



J.L.N. Roodenburg¹
J.M. Nauta¹
J.G.A.M. de Visscher²

Teambehandeling bij maxillofaciale oncologie

Samenvatting

Trefwoorden:

- Mondziekten en kaakchirurgie
- Oncologie
- Hoofd-halstumoren

Uit 'de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie, sectie Oncologie, van het Academisch Ziekenhuis Groningen en 'de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Medisch Centrum Leeuwarden.

Datum van acceptatie:
8 augustus 2000.

Adres:
Prof.dr. J.L.N. Roodenburg
AZ Groningen
Postbus 30.001
9700 RB Groningen

De meest voorkomende kwaadaardige tumoren in het hoofd-halsgebied zijn plaveiselcelcarcinomen van de bovenste adem- en voedingsweg en speekselkliertumoren. De incidentie van deze tumoren is laag, ongeveer 2.000 nieuwe gevallen per jaar in Nederland.

Multidisciplinaire behandeling van deze aandoeningen is nodig, omdat uitbreiding in anatomische aandachtsgebieden van andere disciplines vaak voorkomt. Daarnaast maakt de diversiteit aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden en nazorg een multidisciplinaire benadering noodzakelijk. De geringe incidentie van hoofd-halstumoren en de complexiteit van de behandeling hebben geleid tot concentratie van deze zorg in multidisciplinaire hoofd-halsoncologische centra.

ROODENBURG JLN, NAUTA JM, VISSCHER JGAM. Teambehandeling bij maxillofaciale oncologie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 452-457.

Inleiding

De maxillofaciale oncologie maakt deel uit van de hoofd-halsoncologie. De reden om tumoren in het hoofd-halsgebied onder één noemer te brengen, is dat er veel overeenkomst bestaat in etiologie, diagnostiek en behandeling van deze afwijkingen (Vermeij *et al*, 1996; Haagedoorn *et al*, 1997; Kalk *et al*, 1999; Roodenburg *et al*, 2000). De meest voorkomende kwaadaardige aandoeningen in het hoofd-halsgebied zijn plaveiselcelcarcinomen van de bovenste adem- en voedingsweg en tumoren van de speekselklier. Daarnaast kunnen ook kwaadaardige tumoren ontstaan in het bindweefsel, de spieren, het lymfoïde weefsel en de beenderen van het hoofd-halsgebied.

Sinds 1989 bestaat er de Nederlandse Kanker Registratie (NCR). De incidentie van maligne hoofd-halstumoren is relatief laag. In Nederland worden ongeveer 2.000 nieuwe gevallen per jaar gediagnosticeerd. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het gemiddelde aantal nieuwe gevallen van hoofd-halstumoren (NCR, 1995; 1998).

De behandeling van hoofd-halstumoren vereist een multidisciplinaire teambehandeling. Dit geldt voor de diagnostiek, de behandeling en de nazorg. Zij dient een tweeledig doel. Ten eerste is de lokalisatie en de uitbreiding van een gezwel vaak zodanig dat het binnen het aandachtsgebied van meer dan één specialisme valt. Daarnaast vereist de behandeling van tumoren in het hoofd-halsgebied veelal de diagnostische en de therapeutische expertise en ervaring van meerdere disciplines. Tabel 2 geeft een overzicht van de kerndisciplines en de ondersteunende disciplines die bij de behandeling van patiënten met een tumor in het hoofd-halsgebied betrokken zijn.

In 1991 is door de Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT) de nota 'Hoofd-halsoncologische zorg 2001' opgesteld (NWHHT, 1991; NCR, 1998). In 1993 verscheen van de Gezondheidsraad het rapport 'Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie' (NWHHT, 1991; Gezondheidsraad, 1993). In beide rapporten werd,

naast de noodzaak om hoofd-halstumoren multidisciplinair te behandelen, aangegeven dat vanwege de relatief geringe incidentie en de complexiteit van de zorg, concentratie van behandeling van patiënten met een hoofd-halstumor in centra moet worden nagestreefd.

Vanwege het specialistische karakter van de zorg voor patiënten met een aandoening in hoofd-halsgebied bleek er behoefte te bestaan aan het creëren van een opleiding tot specialist in de hoofd-halsoncologie. Zowel de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie als de Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied hebben een curriculum ontwikkeld voor specialisten die in een hoofd-halsoncologisch team werkzaam kunnen zijn. Momenteel wordt ook voor tandartsen die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde van een hoofd-halsoncologisch centrum, een curriculum opgesteld.

De rol van de tandarts-algemeen practicus, werkzaam in de eerste lijn van de gezondheidszorg, is bij patiënten met hoofd-halsoncologische aandoeningen vooral gericht op vroegtijdige herkenning en nazorg. De belangrijkste prognose bepalende factor bij de behandeling van een kwaadaardig gezwel is het stadium van de ziekte. Kleine gezwellen zonder uitzaaiingen zijn met een goede kans op genezing te behandelen. Grote gezwellen met regionale uitzaaiingen hebben een aanzienlijk slechtere prognose, terwijl bij metastasen op afstand de prognose infaust is.

Aan de hand van de diverse fasen die kunnen worden onderscheiden in de behandeling van een patiënt met een kwaadaardige aandoening in het hoofd-halsgebied, zal de werkwijze van een hoofd-halsoncologisch team worden toegelicht.

De verwijzing

Wanneer de mogelijkheid van een maligniteit wordt overwogen is het van belang dat een patiënt op korte termijn in het centrum wordt gezien. In dergelijke

situaties dient de tandarts ervoor te zorgen dat de patiënt zo spoedig mogelijk, liefst binnen een week, een afspraak krijgt, hetzij in een algemeen ziekenhuis, hetzij in een hoofd-halsoncologisch centrum.

Wanneer er aan een maligniteit wordt gedacht, vindt verwijzing plaats naar een specialist in een algemeen ziekenhuis. De initiële diagnostiek bestaat dan meestal uit het nemen van een biopsie en eventueel beeldvormend onderzoek. Bij de diagnose maligniteit vindt dan verwijzing plaats naar een hoofd-halsoncologisch centrum. Deze verwijzing kan ook rechtstreeks vanuit de eerste lijn door de tandarts of huisarts van de patiënt plaatsvinden, wanneer er een ernstig vermoeden bestaat op de aanwezigheid van een kwaadaardige afwijking.

De intake

De poortspecialismen van een hoofd-halsoncologisch centrum zijn over het algemeen Kaakchirurgie, Keel-, Neus-, Oorheelkunde en in mindere mate Radiotherapie en Chirurgie. Bij het eerste bezoek wordt een anamnese afgenomen en een locoregionaal fysisch-diagnostisch onderzoek uitgevoerd. Soms is al beeldvormend onderzoek uit een ander ziekenhuis en/of een uitslag van het histologisch onderzoek van de biopsie beschikbaar. Tevens stelt de oncoloog vast in hoeverre de patiënt op de hoogte is van de (mogelijke) diagnose. Het is van groot belang aan te sluiten op de informatie die de patiënt op dat moment heeft. Aan de hand van dit eerste onderzoek kan vaak al een indruk worden verkregen over de aard en de omvang van het tumorproces. Veelal is er een inschatting te maken of de kwaadaardige aandoening nog curatief te behandelen is en welke behandelingsmodaliteiten hiervoor zullen worden toegepast. De patiënt die zich uiteraard zorgen maakt over de diagnose en onzeker is over de behandeling, de morbiditeit en de prognose, wil in deze fase zoveel mogelijk worden geïnformeerd. Bij een dergelijk gesprek zijn – indien mogelijk – de partner, de familie en/of andere vertrouwenspersonen aanwezig. Ook de aanwezigheid van een verpleegkundige of assistente die het vervolgtraject voor diagnostiek en behandeling coördineert, is gewenst. De oncoloog kan de patiënt inlichten over zijn bevindingen. Hierbij dient aan de orde te komen de (mogelijke) diagnose, het vervolgtraject wat betreft de diagnostiek en de behandeling. Hierbij moet duidelijk worden aangegeven welke zaken bekend of zeker zijn en welke aspecten afhankelijk zijn van de resultaten van onderzoek.

Behandelingsprotocollen

Diagnostiek, behandeling en nazorg van patiënten met een aandoening in het hoofd-halsgebied vinden zoveel mogelijk protocollair plaats. De protocollen beschrijven per tumorsoort en lokalisatie de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling.

De diagnostiek is erop gericht om de aard en het

stadium van de ziekte vast te stellen. De aard van een gemakkelijk bereikbare tumor wordt vastgesteld aan de hand van een biopsie. Bij dieper gelegen gezwellen kunnen met een dunne naald cellen uit de afwijking worden gezogen voor cytologisch onderzoek. De stadiëring van de tumor vindt plaats op basis van de grootte en de lokale uitbreiding, de aan- of afwezigheid van regionale metastasen (voor

hoofd-halstumoren in de cervicale lymfeklieren) en/of metastasen op afstand. Hiermee wordt de TNM-classificatie van de tumor vastgesteld (T = tumorgrootte, N = metastasen in regionale lymfeklieren en M = metastasen op afstand).

Voor het bepalen van de omvang, de uitbreiding en de metastasering wordt het fysisch onderzoek ondersteund met beeldvormend onderzoek. Het betreft vooral computertomografie, magnetische resonantie, echografie en nucleair geneeskundige technieken. Bij tumoren waarvan tijdens poliklinisch onderzoek de uitbreiding niet goed is te beoordelen, is een onderzoek onder narcose noodzakelijk.

De bevindingen van het hiervoor beschreven onderzoek leiden tot een klinische stadiëring van de tumor, die als basis dient voor de keuze van behandeling. Voor de in het hoofd-halsgebied meest voorkomende kwaadaardige tumoren (plaveiselcelcarcinomen en speekselkliertumoren) zijn chirurgie, radiotherapie of een combinatie hiervan de enige modaliteiten die tot een curatief resultaat kunnen leiden. Chemotherapie speelt bij de curatie vooralsnog een ondergeschikte rol. De vaak mutilerende operaties zijn alleen uitvoerbaar wanneer er mogelijkheden zijn om defecten te herstellen, in de vorm van weefseltransplantaties en prothetische voorzieningen. Daarbij wordt gebruikgemaakt van vaste protocollen. Op grond van patiëntfactoren, meestal met betrekking tot de algemene gezondheid en wensen van de patiënt, kan de behandeling geïndividualiseerd worden. In de hoofd-halsoncologie komt het echter zelden voor dat een keuze gemaakt kan worden tussen twee gelijkwaardige behandelingsvormen.

Nadat de resultaten van de aanvullende diagnostiek bekend zijn en de klinische stadiëring is vastgesteld, wordt het behandelingsvoorstel geformuleerd. Hoewel het protocol veelal bepaalt voor welke behandeling de patiënt in aanmerking komt, wordt het behandelingsvoorstel in het multidisciplinaire team besproken. Dit geeft alle betrokken disciplines de gelegenheid om, voorafgaande aan de behandeling, inbreng te hebben in de besluitvorming. Dit biedt tevens de mogelijkheid tot een goede afstemming ten aanzien van de voorbereiding van de ingreep en de planning van diverse

Tabel 1. Aantal nieuwe tumoren dat per jaar in Nederland werd geregistreerd (NCR, 1995; NCR, 1998).

	Man	Vrouw
Lip	136	30
Tong	113	74
Mond overig	211	120
Oropharynx	198	82
Nasopharynx	51	16
Hypopharynx	93	23
Mond en pharynx niet nader gespecificeerd	4	2
Neusholte	90	37
Larynx	578	100
Trachea	14	7
Speekselklier (groot)	53	44
Totaal	1.541	535

Tabel 2. Het hoofd-halsoncologisch team (Roodenburg et al, 2000).

Kerndisciplines	Ondersteunende disciplines
Kaakchirurgie	Verpleegkunde
Keel-, neus- en oorheelkunde	Diëtetiek
Chirurgie	Tandheelkundige zorg
Radiotherapie	Mondhygiëne
Plastische en reconstructieve chirurgie	Logopedie
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	Fysiotherapie
Radiodiagnostiek	Psychosociale zorg
Pathologie	

onderdelen van de behandeling.

Het hele proces van diagnostiek, besluitvorming en start van de behandeling vindt zo snel mogelijk, over het algemeen binnen enkele weken, plaats. In een hoofd-halsoncologisch centrum worden daarom frequent, veelal wekelijks, multidisciplinaire teambesprekingen gehouden.

De voorbereiding van de behandeling

De voorbereiding van de behandeling is een proces dat al bij het eerste consult in gang wordt gezet. Problemen met de algemene gezondheid moeten worden geconstateerd en indien nodig worden behandeld. Hierbij kan gedacht worden aan cardiopulmonale problemen of diabetes, maar ook aan de voedingstoestand. Het komt regelmatig voor dat de patiënt forse hoeveelheden tabak en alcohol gebruikt. Voorafgaande aan de ingreep moeten deze gewoonten worden gecorrigeerd.

De dentale status van de patiënt wordt geïnventariseerd; eventuele odontogene foci worden zo spoedig mogelijk behandeld. Vanwege de kans op aanwezigheid van een tweede primaire tumor in de bovenste adem- en voedingsweg bij patiënten met een plaveiselcelcarcinoom in dit gebied, vindt ook een consult plaats bij de KNO-arts. Wanneer de verwachting bestaat dat radiotherapie bij de behandeling een rol zal spelen, wordt ook de radiotherapeut geconsulteerd.

Op het moment dat duidelijk is dat bij de operatieve behandeling, reconstructieve chirurgie en/of maxillofaciale prothetische voorzieningen noodzakelijk zijn, worden in een vroeg stadium Plastische Chirurgie en het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde bij de voorbereiding betrokken. Reconstructies met vrij gevasculariseerde transplantaten vragen over het algemeen extra diagnostiek voor het beoordelen van de kwaliteit van de vaatvoorziening van zowel het donor- als acceptorgebied.

Radiotherapie kan als primaire behandeling of in combinatie met chirurgie worden toegepast. Vanwege de morbiditeit, vooral de xerostomie die kan leiden tot bestralingscariës, worden in deze fase door de mondhygiëniste reeds profylactische maatregelen getroffen. Deze bestaan uit gebitsreiniging, extra instructie over mondhygiëne en het vervaardigen van fluoridekappen die vanaf de start van de bestraling worden gebruikt.

Naast alle technische aspecten rond de behandeling

wordt aandacht besteed aan de psychosociale aspecten. Essentieel hierbij is goede voorlichting aan de patiënt en zijn omgeving. Ieder lid van het team dat bij de behandeling betrokken is, heeft daarbij een verantwoordelijkheid. Sommige patiënten zijn zeer goed in staat om samen met hun partner, familie of andere vertrouwenspersonen met de situatie om te gaan. In die gevallen waarin de patiënt onvoldoende steun uit zijn directe omgeving heeft of zelf niet in staat is om met deze levensbedreigende situatie om te gaan, kan gebruik worden gemaakt van de expertise van een maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige. In sommige gevallen is de hulp van een psycholoog of psychiater nodig.

Chirurgische behandeling

De stadiëring van de tumor bepaalt de uitgebreidheid van de ingreep. Een klein gezwel kan veelal door een lokale excisie met primaire wondsluiting worden behandeld. Peroperatief wordt aan de hand van vriescoupeonderzoek van de sneevlakken van de tumor door de patholoog de radicaliteit van de operatie bepaald. Bij grotere ingrepen, waarbij uitgebreide reconstructies moeten worden uitgevoerd, kan de operatietijd vaak oplopen tot 10-12 uren. Bij dergelijke gecompliceerde behandelingen wordt de patiënt postoperatief één tot enkele dagen bewaakt op een intensive care. De patiënt wordt in deze periode gesedeerd en beademd. De aandacht gaat vooral uit naar de vitaliteit van de reconstructies, complicaties in de wondgenezing en de algemeen lichamelijke toestand.

De voeding tijdens deze fase geschiedt via een sonde. Er kan gebruik worden gemaakt van een neusmaagvoedingssonde of van een endoscopisch aangebrachte percutane gastrostomie. In het laatste geval wordt onder controle van een gastroscop door de buikwand heen, een katheter in de maag aangebracht.

Op de verpleegafdeling wordt, wanneer de wondgenezing dit toelaat, met de functionele rehabilitatie begonnen. Dit geldt vooral voor spreken en voedselname. Vooral bij uitgebreide ingrepen in de mondholte is de hulp van een logopedist vaak onontbeerlijk. Op het moment dat de orale voedingsweg weer kan worden gebruikt, is vaak aanpassing van het dieet wat betreft samenstelling en consistentie noodzakelijk. Dit geschiedt op advies van de diëtist.

Radiotherapie

Radiotherapie voor tumoren in het maxillofaciale gebied kan zowel primair als in combinatie met chirurgie worden toegepast. Meestal wordt gebruikgemaakt van externe radiotherapie, waarbij de stralingsbron zich buiten het lichaam van de patiënt bevindt. Deze vorm van radiotherapie kan vaak poliklinisch plaatsvinden. Bij bestraling in het hoofd-halsgebied kan ernstige morbiditeit optreden, in de vorm van mucositis, xerostomie en smaakverlies. Een indirect gevolg van

de xerostomie is bestralingscariës. Tijdens de bestralingsperiode wordt de patiënt behalve door de radiotherapeut dagelijks begeleid door de mondhygiëniste, die zorg draagt voor optimale mondhygiëne en de patiënt controleert op de ontwikkeling van bestralingsmucositis en het handhaven van de cariësprofylaxe.

Naast externe radiotherapie kan bestraling ook door middel van stralingsbronnen die in de tumor worden aangebracht, geschieden. Bij deze zogenaamde interstitiële radiotherapie worden, over het algemeen onder narcose, in de tumor een aantal katheters aangebracht, die later worden geladen met een radioactieve bron. Het aanbrengen van de radioactieve bronnen in de katheters gebeurt klinisch, in een speciale patiëntenkamer waar stralenbescherming is aangebracht. De behandeling duurt enkele dagen. Ook bij deze bestraling kunnen, hoewel meer gelokaliseerd, de eerder genoemde bijwerkingen optreden. Ook dan is de zorg van de mondhygiëniste en eventueel van de diëtiste van groot belang.

Nazorg en follow-up

De nazorg van een patiënt die behandeld is voor een maligniteit in het hoofd-halsgebied geschiedt zowel in het centrum als in de eerste lijn. Een dergelijke patiënt wordt volgens een vast tijdschema gecontroleerd. De bij de behandeling betrokken disciplines participeren in de follow-up. Bij de controle wordt gelet op het ontstaan van een eventueel recidief van de tumor, zowel lokaal als regionaal. Daarnaast wordt gelet op late morbiditeit van de behandeling en het optreden van eventuele tweede primaire tumoren. Patiënten die als onderdeel van de behandeling bestraald zijn in het hoofd-halsgebied verdienen vanuit tandheelkundig oogpunt extra aandacht. De xerostomie verdwijnt nooit volledig en de kans op ontstaan van bestralingscariës blijft bestaan. Bloedige ingrepen aan gebit of de kaken kunnen aanleiding zijn tot het ontstaan van osteoradionecrose. Patiënten met een volledige of gedeeltelijke natuurlijk dentitie blijven dan ook onder controle van de mondhygiëniste van het centrum. Wanneer in het centrum voor bijzondere tandheelkundige gebitsrehabilitatie heeft plaatsgevonden, of prothesen zijn vervaardigd, blijft de patiënt ook bij deze discipline onder controle.

De normale tandheelkundige zorg wordt in principe door de eigen tandarts van de patiënt uitgevoerd.

Patiëntencasus

Een 63-jarige mannelijke patiënt werd naar de polikliniek Oncologie van de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie verwezen door zijn tandarts. De patiënt had zich twee weken daarvoor gemeld bij de tandarts in verband met een pijnlijke plek rechts in de mondbodem in het premolaargebied. Omdat de rand van de gebitsprothese tegen de afwijking drukte, werd deze door de tandarts ingekort en werd controle afgespro-

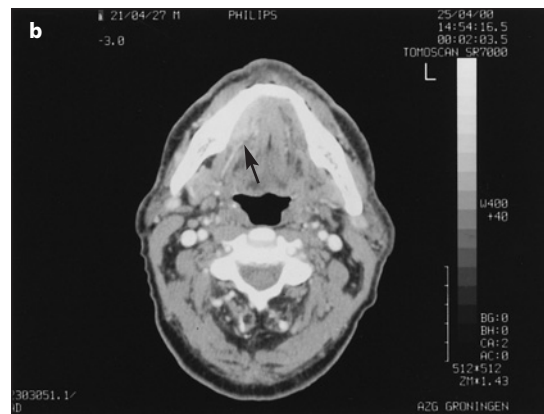
ken. Toen bij controle na twee weken er geen verandering viel waar te nemen, nam de tandarts contact op met de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie en werd patiënt nog diezelfde dag op het Hoofd-Hals Oncologisch spreekuur gezien.

Uit de anamnese bleek dat patiënt toch al wel ruim twee maanden last had van deze plek, maar de klachten beperkt had weten te houden door de gebitsprothese niet vaak te dragen. De algemene gezondheid van patiënt vermeldde dat hij last had van hypertensie die medicamenteus werd gereguleerd met behulp van Renitec®. De patiënt rookte al sinds veertig jaar circa één pakje sigaretten per dag en gebruikte circa drie eenheden alcohol (jenever en bier) per dag. Het was patiënt ook opgevallen dat hij ietwat hees was de laatste tijd.

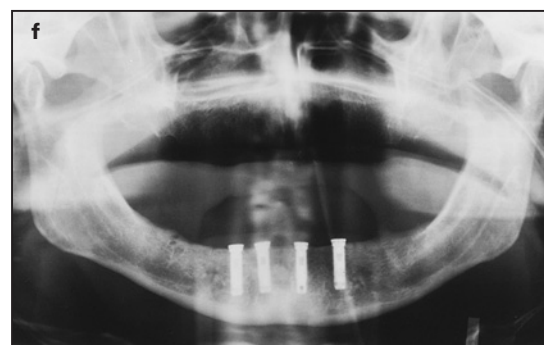
Opvallend bij het extraorale onderzoek waren de zwellingen in het submandibulaire en subdigastrische gebied rechts. Bij het intraorale onderzoek was er sprake van een edentate patiënt met matig geresorbeerde processus alveolaris inferior en superior. Aan de linguale zijde van de onderkaak rechts in het premolaargebied bevond zich een ulceratie van het slijmvlies met opgeworpen, geïndureerde randen met een afmeting van 2,5 x 2 cm (afb. 1a). De afwijking was net niet gefixeerd aan de mandibula, maar de uitvoergang van de gl.submandibularis was wel in het ulcus betrokken. De zwelling submandibulair was sterk verdacht voor een gestuwde gl.submandibularis, de zwelling subdigastrisch echter voor een lymfkliermetastase. Het klinisch aspect was dat van een plaveiselcelcarcinoom van de mondbodem dat op klinische gronden werd gestadieerd als cT2N1. Onderzoek door de afdeling KNO gaf geen aanleiding tot verdenking op afwijkingen op stembandniveau.

Aanvullende beeldvormende diagnostiek bestond uit computertomografie (CT) van het primaire tumorgebied en de hals (afb. 1b). Op grond van deze CT bleek er geen botaantasting van de onderkaak. Wel was er sprake van een gestuwde gl.submandibularis en een voor lymfekliermetastase verdachte zwelling in het subdigastrische gebied met centrale necrose. Uit deze lymfeklier werden met een dunne naald cellen opgezogen voor cytologisch onderzoek. De uitslag gaf aan dat er sprake was van een metastase van een plaveiselcelcarcinoom. Naar aanleiding van het preoperatieve onderzoek, gericht op de beoordeling van de algehele gezondheid van de patiënt, werd deze vanwege zijn hypertensie naar de cardioloog verwezen met het verzoek om hem te optimaliseren voorafgaande aan de operatie.

In de wekelijkse patiëntenbespreking van de werkgroep voor Hoofd-Hals Oncologie werd besloten om de afwijking primair chirurgisch te behandelen. De operatie bestond uit verwijdering van de tumor van de mondbodem door middel van een ruime lokale resectie van de tumor met ingang van een marginale mandibularesectie en een gemodificeerd radicale halsklier dissectie aan de rechterzijde van de hals (afb. 1c en d). De uitvoergang van de gl.submandibularis aan de linkerzijde kon door middel van een ductusplastiek



Afb. 1. a. T₂N₁ planocellulair carcinoom in de mondbodem rechts.
 b. Op de CT-scan is rechts in de mondbodem een tumor te zien, die tegen de mandibula aan ligt. Er zijn geen aanwijzingen voor botaantasting.
 c. Incisieplanning voor een supraomhyoïdale halsklierdissectie.
 d. Het preparaat bestaande uit de primaire tumor en de supraomhyoïdale halsklierdissectie.
 e. Situatie na verlagen van de processus alveolaris en het inbrengen van implantaten.
 f. Het orthopantomogram toont de vier implantaten.



naar dorsaal worden verplaatst. Het defect in de mond werd door de plastisch chirurg gesloten met behulp van een nasolabiale lap. Als laatste werden vier implantaten in het onderfront aangebracht om de latere prothetische rehabilitatie te vergemakkelijken (afb. 1e en f).

In de direct postoperatieve fase werd patiënt gevoed met behulp van een neus-maagvoedingssonde en kreeg hij een spreekverbod om de wonden in de mond zoveel mogelijk rust te geven en daardoor snel, zonder complicatie te laten genezen. Door de verpleging en de mondhygiënist werd de mondholte vier keer per dag met behulp van een spray met fysiologisch zout gereinigd. Na een week kon door de diëtiste een aangepast dieet worden voorgeschreven waarna patiënt langzaam weer via de mond voedsel tot zich kon nemen en de voedingssonde kon worden verwijderd. De afdeling logopedie werd geconsulteerd voor slik- en spraakrevalidatie.

De patiënt kon tien dagen na de operatie uit het ziekenhuis worden ontslagen. Uit de definitieve uitslagen van het histopathologisch onderzoek van de primaire tumor en het halsklierdissectiepreparaat bleek dat de tumor in totaal was verwijderd en dat de sneevlakken rondom de tumor vrij waren. Wel bleek er

sprake van angio-invasie en perineurale groei in de tumor en werd in het halsklierdissectiepreparaat één positieve lymfklier aangetroffen, met extranodale groei. De definitieve stadiering bleef dus T₂N₁, maar met angio-invasie en perineurale groei in de tumor en extranodale groei in de lymfkliermetastase. Deze bevindingen werden wederom in de werkgroep besproken en vormden een indicatie voor postoperatieve radiotherapie. De postoperatieve radiotherapie begon vijf weken nadat patiënt was geopereerd. De patiënt werd in totaal 35 keer bestraald (2 Gy per fractie, 5 fracties per week).

Na de laatste bestraling kwam patiënt in aanmerking voor reguliere follow-up, die in dit geval bestond uit controle om de drie maanden gedurende de eerste twee jaren en daarna per zes maanden tot vijf jaar postoperatief. Bij deze controles werd gelet op de morbiditeit van de behandeling, de optredende recidieven of nieuwe primaire tumoren van de bovenste adem- en voedingsweg.

Zes maanden na de laatste bestraling werden de implantaten vrijgelegd en werd een implantaatgedragen gebitsprothese in de onderkaak vervaardigd door het centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Drie jaar na dato verkeert de patiënt in een goede gezondheid, is nog steeds tumorvrij en kan goed functioneren met zijn nieuwe prothese.

Beschouwing

Multidisciplinaire zorg heeft als belangrijkste voordeel dat expertise en ervaring uit diverse vakgebieden, die van belang zijn bij de behandeling van een bepaalde ziekte, bijeen worden gebracht. Met de toename van het aantal betrokken behandelaars neemt de kans op problemen in de communicatie toe. Dit geldt zowel voor de communicatie naar de patiënt als de communicatie tussen de verschillende disciplines.

Een patiënt wordt bij een multidisciplinaire teambehandeling geconfronteerd met ten minste even zo vele gezichten als karakters. Voor de patiënt is het van belang dat hij of zij weet wie de hoofdbehandelaar is en met wie in geval van onduidelijkheid of problemen contact kan worden opgenomen. Voor de communicatie tussen de diverse disciplines en het contact met de eerste lijn is het van groot belang dat correspondentie snel voor alle betrokkenen beschikbaar is. Binnen een centrum kan hierbij het ziekenhuisinformatiesysteem een belangrijke rol vervullen. Voor de communicatie met de eerste lijn zal voorlopig nog de gebruikelijke schriftelijke vastlegging worden gebruikt.

Een daadwerkelijke multidisciplinaire behandeling kan pas dan plaatsvinden, wanneer alle disciplines die mogelijk bij de behandeling van een patiënt met een dergelijke aandoening betrokken zijn en in een vroeg stadium kunnen mee beslissen over de in te stellen diagnostiek en behandeling. Hoewel protocollen de basis dienen te zijn voor de behandeling van deze patiëntengroep moet, waar nodig, op basis van argumenten de behandeling worden geïndividualiseerd.

De leden van een hoofd-halsoncologisch centrum of team moeten voor het behoud van de kennis, het onderhouden van de vaardigheid en het instandhouden van het team jaarlijks een minimum aantal patiënten behandelen. Slechts dan is het efficiënt om de gezamenlijke teamactiviteiten, zoals wekelijks patiënten-

overleg, een gezamenlijke polikliniek en controles op te zetten en in stand te houden. Hoewel een team is samengesteld uit specialisten die de hoofd-halsoncologie als hoofdtaak hebben, is het van belang de geboden zorg regelmatig op kwaliteit te controleren. Het visitatieproject voor hoofd-halsoncologische centra dat door de Nederlandse Werkgroep voor Hoofd-Hals Tumoren wordt georganiseerd, voorziet hierin.

De tandarts-algemeen practicus wordt slechts zelden geconfronteerd met een patiënt met een maligne aandoening in het hoofd-halsgebied. De tandartspraktijk is echter bij uitstek een plaats waar vroegtijdige herkenning van een dergelijke aandoening bij een routinematige tandheelkundige controle kan plaatsvinden. De tandarts dient waar nodig betrokken te worden bij de behandeling en de nazorg van de patiënt. Dit kan alleen op basis van een goede communicatie tussen de tandarts en het hoofd-halsoncologisch centrum. Wanneer dit niet automatisch gebeurt, moet de tandarts het centrum verzoeken om alle correspondentie over de behandeling en de nazorg van de patiënt ook aan hem toe te zenden.

Literatuur

- GEZONDHEIDSRaad COMMISSIE TAAKVERDELING ONCOLOGISCHE ZORG. Kwaliteit en taakverdeling in de oncologie. Den Haag: Gezondheidsraad, 1993; publicatienr. 1993/01.
- HAAGEDOORN EML, WAAL I VAN DER, BRUASET I, ET AL. Oncologie voor de tandheelkundige professie. Assen: Van Gorcum, 1997.
- KALK W, FREIHOFFER HPM, VISCH LL. Tandheelkunde bij de oncologische patiënt. Preventie en behandeling. Utrecht: Van der Wees, 1999.
- NETHERLANDS CANCER REGISTRY - NCR. Incidence of cancer in the Netherlands 1993. Fifth report of the Netherlands Cancer Registry. Utrecht: NCR, 1995.
- NETHERLANDS CANCER REGISTRY -NCR. Head and neck tumor in the Netherlands 1985-1992. Utrecht: NCR, 1998.
- NEDERLANDSE WERKGROEP HOOFD-HALSTUMOREN - NWHHT. Rapport 'Hoofd-hals oncologische zorg 2001'. Utrecht: NWHHT, 1991.
- ROODENBURG JLN, NAUTA JM, VISSINK A. Maxillofaciale oncologie. In: Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de (red.). Mondziekten en kaakchirurgie. Assen: Van Gorcum, 2000.
- VERMEY A, SNOW GB, ROODENBURG JLN, ROBINSON PH, OORT RP VAN. Hoofd-halstumoren. In: Velde CJH van, Bosman FT, Wagener DJTh (red.). Oncologie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

Team approach in the treatment of maxillofacial cancer

The most frequent malignant tumour in the head and neck region is the squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. In the Netherlands the incidence of these tumours is low, about 2000 new cases a year. Multidisciplinary treatment of these tumours is mandatory because of the extension of the lesion in the area of other disciplines. The variety of diagnostic and therapeutic possibilities and the supportive care ask for a multidisciplinary approach. The low incidence of head and neck cancer in the Netherlands and the complexity of the treatment of these tumours were the reason to concentrate the care for these patients in multidisciplinary head and neck cancer centres.

Summary

Key words:

- Maxillofacial surgery
- Oncology
- Head and neck tumours