

Servikal osteofite baęlı disfaji: Olgusu sunumu

Dysphagia due to a cervical osteophyte: a case report

Dr. Sündüs GENÇAY, Dr. Haluk YAVUZ, Dr. Cüneyt YILMAZER

Servikal osteofit ve servikal bölgedeki diğer hipertrofik değişiklikler, servikal vertebranın ön kenarından farenkse ve üst özofagusa doğru büyüme gösterdiklerinde disfaji, odinofaji, otalji ve boğazda yabancı cisim hissi gibi semptomlara neden olabilirler. Klinięimize disfaji şikayeti ile başvuran 53 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde herhangi bir lezyon görülmüdü. Baryumlu özofagogramda, servikal 4-5 vertebra anteriorunda, yaklaşık olarak özofagus giriş kısmına denk gelen bölgede, özofagus pasajını daraltan osteofitik lezyon belirlendi. Uygulanan üç haftalık anti-enflamatuvar tedavi sonrası şikayetlerin düzelmemesi üzerine hastaya cerrahi tedavi önerildi; ancak hasta cerrahi tedaviyi kabul etmedi.

Anahtar Sözcükler: Servikal vertebra/radyografi; yutma bozuklukları/etiyojisi/radyografi; spinal osteofit/komplikasyon/radyografi; bilgisayarlı tomografi.

Cervical osteophytes and other hypertrophic changes of the cervical spine may lead to dysphagia, odynophagia, otalgia, and sensation of a foreign body in the throat when they protrude from the anterior edge of the cervical vertebrae to the pharynx or upper esophagus. A fifty-three-year-old male patient presented with a complaint of dysphagia. Physical examination showed no abnormality. Barium esophagography revealed osteophytic spurs in the anterior aspect of C4-5 vertebrae, in close approximation to the inlet of esophagus, obstructing the esophagus passage by external compression. Anti-inflammatory therapy administered for three weeks did not provide relief of the patient's complaint. Surgical treatment recommended was refused by the patient.

Key Words: Cervical vertebrae/radiography; deglutition disorders/etiology/radiography; spinal osteophytosis/complications/radiography; tomography, X-ray.

Servikal osteofitik lezyonların posterior farenjeal duvar ve özofagusa bası yapması disfajinin nadir bir nedenidir. Özellikle orta ve ileri yaşlarda görülen servikal vertebra ve intervertebral bölgedeki osteofitler genellikle asemptomatiktir. Bununla birlikte, büyük servikal osteofitler disfaji, odinofaji, otalji ve

boğazda yabancı cisim hissi gibi otolarenjolojik semptomlara neden olabilirler.^[1-5] Bu lezyonların osteoartrit veya servikal spondilozisin bir çeşidi olduğu veya intervertebral bölgedeki dejenerasyona bağlı olduğuna inanılır. Osteofitler genellikle servikal hareketin en fazla olduğu bölgede görülür.

◆ Bařkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi KBB Hastalıkları Klinięi, Adana.

◆ Dergiye geliř tarihi: 30 Eylül 2002. Düzeltme isteęi: 3 Mart 2003. Yayın için kabul tarihi: 21 Nisan 2003.

◆ İletişim adresi: Dr. Sündüs Gençay, Bařkent Üniversitesi Adana Hastanesi KBB Klinięi, 01250 Yüreęir, Adana.
Tel: 0322 - 327 27 27 / 1083 Faks: 0322 - 327 12 73
e-posta: drsundus@hotmail.com

* 5. Uluslararası KBB Bař-Boyun Cerrahisi toplantısı'nda poster olarak sunulmuştur (31 Mayıs-2 Haziran 2002, Ankara).

◆ Department of Otolaryngology, Medicine Faculty of Bařkent University, Adana Training Hospital, Adana, Turkey.

◆ Received: September 30, 2002. Request for revision: March 3, 2003. Accepted for publication: April 21, 2003.

◆ Correspondence: Dr. Sündüs Gençay, Bařkent Üniversitesi Adana Hastanesi KBB Klinięi, 01250 Yüreęir, Adana, Turkey.
Tel: +90 322 - 327 27 27 / 1083 Fax: +90 322 - 327 12 73
e-mail: drsundus@hotmail.com

* Presented at the 5th International Congress of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (May 31-June 2, 2002, Ankara, Turkey).

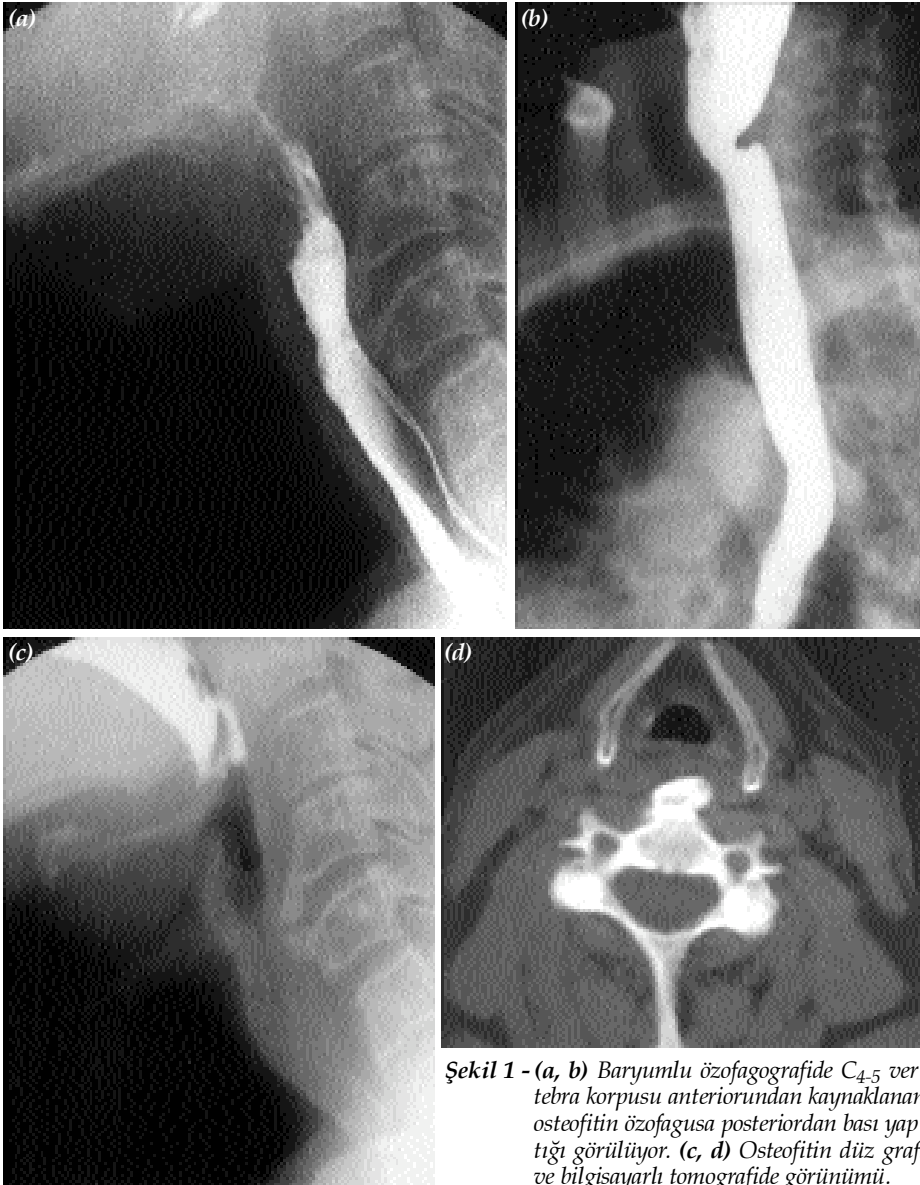
OLGU SUNUMU

Elli üç yaşımda erkek hasta, son bir ay içinde kendini gösteren yutma güçlüğü şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Sorunu özellikle katı yiyecekler yendiğinde belirginleşiyordu. Fizik muayenesinde herhangi bir anormalliğe rastlanmadı. Baryumlu farengoözofagografi incelemesinde servikal bölgedeki osteofitik değişikliğin posteriordan özofagusa bası yaptığı saptandı (Şekil 1a, b). Düz grafi ve bilgisayarlı tomografide, C₄-C₅ vertebra korpus anteriorunda izlenen osteofit oluşumunun posteriordan özofagusa dış bası yaptığı gözlemlendi (Şekil 1c, d). Hastaya üç haftalık anti-enflamatuvar tedavi uygulandı. Medi-

kal tedavi sonrasında şikayetlerinin devam etmesi üzerine hastaya ameliyat önerildi; ancak hasta cerrahi tedaviyi kabul etmedi.

TARTIŞMA

Asemptomatik anterior servikal vertebra osteofitlerinin görülme sıklığı %20-30 arasındadır. Zamanla büyüyen osteofitler disfaji, odinofaji, otalji ve boğazda yabancı cisim hissine neden olabilir. Sobol ve Rigual,^[6] 1984 yılına kadar olan sürede, literatürde servikal osteofite bağlı disfajinin 70-80 olguda bildirildiğini ortaya koymuşlardır. Saffouri ve Ward^[1] servikal osteofiti olan 116 hastanın sadece yedisinde disfaji geliştiğini, diğer-



Şekil 1 - (a, b) Baryumlu özofagografide C₄₋₅ vertebra korpusu anteriorundan kaynaklanan osteofitin özofagusa posteriordan bası yaptığı görülüyor. (c, d) Osteofitin düz grafi ve bilgisayarlı tomografide görünümü.

lerinde daha sık olarak boyun ve kolda ağrı görüldüğünü bildirmişlerdir. Öte yandan, Strasser ve ark.^[5] disfaji şikayeti ile başvuran 3000 olgunun %1.7'sinde servikal osteofit saptandığını belirtmişlerdir.

Servikal osteofitlerin disfajiye nasıl yol açtıkları tam olarak bilinmemekle birlikte, aşağıdaki mekanizmalar ileri sürülmüştür: (i) Büyük osteofitler basit mekanik obstrüksiyon ile disfajiye neden olabilir. Daha küçük osteofitler ise krikoid kartilaj seviyesinde etkili olarak disfaji yapabilirler. Özofagus anatomik olarak krikoid kartilaj ve diyafram seviyesinde fiksedir. Özofagusun geri kalan kısmı ise oldukça hareketlidir. Patofizyolojik olarak özofagus, krikoid bölgesinde anterior vertebral kitlenin basısına daha fazla maruz kalır ve bundan dolayı krikoid seviyesindeki küçük osteofitler disfajiye neden olabilir. Sobol ve Rigual^[6] kompresyonun daha ziyade C₅₋₇ seviyesinde olduğunu belirtmişlerdir. Torasik özofagus daha hareketli bir yapı olduğundan, osteofitik lezyonların basısına bağılı olarak daralmak yerine yana kayabilir ve nadir olarak disfajiye neden olur. (ii) Osteofitin kronik irritasyonuna bağılı ödemle birlikte periözofajeal enflamasyon gelişimi. (iii) Kronik irritasyona bağılı krikofarenjeal spazm. Umerah ve ark.^[7] disfaji olan üç olgunun floroskopisinde krikofarenjeal kas spazmına bağılı baryum kolonunda kesilme işareti gözlemişler; bu bulgunun, kemik çıkıntılara karşı özofagusta oluşan basıncın bir sonucu olduğunu belirtmişlerdir. (iv) Yutmanın farenjeal fazı sırasında, üst seviyedeki servikal osteofite bağılı olarak epiglottun normal retroversiyonunun engellenmesi. Akhtar ve ark.^[8] bir olguda, C₄₋₅ seviyesindeki osteofitin epiglottun retroversiyonunu önleyerek disfaji ve aspirasyona neden olduğunu göstermişlerdir. Çoğu olguda bunların birkaçı veya hepsi disfaji oluşumundan sorumludur. Olgumuzda, öncelikle osteofitin basit mekanik basısının ve daha sonra kronik irritasyona bağılı periözofajeal enflamasyonun disfajiye yol açtığı düşünülmüştür.

Servikal osteofitlerin %40'ı C₅₋₆, %23'ü C₄₋₅, %14'ü C₂₋₃ ve C₃₋₄ seviyelerinde görülmektedir. Çoğu osteofitler dejeneratif eklem hastalığının bir tipi olarak C₅₋₆ ve C₆₋₇ gibi büyük vertebral hareketlerin olduğu bölgelerde meydana gelir. Disfajili hastanın değerlendirilmesi öykü ve fizik muayene ile başlar. Anterior osteofit yeterince büyükse özofagusa ve/veya trakeaya bası yapabilir ve bu yapıları itebilir. Hastalarda disfaji, disfoni, boğazda yabancı cisim ve boğazı temizleme hissi; omza ve kollara yansıyan ağrı ve hatta dispne şikayeti görülebilir. Disfa-

ji çoğu olguda ilerleme gösterir ve daima sıvı yiyeceklerden ziyade katı yiyeceklerle karşı olur. Lateral boyun grafileri ile baryumlu özofagografiler servikal ekzostozların varlığını ve özofagusa basısındaki rolünü göstermede yararlıdır. Bilgisayarlı tomografi de servikal özofagusu değerlendirmede yararlıdır. Endoskopi kesin tanıyı sağlar ve başka lezyonların gözden kaçmasını engeller.^[6] Bununla birlikte endoskopi, büyük servikal osteofitlerin basısı ve irritasyonunu nedeniyle incelenmiş olan posterior özofajeal duvardan perforasyon riskini artırır.

Hastalığın tedavisinde medikal ve cerrahi yöntemlerden yararlanılabilir. İlk yaklaşım olan medikal tedavi, anti-enflamatuvar ilaçlar, kas gevşeticileri ve destekleyici tedaviden oluşur. Özellikle periözofajeal enflamasyon ve krikofarenjeal spazmda konservatif tedavinin oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Eviatar ve Harell,^[9] disfaji şikayeti olan ve C₆ seviyesinde osteofit saptanan 79 yaşındaki hastaya beş hafta süreyle non-steriodal anti-enflamatuvar ilaçlar, boyunluk ve yumuşak diyetten oluşan tedavi uygulamışlar ve hastanın semptomlarının kaybolduğunu bildirmişlerdir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen, disfajiye kilo kaybı ve ağrının eşlik ettiği, şiddetli semptomlar gösteren hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Üç çeşit cerrahi yaklaşım vardır. (i) Sobol ve Rigual^[6] tarafından tarif edilen ve en sık kullanılmakta olan anterolateral ektrafarenjeal yaklaşımla C₂₋₇ seviyesine direkt olarak ulaşılmış olur. (ii) Posterolateral ektrafarenjeal yaklaşımla C₃ seviyesinin üstüne ulaşılması sağlanmış olur. (iii) Transorofarenjeal yaklaşımda C₁₋₄ seviyesindeki osteofitlere ulaşılmış olur. En sık görülen cerrahi komplikasyon vokal kord paralizi veya paralizisidir. Diğer komplikasyonlar vertebral disk prolapsusu, fistül, hematoma, enfeksiyon, geçici aspirasyon ve Horner sendromudur.

Disfaji şikayeti olan ve konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda cerrahi tedaviyle gerek klinik gerekse radyolojik açıdan düzelme olduğu bildirilmiştir.^[10-13] Olgumuzda C₄₋₅ vertebra seviyesinde osteofitik lezyon vardı ve hastanın disfaji şikayeti özellikle katı yiyecekler aldığı anda artmaktaydı. Servikal bölgedeki osteofitin özofagusa posteriorndan belirgin bası yaptığının belirlenmesi üzerine üç haftalık, anti-enflamatuvar içeren medikal tedavi uygulandı. Hastanın tedaviden yarar görmediğini ve şikayetlerinin devam ettiğini belirtmesi üzerine, kendisine anterolateral ektrafarenjeal yaklaşımla önerilen ameliyat hasta tarafından kabul edilmedi.

Disfaji görülen olgularda, hipertrofik servikal osteofit dışındaki nedenler de araştırılmalıdır. İleri yaşlardaki hastalarda, özellikle daha sık nedenler olan yapısal (striktür, web ve neoplazm) veya nöromusküler motilite bozuklukları (merkezi sinir sistemi dejeneratif hastalıkları, krikofarenjeal akalazya, özofajeal spazm) düşünölmelidir. Ayırıcı tanıda daha sık ve daha ciddi olan hastalıklar öncelikle dışlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Saffouri MH, Ward PH. Surgical correction of dysphagia due to cervical osteophytes. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1974;83:65-70.
2. Deutsch EC, Schild JA, Mafee MF. Dysphagia and Forestier's disease. *Arch Otolaryngol* 1985;111:400-2.
3. Kibel SM, Johnson PM. Surgery for osteophyte-induced dysphagia. *J Laryngol Otol* 1987;101:1291-6.
4. Uppal S, Wheatley AH. Transpharyngeal approach for the treatment of dysphagia due to Forestier's disease. *J Laryngol Otol* 1999;113:366-8.
5. Strasser G, Schima W, Schober E, Pokieser P, Kaider A, Denk DM. Cervical osteophytes impinging on the pharynx: importance of size and concurrent disorders for development of aspiration. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:449-53.
6. Sobol SM, Rigual NR. Anterolateral extrapharyngeal approach for cervical osteophyte-induced dysphagia. Literature review. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1984;93:498-504.
7. Umerah BC, Mukherjee BK, Ibekwe O. Cervical spondylosis and dysphagia. *J Laryngol Otol* 1981;95:1179-83.
8. Akhtar S, O'Flynn PE, Kelly A, Valentine PM. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. *J Laryngol Otol* 2000;114:154-7.
9. Eviatar E, Harell M. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with dysphagia (a review). *J Laryngol Otol* 1987;101:627-32.
10. Barsamian JG, Cobb LW, Bremer AM, Scheffer RB, Northup HM. Radiographic, clinical, and histopathologic evaluation with surgical treatment of Forestier's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;59:136-41.
11. Gamache FW Jr, Voorhies RM. Hypertrophic cervical osteophytes causing dysphagia. A review. *J Neurosurg* 1980;53:338-44.
12. Crowther JA, Ardran GM. Dysphagia due to cervical spondylosis. *J Laryngol Otol* 1985;99:1167-9.
13. Ladenheim SE, Marlowe FI. Dysphagia secondary to cervical osteophytes. *Am J Otolaryngol* 1999;20:184-9.