

Behandlingen av »vocal cord dysfunction«:

Information och andningsträning, inte kirurgi

■ Sedan snart tio år har vi på Karolinska universitetssjukhuset i Solna haft ett organiserat samarbete kring patienter med »vocal cord dysfunction«. Delaktiga i detta samarbetet är barnläkare, sjukgymnast, logoped och foniater. Om detta går att läsa i Läkartidningen 48/2006 (sidorna 3832-6).

Många synpunkter i artikeln av Leif Nordang och medarbetare i detta nummer (sidorna 2351-3) delar vi. En är att benämningen »vocal cord dysfunction« inte är helt adekvat då det ibland rör sig om supraglottal genes till stridor och att stämbanden fungerar normalt vid tal, vid andning i vila samt vid måttlig fysisk ansträngning. Vi anser dock att kirurgi vid detta tillstånd absolut inte är ett förstahandsval som behandling.

Ansträngningsutlösta andningsbesvär hos många ungdomar misstolkas som astma men är något annat. Fel diagnos leder till överanvändning av astmamediciner och till onödiga sjukvårdskontakter. De flesta ungdomar som vi ser är flickor i tonåren med typisk anamnes. De får inspiratoriska besvär vid konditionskrävande fysisk ansträngning, ofta i tävlingsmoment. Symtomen kommer snabbt och klingar fort av vid vila. Många av ungdomarna har en hög bröstkorgsandning både i vila och vid ansträngning. Astmamediciner hjälper inte.

Vår erfarenhet är att de allra flesta av dessa ungdomar är hjälpta av information angående tillståndet efter noggrann anamnes och fiberoptisk undersökning av larynx. Vid fibroskopin får föräldrar och barn se hur stämbanden ser ut och vad som händer vid tal och andning. I de flesta fallen träffar sedan ungdomarna en av våra logoped,

som med andningsteknikträning kan lära patienterna att bli medvetna om sitt andningsmönster och att kontrollera andningen i vila, vid tal och vid fysisk ansträngning. Vid uppföljning tre månader efter denna träning har det stora flertalet förbättrats.

Vår uppfattning är att information och andningsträning hos logoped eller sjukgymnast måste vara den första

åtgärden innan utredning påbörjas som syftar till eventuell kirurgi. Författarna hävdar att sådan andningsträning inte kan rekommenderas då den inte kan utvärderas. Att man i stället rekommenderar kirurgi på växande ungdomar som har besvär endast vid maximal fysisk ansträngning efter att ha utvärderat fyra opererade fall, ställer vi oss högst tveksamma till.

Gunnar Björck
foniater, överläkare
gunnar.bjorck@karolinska.se

Ulrika Nygren
leg logoped

Helena Bergström
leg sjukgymnast

Gunilla Hedlin
professor i pediatrik;
samtliga vid Karolinska
universitetssjukhuset i Solna

REPLIK:

Kliniska studier av olika behandlingsalternativ är väl motiverade

■ Huvudbudskapet i vår artikel »Ansträngningsastma kan vara laryngeal obstruktion« är: Patienter med misstänkt laryngeal obstruktion bör videolaryngoskoperas under maximal ansträngning. Detta är enda sättet att få en detaljerad information om graden och nivån av den laryngeala obstruktionen.

Flertalet fall i vår sammanställning jämte fallen i de norska studierna gäller en supraglottisk kollaps [1, 2], men vi har även sett fall av stämbandsadduktion vid ansträngning, ibland med inspiratorisk stridor och även expiratorisk stridor. Det synes oss osannolikt att dessa väsentligt olika former av laryngeal stridor ska ha samma behandling.

Vi har samsyn med kollegorna på Karolinska universitetssjukhuset vad gäller beskrivningen av patienternas ålder, kön och idrottsaktivitet. De flesta av våra patienter blir mycket nöjda med den information och den diagnos vi ger dem, och de får en somatisk och inte en psykologiserande

förklaring till besvären, vilka ofta har skrämt både tränare, lagkamrater och föräldrar. Flertalet behöver ingen aktiv behandling utöver detta. Vi beskriver inte operation som förstahandsbehandling men har använt laryngomalaciplastik med gott resultat vid uttalade fall av supraglottisk obstruktion. De snarliga norska erfarenheterna från den grupp i Bergen med vilken vi samarbetar baserar sig på mer än 200 videolaryngoskopier [1] och tio opererade patienter [2].

Vi respekterar teamets vid Karolinska universitetssjukhuset långa erfarenhet av att omhänderta denna patientkategori, men vi skulle gärna också se en redovisning eller uppföljning av resultaten. I Björcks m fl:s artikel i Läkartidningen 2006 [3] redovisas sålunda inte patientantal, gradering av andningshinder och behandlingsresultat.

Eftersom obstruktionstyperna varierar vill vi ifrågasätta traditionen att »osett« behandla med talträning, en behandling som dessutom inte är evidensbaserad. Väl upplagda kliniska studier av

olika behandlingsalternativ på väl utredda videolaryngoskoperade patienter under ansträngning tycks oss därför vara väl motiverade.

Leif Nordang
med dr, överläkare,
öron-, näs- och halskliniken
leif.nordang@akademiska.se

Lennart Nordvall
professor i pediatrik, överläkare,
barnmedicinska kliniken;
båda vid Akademiska
sjukhuset, Uppsala
lennart.nordvall@kbh.uu.se

REFERENSER

1. Heimdal JH, Roksund OD, Halvorsen T, Skadberg BT, Olofsson J. Continuous laryngoscopy exercise test: a method for visualizing laryngeal dysfunction during exercise. *Laryngoscope*. 2006;116:52-7.
2. Maat RC, Roksund OD, Olofsson J, Halvorsen T, Skadberg BT, Heimdal JH. Surgical treatment of exercise-induced laryngeal dysfunction. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007;264:401-7.
3. Björck G, Bergström H, Nygren U, Hedlin G. Vocal cord dysfunction – differentialdiagnos till astma. Symtombeskrivning och förslag till handläggning. *Läkartidningen*. 2006;103:3832-6.

LÄS MER Se sidorna 2351-4.