

Mirjana Petrović-Lazić
Zoran Ivanković
Rade Kosanović

KBC Zvezdara, ORL klinika, Beograd

Mogućnosti komunikacije laringektomiranih bolesnika

Ključne reči

laringektomija
ezofagealni govor
laringoproteza

Sažetak

Rehabilitacija glasa laringektomiranih bolesnika je veoma bitan vid rehabilitacije koji omogućava pacijentima s teškim govornim hendikepom lakšu resocijalizaciju i time maksimalno ublažavanje teških psiholoških, socijalnih i profesionalnih problema. Aspiracioni metod je najefikasniji u procesu automatizacije govora laringektomiranih. Primena veštačkog larinksa se preporučuje samo u situacijama kada se ne može usvojiti ezofagealni govor.

Uvod

Laringektomija je vrsta hirurške intervencije koja se sastoji u odstranjivanju grkljana, bilo u celini (totalna laringektomija) ili delimično (parcijalna laringektomija). Najčešće se izvodi kod malignih tumora. Predmet ovog rada se pretežno odnosi na totalne laringektomije.

Govor je najmoćnije sredstvo komunikacije. Predstavlja integralnu funkciju celokupnog organizma i izraz je čovekove ličnosti. Zato je gubitak sposobnosti govora za laringektomiranog pacijenta veliki šok jer direktno narušava njegov socijalni, psihološki i profesionalni integritet.

Simptomi karcinoma larinksa

Mnogi ljudi s dugotrajnom promuklošću dolaze na medicinski pregled upravo zbog straha od karcinoma. Međutim, upravo taj strah može uzrokovati da pacijent ignoriše simptome sve dok se zdravstveno stanje ne pogorša.

Treba istaći da je rano otkrivanje karcinoma larinksa, kao i uostalom svih karcinoma, od presudnog uticaja za uspeh lečenja.

Najčešći simptom karcinoma larinksa je promuklost. Ona nastaje ako je lezija zahvatila vokalne nabore (glasnice). Promuklost predstavlja kardinalni znak (simptom) kada je karcinom larinksa u pitanju i svaka promuklost koja traje duže od dve nedelje, posebno ako je stalna ili se vremenom pogoršava, zahteva pregled otorinolaringologa.

Ukoliko lezija nije zahvatila glasnice javljaju se lakši simptomi - povremeni osećaj "peckanja" prilikom gutanja, posebno pri gutanju vruće hrane ili kiselih napitaka kao što je sok od pomorandže, otežano ili bolno gutanje, kašalj, ponekad iskašljavanje krvi, bol u grlu ili osećaj bola koji se širi od grla do uha.

U kasnijem stadijumu bolest uzrokuje teškoće pri disanju i gutanju.

Faktori rizika

Faktor rizika je sve što povećava šanse neke osobe da oboli od neke bolesti kao što je recimo karcinom. Različiti karcinomi imaju različite faktore rizika. Na primer, nekontrolisano izlaganje suncu je faktor rizika za kožu.

Postoji više faktora rizika za obolevanje od karcinoma larinksa.

Pušenje. Pušenje, odnosno duvanski dim je najvažniji faktor rizika kada je u pitanju karcinom larinksa; što više cigareta veći je rizik. Rizik dobijanja karcinoma larinksa je 5-35 puta veći kod pušača u odnosu na nepušače, zavisno od broja cigareta i dužine pušačkog staža.

Zloupotreba alkohola. Ljudi koji mnogo piju imaju rizik od pojave laringalnog karcinoma 2-5 puta veći u odnosu na one koji ne piju.

Istovremeno korišćenje duvana i alkohola znatno uvećava mogućnost pojave karcinoma larinksa. Neki izveštaji govore da je kod takvih osoba više od 100 puta povećana mogućnost obolevanja.

Loša ishrana. Loša ishrana je najčešće povezana sa alkoholizmom i može delom biti uzrok alkohola kao faktora rizika.

Smatra se da nedostatak vitamina A i B u ishrani i retinoida može igrati neku ulogu.

Gastroezofagealni refluksi. Gastroezofagealni refluks predstavlja prelazak želudačne kiseline naviše u jednjak i prouzrokuje "gorušicu". Ova kiselina iritira sluzokožu jednjaka i povećava rizik obolevanja od karcinoma jednjaka. Neke studije govore da se ova iritacija može proširiti i do ždrela (farinksa) i tako može biti rizik i za karcinom nekih delova larinksa.

Humani papilomavirus (HPV). Odavno je poznata uloga nekih virusa u nastanku malignih bolesti.

Humani papiloma virusi predstavljaju grupu od oko 100 virusa od kojih većina izaziva bradavice na koži. Neki tipovi izazivaju genitalne bradavice, koje ponekad mogu preći u karcinom vagine, cerviksa materice ili penisa, ali retko mogu pri porođaju preći sa vagine majke na bebin larinks. Uzrokuju nekancerogeno oboljenje poznato kao laringealna papilomatoza. Manifestuje se kao promuklost a ako su promene u larinksu veće, može uzrokovati i probleme s disanjem.

Deca sa ovim benignim promenama mogu imati nešto veći rizik od pojave laringealnog karcinoma mnogo godina kasnije.

Oslabljen imuni sistem. Karcinomi glave i vrata su mnogo češći kod ljudi sa oslabljenim imunološkim sistemom. Problemi sa imunitetom mogu biti uzrokovani kongenitalnim bolestima (koje nastaju od rođenja); stečenim imunodeficijntnim sindromom (poznatim kao sida); mogu ga izazvati i neki lekovi koji se daju pacijentima nakon transplantacije organa.

Profesionalna izloženost. Drugi faktori rizika obuhvataju dugotrajnu izloženost prašini drveta i isparenjima nekih farbi kao i različitim hemikalijama koje se koriste u metalurgiji, petrohemiji, tekstilnoj industriji i prepadu plastike.

Pol. Karcinom larinksa je 4-5 puta češći kod muškaraca nego kod žena, jer su dva glavna faktora rizika, pušenje i alkoholizam, mnogo učestaliji kod muškaraca. Kako ove navike postaju sve učestalije i kod žena poslednjih godina, razlika učestalosti karcinoma između muškaraca i žena sve više smanjuje.

Godine. Kako je karcinomu larinksa potrebo mnogo godina za nastanak on je redak kod mladih ljudi. Većina pacijenata kod kojih se pojavljuje karcinom larinksa je u šezdesetim godinama.

Rehabilitacija glasa laringektomiranih bolesnika

Rehabilitacija praktično počinje od trenutka kada se bolesniku saopšti da mu se mora hirurški otkloniti larinks. Rehabilitaciju treba sprovoditi po određenom planu koji obuhvata unapred razrađene metode kojima se određuje preoperativna i postoperativna rehabilitacija. Govorna rehabilitacija u sebi integriše i elemente psihološke i socijalne rehabilitacije. Poželjno je da se u preoperativnoj pripremi bolesnika prikaže jedan ili više dobro govorno rehabilitovanih laringektomiranih bolesnika, koji će demonstrirati svoje govorne sposobnosti, emocionalnu i socijalnu stabilnost.

U postoperativnom toku bolesti rehabilitacija govora počinje čim lokalno i opšte stanje bolesnika to dozvoli. Smatra se da od operacije do početka rehabilitacije prosečno prođe 2-4 meseca.

Posle totalne laringektomije glas se može formirati u tri nivoa: u usnoj duplji, faringealnoj duplji i jednjaku. U zavisnosti od mesta u kome se ovakav glas formira govori se o: bukalnom, faringealnom i ezofaringealnom glasu. Za obliko-

vanje tona potreban je vazdušni rezervoar. Kod bukalnog glasa vazdušni rezervoar predstavlja usna šupljina. Kod faringealnog glasa vazdušni rezervoar je u orofarinksu. Najefikasniji način je primena ezofaringealnog glasa i govora, odnosno kada se za produkciju glasa koristi vazduh smešten u gomjoj trećini jednjaka (ezofagus). Seeman 1919. godine uvodi današnji pojam ezofaringealnog glasa.

Postoji više metoda koji omogućavaju stvaranje vazdušnog rezervoara u jednjaku:

- metod gutanja vazduha
- injekcioni metod
- aspiracioni metod

Metod gutanja vazduha je najstariji metod. Bolesnik u više navrata guta vazduh koji se nalazi u ustima i ždredu i na taj način stvara rezervoar vazduha u jednjaku. Vraćanje vazduha iz stvorenog rezervoara teče napomo, a i teško je dozirati količinu vazduha koja se izbacuje. Glas se stvara sporo, slabog je intenziteta i neekonomičan je. Zbog navedenih nedostataka ovaj metod se preporučuje samo kod pacijenata koji nisu u stanju da primenjuju druge tehnike.

Injekcioni metod. Injekcija vazduha u jednjak se vrši tako da pacijent naglo zatvara usne izgovarajući pri tom eksplozivne konsonate, povećavajući kompresiju u usnoj šupljini, pri čemu izbacuje izvesnu količinu vazduha u gornji deo jednjaka. Nedostatak ovog metoda je što se u jednjak ubacuje mala količina vazduha, stvara se intenzivan trahealni i faringealni šum, što umanjuje razumljivost govora. Ovim metodom se ne postiže dovoljno intenzivan glas.

Aspiracioni metod. Omogućava najefikasniji ezofagusni govor. Tehnika uzimanja vazduha se zasniva na činjenici da pri inspirijumu negativan pritisak u torahalnoj duplji deluje na zidove jednjaka, što omogućava usisavanje vazduha u šupljine jednjaka. Pomeranjem donje vilice napred i podizanjem ramenog pojasa olabavi se muskulatura gomjeg dela jednjaka i donjeg konstriktora ždrele. Ušće jednjaka i pseudoglotisa se aktivno otvara, a negativan pritisak u toraksu i jednjaku omogućava da se u gomji deo jednjaka smesti optimalna količina vazduha. Otvaranje ušća jednjaka mnogo bolje uspeva ukoliko hioidna kost nije uklonjena pri operaciji. U drugoj fazi akta, povećanjem pritiska trbušnog zida, vazduh smešten u jednjaku biva izbačen kroz pseudoglotis i ozvužen. Ovako stvoren glas se formira u ždredu i usnoj duplji.

Priprema pacijenta za rehabilitaciju podrazumeva da muskulatura čitavog tela bude lišena napetosti, da disanje na traheostomu bude ravnomerno i mirno i da pokreti otvaranja usta budu vezani jedino uz izgovor.

U procesu usvajanja ezofagealnog govora razlikujemo tri faze: nehotično stvaranje glasa, voljno proizvođenje slogova i reči i automatizacija ezofagealnog govora. Osnovu dobro naučenog govora predstavlja automatizacija, a to je refleksna radnja stečena čestim ponavljanjem. Ezofagealni glas je dubok, kreće se u visini oko 60 Hz i mogu se razlikovati samo izvesne varijacije u tonalitetu i intenzitetu. Pacijentu je potreban određen period adaptacije na novoformirani glas.

Efikasnost ezofagealnog govora zavisi od:

Lokalnih faktora:

- forma pseudoglotisa
- širina farinksa
- prisustvo ili odsustvo hioidne kosti
- ožiljci u predelu ušća jednjaka
- posledice zračenja
- recidivi tumora

Opštih faktora

- psihičko stanje bolesnika
- inteligencija
- starost
- opšta oboljenja
- zanimanje pacijenta
- motivacija za kontakt sa okolinom

Kada pacijent nije u stanju da ovlada ovom tehnikom govora, primenjuje se laringo-proteza, odnosno veštački larinks; najčešće se primenjuju transcervikalni i transoralni veštački larinks.

Rehabilitacija elektronskim larinksom vrši se u slučajevima:

- kada su pacijenti s velikim operacionim zahvatima na vratu;
- ako pacijenti imaju teška radijacijska oštećenja tkiva vrata;
- kada pacijenti imaju fistule na vratu i recidiv tumora;
- ako ne mogu da nauče ezofagealni govor;
- kada su bolesnici senilni.

Prednosti ezofagusnog govora u odnosu na primenu veštačkog larinksa su višestruke:

- spontanost i minimalna upadljivost u odnosu na okolinu;
- ezofagusnim govorom se vrši i rehabilitacija ličnosti pacijenta;
- omogućena je lakša resocijalizacija pacijenta;
- veštački larinks ne može da postigne intenzitet ezofagealnog govora;
- veštački larinks daje monoton i zamoran zvuk;
- pacijent ne zavisi od ispravnosti proteze.

Zaključak

U procesu rehabilitacije laringektomiranih bolesnika bitna je uloga multidisciplinarnog tima stručnjaka. Njihov zadatak je da učestvuju u svim procesima pripreme, privikavanja i edukacije pacijenta. Najefikasniji način rehabilitacije laringektomiranih bolesnika je primena ezofagealnog govora. Brzina učenja i kvalitet ezofagealnog govora zavise od opštih i lokalnih faktora. U proces rehabilitacije je potrebno uključiti članove porodice kako bi podsticali i motivisali pacijenta. Rehabilitacija treba da traje toliko dugo koliko je potrebno da se postignu optimalni rezultati.

Budući da se rehabilitacija laringektomiranih bolesnika sprovodi uglavnom pri bolnicama u većim gradovima, postoji sve veća potreba da se takva vrsta rehabilitacije sprovodi i u manjim mestima gde žive laringektomirani pacijenti, jer se nažalost u poslednje vreme njihov broj veoma povećao.

Mirjana Petrovic-Lazic
Zoran Ivankovic
Rade Kosanovic

ORL Clinic of City Hospital "Zvezdara", Belgrade

Communication possibility of the laryngectomized patients

Key words

Laryngectomy
Esophageal speech
Artificial larynx

Abstract

Voice rehabilitation of the laryngectomized patients is an important role of the voice rehabilitation in the general. It helps to patients in very difficult emotional, social and professional state. Esophageal speech is the best method in this therapy. Artificial larynx is used in some special case.

Literatura

1. Cvejić D, Kosanović M. *Fonijatrija*. Beograd, 1982.
2. Cvejić D, Savić D, Kosanović M. *Otorinolaringologija*. Beograd, 1975.
3. Greene MCL and Mathieson L. *The voice and its disorders*. London and New Jersey, 1989.
4. Milutinović Z. *Studija glasa posle lečenja karcinoma larinksa*. Beograd, 1985.
5. Stemple JC. *Clinical voice pathology*. Toronto, London, Sydney, 1984.