

Inhalt

Danksagung	5
Einleitung	7
Diagnose	9
Onkologische Diagnose	9
Zusätzliche Diagnosen	10
Übersicht Tumorkarte	11
Einschätzung Schluckphasen	11
Tumor-Team	11
Tumorkontrollen	12
Onkologische Therapie	13
Operation	13
Radiotherapie	16
Chemotherapie	17
Anamnese	18
Grundlagen	18
Hobby	18
Beschreibung subjektiver Schwierigkeiten	18
Ziel Dysphagietherapie	19
Noxen	20
Zahnstatus	20
Body Mass Index	21
Sport/Bewegung	22
Pulmonale Gesundheit	22
Atmung	23
Ernährungsform heute	24
Ernährungsform vor Tumorbehandlung	25
Erfahrungen beim bisherigen Schlucken	25
Tracheostoma	26
Trachealkanüle	26
Medikamente	27
Körpertemperatur	27
Schluckbezogene Lebensqualität	28

Klinische Abklärung Organe	29
Palpation Hals und Gesicht	29
Aussprache	29
Phonation	30
Respiration	31
Struktur der Organe in Ruhe	32
Motorik	34
Sensorik	36
Sensibilität	37
Klinische Abklärung Schlucken	39
Zusammenfassung klinische Untersuchung	42
Therapieplanung	43
Schwerpunkt Beratung	43
Schwerpunkt Therapie	43
Schwerpunkt Netzwerk	44
Kompensation	44
Adaptation	46
Restitution	47
Hilfreiche Links	48
Literatur	49

Diagnose

Onkologische Diagnose

Bei den häufigsten Entartungen im Kopf-/Halsbereich handelt es sich um Plattenepithelkarzinome. Die Diagnose ist dem Operationsbericht oder dem Einweisungsschreiben zu entnehmen. Der Tumor wird mit der entarteten anatomischen Region beschrieben, also z. B. „Tonsillenkarzinom links“.

Hauptursache der Entwicklung eines Plattenepithelkarzinoms im Kopf-/Halsbereich ist Rauchen. Dessen kanzerogene Wirkung wird durch zusätzliches Konsumieren von Alkohol verstärkt. Aber auch Nichtraucher können erkranken. Dann ist in vielen Fällen der Tumor durch Infektion mit Humanen Papillomaviren (HPV) entstanden. Die Gruppe der HPV-positiven Tumoren spricht meist sehr gut auf eine Therapie an und kann deshalb mit schonenderen Maßnahmen, wie beispielsweise einer geringeren Strahlendosis, behandelt werden. Dadurch sind natürlich die Folgeschäden der Behandlung geringer und die Schluckstörung fällt weniger gravierend aus.

Die TNM-Klassifikation dient der Einteilung von bösartigen Tumoren. Lage, Größe und lokale oder ferne Metastasen haben einen großen Einfluss auf die Ausprägung einer Dysphagie und auf das Vorgehen während der Therapiezeit. Als Faustregel gilt: Je größer die Tumorausdehnung und die Metastasierung, desto schwerer ist voraussichtlich die Schluckstörung.

TNM-Klassifikation: Abkürzungen und ihre Erklärung

☐ p (pathologisch)	☐ c (klinisch)	☐ r (Rezidiv)
☐ Tis ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4		
☐ N0 ☐ N1 ☐ N2a ☐ N2b ☐ N2c ☐ N3		☐ Nx
☐ M0 ☐ M1 → wo :		☐ Mx

- | | |
|------------|--|
| p | Die pathologische Klassifizierung wird durch den Pathologen postoperativ vorgenommen und ist präziser als die klinische Klassifizierung. |
| c | Die klinische Klassifizierung wird vor einer Operation oder einer Radiotherapie vorgenommen und basiert auf unterschiedlichsten bildgebenden Untersuchungen. |
| r | Es handelt sich um ein Rezidiv, ein Wiederauftreten, eines bereits erfolgreich behandelten Primärtumors. |
| Tis | Tumor in situ bezeichnet das Frühstadium eines epithelialen Tumors ohne invasives Tumorwachstum. Die Prognose ist meist sehr günstig. |
| T1 | Der Tumor hat eine Ausdehnung von ≤ 2 cm. |
| T2 | Der Tumor hat eine Ausdehnung von > 2 cm bis 4 cm. |
| T3 | Der Tumor hat eine Ausdehnung von > 4 cm. |
| T4 | Der Tumor infiltriert Nachbarstrukturen. |
| N0 | Es liegen keine regionalen Lymphknotenmetastasen vor. |
| N1 | Es liegen Metastasen in solitären ipsilateralen Lymphknoten mit einer Größe von < 3 cm vor. |

N2a	Es liegen Metastasen in solitären ipsilateralen Lymphknoten mit einer Größe von 3–6 cm vor.
N2b	Es liegen Metastasen in multiplen ipsilateralen Lymphknoten mit größter Ausdehnung < 6 cm vor.
N2c	Es liegen Metastasen in bilateralen oder kontralateralen Lymphknoten mit größter Ausdehnung < 6 cm vor.
N3	Es liegen Metastasen in Lymphknoten mit einer Ausdehnung > 6 cm vor.
NX	Regionale Lymphknotenmetastasen können (bisher) nicht nachgewiesen werden.
M0	Es liegen keine Fernmetastasen, beispielsweise in der Lunge, vor.
M1	Es liegen Fernmetastasen vor.
MX	Fernmetastasen können (bisher) nicht nachgewiesen werden.

Modifizierte Tabelle nach Wittekind (2010)

Gelegentlich finden sich in Operationsberichten noch weitere Variablen, welche aus Gründen der Übersichtlichkeit im Kö.Be.S. Onkologie nicht erfasst werden:

L0 oder L1	Vorliegen einer Invasion in Lymphgefäße
V0, V1 oder V2	Ausprägung der Invasion in Venen
Pn0 oder Pn1	Vorliegen einer perineuralen Invasion
G1, G2, G3, G4	Differenzierung des Tumorgewebes, von G1 (Tumorgewebe ist dem Ursprungsgewebe noch ähnlich) bis G4 (undifferenziert)

Modifizierte Tabelle nach Wittekind (2010)

In der Spalte *Datum* wird der Diagnosezeitpunkt erfasst.

Zusätzliche Diagnosen

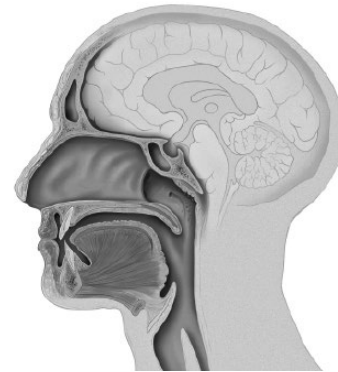
Zusätzliche Diagnosen haben einen Einfluss auf den **Allgemeinzustand** des Patienten. Wenn der Allgemeinzustand sehr gut ist, darf die Rehabilitation zügig und forsch angegangen werden. Bei einem deutlich eingeschränkten Allgemeinzustand oder bei ausgeprägter Multimorbidität soll die Rehabilitation mit entsprechender Vorsicht angegangen werden. Insbesondere Diagnosen, die eine beeinträchtigte **Lungenfunktion** bedeuten, wie beispielsweise eine COPD, sind in Betracht zu ziehen, wenn es um Toleranz von Mikroaspirationen geht.

Diagnosen wie Diabetes oder Erkrankungen des Verdauungstraktes sind zu beachten, wenn es um die **Wahl der Ernährung** geht.

In der Spalte *Datum* wird der Diagnosezeitpunkt erfasst.

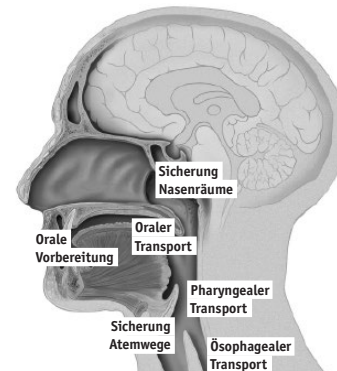
Übersicht Tumorlage

Das Einzeichnen der Tumorlage in einem anatomischen Schnittbild bietet einen schnellen Überblick über die veränderte Anatomie nach Therapie.



Einschätzung Schluckphasen

Die Abbildung rechts bietet einen raschen Überblick über die betroffenen Schluckphasen. Die Übersicht über die betroffenen Phasen und eine Einschätzung des Schweregrades der Störungen sind hilfreich für einen sinnvollen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen des Patienten.



- Wo liegt das Hauptproblem?
- Wie kann es bestmöglich kompensiert werden?

Zur Bewertung kann mit den Farben einer Ampel die Schwere der Einschränkung in die Grafik eingetragen werden. Dazu wird das entsprechende Textfeld im Bild mit rot, orange oder grün angemalt, umkreist oder markiert.

ROT: schwer beeinträchtigt ORANGE: beeinträchtigt GRÜN: normal

Tumor-Team

Anmeldung zur Dysphagie-Abklärung:	Beruf:	Telefon:
Fallführender Arzt:	Beruf:	Telefon:
Team-Mitglied 1:	Beruf:	Telefon:
Team-Mitglied 2:	Beruf:	Telefon:
Team-Mitglied 3:	Beruf:	Telefon:
Team-Mitglied 4:	Beruf:	Telefon:

Da Erfolg in der Behandlung von Kopf-/Halstumorpatienten nachgewiesenermaßen von der interdisziplinären Zusammenarbeit abhängt, ist das individuelle Team, das für den jeweiligen Patienten zuständig ist, von zentralem Stellenwert. Die wichtigsten Ansprechpartner sind:

- HNO-Arzt/Phoniater
- Radioonkologe/Onkologe
- Kopf-/Halschirurg
- Kieferchirurg
- Radiologe
- Gastroenterologe
- Logopädin
- Physiotherapeutin/Lymphtherapeutin
- Ernährungsberaterin

Je nach individuellem Profil können auch Sozialarbeiter, Onkopsychologen, Palliativmediziner, Schmerzspezialisten oder Epithetiker Ansprechpartner für einen Patienten sein.

Tumorkontrollen

1. Kontrolle:	Datum:
2. Kontrolle:	Datum:
3. Kontrolle:	Datum:
4. Kontrolle:	Datum:
5. Kontrolle:	Datum:
6. Kontrolle:	Datum:
7. Kontrolle:	Datum:

Um innerhalb des Tumorteams die Kommunikation zu vereinfachen, ist eine Übersicht über die anfangs in engen und später in größeren Abständen stattfindenden Tumorkontrollen sinnvoll. Klinische Kontrollen finden in der Regel statt:

- im ersten Jahr alle 1–3 Monate
- im zweiten Jahr alle 2–4 Monate
- im dritten bis fünften Jahr alle 4–6 Monate
- nach dem fünften Jahr alle 6–12 Monate

Eine bildgebende Untersuchung sollte spätestens 6 Monate nach der Primärbehandlung vorgenommen werden. Wiederholungen der Bildgebung sind abhängig von den Resultaten der Voruntersuchung oder von allfällig auftretenden Symptomen. Da Kopf-/Halstumorpationen nach 5 Jahren ohne Rezidiv als geheilt gelten, werden in manchen Kliniken danach keine weiteren Kontrollen geplant. Angesichts der bekannten Spätfolgen nach Radiotherapie empfiehlt sich nach Abschluss der Bestrahlung jedoch langfristig eine jährliche Kontrolle der Patienten, um eine Verschlechterung der Schluckfähigkeit, beispielsweise 8 oder 12 Jahre nach Radiotherapie, zu erfassen.

In der Spalte *Datum* wird der Zeitpunkt der Kontrollen erfasst.