

Sternoklavikuler Eklem Kondriti: Tietze Sendromu Olgu Sunumu

Sternoclavicular Joint Swelling: Chondritis Tietze Syndrome Case Report

*Dr. Erkan EŐKI, **Dr. Hasan YERLİ, *Dr.İsmail YILMAZ

* BaŐkent Üniversitesi Tıp Fakóltesi, KBB AD,
** BaŐkent Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Radyoloji AD, Ankara

ÖZET

Tietze sendromu, göğüs ön duvarı ve boyun eklemlerinin, etiyojisi bilinmeyen, lokal şişliklerle karakterize, non süpuratif, benign bir hastalıdır. Genellikle parasternal ve kostosternal bölge eklemlerinin kostokondritidir. Tanı, klinik görünüm ve kostal kartilajları etkileyecek enfeksiyon, malignite, relapsing polikondrit gibi diğer enflamatuar patolojilerin dışlanması ile konur. Tietze sendromu tedavisinde, steroid dışı antienflamatuar ilaçlar ve lokal steroid enjeksiyonu kullanılır. Tietze sendromu servikal kitle ayırıcı tanısında hatırlanması ve dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

Anahtar Sözcükler

Tietze sendromu, boyun ağrısı

ABSTRACT

Tietze's syndrome is characterized by painful non-suppurative swelling of the cartilaginous articulations of the anterior chest wall. The etiopathogenesis of this syndrome is unknown. The diagnosis relies on clinical manifestations and the exclusion of other conditions that affect costal cartilages such as infection, malignancy, relapsing polychondritis and other inflammatory processes. These patients are treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and local infiltrations of steroids. Tietze's syndrome should be remembered in the cases with cervical swelling .

Keywords

Tietze's syndrome, neck pain

Çalışmanın Dergiye UlaŐtığı Tarih: **22.12.2008**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiđi Tarih: **07.04.2009**

≈

YazıŐma adresi

Dr. Erkan EŐKİ

BaŐkent Üniversitesi KBB AD,
Zübeyde Hanım Uygulama ve AraŐtırma Merkezi
6371 sokak no:34 Bostanlı, İZMİR
Tel: 0 232 330 52 30
E-posta: eskierkan@ mynet.com

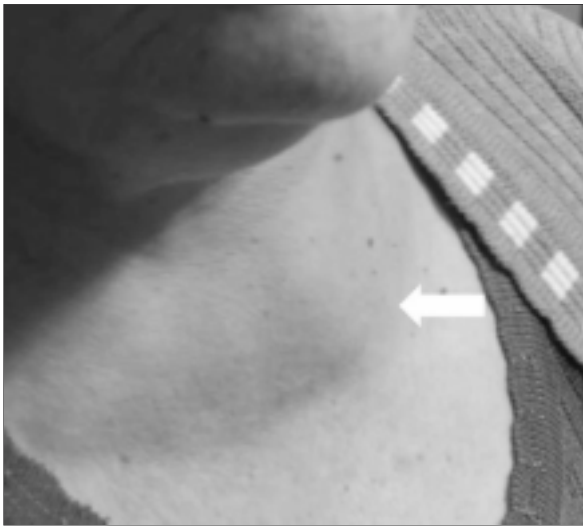
GİRİŞ

Tietze sendromu, ağrı, hassasiyet ve şişliklerle karakterize, göğüs ön duvarı eklem kartilajlarının enflamasyonudur.¹ Çoğu vakada (%80) tek bir kostosternal eklem tutulmuştur.² Sternoklavikuler eklem tutulumu nadirdir. Etiyopatogenezi bilinmemekle birlikte mikrotravma teorisi kabul görmektedir.² Genellikle 2-3. dekadlarda görülmekle birlikte her yaşta ortaya çıkabilir. Klinik olarak boyun ve göğüs ön duvarında şişlik, kızarıklık, ağrı ve yutma güçlüğü şeklinde ortaya çıkar. Biz bu olguda boyunda şişlik ve ağrı nedeni ile kulak-burun-boğaz kliniğine danışılan, sternoklavikuler eklem kondritli bir olguyu sunuyoruz.

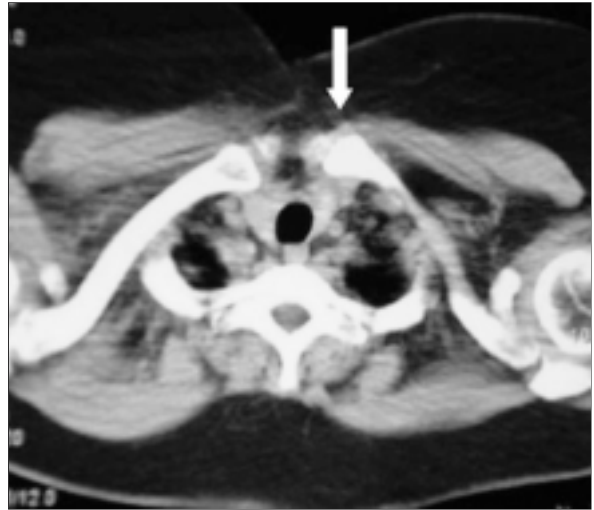
OLGU SUNUMU

Kulak-burun-boğaz kliniğine yönlendirilen, 66 yaşında bayan hastanın, sol boyunda 6 aydır ağrı, şişlik, kızarıklık ve yutma güçlüğü yakınmaları vardı. Hastanın özgeçmişinde romatolojik veya dermatolojik herhangi bir hastalığı yoktu. Boyun muayenesinde sol sternoklavikuler eklemden ısı artışı, kızarıklık, hassasiyet ve 2x2 cm'lik yumuşak kıvamda şişlik saptandı (Resim 1). Sistemik muayeneleri doğal olarak saptandı. Boyun, göğüs, kol bacak el ve ayak eklemlerinde ağrı, hassasiyet veya kitleye rastlanmadı.

Tam kan sayımı normaldi. Formül lökosit tetkikinde nötrofil ve lenfosit sayısı normaldi. Bu bulgularla septik artrit tanısı dışlandı. Eritrosit sedimentasyon hızı 56 mm/saat idi. Romatoid artrit ve diğer seropozitif en-



Resim 1. Hastanın sol sternoklavikuler bölge görünümü.



Resim 2. Sternoklavikuler eklem düzeyinden alınan bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

flamatuar artrit ayırıcı tanısı için romatoid faktör ve anti nükleer antikor bakıldı. Romatoid faktör ve anti nükleer antikor negatif saptandı. Biokimyasal analizinde ürik asit düzeyi hafifçe yüksek (8.4 mgr/dl) bulundu. Malignite açısından değerlendirme için boyun ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Boyun ve toraks BT'sinde sol sternoklavikuler eklemden daralma ve asimetri izlendi (Resim 2). Kostokondral eklemlerde, boyun ve toraks yapılarında herhangi malign bir kitle veya infiltrasyon izlenmedi.

Hasta bu bulgularla Tietze sendromu olarak değerlendirildi. Non steroid anti enflamatuar ilaçlarla tedavi başlandı. Hastaya 7 gün süre ile 3 eşit doza bölünerek 1200 mg/gün asetil salisilik asit verildi. Boyundaki şişlik, ısı artışı ve kızarıklık tedavi ile düzeldi. Tedavi sonrası hastanın eritrosit sedimentasyon hızı 5 mm/h bulundu. Hastada klinik olarak düzelme gözlenmesi üzerine takibe alındı. Tedavi sonrası 5. ayda yapılan fizik muayene ve kan tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

TARTIŞMA

Tietze sendromu üst parasternal bölgenin etiyojisi bilinmeyen, non süpüratif, seronegatif kostokondritidir.³ 1921'de Tietze tarafından tanımlanmıştır.¹ Genellikle tek taraflı olup 2-3. kostokondral eklemleri tutar ve kadınlarda daha sık görülür.⁴ Bizim olgumuzda sadece sol sternoklavikuler eklem tutulumu vardı. Sternoklavikuler bölgedeki ağrı ve şişlik nedeniyle kulak-burun-boğaza yönlendirilen bir olguydu. Kostosternal

eklemler doğaldı. Tietze sendromu genellikle 2-3. dekadlarda görülür, ancak her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Ülkemizden 24 hastanın retrospektif değerlendirildiği bir çalışmada yaş ortalaması 21.2 olarak bildirilmiştir.⁵ Bununla birlikte Martino ve ark.⁶ 62 yaşında bir olgu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada 4'ü 1 yaşından küçük 8 çocuk olgu bildirilmiştir.⁷

Tanı genellikle öykü, klinik değerlendirme ve eklem patolojisi yaratan başka nedenlerin dışlanması ile konur. Romatoid artritte sternoklavikuler eklem tutulumu sıktır. Ancak Tietze sendromu seronegatif olması ve başka eklem tutulumu olmaması nedeniyle romatoid artitten ayırt edilir.³

Tietze sendromu tanı ve ayırıcı tanısında BT'nin önemli bir yeri vardır.⁸ Biz de malignite ayırıcı tanısı için boyun ve toraks BT taraması yaptık. Tietze sendromlu olguların BT'sinde parsiyel kalsifikasyon, skleroz ve yumuşak doku şişliği görülmektedir.⁹ Olgumuzda sol sternoklavikuler eklemde asimetri ve daralma mevcuttu.

Tedavi genellikle semptomatiktir. Tedavide non steroid antienflamatuar ilaçlar ve steroidler kullanılmaktadır. Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi rezeksiyon uygulanabilmektedir.⁵

Göğüs ön duvarında ağrı çeşitli nedenlere bağlı ortaya çıkan bir semptomdur. Kostokondrit göğüs ağrısı

nedenlerinin %30'unu oluşturur.¹⁰ Göğüs duvarında ağrı ile başvurup, Tietze sendromu tanısıyla tedavi edilen ve takibinde malign tümörler saptanan olgular bildirilmiştir.¹¹⁻¹² Thongngarm ve ark.nın¹¹ sunduğu bir olgu Tietze sendromu olarak tedavi edilmiş, takibinde 6 ay sonra mediastinumda malign tümör kitle saptanmıştır. Fioravanti ve ark.da¹² Tietze sendromu tanısı ile steroid enjeksiyonu tedavisi uygulanan ve takibinde lenfoma teşhis edilen 4 olgu bildirmiştir. Bu nedenle Tietze sendromunun değerlendirilmesinde BT ile hastanın tetkiki ve tedavi sonrası takip vurgulanmaktadır.¹¹ Biz de olgumuzda göğüs boşluğunda bulunabilecek kitleleri dışlamak için hem boyun hem de toraks BT ile tarama yaptık. Tedavi sonrası 6 aylık takipte olguda herhangi bir patoloji saptamadık ve sonuç olarak olguyu Tietze sendromu olarak değerlendirdik.

SONUÇ

Tietze sendromu, KBB kliniğinde nadir karşılaşılan bir durumdur. Bununla birlikte servikal bölgede şişlik ve ağrı ile ortaya çıkabilen bir eklem hastalığı olduğundan baş boyun cerrahları tarafından tanınmalıdır. Ayrıca Tietze sendromu tanısı konan hastalar, beraber bulunabilecek malign tümörler açısından dikkatlice tetkik ve takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tietze A. Über eine eigenartige Haufund von Fallen mit dystrophie der Rippenknorpel. Berlier Klinische Wochenschrift 1921;58:829-31.
2. Kleinman I. Beeper costochondritis. JAMA 1992;267(1):56.
3. Aeschlimann A, Kahn MF. Tietze's syndrom:A critical review. Clin Exp Rheumatol 1990;8(4):407-12.
4. Jurik AD, Graudal H. Sternocostal joint swelling-clinical Tietze's syndrome. Report of sixteen cases and review of literature. Scan J Rheumatol 1988;17(1):33-42.
5. Kerimoğlu B, Özışık K, Ertürk M, Koşar A, Köse S. Tietze sendromunda cerrahi tedavinin yeri. Solunum hastalıkları 2001;12:222-24.
6. Martino G, Cariati S, Elmore U, Pascarella G, Corbelli GC, Hekmatdousttabrizi A et al. Tietze's syndrome in the elderly:description of a case and review of the literature. G Chir 1994;15(3):119-23.
7. Mukamel M, Kornreich L, Horev G, Zeharia A, Mimouni M. Tietze's syndrome in children and infants. J Pediatr 1997; 131(5):774-5.
8. Pulcini A, Drudi FM, Porcelli C, Gagliarducci E, Gallinacci E, Minocchi L et al. Tietze's syndrome:importance of differential diagnosis and role of CT. G Chir 1994 ;15(4):171-4.
9. Honda N, Machida K, Mamiya T, Takahashi T, Takishima T, Hasegawa N et al. Scintigraphic and CT findings of Tietze's syndrome: report of a case and review of the literature. Clin Nuc Med 1989 ;14(8):606-9.
10. Disla E, Rhim HR, Reddy A, Karten I, Taranta A. Costochondritis; a prospective analysis in an emergency department setting. Arch Intern Med 1994;154(21):2466-69.
11. Thongngarm T, Lemos LB. Malignant tumor with chest wall pain mimicking Tietze's Syndrome. Clin Rheumatol 2001;20(4):276-78.
12. Fioravanti A, Tofi C, Volterrani L. Malignant lymphoma presenting as Tietze's Syndrome. Arthritis and Rheumatism 2002;47(3):229-30.