

Hoofd-halscarcinoom

INLEIDING

In 2010 werden in Nederland 95.456 nieuwe gevallen van kanker vastgesteld, waarvan 2857 (3%) hoofd-halsmaligniteiten. Dat maakt hoofd-halscarcinomen in Nederland bij mannen de op zes na en bij vrouwen de op negen na meest voorkomende vorm van kanker. Een huisarts zal gemiddeld eens in de vier jaar een nieuwe patiënt met een hoofd-halsmaligniteit zien. Het overgrote deel van deze tumoren gaat uit van het slijmvlies van de mond- en keelholte¹ en meer dan 90% is een plaveiselcelcarcinoom, aangeduid als hoofd-halsplaveiselcelcarcinoom (HHPCC). De belangrijkste risicofactoren voor HHPCC zijn al jarenlang bekend: roken en alcoholgebruik, andere etiologische factoren zijn pruimtabak en betelnoten. De gemiddelde vijfjaarsoverleving van een patiënt met een HHPCC is ongeveer 50%, afhankelijk van tumorgrootte, uitbreiding, metastasering en comorbiditeit.

Betrekkelijk recent is aan het licht gekomen dat het humaan papillomavirus (HPV) een rol speelt in het ontstaan van orofarynxcarcinomen. Er zijn meer dan 320 verschillende subtypes bekend, maar alleen HPV16 en HPV18 zijn geassocie-

eerd met HHPCC. HPV-infecties komen veelvuldig voor, maar het komt zeer zelden voor dat HPV integreert in het DNA en een carcinogene proces in gang zet. Het HPV-virus kan worden overgedragen door zoenen en door seksuele activiteiten, en de infectie dateert vaak al van jaren voor het ontstaan van de tumor. Alleen kort na besmetting is een patiënt besmettelijk, op het moment van de kankerdiagnose is er dan ook geen besmettingsgevaar meer voor de partner. HPV-tumoren gedragen zich anders dan tumoren die door roken en/of alcohol zijn veroorzaakt. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat HPV-gerelateerde tumoren gevoeliger zijn voor behandeling, ondanks het feit dat ze eerder en uitgebreider metastaseren. De prognose van HPV-gerelateerde tumoren is dan ook aanzienlijk beter dan die van orofarynxcarcinomen met een andere etiologie. Men overweegt daarom, naast de mogelijkheid van preventieve vaccinatie, ook om HPV-gerelateerde tumoren minder intensief te behandelen.²

De meeste signaalklachten [**tabel 1**] die op een maligniteit kunnen wijzen, zijn tamelijk specifiek. Hetzelfde geldt, in mindere mate, voor alarmerende bevindingen. Alertheid is geboden als er bij signaalklachten of alarmerende bevindingen ook risicofactoren aanwezig zijn.

Als een patiënt op het spreekuur komt vanwege een mogelijke maligniteit in het hoofd-halsgebied, is de eerste stap lichamenlijk onderzoek om de lokalisatie vast te stellen en de diagnose te specificeren. Daarna zijn verschillende onderzoeken noodzakelijk om de uitgebreidheid van de tumor te bepalen, een tweede primaire tumor uit te sluiten en de aanwezigheid van eventuele metastasen in lymfeklieren of longen vast te stellen.

Voor het vaststellen van de uitbreiding van de primaire tumor is endoscopisch onderzoek onder narcose noodzakelijk.

Samenvatting

Coenraad S, Baatenburg de Jong RJ. Hoofd-halscarcinoom. *Huisarts Wet* 2012;55(12):572-6.

Hoofd-halscarcinomen zijn, met 3% van de maligniteiten, in Nederland tamelijk zeldzaam; ze komen bij mannen vaker voor dan bij vrouwen. Roken, alcoholgebruik en irriterend voedsel (betelnoten) zijn, zeker in combinatie, bekende risicofactoren. Een andere risicofactor is het humaan papillomavirus (typen HPV16 en HPV18), dat verantwoordelijk is voor een toename in het aantal orofarynxcarcinomen. Hoofd-halstumoren komen vaak pas laat aan het licht, omdat de eerste klachten meestal specifiek zijn en de tumor met lichamenlijk onderzoek niet altijd eenvoudig kan worden gevonden. De kno-arts stelt de diagnose op basis van endoscopische inspectie en bipten.

Toch is de huisarts een onontbeerlijke schakel in de preventie, signalering en behandeling van deze maligniteiten. Ten eerste is zo vroeg mogelijke verwijzing erg belangrijk. Alertheid is geboden bij patiënten met aanhoudende klachten in het hoofd-halsgebied, zeker als deze eenzijdig zijn of optreden in combinatie met de genoemde risicofactoren. Ten tweede zijn de ziekte zelf en de noodzakelijke chirurgie en radiotherapie buitengewoon ingrijpend voor het functioneren (ademen, eten, communiceren) en het uiterlijk van de patiënt. Tijdens de follow-up en de multidisciplinaire revalidatiebehandelingen speelt de huisarts een grote rol in de psychosociale begeleiding van patiënten.

De kern

- Hoofd-halstumoren zijn bij mannen de op zes na en bij vrouwen de op negen na meest voorkomende carcinomen.
- Roken, alcohol, pruimtabak en betelnoten zijn bekende risicofactoren. Het humaan papillomavirus is verantwoordelijk voor een toenemend aantal orofarynxcarcinomen.
- De tumoren worden vaak pas in een gevorderd stadium ontdekt. Alertheid is geboden bij aanhoudende klachten in het hoofd-halsgebied, zeker als die eenzijdig zijn en als er risicofactoren aanwezig zijn.
- Anamnese en lichamenlijk onderzoek zijn niet toereikend voor de diagnose. De kno-arts stelt deze op basis van endoscopische bipten, en stadieert de tumor met behulp van echo, CT en MRI.
- De behandeling bestaat uit chirurgie en radiotherapie, en is zeer ingrijpend. De huisarts speelt daarna een belangrijke rol in de psychosociale begeleiding van de patiënt.

Tabel 1 Signaalklachten en risicofactoren van een hoofd-halsplaveiselcelcarcinoom

Signaalklachten	Risicofactoren	Alarmerende bevindingen
<ul style="list-style-type: none"> ■ globusklachten ■ keelpijn ■ pijn tijdens eten (vooral van alcohol en zuur voedsel) ■ oorpain zonder afwijkingen aan het oor ■ heesheid ■ passagestoornissen ■ niet meer passend kunstgebit ■ éénzijdige neusverstopping of rhinorroe ■ oorpain bij chronische otitis 	<ul style="list-style-type: none"> ■ leeftijd ■ roken ■ alcohol ■ combinatie van roken en alcohol ■ eten van betelnoten ■ Chinese afkomst ■ blootstelling aan nikkel, arseen, chloor ■ blootstelling aan houtstof (houtbewerkers) ■ blootstelling aan textielvezels (werkers in textielindustrie) ■ onbeschermd blootstelling aan de zon ■ bestraling op jonge leeftijd ■ immuunsuppressie ■ asbest 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (niet genezend) ulcus ■ zwelling in de hals, meer dan vier tot zes weken ■ hersenzenuwuitval ■ eenzijdige otitis media bij volwassene, meer dan vier tot zes weken

Eventueel zal men dit onderzoek ook gebruiken om weefsel af te nemen voor de diagnose en voor een screening op tweede primaire tumoren. Bij grotere tumoren zal men de diepte-uitbreiding van de tumor verder onderzoeken met CT of MRI, en daarbij specifiek zoeken naar ingroei in omliggende structuren, botaantasting en betrokkenheid van de grote vaten (met name de a. carotis) in het proces. Met echografie van de hals, zo nodig aangevuld met een cytologische punctie, zoekt men naar eventuele lymfekliermetastasen en met een thoraxfoto naar eventuele longmetastasen.

De stadiëring van de tumoren is van groot belang voor een goede (protocollaire) behandeling. Bij de stadiëring volgt men de TNM-classificatie (tumor, nodes, metastasis). Voor de T-staging gelden in het hoofd-halsgebied per orgaan andere definities, maar met uitzondering van het nasofarynxcarcinoom hanteert men globaal de omschrijvingen in [tabel 2].

Hierna gaan we dieper in op de incidentie, etiologie en behandelmodaliteiten van de drie meest voorkomende lokalisaties van HHPCC: larynx, mondholte en farynx.

LARYNXCARCINOOM³

Incidentie en diagnose

De incidentie van het larynxcarcinoom is al jaren stabiel, met ongeveer 700 nieuwe patiënten per jaar, en ook de totale sterfte aan larynxcarcinomen is de afgelopen vijftig jaar stabiel gebleven op 200 tot 250 patiënten per jaar, ondanks verbeteringen in diagnostiek en behandeling. Men onderscheidt glottische, supraglottische en subglottische larynxcarcinomen, en er zijn vier stadia: I (T₁N₀M₀), II (T₂N₀M₀), III (T₃N₀M₀ of T₁₋₃N₁M₀) en IV (T₄N₂₋₃M₁).

Ongeveer tweederde van de larynxcarcinomen zijn glottische tumoren. Omdat heesheid een duidelijk symptoom is van deze tumoren, worden ze vaak in een vroeg stadium gediagnosticeerd (60% in stadium I). Supraglottische tumoren komen ongeveer half zo vaak voor (32%) en hebben geen specifiek klachtenpatroon, waardoor ze vaak pas in een laat stadium worden gediagnosticeerd (tweederde in stadium III of IV). Subglottische tumoren zijn uiterst zeldzaam (ongeveer 2%); ook deze worden vaak pas in een laat stadium ontdekt. Een opvallend verschil tussen mannen en vrouwen is dat bij

mannen het glottisch larynxcarcinoom het vaakst voorkomt en bij vrouwen het supraglottisch larynxcarcinoom.

Meestal zal een patiënt met een larynxcarcinoom naar de huisarts komen met de klacht heesheid. Andere klachten zijn benauwdheid en problemen met slikken, met name verslikken, gewichtverlies en soms keelpijn die uitstraalt naar het oor.

Behandeling

Ernstige dysplasie/carcinoma in situ

Indien onbehandeld zal ernstige dysplasie van de stembanden zich in ongeveer de helft van de gevallen ontwikkelen tot een invasief carcinoom. Ernstige dysplasie van de larynx is dus een indicatie voor behandeling, maar over de aard van die behandeling bestaat geen consensus. Radiotherapie en endoscopische behandeling met een CO₂-laser hebben dezelfde succespercentages. De laserbehandeling heeft het voordeel dat zij meermalen kan worden toegepast.

Abstract

Coenraad S, Baatenburg de Jong RJ. Head and neck cancer. *Huisarts Wet* 2012;55(12):572-6. Cancer of the head and neck is relatively rare in the Netherlands, accounting for 3% of all malignancies. It occurs more often in men than in women, and smoking, alcohol consumption, and irritating food (such as betel nuts), especially in combination, are recognized risk factors. Another risk factor is human papilloma virus (types HPV16 and HPV18), which is responsible for an increase in oropharyngeal cancer. Cancer of the head and neck is often detected late because the first symptoms are often not specific and the tumour is not detected during physical examination. Although the diagnosis is made by ENT doctors on the basis of endoscopy and biopsy findings, general practitioners have an essential role in the prevention, detection, and treatment of these cancers. In the first instance, early referral is important. Doctors should be alert to persistent symptoms in the head and neck area, especially if these occur on one side only or in combination with the above-mentioned risk factors. In the second instance, the surgery and radiotherapy needed to treatment these cancers have an enormous impact on the functioning (breathing, eating, communication) and appearance of patients. General practitioners have an important role in the psychosocial management of patients during their multidisciplinary treatment and follow-up.

Tabel 2 De TNM-classificatie

Tumorgrootte (T)		Lymfeklier (N)		Metastasen (M)	
Tis	carcinoma in situ				
T0	geen primaire tumor detecteerbaar	N0	geen lymfekliermetastasen	M0	geen
T1	< 2 cm, binnen orgaan van oorsprong	N1	één ipsilaterale klier, < 3 cm	M1	aanwezig
T2	2-4 cm, binnen orgaan van oorsprong	N2	twee of meer ipsilaterale of bilaterale klieren, < 6 cm		
T3	> 4 cm, weefselinfiltratie maar binnen orgaan van oorsprong	N3	kliermetastase > 6 cm		
T4	tumor groeit buiten het orgaan van oorsprong				

Een carcinoma in situ kan per definitie niet metastaseren en behoeft dus geen N- en M-classificatie.

T1-tumoren

Ter behandeling van T1-larynxcarcinomen is, naast radiotherapie en laserbehandeling, ook uitwendige partiële chirurgie een mogelijkheid. Het effect van de verschillende behandelingen op de stemkwaliteit is vergelijkbaar. Over het algemeen echter gaat de voorkeur uit naar radiotherapie of laser. Overwegingen bij de keuze zijn de duur van de behandeling (laser kan in dagbehandeling, radiotherapie duurt ongeveer zes weken), eventuele comorbiditeit en de mate van endoscopische bereikbaarheid van de tumor.

T2-tumoren

De therapie van keuze bij T2-larynxcarcinomen is (geaccelleerde) radiotherapie. Larynxsparende chirurgie is in uitzonderlijke gevallen een goed alternatief. De laatste jaren worden in onderzoeksverband ook kleine T2-tumoren met de CO₂-laser behandeld.

T3- en T4-tumoren

Bij grote larynxcarcinomen gaat de voorkeur uit naar een orgaansparende behandeling in de vorm van chemoradiotherapie. Indien er voor aanvang van de behandeling al aanwijzingen zijn dat de larynx (gedeeltelijk) niet meer functioneert, zoals afonie, dyspneu, stridor of verslikken, gaat de voorkeur uit naar laryngectomie, eventueel gevolgd door postoperatieve radiotherapie.

Lymfekliermetastasen

Behandeling van lymfekliermetastasen in de hals zal – afhankelijk van de stadiëring – bestaan uit radiotherapie of halsklierdissectie eventueel gevolgd door postoperatieve radiotherapie. Vaak is er vanaf stadium T2 wel een indicatie voor preventieve behandeling (chirurgisch of radiotherapeutisch) van de halsklieren.

Recidief en revalidatie

Indien een tumor na een orgaansparende behandeling recidiveert, is in de meeste gevallen nog wel een operatie mogelijk. In het gunstigste geval kan dat laserchirurgie of partiële laryngectomie zijn, maar vaak geeft alleen een totale laryngectomie nog uitzicht op definitieve genezing.

De gevolgen van een laryngectomie zijn ingrijpend: permanent tracheostoma, verlies van de normale stem en verlies van smaak en reuk. Gelukkig heeft men de laatste jaren vooral in de stemrevalidatie met behulp van stemprothesen belang-

rijke vooruitgang geboekt: bijna 90% van de patiënten leert daarmee weer spreken. Een kleine minderheid moet leren spreken met de elektrische Servox®, ook wel ‘elektrolarynx’ genoemd. Dit wordt vaak als erg kunstmatig ervaren.

TUMOREN VAN DE MONDHOLTE⁴

Incidentie en etiologie

In 2010 werden in Nederland 1028 nieuwe patiënten met een mondholtcarcinoom gediagnosticeerd. De voornaamste oorzaken zijn tabak (zowel roken als kauwen) en alcohol. Bij alcoholgebruik lijkt het type drank van belang: dranken met een hoog ethanolgehalte verhogen het risico sterker dan laag-alcoholische dranken. Ook voeding lijkt een rol te spelen, waarbij vlees het risico verhoogt en groente en fruit juist bescherming bieden.

Ongeveer 32% van de mondholtcarcinomen is gelokaliseerd in de tong, 30% in de mondbodem, 12% in de gingiva, 9% in het palatum durum en 15% in het wangslimvlies.

Patiënten met mondholtetumoren komen vaak bij de huisarts met een pijnlijke of langdurig ontstoken plek in de mond, die met name klachten geeft bij de consumptie van zure producten of alcohol, en soms ook met een gebitsprothese die niet meer goed past.

Behandeling

Een mondholtetumor behandelt men in het algemeen met chirurgie, zo nodig gevolgd door radiotherapie. Grotere tumoren worden met een zogeheten commando-operatie behandeld. Deze ingreep bestaat uit een ‘en bloc’-resectie van de tumor en een gedeelte van de kaak, en een halsklierdissectie. Om nog een acceptabele restfunctie te kunnen verkrijgen, moet het ontstane defect meestal met een vrije of gesteelde transplantatie hersteld worden. Bij alle tumoren met een diepte-infiltratie van 5 mm of meer zal een selectieve halsklierdissectie plaatsvinden, ongeacht het N-stadium. Bij functioneel irresectabele tumoren kan chemoradiotherapie worden overwogen.

FARYNXTUMOREN

Nasofarynxcarcinoom⁵

Incidentie en etiologie

Onder Europeanen zijn nasofarynxcarcinoom zeer zeldzaam, ze komen vaker voor bij personen van Chinese en Mediterrane afkomst. De tumoren kunnen op alle leeftijden ontstaan, de prognose is beter bij jongeren. Naast ras zijn de belangrijkste

risicofactoren een infectie met het Epstein-Barr-virus en het eten van gezouten vis.

De belangrijkste klachten van een nasofarynxcarcinoom zijn gerelateerd aan de nabijheid van de buis van Eustachius: middenoorontsteking, oorpijn, slechthorendheid, oorsuizen en neusverstopping. Met name bij eenzijdige en aanhoudende klachten moet aan een proces in de nasofarynx gedacht worden. Bij ingroei in de schedelbasis kan hersenzenuwuitval een van de presenterende symptomen zijn. Al in een vroeg stadium kunnen halskliermetastasen optreden, met name in de achterste halsdriehoek.

Behandeling

De behandeling voor kleinere tumoren (stadium I en II) is radiotherapie, voor grotere tumoren (stadium III en IV) chemoradiatie. Bij een recidief zijn de kansen op genezing gering. Alleen in gespecialiseerde centra is soms nog een behandeling met herbestraling of fotodynamische therapie mogelijk.

Orofarynxcarcinoom⁴

Incidentie en etiologie

Orofarynxtumoren zijn in Nederland vrij zeldzaam, ze vormen ongeveer 4,5% van het totaal van de hoofd-halstumoren, maar incidentie neemt de laatste jaren toe. Zoals we in de inleiding al stelden, hangt dat waarschijnlijk samen met de toename van HPV-gerelateerde tumoren, vooral bij niet-rokers, niet-drinkers en relatief jonge patiënten. Hiernaast is er ook nog steeds een groep patiënten bij wie overmatig gebruik van alcohol en tabak de belangrijkste oorzaken zijn. De meeste tumoren bevinden zich in de tonsil en/of de tongbasis en worden pas in een stadium III of IV gediagnosticeerd.

De belangrijkste klacht waarmee patiënten zich presenteren is keelpijn, vaak uitstralend naar het oor.

Behandeling

Bij orofarynxcarcinomen gaat de voorkeur uit naar een orgaansparende behandeling, bij kleine tumoren (T1-T2) in de vorm van radiotherapie en bij grotere tumoren (T3-T4) met chemoradiatie. Omdat HPV-gerelateerde tumoren beter reageren op behandeling, met name op radiotherapie, denkt men erover de behandeling voor HPV-gerelateerde tumoren minder intensief te maken, maar die discussie is nog gaande.

Recidieven kunnen soms nog met een commando-operatie behandeld worden.

Hypofarynxcarcinoom⁶

Incidentie en etiologie

Het aandeel hypofarynxcarcinomen op het totaal van de hoofd-halstumoren bedraagt ongeveer 7%. Het hypofarynxcarcinoom komt aanzienlijk vaker voor bij mannen dan vrouwen, al is de incidentie bij vrouwen de afgelopen jaren gestegen.

Hypofarynxcarcinomen zijn vaak in een vergevorderd stadium als de diagnose wordt gesteld, in tweederde van de gevallen is er sprake van stadium IV. Er is geen specifiek klachtenpatroon, maar bij verschijnselen als slikklachten, keelpijn,

uitstralende pijn naar het oor, heesheid, een lymfeklierzwelling in de hals en/of stridor moet men de mogelijkheid van een hypofarynxcarcinoom overwegen.

Ook voor het hypofarynxcarcinoom zijn overmatig gebruik van alcohol en tabak de belangrijkste risicofactoren. HPV speelt mogelijk ook een rol, al is dit verband kleiner dan bij orofarynxtumoren.

Behandeling

Bij hypofarynxcarcinomen gaat de voorkeur uit naar een orgaansparende behandeling, met radiotherapie bij kleine tumoren (T1-T2) en met chemoradiatie bij grotere (T3-T4). Bij T4-tumoren met uitgebreide kraakbeenaantasting en/of uitgebreide wekedeleninfiltratie doet men bij voorkeur een totale laryngectomie met (partiële) faryngectomie en ipsilaterale halsklierdissectie voor N+-tumoren, gevolgd door postoperatieve (chemo)radiotherapie.

Bij recidieven na een initiële orgaansparende behandeling is soms nog 'salvage-chirurgie' mogelijk. Na een primaire chirurgie met postoperatieve radiotherapie zijn de behandelingsmogelijkheden echter vaak beperkt.

PREVENTIE EN SCREENING

Er vindt op dit moment geen bevolkingsonderzoek plaats naar hoofd-halstumoren. In de preventie speelt voorlichting over de gevaren van alcohol- en tabaksgebruik een belangrijke rol. Een andere mogelijkheid is HPV-vaccinatie om de toenemende incidentie van HPV-gerelateerde orofarynxtumoren een halt toe te roepen. Op dit moment worden alleen meisjes gevaccineerd in verband met de relatie tussen HPV en baarmoederhalskanker. Misschien zou men dit in de toekomst moeten uitbreiden naar jongens, zeker omdat HPV-infecties besmettelijk en makkelijk overdraagbaar zijn, en vaak jaren voor het ontstaan van de tumor hebben plaatsgevonden. Orofarynxtumoren zijn weliswaar tamelijk zeldzaam maar erg beschadigend voor de patiënt, en de behandeling en follow-up zijn erg duur.

DE ROL VAN DE HUISARTS

Omdat hoofd-halstumoren relatief zeldzaam zijn en diep ingrijpen in het functioneren en het uiterlijk van de patiënt – dat geldt ook voor de behandeling – is de zorg in Nederland geconcentreerd in acht oncologische centra (<http://www.nwhht.nl/hho-centra>). De daar werkzame multidisciplinaire hoofd-halsoncologische werkgroepen bestaan uit kno-artsen, kaakchirurgen, radiotherapeuten, internisten, algemeen chirurgen, plastisch chirurgen, anesthesisten, tandarts-prothetisten, patholoog anatomen, logopedisten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. Deze intensieve multidisciplinaire benadering is onontbeerlijk om de gevolgen op het gebied van ademhalen, eten, drinken, slikken en communiceren te ondervangen. Psychosociale zorg is bij deze tumoren extra belangrijk.

Ook bij de huisarts verdienen patiënten met een hoofd-halsmaligniteit bijzondere aandacht vanwege hun diep in-

grijpende gevolgen, vooral ook op psychosociaal gebied. Aan preventie en signalering kan de huisarts een grote bijdrage leveren door roken en overmatig alcoholgebruik te ontmoedigen, en door alert te zijn bij klachten zoals beschreven in [tabel 1], zeker in aanwezigheid van de daar genoemde risicofactoren. De klachten zijn vaak specifiek en treden soms pas in een laat stadium op. Helaas zijn tumoren in de farynx en bij de stembanden, en ook tumoren in de neus, nasofarynx en de neusbijholten, niet met lichamelijk onderzoek te beoordelen, dus de huisarts is bij een verdenking op een hoofd-halstumor toch aangewezen op het klachtenpatroon.

Na de behandeling, die ingrijpende gevolgen heeft voor het ademen, eten, drinken, slikken en communiceren, zullen veel patiënten aankloppen bij de huisarts voor begeleiding en verwerking. De follow-up, waarbij de patiënt gecontroleerd wordt op het manifest worden van een lokaal recidief, metastasen of een tweede primaire tumor, is een essentieel deel van de behandeling. De meeste locoregionale recidieven van een plaveiselcelcarcinoom manifesteren zich binnen twee jaar na de primaire behandeling. Zij kunnen, wanneer zij in een vroeg stadium zijn herkend, vaak nog met succes worden behandeld. De klachten bij een recidief kunnen bestaan uit een lymfeklierzwellings in de hals, benauwdheid, toegenomen heesheid of verslechtering van de stem, pijn en problemen met de voedsel- en vochtinname. Patiënten die ooit behandeld zijn voor een hoofd-halscarcinoom en op het spreekuur komen met dergelijke klachten, moeten met spoed ter beoordeling worden doorverwezen. ■

Aandachtspunten

- Preventie: motiveer patiënten om te stoppen met roken en overmatig alcoholgebruik.
- Diagnose: wees alert bij alarmerende symptomen in aanwezigheid van risicofactoren [tabel 1].
- Behandeling: bied (psychosociale) steun bij de vaak ingrijpende behandeling.
- Follow up: wees alert op lokaal recidief bij klachten in het hoofd-halsgebied.

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Oncologie'.

LITERATUUR

- 1 IKNL. Kenniscentrum voor zorgverleners in de oncologische zorg [internet]. <http://www.iknl.nl>, geraadpleegd september 2012.
- 2 Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT). Larynxcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 3.0 [internet]. Integraal Kankercentrum Nederland, 2010. <http://oncoline.nl/larynxcarcinoom>, geraadpleegd september 2012.
- 3 Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT). Mondholte- en orofarynxcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 1.4 [internet]. Integraal Kankercentrum Nederland, 2004. <http://oncoline.nl/mondholte-en-orofarynxcarcinoom>, geraadpleegd september 2012.
- 4 Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT). Hypofarynxcarcinoom: Landelijke richtlijn, versie 2.0 [internet]. Integraal Kankercentrum Nederland, 2010. <http://oncoline.nl/hypofarynxcarcinoom>, geraadpleegd september 2012.
- 5 Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. HPV-associated head and neck cancer: A virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010;11:781-9.
- 6 Yoshizaki T, Ito M, Murono S, Wakisaka N, Kondo S, Endo K. Current understanding and management of nasopharyngeal carcinoma. *Auris Nasus Larynx* 2012;39:137-44.

Nico van Duijn

Drinkers

In de weekenddienst zien we nogal eens wanhopige drinkers. Diepellendige mensen, soms drammerig, soms dronken, soms alleen maar huilend. Allemaal willen ze een snelle oplossing, van een ander, op dit moment. Ze eisen als het ware prompte genezing op zaterdagavond elf uur. Ze irriteren ons daarmee nogal. Triest is het wel. Ze kunnen geen kant meer op, want alles is kapot: huwelijk, ouderschap, vriendschappen, familiere-laties, baan, fitheid en uiterlijk. Drinkers zijn er in twee soorten, met beschadigd DNA of met een beschadigde ziel.

Er zijn families waarin vrijwel iedereen een alcoholist wordt. Ze hebben aanleg

voor alcoholverslaving. Die gaan drinken op hun dertiende en zijn zwaar verslaafd op hun zestiende. De andere groep drinkers heeft zoveel narigheid meegemaakt dat ze verdoving zoeken. Flink drinken helpt dan geweldig. Al dat geweld in hun jeugd, die verkrachtingen, van jongs af aan afwijzing van alle volwassen mensen, die hele voorgeschiedenis lost op in de alcohol.

Vaak zal het beide zijn, aanleg voor verslaving en littekens op de ziel. Die ziel blijft gekwetst worden, want drinkers zoeken elkaar op. Het wereldje houdt zichzelf in stand. Dat irritante eiserige is hetzelfde als wat ze met alcohol doen.

Ik wil nu opgenomen worden, want ik wil nu van dat nare gevoel af. Ze wensen van de hulpverlening net zo snel effect als van een paar biertjes. Tegelijk maakt die fles ze ziek, dat weten ze ook wel. De fles is de boosdoener. Daar moet de dokter wat aan doen. Ze vragen geen hulp voor zichzelf, behalve mededogen. Ze vragen behandeling voor de fles. Want die is hun ziekte. De fles moet worden opgenomen in de kliniek, gevangenisstraf erbij. De volgende keer zal ik dat eens voorstellen aan zo'n drinker. We nemen de fles op in de verslavingskliniek; pinpas en portemonnee erbij. De drinker kan gewoon thuisblijven. ■

