

Keine Stimme: Was tun?

Heiserkeit gilt als Leitsymptom einer Stimmstörung (Dysphonie) und ist in der täglichen Praxis häufig anzutreffen. Es besteht kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Ätiologie und der daraus resultierenden Stimmsymptomatik. Man kann daher von der Art und dem Grad der Heiserkeit nicht auf die zugrundeliegende Pathologie Rückschlüsse ziehen. Es gilt daher grundsätzlich, dass *eine länger als drei Wochen dauernde Heiserkeit unbedingt HNO-fachärztlich/phoniatrisch abgeklärt werden muss.*

Bei der HNO-ärztlichen/phoniatrischen Untersuchung sollte eine Videolaryngoskopie/-stroboskopie durchgeführt werden, ergänzend dazu ein Stimmstatus, eine Stimmfeldmessung und Überprüfung des Gehörs.



Videolaryngoskopie des Kehlkopfes

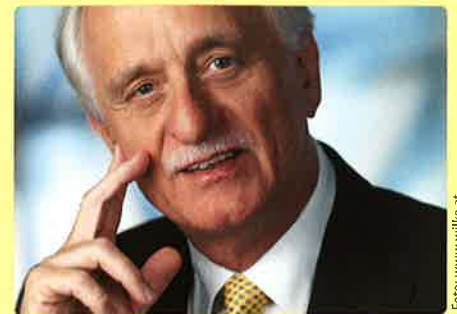
Im Wesentlichen können Dysphonien organisch, funktionell, organisch mit funktioneller Begleitsymptomatik sowie funktionell mit organischer Begleitsymptomatik bedingt sein. (Abb.1: Ätiologie, S. 14 (1). Eine klare Trennung von organischen und funktionellen Dysphonien ist nicht immer eindeutig, zudem ist die Entstehung von sekundär organischen Veränderungen, z. B. Phonationsverdickungen, Stimmlippenknötchen, infolge einer funktionellen Dysphonie möglich.

Organische Dysphonien

sind durch morphologische Veränderungen an den Stimmlippen sowie stimmliche Beeinträchtigungen bei anderen organischen Veränderungen des Kehlkopfes und seiner Nervenversorgung gekennzeichnet.

Dysplastische Dysphonien beruhen auf kongenitalen Formanomalien des Kehlkopfes, sie können nach der Geburt zu laryngealer Atemnot führen. Geringe dysplastische Anomalien wie z. B. Kehlkopfsymmetrien, Furchenbildung am freien Stimmlippenrand (Sulcus glottidis), Überkreuzung der Aryknorpel bedingen meist eine geringe Belastbarkeit der Stimme.

Akute Laryngitiden, vorwiegend durch Viren im Rahmen von Erkältungskrankheiten verursacht, gehen stets mit erheblichen stimmlichen Beschwerden und Einschränkungen einher. Die Schwingungsfähigkeit der Stimmlippen ist im entzündlichen Stadium deutlich



Univ. Prof. Dr. med., Dr. phil. Wolfgang Bigenzahn

herabgesetzt. Vermehrte lokale Schleimbildung kann Geräuschbeimengungen im Stimmklang auslösen. Stimmliche Belastungen können bei akuten Entzündungen zu nachhaltigen sekundären Schäden führen.



Akute Laryngitis

Für die Entstehung einer **chronischen Laryngitis** werden bei konstitutioneller Schleimhautschwäche meist exogene Noxen (Nikotin- und Alkoholabusus, thermische und chemische Reize), Erkrankungen der oberen Atemwege (Sinusitis, Bronchitis), allergische Erkrankungen und mangelnde Stimmhygiene verantwortlich gemacht.

Die chronische Laryngitis tritt in hyperplastischer oder atrophischer Form als feuchte oder trockene mit und ohne Myositis auf. Die Therapie sollte auf die Vermeidung von exogenen Noxen und die Behandlung der Grunderkrankung (Stoffwechsel- oder rheumatische Erkrankungen, Sarkoidose, Kollagenose) hinzielen.

Dem Hausarzt kommt bei der Umstellung von Lebensweisen (u. a. Alkohol- und Nikotingenuss) eine wichtige Beratungsfunktion zu. →



Abb. 2 Thyroplastik: Medialisierung der gelähmten linken Stimmlippe mit dem Titanimplantat n. Friedrich; laryngoskopische Kontrolle am ersten postoperativen Tag

Schonung umliegendes Gewebes durchgeführt. So können die Stimme, Atem- und Schluckfunktion weitgehend erhalten werden. Ist eine Radikaloperation (Laryngektomie) unumgänglich, stehen stimmverbessernde Maßnahmen (Implantation von Stimmprothesen) zur Verfügung.

Zu den *gutartigen Tumoren* des Kehlkopfes zählen u. a. Papillome, Häm- und Lymphangiome, Fibrome, Neurinome, Neurofibrome sowie die sog. Pseudo-Tumoren (Laryngozelen oder Retentionszysten). Sie verursachen Heiserkeit, insbesondere bei phonationsassoziiierter Manifestation. Die Therapie der Wahl ist die mikrolaryngologische/phonochirurgische Abtragung.

Funktionelle Dysphonien

Ohne erkennbare morphologische Veränderungen an den zur Phonation notwendigen anatomischen Strukturen klagen Patienten über Störungen des Stimmklangs und Einschränkung der stimmlichen Leistungsfähigkeit. Man unterscheidet eine hyperfunktionelle und hypofunktionelle Symptomatik, je nach „Zuviel“ oder „Zuwenig“ an muskulärer Spannung hinsichtlich Anblasedruck (Aktivität des Atemtraktes) bzw. glottischen Widerstands (Stimmrippenspannung). Beide Formen können im Sinne von Kompensationen bzw. Dekompensationen ineinander übergehen.

Ca. 40 bis 60 Prozent der Stimmpatienten leiden an funktionellen Dysphonien. Ätiologisch lassen sich fünf Hauptkomponenten zuordnen: konstitutionell, habituell, ponogen, psychogen und symptomatisch. Im Hinblick auf ponogene Faktoren muss auf die „Berufsdysphonie“ hingewiesen werden, Stimmprobleme bei Sprechberufen nehmen deutlich zu.



Abb. 5: Intraepitheliale Zyste links: prä- und postoperativ

Als Folge von Überbelastungen kann es zur Ausbildung von *sekundär organischen Stimmveränderungen* kommen, u. a. Stimmlippenhyperämien, Gefäßektasien, außerdem zu Phonationsverdickungen, Stimmlippenödem, -knötchen, und -polypen.

Diesen Patienten sollte unbedingt der Zusammenhang zwischen ihrem unphysiologischen Stimmgebrauch und den morphologischen Befunden bewusst gemacht und zunächst eine *logopädische Stimmtherapie* angestrebt werden. Phono-chirurgische Abtragungen sind nur in Einzelfällen notwendig.

Häufigste Ursache von *kindlicher Heiserkeit* sind Stimmlippenknötchen, sog. „Schreiknötchen“. Beratung und stimmhygienische Maßnahmen sind angezeigt, der Erfolg chirurgischer Maßnahmen ist aufgrund der Rezidivneigung gering.

Auch Alterungsprozesse können Ursache einer Stimmstörung sein (*Presbyphonie*), ebenso *hormonelle Einflüsse* wie z. B. Mutationsdysphonien, menstruelle/klimakterische Laryngopathien, Keimdrüsen-erkrankungen mit Virilisierungsercheinungen, Schilddrüsenerkrankungen und Nebenwirkungen von Medikamenten (z. B. ACE-Hemmer, Diuretika). Selbst degenerative Wirbelsäulenveränderungen und muskuläre Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich können Stimmstörungen (*zervikogene Dysphonie*) bedingen.

Bei der Entstehung *psychogener Dysphonien* spielen konversions-neurotische Fehlentwicklungen, Persönlichkeitsauffälligkeiten, Stresssituationen und belastende Lebensereignisse („life events“) eine wesentliche Rolle. Als Extremform ist die *psychogene Aphonie* anzusehen. Typisch ist ein völliger Stimmverlust bei unauffälligem organischem Kehlkopfbefund. Reflektorisches Husten und Räuspern ist jedoch stimmhaft möglich. Zur Vermeidung einer Fixierung des Krankheitsbildes ist eine sofortige phoniatische und übungstherapeutische Behandlung notwendig (2).

Aus den therapeutischen Optionen – logopädische, medikamentöse, physikalische, apparative, psychotherapeutische Therapie – sollte für den jeweiligen Patienten die geeignetste ausgewählt und ein individu-

Zusammenfassung

- Heiserkeit ist für Erkrankungen des Kehlkopfes ein ernst zu nehmendes Leitsymptom.
- Allein aus dem Stimmklang kann nicht auf die zugrunde liegende Morphologie und Funktion geschlossen werden.
- Es gilt daher grundsätzlich, dass eine länger als drei Wochen bestehende Heiserkeit HNO-fachärztlich bzw. phoniatisch abgeklärt werden muss.
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Stimme sollten bereits in der Kindheit beginnen und bis ins Alter fortgesetzt werden.
- Allgemein stehen bei der Therapie von Dysphonien stimmhygienische und logopädische Maßnahmen im Vordergrund. Domäne der medikamentösen (entzündungshemmende und abschwellende) Therapie sind Kehlkopfentzündungen.
- Durch die Entwicklung moderner Operationstechniken sind heute phonochirurgische (stimmverbessende und -erhaltende) Eingriffe mit höchster Präzision möglich.

ur Schulung der Körperwahrnehmung, Lockerungs- und Entspannungsübungen, Atemübungen, Summübungen und Resonanzübungen.

Domäne der medikamentösen (entzündungshemmende und abschwellende) Therapie sind Kehlkopfentzündungen. Antibiotika sollten nur bei bakteriellen Infektionen eingesetzt werden. Chronische Entzündungen des Rachens und des Kehlkopfes, ausgelöst durch gastro-ösophage-

alen Reflux, können mit Säureblockern effektiv behandelt werden. Injektionen von Lokalanästhetika oder Botulinum-Toxin in den Kehlkopf beeinflussen lokal die Nerven- und Muskelaktivität, z. B. bei spasmodischer Dysphonie.

Bei psychogenen Dysphonien bzw. relevanten psychologischen Grundstörungen ergänzen psychotherapeutische Ansätze das phoniatisch-logopädische Behandlungsrepertoire.