



4-11-2013

Van den Engel-Hoek L, Erasmus CE, van Hulst KCM, et al. Children with central and peripheral neurologic disorders have distinguishable patterns of dysphagia on videofluoroscopic swallow study. *J Child Neurol* 2013, Sep 9 (epub ahead of print).

De dossiers en de slikvideo's van 118 kinderen (69 jongens en 49 meisjes), met een gemiddelde leeftijd van 8,5 jaar, zijn retrospectief onderzocht. De dossiers werden gesorteerd in drie groepen: kinderen met een spierziekte met vooral spierzwakte (5 met myotone dystrofie, 8 met SMA I-II, 8 met Duchenne spierdystrofie en 10 overig), cerebrale parese(CP) met spasticiteit (n=53) en CP met zowel spasticiteit als dyskinesie<sup>1</sup> (n=34).

Het doel was na te gaan of de bevindingen van de gemaakte slikvideo's zouden verschillen tussen de drie groepen kinderen. De slikvideo's waren uitgevoerd met (dunne) vloeistof en met gepureerd voedsel (groente of fruit).

In vergelijking met de spierziektengroep hadden beide CP-groepen meer verlies van voedsel uit de mond, voeding in de vallecula voordat de slik werd ingezet (als teken van een late slikinzet), voeding die tijdens de slik naar de neus gaat met zowel dun als dik voedsel, penetratie van voedsel tot boven de stemplooien en aspiratie van vloeistof. De spierziektengroep had meerdere slikken nodig om de mondholte leeg te maken en had meer residu na de slik met dik vloeibaar voedsel dan beide CP-groepen.

De verschillen tussen het slikken van vloeistof en dik vloeibaar voedsel die op de slikvideo's gevonden werden, zijn dat er in de orale (mond)fase meer problemen met dik vloeibaar voedsel dan met vloeistof waren bij alle groepen. Verder kwamen in de keelfase bij beide CP-groepen vaker penetratie van voedsel tot boven de stemplooien en aspiratie voor met vloeistof dan met dik vloeibaar voedsel. Residu van dik vloeibaar voedsel na de slik werd bij alle groepen vaker gezien dan van vloeistof. Penetratie van voedsel tot boven de stemplooien en aspiratie van dunne vloeistoffen werd bij 86% van de CP-groepen gezien en bij slechts 6% van de spierziektengroep.

Er zijn enkele beperkingen aan dit onderzoek, namelijk het retrospectieve karakter, geen blinding van de beoordelingen van de slikvideo's, oververtegenwoordiging van ernstige problematiek, ontbreken van kwantitatieve metingen van de bolusgrootte en een waarschijnlijke overlap van beperkingen binnen en tussen de groepen. Bijvoorbeeld, als de voedingstoestand als indicatie wordt genomen voor de ernst van de dysfagie<sup>2</sup> zijn de slikproblemen het ernstigst in de spastische CP-groep met 39,6% gedeeltelijke of volledige sondevoeding, tegen 26,5% in de dyskinetische groep en 22,6% in de spierziektengroep. Ondanks deze beperkingen zijn er volgens de auteurs duidelijke verschillen in dysfagie te zien die gerelateerd zijn aan de onderliggende aandoening. Bij kinderen met een spierziekte is orale dysfagie gerelateerd aan spierzwakte van alle orale spieren en de tong, waardoor bij dik vloeibaar voedsel meerdere slikken nodig zijn om de mondholte leeg te maken. Zij lijken minder problemen te hebben met het inzetten van de slik dan de CP-groepen. Er werd bij de spierziektengroep geen teruglopen van voeding naar de neus gezien van vloeistof en dik vloeibaar voedsel. Residu van dik vloeibaar voedsel na de slik werd veel vaker gezien bij de spierziektengroep dan bij de CP-groepen. Bij kinderen en volwassenen met een spierziekte is de timing van de start van de slik normaal. Wanneer de spierkracht voor tong en tongbasis verminderd is kan residu na de slik ontstaan. Dit verklaart waarom residu na de slik vaker werd gezien bij de niet-ambulante dan bij de

ambulante kinderen van de spierziektengroep. Het residu kan in de luchtweg terecht komen met risico op longontsteking.

Dit onderzoek laat zien dat bij de spierziektengroep verdikte voeding, anders dan vaak aanbevolen wordt, niet altijd de juiste behandeling is<sup>3</sup>. Tevens is monitoring van orale voeding gedurende langere tijd nodig. Tenslotte is dit onderzoek een eerste verkenning naar verschillen in dysfagie tussen diverse neurologische ziekten. De problematiek onderstreept de noodzaak van een multidisciplinaire benadering.

<sup>1</sup> Dyskinesie is abnormale ongewilde beweging.

<sup>2</sup> Dysfagie is (ver)slikproblematiek.

<sup>3</sup> Zie hiertoe de publicaties op deze site bij slikadviezen SMA en Duchenne.