

Stembandkramp

P. H. DAMSTÉ, TE UTRECHT

In december 1977 meldde zich op ons spreekuur, door bemiddeling van de huisarts en de keel-neus-oor specialist, een 59-jarige vrouw wegens verandering van de stem. Een half jaar tevoren had zij bij het spreken een gespannen gevoel gekregen in de hals- en borstspieren, waardoor de stem soms wegviel. Dit ging gepaard met een benauwd gevoel: „er komt een stukje uit mijn borst naar boven, dat sluit de stembanden af”. Zij zegt van het spreken zeer moe te worden; de stem klinkt onvast en vibreert snel. Midden in een woord zijn soms korte onderbrekingen van het stemgeluid; ook slaat de stem veelvuldig over; een woord wordt dan ingezet met een lage krakerige klank en eindigt op een hoge falsetachtige toon.

Bij het horen van deze klachten en het luisteren naar de stem komen ons verscheidene oorzaken in gedachten. Het plotselinge begin, het overslaan van de stem en het feit dat patiënte de menopauze heeft bereikt doen ons denken dat we hier te doen hebben met virilisatieverschijnselen door een testosteron bevattend preparaat dat tegen climacteriële verschijnselen wordt toegediend. Zij zegt een dergelijk preparaat niet te hebben gebruikt. Toch sluiten we de mogelijkheid niet geheel uit, want de ervaring heeft ons geleerd dat patiënten soms niet weten wat voor geneesmiddelen ze gebruiken. Een tweede mogelijkheid waaraan we denken is plotselinge uitval van een nervus recurrens. Het moeilijk kwijtraken van slijm dat uit de trachea omhoogkomt, is een klacht die van mensen in deze situatie meer wordt gehoord. Uit het keelspiegelonderzoek zal straks blijken of dit de juiste diagnose is.

De hoorbare verschijnselen doen sterk denken aan zogenaamde dysphonia spastica. Dit is een vrij zeldzame stemafwijking, die door sommige neurologen en keel-neus-oorartsen (ROBE e.a. 1960; DEDO 1976) voor een degeneratieve ziekte van het zenuwstelsel wordt gehouden; zij menen dat het ook een forme fruste van multipole sclerose kan zijn. Stem- en spraakartsen, die dergelijke patiënten vaker zien, en hen bovendien op een andere manier onderzoeken, zijn van oordeel dat de stoornis psychogene of — anders gezegd — emotionele oorzaken heeft (ARNOLD 1959; BLOCH 1965; SOPKO en VRTICKA 1976). In het anamnesegegesprek met patiënte is op onze vraag of zich ten tijde van het begin van de spreekmoeilijkheden bijzondere omstandigheden hebben voorgedaan, ontkenkend geantwoord. De echtgenoot, die haar tijdens het spreekuurbezoek begeleidde, wist ook niets van

spanningen of problemen, die met de stemverschijnselen in verband zouden kunnen staan.

Het laryngoscopische onderzoek onthult normale stembanden van middelmatige lengte, die glad zijn en die symmetrisch worden bewogen bij fonatie. Wel is er een te grote activiteit van de valse stembanden. Geen stembandverlamming dus. Het valt op dat patiënte zeer nauwe oogpupillen heeft, wat in het half duister, waarin de laryngoscopie wordt verricht, ongewoon is. Het blijkt dat zij een mioticum gebruikt wegens glaucoma. Wanneer nog meer informatie wordt verzameld over de gezondheid en de levensomstandigheden komt aan het licht dat patiënte nogal wat medicamenten gebruikt wegens vaatafwijkingen. Ze heeft incidenteel moeilijkheden met lopen: de benen worden dan slap, en ze is bang niet te kunnen blijven staan. Haar gezondheidstoestand is dus zeker niet optimaal, maar de lichamelijke afwijkingen noch het medicijngebruik zijn een verklaring voor de stemverandering, die nu een half jaar bestaat. Dit is voor ons reden om toch aan de psychogene hypothese vast te houden en naar aanwijzingen in die richting te blijven zoeken. Bij verder navragen blijkt dat haar man sedert twee jaar lijdt aan de ziekte van Bechterev; hij werkt niet meer. Ze hebben geen kinderen en zijn daardoor sterk op elkaar aangewezen. Op een vraag van de onderzoeker: „Kunt u in geval van ziekte elkaar voldoende opvangen of moet u wel eens een beroep doen op hulp van anderen?” antwoordt zij: „Ik heb hem altijd goed kunnen verzorgen tijdens zijn ziekte”. Op de vraag: „U bent wel een steun voor elkaar als het nodig is” antwoordt hij: „Zou je niet vertellen over die . . .”, waarop zij in de rede valt: „O, over de kerk. Nou ja, dat zit zo dokter, mijn man is naar een andere kerk overgegaan en daar kan ik niet overheen”. We besluiten op een rustiger moment nog eens daarover verder te praten.

Dat gesprek heeft twee weken later plaats. Hierbij komt naar boven dat, door de overgang van de man naar een ander kerkgenootschap, de vrouw zich in de steek gelaten voelt. Op deze problemen gaan wij nader in. Al enige malen had het echtpaar dit met familieleden, de dominee en de huisarts besproken, maar nog niet eerder was dit levensprobleem in verband gebracht met de stemstoornis, die ook pas op een later tijdstip was ontstaan. In de loop van het gesprek, dat drie kwartier duurde, veranderde de makkende, verwijtende en star van haar man afgekeerde houding in een meer begrijpende, en de vrouw kwam tot de bekentenis dat ze zich onzelfstandig voelt en dat ze niet in staat is dit probleem op te lossen. We spreken af dat ze contact met onze psychologe kan opnemen als ze de in het gesprek voorgestelde oplossingen nog verder wil bespreken. Dit contact heeft niet plaats, maar na een maand komt ze met een vaste, heldere stem verslag doen over het verdere beloop. Al zijn de moeilijkheden zeker niet opgelost, ze heeft haar zekerheid teruggevonden en denkt dat ze er verder mee kan leven. Een reis naar familieleden overzee, die eerst was afgezegd, omdat men het met haar labiele toe-

stand niet aandurfde, staat voor over twee maanden op het programma.

Achteraf gezien was het eerste teken van de onderzoeker, dat hij zich ook voor de persoonlijke aangelegenheden open wilde stellen voldoende om de mededeling uit te lokken over het probleem waar het eigenlijk om ging. Hierop volgde onze uitleg dat de stem erg gevoelig is voor emoties, dat moeilijk oplosbare problemen spanningen in de stemorganen teweeg kunnen brengen, die de verschijnselen kunnen verklaren, ook de kriebels en het moeizame hoesten. Een dergelijke uitleg neemt, als de patiënt deze aanvaardt, althans één reden van ongerustheid weg: bedreigd te worden door een onbekende ziekte, waarvan de dokters ook niet alles schijnen te weten. Zet de arts het lichamelijke onderzoek dan met grote ijver voort, zodat hij vast wel een afwijking van een biochemisch of neurologisch detail zal vinden, dan kan hij inspelen op de negatieve verwachtingen van de patiënt. Daardoor worden die verwachtingen tot zekerheden, die later door geen geruststelling meer worden opgeheven. Een geval van dysphonia spastica incipiens, zoals hierboven beschreven, kan door het uitstellen en vervolgens geheel uitblijven van de nodige opheldering en ondersteuning overgaan in de gevreesde irreversibele vorm van chronische stembandkramp.

Het is daarom te betreuren dat een aantal specialisten de hypothese van een psychische genese van dysphonia spastica absoluut afwijst. Hun overtuiging is gebaseerd op het feit dat bij de patiënten die zij onder ogen krijgen jarenlang therapie, ook psychotherapie, heeft gefaald. Een eenzijdig standpunt, want een geval zoals het bovenstaande wordt hiermee uitgesloten; indien zo'n patiënt zich meldt, wordt de psychogene factor niet opgemerkt en zij wordt behandeld als betrof het een organische stoornis. In 1976 heeft DEDO uit Los Angeles de eerste resultaten gepubliceerd van een nieuwe behandeling van deze patiënten: doorsnijding van de rechter nervus recurrens. Bij 30 patiënten had dit tot bevredigende resultaten geleid: de krakende en stotterende stem was overgegaan in een weliswaar zachte maar minder moeizame manier van spreken. Zijn onderzoek was medio 1977 tot over de 200 patiënten aangegroeid en vele andere laryngologen in de V.S. zijn er ook toe overgegaan bij gevallen van hardnekkige spastische dysfonie de resectie van een nervus recurrens toe te passen.

Ook in de ervaring van de Foniatische Afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht komen, behalve gevallen zoals van de hierboven beschreven patiënte, veel irreversibele gevallen voor. Hoe komt dat? Waarschijnlijk doordat veel dysphonia spastica-patiënten in het vroege stadium van hun afwijking niet de hulp ontvangen die ze op dat moment nodig hadden. Soms ligt dat aan henzelf: ze hebben de neiging niet te willen praten over het onverteerde en voor hen onverteerbare conflict. Tijdens het onderzoek door huisarts of specialist wordt hun afwijzende houding in de regel niet aangetast, omdat ze kunnen ingaan op voorstellen voor verder lichamelijk onderzoek, of

voor triviale vormen van behandeling, waarmee hun probleem niet wordt opgelost. Medicamenten of stem-technische oefeningen kunnen integendeel zelfs de oplossing in de weg staan: elke ontsnappingsroute die van de behandeling van het werkelijke probleem afleidt, wordt spoedig tot een geplaveide weg die tot besteding van de stoornis voert.

Bij het ontstaan zijn de stemverschijnselen een rechtstreeks gevolg van de innerlijke gespannenheid. Er is dan tremor of er zijn andere tekenen van gespannenheid tijdens het foneren: nu en dan klinkt de stem wat geknepen of hij valt even weg. We noemen ze, evenals de aarzelingen en het blijven steken van een kind dat begint te stotteren, primaire verschijnselen (DAMSTÉ 1978). Worden deze niet tijdig onderkend en wordt de oorzaak ervan niet weggenomen, dan gaat de patiënt van alles proberen om de tremor te onderdrukken en om de stemhaperingen door persen te voorkomen. Deze manoeuvres noemen we secundaire verschijnselen. Ze worden door een operant leerproces spoedig tot automatismen (reflexen) en gaan een eigen leven leiden.

Wij hebben ongeveer twintig ziektegeschiedenissen van patiënten met dysphonia spastica nagegaan. Bijna de helft van hen had reeds een min of meer ernstige handicap, zoals gehoorverlies, een geopereerde verhemeltespleet, galblaasontsteking, coronaire vaat-aandoening of klachten, waardoor de patiënt in een nadelige positie was gebracht. Zowel de patiënt als de arts waren daardoor wellicht nog eerder dan anders geneigd naar een lichamelijke oorzaak te zoeken toen de stem vreemd werd. Dat is niet juist en we willen hiertegen waarschuwen: biedt weerstand aan de verleiding behandeling van levensproblemen uit de weg te gaan. Voorkom dat de gedachte aan een organische afwijking wordt versterkt en dat de patiënt zich aan de rol van ongeneeslijk zieke aanpast. Schadelijk kan het zijn stoominhalaties, tranquillizers en (of) antibiotica te geven of in een andere vorm af te wachten, ook om uitvoerig intern of neurologisch onderzoek te verrichten, en zeker moet men niet klinisch observeren. Wanneer tien dagen feneticilline (Broxil) van de huisarts niet hebben geholpen, en tien dagen diazepam (Valium) van de neuroloog vervolgens ook niets aan de vreemde stem hebben veranderd, en de patiënt concludeert daaruit dat er blijkbaar een ongeneeslijke, althans onbehandelbare kwaal bestaat, vind ik dat een intelligente conclusie. Als na een half jaar van controlebezoeken, onderzoeken en pharmaca de stem nog steeds achteruitgaat, is er voor iemand met een normaal verstand eigenlijk geen andere conclusie meer mogelijk. Het lichamelijke onderzoek moet daarom niet onnodig worden uitgebreid, en de behandeling moet uit passende maatregelen bestaan.

Onze ervaring is dat patiënten met dysphonia spastica spoedig in een vicieuze cirkel raken, en dat dan de aandoening irreversibel wordt. Van de twintig patiënten van wie wij de geschiedenis hebben kunnen vervolgen, zijn slechts vijf met goed resultaat behandeld. Dit waren juist de vijf die in een vroeg stadium

bij ons in behandeling waren gekomen en die een duidelijke omschrijving konden geven van moeilijke omstandigheden die aan de stoornis waren voorafgegaan. Bij alle andere patiënten hebben de pogingen tot behandelen geen verbetering gebracht. Van een van hen geef ik u de geschiedenis, voor een deel in zijn eigen woorden, weer.

Bij een 63-jarige man, werkzaam bij de accountantsdienst van een groot bankbedrijf, zijn zich — volgens zijn verklaring — zeer geleidelijk spraakmoeilijkheden gaan voordoen. „Ik ging ermee naar mijn huisarts, die generlei keelafwijking ontdekte, evenmin als de nadien geraadpleegde keel-neus-oorarts, die mij aanraadde wat meer vóór in de mond te gaan spreken. Toen na een half jaar de toestand nog niets was verbeterd wendde ik mij opnieuw tot de huisarts, die toen aanraadde de hulp van een logopedist in te roepen. Na 8 maanden behandeling (2 maal per week) bleef ieder succes uit”. Toen volgde verwijzing naar een academisch ziekenhuis, waar patiënt gedurende 14 dagen klinisch werd onderzocht. Het psychiatrische en psychologische onderzoek gaf enige aanknopingspunten voor een functionele spraakstoornis, zo vermeldt de huisarts in zijn verwijsbrief aan ons. Geen enkele behandeling heeft sedertdien een gunstige invloed op zijn stem gehad. Hij komt (met een dwangmatig aandoende regelmaat) eenmaal per jaar bij een keel-neus-oorarts en eenmaal per

maand bij een zenuwarts, nu al acht jaar lang. De echtgenote heeft, tegelijk met het begin van de spraakmoeilijkheden van haar man, ziekte van Basedow ontwikkeld. De huisarts signaleerde dat in die periode een psychische belasting bestond doordat in korte tijd alle kinderen het ouderlijk huis verlieten; de een voor studie, de ander wegens huwelijk enz. Wij hebben onlangs deze patiënt attent gemaakt op de mogelijkheid van een operatieve behandeling, maar hij is daar tot op heden niet op ingegaan.

Het is niet in de eerste plaats mijn bedoeling met deze les een dergelijke operatieve behandeling meer ingang te doen vinden. Belangrijker is, dat wij voor de patiënten met een beginnende functiestoornis de juiste opvang weten te vinden.

LITERATUUR

- ARNOLD, G. E. (1959) *Logos* 2, 3.
BLOCH, P. (1965) *Folia phoniat.* 17, 301.
DAMSTÉ, P. H. (1978) *Stotteren*. 2e druk. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht.
DEDO, H. (1976) *Ann. Otol. (St. Louis)* 85, 451.
ROBE, E., J. BRUMLIK en P. MOORE (1960) *Laryngoscope (St. Louis)* 70, 219.
SOPKO, J. en K. VRTICKA (1976) *Oto-rino-learing. (Buc.)* 38, 114.

April 1978