



OLGU SUNUMU

DİSFAJİ ETYOLOJİSİNDE FORESTIER HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Dr. Bülent ÖCAL, Dr. Güleser SAYLAM, Dr. Emel ÇADALLI TATAR, Dr. Hakan KORKMAZ, Dr. Ali ÖZDEK

SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Hastanesi, 2.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Diffüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) (ankilozan hiperostozis, Forestier Hastalığı, spondylitis ossificans ligamentosa) paravertebral ligaman ve kasların enkontral ossifikasyonu sonucu gelişen, yaygın spinal osteofit oluşumları ile karakterize, kronik bir durumdur. DISH'in servikal bölgeyi etkilediği erişkin popülasyonun, sadece %0.1-6'sında disfaji görülür. Disfaji şikayeti olan DISH hastalarında, öncelikle diyet değişikliği ve antiinflamatuvar tedavi uygulanabilir. Diyet değişikliğine olumlu cevap alınamayan hastalarda veya kliniği ağır olan hastalarda cerrahi düşünülmelidir. Yutma güçlüğü ile başvuran 58 yaşındaki erkek hasta tanı ve tedavi seçenekleri ile literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Disfaji, servikal, diffüz idiopatik iskelet hiperostozu, Forestier hastalığı

FORESTIER DISEASE IN THE ETIOLOGY OF DYSPHAGIA: CASE REPORT

SUMMARY

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) (Ankylosing hyperostosis, Forestier Disease, spondylitis ossificans ligamentosa), is a chronic disease characterized by widespread spinal osteofit formation due to enchondral ossification of paravertebral ligament and muscles. Dysphagia occurs 0,1-6 % of the adult population whose cervical region affected by DISH. These patients are usually treated conservatively with dietary changes and anti-inflammatory drugs. Surgical treatments can be needed for patients in whom medical treatment is failed. Diagnose and treatment modalities of a 58 year old man applied with dysphagia are discussed with literature.

Keywords: Dysphagia, cervical, Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis, Forestier Disease

GİRİŞ

Diffüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) yaşla birlikte insidansı artan, etyolojisi bilinmeyen, vertebral kolondaki ossifikasyonlarla karakterize bir hastalıktır. DISH ile ilgili ilk yazılı bilgi 1824 de Wenzel tarafından yayınlanmıştır. Forestier ve Rotés-Querol'un 1950 de bu hastalığın anatomik, klinik ve radyolojik özelliklerini içeren yayınlarından¹ sonra hastalık, Forestier Hastalığı olarak da anılmaya başlandı. Resnick tarafından 1975 de bu klinik tablo, diffüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) olarak isimlendirildi². Hastalığın 40 yaş üzerindeki prevalansı erkeklerde %3,8 kadınlarda %2,6 olarak bulunmuştur³. Yaşla birlikte insidansı artmaktadır. DISH asemptomatik veya nörovasküler kompresyon, ses kısıklığı, stridor, boğazda yabancı cisim hissi, boyun ağrısı, öksürük, boyun hareketlerinde azalma, otalji, odinofaji ve disfajiye yol açabilir^{4,5}. Servikal tutulumu olan DISH hastalarında disfaji görülme sıklığı %28 dir².

İletişim kurulacak yazar: Dr. Bülent Öcal, SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt hastanesi, 2.KBB Kliniği, Ankara, Türkiye, E-mail: bulentname@yahoo.com

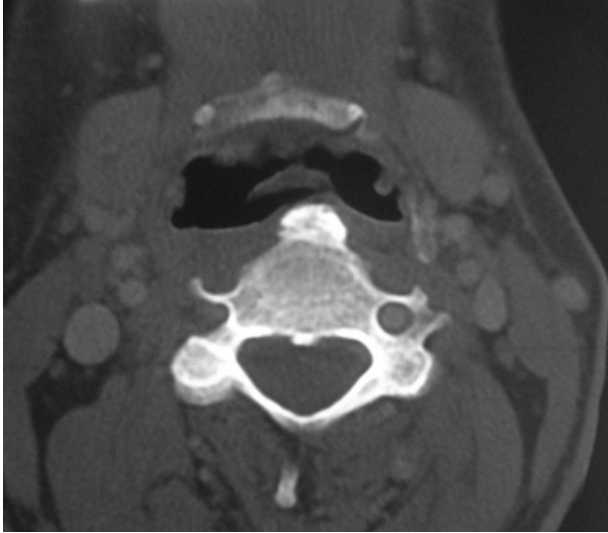
Gönderilme tarihi: 24 Aralık 2007, revizyonun gönderildiği tarih: 29 Mart 2008, yayın için kabul edilme tarihi: 31 Mart 2008

OLGU SUNUSU

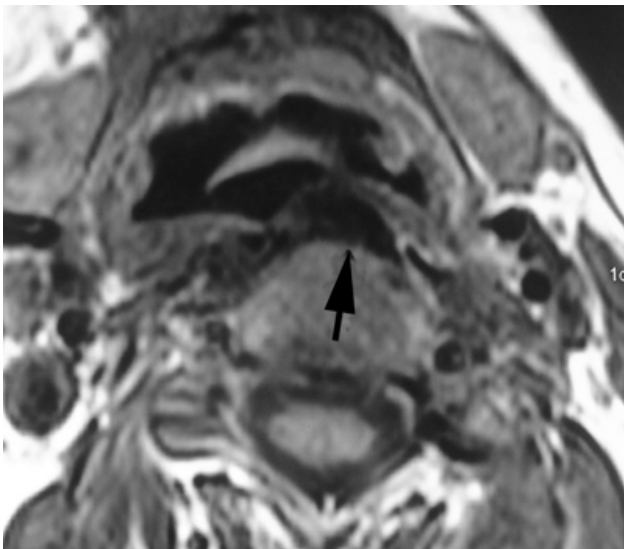
2-3 aydır yutma güçlüğü, boğazda takılma hissi şikayetiyle kliniğimize başvuran 58 yaşındaki erkek hastanın yapılan videolarinoskopik muayenesinde; posterior faringeal duvarı öne, postkrikoid alana doğru iten submukozal kitlesel oluşum gözlemlendi (Resim 1). Hastanın yutma güçlüğü şikayeti, esas olarak gıdalara karşı boğazda takılma hissi şeklindeydi ve beslenmesini kısıtlamıyordu. Diğer KBB muayeneleri doğaldı. Yan servikal grafide C3-5 vertebraların corpus ön kısımları arasında köprüleşme gösteren, belirgin hiperossöz değişiklikler izlenmekte olup, intervertebral eklem aralıkları korunmuştu. Pelvis grafisinde sakroiliak eklemleri açık izlendi. Baryumlu faringo-özefajial grafide epiglot inferiorunda, özellikle farinks posterior duvarında kalınlık ve dolma defekti izlenmişti. CT de; servikal vertebraların anterior kısmında, epiglot kartilaj seviyesinde yeni kemik oluşumları izlenmekteydi (Resim 2). Servikal MRG de; C3-4 ve C4-5 düzeylerinde sol ön kesimde osteofitik yeni kemik oluşumları/ köprüleşmeler saptanmıştı (Resim 3). Hastaya diffüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) tanısı konuldu ve kliniğinin hafif olması nedeniyle semptomatik tedaviyle takibe alındı.



Resim 1: Posterior faringeal duvarı öne doğru iten submukozal kitlesel oluşum, videolarinoskopik görünüm



Resim 2: Servikal vertebralardaki osteofitik yeni kemik oluşumlarının boyun BT aksiyal kesit görüntüsü



Resim 3: Servikal vertebralardaki osteofitik yeni kemik oluşumlarının servikal MR aksiyal kesit görüntüsü

TARTIŞMA

DISH; ligament, tendon ve fasiada ossifikasyon ve kalsifikasyon ile karakterize bir hastalıktır. En sık tutulum omurgada olmaktadır. Omurgada %97 torakal, %90 lomber, %78 servikal vertebralarda, %70 oranında ise her üç segmentte birden tutulum olmaktadır⁴.

Hastalığın tipik özelliği ardışık vertebralarda yeni kemik oluşumu ile köprü oluşması ve beraberinde disk dejenerasyonunun olmamasıdır. Kartilaj dokudaki dejeneratif değişikliklerin orjininde, subkondral kemik iliğindeki kan hücrelerinin kartilaj dokusunu istila etmesi ve bu duruma puliripotansiyel konnektif doku hücrelerinin osteoblastlara dönüşerek cevap vermesi yatar. Sonuçta osteoproduktif fibro-osteogenetik değişiklikler olur ve böylelikle; büyüyen, şiş, kabarık osteofitik yapılar için zemin hazırlanmış olur.⁶

Literatürde obezite, diabetes mellitus, gut hastalığı, A vitamini düzeyleri ile DISH arasındaki ilişkilere dikkat çekilmiş ve bu hastalığın etyopatogenezinde metabolik bir patolojinin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür⁷. Yapılan bir çalışmada DISH hastalarında, belirgin olarak yüksek insülin rezistansı sendromu sıklığı ve koroner kalp hastalığı riski bildirilmiştir⁸. Bu bilgilere rağmen hastamızın kan biyokimya değerleri tamamen normaldi ve ek bir sistemik rahatsızlığı yoktu.

Forestier hastalığında görülen en sık yakınma nedeni disfaji olarak bilinir². Başlangıçta servikal dev osteofitlerin özofagusa kompresyonunun yarattığı mekanik obstrüksiyon, daha sonra da gelişen özofagus duvarındaki inflamasyon ve fibrozis, disfajiden sorumludur⁹. Bununla beraber özofageal denervasyon da disfajiden sorumlu olabilir⁹. Frostier hastalığı ilerlemiş olgularda disfaji, yabancı cisim hissi, aspirasyonun yanı sıra ses kısıklığı, dispne, horlama, stridor gibi üst solunum yoluna ait semptomlara neden olabilir. Literatürde şiddetli hava yolu obstrüksiyonu gösteren olgular vardır⁷. Ayrıca hastalıkla birlikte spinal kord basısı ve periferik kranial sinir tutulumu da rapor edilmiştir⁹.

Tanı primer olarak radyolojiye dayanır. Rasnick kriterlerinin varlığı kesin tanı koydurur. 1) Ardışık en az iki vertebrada anterolateralde kalsifikasyon ve kemik köprü olması 2) Tutulan segmentlerde intervertebral disk mesafesinin normal veya hafif azalmış olması 3) interapofizyal eklemlerde ankilozun olmamasıdır⁶. Hastamızda servikal MRG de C3-4 ve C4-5 düzeylerinde sol ön kesimde osteofitik yeni kemik oluşumları/köprüleşmeler mevcuttu. İntervertebral disk aralıkları



korunmuştu ve sakroiliak eklemleri açık olarak izlenmişti.

Disfajinin ayırıcı tanısında boyun, mediasten veya medulla spinalis tümörleri, özefajitler, özefajial strüktürler, aberan damarsal oluşumlar, Zenker divertikülü, nöromusküler bozukluklar ve krikofarengeal spazm düşünülmelidir^{5,10}. Bunların ayırımında özellikle baryumlu özofagografi çok önemli bir yer tutmaktadır. Baryumlu farengo-özefageal pasaj grafileriyle obstrüksiyonun durumu, servikal bilgisayarlı tomografik kesitlerde de vertebra komşuluğunda hiperostotik yapıların lokalizasyonu oldukça iyi bir şekilde tanımlanabilir. Endoskopi kullanımı, özefagusun incelenmiş posterior duvarında perforasyona yol açabileceği için tartışmalıdır¹¹.

DISH tedavisinde analjezikler, lokal ısı terapisi, lokal kortikosteroid-lidokain enjeksiyonları ve terapötik ultrason; ağrının hafifletilmesinde ve spinal fleksibilitenin artırılmasında çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır. Ancak hastalığın doğal seyrini değiştirebilecek herhangi bir tedavi yöntemi önerilmemiştir¹². Disfaji şikayeti olan DISH hastalarında, öncelikle diyet değişikliği ve antiinflamatuvar tedavi uygulanabilir¹³. Diyet değişikliğine olumlu cevap alınamayan hastalarda veya kliniği ağır olan hastalarda cerrahi düşünülmelidir. Anterior servikal, posterolateral servikal ve peroral transfaringeal yaklaşım, literatürde bildirilen cerrahi tedavi yöntemleridir. Cerrahi sonrası prognoz değişkenlik göstermektedir. Uzun dönem takip olan bir seride % 65 rekürrens bildirilmiştir¹⁴.

Sonuç olarak disfaji etyolojisi araştırılırken akılda tutulması gereken, tanısı oldukça basit olan ve erken dönemde semptomatik takip edilebilen Forestier hastalığı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Forestier J, Rotés-Querol J: Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Ann Rheum Dis* 1950;9:321-330.
2. Resnick D, Shapiro RF, Weisner KB, Niwayama G, Utsinger PD, Shaul SR: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis(DISH). *Semin Arthritis Rheum* 1978;7:153-187.
3. Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA. A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status. *Medicine* 1997;76:104-107.
4. Ebo D, Goethals L, Bracke P, Mercelis R, De Clerck LS. Dysphagia in a patient with giant osteophytes: case presentation and review of the literature. *Clin Rheumatol* 2000;19:70-72.
5. Akhtar S, O'Flynn PE, Kelly A, Valentine PM. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. *J Laryngol Otol* 2000;114:154-157.
6. Cammisa M, De Serio A, Guglielmi G: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Eur J Radiol* 1998; 27:7-11.
7. Julkunen H, Heinonen OP, Pyörala K. Hyperostosis of the spin in an adult population. Its relationship to hyperglycemia and obesity. *Ann Rheum Dis* 1971; 30:605-612.
8. Mader R, Novofestovski I, Adawi M, Lavi I. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk in Patients with Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis. *Semin Arthritis Rheum* 2008, 25; [Özet] (baskıda)
9. McCafferty RR, Harrison MJ, Tamas LB, Larkins MV. Ossification of the anterior longitudinal ligament and Forestier's disease: an analysis of seven cases. *J Neurosurg* 1995; 83: 13-17.
10. Çağavı F, Kalaycı M, Uğur MB, Uzun L, Asil K, Açıkgöz B. Disfaji ve Diffüz İdiopatik İskelet Hiperostozu, *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2004; 14:146-150.
11. Katılmış H, Öztürkcan S, Özdemir İ, Hakkı A, Feran HG. Forestier Hastalığı, *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2002; 40:292-297.
12. Al-Herz A, Snip JP, Clark B, Esdaile JM. Exercise therapy for patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Clin Rheumatol* 2008; 27:207-210.
13. Ozgocmen S, Kiris A, Kocakoc E, Ardicoglu O: Osteophyteinduced dysphagia; report of three cases. *Joint Bone Spine* 2002;69:226-229.
14. Hirano H, Suzuki H, Sakakibara T, Higuchi Y, Inoue K, Suzuki Y: Dysphagia due to hypertrophic cervical osteophytes. *Clin Orthop* 1982;167:168-172.