



UNIVERSITÄTS**medizin.**  
MAINZ

# Differentialdiagnose der Heiserkeit

Annerose Keilmann/ Burkard Lippert

Dies sind die Textfolien der ersten Hälfte dieser Vorlesung

# Definition der funktionellen Stimmstörung

- Veränderung des Stimmklangs oder der stimmlichen Leistungsfähigkeit ohne primär organische Veränderung des Kehlkopfes
- sekundär organische Veränderungen möglich
  - Knötchen
  - Kontaktgranulom

# DD der funktionellen Dysphonie

	Hyperf.	Hypof.
Haltung	gespannt, Hyperlordose der LWS	schlaff
Atmung	hoch	flach
MSSL	hoch	normal (überhöht)
Stimmklang	rau, belegt, gepresst, klangarm	behaucht, verhaucht, klangarm
Steigerungsfähigkeit	mittelgradig	gering, fehlend

# DD der funktionellen Dysphonie

	Hyperf.	Hypof.
Laryngoskopie	Taschenfalten springen ein, Gefäßinjektion	normal
RKV, Amplituden	verkürzt, nicht zunehmend bei Steigerung	erwähnt, nicht ab- nehmend bei Inten- sitätsminderung
Schlussphase	verlängert, schon bei geringen Lautstärken	tritt erst bei höheren Intensitäten auf, verkürzt
Irregularität	Periodenlänge, Phase	Amplitude, Phase

# Elemente der Stimmtherapie

- Optimierung der Haltung
- Einüben einer kombinierten Atmung, des Einhaltens der Atemmittellage
- Vorverlagerung, Präzisierung der Artikulation
- Normalisierung des Stimmeinsatzes
- Mittlere Sprechstimmlage in der Indifferenzlage
- Resonanzreicher, klarer Stimmklang

# Psychogene Aphonie

- plötzlich auftretende Stimmlosigkeit
- Husten, Räuspern, Lachen sind stimmhaft
- typischerweise junge Frauen
- Stimme sollte möglichst schnell wieder gewonnen werden

# Therapie der psychogenen Aphonie

- „Überrumpelung“
- Ableitung aus Summen, Husten
- Stimmtherapie falls zugrundeliegende liegende Stimmstörung
- Psychotherapie falls gravierende psychische Störung

# Psychogene Dysphonie

- schlechte, oft wechselnde Stimmqualität, oft abhängig vom Gesprächsthema
- Überrumpelung
- Stimmtherapie
- Psychotherapie



# Stimm lippenlähmung

- Die Position der gelähmten Stimmlippe lässt keinen sicheren Schluss auf die Art der Schädigung zu
- Isolierte Recurrensparesen führen eher zu straffen Lähmungen in Paramedianstellung
- Vaguspareesen führen eher zu schlaffen Lähmungen in Intermediärstellung

# Systemische Ursachen von Kehlkopflähmungen

- angeb.: Spina bifida, Hydrocephalus, Meningocele, Arnold-Chiari-Syndrom
- neurolog.: Bulbärparalyse, AML, MS, Wallenberg-Syndrom
- Infektiös/toxisch: Grippe, Zoster, Polio, Medikamente, Gewerbegifte
- Immunologisch: Guillain-Barré-Syndrom
- **Idiopathisch**

# Lokale Ursachen von Kehlkopflähmungen

- Hals: Tumoren, LK-Erkrankungen, Strumen
- Mediastinum: Abszess, Entzündung
- Lunge, Thorax: Tumoren, Metastasen
- Herz, Gefäße: Herzdilatation, Aneurysma
- chirurgische Eingriffe: **Struma-Op**,  
Divertikel-Op, Herz-Op
- Verletzungen: Trauma, Schuss, Intubation

# Therapie bei Kehlkopflähmungen

- bei idiopathischen L. und L. nach Strumaop bildet sich die Lähmung in ca. 60% zurück, meist nach 4-6 Monaten, selten bis zu einem Jahr nach Eintreten der Lähmung
- Gefahr der Stimmlippen-Atrophie
- Stimmübungstherapie ggf. mit Faradisierung

# Therapie bei bleibenden Kehlkopflähmungen

- bei zu enger Glottis (v. a. bds. Lähmungen)
  - Laterofixation
  - partielle Chordektomie
- bei zu weiter Glottis
  - Unterspritzung mit Fett/Hyaluronsäure/Kollagen/Silikon
  - Medialisierungsoperation
  - Reinnervation (Ansa cerv.)