diëtist toont begrip voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt. De diëtist is inventief en origineel in het bedenken van geschikte voedingsmiddelen, smaken, variaties en combinaties om de patiënt aan het eten te houden en krijgen. De diëtist bewaakt dit proces en bespreekt het plaatsen van een neusmaagsonde of een PEG-sonde op tijd met patiënt en arts. Voor het goed kunnen functioneren in een multidisciplinair overleg heeft de diëtist informatie nodig van de behandelend arts, logopedist, verpleegkundige en maatschappelijk werk. ■

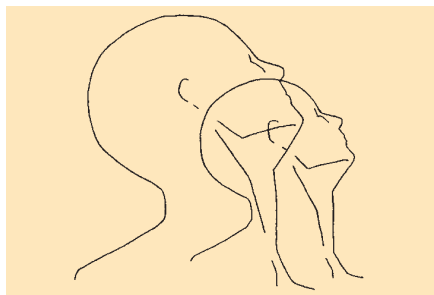
Dr. Pieter U. Dijkstra
klinisch epidemioloog en
fysiotherapeut/manueel therapeut,
AZG Groningen

Fysiotherapeutische zorg bij patiënten met een hoofd-halstumor.

De rol van fysiotherapie bij schouderklachten en trismus

Naast de gebruikelijke postoperatieve zorg voor de ademhaling richt de fysiotherapie bij de behandeling van

tumoren in het hoofd-halsgebied zich onder meer op de schouderklachten die kunnen ontstaan na halsklierdis-



sectie en op een beperkte mondopening (trismus).

Schouderklachten

Bij chirurgische behandeling van tumoren in het hoofd-halsgebied zal naast excisie van de primaire tumor ook een halsklierdissectie (HKD) worden uitgevoerd indien halskliermetastasen zijn aangetoond, de therapeutische HKD. Wanneer de kans op occulte halskliermetastasen groot is zal ook een HKD worden uitgevoerd, de electieve HKD.

Bij de klassieke radicale HKD wordt het lymfeklierdragend weefsel aan één zijde van de hals verwijderd, inclusief de v. jugularis interna, de m. sternocleidomastoideus en de n. accessorius (N.XI). Doordat meer inzicht is verkregen in het biologische gedrag van hoofd-halstumoren zijn modificaties op de klassieke radicale HKD mogelijk. Bij de gemodificeerde radicale HKD worden een of meer functionele structuren gespaard.

Daarnaast bestaan selectieve HKD's waarbij slechts enkele niveaus van de hals worden uitgegruimd.

Schouderklachten worden in wisselende frequenties na halsklierdissectie (HKD) gerapporteerd. Na radicale HKD, waarbij de n. accessorius (N.XI) wordt opgeofferd, varieert de prevalentie van schouderklachten van 47% tot 100%. Als gevolg van het opofferen van de N.XI is vaak sprake van uitval van de m. trapezius descendens. De m. trapezius stuurt en stabiliseert de scapula op de thorax bij bewegen en belasten van de schoudergordel. Als gevolg van deze uitval verandert de positie van de scapula op de thorax en wordt deze niet meer adequaat over de thorax gestuurd of op de thorax gestabiliseerd. Bovenstaande leidt in veel gevallen tot klachten in de

schouderregio, zoals pijn, soms zeer heftig, en een sterk verminderde beweeglijkheid van de schoudergordel.

Indien de n. accessorius (n.XI) gespaard blijft bij een gemodificeerde radicale HKD, is de prevalentie van schouderklachten 18% tot 77%. Er treedt ondanks sparen van de N.XI toch uitval op van de m. trapezius. Deze uitval wordt mogelijk veroorzaakt door een neurapraxie van de N.XI die ontstaat gedurende de operatieve ingreep of door een vasculair letsel van de N.XI. Dit vasculaire letsel zou veroorzaakt worden door het volledig strippen van de N.XI uit zijn omgevende structuren inclusief de voedende arteriolen. Zelfs na een selectieve HKD waarbij slechts een deel van de halsklieren wordt verwijderd is de prevalentie schouderklachten nog substantieel, 29% tot 47%.

In de literatuur wordt uitval van de m. trapezius uitgebreid beschreven. Het is echter niet duidelijk welke structuren verantwoordelijk zijn voor de pijnklachten die deze uitval begeleiden.

Mogelijke mechanismen en structuren die voor de pijn verantwoordelijk worden gesteld zijn:

- rek van de plexus brachialis als gevolg van het afhangen van de schouder;
- overbelasting van acromioclaviculaire of het sternoclaviculaire gewricht door een veranderde biomechanica van de schoudergordel;
- een frozen shoulder van het glenohumeraal gewricht, secundair aan de veranderde biomechanica van de schoudergordel;

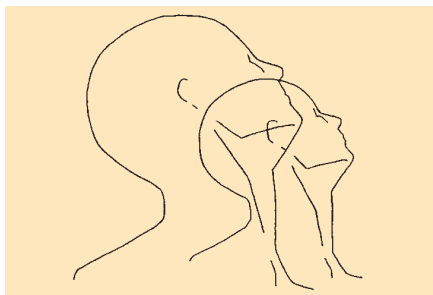
- overbelasting van of langdurige rek op de schoudergordel-rompspieren zoals m. levator scapula of mm. rhomboidei.

Wat precies de gevolgen zijn van deze uitval en de pijnklachten voor het algemeen functioneren en voor de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) van de patiënt is tot op heden niet duidelijk. Het lijkt aannemelijk dat pijn en een verminderde beweeglijkheid van de schoudergordel grote gevolgen hebben voor het ADL van de patiënt. Dit is echter nooit door middel van onderzoek in maat en getal uitgedrukt.

Ter voorkoming van klachten in de schoudergordel bij uitval van de m. trapezius is het belangrijk de patiënt de volgende adviezen te geven:

- ontzie de aangedane schoudergordel;
- ga niet op de aangedane zijde slapen;
- draag geen zware lasten aan de aangedane zijde;
- reik zo min mogelijk met de hand boven schouderhoogte;
- ondersteun daar waar mogelijk de aangedane schouder door de hand in de broekzak te steken als men staat dan wel loopt of plaats de onderarm op een leuning als men zit;
- oefen de schoudergordel van de aangedane zijde in rugligging en ondersteun de oefeningen met behulp van de niet aangedane arm om de beweeglijkheid van de arm te behouden.

Als eenmaal klachten van de schouder zijn ontstaan wordt veelal fysiotherapie voorgeschreven. De fysiotherapeutische behandeling richt zich dan op de stoornissen en de functionele beperkingen gevonden bij lichamelijk onderzoek. Betreffende de effectiviteit van fysiotherapie bij



schouderklachten na HKD is weinig bekend. Onderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie na HKD is noodzakelijk.

Trismus

Trismus is het onvermogen om de mond volledig te openen. Sommige auteurs spreken van trismus als de maximale interincisale afstand minder is dan 35 mm. Anderen spreken van trismus als deze afstand kleiner is dan 25 mm. Bij ernstige trismus zijn mondhygiëne, communicatie en voedselinname gehinderd.

Trismus komt voor bij patiënten die behandeld zijn voor een tumor in de regio van het kaakgewricht of de kauwspieren. Bij ongeveer 5% van deze patiënten is de trismus reeds aanwezig tijdens het stellen van de diagnose. Bij de overige patiënten ontwikkelt de trismus zich tijdens de behandeling. Meestal gaat het bij trismuspatiënten om orofarynxtumoren die in of in de buurt van de m. pterygoideus medialis groeien en daardoor deze spier prikkelen.

Trismus kan ook ontstaan als gevolg van de behandeling van de tumor. Operaties in of in de buurt van de mondsluiters leiden tot prikkeling van of littekenvorming in deze spieren, waardoor ze niet ontspannen en daardoor niet te rekken zijn. Dit onvermogen tot ontspannen leidt tot

een beperkte mondopening. Radiotherapie kan ook trismus veroorzaken enerzijds door de directe bestralingseffecten anderzijds door de late bestralingseffecten. Als gevolg van directe bestralings-effecten ontstaat een pijnlijke irritatie van de mondsluitspieren en mucositis. Door deze pijn opent de patiënt de mond minder ver en legt daarmee de basis voor een beperkte mondopening. Een laat gevolg van radiotherapie is fibrosering die optreedt ter plaatse van de oorspronkelijke tumor als gevolg van de schadelijke effecten van radiotherapie op het bloedvatlumen. Door bestraling hypertrofieert de intima waardoor doorgankelijkheid van het bloedvat sterk vermindert wat resulteert in fibrose. Deze fibrose ontstaat enige tijd, 0 tot 12 maanden, na het beëindigen van de radiotherapie en is irreversibel.

Als gevolg van fibrosering van de mondsluiters ontstaat trismus. Gefibroseerde spieren zijn niet of nauwelijks rekbaar, met als gevolg dat trismus vaak blijvend is. Bij fibrosering zijn primair de extra-artculaire structuren rondom het kaakgewricht betrokken bij de bewegingsbeperking. Als de bewegingsbeperking lang duurt zal echter ook het kaakgewricht zelf daaraan bijdragen.

Is trismus eenmaal ontstaan dan is

deze zeer moeilijk te behandelen. Bewegingstoename als gevolg van behandeltechnieken is vaak zeer beperkt. Preventie van trismus is daarom van groot belang. Het regelmatig uitvoeren van metingen (wekelijks) van de mondopening om vroegtijdig trismus te diagnosticeren lijkt van groot belang. Als de mondopening gedurende behandeling afneemt is het belangrijk de patiënt te instrueren in het zelf rekken van de mondopening. Daarnaast is een lichamenlijk onderzoek nodig om de oorzaak van trismus op te sporen. Trismus als gevolg van een tumor recidief is fysiotherapeutisch onbehandelbaar. Trismus op basis van een beperkte mobiliteit van het kaakgewricht is te behandelen met gewrichtmobiliserende technieken; indien de basis verkorte of geïrriteerde spieren zijn dienen spierrekkingstechnieken toegepast te worden. Vaak is een combinatie van rektechnieken geïndiceerd. Ook al is in veel gevallen de bewegingstoename als gevolg van de behandeling in dit soort situaties gering, een verdere achteruitgang van de mondopening kan misschien worden voorkomen. Deze preventie van achteruitgang is belangrijk bij het in en uit de mond plaatsen van de gebitsprothese, mondhygiëne, spreken en voedselinname. ■

Discipline logopedie; operatieve behandeling

Laryngectomie

Bij patiënten die een laryngectomie ondergaan start de begeleiding preoperatief en wordt postoperatief voortgezet. De begeleiding bestaat uit het geven van voorlichting, het verstrekken van uitleg over tracheost-

omaprotectie en spreekhulpmiddelen, de spraakrevalidatie en, in een later stadium, reukrevalidatie. Na ontslag wordt de begeleiding voortgezet door de logopedist in het ziekenhuis, of zo mogelijk door een logopedist in de woonomgeving van de patiënt.

Mw. Marieke Hakkesteegt
logopedist, Erasmus MC Rotterdam.



Commandoresectie

Deze patiënten worden (nog) niet altijd preoperatief gezien, mede in verband met de diversiteit en slechte voorspelbaarheid van de problemen met eten en spreken na de operatie. De logopedist wordt ingeschakeld wanneer de patiënt mag beginnen met orale voeding. De logopedist beoordeelt in hoeverre het slikken 'veilig' is (dus of er sprake is van aspiratie), maar ook welke andere problemen bij het slikken optreden. In de behandeling wordt het slikken

geoefend en worden zo nodig sliktechnieken aangeleerd. Ook wordt bepaald met welke voedselconsistenties het dieet kan worden uitgebreid. Tevens beoordeelt de logopedist in hoeverre een patiënt sliktechnisch in staat zou moeten zijn voldoende orale voedselinname te bereiken. Ook de spraak komt in de klinische fase aan bod.

Na ontslag wordt de patiënt ofwel gecontroleerd door de logopedist, ofwel verder logopedisch behandeld. Dit is mede afhankelijk van eventuele

verdere behandelingen (radiotherapie).

Radiotherapie

Radiotherapie (al dan niet in combinatie met chemotherapie) kan ook leiden tot problemen met slikken (door o.a. xerostomie en fibrosering). Patiënten die eerst werden geopereerd en daarna worden bestraald kunnen een toename van de slikken/of spraakproblemen krijgen. Logopedische begeleiding lijkt vooral in een vroeg stadium zinvol te zijn. ■

*Mw. Marie-Jeanne van Hövell tot Westerflier
medisch maatschappelijk werker,
VUmc Amsterdam*

Discipline maatschappelijk werk

Medisch Maatschappelijk Werk

De medisch maatschappelijk werker op de oncologische kno-afdeling houdt zich primair bezig met psychosociale oncologische hulpverlening aan patiënten en hun naasten. Op grond van psychosociale diagnostiek wordt een behandelplan gemaakt. Het aanbod kan variëren van crisisinterventie, voorlichting, bemiddeling, begeleiding, behandeling, consultatie tot verwijzing en overplaatsing. Problematiek van patiënten wordt ingedeeld in de volgende categorieën:

1. het hanteren en verwerken van ernstige ziekte, opname, behande-

- ling, mutilatie, overlijden en overplaatsing;
2. relationele en communicatieproblemen met de partner, het patiënt-systeem, het sociale netwerk, artsen en verpleging;
3. maatschappelijke gevolgen op gebied van de werksituatie, opleiding, financiën en huisvesting.

De medisch maatschappelijk werker stemt de psychosociale hulpverlening af op de medische behandeling. Deze hulpverlening wordt uitgevoerd en gepland in samenwerking met het behandelteam. ■

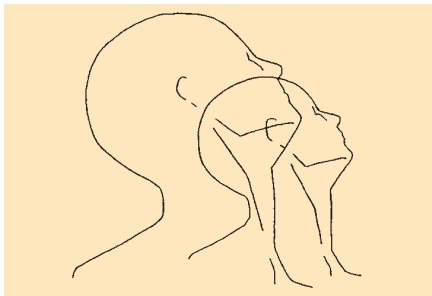
*Mw. Monique Stokman
mondhygiëniste AZG Groningen.*

Discipline mondhygiëne

Mondhygiënische zorg bij patiënten met een hoofd-halstumor

De behandeling van patiënten met een hoofd-halstumor bestaat uit chirurgie, al dan niet gecombineerd met radiotherapie of chemotherapie. Door de locatie van de tumor en adjuvante behandeling van de regionale lymf-

klieren liggen bij de meeste patiënten ten minste een deel van het mond-slijmvlies, de speekselklieren, de kauwspieren en de kaken in het bestralingsveld. Hierdoor treden in deze gezonde weefsels bijwerkingen op. De belangrijkste bijwerkingen van radiotherapie in het hoofd-halsgebied



zijn mucositis, hyposalie, smaakverlies, cariës, orale infecties, trismus en osteoradionecrose.

Het optreden en de ernst van de bijwerkingen zijn in hoofdzaak afhankelijk van het type bestraling, de totale bestralingsdosis en de grootte van het bestralingsveld. Om deze bijwerkingen zoveel mogelijk te beperken zijn preventieve en curatieve tand- en mondheekundige maatregelen voorafgaand, tijdens en na de behandeling onontbeerlijk.

Met de tand- en mondheekundige

screening die aan de tumorbehandeling voorafgaat worden tandheekundige risicofactoren opgespoord. Voor het optimaal uitvoeren van deze screening dienen de oncologische centra te beschikken over een dentaal team, bestaande uit een kaakchirurg, een mondhygiëniste en een tandarts. De mondhygiëniste beoordeelt hierbij het parodontium, het niveau van de mondhygiëne en de mondzorgmotivatie van de patiënt. Het behandelplan voor de mondzorg wordt samen met de kaakchirurg en tandarts opgesteld.

Tijdens de oncologische behandeling zijn behalve de controle van de slijmvliezen en de mondhygiëne, vaak ook aanvullende maatregelen noodzakelijk, zoals bijvoorbeeld het reinigen van de mond (spoelen, sprayen) en het gebruik van fluoride. Na een bestralingbehandeling is vooral de preventie van cariës en orale ontstekingen belangrijk. Hierbij zijn behalve een optimale mondhygiëne, vaak ook aanvullende mondhygiënische maatregelen vereist, zoals een vaak levenslang fluoridebeleid. ■

*Mw. Machteld van Driel
verpleegkundige, VUmc Amsterdam
Mw. Mirjam Dudok
verpleegkundige, Erasmus MC Rotterdam*

‘De unieke functie van de verpleegkundige is het individu, ziek of gezond, bij te staan bij het verrichten van die activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel of te helpen vredig te sterven als geen herstel meer mogelijk is, en die dit individu zonder hulp zelf zou verrichten als hij daartoe de nodige kracht, wilskracht of kennis bezat. De verpleegkundige dient dit op zo'n manier te doen dat de onafhankelijkheid van de geholene bespoedigd wordt (humanistische visie op verplegen). De verpleegkundige stelt in de zorgverlening de belangen van de patiënt op de eerste plaats, schept een situatie waarin de patiënt zich overeenkomstig zijn levensbeschouwing, gewoonten, waarden en normen kan gedragen en ziet erop toe dat de

Discipline verpleging

bijdragen van alle beroepsbeoefenaren die bij de zorg voor de patiënt zijn betrokken, op elkaar aansluiten.’ (citaat uit de Landelijke Beroepscode Verpleging NU '91/LCVV).

Op een hoofd-halsoncologische afdeling kan een verpleegkundige haar werk goed zichtbaar maken. Patiënten doorlopen diverse stadia van afhankelijkheid in veelal zeer universele basale zelfzorgactiviteiten (zoals de behoefte aan zuurstof, voedsel en sociaal contact), vaak binnen een korte periode. Door zwelling en/of schade in het hoofd-halsgebied is ademen via een canule misschien noodzakelijk of voeden via een voedingssonde. De canule en de zwelling maken spreken, zoals voorheen ‘vanzelfsprekend’ was, onmogelijk. De tumor of de medische ingreep hebben bovendien gevolgen voor het uiterlijk en het zelfbeeld van de patiënt.

Niet zelden heeft een patiënt zich in zijn leven gewoonten eigen gemaakt (wat betreft alcohol en nicotine) die om medische redenen afgezworen zouden moeten worden, maar die ook

tijdens de opname, kunnen leiden tot een grote psychische ontregeling (delier). Er is sprake van complexe problematiek die een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk maakt.

De observaties van de 24-uur per dag aanwezige verpleegkundige beroepsgroep zullen ertoe leiden dat de technische interventies gestopt worden of voortgezet, waarna de patiënt de wilskracht en de kennis bijgebracht moet worden om zelf de nieuwe zelfzorgactiviteiten te verrichten. ■

Rob Peters
prothesioloog, Erasmus MC Rotterdam.



De faciaal gemutileerde patiënt

Faciale disfiguratie is iets waar niemand van ons zich op voorbereidt of over nadenkt, tot het moment dat het jezelf of iemand die je zeer geliefd is overkomt.

Een gelaatsmutilatie vormt voor de mens een zeer directe inbreuk op zijn zelfbeeld (body image). Een gelaatsmutilatie kan het gevolg zijn van een congenitale afwijking, traumata of chirurgische ingrepen. De sociale gevolgen ervan kunnen groot zijn; het vermijden van contacten kan zelfs leiden tot het ontstaan van een volkomen sociaal isolement.

De rehabilitatie door middel van van een prothetische voorziening voor een patiënt, die een gedeelte van zijn gezicht moet missen door een chirurgische ingreep vanwege een maligne tumor, is een zware opgave voor de maxillo-faciale prothetist. Binnen de professie maxillo-faciale prothetiek zijn de *knowhow*, technologie en materialen aanwezig om patiënten met een gelaatsmutilatie

Gezichtsprothetiek

hulp te bieden. Met het vervaardigen van een maxillo-faciale prothese kan een gedeeltelijk herstel van functie en gelaatsvorm worden bereikt. Maxillo-faciale prothetiek is een multidisciplinaire samenwerking van diverse specialismen.

Vanwege recente ontwikkelingen in chirurgische technieken (bijvoorbeeld implantaten) en verbeteringen van materialen, worden patiënten in gespecialiseerde centra voor maxillo-faciale reconstructie behandeld. De maxillo-faciale prothetist is nauw betrokken bij de 'nieuwe' identiteit van de patiënt. Het gezicht dat de patiënt na de prothetische 'reconstructie' dagelijks aan zijn omgeving toont wordt in grote mate beïnvloed door het vakmanschap van de prothetist. De patiënt en de prothetist ontwikkelen een sterke onderlinge band, waarbij het voor beiden zeer belangrijk is elkaar te begrijpen. Wat verwacht de patiënt van de prothetische voorziening en wat zijn de mogelijkheden voor de prothetist om deze verwachtingen waar te maken en eventuele teleurstellingen over de uiteindelijke prothese te voorkomen? Die teleurstellingen maken het voor de patiënt moeilijk de prothese te accepteren en dat kan uitmonden in een weigering de prothese te dragen.

Mutilaties in het gezicht kunnen mutilaties van en rondom de neus, de oorschelp, de orbita en complexen van deze gebieden zijn.

Neusprothese

In mijn opinie is de verwijdering van de neus de meest in het oog lopende mutilatie, omdat er vanuit de frontale en laterale zijden een plat vlak zichtbaar is. De mutilatie kan alleen maar met bedekkende gazen worden afgeschermd, wat direct voor de omgeving zichtbaar is, wat een 'aanstaren' tot gevolg kan hebben. De patiënt voelt zich hierdoor bespied en niet bepaald op zijn gemak en ervaart dit als zeer onaangenaam en prefereert daarom om binnenshuis te blijven, waardoor



de kans op isolement en vereenzaming op de loer ligt. Voor deze situatie is het zeer gewenst zo snel mogelijk een tijdelijke prothetische voorziening te verstrekken in afwachting van het definitieve prothetische herstel, waarmee ongeveer vijf weken na de operatie/radiotherapie gestart.

Oorschelpprothese

De oorschelpprothese is een prothese die niet alleen de esthetiek maar ook de functie herstelt, door het focussen en transport van het geluid. De patiënten die door verwijdering van de oorschelp over verminderd gehoor beschikken, klagen vaak over echoën en raken gedesoriënteerd wat betreft de geluidsrichting.



De oorschelpprothese heeft een steunende functie voor een brilmontuur. Een oorschelpprothese is voor de mannelijk patiënt qua esthetiek nog meer van belang dan voor de vrouwelijke, omdat vrouwelijke patiënten door hun haardracht de mutilatie meer en beter kunnen camoufleren.



Orbitaprothese

De orbitaprothese is een meer gecompliceerde prothese. De stand en het 'kijken' van het kunst oog is geheel afhankelijk van de stand van het hoofd en houding van het lichaam. Wanneer een patiënt rechtop staat, is



de oogstand anders dan wanneer de patiënt een zittende houding aanneemt. Het gezonde oog kan vrijelijk naar alle richtingen bewegen, terwijl het kunst oog een vaste stand heeft en daardoor star blijft staan. Bij het modelleren van een orbitaprothese moet er dus naar een gemiddelde stand worden gezocht om een zo natuurnormaal mogelijk effect te bereiken.

Methoden om prothesen te fixeren

Voor fixatie van gelaatsprothesen zijn een aantal technieken voorhanden:

- prothese gefixeerd met een medicinaal adhesief;
- prothesen gefixeerd met een medicinale tape;
- prothesen mechanisch gefixeerd, b.v. aan een brilmontuur;
- Prothesen gefixeerd op of aan een implantaten tructuur.

Fixatie met een medicinaal adhesief

Het voordeel van deze methode is dat goede, nauwelijks zichtbare aansluitranden worden verkregen, waardoor een goede esthetiek ontstaat. Het nadeel is dat de prothese vaak van lijmresten moet worden ontdaan. Zonder deze reiging ontstaan de beruchte zwarte randjes aan de prothese. Een tweede nadeel is dat als er geen goede referentiepunten aanwezig zijn, de kans groot is dat de prothese 'scheef' wordt opgeplakt. Hulp van derden bij het aanbrengen van de prothese is in deze gevallen gewenst. Een derde nadeel is dat voor het reinigen van de prothese een schoonmaakmiddel wordt gebruikt dat zijn sporen op de prothese achterlaat, waardoor de levensduur van de prothese wordt beperkt.

Fixatie met medicinale tape

Slecht hechten aan siliconen, een eigenschap van siliconenmateriaal, werkt in deze fixatiemogelijkheid nadelig. De tape kan niet rechtstreeks worden aangebracht. Er moet eerst een hechtlaag van medicinale lijm worden opgebracht waarop de tape wordt geplaatst. Toch heeft dit systeem een klein voordeel. Omdat niet iedere keer de prothese met een schoonmaakmiddel hoeft worden gereinigd, wordt de levensduur van de prothese verlengd.

Fixatie d.m.v. een mechanische retentie

Het voordeel van fixatie aan een brilmontuur, biedt aan de patiënt het voordeel niet afhankelijk te zijn van derden. De opzet of inzet richting is door het brilmontuur vastgelegd. Een nadeel van deze fixatiemethode is dat de prothese nooit goed op de huid kan aansluiten. Bij een beslagen

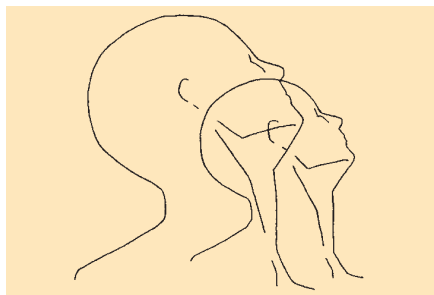
bril kan de patiënt niet ten alle tijden even de bril afzetten, zonder de mutilatie direct zichtbaar wordt voor de omgeving. Beslaan van de bril vormt nog een extra probleem voor patiënten die een neusprothese dragen en deelnemen aan het verkeer. Uiterst gevaarlijk!

Fixatie met implantaten

Een op een implantaat gedragen prothese vindt steeds meer toepassing. Aan de hand van een 3D scan wordt bepaald waar de implantaten het best kunnen worden geplaatst. Deze plaatsen dienen van tevoren te worden vastgelegd in een reproduceerbare boormal, die als leidraad dient voor de implantoloog tijdens het implanteren.

Voordelen van een implantaatgedragen prothese zijn, dat de opzet of inzetrichting van de prothese is vastgelegd. Daar er praktisch niets aan siliconenmateriaal hecht dit materiaal komt hierin goed tot zijn recht. Het wordt zo ook minder vuil wat het reinigen van de prothese gemakkelijker maakt.

Nadelen van een implantaatgedragen prothese zijn dat de prothese vastzit op een suprastructuur, die de patiënt zorgvuldig dagelijks moet reinigen om irritaties of erger rondom het implantaat te voorkomen. De prothese vormt geen geheel met de huid, wat met medicinaal adhesief wel zo is. Doordat de prothese geen geheel vormt met de huid, neemt de prothese de bewegingen van de huid ook niet over en dat geeft een statisch effect. Dit euvel kan enigszins worden gecompenseerd, door aan de randen van de prothese vaseline aan te brengen die dan een beetje aan de huid kleeft.



Bij een neusprothese op implantaten kan een probleem bij de aansluiting aan de lip ontstaan, zodat lekkage van neusvocht kan optreden.

Behandelplan voor faciaal gemutileerden

1. kennismaking en voorlichting aan de patiënt;
2. afdrukken maken van de mutilatie;
3. werkfoto's laten maken ter ondersteuning van de wasmodellatie;
4. het maken van een 'mastermould';
5. modificatie van de 'mastermould';
6. ontwerp 'basemould';
7. ontwerp faciale prothese;
8. wasmodellatie van de prothese;
9. 'wasfitting' van de prothese;
10. kleurentwerp van het prothesemateriaal;

11. het plaatsen van de faciale prothese en instructie aan patiënt;
12. advies de prothese niet langer dan twee aaneengesloten dagen te dragen om eventuele huidirritatie te voorkomen.

In het multidisciplinaire behandelingssteam van faciaal gemutileerden is een duidelijke rol weggelegd voor verpleegkundigen. Door de oudere patiënt wordt er veelal een beroep op de verpleegkundige gedaan voor hulp bij het schoonmaken van de mutilatie en het reinigen en plaatsen van de prothese. Het is daarom van belang dat de verpleegkundige weet welke materialen voor faciale prothetiek worden gebruikt zodat de juiste reinigingsmiddelen kunnen worden

aangewend voor het materiaal waarvan de prothese van is gemaakt.

Voor het reinigen van de huid en prothese, wordt een unisolve gebruikt. Een voorbeeld hiervan is het merk Blueline, dat ook in de stoma-zorg wordt gebruikt om de huid te reinigen. Schoonmaken kan het best gedaan worden met een stukje linnen omdat dit niet pluist. Watten moeten niet worden gebruikt, want die laten pluizen achter die lastig te verwijderen zijn. Voordat een prothese wordt aangebracht, moeten huid en prothese goed vetvrij zijn. Dit wordt bereikt met alcohol. ■

Orgaansparende behandeling

Chemoradiatie volgens RADPLAT als functiesparende behandeling

Operatieve behandeling van uitgebreide hoofd-halscarcinomen verhoogt het risico van functiebeperking. Daartegenover staat dat bestralingsbehandeling alleen een te geringe kans biedt op complete loco-regionale tumorregressie. Door de combinatie van chemotherapie, bij voorkeur cisplatinum, en radiotherapie wordt de kans op respons aanzienlijk vergroot. Wanneer het cisplatinum gelijktijdig met de bestraling wordt toegediend treedt er een maximaal versterkend effect van de bestraling op. De laatste jaren is veel ervaring opgedaan met combinatiebehandelingen, waarbij een selectieve intra-arteriële toediening via een arteria femoralis katheterisatie tot uitstekende resultaten leidde met een > 90% kans op volledige initiële

tumorregressie van stadium IV hoofd-halstumoren.

Momenteel wordt in een gerandomiseerde multi-institutionele studie (NKI/AvL, Haaglanden, Groningen/Leeuwarden) onderzocht of intra-arteriële toediening beter is dan de standaard intraveneuze infusie van cisplatinum. Inmiddels zijn 160/240 patiënten binnen deze studie ingesloten. Hoewel het orgaansparend effect van chemoradiatie ten koste gaat van een aanzienlijke toxiciteit, zijn de eerste functiesparende resultaten bemoedigend. Uit een onderzoek bij 26 patiënten die een jaar na behandeling werden onderzocht op hun kwaliteit van leven bleek dat bij 80% de orale voedselinname was hersteld en dat in 88% der gevallen de stemkwaliteit min of meer genormaliseerd was. Opmerkelijk was dat

*Dr. I. Bing Tan
KNO-arts, NKI/AvL Amsterdam*



10 van de 18 patiënten, die voorheen betrokken waren in het arbeidsproces, binnen een jaar hun werk weer hadden opgepakt.

In de presentatie zullen de risico's op functieschade na uitgebreide chirurgie in het hoofd-halsgebied aan de orde worden gesteld en zullen de indicaties voor chemoradiatie worden besproken. Resultaten van de orga-

nsparende behandeling zullen worden afgezet tegen de risico's op blijvende functiebeperking van spreken en orofaryngeaal voedseltransport. ■

*Prof.dr. A. Vissink
kaakchirurg, AZG Groningen*

Xerostomie

Bij de behandeling van tumoren in het hoofd-halsgebied met radiotherapie en/of een combinatie van radiotherapie en chemotherapie treden een groot aantal neveneffecten op, waarbij vooral de effecten op de orale mucosa (mucositis) en de speekselklieren (een afgenomen secretie) in het oog springen. Terwijl de effecten op de orale mucosa meer een tijdelijk karakter hebben en vooral tijdens de bestralingsperiode klachten veroorzaken, blijven de klachten die zijn gerelateerd aan de verminderde speekselsecretie meestal ook na de behandeling bestaan. Uit het hieruit resulterende klachtenpatroon komt duidelijk naar voren dat speeksel noodzakelijk is voor het handhaven van een goede mondgezondheid.

Een ontoereikende (hyposialie of oligosialie) of geheel afwezige (asialie) speekselsecretie geeft aanleiding tot het ontstaan van klachten van monddroogheid (xerostomie), zowel overdag als 's nachts, smaakverlaging, moeilijkheden met kauwen en slikken, problemen met spreken en articuleren, orale pijnklachten van tong en mucosa, snel voortschrijdende tandcariës en verlies van gebitselementen, alsook een verhoogde gevoeligheid voor het ontstaan van orale ontstekingen. Tot heden is de behandeling van een

bestralingsgeïnduceerde hyposialie voornamelijk symptomatisch en gericht op het zorgdragen voor een goede bevochtiging van de orale mucosa, bevordering van het oraal functioneren en het voorkomen van tandcariës en ontstekingen van de orale mucosa. Veelal wordt getracht de bevochtiging van de orale mucosa en het oraal functioneren te bevorderen door het stimuleren van de restfunctie van de speekselklieren of het gebruik van speekselsubstituten als dit niet meer mogelijk blijkt te zijn.

Wat betreft de preventie van tandcariës en het voorkomen van orale infecties wordt vooral gefocust op een goede mondhygiëne en het instellen van een effectief fluoridebeleid. Nieuwe(re) ontwikkelingen zijn het toepassen van nieuwe bestralingstechnieken om de stralingsdosis op speekselklierweefsel tot een minimum te beperken, en het trachten speekselklierweefsel minder gevoelig te maken voor bestraling door medicamenteus in te grijpen op de fysiologie van de secretoire cellen door radioprotectoren zoals amifostine toe te dienen. Daarnaast wordt momenteel onderzoek verricht naar de mogelijkheden van gentransfer en stamceltransplantatie. Al deze aspecten zullen kort worden besproken. ■



*Dr. J.R.J. de Leeuw
psycholoog, UMCU Utrecht*

Kwaliteit van leven

Betekenis van het meten van kwaliteit van leven bij patiënten met kanker in het hoofd-halsgebied

In de klinische praktijk zijn veranderingen in behandelbeleid niet alleen gericht op het vergroten van de kans op curatie maar ook op het verbeteren of behouden van kwaliteit van leven (KvL) gedurende en na de behandeling. Kwaliteit van leven wordt steeds meer beschouwd als een belangrijke uitkomstmaat naast traditionele uitkomstmaten als 'response rate', ziektevrrije en 'overall' overleving. Begrip van het perspectief van de door de patiënt ervaren KvL en de mate waarin de patiënt beperkingen kan tolereren is van belang voor zowel de patiënt als de arts bij het nemen van beslissingen over de behandeling.

In deze presentatie zal worden ingegaan op de rol die het meten van kwaliteit van leven kan spelen bij de behandeling van patiënten met een tumor in het hoofd-halsgebied. Ook zal worden besproken hoe kwaliteit van leven het beste in kaart kan worden gebracht.

Eigen prospectief onderzoek laat zien dat er na de behandeling voor kanker in het hoofd-halsgebied veel symptomen en beperkingen in functies ontstaan waarvan een aantal voortduurt tot 5 jaar na de behandeling. In tegenstelling tot de toename van lichamelijke symptomen verbetert de algemene KvL en het emotioneel functioneren na de behandeling. Wellicht kan informatie over KvL een belangrijke bijdrage leveren aan het optimaliseren van de begeleiding van patiënten met kanker in het hoofd-halsgebied. ■



The 3rd Educational Symposium on Advances in Cancer Anemia Management

*Dr. R. de Bree, dr. J.A. Langendijk
VUmc, Amsterdam*

Dit symposium werd gehouden in het Hofburg Congress Center, gelokaliseerd in het centrum van Wenen. Op de openingsavond hield Kenneth Kamler, een Amerikaanse arts, een indrukwekkende voordracht over een van zijn beklimmingen van de Mount Everest, als illustratie voor het leven met een zuurstoftekort.

Wenen, Oostenrijk, 20 t/m 23 maart 2003

De eerste ochtend van het symposium werden pathogenese, klinische implicaties en behandeling van anemie besproken. Vele factoren zijn betrokken bij het ontstaan van anemie bij kanker: onder meer bloeding, hemolyse, voedingsdeficiënties en beenmerginsufficiëntie. Anemie kan zich manifesteren als vermoeidheid en depressiviteit. Helaas werd dit tijdens het symposium regelmatig omgedraaid: er werd vaak vanuit gegaan dat alle vermoeidheid ook het gevolg is van anemie.

Een Europese inventarisatie toonde dat vóór behandeling 39% van de kankerpatiënten anemisch was. Dit was voor hoofd-halskankerpatiënten 24%. Tijdens of binnen 6 maanden na chemotherapie en/of radiotherapie kreeg 52% van de hoofd-halskankerpatiënten ooit (kortdurend of langdurig) anemie. Slechts 24% van deze patiënten bleek hiervoor behandeld te worden ondanks de duidelijke verbetering van de kwaliteit van leven na behandeling. De behandeling kan bestaan uit bloedtransfusie of behandeling met recombinant humaan erythropoëtine (EPO). Nadelen van bloedtransfusie zijn immunoreacties, transmissie van ziekten, down regulatie van cellulaire immuniteit, (moge-

lijk als gevolg hiervan) verslechtering van de prognose en bij veelvuldige herhaling secundaire hemochromatose. Als geleidelijke behandeling (enkele weken) mogelijk is en patiënten goed reageren (70%) is EPO een alternatief. Naast reductie van het aantal bloedtransfusies en verbetering van kwaliteit van leven, lijkt EPO ook de prognose van kankerpatiënten te verbeteren, hoewel dit nog niet wordt bevestigd in prospectief gerandomiseerde studies. Door behandeling van anemie en daardoor vermindering van hypoxie zou minder angiogenese, genoomverandering en klonale selectie plaatsvinden. Bovendien zou het resultaat van behandeling met chemotherapie en radiotherapie in hypoxisch weefsel minder effectief zijn. Voor vele typen tumoren is het hemoglobine een goede voorspeller voor prognose en overleving na chemotherapie gebleken. Bij hoofd-halskanker zou er na chemotherapie een verhoogde recidiefkans zijn van 75% bij patiënten met anemie. Het meest duidelijk is dit aangetoond voor radiotherapie bij hoofd-halskankerpatiënten. Helaas werd weinig nadruk gelegd op het feit dat er veel meer factoren verantwoordelijk kunnen zijn voor het optreden van hypoxie.

Eén 'simultaneous breakout sessie'

ging over het belang van de behandeling van anemie bij radiotherapie. Voor deze sessie waren enkele radiotherapeuten uit New York uitgenodigd, maar in verband met de oorlog in Irak hadden zij van hun directies een uitreisverbod gekregen. Door middel van een telefoonlijn en gemaakte PowerPoint-presentaties konden zij toch hun voordracht houden. Tijdens radiotherapie bleek 20-43% van de hoofd-halskankerpatiënten anemisch te worden. Ook in deze sessie werd vaak het verhoogde relatieve risico op een locoregionaal recidief na radiotherapie van hoofd-halskanker bij een laag hemoglobinegehalte genoemd. Een sterke correlatie tussen hemoglobinegehalte, lokale controle en overleving is herhaaldelijk gevonden. Het hemoglobinegehalte tijdens de radiotherapie is hierbij belangrijker dan de uitgangswaarde vóór behandeling. Interventiestudies waarbij anemie gecorrigeerd wordt, zijn in voorbereiding of reeds gestart. Tijdens de tweede dag werden helaas weinig nieuwe dingen gemeld. Veel zaken, die reeds op de eerste dag waren verteld, werden herhaald. Er waren plenaire sessies over borstkanker, het optimale doseringsschema van EPO en andere toepassingen bij ouderen, hartfalen en beroerte. Een van de 'simultaneous breakout sessies' ging over anemie en vermoeidheid bij kanker. Hierin was een belangrijke rol weggelegd voor ex-patiënten.

Aan het einde van dit symposium kon geconcludeerd worden dat anemie bij patiënten met kanker vaak voorkomt. Behandeling hiervan lijkt niet alleen belangrijk te zijn voor de kwaliteit van leven (vermoeidheid), maar ook voor prognose en overleving na chemotherapie en/of radiotherapie. ■

Prof.dr. J.B. Vermorken
UZ Antwerpen

EORTC head and neck cancer cooperative group

Antwerp, march 30-31, 2003

List of participants

Belgium

Andry G (Brussels), Awada A (Brussels),
Baaij M (Antwerp), Clement P (Leuven),
Delaere P (Leuven), Evrard V (Brussels),
Gregoire V (Brussels), Hamans E (Antwerp),
Hamoir M (Brussels), Huizing MT (Antwerp),
Lacombe D (Brussels), Luce S (Anderlecht),
Mattiacci MR (Brussels), Mayné C (Brussels),
Rasschaert M (Antwerp), Schollen K
(Brussels), Schrijvers D (Antwerp), Van Laer
(Antwerp), Van den Weyngaert D (Antwerp),
Vermorken JB (Antwerp).

France

Dolivet G (Nancy), Lefèbvre JL (Lille).

Hungary

Remenar E (Budapest)

Italy

Cantu G (Milan), Grandi C (Trento), Licitra L
(Milan), Ruggeri E (Rome), Villani G
(Cuneo)

Spain

Alvaraz J (Basque country)

Switzerland

Bernier J (Bellinzona)

The Netherlands

Buter J (Amsterdam), De Graeff A (Utrecht),
Langendijk JA (Amsterdam), Leemans CR
(Amsterdam), Van Herpen C (Nijmegen)

Turkey

Güllü IH (Ankara)

United Kingdom

McGurk M (London)

United States

Gillison M (Baltimore)

Apologies

Armand JP, Balm AJM, Braakhuis BJM,
Brammer C, Caponigro F, Chevalier D,
Debrigode C, Dehesdin D, De Jong JMA,
De Mulder PJM, Dor P, Geoffrois L,
Grenman R, Hordijk GJ, Loreggian L, Manni
JJ, Meunier F, Piantanida R, Planting AST,
Poli T, Reyhler H, Robertson AG, Rolland F,
Sloan Ph, Smeele L, Soutar D, Stupp R,
Trillo Parejo P, Verhest A, Virizuela JA,
Weynand B, Woolgar J, Zimmermann F.

Report of the meeting

1 Business meeting

1.1 Apologies were received from those indicated on the first page

1.2 The minutes of the November 2002 meeting were approved

1.3 Information from the chairman

1.3.1 Steering Cie:

Protocol 22996-24002 (EPO trial) has been closed because of poor accrual. The reasons for that have been explained in the previous report. Basically, it is the result of an over-estimation of the number of patients with a low hemoglobin. The amendment (concerning IMRT) for protocol 24001-22005 (unknown primary) has been accepted by the PRC

Chairs of the respective subcommittees for the coming 3 years are the following:

chemotherapy - Lisa Licitra (Italy)
radiotherapy - Hans Langendijk (The Netherlands)
surgery - René Leemans (The Netherlands)
pathology - Philip Sloan (United Kingdom)

With respect to Quality Assurance: on site visits will be (are) done by Jean Louis Lefèbvre and Cesar Grandi for larynx preservation trial 24954 and quality control for radiotherapy will be organized by Jacques Bernier.

A request from Matti Aapro concerned the support of the different EORTC groups in reviewing

material for PDQ as part of a joint ESO/EORTC venture. The experience of some members of the group in doing this for PDQ was not very positive. There were no members available to participate in this.

The application procedure for new members of the group is running well. The following new members have been accepted following this procedure:

1. Dr. Adriano Paccagnella, from the Ospedale S. Giovanni e Paolo in Venice (Italy).
2. Dr. Bogdan Cizmărevic, from the Splosna Bolnisnica Maribor in Maribor (Slovenija).
3. Dr A. Goodman, from the Torbay Hospital in Torquay (United Kingdom).
4. Dr Julio Alvarez, from the Cruces Hospital in Basque Country (Spain).

Also Professor Jan Betka from Prague has shown interest into the group (information by Prof. Lefèbvre). An official application is awaited.

1.3.2 Data Center:

There has been a renewal of the board of the EORTC (appendix I). Unfortunately, the Head and Neck group is not represented. The EORTC Drug Development Meeting (EDDM) will be held on June 18-20, 2003 at the Fortis AG in Brussels. Group meetings (NDDG, Screening, TRAC, Pathology, Chrono, and NDDG Research nurses) will be held on June 18 and 19, Plenary sessions will be held on June 19 and 20. The topics for the plenary sessions are the following:
session 1: the Bernard Chevallier lecture, the Tom Connors lecture; plenary

session 2 concerns the EORTC strategy for new drug development; plenary
 session 3 concerns the Translational Research Fund reports [TRF], in this session Philip Sloan will report on TRF 2001; plenary
 session 4 concerns tumor bank/tissue research and
 session 6 concerns brainstorming on EORTC strategies).
 The spring meeting of our group in 2004 will be combined with all other groups of the EORTC and will be held in Brussels at the Sheraton Hotel from April 21 to 23. The Head and Neck group has been scheduled for April 23 (Friday). It was felt that the group was not able to perform its usual structured meeting. Therefore, the subcommittee meetings and steering group meeting will be held the day before at another location in Brussels.
 Information was received that Veerle Evrard (who replaced Channa Debruyne) will be succeeded by Denis Lacombe from July 2003 on. The name Medical Advisor will be replaced by Coordinating Physician: the task of this CP is no different from that of the previous MA. Basically it concerns a) to assist the study coordinator with the design of trials, b) collaboration with the study coordinator during the study, c) contact with the pharmaceutical industry, d) guide the group through Data Center policies.
 Data managers of the group are: Kirsten Schollen and Candice Mayné Maria Rosa Mattiacci remains our statistician for the time being.

2 Scientific program

2.1 Progress in larynx-sparing surgery for cancer through tracheal transplantation.

An update of his experience with this approach was given by Pierre Delaere from the KUL in Leuven. This interesting two-step approach for T2, T3 lesions on one side of the larynx and selected piriform sinus tumors has led to favorable results. However, over the years the procedure has changed in that in the first 3 years of their experience the primary tumor was removed only in the second step of the program. Early recurrences were then observed. For that reason, tumor resection is now performed during the first operation. The top of the cricoid cartilage serves as the lower line of resection in vertical hemilaryngectomy and in the various forms of supracricoid laryngectomy. Unilateral glottic tumors with subglottic extension and/or arytenoid cartilage fixation necessitate an ipsilateral resection of the cricoid. Cricoid resection is incompatible with decannulation, and a total or near-total laryngectomy with a permanent tracheostomy is the indicated surgical treatment for most of these tumors.
 Tracheal autotransplantation, described in 1998 as a 'laryngeal reconstructive technique', allows for reconstruction of full height cricoid defects. The technique augments the indications for conservation laryngectomy by moving the caudal resection margin from the top to the lower edge of the cricoid cartilage at the side of the tumor.
 The technique involves a 2-stage procedure. First, the cervical trachea is revascularized by wrapping the trachea in a forearm fascia flap. Then,

the trachea is transplanted on the newly created vascular pedicle consisting of the radial artery and vein.

During the past 5 years over 50 patients have been treated at the University of Leuven. Outcomes evaluations have shown successful restoration of speech, swallowing, and respiration. The most important indication is unilateral T2 and T3 glottic cancer.

2.2 The role of HPV in head and neck cancer.

A nice overview was given by Maura Gillison from the John Hopkins Institute in Baltimore, USA. She indicated that the prevalence of HPV (predominantly HPV-16) is about 25% of all head and neck cancers (60% of oropharynx tumors). They are characterized to be of the basaloid type and poorly differentiated. HPV positive head and neck cancers seem to have a significantly better prognosis (60% reduction in risk of dying). This information seems to be of importance with respect to the already performed organ preservation trials and may be we should stratify in future trials for HPV positivity.

3. Report of the subcommittees

3.1 Pathology subcommittee

Philip Sloan was not present at the meeting. He will present the TRF 2001 at the EDDM in June 2003 in Brussels. It seems advisable that Prof. Sloan will make contact with members of the Pathology Group in order to promote further activities within our group in the field of basic science.

3.2 Surgical subcommittee (Cesar Grandi)

The sentinel node protocol (24021) was again extensively discussed. Participants should start with getting some experience with the procedure (to have a learning curve). It was anticipated that this might take 6 months; however, it was felt to be somewhat optimistic.

Primary chemotherapy + surgery of residual disease followed by radiotherapy in cancer of the oral cavity. The objectives of such a study would be

- to reduce the extent of surgery in oral cavity cancer with a multidisciplinary approach without decreasing the loco-regional control rate,
- to investigate new histological instruments to evaluate surgical margins,
- to investigate correlations between tumor regression after chemotherapy and control rate and
- to identify new biological outcome predictors. It was decided to get some experience outside the framework of the EORTC first.

Prospective survey for risk adjustment in head and neck cancer surgery. It was felt that this was a project that was not a mission of the group within EORTC.

3.3 Radiotherapy subcommittee (Hans Langendijk)

Protocol 24001-22005 (unknown primary): several institutions can start now soon. The troubles with the dummy run have been solved. Amendment on radiotherapy includes IMRT. This has no effect on the numbers needed for the trial. Cooperation with HANCA, NCIC and RTOG is established, as well as with several individual French institutions.

Protocol 22996-24002 (EPO trial): the trial is aborted.

Protocol 24954 (larynx preservation): more than 400 patients have been entered. Accrual seems to decrease a little bit.

New proposals: re-irradiation trial, RE-CHART to a total dose 54 Gy in 36 fractions of 1.5 Gy (with 10 hours interval), in a phase I-II design. A survey will be performed by Dr. Langendijk concerning the target volume for RT in the postoperative setting.

3.4 Chemotherapy subcommittee (Lisa Licitra)

The outline of the randomized phase II trial on lonafarnib in R/M disease was extensively discussed. It will soon be finalized and submitted to the PRC.

The outline of the postoperative feasibility protocol (Protocol 24031), in which carboplatin plus paclitaxel on a weekly basis is being given to patients within 10 days from surgery for 6 cycles followed by radiotherapy plus cisplatin (as in 22931) has been prepared. The final aspects concerning the chemotherapy need to be filled in by Jan Vermorken and then sent to the PRC.

Protocol 24981 (UNPC trial): it is still unclear whether reactivation will take place within EORTC or that the study will continue outside the EORTC. Most probably the latter option will take place. Data management coordination has been offered by Dr. Merlano in Cuneo. The interest within the group for this protocol is unchanged and considered of high priority.

Two protocols for salivary gland cancers were proposed by Lisa Licitra: one on cisplatin plus herceptin and one on lonafarnib plus

docetaxel. Both were considered of interest to the group. Priority will be given to setting up of a working party on rare tumors in head and neck cancer. Jan Vermorken and Lisa Licitra will organize a forum for that. Once this has been settled further projects can be initiated.

Follow-up protocol of 24971: a proposal from Italy on radiotherapy with concomitant boost and concurrent low dose cisplatin versus the same radiotherapy and cisplatin plus fluorouracil in advanced SCCHN was discussed. Interest in this trial needs to be investigated within the group.

4 Report of ongoing studies

4.1 24954:

Phase III study on larynx preservation comparing induction chemotherapy and radiotherapy versus alternating chemoradiotherapy in resectable hypopharynx and larynx cancers.

Date of activation: July 1996
Numbers randomized/required: 406/564 (72%)

The accrual in the period has been somewhat less. Since the last meeting in November 2002 17 patients have been registered (which means a monthly accrual of 4.25), clearly too low. The survey performed by Hans Langendijk did not indicate a reduced interest of those already entering patients into this trial. All are convinced of the importance of the trial.

24971:

Randomized phase III trial of neoadjuvant docetaxel plus cisplatin plus 5-fluorouracil versus cisplatin plus 5-fluorouracil in patients with locally advanced inoperable squamous cell carcinoma of the head and neck.

Date of activation: April 1999

Date of closure: April 2002
 Number of patients randomized / required: 358 / 348 (181 in arm PF / 177 in TPF). At present around 200 patients have been evaluated. It is expected that the evaluation process is finished by June 2003. Of the 358 patients entered into the trial 196 so far have died, 17 are lost to follow-up and from 12 patients no information has been received for over 1 year. The overall compliance to QoL during chemotherapy is good (97.2% are baseline, 83.9% after cycle 2 and 76.1% at the end of chemotherapy).

24982:

Phase II study on gemcitabine in recurrent or metastatic adenoid cystic carcinoma of the head and neck.

Date of activation: April 2001

Number of patients registered / required: 17 / 29 (58.6%)

During the meeting it became clear that the first cohort of evaluable

patients was going to be completed. Depending on the outcome (one response or more) it will be decided whether the study should continue to 29 patients. Until that time the study will be on hold.

24001-22005 (Intergroup):

Randomized phase III study on the selection of the target volume in postoperative radiotherapy for cervical lymph node metastases of squamous cell carcinoma from an unknown primary (CUP).

Date of activation: July 2002.

Amendment 1: March 2003 (introduction of IMRT technique next to 2D and 3D)

Number of patients randomized / required: 2 / 600

5 Next meetings

- 5.1 October 31 and November 1, 2003 (Nancy, France)
- 5.2 April 22 and 23, 2004 (Brussels)

6. Appendices

- 6.1 Appointed EORTC board members
- 6.2 Information on 2nd European Conference on Head and Neck Cancer
- 6.3 Posner MR, Lefèbvre JL. Docetaxel induction therapy in locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *Br J Cancer* 2003; 88: 11-17
- 6.4 Vermorken JB Squamous cell carcinoma of the head and neck. *J BUON* 2002; 7: 311-317
- 6.5 Annual report 2002 EORTC Head and Neck Group
- 6.6 EORTC Groups Annual meeting 21-23 April 2004 ■

BERICHT van de IFHNOS

De International Federation of Head and Neck Oncological Societies (IFHNOS) heeft een website met allerlei relevante informatie met onder meer de gegevens van alle individuele leden, ook van hen die aangesloten zijn bij de NWHHT: www.ifhnos.org.

Mede namens de IFHNOS wil de redactie van het Hoofd-Hals Journaal een ieder vragen zijn of haar gegevens te controleren.

Wijzigingen kunnen worden ingevoerd na aanvragen van een inlognaam en wachtwoord bij het secretariaat:

karen.wright@email.cs.nsw.gov.au

de redactie

E.H. van der Meij
Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam,
22 november 2002.
Promotor: prof.dr.l. van der Waal.
ISBN 90-5170-647-2

Het mogelijk premaligne karakter van lichen planus en lichenoïde afwijkingen van het mondslijmvlies

Reeds enkele decennia is er een wetenschappelijke discussie gaande over het mogelijk premaligne karakter van lichen planus van het mondslijmvlies (OLP).

Enkele tientallen klinisch-pathologische follow-up studies, het merendeel van retrospectieve aard, beschrijven een maligne-transformatiepercentage dat varieert van 0.04–1.74% op jaarbasis. Uitgaande van deze gegevens beschouwt een aantal wetenschappers OLP als een premaligne conditie; dat betekent dat OLP geassocieerd zou zijn met een significant verhoogd risico op het ontwikkelen van een maligniteit van de mondholte. Het hanteren van wisselende inclusiecriteria in de in dit proefschrift genoemde follow-up studies is de belangrijkste oorzaak van kritiek op deze stellingname. Er bestaan namelijk geen algemeen geaccepteerde diagnostische criteria voor OLP, ondanks de door de Wereldgezondheidsorganisatie in 1978 geformuleerde klinische en histopathologische diagnostische criteria voor OLP.

Reeds in 1978 zetten Krutchkoff e.a. hun vraagtekens bij het mogelijk premaligne karakter van OLP. Zij gaven een overzicht van de klinisch-pathologische literatuur aangaande het mogelijk premaligne karakter van OLP over de periode 1950-1976 en constateerden dat 208 van de 223 gerapporteerde OLP-patiënten die op de lange termijn een mondholtecarcinoom ontwikkelden, slecht gedocumenteerd waren. Met name betrof het hier onvolledige beschrijving van de oorspronkelijke klinische en histopathologische diagnostische gegevens van deze patiënten. Krutchkoff e.a. concludeerden derhalve dat er op grond van deze literatuur niet gesteld kon worden dat lichen planus van het mondslijmvlies premaligne zou zijn.

In een in 1999 gepubliceerd literatuuroverzicht over de periode

1977-1999, waarbij dezelfde criteria werden toegepast als die van Krutchkoff e.a., werden 33 van de 98 (34%) beschreven gevallen geaccepteerd als voldoende bewijs voor maligne ontaarding van een patiënt met OLP. Hoewel dit percentage hoger bleek dan destijds beschreven door Krutchkoff e.a. werd op grond van deze gegevens door de auteurs geconcludeerd dat er behoefte bestaat aan algemeen geaccepteerde en gevalideerde diagnostische criteria voor OLP.

Diagnostische criteria voor lichen planus en lichenoïde afwijkingen van het mondslijmvlies

Alvorens een set met diagnostische criteria kon worden opgesteld, werd de betrouwbaarheid van de klinische en histopathologische definitie van OLP, zoals destijds in 1978 geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie, onderzocht. Hiertoe werden de inter- en intrabeoordelaarsovereenkomst bij het stellen van de diagnose OLP bepaald door middel van het voorleggen van een 60-tal klinisch en histopathologisch goed gedocumenteerde patiënten met witte afwijkingen van het mondslijmvlies aan een panel van vier clinici en vijf pathologen. Aan de hand van deze gegevens werden kappawaarden berekend. Hierbij bleek de interbeoordelaarsovereenkomst bij het vaststellen van de klinische diagnose matig tot voldoende, terwijl de interbeoordelaarsovereenstemming bij de histopathologische diagnostiek slecht tot matig bleek. De intrabeoordelaarsovereenstemming was bij zowel de klinische, als bij de histopathologische diagnostiek significant beter. Zowel de clinicus als de patholoog zijn blijkbaar redelijk consistent bij het

stellen van hun diagnoses, maar mogelijk interpreteert ieder op zijn eigen wijze de voorhanden zijnde diagnostische criteria. De resultaten van deze studie suggereren, dat het stellen van de diagnose OLP, uitgaande van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, onvoldoende reproduceerbaar is. Een voorstel voor aangescherpte, gereviseerde diagnostische criteria, uitgaande van de huidige definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, werd daarom geformuleerd. Deze criteria omvatten zowel klinische als histopathologische aspecten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen OLP en op OLP gelijkende afwijkingen, ook wel lichenôide afwijkingen (OLL) genoemd.

Een prospectieve studie

Daar het merendeel van de studies naar het mogelijk premaligne karakter van OLP van retrospectieve aard zijn, werd een prospectieve studie opgezet. Bij de inclusie van patiënten in deze studie werd gebruikgemaakt van de voorgestelde gereviseerde diagnostische criteria voor OLP en OLL, zoals beschreven in dit proefschrift. De onderzoeksgroep van 173 patiënten, bestaande uit 62 patiënten met OLP en 111 patiënten met OLL, werd gedurende een gemiddelde periode van 31.9 maanden gevolgd. Drie patiënten (1.7%) ontwikkelden tijdens de follow-up een plaveiselcelcarcinoom van het mondslijmvlies. Alle maligne transformaties manifesteerden zich in de groep van de



Gemengd reticulair-atrofisch-erosieve veranderingen van de mucosa van de rand van de tong passend bij de klinische diagnose orale lichen planus.

OLL patiënten.

Uitgaande van een gemiddelde follow-up van 31.9 maanden werd een maligne transformatie percentage van 0.65% op jaarbasis berekend. Deze gegevens werden vervolgens vergeleken met de verwachte kans op de ontwikkeling van een mondholtecarcinoom in een vergelijkbare, voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde, groep. Alhoewel de kans op de ontwikkeling van een mondholtecarcinoom bij OLP patiënten hierbij niet verhoogd was, bleek deze kans bij OLL patiënten 219 maal verhoogd, hetgeen als voldoende argument mag worden beschouwd om van een premaligne aandoening of conditie te spreken.

Conclusie

De resultaten van de hier beschreven prospectieve studie geven ondersteuning aan het mogelijk premaligne karakter van OLL. 'Klassieke' OLP, waarbij zowel klinisch als histopathologisch voldaan wordt aan de in dit proefschrift genoemde gereviseerde criteria voor OLP, is vermoedelijk een onschuldige aandoening. Om te komen tot een definitieve uitspraak over het mogelijk premaligne karakter van OLP en OLL dient de huidige onderzoeksgroep te worden uitgebreid en langer te worden gevolgd. Voor de praktijksituatie wordt voorlopig geadviseerd in ieder geval patiënten met OLL tweemaal per jaar te controleren. ■

Prof.dr. Th. Wobbes
UMC, Nijmegen

Schildwachtklierbiopsie bij melanomen in het hoofd- halsgebied

De schildwachtklierbiopsie is een techniek die heden ten dage brede toepassing vindt, vooral bij het melanoom en het mammacarcinoom. De procedure is door de grote variabiliteit van de lymfedrainage in het hoofd-halsgebied ingewikkelder dan in de lies of de oksel.

In het onderzoek waarvan de resultaten door de auteurs worden beschreven, werd de procedure in het hoofd-halsgebied vergeleken met die in de oksel en de lies. Het betreft 2610 patiënten van 18 tot 70 jaar met een melanoom > 1,0 mm, afkomstig uit de Sunbelt Melanoma Trial. De mediane follow-up was 18 maanden. Bij alle patiënten werd in principe een lymfoscintigrafie verricht. Het al of niet gebruiken van blauwe kleurstof (isosulfaanblauw) werd overgelaten aan het centrum dat meedeed aan de trial. In sommige centra werd alleen blauwe kleurstof gebruikt. De schildwachtklier werd met de klassieke hematoxyline-eosine kleuring onderzocht, maar ook met immunohistochemische technieken. In geval van een positieve schildwachtklier werd een klierdissectie uitgevoerd (in de hals een gemodificeerde dissectie).

In totaal waren er in deze serie 321 patiënten met een melanoom in het hoofd-halsgebied. Het hoofd-halsmelanoom kwam vaker voor bij mannen en minder vaak was er regressie aantoonbaar. Toch waren er geen echte verschillen tussen de melanomen in het hoofd-halsgebied, de romp en de extremiteiten als het ging om de bekende prognostische factoren.

Het gemiddelde aantal verwijderde lymfeklieren was voor hoofd-halsmelanomen 2,8, rompmelanomen 2,7 en voor melanomen aan de extremiteiten 2,1 ($p < 0,001$). In 25,5% van de gevallen werd de klier gevonden in de regio parotidea, in 2,7% in de oksel. De schildwachtklier in de hals bleek vaker fout negatief te zijn (1,9% versus 0,5%, $p < 0,05$), maar ook minder vaak histologisch positief (15% versus 23,4% voor de romp en

19,5% voor de extremiteiten; $p < 0,001$). Een follow-up periode van 18 maanden is echter kort te noemen, zodat het percentage fout negatieve bevindingen nog kan stijgen.

De blauwe kleurstof werd in het hoofd-halsgebied significant minder vaak aangetroffen dan bij rompmelanomen en extremiteitmelanomen (59,2% versus 68,6% en 74% respectievelijk ($p < 0,01$)). De auteurs schrijven deze bevinding toe aan het snel wegwassen van de kleurstof door de grote vaatrijkdom van het hoofd-halsgebied.

Bij slechts één van de patiënten bij wie de schildwachtklier(en) in de parotisregio werd(en) aangetroffen werd een tijdelijke facialisuitval gezien. Twee patiënten hadden een zodanige beschadiging van de n. accessorius opgelopen dat er blijvende gevolgen waren. Opvallend is dat er significant meer klieren werden gevonden in het hoofd-halsgebied. Dit hangt ongetwijfeld samen met de klierrijkdom van dit gebied. Verder bleek dat de schildwachtklier minder vaak positief was dan in de oksel en de lies. Dit wordt ook door andere auteurs beschreven.

De schildwachtklierbiopsie in het hoofd-halsgebied kan goed worden uitgevoerd, waarbij men er rekening mee moet houden dat de blauwe kleurstof vlug wordt uitgewassen. Dit vereist een snelle procedure of enkele malen bijspuiten van de kleurstof. Voor het uitvoeren van de operatie dient de operator goed thuis te zijn in het hoofd-halsgebied. ■

Literatuur:

Chao C, Wong SL, Edwards MJ et al. Sentinel lymph node biopsy for head and neck melanomas. *Ann Surg Oncol* 2003;10:21-26.

GJ, bedankt!

Mw. M.S.C. van Heerden-van Putten
Secretaresse NWHHT



In juni 1989 bestond de eerste Nieuwsbrief van de NWHHT uit twee A4'tjes: één van Jan Roodenburg, voorzitter, en één van jou, Gerrit Jan Hordijk, secretaris van de NWHHT, alsmede een kleine ledenlijst.

De tweede Nieuwsbrief, in december 1989, kreeg al het bekende gele kaftje dat tot 2001 de Nieuwsbrief kenmerkte. Sindsdien vormden wij samen De Redactie, hoewel we dat pas in december 1994 officieel op de laatste pagina vermeldden. Tweemaal per jaar bogen we ons een middag over de verzamelde teksten en beoordeelden de inhoud en de door mij verzorgde opmaak. Uiteindelijk werden de teksten gekopieerd en het kaftje geniet, waarna jij altijd als eerste een exemplaar kreeg.

In 2001 werd besloten tot een professionelere opzet en werd een echte redactiecommissie geformeerd, bestaande uit vertegenwoordigers van de meeste bij de hoofd-halsonologie betrokken disciplines. Je trok je terug als eindredacteur maar bleef nog wel deel uitmaken van die redactie. We vonden sponsors waardoor het mogelijk werd om het kopiëren en nieten uit te besteden en zelfs een kaft te laten drukken. Nog steeds geel, maar nu met een print van de in 1994 door je echtgenote ontworpen erepenning van de NWHHT.

Het is 2003 en de *Nieuwsbrief* is een tijdschrift geworden: het *Hoofd-Hals Journaal*, ISSN 1571-6201.

Een aantal vaste items is er nog steeds: het jaarverslag van de NWHHT in juni en de abstracts van de wetenschappelijke vergadering van de NWHHT in december. Het vermelden van de ledenlijst en de correcties en aanvullingen daarop (dat besloeg meestal wel een aantal pagina's) hebben we reeds lang laten varen. Ook verdwenen zijn onze 'fijne vakantie' en 'prettige kerstdagen', in het leven geroepen als illustratie, omdat ons beiden het tekentalent ontbrak en de PC daar toen nog niet in voorzag. Tegenwoordig plakken we digitaal van alles in.

Gerrit Jan, jij hebt besloten dat het tijd is om het stokje over te dragen. Wie had dat een paar jaar geleden kunnen denken: er zullen voldoende kandidaten zijn die dat van je over willen nemen.

Bedankt voor al die jaren van samenwerking, het resultaat heeft onze stoutste verwachtingen overtroffen.

Ria van Heerden

D. Jönfors-Imminga,
M.W. de Jong
KNO, AZG

Continu proces van na- en bijscholing noodzakelijk om het kwaliteitsniveau van de aangeboden zorg te kunnen waarborgen

In het Academisch Ziekenhuis Groningen is er viermaal per jaar een multidisciplinair overleg binnen de Paramedische Werkgroep Hoofd-Halsoncologie AZG. In deze werkgroep participeren logopedie, mondhygiëne, diëtetiek, medisch-maatschappelijk werk en verpleging. De werkgroep is nu bezig met het ontwikkelen van een informatiefolder 'Commando Procedure'.

nemen (laryngologie, hoofd-halsoncologie en schedelbasischirurgie).

De KNO-specifieke bijscholing is gericht op het verwerven en in stand houden van kennis, vaardigheden en een beroepsattitude om gespecialiseerde zorg te kunnen verlenen. Voor de sector gezondheidszorg zijn de veranderende zorgvragen en de ontschotting verschijnselen die steeds om nieuwe antwoorden vragen. Een continu proces van na- en bijscholing is gewenst en noodzakelijk om het kwaliteitsniveau van de aangeboden zorg te kunnen waarborgen. Dit uitgangspunt voldoet aan het principe van de voortdurend lerende professional en beantwoordt aan de wettelijke kaders van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Actualisering en onderhoud van vereiste kennis en vaardigheden zijn het uitgangspunt. Dit vereist van de werknemers een grote mate van flexibiliteit, leerbereidheid en transfervermogen. Een van de uitgangspunten

De hoofdverpleegkundige KNO participeert in de Paramedische Werkgroep Hoofd-Halstumoren en samen met de regieverpleegkundige MHK/Kaakchirurgie in de Verpleegkundige Werkgroep Hoofd-Halsoncologie. Bij het ontwikkelen van de KNO-specifieke bijscholing is rekening gehouden met deze samenwerking. Naast enige KNO-specifieke modules (otologie, rhinologie) zijn er modules waar medewerkers van andere disciplines aan kunnen deel-

Figuur 1. Overzicht van het bijscholingsprogramma

1e jaar	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Bijscholingsduur 2 jaar				
Modules	KNO 1	KNO 2	KNO 3	KNO 4
	Algemene Otologie module KNO		Audiologie	Spraak- en taal pathologie
	okt./nov. 2002	dec./jan./feb. 2002 / 2003	mrt./apr. 2003	mei / juni 2003
2e jaar	Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Bijscholingsduur 2 jaar				
Modules	KNO 5	KNO 6	KNO 7	KNO 8
	Laryngologie	Hoofd- hals oncologie	Rhinologie	Schedelbasis chirurgie
	aug./sept./okt. 2003	nov./dec./jan. 2003 / 2004	jan./feb./mrt 2004	apr./mei / juni 2004

voor de inrichting en opbouw van de KNO-specifieke (bij) scholing is dat de doelen van het scholingsprogramma mede ontleend worden aan de behoeften van de deelnemers. Het doel van bij- en nascholing is niet slechts de overdracht van kennis, maar veeleer het aanmoedigen van kennisconstructie en het ontwikkelen van metacognitieve vaardigheden, ten dienste van het persoonlijk functioneren binnen het AZG, en dus ook binnen de afdeling KNO. Onder metacognitieve vaardigheden wordt verstaan het plannen van, bewaken van, reflecteren op en bijstellen van eigen denken en handelen. Deze vaardigheden zijn noodzakelijk voor het verwerven, verwerken en toepassen van nieuwe functionele kennis. Informatie wordt altijd gekoppeld aan bestaande ervaringen (reeds aanwezige kennis, vaardigheden, verwachtingen en behoeften). Bij volwassenen is de behoefte om te leren niet meer zo vanzelfsprekend. Wil men iets leren, dan moet het aanwijsbaar nuttige kennis of vaardigheden opleveren.

De KNO-specifieke bijscholing volgt een 8-10 wekelijks periode systeem. Het doel hiervan is om een studeerbaar programma te hebben door onder meer regelmatig de verschillende onderdelen van het bijscholingsprogramma te toetsen. De bijscholing wordt verzorgd op de verpleegafdeling en de polikliniek van de afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde.

Aan het begin van een periode krijgt de deelnemer een rooster uitgereikt en ook het bijbehorende moduleboek en de reader. De bijscholing omvat 4 onderwijsmodules per jaar in een totaal van 8 onderwijsmodules, heeft een cyclisch karakter en wordt iedere

2 jaar herhaald voor alle genoemde medewerkers. Iedere module wordt afgerond met een toets of eindopdracht. De deelnemers ontvangen een door het opleidingsinstituut erkend certificaat indien de modules zijn afgerond met een voldoende resultaat.

De volgende modules zijn opgenomen in de opleidingscyclus (zie Figuur 1):

- algemene module KNO;
- otologie;
- audiologie;
- spraak-taalpathologie;
- laryngologie;
- hoofd-halsoncologie;
- rhinologie;
- schedelbasischirurgie.

Iedere afzonderlijke module omvat de volgende deelaspecten:

- anatomie, fysiologie en pathologie;
- diagnostiek en behandeling;
- aspecten medische en verpleegkundige praktijk;
- preventie en voorlichting;
- houding en patiëntbejegening;
- ethiek;
- administratieve aspecten.

In oktober 2002 is de KNO-specifieke bijscholing gestart. Inmiddels is men bezig met de vierde module. De opkomst bij de lessen is gemiddeld 61% van de totale formatie verpleegkundigen en verzorgenden. Rekening houdend met ziekte, vakanties, continuïteit van zorgverlening op de afdelingen en andere afwezigheid (totaal 39%) is dit resultaat bijzonder goed te noemen.

De deelnemers ervaren de bijscholing over het algemeen als nuttig en zinvol maar zwaar voor wat betreft de studiebelasting buiten werktijd; in het bijzonder het maken van de eindopdrachten kost veel tijd.

Alle deelnemers zijn het erover eens dat de aangeboden stof goed aansluiting biedt bij de werkzaamheden binnen de dagelijkse (KNO) beroepspraktijk. De gegeven lessen worden uitgewerkt en aangeboden op een 'eigen' bijscholingssite zodat deelnemers die niet aanwezig konden zijn toch de informatie ontvangen. Ook worden sommige lessen opgenomen op video zodat men thuis de les alsnog kan volgen (dit telt overigens niet mee in het percentage 'aanwezigheid').

Naast de KNO-specifieke bijscholing blijven de 'normale' onderwijsactiviteiten doorgaan. (klinische lessen, bezoek symposia, etc.). De KNO onderwijsdagen (2 x 2 dagen/jaar) zijn geïntegreerd in de bijscholing.

Voor meer informatie over de KNO-specifieke bijscholing voor verzorgenden en verpleegkundigen kunt u contact opnemen met:

Dhr. M.W. de Jong.

E-mail: m.w.de.jong@kno.azg.nl

Mw. D. Jönfors-Imminga is HV KNO-verpleegafdeling/ Polikliniek AZG. M.W. de Jong is regieverpleegkundige KNO-verpleegafdeling/ kerndocent KNO-specifieke bijscholing AZG. ■

Reukrevalidatie voor gelaryngectomeerden

Dr. F.J.A. van den Hoogen
UMC Nijmegen

Rianne Polak, Corina van As, Frits van Dam en Frans Hilgers,. Handleiding voor logopedisten. 112 bl., fig. Swets & Zeitlinger, Lisse 2003. ISBN 90 265 1723 8. NUR 896. Prijs: ingen. € 37,50.

Het gras dat nu geurt naar de zomer van toen... Een tekst die al sinds jaar en dag als muurschildering aanwezig is op onze verpleegafdeling. Er spreekt meer uit dan alleen maar reuk: emotie, herinnering, rust... Het onderstreept dat reuk een zintuiglijke waarneming is die revalidatiewaardig is.

Pas sinds kort is meer serieuze belangstelling ontstaan voor de reukrevalidatie door de inspanningen van met name de medewerkers van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis te Amsterdam. In recente publicaties werd dit onderwerp, alsook de verschillende mogelijkheden van

revalidatie, op een wetenschappelijk onderbouwde manier onder de aandacht gebracht.

Het boek *Reukrevalidatie voor gelaryngectomeerden* is een compacte, heldere handleiding voor logopedisten. Het behandelt de anatomie van de neus en het ruiken en geeft inzicht in de veranderingen na laryngectomie en de reukstoornissen die daarvan het gevolg zijn. Dit alles wordt gelardeerd met reukgerelateerde poëtische intermezzo's.

De reukrevalidatie met de gepropageerde gaap-reuk methode wordt op een praktische, bijna cursorische manier toegelicht. Een aantal bijzondere situaties wordt nader belicht. In combinatie met de bijlagen, waarin een checklist, een registratieformulier, een evaluatieformulier en een brochure voor gelaryngectomeerden zijn opgenomen, geeft dit het boek

de vorm van een handleiding waarmee de geïnteresseerde logopedist direct aan de slag kan. Voor de handvaardigen onder ons is zelfs een handleiding voor het samenstellen van een reuktoets en het maken van een manometer toegevoegd. Bij dit boek wordt een cd-rom bijgeleverd die de teksten deels herhaalt en verhelderende visuele ondersteuning biedt.

Door de Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelmina Fonds is terecht erkend dat het in het boek beschreven reukrevalidatieprogramma voor gelaryngectomeerden een belangrijke bijdrage kan leveren aan hun kwaliteit van leven. Het boek verdient dan ook een plaats in iedere logopedische praktijk die betrokken is bij de revalidatie van gelaryngectomeerden. ■

Website NWHHT

De NWHHT heeft gevorderde plannen voor het opzetten van een eigen website. Het is de bedoeling dat de redactiecommissie van "het Hoofd-Hals Journaal" wordt uitgebreid met belangstellenden die mee willen werken aan het opzetten en onderhouden van deze website.

Wie geïnteresseerd is kan contact opnemen met een van de onderstaande personen:

Bernard van der Laan	tel. 050 3612540	e-mail: b.f.a.m.van.der.laan@kno.azg.nl
Ludi Smeele	tel. 020 5122550	e-mail: l.smeele@nki.nl
Ria van Heerden	tel. 030 6081827	e-mail: vanheerden@wxs.nl

The Second European Conference on Head and Neck Cancer

October 17-18, 2003 Lille, France

Thursday October 16, 2003

Afternoon:

14:00 - 18:00 conference registration
 16:00 - 18:00 Satellite symposium Merck
 'Head and Neck Cancer, where do we go from here ?'
 Chairpersons: Merck Representative and Dominique Chevalier (France)
 - 'Magnitude of the Problem'
 Jean Louis Lefebvre (France)
 - 'Recent Advances in Radiation Therapy'
 Jacques Bernier (Switzerland)
 - 'Recent Advances in Surgery'
 René Charles Leemans (The Netherlands)
 - 'Meta-analysis on Chemotherapy in Head and Neck Cancer'
 Jean Bourhis (France)
 - 'Where do we go from here?'
 Jan Vermorken (Belgium)

Evening: **Welcome Reception**

Friday October 17, 2003

08:00 - 08:30 registration
 08:30 - 12:30 morning session
 Biology Integration in Head and Neck Cancer Management
 08:30 - 09:00 keynote speaker
 G. van Dongen (The Netherlands) CONFIRMED
 Biology in Head and Neck cancer: scanning the horizon
 09:00 - 10:30 proffered papers (6)
 10:30 - 11:00 coffee break and posters viewing
 11:00 - 12:15 proffered papers (5)
 12:10 - 12:30 concluding remarks
 J. Werner (Germany) CONFIRMED
 12:30 - 14:00 lunch and posters viewing
 National Representatives Working Party
 14:00 - 18:00 afternoon session
 Modern Imaging in Head and Neck Neoplastic Diseases
 14:00 - 14:30 keynote speaker
 M. Becker (Switzerland) CONFIRMED
 Optimal Use of Modern Imaging
 14:30 - 16:00 proffered papers (6)
 16:00 - 16:30 coffee break and posters viewing

16:30 - 17:30 proffered papers (4)
 17:30 - 17:50 concluding remarks
 M. Andrea (Portugal) CONFIRMED

18:00 - 19:00 Report and discussion on the National Representatives Working Party

20:00 - 23:00 official dinner

Saturday October 18, 2003

08:30 - 12:00 morning session
 Reconstruction (including biomaterial) in Head and Neck Surgery
 08:30 - 09:00 keynote speaker
 F. Kolb (France) CONFIRMED
 Head and Neck Reconstruction: the Permanent Challenge
 09:00 - 10:15 proffered papers (5)
 10:15 - 10:45 coffee break and posters viewing
 10:45 - 11:45 proffered papers (4)
 11:40 - 12:00 concluding remarks
 S. Rogers (United Kingdom) CONFIRMED
 12:00 - 13:00 round table
 Tissue Retention and Tumour Banking: ethical and practical issues
 Chair person: H. Hellquist (Sweden) CONFIRMED
 13:00 - 14:00 lunch and posters viewing
 14:00 - 14:10 posters awards
 14:10 - 18:20 afternoon session
 Organ Sparing Therapies in Head and Neck Cancer
 14:10 - 14:30 keynote speaker
 M. Quer (Spain) CONFIRMED
 Organ Sparing Strategies in Head and Neck Cancer: Do We Do the Best?
 14:30 - 17:00 proffered papers (10)
 17:00 - 17:30 concluding remarks
 L. Licitra (Italy) CONFIRMED and J. Overgaard (Denmark) TO BE CONFIRMED
 17:30 - 18:30 official launching of the EHNS ■

NWHHT Lustrum 2004

(Voorlopig programma)

In 2004 bestaat de NWHHT 20 jaar en is er sinds 10 jaar een samenwerkingsverband tussen het AZG en MCL op het gebied van hoofd-halstumoren.



Dit zijn redenen om de lustrumvergadering in het noorden te houden. Als locatie is Vlieland gekozen. De wadden-eilanden geven alle ruimte om met de collegae van gedachten te wisselen en het serieuze met het aangename te combineren. Het programma zal bestaan uit twee sessies. De donderdagmiddag wordt besteed aan de ontwikkelingen in de afgelopen 20 jaar op het terrein van de hoofd-halsoncologie. De vrijdagmorgen worden de verschillen tussen 'state of the art' toen en nu gepresenteerd.

Vorbereidingscommissie

G. Botke
F. Burlage
M.S.C. van Heerden
B.F.A.M. v.d. Laan
K.T. v.d. Laan
J.L.N. Roodenburg
J.G.A.M. de Visscher

Data

18 en 19 maart 2004

Overtocht Vlieland

De reis naar Vlieland wordt verzorgd door rederij Rijn met veerboot de "Stortemelk". Het vertrek is bij het station Harlingenhaven en dus niet bij de veerboot van rederij Doeksen. Voor lang parkeren is er een bewaakt terrein bij de haven. Gezien de loopafstand van de parkeerplaats naar het vertrekpunt raden wij u aan minimaal 30 minuten voor vertrek aanwezig te zijn.

Aan boord wordt de lunch verzorgd.

Accommodatie

Tijdens het lustrum verblijft u in een luxe kamer in het Strandhotel Seeduyn, gelegen aan de noordkant van Vlieland, pal aan het strand. Het hotel beschikt o.a. over een sauna, zwembad en tennisbanen..

Inschrijving/Betaling

Inschrijving vindt plaats voor 1 januari 2004 door inzending van antwoordkaart of e-mail aan mw. M.S.C. van Heerden. De inschrijfkosten à 200 Euro dient u gelijktijdig over te maken op rekeningnummer 50.01.26.607 t.n.v. Stichting NWHHT te Nieuwegein, o.v.v. deelname Lustrum 2004.

Inbegrepen zijn de reis-, hotel-, ontbijt-, lunch- en dinerkosten. Deelnemers die hun partner willen meenemen dienen 200 Euro extra over te maken o.v.v. "+ partner". Er is geen parallel partnerprogramma, wel is het vanzelfsprekend dat de partners uitgenodigd zijn voor alle sociale activiteiten, zoals lunches, borrel en diner. Restitutie bij afmelding is niet mogelijk.

Informatie over de lustrumvergadering kunt u inwinnen bij dr. J.G.A.M. de Visscher, 058-2866996.

Programma Donderdag 18 maart 2004

- 10.00 Verzamelen bij het eindpunt van de trein
 10.30 Gezamenlijk vertrek met de "Stortemelk" naar Vlieland
 12.15 Aankomst Vlieland.
 Met de bus naar Hotel Seeduyn
 12.30 Inschrijving hotel
 13.00 Opening inhoudelijk programma;
 Dagvoorzitter dr. H. Kaanders
 13.15 Ontwikkeling van samenwerking in het Noorden;
 Prof.dr. J.L.N. Roodenburg
 13.45 Ontwikkeling van richtlijnen;
 Prof.dr. G.J. Hordijk
 14.15 Ontwikkeling van stagingering en prognostische indicatoren;
 Prof.dr. R.J. Baatenburg de Jong
 14.45 Ontwikkeling van beeldvormende technieken;
 dr. F.A. Pameijer
 15.15 Theepauze
 15.45 Ontwikkeling van (weg de) radiotherapeutische technieken;
 Prof.dr. P.C. Levendag
 16.15 Ontwikkeling selectieve halsklierdissectie;
 Prof.dr. J.J. Manni
 16.45 Ontwikkeling van reconstructie chirurgie;
 drs. H.A.H. Winters
 17.05 Ontwikkeling in de maxillofaciale prothetiek;
 dr. R.P. van Oort
 17.30 Sluiting en huishoudelijke mededelingen
 18.30 Borrel Seeduyn bar
 20.00 Diner in het Strandpaviljoen

Programma Vrijdag 19 maart 2004

- 07.00 Ontbijt en uitchecken
 08.30 Opening inhoudelijk programma
 Motto: 'Toen en nu';
 Dagvoorzitter dr. B.F.A.M. van der Laan
 08.30 Spreekbutton 'toen' – dr. A.A. Annyas
 09.00 Spreekbutton 'nu' – dr. F.J.A. van der Hoogen
 09.30 Behandeling van sinus maxillaris tumoren 'toen';
 dr. P. Knecht
 10.00 De behandeling van bovenkaak en sinus maxillaris tumoren 'nu';
 dr. J.G.A.M. de Visscher / drs. H. Bijl
 10.30 Koffiepauze
 11.00 Tweede primaire tumoren toen en nu;
 Prof.dr. G.B. Snow
 11.30 De behandeling van uitgebreide tumoren nu;
 dr. C.R.N. Rasch
 12.00 De behandeling van speekselklieren toen;
 Prof.dr. A. Vermey
 12.30 Speekselkliertumoren nu
 Prof.dr. I. v.d. Waal
 13.00 Sluiting door de dagvoorzitter
 13.00 Lunch
 14.00 Hoofd-Halsvergadering (tot 15.30 uur)
 16.00 Vertrek met de bus naar de haven
 16.15 Afvaart met de "Stortemelk" naar Harlingen
 18.00 Aankomst Harlingen

Workshop-/Congres aankondigingen

'Mocht u berichten missen in de Nieuwsbrief: de redactie stelt iedere bijdrage uwerzijds op prijs.'
vanheerden@wxs.nl

2003

04-06 september
VII Symposium on Research in Head and Neck Cancer
Heinrich Heine Universität, Düsseldorf
Informatie:
e-mail: bierh@uni-duesseldorf.de

13-17 oktober
7th Birmingham International Multidisciplinary Head and Neck Course, Queen Elizabeth Hospital, Birmingham
Informatie: e-mail:
john.watkinson@uhb.nhs.uk

17-19 oktober
2nd European Conference on Head and Neck Lille, Frankrijk
Informatie: e-mail:
vanheerden@wxs.nl of
chr.leemans@azvu.nl

31 oktober - 1 november
EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group
Nancy, France

04-06 november
Pre-Congress Instructional Courses, Hong Kong SAR, China
Informatie:
www.surgery.cuhk.edu.hk/hn2003,
e-mail: hn2003@cuhk.edu.hk
07-11 november
International & 7th National Head and Neck Cancer Congress
Guangzhou, China

14-15 november
Cancer biology for the clinician
European School of Oncology, Centre Hospitalier de Luxembourg
Informatie: www.congresscare.com,
e-mail: info@congresscare.com

16-19 november
9th International congress on oral cancer (ICOOC) in association with the 5th annual scientific meeting of the Australian and New Zealand Head and Neck Society.
Melbourne, Australia
Informatie:
www.icms.com.au/oralcancer

2004

18-19 maart
4e Lustrumvergadering NWHHT AZG/MCL, Vlieland
Informatie: dr. J.G.A.M. de Visscher,
058-2866996 of
e-mail: vanheerden@wxs.nl

22-23 april
EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group
Brussels, België

23 april
BAHNO Annual Scientific Meeting
Royal College of Physicians of London

7-11 augustus
6th International Conference on Head and Neck Cancer
Washington U.S.A.
e-mail: concptsmtg@aol.com

31 oktober - 4 november
4th International Skull Base Congress
Sydney, Australia
Informatie:
www.tourhosts.com.au/skull-base2004
e-mail:
skullbase2004@tourhosts.com.au