

Diffüz İdiyopatik İskelet Hiperostozu ve Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis Syndrome and Obstructive Sleep Apnea Syndrome
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları

Başvuru: 05.08.2017
Kabul: 19.09.2017
Yayın: 19.10.2017

Cenk Evren¹, Fikret Çınar², Volkan Bilge Yiğit³

¹ Medilife Beylikdüzü Hastanesi

² İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi

³ Zonguldak Devlet Hastanesi

Özet

Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu (DISH) etyolojisi tam bilinmeyen, ligamanlar ve entezis gibi yumuşak dokuların kalsifikasyonu ve ossifikasyonu ile karakterize bir hastalıktır. DISH'de en sık karşılaşılan semptomlar omurgada ağrı ve sertlik, hareket kısıtlılığı ve özofagus kompresyonuna bağlı disfajidir. Tanısı radyolojik incelemelerle konulur. Bu yazıda, obstrüktif uyku apnesi sendromu nedeniyle kliniğimize başvuran; muayene ve incelemede DISH saptanan bir hasta literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar kelimeler: *Yutma güçlüğü; DISH, Obstrüktif uyku apnesi*

Abstract

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) is a disease of unknown etiology characterized with calcification and ossification of soft tissues such as ligaments and entheses. The most common symptoms in DISH are pain and hardness on the spine, movement restriction, and dysphagia due to compression of the esophagus. It is diagnosed with radiologic examinations. In this article, we discussed in light of the literature a patient who applied to our clinic due to obstructive sleep apnea syndrome; in whom DISH was detected in examination and analysis.

Keywords: *Dysphagia, DISH, Obstructive sleep apnea*

Giriş

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolundaki daralmalar veya tıkanmalar nedeniyle soluk almada kesilmelerle kendini gösteren bir hastalıktır ¹⁻². Tanısında fizik muayene, radyolojik tetkikler ve polisomnografik inceleme kullanılır. Yaygın idiyopatik iskelet hiperostozu (DISH) hastalığı nadir görülen, omurgada yaygın osteofit oluşumları ile karakterize kronik bir hastalıktır. Servikal vertebralarda da tutulum olabilir ³. Biz bu olgu sunumumuzda OSAS nedeniyle kliniğimize başvuran; muayenesi ve incelemesinde servikal bölgede pasajı daraltan DISH saptadığımız hastamızı literatür eşliğinde sunduk.

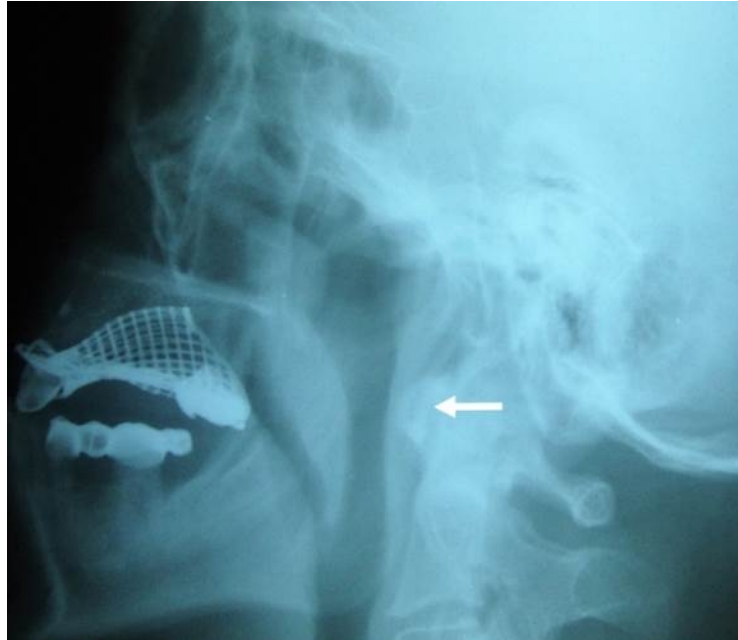
Olgu Sunumu

Kırk üç yaşındaki bayan hasta son bir yıldır giderek artan horlama, uykuda nefes durması, yutma güçlüğü şikayeti ile KBB polikliniğimize başvurdu. Yapılan rutin KBB muayenesinde posterior farengeal duvarı anteriora doğru iten submukozal kitlesel lezyon izlendi (Şekil 1).



Şekil 1 : Submukozal orofarenksi daraltan kitle

Kitle nazofarenksten orofarenkse doğru uzanmaktaydı. Boynun fleksiyon ve ekstansiyon hareketleriyle instabilite bulgusu saptanmadı. Yapılan radyolojik incelemede lateral servikal direkt grafide C1-C2 arasında vertebra korpus anteriorunda belirgin olan osteofitik ve ligamentöz kalsifikasyonlar ve yer yer köprüleşme gösteren osseöz hipertrofik değişiklikler izlendi(Şekil 2).



Şekil 2 : Boyun yan direkt grafide C1-C2 arasında osseöz hipertrofik değişiklikler

Vertebral sistemin diğer radyografik bulguları salimdi. Laboratuvar tetkiklerinde kan biyokimyası, sedimantasyon, lökosit, HLA-B27 değerleri normaldi. Horlama ve apneleri açısından muayenesinde Friedman skoruna göre tonsiller +2 derecesindeydi. Yumuşak damak sarkık, uvula uzamıştı. Diğer KBB muayenesi normaldi. Vücut Kitle Endeksi 28 olarak bulundu. Fiberoptik nazofarengoskopi ile yapılan Mülller manevrasında retropalatal bölgede otururken %80, yatarken %100 kollaps; retrolingual bölgede otururken % 80, yatarken %90 kollaps tespit edildi. Polisomnografik incelemede Solunum Bozuklukları İndeksi (Respiratory Disturbance Index -RDI) skoru 16 olarak bulundu. OSAS sebebiyle operasyon önerdiğimiz hasta operasyonu kabul etmedi. Halen CPAP tedavisi almaktadır.

Tartışma

Uykuda solunum bozuklukları içerisinde en sık (%90-95) görülen tablo OSAS'tır ^{1,2}. OSAS uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu epizodları ve sıklıkla kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterizedir. Hastalığın üç majör belirtisi horlama, tanıklı apne ve gündüz aşırı uykululuk halidir ^{1,2}. Horlama, en sık (%70-95) görülen semptom olmasına rağmen hastalık tahmininde pek yardımcı değildir. Çünkü erişkinlerde yapılan araştırmalarda, erkeklerde %35-45, kadınlarda ise %15-28 oranında horlama bildirilmiştir ⁴.

OSAS'a solunum yolunun herhangi bir yerinde (burun ucu ve ağız içinden, trakeaya kadar) daralma sebep olabilir. Bu yüzden tam bir KBB muayenesi yapılmalıdır. Muayenede OSAS'a sebep olan faktörlerden burunda septum deviasyonu, konka hipertrofisi, nazal polip, adenoid hipertrofisi, nazofarenks tümörleri, alerji, tonsiller hipertrofi, lateral farengeal bantların kalınlaşması, uzun-gevşek yumuşak damak, düşük palatal ark, büyük-ödemli uvula, mandibula-maxilla hipoplazileri, retrognoti, makroglossi, lingual tonsil hipertrofisi, farinks- larinks-dil kökü tümörleri, floppy epiglot değerlendirilir ^{5,6}. Hastamızda posterior farengeal duvarı anteriora doğru iten submukozal kitlesel lezyon mevcuttu. Yumuşak damak ve uvulada sarkıklık vardı. Mülller manevrasında retropalatal bölgede otururken %80, yatarken ise %100 kollaps tespit edildi.

DISH; etiyojisi bilinmeyen, anterolateral omurga, anterior ve posterior longitudinal ligament ve ligamentum flavumda ossifikasyonla karakterize sistemik bir iskelet hastalığıdır. Erkeklerde üç kat fazla görülen dejeneratif, travmatik veya postenfeksiyöz değişiklik olmaksızın yeni kemik oluşumu mevcuttur ³. Ankilozan hiperostozis, Forestier Hastalığı, spondilitis ossifikans ligamentosa olarak ta isimlendirilir. Literatürde obezite, diabetes mellitus, gut hastalığı, A vitamini düzeyleri ile DISH arasındaki ilişkilere dikkat çekilmiş ve bu hastalığın etyopatogenezinde metabolik bir patolojinin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür ⁶.

DISH için radyolojik olarak üç tanı kriteri mevcuttur ⁷. Bunlar en az dört düzey omur korpusu boyunca devam eden paraspinal longitudinal bağ kalsifikasyonu ve ossifikasyonu, disk dejenerasyonu olmaması, disk aralıklarının korunması veya hafif azalması ve dejeneratif omurga eklem hastalıklarının diğer bulgularının olmamasıdır. En sık tutulum omurgada olmaktadır. Torakal bölgede %97, lomber %90, servikal vertebralarda %78 sıklıkla görülür. Hastaların %70'inde ise her üç segmentte birden tutulum olmaktadır. Boyun bölgesinde en sık C4-C7 tutulumu gösterilmiştir ⁸. Bizim hastamızda C1-C2 tutulumu mevcuttu. Mülller manevramızda da gösterdiğimiz gibi özellikle supin pozisyonda uyurken bu osteofitlerin tıkayıcı etkisinin çok daha fazla olduğunu düşünüyoruz. Servikal bölgeyi tutan DISH'te görülen en sık yakınma nedeni disfaji olarak bilinir ⁷. Hastalığın ilerleme durumuna göre disfaji, yabancı cisim hissi, aspirasyonun yanı sıra ses kısıklığı, dispne, horlama, stridor gibi üst solunum yoluna ait semptomlara neden olabilir ⁶. Bizim hastamızda bir yıldır giderek artan horlama, uykuda nefes durması, yutma güçlüğü ve yiyeceklerin boğazında takılması hissi vardı. Abdel-Aziz ve ark., çalışmalarında ¹¹, DISH hastalarının tümünde disfaji varlığını belirtmişlerdir. Yapılan PSG incelemede ise 3'ünde hafif, 5'inde orta, 1 tanesinde ise ağır OSAS tespit edilmiş. Hafif olanlar kilo vermekle, orta şiddetli olanların ise sürekli pozitif havayolu basıncı (continuous positive airway pressure-CPAP) uygulanarak tedavi oldukları, ağır OSAS'lı 1 hastaları ise osteofitlerden opere edildiği bildirilmiştir ⁹.

DISH'de kan biyokimya değerleri ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldir ¹⁰. Direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi (BT) patolojiyi göstermede yardımcı olur. BT tanıda altın standarttır. Disfaji olgularında basının yerini tespit etmek için baryumlu özofagografi oldukça yararlıdır ¹¹.

DISH tedavisinde analjezikler, lokal ısı terapisi, lokal kortikosteroid-lidokain enjeksiyonları ve terapötik ultrason; ağrının hafifletilmesi ve spinal fleksibilitenin artırılmasında kullanılır ¹². Kliniği ağır olan hastalarda cerrahi düşünülmelidir. Cerrahi yaklaşım, ön boyun, arka-yan boyun ve ağızdan transfarengeal yol ile olabilir ¹¹.

Literatürde OSAS'ta, CPAP kullanarak tedavide başarı gösteren yayınlar mevcuttur ^{12,13}. Fuerderer ve ark DISH hastasında osteofitlerin cerrahi olarak alınmasıyla apne ataklarının azaldığını bildirmişlerdir ¹⁴. Darakjian ve ark. yayınladıkları olgu sunumlarında OSAS'lı hastalarına uvulofaringoplasti, hyoid süspansiyonu, septoplasti ve alt konka redüksiyonu yaptıktan sonra iki yıl içinde OSAS'ın tekrar ortaya çıktığını, apne yanında disfaji, boyun sertliği, baş ağrısı ve sol elde karıncalanmanın eşlik ettiğini belirtmişlerdir. Yapılan değerlendirmede DISH saptandığını ve hastalarının halen CPAP'la tedavi altında olduğunu bildirilmişlerdir ¹⁵. Bizim olgumuza da ameliyat planlandı ancak ameliyat önerisini kabul etmeyen hasta CPAP tedavisine alındı.

Sonuç olarak, OSAS etyolojisi araştırılırken tanısı oldukça basit olan DISH hastalığı unutulmamalı, ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir.

Referanslar

1. Köktürk O. Uykuda solunum bozuklukları; tarihçe, tanımları, hastalık spektrumu ve boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1998;46:187-92.
2. Schwab RJ, Goldberg AN, Pack AL. Sleep apne syndromes. In: Fishman AP, editor. *Fishman's pulmonary diseases and disorders*. New York: Mc Graw-Hill; 1998. p. 1617-37.
3. Çağavi F, ve ark. Disfaji ve diffüz idiyomatik iskelet hiperostozu: Olgu sunumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2004; 14(2): 146-50.
4. Young T, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993;328:1230-5.
5. D'Agostino MA. Obstructive sleep apnea, diagnosis, management, and treatment. *Otolaryngol Clin North Am*. 2016 Dec;49(6): xiii-xiv.
6. Julkunen H, Heinonen OP, Pyörala K. Hyperostosis of the spine in an adult population. Its relationship to hyperglycemia and obesity. *Ann Rheum Dis*. 1971; 30:605-12.
7. Resnick D, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis(DISH). *Semin Arthritis Rheum*. 1978; 7:153-87.
8. Yochum TR, Rowe LJ. Arthritic disorders. In: Rowe LJ, Yochum TR, editors. *Essentials of skeletal radiology*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1511-14.
9. Abdel-Aziz M, et al. Otolaryngologic manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014 Jun;271(6):1785-90.
10. Smythe H, Littlejohn G. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Klippel JH, Dieppe PA (ed), *Rheumatology*, ikinci baskı. London: Mosby; 1997: section 8 10.1- 10.6
11. Hirano H, et al. Dysphagia due to hypertrophic cervical osteophytes. *Clin Orthop*. 1982;167:168-72.
12. Hughes TA, et al. Case report: dysphagia and sleep apnoea associated with cervical osteophytes due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994 Mar;57(3):384.
13. Kawauchi E, Yamagata T, Tohda Y. A case of Forestier disease with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Breath*. 2012 Sep;16(3):603-5.
14. Fuerderer S, et al. Retro-pharyngeal obstruction in association with osteophytes of the cervical spine. *J Bone Joint Surg Br*. 2004 Aug;86(6):837-40.
15. Darakjian A, et al. Refractory obstructive sleep apnea in a patient with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Case Rep Otolaryngol*. 2016;2016:4906863.

Sunum

Bu olgu sunumu poster olarak TKBBV 2. İlkbahar toplantısı 13-16 Nisan 2017 Antalya, Türkiye’de sunulmuştur.