

Samenvatting zorgverleners

Module	Screening & monitoring voor zorgondersteuning
	Uitgangsvraag
	Wanneer en hoe dienen patiënten met hoofd-halskanker gescreend en/of gemonitord te worden op noodzaak en hun behoefte aan ondersteunende zorg, prehabilitatie en/of revalidatie?
	Aanbeveling
	1. Gebruik structureel PROMs ter screening en monitoring van hoofd-halskanker-specifiek functieverlies, condities en/of co-morbiditeit op vaste meetmomenten of conditioneel (Tabel 1). 2. Gebruik PROMs waaronder die van de DHNA voor alle patiënten met hoofd-halskanker op de volgende tijdstippen: vóór de start van de oncologische behandeling, en op 3, 6, 12, 24 en 60 maanden na afloop van de behandeling, of conform advies in Tabel 1. Integreer deze afnames bij voorkeur in het elektronisch patiëntendossier (EPD) binnen het zorgpad. 3. Voer bij iedere patiënt een triagegesprek door een daartoe opgeleide zorgprofessional (zoals een verpleegkundig specialist, physician assistant of casemanager) om de PROM-resultaten, aanvullende factoren en contextuele informatie te identificeren die mogelijk niet zichtbaar zijn in de PROM-resultaten. Gebruik dit gesprek ook om de indicatie voor verwijzing naar ondersteunende zorg, prehabilitatie en/of revalidatie te bepalen. 4. Integreer de PROM-resultaten en het triagegesprek in de besluitvorming tijdens het medisch MDO bij oncologische diagnostiek, stadiering en behandelplanning. Indien sprake is van problematiek op meerdere domeinen, bespreek dit aanvullend in een revalidatie MDO. 5. Pas het matched care-principe toe bij verwijzing naar ondersteunende zorg, prehabilitatie en/of revalidatie. Wijs patiënten toe aan zorg op basis van de ernst en complexiteit van de klachten: a. Eerstelijnszorg bij generieke klachten b. Gespecialiseerde (para)medische zorg binnen een hoofd-halscentrum bij enkelvoudige of domeinspecifieke problematiek c. Multidisciplinaire Medisch Specialistische Oncologische Revalidatie (MSOR) bij complexe, meervoudige problematiek. 6. Informeer patiënten en hun naasten en/of mantelzorgers tijdig en adequaat over mogelijke oncologische behandelopties, verwachte uitkomsten en impact op kwaliteit van leven. Gebruik PROM-resultaten ter ondersteuning van het gedeelde besluitvormingsproces en versterk het zelfmanagement van de patiënt. 7. Besteed aandacht aan digitale toegankelijkheid voor patiënten bij het implementeren van PROMs en zorg voor ondersteuning bij lage digitale vaardigheden.

Module	Stem- en spraakfunctiebehoud via prehabilitatie en revalidatie
	Uitgangsvraag
	Wat is het optimale behandelprotocol voor stem- en spraakfunctiebehoud of -herstel (startende voor, tijdens of na de kankerbehandeling) in geval van te verwachten stem- en spraakproblemen na hoofd-hals oncologische behandeling?
	Aanbeveling
	Verwijs patiënten met hoofd-halskanker die na hun oncologische behandeling stem- en/of spraakproblemen ervaren en recidievrij zijn naar een logopedist uit het interdisciplinaire hoofd-halsteam of een logopedist met ervaring in hoofd-halskanker uit het eerstelijns gezondheidsnetwerk. Verwijs patiënten voorafgaande een (faryngo)laryngectomie naar een logopedist uit het interdisciplinaire hoofd-halsteam voor informatie over de substitutie stem/spraak. Verwijs patiënten met substitutie stem/spraakproblemen na een (faryngo)laryngectomie in eerste instantie naar een logopedist uit het interdisciplinaire hoofd-halsteam. Overweeg zorgvuldig het specifieke doel en de intensiteit van de revalidatie, de belastbaarheid en motivatie van de patiënt met betrekking tot revalidatie en de anatomische veranderingen als gevolg van de oncologische behandeling, in nauwe samenwerking met de KNO-arts/laryngoloog, de logopedist en het interdisciplinaire hoofd-halsteam. Verwijs patiënten die in hun voorgeschiedenis behandeld zijn voor hoofd-halskanker en symptomen of aanwijzingen voor belastende (late) gevolgen van (substitutie) stem- en/of spraakproblemen laten zien (psychosociale gevolgen, moeilijkheden met re-integratie, etc.) voor nadere diagnostiek en behandeladvies naar de betreffende zorgprofessional(s) (MMW – psycholoog, bedrijfsarts, etc.) in de 2e of 3e lijn bij voorkeur in nauwe samenwerking met het interdisciplinaire hoofd-halsteam (zie hiervoor Module Screening & monitoring voor zorgondersteuning en Module Werkhervatting).
Module	Slikfunctiebehoud via prehabilitatie en revalidatie
	Uitgangsvraag
	Wat is het optimale behandelprotocol voor slikfunctiebehoud of -herstel (startende voor, tijdens of na de kankerbehandeling) in geval van te verwachten slikproblemen na hoofd-hals oncologische behandeling?
	Aanbeveling
	Verwijs patiënten met hoofd-halskanker die vóór, tijdens of na hun oncologische behandeling slikproblemen ervaren naar een logopedist uit het interdisciplinaire hoofd-halsteam of naar een KNO-arts/laryngoloog uit de tweede of derde lijn en/of logopedist met ervaring in hoofd-halskanker uit het eerstelijns gezondheidsnetwerk. Overweeg zorgvuldig het specifieke doel en de intensiteit van de slikprehabilitatie en revalidatie, de belastbaarheid en motivatie van de patiënt met betrekking tot prehabilitatie en revalidatie en de anatomische veranderingen als gevolg van de oncologische behandeling, in nauwe samenwerking met de KNO-arts/laryngoloog, de logopedist en het interdisciplinaire hoofd-halsteam. Verwijs patiënten met hoofd-halskanker en symptomen of aanwijzingen voor complicaties van slikstoornissen vóór, tijdens of na de oncologische behandeling (ondervoeding, psychosociale gevolgen van dysfagie, recidiverende luchtweginfectie,

	moelijkheden met re-integratie, etc.) voor nadere diagnostiek en behandeladvies naar de betreffende zorgprofessional(s)(diëtist, MMW – psycholoog, internist, bedrijfsarts, etc.) in de 2e of 3e lijn bij voorkeur in nauwe samenwerking met het interdisciplinaire hoofd-halsteam (zie hiervoor Module Screening & monitoring voor zorgondersteuning en Module Werkhervatting).
Module	GLIM criteria
	Uitgangsvraag
	Wat is de plaats van de GLIM criteria voor het diagnosticeren van ondervoeding bij patiënten met hoofd-halskanker?
	Aanbeveling
	Streef naar de implementatie en het routinematig gebruik van de GLIM criteria als gestandaardiseerde en betrouwbare methode voor de diagnostiek van ondervoeding bij patiënten met hoofd-halskanker die op basis van een gevalideerd screeningsinstrument een verhoogd risico op ondervoeding hebben (zie Module Screening & monitoring voor zorgondersteuning). De richtlijnwerkgroep beveelt het gebruik van een BIA-apparaat aan voor de meting van vetvrije massa (spiermassa), volgens een gestandaardiseerde werkwijze, als onderdeel van de GLIM criteria. Streef naar de implementatie en toepassing van de GLIM criteria voor het beoordelen en monitoren van het effect van dieetbehandeling bij patiënten met hoofd-halskanker, om zo de effectiviteit van voedingsinterventies systematisch te evalueren. Zorg ervoor dat de metingen binnen de GLIM criteria worden uitgevoerd door daartoe getrainde zorgprofessionals, zoals diëtisten of oncologieverpleegkundigen. Laat het stellen van de diagnose ondervoeding en de opstelling en uitvoering van het dieetbehandelplan verrichten door een diëtist met expertise in hoofd-halskanker.
Module	Gecombineerde beweeg- en voedingsinterventie
	Uitgangsvraag
	Welke gecombineerde beweeg- en voedingsinterventies ter preventie of behandeling van ondervoeding en sarcopenie worden aanbevolen voor patiënten met hoofd-halskanker?
	Aanbeveling
	Overweeg zorgvuldig het specifieke doel en de intensiteit van een gecombineerde prehabilitatie- of revalidatie interventie (gecombineerde beweeg- en voedingsinterventie voor fysieke fitheid), de tolerantie en motivatie van de patiënt met betrekking tot een gecombineerde prehabilitatie- of revalidatie interventie, in nauwe samenwerking met een gespecialiseerde diëtist en fysiotherapeut binnen het interdisciplinaire hoofd-halsteam (zie Module Screening & monitoring voor zorgondersteuning, Module GLIM criteria, Module Predictiemodel profylactische gastrostomie). Verwijs patiënten met hoofd-halskanker pas door naar het eerstelijns gezondheidsnetwerk voor een gecombineerde prehabilitatie- of revalidatie interventie na counseling door een gespecialiseerde diëtist en fysiotherapeut uit het interdisciplinaire hoofd-halsteam. Betrek patiënten met hoofd-halskanker actief bij bovenstaande besluitvorming met betrekking tot haalbaarheid en acceptatie van een gecombineerde prehabilitatie- of revalidatie interventie.

Module	Predictiemodel profylactische gastrostomie
	Uitgangsvraag
	Wat is de waarde van het gebruik van een predictiemodel voor het plaatsen van een profylactisch gastrostoma bij patiënten die worden behandeld met radiotherapie met of zonder radiosensitizer?
	Aanbeveling
	Overweeg het gebruik van een predictiemodel voor de profylactische plaatsing van een voedingssonde voorafgaande aan radiotherapie met of zonder radiosensitizer, om patiënten te informeren en te betrekken in shared decision-making. Neem hierbij het ontbreken van actuele bewijsvoering voor deze modellen mee in de besluitvorming samen met de patiënt.
Module	Orale vocht- en voedingsinname na hoofd-halschirurgie
	Uitgangsvraag
	Wanneer en op welke wijze kan de orale vocht- en voedingsinname veilig worden opgestart na hoofd-hals oncologische chirurgie?
	De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen: 1. Wanneer en op welke wijze kan de orale vocht- en voedingsinname veilig worden opgestart na hoofd-hals oncologische chirurgie bij patiënten die een (faryngo) laryngectomie hebben ondergaan, al dan niet met (vrije) lapreconstructie? 2. Wanneer en op welke wijze kan de orale vocht- en voedingsinname veilig worden opgestart na uitgebreide hoofd-hals oncologische chirurgie bij patiënten die een mondholtprocedure met (vrije) lapreconstructie hebben ondergaan?
	Aanbeveling 1
	• Overweeg om na een primaire of salvage (faryngo) laryngectomie met of zonder (vrije) lapreconstructie vroegtijdig (binnen 24 uur tot 5 dagen postoperatief) te starten met orale vocht- en voedingsinname naast sondevoeding. • Start alleen als de patiënt klinisch stabiel, helder en instrueerbaar is en een goede integriteit van de lapreconstructie heeft. • Wees alert op tekenen van fistelvorming; indien er twijfel bestaat, kan aanvullende beeldvorming (zoals een sliktest met methyleenblauw in water of een slikfoto met bijv. Ultravist of Omnipaque) duidelijkheid geven. • Overweeg om de orale vocht- en voedingsinname uit te stellen om lekkage van drank en voeding naar de hals te voorkomen bij twijfel over de wondgenezing of fistelvorming. • Houd rekening met beperkte tolerantie voor vastere voeding; betrek altijd een ervaren diëtist bij de start en uitbreiding van orale inname en simultane afbouw van sondevoeding (zie Module GLIM criteria). • Raadpleeg een ervaren logopedist indien er slikproblemen worden ervaren bij het starten en/of uitbreiden van orale vocht- en voedingsinname.

Module	Aanbeveling 2
	Overweeg om na een excisie met een (vrije) lapreconstructie van een uitgebreid mondholtcarcinoom vroegtijdig (na 24 uur en binnen 5 dagen postoperatief) te starten met orale vocht- en voedingsinname naast de sondevoeding. Start alleen als de patiënt klinisch stabiel, helder en instrueerbaar is, een goede integriteit van de lapreconstructie heeft en na beoordeling van de slikfunctie door een ervaren logopedist of verpleegkundige <u>en</u> in samenwerking met de mondhygiënist (zie Module Slikfunctiebehoud via prehabilitatie en revalidatie en de Richtlijn Orofaryngeale Dysfagie – Startpagina - Orofaryngeale dysfagie - Richtlijn - Richtlijnen database). Betrek ook altijd een ervaren diëtist bij de start en uitbreiding van orale inname en simultane afbouw van sondevoeding (zie Module GLIM criteria).
	Start voorzichtig met orale inname, bijvoorbeeld met een free water protocol en bouw vervolgens geleidelijk op naar dik vloeibare (IDDSI 3) en glad gemalen voeding (IDDSI 4), conform lokale protocollen en afhankelijk van het individuele herstel van de slikfunctie. Eventuele postoperatieve beperkingen zoals een tracheotomie is hierbij geen contra-indicatie. Extra controle op de veiligheid van de slikfunctie wordt bij een tracheotomie wel aanbevolen.
	Wees alert op tekenen van fistelvorming; indien er twijfel bestaat, kan aanvullende beeldvorming (zoals een sliktest met methyleenblauw in water of een slikfoto met bijv. Ultravist of Omnipaque) duidelijkheid geven.
	Overweeg om de orale vocht- en voedingsinname uit te stellen (>5 dagen postoperatief) om lekkage van drank en voeding naar de hals te voorkomen bij twijfel over de wondgenezing of fistelvorming, bij ernstige zwelling in de mond/keelholte, het hebben van een gecuffte tracheacanule en na zeer uitgebreide ingrepen of reconstructies.
	Zorg dat er duidelijke afspraken zijn over het moment van cuff deflatie en het starten van de orale vocht- en voedingsinname.
	Overweeg in geval van ernstige dysfagie een beoordeling middels slikbeeldvorming door een specialist zoals een laryngoloog en/of gespecialiseerd logopedist (zie Module Slikfunctiebehoud via prehabilitatie en revalidatie).
Module	Chyluslekkage na hoofd-halschirurgie
	Uitgangsvraag
	Wat is de aangewezen behandeling bij chyluslekkage na een chirurgische ingreep in het halsgebied bij patiënten met hoofd-halskanker
	Aanbeveling
	Overweeg het gebruik van het door de richtlijnwerkgroep opgesteld consensus-gebaseerd stappenplan met aanbevelingen: Peroperatieve chyluslekkage Behandel een peroperatieve lekkage van de ductus thoracicus onmiddellijk door de ductus proximaal af te binden en/of het defect te bedekken met een (spier)lap. Baseer het al dan niet voorschrijven van een preventief, triglyceriden-gemodificeerd dieet op de peroperatieve bevindingen van de chirurg. Bespreek bij twijfel over het risico op lekkage de voor- en nadelen van een preventief dieet met de patiënt, en neem een besluit op basis van gedeelde besluitvorming.

	Postoperatieve chyluslekkage met geringe productie Zet conservatieve therapie (triglyceriden-gemodificeerd dieet: LCT-beperkt, MCT-verrijkt dieet) in bij een postoperatieve chyluslekkage met een geringe productie (< 500 ml per 24 uur). Schakel hierbij een diëtist in voor advies over de juiste productkeuzes, de volwaardigheid van het dieet, rekening houdend met het risico op een ontoereikende inname van macro- en micronutriënten. Zo nodig kunnen aanvullende (MCT) dieetpreparaten worden voorgeschreven. Overweeg het ondersteunende gebruik van octreotide. Pas achtereenvolgens (semi-)elementaire sondevoeding, een niets per os dieet, enkel helder vloeibaar per os, of TPV toe in geval van onvoldoende therapietrouw, een inadequate voedingsinname per os, of een gebrek aan effect op en/of een blijvende productie van chylus. Postoperatieve chyluslekkage met ernstige productie Overweeg chirurgische of radiologische interventie bij ernstige of langdurige postoperatieve chyluslekkage (> 1000 ml per 24 uur). Raadpleeg bij voorkeur een gespecialiseerd centrum dat dit type radiologische interventies aanbiedt voor overleg en verdere behandeling. Besprek met de patiënt of voortzetting van een triglyceriden-gemodificeerd dieet in de thuissituatie geïndiceerd is. Ga na of dit haalbaar is voor zowel de patiënt als de naasten of mantelzorger(s).
Module	Preventie radiatieschade
	Uitgangsvraag
	Wat is de drempel-bestralsingsdosis (Gy, cGy) bij patiënten met hoofd-halskanker om gebitselementen profylactisch te moeten gaan verwijderen ter preventie van osteoradionecrose?
	Aanbeveling
	Maak binnen het hoofd-halscentrum duidelijke afspraken over de keuze tussen het handhaven van de bestaande drempeldosis van 40 Gy voor profylactische tandextracties, conform het schema van Schuurhuis (2018), of het conformeren aan de drempeldosis van 50 Gy zoals aanbevolen in de ISOO-MASCC-ASCO-richtlijn. Maak per patiënt een individuele inschatting rekening houdend met diverse factoren, zoals: • Tandheelkundige factoren: volgens het schema van Schuurhuis (2018). • Patiëntfactoren: hogere leeftijd, hogere BMI, gebruik van steroïden, rookgedrag, mondhygiëne, motivatie en mate van coöperatie, wensen van patiënt. • Beschikbare tijd tot de start van de radiotherapie. • Gebruik van een chemotherapie. Nauw overleg tussen de radiotherapeut en het mondzorgteam is essentieel om een optimaal behandelplan te realiseren, gericht op behoud van een zo goed mogelijke kauwfunctie. Dit mondzorgteam bestaat bij voorkeur uit: • Een tandarts- maxillofaciale prothetiek (MFP) • Een mondhygiënist met expertise in hoofd-halsoncologie

	• Een MKA-chirurg Samenwerking tussen deze disciplines biedt de beste kans op een plan dat zowel het risico op osteoradionecrose minimaliseert als de functionele en kwalitatieve uitkomsten voor de patiënt optimaliseert. Informeer de patiënt over de afweging tussen het minimaliseren van het risico op osteoradionecrose en het behoud van een zo optimaal mogelijke kauwfunctie, zodat in samenspraak met de patiënt een weloverwogen beslissing kan worden genomen (zie ook Module Prothetisch herstel bij hoofd-hals-oncologische behandeling).
Module	Prothetisch herstel
	Uitgangsvraag
	Wat is het beste moment voor het plaatsen van implantaten in het hoofd-halsgebied ter ondersteuning van de prothetische rehabilitatie bij patiënten met hoofd-halskanker? De uitgangsvraag bestaat uit de volgende deelvragen: 1. Wat is het beste moment voor het plaatsen van intra-orale implantaten ter ondersteuning van de prothetische rehabilitatie bij patiënten met hoofd-halskanker? 2. Wat is het beste moment voor het plaatsen van extra-orale implantaten in het hoofd-halsgebied ter ondersteuning van de prothetische rehabilitatie (anaplastologie) bij patiënten met hoofd-halskanker? Anaplastologie is een paramedisch specialisme die zich richt op het vervaardigen van epithesen ter vervanging van externe lichaamsdelen, met name in het gelaat, bij congenitale afwijkingen, na trauma of chirurgische ingrepen.
	Aanbeveling
	Beoordeel bij iedere patiënt met hoofd-halskanker tijdens het pre-therapeutische diagnostische proces in nauwe samenwerking met een gespecialiseerd MKA-chirurg, tandarts- maxillofaciale prothetiek (MFP), tandtechnicus-MFP of anaplastoloog en mondhygiënist binnen het interdisciplinaire hoofd-hals team, de mogelijkheid tot plaatsing van intra-orale en/of extra-orale implantaten bij voorkeur tijdens de chirurgie of panendoscopie onder narcose ter ondersteuning van de toekomstige prothetische rehabilitatie. De prothetisch-herstel coördinerend tandarts-MFP bespreekt met de patiënt – in het kader van gedeelde besluitvorming – de mogelijke gevolgen van de behandeling op de slik-, spraak- en kauwfunctie (bij intra-orale implantaten) dan wel op de esthetiek, retentie van prothese, gehoor en neusademhaling (bij extra-orale implantaten), evenals de impact hiervan op de kwaliteit van leven.
Module	Werkhervatting
	Uitgangsvraag
	Hoe dient de samenwerking en communicatie tussen enerzijds de specialisten arbeid en gezondheid, medisch specialistische revalidatiegeneeskunde en anderzijds de hoofd-halsoncologie gerelateerde medisch specialisten te worden vormgegeven om arbeidsparticipatie (eerst terugkeer naar werk) van hoofd-halsoncologische patiënten te bevorderen? De uitgangsvraag omvat de volgende deelvragen: • Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor terugkeer naar werk voor patiënten met een hoofd-halstumor? • Hoe dient samenwerking en communicatie m.b.t. arbeidsgerichte zorg te worden vormgegeven voor patiënten met een hoofd-halstumor?

	Aanbeveling 1
	Maak gebruik van de bevorderende en belemmerende factoren zoals beschreven in tabel 2A en 2B om reeds bij de diagnose en vóór de start van de oncologische behandeling verdiepende vragen te stellen aan de patiënt over factoren die van invloed kunnen zijn op de terugkeer naar werk. Dit stelt zorgverleners in staat om tijdig de juiste zorg in te zetten.
	Aanbeveling 2
	Voor samenwerking met betrekking tot arbeidsgerichte zorg, zie: Organisatie van arbeidsgerichte zorg - Richtlijn - Richtlijnen database. Voor een juiste uitwerking hiervan is het van belang dat: • Bespreek als medisch specialist (hoofdbehandelaar) proactief de participatie, het beroep en de werkzaamheden met de patiënt. • Rapporteer in de informatieoverdracht naar bedrijfs- en verzekeringsartsen de specifieke behoeften en belastbaarheid van de patiënt. Dit omvat een duidelijke beschrijving van de medische adviezen in de ontslagbrief die relevant zijn voor de belastbaarheid en de terugkeer naar werk. • Communiceer via de patiënt, aangezien dit vooralsnog de meest eenvoudige en efficiënte route is (bij voorkeur per brief). Direct contact opnemen met de bedrijfsarts kan ook indien de patiënt hiermee schriftelijk instemt. • Bespreek als medisch specialist (hoofdbehandelaar) proactief arbeidsparticipatie en verbind de patiënt met relevante professionals op het gebied van arbeid en gezondheid.