

YUTMA REHABİLİTASYONU EV PROGRAMINA ALINAN YUTMASI BOZULMUŞ (DİSFAJİK) ÇOCUK HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

CHARACTERISTICS OF SWALLOWED (DYSPHAGIC) CHILDREN PATIENTS IN SWALLOW REHABILITATION HOME PROGRAM

Neslihan ALTUNTAŞ YILMAZ¹ Haluk YAVUZ²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

Teslim Tarihi:06.06.2020

Kabul Tarihi: 03.07.2020

Sorumlu Yazar: Neslihan ALTUNTAŞ YILMAZ, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya, Türkiye E-mail: nayilmaz@erbakan.edu.tr

ÖZET

Amaç: Yutma hayati önemi olan bir fonksiyondur. Yutma'nın bozulması beslenme yetersizliği, büyüme geriliği, akciğer enfeksiyonlarına yol açabilir. Bu çalışmada, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, yutma bozukluğu rehabilitasyonu ev programı verilen hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çeşitli servislerde yatarak tedavi gören yutma bozukluğunun Pedi-eat 10 ile değerlendirilen 10'u erkek, 18 hasta (ortalama yaş 11±3,56 ay) çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, sebep, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (Wee-FIM) kullanılarak fonksiyonel bağımsızlıkları değerlendirilip ev egzersiz programı yönünden takip edildi.

Bulgular: Hastaların %55,5'i çocuk enfeksiyon servisinde, %16,6'sı çocuk yoğun bakım bölümünden, %16,6'ı çocuk genel servisten yönlendirilmiştir. Çocukların %33,3'ü ağızdan, %11,1'i burun mide borusu, %55,5'i perkutan endoskopik gastrostomi yöntemi ile beslenmekteydi. Olguların %45,5'i destekli veya desteksiz yürüyebiliyor, %55,5 ise tekerlekli sandalye kullanmakta veya ileri derecede mobilizasyonu kısıtlıydı. Araştırmaya katılan tüm olguların Wee-FIM ölçeğinde motor skor ortalamaları 72 olarak hesaplandı. Değerlendirilen hastaların %11,1'ine Down sendromu, %11,1'ine SMA tip2, %22,2 beyin felci tanısı konulmuştu, %55,5'i ise tanısı konulmamış gelişim bozukluğu idi. Yutma bozukluğuna 7 hastada gastroözefageal reflü, ağızdan beslenen 3 hastada çiğneme, 5 hastada da salya akması sorunu eşlik etmekteydi. Değerlendirmeye alınan çocukların tedavi öncesi Pedi-Eat 10 skoru ortalama 32.17 ± 15.23 olup tedaviden sonra 25.32 ± 13.13 olarak bulundu. Perkutan endoskopik gastrostomi ile beslenen 10 hastanın da fonksiyonel bağımsızlık ölçeğine göre bağımlı düzeyde olup tedavi sonunda ise beslenme biçiminde değişiklik sağlanmadı. Tanı ve tedavide başarı ilişkisi gözden geçirildiğinde, genetik tanısı olan hastalarda başarı daha yüksek olmuştur.

Sonuçlar: Yutma tedavisinin başarısında; Wee-FIM bağımsızlık seviyesinin, hastalık sebebinin, etkili olduğu düşüncesindeyiz. Yutma bozukluğunda iyileştirme çok yönlü bir çabayı gerektirir. Başarı için uzmanların uyum içinde çalışması oldukça önem taşır.

Anahtar Sözcükler: Yutma rehabilitasyonu, yutma bozukluğu, çocuk, fonksiyonel bağımsızlık

ABSTRACT

Objective: Swallowing is a vital function. Disruption of swallowing can lead to malnutrition, growth retardation, lung infections. In this section, it is aimed to examine the characteristics of swallowing disorder rehabilitation home program in Necmettin Erbakan University, Faculty of Medicine, Department of Child Health and Diseases. **Material and Method:** 18 male patients (mean age 11 ± 3.56 months), 10 men evaluated by Pedi-eat, were included in the study. The patients were evaluated in terms of age, cause, Functional Independence Scale (Wee-FIM), and their functional independence was followed in terms of home exercise program.

Results: 55.5% of the patients were referred from the pediatric infection service, 16.6% from the pediatric intensive care unit, and 16.6% from the pediatric general service. 33.3% of the children were fed by mouth, 11.1% of the nasal gastric tube and 55.5% of them were percutaneous endoscopic gastrostomy method. 45.5% of the cases were able to walk with or without support, 55.5% were using a wheelchair or their advanced mobilization was limited. Motor score averages were calculated as 72 on the Wee-FIM scale of all cases participating in the study. 11.1% of the evaluated patients were diagnosed with Down syndrome, 11.1% were diagnosed with SMA type2, 22.2% cerebral palsy, and 55.5% were undiagnosed developmental disorders. Swallowing disorder was accompanied by gastroesophageal reflux in 7 patients, chewing in 3 patients and drooling in 5 patients. The Pedi-Eat 10 score of the children included in the evaluation was 32.17±15.23 on average and was 25.32±13.13 after the treatment. 10 patients fed percutaneous endoscopic gastrostomy were also dependent on the functional independence scale, and no change was made in the diet at the end of the treatment. When the relationship between success in diagnosis and treatment was reviewed, success was higher in patients with genetic diagnosis.

Conclusions: In the success of swallowing therapy; We think that the Wee-FIM level of independence, the cause of the disease is effective. Improvement in swallowing disorder requires a versatile effort. It is very important for experts to work in harmony for success.

Keywords: Swallowing rehabilitation, swallowing disorder, child, functional independence

GİRİŞ

Yenidoğan döneminden itibaren çocukluk çağı boyunca; emme, çiğneme, yutma ve salya sorunlarına nadir olmayarak rastlanır. Sebebi ne olursa olsun, erken teşhis ve tedaviye bir an önce başlaması, meydana gelebilecek beslenme yetersizliği, büyüme geriliği, aspirasyon, akciğer enfeksiyonları gibi ciddi sorunların azalmasına yardımcı olacaktır.

Yutma; dudaklar, dil, damak, yutak (farinks), gırtlak (larinks) ve yemek borusu (ösefagus) kaslarının uyumlu çalışmasını gerektiren dinamik bir olaydır (Özel, Çulha, Ünsal-Delialioğlu, Sarı, & Köklü, 2016). Ağız ve yutak bölgesi yapılarının olgunlaşması ve emme sürecinin evrimi, beyin ve sinir sisteminin gelişimine paralel seyredir. Bu öğelerden herhangi birindeki anatomik anormallikler, yutmanın etkinliği, süre ve zamanlamasındaki bozukluk tükürüğün ve gıdaların solunum yoluna kaçmasına sebep olabilir (Prasse & Kikano, 2009).

Nörolojik hastalığı olan erişkinlerde disfaji veya yutma zorlukları, literatürde sıkça tanımlanmış ve bireylerin yaklaşık %40'ında var olduğu tahmin edilmektedir, bu oran inmeli hastalarda %64'e çıkmaktadır (Özel vd., 2016). Toplumdaki çocukların yaklaşık %1'inde yutma güçlüğü olduğu tahmin edilmektedir. Beyin felci, travmatik beyin hasarı, nöromusküler hastalıklar, kraniofasiyal yapısal bozukluklar, konjenital kalp hastalıkları, hava yolundaki anatomik bozukluklar, erken doğum öyküsü olan çocuklarda ise bu oran daha yüksektir (de Benedictis, Carnielli, & de Benedictis, 2009).

Bebek ve çocuklar da davranışsal, gelişimsel veya nörolojik bozukluklar, solunum meseleleri, gastroösefageal reflü (GÖR), yarık dudak veya sert damak gibi yapı değişiklikleri sebebiyle yutma rahatsızlıkları yaşarlar (Dodrill & Gosa, 2015; Özel vd., 2016). Özellikle yenidoğan döneminde ölümcül aspirasyon pnömonileri tanımlanmıştır. Yeni doğan aspirasyon sendromlarının tüm canlı doğumların %4'ünde görüldüğü ve yüksek oranda morbidite ve ölüm ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dodrill & Gosa, 2015).

Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, altı ay ile yedi yaşları arasındaki özürülü çocuklar ile yedi yaşın altındaki bütün çocukların fonksiyonel bağımsızlığını değerlendirmek ve gelişimlerini izlemek için hem özürülü olanlarda hem de özürülü olmayan çocuklarda geçerli ve güvenilir bir testtir. Bu test gelişim geriliği olan çocuklarda 21 yaşına kadar da uygulanabilmektedir. On sekiz başlık altında çocuğun kendine bakımı, sifinkter kontrolü, transfer etkinlikleri, hareket etkinlikleri, iletişim becerileri ve kognisyon

becerilerini sorgulamayı amaçlamaktadır. Alt maddelerinin puanlanmasında; yedi: tam bağımsız, altı: modifiye bağımsız, beş: gözlem ile, dört: en az yardım, üç: hafif yardım, iki: en fazla yardım ve bir: tam yardım olmak üzere birden yediye kadar çocuğun işlevleri puanlanır. Birden dörde kadar olan puanlar, çocuğun bir etkinliği tamamlamak için gereken yardım düzeyini gösterir. Beş puan çocuğun beceriyi yapabilmesi için gözlenmesi ya da yetişkinin verdiği ipucunu gösterir. Altı puan çocuğun etkinliği bağımsız olarak tamamlayabildiğini, ancak yardımcı bir araca gereksinim duyduğunu gösterir. Testten alınabilecek en düşük toplam puan 18 (bütün becerilerde tam bağımlı), en yüksek toplam puan ise 126'dır (tüm becerilerde tam bağımsız) (Çalık, Çetin, Kılıç, Taşpınar, & Aslan, 2020).

Bu çalışmada, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yutma güçlüğü olup, yutma bozukluğu rehabilitasyonu ev programı verilen hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma için gerekli etik onay Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulunun 20.12.2017 tarihli toplantısının 2017/373 karar sayısı ile izin alınarak başlanmıştır. Geriye dönük olarak yapılan bu çalışmaya, son 18 ay içerisinde Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde ki nöroloji servisi, yoğun bakım, çocuk genel servisi ve çocuk intaniye servisinde yatarak tedavi görüp yutma zorluğu şikayeti olan ve Pedi-Eat 10 değerlendirme skalası ile disfajik olduğu anlaşılan 18 hasta dahil edildi. Hastalar yaş, sebep, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede ki fiziksel ve bilişsel yetersizlikleri, yardım ihtiyacını ve bakım yükünü ölçen çocuklar için fonksiyonel bağımsızlık ölçütü (Wee-FİM) ile değerlendirilmiştir. Yutma bozukluğu takibi Pedi-Eat 10 değerlendirme skalası ile tedavi öncesi ve sonrası yapıldı. Değerlendirme hastaların dosyalarının gözden geçirilmesi, hekimleri, kendileri ve aileleri ile görüşülmek suretiyle yapıldı.

Hastaların ailesine 12 hafta boyunca günde 3 kez 20'er dakika uygulayacakları uygun yutma bozukluğu iyileştirme programı verildi. Diyet ve beslenme şekli değişiklikleri, duruş eğitimi (postüral teknikler), çiğneme eğitimi, ağız hareket egzersizleri

(oral motor egzersizler), ısı dokunma uyarısı (termal taktil stimülasyon), ağız duyu uyarımı (oral faz duyuusal stimülasyon), dili çıkarma (protraksiyon) ve içeri alma (retraksiyon) egzersizleri tedavi programına dahil edildi.

Gastroözefagal reflü şikayeti olan 7 hastanın ev programına; uygun pozisyonlamalar ve manevralar dâhil edildi. Belirli aralıklarda hastaların kontrolleri yapılarak ev programları yenilendi.

İstatiksel Analiz

Çalışmaya dâhil edilen hastalardan elde edilen verilerin bir kısmı dosya kayıtlarından bir kısmı ise hastaların yutma rehabilitasyonu ev programı sonrası değerlendirmelerinden elde edilmiştir. Bu veriler yüzdelik oranlama yapılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Yutma, çiğneme ve emme fonksiyonlarını değerlendirdiğimiz 18 hastanın 8'i (%44,4) kız, 10'u (%55,5) erkek, yaş ortalamaları ay olarak $11 \pm 3,56$ (en küçük düzeltilmiş 2 ay, en büyük 60 ay) idi. Bu çocukların %33,3'ünün prematüre olarak doğduğu öğrenildi.

Yutma rehabilitasyonuna yönlendirilen klinik açısından değerlendirildiğinde; hastaların 10'unun (%55,5) çocuk enfeksiyon servisinden, 2'sinin (%11,1) çocuk nöroloji bölümünden, 3'ünün (%16,6) çocuk yoğun bakım bölümünden, 3'ünün (%16,6) çocuk genel servisinden yönlendirildiği anlaşıldı. Değerlendirilen çocukların 6'sı (%33,3) ağızdan, 2'si (%11,1) burun mide borusu, 10'u (%55,5) ise perkutan endoskopik gastrotomi (PEG) yöntemi ile beslenmekteydi.

Olguların %45,5'i destekli veya desteksiz yürüyebiliyor, %55,5 ise tekerlekli sandalye kullanmakta veya ileri derecede mobilizasyonu kısıtlıydı. Araştırmaya katılan tüm olguların Wee-FİM ölçeğinde motor skor ortalamaları 72 olarak hesaplandı. Değerlendirilen Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (Wee-FİM) ile değerlendirildiğinde (puan düşük ise klinik tablo ağır), ağız yolu ile beslenen 6 hastanın; 2 tanesinin Wee-FİM skoru 90 üstü bağımsız seviyede olduğu, üç tanesinin skoru 36-90 gözlem gerektiren ve 1 tanesinin skoru ise 36'nın altında olduğu ve bağımlı olduğu bulunmuştur. Ağız yolu ile beslenip çiğneme sorunu ile başvuran 3 çocuğun; 2'si Wee-FİM skoru 90 üstü bağımsız ve bir tanesi skoru ise 36-90 olduğu belirlenmiştir. Ağız dışı diğer yollarla beslenen 12 hastanın ise; burun mide borusu ile beslenen 2 hastanın 36'nın altında olduğu ve bağımlı

olduğu bulunmuştur, PEG ile beslenen 10 çocuğun ise 7'sinin 36-90 arası gözlemsel olarak fonksiyonel olduğu, 3'ünün ise 36 altında ve fonksiyonel olarak bağımlı olduğu belirlenmiştir.

Çocukların 4'ü (%22,2) genetik hastalıklı olup ikisi Down sendromlu diğer ikisi ise Spinal muskuler atrofi (SMA) tip 2 idi. Diğer vakalardan 4'ü (%22,2) beyin felci (serebral palsi) tanısı almış iken, kalan vakaların 10'unun (%55,5) kesin tanıları konulmamış olup gelişim bozukluğu olan çocuklardı.

Değerlendirmeye alınan çocukların tedavi öncesi Pedi-Eat 10 skoru ortalama 32.17 ± 15.23 (min = 0, maks = 40) idi. Hastaların 11'i (%61.1) son 1 yıl içinde 3'den fazla kez akciğer enfeksiyonu geçirdiği için, 6 tanesi ağızdan beslenmenin mümkün olup olmadığını değerlendirilebilmesi için görüldü. Ağız yoluyla beslenebilen çocuklardan 1 tanesinden de beslenme süresinin çok uzun olması ve beslenme anında sık sık öksürmesi sebebiyle yutma değerlendirilmesi istenmiştir.

Beslenme yetersizliği açısından, çocukların vücut kitle indekslerinin yaşa göre değerlendirilmesi yapıldığında; 1'inin kilolu, 4'ünün normal ve 13'ünde beslenme yetersizliği, büyüme geriliği açısından boy-yaş ilişkisine bakıldığında 8 çocukta büyüme geriliği tespit edilmiştir.

Yutma bozukluğuna, 7 hastada GÖR, ağızdan beslenen 3 hastada çiğneme, 5 hastada da salya akması sorunu eşlik etmekteydi. GÖR şikâyeti olan disfajik 7 çocuk hastanın şikâyetlerinin uygun diyet programı, pozisyonlama ve manevralar yardımı ile azaldığı belirlendi.

12 haftalık ev programı verilip, takibi yapılan 18 hastanın ortalama Pedi-Eat-10 skoru 25.32 ± 13.13 olarak bulundu. Tedavi sonunda burun-mide borusu ile beslenen 2 hastanın ağızdan beslenmeye geçiş yaptığı, çiğneme sorunu olan 3 hastanın çiğneme yeteneklerinin geliştiği ve daha kıvamlı beslenebildiği belirlendi. Salya akması sorunu olan 3 hastanın da salya kontrolünde başarı sağlandığı, salya kontrolünde başarı sağlamayan 2 hastada diskinetik tip beyin felci tanısı olduğu ve fonksiyonel olarak bağımlı olduğu bulunmuştur.

Tanı ve tedavide başarı ilişkisi gözden geçirildiğinde, tedavide başarılı olamayan, yutma becerisini fonksiyonel olarak ileriye taşıyamayan hastaların ağır tutulumlu beyin felci ve kesin tanısı konulmamış gelişim geriliği olan hastalar oldukları görülmüştür. Genetik tanısı olan hastalarda başarı daha yüksek olmuştur.

Perkutan endoskopik gastrotomi ile beslenen 10 hastada, tedavi beslenme biçiminde bir değişiklik sağlanmadı. Bu hastaların Wee-FİM göre fonksiyonel

olarak 36 skorunun altında ve bağımlı fonksiyonel hastalardı.

Takibi yapılan hastaların 6 ay sonraki değerlendirmelerinde, tüm hastalarda Pedi-Eat 10 değerlendirme ölçeğine göre yutma fonksiyonu yönünde olumlu bir skorlama elde edilmiş olup, ağız farkındalıklarının, çiğneme becerilerinin ve dil, damak, dudak uyumunun geliştiği gözlemlenmiştir. Güvenli yutma için ev programlarında değişiklikler yapılarak tüm hastaların takibi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Çocuk hastalarda yutma güçlüğüne sebep olan etkenler çok yönlü olabilir; tek başına olabildiği gibi altta yatan başka tıbbi gerekçeler de eşlik edebilir (Tablo 1).

Tablo 1. Çocuklarda yutma zorluğu ve aspirasyon ile ilişkili akciğer hastalığına sık sebep olan durumlar (Derkey & Schechter, 1998)

Yapısal sebepler	Çene küçüklüğü (mikrognati) Dil büyüklüğü (makroglossi) Yarık damak Gırtlakta yarık (larinealkleft) Soluk ve yemek borusu arasında delik (trakeoösefageal fistül) Damar (vasküler) halkalar
Fonksiyonel nedenler	Akalazya (krikofaringeal, ösefageal) Gastroözefageal reflü Bağ dokusu hastalığı (skleroderma, dermatomyozit) Urtlar, kitleler, yabancı cisim
Mekanik	Nazoenterik tüp Endotrakeal tüp Trakeostomi
Nöromusküler	Bilinç kaybı (örneğin, genel anestezi, ilaç zehirlenmesi, kafa yaralanması, nöbetler, merkezi sistem enfeksiyonu) Erken doğum (yutmada immatürite) Beyin felci Kafa içi basınç artışı Ses tellerinde felç (vokal kord paralizi) Disotonomi Kas distrofisi Myasteniagravis Poliradikülönörit Spinal müsküler atrofi

Ağız hareketlerinin ve yutmanın bozulması sonucu karşımıza sıklıkla; beslenme sırasında boğulma

ve tıkanma hissi, ağızdan aşırı salya akması, beslenme zamanının uzaması, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, beslenme yetersizliği, büyüme ve gelişme geriliği gibi meseleler çıkmaktadır (Cinel, Demir, Özçelik, & Karaduman, 2013; Özcan, 2015).

Beslenme bozukluklarının tanı ve tedavisinde; ayrıntılı bir öykü, fizik muayene ve var olan belirtilerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Eğer belirti ve bulgular bir yutma bozukluğu olduğunu ortaya koyarsa, ek olarak çiğneme ve konuşma güçlüğü olup olmadığı da değerlendirilmelidir.

Nörolojik hasarlı çocukların beslenme meselelerinin tedavisinde çocuk nörologlarının yanı sıra, çocuk gastroenteroloji uzmanı, çocuk cerrahı, fizyoterapist, yutma terapisti, konuşma terapisti, psikolog, diyetisyen ve hemşireden oluşan bir ekibin iş birliği gerekmektedir. Çeşitli fizyoterapi iyileştirme yöntemleri yardımıyla yutma bozukluğunun derecesi azaltılmaya çalışılabilir. Uygun ve yeterli beslenme programının düzenlenmesi gerekir. Ağızdan alamayan çocuklarda ise burun-mide boruları kullanılabilir. Ancak bu boruların uzun dönemli kullanımları yararlı olmamaktadır. Bu aşamada uygun diğer yöntem gastrostomidir. Gastrostomi, klasik ve endoskopik yöntemlerle yapılabilmektedir. Klasik olarak cerrahi girişimle gastrostomi uygulanması bir ameliyat gerektirmektedir. Bu yüzden bazı hekimler bir diğer tedavi seçeneği olarak perkütan endoskopik gastrostomiyi tercih etmektedir (Özcan, 2015). Hastalarımızın bir kısmının ağız dışı yollarla beslenmesine rağmen, yutma bozukluğu yönünden değerlendirilmesinin istenmesi, ağız dışı yolla beslenmenin yutma bozukluğuna bağlı meseleleri azaltabileceğini ancak tamamen sona erdiremeyeceğini göstermektedir.

Güngör'ün (2012) 51 yutma güçlüğü olan çocuk üzerinde yaptığı çalışmada şu bulgular tespit edilmiştir: hastaların %33,3'de solunum meseleleri, %9,8'de GÖR, %5,8'de tekrarlayan kusma sebebiyle yutma rehabilitasyonuna yönlendirildiğini bildirilmiştir. Hastaların %19,6'de genetik malformasyonlar, %21,5'de hipoksik iskemik ensefalopati muhtemelen yutma zorluğunun sebebi olarak tespit edilmiştir. Sitton ve ark. (2011) yutma zorluğu olan çocuklarda yaptıkları çalışma, %35'de genetik hastalık, %32'de nörolojik hastalık bulunduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastaların büyük bir kısmı sık akciğer enfeksiyonları sebebiyle bize gönderilmiştir.

Yenidoğanda beslenme sorununa neden olarak en sık karşılaşılan sebep prematür doğum olarak belirtilmektedir (Asgarshirazi, Farokhzadeh-Soltani, Keihanidost, & Shariat, 2017). Rommel ve

arkadaşlarının (2003) 700 çocukta yaptıkları çalışmada yutma bozukluğu ile preterm doğum arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Roden ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da da preterm doğan çocukların %50- 91.7'nin yaşamlarının ilk 5 yılında yutma güçlüğü yaşadıklarını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da yutma güçlüğü olan çocukların %33,3'ünün prematüre olarak doğduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda yutma bozukluğuna hastaların %38.8'inde GÖR'ün, %16.6'sına çiğneme yetersizliğinin, %27.7'sinde hipersalivasyonun eşlik ettiği tespit edilmiştir. Asgarshirazi ve arkadaşları da (2017) vakalarında %66 GÖR'e rastladığını bildirmiştir.

Hastaların yarısından çoğunun çocuk enfeksiyon servisinden alınması dikkat çekicidir. Bunun muhtemel sebebi yutma güçlüğü olan çocuklarda sık tekrarlayan, iyileşmesi uzun süren akciğer enfeksiyonlarının olmasıdır.

Salya kontrolü sorunu olan 5 çocuk hastadan, 3'ünün salya kontrolünde başarı sağlanmıştır. Salya kontrolünde başarı sağlanamayan diğer iki hasta diskinetik tip beyin felci tanıydı. Bu iki hasta Wee-FİM'e değerlendirmesine göre 36 skorunun altında ve bağımlı, baş kontrolü olmayan ve ağız yüz kasları kontrolü olmayan ve komutlarımızı anlamayan ve uygulayamayan hastalardı. Genetik tanısı olup komutları anlayan ve uygulayabilen hastalarda tedavi başarısı daha yüksek saptandı.

Çalışmamızda PEG ile beslenen 10 hastada tedavi sonucunda beslenme biçiminde bir değişiklik sağlanamadı. PEG ile beslenen Wee-FİM'e değerlendirmesine göre 36 skorunun altında ve fonksiyonel olarak bağımlı olup tedavi başarısını etkilediğini düşünmekteyiz. Yutma bozukluğu rehabilitasyonu sonuçlarının çocukların Wee-FİM'e göre fonksiyonel bağımsızlık ile ve tanı ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Ev programı ile takip ettiğimiz, 7 GÖR şikayeti olan disfajik çocuk hastaların tamamının şikayetlerinin azaldığı, burun-mide borusu ile beslenen 2 hastanın, ikisinin de ağızdan beslenmeye geçiş yaptığı, çiğneme fonksiyon bozukluğu olan 3 hastanın tamamının çiğneme becerilerinin geliştiği, hipersalivasyon sorunu olan 5 hastanın ise 3'ünün salya kontrolünde başarı sağladığı belirlenmiştir.

Takibi yapılan hastaların 6 ay sonraki değerlendirmelerinde, tüm hastalarda oral farkındalıklarının, çiğneme becerilerinin ve dil, damak, dudak uyumunun geliştiği gözlemlenmiştir. Güvenli yutma için ev programlarında değişiklikler yapılarak tüm hastaların takibi devam etmektedir.

Yutma tedavisinin başarısında; hastanın tedaviye başlama yaşının, fonksiyonel bağımsızlığın, hastalık sebebinin, ebeveynin eğitim derecesinin ve ilgi düzeyinin etkili olduğu düşüncesindeyiz. Kaynağı ne olursa olsun emme-yutma, salya ve çiğneme bozukluklarının erken teşhisi ile tedaviye bir an önce başlanması, meydana gelebilecek yeni meselelerin ve alışma süreci esnasında oluşabilecek problemlerin azaltılmasına yardımcı olacaktır. Yutma bozukluğu rehabilitasyon yaklaşımı çok yönlü bir çabayı gerektirir. Başarı için uzmanların işbirliği ve erken girişimleri oldukça önem taşır.

Sonuç olarak araştırmamız bize şunları göstermiştir: yutma bozukluğu olan çocuklar çoğunlukla çeşitli sinir sistemi hastalığı olan hastalardır. Bu hastaların başlıca şikâyetleri sık akciğer enfeksiyonudur. Hastaların önemli kısmında yutma bozukluğuna, beslenme yetersizliği (büyüme geriliği) eşlik etmektedir, ayrıca bu hastalarda sıklıkla GÖR, çiğneme ve salya akması meseleleri bulunmaktadır. Tedavi birçok hastada başarılı sonuçlar vermiştir.

Erken tanı ve tedavi için yutma bozukluğunu tespit edip hastaları yutma tedavisine yönlendirecek olan uzmanların konu hakkında farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Asgarshirazi, M., Farokhzadeh-Soltani, M., Keihanidost, Z., & Shariat, M. (2017). Evaluation of feeding disorders including gastro-esophageal reflux and oropharyngeal dysfunction in children with cerebral palsy. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11(4), 197-201.
- Çalık, B. B., Çetin, S. Y., Kılıç, M. C., Taşpınar, F., & Aslan, Ü. B. (2020). Down sendromlu çocukların günlük yaşamdaki fonksiyonel düzeyinin ve yaşının annelerin yaşam kalitesine etkisi. *Güncel Pediatri*, 18(1), 29-40.
- Cinel, G., Demir, N., Özçelik, U., & Karaduman, A. A. (2013). Çocuklarda yutma disfonksiyonu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56, 89-96.
- de Benedictis, F. M., Carnielli, V. P., & de Benedictis, D. (2009). Aspiration lung disease. *Pediatric Clinics of North America*, 56(1), 173-190.
- Derkey, C. S., & Schechter, G. L. (1998). Anatomy and physiology of pediatric swallowing disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 31(3), 397-404.
- Dodrill, P., & Gosa, M. M. (2015). Pediatric dysphagia: physiology, assessment, and management. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 5), 24-31.
- Güngör, V. (2012). Disfajili pediatrik hastalarda videofloroskopik yutma değerlendirme çalışması ve fiberoptik endoskopik yutma değerlendirme çalışmasının bulgularının karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı*.
- Özcan, C. (2015). Nörolojik hasarlı çocuklarda gastrotomi ve antireflü cerrahinin yeri: Retrospektif değerlendirme. *Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı*.
- Özel, S., Çulha, C., Ünsal-Delialioğlu, S., Sarı, İ. F., & Köklü, K. (2016). The relationship between the Gross Motor Function

- Classification System and treatment modalities in children with cerebral palsy. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 62(2).
- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2009). An overview of pediatric dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48(3), 247–251.
- Roden, D. F., & Altman, K. W. (2013). Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 965–987.
- Rommel, N., De Meyer, A.-M., Feenstra, L., & Veereman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(1), 75–84.
- Sitton, M., Arvedson, J., Visotcky, A., Braun, N., Kerschner, J., Tarima, S., & Brown, D. (2011). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in children: feeding outcomes related to diagnostic groups and endoscopic findings. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75(8), 1024–1031.