

Nadir Bir Disfaji Nedeni: Diffüz İdiyopatik İskelet Hiperostoza

A Rare Cause of Dysphagia: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis: Case Report

Dr. Demet KARADAĞ,^a
Dr. Güçlü Kaan BERİAT,^b
Dr. Funda UÇAR,^a
Dr. Tanzer SANCAK,^c
Dr. Mehmet Ali YİNANÇ^a

^aRadyoloji AD,
^bKulak-Burun-Boğaz Hastalıkları AD,
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^cRadyoloji AD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 20.07.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 27.10.2008

*Bu çalışma, 26. Ulusal Radyoloji
Kongresi'nde poster olarak
sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Demet KARADAĞ
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Radyoloji AD, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
drdkaradag@yahoo.com

ÖZET Diffüz idiyopatik iskelet hiperosteozisi (DİSH) ya da Forestier Hastalığı spinal osteofitler, paravertebral ligamentlerin ossifikasyon ve kalsifikasyonu ile karakterize bir klinik durumdur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte ileri yaş, travma, obezite, diyabet, hipertansiyonun etiyojide rol oynadığı öne sürülmektedir. Olguların çoğu asemptomatik olmakla birlikte bazı olgularda gelişen osteofitlerin çevre dokulara basısı ile semptomlar ortaya çıkabilir. Ayrıca spinal rijidite, servikal, dorsal ve lomber ağrı sıkça görülür. Osteofitler servikal direkt grafiler, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) veya Bilgisayarlı tomografi (BT) ile gösterilebilir. Konjenital veya edinsel birçok hastalık disfajiye neden olabileceği gibi DİSH ayrıncı tanıda daima göz önünde bulundurulmalıdır. Biz bu olgu sunumumuzda DİSH hastalığına sekonder gelişen disfaji olgusunu, klinik ve radyolojik bulgularını tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Disfaji; diffüz idiyopatik iskelet hiperostoza

ABSTRACT Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) or Forestier's Disease is a clinical condition which is characterized by spinal osteophytes, calcification and ossification of paravertebral ligaments. The precise etiology is unknown, but it has been suggested that advanced age, trauma, obesity, diabetes, hypertension may play a role in the etiology. However, the majority of cases are asymptomatic, in some cases osteophytes can cause symptoms due to compression of adjacent structures. Furthermore, spinal rigidity, cervical, dorsal and low-back pain is common. The osteophytes can be shown by direct x-ray graphics, Magnetic Resonance Imaging (MRI) or Computerized Tomography (CT). Although congenital or acquired diseases can cause dysphagia, DISH should always be part of the differential diagnosis. We report a case of DISH with dysphagia and discuss the clinical and radiologic findings of DISH.

Key Words: Deglutition disorders; diffuse idiopathic skeletal hyperostosis

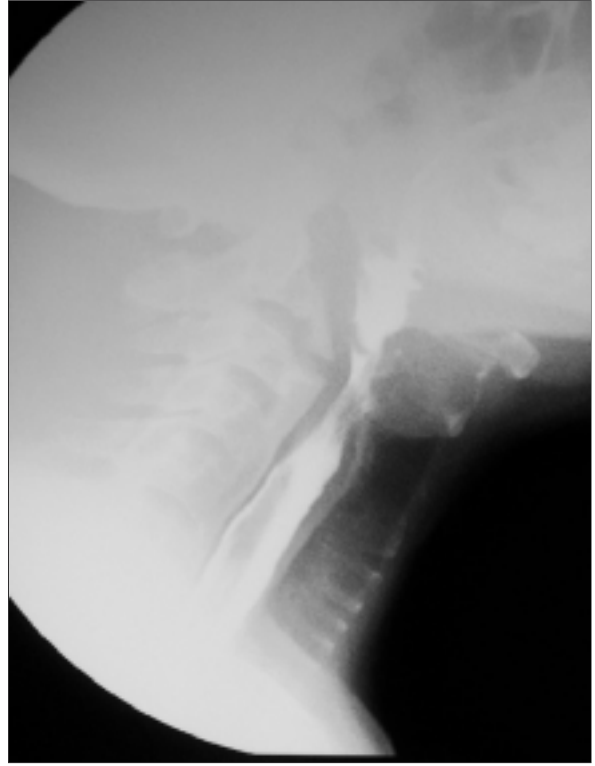
Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol 2009;16(2):76-9

Diffüz idiyopatik iskelet hiperostoza (DİSH) ya da Forestier Hastalığı; spinal rijidite, servikal-dorsal-lomber ağrı, periferik eklemlerde hiperostozis, vertebralardaki hiperostotik değişikliklere sekonder komşu anatomik yapılara bası bulguları ile seyreden, etiyojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Hastalığın sıklığı yaşla artar. Vertebralardaki osteofitlere bağlı gelişen disfaji ilk olarak 1905 yılında Zahn tarafından bildirilmiştir.¹ Bu olgu sunumumuzda disfaji şikayeti olan bir DİSH olgusu tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşında erkek hasta yaklaşık 2.5 senedir olan özellikle katı gıdalar ile daha belirgin hale gelen yutma güçlüğü şikayeti ile kulak burun boğaz kli-

niğine başvurdu. Hastanın öyküsünde hipertansiyon dışında bilinen herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Fizik muayenesi normaldi. İki ay önce yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenal ülser dışında patolojik bulgu saptanmadığı tespit edildi. Ayrıca kulak burun boğaz kliniğinde tarafımızdan yapılan laringoskopik incelemesinde farenks ve larenks düzeyinde yumuşak doku patolojisi saptanmadı. Laboratuvar testlerinde anlamlı bulgu tespit edilmedi. Disfajiye neden olabilecek yumuşak doku patolojilerini ekarte etmek için hastaya boyun manyetik rezonans (MR) tetkiki uygulandı. MR görüntülerinde servikal ve torakal vertebra anterior yüzlerinde köprüleşme gösteren osteofit formasyonları ve servikal vertebra anterior yüzlerindeki osteofitlerin hava yolunu daralttığı dikkati çekti. İntervertebral disk yükseklikleri korunmuştu (Resim 1). Özofageal pasajın değerlendirilmesi amacı ile hastaya yapılan baryumlu özofagografide servikal osteofitler nedeniyle faringoözofageal bileşke düzeyinde posterior duvarda mekanik bası izlendi, bunun dışında patolojik bulguya rastlanmadı (Resim 2). Bunun üzerine osteofitik değişikliklerin daha iyi değerlendirilmesi amacı ile hastanın departmanımızda 4 yönlü servi-



RESİM 2: Baryumlu özofagografide, C2-4 seviyesindeki osteofitlere bağlı özofagus posterior duvarında yaylanma izleniyor.



RESİM 1: Servikal görüntülerinde servikal vertebra korpus anterior yüzlerinde köprüleşme gösteren hiperosseoz değişiklikler izleniyor, disk patolojisi eşlik etmiyor.

kal grafisi çekildi. Servikal grafilerde C2-5 düzeylerinde vertebra korpusu anteriorunda osteofit formasyonları izlendi (Resim 3). Diğer vertebra tutulumları açısından 2 yönlü torakal, 2 yönlü lomber ve bilateral sakroiliyak direkt grafileri elde olundu. Torakal ve lomber grafilerde benzer karakterde osteofitik oluşumlar izlendi. Sakroiliyak grafide ise sakroiliyak eklemlerde tutulum izlenmedi. Bu bulgularla olguya DİSH tanısı konuldu.

TARTIŞMA

Disfaji (yutma güçlüğü), yutma fonksiyonunun bozulması veya kaybolması demektir; ağızdan mideye kadar gıdaların geçişinde duyulabilecek zorluğu ifade eder. Etkilenen seviyeye göre orofarengeal ve özofageal olmak üzere iki tipe ayrılır ve semptomlar bu alanlara göre değişkenlik gösterebilir. Disfajinin nörolojik (santral ve periferik sinir sistemi patolojileri, serebrovasküler patolojiler), mekanik (tümör, travma, konjenital, iyatrojenik) ya da sistemik (enfeksiyonlar, inflamatuvar miyopatiler)



RESİM 3: Hastanın yan servikal grafisinde anterior servikal hiperosseoz değişiklikler görülüyor.

nedenleri olabilir. Konjenital ve edinsel birçok bozukluk disfajiye neden olabileceği gibi ileri yaşlarda sıkça görülen servikal vertebralardaki osteofitler nadir olsa da disfajiye neden olabilmektedir.

Toplumun %20-30'unda servikal vertebralarda osteofitler ve diğer servikal hipertrofik değişiklikler bulunabilir.² Bunların çoğu asemptomatik olmakla birlikte boyun ve kol ağrılarına da neden olabilir. Bununla birlikte özellikle anterior yerleşimli osteofitler farinkste veya özofagusta bası yapabilirler.

Servikal aksın düzleşmesi, hipertrofik servikal osteofit ve DİSH gibi servikal vertebra patolojileri disfaji sebebi olabilmektedir.³ İlk defa 1926 yılında Mosher tarafından iki adet servikal spondilitik disfaji vakası yayınlanmıştır.⁴ Forestier 1950 yılında spinal hiperostosisi Forestier hastalığı olarak tanımlamış, Resnick ve ark. ise bu klinik duruma apendiküler iskelet tutulumunu da göstererek, DİSH olarak adlandırmışlardır.^{5,6}

DİSH, ardışık vertebra korpuslarının anterolateral komşulukları boyunca paravertebral liga-

mentlerin ossifikasyonu ve spinal osteofitler ile karakterizedir. Klinik olarak asemptomatik olabileceği gibi spinal rijidite, özofagus, trakea, larinks ve medulla spinalis gibi komşu anatomik yapılarda bası bulguları ve periferel eklemlerde hiperostozis ile kendini gösterebilir. Vertebral kolonda en sık torakal vertebra tutulumu, ikinci sıklıkta ise servikal vertebra tutulumu gözlenir. DİSH erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür. Altmış beş yaş üstündeki hastalarda %5-10 oranında görülür.⁷ Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte ileri yaş, travma, obezite, diyabet, hipertansiyon gibi nedenlerin etiyolojide rol aldığı düşünülmektedir.

DİSH tanısı radyolojik olarak konulur; başlıca tanısal kriterler; en az ardışık dört vertebra korpusu anterolateral yüzeyi boyunca kalsifikasyon/ossifikasyonu, intervertebral disk yüksekliğinin korunması, apofizyal eklem ankilozunun olmaması ve sakroiliyak eklemlerde skleroz veya füzyon olmamasıdır.^{8,9} Bizim olgumuz tanısal kriterleri karşıladığı için DİSH olarak değerlendirildi. Ayırıcı tanıda ankilozan spondilit ve dejeneratif disk hastalığı ile karışabilmesine rağmen ankilozan spondilitte sakroiliyak eklem tutulumu ve vertebra korpuslarında kareleşme, dejeneratif disk hastalığında ise tipik dejenerasyon bulguları nedeniyle bu iki hastalık kolayca ekarte edilebilir.

Osteofiti olan hastalarda disfajinin mekanizması; yeterince büyük osteofitler için farinks veya özofagusa bası yaparak, küçük osteofitler için ise krikoid kırırdağa tutunan faringoözofageal segmente, özellikle servikal 5 ve 6 seviyesindeki osteofitlerin oluşturduğu mekanik obstrüksiyon olarak açıklanmıştır.⁶ Crowther ve Ardran ise servikal 3. ve 4. vertebralardaki osteofitlerin epiglotun eğimini bozarak laringeal girişi kapattığını tanımlamışlardır.¹⁰ Bunların dışında, ağrı ve spazmın da disfaji nedeni olabileceği belirtilmiştir. Disfaji insidansı DİSH'te %17-28 oranındayken dejeneratif hastalıklara bağlı gelişen osteofitlerde disfaji insidansı daha düşüktür.¹¹

Disfaji ile gelen hastada öncelikle nörolojik ve diğer mekanik disfaji nedenleri ekarte edildikten sonra etiyolojide osteofitlerin de disfajiye neden olacağı akılda tutulmalıdır, osteofitlerin gösterilmesi için spinal bölge direkt grafileri ve gerekiyorsa MR

çekilebilir. DİSH kriterleri göz önünde bulundurulurken direkt grafilerde vertebra korpus köşelerinde özellikle anterior kesimlerinde osteofitlerin bulunması, köprüleşmenin gösterilmesi MR ile osteofitlerin hava yolunu daralttığına ortaya konulması tanı için önemlidir. Servikal osteofitlere bağlı disfajinin tedavisi konservatiftir. Diyet değişikliği, sedasyon, nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar ve kas

gevşeticiler tedavide rol alır. İlaç tedavisine yanıt alınamayan hastalarda cerrahi tedavi önerilebilir.⁷ Sonuç olarak, ileri yaşta asemptomatik olarak bulunabilecek osteofitlerin nadir de olsa disfajiye neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Disfaji ile gelen hastalarda diğer nedenler ekarte edildikten sonra direkt grafiler ile servikal vertebralarda osteofit olup olmadığı araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Clark E, Preston P, Wates A, Merry P. DISH-phagia--a difficult problem to swallow. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42(11):1422-3.
2. Bone RC, Nahum AM, Harris AS. Evaluation and correction of dysphagia-producing cervical osteophytosis. *Laryngoscope* 1974;84(11):2045-50.
3. Gerek M, Çiyiltepe M, Akçam T, Karahatay S. [Dysphagia due to cervical vertebral skeletal pathologies] *KBB ve BBC Dergisi* 2004;12(2):74-80.
4. Mosher HP. Exostoses of the cervical vertebrae as a cause for difficulty in swallowing. *Laryngoscope* 1926;36(3):181-2.
5. Cassim B, Mody GM, Rubin DL. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in African blacks. *Br J Rheumatol* 1990;29(2):131-2.
6. Resnick D, Shapiro RF, Wiesner KB, Niwayama G, Utsinger PD, Shaul SR. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) [ankylosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Querol]. *Semin Arthritis Rheum* 1978;7(3):153-87.
7. Akyüz A. [Vertebragenic dysphagia: Case report]. *Turk Neurosurg* 2006;16(1):58-62.
8. Rotés-Querol J. Clinical manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Br J Rheumatol* 1996;35(12):1193-4.
9. Cerrahoğlu L, Ünlü Z, Can M, Cerrahoğlu M. [A diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) case with systemic involvements]. *Türkiye Klinikleri J PM&R* 2001;1(3):178-82.
10. Crowther JA, Ardran GM. Dysphagia due to cervical spondylosis. *J Laryngol Otol* 1985;99(11):1167-9.
11. Kuzeyli K, Aktürk F, Söylev E, Baykal S, Usul H, Çakır E [Forestier's disease and dysphagia (case report)]. *Turk Neurosurg* 1996;6(1):42-4.