

# Servikal Vertebral Osteofit Nedeniyle Oluşan Disfaji: Olgu Sunumu

Abdullah Ayçiçek<sup>1</sup>, Olcay Eser<sup>2</sup>, Alpay Haktanır<sup>3</sup>,  
Gazi Boyacı<sup>2</sup>, Oğuz Kırpıko<sup>3</sup>, Ali Altuntaş<sup>1</sup>

Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, <sup>1</sup>Kulak Burun Boğaz AD, <sup>2</sup>Nöroşirurji AD, <sup>3</sup>Radyoloji AD, Afyonkarahisar

## ÖZET

### *Servikal vertebral osteofit nedeniyle oluşan disfaji: Olgu sunumu*

Disfaji otolaringoloji pratiğinde yaygın görülen şikayet olup birçok nedeni vardır. Yaygın idiopatik iskelet hiperostozu (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, DISH) disfajinin nadir bir nedenidir. Forestier hastalığı ya da vertebral ankilozik hiperostozis olarak da bilinir. DISH'de asıl patoloji perivertebral anterolateral ligaman kalsifikasyonudur. İlk olarak Forestier ve Rotes-Querol tarafından 1950'de tanımlanmıştır. Primer tanısı radyolojik olarak konulur ve etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. En yaygın semptomları boyun ağrısı, hareket kısıtlılığı ve disfaji olup daha nadir olarak aspirasyon, dispne ve laringeal stridor da görülebilir. Sadece disfaji ve aspirasyon şikayeti ile müracaat eden ve tedavi sonrası yakınmaları tamamen geçen, 45 yaşında bayan DISH'li bir olgu tartışıldı.

**Anahtar kelimeler:** Disfaji, diffüz idiopatik iskelet hiperostozu, DISH, Forestier hastalığı

## ABSTRACT

### *Dysphagia due to cervical vertebral osteophytes: Case report*

Dysphagia having multifactorial etiologies is a frequent complaint in otolaryngological practice. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis syndrome (DISH) is a rare cause of dysphagia. It is also known as Forestier's disease or vertebral ankylosing hyperostosis. The actual pathology of DISH is the calcification of perivertebral anterolateral ligament. It was first described by Forestier and Rotes-Querol in 1950. The primary diagnosis is radiological and its etiology has not been exactly identified. The most common symptoms are neck pain, limitation of movement, and dysphagia, yet, aspiration, dyspnea, and laryngeal stridor may also be seen rarely. We present a 45 years-old female patient admitted only for dysphagia and aspiration whose complaints were completely revealed after treatment.

**Key words:** Dysphagia, DISH, Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, Forestier's disease

Bakırköy Tıp Dergisi 2009;5:117-119

## GİRİŞ

Yaygın idiopatik iskelet hiperostozu (Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis-DISH), (Forestier Hastalığı, anki-lozan hiperostozis, spondilitis ossifikans ligamentosa) esas olarak 40 yaş üstü kişileri etkileyen, prevalansı yaş-la birlikte artan, erkeklerde daha sık rastlanan ve etyo-lojisi bilinmeyen iskelet hastalığıdır (1,2). Torasik, lomber ve servikal omurganın ön ve yan spinal ligamanlarını tu-tan, laminalı yeni kemik oluşumu ile karakterize ve ba-zen de kemik ankilozuna yol açan bir hastalıktır (1). İlk olarak Forestier ve Rotes-Querol tarafından 1950'de ta-nımlanmıştır. Forestier hastalığı, anki-lozan hiperostoz gi-bi değişik isimler altında anılsa da, güncel terminolojide

difüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) tanımı daha sık kullanılmaktadır. DISH'te en sık karşılaşılan semptomlar omurgada ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı ve özofagus kompresyonuna bağlı disfajidir (3). Servikal tutulumu olan DISH vakalarında disfaji görülme sıklığı %28'dir (4).

Kırk beş yaşında, disfaji, takılma hissi ve aspirasyon şikayetleri ile başvuran, tetkiklerde Forestier sendromu tanısı konulan ve opere edilen ve tüm yakınmaları geçen bayan olgu literatür gözden geçirilerek sunuldu.

## OLGU SUNUMU

Kırkbeş yaşında bayan hasta uzun zaman önce başla-yan ve son iki aydır giderek artan yutma güçlüğü, gıdala-rı alırken takılma hissi ve zaman zaman sıvı gıda alımı ile ortaya çıkan öksürük yakınması ile KBB polikliniğine baş-vurdu. Hastanın yapılan indirekt laringoskopik muayene-sinde hipofarenks arka duvarında kaynaklanan ve epiglot-hipofarenks arka duvar mesafesini daraltan, dokunmakla sert, fikse kitle saptandı. Diğer yapıları ve muayeneleri normal olan olgunun yapılan radyolojik tetkiklerinde: di-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Abdullah Ayçiçek  
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar-Türkiye

Telefon / Phone: +90-272-214-6004

Elektronik posta adresi / E-mail address: draycicek@mynet.com

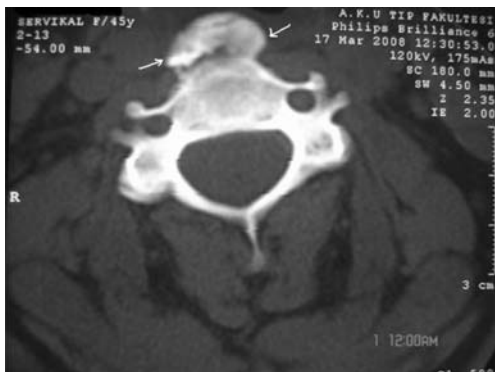
Geliş tarihi / Date of receipt: 4 Ağustos 2008 / August 4, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 12 Kasım 2008 / November 12, 2008

rekt lateral servikal grafide; C3-C7 arasında vertebra korpuslarının anterior inferior kısmından başlayan, vertebra ön yüzünde uzanan difüz hiperostoz görüldü. Özellikle C3-C5 seviyesinde belirgin kalınlaşma mevcuttu (Şekil1). İntervertebral disk mesafeleri normaldi. Servikal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; C3-C5 vertebra anterior inferior bölgesinde ileri derece hiperostoz mevcuttu (Şekil 2). Nöroşirurji kliniği ile konsülte edildi. Hastanın nörolojik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri (kan biyokimyası, sedimentasyon, lökosit) normaldi. DISH tanısı konulan ve anti-inflamatuar ve kas gevşetici tedaviyle yakınmaları azalmayan hastaya cerrahi girişim planlandı. Anterior-servikal yaklaşımla, sternokleidomastoid kası ön kısmına paralel insizyonla girildi. Boyun damar sinir paketi laterale alınıp farenkse ulaşıldı. Farenks arka duvarı omurgadan diseke edildi. Yüksek devirli tur (Midas Rex) kullanılarak oluşan hiperostoz yapılar temizlendi. Anterior stabilizasyon uygulanmayan olgunun kontrol lateral servikal grafilerinde baskıya neden olan yapıların temizlenmiş olduğu görüldü (Şe-



Şekil 1: Lateral servikal direkt grafide; özellikle C3-C5 arasında belirgin olan osseöz hipertrofik değişiklikler.



Şekil 2: Servikal CT; C4 seviyesinden geçen kesitte vertebra korpusu anteriorunda osseöz hipertrofik değişik.



Şekil 3: Olgunun C3-C5 vertebralarında kaynaklanan osseöz yapılar alındıktan sonraki servikal direkt lateral grafisi.

kil 3). Cerrahi sonrası hastanın yutma güçlüğü, takılma hissi ve zaman zaman olan aspirasyon yakınmaları tamamen geçti. Yayın için hastanın onamı alındı.

## TARTIŞMA

DISH'in etyolojisi tam olarak bilinmemektedir ancak obezite, hiperürisemi, hiperkolesteremi, hipertrigliseridemi ve insüline bağlı diabetes mellitus gibi metabolik ve endokrin hastalıkların yanı sıra genetik ve çevresel faktörlerin de risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (1). Çalışmalarda DISH prevalansının Kore'de %2.9 ve Finlandiya'da %10 olduğu ve erkek:kadın oranının 2:1 olduğu bildirilmiştir (5,6). Diğer bir çalışmada Macaristan'da erkeklerde %5.8 kadınlarda %1.3 olarak saptanmıştır (7). Toplumlar arasındaki bu farklılığın etyolojide genetik faktörlerin etkili olabileceği ileri sürülmüştür (5-7). Ülkemizde vaka serileri bildirilmekle birlikte prevalans çalışmalarına rastlamadık (8). Bayan olan olgumuzda etyoloji ile ilişkili olabilecek herhangi bir risk faktörü saptanmadı.

DISH en sık torakal vertebralarda olmakla birlikte lomber, servikal ve her üç segmenti de birlikte tutabilmektedir (4). Servikal bölgede en sık olarak C5 ile C6 ve C5 ile C4 tutulumu izlenmektedir (9). Postkrikoid bölge, özefagus üst ucu ve larinksin anatomik olarak bu lokalizasyonda yer alması bu bölgedeki osteofitlerde dispne den hava yolu obstrüksiyonuna giden bir klinik tablo oluşabilir. DISH olgumuzda C3-C7 vertebralarda vardı ve özellikle de C3-C5 vertebralarda belirgindi. Olgumuzdaki takılma hissi, disfaji ve zaman zaman olan aspirasyon semptomları bu bölgedeki var olan osteofitlere bağlıydı.

DISH'de en sık karşılaşılan semptomlar omurgada ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı, özefagus kompresyonuna bağlı disfajidir ancak stridor, dispne, disfoni, uyku apne sendromu, hayatı tehdit eden akut solunum yetmezliği de bildirilmiştir (3,4,9-12). DISH hastalarında disfaji görülme sıklığı %0.2-28 arasında bildirilmiştir (4). DISH'te disfaji nedeni mekanik bası, osteofitlerin yapmış olduğu kronik irritasyona bağlı ödemle birlikte periözefageal inflamasyon ve kronik irritasyona bağlı krikofarengal spazmdir (4,11). Krikoid seviyesinde küçük bir osteofit bile disfajiye neden olabilmektedir. Disfaji ve aspirasyon genellikle C4-5 seviyesindeki osteofite bağlıdır (11).

Forestier hastalığının tanısında direkt grafi, laringoskopi, özefagoskopi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans inceleme, baryumlu özefagografi tetkiklerinden faydalanılır. Fleksible fiberoptik laringoskop ve özefagoskop ile bölgede yutma gücünü yapabildiği diğer patolojiler ekarte edilir. Direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi ile servikal osteofit yapıları tespit edilir. Manyetik rezonans inceleme ile inflamatuvar lezyonlar ayırt edilir. Baryumlu özefagografi yutma fonksiyonunun ana göstergesi olup yutma patolojisi ve osteofit boyutları arasındaki ilişkiyi göstermede faydalıdır. DISH için radyolojik tanı kriteri; ardaşık en az iki vertebrada anterolateralde kalsifikasyon ve kemik köprü olması; tutulan segmentlerde intervertebral disk mesafesinin normal veya hafif azalmış olması; interapofizyal eklemlerde ankilozun olmamasıdır (4,13,14). Hastalığın tipik bir özelliği de ardaşık vertebralarda yeni kemik oluşumu ile köprü oluşması ve beraberinde bir disk dejenerasyonunun olmamasıdır. Bu radyolojik kriterler ile dejeneratif disk hastalığı ve ankilozan spondilit ile ayırımı yapılır (2). Hiperosteotik formasyonların, osteoartritik osteofitlerden ayırımı cerrahi

açından çok önemlidir. Çünkü DISH'de sadece hiperosteotik oluşumların eksizyonu yeterli iken osteoartrozda aynı zamanda vertebraların stabilizasyonunu da içeren daha kompleks cerrahi prosedürler uygulanmaktadır (12).

DISH tedavisi öncelikle konservatif olup nonsteroidal antiinflamatuarlar, steroidler ve kas gevşeticiler kullanılmaktadır. Ancak tedaviden fayda görmeyen olgularda, anterolateral servikal yaklaşım, posterolateral servikal yaklaşım ve C2-C4 arası lezyonlarda peroral transfarengal yaklaşımla patolojiye sebep olan osteofitler cerrahi olarak çıkarılmaktadır (8,15). DISH'de disfaji sadece osteofitlerin mekanik kompresyona bağlı olmayıp aynı zamanda bu bölgede oluşan kronik irritasyon ve enflamasyon ile krikofarengal spazma bağlı olduğundan cerrahi tedavi öncesi medikal tedavi yapılmalıdır (4,8,11). Olgumuza öncelikle antienflamatuar ve kas gevşeticisi kullanıldı ancak yakınmalarında azalmanın olmaması üzerine anterolateral servikal yaklaşım ile osteofitektomi uygulandı. Postoperatif dönemde şikayetleri tamamen düzeldi.

Disfaji otolaringoloji pratiğinde pek çok KBB uzmanının sık karşılaştığı bir durum olup ayırıcı tanıda yutma gücünü yapabildiği başta özefagus tümörleri olmak üzere farenks, larinks, akciğer ve mediasten tümörleri, özefagus motilite bozuklukları, özefajit, özefagus darlığı, spinal tümörler, vasküler anomaliler, Zenker divertikülü, Plummer-Vinson sendromu, gastroözefageal reflü ve globus histerikus gibi patolojilerinin yanında özellikle orta yaş üzeri hastalarda DISH hastalığı da düşünülmelidir. Ayrıca osteofite bağlı olarak oluşan darlık ve hareket kısıtlılığı nedeni ile bu bölgenin olası travmalarından korunmak için gerek fleksibl gerekse de rijid endoskopi ve entübasyon sırasında DISH akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kiss C, Szilágyi M, Paksy A, Poór G. Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. *Rheumatology* 2002; 41: 27-30.
2. Utsinger PD. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Clin Rheum Dis* 1985; 11: 325-351.
3. Cammisa M, De Serio A, Guglielmi G. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Eur J Radiol* 1998; 27: 7-11.
4. Resnick D, Shapiro RF, Wiesner KB, Niwayama G, Utsinger PD, Shaul SR. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) [anklosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Querol]. *Semin Arthritis Rheum* 1978; 7: 153-187.
5. Kim SK, Choi BR, Kim CG, et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Korea. *J Rheumatol* 2004; 31: 2032-2035.
6. Julkunen H, Knekt P, Aromaa A. Spondylosis deformans and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in Finland. *Scand J Rheumatol* 1981; 10: 193-203.
7. Kiss C, O'Neill TW, Mituszova M, Szilágyi M, Donath J, Poór G. Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Budapest, Hungary. *Rheumatology* 2002; 41: 1335-1336.
8. Aydın E, Akdoğan V, Akkuzu B, Kirbaş I, Özgirgin ON. Six cases of Forestier syndrome, a rare cause of dysphagia. *Acta Otolaryngol* 2006; 126: 775-778.
9. Nelson RS, Urquhart AC, Faciszewski T. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a rare cause of Dysphagia, airway obstruction, and dysphonia. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 938-942.
10. Matan AJ, Hsu J, Fredrickson BA. Management of respiratory compromise caused by cervical osteophytes: a case report and review of the literature. *Spine J* 2002; 2: 456-459.
11. Carlson MJ, Stauffer RN, Payne WS. Ankylosing vertebral hyperostosis causing dysphagia. *Arch Surg* 1974; 109: 567-590.
12. Ladenheim SE, Marlowe FI. Dysphagia secondary to cervical osteophytes. *Am J Otolaryngol* 1999; 20: 184-189.
13. Resnick D, Shaul SR, Robins JM. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier's disease with extraspinal manifestations. *Radiology* 1975; 115: 513-524.
14. Burkus JK. Esophageal obstruction secondary to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Orthopedics* 1988; 11: 717-720.
15. Uppal S, Wheatley AH. Transpharyngeal approach for the treatment of dysphagia due to Forestier's disease. *J Laryngol Otol* 1999; 113: 366-368.