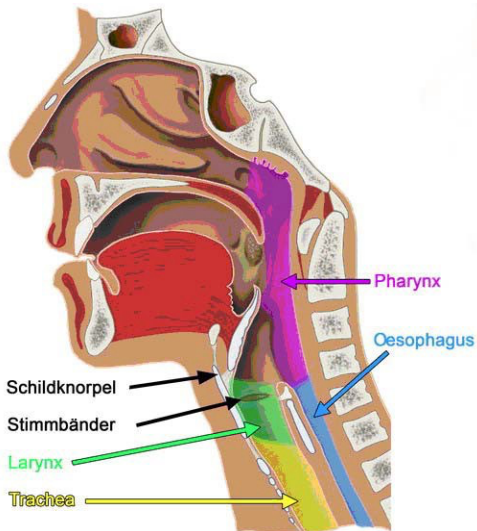


## TEILLARYNGEKTOMIE (KEHLKOPFTEILENTFERNUNG)

### 1 - Einführung

Der Kehlkopf besteht vor allem aus dem Schilddrüsenknorpel (Adamsapfel) und den Stimmlippen. Er ist vom Pharynx (oberer Verdauungstrakt) umgeben und befindet sich oberhalb der Trachea (obere Luftwege). Der Kehlkopf ermöglicht das Atmen (bringt Luft in die Trachea und die Lunge) sowie das Sprechen (durch Stimmlippenvibration/Schallschwingungen) und verhindert während des Schluckvorganges ein Eindringen von Speisen in die Luftröhre. Der Pharynx erlaubt die Nahrungspassage in die Speiseröhre. Bei kleinen Tumoren ist es nun möglich, nur einen Teil des Kehlkopfes zu entfernen. Man unterscheidet zwischen einer queren und einer senkrechten Kehlkopfteilentfernung. Bei der queren (supraglottischen) Kehlkopfteilentfernung bleibt die Stimmlippenebene erhalten und somit auch eine praktisch normale Stimmbildung. Das Schlucken ist aber etwas erschwert. Bei der senkrechten (suprakrikoidalen) Kehlkopfteilentfernung bereitet das Schlucken zwar wenig Probleme, die Stimmqualität ist aber deutlich beeinträchtigt mit Heiserkeit bis zu annäherndem Stimmverlust.



### 2 - Operationsindikation

Die weitaus häufigste Ursache für eine Kehlkopfentfernung ist ein Kehlkopfkrebs. Wenn der Krebs noch nicht sehr fortgeschritten ist und anatomisch günstig liegt, kann nur eine Teilentfernung des Kehlkopfes möglich sein. Wenn der Tumor streng auf eine Kehlkopfhälfte beschränkt ist, wird eine senkrechte (frontolaterale) Kehlkopfteilentfernung durchgeführt. Wenn aber der Tumor oberhalb der Stimmlippen liegt, dann wird eine quere (supraglottische) Kehlkopfteilentfernung ausgeführt.

### 3 - Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Diese Operation wird von der Grundversicherung Ihrer Krankenkasse übernommen.

### 4 - Operationsablauf

Die Teillaryngektomie (Kehlkopfteilentfernung) wird in Vollnarkose durchgeführt.

Bei der queren (supraglottischen) Kehlkopfteilentfernung wird der Schilddrüsenknorpel nach einem horizontalen Hautschnitt am Hals freigelegt und seine obere Hälfte zusammen mit der Schleimhaut im Kehlkopfinnenraum knapp oberhalb beider Stimmlippen vom restlichen Kehlkopf abgetrennt. Der Kehlkopf wird nach oben verlagert, wobei der Schilddrüsenknorpelrest mit dem Zungenbein und/oder am Zungengrund verbunden wird.

Bei der senkrechten (suprakrikoidalen) Kehlkopfteilentfernung werden der Schilddrüsenknorpel und der Ringknorpel nach einem horizontalen Hautschnitt am Hals freigelegt, der Kehlkopf wird vertikal in der Mittellinie eröffnet. Auf der erkrankten Seite werden über einen zusätzlichen Schnitt im Schilddrüsenknorpel die Geschwulst und sämtliche Strukturen des Kehlkopfinnenraums (Stimm- lippe, Taschenfalte, umgebende Schleimhaut) entfernt.

Manchmal erfordert der Befund zusätzlich das Entfernen von Halslymphknoten (Neck dissection).

Am Ende des Eingriffs wird eine Magensonde gelegt zwecks Ernährung während der Heilungsphase (10-15 Tage).

Ausserdem muss meist ein Luftröhrenschnitt (Tracheotomie) vorgenommen und eine Atemkanüle in die Luftröhre eingelegt werden. Je nach Verlauf kann die Kanüle bereits nach 1-2 Wochen entfernt werden. Wir werden Ihnen ggf. genaue Hinweise zur Handhabung und Pflege der Kanüle geben.

Selten sind Erweiterungen des geplanten Eingriffs erforderlich. Damit solche medizinisch notwendigen Änderungen oder Erweiterungen (z.B. vollständige Entfernung des Kehlkopfes) aber während des gleichen Eingriffs erfolgen können, bedarf es Ihrer vorgängigen Einwilligung.

### 5 - Mögliche Komplikationen der Operation

*Medizinische Eingriffe, Untersuchungen oder Operationen am menschlichen Körper beinhalten, trotz Einhaltung aller vorgeschriebenen Sicherheitsvorkehrungen und medizinischer Fachkompetenz, immer ein gewisses Komplikationsrisiko.*

#### Frühkomplikationen

Eine **Blutung** mit Bluterguss kann vorkommen. In manchen Fällen ist dann eine Folgeoperation erforderlich. **Halsinfektionen** mit Abszessbildung (Eiteransammlung) sind selten. Meistens können sie mittels Antibiotika und lokaler Pflege behandelt werden.

Die postoperativen Schmerzen können im Allgemeinen mit regulären Schmerzmitteln gelindert werden.

Da im Halsbereich viele Nerven verlaufen, lässt sich eine Nervenschädigung trotz aller notwendigen Sorgfalt nicht ganz ausschliessen. Je nach betroffenem Nerv können auf dieser Seite unterschiedliche Komplikationen auftreten:

- unterer Ast des Gesichtsnerves: Schiefstellung des Mundes mit hängendem Mundwinkel;
- motorischer Zungennerv: Bewegungseinschränkung der Zunge;
- Halssympaticus (Grenzstrang): enge Pupille, enger Lidspalt, Fehlstellung des Augapfels;
- Zwerchfellnerv: Hochstand des Zwerchfelles mit Einschränkung der Lungenausdehnung;
- Schulterhebernerv: Einschränkung der Armbewegung über die waagrechte Position;
- Armnervengeflecht: Lähmungserscheinungen im Bereich des Armes und der Hand.

Die Teilchirurgie reduziert den Schutz der Atemwege durch den Larynx. Blut, Sekret oder Speisen können in die Luftröhre gelangen und eine Lungenentzündung verursachen, die mit Antibiotika behandelt

### Spätkomplikationen

Durch Gewebeerlust und Narbenbildung muss mit einer sichtbaren Formveränderung der Halsregion gerechnet werden. Eine durch Narbenbildung entstandene Verengung der Speiseröhre, Luftröhre oder am Schlund kann zu erheblichen Schluck- und Atemstörungen führen und muss ggf. im Rahmen einer Spiegelung erweitert bzw. operativ beseitigt werden.

Überschiessende Gewebebildung (Granulationspolypen) oder narbige Verwachsungen im Bereich der Naht können das Kehlkopffinnere verengen und Atembeschwerden und/oder eine „schlechte“ Stimmqualität zur Folge haben. Ein Korrekturingriff wird dann erforderlich.

Durch den Hautschnitt können im umliegenden Bereich der Haut **Gefühlsstörungen** entstehen, die in den meisten Fällen aber nur vorübergehend sind.

Wie bei jedem Hautschnitt kann es zu einer unschönen Narbenbildung kommen. **Die Narbe** kann breit, verdickt und kosmetisch störend (Keloid) sein. Dies ist jedoch selten der Fall und kann in der Regel ohne operative Massnahmen behandelt werden.

### Schwerwiegende Komplikationen (selten)

Ein **Todesfall** kann nach einer unkontrollierten Blutung, einer Verstopfung des Tracheostomas oder einer Lungenentzündung vorkommen.

Wiederholte **Aspirationen** können zur einer totalen Laryngektomie führen.

Teillaryngektomien werden meist bei einer Krebserkrankung durchgeführt. Ein Rezidiv ist aber immer möglich.

## 6 - Vor dem Eingriff

- lesen Sie dieses Informationsblatt aufmerksam durch und wenden Sie sich bei all Ihren Fragen an den Chirurgen;
- erkundigen Sie sich nach der genauen Diagnose und allfälligen alternativen Behandlungsverfahren;
- bringen Sie eine Liste der von Ihnen regelmässig eingenommenen Medikamente mit, insbesondere **Aspirin**, **Blutverdünner**, usw.;
- bitte erwähnen Sie unbedingt, falls Sie bisher schon allergische Reaktionen gezeigt haben, insbesondere auf Medikamente;

informieren Sie Ihren Chirurgen über alle bisherigen Halsoperationen;

- bringen Sie Ihre medizinischen Unterlagen für den Eingriff mit, insbesondere radiologische Untersuchungen;
- ein(e) Logopäde(in) wird für die Stimm- und Schluckrehabilitation zuständig sein und Ihnen die Rehabilitationstechniken erklären; er(sie) wird Ihnen auch ein Treffen mit einer Person ermöglichen, die eine ähnliche Operation hatte;
- eine Voruntersuchung durch den Narkosearzt ist unerlässlich. Der Narkosearzt ist auch Ihr Ansprechpartner, um all Ihre Fragen zu seinem Fachbereich zu beantworten. Erkundigen Sie sich nach den allgemeinen Narkoserisiken und insbesondere den Risiken in Ihrem Fall;
- für mehrere Stunden vor der Narkose müssen Sie nüchtern bleiben (weder trinken noch essen). Genauere Zeitangaben werden Ihnen vom Narkosearzt oder vom Chirurgen mitgeteilt.

## 7 - Nach dem Eingriff

### im Spital:

- Sie werden im Aufwachsraum für einige Stunden überwacht und danach auf Ihr Zimmer gebracht;
- für einige Tage muss ein Kopf- und Halsverband getragen werden;
- die Wunddrainagen können einige Tage in der Wunde verbleiben;
- informieren Sie die zuständige Pflegefachperson bei starken Schmerzen. Schmerzmittel stehen Ihnen bei Bedarf zur Verfügung;
- die Tracheotomiepflege (Reinigung, Sekrete absaugen) beginnt sofort;
- die Ernährung erfolgt in der Regel zu Beginn durch eine Magensonde. Ab wann die Nahrungsaufnahme wieder durch den Mund erfolgen darf, wird vom Chirurgen festgelegt, bis dahin dürfen Sie nichts per Mund zu sich nehmen;
- die Stimm- und Schluckrehabilitation wird in einigen Tagen mit dem(der) Logopäden(in) beginnen;
- nehmen Sie wie gewohnt Ihre Dauermedikation ein; Medikamente wie **Aspirin**, **Blutverdünner**, usw. müssen Sie jedoch vorgängig mit dem Chirurgen besprechen;
- die Dauer des Spitalaufenthaltes beträgt 7-14 Tage.

### zu Hause:

- vermeiden Sie 3-4 Wochen nach dem Eingriff körperliche Anstrengungen;
- falls die Tracheotomie noch vorhanden ist:
- schützen Sie das Tracheostom (tracheale Eröffnung) vor Fremdkörpern mit einem Halstuch oder einem Filter;
- saugen Sie tracheale Sekrete ab und inhalieren Sie regelmässig;
- passen Sie auf, dass kein Wasser beim Duschen oder Baden ins Tracheostoma gelangt;
- vermeiden Sie direkte Sonnenbestrahlung der Wunde während 6 Monaten;
- die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Intervalle der Arztbesuche nach der Operation werden von Ihrem behandelnden Chirurgen festgelegt;
- Ihr Hausarzt wird einen Austrittsbericht erhalten. Auf Wunsch kann Ihnen ebenfalls eine Kopie zugestellt werden.

**Kontaktdaten**

Telefonnummer Spital:

Telefonnummer Arzt:

**Wichtige PatientInneninformationen:**

Narkose:

Operationsdauer:

Spitalaufenthaltsdauer:

Rekonvaleszenz/Genesungsdauer:

Sonstiges: