

Yutma Güçlüğü'nün Değerlendirilmesi

Assessment of Swallowing Difficulty

Çiğdem ERYILMAZ CANLI^a,
Gökçe Sultan BAL^b

^aYüksek İhtisas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü,
Ankara, Türkiye
^bKapadokya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu,
Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü,
Nevşehir, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Çiğdem ERYILMAZ CANLI
Yüksek İhtisas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü,
Ankara, Türkiye
cigdemeryilmazcanli@yiu.edu.tr

ÖZET Disfaji (yutma bozukluğu), katı veya sıvı gıdaların ağız boşluğundan mideye geçişinde anormal bir güçlük veya gecikme olarak tanımlanır. Disfaji orofaringeal veya özofageal fazda ortaya çıkabilir. Orofaringeal disfaji, yutmanın oral hazırlık ve farengeal evrelerindeki bozuklukları ifade ederken, özofageal disfaji yemek borusundaki taşıma evresindeki bozuklukları tanımlar. Yutma bozukluklarının altında yatan nedenler çok çeşitlidir ve genellikle, nörolojik, yapısal ve mekanik, medikal veya gelişimsel kategorilerde incelenir. Yutma bozukluğu yaşayan bireyler için, klinik değerlendirme ve enstrümental değerlendirme önerilmektedir. Yutma bozukluklarının yönetimi, alta yatan nedene, disfajinin şiddetine ve hastanın özelliklerine göre değişkenlik göstermekle birlikte, temel amaç güvenli ve yeterli beslenmenin sağlanması ve aspirasyon komplikasyonlarının önlenmesidir. Yutma bozukluklarının tedavisinde eğitim, diyet değişiklikleri ve egzersizler; enteral beslenme veya cerrahi düzeltmeler vardır. Yutma bozukluklarının değerlendirilmesi ve yönetimi, disiplinlerarası iş birliğini zorunlu kılan kompleks bir süreçtir. Entegre yaklaşımların, tek bir disiplinin izole çabasına kıyasla, disfaji yönetiminde çok daha iyi sonuçlar verdiği bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yutma; yutma bozuklukları

ABSTRACT Dysphagia (swallowing disorder) is defined as an abnormal difficulty or delay in the passage of solid or liquid food from the oral cavity to the stomach. Dysphagia may occur in the oropharyngeal or oesophageal phase. Oropharyngeal dysphagia refers to disturbances in the oral preparation and pharyngeal phases of swallowing, whereas oesophageal dysphagia describes disturbances in the oesophageal transport phase. The underlying causes of swallowing disorders are diverse, and are usually categorised as neurological, structural, and mechanical, medical or developmental. Clinical assessment and, instrumental evaluation are recommended for individuals with swallowing disorders. Although the management of swallowing disorders varies according to the underlying cause, severity of dysphagia, and patient characteristics, the main aim is to ensure safe, and adequate nutrition, and to prevent aspiration complications. The treatment of swallowing disorders includes education, dietary changes, and exercises, enteral nutrition or surgical correction. The evaluation, and management of swallowing disorders is a complex process that requires interdisciplinary co-operation. Integrated approaches are known to give much better results in dysphagia management compared to the isolated efforts of a single discipline.

Keywords: Deglutition; deglutition disorders

Disfaji (yutma bozukluğu), katı veya sıvı gıdaların ağız boşluğundan mideye geçişinde anormal bir güçlük veya gecikme olarak tanımlanır. Disfaji *orofaringeal* veya *özofageal* fazda ortaya çıkabilir; bazı durumlarda her iki fazı birden etkileyen karışık tip disfaji de görülebilmektedir.¹

Orofaringeal disfaji, yutmanın oral hazırlık ve farengeal evrelerindeki bozuklukları ifade ederken, özofageal disfaji yemek borusundaki taşıma evresindeki bozuklukları tanımlar. Klinik olarak, orofaringeal disfaji yutmanın başlatılmasında güçlük, yutma sı-

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:
Eryılmaz Canlı Ç, Bal GS. Yutma güçlüğü'nün değerlendirilmesi. Karadağ M, editör. Özel Gereksinimi Olan Bireylerin Cerrahi Süreçteki Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2025. p.82-8.

rasında öksürük veya aspirasyon, burundan regürjitasyon gibi belirtilerle ortaya çıkar ve genellikle inme, Parkinson hastalığı ya da demans gibi nörolojik durumlara bağlı gelişir. Özofageal disfaji ise, yutma işleminden birkaç saniye sonra göğüste takılma hissi, sternal bölgede rahatsızlık gibi semptomlarla kendini gösterir; çoğunlukla gastroözofageal reflü hastalığı, özofageal striktürler veya motor disfonksiyonlar (örn. akalazya) ile ilişkilidir.^{1,2}

Disfaji Etiyolojisi: Yutma bozukluklarının altında yatan nedenler çok çeşitlidir ve genellikle, *nörolojik, yapısal ve mekanik, medikal veya gelişimsel* kategorilerde incelenir.

Nörolojik nedenler, orofaringeal disfajinin en yaygın sebeplerindendir; örneğin inme sonrası beyin hasarı, Parkinson hastalığı, amiotrofik lateral skleroz (ALS), multiple skleroz, bunama ve kafa travmaları yutma refleksini ve kas kontrolünü bozarak disfajiye yol açabilir.³ Özellikle inme geçiren hastaların önemli bir kısmında orofaringeal yutma güçlüğü görülür ve bu durum aspirasyon riski nedeniyle yakından izlenmelidir.

Yapısal ve mekanik nedenler, özofageal disfaji etiolojisinde öne çıkar: Özofagus lümenini daraltan veya tıkanan lezyonlar (ör. *Schatzki halkası, özofageal web*'ler, striktürler), baş-boyun bölgesi veya özofagus tümörleri, Zenker divertikülü gibi farengeal divertiküller orofaringeal geçişi engelleyerek disfaji yapabilir. Eozinofilik özofajit gibi inflamatuvar durumlar da kronik yapı değişiklikleriyle yutmayı zorlaştırabilir. Motor (motilite) bozuklukları da önemli bir diğer gruptur: Akalazya, difüz özofageal spazm veya sistemik skleroz (skleroderma) gibi durumlar, özofagus peristaltizmini bozarak hem katı hem sıvı gıdaların geçişinde zorluğa yol açar.⁴

Medikal nedenler arasında ciddi reflü hastalığı (GÖRH) ve bunun sonucunda gelişen peptik striktürler, radyasyon tedavisine bağlı doku hasarı, ağır enfeksiyonlar (örn. özofageal kandidiyazis) sayılabilir. Ayrıca bazı ilaçların yan etkileri (ör. antikolinerjiklerin ağız kuruluğuna yol açması veya bifosfonatların özofajite neden olması) disfajiye tetikleyebilir.⁵

Gelişimsel ve konjenital nedenler de özellikle pediatrik popülasyonda önem taşır: Doğumsal kraniofasial anomaliler (ör. yarı damak), özofagus atrezisi, nöromusküler hastalıklar veya prematürelliğe bağlı oral-motor gelişim gerilikleri çocuklarda yutma fonksiyonunu bozabilir. Özetle, disfajinin etiyolojisi multidisipliner bir bakış gerektirir; anatomik darlıklar, nörolojik işlev kayıpları ve sistemik hastalıklar tek başına veya birlikte yutma sürecini olumsuz etkileyebilir.⁴

KLİNİK DEĞERLENDİRME

Disfajili hastanın değerlendirilmesinde ilk adım ayrıntılı bir hasta öyküsü almaktır. Öyküde disfajinin ne zamandır mevcut olduğu (ani başlangıçlı mı, yoksa kademeli mi), gıdışatı (ilerleyici veya dalgalı seyir), katı gıdalara mı sıvılara mı olduğu, yoksa her ikisine karşı mı olduğu mutlaka sorgulanmalıdır. Örneğin yalnızca katı gıdalara karşı yutma güçlüğü mekanik bir tıkanıklığı (web, halka veya tümör gibi) düşündürürken, hem sıvı hem katılarda güçlük daha çok nörolojik bir *motilite bozukluğunu* akla getirir. Orofaringeal başlangıçlı (yutma *başlatma* güçlüğü) disfaji ile özofageal (yutmadan *birkaç saniye sonra* ortaya çıkan) disfajiyi ayırt etmeye yönelik sorular da kritik önemdedir.⁶ Hasta yutma sırasında boğazında takılma, genzine kaçma, öksürük veya burundan sıvı gelmesi (nazal regürjitasyon) tarifliyorsa orofaringeal disfaji lehinedir; oysa lokmanın göğsünde takıldığını belirtiyorsa sorun özofagus düzeyindedir.⁷ Öyküde ayrıca aspirasyon epizodları (yutma sırasında veya sonrasında öksürük, boğulma hissi), tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, ses kısıklığı, kilo kaybı gibi bulgular sorgulanmalıdır.⁸ Özellikle istemsiz kilo kaybı, uzun süreli sigara/alkol öyküsü gibi risk faktörleri malignite olasılığını akla getirmelidir.⁷ Hastanın kendi yaşamında yaptığı adaptasyonlar (örn. zorlandığı için gıdaları püre haline getirme, sadece sıvı ile beslenme, yemekte çok uzun zaman harcama, sosyal ortamlarda yemekten kaçınma) dikkatle not edilmelidir.¹

Fizik muayene ve yatakbaşı değerlendirme, klinik değerlendirmenin vazgeçilmez parçasıdır. Muayenede oral kavitenin incelenmesi (diş kayıpları, diş eti hastalığı, mukozal lezyonlar), dil ve yumuşak damak hareketleri, gırtlak elevasyonu, kraniyal sinir muayenesi, gerektiğinde nörolojik muayene yapılmalıdır. Hastanın beslenme esnasındaki duruşu (postürü) ve kafa-boyun kontrolü de gözlemlenmelidir. Yatakbaşı yutma testi olarak, *yutma tarama testleri* ve basit su içme denemeleri uygulanabilir. Örneğin, 5-10 mL su ile yapılan su yutma testi sırasında öksürük, boğulma veya "ıslak ses" ortaya çıkması aspirasyon lehine yorumlanır. Benzer şekilde farklı kıvamlarda gıdalar (ince sıvı, koyu sıvı, püre, katı) az miktarlarda verilerek hastanın bunları güvenli yutup yutamadığı gözlenir; bu süreçte tek seferde yutamayıp parçalı yutma yapması, boğaz temizleme gereksinimi veya ses kalitesinde değişim olup olmadığı değerlendirilir.⁹

Yutma sırasında oksijen desaturasyonu olup olmadığını anlamak için nabız oksimetresi eşliğinde test yapmak bazı merkezlerde uygulanmaktadır (yutma sonrası O₂ satürasyonunda >%2-3 düşüş aspirasyon lehine olabilir).¹⁰ Ya-

takbaşı değerlendirme, deneyimli bir dil ve konuşma terapisti ya da ilgili eğitim almış bir klinisyen tarafından yapılmalı ve yapılandırılmış bir gözlem formu kullanılmalıdır. Örneğin, EAT-10 (Eating Assessment Tool) veya Sydney Yutma Anketi gibi öz bildirim formları hastanın semptom şiddetini ölçmede kullanılabilir ve klinisyene yol gösterici bilgiler sağlar. Klinik değerlendirme sonunda elde edilen bulgular, disfajinin varlığı ve muhtemel lokasyonuna (oro-faringeal vs. özofageal) dair önemli ipuçları verir. Ancak, aspirasyonun kesin varlığı veya yutma fizyolojisindeki ayrıntılı bozukluklar genellikle sadece klinik muayene ile %100 anlaşılamayabilir.¹ Bu nedenle ciddi disfaji şüphesi olan veya altta yatan nedeni belirsiz vakalarda enstrümantal değerlendirme yöntemlerine başvurmamak gerekebilir. Yine de, kapsamlı bir öykü ve fizik muayene, çoğu hastada ileri tetkiklerin yönlendirilmesinde kritik rol oynar ve doğru tanı için temel teşkil eder.

ENSTRÜMENTAL DEĞERLENDİRME

Klinik değerlendirmede disfaji düşünülen hastalarda, yutma mekanizmasının objektif olarak incelenmesi için çeşitli enstrümantal değerlendirme teknikleri kullanılır. Bu gelişmiş teknikler, yutma işlevinin farklı aşamalarını görselleştirmeye veya ölçmeye olanak tanıyarak hem tanıyı netleştirir hem de tedavi planını yönlendirmeye yardımcı olur.

Videoflorskopik Yutma Çalışması (VYÇ): *Modified Barium Swallow* olarak da bilinen bu yöntem, altın standart olarak kabul edilir. Hastaya farklı kıvamlarda baryumlu gıdalar yutturularak gerçek zamanlı X-ışını görüntüleri alınır. VYÇ, ağızdan farinkse, oradan özofagusa kadar yutmanın tüm evrelerini dinamik olarak gösterir; özellikle aspirasyon (gıdanın hava yoluna kaçması) ve penetrasyon gibi riskleri saptamada yüksek duyarlılığa sahiptir.^{10,11} Bu inceleme radyoloji uzmanı ve dil-konuşma terapisti iş birliğiyle radyoloji ünitesinde gerçekleştirilir; elde edilen video kayıtları yutma sırasında oluşan kaçak, kalan gıda artığı (rezidü) ve diğer anormallikler açısından detaylı analiz edilir. VYÇ, yatakbaşı değerlendirmede fark edilemeyen sessiz aspirasyon vakalarını ortaya çıkarabildiği için, özellikle nörolojik disfajilerde hayati önemdedir. Ayrıca bu çalışmada farklı telafi edici manevraların (ör. baş çevirme, çene tucking) veya değişik gıda kıvamlarının etkisi de denenerek, en güvenli yutma stratejileri belirlenebilir.¹¹

Fiberoptik Endoskopik Yutma Değerlendirmesi (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing-FEES): Burun yoluyla fleksibl bir endoskop kullanılarak farinks ve gırtlak yapılarının üstten görüntülenmesi esasına dayanır. FEES sırasında hastaya boyanmış gıdalar (renkli gıda boyası ile) verilir ve endoskopi ile yutma öncesi ve sonrası

fazlar direkt gözlenir. Yutma anında epiglot arkasında kısa bir görsel kesinti (white-out) olsa da, yutma sonrası farinkste kalan artıklar veya larengeal penetrasyon doğrudan tespit edilebilir. Bu yöntem VYÇ'ye tamamlayıcı olarak kullanılabilir ve aspirasyon ile farinks rezidülerinin tespitinde VYÇ ile yüksek korelasyon gösterir.² FEES'in önemli avantajları arasında radyasyon riski olmaması, hastanın gerçek besinlerle değerlendirilmesi ve gerektiğinde yatakbaşı dahi uygulanabilmesi sayılır. Dil ve konuşma terapisti tarafından poliklinik veya yatakbaşı şartlarında uygulanabilir ve hekim tarafından değerlendirilir. FEES aynı zamanda farklı viskozitedeki gıdalarla telafi edici manevraların etkinliğini anında denemeye olanak tanıyarak rehabilitasyon planlamasında yardımcı olur.

Elektromiyografi (EMG): Yutma sırasında kas aktivitesinin ölçülmesi için kullanılan bir tekniktir. Özellikle *yüzeyel elektromiyografi surface electromyography -sEMG* elektrotları ile submental bölge veya boyun kaslarının aktivitesi kaydedilerek, yutma eforu ve süresi objektif olarak değerlendirilebilir. EMG, invaziv olmayan ve radyasyon içermeyen bir yöntem olduğu için disfaji rehabilitasyonunda da sıkça kullanılır; örneğin hastalara yutma egzersizleri sırasında biyofeedback (geribildirim) sağlamak amacıyla yararlanılabilir. Klinisyenler sEMG ile yutma kaslarının amplitüd ve süre paternlerini inceleyerek, normal ile patolojik yutma arasındaki farkları ortaya koyabilirler. Araştırmalar, inme sonrası disfajik hastalarda submental kas aktivitesinin geciktiğini ve koordine olmadığını göstermiştir. Bu doğrultuda, EMG verileri yutma koordinasyon bozukluklarını sayısal olarak ifade etmeye yardımcı olur ve tedaviye yanıtın takibinde kullanılabilir. Ayrıca bazı özel durumlarda *nazofaringeal EMG* veya *krikofaringeal EMG* yapılarak ilgili kas ya da sinir iletiminde bir patoloji olup olmadığı araştırılabilir (örn. krikofaringeal akalazyada).¹²

Bu temel yöntemlerin yanı sıra, ultrasonografi ile dil ve hyoid hareketlerinin görüntülenmesi, yüksek çözünürlüklü impedans manometrisi ile aynı anda bolus geçişinin ve basınçların değerlendirilmesi, ve skintigrafi gibi teknikler de araştırma veya özel klinik durumlarda kullanılabilmektedir. Ancak rutin klinikte enstrümantal değerlendirme çoğunlukla VYÇ ve FEES ile sınırlıdır; EMG ise daha özel merkezlerde veya araştırma protokollerinde yer alır. Enstrümantal değerlendirme sonuçları, disfajinin derecesini (ör. Penetrasyon-Aspirasyon Skalası ile) objektif olarak derecelendirmeye ve *aspirasyon pnömonisi* riski yüksek hastaları belirlemeye yarar.¹³ Böylece, hangi hastanın yoğun rehabilitasyona veya alternatif beslenmeye ihtiyaç duyacağına dair kanıta dayalı kararlar alınabilir.

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARDA YUTMA BOZUKLUKLARI

Gelişimsel bozukluklara sahip çocuklarda beslenme ve yutma problemleri sık görülür ve değerlendirme-yönetim süreçleri, bu çocukların özel ihtiyaçlarına göre uyarlanmalıdır. Serebral palsisi (SP) olan çocuklar, orofaringeal disfaji açısından en yüksek risk altındaki gruplardan birini oluşturur. Araştırmalar, SP'li çocukların %80-90'ından fazlasında yutma bozukluğu (orofaringeal disfaji) bulunduğunu bildirmektedir.¹⁴ Özellikle ağır fiziksel ve bilişsel engeli olan, tetraparetik veya beslenme sırasında postür kontrolü zayıf olan SP'li çocuklarda yutma refleksi koordinasyonu bozulmakta, dil ve farinks kaslarının senkronize çalışamaması nedeniyle besinler farenkste uzun süre kalmakta ve sıklıkla aspirasyon meydana gelmektedir.¹⁵ Nitekim SP'li çocuklarda aspirasyona bağlı pnömoni ve kronik akciğer hastalıkları önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Disfajinin şiddeti genellikle motor bozukluğun derecesiyle doğru orantılıdır; ciddi spastisite ve kontrol kaybı olan çocukların hem oral becerileri geridir hem de yutma sırasında koruyucu refleksleri zayıftır. Bu nedenle SP'li çocukların değerlendirmesinde standart yutma testlerinin yanı sıra, Yeme-İçme Becerileri Sınıflandırma Sistemi (Eating and Drinking Ability Classification System -EDACS) gibi özel sınıflandırmalar kullanılarak çocuğun fonksiyonel beslenme düzeyi belirlenir. EDACS, 3 yaş ve üzeri SP'li çocuklarda beslenme ve yutma yeteneğini beş seviye üzerinden tanımlar (Seviye I: Güvenli ve verimli yiyip içebiliyor; Seviye V: Tamamen güvenli değil); klinik karar sürecine rehberlik eder.¹⁶ Ayrıca SP'li çocuklarda objektif değerlendirme için VFSS (videofloroskopi) birincil yöntem olarak önerilmektedir; çünkü klinik muayene ile saptanamayan sessiz aspirasyonlar bu yöntemle ortaya konabilir. Yapılan bir incelemede, SP'li çocuklarda disfajinin %81.5 gibi yüksek bir oranda olduğu ve yutma güçlüğü'nün beslenme yetersizliği ile büyüme gelişme geriliğine katkıda bulunduğu gösterilmiştir.¹⁴ Bu durum, bu çocukların beslenme durumunun dikkatle değerlendirilmesini ve yutma bozukluğuna yönelik uygun müdahalelerin erken dönemde başlatılmasını gerektirir. Bu nedenle, SP'li ve benzeri nörolojik bozukluğu olan çocuklarda hem yutma işlevinin hem de beslenme/nutrisyon durumunun multidisipliner bir yaklaşımla izlenmesi hayati önem arz eder.

Down sendromu olan çocuklar da beslenme ve yutma problemleri yaşayabilir, ancak bu sorunların doğası genellikle SP'deki kadar şiddetli mekanik disfaji şeklinde olmayıp daha çok *oral-motor beceri ve duyuşal hassasiyet* alanındadır.¹⁵ Down sendromlu çocuklarda kas *hipotonisi*,

dilin orantısız büyük olması (makroglossi) ve kraniofasyal yapı farklılıkları, yutma sırasında koordinasyon güçlüğü ve dil-itme gibi atipik hareketlere yol açabilir. Yapılan bir çalışmada, Down sendromlu küçük çocukların büyük kısmında PSPED adlı pediatrik yutma tarama aracına göre düşük riskli disfaji profili saptanmış, ancak bu çocukların %65'inde gastrointestinal sorunlar (örn. gastroözofageal reflü) eşlik ettiği belirtilmiştir. Down sendromlu bebek ve çocuklarda sık görülen kalp anomalileri nedeniyle erken dönemde geçirilen ameliyatlar ve uzun hastane yatışları da oral beslenme deneyimlerini sınırlayarak beslenme becerilerinin geç gelişmesine neden olmaktadır. Bu çocuklarda aileler genellikle aspirasyon riskinden endişe ederek katı gıdaları geciktirir veya püre kıvamlı gıdalara ağırlık verir; sonuç olarak çiğneme ve katı gıdaları güvenli yutma becerilerinin edinimi gecikebilir.¹⁶ Nitekim literatürde, Down sendromlu çocukların ailelerinin boğulma korkusu ile beslenmeyi yumuşak gıdalarla sınırlandırdığı, bunun da çocukların ağız becerilerinin gelişimini olumsuz etkilediği vurgulanmıştır.^{17,18} Beslenme terapistleri, Down sendromlu çocuklarda postüral düzeltmeler (örn. uygun oturma pozisyonu ve baş desteği) ve oral-motor terapi (dudak-kapatma egzersizleri, dil güçlendirme çalışmaları gibi) uygulayarak yutma işlevini optimize etmeye çalışırlar. Ayrıca sistemli duyuşal maruziyet ve *oral desensitizasyon* teknikleri ile katı gıdalara geçişte ortaya çıkan direnç azaltılmaya çalışılır.¹⁷ Özetle, Down sendromlu çocuklarda yutma bozukluğu değerlendirmesi, anatomi ve kas tonusundaki farklılıklar kadar beslenme davranışlarını ve duyuşal entegrasyon sorunlarını da dikkate almalıdır.

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocuklarda ise beslenme problemleri daha çok *davranışsal ve duyuşal boyutta* ortaya çıkmakla birlikte, bazı çocuklarda oral-motor koordinasyon güçlükleri ve belirgin yutma bozuklukları da görülebilir. OSB'li çocukların %46-89 gibi çok yüksek bir oranında yemek seçiciliği, sınırlı gıda repertuarı, belirli doku ve kokulara karşı toleranssızlık gibi beslenme zorlukları rapor edilmiştir.¹⁹ Bu çocuklar genellikle "seçici yiyici" olarak tanımlanır; sadece belirli renkte, belirli dokudaki gıdaları yer, yeni gıdaları reddeder ve beslenme süreleri uzayabilir.²⁰ Bu durum öncelikle davranışsal bir beslenme sorunu olsa da, altında *duyuşal işleme bozuklukları* ve bazen de oral-motor gecikmeler yatabilir. Nitekim yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, OSB'li çocukların tipik gelişim gösteren akranlarına kıyasla anlamlı derecede daha fazla oral-motor güçlük ve disfaji semptomları sergiledikleri bildirilmiştir. Bu semptomlar arasında çiğneme güçlüğü, lokmayı ağızda uzun süre tutma, yutma sırasında koordinasyon bozukluğu ve bazen boğazda takılma hissi yer alır. OSB'li çocukların değer-

lendirilmesinde mutlaka ebeveyn raporu ve gözlemi de kullanılmalıdır; örneğin *Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI)* gibi ölçekler, ailelerin beslenme sürecinde karşılaştıkları güçlükleri sistematik olarak belirleyebilir. Ayrıca bu çocuklarda altta yatan biyolojik sorunları ekarte etmek de önemlidir; örneğin OSB'li çocuklarda normal popülasyona göre daha sık görülen eozinofili (EE) gibi durumlar yutmayı ağırlı hale getirerek beslenme davranışını kötüleştirebilir.²¹ Dolayısıyla, OSB'li bir çocuk yutma güçlüğü sergiliyorsa, değerlendirme sürecine mutlaka gastroenterolojik bir inceleme (gerekirse endoskopi ile) dahil edilmelidir. Tedavi yaklaşımları ise genellikle davranışsal beslenme terapileri (ör. pozitif pekiştiricilerle yeni gıda denemeleri), duysal entegrasyon çalışmaları ve gerektiğinde oral-motor beceri eğitimlerini içerir. Otizmlı çocuklarda disiplinler arası bir ekip ile (dil ve konuşma terapisti, ergoterapist, davranış terapisti, diyetisyen ve gerekirse çocuk psikiyatristi) bütüncül bir yaklaşım benimsendiğinde beslenme ve yutma alanında belirgin iyileşmeler kaydedilebilir.²²

Diğer gelişimsel bozukluklar (örneğin nöromusküler hastalıklar, kromozomal sendromlar, yaygın gelişimsel gerilik vb.), her biri kendine özgü yutma zorlukları profili ile karşımıza çıkabilir. Örneğin, Duchenne müsküler distrofi gibi progresif kas hastalıklarında zamanla orofaringeal kas güçsüzlüğüne bağlı disfaji gelişebilir; spina bifida gibi durumlarda kranial sinir çekirdeklerinin etkilenmesine bağlı yutma refleksi zayıf olabilir. Bu çeşitlilik içinde, özel gereksinimli çocukların yutma bozukluklarını değerlendiren bireyselleştirilmiş bir yaklaşım şarttır. Her çocuğun nörolojik ve fiziksel kapasitesi, davranış özellikleri, aile dinamikleri ve beslenme geçmişi değerlendirmeye katılmalı; standart testler gerekirse modifiye edilerek uygulanmalıdır. Örneğin, işbirliği yapamayan veya korku geliştiren çocuklarda FEES yerine oyun temelli yaklaşımlarla VYÇ tercih edilebilir; ya da hızlı yorgunluk gelişen kas hastalarında değerlendirme seansları kısa tutularak tekrarlanabilir. Sonuç olarak, özel gereksinimli çocuklarda yutma bozukluğu değerlendirmesi, klasik disfaji değerlendirme yöntemlerinin yanı sıra çocuk gelişimi ve davranış alanındaki bilgi ve tekniklerin entegre edilmesini gerektiren, özenli bir süreçtir.

TEDAVİ VE YÖNETİM

Yutma bozukluklarının yönetimi, altta yatan nedene, disfajinin şiddetine ve hastanın özelliklerine göre değişkenlik göstermekle birlikte, temel amaç güvenli ve yeterli beslenmenin sağlanması ve aspirasyon komplikasyonlarının önlenmesidir. Bu doğrultuda tedavi genellikle *konservatif*

rehabilitatif yaklaşımlar ile başlar ve gerektiğinde medikal veya cerrahi girişimler eklenir. Konservatif yönetimde en kilit rol, dil ve konuşma terapistleri (DKT) veya yutma rehabilitasyonu konusunda uzman ergoterapistlerindir. Bu uzmanlar, yutma değerlendirmesi sonrasında belirledikleri spesifik yutma güçlüğü alanlarına yönelik bireyselleştirilmiş terapi programları oluştururlar.²

Diyet Modifikasyonları ve Beslenme Stratejileri: Birçok disfajili hasta için ilk adım, besinlerin kıvam ve dokusunun ayarlanmasıdır. Örneğin, aspirasyon riski yüksek olan orofaringeal disfajide kalınlaştırılmış sıvılar ve püre formunda yumuşak gıdalar tercih edilerek, gıdanın yutakta daha yavaş ve kontrollü ilerlemesi sağlanır.²³ Amerikan Diyetetik Birliği ve diğer rehberlerin tanımladığı şekilde *dysphagia diet* derecelendirmeleri kullanılarak (International Dysphagia Diet Standardization Initiative-IDDSSI skolası gibi) hastanın tolere edebileceği güvenli kıvam belirlenir. Örneğin ince sıvılar (su, çay) yüksek aspirasyon riski taşıyorsa bal kıvamı sıvılar veya jöle kıvamında kalınlaştırılmış içecekler verilir; sert ve kuru katılar tolere edilemiyorsa öğütülmüş/ezilmiş yumuşak diyet uygulanır.² Ayrıca yemek sırasında yavaş ve kontrollü yemek yeme, küçük lokmalar alma, her lokmadan sonra boğazı temizleme, gerekirse her yudumdan sonra küçük bir yudum su ile ağız temizleme gibi davranışsal stratejiler öğretilir. Beslenme sırasında dik oturma pozisyonunun sağlanması ve mümkünse 30 dakika kadar yemekten sonra dik pozisyonun korunması da aspirasyon riskini azaltan temel uygulamalardır. Disfajili bireylerde beslenme ve diyetle yapılacak bu değişiklikler mutlaka bir beslenme uzmanı (diyetisyen) ile planlanmalıdır; çünkü uygun olmayan kısıtlamalar veya kıvam değişiklikleri hastanın kalori/protein alımını düşürerek malnütrisyona yol açabilir. Bu nedenle, terapistler güvenli beslenme önerilerini diyetisyenle paylaşır ve hastanın beslenme durumunu (vücut ağırlığı, laboratuvar değerleri) izleyerek gerektiğinde takviye ürünler veya alternatif beslenme yöntemleri önerebilirler.

Yutma Rehabilitasyon Teknikleri: Dil ve konuşma terapistleri, disfaji rehabilitasyonunda bir dizi egzersiz ve manevra uygularlar. Bu teknikler, yutma kaslarının kuvvetini, hareket açıklığını ve koordinasyonunu artırmayı veya yutma sırasında koruyucu refleksleri iyileştirmeyi hedefler. Örneğin Mendelsohn manevrası, masako (Dil Tutma) egzersizi, effortful (Gayretli) yutkunma, shaker egzersizi, supraglottik yutma manevrası yapılabilecek egzersizlerdendir. Bu sayılanlar dışında dudak, dil, çene ve yanaklar için çeşitli oral motor egzersizler, vokal kord addüksiyon egzersizleri, *therabite* gibi aletlerle çene açıklığı egzersizleri de hastanın spesifik ihtiyacına göre uygulanabilir.

bilir.²⁴ Rehabilitasyon sürecinde, terapist genellikle yüzey-sel EMG biyofeedback cihazları veya ayna karşısında çalışma gibi yöntemlerle hastaya kendi yutma kas aktivitesini fark etme ve doğru tekniği öğrenme imkânı sağlar.

Duyusal ve Motor Terapiler: Özellikle özel gereksinimli çocuklarda ve duysal sorunları olan hastalarda, yutma tedavisinin bir parçası da duyu bütünleme ve oral duysal tolerans artırma çalışmalarıdır. Örneğin otizmlili veya Down sendromlu çocuklarda yeni gıdaların kabulü için *aşamalı duysal maruz bırakma teknikleri* uygulanır: Önce gıdaya görsel tolerans, sonra dokunma, sonra koklama ve en son tatma aşamalarına yavaş yavaş geçilir.¹⁷ Bu sayede çocuk, besini ağız içine almadan önce tüm duyularıyla kabullenmeye hazırlanır. Postüral müdahaleler de hem çocuk hem yetişkin disfaji rehabilitasyonunda önem taşır: Örneğin yutma sırasında çenenin hafifçe aşağı eğilmesi (çene tükama) bazen aspirasyonu önleyebilir; ya da tek taraflı farengeal zayıflığı olan hastaya başını güçlü tarafına çevirmesi öğütlenerek daha etkili bir yutma sağlanabilir. Özel gereksinimli çocuklarda düzgün bir beslenme postürü için gerekirse özel sandalyeler, baş-destek yastıkları veya ortezlerden yararlanılır.²⁵

Alternatif Beslenme Yöntemleri: Özellikle nörolojik yutma bozukluğu olan ve iyileşme ümidi olmayan olgularda (örn. ileri evre ALS veya ciddi anoksik beyin hasarı), aspirasyondan korunmak ve beslenme ihtiyaçlarını karşılamak adına PEG ile beslenme gerekebilir. Bununla birlikte, enteral beslenme kararları her hasta için bireysel olarak ve etik boyutu da göz önünde bulundurularak alınmalıdır. Örneğin demanslı yaşlılarda veya terminal dönem hastalarda, agresif tüple besleme yerine bakım kalitesini artırmaya yönelik yaklaşımlar (dikkatli elle besleme, aspirasyonu engelleyici pozisyonlar, semptomatik tedavi) önerilebilmektedir. Çocuklarda ise büyüme-gelişme açısından oral alım yetersiz kalıyorsa (örn. ciddi malnütrisyon başladyısa) gecikmeden gastrotomi düşünülür, fakat mümkün olduğunda oral beslenme terapileriyle ağız becerileri desteklenerek ağızdan beslenmenin devamı hedeflenir.

Özetle, yutma bozukluklarının tedavisi bir yelpaze şeklinde düşünülebilir: Bir ucunda eğitim, diyet değişiklikleri ve egzersizler; diğer ucunda enteral beslenme veya cerrahi düzeltmeler vardır. Yutma bozukluklarının değerlendirilmesi ve yönetimi, ideal olarak multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile yürütülmelidir. Bu nedenle, bir disfaji hastasının bakımında sıklıkla şu disiplinler yer alır: Dil ve konuşma terapistleri (dysphagia uzmanı SLP), değeren-

dirme ve rehabilitasyonun liderliğini üstlenir; diyetisyenler, hastanın beslenme durumunu izler ve uygun diyet planını oluşturur; pediatristler veya iç hastalıkları uzmanları, hastanın genel sağlık izlemine yapar ve aspirasyon pnömonisi, dehidratasyon gibi komplikasyonların tedavisini üstlenir; nörologlar, inme, Parkinson hastalığı, motor nöron hastalıkları gibi altta yatan nörolojik sorunların yönetimini yapar; kulak burun boğaz (KBB) uzmanları, yapısal lezyonlar veya gerektiğinde trakeostomi, laringeal fonksiyon değerlendirmesi gibi konularla ilgilenir; gastroenterologlar, özofageal disfajinin değerlendirilmesi (örn. endoskopi, dilatasyon) ve PEG yerleştirilmesi dahil gastrointestinal tedavilerde rol oynar.²⁵ Özellikle çocuk hastalarda ergoterapistler beslenme becerilerinin geliştirilmesinde, fizyoterapistler doğru postür ve pozisyonlamada, psikologlar veya davranış terapistleri ise beslenme ile ilgili davranış problemlerinin çözümünde ekibe dahil olabilir.²⁶

Multidisipliner ekip yaklaşımı, sadece farklı uzmanların ayrı ayrı değerlendirme yapması değil, eşgüdümlü bir bakım planı oluşturulması demektir. Örneğin, serebral palsili bir çocukta ekip, çocuğun yutma güvenliğini artırırken aynı zamanda optimal kalori alımını ve akciğer sağlığını korumayı hedefleyen bütüncül bir plan geliştirir. Nitekim literatürde, ağır disfajili bireylerin yönetiminde gastrointestinal, solunumsal, beslenme, motor ve davranışsal bo-yutların hepsini birden ele alan multidisipliner yaklaşımların daha başarılı olduğu vurgulanmaktadır.¹⁴ Bir çalışmada, yutma bozukluğu tedavisinin etkinliği için ekip içi iletişimin ve rol paylaşımının net olmasının, hasta sonuçlarını belirgin şekilde iyileştirdiği belirtilmiştir.²⁷ Multidisipliner yaklaşımın önemli bir boyutu da bakım verenlerin ve aile üyelerinin sürece katılımıdır. Aile, hem değerlendirme aşamasında (özellikle çocuklar için, beslenme öyküsü ve ev ortamı gözlemleriyle) hem de tedavi aşamasında (önerilen diyet ve egzersizleri uygulama, çocuğun ilerlemesini takip etme) aktif rol oynar. Ekip üyeleri, aileye düzenli danışmanlık ve eğitim vererek evde de terapötik prensiplerin sürdürülmesini sağlar.²⁰

Sonuç olarak, yutma bozukluklarının değerlendirilmesi ve yönetimi, disiplinlerarası iş birliğini zorunlu kılan kompleks bir süreçtir. Farklı uzmanlıkların bilgi ve becerilerini bir araya getirerek, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve komplikasyonları önlemek mümkün olur. Yapılan çalışmalar, bu tür entegre yaklaşımların, tek bir disiplinin izole çabasına kıyasla, disfaji yönetiminde çok daha iyi sonuçlar verdiğini ortaya koymaktadır.¹⁸

KAYNAKLAR

1. Azer SA, Kanugula AK, Kshirsagar RK. Dysphagia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. 2023.
2. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *Am Fam Physician*. 2021;103(2):97-106.
3. Choi SHJ, Yang GK, Gagnon J. Dysphagia aortica secondary to thoracoabdominal aortic aneurysm resolved after endograft placement. *J Vasc Surg Cases Innov Tech*. 2019;5(4):501-5.
4. Philpott H, Garg M, Tomic D, Balasubramanian S, Sweis R. Dysphagia: Thinking outside the box. *World J Gastroenterol*. 2017;23(38):6942-51.
5. Snyder DL, Crowell MD, Horsley-Silva J, Ravi K, Lacy BE, Vela MF. Opioid-Induced Esophageal Dysfunction: Differential Effects of Type and Dose. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(9):1464-9.
6. Nigam GB, Vasant DH, Dhar A. Curriculum review : investigation and management of dysphagia. *Frontline Gastroenterol*. 2021;13(3):254-61.
7. Thiyaalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in Older Adults. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(2):488-97.
8. Law R, Katzka DA, Baron TH. Zenker's Diverticulum. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12(11):1773-82; quiz e111-2.
9. Kidambi T, Toto E, Ho N, Taft T, Hirano I. Temporal trends in the relative prevalence of dysphagia etiologies from 1999-2009. *World J Gastroenterol*. 2012;18(32):4335-41.
10. Serra-Prat M, Hinojosa G, López D, Juan M, Fabr   E, Voss DS, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(1):186-7.
11. Braun T, Juenemann M, Viard M, Meyer M, Fuest S, Reuter I, et al. What is the value of fibre-endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in neurological patients? A cross-sectional hospital-based registry study. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019016.
12. Wang YC, Chou W, Lin BS, Wang JJ, Lin BS. The use of surface electromyography in dysphagia evaluation. *Technol Health Care*. 2017;25(5):1025-8.
13. Patja K, M  ls   P, Iivanainen M. Cause-specific mortality of people with intellectual disability in a population-based, 35-year follow-up study. *J Intellect Disabil Res*. 2001;45(Pt 1):30-40.
14. Calderone A, Mili   D, Cardile D, Corallo F, Calabr   RS, Mili   A. Swallowing disorders in cerebral palsy: a systematic review of oropharyngeal Dysphagia, nutritional impact, and health risks. *Ital J Pediatr*. 2025;51(1):57.
15. Abu-Ghanem S, Chen S, Amin MR. Oropharyngeal dysphagia in the elderly: Evaluation and prevalence. *Current Otorhinolaryngology Reports*. 2020;8(1), 34-42.
16. Costa A, Martin A, Arreola V, Riera SA, Pizarro A, Carol C, et al. Assessment of Swallowing Disorders, Nutritional and Hydration Status, and Oral Hygiene in Students with Severe Neurological Disabilities Including Cerebral Palsy. *Nutrients*. 2021;13(7):2413.
17. Franceschetti S, Tofani M, Mazzafoglia S, Pizza F, Capuano E, Raponi M, et al. Assessment and Rehabilitation Intervention of Feeding and Swallowing Skills in Children with Down Syndrome Using the Global Intensive Feeding Therapy (GIFT). *Children (Basel)*. 2024;11(7):847.
18. Lagan N, Huggard D, Mc Grane F, Leahy TR, Franklin O, Roche E, et al. Multiorgan involvement and management in children with Down syndrome. *Acta Paediatr*. 2020;109(6):1096-111.
19. Sharp WG, Jaquess DL, Lukens CT. Multi-method assessment of feeding problems among children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013;7(1):56-65.
20. Adams SN. Feeding and Swallowing Issues in Autism Spectrum Disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:2311-21.
21. Weir K, McMahon S, Barry L, Masters IB, Chang AB. Clinical signs and symptoms of oropharyngeal aspiration and dysphagia in children. *Eur Respir J*. 2009;33(3):604-11.
22. Mus LJE. Clinical assessment of dysphagia in children with cerebral palsy using DDS and DMSS (Master's thesis). Utrecht Universitesi; 2010.
23. Almansa C, Heckman MG, DeVault KR, Bouras E, Achem SR. Esophageal spasm: demographic, clinical, radiographic, and manometric features in 108 patients. *Dis Esophagus*. 2012;25(3):214-21.
24. American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Adult dysphagia. ASHA Practice Portal. Available from: <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/>
25. Wilkins JW, Piazza CC, Groff RA, Vaz PC. Chin prompt plus re-presentation as treatment for expulsion in children with feeding disorders. *J Appl Behav Anal*. 2011;44(3):513-22.
26. Viviers M, Jongh M, Dicksonson L, Malan R, Pike T. Parent-reported feeding and swallowing difficulties of children with Autism Spectrum Disorders (aged 3 to 5 years) compared to typically developing peers: a South African study. *Afr Health Sci*. 2020;20(1):524-32.
27. Sharp HM, Bryant KN. Ethical issues in dysphagia: when patients refuse assessment or treatment. *Semin Speech Lang*. 2003;24(4):285-99.