

## SINDROMUL TIETZE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE CIRCUMSCRIPTIE RURALĂ\*

L. Ferencz, G. Ferencz

In ultimii doi ani am avut ocazia să ținem sub observație trei cazuri cu sindromul Tietze. Acest sindrom a fost descris de Tietze în anul 1921, și cu toate că a fost obiectul mai multor cercetări ulterioare, nu s-a format o concluzie unică privind etiologia și tratamentul lui (Gill și colab., Hartung, Duben, Aderhold.

\* Lucrarea a fost prezentată la ședința din 4 oct. 1964 a U.S.S.M. Subfiliala Sf. Gheorghe.

Deane etc.). Numărul cazurilor publicate pînă în anul 1960 a fost apreciat de *He-rişan* la aproximativ 250. În țara noastră s-au publicat pînă în prezent 16 cazuri. Boala este caracterizată prin tumefierea dureroasă a extremității sternale a coas-telor I—IV, cel mai frecvent la a II-a; în 80% din cazuri tumefierea este unila-terală (*Levey* și *Calabro*), dar se poate observa și bilateral și concomitent la mai multe coaste. Sindromul se întîlnește frecvent între vîrsta de 20—40 ani. Se poate observa și tumefierea articulației sterno-claviculare (*Friedrich*, *Motulsky* și *Rohn*), cit și a procesului xifoid. Apariția acestor modificări osoase la bolnavi care au suferit de infarct miocardic, dă naștere tabloului patologic numit sindromul Prinz-metal. Tumefierea nu este însoțită de modificări inflamatorii — infiltrații și erim-tem —, ganglionii limfatici regionali nu sînt palpabili. Dimensiunile tumefierilor osoase variază între mărimea bobului de mazăre și a oului de găină (*Piguet*). Du-rerea este uneori provocată numai prin apăsare sau palpate, altele iradiază în regiunea cervicală, în brațe sau în hemitoracele homolateral. Tusea, strănutul, munca fizică, schimbările de poziție, oboseala și excitarea sînt factori care accentuează durerea. Eficacitatea procedurilor terapeutice este greu de urmărit, sindromul avînd o evoluție lentă, deseori prelungită, cu remisii spontane și cu recidi-ve. Durerea dispare în general mai repede decît tumefierea care poate persista încă luni de zile. Sindromul nu este însoțit de modificări radiologice, nu este urmat de supurații și fistule. Biopsia și examinările histochimice (*Aderhold*) ru prezintă modificări caracteristice. Probele biologice sînt de asemenea negative. Starea generală de obicei este bună, iar în cazul cînd sindromul se suprapune unei alte maladii (tbc., boli reumatice sau catarale), starea bolnavului depinde de evoluția acesteia din urmă.

Neidentificarea sindromului poate da naștere la erori de diagnostic. Sindromul trebuie diferențiat de deformațiile cîștigate sau congenitale ale toracelui, de procesele inflamatorii acute și cronice localizate la nivelul extremităților sternale ale coastelor (osteomielită, condrită, tbc., lues), de tumori și de procesele patolo-gice viscerale cu iradiere toracice.

#### Prezentarea cazurilor

1. — *K. F.* de 17 ani, agricultor (Nr. reg. cons. 5862/1963). Cu trei săptămîni înaintea consultației bolnavul a lucrat în condiții neobișnuit de grele (muncă cu tîrnăcopul). La examinare se constată tumefierea fusiformă a cartilagiului costal III dr., cu consistență dură, fără modificări inflamatorii. Tumefierea este dure-toasă la apăsare și la ridicarea brațului drept. Starea generală este bună, pacier-tul e afebril. Examinările de laborator efectuate (VSH, hemogramă — cantitativă și calitativă) sînt normale. IDR 1/10.000 negativ. Examenul radiologic: fără modi-ficări patologice. În urma unui tratament simptomatic (Rheopyrin, Algocalmin, repaus fără pat și comprese calde), durerea cedează complet în 5 zile. După două luni bolnavul se prezintă la examenul de control cu stare generală bună, s-a redus tumefierea cartilagiului costal afectat înainte, nu acuză dureri la apăsare și este în deplină posesie a capacității sale de muncă. La controlul efectuat în 1964, simptomele subiective și obiective au dispărut complet.

2. — *M. T.* de 22 ani, muncitor la cariera de piatră (Nr. reg. cons. 3057/1964). Cu zece zile în urmă au apărut dureri în hemitoracele dr. care în timpul muncii s-au accentuat. La examinare se constată tumefierea dureroasă a cartilagiului cos-tal II, fără modificări inflamatorii. Starea generală este bună. Examinările de laborator efectuate (VSH, hemogramă — cantitativă și calitativă) fără modificări pato-logice. IDR 1/10.000 negativ. Radiografia: fără modificări patologice. În urma unui tratament simptomatic, modificările constatate dispar treptat și la controlul efec-tuat în septembrie 1964 pacientul este complet sănătos.

3. — *K. S.* de 35 ani, croitor (Nr. reg. cons. 7391/1964). Bolnavul afirmă că în urmă cu trei zile, tăind lemne în pădure, a obosit și a transpirat. În ziua urmă-toare s-a simțit mai rău, toracele a devenit dureros, fapt căruia nu i-a acordat prea mare importanță, socotind că este vorbă de o „febră musculară“ sau de „răceală“. Deoarece durerea persistă, bolnavul s-a prezentat la consultație. În

cursul examinării s-a constatat: tumefierea bilaterală a cartilagiului costal III, cu sensibilitate moderată, fără modificări inflamatorii. Stare subfebrilă. Examinările de laborator (VSH, hemograma — calitativă și cantitativă), cit și radioscoopia toracică, nu prezintă modificări patologice. Auscultatoric: raluri bronșice uscate, mai accentuate în spațiul interscapular. Faringele hiperemic. În urma tratamentului medicamentos (Antadol, Salipyrin, vitamine) și repaus la pat, bolnavul își revine treptat. După o lună de zile se prezintă la control, când se constată încă o tumefiere moderată a cartilagiului descris înainte cu sensibilitate minimă la palpare. Aceste modificări nu împiedică activitatea profesională. Examinările de laborator și IDR-ul efectuate cu ocazia controlului au fost negative.

În ce privește etiopatogenia sindromului, părerile sînt diferite: unii autori atribuie un rol important reacțiilor alergice (*Chantraine*), alergiei tuberculoase (*Schnitzler*), toxicoalergiei (*Szelezcky*). Alții pun accentul pe stările catarale și infecțiile căilor respiratorii (*Geddes, Gill și colab.*). Majoritatea autorilor subliniază importanța microtraumatismelor repetate (*Zschau, Wepler, Schwarzweller*) și a factorilor mecanici — presiune, tracțiune, suprasolicitare — (*Motulsky, Rohn, Davies, Colley, Pohl*).

Particularitatea cazurilor prezentate de noi constă în faptul că afecțiunea a apărut în urma unor eforturi fizice neobișnuite și grele, ceea ce subliniază importanța factorilor mecanici. Numai al treilea caz observat de noi prezintă în anamneză răceli frecvente. Prin prezentarea cazurilor noastre dorim să atragem atenția medicilor practicieni asupra acestui sindrom, considerat ca raritate. Însă, acolo unde acest sindrom se studiază, cazurile depistate au fost mai frecvente.

*Sosit la redacție: 24 februarie 1965.*

#### Bibliografie

1. ADERHOLD K.: cit. Metzl (14);
2. CHANTTRAINE H.: cit. Pál și Tanai (16);
3. DAVIES-COLLEY R.: cit. Metzl (14);
4. DEANE E.H.W.: cit. Metzl (14);
5. FRONESCU E. și colab.: Viața medicală (1960), 16, 1119; 6. GERGELY E., POPPIK E.: Orvosi Hetilap (1956), 97, 156; 7. GILL A. M. și colab.: cit. Metzl (14);
8. HARTUNG H.: cit. Metzl (14); 9. HERIȘAN S., PEREȚIANU D.: Viața Medicală (1964), 3, 187; 10. KÁVASSY A.: Orv. Hetilap (1964), 30, 1437; 11. LAVERDANT CH., DOURY P.: Presse Méd. (1960), 28, 1102; 12. LEVEY G. S. cit. HERIȘAN (9);
13. LEGER L., MOINNERAU R.: Presse Méd. (1950), 53, 336; 14. METZL J.: Orv. Hetilap (1963), 35, 1650; 15. MOTULSKY A. G., ROHN R. J.: Cit. Pál și Tanai (16); 16. PÁL I., TANAI I.: Orv. Hetilap (1960), 34, 1203; 17. PIGNET B. și colab.: cit. Herișan (9); 18. SCHNITZLER J.: Orv. Hetilap (1956), 97, 159; 19. SZEBOILOR interne. Edit. Medicală, Buc. (1964), 21. UNGVARY L.: Betegség-szindrómák zsebkönyve. Medicina. Budapest (1962).