

Twee patiënten met chronische heesheid

DR. P. H. DAMSTÉ

Dames en Heren,

Patiënt A, magazijnmeester van beroep, was 43 jaar oud toen hij voor het eerst bij ons kwam. Hij was toen reeds meer dan drie jaren hees, hoestte altijd veel en gaf daarbij weinig sputum op. Hij rookte per week ongeveer 200 sigaretten en 20 sigaren. Hij was in de voorafgaande jaren regelmatig laryngoscopisch onderzocht; daarbij werd onveranderlijk een hyperemie van het larynxslimvlies gezien. De röntgenfoto's die van tijd tot tijd van de neusbijholten werden gemaakt, gaven nooit afwijkingen te zien. Een half jaar geleden werd een biopt genomen uit een subglottische zwelling, op grond waarvan de patholoog-anatoom de diagnose stelde: goedaardige poliep. Behalve deze uitslag had patiënt A — volgens zijn zeggen — nooit een antwoord gekregen op zijn vraag naar de aard en de oorzaak van zijn klachten en verschijnselen. Hij maakte er geen geheim van dat hij bang was keelkanker te hebben.

Patiënt B, metaalbewerker van beroep, was 32 jaar. Ook bij hem bestond sinds drie jaren heesheid. Door de KNO-arts die hem had verwezen, was patiënt als therapie een spreekverbod opgelegd, waaraan hij zich een korte tijd hield en een rookverbod dat hij volkomen negeerde. Er was al tweemaal een biopt genomen; in beide gevallen werd dit beschreven als oedemateus epitheel met infiltraat van plasmacellen. Patiënt heeft enige maanden spraaklessen gehad, maar de stem is daardoor niet veranderd.

De organische afwijkingen van de larynx die heesheid veroorzaken kunnen primair of secundair ontstaan. Tot de primaire rekenen wij trauma van de larynx of verlamming van de stemplooiën, ontsteking en gezwelgroei. De secundair organische afwijkingen komen veel meer voor en omvatten alle stembandveranderingen die door een schadelijke functie (verkeerd stemgebruik) zijn ontstaan: stembandoedeem, stembandknobbeltjes, sommige poliepen, en verschillende vormen van laryngitis met abnormale verhoorning en hyperplasie van het epitheel, zoals pachydermie en leukoplakie. Verder is er nog de heesheid ten gevolge van habitueel of psychogeen verkeerd stemgebruik, zonder dat dit aanleiding heeft gegeven tot organische stembandafwijkingen. Het verklaren van een zo belangrijk symptoom als heesheid is in de eerste plaats een kwestie van subjectieve beoordeling door de onderzoeker; het is dikwijls, hoewel niet altijd, mogelijk „heesheid” (die meestal functioneel is) en „schorheid” (die meestal organisch is) van elkaar te onderscheiden.

Heesheid kan men akoestisch beschrijven als een ruis die gesuperponeerd is op de periodieke trillingen van het stemgeluid, schorheid als een meer of minder onvolmaakte periodiciteit van de trillingen.

Er wordt door fonetici gewerkt aan een automaat die verschillende vormen van schorheid en heesheid kan detecteren ten einde stembandcarcinoom vroeg te kunnen herkennen. Het stemgeluid van patiënten met maligne stembandepithelioom is wel eens beschreven als een houten stemklank, d.w.z. de stem is hard, maar bezit geen glans. Factor-analyse van de klank-eigenschappen bij verschillende stembandafwijkingen heeft echter aan het licht gebracht dat de factor „ruis of wilde lucht” voor stembandkankerpatiënten de meest kenmerkende is. Deze eigenschap komt ook bij veel organische en niet-organische stemstoornissen voor. Het is daarom niet waarschijnlijk dat wij binnenkort zullen beschikken over een akoestische keelkanker-detector voor bevolkingsonderzoek. Voorlopig doet de praktiserende arts er goed aan zijn gehoor te oefenen en de verschillende stembandaandoeningen te leren onderscheiden¹.

Even belangrijk als het streven naar vroege ontdekking is de vraag, hoe men in een vroeg stadium een eventueel ongunstig beloop van een stembandaandoening kan stuiten.

Patiënt A had toen hij naar ons verwezen werd bijna geen stem meer. Er werd nogmaals een proefexcisie verricht uit een verdikte plaats van het epitheel, en wederom was de uitslag: geen maligniteit. Patiënt was een impulsieve, levendige, maar ook zeer gespannen man; hij gebruikte zijn stem op een schadelijke manier. In een periode van 10 weken werd met behulp van 20 logopedische behandelingen gewerkt aan een reëducatie van zijn stemgewoonten. De stem is na die periode aanzienlijk verbeterd, maar nog wel hees gebleven. Een toekomstig winstpunt was dat patiënt rustiger was geworden, waardoor bijvoorbeeld keel-spiegelonderzoek veel beter mogelijk was dan voorheen. Het bleef een verontrustend teken dat bij elke

¹Voor dit doel wordt aanbevolen de grammfoonplaat van H. DROST: *Stemstoornissen* (Wolters, Groningen) en de dia's met geluidprogramma's van het Foniatisch Instituut te Utrecht, die aldaar te beluisteren zijn. Wil men deze lenen, dan moet men zich in verbinding stellen met het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4 te Utrecht, telefoon: 030-319946.

laryngostroboscopie werd vastgesteld dat vibratie van de rechter stemband ontbrak. In de loop van het volgende halfjaar werd nog tweemaal een proefexcisie verricht. Het ongunstige stroboscopische beeld rechtvaardigde deze herhaalde agressieve diagnostische ingrepen. Het resultaat was eerst weer negatief, maar uiteindelijk was de uitslag van het tweede biopsie: plaveiselcellencarcinoom. Aangezien de stemband bij laryngoscopisch onderzoek geen bewegingsbeperking vertoonde, werd telecobaltbestraling toegepast. Hier zijn dus twee belangrijke diagnostische criteria gehanteerd. Ten eerste, het keelspiegelonderzoek met de delta-f-stroboscoop toonde aan dat de rechter stemband tijdens foneren niet door de luchtstroom in trilling werd gebracht. Dit symptoom van stroboscopische stembandstilstand komt naar onze ervaring alleen voor bij maligne infiltratie van een stemplooi en bij extreme atrofie of verlittekening. Ten tweede bleken bij het keelspiegelonderzoek met normaal licht het rechter arytenoid en de rechter stemplooi hun normale ab- en adductiebewegingen uit te voeren bij afwisselend ademen en foneren. Dit is een teken dat de infiltrerende groei nog tot de stemplooi beperkt is gebleven. In een dergelijk geval mag verwacht worden dat een goed uitgevoerde telecobaltbestraling het gezwel volledig zal vernietigen en dat niet tot laryngectomie behoeft te worden besloten.

Patiënt doorstond de bestraling goed. De stem was nadat het bestralingsoedeem was afgenomen redelijk goed, de patiënt gebruikte hem, oudergewoonte, hyperkinetisch hees. Bij laryngostroboscopisch onderzoek waren de vibraties van de rechter stemband teruggekeerd, zij het dat ze van kleinere amplitude waren dan die van de linker stemlip. Patiënt kreeg nog verdere aanwijzingen om zijn stemgebruik te controleren en hield zich daar goed aan. De rookgewoonte bleek helaas sterker te zijn dan de wil van de patiënt om er verandering in te brengen en machtiger dan onze overredingspogingen. Na een acute benauwdheid is patiënt $4\frac{1}{2}$ jaar later plotseling overleden. De doodsoorzaak is niet vastgesteld, misschien een coronaria-trombose, maar ook longcarcinoom is niet uitgesloten.

Patiënt B, die op een gegeven moment in een zelfde impasse verkeerde, is het anders vergaan. Na de herhaalde proefexcisies waren de stembandranden niet meer effen. Het craniale aspect van de linker stemband was bedekt met plekken van wit verdikt epitheel, die omgeven waren door te rood slijmvlies. Dit was dus een vorm van chronische hyperplastische laryngitis, leukoplakie genaamd.

Als causale factoren worden, behalve verkeerd stemgebruik, het gebruik van sterke alcoholische dranken en roken aangewezen. In het microscopisch preparaat zijn dikwijls atypische cellen te zien; de kans op maligne ontaarding is vrij groot.

Om nog enig geluid te kunnen maken, heeft patiënt B zich een krampachtig persende manier van spreken aangewend. Omdat wij niet twijfelen aan een oorzakelijk verband tussen het gespannen stemgebruik en verergering van de stembandafwijking, werden uit-

voerige aanwijzingen gegeven en ademoefeningen gedaan ter reëducatie van de stemgewoonten. Hij mocht zijn stem alleen gebruiken voor zover dat zonder adem persen mogelijk was. In het begin kon hij slechts een laag gezoem voortbrengen, waarmee hij alleen in stille ruimten was te verstaan. Patiënt werkte goed mee door de eerste dagen niet te spreken en zijn stem slecht te gebruiken als hij oefende en dat deed hij 6-8 keer op een dag. Na twee weken had de stem reeds aan kracht gewonnen zonder dat deze ging hyperfunctioneren en ook het aspect van de stembanden was verbeterd. Hierdoor werd patiënt gestimuleerd het roken op te geven en de oefeningen vol te houden. Na vier weken was het aspect van de stembanden vrijwel normaal. De klachten hebben zich sedertdien niet herhaald en het laryngoscopisch beeld van de stembanden is goed gebleven.

Het ziekteproces is bij beide chronisch hese patiënten tot staan gebracht, zij het in een verschillende fase. Bij patiënt B was het de intensieve oefentherapie en zijn besluit om rook- en drinkgewoonten te wijzigen waardoor de stembandstructuur zich heeft hersteld. Patiënt A heeft de eerste aanval van maligniteit dank zij radiotherapie overleefd. Zijn organisme bezat echter meer dan één zwakke plaats, en hij heeft van de mogelijkheid zijn kansen te verbeteren door verandering van rook- en drinkgewoonten geen gebruik gemaakt.

Van degenen die een stembandcarcinoom hebben overleefd, sterft — volgens een Amerikaanse statistiek — 15% later aan longcarcinoom. Dit werpt een schaduw over de relatief goede kansen van de gemiddelde patiënt met larynxcarcinoom. Vroeg ingrijpen na tijdige ontdekking geeft de beste kans. Bovendien kan in een vroeg stadium de curatieve behandeling minder ingrijpend zijn: patiënten met larynxcarcinoom die nog binnen het indicatiegebied voor bestraling vallen, zijn er beter aan toe dan zij die laryngectomie moeten ondergaan. Ervaringen zoals met patiënt B bevestigen ons vermoeden dat er in sommige gevallen nog vroeger radicaal ingegrepen kan worden door de patiënt tijdig te leren de dyskinetische stemfunctie en de schadelijke levensgewoonten te veranderen.

Indien radicale behandeling in het premaligne stadium de oplossing is voor het probleem waarvoor vele chronisch hese patiënten ons stellen, dienen wij tenslotte na te gaan welke middelen de arts tot zijn beschikking heeft om deze behandeling uit te voeren. Het gaat dus om het afbreken respectievelijk vervangen van een gewoontegedrag dat op lange termijn funeste gevolgen voor het organisme kan hebben. Het is bekend genoeg dat van een beroep op de wilskracht van de patiënt meestal geen effect mag worden verwacht. Er bestaan evenwel therapeutische technieken die op doeltreffende wijze verandering brengen in ongewenste emotionele reacties, attitudes en gewoonten. Oefening in ontspannen, opvoeding in zelfwaarneming en in het methodisch eigen problemen tot oplossing brengen, kunnen van een kwetsbare, gespannen patiënt een onafhankelijk en gezond individu maken. Het is

dus niet een typisch medische zorg. Het zijn paramedische vormen van therapie (logopedie, gedragstherapie) die, omdat ze op positieve gezondheid gericht zijn ook als premedische zorg kunnen worden aangeduid. Ze verdienen niet minder onze belangstel-

ling dan de therapeutische maatregelen voor verwaarloosde patiënten die in een ver gevorderde fase van een ziekteproces bij ons komen.

Rijksuniversiteit Utrecht, februari 1973