

# Forestier Hastalığı ve Disfaji: Olgu Sunumu

## Forestier Disease and Dysphagia: A Case Report

\*Dr. Caner ŞAHİN, \*\*Dr. Yavuz Fuat YILMAZ, \*Dr. Utku AYDİL, \*\*Dr. Müge ÖZCAN

\*Konya Asker Hastanesi, KBB Kliniği, Konya

\*\*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Kliniği, Ankara

### ÖZET

Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi (Forestier hastalığı) paravertebral ligaman ve kasların endokral ossifikasyonu sonucu gelişen spinal osteofit oluşumları ile karakterizedir. Hastalarda disfaji, boyun ağrısı, otalji gibi şikayetlere yol açabilir. Bu nonspesifik semptomlar nedeniyle hastalığın tanısı sıklıkla gecikebilir. Hastalık disfaji etyolojisi ve retrofarengeal kitlelerin ayırıcı tanısında özellikle akılda tutulmalıdır. Tedavi erken dönemde konservatif iken, ileri dönemde cerrahi olarak osteofitlerin eksiye edilmesidir Bu makalede C3-C6 vertebra seviyesinde osteofit oluşumuyla, disfajiye sebep olan, Forestier hastalığı tanısı konulan bir vaka literatür eşliğinde sunulmuştur.

#### Anahtar Sözcükler

*Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi, disfaji*

### ABSTRACT

Forestier disease, known as diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, is characterized by formation of osteophytes due to endocranial ossification of paravertebral ligaments and muscles. Patients may complain from dysphagia, neck pain and otalgia. The diagnosis of this disease may be delayed because of these nonspecific symptoms. The disease must be considered in the etiology of dysphagia and differential diagnosis of retropharyngeal masses. Although conservative therapy is the first choice in the early stage, progressive disease needs excision of osteophytes surgically. In this article we present a case diagnosed as Forestier disease, complaining of dysphagia by the formation of osteophytes at C3-C6 levels and reviewed the literature.

#### Keywords

*Hyperostosis, diffuse idiopathic skeletal, deglutition disorders*

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **24.06.2008**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **15.10.2008**

≈

Yazışma adresi

**Dr. Yavuz Fuat YILMAZ**

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

1. Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları Kliniği,

Sıhhiye, 06100, Ankara

Tel: 90 312 508 40 00

Faks: 90 312

Tel: 90 312 5085202

E-posta: dryfyilmaz@yahoo.com.tr

yfyilmaz@gmail.com

## GİRİŞ

**D**ifüz idyopatik iskelet hiperostozu (DISH) spinal, paravertebral ligaman ve kasların, dejeneratif, travmatik veya enfeksiyöz sebepler olmaksızın ossifikasyonu ile karakterize kronik bir hastalıktır.<sup>1</sup> Literatürde DISH, ‘senil ankilozan hiperostoz’ ve ‘spondilit ossificans ligamentosa’ olarak da isimlendirilmektedir.<sup>1</sup> İlk olarak 1950’de Forestier tarafından tarif edilen hastalık 1975 yılında Resnick tarafından DISH terminolojisi ile adlandırılmıştır ve günümüzde de bu terminoloji kullanımı kabul görmüştür.<sup>2</sup>

Hastalık asemptomatik olabileceği gibi, ses kısıklığı, stridor, boyun ağrısı, boyun hareketlerinde azalma, sırt ağrıları, odinofaji ve disfaji gibi şikayetlere yol açabilir.<sup>1</sup> Bu şikayetler kulak burun boğaz hekimlerinin günlük pratikte çok sık karşılaştıkları yakınmalardandır. Bu nedenle sık karşılaşılmamasına rağmen bu tarz yakınmaları olan hastalarda DISH akılda tutulmalıdır.

## OLGU SUNUMU

58 yaşında bayan hasta polikliniğimize 1 yıldır mevcut yutma güçlüğü ve boyun ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın videolarinoskopik muayenesinde posterior farengeal duvarı postkrikoid alana doğru iten submukozal kitle izlendi. Lateral servikal grafide C3 distalinden C4-6 corpus anterioruna uzanan ekzostoz görüldü. (Resim 1). Baryumlu özofagus grafisinde bu



**Resim 1.** Servikal grafide C3-6 düzeyinde hiperostoz izlenmektedir, disk yükseklikleri korunmuştur, osteoporoz izlenmemektedir.



**Resim 2.** Baryumlu özofagografide C3-6 seviyesinde komprese olan özofagusun laterale itilmiş görüntüsü.

ekzostotik yapıların hipofarenksi daralttığı izlendi (Resim 2). Çekilen torakolomber grafilerde patoloji saptanmadı. Boynun fleksiyon ve ekstansiyonunda hareket kısıtlılığı saptanmadı. Nörolojik muayene normal olarak değerlendirildi ve hastanın laboratuvar kan değerleri normal sınırlarda idi. Hastaya şikayetlerinin nedeni anlatıldı, 1 yıldır antiinflamatuvar ve kas gevşetici ilaçlar kullanan ve fayda görmeyen hastaya operasyon önerildi, fakat hasta operasyonu kabul etmedi.

## TARTIŞMA

KBB kliniklerinde sık rastlanan şikayetler olmasına rağmen, semptomların birçok hastalıkla benzer olması nedeniyle tanısı sıklıkla atlanan DISH, genellikle 40 yaş üzeri erkeklerde rastlanır. 40 yaş üzerindeki prevalansı erkeklerde %3.8 kadınlarda %2.6 olup 65 yaşın üzerinde hızlı bir prevalans artışı gösterir.<sup>3</sup>

Hastalığın etyolojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. Hastalık etyolojisinde akromegali, hipoparatiroidizm, diabetes mellitus gibi endokrin

bozukluklar, ankilozan spondilit ve hipervitaminosis A suçlanmaktadır.<sup>1</sup>

DISH kemik, ligament, tendon ve fasyaların ossifikasyonu ile karakterize bir hastalıktır. En sık omurgada tutulum olmakla birlikte pelvis, patella, ayak bilek eklemleri de tutulabilir.<sup>4</sup> Omurgada %97 torakal, %90 lomber, %78 servikal vertebralarda, %70 oranında her üç segmentte birden tutulum olmaktadır.<sup>5</sup> Hastalığın tanısı radyolojik olarak konur. İntervertebral disk yüksekliğinin korunması, ardışık dört vertebra cisminin anterolateral yüzeyi boyunca ossifikasyon ve köprüleşmeler olması, apofizyal eklem ankilozunun olmaması, sakroiliak eklem erozyonu, sklerozu veya füzyonun olmaması, vertebra korpusunun sağlam kalması DISH'in radyolojik tanı kriterleridir.<sup>3</sup>

Hastalık en sık sırtta ağrı, hareket kısıtlılığı ve disfaji ile belirti verir. Posterior longitudinal ligament tutulumuna bağlı spinal kord basısı ve lomber bölgede spinal stenoz nadiren olur.<sup>5</sup> Trakea ve larenkse bası yaparak solunum zorluğu ve ses kısıklığına çok ender neden olur.<sup>6</sup>

Servikal tutulumu olan DISH'da disfaji insidansı literatürde %6-28 arasında farklı oranlarda bildirilmektedir.<sup>7</sup> Disfaji iki mekanizma ile açıklanmaktadır. Birincisi osteofitin özafagusa yaptığı direkt bası, ikincisi ise hiperostoza sekonder gelişen inflamasyon ve yumuşak doku reaksiyonudur.<sup>8</sup> Anatomik olarak özafagus, krikoid kartilaj ve diyafragma seviyesinde fikse, bu iki yer dışında abdomene kadar mobildir. Krikoid kartilaj seviyesinde oluşacak basılar kolayca disfajiye neden olabilmektedir.<sup>9</sup> Bizim hastamız da son 1 yıldır yutma zorluğundan şikayet etmekteydi. Disfaji şikayetiyle başvuran hastalarda baryumlu özafagus grafileri özafagus obstrüksiyonu bölgesini belirlemekte faydalıdır. Fleksibl veya videolarinoskopik muayene yardımıyla larenks, hipofarenks bölgesi detaylı şekilde değerlendirilebilir. Bilgisayarlı tomografi vertebra komşuluğundaki osteofitlerin tanısının konmasında ve posterior fa-

rengeal duvardaki kabarıklığın ayırıcı tanısında faydalıdır. Özafagus patolojilerinin tanınması amacıyla üst gastrointestinal sistem endoskopik muayenesi ayırıcı tanıda yarar sağlar. Disfajinin ayırıcı tanısında boyun, mediasten veya medulla spinalis tümörleri, özefajitler, özefajial strüktürler, Zenker divertikülü, nöromusküler bozukluklar ve krikofarengeal spazm düşünülmelidir.<sup>8,9</sup>

Disfaji şikayeti olan DISH hastalarında öncelikle yumuşak diyet ve medikal tedavi denenmelidir. Medikal tedavide non-steroid antiinflamatuvarlar, steroidler, kas gevşeticiler kullanılabilir. İlerlemiş disfaji, medikal tedaviye dirençli şiddetli ağrıları ve aşırı kilo kaybı olan olgularda cerrahi tedavi düşünülebilir. Ancak cerrahi tedavi semptomları tümüyle ortadan kaldıramayabilir. Özafagusun kronik inflamasyonu ve takiplerde osteofitlerin yeniden oluşma riski cerrahinin başarı şansını azaltmaktadır.<sup>9</sup>

Cerrahi tedavide anterior servikal yaklaşım ve posterolateral yaklaşımla hiperosteotik dokular temizlenir. Anterior servikal yaklaşımda rekürren larengeal sinir zedelenmesi riski varken, posterolateral yaklaşımda karotid arter ve servikal sempatik zincir zedelenme riski mevcuttur.<sup>10</sup> C1- 4 seviyesinde bası olan vakalarda peroral transfarengeal yaklaşım kullanılabilir. Ancak bu yaklaşımda orofarengeal floranın potansiyel kontaminasyon riski göz ardı edilmemelidir. Operasyonla kısa vadede şikayetler giderilse de, orta vadede nüks hala önemli bir sorun olarak durmaktadır.<sup>11</sup>

Sonuç olarak disfaji ve boyun ağrısı gibi şikayetlerle başvuran ve özellikle videolarinoskopik muayenesinde postkrikoid alanda dolgunluk saptanan hastalarda, bu anatomik bölgenin benign ve malign hastalıklarının ayırıcı tanısında DISH akılda tutulmalıdır. Kliniği ağır olmayan hastalarda diyet değişikliği ve medikal tedavi yeterli olurken, ciddi olgularda operasyondan başka seçenek yoktur.

#### KAYNAKLAR

- 1 Akhtar S, O'Flynn PE, Kelly A, Valentine PM. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. J Laryngol Otol 2000;114: 154-7.
- 2 Resnick D, Shaul SR, Robins JM. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). Forestier's disease with extraspinal manifestations. Radiology 1975;115: 513-24.
- 3 Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA, Starr MR, Joseph L, Watts CS, et al. A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status. Medicine 1997; 76: 104-7.
- 4 Aslan G, Hamzaoğlu A. Forestier hastalığı ve disfaji. KBB Forum 2007;6:33-6.

- 5 Cammisa M, De Serio A, Guglielmi G. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Eur J Radiol* 1998; 1: 7-11.
- 6 Papakostas K, Thakar A, Nandapalan V, O'Sullivan G. An unusual case of stridor due to osteophytes of the cervical spine: (Forestier's disease). *J Laryngol Otol* 1999; 113: 65-7.
- 7 Jeannon JP, Goldstein DP, Bachar G, Gentili F, Irish JC. Forestier disease causing dysphagia. *J Otolaryngol* 2008 ;37:11-4.
- 8 Kmucha ST, Cravens RB Jr. DISH syndrome and its role in dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 110: 431- 6.
- 9 Aydin E, Akdogan V, Akkuzu B, Kirbaş I, Ozgirgin ON. Six cases of Forestier syndrome, a rare cause of dysphagia. *Acta Otolaryngol* 2006;126:775-8.
- 10 Carrau RL, Cintron FR, Astor F. Transcervical approaches to the prevertebral space. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116: 1070-3.
- 11 Uppal S, Wheatley AH. Transpharyngeal approach for the treatment of dysphagia due to Forestier's disease. *J Laryngol Otol* 1999;113: 366-8.