



Servikal Vertebranın Difüz İdiyopatik İskelet Hiperostozu: Olgu Sunumu

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis of the Cervical Spine: A Case Report

Luay ŞERİFOĞLU, Mustafa KAYA, Yusuf Emrah GERGİN,
Alp KARAASLAN, Nail DEMİREL

Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Özet

Anterior servikal kemik çıkıntılarının en sık iki nedeni diffüz idiyopatik iskelet hiperostosis (DISH) ve ankilozan spondilit'tir (AS). Bu osteofitler ciddi komplikasyonlar ile ilişkili olmuştur. Bu olgu sunumunun amacı, yaygın anterior servikal osteofitlerin nedeni ile oluşan yaşamı tehdit eden disfaji ve yaşlı hastalarda akciğer aspirasyonu için düşük potansiyel nedeni oluşturması vurgulanmıştır.

Anahtar sözcükler: Difüz idiyopatik iskelet hiperostozu; disfaji; osteofitler.

Summary

The 2 most common causes of anterior cervical bony outgrowths are diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) and ankylosing spondylitis (AS). These osteophytes have been associated with serious complications. The aim of the present report was to highlight how commonly occurring anterior cervical osteophytes may become an uncommon cause of life-threatening dysphagia and potential lung aspiration in elderly patients..

Keywords: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis; dysphagia; osteophytes.

Giriş

Anterior servikal kemikteki büyümenin en sık iki sebebi difüz idiyopatik iskelet hiperostosis (DISH) ve ankilozan spondilit (AS)'dir. Birçok olgu semptomsuzdur, ancak hastaların küçük bir bölümünde osteofitlerin sebep olduğu disfaji ve havayolu sorunu ile ilişkili komplikasyonlar görülebilir.^[1,2] Anterior servikal osteofitlerin subglottik stenoz, hava yolunda daralmalar ve buna bağlı zor entübasyon kliniği literatürde bildirilmektedir.^[3] Buna bağlı oluşan hava yolundaki daralmalar ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ciddi problemler yaratabilmektedir.^[4] Biz burada hastanemize disfaji ve

pürülanlı balgamli öksürük hikayesi ile başvuran 80 yaşında erkek olgumuzu sunuyoruz. Yapılan incelemelerde C3-C7 mesafeleri boyunca devam eden osteofit, bu osteofitin özefagusu yaptığı bası tespit edildi, burada amacımız anterior servikal kemiklerdeki osteofit gelişiminin özellikle de yaşlılarda nasıl disfaji ve akciğer aspirasyonuna yol açtığına dikkat çekmektir.

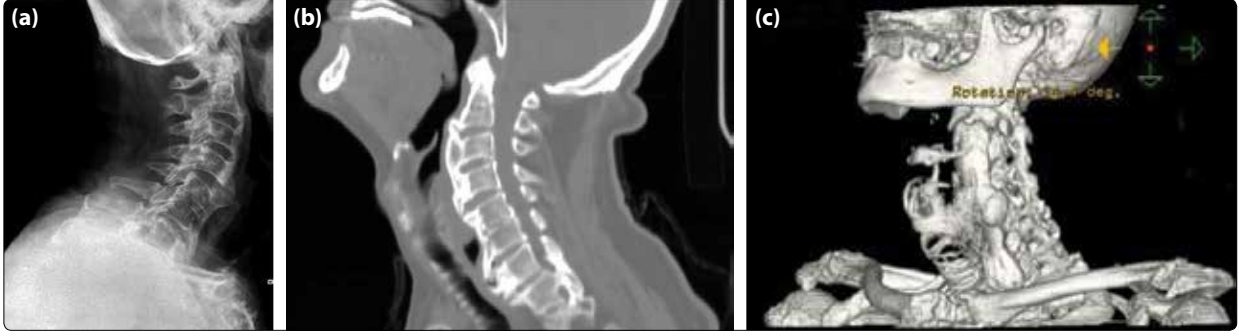
Olgu Sunumu

Seksen yaşında erkek hasta diabetes mellitus, hipertansiyon, konjestif kalp hastalığı, konuşma bozukluğu hikayesi olan ve yaklaşık 10 yıldan beri var olan ancak

İletişim: Dr. Luay Şerifoğlu,
Bayar Cad., Anadolu Sit., No: 33/38, Kozyatağı,
Kadıköy, 34917 İstanbul
Tel: 0216 - 441 39 00

Başvuru tarihi: 08.04.2013
Kabul tarihi: 11.11.2013
Online baskı: 20.12.2015
e-posta: louaysyr@yahoo.com





Şekil 1. (a) Ameliyat öncesi lateral direkt servikal grafi görüntüsünde C3-C7 anterior osteofitik çıkıntılar görülmekte. (b) Ameliyat öncesi servikal bilgisayarlı tomografi görüntüsünde C3-C7 anterior osteofitik çıkıntılar görülmektedir. (c) Ameliyat öncesi üç boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüsünde C3-C7 anterior osteofitik çıkıntılar görülmektedir. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.keahdergi.com).

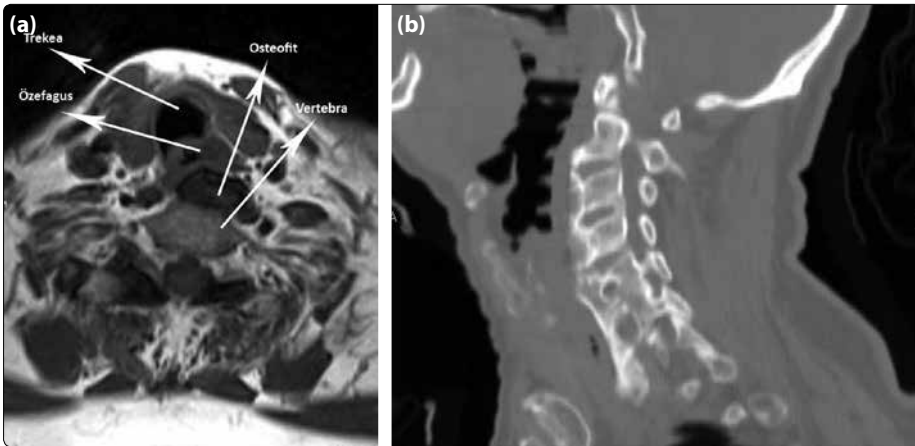
son iki aydır gittikçe şiddetlenen yutma güçlüğü, her yemekten sonra öksürük şikayeti olduğunu belirtti. Başka bir merkezde yutma güçlüğü etiyolojisini araştırmak amacıyla yapılan laringoskopi ve baryumlu özofagografide özofagusta segmental stenoz bulunmuş ancak motoliteye ait primer bir patoloji bulunamamıştı. Hastaya daha sonra yapılan servikal grafilerde anterior osteofitler görülmesi üzerine, tarafımıza sevk edildi. Kliniğimizde yapılan servikal vertebraya ait bilgisayarlı tomografisinde ve manyetik rezonans görüntülemeye özofagusa bası yapan, özofagus ve üst solunum yolunda lokalizasyon değişikliğine yol açan, C3-C7 seviyeleri arasında anterior servikal osteofitler görüldü (Şekil 1a-c) ve (Şekil 2a). Cerrahi planlaması yapılan hasta anterior servikal osteofit rezeksiyonu amacıyla ameliyat edildi ve C3-C7 vertebra düzeyinde anterior yüzdeki osteofitler rezekt edildi. Ameliyattan kısa bir süre sonra hastanın özofagusundaki stenozu-

na bağlı yutma güçlüğünde kısmi düzelme tespit edildi (Şekil 2b).

Tartışma

Servikal bölgedeki kemik büyümeleri DISH, AS, servikal spondilozis, akromegali, hipoparatiroidizm, okronozis ve travma gibi bir çok hastalığa eşlik eder.^[1] Fakat en sık eşlik ettiği hastalık DISH ve AS'dir.

Spondilozis ossifikans ligamentosa, spondilozis hiperostotica, fizyolojik vertebral ligamentöz kalsifikasyon, Forestier Hastalığı, spondilozis deformans olarak da bilinen DISH, genellikle 50'li yaşlarda görülmekte olup erkeklerde kadınlara oranla daha siktir.^[1,2] Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber bazı hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (örneğin, endokrin ve metabolik sendromlar, genetik faktörler, toksik ilaç kullanımı, çevresel faktörler...).



Şekil 2. (a) Ameliyat öncesi servikal manyetik rezonans görüntüsünde C3-C7 anterior osteofitlerin özofagusa ve trekea'ya posteriordan basısı izlenmektedir. (b) Ameliyat sonrası servikal bilgisayarlı tomografi görüntüsünde osteofitlerin C3-C7 anterior rezeksiyonu görülmektedir.

Bu hastalığın spinal tutulumunun üç kriteri vardır; 1) ardırsıra gelen dört vertebranın anterolateral bölgesinde kalsifikasyon ve ossifikasyon varlığı, 2) dejeneratif disk varlığı, 3) apofizyal eklemlerin ankiloza dönüşümü, sakroiliak eklem erozyonu ve skleroz.^[3] Disfaji bu hastalarda sıklıkla görüldüğü için 'DISHfaji' olarak da terimleşmiştir. Yutma zorluğu, kafa tabanında styloid sürecin elongasyonuna sekonder olarak ve stylohyoid ligaman'ın ossifikasyonuna bağlı olarak gelişir ki bunun sonucunda özofagusda kompresyona sebep olur.^[1] Tipik olarak disfajiye sebep olan osteofit gelişimi en sık C5 seviyesinde görülür. Posterior longitudinal ligaman'ın ossifikasyonu DISH'li hastaların %50'sinden fazlasında görülür. Servikal vertebra önünde servikal osteofitlerin neden olduğu anterior protrüzyon hipofarenks'de kompresyona sebep olarak boğazda baskı hissine neden olabilir.^[1,2] Anterior servikal osteofitlerin sebep olduğu bu duruma Eagle sendromu denir ki hasta yutmada zorluk ve boğazda ağrı ile karşımıza gelir.^[5]

Difüz idiyopatik iskelet hiperostozisde ossifikasyon ve yeni kemik oluşumunun görülmesinin sebebi osteoblastların anormal çoğalması olarak belirtilmiştir.^[6] IGF-1, alkalın fosfataz aktivitesini ve osteoblastlardaki tip 2 kollagen miktarını artırır. GH ise IGF-1'in aktivitesini ve IGF-1'in osteoblastlar üzerindeki etkisini azaltır.^[6,7] DISH'li hastalarda insulin ve GH seviyeleri yüksektir ki bu da osteoblastların hiperaktivitesini açıklamaktadır.^[8]

Difüz idiyopatik iskelet hiperostozisli 21 hastada yapılan araştırmaya göre diabetes mellitus görülme sıklığı %52.4 olarak rapor edilmiştir.^[8-10] Hiperinsülinemî'nin eşlik ettiği DISH'li hastalarda diabetes mellitus valığına bakılmaksızın HLA-B8 antijeninin artış gösterdiği rapor edilmiştir ki bu da birçok endokrin hastalığın habercisi olarak gösterilmektedir. İnsülin hali hazırda büyüme faktörü olarak da rol aldığı için bu hastalarda yeni kemik gelişimine neden olduğu bilinmektedir.^[1] Koroner arter hastalıkları ve hipertansiyon da endotel hasarı yaparak DISH gelişimini tetikleyen hastalıklardır.^[2] PGF'nin artması osteoblast proliferasyonunu artırabilir.^[11]

Servikal osteofitlerin tanısını koymak için servikal omurganın direkt grafisinden ve baryumlu grafi çekilmesi gerekir.^[12] Videofluskopi ise yutulan materal geçişi sırasında oluşan kas hareketlini ve disfajinin nöromusküler sebeplerini araştırmak açısından kullanılan bir yöntemdir.^[12] Üst gastrointestinal sistem endoskopi servikal osteofit tanısını koymak için kul-

lanılabilecek bir yöntem olmasına rağmen özefagus perforasyonu açısından yüksek risk taşır.^[13] Disfaji ile klinik gösteren gastroesöfajial reflü ve motilite hastalıklarının tanısı açısından manometri ve ph stimülasyon testleri de kullanılmaktadır.^[12]

Servikal osteofit tanısı alan birçok hasta konservatif olarak takip edilmektedir. Cerrahi yaklaşım ancak semptomların ciddi ve progresif olduğu hastalarda tercih edilmektedir.^[14] Konuşma terapileri ve yutma terapileri disfajinin yönetilmesinde ve tedavisinde önemlidir.^[12]

Sonuç olarak DISH servikal omurgada ekstra ve biçimsiz kemik gelişimine ve buna bağlı yutma zorluğu ve aspirasyona sebep olabilen ciddi bir patolojidir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Kmucha ST, Cravens RB Jr. DISH syndrome and its role in dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;110(4):431-6. [CrossRef](#)
2. Childs SG. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Forestier's disease. *Orthop Nurs* 2004;23(6):375-84. [CrossRef](#)
3. Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum* 1998;41(1):58-67. [CrossRef](#)
4. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis* 2002;61 Suppl 3:iii8-18. [CrossRef](#)
5. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-8. [CrossRef](#)
6. el Miedany YM, Wassif G, el Baddini M. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): is it of vascular aetiology? *Clin Exp Rheumatol* 2000;18(2):193-200.
7. Vetter U, Zapf J, Heit W, Helbing G, Heinze E, Froesch ER, et al. Human fetal and adult chondrocytes. Effect of insulinlike growth factors I and II, insulin, and growth hormone on clonal growth. *J Clin Invest* 1986;77(6):1903-8.
8. Atzeni F, Sarzi-Puttini P, Bevilacqua M. Calcium deposition and associated chronic diseases (atherosclerosis, diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, and others). *Rheum Dis Clin North Am* 2006;32(2):413-26. [CrossRef](#)
9. Weinfeld RM, Olson PN, Maki DD, Griffiths HJ. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in two large American Midwest metropolitan hospital populations. *Skeletal Radiol* 1997;26(4):222-5. [CrossRef](#)
10. Cassim B, Mody GM, Rubin DL. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in African blacks. *Br J*

- Rheumatol 1990;29(2):131–2. [CrossRef](#)
11. Denko CW, Boja B, Moskowitz RW. Growth promoting peptides in osteoarthritis and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis-insulin, insulin-like growth factor-I, growth hormone. *J Rheumatol* 1994;21(9):1725–30.
 12. Srinivas P, George J. Cervical osteoarthropathy: an unusual cause of dysphagia. *Age Ageing* 1999;28(3):321–2.
 13. Wright RA. Upper-esophageal perforation with a flexible endoscope secondary to cervical osteophytes. *Dig Dis Sci* 1980;25(1):66–8. [CrossRef](#)
 14. Sobol SM, Rigual NR. Anterolateral extrapharyngeal approach for cervical osteophyte-induced dysphagia. Literature review. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1984;93(5 Pt 1):498–504. [CrossRef](#)