

YUTKUNMA BOZUKLUKLARI

SWALLOWING DISORDERS

Rıdvan Alaca*

Yemek yeme sosyal yaşamda önemli bir yer tutan zevk ve keyif alma aracıdır. Normal yutmanın bozulmasıyla ortaya çıkan "aspirasyon pnömonisi" ve "malnutrisyon" gibi ciddi klinik tablolar yemek yemenin önemini daha da artırır.

Yunancada "bozulmuş yeme" anlamı taşıyan "disfaji"nin günümüzdeki tam karşılığı "yutma prosenin bozulması sonucunda yemek yemede güçlük"tür. Tüm rehabilitasyon hastalarının %32'sinde görülmektedir (*Cherney 1994*).

YUTMANIN FAZLARI

1. Oral faz: En fazla 10sn. sürer.
 - a. Oral hazırlık: Sağlam dudak kapanması, hareketli bir dil ve fonksiyonel çiğneme kasları ve tükürük salgısına gerek vardır.
 - b. Arkaya transport: Bu fazda solunum kısa süreli durur, nazofarinks ve oral kavite kapanır.
2. Faringeal faz: En kısa süreli fazdır. 0,6sn. veya daha kısa sürer. Bu fazda epiglot laringeal açıklığı kapatır, vokal kordlar kapanır. Larinksin elevasyonu ve öne doğru yer değiştirmesi ile farinks çapı artırılmış olur ve üst özofajiyal sfinkter açılır. Dil ve faringeal konstrüktörlerin bolusu aşağıya özofagusu doğru itmesiyle bu faz sona erer.
3. Özofajiyal faz: 6-20sn. sürer. Bolusun mideye transportundan peristaltik hareket sorumludur. Alt özofajiyal sfinkterden bolusun geçişi ile sonlanmış olur.

Yutmanın nörolojik organizasyonuna bakacak olursak: V, VII, IX ve Xuncu kraniyal çiftler primer afferentler olarak görev yapar. Bunlar kortikal ve subkortikal kontrol altında fasciculus solitarius yoluyla beyin sapında nucleus fasciculus solitarius ve ventral medial formatio retikularise ulaşırlar. Buradan V, VII, IX, X ve XIInci kraniyal çekirdekler ve be çekirdeklere ait kafa çiftleriyle ilgili alanlara ulaşırlar.

ETYOLOJİ

A. Nörolojik nedenler

1. Serebrovasküler olay
2. Travmatik beyin hasarı
3. Multipl skleroz
4. Amyotrofik lateral skleroz
5. Parkinsonizm
6. Alzheimer
7. Serebral palsi
8. ALD
9. Guillain-Barré sendromu
10. Poliomyelit
11. Enflamatuar miyopatiler (polimiyozit, dermatomiyozit)
12. Myastenia Gravis
13. Neoplazmlar
14. Ensefalit/menenjit

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Doç.Dr.Rıdvan Alaca, GATA FTR AD, TSK Rehab. Mrk.. ANKARA

* GATA FTR AD, TSK Rehab. Mrk.. ANKARA

B. Diğer nedenler

1. Servikal osteofit
2. Guatr
3. Neoplazm
4. Zenker divertikülü
5. Konjenital anomaliler
6. Reflü
7. Akalazya
8. Sistemik lupus eritematosus, skleroderma, Sjögren sendromu, romatoid artrit, Miks konjektif doku hastalığı
9. Servikal omurga cerrahisi
10. Postoperatif boyun radyoterapisi
11. Trakeostomi, nazogastrik tüp
12. Enfeksiyon (farenjit, epiglottit, abse,...)

Nörolojik nedenlere bağlı yutkunma bozukluklarının başlıca iki nedeni serebrovasküler olaylar (SVO) ve beyin hasarlarıdır (BH). SVO'nun hemen sonrasında disfaji sıklığı %30-45 olarak bildirilmiştir (Wade&Hewer 1987, Gordon 1987, Barer 1989, Teasell&Finestone 1993). Bunların yaklaşık yarısı ilk hafta sonunda iyileşir. Çoğunlukla beyin sapı tutulumu ile birlikte görülürse de multifokal, geniş ya da bilateral hemisferik tutulumlarda da disfaji ortaya çıkabilir. En ciddi disfaji komplikasyonu olan aspirasyon yutkunma bozukluklarının %55 kadarında görülür ve büyük bölümünün de sessiz aspirasyon olabileceği unutulmamalıdır (Alberts 1992, Daniels 1998). SVO sonrası disfaji daha çok motor nedenlere bağlı oluşurken, BH sonrası bilişsel ve davranışsal bozukluklar da etyolojik faktörler içinde önemli yer tutar (Neumann 1993). BH sonrası disfaji sıklığı %30'dur (Winstein 1983, Field&Weiss 1989).

DEĞERLENDİRME

A. Klinik muayene

1. Öykü

- ♦ Primer hastalık ve disfajinin öyküsü ve bulguları ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Çiğneme süresi, öksürük, tıkanma, hırıltılı solunum, ateş, kilo kaybı, letarji varlığı araştırılmalıdır.
- ♦ Dişlerin durumu ve takma diş varlığı kontrol edilmelidir.

- ♦ Rekürren pnömoni öyküsü olup olmadığı araştırılmalıdır.
- ♦ Ağır kardiyopulmoner hastalık (KOA, KKY gibi) olup olmadığı araştırılmalıdır.
- ♦ Geçirilmiş boyun cerrahisi, boyuna yönelik radyoterapi öyküsü, servikal spondiloz-ankiloz, hastalık öncesi ve sonrası diyet öyküsü öğrenilmelidir.
- ♦ Kullanılan ilaçlar: Sedatifler, antikolinergikler, antispastikler, diüretikler, antipsikotik ve nöroleptikler, v.b..

2. Muayene:

- ♦ Uyanıklık ve bilişsel düzey değerlendirilmelidir. Kooperasyon kurulumayan hastanın değerlendirmesini yapmak mümkün olmayacaktır.
- ♦ Genel beslenme durumu, hidrasyon kontrol edilmelidir.
- ♦ Beslenme yolu belirtilmelidir. (Oral, tüple veya parenteral,..)
- ♦ Diyet kısıtlamaları olup olmadığı, varsa allerjileri not edilmelidir.
- ♦ Kranial V, VII, IX, X, XII sinirlerin ayrıntılı muayenesi yapılmalıdır.
- ♦ Orofaringeal muayene
- ♦ Refleksler: Yutma, gag, öksürme, patolojik refleksler (emme, ısırma, dil pompalama, v.b..)
- ♦ Solunum sistemi muayenesi: Akciğer oskültasyonu yapılmalı, solunum sayısı ve öksürme yeteneği muayene edilmelidir. Ayrıca vokal kordların durumunu görebilmek için indirekt laringoskopi yapılabilir.
- ♦ Tanısal yutma muayenesi (yatak başı): Suyla başlanarak çeşitli kıvamlarda gıda yutturularak yapılır. Yutma öncesi davranışlardan başlanarak tüm yutma fazları ve yutma sonrası durum değerlendirilir.

3. Laboratuvar

- ♦ Olası aspirasyon pnömonisi yönünden akciğer grafisi alınmalıdır.
- ♦ Pulse oksimetre: Gerektiğinde oksijen saturasyonunu belirlemek için kullanılabilir.
- ♦ Serum albümin, üre, kreatinin, v.b. beslenmeyle ilgili kan tetkikleri istenmelidir.

B. Teknik değerlendirme: Altın standart videofloroskopik değerlendirmedir. Fiberoptik veya video endoskopik değerlendirmeler de sık uygulanan yöntemlerdendir. Ayrıca direkt grafiler, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, sintigrafi, EMG ve manometrik ölçümlerden de yararlanılabilir.

TEDAVİ

Disfaji tedavisi 6 ana başlık altında incelenebilir:

1. Diyet modifikasyonu: Nörolojik nedenlere bağlı disfajisi olan hastalar genellikle ince kıvamlı sıvıları yutmada güçlük çekerler. Kıvam koyulaştırıcı kullanarak hastanın tolere edebildiği uygun kıvamda sıvı ve besinler verilir.

2. Egzersiz ve fasilitasyon-inhibisyon teknikleri: Yutmayla ilgili tüm yapılara yönelik egzersizler uygulanabilir. Bunlar çeşitli ROM, koordinasyon ve güçlendirme tekniklerinden oluşur. Gereksinimi olan hastalara solunum egzersizleri verilir. Çeşitli uyarıcı ve inhibitör tekniklerin yanında taktil veya termal

stimülasyon uygulanabilir. Ayrıca bilişsel stimülasyon tekniklerinden de yararlanılabilir.

3. Kompansatuar teknikler: Pozisyonlama, güçlü-tekrarlayıcı yutma, sıvı-katı alternasyonu, supraglottik yutma, çeşitli yutma manevraları ve biofeedbackten yararlanılabilir.

4. Adaptif ekipman: Çeşitli tipte düzenlenmiş veya modifiye edilmiş çatal, kaşık, tabak, bardak gibi mutfak ve yemek yeme malzemelerinin kullanımı gerekebilir.

5. İlaç uygulamaları: Üst özofajiyal sfinkter açılması yetersiz olanlarda krikofaringeal kasa botulinum toksini uygulanabilir. Özofajiyal kaynaklı disfajilerde diltiazem kullanılabilir.

6. Cerrahi: Krikofaringeal myotomi, vokal kord augmentasyonu, laringeal diversiyon gibi operasyonlar uygulanabilirse de nadiren başvurulur. Sağlıklı yutmaya kısa sürede dönemeyecek hastalar gastrostomi veya jejunostomi tüpüyle enteral beslenmeye geçirilir.