

DİFFÜZ İDİOPATİK İSKELET HİPEROSTOZİSİ; DİSFAJİ VE SES KISIKLIĞI İLE SEYREDEN ÜÇ OLGU SUNUMU

DIFFUSE IDIOPATHIC SKELETAL HYPEROSTOSIS; REPORT OF THREE CASES PRESENTING WITH DYSPHAGIA - DYSPHONIA
Baş Boyun Cerrahisi

Başvuru: 04.10.2018
Kabul: 16.07.2019
Yayın: 16.07.2019

Tuğba Bayatkara¹, Yusuf Özgür Biçer¹, Serap Köybaşı Şanal¹

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi (DISH), paravertebral ligaman ve kasların endokondral ossifikasyonu sonucu gelişen yaygın spinal osteofit oluşumları ile karakterize bir hastalıktır. DISH'te, nadir olmakla birlikte mekanik obstrüksiyona bağlı görülen disfaji progresyon gösterebilmektedir. Tedavi erken dönemde konservatif yaklaşımdır. İleri aşamada ise cerrahi olarak osteofitler eksize edilmektedir. Bu çalışma da osteofitler nedeniyle farengeal pasajı daralan, disfaji ve ses kısıklığı yakınması olan üç hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi, Forestier hastalığı disfaji

Abstract

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) is a disease is characterised with common spinal osteophyte formation by evolving of endochondral ossification of paravertebral ligaments and muscles. Dysphagia is quite rare but may be seen because of the mechanic obstruction caused by the evolving osteophytes. At early stage treatment may be conservative although surgical excision may be a choice in advanced cases. In this study three cases if DISH presenting with dysphagia and/or dysphonia are presented.

Keywords: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis, Forestier's disease dysphagia.

Giriş

Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi (DISH), paravertebral ligaman ve kasların endokondral ossifikasyonu sonucu gelişen yaygın spinal osteofitlerle karakterize, literatürde Forestier Hastalığı, Ankilozan Hiperostozis, Spondylitis Ossificans Ligamentosa olarak da adlandırılan bir hastalıktır [1-4]. DISH ile ilgili ilk yazılı bilgi 1824 yılında Wenzel tarafından yayınlanmıştır [5]. Forestier ve Rotes-Querol'un 1950 yılında hastalığın anatomik, klinik ve radyolojik özelliklerini içeren yayınından sonra, Forestier Hastalığı olarak da anılmaya başlanmış ve Resnick tarafından 1975'te Diffüz İdiyopatik İskelet Hiperostozu (DISH) olarak isimlendirilmiştir ve günümüzde de bu terminoloji kabul görmektedir [6]. DISH yaşlılarda rölatif olarak daha yaygındır. Radyolojik olarak DISH 40 yaş üzeri erkekleri % 3,8, kadınları ise % 2,6 oranında etkilemektedir [7]. Servikal vertebral kemiklerdeki değişiklikler özellikle posterior yüz yerleşimlidir ve sıklıkla nörovasküler kompresyona bağlı nörolojik semptomlara yol açmaktadır. Anterior yüz yerleşimli osteofitler ise hastaların çoğunda görülse de genellikle asemptomatiklerdir [3]. DISH çoğu zaman asemptomatik olmakla birlikte, nörovasküler kompresyon ve mekanik obstrüksiyona bağlı ses kısıklığı, stridor, boğazda yabancı cisim hissi, boyun ağrısı, öksürük, boyun hareketlerinde azalma, otalji, odinofaji ve disfajiye yol açabilmektedir. DISH'te nadir olmakla birlikte mekanik obstrüksiyona bağlı görülen disfaji progresyon gösterebilmektedir [1-2,4].

Olgu Sunumu

Olgu 1:

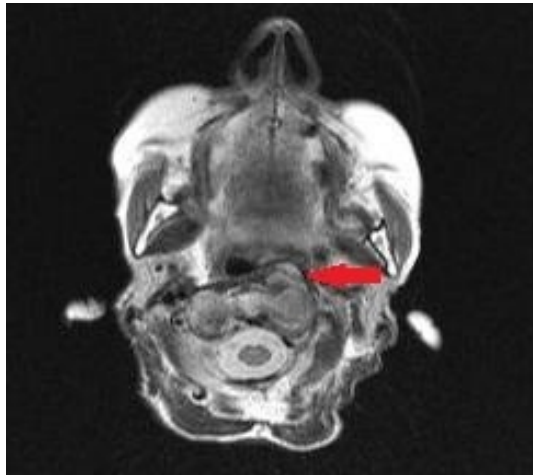
Sorumlu Yazar: Tuğba Bayatkara, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, KBB Bölümü
tugbabayatkara@gmail.com

81 yaşında kadın hasta, birkaç yıldır olan ve son aylarda artış gösteren şiddetli boyun ve baş ağrısı ile yutkunurken zorlanma, ses kısıklığı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Yutkunurken zorlanma hissinin her zaman olduğunu fakat bu şikayetine ara ara ses kısıklığının da eşlik ettiğini ifade ediyordu. Hipertansiyon dışında bilinen başka bir kronik hastalığı yoktu. Yapılan kulak burun boğaz ve baş boyun muayenesinde orofarenks posterior duvarında orta hattın solunda, orofarengal geçişi daraltan kitle izlendi.(Şekil 1) Bunun dışında ek bulgumuz yoktu.



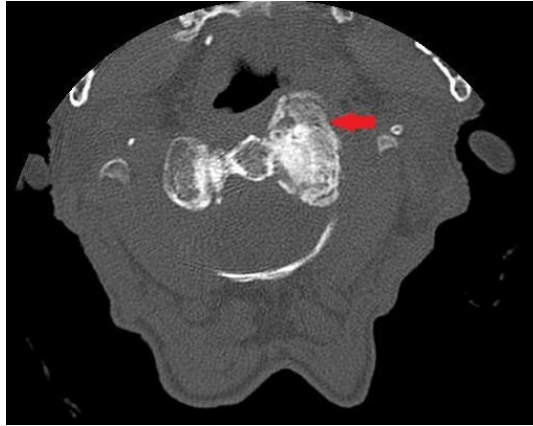
Şekil 1 : Farenks posterior duvarında orta hattın solunda orofarengal geçişi daraltan,protrüzyona neden olan kitle.

İleri tetkik amacıyla çekilen Boyun MRG'sinde orofarenks posterior duvarında orta hattın solunda itilmeye neden olan, sol atlantoaksiyel eklemden hipertrofik osteofit oluşumları izlendi. (Şekil 2)



Şekil 2 : Boyun MRG T1 Sekansı Aksiyal Kesiti

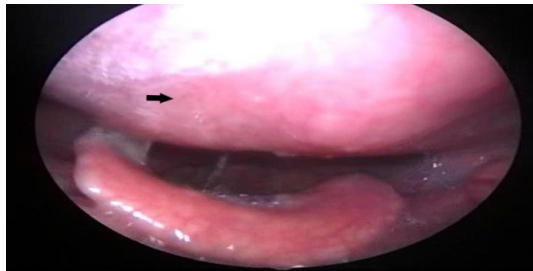
Boyun MRG' de osteofit formasyonu izlenmiş olan hastadan tanıyı desteklemek amacıyla çekilen Boyun BT' de de benzer bulgular izlendi. (Şekil 3)



Şekil 3 : Boyun BT Aksiyal Kesiti

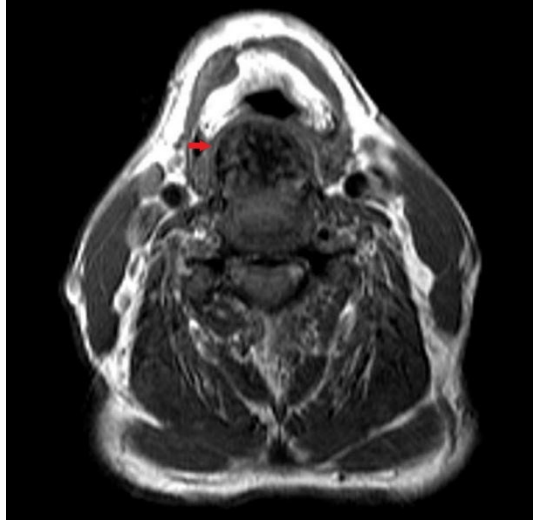
OLGU 2:

62 yaşında erkek hasta 20 gündür olan ses kısıklığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan kulak burun boğaz ve baş boyun muayenesinde hipofarenkste pasajı daraltan kitle ve sağ vokal kord paralizisi izlendi. (Şekil 4)



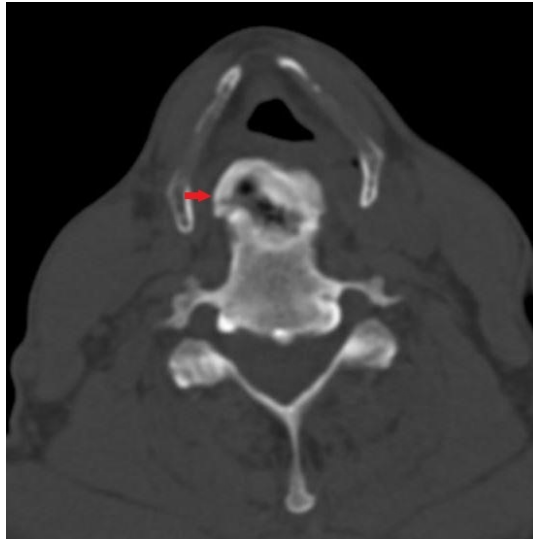
Şekil 4 : Hipofarenks arka duvarında pasaja doğru protrüzyon

Hastanın çekilen Boyun MRG'sinde servikal vertebra anterior korpuslarında, en belirgin C4-5 hizasında olmak üzere füzyon gösteren osteofitler izlendi. Bu osteofitler özefagusa, laringofarenkse ve larinkse orta hattın sağında daha belirgin olmak üzere posterior bası yapmaktaydı. Sağ inferior laringeal sinir trasesine basıya bağlı olarak sağ vokal kord lateralize izlendi. (Şekil 5)



Şekil 5 : Boyun MRG T1 Sekansı Aksiyal Kesiti

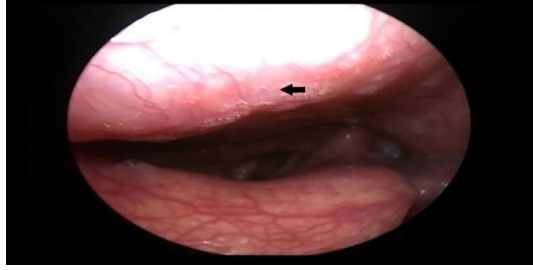
Hastanın mevcut bulguları Boyun BT ile desteklendi. (Şekil 6)



Şekil 6 : Boyun BT Aksiyal Kesiti

OLGU 3:

71 yaşında erkek hasta 5 aydır olan ses kısıklığı ve yutma güçlüğü şikayeti ile başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen kronik rahatsızlığı yoktu. Hastanın yapılan kulak burun boğaz ve baş boyun muayenesinde sağ vokal kordu paralitik izlendi. Vokal kord paralizisi etyolojisini incelemek amacıyla yapılan rutin radyolojik tetkiklerinden Boyun BT'sinde C5-6 seviyesinde orta hattın sağında, anteriora doğru uzanım göstererek laringofarinks ve larinks sağa doğru deplase eden, servikal vertebra korpuslarının anterior köşelerinde köprüleşme gösteren osteofit oluşumları izlendi. (Şekil 7)



Şekil 7 : Laringofarinks sola doğru deplase eden protrüzyon ve sağ vokal kord paralizisi

Sağ vokal kord paralizisinin, sağ rekürren laringeal sinirin osteofit basısına uğraması üzerine ortaya çıktığı izlendi. (Şekil 8)



Şekil 8 : Boyun BT Aksiyal Kesiti

Tartışma ve Sonuç

DISH; ligament, tendon ve fasyada ossifikasyon ve kalsifikasyon ile karakterize bir hastalıktır [4]. DISH' e erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha sık rastlanmaktadır ve her iki cinste de yaşla birlikte görülme sıklığında artış olmaktadır. Hastalığın 40 yaş üzerindeki prevalansı erkeklerde %3,8 kadınlarda %2,6 iken, bu prevalans 65 yaşın üzerinde erkeklerde %10 kadınlarda ise %8 olarak rapor edilmiştir [7]. Bu yazıda sunduğumuz semptomatik iki hastada 65 yaş üzerindedir.

Hastalığın etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Literatürde stres travması, obezite, tip2 DM, gut, hipertansiyon, ankilozan spondilit, nöroartropatiler ve A vitamini toksisitesi ile ilişkilere dikkat çekilmiştir. Ayrıca hastalığın patogenezinde metabolik patolojinin rol oynayabileceği üzerinde durulmaktadır [8]. Hastalarımızda hipertansiyon hariç yukarıda adı geçen hastalıklara rastlanmamıştır.

Disfajinin ayırıcı tanısında boyun, mediasten veya medulla spinalis tümörleri, özefajitler, özefajial strüktürler, aberan damarsal oluşumlar, zenker divertikülü, nöromusküler bozukluklar ve krikofarengeal spazm düşünülmelidir [1,2]. DISH' te disfoni disfajiyle birlikte veya tek başına olabilir. Disfoni postkrikoid alana hiperostotik yapının direkt teması ile aritenoid hareketlerinin kısıtlanması veya n.larengus inferiora direkt bası sonucu oluşabilir [1].

DISH tanısı radyolojik olarak konulur [1-2]. Radyolojik olarak DISH tanısı koymak için Resnick tarafından üç kriter belirlenmiştir. Bu kriterlerden birincisi ardışık en az 4 vertebrada anterolateralde kalsifikasyon ve kemik köprü olması, ikincisi tutulan segmentlerde intervertebral disk mesafesinin normal veya hafif azalmış olması ve üçüncüsü de apofizial eklemlerde ankiloz, sakroiliak eklemlerde erozyon, füzyon ya da skleroz olmamasıdır [9].

DISH' te, başlangıçta lateral grafilerde vertebra korteksi anterior yüzünde hiperosteozis vardır. İlerlemiş vakalarda vertebra korteksi anterior sınırından intervertebral alana uzanım gösteren, dışa doğru büyümeler izlenir. Bu büyümeler düz, yumru şeklinde veya irregüler tarzda olabilir [4].

DISH'te özellikle servikal vertebra etkilendiği zaman ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Literatürde disfaji, trakea ve larenkse basıya bağlı olarak ses kısıklığı, horlama, stridor, myelopati, aspirasyon pnömonisi, uyku apnesi, atlanto-aksiyal subluksasyon, özefagus obstrüksiyonu, endoskopik problemler ve entübasyon güçlüğü şeklinde komplikasyonlardan bahsedilmektedir[10].Hastalarımızda da ses kısıklığı,disfaji şikayetleri mevcuttu.

DISH'in semptomatik olduğu fakat çok ileri durumda olmayan vakalarda, konservatif yaklaşım olarak diyet değişikliği ve medikal tedavi denenmelidir. Medikal tedavide non-steroid antiinflamatuvarlar, steroidler, kas gevşeticiler ve antireflü tedaviler kullanılabilir[11]. Medikal tedaviye dirençli şiddetli ağrı, ilerlemiş disfaji ve aşırı kilo kaybı olan olgularda ise cerrahi tedavi düşünülebilir. Sunulan üç vakaya da ameliyat önerisinde bulunulmasına rağmen hastaların tercihi konservatif yaklaşım olmuştur. Cerrahi yaklaşım olarak; anterolateral yaklaşımla osteofitektomi ile dekompresyon yapılmakta ve bu uygulama iyi bir tedavi alternatifini olarak sunulmaktadır[12]. Ancak cerrahi tedavi semptomları tümüyle ortadan kaldıramayabilir. Özofagusun kronik inflamasyonu ve takiplerde ligaman kalsifikasyonlarının yeniden oluşma riskinin cerrahi başarı şansını azalttığı öne sürülmüştür [13].

Sonuç olarak ses kısıklığı ve disfaji etyolojisi araştırılırken hastaların ileri yaşta olması ve semptomlar dikkate alındığında, baş boyun malignitelerinin ekartasyonu gerekmektedir ancak ayırıcı tanıda DISH'te yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Akhtar, et al. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. J Laryngol Otol. 2000 Feb;114(2):154-7.
2. Jonathan D, Baer S. Cervical osteophytes: their significance in ENT practice (ankylosing vertebral hyperostosis- Forestier's disease). J Laryngol Otol. 1990 Mar;104(3):236-8.
3. Goel R, Sampath P, Mikaelian DO. Dysphagia caused by cervical osteophytes: three cases treated successfully by surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999 Jan;120(1):92-6.
4. Ebo D, et al. Dysphagia in a patient with giant osteophytes: case presentation and review of the literature. Clin Rheumatol. 2000;19(1):70-2.
5. Wenzel K: Uber die Krankheiten am Ruckgrathe. Bamberg, Germany, WL Wesche, 1824
6. Resnick D, Shaul SR, Robins JM. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier's disease with extraspinal manifestations. Radiology 115:513-524, 1975
7. Kiss C, et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in a population-based study in Hungary. Scand J Rheumatology. 2002 ; 31(4):226-9.
8. Kiss C, et al. Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. Rheumatology 2002 Jan; 41(1): 27-30.

9. Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathological features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology* 1976; 119(3): 559-68.
10. Mader R. Clinical manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine. *Semin Arthritis Rheum* 2002; 32(2): 130-135.
11. Sarzi-Puttini P, Atzeni F. New developments in our understanding of DISH (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis). *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16: 287-92.
12. Carlson ML, et al. Surgical management of dysphagia and airway obstruction in patients with prominent ventral cervical osteophytes. *Dysphagia* 2011; 26: 34-40.
13. Aydin E, et al. Six cases of Forestier syndrome, a rare cause of dysphagia. *Acta Otolaryngol* 2006; 126: 775-8.