



Forestier Hastalığı, Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis; Olgu Sunumu

Ayhan Kamanlı*, Süleyman Tatlı*, Cengiz Hacıevliyagil*

*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Elazığ

Konu: Forestier Hastalığı veya Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) sebebi bilinmeyen bir hastalık olup, tanısı primer olarak radyoloji ile konur. Hastalık nadiren semptom verir ve semptomlar iyi lokalize edilemeyebilir.

Olgu sunumu: Nonspesifik sırt ağrısı ve yutma güçlüğü olan DISH'li bir bayan hasta sunulmaktadır.

Tartışma: Sırt ağrıları ve yutma güçlüğü gibi semptomları bulunan hastalarda, DISH'de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: DISH, Sırt Ağrısı, Yutma Güçlüğü

Forestier Disease, Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis; A Case Report

Object: Forestier Disease or Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) is a disease of unknown etiology and diagnosed primarily on the basis of radiological criteria. The disease is rarely symptomatic and these symptoms could not be definitely localised.

Case Report: A female patient with DISH presented with nonspecific back pain and dysphagia has been reported.

Discussion: In patients who has symptoms such as back pain and dysphagia, DISH should be in mind.

Key Word: DISH, Back Pain, Dysphagia

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) veya dismetabolik hiperosteosing polientesopati sebebi bilinmeyen bir ossifikasyon sürecidir. Sıklıkla yaşlılarda (48-85 yaşlarında) ⁸ rastlanan ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülen bir hastalıktır.^{1,2} Bu hastalığı ilk defa 1950 yılında Forestier ve Rotes-Querol tanımlamışlardır. Hastalığın tanısı anatomik, klinik bulgular ve primer olarak da radyolojik verilerle konur.^{3,4} Direkt radyolojik grafilerde arka arkaya dört vertebrada köprüleşen osteofitler, meydana gelen ossifikasyonların anterior vertebral yüzeyden radyolusent bir sınır ile ayrılması, dev osteofitler ve özellikle lomber ve servikal vertebralarda intervertebral disk mesafesinin korunması DISH'in önemli radyolojik özellikleridir.¹ Semptomlar DISH'in aksiyel omurga tutulumuna bağlı gelişebilir. Ayrıca belde ve sırtta tutukluk, hareket kısıtlılığı, sırt ağrısı, yutma güçlüğü gibi semptomlar görülebilmektedir.^{1,5}

DISH'de aksiyel omurga tutulumu iyi bilinmekte ve sık görülmektedir, ancak servikal bölgede ossifikasyonların neden olduğu yutma güçlüğü ise nadir görülen bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.⁶

Burada sırtta nonspesifik ağrı ve servikal osteofite bağlı yutma güçlüğü şikayetleri ile gelen DISH'li bayan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

56 yaşında bayan hasta, yutma güçlüğü, boyun ve sırt ağrısı ve sabah tutukluğu yakınmaları ile servisimize yatırıldı. Yakınmalarının 4 aydır arttığı, ancak 2 yıldır var olduğu öğrenildi. Hastanın gün içinde hareketle devam eden sırt ağrıları zaman zaman geceleri de devam ediyordu. Uzun zamandır yemek yerken, takılma hissi ve yutkunma zorluğundan bahsediyordu.

Fizik muayenede servikal hareketlerde lateral fleksiyonlar boyun ekstansiyonu ve fleksiyonu kısıtlıydı. Torakal kifoz açısı normal sınırlardaydı, torakolomber bölgede basmakla hassasiyet vardı. Lomber lordoz açısı artmış, lomber

hareketleri normal sınırlar içerisindeydi. Kalça ve alt ekstremitte hareketleri normal sınırlarda idi. Üst ekstremitte ve alt ekstremitte nörolojik muayenesinde herhangi patolojik bir bulgu gözlenmedi.

Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 12 mm/h, tam kan sayımı normal değerlerde, biyokimyasal sonuçlarından açlık kan şekeri 130-145 mg/dl arasında, diğer verilerden kolesterol ve trigliserid düzeyleri, ürik asit değerleri ve diğer biyokimyasal değerleri normal sınırlar içerisindeydi. Hastanın Brusella aglutinasyon titresi ve hepatit paneli normal değerlerdeydi. Hastanın çekilen direkt radyografilerinde; servikal grafide, C₅-C₆, C₆-C₇, C₈-T₁ vertebra anterior korpus köşelerinde hipertrofik osteofitler görülmektedir (Şekil 1). Tüm torakal bölge vertebralarında ardışık olarak, özellikle sağ tarafta akar tarzda köprüleşme gösteren osteofitik oluşumlar tespit edildi (Şekil 2). Pelvis grafisinde sakroiliak eklemlerin açık olduğu izlendi.

Şekil 1 Servikal grafide, C₅-C₆, C₆-C₇ ve C₇-C₈ vertebraların anterior korpus köşelerinde hipertrofik osteofitler görülmektedir.



Şekil 2 Tüm torakal bölge vertebralarında ardışık olarak, özellikle sağ tarafta akar tarzda köprüleşme gösteren osteofitik oluşumlar görülmektedir.



TARTIŞMA

İngiliz ve İngilizce konuşan toplumlardaki bu hastalık, genellikle Diffüz İdyopatik Skleletal Hiperosteosis kelimesinin baş harfleri alınarak kısaca DISH olarak bilinir. İtalya'da ise PID (Polientesopati Hiperosteosante Dismetabolica) ismi tercih edilmektedir. Az sıklıkta kullanılan diğer sinonimleri Wenzel ve Rokitanski Forestiyer hastalığı, senil ankilozing vertebral hiperosteosis, coating vertebral hiperosteosis şeklinde sıralanabilir.¹

Hastalığın 40 yaş üzerindeki prevelansı erkeklerde %3,8 kadınlarda %2,6 olarak bulunmuştur.⁷ DISH erken yaşlarda başlar ancak 65 yaşın üzerinde her iki cinsten hızlı bir prevelans artışı gösterir. Hastalık erkeklerde daha sık görülmekte ancak kadınlarda daha ciddi seyretmektedir.² Bizim vakamız 56 yaşında bayan hasta olup semptomlar özellikle sırta ve boyun bölgesinde ılımlı seyretmekte idi. Ancak DISH'li hastalarda nadir görülen bir semptom olan yutma güçlüğü bizim vakamızda mevcuttu.

Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber^{8,9} bazı faktörlerin patogeneizde rol oynadığına dair hipotezler vardır. Bunlar dejeneratif, inflamatuvar ve metabolik (diabetes mellitus gibi) faktörler olup, yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Etyopatogeneizde lokal osteojenik hiperaktivitenin varlığı bildirilmiş olup, son zamanlarda sistemik metabolik faktörler de belirlenmiştir. Yeni kemik büyümesinin, hastalığın karakteristik bir özelliği olduğuna dair veriler ortaya konmuştur.⁸

Kartilaj dokudaki dejeneratif değişikliklerin orjininde, subkondral kemik iliğindeki kan hücrelerinin kartilaj dokusunu istila etmesi ve bu duruma puliripotansiyel

konnektif doku hücrelerinin osteoblastlara dönüşerek cevap vermesi yatar. Sonuçta osteoprodüktif fibro osteogenetik değişiklikler olur ve büyüme; büyüyen, şiş, kabarık osteofitik yapılar için zemin hazırlanmış olur.¹

Paraspinal konnektif doku, anterior longitudinal ligament ve annüler diskin periferik bölümünde patolojik bir ossifikasyon meydana gelmektedir.^{1,4,5,8,9,11} DISH sıklıkla diabetes mellitus ile birlikte görülür, 60 yaşın üzerindeki erkek hastalarda yapılan çalışmalarda vertebral hiperosteosis ile Dupuytren kontraktürü arasında istatistiksel bir korelasyon bulunmaktadır.⁵

DISH'e eşlik eden risk faktörleri; obezite, hiperürüsemi, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi.² DISH tipik olarak omurgayı tutar ancak diğer bölgeleri de tutabilir. DISH sıklıkla osteoartrit bir varyantı olarak bilinir ancak intervertebral eklem mesafesi korunur, faset eklem değişiklikleri yoktur.⁸

Aksiyel iskelet sisteminde aşırı kemik yapımına neden olan faktörler; DISH, spondilolizis, seronegatif spondilartropatiler, akromegali, fluorosis, okronosis, nöroartropatiler ve travmadır.

DISH genelde asemptomatiktir ancak entesopati bölgelerinde ağrı görülebilir. Bazı hastalarda ise ciddi semptomlar görülebilir.¹ Çok sıklıkla semptomlar DISH'in omurga tutulumuna bağlıdır, sertlik, hareket kısıtlılığı, omurga ağrısı,⁹ özofagus basısına bağlı yutma güçlüğü gibi. Bazen sinir kökü irritasyonuna bağlı semptomlar (çok nadiren kompresyon) görülebilir.^{1,5} DISH'de aksiyel iskeletin tutulumu sık görülmektedir ancak servikal ossifikasyonun neden olduğu yutma güçlüğü nadir görülen bir bulgudur.⁶ Bizim vakamızda torakal bölgede osteofitik oluşumlara bağlı nonspesifik bir ağrı ve presyonla hassasiyeti vardı. Ayrıca servikal bölge tutulumuna bağlı, takılma hissi ve yutma güçlüğü gibi semptomları vardı.

Radyolojik görüntüler, var olan ossifikasyonun yeri ve boyutu hastalığın gidişatını gösterir. Radyolojik değişiklikler eklemde kendisinde ve çevresindeki yapılarda görülebilir. Ligaman tutulumu, özellikle anterior longitudinal ligamanın irregüler kalsifikasyon şeklinde görülebilmektedir.⁴

Lezyonlar intervertebral disk ve annulus fibrozus çevresinde meydana gelmektedir. Radyolojik tanı kriterleri vertebral kolon tutulumu ve hastalığın derecelenmesi ile birlikte kullanılır. DISH'i

diğerlerinden ayıran bulgular pseudospondilodesmozitler veya hiperostotik spondilozitler nedeniyle oluşan kemiklerde füzyon formasyonu ve köprüleşmeye gidiştir. Daha karakteristik bir özellik olan, deforme spondilolizis ve makro osteofitlerin iniş biçimindeki ossifikasyonu çok tipiktir, osteofit vertebra kenarı ile kontakt halindedir ve bu duruma damla ritim işareti adı verilmektedir.¹

Torakal vertebra tutulumu karakteristiktir ve hastaların %95'inde bulunur. Burada hiperosteosis, vertebral kolonun sıklıkla sağ tarafında görülür bunun nedeni aort pulsasyonlarının, ossifikasyon formasyonunun gelişimini engellemesidir. Torakal vertebradaki osteofitler, gagalaşma, mum alevi ve tarak dişleri şeklinde görünümlere neden olurlar.¹ Spinal kolon dışında diğer bölgeler de tutulabilir ki patella tutulumu oldukça sık görülen bir bölgedir.³ Bizim vakamızda torakal bölgede tipik olarak sadece sağ tarafta akar tarzda görülen osteofitik oluşumlar dikkat çekiciydi.⁸

Olgumuzda, müphem sırt ağrıları ve yutma güçlüğü gibi semptomları bulunan hastalarda, sık görülen sebeplerin yanında nadiren semptom veren DISH gibi hastalıklarında akıldaki tutulmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Özellikle aksiyel iskeletin boyun, torakal ve lomber bölgenin direk radyografisi tanıma bize oldukça yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Cammisia M, De Serio A, Guglielmi G. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *European Journal of Radiology* 1998;27:7-11
2. Kiss C, Szilagyı M, Mituszova M. Prevalence and risk factors in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in a population sample in Hungary. *Orv Hetil* 1997;138:1619-23
3. Orzincolo C, Scutellari PN, Aiello N, Trotta F. The hyperostotic knee. *Radiol Med (Torino)* 1987;74:270-4.
4. Scutellari PN, Orzincolo C, Tilotta F, Cervi PM. Peripheral localizations in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Radiol Med (Torino)* 1984;70:943-8.
5. Marks B, Schober E, Swoboda H. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis causing obstructing laryngeal edema. *Eur Arch otorhinolaryngol* 1998;225:256-258
6. Ozgoşmen S, Kiris A, Kocakoc E, et al. Osteophyte-induced dysphagia: report of three cases. *Joint Bone Spine* 2002; 69: 226-9
7. Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA. A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status. *Medicine (Baltimore)* 1997;76:104-7
8. Franco M Di, Mauceri M T, Silli-Seavalli A et al. Study of peripheral bone mineral density in patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Clin Rheumatol* 2000; 19:188-192
9. Scutellari PN, Orzincolo C, Princivalle M, Franceschini F. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Review of diagnostic criteria and analysis of 915 cases. *Radiol Med (Torino)* 1992;83:729-36
10. Cerrahoğlu I, Ünlü Z, Can M and et al. A diffuse idiopathic skeletal hyperostosis case with systemic involvements. *T Klin FTR* 2001;1:178-182.
11. Weinfeld R M, Olson P N, Maki D D et al. The prevalence diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in two large american midwest metropolitan hospital populations. *Skeletal Radiol* 1997;26: 222-225

Yazışma Adresi

Dr. Cengiz Hacıevliyagil
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, 23119 Elazığ
Tel : 424 233 3555-2060
Fax : 424 237 7411
GSM : 532 276 5096
E-mail : cengizevliyagil@mynet.com