

Disfajinin nadir bir nedeni: Forestier hastalığı

A rare cause of dysphagia: Forestier's disease

Dr. Özlem Kara,¹ Dr. Cihan Akgül Özmen,¹ Dr. Müzeyyen Yıldırım Baylan,² Dr. Hasan Nazaroğlu¹

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Radyoloji Anabilim Dalı, ²Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Forestier hastalığı özellikle ön longitudinal bağ olmak üzere çeşitli spinal ve ekstrapinal bağlarda sertleşme artışı ile karakterize, nadir görülen, romatolojik bir hastalıktır. Servikal tutulum bazen disfaji oluşturacak kadar büyük hipertrofik kemik proliferasyonlarına neden olabilir. Bu yazıda nadir bir disfaji nedeni olan Forestier hastalığı klinik ve radyolojik bulguları ile birlikte sunuldu. Seksen yaşında erkek olgu, son 2-3 ayda artan yutma güçlüğü ve boğaz ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Orofarenks muayenesinde, epiglot arka yüzüne oturan yaklaşık 3 cm çapında ağrısız, sert şişlik tespit edildi. Lateral servikal grafisinde, C2-7 vertebral korpusların önünde geniş sertleşme alanı saptandı. Boyun bilgisayarlı tomografide C2-7 vertebralar arasında, ön longitudinal bağ yerleşiminde, köprüleşme gösteren hiperosseöz değişiklikler ve farengeal pasajda daralma izlendi. Servikal manyetik rezonans görüntüleme komşu servikal vertebra ile benzer intensitede ve yer yer heterojeniteler gösteren ön longitudinal bağ boyunca uzanan bir lezyon izlendi. Büyük osteofitik lezyonun, sertleşmiş ön longitudinal bağ olduğu ve disfajiye yol açtığı düşünüldü ve bu bulgularla Forestier hastalığı tanısı konuldu. Disfaji etyolojisinde, nadir bir neden olarak Forestier hastalığı ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bilgisayarlı tomografi; disfaji; Forestier hastalığı.

Forestier's disease is a rare rheumatologic disease characterized by ossification in various spinal and extraspinal ligaments especially the anterior longitudinal ligament. The hypertrophic bone proliferations seen in cervical involvement may be so extensive causing dysphagia. We present Forestier's disease as a rare cause of dysphagia with clinical and radiological findings. An 80-year-old male was admitted for 2-3 months' increasing dysphagia and sore throat. Examination of the oropharynx revealed a 3 cm painless, hard swelling posterior to the epiglottis. A large area of ossification was detected in the anterior portion of the C2-7 vertebrae on lateral cervical roentgenogram. Neck computed tomography revealed bridging hyperosseous changes in the anterior longitudinal ligament between the C2-7 vertebrae and narrowing of the pharyngeal passage. A lesion with similar intensity to adjacent vertebrae and heterogeneous appearance lying along the anterior longitudinal ligament was seen on cervical magnetic resonance imaging. We interpreted the large osseous lesion to be an ossified anterior longitudinal ligament causing dysphagia, and a diagnosis of Forestier's disease was based on these findings. Forestier's disease must be kept in mind as a rare etiology in the differential diagnosis of dysphagia.

Key Words: Computed tomography; dysphagia; Forestier's disease.

Mekanik nedenlerle disfajiye yol açan farklı lokal yapısal lezyonlar arasında, orofarengeal tümörler, vasküler patolojiler, retrofarengeal apse ve ön servikal osteofitler yer alır. Ön servikal

osteofitler yaşlı nüfusun %20-30'unda vardır ve genellikle asemptomatiktir. Nadiren bazı hastalarda, özellikle büyük osteofitler disfajiye neden olabilmektedir.^[1] Forestier hastalığı ya da yaygın

idyopatik iskelet hiperosteozu (YİİH), -vertebranın her seviyesinde- özellikle ön longitüdüal bağ olmak üzere çeşitli spinal ve ekstraspingal bağların enkontral sertleşmesi ile karakterize, nadir görülen, etyolojisi bilinmeyen, romatolojik bir hastalıktır.^[1-3] Forestier ve Rotes-Querol tarafından 1950 yılında Forestier hastalığı olarak tanımlanan bu hastalığı, 1970'de Resnick YİİH olarak adlandırmıştır.^[2] Yaygın idyopatik iskelet hiperosteozlu hastaların %17'sinde tipik olarak disfaji yakınması bildirilmiştir.^[1]

Disfaji yakınmasıyla başvuran ve radyolojik olarak Forestier hastalığı tanısı konulan, 80 yaşında erkek olguyu, röntgen, çokkesitli bilgisayarlı tomografi (ÇKBT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularıyla sunduk.

OLGU SUNUMU

Seksen yaşında erkek olgu, yutma güçlüğü ve boğaz ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden, yaklaşık 3-4 yıldır süregelen yakınmalarının son 2-3 aydır gittikçe arttığı ve artık katı gıdaları yutmakta zorlandığı, sıvı gıdaları alırken de öksürük nöbetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde kronik bir hastalığı ya da ilaç kullanım öyküsü yoktu. Tam kan ve kan biyokimya değerleri normaldi. Orofarenks muayenesinde uvula inferiyöründe, farenks duvarında epiglot arka yüzüne oturan yaklaşık 3 cm çapında ağrısız, sert şişlik tespit edildi.

Hastaya hipofarenkste kitle ön tanısıyla iki yönlü servikal grafi, boyun ÇKBT ve servikal MRG incelemeleri yapıldı. Lateral servikal grafisinde, C2-7 vertebra korpuslarının önünde 13 mm kalınlığa ulaşan geniş sertleşme alanı saptandı (Şekil 1). Boyun ÇKBT'de C2-7 vertebralar arasında, ön longitüdüal bağ yerleşiminde, köprüleşme gösteren hiperosseöz değişiklikler vardı (Şekil 2a, b). Görünüm C2-4 vertebralar arasında daha belirgindi ve bu düzeyde farengeal pasaj ileri düzeyde daraltılmıştı (Şekil 3). Servikal MRG'de vertebra önünde T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde komşu servikal vertebra ile benzer intensitede yer yer heterojeniteler gösteren 13 mm kalınlığa ulaşan ve ön longitüdüal bağ boyunca uzanan lezyon izlendi. Ayrıca C4-6 düzeylerinde intervertebral disk dejenerasyonu saptandı (Şekil 4). Bulgular değerlendirildiğinde saptanan büyük osteofitik lezyonun, sertleşmiş ön longitüdüal bağ olduğu ve disfajiye yol açtığı düşünüldü. Olguya radyolojik olarak Forestier hastalığı tanısı konuldu. Tedavide; olgunun yaşı itibarı ile öncelikli olarak konservatif yaklaşıldı, nonsteroidal

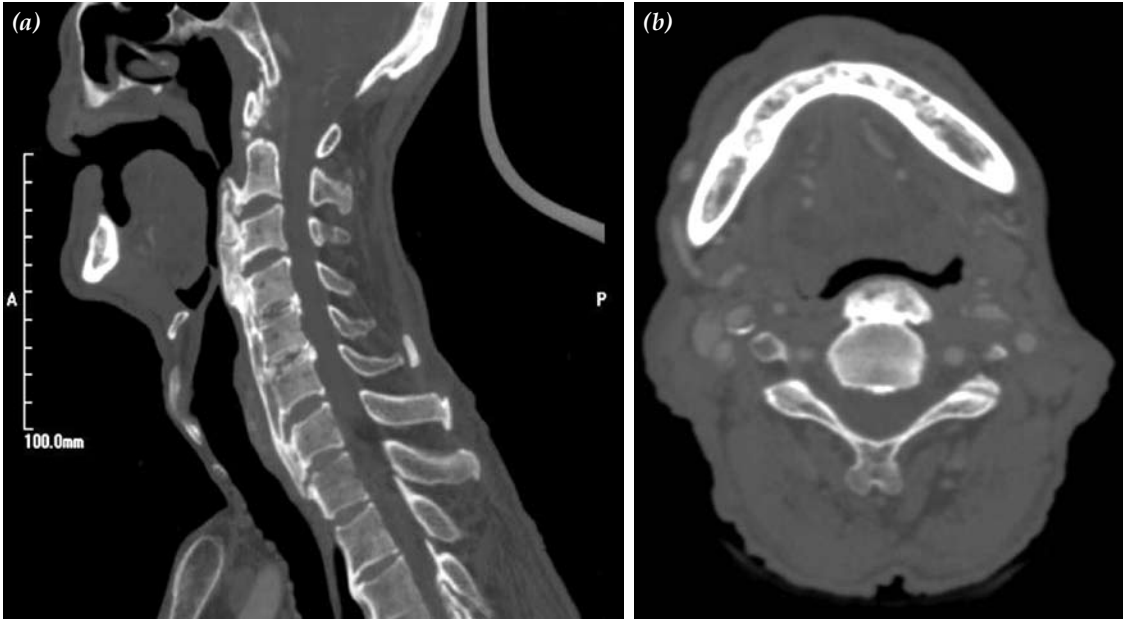
antienflamatuvar ilaç ve kas gevşeticiler verilerek poliklinik kontrolü önerildi.

TARTIŞMA

Yaygın idyopatik iskelet hiperosteozunda disfajiyi açıklayan mekanizma; mekanik bası, büyük servikal osteofitlerin yapmış olduğu kronik farengoözofageal irritasyona bağlı ödemle birlikte periözofageal enflamasyon ve lokal enflamatuvar reaksiyonun neden olduğu krikofarengal spazmdır.^[1,4] Bir çalışmada, radyolojik olarak YİİH tanısı konulan ve bizim olgumuzda olduğu gibi disfaji, katı gıdaları alırken boğazda takılma hissi ve yemek yerken öksürük nöbetleri ile başvuran, ortalama yaşları 81.6 olan beş olgu röntgen ve videofloroskopileri ile birlikte değerlendirilmiştir.^[5] Hastaların lateral servikal grafilerinde ön servikal bağdaki sertleşme kalınlığı ortalama 10 mm'nin üzerinde ölçülmüş ve retrofarengal yumuşak dokuda ise kalınlık artışı saptanmamıştır.^[5] Videofloroskopide farengeal lümenin mekanik kompresyonu, epiglot/vallekulada staz ve tam olmayan üst özofageal sfinkter saptanmış ve buna bağlı hastalığın patofizyolojik mekanizmasının



Şekil 1. Lateral servikal grafide, C2-7 vertebra korpuslarının anteriorunda geniş sertleşme alanı izleniyor.



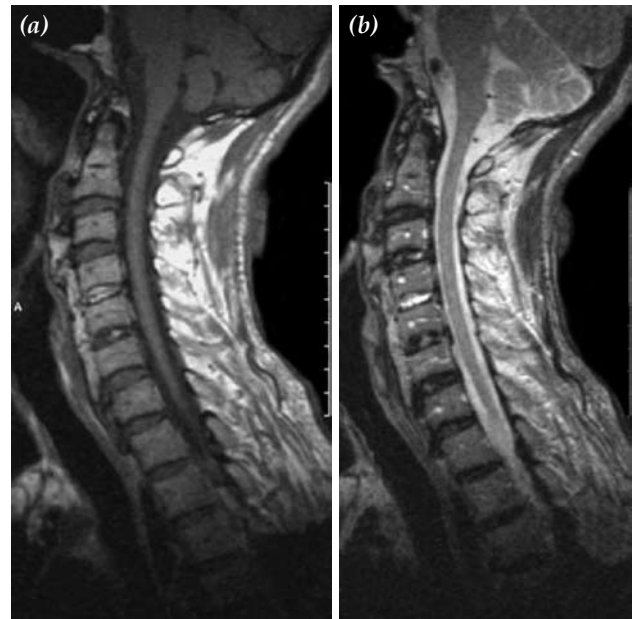
Şekil 2. Boyun çokkesitli bilgisayarlı tomografi, (a) sagittal planda C2-7 vertebralar arasında, anterior longitudinal bağ yerleşiminde köprüleşme gösteren hiperosseöz değişiklikler görülüyor, (b) aksiyal görüntüde vertebra önünde büyük osteofitik lezyon izleniyor.

kinetik değişikliklere bağlı olduğu düşünülmüştür.^[5] Disfaji ayırıcı tanısında; larenks, özofagus, akciğer ve mediasten tümörleri, motilite bozuklukları, özofajit, özofagus darlığı, vasküler anomaliler, Zenker divertikülü, gastroözofageal reflü ve globus histerikus gibi pek çok neden yer almaktadır. Bunların ayırımında baryumlu özofagografi

faydalıdır.^[4] Biz hastamızda muayene bulgularını değerlendirdiğimizde öncelikle hipofarenks kitlesi düşünmüştük. Buna yönelik yaptığımız röntgen, ÇKBT ve MRG incelemelerinde disfajiye neden olabilecek kitle gibi diğer patolojiler ekarte edildi ve mevcut incelemelerle tanı konulabildi. Bu nedenle baryumlu özofagografi ya da perforasyon



Şekil 3. Boyun çokkesitli bilgisayarlı tomografi, sagittal planda C2-4. vertebralar arasındaki büyük osteofitik lezyonun, epiglota dayandığı ve fareneal pasajı ileri düzeyde daralttığı görülüyor.



Şekil 4. Sagittal planda alınan (a) T1 ağırlıklı ve (b) T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde anterior longitudinal bağ sertleşmesi izleniyor.

riski nedeni ile özofagoskopi^[1] yapılmasına gerek duyulmadı.

Yaygın idyopatik iskelet hiperosteozu ile dejeneratif artrit ve ankilozan spondilit ayrımında, YİİH için bazı spesifik radyolojik kriterler tanımlanmıştır. Bunlar; (i) en az arka arkaya dört vertebra korpusunda izlenen kemik köprüleşme, (ii) vertebra korpusu ön yüzü ile kemik proliferasyon arasında radyolüsen çizgi, (iii) büyük osteofitler, (iv) minimal disk dejenerasyonu, (v) apofizyal eklem ankilozu olmaması ve (vi) vertebral kolon disk yüksekliğinin korunmasıdır.^[2,4,6] Ankilozan spondilitte daha uzun süreli klinik öykü, sakroiliyak eklem tutulumu, apofizyal ankiloz ve vertebra korpuslarında kareleşme beklenir. Dejeneratif disk hastalığında disk yüksekliği azalır, arka elemanların tutulumu, vakum fenomeni ve vertebra korpus platolarında marjinal skleroz izlenir. Florosis de YİİH ayırıcı tanısına giren başka bir hastalıktır.^[4] Flor içeriği yüksek içme suları kullanılan bölgelerde görülür. İskelet sisteminde temel bulgu yoğunluk artışıdır. Yaygın idyopatik iskelet hiperosteozunda intervertebral disk yüksekliği korunur, ancak bizim olgumuzda da olduğu gibi minimal disk dejenerasyonu, beklenen bir bulgudur. Vertebral kolonun her seviyesini tutabilen bu hastalıkta; ayırıcı tanıda düşünülen diğer hastalıklardan farklı olarak; radyolojik bulgular belirgin olmasına rağmen ağrı ya

da hareket kısıtlılığı gibi klinik bulgu ve belirtilerin azlığı da dikkat çekicidir. Yaygın idyopatik iskelet hiperosteozunun tedavisi öncelikle konservatiftir ve tedavide nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar ile kas gevşeticiler kullanılmaktadır. Ancak fayda görmeyen olgularda büyük osteofitler cerrahi olarak çıkarılır ve uygulanan medikal tedavi kombinasyonu ile semptomlar hızlı bir şekilde geriler.^[1,4]

Sonuç olarak, disfaji etyolojisinde, nadir bir neden olan Forestier hastalığı ya da YİİH ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Solaroğlu I, Okutan O, Karakuş M, Saygılı B, Beşkonaklı E. Dysphagia due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine. *Türk Neurosurg* 2008;18:409-11.
2. Constantoyannis C, Papadas T, Konstantinou D. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis as a cause of progressive dysphagia: a case report. *Cases J* 2008;1:416.
3. Aslan G, Hamzaoğlu A. Forestier hastalığı ve disfaji. *KBB-Forum* 2007;6:33-6
4. Baflak M, Değirmenci H, Uysal E. Disfaji ile ortaya çıkan yaygın iskelet hiperosteozu (Forestier Hastalığı): Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2003;9:393-5.
5. Masiero S, Padoan E, Bazzi M, Ponzoni A. Dysphagia due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: an analysis of five cases. *Rheumatol Int* 2010;30:681-5.
6. Çağavi F, Kalaycı M, Uğur MB, Uzun L, Asil K, Açıkgöz B. Disfaji ve diffüz iskelet hiperostozu: Olgu sunumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2004;14:146-50.