

Linfadenite laterocervicale ed ecografia

Francesca Ricci

OSPEDALE NIGUARDA
CA' GRANDA
MILANO

Il comportamento pratico con un bambino o adolescente con ingrossamento dei linfonodi latero cervicali superiore a 10 mm spazia dalla rassicurazione con osservazione nel tempo alla diagnosi differenziale intensiva, a seconda di un giudizio clinico basato su anamnesi e visita accurate.

La prima cosa che deve accertare l'esame obiettivo è che la linfoadenopatia sia localizzata e non, piuttosto, generalizzata. Il collega considera giustamente l'età il primo criterio orientativo: l'esposizione antigenica stimola la crescita del tessuto linfoide, con un picco tra gli 8 e i 12 anni (mentre in seguito esso si atrofizza progressivamente) e la presenza di linfonodi palpabili nei bambini (ma non alla nascita), specialmente in sede cervicale, ascellare e inguinale, è quindi normale. Non lo sarebbe, anzi, l'impossibilità di palparli (sospetta immunodeficienza). Inoltre, prima dei 30 anni, l'80 per cento circa delle linfoadenopatie è benigno.

Oltre a sede e dimensione, la palpazione dei linfonodi può valutarne consistenza, mobilità e dolorabilità. L'esame obiettivo va poi completato con la ricerca di eventuali segni di flogosi della cute sovrastante e con la valutazione degli organi ipocondriaci.

Il concetto di osservazione introduce quello di durata dell'adenopatia: nella maggior parte delle cause infettive essa è inferiore alle 2 settimane (ma superiore in HIV, TBC, EBV); la

IL CASO

Prova e controllo

Mirko N, di dieci anni, mi è stato portato in ambulatorio dalla madre, rom, con una vistosa linfoadenopatia latero cervicale monolaterale. Io, basandomi più che altro sull'età del soggetto, ho considerato che l'origine infettiva fosse la più plausibile. Ritenendo che quello che conta sia solo la dimensione dei linfonodi, anche stavolta non mi sono soffermato, essendo lo stadio iniziale, a valutarne la consistenza o l'aspetto ecografico. Ho cominciato, quindi, col prescrivere un ciclo di antibiotico (amoxicillina) per poi controllare il bambino dopo 7 giorni. Ma forse era meglio rivedere il bambino senza terapia richiedendo la solita batteria di esami (emocromo, tampone faringeo, mono e toxo test, magari anticorpi anti HIV). Mi auguro che la linfoadenopatia non persista, ma qualora ciò fosse, mi chiedo se ci si possa fidare della diagnosi di natura ecografica o se non vada richiesto direttamente un agoaspirato.

durata è maggiore in neoplasie, infiammazioni e patologie autoimmuni. Le spiegazioni più comuni di una linfoadenopatia cervicale nei bambini e adolescenti sono:

- ◆ acuta: virus delle vie respiratorie superiori, faringite streptococcica o stafilococcica;
- ◆ subacuta o cronica: malattia da graffio di gatto (bartonella), toxoplasmosi, infezione micobatterica (con una Mantoux positiva, una biopsia va eseguita con prudenza, per la possibilità che residuino fistole e cicatrici)
- ◆ con sede cervicale posteriore o sovraclavare: maggior rischio di malignità.

Invece, una linfoadenopatia generalizzata può essere dovuta a virus, meno spesso a malattie tumorali o del collagene o ad allergia a farmaci (Leung 2004).

Se i patogeni in causa non sono facilmente riconoscibili, indagini sierologiche o colturali possono escludere tempestivamente una malattia di Kawasaki o un linfoma (meglio prima

Lymphadenopathy in children

Occhio Clinico 2007; 8: 14

Key words Lymphadenopathy; Differential diagnosis

Summary

A case of enlarged lymph nodes in children is considered. Practice with a child or adolescent with enlargement of the laterocervical lymph nodes of more than 10 mm ranges from reassurance with observation over time, to intensive differential diagnosis, according to a clinical opinion based on anamnesis and careful examinations.

In clinica è di norma l'eccezione

Se è vero che i linfonodi dolenti sono quasi sempre reattivi, un linfonodo maligno con necrosi centrale può causare dolore (come nel morbo di Hodgkin); molti linfonodi reattivi sono grandi quanto linfonodi maligni, mentre alcuni maligni sono molto piccoli. Se di solito i noduli maligni e quelli tubercolari hanno forma rotonda, mentre i noduli infiammatori o normali sono allungati od ovali, alcuni linfonodi sottomandibolari e parotidici e molti infiammatori della prima infanzia possono essere rotondi e alcuni, sede di metastasi, sono ancora ovali nei primi stadi di coinvolgimento.

della terapia antibiotica). Nella diagnostica differenziale di natura dei linfonodi, l'ecografia è valida, economica ed esente da radiazioni ionizzanti (Niedzielska 2007). Le metodiche Doppler, la più recente Power Doppler ad alta sensibilità e l'introduzione dei mezzi di contrasto valutano in più la vascolarizzazione del linfonodo e irregolarità anche sotto il centimetro (Tschammler 2002). Nei linfonodi normali è presente una struttura ampia, iperecogena, definita ilo, che occupa la parte centrale, la cui presenza è considerata segno di benignità.

La corticale linfonodale presenta invece struttura ipoecogena, omogenea, con eventuali calcificazioni o aree di necrosi, ma mai vasi: la differenziazione più significativa tra linfonodi benigni e maligni è dato dalla presenza di vascolarizzazione periferica. Al contrario dei linfonodi benigni reattivi, il 98 per cento di quelli maligni e il 100 per cento di quelli tubercolari hanno anomalie nella vascolarizzazione, oltre

ad alti valori degli indici di resistenza e di pulsatilità arteriolare.

Quando l'ecografia non è conclusiva, guida la diagnosi il prelievo citologico, meglio se con biopsia linfonodale escissionale. ◆

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Leung AK et al. Childhood cervical lymphadenopathy. *J Pediatr Health Care* 2004; 18: 3
- ◆ Niedzielska G et al. Cervical lymphadenopathy in children: incidence and diagnostic management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 51
- ◆ Tschammler A et al. Differential diagnosis of lymphadenopathy: power Doppler vs color Doppler sonography. *Eur Radiol* 2002; 12: 1794

Recensione



Paolo Cornaglia-Ferraris

Il buon medico.

Chi, come, dove trovarlo

Bari: Laterza, 2002

177 pagine, 12 euro

L'autore, già oncologo del Gaslini di Genova e da quasi dieci anni affermato fustigatore delle debolezze più o meno veniali in camice bianco, ha destinato questo snello volume al pubblico laico. Ciononostante, è un buon esercizio di autosorveglianza per

AUTOIRONIA, VIATICO DELL'AUTOCRITICA

quanto riguarda atteggiamenti e comportamenti con i propri pazienti, specchiarsi nelle caricature che Paolo Cornaglia-Ferraris fa dei colleghi. «Caricature» è il termine che usa egli stesso, per allontanare il sospetto di liquidare con giudizi troppo sommari stimati e stimabili professionisti, quando ne incasella i tipi nelle sue categorie: i medici di base vengono catalogati tra quelli di buon senso (da ricercare come pregiati tarufi), i massimalisti burocratizzati, i frustrati da un amore non ricambiato per la disciplina, i creativi, che si buttano sulle medicine alternative spesso per coprire i loro deficit in quella ufficiale (l'autore suggerisce di verificarne l'iscrizione all'Ordine), i prescrittori e gli spedizionieri, che usano lo studio come

centro di smistamento verso gli specialisti. Questi ultimi, pur con la premessa, tatticamente ineccepibile, della loro indispensabilità, ricevono etichette non meno stigmatizzanti: ci sono lo scienziato, il docente, i fuoriclasse, veri e finti, quello che eccelsisce sempre sull'operato di chi lo ha preceduto, la primadonna e l'affabulatore, che stordisce il paziente con quel gergo professionale che, a detta di George Bernard Shaw, è una cospirazione contro i profani. Una medicina per ridere, dunque, ma anche per riflettere, non dissimile da quella il cui filone è rintracciabile sulle illustri pagine del *BMJ*. Risalta, per esempio, l'affinità con lo studio tra il serio e il faceto di David Isaacs e Dominic Fitzgerald Seven alternatives to evi-

dence based medicine (*BMJ* 1999; 319: 1618) che verifica la corrispondenza tra le i fondamenti delle decisioni cliniche e i diversi tipi di medico. L'ipotesi di partenza degli autori è, infatti, che la personalità trascenda la disciplina (con l'eccezione della chirurgia, in cui la disciplina trascende la personalità). La medicina, lungi dall'essere sempre evidence based, può così essere:

- eminence based: per i colleghi più anziani, l'esperienza batte qualsiasi grado di prova (il luore dei capelli bianchi o della pelata ha un effetto aureola);
- vehemence based: la voce grossa può sostituire le prove d'efficacia (mette al loro posto i colleghi timidi e convince i parenti della propria abilità);

- eloquence based: l'abbronzatura permanente, un vestito di Armani e un bell'eloquio sono potenti sostituti delle prove di letteratura;
- providence based: in mancanza della più vaga idea di come procedere, la decisione può essere rimessa nelle mani dell'Onnipotente (anche se poi non si resiste alla tentazione di darGli una mano);
- diffidence based: non si decide niente per senso di inadeguatezza (sempre meglio che fare qualcosa solamente per salvare l'amor proprio);
- nervousness based: la fobia di una denuncia è un potente stimolo all'eccesso diagnostico e terapeutico;
- confidence based: riguarda solo i chirurghi. S.P.