

## **Fachärztliche Stellungnahme**

### **zur Situation des kehlkopfloren Patienten im täglichen gesellschaftlichen Leben**

Der Verlust des Kehlkopfes stellt für jeden Betroffenen einen schweren Eingriff in seine gesamte Persönlichkeit dar und wird sein bisheriges Leben tiefgreifend verändern.

Um dies richtig einschätzen zu können, ist es erforderlich, die Funktionen dieses Organs zu kennen und die Folgen einer sogenannten Totalexstirpation auf den gesamten Organismus zu beurteilen. Leider wird sehr oft vergessen - vielleicht eine Folge der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin? -, dass nicht nur ein Organ erkrankt ist, sondern der gesamte Mensch. Zumal fast immer eine bösartige Geschwulst die Totalexstirpation indiziert, darf nicht vergessen werden, dass diese Patienten unter doppelter Belastung stehen: Einmal sind es die Sorgen, die alle Tumorpatienten bewegen, zum anderen sind es die unmittelbaren Folgen des Eingriffs.

### **Der Kehlkopf ist ein Organ mit mehreren Funktionen:**

In erster Linie ist er Atmungsorgan. Er besteht aus einzelnen Knorpelanteilen, die ein Stützgerüst darstellen (Schildknorpel und Ringknorpel, welcher den Obergang zur Luftröhre bildet). Weitere Knorpel dienen nicht der Stütze sondern verschiedenen Funktionen: Zwei Stellknorpel, die sich auf dem Ringknorpel bewegen und an denen die Stimmlippen ansetzen, ermöglichen die zwei Grundeinstellungen der Glottis und damit neben der Atmungsfunktion die stimmbildende Funktion des Kehlkopfes. Der Kehlideckel (Apiglottis) verschließt während des Schluckens den Kehlkopfeingang. Dies ist eine sehr wichtige Funktion, weil sich Luftweg und Speiseweg kreuzen.

Durch Bänder gehalten ermöglicht die äußere Kehlkopfmuskulatur unter Einbeziehung des Zungenbeines notwendige Auf- und Abbewegungen des Kehlkopfes beim Sprechen, Singen und Schlucken. Das Innere des Larynx ist mit einer Schleimhaut versehen, die von sogenannten respiratorischem Epithel überzogen wird. Lediglich im Bereich der Stimmlippen finden wir sogenannte Plattenepithel.

Die Stimmlippenebene (Glottis) teilt das Innere des Kehlkopfes gürtelförmig in 3 Abschnitte: die Glottis selbst, den Raum oberhalb der Glottis (supraglottischer Raum) und den Raum unter der Glottis bis zum Ringknorpel (subglottischer Raum). Wenn man dies weiß und berücksichtigt, wird es klar, dass es "das innere Kehlkopfkarcinom" so allgemein gesagt in unseren Überlegungen gar nicht geben darf, sondern dass wir uns angewöhnen sollten, zwischen glottischen, supraglottischen und subglottischen Tumoren zu unterscheiden. Diese praktische Unterscheidung ist nicht nur durch die unterschiedliche Frühsymptomatik erforderlich, sondern auch für den weiteren Verlauf der Erkrankung (Prognose) von

Wichtigkeit, nicht zuletzt durch die Metastasierung, die - bedingt durch regionale Verschiedenheit der abführenden Lymphwege - sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann.

Das gilt auch für die äußeren Kehlkopfkarzinome, die eigentlich Hypopharynxkarzinome sind, in den Kehlkopf von außen einwachsen und frühzeitig metastasieren. Das glottische Karzinom (Frühsymptom Heiserkeit) hat eine bessere Prognose als die Tumoren der anderen Lokalisationen.

Das sogenannte biologische Verhalten eines malignen Tumors ist noch von vielen anderen Faktoren abhängig, die im vorliegenden Rahmen aber nicht erörtert werden können. Histologisch handelt es sich fast immer um Plattenepithelkarzinom unterschiedlicher Differenzierung und Verhornungstendenz.

Therapeutisch kommt neben der Operation eine Radiochemotherapie in Betracht oder auch eine Kombination beider Verfahren. Auf alle Fälle ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Operateur und Radiotherapeuten nicht nur bei der Planung und Durchführung der Behandlung, sondern auch in der Nachsorge unverzichtbar und wird auch fast überall praktiziert.

Hat man sich zur Operation entschlossen, muss abhängig vom lokalen Befund, vom Alter und vom allgemeinen Zustand des Patienten entschieden werden, ob der Kehlkopf total extirpiert werden muss oder ob durch eine Teilresektion (horizontale oder vertikale) die vollständige Entfernung des Tumors im Gesunden möglich ist. Diese Entscheidung erfordert langjährige Erfahrung und großes Verantwortungsgefühl des Operateurs.

Ist nun die Indikation zur Totalexirpation des Kehlkopfes gestellt, muss der Patient vom gesamten Team der Klinik bereits in der präoperativen Phase betreut werden. Besonders der bevorstehende Verlust der Stimme beunruhigt und deprimiert alle Betroffenen. Gespräche mit Arzt und Logopäden, Familienangehörigen und ehrenamtlich tätigen Mitarbeitern des Kehlkopfloosenverbandes (Patientenbetreuer) sind unentbehrlich, um dem Patienten die Möglichkeit der stimmlichen Rehabilitation aufzuzeigen und ihm Mut zu machen. Erst später wird er leider nicht selten merken müssen, dass der Verlust der Stimme nicht das einzige Defizit sein wird, das er als Folge der Kehlkopfentfernung hinnehmen musste und mit dem er auch leben muss, und er wird auch merken müssen, dass ihm nicht das Verständnis für seine Person zuteil wird, welches er eigentlich verdient. Er wird deshalb gut beraten sein, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen und auch, falls er die Möglichkeiten in sich trägt, in einer solchen aktiv werden.

Weitere Defizite in der Gesundheit und der Lebensqualität ergeben sich zwangsläufig nach der Entfernung des Organes, dessen Funktionen oben beschrieben wurden.

Durch die Unterbrechung der oberen Luftwege fallen drei wichtige Funktionen der Nase aus:

- 1. Reinigung der Atmungsluft**
- 2. Anwärmung der Atmungsluft und**
- 3. Anfeuchten der Atmungsluft.**

Dies bedeutet ganz praktisch, dass über das Tracheostoma, welches nach Wegfall des Kehlkopfes als Eintrittsstelle der Atmungsluft gilt, diese Luft unangefeuchtet, unangewärmt und ungereinigt auf die zarte Schleimhaut der Luftröhre trifft. Das wird in kürzester Zeit an dieser Schleimhaut zu erheblichen entzündlichen Veränderungen führen. Diese äußern sich in einer vermehrten Schleimsekretion, welche über die Kanüle abgehustet werden muss. Die Entzündung wird sich in den tiefer gelegenen Bronchien fortsetzen, so dass eine Tracheobronchitis entstehen wird. Je nach der Beschaffenheit des Sekretes wird der Vorgang des Abhustens leichter oder erschwerter sein. Ist das Abhusten bei zähem Schleim erschwert, kann die Trachealkanüle für den Patienten zum Problem werden, weil er sehr rasch in eine echte Luftnot geraten kann. Dann muss die Kanüle abgesaugt werden, um die Atemwege wieder frei zu bekommen. Gelingt es nach größeren Anstrengungen, das Sekret abzuhusten, erfährt es durch die Volumeneinengung eine erhöhte Beschleunigung, die der Patient nicht beeinflussen oder gar steuern kann. So kann der Schleim weit aus der Kanüle herausgeschleudert werden; nur das rasche Vorhalten eines Tuches kann für den Patienten und seine Umgebung hilfreich sein. Liegt zusätzlich noch ein Allgemeininfekt vor, werden sich die Symptome noch verstärken. Nach einer gewissen Zeitspanne kommt es zu einer Überlastung des Herzens und zu Herzinsuffizienz. Die körperliche Leistungsfähigkeit wird deutlich eingeschränkt, unter anderem auch die Fortbewegung.

Jeder Betroffene ist gut beraten, wenn er sein Tracheostoma sorgfältig pflegt und auch schützt. Oft ist es eine Erleichterung für den Patienten, wenn er auf das ständige Tragen der Kanüle verzichten kann. Gelegentlich auftretende Blutungen in die Luftröhre durch Schleimhautläsionen belästigen ihn dann nicht mehr.

Aus dem hier Dargestellten ist zu folgern, dass die Betroffenen vom kulturell-gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen sind. Die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ist auch wegen der unzumutbaren Störung anderer Teilnehmer ständig allgemein unmöglich. Also sind die Medien Fernsehen und Rundfunk ein gewisser Ersatz, aus der Sicht vieler nur ein geringer Ersatz insbesondere im Hinblick auf den Verzicht von Konzert und Theater.

Wahrscheinlich kann man nur durch den ständigen Kontakt mit dem kehlkopflosen Mitbürger Verständnis für seine besondere Situation erlangen. Dass durch den Wegfall der

Nasenatmung auch die Fähigkeit des Riechens aufgehoben ist, wodurch wiederum das Schmecken beeinträchtigt wird, sei nur am Rande erwähnt. Aber es kann wohl nicht bestritten werden, dass dies eine Beeinträchtigung der Lebensqualität darstellt.

Wegen der Auswirkungen der eingeschränkten Atmungsfunktion in Richtung einer Verminderung der Lungenfunktion besteht auch eine erhebliche Gehbehinderung. Natürlich können in einer solchen Übersicht lediglich allgemein gültige Faktoren dargestellt werden. Jeder einzelne Fall bedarf der individuellen Beurteilung, denn es gibt eben nicht "die oder den Kehlkopfloren"! Deshalb können auch nicht Hinweise oder Ratschläge dem einzelnen Betroffenen weiterhelfen, sondern jeder muss sein Schicksal selbst bestimmen, besonders dann, wenn die Gefahr des Krebsleidens besiegt ist. Die Familie und ein guter Freundeskreis sind in diesem Entwicklungsprozess von unschätzbarem Wert. Dies gilt selbstverständlich auch für die Selbsthilfegruppen.

Leider aber müssen wir immer wieder einmal bemerken, dass die zur Nachsorge bestellten Ämter oft nicht über das notwendige "Fingerspitzengefühl" im Umgang mit den kehlkopfloren Menschen verfügen. Dies wird in erster Linie an mangelnden Kenntnissen liegen, weshalb eine regelmäßige Weiterbildung aller Verantwortung tragender Mitarbeiter erfolgen sollte bzw. erfolgen muss.

Dann würden keine kleinlichen Entscheidungen mehr getroffen werden, wie etwa die Ablehnung einzelner Merkzeichen. Auch könnten bürokratische Maßnahmen wie ständige Nachuntersuchungen deutlich eingeschränkt werden. Für den/die Betroffenen bedeuten solche "Nachbegutachtungen" erneute Unruhe und Aufregung. Der Zustand nach Laryngektomie ist nun mal ein endgültiger und unwiederbringlicher Verlust eines Teils unseres Körpers, dessen Bedeutung ich im Voranstehenden versucht habe darzustellen.

Natürlich müssen ärztliche Nachuntersuchungen durchgeführt werden, bis eine Heilung vom Grundleiden erfolgt ist.

Man sollte deshalb unbürokratisch den bestehenden Zustand mit Dauertracheostoma und allen sich daraus ergebenden Folgezuständen anerkennen.

Mir ist bewusst, dass die hier vorgelegte Stellungnahme nicht erschöpfend sein kann, ich stehe selbstverständlich jederzeit zu weiteren klärenden Gesprächen zur Verfügung.

Prof. Dr. med. habil. W. Behrendt

Facharzt für HNO-Erkrankungen und für Phoniatrie

Facharzt für Pathologie

Beratender Arzt des Bundesverbandes der Kehlkopfloren und -operierten