

later tevens een goed aanknopingspunt om de articulatie te verbeteren. Een vraag uit de zaal is of kinderen op deze manier wel begrijpend leren lezen of alleen woordplaatjes herkennen. Moira antwoordt dat je altijd moet terugvragen of het kind de betekenis begrijpt van wat het leest. Nadat het kind "Christopher eet de banaan" heeft gelezen vraagt de onderwijzeres bijvoorbeeld "wat eet Christopher?" en het kind zegt "de banaan". Het produceren van taal en het begrijpen ervan krijgen evenveel aandacht in het T. E. L. L.-programma.

### *Goed imiteren een mythe*

Imitatie is een belangrijk hulpmiddel om taal te leren. Een van de mythes rond kinderen met Down's syndroom is dat ze goede imitatoren zijn. Dat zijn ze echter niet. In het T. E. L. L.-programma wordt uitgebreid ingegaan op hoe je je kind het imiteren van klanken, bewegingen en later woorden kunt leren. Dit doe je door het voor te doen, je kind verbaal aan te sporen en eventueel de beweging van je kind te leiden of haar mond in een bepaalde stand te brengen voor een bepaalde klank. Dit alles moet op een speelse manier gebeuren en met veel bevestiging en beloning.

### *"Quality time"*

Aan de ouders wordt gevraagd tien minuten per dag gericht te besteden aan het leren van woorden en begrippen en verder bij alles wat je

met je kind doet te vertellen wat er gebeurt - bij het baden, voeden, eten, spelen, aankleden, enz. Bovendien moedig je elke eigen taaluiting van je kind aan. Je maakt je kind duidelijk dat je verwacht dat het zal reageren en wacht daar ook echt op. Als je kind iets zegt kun je dat wat het zegt herhalen en uitbreiden. Elke uiting moet bevestigd worden (kind: "Pop", ouder: "Ja, dat is een pop") en op een natuurlijke manier beloond (met een knuffel, een aai, een uitroep "Wat knap", enz.). Moira pleit ervoor om de tijd die je normaal aan je kind besteedt tot "quality time" te maken, dat wil zeggen te gebruiken om je kind te helpen zich te ontwikkelen.

### *Ouders leren spelen*

Moira vertelt dat ze tegenwoordig veel aandacht besteden aan het helpen van ouders om met hun kind te spelen. Ouders schijnen dat steeds minder te doen, terwijl spelsituaties juist bij uitstek geschikt zijn om taal te leren. Het spel van je kind weerspiegelt haar cognitieve ontwikkeling, haar begrip van de wereld.

De vanzelfsprekendheid van early intervention, van gerichte hulp aan ouders en kind, die uit deze lezing sprak, is in de Nederlandse situatie niet terug te vinden. Als ouder zie ik uit naar de oprichting van interventie-centra in verschillende delen van Nederland, waar logopedisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, pedagogen en andere therapeuten,

speciaal opgeleid in early intervention, samenwerken en ouders en kinderen deskundig van week tot week kunnen begeleiden - en daar zo achter staan dat early intervention niet een vrijblijvende luxe blijft, maar de gewoonste zaak van de wereld wordt.

*Hedienne Bosch, Amsterdam*

**Naschrift van de redactie:** De Nederlandse versie van de T. E. L. L.-video is klaar (zie ook elders in dit blad) en kan worden besteld. Deze band is qua opbouw, taalgebruik, etc., met name gericht op beroepskrachten, zoals logopedisten en pedagogisch werkers, groepsleiders, etc. Misschien is het een aardig Kerstcadeautje voor een gewaardeerde logopedist. Dat neemt niet weg, dat veel ouders er zelf ook een veelheid aan praktische voorbeelden op zullen herkennen.

Het T. E. L. L.-boek zal vooralsnog niet worden vertaald, maar is voor geïnteresseerden via de SDS nu wel in een Engelse versie te koop. Daarbij moet wel worden opgemerkt, dat echt zelfstandig "werken" met het T. E. L. L.-programma voor ouders nauwelijks lijkt te zijn weggelegd. Ze hebben daarbij beslist hulp van goed ingevoerde vakmensen nodig.

Voor wat betreft het leren lezen wordt in Australië naast T. E. L. L. uiteraard in de eerste plaats "Leren Lezen" uit het Macquarie Program gebruikt (zie de bestelrubriek op de achterpagina).

## **TONGCORRECTIES**

Een heel ander aspect van mondtherapie is het chirurgisch corrigeren van een "te grote" tong. Met name als gevolg van publicaties over de succesvolle operatie van Peetje Engels, o. a. in dit blad (zie o. a. DaU.9), is dat onderwerp in het veld van de mensen met een verstandelijke handicap bespreekbaar geworden zonder dat de dis-

cussie onmiddellijk verzandt in allerlei (quasi)-ethische argumenten. Hierdoor belandt een toenemend aantal verzoeken om informatie over tongcorrectie op het bureau van de SDS. Bovendien verscheen er enige weken geleden een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) waarin tongreductie bij kinderen met

Down's syndroom een functionele operatie genoemd werd. De plastisch chirurg Starmans en Bloem van de Vrije Universiteit in Amsterdam beschrijven daarin hun ervaringen met zeven patiënten (leeftijd resp. 1, 1, 2, 6, 10, 17 en 21 jaar). Volgens prof. Bloem zijn sedert het schrijven van het artikel nog vier kinderen met succes geopereerd.

## Standpunt SDS

In de handleiding "Praktische tips voor de taal-/spraakontwikkeling ..." stelt de SDS zich ter zake van tongreductie op het standpunt dat tongchirurgie moet worden gezien als een uiterste maatregel op het gebied van de mondtherapie, na borstvoeding, het gebruik van de juiste spenen, tongspelletjes, massage, mondplaatjes, etc., bijvoorbeeld in situaties waarin dat allemaal al een gepasseerd station is (blz. 20). Maar wanneer een kind dan nog gewoon last heeft van zijn of haar tong, altijd de mond open heeft en daardoor een echte mondademer is, met alle gevolgen van dien, etc., kan een chirurgische correctie zeer wel het overwegen waard zijn.

Tot dusverre is niet bewezen, dat de spraak door chirurgische correctie zou verbeteren. Een onderzoeksgroep onder leiding van Parsons in Melbourne, Australië, vergeleek de articulatie van 18 kinderen met Down's syndroom voorafgaand aan hun tongoperatie met die van zes maanden daarna. Ze vonden geen belangrijke verschillen. Een controlegroep van negen overeenkomstige kinderen, die geen operatie hadden ondergaan, werd twee maal geëvalueerd met een tussentijd van zes maanden. Ook ten opzichte van die controlegroep waren er geen verschillen. Tenslotte kwamen ook uit de opvattingen van de ouders van beide groepen kinderen geen verschillen naar voren. In beide groepen leek de spraak zich op overeenkomstige wijze te hebben ontwikkeld. Uit dat onderzoek wordt gewoonlijk afgeleid, dat tongchirurgie geen effect zou hebben op de spraak. Het is echter nog maar de vraag of het resultaat van het onderzoek hetzelfde zou zijn geweest

wanneer een objectieve meetmethode zou zijn toegepast in plaats van subjectieve waarnemingen.

Maar nu eerst wat technische informatie over de ingreep.

### *Twee specialismen en twee opvattingen*

Uit het artikel in het NTvG blijkt, dat het hier kennelijk om een operatie met zeer weinig kans op complicaties gaat. Dat komt natuurlijk ook omdat prof. Bloem en mevr. Starman's ervaring hebben kunnen opbouwen. Zij verwijderden een stuk met een symmetrische wigvorm van bijvoorbeeld 2 à 3 cm lengte uit de punt van de tong. Meestal kan het kind binnen 24 uur daarna naar huis. Prof. Bloem betreurt, dat hij de kinderen vaak pas op een leeftijd van, zeg, twaalf, veertien jaar of ouder ziet. Dat betekent dat er dan mogelijk als gevolg van die tong andere afwijkingen aan de mond zijn ontstaan, bijvoorbeeld een uitgezakte onderlip, die dan misschien ook nog weer op de één of andere manier moeten worden verholpen. Prof. Bloem beveelt ouders daarom aan zich al rond de leeftijd van een jaar of vijf, zes van hun kinderen te oriënteren of een tongcorrectie misschien zinvol zou kunnen zijn.

Prof. Bloem laat bij alle kinderen die een tongcorrectie zullen ondergaan eerst door een logopedist onderzoeken of het zin heeft hen voorafgaand aan de operatie door te verwijzen naar het Kinderneurologisch Centrum van de Katholieke Universiteit Nijmegen (KUN). Daar heeft men namelijk een objectieve meetmethode ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de spraak kan worden gemeten. Na de operatie kan dat dan nog een keer gebeuren om zo de resultaten met elkaar te kunnen verge-

lijken. Op die wijze wordt informatie verzameld voor andere ouders.

*Pas op! Uiteraard kunnen tongen ook om andere redenen geopereerd worden en ook door andere specialisten. Zo voeren KNO-artsen soms tongoperaties uit, bijvoorbeeld wanneer er een gezwel verwijderd moet worden (niet specifiek voor Down's syndroom). Maar daarnaast zijn er intussen ook verschillende tongcorrecties, zoals hierboven bedoeld, uitgevoerd door KNO-artsen. Daarbij is soms dan de tong achteraan ingekort met nogal ernstige complicaties als gevolg van de zwelling. Met name de ademhaling werd dan zeer bemoeilijkt zodat de kinderen langere tijd op "intensive care" door moesten brengen. Bovendien is het zeer wel denkbaar dat het na de genezing ontstane littekenweefsel aan de basis van de tong de beweging daarvan in ongunstige zin kan beïnvloeden. Tenslotte heeft een correctie achteraan de tong hoogstwaarschijnlijk een veel grotere invloed op de smaak dan een correctie aan de punt. Bij die laatste wordt dat zelfs verwaarloosbaar gedacht. Wees daarom in voorkomende gevallen alert op het bovenstaande en wijs uw huis- of kinderarts erop bij een eventuele verwijzing!*

### *Literatuuropgave*

Parsons, L., Iacono, T. A. en Rozner, L. (1987), "Effect of tongue reduction on articulation in children with Down syndrome", Am J Ment Def, Vol.: 91, nr.: 4, blzn. 328-332

Starman, J. L. M. en Bloem, J. A. M. (1991), "Tongreductie bij kinderen met het syndroom van Down; een functionele operatie", NTvG, Vol.: 135, nr.: 42, blzn. 1963-1966

## DE PRAKTIJK

### *Tongcorrectie in het Academisch Ziekenhuis van de VU in Amsterdam*

Woensdag 26 september. De koffers staan ingepakt, eindelijk is het dan zover. Remco, mijn zoon (13 jaar) is goed voorbereid en lijkt er niet tegenop te zien. Ikzelf daarentegen wel. Ik vraag me af of ik echt wel zo snel thuis zal zijn als is gezegd.

We komen om 11.30 uur in het ziekenhuis aan en op de afdeling worden door een verpleegster enkele vragen gesteld. Daarbij sloeg me de schrik om het hart toen er gevraagd werd of ik wel op de hoogte was van eventuele complicaties, zo-

als verstikkingsgevaar. Met het oog daarop zou van te voren een kamer op de Intensive Care moeten worden gereserveerd! Toen hoorde ik voor het eerst van de operatie achteraan de tong door een KNO-arts. De tong zwelt na een operatie be-



Remco Bles

hoorlijk op en je kunt je voorstellen wat er gebeurt als die zwelling achter in de keel plaats vindt .... Juist ja, "een beetje benauwd!"

Wat een geluk, dat Remco en ik toevallig bij prof. Bloem, de plastisch chirurg, terecht zijn gekomen en niet zoals een ander kind met Down's syndroom op datzelfde moment bij de een KNO-arts. Die jongen moest drie dagen op de Intensive Care blijven!

### **De operatie**

De eerste dag wordt er bij Remco wat bloed afgenomen, de artsen komen even langs en er is tijd om een beetje aan de afdeling te wennen. De speltherapeute neemt met Rem-

co spelenderwijs de hele operatie nog eens door. Er heerst een prettige sfeer op de afdeling en ik ben erg blij dat ik naast Remco mag slapen.

Donderdag 27 september.

10.00 uur. Remco krijgt een sufmakend middeltje en z'n operatiepakje aan

11.00 uur. We gaan samen naar de operatie-kamer en ik blijf bij hem tot hij "slaapt".

12.00 uur. Het telefoontje van de Operatie Kamer (OK) komt binnen: Remco ligt op de uitslaapkamer.

12.15 uur. Prof. Bloem komt vertellen, dat alles goed is gegaan. Ze hebben een driehoekje van 3 bij 4 cm. weggehaald.

13.30 uur. Remco is wakker geweest en mag opgehaald worden. De verpleegster en ik gaan op weg naar de OK. Bij het horen van mijn stem wordt hij wakker en voor het eerst geeft hij toe dat het pijn doet. Hij krijgt een pijnstillertje en slaapt veel die middag. Het infuus vindt hij zeer vervelend en hij doet z'n best wat te drinken en te plassen (want dan mag het er pas af). Dat lukt zeer moeizaam, maar 's avonds om 22.00 uur is het dan zover. Maar voor die tijd, tijdens het bezoek van oma om 18.00 uur, kon hij zich al aardig goed verstaanbaar maken. Daarna gaat zijn toestand met het uur vooruit. De co-assistent komt 's avonds nog even langs en vertelt dat we waarschijnlijk de volgende morgen al naar huis mogen. Ik zie nu dat dat echt mogelijk is en we gaan beide opgelucht slapen.

Vrijdagmorgen om 10.00 uur komt opnieuw de co-assistent van prof. Bloem om ons te vertellen,

dat we inderdaad weg mogen. Intussen voelt Remco zich een stuk beter. Het drinken gaat al wat gemakkelijker al doet het duidelijk nog zeer.

### **De eerste paar dagen thuis**

De tong is nog dik en het drinken gaat nog niet echt gemakkelijk, wel eet hij zo nu en dan yoghurt, babyvoeding, e. d. Zondag gebruikt hij voor het eerst weer een normale maaltijd, maar dan nog wel gemalen. Maandag zijn we op Remco's school wezen koffie drinken. Verschillende docenten vroegen wanneer het nu ging gebeuren en waren zeer verbaasd dat de operatie al achter de rug was. Zijn leraar dacht zelfs dat hij al wel blijven kon en als het aan Remco gelegen had, had hij dat zeker ook gedaan. Dinsdag sabbelde en kauwde hij een reep chocolade weg en nu, dinsdagnacht, terwijl ik achter de computer zit en de laatste zinnen van dit stukje schrijf, weet ik dat het morgen weer een stukje beter zal gaan. Ik denk dat ik hier nooit spijt van zal krijgen en besef dat ik mezelf nog maar nauwelijks realiseer dat het allemaal al achter de rug is! *Dus, als je maar bij de juiste arts terecht komt is het inderdaad maar een "kleine" ingreep.* Belt u mij gerust wanneer u voor uw kind een dergelijke operatie overweegt. Ook ik heb van tevoren met andere ouders gesproken die de operatie al achter zich hadden.

Marga Bles, Doesburg, 08334-76153

## **DE ROL VAN DE TONG**

### **De visie van een logopedist**

Hierboven zeiden we al: "... kan een chirurgische correctie zeer wel het overwegen waard zijn". We gebruikten daarbij zeer bewust het woord overwegen. Want er zitten vele kanten aan de beslissing om zo'n ingreep al dan niet te laten doen. Een ander discussiepunt is de leeftijd waarop dat het beste zou kunnen gebeuren. De redactie van "Down and Up" ging daarover eerst

te rade bij mevr. Els Beijaert, stafdocent Academie voor Logopedie in Utrecht. Hoe stond zij tegenover tongchirurgie? Zij begon haar betoog met een bespreking van het proces van leren eten, drinken, kauwen en slikken - de zogenoemde primaire mondfuncties. Daarbij ging ze tevens in op de problemen die bij het mondademen kunnen optreden.

### **De functie van de tong tijdens het slikken**

Direct na de geboorte gaat een baby reflexmatig zuigen en slikken. Daarbij kan hij of zij rustig door de neus ademen. Naarmate het kind ouder wordt nemen de reflectorische zuig-slik-activiteiten af en leert het kind op basis van de normale sensomotorische ontwikkeling de primaire



Judith van der Linden

foto: Bouwe Roodbergen

mondfuncties. Goede primaire mondfuncties, zoals afhappen, bijten, kauwen, slikken en neusademmen, kunnen alleen bestaan wanneer alle mond- en keelspieren goed samenwerken. Bij het slikken zijn dat bijvoorbeeld de spieren van de tong, (zowel spieren die de tong als geheel bewegen als spieren die de tong naar keuze breed, smal en/of dik kunnen maken), de keelholte, het zachte gehemelte en de wangen. Immers, wanneer het voedsel gekauwd is, wordt het door de tong- en wangspieren als een afgeplatte bal bovenop de tong verzameld. De punt van de tong verankert zich dan tegen de tandwal achter de bovenste snijtanden, de tongranden worden aangezogen tegen de kiezen van de bovenkaak, de lippen sluiten zich en de tongrug maakt contact met het zachte gehemelte. Het zo ontstane contact met de voorste en achterste gehemeltebogen, het zachte gehemelte en de achterste keelwand zet de slikreflex in en met een golfbeweging van de tong wordt de bal voedsel naar achteren bewogen en doorgeslikt.

Deze beschrijving van het slikken wekt misschien de indruk dat de verschillende hier genoemde activiteiten slechts langzaam in elkaar overgaan. In werkelijkheid verloopt er echter maar een fractie van een

seconde tussen het heffen van de tongpunt en het zakken van het achterste deel van de tong tijdens het slikken.

Ook een goede neusademhaling kan alleen maar gerealiseerd worden indien de lippen gesloten kunnen worden, de tong licht aangezogen is tegen het gehemelte en de weg via de neus goed doorgankelijk is.

### Problemen

Bij kinderen met Down's syndroom kunnen zich achtereenvolgens de navolgende problemen met de primaire mondfuncties voordoen:

1) Het *open houden van de mond* is vrijwel altijd te wijten aan slapte (hypotonie) van de lip-, tong- en wangspieren en zelden aan een echt "te grote" tong. Helaas is dat open houden van de mond een moeilijk af te leren gewoonte. Ook kinderen zonder verstandelijke handicap kunnen soms slechts na intensieve mondmotorische oefeningen, vaak in combinatie met een gedragstherapeutische aanpak, hun open mondgedrag afleren en de neusademming in het dagelijks leven toepassen. Het belang van dat laatste is in verschillende onderzoeken aangetoond [1 en 2]. Mondademers hebben namelijk vaker last van infecties van de bovenste luchtwegen (neus-,

keelholten, etc.) en als gevolg daarvan in wisselend ernstige mate van gehoorverlies.

2) De problematiek rond het *kwijlen* bij kinderen met Down's syndroom (maar ook bij andere kinderen) vindt niet alleen zijn oorzaak in het hiervoor genoemde open mondgedrag, maar ook in een verkeerde slikgewoonte en in een verminderde gevoeligheid in en rond het mondgebied. Ze voelen het speeksel niet en slikken verkeerd en te weinig om de speekselvloed te kunnen verwerken.

3) Ook het *slechte kauwen* is eerder afhankelijk van slapte van de kauwspieren en het niet goed kunnen vormen van een spijsbrok dan van een "te grote tong".

4) De oorzaak van de "nasal escape" (ontsnapping van de lucht door de neus) en de resulterende *onduidelijke neusspraak* is soms te wijten aan de slapte van de spieren van het zachte gehemelte en de keelholte, maar soms ook een gevolg van een organisch defect aan het mechanisme dat gehemelte en keel met elkaar vormen; bijvoorbeeld een te kort of een gespleten gehemelte of een neuromotorische stoornis.

Indien de onduidelijke spraak te wijten is aan slapte van lip- en tongspieren kan slechts na intensieve motorische oefeningen verbetering optreden. (De vertraagde spraak- en taalontwikkeling die bij veel jonge kinderen nog kan voorkomen is hier niet bedoeld.)

Wanneer nu een operatie van een "te grote" tong overwogen wordt zullen niet alleen bovengenoemde factoren mee in overweging genomen moeten worden, maar zal zeker ook gekeken moeten worden naar de *relatie tussen tong en boven- en onderkaak*. Het is namelijk bekend dat beide kaken groeien tot ongeveer het achttiende levensjaar en dat rondom het *twaalfde jaar* nog een hevige groeispurt van beide kaken plaats vindt. Indien er werkelijk sprake is van een te grote tong en een operatie overwogen wordt, moet zorgvuldig worden gekeken naar de plaats van de ingreep. Zo zal een operatie aan de tongbasis bijvoorbeeld de slikreflex onderbre-

ken met het gevaar van verslikken en mogelijk zelfs van dood door verstikking.

Het bovenstaande geeft duidelijk aan, dat operatief verkleinen van de tong bij kinderen met Down's syndroom niet vanzelfsprekend een verbetering in het mondgedrag of van

het spreken zal geven. Vele factoren zullen meegewogen moeten worden.

#### Literatuuropgave

Jansonius-Schultheiss, K., Van Coppenolle, L. en Beijaert, E. (1991), "Afwijkende mondgewoon-

ten", Acco, Leuven

Idema, N. K. (1987), "Primaire preventie van habitueel monddaden en andere mondgewoonten", Lo en Fo, Vol.: 59, blzn. 76-77

E. M. M. L. Beijaert, Utrecht

## DE BEWEGING VAN DE TONG

### De visie van een andere logopedist

Vervolgens ging de redactie ook te rade bij Prof. dr. Etta Wilken van de Universität Hannover, Fachbereich Erziehungswissenschaften, behalve orthopedagoog ook logopedist met een jarenlange specialisatie in Down's syndroom. Haar visie is in hoge mate de basis van het eerder genoemde SDS-standpunt.

### Slappe tongspier en beperkte bewegingen

Bij kinderen met Down's syndroom is ook de tongspier slap ("hypotoon") en net als bij de grove en de fijne motoriek vertoont ook de tong de karakteristieke problemen met de rotatie, dat wil zeggen met zijwaarts gerichte bewegingen over de middellijn heen. Zo verplaatsen veel baby's hun tong al overwegend in een licht rollende beweging naar voren, minder intensief naar achteren en nauwelijks opzij. *Daardoor* ontstaat dan bij het kauwen de karakteristieke beweging waarmee het voedsel door de tong tegen het gehemelte gedrukt wordt. De ontwikkeling van het gehemelte en van de kaken is echter enerzijds afhankelijk van een normale spierspanning van de tong en anderzijds van de tegendruk van de lippen. Hier zit het kernprobleem van kinderen met Down's syndroom. Daarom toon ik ouders bijpassende oefeningen, die evenals in de fysiotherapie bij de grove motoriek - moeten helpen om

de bijzondere bewegingsproblemen en slaphed te overwinnen. Als aanvulling schrijf ik eenvoudig aan het kind aangepast "oefenmateriaal" voor: een fopspeen (zie "Praktische tips voor de taal-/spraakontwikkeling ...", blz. 17). Kleine baby's kunnen daar vaak nog niet mee omgaan. Ze spugen de speen uit, denken de ouders. Maar dat is niet helemaal waar. Dat ze de speen uit hun mondje duwen komt door de afwijkende bewegingen van de tong. Verder ligt bij veel kinderen de wurgreflex heel ver naar voren. Bij andere kinderen verplaatst die zich vanaf de voorzijde naar achteren, maar bij kinderen met Down's syndroom gebeurt dat veel langzamer. Door stimulering en oefening kunnen hier echter positieve resultaten worden bewerkstelligd. Wanneer deze oefeningen gedaan worden kan de mondsluiting worden aangeleerd, zodat de kinderen niet met open mond slapen, de tong niet op de lippen drukt en de mondholte zich normaal ontwikkelen kan! De hier genoemde problemen zijn niet met behulp van een operatie en inkorten van de tong op te lossen. De hypotonie en het beperkte bewegen blijven. Een werkelijk te grote tong ("macroglossie") doet zich bij kinderen met Down's syndroom maar zelden voor. Ook liggen lang niet alle tongen "als een *platte schijf* tussen de bovenste en onderste tandenrij in" (citaat uit het artikel van Star-

mans en Bloem). Sommige zijn zacht en plat, andere steviger en lang, enkele kinderen hebben een nauw en hoog gehemelte, bij andere is dat weer normaal van vorm. De therapie moet aan het individu aangepast worden.

### Operaties

In Duitsland zijn tongoperaties niet meer actueel. Ik kan geen percentages geven met betrekking tot het al dan niet slagen ervan. Ik ken alleen maar een aantal geopereerde kinderen. Bij sommige daarvan was de therapie *na* de operatie zelfs meebepalend voor het resultaat. Bij enkele kinderen trad na de operatie een onduidelijke en gutturale spraak op, incidenteel deden zich woekeringen van littekenweefsel voor, die vervolgooperaties noodzakelijk maakten. Als gevolg daarvan werd de tong dan nog korter. Ik ben van mening, dat een tongoperatie alleen dan te verdedigen is wanneer met behulp van alle andere therapievormen geen resultaat geboekt werd en er werkelijk sprake is van een speciaal probleem. En voor het achtste levensjaar zou ik daarom eigenlijk helemaal nooit voor een operatie kiezen. Hooguit bij werkelijk *echte* macroglossieën zou een vroeger tijdstip acceptabel kunnen zijn.

Etta Wilken, Hannover

## KORTE BERICHTEN

### SYNDROOM VAN DOWN EN SPORT

Zaterdag 25 januari 1992 organiseert het Janus Jongbloed Research

Centrum van de Rijksuniversiteit Utrecht in samenwerking met de SDS een *symposium over Down's syndroom en sport*. Het programma ziet er als volgt uit:

10.30-11.00 Ontvangst met koffie  
11.00-11.05 Opening (Erik de Graaf, voorzitter van de SDS, Waneperveen)  
11.05-11.25 "Al of niet aangepast