

CÂNCER DE LARINGE E FONOAUDIOLOGIA

Tatiane Almeida de Freitas ¹

Cinthy daSilva Lynch ²

Heloisa Maria Machado e Silva ³

RESUMO:

A laringectomia é uma cirurgia muito delicada, visto que promove a retirada de um órgão essencial para fala, a laringe.

A fala é o principal meio de comunicação do indivíduo e quando este se vê desprovido da mesma cai num mundo de silêncio, tendendo a se isolar tanto da sua vida social quanto da profissional.

O fonoaudiólogo é o profissional apto a reabilitar o paciente laringectomizado, ou seja, a trazer de volta a esse paciente uma maneira de se comunicar.

Portanto, a comunicação oral proporcionada a este paciente, irá readaptá-lo à sociedade, lhe promovendo uma melhor qualidade de vida.

ANATOMOFISIOLOGIA DA LARINGE

A laringe é um órgão que possui cerca de 5 cm de comprimento, situa-se na região infra-hióidea do pescoço, entre a 4ª e a 6ª vértebra cervicais, conectando-se à traquéia. Anatomicamente é formada por um arcabouço cartilaginoso (esqueleto da laringe) composto pelas cartilagens: tireóide, cricóide, aritenóides, corniculadas, cuneiformes, tritíceas e epiglote. Juntamente a estas cartilagens está a musculatura da laringe, que divide-se em intrínseca: aritenóides, cricoaritenóides posteriores e laterais, interaritenóide, tireoaritenóide e cricotireóides. E musculatura extrínseca: esternoiídeo, tireoiídeo,

omoiídeo, genioiídeo, miloiídeo, estiloídeo e constritor inferior.

A laringe compõe o sistema respiratório e o sistema digestivo, sendo também de suma importância para a fonação. É um órgão que apresenta três importantes funções: proteção, respiração e fonação.

A proteção das vias aéreas inferiores, é realizada através do impedimento da entrada

de líquidos e alimentos, onde ocorre o mecanismo de fechamento da entrada da laringe e da glote e da produção do reflexo de tosse. A respiração ocorre associada a abertura da glote, regula as trocas gasosas com os pulmões, ajudando a manter o equilíbrio ácido-básico. Já a fonação é feita através da passagem de ar pela laringe e a vibração das pregas vocais.

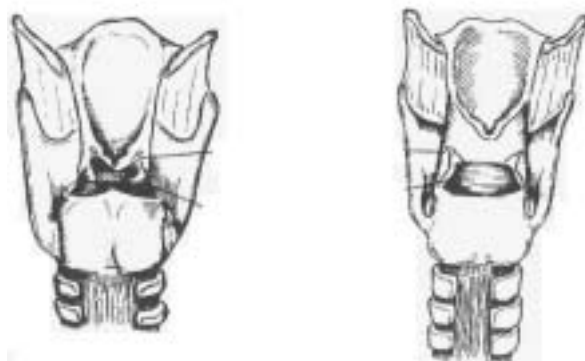


Figura 1 – Anatomia da Laringe (FRANÇOIS LE HUCHE, 1999, P.132)

¹ Aluna do 4º ano do curso de Fonoaudiologia da UNAMA, monitoria das disciplinas Audiologia I e II

² Fonoaudióloga Clínica com Especialização em Linguagem pela USP-SP

³ Fonoaudióloga com Especialização em Linguagem Humana pela UNAMA

O CÂNCER DE LARINGE ETIOLOGIA

O câncer de laringe é uma neoformação tissular de caráter maligno, na mucosa laríngea, que invade e destrói outros tecidos. O câncer pode classificar-se em primário ou secundário: o primário, pode se difundir pela penetração direta no tecido vizinho, havendo o perigo de após ser retirado rescindir perto do local original. Já o secundário, surge a partir do envolvimento das glândulas linfáticas, o que pode levar ao comprometimento do restante do organismo, por meio de metástases linfáticas, ocorrendo apenas quando houver uma invasão considerável da laringe.

Dentre os cânceres da região da cabeça e pescoço, o câncer de laringe é um dos mais incidentes, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas, ocupando o 7º lugar entre os que mais incidem na população brasileira. Aproximadamente 2/3 desses tumores surgem na prega vocal verdadeira e 1/3 acomete a laringe supraglótica.

O começo do câncer geralmente é insidioso e lento, podendo ser bastante longo e silencioso. O sintoma mais comum é rouquidão intensa e constante, sem causa aparente, disfagia (dificuldade para deglutir sólidos, líquidos e pastosos), dispnéia (dificuldade para respirar), dor para falar, dor irradiada para a região auditiva, emagrecimento, palidez, insônia, dor inexplicável durante a deglutição, entre outros.

O Câncer de laringe ainda não apresenta uma etiologia totalmente conhecida, porém sabe-se, que existem estudos sobre determinados fatores que provam sua ligação ao câncer, como:

Hereditários ou fator genético, onde os gens podem ser susceptíveis a determinados iniciadores. Uma história familiar de câncer em geral aumenta o risco de desenvolvê-lo. Os fatores ambientais compartilhados podem contribuir para a concentração familiar.

O fumo, que é responsável por 90% das ocorrências do câncer de laringe. O tabaco é um dos mais potentes agentes carcinogênicos conhecidos, que o ser humano introduz voluntariamente no organismo, e na sua fumaça podem ser identificadas cerca de 4700 substâncias tóxicas (Ministério da Saúde/INCA). Sua malignidade dependerá de vários fatores, incluindo a frequência, a composição do cigarro, bem como a duração do hábito de fumar.

O abuso de bebidas alcoólicas também está relacionado ao câncer. O etanol poderia ativar substâncias carcinogênicas e alterar o metabolismo intracelular das células epiteliais, agravado com a coexistência de deficiências nutricionais. As bebidas alcoólicas ainda apresentam substâncias carcinogênicas, entre elas as nitrosaminas e os hidrocarbonetos.

Segundo Dias & Noronha

(1997), “os principais causadores do câncer de laringe, são o fumo e o álcool. Pesquisas com relação ao primeiro demonstram que no cigarro existe um hidrocarboneto encontrado no alcatrão (3-4 benzopireno) que é altamente cancerígeno.

Os autores também demonstram, estatisticamente, uma alta incidência do câncer de laringe em trabalhadores como: marceneiros, trabalhadores de fábricas de gases irritantes (gás mostarda nitrogenada), ligados com pó de óxido de ferro, vapores de ácido e etc.

TRATAMENTO

O tratamento dos cânceres da cabeça e pescoço pode causar problemas nos dentes, fala e deglutição. Quanto mais precoce for o diagnóstico, maior é a possibilidade de o tratamento evitar deformidades físicas e problemas psico-sociais. É necessária a avaliação de um grupo multidisciplinar composto de dentista, cirurgião-plástico, cirurgião plástico reconstrutivo, fonoaudiólogo, radioterapeuta, cirurgião e clínico no planejamento do tratamento, fase de reabilitação e avaliação dos resultados das modalidades terapêuticas utilizadas.

Em casos bem iniciais de câncer de laringe, há quem opte pelo tratamento radioterápico, com a finalidade de preservar a voz do paciente. Porém esta pode trazer conseqüências indesejáveis imediatas, como lesões da

mucosa e destruição da cartilagem, e efeitos tardios imprevisíveis, como fibrose das pregas vocais, que acabam comprometendo a produção vocal do paciente.

O tratamento cirúrgico chama-se laringectomia, que consta da extirpação, ou seja, retirada da laringe, que pode ser parcial, o que costuma implicar em alterações na produção vocal e/ou em dificuldades na deglutição, e laringectomia total, com a perda completa da voz. Em alguns casos de tumores mais avançados, a radioterapia, deverá ser usada como tratamento complementar à cirurgia.

Segundo Dias & Noronha (1997), as indicações para a realização da laringectomia total é um motivo de considerável controvérsia. As indicações atualmente, são selecionadas a partir de pacientes portadores de tumores T3 e T4, onde observa-se invasão na laringe e extralaringe.

Serão candidatas a cirurgia: 1. Portadores de tumores glóticos avançados com corda vocal fixa, envolvimento de prega interaritenóidea ou invasão de cartilagem/ extensão extralaringea; 2. Pacientes com tumores intermediários e mobilidade vocal preservada, porém apresentando extensão subglótica além dos limites dos procedimentos conservadores; 3. Pacientes portadores de lesões que através do ventrículo, tenham invadido a falsa corda e te-

nam se tornado translóticos; 4. Pacientes com doença residual ou recorrente após um procedimento parcial e/ou radioterapia, ou aqueles, que apesar da doença controlada, apresentam sérias complicações dos procedimentos terapêuticos empregados (condrites, aspiração crônica). (DIAS & NORONHA, 1997, P.113)

O tipo de procedimento cirúrgico a ser adotado é avaliado pelo cirurgião, levando em conta a relação custo e benefício do paciente, pois as seqüelas representam um grande impacto na sua vida. “Às vezes, quando a extensão do tumor é muito grande, é preferível preservar o órgão. Nesses casos, o tratamento mais adequado para controlar a doença é a combinação de radioterapia com quimioterapia”. (DIAS E NORONHA, 1997)

Após a intervenção cirúrgica, a conexão entre o aparelho respiratório e digestivo feita pela laringe é extinta, as pregas vocais, epiglote e cartilagens não mais estão presentes, modifican-

do assim o trajeto do ar respiratório e fonatório, que agora será dirigido ao traqueostoma, orifício encontrado na região anterior e média do pescoço, feito pelas mãos do cirurgião.

O orifício traqueal, traqueostoma, deve manter-se aberto durante todo o tempo pós-operatório, ou ao menos no início, daí a necessidade de uma cânula traqueal (tubo curvo, metálico ou de plástico com uma chapinha protetora de fixação). Esta tem como objetivo impedir o fechamento do orifício e ao mesmo tempo é uma auxiliar na cicatrização da fenda, assim como torna a respiração mais fácil.

Na inspiração do laringectomizado total o ar entra pelo traqueostoma, na expiração, o ar sai dos pulmões e passa novamente pelo traqueostoma. Assim, na respiração do laringectomizado total não há passagem de ar pela boca, o que torna independente a via digestiva (por onde passa a comida) das vias respiratórias (por onde passa o ar).

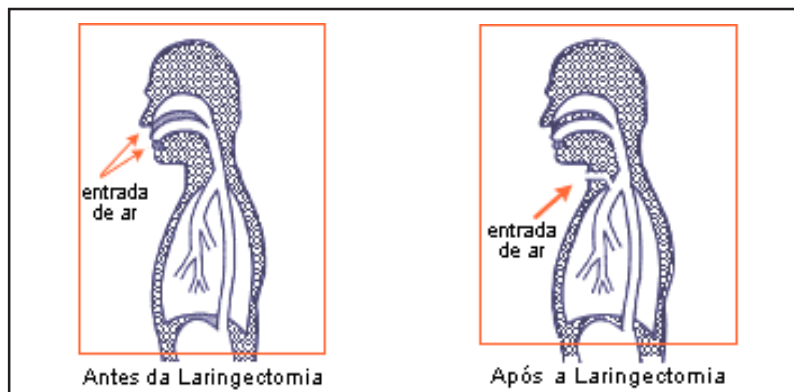


Figura 2 – Respiração pré e pós Laringectomia

Segundo Lofiego (1994), o paciente submetido a uma cirurgia como a laringectomia total, sente-se “mutilado” e acredita ser incapaz de comunicar-se oralmente após consumada a cirurgia em questão. Além disso, se sentem constrangidos, devido a alteração sofrida em sua parte estética, mais precisamente pelo traqueostoma que é visível. Portanto, o terapeuta e a família devem propiciar a esse paciente um ambiente favorável, com segurança e auto-estima.

ORIENTAÇÕES A PACIENTES E FAMILIARES

O paciente laringectomizado, devido sua fragilidade física e emocional, precisará de algumas orientações, que podem ser fornecidas pelo terapeuta responsável, à família e ao próprio paciente.

CUIDADOS QUE DEVEM SER TOMADOS COM O TRAQUEOSTOMA

O traqueostoma deve estar sempre protegido, impedindo a entrada de partículas de poeira ou corpos estranhos que possam chegar aos pulmões.

A traquéia deve ser protegida contra poeira com uma cobertura apropriada, prevenindo possíveis resfriados ou bronquite. Esta proteção pode ser feita com uma gaze dobrada “em forma de peitilho” ou pano de tulle de tergal. Este filtro evita a possibili-

dade de que, durante a respiração, uma corrente ou um sopro de ar escape, ocorrendo uma projeção de mucosidade em direção ao interlocutor.

A IMPORTÂNCIA DE LIMPAR A CÂNULA E COMO FAZER DA MELHOR MANEIRA

A higiene da cânula é importante pois evita que haja o acúmulo de secreção e que este derive em dificuldades respiratórias. A frequência da limpeza depende da quantidade de muco acumulado. A cânula pode ser limpa com uma escova cilíndrica, sabão neutro e água corrente, pelo menos uma vez por dia, conforme a ilustração (Figura 3):

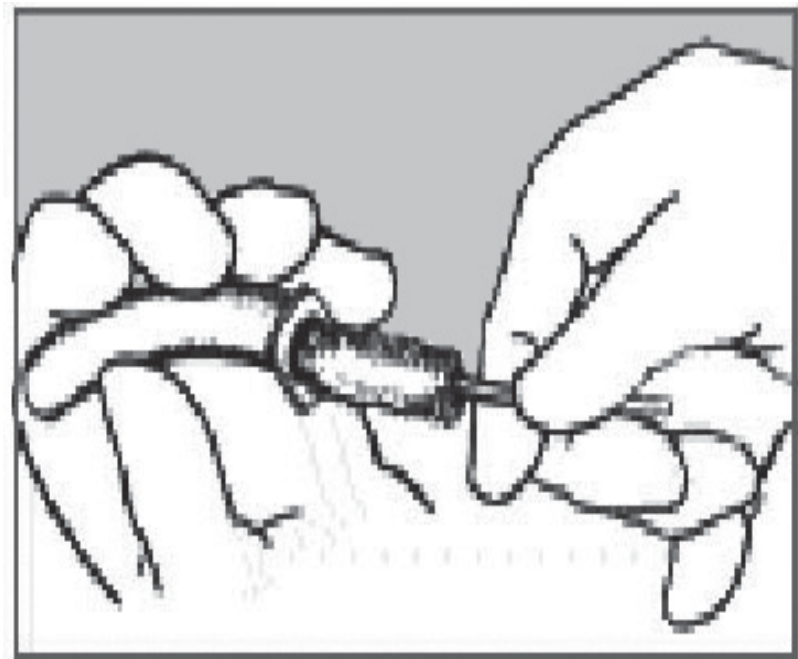


Figura 3 – Limpeza da Cânula

ALGUNS SINTOMAS QUE INDICAM O EXCESSO DE POEIRA NA TRAQUÉIA E COMO LIMPAR O TRAQUEOSTOMA

Normalmente, um acesso de tosse avisa o excesso de poeira, pois o mesmo provoca irritação. Outro sinal comum, aparece através da secreção que, após algumas horas, adquire uma coloração e uma consistência diferentes, tornando-se mais opaca e pegajosa.

Ao tossir, provocamos uma ação muscular que expulsa o muco mais facilmente, limpando assim o traqueostoma através da secreção expelida. Caso o paciente perceba vestígios de sangue no muco, deverá dirigir ao médico.

A MELHOR MANEIRA DE TOMAR BANHO

Durante o banho, é preciso cuidado para não deixar entrar água pelo traqueostoma. O próprio paciente com o tempo adequará uma posição, associando seu conforto e proteção. Abaixar a cabeça ou proteger o traqueostoma com a mão, ajuda (Ver Figura 4).

MEDIDAS QUE PODEM SER ADOTADAS EM RELAÇÃO AO TRABALHO E HÁBITOS DO PACIENTE

Desde que o trabalho esteja dentro das possibilidades e limitações do paciente e seu estado geral de saúde lhe permita, o mesmo poderá voltar a trabalhar, com aprovação do médico responsável.

Pacientes que tinham hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas devem extinguí-las da sua vida, pois os mesmos são as etiologias mais evidentes nos casos de câncer de laringe, além da respiração pós operatória ser feita através do traqueostoma.

Com relação a atividades exercidas pelo paciente, o esforço físico, como levantar pesos devem ser orientados pelo médico responsável, porém varia de um paciente para outro.

Contudo, é de suma importância que este paciente faça visitas periódicas ao médico, pois é fundamental a avaliação de sua evolução no tratamento para o melhor controle de sua saúde.

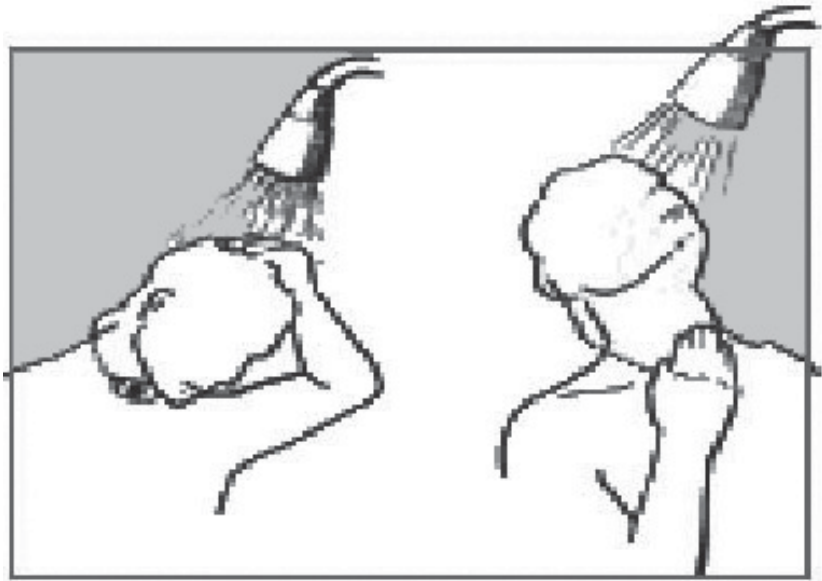


Figura 4 – Medidas de Higiene

REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

A reabilitação fonoaudiológica, para pacientes laringectomizados quanto à

fonação deve ser fornecida pelo fonoaudiólogo a família e ao paciente, e poderá se dar de três formas, adequando-se ao perfil de cada paciente, alcançando uma proposta que lhe forneça segurança e estabilidade.



Figura 5 – Mecanismo da voz esofágica

1. Voz esofageana: a voz esofágica é produzida pelo ar, que ao penetrar na boca, atinge a porção alta do esôfago na forma de uma bolha, e ao ser expulsa, faz vibrar as paredes do mesmo, emitindo um som. Este som se transforma em sílabas, palavras e frases até o domínio total da fala. A reabilitação pode iniciar-se logo que o paciente recebe alta do hospital (Ver Figura 5).

2. **Voz com eletro-laringe:** neste tipo, o som é produzido pela vibração da membrana de um cilindro de metal, movido a pilhas, que ao ser colocado externamente na porção lateral do pescoço e ali mantido com a mão apertando um botão durante o tempo em que o laringectomizado estiver falando, ampliará de forma audível os movimentos articulatorios sem som, feitos por ele.



Figura 6 – Eletro - Laringe

3. **Voz tráqueo-esofágica:** nesta técnica, o ar penetra no esôfago através de uma válvula colocada no ato cirúrgico ou algum tempo depois,

entre a traquéia e o esôfago, produzindo uma vibração sonora que atingindo a boca será articulada e também transformada em voz.

Todas as técnicas descritas não vão permitir ao paciente que sua voz torne-se igual a anterior a cirurgia, porém permitirão ao mesmo a comunicação oral, o mais próximo da normalidade possível, representando a este paciente a sua reintegração pessoal, familiar, profissional e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fala é o principal instrumento da comunicação, nós indivíduos quando privados deste mecanismo, entramos num mundo de silêncio. Portanto, é de suma importância que nos conscientizemos sobre esta grave e severa patologia que pode acometer o ser humano, o câncer de laringe. Este, além de acarretar problemas fisiológicos, também leva a problemas sociais, visto que o ser humano quando não instruído pode privar-se de se comunicar, tendendo a isolar-se da sociedade.

Portanto, o acompanhamento fonoaudiológico deve existir no pré e no pós operatório, orientando, desta forma, o paciente

e seus familiares sobre o que poderá ser feito para alcançar o melhor padrão de normalidade ao paciente, dentro de suas possibilidades, fornecendo-lhe, assim, uma melhor de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIAS, Fernando; NORONHA, Jorge. **Câncer da Laringe: Uma abordagem Multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

FRANÇOIS LE HUCHE, André. **Anatomia Fisiologia dos Órgãos da Voz e Fala.** Rio de Janeiro: Artmed, 1999.

LOFIEGO, L. J. **Laringectomia- Avaliação e Terapia Fonoaudiológica.** Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

Laringe. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/orientações/laringe>>. Acesso em: 10 nov. 2002.

_____. Disponível em: <<http://www.daycare.com.br/laringe.shtml>>. Acesso em: 10 nov. 2002.

_____. Disponível em: <http://www.inca.org.br/rboln_48/vo1/polif/artig>. Acesso em: 10 nov. 2002.