

XX Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego

13-16 Września 2017, Łódź

Wczesne leczenie logopedyczno-ortodontyczne 4-letniej pacjentki z rozszczepem podniebienia miękkiego i III klasą szkieletową.

Małgorzata Kuc-Michalska
Danuta Pluta-Wojciechowska



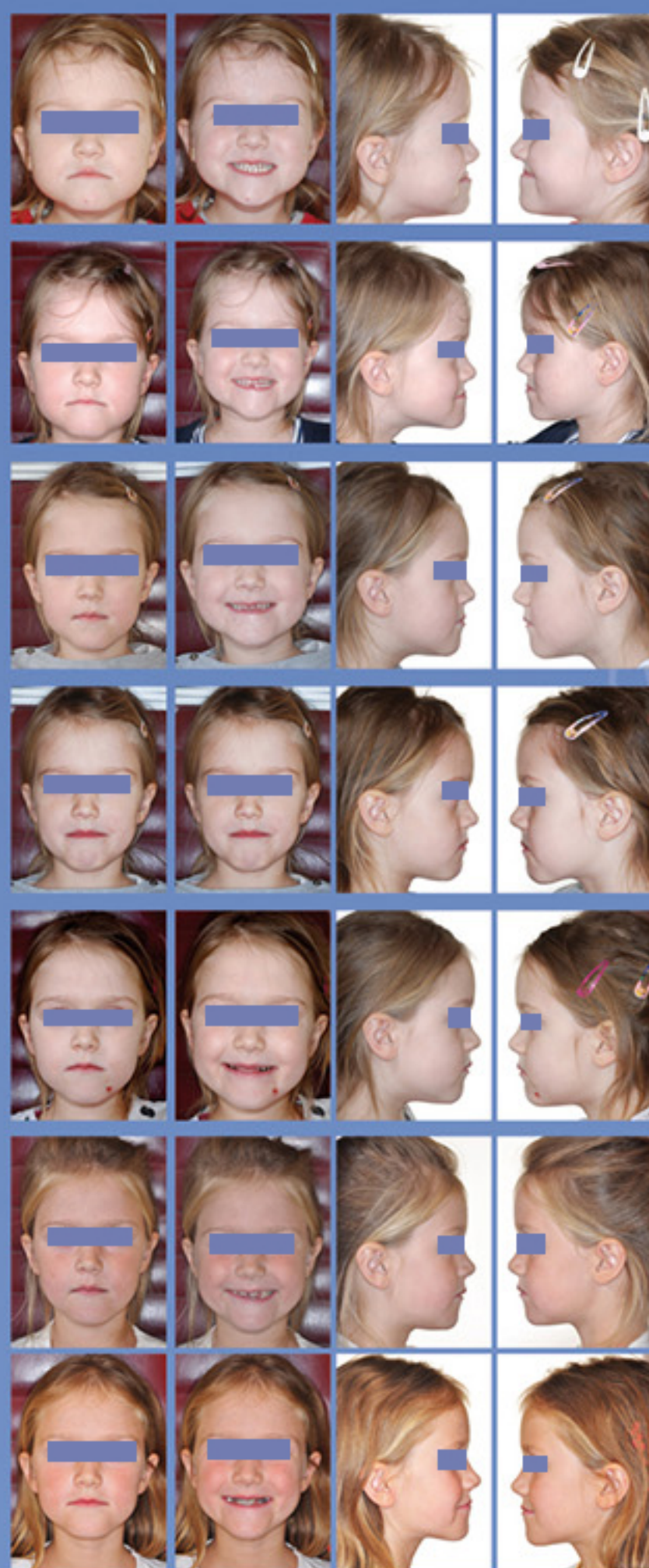
NZOZ Poradnia Ortodontyczno-Stomatologiczna w Zabrzu

www.ortodoncja-zabrze.pl ortomikar@interia.pl

Wstęp: Operacje korekty podniebienia wykonywane u dzieci rozszczepowych we wczesnych okresach rozwoju prowadzą do poprawy funkcji połykania i oddychania ale blizna ściągnąca powoduje u 50% pacjentów pogłębiający się z wiekiem niedorozwój środkowego piętra twarzy i wtórne powstawanie III klasy szkieletowej. Brak podejmowania leczenia szczękowo-ortopedycznego prowadzi do znacznie nasilonych deformacji twarzy pacjenta. W konsekwencji występują problemy z akceptacją środowiska do czasu leczenia operacyjnego. Badania prowadzone nad stabilnością wyników leczenia operacyjnego wskazują również, że dysproporcje długości między szczęką i żuchwą powyżej 7 mm mogą prowadzić do braku stabilności pooperacyjnej ze względu na trudności z adaptacją nerwowo-mięśniową. Natomiast obserwacje długoterminowych efektów leczenia maską twarzową wykazują, że u pacjentów leczonych za pomocą tego aparatu tylko 1/3 wymaga operacji po zakończeniu wzrostu.

Materiał i metoda: 4-letnia pacjentka z III klasą szkieletową wywołaną silnym niedorozwojem środkowego piętra twarzy wskutek blizny ściągnącej po operacji podniebienia miękkiego oraz skróconym wędzidełkiem języka powodującym dysfunkcję mowy i połykania. W I roku leczenia, po konsultacji z logopedą (D. P-W), skierowano pacjentkę do podcięcia wędzidełka języka oraz zastosowano aparat typu Trainer celem usprawnienia funkcji języka. W dalszym etapie leczenia (po ukończeniu 5 roku życia pacjentki) zastosowano hyrax na szynach akrylowych połączony z maską twarzową i dolnymi płytkami nagryzowymi z haczykami do wyciągów III klasy. Pacjentka w tym okresie przerwała terapię logopedyczną. W trakcie wzrostu I stałych zębów trzonowych w obu szczękach aparaty akrylowe zostały zrzucone. Zastosowano aparat na pierścieniach z koralikiem do kontynuacji usprawniania funkcji języka oraz procę bródkową do dalszego modyfikowania wzrostu żuchwy, wznowiono ćwiczenia języka.

Cel plakatu: Celem plakatu jest przedstawienie wczesnego, 3-letniego leczenia ortodontyczno-logopedycznego 4-letniej pacjentki z rozszczepem podniebienia miękkiego.



Przed leczeniem



po 3 miesiącach noszenia Trainera® do III klasy, podcięcia wędzidełka języka i terapii logopedycznej



po 9 miesiącach skojarzonej terapii ortodontyczno-logopedycznej



po zacementowaniu hyrxa i akrylowych płytek w żuchwie



po 3 miesiącach stosowania maski twarzowej i wyciągów III klasy



po 11 miesiącach leczenia maską i wyciągami III klasy



po 9 miesiącach od usunięcia hyrxa i dolnych płytek i powrocie do terapii logopedycznej

Zastosowane aparaty:



hyrax na szynach akrylowych



dolne, cementowane nakładki akrylowe z haczykami



proca bródkowa



aparat podniebienny z koralikiem do ćwiczeń języka



tele po leczeniu maską twarzową

Diagnoza logopedyczna:

Wyniki badania logopedycznego. U dziecka występują zaburzenia artykulacji nieomalże wszystkich głosek i dotyczą zmiany miejsca artykulacji. Polegają one - w zależności od wymawianej głoski - na międzyzębowości (język znajduje się między łukami zębowymi), dorsalności (apex leży na dnie jamy ustnej), zębowości (apex dotyka podniebiennej powierzchni górnych siekaczy). Nie odnotowałam zaburzeń rezonansu głosek. Badanie czynności prymarnych wykazało kompensacyjne odgryzanie bocznymi zębami, dorsalną (bez wzniesienia języka, przy czym apex leży na dnie jamy ustnej) pozycję spoczynkową języka i połykanie. U dziecka występuje obniżona motoryka języka, a także ankyloglosja nieznacznej stopnia, która w obliczu wady doprzedniej zgryzu powinna zostać zlikwidowana, aby zwiększyć możliwości ruchowe języka.

Diagnoza logopedyczna: dyslalia obwodowa – anatomiczna i funkcjonalna.

Podsumowanie: motoryka pierwotna (czyli dotycząca czynności biologicznych) wykorzystuje wadliwy wzorec ruchowy opierający się na aktywności części dorsalnej języka przy niewzniesionym apexie; apex napiera na językową powierzchnię dolnych siekaczy. Wada zgryzu (a także ankyloglosja) wraz z wadliwymi matrycami ruchowymi czynności prymarnych stają się przyczynami zaburzeń wymowy. Wadliwa wymowa staje się dodatkowym czynnikiem, który sprzyja powstawaniu doprzedniej wady zgryzu, a wspólną przyczyną wady zgryzu i wady wymowy należy upatrywać w dysfunkcjach czynności prymarnych, takich jak pozycja spoczynkowa języka i połykanie. Istotnym wątkiem prowadzonych działań jest współpraca z ortodontą.

Orientacyjny program terapii:

Przecięcie wędzidełka języka i kontynuacja leczenia ortodontycznego, Nauka prawidłowej pozycji spoczynkowej języka i połykania,

Wyniki: Pacjentka w I etapie leczenia uzyskała poprawę z odwrotnego nagryzu do zgryzu tete-a-tete, następnie w II etapie przerzucono zgryz, a rysy twarzy poprawiły się tak bardzo, że zaczęła być podobna do matki. Niestety nie najlepsza współpraca pacjentki oraz istniejąca nadal dysfunkcja języka z oparciem o dolne siekacze opóźniła wyrzynanie stałych dolnych siekaczy i stymuluje dalszy niekorzystny kierunek wzrostu żuchwy. Po powrocie do terapii logopedycznej siekacze wyrznęły się całkowicie. Pacjentka nadal pozostaje pod kontrolą logopedy i ortodonta.

Podsumowanie: Leczenie pacjentki z rozszczepem podniebienia wtórnego jest procesem długotrwałym. Terapia logopedyczna i usprawnianie funkcji języka jest kluczowym elementem wspomagającym terapię szczękowo-ortopedyczną. Stymulacja doprzedniego wzrostu szczęki oraz modyfikowanie wzrostu żuchwy poprawiają wygląd twarzy dziecka, pozwalając na prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie i zwiększając szansę pacjenta na stabilne wyniki ewentualnego leczenia operacyjnego po zakończeniu wzrostu.