

Yutma Güçlüğü ile Seyreden Forestier Hastalığı: İki Olgu Sunumu

Ali DALGIÇ *, İbrahim TUTKAN *, Bülent ARSLAN *, İrfan ÇINAR *, Bülent T. DEMİRGİL *,
Zeki ORAL *

ÖZET

Diffüz İdiyopatik İskeletal Hiperosteozis, spinal entezopatiler arasında yer alır. Anterior longitudinal ligamanın enflamasyonu ve ossifikasyonu ile seyreden ilerleyici bir hastalıktır. Tanı radyolojik incelemeler ile konur.

Sunumuzda 2000 yılında kliniğimize başvuran 61 ve 62 yaşlarında 2 erkek olgu değerlendirildi. Her iki olgumuzda yutma güçlüğü ve boyun ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Olguların klinik tabloları ve radyolojik incelemeleri değerlendirilerek yapılarak; diffüz idiyopatik iskeletal hiperosteozis tanısı konan olgular literatür ışığında gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Forestier hastalığı, yutma güçlüğü, boyun ağrısı

Düşünen Adam; 2002, 15(1):56-59

SUMMARY

Forestier Disease (Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperosteosis) takes part in entesopathies. It is a progressive disease with the inflammation and ossifications of the anterior longitudinal ligament. Diagnosis is made radiologically.

In our presentation, a 61 years old male and a 62 years old male who consulted to our hospital at 2000 were evaluated. Both cases complained of dysphagy and neck pain. Cases diagnosed as Forestier Disease according radiological investigations and clinical picture were looked over according to the literature.

Key words: Forestier disease, dysphagy, neck pain

GİRİŞ

Spinal entezopatiler, omurga yapısına katılan paraspinal ve ekstra-aksiyel ligamantöz yapıların enflamasyonu ile seyreden ilerleyici bir hastalık grubudur (10,11). Bunlardan diffüz idiyopatik iskeletal hiperosteozis (DİİH) ilk kez Forestier ve Rotes-Querol tarafından tanımlanmıştır (8,10,11).

Görülme sıklığı yaşa ve toplumlara göre değişir.

Uzakdoğu toplumlarında daha sıktır. 40 yaş öncesinde görülme sıklığı % 3-6 olmasına karşılık 5 ve 6. dekadlarda % 12-15 düzeyine kadar çıkmaktadır. Otopsi serilerinde ise % 6-12 sıklıkta rastlanmıştır (1,6,10,11).

Foramen magnumdan sakruma kadar uzanan Anterior longitudinal ligamanın (ALL) enflamasyonu ile seyreden dejeneratif sürecin sonucunda ossifikasyon ortaya çıkar; bu sürece posterior longitudinal

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi II. Nöroşirürji Kliniği



Resim 1. Birinci olgunun lateral servikal grafide vertebra korpuslarının ön yüzünden gelişen ossifiye yapılar gözlenmekte.

ligaman (PLL), ligamentum flavum ve disk mesafesi de katılabilir. Tam radyolojik incelemeler ile konur (1,4,6,8,10,11).

DİİH'de ALL'nin ossifikasyonu sonucunda omurganın hareket yeteneği ve stabilitesi bozulur; böylece sabah sertliği ve ağrı belirgin olmak üzere, hareket ve aktivite ile ilgili yakınmalar ön plana çıkar (1-4,8-11). DİİH'nin sürecine PLL ve/veya ligamentum flavum da katılabilir; bu durumda parestezi, güçsüzlük gibi nörolojik yakınmalar ile birlikte miyelopati bulguları ortaya çıkabilir (6-9).

Omurganın kendi işlevini ilgilendiren omurga sertliği (spinal rijidite) ve ağrı DİİH olgularının en sık rastlanan yakınmasıdır (3,8,9). Bu bulgular ile beraber hipertrofiye uğrayarak ossifiye olan ALL çevre dokulara bası yapar ve buna ilişkin bulgular verebilir (3,9-11). Ösofagusa bası sonucunda ortaya çıkan yutma güçlüğü bunlardan en sık rastlanılanıdır (1-4,9).

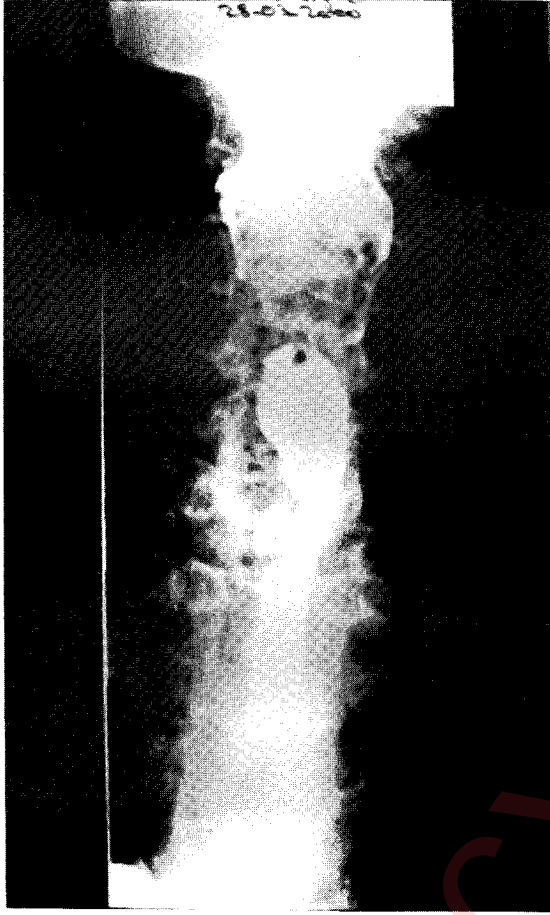
OLGU 1

62 yaşında erkek olgu; boyun ağrısı ve yutma güç-



Resim 2. Aynı olgunun servikal MRI incelemesinde korpuslardan gelişen ossifiye yapılar gözlenmekte, omurilikte herhangi bir patoloji gözlenmedi.

lüğü yakınması ile kliniğimize başvurdu. Olgu sıvı besinleri yutabiliyor ancak katı besinleri yutmakta ileri derecede zorlanıyordu. Olgunun özgeçmişinde 2 ay önce geçirilmiş miyokard enfarktüsü öyküsü olup sistemik muayenede dakikada 2-3 kez olan ventriküler ekstrasistollerini saptandı. Diğer sistemler ile ilgili olumsuz muayene bulgusu saptanmadı. Nörolojik muayenesi doğal olarak değerlendirildi. Yapılan radyolojik tetkiklerinden direkt servikal grafilerde C4 ve C5 düzeyinde omurganın ön yüzünde; omurların gövdelerinden çıkan ve öne doğru uzanan kemik yapılar gözlemlendi (Resim 1). Servikal MRI incelemesinde omurilik basısına neden olabilecek patolojiye rastlanmadı (Resim 2). Olguya cerrahi tedavi planlandı ancak dahiliye ve anestezi konsültasyonlarında olgunun miyokard enfarktüsü öyküsü nedeniyle kardiyovasküler sistemin stabil olana kadar ope-

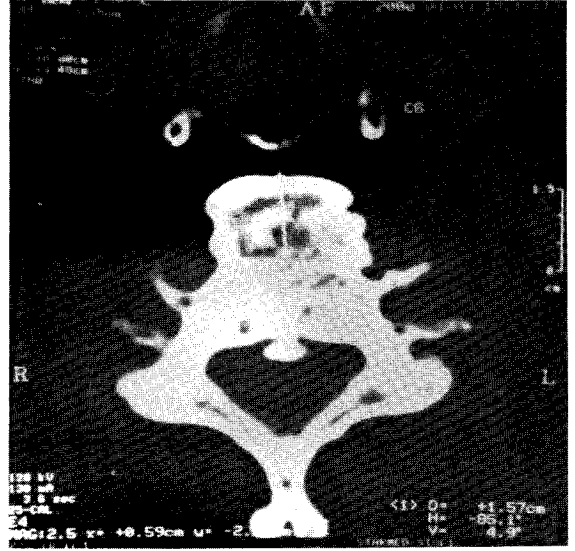


Resim 3. İkinci olgunun kontrast madde verilerek yapılan özofagografisinde ossifiye yapılar tarafından pasajın engellendiği gözlenmektedir.

rasyonun ertelenmesi önerildi; olgu konservatif tedaviye alınarak düzenli poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

OLGU 2

61 yaşında erkek olgu; boyun ağrısı ve yutma güçlüğü yakınması ile kliniğimize başvurdu. Olgu sıvı besinleri rahat yutabiliyor ancak 2 aydır katı besinleri yutmakta zorlandığını ifade ediyordu. Olgunun nörolojik muayenesi doğal olarak değerlendirildi, yutma güçlüğü dışında diğer sistemler ile ilgili yakınması yoktu. Yapılan radyolojik tetkiklerinden direkt servikal grafilere C4, C5 ve C6 düzeylerinde, omurganın ön yüzünde yerleşen, omurların gövdelerinden öne doğru uzanan kemik yapılar gözlemlendi. Kontrast madde verilerek yapılan özofagografi incelemesinde (Re-



Resim 4. İkinci olgunun servikal BT incelemesinde anterior longitudinal ligamanın ossifikasyonuna ek olarak posterior longitudinal ligamanda da ossifikasyon gözlenmektedir.

sim 3) C6 ve C7 düzeyinde özofagusun öne doğru açtığı ve yer değiştirdiği gözlemlendi. Bu düzeyde özofagus kemik yapıdan kaynaklanan arkadan bası saptandı ve pasajın engellendiği gözlemlendi. Servikal BT'de (Resim 4) omurun ön yüzünde ossifikasyon ile birlikte PLL'de de ossifikasyon gözlemlendi. Cerrahi tedavi planlandı ancak operasyon önerisini kabul etmedi; konservatif tedaviye alınarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

DİİH Forestier ve Rotes-Querol tarafından tanımlanmıştır (8,10,11). Foramen magnumdan sakruma kadar uzanan ALL'nin enflamasyonu ile seyreden dejeneratif sürecin sonucunda ossifikasyon ortaya çıkar; bu olaya PLL ve/veya ligamentum flavum ossifikasyonu da eşlik edebilir (6,7,10,11). DİİH omurganın her düzeyinde ortaya çıkmakla birlikte üst lomber bölgede daha çok, üst torakal ve servikal bölgede daha az sıklıkta rastlanmaktadır (6,10,11). İleri yaşlarda görülme sıklığı % 20-30'a kadar çıkmaktadır ve bunların birçoğu asemptomatiktir (1,6,10,11).

Enflamasyon ve ossifikasyon sürecine katılan yapıların anatomik özelliklerine bağlı olarak yakınma ve bulgular değişiklik gösterir (1-4,8,9). Ossifiye olan ALL'nin osteofitik bası bulguları ortaya çıkabilir. Bunlardan özofagusu bası ile yutma güçlüğü sık rastlanılan bir çevresel bası bulgusudur (1-3,6,9-11). To-

rasik çıkış sendromuna da rastlandığına ilişkin yayınlar vardır (8).

DİİH'in diğer spinal ligamanların ossifikasyonu ile birlikte görülebildiğine ilişkin yayınlar vardır (1,3,5,7,9,10,11). ALL ossifikasyonuna eşlik eden PLL, ligamentum flavum ve interspinal ligamanların ossifikasyonu sonucunda bu olgularda miyelopati ve spinal dar kanal bulgularına rastlanabilir (1-3,5-9).

Yutma güçlüğü yakınması ösefagusun kronik inflamatuvar patolojileri, fibrozis, travma, tümör gibi nedenler ile ortaya çıkabileceği gibi ösefagusun direkt basıları sonucunda da ortaya çıkabilir (1-6). Disfaji yakınması olan olgularımızda travmaya veya diğer kronik patolojilere ilişkin öykü saptanmamıştır; her 2 olgumuzda da kontrastlı ösefagogramlar ile ösefagusa dıştan bası olduğu ve bu basının kemik patoloji kaynaklı olduğu ortaya konmuştur.

Kissel ve Youmans, DİİH saptanan 75 olgunun geriye dönük sorgulamasında değişik derecelerde yutma güçlüğüne saptandığını bildirmişlerdir (3). Resnick ve ark.'larının yayınlamış oldukları 40 olgulu DİİH serisinde, % 15 oranında yutma güçlüğüne rastlanmıştır (9). McCafferty ve ark.'ları tarafından yayınlanan 7 DİİH olgusundan dördünde yutma güçlüğü saptanmıştır (5). Epstein tarafından yayınlanan iki olgudan birinde yutma güçlüğü, diğerinde ise OPLL'nin eşlik ettiği miyelopati bulguları saptanmıştır (1,2).

DİİH ALL'nin ve eşlik eden PLL, ligamentum flavum ve interspinal ligamanların ossifikasyonu sonucunda miyelopati bulgularına neden olabilir (1,5,7,8). Yalnız ALL ossifikasyonu ile seyreden DİİH olgularında ise yutma güçlüğü ossifiye ligamanın neden

olduğu ösefagus basısına işaret eder ve bu olgularda anterior yaklaşım ile ossifiye olan ALL cerrahi olarak çıkartılarak yutma güçlüğü ortadan kaldırılabilir (2,3,6,10,11).

Sonuç olarak; spinal rijidite ve ağrı yakınması olan olgularda yutma güçlüğü yakınması var ise DİİH yönünden araştırılması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Epstein NE: Simultaneous Cervical Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis and Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament Resulting in Dysphagia or Myelopathy in the Two Geriatric North Americans. *Surgical of Neurology* 53:427-431, 2000.
2. Epstein NE, Hollingsworth R: Ossification of the Cervical Anterior Longitudinal Ligament Contributing to Dysphagia: Case Report. *J Neurosurgery (spine 2)* 90:261-263, 1999.
3. Kissel P, Youmans JR: Posttraumatic Anterior Cervical Osteophyte and Dysphagia: Surgical Report and Literature Review. *J Spinal Disorders* 5:104-107, 1992.
4. Kritzer RO, Rose JE: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis Presenting with Thoracic Outlet Syndrome and Dysphagia. *Neurosurgery*, 22(6):1071-1074, 1988.
5. McCafferty RR, Harrison MJ, Tamas LB, Larkins ML: Ossification of the Anterior Longitudinal Ligament and Forestier's Disease: An Analysis of Seven Cases. *J Neurosurgery* 83(1):13-17, 1995.
6. Meyer PR: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis in the Cervical Spine. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 359:49-57, 1999.
7. Ono K, Yonenobu K, Miyamoto S, Okada K: Pathology of Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament and Ligamentum Flavum. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 359:18-26, 1999.
8. Reisner A, Stiles GR, Tindall SC: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis Causing Acute Thoracic Myelopathy: A Case Report and Discussion. *Neurosurgery* 26(3):507-511, 1990.
9. Resnick D, Shapiro RF, Weisner KB, Niwayama G, Utsinger PD, Shaul SR: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH); ankylosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Querol. *Semin Arthritis Rheum* 7:153-187, 1978.
10. Taveras JM, Norman A: *Radiology on CD-ROM Edition, Vol. 5, Chapt. 34*, 1996-Lippincott, Raven Publishers
11. Youmans JR: *Neurological Surgery on CD, Fourth Edition Volume III, Part. IX, Chapter; 101.*