

Dokumentegenskaber:	Stemmebåndsparese
Gældende for	Otorhinolaryngologi, hoved- og halskirurgi & audiologi
Udarbejdet af	Dansk Laryngologisk Selskab
Opdateringsdato	Marts 2014
Faglig ansvarlig	Dansk Selskab for Otolaryngologi, Hoved og Halskirurgi
Nøgleord	Stemmebåndsparese, recurrensparese, udredning tyroplastik

1. Titel

Stemmebåndsparese.

2. Formål

Hurtig diagnosticering af ætiologi til stemmebåndsparese i henhold til Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for hoved- og halskræft, 2012: Behandling af stemmebåndsparese.

3. Definition

Stemmebåndsparese (SP) defineres som immobilt stemmebånd på baggrund af nerveskade/lammelse af n. vagus eller n. recurrens, enten ensidigt eller dobbeltsidigt. Paresen kan være komplet (paralyse) eller partiel (parese).

4. Baggrund

a. Ætiologi

Årsagen til SP kan findes i hele udstrækningen af vagusnerven og dennes grene fra hjernestammeniveau via afgang af recurrensnerven til de motoriske endeplader i larynx. Recurrensnerven er pga. relationen til de mediastinale glandler og lungen hyppigst udsat for skade på venstre side. Årsagerne kan inddeles i følgende grupper:

- Traumatiske, herunder iatrogene læsioner i forbindelse med indgreb på hals, mediastinum eller øvre del af thorax
- Malignitet (glandelmetastaser på hals eller i øvre mediastinum/thorax, primære cancer i lunger, øsofagus, thyroidea etc)
- Neurologiske (apoplexi, multipel sclerose, CNS-tumorer etc)

- Idiopatiske, dvs. at man efter grundig udredning ikke har fundet nogen årsag
- Andre (influenza, følgevirkninger af kemo- eller strålebehandling, thyroideaadenomer, kongenitte tilfælde)

b. Forekomst

Ukendt.

c. Visitation

Patienter med nytilkommen parese uden kendt årsag skal udredes i pakkeforløb, i henhold til Sundhedsstyrelsen retningslinjer for hoved- og hals cancer. Øvrige kan undersøges i almindeligt ØNH-regi og/eller foniatrisk ambulatorium.

5. Fremgangsmåde

a. Anamnese (symptomer) mph.:

- Otologiske symptomer
- Lungecancer
- Thyroideacancer
- Gastroesofageale lidelser, inklusiv cancer eosofagi
- Mammacancer
- Neurologisk lidelse
- Infektioner

b. Differentialdiagnoser:

Immobil stemmebånd pga. fiksering ved fx reumatoid artrit eller ved direkte indvækst af larynxcancer.

c. Objektiv undersøgelse:

- Almen ØNH-undersøgelse
- Fiberskopi, hvis muligt også ført gennem glottis for inspektion af øvre del af trachea
- Kranienervegennemgang (associerede pareser)

- UL-undersøgelse af hals
- Røntgen af thorax. Ved suspekt infiltrat henvises med det samme til udredning mhp. lungecancer
- Skopier: hvis de indledende undersøgelser inkl. røntgen af thorax giver anledning til skopier i GA, planlægges dette straks
- Samme billedmæssige udredningsprocedure anbefales for alle pareser, hvad enten de er en- eller dobbeltsidige
- Der anbefales enten CT af hals og øvre thorax eller PET-CT som primære modalitet
- Hvis dette ikke giver svar på paresens ætiologi, anbefales MR-scanning af hals og hjernestamme

d. Supplerende undersøgelser:

Alle patienter med ensidig stemmebåndsparese (også kendt årsag, såsom operationssequela eller malign inkurabel lidelse) bør vurderes mhp. behov for logopædisk behandling, stemmeforstærker eller stemmeforbedrende indgreb på et tidligt tidspunkt.

e. Behandling:

Ved ensidig parese bør logopædisk undervisning gennemføres før andre tiltag overvejes. Undtaget herfra er patienter, som er betydeligt alment svækkede af andre lidelser. Ved fortsat parese samt stemmeproblem kan injektions- eller medialiserings tyroplastik blive aktuel. Injektionsbehandling foretrækkes hvor mangellukket er beskedent eller hvor en midlertidig løsning foretrækkes (ved anvendelse af fedt, hyaluronsyre eller andre resorberbare materialer). Medialiseringstyroplastik foretrækkes hvor mangellukket er stort og en permanent løsning foretrækkes, dvs. hvor paresen vurderes permanent (typisk > 1 år fra debut eller sikker overskæring af nerven) eller patienten har forventet meget begrænset restlevetid. I sidstnævnte tilfælde kan også vælges injektionstyroplastik med ikke-resorberbart materiale.

Ved dobbeltsidige pareser kan pladsforbedrende operationer såsom, arytenoidektomi eller trakeotomi komme på tale.

f. Komplikationer:

Displacering af implantat, granulomdannelse eller infektion.

g. Opfølgning:

Ved idiopatisk parese følges lidelsen i starten hver 3. måned Hvis paresen ikke regredierer og ætiologien fortsat er ukendt, anbefales ved alle kontroller foretages klinisk undersøgelse, kranienervegennemgang og UL-undersøgelse af hals og efter 6 måneder evt. fornyet CT/MR.

Ovenstående undersøgelsesprogram modificeres naturligt efter klinikken, men alle patienter følges i minimum 1 år, eller indtil fuldstændig normalisering af bevægelighed. Regression af paresen er sjælden efter 1 år.

6. Referencer

Kang BC, Roh JL, Lee JH, Jung JH, Choi SH, Nam SY, Kim SY. Usefulness of computed tomography in the etiologic evaluation of adult unilateral vocal fold paralysis. *World J Surg.* 2013 Jun;37(6):1236- 40.

Mehlum CS, Faber CE, Grøntved AM, Andersen P. [Vocal fold palsy—investigation and follow-up]. *Ugeskr Laeger.* 2009 Jan 12;171(3):113-7.

Tsikoudas A, Paleri V, El-Badawey MR, Zammit-Maempel I. Recommendations on follow-up strategies for idiopathic vocal fold paralysis: evidence-based review. *J Laryngol Otol.* 2012 Jun;126(6):570-3.

El Badawey MR, Punekar S, Zammit-Maempel I. Prospective study to assess vocal cord palsy investigations. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008 Jun;138(6):788-90.