

Maria Hortis-Dzierzbicka

Centrum Wad Twarzoczaszki Kliniki Chirurgii
Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

Elżbieta Stecko

Uniwersytet Warszawski
Pomagisterskie Studium Logopedyczne Instytutu Języka Polskiego
Centrum Pomocy Pedagogiczno-Psychologicznej

Ocena strukturalna i czynnościowa aparatu mowy w wadzie rozszczepowej twarzy

Structural and Functional Assessment of the Speech Apparatus in the Cleft Face Syndrome

Streszczenie

W artykule rozważany jest złożony problem patologii mowy w wadzie rozszczepowej twarzy, ze zwróceniem szczególnej uwagi na podłoże strukturalne zaburzeń, a także udział w ich powstawaniu zmian patologicznych w obrębie nosa, układu adenoidalnego gardła, wad słuchu i deformacji szczękowo-zgrzyzowych.

Summary

The paper discusses the complex problem of speech pathology in the cleft face syndrome, with a particular emphasis on the structural basis of disorders, and the role in their generation of pathological changes within the nose and the pharyngeal adenoidal system, hearing impediments and maxillary-occlusive deformities.

Chociaż utarło się potoczne pojęcie „mowa nosowa”, a za specyficzną cechą mowy pacjenta z wadą rozszczepową twarzy uważa się nosowanie otwarte – nosowanie, zarówno otwarte jak i zamknięte, jest właściwie cechą głosu, a nie mowy. Głos bowiem powstaje w krtani, ale jego barwę warunkuje sumaryczny udział poszczególnych jam rezonacyjnych, w tym gardła, jamy ustnej i nosa. Nadmierny rezonans w jamie nosowej jako wynik niepełnego oddzielenia jamy

ustnej od nosowej przy artykulacji głosek ustnych daje obraz nadmiernej ich nazalizacji, co lepiej oddaje zapożyczony z łaciny termin „hypernazalizacja” niż powszechnie używane określenie „nosowanie otwarte”.

Wada ta spowodowana jest niewydolnością podniebienno-gardłową, której najczęstszą przyczyną, choć nie jedyną, jest rozszczep podniebienia, jawny bądź niejednokrotnie trudny diagnostycznie podśluzówkowy [Hortis-Dzierzbicka 1999; Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko 2000]. Ma ona fizjologiczne uwarunkowanie w istnieniu patologicznego połączenia między jamą ustną a nosową przed operacją zamknięcia rozszczepu. Często jednak, aczkolwiek w różnie podawanym procencie w zależności od ośrodka operującego dziecko, ale średnio w 20% przypadków, niewydolność podniebienno-gardłowa ma miejsce również po operacji pierwotnego zamknięcia szpary rozszczepowej w podniebieniu. Jej główną przyczyną po teźże operacji jest krótkie, bliznowate i nieruchome bądź słabo ruchome podniebienie, co spowodowane jest najczęściej wadliwą techniką operacyjną czy brakiem dostatecznego doświadczenia ze strony chirurga [Dudkiewicz, Hortis-Dzierzbicka 2000; Hortis-Dzierzbicka, Komorowska 1996; Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko 2000; Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz 2000].

Tu istotna jest nie tylko krótkość podniebienia, albowiem nawet krótkie podniebienie w określonych warunkach anatomicznych może dawać bardzo dobre zwarcie, jeśli jest elastyczne i dobrze ruchome. Ważna jest jego symetria oraz nieobecność dużych jatrogennych zbliżnowaceń. Często u dzieci z rozszczepem podniebienia bardzo w zwarciu pomaga powiększony adenoid. Jego udział w zwarciu może skutkować niejednokrotnie bardzo dobrym zwarciem podniebienno-adenoidalnym. Stąd ostrożnie należy podchodzić do adenotomii u dzieci z wadą rozszczepową podniebienia i zawsze, najlepiej za pomocą optyki nasofiberoskopowej, sprawdzić poziom zwarcia podniebienno-gardłowego i na ile przyczynia się do niego ewentualnie migdałek gardłowy w przypadkach jego przerostu. Nierozważne bowiem usunięcie adenoidu u dziecka z wadą rozszczepową podniebienia może skutkować wystąpieniem nosowania otwartego po operacji, nieraz tak znacznego i nie poddającego się terapii logopedycznej, że w konsekwencji wymagającego chirurgicznej korekty zwieracza podniebienno-gardłowego.

Poza niewydolnością podniebienno-gardłową przyczyną nadmiernego rezonansu nosowego u pacjentów rozszczepowych bywa również obecność przetoki ustno-nosowej, co bardzo często uchodzi uwagi leczących, ponieważ nosowanie otwarte jest zwykle kojarzone z niewydolnością podniebienno-gardłową. Ponadto przetoki te, nawet niewielkie, dają charakterystyczne poszumy przy wybranych głosekach (najczęściej są to sybilanty), często brane za poszumy „zgryzowe”, wywołane nieszczelnością wyrostka zębodołowego i deformacjami zgryzowymi.

Inny problem w ocenie mowy rozszczepowej i związanych z rozszczepem zaburzeń stwarzać mogą przerośnięte w znacznym stopniu migdałki podnie-

bienne, przy czym szczególnie istotny jest ich przerost dotylny, nie zawsze łatwy do zaobserwowania w badaniu od strony jamy ustnej, a świetnie widoczny w ocenie nasofiberoskopowej [Hortis-Dzierzbicka 2001]. Mogą one, jeśli kierunek ich przerostu jest tylnogórny, zwiększać lub nawet powodować niewydolność podniebieno-gardłową, blokując zwieracz podniebieno-gardłowy, bądź też, jeśli przerastają do tyłu i dołu, blokować gardło środkowe i dolne, przeszkadzając w połykaniu i dając charakterystyczne zaburzenia głosu, określane potocznie w slangu medycznym jako „mowa kluskowata”.

Występowanie u dziecka z wadą rozszczepową podniebienia charakterystycznego dla tej wady nosowania otwartego nie wyklucza występowania w niej, nawet u tego samego dziecka, nosowania zamkniętego, dla którego z kolci terminem właściwszym jest określenie „hyponazalizacja”. Jest to bowiem zmniejszenie rezonansu nosowego przy realizacji głosek nosowych, wymagających prawidłowego przepływu powietrza przez nos przy ich wytwarzaniu. Wszelkiego więc pochodzenia zmniejszenie drożności nosa, szczególnie częste u pacjentów z jednoczesnym rozszczepem wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia, może spowodować nosowanie zamknięte o różnym stopniu nasilenia. Może ono mieć miejsce na różnych etapach drogi przepływu powietrza przez nos w typowych dla rozszczepu miejscach przewężenia. Wreszcie powiększony trzeci migdał, jeśli obturuje nozdrza tylne, jest najczęstszą przyczyną chronicznego nosowania zamkniętego nie tylko u dzieci z wadą rozszczepową twarzy, lecz w całej populacji dziecięcej.

Należy także wspomnieć o innych, „nierozszczepowych”, a mogących współistnieć u tego samego pacjenta, przyczynach zaburzeń drożności nosa, jak wszechobecna w dzisiejszych czasach alergia, polipy nosa czy ostre i przewlekłe stany zapalne nosa i zatok.

W ocenie mowy pacjenta z wadą rozszczepową twarzy nie wolno również zapomnieć o stanie narządu słuchu i jego wpływie na możliwości prawidłowego rozwoju mowy u dzieci z tą wadą [Hortis-Dzierzbicka, Komorowska 1996; Hortis-Dzierzbicka 1999; Hortis-Dzierzbicka, Stecko 2000; Nowakowska-Szyrwińska 1999], na który to stan poza samą wadą rozszczepową u pacjenta z rozszczepem może wpływać drożność nosa i przerost trzeciego migdałka, przerastający przecież na stropie nosogardła obok ujść gardłowych trąbek słuchowych. Sama zresztą mowa niedosłyszających, niezależnie od rozszczepu, poza innymi cechami, może charakteryzować się w głębokich niedosłuchach także nosowaniem otwartym [Mitrinowicz-Modrzejewska 1978].

Zaburzenia zgryzu wynikające z zaburzeń wzrostu szczęki są w wadzie rozszczepowej twarzy bardzo częste i charakteryzują się występowaniem zgryzów krzyżowych przednich i bocznych, zgryzów otwartych i przodozgryzów. Dochodzą do nich zaburzenia wzrostu zębów i ich patologiczne ustawienia. Warunkuje to znacznie częstsze występowanie zaburzeń o typie seplenień bocznych i międzyzębowych. Występowaniu tych zaburzeń artykulacji sprzy-

jają również, wynikające z często towarzyszących wadzie rozszczepowej zaburzeń oddychania i połykania, dysfunkcje języka przy jego płaskim ułożeniu w jamie ustnej, dodatkowo zwiększając nasilenie tych, niecharakterystycznych, co prawda, dla rozszczepu, ale jakże w nim częstych, zaburzeń artykulacji.

W konkluzji należy więc powiedzieć, że specjalistą o fundamentalnym wręcz znaczeniu dla właściwej oceny mowy pacjenta z wadą rozszczepową twarzy jest foniatra w krajach mających tę specjalizację lekarską lub otolaryngolog, dobrze obeznany z wadą rozszczepową. Jako nieodzowny członek zespołu leczącego wady twarzoczaszki ma on, czy powinien mieć, za zadanie rozpoznawanie i ustalanie zasad leczenia zaburzeń mowy w rozszczepach na podstawie własnych szczegółowych, w przypadkach koniecznych poszerzonych o ocenę nasofiberokopową, badaniach klinicznych, oraz oceny funkcji mowy przez doświadczonego logopedę, dobrze obeznanego z tą trudną i specyficzną wadą.

Bibliografia

- Dudkiewicz Z., Hortis-Dzierzbicka M. (2000). Rozszczep wargi i podniebienia – standard postępowania. „Standardy Medyczne” 5 (8), 28-33.
- Hortis-Dzierzbicka M., Komorowska A. (1996). Wpływ warunków anatomicznych na rehabilitację mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy. W: Materiały z II Konferencji Roboczej „Rozszczep wargi i podniebienia – dokumentacja”. Red. Z. Dudkiewicz, Warszawa 1996.
- Hortis-Dzierzbicka M. (1999). Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej. „Medycyna Wieku Rozwojowego” III, 3, 369-375.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E. (2000). Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji. „Nowa Pediatria” 18, 18 n.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z. (2000). Nowoczesna diagnostyka niewydolności podniebieno-gardłowej. Tamże 21-23.
- Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E. (2000). Standard postępowania foniatryczno-logopedycznego w wadzie rozszczepowej twarzy. „Standardy Medyczne” 12 (14), 27 n.
- Hortis-Dzierzbicka M. (2001). Wideonasofiberoskopia w ocenie górnych dróg oddechowych u dzieci. „Nowa Pediatria” 25, 24-26.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A. (1968). Głuchota wieku dziecięcego, Warszawa: PZWL.
- Nowakowska-Szyrwińska E. (1999). Sprawność ucha środkowego u dzieci z wadą rozszczepową wargi i/lub podniebienia. Praca na stopień doktora nauk medycznych – Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.