



Strategieën voor de logopedische behandeling van dysartrie na CVA

Referentie

Chiaromonte R, Pavone P, Vecchio M. Speech rehabilitation in dysarthria after stroke: a systematic review of the studies. Eur J Phys Rehabil Med 2020;56:547-62 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06185-7

Duiding

Emilie Levaux, logopède
Geen belangenconflict met het onderwerp.

Klinische vraag

Wat zijn de meest doeltreffende logopedische strategieën om de taalvaardigheid van volwassen patiënten met dysartrie na CVA te verbeteren?

Achtergrond

Taalproblemen, zoals afasie en dysartrie, komen vaak voor na een CVA (1). In geval van afasie is de patiënt niet in staat tot taalproductie en/of taalbegrip door schade aan een bepaald gebied in de hersenen. Dysartrie is het gevolg van schade aan de spieren die nodig zijn voor de taalproductie (zwakte, coördinatieproblemen). Dysartrie komt voor bij 30 tot 40% van de patiënten die een CVA hebben doorgemaakt en heeft een aanzienlijke negatieve impact op het dagelijkse leven (2). Een gepaste behandeling is daarom noodzakelijk om de onafhankelijkheid en het welzijn van de patiënt te verbeteren (3). Er bestaan verschillende managementstrategieën, maar die werden in de wetenschappelijke literatuur onvoldoende onder de loep genomen. Minerva analyseerde in 2018 een gerandomiseerde studie waaruit blijkt dat intensieve logopedie gedurende 3 weken in de langetermijnfase (>6 maanden) van afasie na een CVA de functionele verbale communicatie significant verbetert (4,5). Nog minder studies bestaan er over de behandeling van dysartrie na een CVA. Het doel van deze studie was dan ook om klinici uitvoerig te informeren over de mogelijkheden van een logopedische behandeling van dysartrie bij patiënten die een CVA hebben doorgemaakt (6).

Samenvatting

Methodologie

Systematisch literatuuroverzicht zonder meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- de auteurs raadpleegden de databanken PubMed, EMBASE, Cochrane Library en Scopus Web of Science.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: studies die het effect (klinische beoordeling, diagnostische schalen of akoestische stemanalyse) van logopedie beoordeelden bij volwassenen met dysartrie na een CVA (casestudies, retrospectieve studies of gerandomiseerde gecontroleerde studies)
- in totaal werden 25 studies, uitgevoerd tussen 2004 en 2018, geïncludeerd (de tabel met de samenvatting van het bewijs bevat echter 26 studies... 9 gerandomiseerde klinische studies, 8 retrospectieve studies en 9 casestudies)

- 33 artikels werden geëxcludeerd om volgende redenen: 12 studies includeerden patiënten met afasie of andere stoornissen dan dysartrie, 10 studies onderzochten de klinische kenmerken van dysartrie, 3 hadden te maken met de impact van dysartrie op sociale participatie en 8 includeerden patiënten zonder CVA.

Uitkomstmaten

- de auteurs geven in de review niet a priori aan welke uitkomstmaten voor hen van belang zijn; ze beschrijven slechts kort de verschillende geïnccludeerde studies en de geïdentificeerde logopedische strategieën, maar vergelijken ze niet.
- er werd geen meta-analyse uitgevoerd.

Resultaten

- er worden 20 spraak- en taalstrategieën geïdentificeerd en beschreven: traditionele interventies, fonatie-ademhalingsoefeningen, psychologische ondersteuning, gedragsinterventies, oromotorische taal- en niet-taaloefeningen, augmentatieve en alternatieve communicatie (AAC), praktische activiteiten, ‘Constrained-Induced Dysarthria Therapy’, ‘Be Clear’, stem/zangoefeningen, ‘ReaDySpeech’, op e-learning gebaseerde therapie (EST), acupunctuur, transcraniële stimulatie, ‘LSVT’, groepstherapie, ‘Accent-based music speech protocol’, therapie voor velofaryngeale incompetentie, thuisoefeningen.

Besluit van de auteurs

Deze systematische review trachtte de lezer een uitgebreid overzicht te geven van de literatuur over de verschillende behandelingen van dysartrie na een CVA. Grootschalige gecontroleerde studies zijn nodig om de verschillende revalidatiestrategieën voor de behandeling van deze stoornis onderling te vergelijken.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Twee onderzoekers raadpleegden onafhankelijk van elkaar de titels en abstracts van de artikels. In geval van meningsverschil kwamen de auteurs via bespreking tot een consensus. De auteurs verwijzen naar het PRISMA-protocol, maar verschillende belangrijke elementen van dit protocol worden niet gevolgd, zoals de precieze zoekstrategie voor elke databank, de mogelijke taalbeperkingen in de inclusiecriteria of de beoordeling van het risico van bias in de geïnccludeerde studies. Bovendien was er geen voorpublicatie van het protocol.

De geselecteerde studies waren zeer heterogeen wat betreft het aantal deelnemers, de ernst van de stoornissen, de duur van de behandeling, het tijdstip van de eerste sessie, de onderzochte uitkomstmaten en de studieopzet. Men ondernam geen poging om het bewijsmateriaal per uitkomstmaat samen te vatten en zo een niveau van bewijs te genereren (bv. aan de hand van een tabel met een samenvatting van de bevindingen). Men beperkte zich tot een louter beschrijvende tabel met de geselecteerde studies en een beschrijving van de verschillende geïdentificeerde spraak- en taaltherapie-interventies.

Beoordeling van de studieresultaten

Men beperkt zich tot een beschrijving van de verschillende beschikbare managementmethoden. De gestelde vraag is niet zeer nauwkeurig en de inclusiecriteria voor de studies zijn onvoldoende uitgewerkt. Zo weten we bijvoorbeeld niet wat de auteurs bedoelen met ‘patiënten met dysartrie’, behalve dat ze wellicht oromotorische moeilijkheden hadden na een CVA. We weten niet of de auteurs geïnteresseerd waren in alle vormen van dysartrie of alleen in een bepaald type (slappe, spastische, ataxische, hypo/hyperkinetische dysartrie of een mengvorm). Er wordt geen informatie gegeven over de specifieke context (meer of minder gespecialiseerde zorg, zorglijn...) van de beschreven interventies. Ten slotte werden de studies niet met elkaar vergeleken om na te gaan of sommige doeltreffender waren dan andere.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

De Belgische richtlijnen voor de klinische praktijk geven weinig of geen informatie over de behandeling van dysartrie na CVA. Men stelt dat er onvoldoende bewijs is voor het effect van logopedie op dysartrie (7). De American Speech Language Hearing Association (ASHA) benadrukt in haar aanbevelingen dat het belangrijk is om met bepaalde elementen rekening te houden teneinde kwaliteitsvolle zorg te verlenen: ernst van de stoornis, communicatienoden, voorkeuren van de patiënt en diens familie en de aanwezigheid van comorbiditeit (8). Er bestaan twee soorten behandelingen: de eerste is rechtstreeks gericht op de taalfuncties (ademhaling, fonatie, articulatie, resonantie, prosodie*) en de tweede omvat augmentatieve en/of alternatieve communicatie (AAC) (verandering van de omgeving, chirurgische ingreep of het gebruik van verschillende strategieën door de patiënt of diens omgeving).

Studies bevelen aan om eerst de velofaryngeale functie te herstellen en dan de ademhaling en de fonatie te revalideren (9,10). Bovendien kan het aanpakken van sommige secundaire aandoeningen soms leiden tot het corrigeren van andere belangrijke functies. Revalidatie van prosodie kan bijvoorbeeld de verstaanbaarheid verbeteren (9,11), terwijl revalidatie van de stemintensiteit een positief effect kan hebben op het articuleren (12).

Besluit van Minerva

Deze systematisch review van de literatuur is van zeer lage methodologische kwaliteit en beperkt zich tot het geven van een overzicht van de verschillende logopedische behandelingen voor dysartrie na CVA, zonder echt in te gaan op de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs over de doeltreffendheid.

* ritme, klemtoon en intonatie van de stem.

Referenties

1. Tamplin J. A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech. *NeuroRehabilitation* 2008;23:207-16. DOI: 10.3233/NRE-2008-23302
2. Mahler LA, Ramig LO. Intensive treatment of dysarthria secondary to stroke. *Clin Linguist Phon* 2012;26:681-94. DOI: 10.3109/02699206.2012.696173
3. Mackenzie C, Kelly S, Paton G, et al. The Living with Dysarthria group for post-stroke dysarthria: the participant voice. *Int J Lang Commun Disord* 2013;48:402-20. DOI: 10.1111/1460-6984.12017
4. Vandenborre D. Intensieve taaltherapie bij mensen met langdurige afasie na een CVA. *Minerva* 2018;17(2):24-7.
5. Breitenstein C, Grewe T, Flöel A, et al. Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet* 2017;389:1528-38. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30067-3
6. Chiaramonte R, Pavone P, Vecchio M. Speech rehabilitation in dysarthria after stroke: a systematic review of the studies. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020;56(5):547-62 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06185-7
7. Revalidatie van een patiënt na een CVA. Duodecim Medical Publications 2017. Gescreend door Ebpracticenet 2018.
8. American Speech-Language-Hearing Association. Dysarthria in adults (Practice Portal). (n.d.) Retrieved april, 07, 2022, at : www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dysarthria-in-Adults/.
9. Yorkston KM, Beukelman DR, Strand E, Hakel M. Management of motor speech disorders in children and adults. Pro-Ed 2010.
10. Duffy JR. Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management. Elsevier 2013.
11. Patel R. Prosodic control in severe dysarthria: preserved ability to mark the question-statement contrast. *J Speech Lang Hear Res* 2002;5:858-70. DOI: 10.1044/1092-4388(2002/069)
12. Neel, AT. Effects of loud and amplified speech on sentence and word intelligibility in Parkinson disease. *J Speech Lang Hear Res* 2009;52:1021-33. DOI: 10.1044/1092-4388(2008/08-0119)