

<sup>1</sup>MAŁGORZATA STECEWICZ,  
<sup>2</sup>LUDMIŁA HALCZY-KOWALIK

<sup>1</sup>Uniwersytet Szczeciński  
Katedra Pedagogiki Specjalnej  
<sup>2</sup>Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin  
Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Pooperacyjnej  
Chirurgii Szczękowo-Twarzowej PAM

## **Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób po usunięciu nowotworu złośliwego jamy ustnej**

---

**The Standard of Logopedic Treatment in Patients  
after Excision of Malignant Neoplasm of the Oral Cavity**

### WSTĘP

Złośliwy proces nowotworowy charakteryzuje się rozplemem własnych, lecz zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek ustroju, prowadzi do niszczenia prawidłowych struktur narządowych, najpierw w miejscu pierwotnego rozwoju procesu nowotworowego, a następnie do niszczenia przez naciekanie tkanek sąsiednich oraz do zagnieżdżania się i namnażania przekształconych komórek w narządach sąsiednich (T. Koszarowski, 1985).

Najczęstszym nowotworem złośliwym jamy ustnej jest rak pochodzący z nabłonka wyściełającego jamę ustną. Nowotwory złośliwe wywodzące się z małych gruczołów ślinowych, z tkanki limfatycznej, łącznej, barwnikowej stanowią mniej niż 10% ogólnej liczby nowotworów złośliwych jamy ustnej. Zachorowalność na raka jamy ustnej wynosi 11 na 100 000, umieralność — 5 na 100 000 mieszkańców (S. R. Baker, 1993).

Wśród zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe najczęstsze są nowotwory:

- wargi (M — 20. miejsce na liście zachorowań, K — 50. m-ce),
- dna jamy ustnej (M — 30., K — 61.),
- innych i nieokreślonych części języka (M — 33., K — 58.),
- migdałka (M — 34., K — 49.),
- ustnej części gardła (M — 36., K — 56.),
- o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła (M — 42., K — 75.),

- zatok przynosowych (M — 58., K — 67.),
- dziąsła (M — 67., K — 71.) (J. Didkowska, U. Wojciechowska, Z. Tarkowski, W. Zatoński, 2002).

Zgodnie z *X Rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O)* morfologiczno-topograficzna klasyfikacja (ICD-10) obowiązująca od 1994 roku pozwala wyróżnić w jamie ustnej:

ICD-10 C00 — nowotwory złośliwe wargi, ICD-10 C01 — nowotwór złośliwy nasady języka, ICD-10 C02 — nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka,

ICD-10 C03 — nowotwór złośliwy dziąsła, ICD-10 C04 — nowotwór złośliwy dna jamy ustnej, ICD-10 C05 — nowotwór złośliwy podniebienia, ICD-10 C06 — nowotwór złośliwy innych nieokreślonych części jamy ustnej,

ICD-10 C09 — nowotwór złośliwy migdałka, ICD-10 C10 — nowotwór złośliwy ustnej części gardła, ICD-10 C14 — nowotwór złośliwy o innym i bliżej nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła, ICD-10 C31 — nowotwór złośliwy zatok przynosowych.

Zaburzenia mowy występujące u chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10* nie zostały sklasyfikowane. W istniejącym wykazie jednostek chorobowych można je zakwalifikować jako R 47 — zaburzenia mowy niesklasyfikowane.

Leczenie operacyjne jest leczeniem z wyboru większości nowotworów jamy ustnej. W wyniku doszczętnego wycięcia nowotworu powstaje ubytek tkanek otoczony strukturami o mniejszej ruchomości, przemieszczonymi w stronę tego ubytku. Czynności odtwórcze podejmowane dla utrzymania podstawowych funkcji życiowych, takich jak oddychanie, połykanie i mowa, w przypadku wycięcia bardzo zaawansowanych nowotworów, zmniejszają kooperacyjne kalectwo i tworzą warunki dla rehabilitacji czynnościowej. Powodzenie rehabilitacji zależy od warunków w kanale głosowym, decydujących o swobodnym przepływie strumienia powietrza, od możliwości zbliżenia lub zetknięcia narządów artykulacyjnych, od kontroli kierunku spływu śliny. Przeszkodami w rozpoczęciu rehabilitacji mowy po wycięciu nowotworu jamy ustnej są: konieczność czasowego utrzymania oddychania przez tracheostomę, trudności w swobodnym połknięciu śliny, duszność, ból. U większości chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej upływ 1–2 tygodni od zabiegu operacyjnego jest potrzebny dla wygojenia ran operacyjnych, wyuczenia kontrolowanego bezdechu i bezpiecznego (bez groźby zachłyśnięcia się) połykania śliny.

Zaburzenia wymowy u chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej mają charakter nabyty w wyniku choroby i operacji, dotyczą sprawności w realizacji systemu fonemowego przy prawidłowych kompetencjach, występują w ponadkrtaniowych strukturach anatomicznych obwodowej części aparatu mowy. Zaburzenia te można nazwać dyslalią pooperacyjną ponadkrtaniową<sup>1</sup>.

## DIAGNOZOWANIE

Diagnozowanie odbywa się w trakcie badania logopedycznego podczas którego jest dokonywana szczegółowa ocena topografii jamy ustnej po zabiegu operacyjnym, ocena czynności wyrazowej twarzy, ocena czynności warg i języka, ocena jakości dźwiękowych realizacji fonemów. U każdego chorego uwzględniany jest zakres zabiegu operacyjnego, czynności odtwórcze, sposób odżywiania, a także dane socjodemograficzne.

## BADANIE LOGOPEDYCZNE

Badanie logopedyczne chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej obejmuje:

— ocenę swobody w rozpoczynaniu wypowiedzi (odkrtuszanie, dodatkowe połknięcia śliny, konieczność wytarcia śliny, brak kontroli wyciekającej śliny, suchość w jamie ustnej),

— ocenę sprawności motorycznej warg i języka uwzględniającą zakres, tempo i precyzję ruchu,

— ocenę jakości wymowy; wymowa oceniana jest wzrokowo i słuchowo podczas dźwiękowej realizacji fonemów w izolacji, w sylabach, wyrazach i w tekstach, zgodnie z przyjętym do oceny systemem fonemowym i opisem głosek; w ocenie budowy artykulacyjnej głosek należy zwrócić uwagę na występowanie mechanizmów autoregulacyjnych w tworzeniu głosek (ułożenie i ruch warg, języka, żuchwy, występowanie rezonansu nosowego).

## WYWIAD

Na podstawie wywiadu ustala się:

— dane socjodemograficzne (imię i nazwisko, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa),

— czas, jaki upłynął od operacji do badania logopedycznego,

---

<sup>1</sup> Kryteria klasyfikacji dyslalii za B. Ostapiuk, 1997; kryteria klasyfikacji zaburzeń mowy — S. Grabias, 1997; szczegółowe omówienie przyjętej terminologii — B. Ostapiuk, L. Konopska, M. Stecewicz, 2008.

- ocenę własnej wymowy oraz trudności w mówieniu zgłaszane przez chorych, występujące przed i po operacji,
- oczekiwania chorego co do efektów terapii.

#### ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

Na podstawie danych klinicznych ustala się:

- zakres wycięcia tkanek jamy ustnej, możliwość zbliżenia lub zetknięcia narządów artykulacyjnych w celu realizacji fonemów spółgłoskowych,
- wykonane czynności odtwórcze,
- sposób oddychania (oddychanie przez tracheostomę, oddychanie swobodne),
- wydolność połykania (połykanie niewydolne, wydolne, średnio sprawne, sprawne, prawidłowe),
- sposób odżywiania (włącznie przez sondę albo doustne pokarmami płynnymi, półpłynnymi, papkowatymi, stałymi i stałymi rozdrobnionymi).

#### DIAGNOZA RÓŻNICOWA

W diagnozie należy uwzględnić możliwość współwystępowania z omawianymi zaburzeniami innych wrodzonych i/lub nabytych nieprawidłowości w budowie anatomicznej obwodowej części aparatu mowy (np. wad zgryzu, ankyloglosji, rozszczepów wargi i podniebienia, nieprawidłowości występujących u chorych po laryngektomiach).

#### ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Zaburzenia wymowy występujące u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej obejmują odrębną klasę zjawisk logopedycznych o wspólnej przyczynie, patomechanizmie, objawach i procedurze postępowania logopedycznego<sup>2</sup>. Termin dyslalia pierwotna pooperacyjna ponadkrtaniowa wskazuje na zakres objawów (wadliwa realizacja fonemów), przyczynę (skutek operacji w obrębie struktur ponadkrtaniowych) i wyznacza procedurę postępowania logopedycznego (usprawnianie realizacji). Różne nasilenie trudności w dźwiękowej realizacji fonemów związane jest z różnym zakresem pooperacyjnego ubytku.

Obraz przypadku zawiera informacje o:

- umiejscowieniu nowotworu,

---

<sup>2</sup> Termin zjawisko logopedyczne za (J. Janas-Kaszczuk, Z. Tarkowski, 1991); procedura postępowania logopedycznego za (S. Grabias, 2008).

- zakresie wycięcia tkanek, dokonanych czynnościach odtwórczych, przemieszczeniu i ograniczeniu ruchomości struktur sąsiadujących z ubytkiem pooperacyjnym,
- sprawności narządów artykulacyjnych,
- jakości wymowy (opis wzrokowej i słuchowej oceny jakości dźwiękowych realizacji fonemów) oraz występowaniu autoregulacyjnych mechanizmów kompensacyjnych,
- dodatkowych nieprawidłowościach anatomicznych lub czynnościowych niezwiązanych z wycięciem nowotworu jamy ustnej.

## PROGRAMOWANIE TERAPII

Terapia logopedyczna postrzegana jest jako część pooperacyjnej rehabilitacji czynnościowej obejmującej także reedukację polykania, usprawnianie czynności wyrazowej twarzy, uzupełnianej w miarę potrzeb wsparciem psychologicznym.

## CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Podstawowym celem postępowania logopedycznego jest usprawnienie artykulacji umożliwiające chorym komunikowanie się z otoczeniem.

## STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

W przypadku chorych po wycięciu nowotworu jamy ustnej strategię i metody usprawniania dźwiękowych realizacji fonemów zależą od zakresu pooperacyjnego ubytku anatomicznego i nasilenia zaburzeń czynnościowych.

## ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

Organizacja postępowania terapeutycznego uwzględnia przebieg procesu leczenia choroby podstawowej i jest włączona w rehabilitację czynnościową. Planowo rozpoczyna się po upływie tygodnia od zabiegu operacyjnego, trwa przez czas pobytu chorego w szpitalu i stosownie do potrzeb i możliwości jest kontynuowana u chorych ambulatoryjnych. Terapia chorych prowadzona jest indywidualnie i obejmuje:

- właściwy wybór momentu rozpoczęcia terapii (swobodne oddychanie, polykanie śliny),
- dobór ćwiczeń stosownie do stwierdzanych zaburzeń,
- zapoznanie chorego z zalecanymi ćwiczeniami, wspólne ćwiczenie, zlecenie ćwiczeń połączone z pozostawieniem choremu pisemnej instrukcji oraz w miarę możliwości włączenie rodziny w proces terapii,

- rejestrację i kontrolę postępów terapii,
- uwzględnienie zmian związanych z gojeniem w polu operowanym, przemieszczeniami narządów lub ich części i postępującym ograniczeniem ich ruchomości w dalszej terapii.

## POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

Postępowanie terapeutyczne uwzględnia w oparciu o wiedzę o następstwach wycięcia określonych struktur uczestniczących w tworzeniu mowy przedoperacyjne informowanie chorego o przewidywanych skutkach operacji i możliwościach rehabilitacji oraz ukierunkowanie mechanizmów autoregulacyjnych i wspomaganie chorego w znalezieniu zastępczych miejsc i sposobów artykulacji.

### SFORMUŁOWANIE SZCZEGÓŁOWEGO PROGRAMU TERAPII

Szczegółowy program terapii zawiera indywidualny dobór ćwiczeń dostosowany do stwierdzonych szkód pooperacyjnych i obejmuje:

- ćwiczenia oddechowe, w tym ćwiczenia kontrolowanego bezdechu,
- ćwiczenia polykania śliny w dowolnym momencie,
- ćwiczenia poprawiające sprawność trzech pierścieni mięśniowych: zwarcia mięśnia okrężnego ust, zwarcia podniebiennie-językowego i językowo-gardłowego,
- ćwiczenia wzmagające aktywność ruchową języka, warg, policzków,
- usprawnianie dźwiękowych realizacji fonemów (u chorych z protezami zębowym, obturatorami, płytami podniebiennymi ćwiczenia usprawniające artykulację przeprowadza się z protezą),
- poszukiwanie zastępczych miejsc i sposobów artykulacji.

### OKRESOWA OCENA POSTĘPÓW TERAPII

Okresowa ocena postępów terapii jest konieczna ze względu na zmieniające się uwarunkowania tworzenia głosek, ma znaczenie w doborze optymalnych metod terapeutycznych, jest także istotna dla chorego, pozwala ujawnić błędy popełniane podczas rehabilitacji.

### MODYFIKACJA PROGRAMU TERAPII

Ze względu na dużą pooperacyjną zmienność uwarunkowań strukturalnych i czynnościowych występującą u chorych operowanych z powodu nowotworu jamy ustnej konieczna bywa modyfikacja programu terapii.

## DOKUMENTACJA TERAPII

Dokumentacją terapii jest karta postępowania logopedycznego obejmująca wyniki badań logopedycznych wraz z zapisem wideo, wyniki badań specjalistycznych, wyniki okresowej oceny postępów terapii. Ocena wymowy chorych powinna odbywać się również przed zabiegiem operacyjnym, dotąd odnotowywane były w historii choroby tylko wyraźne odchylenia zauważone przez samego chorego lub jego otoczenie.

## BIBLIOGRAFIA

- Baker S. R., 1993, *Malignant neoplasm of the oral cavity*, [w:] *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, vol. 2, s. 1248–1306.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Tarkowski W., Zatoński W., 2002, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 roku*, Warszawa.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. X, s. 9–36.
- Grabias S., 2008, *Biuletyn logopedyczny ZG PTL*, 1, Lublin.
- Janas-Kaszczyk J., Tarkowski Z., 1991, *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*, Lublin.
- Koszarowski T., 1985, *Onkologia kliniczna*, Warszawa.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego — propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia”, t. X, s. 117–136.
- Ostapiuk B., Konopska L., Stecewicz M., 2008, *Preambuła terminologiczna do standardów logopedycznego postępowania w przypadku wadliwej wymowy — dyslalia czy dysglosja*, „Logopedia”, 37, Lublin.