

FORESTIER HASTALIĞI (Difüz İdyopatik Skeletal Hiperostozis)

Dr. O. Cem TÜRELİ *, Dr. Ö. Faruk ŞENDUR *, Dr. Önder M. ÖZERBİL *

* S. Ü. T. F. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD,

ÖZET

Senil ankilozan hiperostozis veya spondilosis hiperostotika da denilen Forestier hastalığı genellikle spinal, bazen de ekstrapinal yerleşimli, yaşam kalitesini bozmayan, tedaviye iyi cevap veren bir hastalıktır. Bu yazıda kliniğimize bel ağrısı nedeniyle başvuran ve vertebra yerleşimli Difüz İdyopatik Skeletal Hiperostozis (DISH) tanısı alan bir olgu bildirilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Forestier Hastalığı, Vertebral tutulum.

SUMMARY

Forestier's Disease (Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis)

Forestier's disease which is known senile ankylosing hyperostosis or spondylosis hyperostotica is generally localized spinal, sometimes extraspinal. The disease does not effect the quality of life and has a good response to treatment. In this article a Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) case who has low back pain and localized in vertebrae is presented.

Key Words: Forestier's Disease, Vertebral Involvement.

GİRİŞ

Forestier ve Rotes Quero tarafından omurganın senil hiperostozisi olarak ilk kez 1950'de tanımlanan (1,2) DISH, en sık torakal sonra lomber ve servikal omurgada görülür (3). Genellikle belirti vermez ve tanı tesadüfen konur. Ancak lumbalji, servikobrakialji gibi spinal yakınmaların yanısıra, ekstrapinal tutulumlu hastalarda tutuluş yerine göre diz, topuk, dirsek, iliak kemik ve omuz ağrılarında da neden olabilir (4).

Forestier hastalığında özellikle intervertebral disklerin ön yüzleri boyunca iri, adeta devasa, ventralde ve daha çok sağda lokalize hiperostozlar dikkati çeker (5). Diskin periferik kısımları, prediskal alan ile ön longitudinal bağlarda kalsifikasyonlar izlenir. Vertebralar arasında mahmuz ve köpürleşmeler oluşur, disk aralıkları korunmuştur (6).

Bu yazıda bir yıldır artan bel ağrısı nedeniyle incelenen hastanın torakolomber grafileri ile tanı konulan bir olgu bildirilmektedir.

OLGU

65 yaşında, erkek hasta. 95 kiloya sahip, Çiftçilikle uğraşiyor. Bir yıldır artan bel ağrısı yakınması olan hastanın ağrısı özellikle öksürmekle artıyor, bazen karnına doğru yayılıyordu. 10-15 dakika süren sabah tutukluğu mevcut idi. Yakınmaları sıcakla azalıyor, soğukla artıyordu. Özgeçmişinde, 7 yıl önce prostat hipertrofisi ve inguinal herni nedeniyle operasyon ve 5 yıllık hipertansiyon hastalığı mevcuttu.

Lokomotor sistem muayenesinde boyun ve üst ekstremiteler normal idi. Dorsal kifoz ve lomber lordoz artmış, presyonla alt dorsal ve üst lomber spinöz çıkıntılar hassastı. Lomber fleksiyon açık, diğer lom-

ber hareketler çeşitli derecelerde kısıtlı, tüm hareketler ağırlıydı. DBK testi negatif ve alt ekstremiteye ait nörolojik defisit yoktu. Kalça, diz ve ayak muayenesi normaldi.

Yapılan laboratuvar incelemelerde tam kan, tam idrar, sedimentasyon hızı, serum glukoz, kalsiyum, fosfor, alkalin fosfat, ürik asit normal seviyelerde bulundu. İki yönlü torakolomber grafilerde T9, T10, T11, T12 ve L1, L2 vertebralarda ön köşelerde osteofitik köprüleşmeler izlendi. Disk aralıkları normaldi (Resim 1). T10-11 ve T11-12 aralıklarının tarandığı bilgisayarlı tomografide T11 korpusu ön sağ lateralinde iri osteofitik oluşumlar görüldü. Disk aralıkları ve apofizer eklemler normal olarak değerlendirildi (Resim 2 ve 3).

Tüm bu bulgularla DISH tanısı alan hastaya fizik tedavi (yüzeysel-derin ısıtıcı ve analjezik akım) ve egzersiz programı uygulandı. Hasta 15 seanstan sonra şikayetlerinin hafiflemesi üzerine taburcu edildi. Egzersizlere devam etmesi, 100 mg/gün indometazin kullanması ve kontrollere gelmesi önerildi.

TARTIŞMA

DISH, 50 yaş üstü erkeklerde sıktır. Forestier'in 245 olguluk bir çalışmasında hastaların % 85'i 50 yaş üstü olarak bulunmuştur (7). Yine hastaların büyük çoğunluğunun obez (8), hemen hemen yarı yarıya da diabetik oldukları tespit edilmiştir (9, 10). Ayrıca bu hastaların hipertansiyon yönünden de değerlendirilmeleri gerektiği bildirilmiştir (11).

Vertebral spurlar sıklıkla önde ve sağ lateral yerleşimlidir. Situs inversusu olan DISH'lu hastalarda bu yerleşimin sol da olması, spurun oluşum yerinin descendan aortanın pulzasyonu ile ilgili olduğu şeklinde açıklanmıştır (12). Pulzasyonun, yakın çevresinde osteofitik dejenerasyonu engellediği görüşü ileri sürülmüştür.

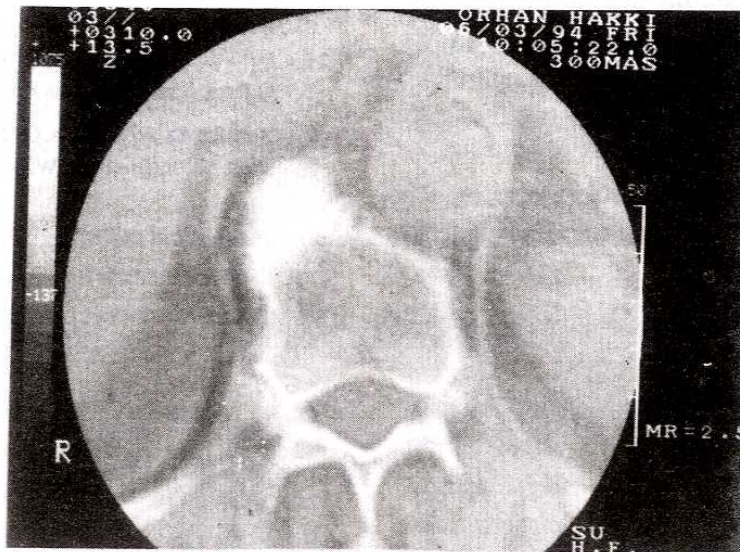
Resnick ve ark. (13), vertebral tutuluş için spesifik kriterler belirlemişlerdir. Bunlar; (a) en az 4 vertebra segmenti boyunca anterior longitudinal ligamanda ossifikasyon, (b) disk aralığının korunması, (c) vakum fenomeni ve marjinal vertebral erozyonunun olmaması, (d) sakroiliak ve apofizer



Resim 1. Hastanın yan lumbo sakral grafisi.



Resim 2. BT görüntüsü (sagittal kesit)



Resim 3. BT görüntüsü (aksiyal kesit)

eklemlerin etkilenmemesi. Bu kriterler ayırıcı tanıda (Ankilozan Spondilit, dejeneratif disk hastalığı, osteoartrit, akromegali vb.) yardımcı olarak kullanılmalıdır.

Aşırı ve yaygın anatomik değişikliklere rağmen ağrı minimal veya yok denecek kadar azdır (14). Spinal mobilite fazla etkilenmez (7). Ciddi servikal osteofitlere bağlı olarak disfaji geliştiği bildirilmiştir (1).

SONUÇ

Bel ağrısı yakınması ile incelenen hastalarda vertebra korpuslarında görülecek anterior kemik proliferasyonları ve köprüleşmelerin mevcudiyetinde, Forestier hastalığı ön tanı olarak düşünülmelidir. Resnick kriterleri ile değerlendirilecek olan bu tip hastalarda, obezite, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi eşlik edebilen hastalıklara karşı da hekimin uyanık olmasında büyük yararlar vardır.

KAYNAKLAR

1. Kristensen S, Sander KM, Pedersen PR. Cervical involvement of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with dysphagia and rhinolalia. Arch Otorhinolaryngol 1988; 245: 330-334.
2. Walther EK. Vertebrogenic dysphagia in Forestier's disease. Laryngorhinootologie Nox 1991; 70: 604-608.
3. Burkus JK. Esophageal obstruction secondary to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Orthopedics 1988; 11: 717-720.
4. Dihlmann W. Gelenke-Wirbelverbindungen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1982..
5. Utsinger P. Diffuse idiopathic skeletal abnormalities in Forestier's disease. Arch Inter Med 1976; 136: 763-768.
6. Yagan R. Confusion on roentgenographic differential diagnosis of Ankylosing hiperostosis (Forestier's Disease) and Ankylosing Spondylitis. Spine State of art reviews. 1990; 4: 561-576.
7. Forestier J. Ankylosing hyperostosis of the spine. Clin Orthop 1971; 74: 65-82.
8. Boachie-Adjei O, Bullough PG. Incidence of ankylosing hyperostosis of the spine at autopsy. Spine 1987; 12: 739-743.
9. Cassim B, Mody GM, Rubin DL. The prevalance of DISH in African blacks. Br J Rheumatol 1990; 29: 131-132.
10. Hajkova Z. Hyperostotic spondylosis and Diabetes Mellitus. Ann Rheum Dis 1965; 24: 536-542.
11. Rothschild BM. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Compr Ther 1988; 14: 65-69.
12. Bahrt KM, Nashal DJ, Polley HF. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in a patient with situs inversus. Arthritis Rheum 1983; 26: 811-812.
13. Resnick D. et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). Ankylosing hyperostosis of Forestier and Rotes - Querol. Semin Arthritis Rheum 1978; 7: 153-187.
14. Resnick D, Niwayama G. Diagnosis of Bone and Joint Disorders. Philadelphia: W.B. Saunders, 1988: 1563-1600.