

گزارش یک مورد نادر دیسفاژی به علت بیماری Forestier یا DISH

دکتر ناصر شرف‌الدین زاده*، دکتر مجید کیهانی فرد*

چکیده

دیسفاژی یکی از شکایات شایع در بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای گوش و حلق، داخلی و اعصاب است که علل متعددی برای آن شناخته شده است، بیماری Forestier یا DISH یک علت ناشایع ولی قابل درمان دیسفاژی است. DISH (هیپراستئوز منتشر اسکلتی ایدیوپاتیک) یک اختلال روماتولوژیک است که با تولید بیش از حد استخوان در مناطق استخوانی و اتصال تاندونها به استخوان در تمام بدن مشخص میشود شیوع بیماری در بیماران دیابتی و جنس مرد بیشتر است و با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد. در این مقاله آقای ۶۰ ساله‌ای معرفی میشود که بعلت دیسفاژی پیشرونده نسبت به جامدات از ۶ سال قبل تحت بررسی قرار گرفت. گرافی گردن و بلع باریم مؤید کلسیفیکاسیون منتشر لیگامانی و برآمدگی استئوفیتی و کمپرسیون مری بود. نتیجه. بیمار ابتدا تحت درمان توسط داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی قرار گرفت ولی بعلت عدم دریافت پاسخ کلینیکی مطلوب جهت رزکسیون جراحی ارجاع شد.

واژه‌های کلیدی. DISH، (Diffuse Idiopathic skeletal hyperostosis)، Forestier، دیسفاژی.

مقدمه

دیسفاژی یکی از شکایات شایع کلینیکی است که ممکن است ناشی از اختلالات عصبی و موسکولو اسکلتال و اختلالات مکانیکی مری ناشی از بزرگی غده تیروئید، اختلالات عروقی مثل آنوریسم ها، توده های مدیاستن و یا آبسه رتروفارنکس باشد. علاوه بر آن استئوفیتهای گردنی در ارتباط با بیماری DISH (هیپراستئوز منتشر اسکلتی ایدیوپاتیک) یا بیماری Forestier یا اسپوندیلوز شدید می تواند برای بیمار دیسفاژی ایجاد کند (۱-۵).

DISH یک علت ناشایع دیسفاژی ناشی از کلسیفیکاسیون لیگامانهای آنتروترال پره ورتبرال است که اولین بار توسط Forestier در سال ۱۹۵۰ توصیف شد (۶).

گلستان اهواز ارجاع شده بود. بیمار از خشکی صبحگاهی و کمردرد نیز شاکی بود ولی کاهش اشتها و کاهش وزن نداشت. در معاینه کاشکسی نداشت. معاینه تیروئید بیمار نرمال بود. اختلال حرکات گردن و دیسفونی نداشت. بررسیهای آزمایشگاهی روتین بیمار نرمال بود.

جهت بیمار گرافی ستون فقرات گردنی (شکل ۱) و بلع باریم (شکل ۲) انجام شد که مؤید هیپرتروفی و کلسیفیکاسیون لیگامان طولی قدامی و برآمدگی استئوفیتی بود که منجر به فشردگی مری و در نتیجه اختلال بلع در بیمار شده بود. بیمار تحت درمان رژیم غذایی مایع و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی قرار گرفت ولی بعلت عدم دریافت پاسخ کلینیکی مطلوب جهت رزکسیون جراحی ارجاع شد.

مواد و روشها

یک مرد ۶۰ ساله بعلت دیسفاژی پیشرونده نسبت به جامدات از حدود شش سال قبل جهت بررسی در سال ۱۳۸۴ به بیمارستان

* دانشیار گروه داخلی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.

** دستیار گروه داخلی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.

Email: majid_keyhanifard@yahoo.com

نویسنده رابط:

پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۱۰

تصحیح نهائی: ۸۵/۸/۷

تاریخ وصول: ۸۵/۳/۱۳

بحث

دیسفاژی ممکن است علل اروفاژنژیال یا ازوفاژنژیال داشته باشد. دیسفاژی اروفاژنژیال در بیماران مسن اغلب بعلت اختلالات اعصاب مثل استروک است. ضایعات ساختمانی از جمله تومورهای اروفاژنکس، تیرومگالی، آبسه و همچنین استنوآرتريت گردنی همراه با استئوفیت می تواند باعث دیسفاژی شوند. تشخیص افتراقی استئوفیت آترتور ورتبرال، بیماری Forestier یا DISH و اسپوندیلیت انکیلوزان است.

DISH یا بیماری forestier با کلسیفیکاسیون منتشر یا استخوانی شدن لبه‌های آترولترال تنه مهره‌های ستون فقرات مشخص میشود. DISH عموماً یک بیماری خوش خیم است که در ۳/۸٪ مردان و ۲/۶٪ زنان بالای ۴۰ سال دیده می‌شود. درگیری ستون فقرات توراسیک در ۹۹٪ موارد و ستون فقرات گردنی به خصوص سگمان C4-C7 کمتر از ۷۵٪ است. دیسفاژی به علت DISH با درگیری مهره‌های گردنی نسبتاً ناشایع (حدود ۱۷٪ بیماران DISH) است (۷). علت‌شناسی DISH ناشناخته است ولی ارتباط آن با دیابت، چاقی، هیپرتانسیون، نقرس و انقباض دوپتیرن مشخص شده است (۷). Renisk و همکارانش تشخیص DISH را براساس کراتیریهای رادیوگرافیکی زیر قرار دادند (۸). (۱) کلسیفیکاسیون منتشر و استخوانی شدن لبه‌های آترولترال حداقل چهار مهره مجاور هم

(۲) فقدان بیماری دژنراتیو دیسک شدید

(۳) فقدان آنکیلوز مفاصل آپوفیزیال و آروزیونهای ساکروایلیاک، اسکروز یا جوش خوردگی داخل مفصلی.

مطالعات Resnik شیوع دیسفاژی به علت درگیری مهره‌های گردنی در بیماران DISH را ۲۸٪ (۸) و Mate ۱۲٪ نشان داد (۹).

دیسفاژی در ارتباط با بیماری DISH با مکانیسم‌های ذیل صورت می‌گیرد (۲، ۳، ۱۰).

(۱) فشار مستقیم استئوفیتهای بزرگ که منجر به تنگی مری میشود.

(۲) التهاب و ادم مری ثانوی به تحریکات مکانیکی

(۳) وجود یک استئوفیت کوچک در محل غضروف کریکوئید

(۴) درد و اسپاسم عضلانی مری

(۵) ترکیبی از موارد فوق

تظاهرات دیگر بیماری DISH شامل: استرویدور لارنژیال، دیس پنه، خرخر کردن، خشونت صدا، خشکی و درد گردن، میلوپاتی ناشی از فشردگی نخاع بعلت کلسیفیکاسیون لیگامان خلفی است. در خصوص دیسفاژی بعلت بیماری DISH چند مورد مطرح شده است:

از جمله ۶ بیمار مبتلا به دیسفاژی به علت DISH توسط دکتر Adin و همکارانش معرفی شدند (۶) همچنین یک مورد گزارش دیسفاژی بعلت DISH توسط دکتر Pancal مطرح شده است (۱۱). نکته جالب آنکه این گزارشات اکثراً متعلق به قاره آسیا می‌باشد ولی طبق بررسی بعمل آمده گزارش موردی در مجلات ایرانی و فارسی زبان وجود نداشت. در بیمار مورد معرفی بلع باریم و گرافی گردنی مؤید فشردگی مری بعلت برآمدگی استئوفیتی در مهره‌های گردنی C4-C5 بود.

مد نظر قرار دادن بیماری DISH بعنوان یک علت ناشایع دیسفاژی پس از رد سایر اختلالات همچون تومور مری، حنجره و ریه، اختلالات حرکتی، مری، پرده‌های مری، عفونتها و بیماریهای التهابی مری از اهمیت خاصی برخوردار است.

درمانهای کانزرواتیو مختلفی در بیماران دچار دیسفاژی بعلت بیماری DISH بکار می‌رود، از جمله مصرف داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، پالس کورتن، شل کننده‌های عضلانی، رژیم ضد ریفلاکس و بی‌فسفوناتها (۱۲).

استفاده از درمان جراحی گردن در بیماران با دیسفاژی شدید به اثبات رسیده است (۱۳) و برخی از جراحان اکسیزیون به همراه اتصال (fusion) مهره‌های درگیر را جهت کاهش شانس عود بیماری ترجیح می‌دهند (۱۴).



شکل ۲. باریوم سوالو، برآمدگی استئوفیتی که باعث فشردگی شدن مری شده است



شکل ۱. گرافی ستون فقرات گردنی، هیپرتروفی و کلسیفیکاسیون لیگامان طولی قدامی

نتیجه

با توجه به شیوع فراوان دیسفاژی بعنوان یک علامت تظاهرکننده در درمانگاههای داخل و اعصاب و گوش و حلق، آگاهی از

منابع

1. Walter G, Bradley DM. Neurology in clinical practice, 4th edition Philadelphia; sutterworth Heinemann 2004, vol 3: 2203.
2. Evitar E, Harell M. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with dysphagia (a review). J laryngol otol 1987, 101, 625-63.
3. Ozgocmen S, Kiris A. Osteophyte induced dysphagia: report of three cases. Joint Bone Spine 2002, 69, 226-9.
4. Uzunca K, Sirdane M, Tezel A. Dysphagia induced by a cervical osteophyte: a case report of cervical spondylosis. Chin Med J, 2004, 117, 478 – 80.
5. Clark E, Preston P, Wates A, Merry P. Dysphagia: a difficult problem to swallow. Rheumatology 2003, 42, 1422-3.
6. Aydin E, Akdgan V, Kirbas I, Ozgirgin ON. Six cases of Forestier syndrome, a rare cause of dysphagia. Acta Otolaryngol, 2006, 126(7): 775 – 8.
7. Utsinger D. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis Clin Rheum Dis 1985; 11: 325-51.
8. Resnik D, Niwayama C. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Radiology, 1976, 119, 559- 68.
9. Mata S, Fortin PR, Fitzcharles M, Starr MR, Watts JCS. A controlled study of diffuse skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status. Medicine, 1997, 76, 104-7.
10. Sobd SM, Rigual NR. Anterolateral extrapharyngeal approach for clinical osteophyte-induced dysphagia. Literature review. Ann Otol Rhinal Laryngol, 1984, 93, 498-504.
11. Pancel Srinivas JG. Cervical Osteoarthropathy: an unusual cause of dysphagia. Age and aging, 1999, 28: 321-322.
12. Fulton JD. Analgesic use of etidronate in Forestier's disease. Lancet 1992, 340: 1287.
13. Irause P. cervical hyperostosis: a rare cause of dysphagia. Eur Spine J 1994, 13:56-8.
14. Akhtar S. The management of dysphagia in skeletal hyperostosis. J Laryngol Otol 2000, 114: 154-7.