

# Particularități ale intervenției logopedice în contextul tulburărilor de deglutiție la copiii cu paralizie cerebrală

Oana MUNCELEANU<sup>1</sup>

## Abstract

*There are studies that underscore the presence of swallowing disorders in the pediatric area, especially among children with disabilities. One of the most common causes of this occurrence are neurological disorders such as children with moderate and severe cerebral palsy. Swallowing disorders can have a significant impact on their development and general health. Reduced nutritional intake accompanied by deceleration weight, prolonged feeding, and especially respiratory complications, which are the major cause of premature mortality, are just some of the arguments that stress the importance of early intervention. The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) reveals the important role of a speech therapist in the interdisciplinary team in initiating a specific intervention, in the context of the particular swallowing disorder. Based on these assumptions the purpose of this paper is to illustrate the particularities of a speech therapist's intervention in the context of swallowing disorders in children with cerebral palsy. This shall begin with the steps of an assessment and a specific intervention focus on the use of sensorimotor therapy, including the counseling of the child's family into the implementation of correct posture during swallowing, and the main maneuvers to facilitate swallowing..*

**Keywords:** cerebral palsy, speech therapy, swallowing disorders, postural strategy, sensorimotor therapy

## Introducere

În literatura de specialitate întâlnim o multitudine de studii care subliniază importanța specialiștilor în terapia tulburărilor de deglutiție în sferă pediatrică, evidențiind numărul semnificativ de copii cu diferite dizabilități care pot avea nevoie de suport și terapie în acest domeniu (de exemplu American Speech-Language-Hearing Association- ASHA, 2001; Gisel, 2008; Manno et al., 2005; McQuillan și Coleman, 2008; Robănescu, 2014). Majoritatea studiilor din ultimii ani se focalizează pe diferite forme de disfagie întâlnite la adulți, cercetările din domeniu pediatric fiind limitate (mai ales cele "evidence-based"). Asociația Americană a Specialiștilor în Terapia Limbajului și Audiologie Educațională (American Speech-Language-Hearing Association- ASHA, 2001) subliniază că tulburările de deglutiție la copii prezintă unele aspecte particulare, atât în ceea ce

privește diagnosticul, cât și intervenția, de aceea informațiile furnizate de studiile realizate cu adulți nu pot fi aplicate întotdeauna. Pornind de la aceste asumții, în continuare vom aborda secvențial particularitățile intervenției logopedice la copiii cu paralizie cerebrală care prezintă tulburări de deglutiție. Într-o primă etapă, propunem o succintă fundamentare teoretică care realizează o sinteză a studiilor de specialitate consultate pe această temă, urmând ca apoi să ilustrăm practic întregul demers de evaluare și intervenție realizat pe parcursul unui an, în cazul unui copil cu tetrapareză spastică și disfagie orofaringeană moderată.

Yeargin-Allsop et al. (2008) (după Bacon și Edwards, 2014) au subliniat că paralizia cerebrală este cea mai comună dizabilitate motorie care apare în 3.6 din 1000 nașteri fiind cea mai întâlnită tulburare neurologică asociată cu tulburările de înghițire. Terminologia

utilizată în vederea descrierii dificultăților și/sau tulburărilor de înghițire este diversă, în literatura de specialitate întâlnind o varietate de termeni utilizați în acest sens, neajungându-se la un consens. Dintre aceștia menționăm cei mai frecvenți termeni utilizați: *tulburări de deglutiție, disfagie orofaringiană, tulburări de alimentare, disfuncții oro-motorii* (Erasmus et al., 2012).

Majoritatea copiilor cu paralizie cerebrală moderată și severă prezintă diferite tulburări de înghițire care au impact semnificativ asupra dezvoltării și asupra stării de sănătate generale ale acestora (Bacon și Edwards, 2014). Acestea sunt evidente încă de la naștere și pot conduce la o scădere masivă în greutate și chiar subnutriție în primul an de viață (Samson-Fang și Stevenson, 1998, după Gisel, 2008). Deficitele coordonării neuro-motorii interferează frecvent cu achiziția abilităților oral-motorii, ceea ce conduce, de multe ori, la apariția dificultăților sau tulburărilor de înghițire (Cooper-Brown et al., 2008, Bacon și Edwards, 2014). Erasmus et al. (2012) subliniază, de asemenea, faptul că leziunile cerebrale asociate cu paralizia cerebrală pot avea impact asupra funcțiilor musculaturii linguale, palatale, precum și a maxilarului și a buzelor. Acest tip de disfuncții orale sau faringiene evidențiate la copiii cu paralizie cerebrală includ: deficite de închidere a buzelor, poziție anterioară a limbii în timpul deglutiției („tongue trust”), tonus lingual redus, hipersensibilitate tactilă, exacerbarea reflexului de mușcare, întâzieri în inițierea deglutiției, motilitate redusă a faringelui, control redus al salivei (Avedson, 2013). În consonanță cu cele spuse anterior, Benfer et al. (2012) punctează de asemenea diferitele deficite identificate la nivelul fiecărei faze a

deglutiției, în cazul copiilor cu paralizie cerebrală, precizând în plus unele dificultăți specifice ce includ: limitări ale mișcărilor de lateralizare ale limbii necesare în procesul de masticăție a alimentelor solide, tranziție neadecvată a bolului alimentar, abilități reduse de curățare a rezidurilor. Aceștia, practic, se focalizează asupra fazei orale a deglutiției, insistând terapeutic asupra controlului acestei faze. În termeni generali, în această situație, **programul terapeutic abordează deficitele senzoriomotorii** (Edwards & Martin, 2011, după Bacon și Edwards, 2014) prin: creșterea gradului de conștientizare a prezenței mâncării în cavitatea bucală, stabilitate și eficiență mai mare a masticăției pentru a îmbunătăți manipularea texturilor diferite.

În ceea ce privește intervenția în contextul tulburărilor de deglutiție, ASHA (2002) stipulează că obiectivele principale în terapia specifică la copii sunt: facilitarea nutriției și hidratarea adecvată, minimalizarea riscului de apariție a complicațiilor pulmonare și creșterea calității vieții. Specialiștii din terapia limbajului trebuie să se focalizeze pe facilitarea coordonării mișcărilor de la nivel bucal, respirator și fonator. Se subliniază necesitatea abordării atât a problemelor ce țin de funcțiile oral-motorii, tonusul muscular, cât și postura și poziția pe parcursul procesului de alimentare (ASHA, 2002; Avedson, 2013; Benfer, 2012). Manno, Fox și Kerwin (2005) menționează că intervenția nu trebuie să înceapă până când problemele medicale nu sunt identificate și stabilizate. Ulterior, se abordează problematica posturării corecte (aliniere posturală) și abia apoi stimularea oral-motorie. Cu alte cuvinte, principalele metode de intervenție logopedică în

contextul disfagiei la copii cu paralizie cerebrală identificate în literatura de specialitate sunt, pe de o parte strategiile posturale și de alimentare în vederea facilitării deglutiției, iar pe de altă parte stimularea oral-motorie. Astfel, mai multe studii au demonstrat că poziția posturală corespunzătoare și aliniamentul biomecanic adecvat sunt asociate cu îmbunătățiri semnificative la nivelul deglutiției (Gisel, Schwartz, Petryk, Clarke și Haberfellner, 2000; Larnert și Ekbert, 1995 după Manno, Fox și Kerwin, 2005, Robănescu, 2014). Îmbunătățirea elongației gâului, și stabilității maxilarului determină poziționarea corectă și a celorlalte structuri orale, poziționare necesară manipulării și transportului alimentelor prin faringe. (Manno, Fox și Kerwin, 2005).

O serie de studii au investigat intervenția senzoriomotorie asupra abilităților alimentare ale copiilor cu paralizie cerebrală (Gisel, 1994; Gisel, Applegate-Ferrante, Benson, și Bosma, 1996). Fucile et.al. (2002) (după Gisel, 2008) au demonstrat că stimularea senzoriomotorie orală la sugari a accelerat tranziția de la alimentația artificială prin tub, la alimentația naturală orală cu 7 zile, în comparație cu grupul de control care nu a beneficiat (copii prematuri). ASHA (2002) subliniază că facilitarea neurofiziologică a mușchilor orofaciali prin exerciții de întindere, periaj, prin utilizarea vibrațiilor, prin mișcarea/deplasarea dispozitivelor pe diferite zone ale feței sau limbii are efecte benefice în terapia copiilor cu paralizie cerebrală. Gisel (1994) după (Gisel, 2008) a studiat efectele intervenție orale senzoriomotorii asupra abilităților de înghițire, dar și asupra creșterii în greutate. Copiii cu media vârstei de 7 ani, cu paralizie cerebrală și tulburări de

deglutiție, au fost selectați pentru studiu. Intervenția s-a focalizat pe abilități oro-motorii precum: închiderea buzelor pentru menținerea alimentelor în cavitatea bucală, exerciții de lateralizare a limbii pentru plasarea alimentelor pe molari, mușcarea pentru secționarea unei bucăți de aliment solid. Studiul a arătat că intervenția senzoriomotorie între 10-20 săptămâni are un efect benefic asupra copiilor subliniindu-se: un control mai crescut al retenției alimentelor în cavitatea bucală, îmbunătățiri la nivelul masticăției (la nivelul transformării mecanice a alimentelor prin tăiere, triturare, sfășiere). De asemenea s-a monitorizat progresivitatea introducerii de noi texturi. După intervenție, s-a micșorat treptat durata meselor, iar copiii au progresat în a accepta texturi mai dense (Gisel, 2008, Robănescu, 2014).

Pornind de la fundamentarea teoretică, în continuare propunem ilustrarea demersului de evaluare și intervenție realizat în contextul unui copil cu tetrapareză spastică și disfagie orofaringiană moderată. Studiu întreprins a avut ca deziderat final evidențierea efectelor programului de intervenție SPOH-SOSM (**Strategii de posturare și de hrănire- Stimulare orală senzoriomotorie**), având ca **obiective specifice**:

1. Proiectarea unui program de intervenție (SPOH-SOSM) pornind de la nevoile și particularitățile cazului, decelate în urma evaluării comprehensive
2. Implementarea programului de intervenție: consiliere părinți privind posturarea și strategiile de alimentație și stimularea orală senzoriomotorie.
3. Stabilirea efectului implementării programului de intervenție SPOH-

SOSM asupra abilităților oral-motorii și a nivelului dietei alimentare utilizate.

Principalele întrebări de cercetare sunt:

1. Care este efectul utilizării strategiilor de posturare și de hrănire asupra abilităților oral-motorii?
2. Care este efectul participării la sesiunile de stimulare senzoriomotorie asupra abilităților oral-motorii?
3. Asocierea strategiilor de posturare și de hrănire cu stimularea orală senzoriomotorie aduce modificări în planul texturii și consistenței alimentelor utilizate în alimentație?

În cadrul studiului, așa cum am menționat anterior, va fi inclus un singur caz al cărei evoluție va fi monitorizată pe parcursul unui an. Criteriul includerii în studiu este reprezentat de prezența paraliziei cerebrale și a tulburărilor de deglutiție asociate. Având în vedere că ne dorim surprinderea efectului utilizării stimulării orale senzoriomotorii în terapia disfagiei la copiii cu paralizie cerebrală, un alt criteriu de includere în studiu este reprezentat de tipul disfagiei. Astfel, în cadrul studiului vom viza doar disfagia orală (nu și faringiană sau esofagiană), tulburările de tonus, motilitate și coordonare urmând să fie astfel, abordate prin terapia orală senzoriomotorie.

## **Studiu de Caz**

### ***Date generale:***

În cadrul studiului a fost inclus un băiat în vârstă de 8 ani, având următorul diagnostic: conform **ICD-10** paralizie cerebrală: tetraplegie spastică, microcrație, epilepsie, cecitate corticală, strabism, nistagmus.

În consonanță cu literatura de specialitate, prezentăm diagnosticul neurologic privit multidimensional. După nivelul de severitate al paraliziei cerebrale (Jones et al., 2007) Z. M. prezintă o **formă severă** de paralizie cerebrală, copilul are nevoie de fotoliul rulant și are dificultăți semnificative în îndeplinirea sarcinilor zilnice. După distribuția topografică (Jones et al., 2007), Z.M. prezintă **tetraplegie**, cu afectarea tuturor membrului.

Dincolo de diagnosticul care ne oferă doar încadrarea într-o categorie diagnostică, s-a considerat mult mai importantă descrierea abilităților motorii grosiere funcționale, prin intermediul Sistemului de clasificare a funcției motorii grosiere în contextul paraliziei cerebrale (The Gross Motor Function Classification System – GMFCS, Palisano et al., 1996). Astfel, pe baza observației sistematice structurate, Z.M. a fost încadrat pe **nivelul V- Dizabilitatea fizică ce limitează considerabil** controlul voluntar al mișcărilor și abilitatea de a menține capul și trunchiul într-o postură optimă (antigravitație). Toate ariile funcțiilor motorii sunt limitate. Copilul nu se poate deplasa independent nici pe distanțe foarte scurte prin intermediul fotoliului rulant (nu are nici un mijloc de mobilitate independentă), ci are nevoie permanentă de ajutor din partea aparținătorilor.

### ***Anamneză și evaluare inițială***

Z.M. provine dintr-o sarcină cu evoluție normală, naștere în prezentație craniană, provocată, datorită depășirii termenului cu 9 zile. Sarcina a fost monitorizată în permanență, efectuându-se controale medicale regulate, fără a se consemna probleme. La naștere s-a evidențiat suferință fetală (decelerații ale bătăilor



cordului fetal) înainte de expulzie. Expulzia a fost prelungită (45 min), Apgar 2 (reanimat o oră- după care Apgar 4), dublă circulară de cordon, asfixie primară gradul III, cefalhematom gigant bilateral.

Cu toate că importanța și rolul fundamental al specialistului în terapia limbajului și audiologie educațională în evaluarea și intervenția specifică în contextul tulburărilor de deglutiție, este subliniat, în țara noastră aflându-ne la începuturi de drum în această direcție, nu există foarte multe instrumente de evaluare în acest domeniu. Astfel, în vederea evaluării lui Z.M. s-au utilizat instrumente de evaluare specifice identificate în literatura de specialitate.

ASHA (2013) pune la dispoziție un instrument deosebit de util în realizarea unei evaluări complexe a tulburărilor de deglutiție, și anume **Pediatric Feeding History and Clinical Assessment Form**. Cu ajutorul acestuia a fost creionat tabloul specific al tulburărilor de înghițire prezente în cazul lui Z.M., precum și informațiile referitoare la abilitățile de comunicare, cele fine/grosiere, cogniție, informații deosebit de importante pentru întreg demersul de intervenție planificat. În continuare se propune o prezentare selectivă a informațiilor decelate în urma evaluării, cu accent exclusiv pe cele relevante în contextul intervenției specifice prezentate ulterior. Astfel, instrumentul menționat ne furnizează informații valoroase cu privire la starea de nutriție, poziția în timpul hrănirii, la abilitățile oral-motorii și la tulburările specifice de alimentație, din interviul semi-structurat cu părintele și, totodată, din evaluarea clinică realizată. Sumarizând, subliniem că Z.M. nu se alimentează  
singur,

îngrijitorul/apartinătorul îl alimentează mereu. De asemenea, identificăm o poziție defectoasă a copilului în timpul alimentației: zona occipitală nu este sprijinită cu mâna în vederea scăderii riscului de aspirație a alimentelor, în timpul hrănirii Z.M. nu este pus în scaun, nici în scaunul special achiziționat pentru posturare, ci este ținut pe picioare, în poziție laterală raportat la persoana care îl hrănește, cu picioarele ușor flectate, nu este asigurat aliniamentul biomecanic, crescând semnificativ riscul aspirației alimentelor.

În timpul evaluării, copilul a fost alimentat în mod obișnuit, conform propriilor preferințe, (fructe paserate, legume, iaurt) observându-se o serie de aspecte care vor fi evidențiate în ceea ce urmează. Astfel, atât alimentele solide, cât și cele lichide au fost oferite cu o lingură. Copilul nu folosește paharul sau paiul pentru lichide, toate alimente sunt oferite de către aparținător cu o lingură/linguriță. Acesta are nevoie de prompt pentru a-și deschide buzele (nu deschide singur gura în momentul în care lingurița se apropie de buze, aparținătorul este cel care deschide buzele prin intermediul lingurei; în momentul în care simte pe buze alimentele uneori are intenția de a iniția masticția acestora, prin mutarea alimentelor dintr-o parte în cealaltă, o parte din ele ies printre buze din cavitatea bucală, fiind introduse din nou) Z.M. nu are capacitatea de a secționa singur alimente (mușcătură absentă/ imposibil de realizat). Bolul alimentar este „deplasat” prin cavitatea bucală, însă nu a fost lateralizat pe suprafața molarilor pentru a fi mestecat corespunzător. În ceea ce privește, lichidele utilizate în alimentație, Z.M. nu consumă deloc apă, în situațiile în care i se oferă, acesta se îneacă, apare tusea. Cu

toate acestea, Z.M. tolerează mult mai bine alte lichide de aceeași consistență, cum ar fi ceaiul, sucul (are preferință deosebită pentru gustul de lămâie și portocală). În timpul deglutiției acestora, o mare parte se scurge din cavitatea bucală, prin partea anterioară, pe la comisurile labiale.

Evaluarea abilităților oral-motorii s-a realizat prin intermediul Scalei de evaluare Oral-Motorie (OMAS- Oral Motor Assessment Scale, Ortega et al., 2009)

Întreaga evaluare inițială, a avut la baza *observația sistematică structurată* a copilului în timpul mesei timp de 3 săptămâni, în diferite contexte, momente ale zilei și cu diferite persoane. Astfel, prezentăm în continuare rezultatele obținute în urma evaluării. Precizăm că evaluarea a fost realizată de către 2 evaluatori, precum și de către părinte

săptămânal în cele 3 săptămâni de evaluare inițială, urmărindu-se acordul inter-evaluatori.

Abilitățile oral-motorii au fost evaluate în timpul mesei. Au fost vizate următoarele aspecte: închiderea cavității bucale, închiderea buzelor pe ustensilele utilizate la hrănire, închiderea buzelor în timpul deglutiției, controlului alimentelor în timpul deglutiției (solide/semisolide), masticăția, utilizarea paiului pentru supt, controlul lichidelor în timpul deglutiției. Fiecărei secțiuni s-a atribuit un scor de la 0 la 3: 0-pentru răspuns pasiv (performanță oral-motorie compromisă sever), 1- pentru răspuns disfuncțional (performanță oral-motorie compromisă moderat), 2- pentru răspuns semi-funcțional (ușor compromisă) și 3 pentru răspuns funcțional, așa cum se poate observa în figura 1

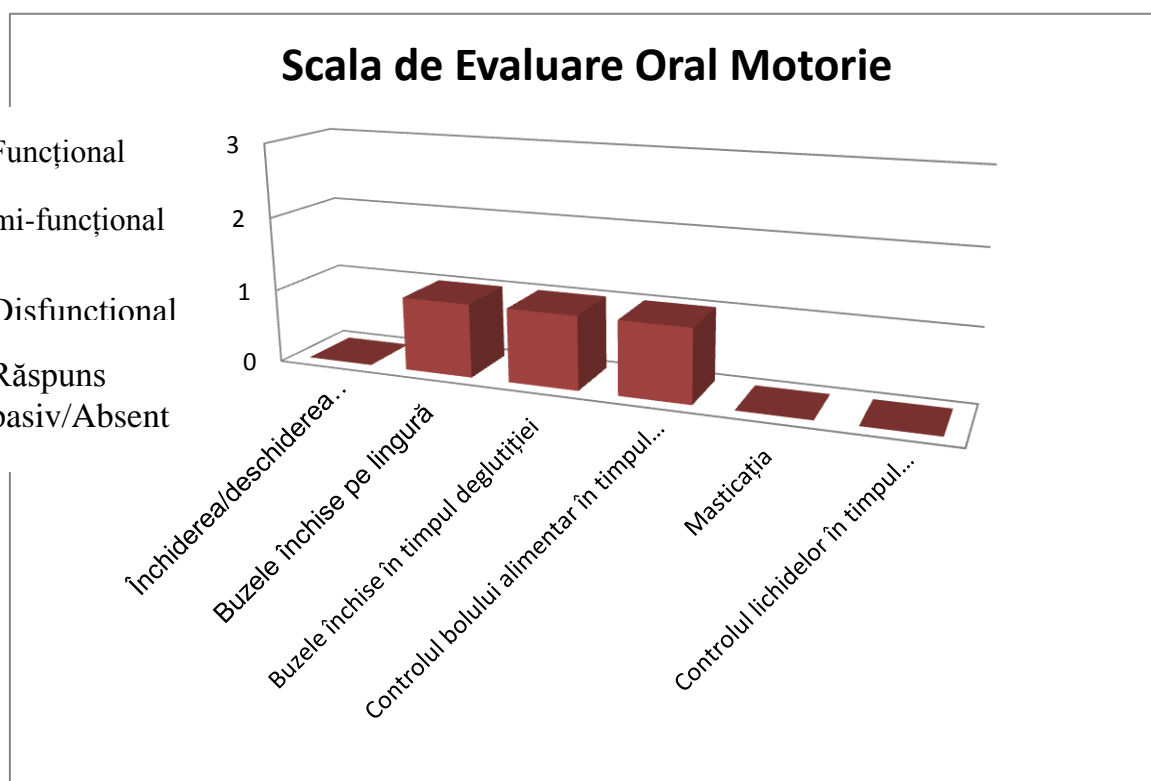


Fig 1. Rezultate evaluare scală de evaluare oral-motorie

Dincolo de atribuirea unui scor fiecărei componente vizate, prezentăm în continuare semnificația calitativă a scorurilor oferite:

- Închiderea-deschiderea cavității bucale- Nici o reacție
- Buzele închise pe lingură/ustensilă- Nu închide, dar ține cu dinții
- Buzele închise în timpul deglutiției - Nu închide buzele în timpul deglutiției
- Controlul bolului alimentar în timpul deglutiției- Pierde o mare parte din alimente
- Masticația- Fără mișcări
- Controlul lichidelor în timpul deglutiției- Întotdeauna pierde toate lichidele/ se scurg din cavitatea bucală

Rezultatele evaluării inițiale ilustrează o serie de **deficite oral-motorii**, care explică prezența tulburărilor de deglutiție în sfera paraliziei cerebrale tocmai prin sublinierea prezenței deficitelor de acest fel.

### ***Intervenție și evaluare***

Întreg demersul de intervenție s-a realizat într-o strânsă comunicare cu membrii echipei interdisciplinare formate din:

- Medici: ORL, neurolog, radiolog (deosebit de importanți în demersul de evaluare);
- Kinetoterapeut (colaborare strânsă în etapa de posturare corespunzătoare);
- Dietetician (colaborare în vederea extinderii dietei prin acceptarea de noi texturi);
- Specialist în terapia limbajului (stimulare oro-facială);
- Părinții implicați activ în terapia copilului.

Intervenția a avut la bază **obiectivele fundamentale** ale specialistului în terapia tulburărilor de limbaj în contextul

tulburărilor de deglutiție, subliniate atât de ASHA (2015), cât și de Royal College of Speech language therapists (RCSLP, 2014):

1. Prevenirea aspirației - reducerea morbidității și mortalității asociate infecțiilor pulmonare datorate sindromului de aspirație;
2. Îmbunătățirea controlului motor în fiecare etapă a procesului de deglutiție cu normalizarea tonusului și ameliorarea tranzitului bolului alimentar (stimulare senzoriomotorie orală, tehnici de deglutiție, poziționare);
3. Îmbunătățirea statusului nutrițional (optimizarea nutriției și hidratării-colaborare cu dieteticianul);

În vederea îndeplinirii obiectivelor stabilite, s-a pornit tot de la asumțiile identificate la/de RCSLP (2014) și ASHA (2016) conform cărora cele mai utilizate intervenții utilizate de către specialistul în terapia tulburărilor de limbaj în acest domeniu sunt:

- educație, consiliere, training pentru aparținători (a persoanelor care sunt responsabile de nutriția, hidratarea copilului) în vederea modificării posturii (a poziționării în timpul deglutiției) și a strategiilor de hrănire utilizate (care să favorizeze deglutiția în funcție de particularitățile fiecărui caz), precum și a consistenței alimentelor și lichidelor printr-o legătură permanentă cu membrii echipei interdisciplinare;
- utilizarea stimulării orale senzoriomotorii (pentru a îmbunătăți funcționalitatea mușchilor implicați în deglutiție; exerciții pentru controlul motilității la nivelul cavității bucale focalizate pe controlul limbii în timpul deglutiției).

## **Intervenție SPOH-SOSM (Strategii de posturare și de hrănire- Stimulare orală senzorio-motorie)**

### Etapa 1. SPOH- Strategii de posturare și de hrănire

#### **Strategii posturale**

În prima etapă, s-a urmărit colaborarea cu kinetoterapeutul (s-au avut în vedere deformările osoase: scolioză, cifoză), în vederea stabilirii poziției corecte în timpul deglutiției (o poziție care să favorizeze deglutiția și să diminueze riscurile aspirației), precum și a principalelor manevre utilizate. Modificările posturale au fost evaluate îndelung de membrii echipei interdisciplinare, înainte de a fi implementate.

#### **Poziția optimă a corpului în timpul alimentației stabilită pentru Z.M.:**

1. În timpul mesei se recomandă menținerea unei poziții **verticale și simetrice a trunchiului** (în caz de necesitate se oferă sprijin pentru asigurarea alinierii trunchiului și segmentului cefalic cu perne, guler);
2. **Șoldurile și genunchii** flectate la 90 de grade;
3. **Capul** trebuie să fie pe linie mediană, într-o poziție neutră față de gât, **puțin aplecat**, (flexia anterioară a gâtului în timpul mesei protejează căile respiratorii și previne căderea ocazională a alimentelor în trahee-**ASPIRAȚIA**);
4. Lingura va fi ținută în poziție orizontală, în unghi de 90 de grade cu profilul feței. Copilul va fi încurajat să preia mâncarea cu buza superioară.

**Recomandare:** Așezare în scaunul special de posturare (în scaun tip „Tumble Forms”- achiziționat de părinți anterior începerii terapiei la

recomandarea kinetoterapeutului, dar neutilizat în timpul mesei): beneficiază de un bun control al capului (suporturi laterale pentru susținerea capului), bună poziționare a trunchiului (cu poziție neutră a pelvisului, unghi de 90, flexie a șoldurilor și genunchilor); poate fi bine fixat cu chingi și scaunul poate fi înclinat la unghiul optim.

#### **Strategii de hrănire implementate:**

-**Priza celor „3 puncte”**: se oferă suport la nivelul mandibulei, policele exercitând presiune în partea anterioară a bărbiei, pentru coborârea mandibulei. Mediusul se va plasa sub bărbie favorizând stabilitatea, iar indexul va exercita presiune la nivelul obrazului, creând o presiune negativă în gură, favorizând propulsia bolului alimentar.

#### **Alte strategii:**

- lingurița va fi plasată în zona laterală a gurii**, pentru a favoriza lateralizarea limbii. Alimentele plasate lateral, lângă gingie **stimulează masticția**. Nu se va plasa lingurița în partea posterioară a limbii, aceasta favorizează aspirația alimentelor în trahee.
- facilitarea masticției** prin mișcări circulare cu degetele II-IV sub osul zigomat, simultan cu policele, sub menton (sub bărbie);
- stimularea înghițirii**: Poziționat sub menton, policele efectuează o netezire de-a lungul bărbiei și a părții superioare a gâtului;
- se va asigura **suport în partea posterioară a zonei occipitale**, pentru o deglutiție corectă, evitând astfel aspirația.

După stabilirea strategiilor de poziționare și de hrănire, acestea vor fi utilizate zilnic, la fiecare masă, obiectivul fundamental



fiind acela de a învăța aparținătorul copilului care se ocupă în general cu hrănirea copilului (în cazul de față mama) să utilizeze aceste strategii. Fiecare strategie a fost introdusă gradat, cu exemplificare din partea terapeutului și cu motivarea importanței respectării acesteia în planul siguranței alimentării, precum și în ideea facilitării hrănirii copilului.

Imediat după implementarea strategiilor de posturare și de hrănire, s-au observat **îmbunătățiri** în planul decelerării frecvenței apariției episoadelor de tuse asociate cu riscul de aspirație a alimentelor. Flexia anterioară a capului în timpul alimentării este absolut necesară în vederea protejării căilor respiratorii. În contextul nostru, hiperextensia gâtului era o postura deficitară care a necesitat intervenție imediată în vederea poziționării corecte, cu sprijin la nivelul zonei occipitale (fie mâna celui care îl hrănește, fie gulerașe sau poziționare în scaun special de posturare care oferă un bun control și sprijin posterior al capului). De asemenea, utilizarea „Prizei celor 3 puncte” este practic un prompt fizic deosebit de util, care facilitează hrănirea lui Z.M., prin inhibarea reacției de retracție a buzelor (presiunea mediusului) și facilitarea înghițirii (propulsia bolului alimentar prin presiunea indexului pe obraji).

Etapa 2. Stimularea orală senzorio-motorie: colaborarea medic, kinetoterapeut, logoped

Monitorizare permanentă a cazului, evaluări repetate prin intermediul aceluiași instrument.

Stimularea senzoriomotorie începe în afara cavității bucale- **stimulare perioarală**, iar abia apoi se va face

tranziția la **stimularea intra-orală**. Acesta este etapa pregătitoare („pregătirea pentru deglutiție”), urmată de **practica oral-motorie** (mișcările facilitate pe parcursul stimulării periorale și orale să poată să fie coordonate în practică, în manipularea, transportul și în înghițirea alimentelor de diferite texturi) cu introducerea de noi texturi odată ce am obținut noi performanțe oral-motorii.

Stimularea orală senzorio-motorie a fost realizată pe parcursul **a 15 săptămâni, de 3 ori/săptămână, înainte de masa de prânz, câte 15-20 de minute.**

Exercițiile realizate au vizat:

- Obrajii: facilitarea mișcărilor de rotire a bolului alimentar (de masticatie adecvată);
- Buzele: facilitarea retenției alimentelor și lichidele în cavitatea bucală; inhibarea retracției buzelor (hipertonie);
- Limba: pentru a îmbunătăți controlul limbii în manipularea bolului, masticatia și propulsia bolului alimentar spre faringe.

S-a reușit achiziționarea prin intermediul unei sponsorizări din partea asociației al cărei membru este mama copilului, a unui kit special destinat stimulării orofaciale (ARK's Z-Vibe Vibrating Oral Motor Tool).

Exercițiile utilizate în intervenție au fost realizate și cu ajutorul kit-ului mai sus menționat:

- Presiuni ritmice, susținute pe bărbie și pe obraji (cu indexul) pentru inhibarea retracției buzelor (2 minute);
- Masaj orofacial în 3 puncte: pliuri faciale nazolabiale, obraji, buza superioară (mișcări lente);

- Masajul buzelor: fricțiuni ușoare cu indexul sau cu un tampon de burete dinspre comisurile labiale spre partea mediană. Din colțul din dreapta spre linia mediană și din partea stângă spre linia mediană. Se repetă de 4-5 ori aceste fricțiuni. OBSERVAȚIE: Nu se depășește linia mediană!
- Vibrații la nivelul obrazilor pentru reducerea hipertoniiei: utilizarea dispozitivului Z-Vibe pe fiecare obraz, vibrații de sus în jos.
- Poziționarea copilului așezat, cu ușoara flexie anterioară a capului, cu mâna sub bărbie pentru stabilitatea maxilarului, utilizarea dispozitivului Z-vibe: presiuni ritmice (una/secundă) în partea anterioară a limbii retractată (input tactil chiar și fără vibrații), exercițiul este urmat de vibrații (6-10 secunde) de la partea mediană a limbii la vârful, și din partea laterală la vârful (apex). (Toate aceste exerciții au fost realizate în scopul inhibării reacției de retracție a limbii)
- Stimularea marginilor limbii pentru îmbunătățirea lateralizării limbii: Utilizarea capetelor Mini sau Probe ale dispozitivului Z-Vibe; Exercițiul începe din partea posterioară a limbii cu aplicarea unor presiuni ritmice (4-5) pe partea stângă și apoi pe partea dreaptă. După realizarea acestui exercițiu s-a observat deplasarea limbii în lateral.

Toate aceste exerciții s-au realizat înaintea mesei de prânz, câte 15-20 minute, de 3 ori/săptămână, timp de 20 săptămâni. Imediat după realizarea exercițiilor a urmat hrănirea copilului prin utilizarea strategiilor implementate anterior și cu valorizarea stimulării senzoriomotorii realizate anterior. Pe tot parcursul intervenției, s-a înregistrat

progresul sau regresul copilului prin evaluarea periodică (săptămânală) prin intermediul Scalei de Evaluare Oral-Motorii. Părintele responsabil cu hrănirea copilului (mama), cât și cei 2 intervenienți au completat scalele, urmărindu-se acordul interevaluatori.

În urma evaluării periodice putem sublinia efectul pozitiv al stimulării orale senzoriomotorii asupra abilității de lateralizare a limbii în vederea manipulării bolului alimentar, de propulsie și retropulsie a bolului alimentar. În săptămâna 7 de intervenție, în colaborare cu dieteticianul și cu medicul ORL s-a decis introducerea unor noi alimente de consistență diferită, conform celui de al 2-lea nivel al dietei specifice disfagiei. Având în vedere că limba nu mai are un răspuns pasiv în actul deglutiției, ci realizează mișcări funcționale de lateralizare s-a reușit diversificarea alimentației prin introducerea unor alimente ușor de mestecat, fără texturi aspre, semi-solide, dar care necesită o oarecare capacitate de mestecare (carne tocată sau mărunțită, fructe sau legume care pot fi înțepate cu furculița). De asemenea, remarcăm că utilizarea strategiilor de poziționare și hrănire („Priza celor 3 puncte”) asociate cu stimularea orală senzoriomotorie aduce îmbunătățiri în sfera **închiderii-deschiderii** cavității bucale, în timpul alimentării. Policele care exercită presiune în partea anterioară a bărbiei facilitează coborârea mandibulei, în vederea introducerii alimentelor în cavitatea bucală (inhibă reacția de retracție a buzelor), iar poziționarea mediusului sub bărbie favorizează stabilitatea acestuia, reglează gradul de deschidere a cavității bucale, având astfel și un efect asupra capacității de retenție a alimentelor în cavitatea bucală, în timpul

degluțiției (**controlul bolului alimentar în timpul degluțiției**). Utilizarea strategiilor de poziționare a bolului alimentar pe partea laterală a limbii, a dus la ușoare tendințe de manipulare ale acestuia (în comparație cu simpla înghițire, sesizată pe parcursul evaluării inițiale), identificând astfel și ușoare efecte în planul **masticației**. De asemenea, efect pozitiv în planul masticației identificăm în urma utilizării mișcărilor circulare cu degetele II-IV sub osul zigomat, simultan cu policele, sub menton pentru facilitarea masticației, a mișcărilor de lateralizare a bolului alimentar, a mișcărilor de propulsie și retropulsie necesare în tranzitul bolului alimentar spre faringe.

La final, subliniem, încă o dată, importanța în intervenție a specialistului în terapia tulburărilor de limbaj, în cadrul echipei interdisciplinare, în condițiile asocierii paraliziei cerebrale cu tulburările de degluțiție. Intervenția logopedică propusă în acest articol, și anume asocierea strategiilor posturale, și a tehnicilor de alimentare specifice, cu stimularea orală senzoriomotorie, a avut efecte pozitive asupra abilităților oral-motorii, generând implicit, posibilitatea extinderii ariei de texturi utilizate în alimentarea copilului, deci îmbunătățirea statusului nutrițional (optimizarea nutriției și a hidratării). Toate aceste aspecte, conduc la diminuarea riscului de apariție a complicațiilor pulmonare (reducerea morbidității și mortalității asociate infecțiilor pulmonare datorate sindromului de aspirație), și totodată la creșterea calității vieții, atât a copilului din studiu prezentat, cât, mai ales a familiei acestuia.

## **Bibliografie:**

- American Speech-Language-Hearing Association. (2001). Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders: Technical report. ASHA Desk Reference, 3, 181-199.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2002). Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to individuals with swallowing and/or feeding disorders. ASHA Supplement 22, 81-87.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2015). Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders: Position statement. ASHA Supplement 22, 73.
- Bacon, E., Edwards, D.K. (2014). *Optimizing function for patients diagnosed with Cerebral Palsy. Perspective on Swallowing and Swallowing Disorders(Dysphagia)*, 23, 123-131.
- Benfer, K., Weir, K., Bell, K., Davis, P., Boyd, R. (2013). Oropharyngeal dysphagia and Gross Motor Skills in children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 131 (5), 1553-1561
- Benfer, K.A., Weir, K, Bell, K, Ware, R, Davies, P, Boyd, R. (2012). Longitudinal cohort protocol study of oropharyngeal dysphagia: relationships to gross motor attainment, growth and nutritional status in preschool children with cerebral palsy. *BMJ Open*, 2(4) accesat <http://bmjopen.bmj.com/content/2/4/e001460.full.pdf>. în data de 10.02.2016
- Erasmus, C.E., van Hulst, K., Rotteveel, J.J., Willemsen, M., Jongerius, P. (2012). Swallowing problems in cerebral palsy. *Eur. J. Pediatr*, 171, pp 409-414.

Gisel, E. (2008). Interventions and outcomes for children with dysphagia. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 165-173.

Jones, M., Morgan, E., Shelton, J. (2007). Cerebral palsy: introduction and diagnosis (part I). *J Pediatr Health Care*, 21(3), pp146-152

Manno, C.J., Fox, C., Eicher, P.S., Kerwin, M.L.(2005). Early Oral-Motor Intervention for Pediatric Feeding Problems: What, When and How. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2, 3, 146-159

McQuillan, M.K, Coleman, G.A. (2008). Guidelines for Feeding and Swallowing Programs in Schools. Connecticut State Department of Education

Ortega, O. L., Ciamponi, A.L., Mendes, F.M., Santos, M. (2010). Assessment scale of the oral motor performance of children and adolescents with neurological damages. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36, 653-659.

Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, R.S., Russell, D., Wood, E., Galuppi, B. (1997) Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev. Med. Child Neurol*, 39(4), pp 214-223.

RCSLT (2014). Resource manual for commissioning and planning services for SLCN. Dysphagia.

Robănescu, L. (2014). Disfuncții în alimentația sugarului și copilului mic. *Revista de Neurologie și Psihiatrie a Adolescentului din România*, 17 (3), 39-52

<http://www.asha.org/uploadedFiles/Pediatric-Feeding-History-and-Clinical-Assessment-Form.pdf>

---

---

1. Profesor psihopedagog, Liceul Special pentru Deficienți de Vedere, Cluj-Napoca.  
E-mail: [oana.munceleanu@yahoo.com](mailto:oana.munceleanu@yahoo.com)