

Rinolalia deschisă în context sindromic și non-sindromic

Oana-Maria ȘOMFELEAN¹

Abstract

This article describes the results obtained in a research which study the symptomatology of open rhinolalia in syndromic and non-syndromic context.

Open rhinolalia represents a real, complex, less common problem with major implications for language development, both organic and functional, and whose diagnosis, evaluation and intervention approach is poorly known and adopted in speech therapy practice.

The approach in the research of both the specifics of non-syndromic rhinolalia and syndromic rhinolalia aims at identifying the particularities and symptoms of this speech disorder and focuses mainly on the identification of the degree of development of expressive language and the intelligibility of speech, but also on finding the level and the type of the associated voice disorder and the similarities and differences between the specificity of non-syndromic rhinolalia and syndromic rhinolalia. In the case of syndromic rhinolalia, it has been observed how optimal development and rehabilitation of language is influenced by association with Down syndrome and Pierre-Robin syndrome.

Keywords: open rhinolalia, non-syndromic rhinolalia, syndromic rhinolalia, voice disorder, speech disorder, speech intelligibility.

Rinolalia - aspecte generale

Literatura de specialitate prezintă o gamă largă de definiții care încearcă să restrângă și să nuanțeze în conținutul lor complexitatea simptomatologică a tulburării rinolalice.

Printre primii autori români care au încercat să definească și să traseze caracteristicile tulburării rinolalice este Guțu (1974). Acesta susține faptul că rinolalia este o tulburare de vorbire complexă în a cărei simptomatologie sunt prezente tulburările de rezonanță a sunetelor și nazalizarea lor.

Această definiție poate fi completată de către autorii Bândilă și Rusu (1999) care susțin ipoteza conform căreia rinolalia este o afecțiune ce poate influența în mod negativ timbrul vocii, și corecta articulare a fonemelor limbii.

Bodea Hațegan (2016, p. 240) delimitează conceptual termenul de rinolalie menționând faptul că „rinolalia este o tulburare de limbaj care poate fi definită prin prisma combinării unei tulburări de pronunție (tulburare la nivelul fonetic-fonologic al limbajului), cu o tulburare de voce (tulburarea de voce presupune nazalizarea excesivă sau lipsa nazalizării, acolo unde este nevoie) ”.

În ceea ce privește clasificarea tulburărilor rinolalice în literatura de specialitate există mai multe încadrări, dar cel mai adesea se delimitează în funcție de cele trei tipuri principale: rinolalia deschisă (aperta), rinolalia închisă (clausa) și rinolalia mixtă.

Moldovan, 2006 (apud Bodea Hațegan, 2016) menționează faptul că în literatura de specialitate pot fi întâlnite două clasificări principale ale tulburărilor rinolalice. Prima clasificare îi aparține lui

Nor Kamaruzaman Esa și delimitează două forme de rinolalie:

- rinolalia deschisă (aperta)- acest tip de tulburare de pronunție și voce impune prezența depertiției nazale și a hipernazonanței specifice.
- rinolalia închisă (clausa)- acest tip de tulburarea de pronunție și voce presupune împiedicarea scurgerii aerului prin cavitatea nazală și instalarea hiponazalizării.

Guțu, (1974 apud Bodea Hațegan, 2016) iau în considerare și cea de-a treia formă de rinolalie, adică rinolalia mixtă:

- rinolalia mixtă- acest tip presupune instalarea unei tulburări de pronunție și voce mult mai complexe, care presupune atât prezența hipernazalizării, cât și a hiponazalizării.

Rinolalia deschisă (aperta)

Rinolalia deschisă (aperta) este o tulburare de pronunție și voce ce se caracterizează prin depertiție nazală excesivă și prin prezența hipernazonanței. Este o tulburare de limbaj complexă, cu implicații majore în mai multe planuri ale dezvoltării.

Etiologie

Cauzele principale ale acestei tulburări de voce și pronunție sunt (Guțu,1974; Moldovan,2006 apud Bodea Hațegan, 2013):

- tulburările funcționale – acestea au implicații în planul articulării corecte a fonemelor limbii și nu presupun prezența unor afecțiuni de natură organică.

- tulburările organice – acestea presupun prezența unor afecțiuni de natură anatomică la nivelul aparatului fonoarticulator anterior sau posterior cu implicații negative directe asupra emiterii sunetelor specifice limbii.

„Cea mai frecventă cauză pentru tulburările rinolalice este despicătura labio-maxilo-palatină. Această tulburare este de factură organică, genetică, în multe dintre situații.” (Bodea Hațegan, 2016, p. 241).

Descoperirile și asumțiile cercetărilor de specialitate din ultimii ani demonstrează ipoteza conform căreia despicăturile labio-maxilo-palatine sunt cele mai răspândite malformații congenitale ale feței. Acestea pot fi asociate cu alte afecțiuni sau sindroame sau pot apărea izolat (Tote, 2014).

Datele din embriogeneză demonstrează faptul că tulburările ce apar în cadrul procesului de embriogeneză a aparatului dentomaxilar duc la apariția despicăturilor labio-maxilo-palatine. În acest proces de embriogeneză cea mai importantă perioadă este marcată de săptămânile 6-11 de viață intrauterină, deoarece palatul primar ia naștere în zilele 30-35, iar palatul secundar în zilele 45-47 (Malek, 2001 apud Bodea Hațegan, 2016) .

Maftai și Chirilă (2001) menționează faptul că cele mai multe cazuri de despicături pot avea o etiologie complexă, cu interacțiuni între factorii genetici predispozanți și factorii de mediu.

Clasificarea despicăturilor labio-maxilo-palatine

Localizarea precum și extinderea despicăturii sunt principalele repere în funcție de care se pot clasifica

despicăturile labio-maxilo-palatine (Bodea Hațegan, 2016):

- despicături ale palatului primar (vizează buza și alveola dentară) și se împarte în despicături unilaterale incomplete (presupune disfuncții doar la nivelul buzei),
- unilaterale complete (presupune disfuncții la nivelul buzei, planșeului nazal și a alveolei dentare), bilaterale incomplete (presupune disfuncții doar la nivelul buzei simetric sau asimetric) și bilaterale complete (presupune disfuncții la nivelul buzei, planșeului nazal și alveolei, în mod simetric sau asimetric).
- despicături ale palatului secundar se împart în două subcategorii: despicături incomplete (ce pot fi unilaterale sau bilaterale și afectează palatul moale și o parte din palatul dur) și complete (ce pot fi unilaterale sau bilaterale și ce au implicații negative asupra întregului palatul moale și dur)

Incidență

Incidența despicăturilor labio-maxilo-palatiene este de 1-500 până la 1-2000 de nașteri iar în România datele statistice au demonstrat o prevalență de 1 la 800 de nașteri (Guțu, 1974; Enescu, 2001 apud Bodea Hațegan, 2016, p.245).

Efectele despicăturilor labio-maxilo-palatine asupra perioadei prelingvistice

Dezvoltarea timpurie a copilului ce prezintă o despicătură labio-maxilo-palatină este constrânsă de o serie de factori. În primul rând constrângerile anatomice joacă un rol esențial, deoarece datorită malformațiilor existente, componentele implicate în procesul

articulației nu își pot îndeplini în totalitate funcția. Iar dat fiind faptul că intervenția chirurgicală de reconstrucție a buzei se realizează în jurul vârstei de 3 luni, iar cea a palatului în jurul vârstei de 18 luni, dezvoltarea perioadei prelingvistice înregistrează un dezavantaj notabil.

Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell și Hardin-Jones (2006) enumeră o serie de consecințe survenite în perioada copilăriei mici datorită acestor constrângeri de natură anatomică, printre care se regăsec și: evitarea articulării unor sunete ce au loc de articulare în partea posterioară a palatului dur; hipernazalizare și dificultăți de diferențiere a respirației nazale de cea orale și infecții ale urechii medii care pot duce la pierderi de auz parțiale sau totale.

Tulburările de rezonanță a sunetelor și hipernazalizarea în contextul rinolaliei deschise

Tulburările de rezonanță a sunetelor apare atunci când este afectată funcționalitatea mecanismul velofaringian, iar unda de aer nu poate pătrunde în cavitatea nazală. Rezonanța normală a sunetelor poate fi afectată și de prezența unor blocaje la nivelul mecanismului nazo-faringian. În esență, orice blocaj sau anomalie la nivelul structurii sau funcționalității acestor componente pot determina apariția tulburărilor de rezonanță (Kummer și Lee, 1996).

Hipernazalizarea este una dintre cele mai cunoscute afecțiuni incluse în gama tulburărilor de rezonanță și este determinată în cele mai multe cazuri de prezența insuficienței velofaringiene. Hipernazalizarea este una dintre caracteristicile definitorii ale rinolaliei

deschise, caracteristică ce face obiectul terapiei logopedice din cadrul intervenției, iar insuficiența velofaringiană face referire la deficitul de natură funcțională ale vâului palatin prezente în ciuda reușitei operației chirurgicale de închidere a despicăturii (Kummer și Lee, 1996).

Direcțiile terapeutice

Etapa preoperatorie

În această perioadă intervenția logopedică este influențată de caracteristicile anatomice ale copilului și trebuie să se axeze în mod special pe pregătirea lui pentru momentul intervenției chirurgicale și momentul postoperator, întrucât copilul trebuie să înțeleagă modul prin care limbajul este produs. Un alt obiectiv extrem de important ce este vizat în această perioadă este cel al formării unei baze articulatorii corecte.

„Etapa preoperatorie este caracterizată printr-o serie de constrângeri anatomice, constrângeri cu implicații atât în planul structurării limbajului, cât și în planul hrănirii, alimentației.” (Bodea Hațegan, 2016, p. 257).

Etapa postoperatorie

Etapa postoperatorie se deosebește prin complexitatea ei, durata mai îndelungată de timp în care se intervine, precum și prin caracterul individual al fiecărui caz în parte, întrucât activitățile recuperatorii au drept coordonate de bază vârsta, nivelul structurării limbajului, reușita intervenției chirurgicale, precum și particularitățile de diagnostic existente.

Important de menționat este faptul că în această perioadă se reiau etapele logopedice clasice exersate în etapa preoperatorie, dar se pune accentul pe

componenta fonoarticulatorie și pe etapele specifice emiterii și articulării corecte a sunetelor. Etapa prechizițiilor este și ea reluată și se axează pe dirijarea undei de aer expirator și exersarea musculaturii fine a aparatului fonoarticulator, intervenții ce nu puteau fi posibile în etapa preoperatorie datorită constrângerilor de natură organică. Antrenamentul musculaturii fine a componentelor aparatului fonoarticulator este unul necesar mai ales în cazul prezenței despicăturilor vâului palatin, unde adesea intervine și insuficiența velară.

Crowley, Gist, Gregson, Hufnagle, Peterson Falzone, Smythe și Trivelpieceprin Cleft Palate Foundation, în broșura "Your Baby's First Year" (2010), pune accentul și promovează importanța intervenției logopedice atât din perioada preoperatorie, cât și cea postoperatorie. Specialiștii din cadrul acestei fundații susținând faptul că subiecții cu rinolalie deschisă care au beneficiat de o intervenție timpurie, adecvată pot recupera întârzierile în dezvoltarea tipică a limbajului cu care se confruntă până în momentul școlarizării, când limbajul lor este unul normal dezvoltat. Aproximativ 80 % dintre cazuri își dezvoltă și recuperează după intervenția chirurgicală, în mod normal limbajul, cu condiția implementării unei intervenții logopedice sistematice și individualizate

Particularități terapeutice

Particularitățile terapeutice ale tulburărilor rinolalice sunt numeroase și unice, fiind diferite de la caz la caz și necesitând implementarea unei echipe de specialiști (formată din medici chirugi, pediatrii, psihologi, medici ORL,

stomatologi, logopezi, asistenți sociali, părinți) care să colaboreze și să traseze direcțiile terapeutice cele mai eficiente.

Sindroame asociate tulburării rinolalice deschise

Tulburările rinolalice deschise sunt afecțiuni multifactoriale atât prin simptomatologia lor complexă, cât și prin diversitatea de intervenții pe care le impun și prin timpul îndelungat necesar recuperării. Iar în cazul asocierii cu alte sindroame sau afecțiuni, parcursul intervenției și dezvoltării tipice a limbajului este mult îngreunat și încetinit.

Două dintre sindroamele cu care se pot asocia despicăturile labio-maxilo-palatine sunt sindromul Pierre-Robin și sindromul Down.

Conform Anca, Bodea Hațegan, Talaș, 2013 (apud Bodea Hațegan, 2016, p.245) sindromul Pierre-Robin este o afecțiune de natură genetică, cu o incidență extrem de scăzută, ce poate fi transmisă ereditar sau poate să se instaleze în mod izolat.

Condiția nou-născuților diagnosticați cu sindrom Pierre-Robin este una cronică, fiind influențată de o serie de factori multinodali care intervin și afectează negativ dezvoltarea și calitatea vieții. Intervenția pe termen lung trebuie să fie una constantă și specifică, în raport cu caracteristicile simptomatologice (Evans et al., 2011).

Sindromul Down reprezintă una dintre cele mai cunoscute afecțiuni genetice cauzate de o serie de mutații la nivelul cromozomului 21 și unul dintre cel mai frecvent sindrom ce este integrat în sfera tulburărilor neurodevelopmentale. Acesta are implicații directe și semnificative

asupra nivelului de dezvoltare cognitivă, presupune întârzieri în achiziția și dezvoltarea motorie și a limbajului, precum și un risc crescut de asociere cu alte afecțiuni medicale.

Cercetarea realizată de Roberts, Price și Malkin (2007) a subliniat faptul că pe lângă deficitul cognitiv specific, copiii cu sindrom Down se confruntă și cu o serie de disfuncții la nivelul limbajului, în special la nivelul expresiv, al inteligibilității vorbirii și al sintaxei. În contrast cu aceste deficite, autorii au subliniat o dezvoltare tipică a laturii receptive a limbajului, precum și a comunicării non-verbale. Așadar, tulburările de limbaj sunt evidente încă din perioada prelingvistică și se pot menține până în adolescență sau chiar la vârsta adultă.

În ceea ce privește etapele de achiziție a limbajului Buckley (1999) susține printr-un alt studiu faptul că acestea sunt mult decalate. Astfel, primul cuvânt apare la vârsta aproximativă de 18 luni, iar etapa celor două cuvinte în jurul vârstei de 37 de luni. După parcurgerea acestor două etape, procesul dezvoltării limbajului este lent și se desfășoară într-o perioadă mai îndelungată de timp, dar treptat copiii cu sindrom Down, prin intervenții de specialitate, pot să pronunțe corect fonemele specifice limbii, să alcătuiască propoziții cu 3 sau 4 cuvinte și să învețe regulile gramaticale și de sintaxă.

Prezentarea rezultatelor obținute în cadrul studiului ce vizează specificul și simptomatologia tulburării rinolalice deschise în context sindromic și non-sindromic

Obiective

1. Identificarea particularităților structurilor limbajului și a tipologiei tulburărilor de voce și pronunție în contextul tulburării rinolalice deschise.
2. Surprinderea caracteristicilor comune și diferențiale ale tulburării rinolalice deschise sindromice și non-sindromice.
3. Surprinderea nivelului de dezvoltare a limbajului expresiv și inteligibilitatea acestuia la copiii diagnosticați cu rinolalie deschisă sindromică și non-sindromică.

Întrebări de cercetare

1. Care sunt elementele comune între simptomatologia specifică tulburării rinolalice deschise și simptomatologia specifică sindroamelor asociate (sindrom Down și Pierre-Robin) și care este gradul în care această asociere afectează dezvoltarea limbajului?
2. Care este nivelul dezvoltării limbajului expresiv și a inteligibilității vorbirii în contextul rinolaliei deschise sindromice și non-sindromice?
3. Pe ce parametri ai vocii afectarea este mai pregnantă în contextul rinolaliei deschise sindromice și non-sindromice?

Prezentarea lotului de participanți la studiu

Lotul de participanți a fost alcătuit din 4 copii cu vârste cuprinse între 3 ani și 16 ani care prezintă tulburare rinolalică deschisă sindromică și non-sindromică, încadrați

atât în învățământul special, cât și în cel de masă.

Instrumentele utilizate în cercetare

Fișă de examinare logopedică complexă (adaptată după Guțu, 1975)

- Fișă de examinare a aparatului fonarticulator- tradusă și adaptată de către Bodea Hațegan și Talaș (2015);
- Grilă de evaluare a componentelor aparatului fonarticulator (Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jone, 2006) (tradusă și adaptată de către Bodea Hațegan, 2016);
- Scala de Evaluare a Vocii (Voice Rating Scale)-(tradusă și adaptată după Gallena, 2007);
- Scala inteligibilității vorbirii (Speech Intelligibility Rating Scale-SIR după Bakhshaei, Ghasemi, Shakeri, Razmara Tayarani, Tale, 2007; Bodea Hațegan, 2014).

Prezentarea și interpretarea rezultatelor obținute

Evaluarea somatică

Examenul somatic inițial reprezintă un prim pas esențial în vederea unei optime evaluări logopedice. Importanța acestei examinări constă în realizarea unei evaluări acurate la nivel funcțional și organic a componentelor anatomice implicate în procesul vorbirii; evaluare ce are un rol semnificativ în implementarea ulterioară a programului terapeutic individualizat.

În cazul lui S.D. în vârstă de 3 ani și 2 luni diagnosticat prenatal cu sindrom Down și postnatal cu palatoschizis/despicătură unilateral incompletă (a palatului secundar), examenul somatic a evidențiat o serie de constrângeri de natură organică

specifice tabolului rinolalic, dar la care s-au asociat și caracteristicile definatorii sindromului Down.

Astfel, în ceea ce privește rezultatul obținut în urma aplicării "Fișei de examinare a aparatului fono-articulator", cele mai vizibile constrângeri (observate și evaluate ținând cont de cele trei variabile: evaluarea în poziție de repaus, în imitație și în mișcare pasivă) cu care subiectul se confruntă, se regăsesc la nivelul:

-feței unde s-a observat faptul că în repaus aceasta este simetrică, în imitație prezintă grimase vizibile și încruntă fața; iar în ceea ce privește mișcarea pasivă acesta este rigidă, atât în cazul maxilarului, cât și a mandibulei;

- buzelor care în repaus sunt asimetrice, ușor retractate și țuguite, permanent dechise și prezintă salivatie excesivă (caracteristică sindromului Down), iar în imitație și în mișcare pasivă S.D. întâmpină dificultăți majore, nu reușește să imite și să antreneze organele fono-articulatorii în mișcări de articulare;

-vălului palatin care datorită despicăturii prezintă asimetrie stângă și uvulă bifurcată în poziție de repaus; în imitație, copilul nu reușește să realizeze mișcări verticale sau laterale specifice (testate prin prelungirea sunetului "a"), iar în mișcare pasivă, scorul este scăzut;

- limbii care în repaus, nu prezintă malformații, dar este prea mare, îngroșată și cu protuzie în afara gurii (specific sindromului Down), în imitație, S.D. nu reușește să-și antreneze limba în exerciții de imitare a unor mișcări date, iar evaluarea mișcării pasive și a tonusului aduce ca și rezultate faptul că limba se mișcă spre locul în care se aplică o

presiune asupra gingiilor (spre gingia laterală inferioară dreaptă, spre obrazul drept), iar elevația apexului și a părții mediane a limbii nu este posibilă.

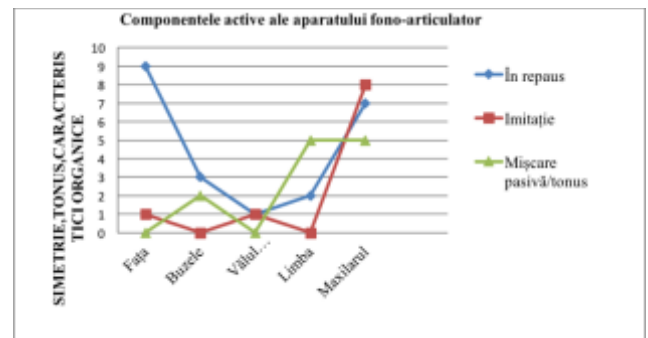


Fig. 1. Rezultatul obținut de S.D. în urma aplicării "Fișei de examinare a aparatului fono-articulator"

Examenul somatic a fost realizat și cu ajutorul "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator", iar rezultatele sunt similare primei examinări și sunt redată în tabelul de mai jos. Această grilă a fost utilizată în vederea detalierii complexității tabloului simptomatologic și reflectă pe lângă constrângerile organice deja menționate și disfuncții la nivelul dentiției, care este defectuos implantată.

Tabel 1. Rezultate obținute de S.D. în urma completării "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator"

Componentele anatomiche	Rezultate obținute
Buze	Asimetrice și hipotone
Limbă	Conformație adecvată, macroglosie, hipotonă,, simetrică, lipsită de precizie, cu fren lingual adecvat
Dentiție	Implantare defectuasă
Palatul dur	Formă ogivală, fără despicătură
Vălul palatin	Despicat, asimetric
Cavitatea nazală	Prezente vegetațiile adenoide

Maxilarele	Adecvate atât ca formă, cât și ca mobilitate
Uvula	Bifida/Despicată
Amigdalele	Adecvate atât ca poziție, cât și ca mărime

În cel de-al doilea caz de rinolalie sindromică evaluat, cazul lui J.P. în vârstă de 16 ani care prezintă despicătură unilaterală completă a palatului secundar (afectat în totalitate palatul dur și palatul moale), sindrom Pierre-Robin, dar și o serie de alte afecțiuni asociate (tulburare hiperkinetică cu deficit atențional și encefalopatie infantilă sechelară) examenul somatic a indicat disfuncții majore la nivelul feței, buzelor, vălului palatin. Astfel, la nivelul:

-feței s-a observat faptul că în repaus fața este asimetrică, în imitație prezintă grimase vizibile și încruntă fața, iar în ceea ce privește mișcarea pasivă și tonusul muscular al maxilarului și mandibulei este unul scăzut și prezintă o rigiditate accentuată;

-buzelor s-a identificat faptul că în stare de repaus acestea sunt asimetric, ușor retractate și țuguiate, permanent deschise și prezintă salivă moderată; în imitație, J.P. prezintă mișcări asimetric și nu reușește să miște mandibula într-o parte și în alta, dar reușește cu un grad redus de efort să rotunjească buzele, să retragă comisurile, să îndepărteze și să apropie buzele, să le închidă și să umfle obraji, iar în poziție pasivă tonusul ambelor buze este scăzut.

-vălului palatin care în poziție de repaus, prezintă asimetrie dreaptă, iar uvula este malformată datorită despicăturii unilaterale complete (operate); iar în

imitație și mișcare pasivă, tânărul reușește să realizeze mișcări verticale și laterale de prelungire a sunetului "a", dar acestea nu sunt simetrice.

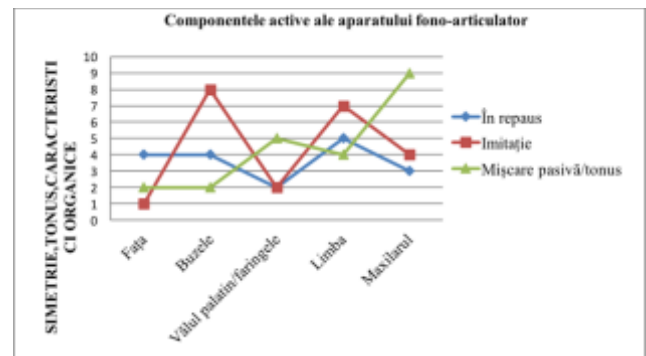


Fig. 2. Rezultatul obținut de J.P. în urma aplicării "Fișei de examinare a aparatului fono-articulator"

Similar cazului anterior, examenul somatic a fost realizat și cu ajutorul "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator", iar rezultatele subliniază și în acest caz, deficite la nivelul dentiției și a bunei dirijări a undei de aer prin cavitatea nazală, care este blocată de vegetații adenoide.

Tabel 2. Rezultate obținute de J.P. în urma completării "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator"

Componentele anatomic	Rezultate obținute
Buze	Asimetrice, hipotone, lipsite de malformații
Limba	Conformație adecvată, simetrică, nu prezintă malformații, hipotonă și cu fren lingual adecvat
Dentiție	Implantare defectuoasă Prezența aparatului ortodontic
Palatul dur	Cicatrice post-operatorie a despicăturii unilaterale complete Asimetric

Vălul palatin	Cicatrice post-operatorie a despicăturii unilaterale complete Asimetric
Cavitatea nazală	Prezintă polipi
Maxilarele	Microganție, asimetric, rigid
Uvula	Prezintă cicatrici
Amigdalele	Adecvate atât ca poziție, cât și ca mărime

În ceea ce privește cazul lui A.S., în vârstă de 3 ani și 4 luni, acesta prezintă rinolalie deschisă non-sindromică și a fost diagnosticat din punct de vedere medical cu despicătură bilaterală completă, în perioada postnatală. Pe lângă diagnosticul de despicătură bilaterală completă, A. S. este suspectat ca având autism, întrucât specialiștii care se ocupă de programul de intervenție logopedică în care este inclus au observat prezența notelor din spectrul autist specifice, cu toate acestea diagnosticul nu a fost confirmat de către medicul neurolog până în momentul evaluării.

Examenul somatic în acest caz evidențiază constrângeri anatomice majore la nivelul buzelor, vălului palatin și a limbii. Astfel, la nivelul:

-buzelor se observă faptul că în stare de repaus acestea sunt asimetrice, ușor retractate și prezintă cicatrice la nivelul buzei superioare; În imitație copilul nu reușește să imite și să antreneze organele fono-articulatorii în mișcări de articulare a sunetelor. Iar în poziție pasivă, buza superioară nu prezintă mișcări de protuzie și elongație, iar cea inferioară prezintă doar mișcări de protuzie, nu și de elongație

-vălului palatin în poziție de repaus se evidențiază o ușoară simetrie; în imitație, copilul nu reușește să realizeze mișcări verticale sau laterale specifice, iar în mișcare pasivă, nu s-a reușit testarea lui.

-limbii, în poziție de repaus, nu se identifică malformații, dar este plată și hipotonă. În imitație, scorul a fost scăzut, datorită incapacității de a antrena limba în exerciții de imitare a unor mișcări articulatorii date. Evaluarea mișcării pasive și a tonusului aduce ca și rezultate faptul că elevația apexului și a părții mediane a limbii nu este posibilă.

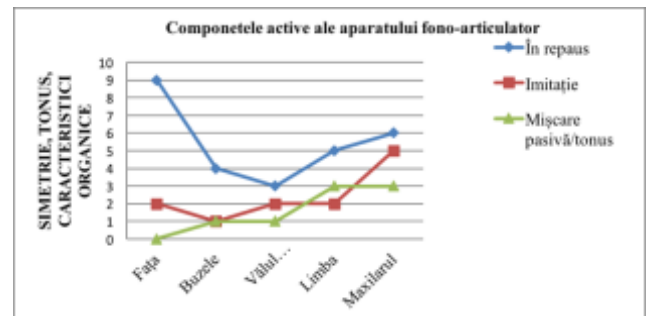


Fig. 3. Rezultatul obținut de A.S. în urma aplicării "Fișei de examinare a aparatului fono-articulator"

Aplicarea „Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator” în cazul lui A. S. a subliniat deficite majore la nivelul buzelor și limbii, care sunt hipotone, la nivelul alveolelor dentare și a dentiției, dar și la nivelul vălului palatin care este asimetric.

Tabel 3. Rezultate obținute de A.S. în urma completării "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator"

Componentele anatomice	Rezultate obținute
Buze	Asimetrice și hipotone
Limba	Conformație adecvată, simetrică, nu prezintă malformații, hipotonă

	și cu fren lingual adecvat
Dentiție	Alveolele dentare prezintă cicatrici ca urmare a despicăturii bilaterale complete. Implantare defectuasă
Palatul dur	Formă ogivală, fără despicătură
Vălul palatin	Asimetric, nu prezintă despicături
Cavitatea nazală	Nu prezintă vegetațiile adenoide sau deviație de sept
Maxilarele	Adecvate atât ca formă, cât și ca mobilitate, cu tip de ocluzie corect
Uvula	Adecvată
Amigdalele	Adecvate atât ca poziție cât și ca mărime

Cel de-al doilea caz de rinolalie deschisă non - sindromică este cel al lui Ș.R. în vârstă de 3 ani și 7 luni, diagnosticat în perioada postnatală cu despicătură unilaterală completă.

În ceea ce privește examinarea somatică, rezultatele au evidențiat deficite la nivelul buzelor și a vălului palatin. Astfel:

-buzele în stare de repaus sunt simetrice, ușor retractate și țuguiate, iar tonusul buzei inferioare și a celei superioare este scăzut și nu prezintă malformații organice sau cicatrici post-operatorii. În imitație, Ș. R. reușește să execute mișcări de rotunjire, retracție, îndepărtare, de apropiere și de închidere. În poziție pasivă, buza superioară nu prezintă mișcări de protuzie și elongație corecte, iar tonusul ambelor buze este scăzut. La nivelul buzei superioare frenul lingual a fost operat.

-vălul palatin, în poziție de repaus, este simetric, iar uvula prezintă cicatrici

datorită despicăturii unilaterale complete. În imitație, copilul nu reușește să realizeze mișcări verticale sau laterale specifice.

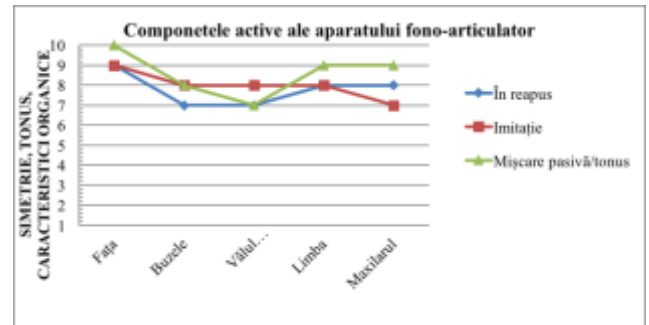


Fig. 4. Rezultatul obținut de Ș.R. în urma aplicării "Fișei de examinare a aparatului fono-articulator"

În urma aplicării "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator" în cadrul examinării somatice s-a observat faptul că Ș. R. prezintă deficite la nivelul buzelor și a limbii, care sunt hipotone, la nivelul dentiției care este defectuos implantată, la nivelul vălului palatin și o parte din palatul dur, dar și la nivelul uvulei care este bifurcată.

Tabel 4. Rezultate obținute de Ș.R. în urma completării "Grilei de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator"

Componentele anatomice	Rezultate obținute
Buze	Simetrice și hipotone
Limba	Conformație adecvată, simetrică, nu prezintă malformații, hipotonă și cu fren lingual adecvat
Dentiție	Implantare defectuasă
Palatul dur	Prezintă cicatrici post-operatorii
Vălul palatin	Asimetric, cu cicatrici post-operatorii
Cavitatea nazală	Nu prezintă vegetațiile adenoide sau deviație de sept

Maxilarele	Adecvate atât ca formă, cât și ca mobilitate, cu tip de ocluzie corect
Uvula	Cicatrici post-operatorii
Amigdalele	Adecvate atât ca poziție cât și ca mărime

Examinarea limbajului oral

Pentru evaluarea limbajului oral s-a utilizat "Scala inteligibilității vorbirii" pentru a determina nivelul de inteligibilitate al limbajului expresiv, iar pentru stabilirea existenței și tipologiei tulburărilor de voce în tabloul rinolalic s-a utilizat "Scala de evaluare a vocii".

De menționat este faptul că "Scala de evaluare a vocii" a fost completată de un părinte, de către logopedul care se ocupă de programul de intervenție al copilului și de către de examinator. S-a adoptată o astfel de abordare cu scopul identificării și comparării mai multor perspective, dar mai ales pentru diagnosticarea cât mai acurată a nivelului inteligibilității vorbirii copilului.

Astfel rezultatele obținute de S.D. în urma evaluării inteligibilității vorbirii cu ajutorul "Scalei inteligibilității vorbirii" rezumă faptul că vorbirea lui este considerată a fi atât din perspectiva specialistului, cât și din cea a observațiilor examinatorului neinteligibilă, acesta emițând doar câteva sunete care sunt considerate a fi denumiri ale unor obiecte sau acțiuni; motiv pentru care mama susține în mod eronat ideea conform căreia copilul poate pronunța o serie de silabe/cuvinte izolate în mod inteligibil.

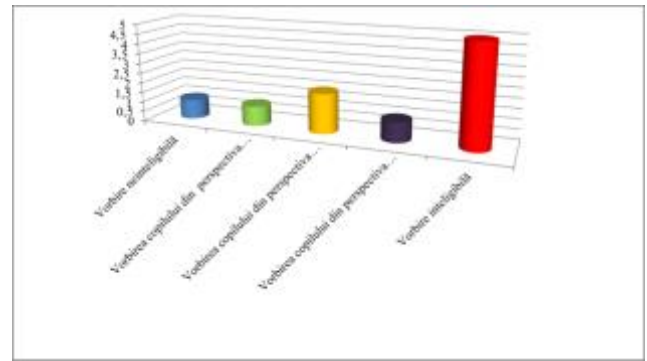


Fig. 5. Rezultatul obținut de S.D. în urma evaluării limbajului utilizând "Scala inteligibilității vorbirii"

Prin aplicarea "Scalei de Evaluare a Vocii" rezultatele lui S.D. evidențiază faptul că subiectul prezintă dificultăți respiratorii, iar intensitatea vocii este prea mică, cu lipsa de inflexiuni, ceea ce indică dificultăți majore în emiterea de sunete și în însușirea limbajului oral. Înălțimea sunetului este adecvată, lipsită de intensități mult prea joase sau mult prea stridente, dar calitatea vocii este considerată a fi una slabă. Baza articulatorie este situată posterior, iar rezonanța este una hipernazalizată, specifică copiilor cu despicătură unilaterală incompletă.

Tabel 5. Rezultatul obținut la "Scala de evaluare a vocii" de S.D.

Respirație	1 - Prea puține
Cuvinte/respirație	
Intensitate	1-Mică
Înălțimea sunetului	4 - Adecvată
Inflexiunile vocii	1 - Niciuna
Calitate	1-Slabă
Baza articulatorie(Focalizare orizontală)	7 - Posterioară
Rezonanță(Focalizare verticală)	7-Nazală
Rezonanță nazală	7 - Hipernazalizare

Rezultatele obținute de J.P. în urma evaluării inteligibilității vorbirii cu ajutorul "Scalei inteligibilității vorbirii"

rezumă faptul că vorbirea lui este considerată din perspectiva părintelui ca fiind una inteligibilă pentru orice ascultător care este puțin familiarizat cu vorbirea tânărului, acesta susținând că poate comunica și interacționa foarte bine prin intermediul limbajului oral și consideră că singurele disfuncții sunt date de anumite sunete care nu le poate emite corect. Din perspectiva specialistului și a examinatorului vorbirea lui J.P. este inteligibilă pentru o persoană care se concentrează și care se bazează pe citirea labială, acesta rostește anumite cuvinte mai uzuale, dar în a căror structură predomină distorsiuni, omisiuni și înlocuiri de sunete și reușește cu dificultate să construiască propoziții simple și să utilizeze corect structurile gramaticale și semantice. Vorbirea este una telegrafică, cu poticniri și tendința de a utiliza adesea holofraze și limbajul gestual pentru a comunica.

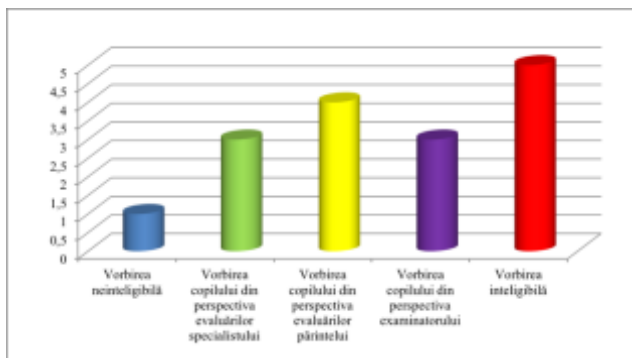


Fig. 6. Rezultatul obținut de J.P. în urma evaluării limbajului cu ajutorul "Scalei inteligibilității vorbirii"

„Scala de Evaluare a Vocii” evidențiază în cazul lui J.P. faptul că tânărul prezintă dificultăți respiratorii, iar intensitatea vocii este una prea mică. Înălțimea sunetului este joasă, iar calitatea vocii este considerată a fi una slabă. Baza articulatorie este situată posterior, iar

rezonanța este una hipernazalizată, specifică copiilor cu tulburare rinolalică.

Tabel 6. Rezultatul obținut la "Scala de evaluare a vocii" de J.P.

Respirație	2 - Prea puține
Cuvinte/respirație	
Intensitate	2 - Mică
Înălțimea sunetului	1 - Joasă
Inflexiunile vocii	2 - Niciuna
Calitate	2 - Slabă
Baza articulatorie(Focalizare orizontală)	7 - Posterioră
Rezonanță(Focalizare verticală)	7 - Nazală
Rezonanță nazală	7 - Hipernazalizare

Rezultatele obținute de A.S. în urma evaluării inteligibilității vorbirii cu ajutorul "Scalei inteligibilității vorbirii" rezumă faptul că vorbirea lui este considerată ca fiind atât din perspectiva părintelui, a specialistului, cât și din cea a observațiilor examinatorului ca fiind neinteligibilă, acesta nearticulând nici un sunet din repertoriul limbii române.

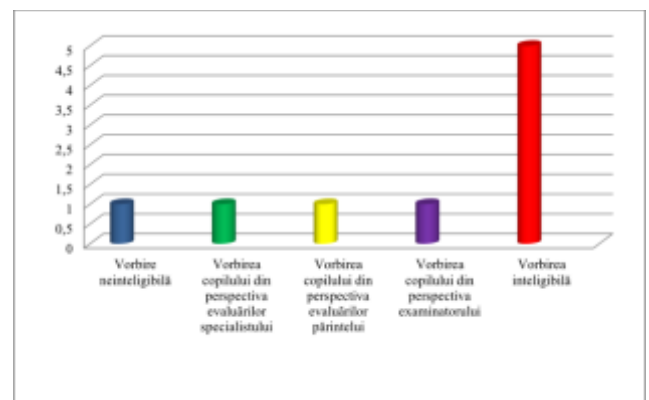


Fig. 7. Rezultatul obținut de A. S. în urma evaluării limbajului cu ajutorul "Scalei inteligibilității vorbirii"

„Scala de Evaluare a Vocii” în cazul lui A.S. evidențiază faptul că subiectul prezintă dificultăți respiratorii, iar intensitatea vocii este prea mică, fără inflexiuni vocale, ceea ce indică dificultăți majore în emiterea de

sunete și în însușirea limbajului oral. Înălțimea sunetului este joasă, lipsit de intensități, iar calitatea vocii este considerată a fi una slabă. Baza articulatorie este situată posterior, iar rezonanța este una hipernazalizată.

Tabel 7. Rezultatul obținut la „Scala de evaluare a vocii” de A. S.

Respirație	1 - Prea puține
Cuvinte/respirație	
Intensitate	1-Mică
Înălțimea sunetului	3-Joasă
Inflexiunile vocii	1-Niciuna
Calitate	1-Slabă
Baza articulatorie(Focalizare orizontală)	7-Posterioară
Rezonanță(Focalizare verticală)	7-Nazală
Rezonanță nazală	7-Hipernazalizare

Rezultatele obținute de Ș.R. în urma evaluării inteligibilității vorbirii cu ajutorul „Scalei inteligibilității vorbirii” surprind faptul că vorbirea este inteligibilă pentru orice ascultător, Ș.R. reușind să transmită mesaje orale și să fie înțeleasă în diverse contexte de viață cotidiană. Acest nivel ridicat al inteligibilității (nivelul 5) este datorat intervenției logopedice timpurii, dar și a numeroaselor activități de stimulare și dezvoltare a limbajului realizate de mama copilului, care pentru a atinge o cât mai bună recuperare urmează cursuri de specialitate în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj. Ș.R. a fost notată cu nivelul 5 al inteligibilității atât de părinte, cât și de specialist și examinator.

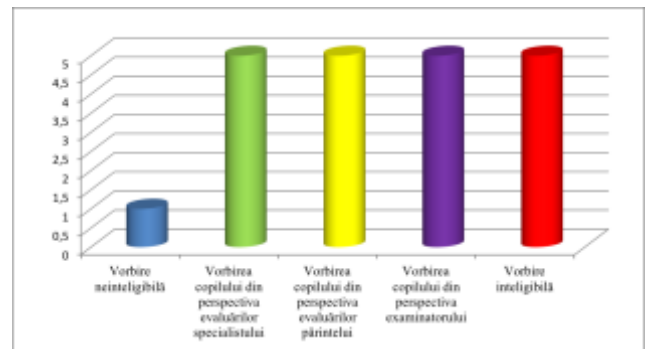


Fig. 8. Rezultatul obținut de Ș.R. în urma evaluării cu ajutorul „Scalei inteligibilității vorbirii”

Rezultatele lui Ș.R., în urma aplicării „Scalei de Evaluare a Vocii”, evidențiază prezența unor mici dificultăți respiratorii. Înălțimea și inflexiunea vocii este adecvată. Intensitatea sunetului este ușor scăzută în activități de cântat sau recitat, iar calitatea vocii este considerată a fi una adecvată. Baza articulatorie este situată spre zona posterioară, iar rezonanța generală este considerată a fi ușor hipernazală.

Tabel 8. Rezultatul obținut la ”Scala de evaluare a vocii” de Ș. R.

Respirație	3-Adecvată
Cuvinte/respirație	
Intensitate	3-Adecvată
Înălțimea sunetului	4-Adecvată
Inflexiunile vocii	4-Adecvate
Calitate	4-Adecvată
Baza articulatorie(Focalizare orizontală)	5 - Ușor Posterioară
Rezonanță(Focalizare verticală)	5 - Ușor Nazală
Rezonanță nazală	5 -Hipernazalizare Ușoară

Concluzii

În cazul rinolaliei deschise sindromice, s-a confirmat ipoteza conform căreia nivelul de dezvoltare și achiziție a limbajului este mult mai scăzut, iar acest lucru este o

consecință directă a asocierilor simptomatologice dintre caracteristicile specifice rinolaliei deschise și caracteristicile specifice sindromului.

La nivel somatic s-au observat diferențe notabile între cele două tipologii, în contextul în care spre deosebire de cazurile de rinolalie deschisă non-sindromică, în cazul rinolaliei deschise sindromice s-au identificat deficite (atât de natură organică, cât și funcțională) la mai multe componente ale aparatului fono-articulator implicate în procesul vorbirii. Aceste deficite duc la încetinirea și îngreunarea demersului de intervenție logopedică.

De asemenea, nivelul inteligibilității vorbirii în contextul rinolaliei deschise sindromice este mai scăzut decât în cazul rinolaliei non-sindromice. Astfel, în cazul subiecților ce prezintă rinolalie deschisă sindromică s-a identificat un nivel al inteligibilității foarte scăzut, de nivel 1, 2 sau 3, în comparație cu subiecții care nu au asociată o altă afecțiune, care au beneficiat de intervenție logopedică timpurie și care au obținut în evaluarea nivelului maxim, 5.

La nivel expresiv, limbajul este deficitar și caracterizat de prezența tulburărilor articulatorii (atât la nivel segmental, cât și suprasegmental) datorate constrângerilor de natură organică și funcțională specifice tabloului rinolalic.

O altă concluzie ce poate fi desprinsă este aceea ce face referire la faptul că tulburările de voce sunt prezente în ambele tipologii și prezintă afectări vizibile la nivelul calității, intensității, a bazei articulatorii (care este posterioară) și a rezonanței vocii (care este nazalizată).

Bibliografie

- Anca, M., Bodea Hațegan, C., Talaș, D. (2013). Pierre-Robin Syndrome: A Romanian Psycho-Pedagogical Case Report, *Procedia- Social and Behavioral Science*, Volumul 78, 13 mai 2013, 245-249.
- Băndilă, A., Rusu, C. (1999). *Handicap și readaptare- Dicționar Selectiv : Psihopedagogie Specială. Defectologie medico-socială*, București: Editura Pro Humanitate.
- Bodea Hațegan, C. (2016). *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*, Cluj-Napoca: Editura Trei, 240-274.
- Buckley, S. (1999). Improving the Speech and Language Skills of Children and Teenagers with Down Syndrome, *Down Syndrome News and Update*, Volumul I, Nr. 3, 111-128. Accesat în data de 18 februarie 2017, online la <https://www.down-syndrome.org/practice/146/practice-146.pdf>
- Crowley, L., Gist, K. L., Gregson, K. M., Hufnagle, K., Peterson Falzone, S., Smythe, C. N., Trivelpiece, R. (2010). *Your Baby's First Year, Cleft Palate Foundation*, Chapel Hill, Carolina de Nord. Accesat în data de online la 9 noiembrie 2016, online la <http://www.cleftline.org/wp-content/uploads/2012/03/FYL-01.pdf>
- Evans, K. N. et al. (2011). Robin Sequence: From Diagnosis to Development of an Effective Management Plan, *State-of-the-art review articles, American Academy of Pediatrics*, Seattle. Accesat în data de 17 martie 2017, online la <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3387866/pdf/zpe936.pdf>
- Guțu, M. (1974). *Curs de logopedie*. curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai.

Kummer, W. A., Lee, L. (1996). Evaluation and Treatment of Resonance Disorders, Language, Speech, and Hearing Services in Schools, American Speech-Language-Hearing Association, Volumul 27, Iulie, 271-281.

Maftai, I., Chirilă, I. (2001). Malformații congenitale ale feței și maxilarelor. În Bulibașa, C. (2001). Chirurgie orală și maxilofacială, ediția a II-a, București: Editura Medicală.

Moldovan, I. (2006). Corectarea tulburărilor limbajului oral, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Peterson-Falzone, S.J., Trost-Cardamone, J.E., Karnell, M.P., Hardin-Jones, M.A. (2006). The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech, Missouri: Mosby Inc.

Roberts, J. E., Price, J., Malkin, C. (2007). Language and Communication Development in Down Syndrome, Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, Volumul XIII, 26-35. Accesat în data de 25 martie 2017, online la

http://users.clas.ufl.edu/msscha/PreMed/downsyndrom_communication.pdf

Tote, R. et al. (2014). Aspecte Clinico-Terapeutice ale Despicăturilor Labio-Maxilo-Palatine: Date din Literatură, Romanian Journal of Medical and Dental Education, Volumul 3, Ianuarie-Iunie, 57-62. Accesat în data de 20 octombrie 2016, online la

<http://journal.adre.ro/wp-content/uploads/2015/02/ASPECTE-CLINICO-TERAPEUTICE-ALE-DESPICĂTURILOR-LABIO-MAXILO-PALATINE-DATE-DIN-LITERATURĂ.pdf>

E-mail: somfeleanoana@gmail.com

¹Masterand "Terapia limbajului și audiologie educațională", Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca