

Newsletter GISMO

Comitato Editoriale

Giovanni Minisola (Coordinatore)

Agostino Gaudio

Daniela Merlotti

Ombretta Viapiana

Raffaele Zicoella

Anno XII – Numero XLVI – 2024

TERAPIA INFILTRATIVA ECOGUIDATA NELLA SINDROME DI TIETZE: ESPERIENZA PRELIMINARE

F.Fasoli, E.M. Pandolfi, G. Cerone
Fasoli Fabrizio

La sindrome di Tietze, descritta per la prima volta nel 1921 dal chirurgo tedesco Alexander Tietze, è una condizione infiammatoria rara, caratterizzata da dolore toracico e gonfiore a livello dell'articolazione parasternale. In circa il 70% dei pazienti, è coinvolta l'articolazione sternocostale della seconda o terza costa e/o l'articolazione sternoclavicolare monolaterale, senza altri sintomi (1). I pazienti sono tipicamente giovani, sotto i quarant'anni di età. Presentano dolore toracico acuto senza storia di trauma. Il loro disagio può essere esacerbato da accessi di tosse, starnuti e respirazione profonda (2, 3).

La diagnosi di questa sindrome si basa sulla esclusione di altre cause di dolore toracico, come sindromi coronariche ed alterazioni infiammatorie a livello polmonare e pleurico. L'elettrocardiogramma e la radiografia del torace devono essere eseguiti in tutti i pazienti che presentano dolore toracico acuto. Escluse queste condizioni patologiche, l'esame obiettivo è cruciale per la diagnosi, identificando una massa localizzata, dolorosa, gonfia a livello dell'articolazione sternocostale interessata dalla sindrome di Tietze (3, 4). Tale riscontro oggettivo rende possibile la diagnosi differenziale tra la sindrome di Tietze e la causa più comune del dolore toracico della parete anteriore che è l'ostecondrite, nota anche come sindrome sternocostale. Infatti, quest'ultima condizione patologica non è mai accompagnata da gonfiore tissutale dell'articolazione e colpisce più articolazioni costocondrali contemporaneamente, generalmente dalla seconda alla quinta (3, 4, 5).

L'esatta eziologia della sindrome di Tietze non è chiara. Alcuni studi hanno postulato che microtraumi multipli, infezioni virali o batteriche, o interventi chirurgici a livello della parete toracica possono scatenare questo disturbo (1,2).

Può verificarsi più frequentemente in determinate condizioni come l'artrite psoriasica od altre spondiloartriti sieronegative (6) o può essere accompagnata da sintomi dermatologici come pustolosi palmare e plantare e psoriasi (7). Negli ultimi dieci anni, le nuove conoscenze riguardanti le malattie reumatiche che colpiscono la parete toracica anteriore hanno modificato il nostro approccio a questa condizione. La sindrome di Tietze potrebbe essere una parte della malattia sieronegativa che non è stata precedentemente riconosciuta, anche se l'esistenza di questa condizione come entità non può essere totalmente esclusa (8).

Per questo motivo, il paziente giunto alla nostra osservazione è stato sottoposto ad un attento esame reumatologico, tutte le spondiloartropatie sieronegative sono state escluse. Non aveva sintomi dermatologici o intestinali, nessuna familiarità per psoriasi e non riferiva ulteriore dolore o versamento articolare.

Unicamente attraverso il follow-up è stato possibile capire se la sindrome di Tietze poteva rappresentare la prima manifestazione di una spondiloartrite in questo paziente.

L'ecografia ha dimostrato di essere una modalità efficace per la diagnosi della sindrome di Tietze, in quanto può dimostrare rapidamente l'oscillazione dei tessuti molli all'articolazione interessata. La risonanza magnetica è una tecnica eccellente per mostrare cambiamenti infiammatori all'interno del tessuto adiposo circostante, della cartilagine e dell'osso, con evidenza di edema midollare (1,2). Un'altra metodica raccomandata è la scintigrafia ossea con Tecnezio-99 o Gallio radioattivo (2).

Attraverso la scintigrafia è possibile differenziare tra sindrome di Tietze e costocondrite, in quest'ultima condizione patologica le manifestazioni infiammatorie non sono evidenti. La scintigrafia può inoltre aiutare ad escludere altre cause di dolore alla parete toracica, come traumi toracici, spondiloartropatie, artrite settica e tumori maligni che possono mimare la sindrome di Tietze (3,4, 9).

In letteratura, non risultano studi clinici che discutano i metodi di trattamento della sindrome di Tietze. È una condizione infiammatoria benigna, che spesso si risolve autonomamente e senza sequele permanenti, nell'arco di poche settimane. Esiste anche la possibilità che la sindrome di Tietze persista per mesi, anche fino ad un anno. Generalmente, la gestione medica di prima linea è costituita da analgesici od antinfiammatori orali o topici (1,6,8). Non tutti i pazienti rispondono alla terapia farmacologica e possono inoltre presentare effetti collaterali legati all'assunzione dei farmaci. L'iniezione locale e mirata con anestetico, steroide o ad una loro miscela nel sito della tumefazione articolare è descritta in letteratura come una possibile, importante opzione di trattamento della sindrome di Tietze (2,5,6). Nonostante ciò, non ci sono dati in letteratura scientifica che indaghino riguardo l'iniezione di corticosteroidi tramite guida ecografica. A nostra conoscenza, esiste solo un case report che documenti l'effetto positivo di tre iniezioni di corticosteroidi costocondrali ecoguidati in un paziente con sindrome di Tietze (10).

Lo scopo del nostro case report è stato quello di verificare l'efficacia dell'infiltrazione ecoguidata di una miscela di corticosteroidi ed anestetico locale in un Paziente con Sindrome di Tietze. La diagnosi clinica e dell'esame obiettivo è stata confermata tramite studio TC polmonare che documentava una marcata iperostosi asimmetrica dell'articolazione sternocostale dx, esattamente corrispondente alla sede della tumefazione clinicamente osservata.

Il livello del dolore secondo la scala VAS corrispondeva a 9. Si è pertanto proceduto, dopo consenso informato del Paziente, ad esecuzione di infiltrazione sotto guida ecografica tramite ago spinale 22G di miscela di 1cc di Depomedrol 40mg/ml e 2cc di Naropina 7.5mg/ml. Immediatamente dopo l'infiltrazione il Paziente ha riscontrato un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa, VAS 2. Il Paziente ricontatto telefonicamente a distanza di 1, 3 e 6 mesi ha confermato la pressochè totale risoluzione della sintomatologia dolorosa a livello dell'articolazione sterno-costale dx.

Dalla nostra minima esperienza di un solo Paziente affetto da Sindrome di Tietze e trattato con infiltrazione ecoguidata, possiamo confermare l'utilità della metodica ecografica nella procedura infiltrativa. Occorre validare attraverso una maggiore casistica la nostra preliminare esperienza.

Referenze

1. Rosenberg M, Conermann T. "Sindrome di Tietze" 2020 Ottobre 21. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Gennaio 2020–PMID: 33232033
2. Rokicki W, Rokicki M, Rydel M. "Cosa sappiamo della sindrome di Tietze?" 2018 Settembre;15(3):180-182.
3. Wise CM, Semble EL, Dalton CB. "Sindromi della parete toracica muscoloscheletrica in pazienti con dolore toracico non cardiaco: uno studio su 100 pazienti." Arch Phys Med Rehabil. 1992 Febbraio;73(2):147-9.
4. Come J, Voiz G, Doe S, Heycock C, Hamilton J, Kelly C. "Le cause del dolore toracico muscoloscheletrico nei pazienti ricoverati in ospedale con sospetto infarto miocardico." Eur J Intern Med. 2005; 16:432–436.
5. Ayloo A, Cvengros T, Marella S. "Valutazione e trattamento del dolore toracico muscoloscheletrico." Prim Care Clin Office Pract. 2013;40:863–887.
6. Jurik AG, Graudal H. "Gonfiore dell'articolazione sternocostale – sindrome di Tietze clinica. Rapporto di sedici casi e revisione della letteratura." Scand J Rheumatol. 1988;17:33–42. [PubMed] [Google Scholar]
7. Karabudak O, Nalnant S, Ulusoy RE, Dogan B, Harmanmyeri Y. "Lesioni postulari non specifiche generalizzate nella sindrome di Tietze." J Clin Rheumatol. 2007;13:300–330.
8. Aeschlimann A, Kahn MF. "Sindrome di Tietze: una recensione critica" Clin Exp Rheumatol. 1990 Lug-Ago;8(4):407-12.
9. Mettola G, Perricone C. "Sindrome di Tietze" Mediterr J Rheumatol. 2020 Aprile 24;31(2):224.
10. Cho JY, Park D. "Iniezione di corticosteroidi guidata da ultrasuoni in un paziente con sindrome di Tietze combinata con gonfiore articolare costocondrale" Am J Phys Med Rehabil. 2019 Luglio;98(7)