

Yaygın İdiopatik İskelet Hiperostoza (DISH): Olgu Sunumu

Olca Eser*, Adem Aslan*, Murat Coşar*, Ramazan Albayrak**

Özet:

Yaygın idiyopatik iskelet hiperostoza (DISH) 5. dekattan sonra görülen etiyojisi bilinmeyen, vertebral kolonun anterior ve lateral kesimlerindeki ossifikasyonlarla karakterize bir hastalıktır. Servikal tutulumunda disfaji karşılaşılan semptomlardan birisidir. Olgumuz travma sonrası artan yutma güçlüğü, üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlük şikayeti ile müracaat etti. Nörolojik muayenesinde quadriparezi mevcuttu. Servikal santral kord sendromu ve DISH tanısı konuldu. DISH'in tanı, klinik, radyolojik özellikleri literatür eşliğinde gözden geçirilerek değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Disfaji, DISH, santral kord sendromu, travma

Yaygın idiyopatik iskelet hiperostoza (DISH) ankilozan hiperostozis, Forestier Hastalığı, spondilitis ossifikans ligamentosa, erkeklerde üç kat fazla görülen, dejeneratif, travmatik veya postenfeksiyöz değişiklik olmaksızın, yeni kemik oluşumu ile karakterize, yaşla ilgili kronik bir durumdur (1). Resnick (2) tarafından en son 1975 de tanımlanmış ve halen bu tanımla kullanılmaktadır.

DISH'te en sık karşılaşılan semptomlar omurgada ağrı ve sertlik, hareket kısıtlılığı ve özofagus kompresyonuna bağlı disfajidir (3). Servikal tutulumu olan DISH vakalarında disfaji görülme sıklığı %28 dir (4). Bu yazıda sunulan olguda; disfaji şikayeti olan ve servikal travma nedeniyle acil servise müracaat eden 60 yaşındaki erkek hastanın çekilen grafilerinde DISH in radyolojik bulguları görüldü. Nörolojik muayenesi servikal santral kord sendromu ile uyumlu idi. DISH'in tanı, klinik, radyolojik özellikleri literatür eşliğinde gözden geçirilerek değerlendirildi.

Olgu Sunumu

60 yaşında erkek hasta, yutma güçlüğü, üst ekstremitelerde alt ekstremitelere göre daha belirgin güç kaybının olduğu quadriparezi nedeniyle acil servise müracaat etti. Hastanın özgeçmişinde 1 yıldır yutma güçlüğü mevcutmuş.

Travma sonrası özellikle sıvı gıdaları yutarken akciğerlere kaçtığından şikayetçiydi. Laboratuvar tetkikleri: kan biyokimyası, Sedimantasyon (ESR), Lökosit (BK) normaldi. Yapılan radyolojik incelemede; Lateral servikal direkt grafide; C3-C7 arasında vertebra korpus anteriorunda belirgin olan osteofitik ve ligamentoz kalsifikasyonlar ve yer yer köprüleşme gösteren osseöz hipertrofik değişiklikler izlendi (Resim 1).



Resim 1: Lateral servikal direkt grafide; C2-C7 arasında vertebra korpus anteriorunda belirgin olan osteofitik ve ligamentoz kalsifikasyonlar ve osseöz hipertrofik değişiklikler izlendi.

*Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD

**Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD

Yazışma Adresi: Dr. Olca ESER

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöroşirürji AD İnönü Bulvarı 03200 Afyonkarahisar

Servikal Kompüterize Tomografi (CT) incelemesinde; C3-C7 anterior bölgesinde ileri derece osteofitleri mevcuttu (Resim 2). Servikal manyetik rezonans grafi (MRG)'de; SE T1A ve T2A sagittal, T2A aksiyel 3 mm kalınlıktaki kesitlerde C3-C7 arasında osteofitik değişiklikler, C5-C6

seviyesinde sağda nöral foramen daralmıştı, spinal kord da ödem vardı. Servikal vertebra korpus yükseklikleri ve disk mesafeleri nisbeten korunmuştu (Resim 3). Hastaya servikal santral kord sendromu ve DISH tanısı konuldu. Hastaya spinal korddaki ödem nedeniyle antiödem tedavi (30mg/kg IV metilprednizolon bolus uygulaması,daha sonrada 5mg/kg IV infüzyona 23 saat boyunca devam edildi) verildi. Hasta 15 günlük tedavi sonucu destekle yürümeye başladı. Yutmada zorlanma şikayetleri azaldı. Takiben FTR kliniğine yönlendirildi. Hastanın 6 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde üst extremitede distalde minimal kuvvet kaybı, yutmasında ise sadece takılma tarif ediyordu. Hasta takibe alındı.



Resim 2: Servikal CT; C4 seviyesinden geçen kesitte korpus anteriorunda osseöz hipertrofik değişiklikler.

Tartışma

DISH vertebral kolonun nadir rastlanılan bir tip florid hiperostozisidir (4). Vertebral ankilozan hiperostoz (VAH) 1948'de ilk defa Forestier ve Rotes-Queral tarafından tanımlanmış olup günümüzde DISH terimi kullanılmaktadır. 50 yaş üstü ve erkeklerde 3 kat fazla görülen, etyolojisi bilinmeyen bu hastalık vertebral kolonun anterior ve sağ lateral kesimlerindeki ossifikasyonlarla karakterizedir (5,6). Hastalık genellikle tip 2 DM ve obezite ile birlikte bildirilmiştir (3,7). DISH'de kan biyokimyası değerleri ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldir.

DISH; ligament, tendon ve fasyada ossifikasyon ile karakterizedir. Omurgada; %97 torakal, 90% lomber, 78% servikal vertebralarda ve 70% oranında ise her üç segmentte birden tutulum olmaktadır (3). Bu tutulumlara sekonder olarak DISH'de en sık karşılaşılan semptomlar omurgada ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı, özofagus kompresyonuna bağlı disfajidir (3). DISH' te disfaji'yi açıklayan mekanizma; mekanik bası, osteofitlerin yapmış



Resim 3: Lateral servikal MRG'de C5-6 vertebra seviyesinde spinal kord'da hiperintens görünüm mevcuttu.(kord ödemi)

olduğu kronik irritasyona bağlı ödemle birlikte periozofageal inflamasyon ve kronik irritasyona bağlı krikofarengal spazmdır (4,5). Direkt grafi ve BT patolojiyi göstermede yardımcı olabilir. Krikoid seviyesinde küçük bir osteofit bile disfajiye neden olabilmektedir. Disfaji ve aspirasyon genellikle C4-5 seviyesindeki osteofite bağlıdır (5). Olgumuzda disfaji şikayetinin travma nedeniyle oluşan inflamasyon ve ödeme bağlı olduğu düşünüldü.

DISH'de vertebral kolonda ossifikasyonlara bağlı olarak omurgada sertlik ve hareket kısıtlılığı görülmektedir. Santral kord sendromu klasik olarak vertebralaların hiperekstansiyon-fleksiyon yaralanmalarında ortaya çıkar. Omurgadaki bu düzensizlik nedeniyle çok hafif travmalarda bile DISH hastalarında ileri derece nörolojik defistler görülebilir.

DISH için radyolojik olarak 3 tanı kriteri mevcuttur; 1) ardışık en az iki vertebrada anterolateralde kalsifikasyon ve kemik köprü olması, 2) tutulan segmentlerde intervertebral disk mesafesinin normal veya hafif azalmış olması, 3) interapofizyal eklemlerde ankilozun olmamasıdır (3,9). Hastalığın tipik bir özelliği de ardışık vertebralarda yeni kemik oluşumu ile köprü oluşması ve beraberinde bir disk dejenerasyonunun olmamasıdır (3,8).

Resnick ve ark. (4) DISH ile ankilozan spondilit ayrımı için spesifik radyolojik kriterler tanımlamıştır. Bunlar; en az arka arkaya 2 vertebra korpusunda izlenen kemik köprüleşme, vertebra korpus ön yüzü ile kemik proliferasyon arasında

radylösen çizgi, büyük osteofitlerle birlikte servikal ve lomber vertebral kolon tutulumunda disk yüksekliğinin korunmasıdır. Hiperosteotik formasyonların, osteoartritik osteofitlerden ayırımı cerrahi açıdan çok önemlidir. Çünkü DISH’de sadece hiperosteotik oluşumların eksizyonu yeterli iken osteoartrozda aynı zamanda vertebraların stabilizasyonunu da içeren daha kompleks cerrahi prosedürler uygulanmaktadır (10).

Sonuç olarak disfaji, quadriparezi, parestezi kliniği ile başvuran hastalarda altta yatan neden olarak DISH’de akılda tutulmalıdır. DISH tedavisinde genellikle konservatif yöntemler ön plandadır. Olgumuz travma sonrası servikal santral kord sendromu tanısıyla acil servise müracaat etti. Çekilen radyografik incelemelerinde DISH ile uyumlu olduğundan vaka sunulmuştur.

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis: A Case Report

Abstract:

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) is a disease unknown etiology which is encountered over 5th decade with an and characterised with ossification of the anterior and lateral part of the vertebral body. Dysphagia is one of the symptom in cervical vertebra involvement. Our case was admitted with complaints of dysphagia and weakness of upper and lower limbs after trauma. Quadriparesis was present at the neurological examination of the patient. The diagnosis of the patient was cervical central cord syndrome and DISH. The diagnostic, clinic and radiological features of DISH were evaluated with respect to literature.

Key Words: Dysphagia, DISH, central cord syndrome, trauma

Kaynaklar

1. Çağavi F, Kalaycı M, Uğur MB, Uzun L, Asıl K, Açıkgöz B: Disfaji ve Diffüz İdiopatik İskelet Hiperostoza: Olgu Sunumu. Türk Nöroşirurji Dergisi 14:146-50,2004.
2. Resnick D, Shaul SR, Robins JM: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier’s disease with extraspinal manifestations. Radiology 115:513-524,1975.
3. Cammisa M, De Serio, Guglielmi G: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Eur J Radiol 27: 7-11,1997.
4. Resnick D, Shapiro RF, Wiesner KB, Niwayama G, Utsinger PD, Shaul SR: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) [anklosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Quero]. Semin Arthritis Rheum 7:153-187,1978.
5. Carlson MJ, Stauffer RN, Payne WS. Ankylosing vertebral hyperostosis causing dysphagia Arch Surg 109: 567-90,1974.
6. Ladenhemn SE, Marlowe FI: Dysphagia secondary to cervical osteophytes. Am J Otolaryngol 20:184-189,1999.
7. Akhtar S, O’Flynn PE, Kelly A, Valentine PM. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. J Laryngol Otol 114:154-157,2000.
8. Smyte H, Littlejohn G: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Klippel JH, Dieppe PA, Rheumatology Vol 8: 101-106, 1997.
9. Burkus JK. Esophageal obstruction secondary to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Orthopedics 11:717-720,1988.
10. Balmes C: Clinical manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). Br J Rheumatol 35:1193-1196,1996.