

GERİATRİ VE DİSFAJİ

Yahya ATAYAN ¹
Muhammed YALÇIN ²

GİRİŞ

Yunanca dis (zorluk, düzensiz) ve fagia (yemek) kelimelerinden meydana gelen disfaji, gıdanın ağızdan mideye kadar geçişinde engellenme hissinin ifade eder. Genel olarak hastalar gıdaların takıldığı, yapıştığı ve ilerlemediğini tarif ederler. Disfaji, kesin nedeni tanımlamak ve uygun tedaviyi başlamak için hızlı değerlendirmeyi gerektiren bir alarm semptomudur. Prevalans hastanın yaşına, nedenine ve tanı yöntemine bağlı olsa da, genel popülasyonda prevalansının %20 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Yutma kaslarının doğal atrofisi ve yaşlanmayla birlikte zihinsel uyaklılıktaki değişiklikler göz önüne alındığında, disfaji semptomları özellikle yaşlılarda yaygındır. Bazı çalışmalar, huzurevinde kalan yaşlı bireylerin %60'ının disfaji yaşadığını ve 60 yaş üstü tüm Amerikalıların yarısına yakınının bir tür yutma bozukluğu yaşadığını göstermektedir (1,2). Yaşlı nüfusun artmasıyla bu sorun daha da yaygınlaşmaktadır. Bir çalışmada yutma güçlüğü şikayeti olmayan yaşlı bireylerde yapılan radyolojik yutma tetkiklerinde %63 oranında anormal yutma tespit edilmiştir. Ayrıca yaşlılarda disfajinin vermiş olduğu rahatsızlığın yanı sıra komplikasyonları

da önemlidir. Disfajisi olan yaşlı hastalarda malnütrisyon ve aspirasyon pnömonisi riski önemli ölçüde yüksektir. Özellikle orofaringeal disfajisi olan serebrovasküler yada nörodejeneratif hastalıkları olan yaşlı popülasyonlarda risk daha da artar. Disfaji nedeniyle malnütrisyon gelişen yaşlı hastalarda, immun yanıtta azalma, yara iyileşmesinde azalma, hastalıktan kurtulma isteğinde azalma, zayıflamış solunum gücü ve kas kuvveti gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanan morbidite ve mortalite de artış gösterir (3). Birden fazla çalışmalarda, disfajili yaşlı bireylerin hastanede kalış sürelerinin, yatış oranlarının arttığı; hastaneye yatırıldıktan sonraki bir yıl içinde mortalitenin ve genel olarak sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığı gösterilmiş (4). Huzurevlerinde orofaringeal disfajisi olan hastalarda %50'ye varan oranlarda 1 yıl içerisinde aspirasyon pnömonisi gelişir ve mortalite oranı %45 civarındadır (5). Bu bölümde özellikle geriatrik hastalarda disfajinin değerlendirilmesi ve tanısal testler gözden geçirilecektir.

Yutma Anatomisi ve Fizyolojisi

Normal yutmada; nefes alma, yutma ve fonlama gibi üç hayati işlevin tümü aynı anatomik ala-

¹ Doç. Dr., Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Gastroenteroloji BD., yahyaatayan@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2076-1934

² Uzm. Dr., Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD., muhammed-yalcin@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1832-2756

Hipertansif alt özefageal sfinkter Yüksek AÖS basıncı ve özefagus gövdesinin normal gevşeme ve itme hareketleri ile karakterizedir

Skleroderma (Sistemik Skleroz): Damar çevresinde mononükleer hücre infiltrasyonu, interstisyel ödem ve fibroblast uyarısı sonucu bol miktarda normal yapıda kollajen birikimi ve fibrozis ile sonlanan, etiyojisi bilinmeyen bir hastalıktır. 30-50 yaş arası kadınlarda daha sıktır. Tüm gastrointestinal sistemi etkileyebilir. Özofagus, deriden sonra en sık tutulan organdır. Tipik olarak düz kas hücrelerini tuttuğundan özofagus 2/3 alt kısmını ve alt özofagus sfinkterini etkiler. Alt özofagus sfinkter tonusu azalmıştır. Birçok skleroderma hastasında reflüye sekonder darlıklar görülür (34).

SONUÇ

Disfaji yaşlılarda sık görülen bir problemidir. Disfajisi olan yaşlılarda orofarengeal semptomlar, özofageal semptomlar veya her ikisinin bir kombinasyonu görülebilir. İyi bir anamnez ve fizik muayene, disfajisi olan yaşlı hastalarda gereksiz test yapılmasını önler ve uygun tetkiklerin yapılmasını sağlar. Orofarengeal disfajinin en yaygın nedenleri nörolojik kökenlidir ve alarm semptomları mevcut ise maligniteyi akılda tutmak gerekir. Bir hastada muhtemel varsa, baryumlu özofagogram genellikle ilk uygun tetkiktir, ancak kesin tanı için endoskopi veya manometri gibi ileri tetkikler gerekebilir.

Tablo 3. Özofajial Disfajinin Yaygın nedenleri

<p>Özofagusun Motilite Bozuklukları</p> <p>Primer Bozuklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akalazya • Distal özofagus spazmi • Hiperkontraktıl özofagus • Hipertansif AÖS • Nutcracker (Fındıkkıran) Özofagus <p>Sekonder Bozukluklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chagas Hastalığı • Reflü ilişkili dismotilite • Skleroderma ve diğer romatolojik hastalıklar 	<p>Özofagusun Striktürel Bozuklukları</p> <p>İntrensek Nedenler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Karsinom ya da benign tümörler • Divertiküller • Eosinofilik özofajit • Özofajial web ve halka • Yabancı cisim • İlaç kaynaklı striktür • Peptik striktür • Korozyv madde <p>Ekstresek Nedenler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediastinal Kitle • Spinal osteofitler • Vasküler Basılar
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

KAYNAKLAR

1. Baijens LW, Clavé P, Cras P, et al. European Society for Swallowing Disorders European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* 2016;11:1403–28.
2. Johnston BT. Oesophageal dysphagia: a stepwise approach to diagnosis and management. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017;2(8):604–9.
3. Norman K, Pichard C, Lochs H, et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27(1):5–15.
4. Attrill S, White S, Murray J, et al. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):594.
5. Carrión S, Verin E, Clavé P, et al. Complications of oropharyngeal dysphagia: malnutrition and aspiration pneumonia. In: Ekberg O, editor. *Dysphagia*. Berlin, New York: Springer; 2012. p. 575–99.
6. Schindler JS, Kelly JH. Swallowing disorders in the elderly. *Laryngoscope* 2002;112(4):589–602.
7. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, et al. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging* 2012;7:287–98.
8. Aviv JE, Martin JH, Jones ME, et al. Age-related changes in pharyngeal and supraglottic sensation. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103(10):749–52.
9. Roy N, Stemple J, Merrill RM, et al. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2007;116(11):858–65.

10. Splaingard ML, Hutchins B, Sulston LD, et al. Aspiration in rehabilitation patients: videofluoroscopy vs bedside clinical assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69(8):637-40.
11. Spieker MR. Evaluating dysphagia. *Am Fam Physician* 2000;61(12):3639-48.
12. Dray TG, Hillel AD, Miller RM. Dysphagia caused by neurologic deficits. *Otolaryngol Clin North Am* 1998;31(3):507-24.
13. Nagaya M, Kachi T, Yamada T, et al. Videofluorographic study of swallowing in Parkinson's disease. *Dysphagia* 1998;13(2):95-100.
14. Rosenvinge SK, Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age Ageing* 2005;34(6):587-93.
15. Smith SK, Roddam H, Sheldrick H. Rehabilitation or compensation: time for a fresh perspective on speech and language therapy for dysphagia and Parkinson's disease? *Int J Lang Commun Disord* 2012;47(4):351-64.
16. Boden K, Hallgren A, Witt Hedstrom H. Effects of three different swallow maneuvers analyzed by videomanometry. *Acta Radiol* 2006;47(7):628-33.
17. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosenbek JC. Strength-training exercise in dysphagia rehabilitation: principles, procedures, and directions for future research. *Dysphagia* 2007;22(3):251-65.
18. Watemberg S, Landau O, Avrahami R. Zenker's diverticulum: reappraisal. *Am J Gastroenterol* 1996;91(8):1494-8.
19. Veenker EA, Andersen PE, Cohen JI. Cricopharyngeal spasm and Zenker's diverticulum. *Head Neck* 2003;25(8):681-94.
20. Grobbelaar EJ, Owen S, Torrance AD, et al. Nutritional challenges in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004;29(4):307-13.
21. Garcia-Peris P, Paron L, Velasco C, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007;26(6):710-7.
22. Hoffman RM, Jaffe PE. Plummer-Vinson syndrome. A case report and literature review. *Arch Intern Med* 1995;155(18):2008-11.
23. Güncel Gastroenteroloji Dergisi Disfajiye genel yaklaşım Aralık 2011-15/4
24. Jalil S, Castell DO. Schatzki's ring: a benign cause of dysphagia in adults. *J Clin Gastroenterol* 2002;35(4):2958.
25. Janssen M, Baggen MG, Veen HF, et al. Dysphagia lusoria: clinical aspects, manometric findings, diagnosis, and therapy. *Am J Gastroenterol* 2000;95(6): 1411-6.
26. Siersema PD, de Wijkerslooth LR. Dilation of refractory benign esophageal strictures. *Gastrointest Endosc* 2009;70(5):1000-12.
27. Villafior VM, Allaix ME, Minsky B, et al. Multidisciplinary approach for patients with esophageal cancer. *World J Gastroenterol* 2012;18(46):6737-46.
28. Lieberman DA, Oehlke M, Helfand M. Risk factors for Barrett's esophagus in community-based practice. GORGE consortium. Gastroenterology Outcomes Research Group in Endoscopy. *Am J Gastroenterol* 1997;92(8):1293-7.
29. Daniel E Bujanda, Christine Hachem. Barret's Esophagus. *Science Of Medicine* 2018 May-Jun;115 (3):211-213
30. Triadafilopoulos G. Nonobstructive dysphagia in reflux esophagitis. *Am J Gastroenterol* 1989;84(6):614-8.
31. Dellon ES, Gonsalves N, Hirano I, et al. ACG clinical guideline: evidenced based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). *Am J Gastroenterol* 2013;108(5):679-92 [quiz: 693].
32. Michael FV, John EP, Marcelo FV. ACG clinical guideline: diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol* 2013;108(8):1238-49.
33. Stavropoulos SN, Friedel D, Modayil R, et al. Endoscopic approaches to treatment of achalasia. *Therap Adv Gastroenterol* 2013;6(2):115-35..
34. Ntoumazios SK, Voulgari PV, Potsis K, et al. Esophageal involvement in sclero-derma: gastroesophageal reflux, the common problem. *Semin Arthritis Rheum* 2006;36(3):173-81.