

JOANNA M. KAMUDA-LEWTAK

Szpital Wojskowy, Warszawa
Oddział Neurologii

Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób laryngektomowanych

The Standard of Logopedic Treatment in Laryngectomized Patients

DEFINICJA JEDNOSTKI

OBJAWY I DOLEGLIWOŚCI ZWIĄZANE Z RAKIEM KRTANI

- Chrypka utrzymująca się dłużej niż 3 tygodnie.
- Uczucie przeszkody (ciała obcego) w gardle.
- Zmiana głosu.
- Ból w gardle.
- Duszność.
- Promieniujący ból w kierunku ucha.
- Powiększenie szyjnych węzłów chłonnych.
- Utrudnienie polykania (również ból przy polykaniu).
- Kaszel i krwioplucie.
- Nagły spadek masy ciała.
- Ogólne osłabienie, zmęczenie.
- Odksztuszanie większej ilości wydzieliny (szczególnie o zmienionej barwie.)

GŁÓWNE PRZYCZYNY RAKA KRTANI

- Nałogowe palenie tytoniu i picie alkoholu.
- Narażenie na działanie soli, metali ciężkich i azbestu (praca w zakładach chemicznych, przemyśle metalurgicznym, na budowach).
- Dieta uboga w witaminę A.

- Wcześniejsze stany przedrakowe krtani (brodawczaki, leukoplakie, przewlekłe stany zapalne).
- Praca głosem (obciążający struny głosowe sposób mówienia osób pracujących głosem).

GLÓWNE ZABIEGI ZWIĄZANE Z USUNIĘCIEM RAKA KRTANI

Laryngektomia częściowa — zabieg chirurgii laryngologicznej wykonywany m.in. w przypadkach wczesnego wykrycia nowotworu krtani (*carcinoma laryngis*) bądź w przypadkach niewielkich nacieków nowotworowych. Mimo zabiegu jest zachowana funkcja oddechowa, fonacyjna i obronna krtani. Głos po operacjach zachowawczych krtani (tych, gdzie zachowane są fałdy głosowe) charakteryzuje chrypka i okresy bezdźwięczności. Większość pacjentów kwalifikuje się do rehabilitacji foniatrycznej i logopedycznej głosu.

Laryngektomia całkowita — (łac. *Laryngectomy totalis*) (ICD10-C32) — zabieg laryngologiczny polegający na całkowitym wycięciu krtani. Jest to jedna z metod chirurgicznego leczenia raka krtani i raka gardła dolnego, której konsekwencją jest brak emisji głosu przez chorego i oddzielenie drogi oddechowej od pokarmowej na stałe. Po raz pierwszy została wykonana w 1873 roku przez Theodora Billrotha. Przed zabiegiem choremu wykonuje się tracheotomię, a następnie przez otwór w tchawicy następuje intubacja. Zabieg polega na odcięciu krtani od góry od nasady języka i gardła oraz od dołu od tchawicy. Podczas laryngektomii całkowitej usuwa się także kość gnykową z przestrzenią przednagłośniową. Pozostawione ściany gardła dolnego po odcięciu krtani zszywa się ze sobą, a do przelęku zakłada się sondę odżywczą w celu wygojenia gardła. Przez około 10–14 najbliższych dni, przy braku powikłań pacjent otrzymuje półpłynny pokarm tylko przez sondę. Po zostały kikut tchawicy na stałe zszywa się ze skórą szyi tworząc przetokę zwaną tracheostomią lub tracheostomą.¹ Rokowanie zależy od stopnia zaawansowania choroby. Wczesne postaci choroby dają 90% szans przeżycia 5 lat od momentu rozpoznania. Może dochodzić do wznowy raka krtani, szczególnie w pierwszych dwóch latach od operacji, dlatego konieczna jest stała obserwacja chorego.

Etap pooperacyjny jest dla pacjenta laryngektomowanego okresem nauki i przestawienia się na inne warunki anatomiczne i funkcjonalne związane z zabiegiem. W tym okresie osoba pozbawiona krtani nie może porozumiewać się z otoczeniem, pozostaje jej forma pisemna i pseudoszept. Ten etap trwa do czasu wygojenia rany, usunięcia sondy pokarmowej i szwów, czyli około 4–6 tygodni. Światowe standardy rehabilitacji laryngektomowanych naka-

¹ *Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wójcikiewicz.

zują w tym okresie naukę oddychania przeponowego oraz próby mówienia przy użyciu elektronicznej protezy krtani (laryngofonu). W Polsce terapia pooperacyjna (w tym okresie) ogranicza się do ćwiczeń oddechowych prowadzonych przez foniatrę i logopedę w oddziale laryngologicznym.

Po okresie około 4 tygodni od zabiegu u pacjenta można rozpocząć rehabilitację głosu. Wyróżnia się trzy podstawowe techniki:

- mówienie przelykowe,
- metody chirurgiczne: wytworzenie przetoki głosowej przelykowo-tchawiczej (proteza głosowa — w formie rurek, kapturek, zastawek stanowi łatwy i szybki sposób rehabilitacji głosu),
- zastosowanie zewnętrznych generatorów drgań, czyli mówienie z użyciem laryngofonu (aparat wytwarzający falę wibroakustyczną, która po przedostaniu się do jamy ustnej jest modulowana i artykułowana, a następnie opuszcza ją jako zrozumiałe słowa).

DIAGNOZOWANIE

1. Badanie logopedyczne — opiera się na wstępnym badaniu foniatrycznym lub laryngologicznym dopuszczającym pacjenta do dalszej rehabilitacji w poradni logopedycznej. Logopeda zbiera wywiad od rodziny dotyczący zachorowania, stanu okołoperacyjnego (przetoki, okres karmienia sondą, stan ogólny zdrowia, stan psychiczny) oraz o planowanej terapii dodatkowej (rtg-terapia lub/i chemioterapia). Następnie bada ruchomość aparatu artykulacyjnego, sposób oddychania, stan uzębienia, wykonuje orientacyjne badanie słuchu oraz ocenia rodzaj głosu opanowanego dotychczas przez pacjenta. Wstępnie informuje pacjenta o technikach rehabilitacji głosu, czasie, częstotliwości spotkań i konieczności regularnego ćwiczenia w warunkach domowych według wskazówek logopedy. Ważnym zadaniem logopedy jest również podanie wszystkich wad i zalet każdej metody terapii (przecież żadna z technik nie jest doskonała).

2. Analiza wyników specjalistycznych — opiera się na:

- karcie wypisowej z oddziału otolaryngologii, w której zawarte są m.in. informacje o stopniu zaawansowania nowotworu wg klasyfikacji TNM (gdzie: T oznacza wielkość guza, N — przerzuty do węzłów chłonnych, zaś M — przerzuty odległe),
- adnotacjach foniatry lub laryngologa dotyczących propozycji dalszych działań terapeutyczno-leczniczych,
- wiedzy o chorobach współistniejących (serca, płuc, żołądka, przerzutach, stanach po wylewach czy zatorach mózgu, refluksie przelyku, chorobie psychicznej).

Ważne: zbyt wiele zaburzeń rzutuje na efekty rehabilitacji mówienia przelykowego, a w skrajnych sytuacjach uniemożliwia korzystanie z tej techniki.

3. Diagnostyka różnicowa — badanie logopedyczne i analiza wyników wstępnie pozwalają na wybór techniki rehabilitacji głosu. Weryfikacja następuje zwykle w trakcie terapii. Każdy pacjent powinien mieć szansę uczyć się mówienia przelykowego. W wielu ośrodkach jest to warunek konieczny do wyboru innych technik, w tym do rozważenia wstawienia protezy głosowej.

OPIS PRZYPADKÓW

A. Laryngektomia całkowita bez dodatkowych resekcji

Pacjent S. po radioterapii w 2005 r. zakwalifikowany do zabiegu całkowitego usunięcia krtani z powodu nawrotu choroby w 2007 r. Przebywał w oddziale laryngologii od 15 stycznia do 21 marca. 16 stycznia wykonano u S. laryngektomię całkowitą i limfadenektomię po stronie prawej. Stan pooperacyjny początkowo bez powikłań, później w wyniku zbyt wczesnego usunięcia sondy doszło do zatrzymania pokarmu w przelyku. Zabieg usunięcia ciała obcego wykonano 30 stycznia. Kolejnym przedłużeniem pobytu pooperacyjnego u S. było wytworzenie się trudno zamykającej się przetoki skórnej. W wyniku tych powikłań pacjent trafił do poradni logopedycznej dopiero na początku maja. Efektem prowadzonej cotygodniowej terapii logopedycznej było wytworzenie głosu przelykowego po około 1,5 miesiąca rehabilitacji. Dalsze utrwalanie i doskonalenie odbywało się w odstępach 2–3-tygodniowych. Obecnie pacjent posługuje się bardzo dobrym głosem przelykowym, chętnie nawiązuje kontakty z nowymi osobami, stara się czynnie uczestniczyć w działalności Lubelskiego Oddziału Rejonowego Polskiego Towarzystwa Laryngektomownych (LOR PTL).

B. Laryngektomia całkowita z resekcjami

Pacjent W. po zabiegu całkowitego wyluskania krtani, częściowej resekcji języka i częściowej resekcji gardła, częściowej resekcji żuchwy w grudniu 2006 r., po radioterapii w 2007 r. Terapię logopedyczną rozpoczął od kwietnia 2007 r., około 1,5 miesiąca po zakończonym leczeniu rtg w Centrum Onkologii. Przez około pół roku terapii utrzymywał się odczyn popromienny w postaci obrzęku limfatycznego (utrudniał on wykonywanie masażu szyi). Efektem prowadzonej cotygodniowej terapii było uzyskanie głosu przelykowego na poziomie mowy dostatecznej (wg skali Pruszewicza). Rozległość zabiegu (gł. w zakresie języka i żuchwy) uniemożliwiała pacjentowi opanowanie mówienia w wyższym stopniu. Mimo to chory jest zadowolony z terapii, bierze udział w turnusach rehabilitacyjnych, uczestniczy w działalności LOR PTL.

STAN BADAŃ — RYS HISTORYCZNY

Pierwsze opisy wytwarzania głosu i mówienia przelykowego pojawiły się z początkiem wykonywania laryngektomii całkowitej, czyli w latach 1866–1880. W 1908 r. w Wiedniu Gutzman zaprezentował grupę laryngektomowanych posługujących się wydolnym socjalnie, wyraźnym głosem o specyficznej barwie. Seeman kilka lat później jako pierwszy opisał i nazwał tę metodę wydobywania głosu, dzięki wykonanym badaniom radiologicznym przelyku.² W Polsce opisem głosu i mówienia bezkrtaniowców zajmowali się głównie lekarze foniatry, m.in. Pruszewicz, Tarnowska. Mniejsza jest bibliografia logopedyczna tego zaburzenia.

PROGRAM TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO — MÓWIENIE PRZELYKOWE

Cel ogólny — wytworzenie wyraźnego głosu i mówienia przelykowego u pacjenta po laryngektomii całkowitej.

Cele szczegółowe:

- nauka oddychania torem przeponowo-żebrowym,
- wytwarzanie ructusu (dźwięcznego odbicia) różnymi metodami,
- ćwiczenia artykulacyjne i fonacyjne,
- ćwiczenia tempa mówienia, intonacji głosowej,
- ćwiczenia ruchowe i relaksacyjne,
- edukacja w aspekcie funkcji polykania, powonienia i smaku,
- przypomnienie zasad zdrowego trybu życia i prawidłowego odżywiania,
- pomoc w adaptacji w nowej sytuacji nie tylko pacjentowi, ale i jego rodzinie (rehabilitacja społeczna i psychoonkologiczna).

STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

Strategia	Metoda
1	2
1. Fonacji przelykowej	Wytworzenie dźwięcznego ructusu z przelyku metodą: <ul style="list-style-type: none"> — balonu Politzera — aspiracji — iniekcji — polknięcia

² *Ibidem.*

1	2
2. Wyształcenia głósnej artykulacji	Metody budujące prawidłowe mówienie prze- lykowe: — ćwiczenia aparatu artykulacyjnego bierne i czynne — masaże wibracyjne twarzy i szyi — ćwiczenia logotomów oparte na 3 zesta- wach głósek — ćwiczenia łączenia sylab w wyrazy
3. Kształtowania czynników prozo- dycznych mowy	— Wydłużanie czasu fonacji — Ćwiczenia mowy ciągłej, spontanicznej — Ćwiczenie akcentu — Ćwiczenie intonacji
4. Nauczenia prawidłowej postawy cia- ła	Ćwiczenia ruchowe najlepiej w warunkach plenerowych z grupą pacjentów (dot. głównie turnusów rehabilitacyjnych i spotkań w ra- mach stowarzyszenia)
5. Rozluźniania	Ćwiczenia relaksacyjne Terapia psychoonkologicza
6. Emisji głosu	Ćwiczenia koordynacji ruchowo-oddechowej w pozycji stojącej, siedzącej i leżącej

ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Postępowanie logopedyczne jest w tym przypadku ściśle powiązane w wy-
borem techniki rehabilitacji. Jednakże należy jeszcze wziąć pod uwagę rozle-
głość zabiegu, bowiem dodatkowe resekcje (języka, gardła, podniebienia czy
warg) niosą za sobą modyfikacje i wydłużenia etapów terapii.

A. Praca z użytkownikiem **laryngofonu** obejmuje 1–2 zajęcia, z uwzględ-
nieniem metod strategii 4. i 5. Terapia polega na:

- znalezieniu i wskazaniu miejsca na szyi lub twarzy pacjenta, w którym
najlepiej pracuje krtań elektroniczna,
- instruktażu obsługi i konserwacji urządzenia,
- nauce wydobywania głosu
- dobraniu częstotliwości akustycznej podobnej do utraconego natural-
nego głosu.

B. Praca z osobą ze **wszczepioną protezą głosową** opiera się przede
wszystkim na:

- instruktażu dotyczącego czyszczenia i konserwacji protezy,
- nauce płynnego przytykania urządzenia i wydobywania głosu.

Terapia trwa dłużej — panelami po około 2–3 spotkania, każdorazowo po wymianie protezy. Najdłużej trwa pierwsze spotkanie po zabiegu, jak również każde pierwsze po wymianie. W trakcie zajęć powinniśmy również wprowadzić metody strategii 4.–6.

C. W przypadku wytwarzania głosu przelykowego logopeda prowadzi bardziej rozbudowaną terapię opartą na metodach budujących mówienie przelykowe (strategie 1.–3.) i metodach wspomagających procesy budowania (strategie 4.–6.). Terapia trwa zwykle około roku. Na rehabilitację mówienia przelykowego mają wpływ następujące czynniki:

- wiek pacjenta — chorują głównie osoby między 45 a 75 r.ż., (trudniej rehabilitować osoby w wieku podeszłym),
- płeć — kobiety mają większe opory w wydobywaniu dźwięcznego ructusu,
- wykształcenie i poziom inteligencji,
- stan słuchu,
- stan uzębienia.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

SFORMUŁOWANIE PROGRAMU TERAPII SZCZEGÓŁOWEJ

W zależności od stopnia i rozległości zabiegu u pacjenta wybiera się strategie i metody ułatwiające opanowanie mowy. Te aspekty również decydują o grupie, do której będzie przydzielony pacjent. Wizyty pierwszorazowe związane z przeprowadzeniem wywiadu, badaniem wstępnym logopedycznym i oceną dotychczasowego stanu powinny być indywidualne. Natomiast sama terapia powinna odbywać się w grupach 3–5-osobowych, gdzie przynajmniej jeden pacjent opanował już w stopniu dostatecznym lub dobrym mowę przelykową. Ważną rolą jest bowiem wzajemna stymulacja i motywacja pacjentów. Każdy chory powinien mieć możliwość konsultacji indywidualnych z logopedą. Dotyczy to również sytuacji, gdy pacjent przeżywa załamanie związane z niemożnością opanowania techniki.

ORGANIZACJA TERAPII

Terapia logopedyczna powinna być dostosowana przede wszystkim do stanu zdrowia pacjenta oraz do rozległości zabiegu. Wydłużanie etapów może być spowodowane pewnymi jego predyspozycjami. Każdy etap opanowania mowy pacjenta po usuniętej krtani powinien być oceniany według klasyfikacji Pruszewicza³:

³ *Foniatrya kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa 1992.

1) bardzo dobra mowa przelykowa	<ul style="list-style-type: none"> — płynność wypowiedzi — brak szumów ze stomy — głos wydobywany bez wysiłku i parcia — melodyka mowy — koordynacja głosowo-oddechowa — głos czysty lub lekko ochryply — mowa rozumiana przez otoczenie
2) dobra mowa przelykowa	<ul style="list-style-type: none"> — płynność w zakresie 3-4-wyrazowych zdań — sporadyczne szmery ze stomy — głos wydobywany bez wysiłku i parcia — niepełna koordynacja głosowo-oddechowa — głos czysty lub lekko ochryply — mowa rozumiana przez otoczenie
3) dostateczna mowa przelykowa	<ul style="list-style-type: none"> — płynność 1-2-wyrazowa — wyraźny poszum ze stomy — brak koordynacji głosowo-oddechowej — głos ochryply — wysilek i parcie głosowe — skandowanie słów — mowa dostatecznie rozumiana przez otoczenie
4) mowa gardłowa	<ul style="list-style-type: none"> — zespoły 2-3 słów wypowiedziane w sposób skrzeczący, nieprzyjemny dla ucha, ale wystarczający do kontaktu z otoczeniem — głos szorstki — brak koordynacji głosowo-oddechowej
5) pseudoszept	<ul style="list-style-type: none"> — tylko do kontaktu z najbliższym otoczeniem opartego głównie na odczytywaniu mowy z ust

U większości pacjentów przejście do kolejnych stopni skali następuje w odstępach około 1-3-miesięcznych, w zależności m.in. od częstotliwości spotkań, samodzielnej pracy pacjenta w domu i możliwości osobniczych.

A. Prowadzenie dokumentacji terapii: stałym elementem spotkań terapeutycznych powinno być prowadzenie wywiadu dotyczącego stanu zdrowia pacjenta, szczególnie ewentualnych problemów z połykaniem, pogarszaniem się mowy lub osłabieniem. Wszelkie istotne odchylenia od wcześniejszych badań należy zgłaszać do lekarza prowadzącego i notować w karcie pacjenta. Oprócz wykonywanych ćwiczeń logopedycznych należy umieścić też w dokumentacji:

- zalecenia do pracy w domu,
- tematy pogadarek o zasadach zdrowego trybu życia,
- karty oceny postępów według skali Pruszewicza.

Należy informować pacjenta o możliwościach udziału w turnusach rehabilitacyjnych, kierować na spotkania klubów i rejonowych oddziałów Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych oraz udzielać pomocy w pozyskiwaniu różnego rodzaju akcesoriów produkowanych w kraju, takich jak: apaszki lub kolie (tzw. stoma wear), płyny na bazie soli fizjologicznej/wody morskiej, wzmacniacze głosu.

B. Inne: W przypadku niemożliwości wykształcenia głosu przetykowego należy przygotować pacjenta na wybór innej techniki i pomóc mu w jej opanowaniu.

WNIOSKI KOŃCOWE

Laryngektomia całkowita jest zbiegiem bardzo okaleczającym pacjenta. Dominującym elementem kalectwa jest utrata głosu. Prawidłowo prowadzona terapia logopedyczna powinna przynieść pacjentowi możliwie jak najlepsze opanowanie nowej techniki wytwarzania głosu oraz być wsparciem w trudnym długoterminowym powrocie do zdrowia.

BIBLIOGRAFIA

- Pruszewicz A., 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.
- Rak krtani i gardła dolnego*, red. G. Janczewski, E. Osuch-Wojcikiewicz, Bielsko-Biała 2002.
- Technika zabiegów i operacji w otolaryngologii*, red. B. Latkowski.
- Sinkiewicz A., *Rak krtani, poradnik dla pacjentów i logopedów*.