



## LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON LINFOADENOPATIA

La sede dell'evento è l'Auditorium "Gaetano Martino" dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina.

La data è il 30 Maggio 2014

**Docenti:** Dr. Donato Mannina - Dr. Mario Pollicita

### PREMESSA/RAZIONALE

Uno dei problemi che frequentemente affronta il medico nel suo ambulatorio è quello del paziente con linfadenopatia, cioè con uno o più linfonodi aumentati di volume. Spesso questo evento è causa di ansia sia nel soggetto che ne è affetto, sia nei suoi familiari.

I linfonodi rappresentano una componente fondamentale del sistema immunitario e possono risultare ingranditi in numerose condizioni cliniche differenti: infezioni, malattie linfoproliferative, metastasi, malattie autoimmuni, malattie dismetaboliche e raramente in seguito all'uso di alcuni farmaci (idantoina, carbamazepina, acido paraminobenzoico, fenilbutazone).

L'attenta valutazione comparativa di una serie di caratteristiche semeiologiche consente di orientarsi sulla natura dell'affezione e in qualche caso addirittura di pervenire alla corretta diagnosi già in sede clinica.

Informazioni importanti per seguire un iter diagnostico rapido e corretto ci vengono fornite dalla anamnesi e dall'esame obiettivo. E' intuitivo che il medico di medicina generale può svolgere un ruolo fondamentale in questa fase in quanto conosce la storia clinica del paziente, nonché l'ambiente in cui egli vive e lavora.

Dobbiamo considerare: le dimensioni del linfonodo, le sue caratteristiche fisiche ottenute dalla palpazione ed ispezione, la localizzazione anatomica, l'età del paziente.

Definiamo sicuramente patologici linfonodi di diametro di due centimetri, ma, eccetto che nell'infanzia e nella regione inguinale a qualsiasi età, la presenza di linfonodi di un centimetro richiede ugualmente ulteriori indagini se non è possibile identificare una causa certa.

Una linfadenopatia riflette una malattia significativa più spesso negli adulti che nei bambini. Al di sotto dei 30 anni di età circa l'80% dei casi ha una origine infiammatoria o infettiva, mentre oltre i 50 anni circa il 60% dei casi ha una causa neoplastica.

Altre caratteristiche fisiche da considerare sono: diffusione polistazionale o monostazionale, dolorabilità, consistenza e mobilità.

La polistazionalità all'esordio è tipica delle infezioni, della leucemia linfatica cronica, delle malattie autoimmuni. Nel linfoma di Hodgkin e nelle metastasi tumorali l'esordio è in genere monostazionale. La dolorabilità è peculiare dei processi infettivi acuti, ma può essere riscontrata anche nelle neoplasie se la spinta proliferativa è forte. La mobilità del linfonodo è in relazione ad eventuali processi di peradenite e/o invasività della proliferazione neoplastica.

Per quanto riguarda la sede anatomica della linfadenopatia, in alcuni casi, l'origine della noxa patogena può ricercarsi nel territorio dal quale afferiscono i vasi linfatici al linfonodo interessato, ma spesso non è così, essendo causata da un processo sistemico infettivo o neoplastico. A questo riguardo pensiamo soprattutto a due sedi anatomiche come la supraclaveare sx o la mediastinica dove la comparsa di linfadenopatie può farci sospettare una localizzazione di processi neoplastici con origini in sedi distanti (esofago, testicolo, bronchi ecc)

Per quanto riguarda gli esami di laboratorio l'emocromo può fornire utili informazioni e in certi casi può essere diagnostico: la determinazione dell'LDH è importante nelle malattie linfoproliferative, gli indici di flogosi sono aspecifici, mentre in alcuni casi è di aiuto il dosaggio dell'albumina e delle immunoglobuline seriche. Il ricorso ai tests per la sierologia delle malattie virali può essere diagnostico per mononucleosi infettiva, AIDS, rosolia, toxoplasmosi ecc. Anche l'esame ecografico può fornire utili informazioni circa la struttura del linfonodo, le dimensioni precise e il contenuto delle linfoghiandole. Al contrario la TAC è invece importante nella valutazione dei linfonodi profondi.



Quando l'anamnesi, l'esame clinico del paziente e tutte le restanti procedure diagnostiche non hanno consentito il raggiungimento dell'obiettivo diagnostico circa il chiarimento della natura della linfadenopatia, è necessario ricorrere alla biopsia chirurgica del linfonodo. Al contrario l'agobiopsia può essere praticata solo nei casi in cui la linfadenopatia è situata in sede profonda ed il rischio chirurgico è elevato.

In ogni caso il medico di medicina generale, dopo aver avviato il corretto iter diagnostico, nei casi in cui giunga ad una diagnosi di patologie che possono essere trattate a domicilio perché rientrano nell'ambito che gli è di propria competenza ( cure primarie ) , pone in essere la terapia, mentre qualora sospetti una patologia neoplastica, deve rapidamente inviare il paziente presso il Centro Ematologico di riferimento, dove il momento diagnostico potrà essere completato e potranno essere avviate le opportune procedure terapeutiche.

In questa situazione il medico di medicina generale si pone in rapporto di collaborazione con il medico specialista ematologo per illustrare al paziente la diagnosi, la prognosi della malattia, gli effetti collaterali della terapia (attività di counseling). Al medico di medicina generale spetta il delicato compito del trattamento domiciliare delle complicanze dei trattamenti terapeutici; infatti, l'impiego di approcci terapeutici particolarmente aggressivi rende frequente la possibilità di fasi di pancitopenia prolungata e profonda. In questi casi la gestione domiciliare è di particolare delicatezza: allorquando, infatti, il valore dei neutrofili scende al di sotto di 500/mm il rischio infettivo è particolarmente elevato e risulta essenziale instaurare una opportuna terapia antibiotica, considerando sempre, nei casi di maggiore gravità, la possibilità di un eventuale ricovero. Infine non vanno dimenticati il rischio di episodi emorragici in seguito a piastrinopenia o le complicanze metaboliche legate alla citolisi oppure all'uso di farmaci particolari.

A trattamento ultimato, il ruolo del medico di medicina generale diventa nuovamente preminente in quanto il centro ematologico vedrà il paziente con sempre minore frequenza. Nella fase del follow-up, oltre a valutare i rischi di recidiva, è importante tenere presenti i possibili effetti collaterali tardivi di alcuni farmaci su organi come cuore, reni e polmoni, nonché i potenziali rischi di insorgenza di seconde neoplasie tardive.

Va sempre sottolineata l'importanza fondamentale del rapporto di collaborazione fra medico di mg e centro specialistico di riferimento sia per giungere ad una diagnosi tempestiva e precoce di malattia – fatto questo di notevole rilevanza per l'ottimale trattamento di queste patologie – sia dopo la dimissione per effettuare un corretto follow up sul territorio.

## DESTINATARI DEL CORSO

n.80 Medici

## PROGRAMMA

- Ore 08.15 Registrazione dei partecipanti
- Ore 08.30 – 09.00 Introduzione - Presentazione del problema - Ruolo del Medico di Medicina Generale  
**Dott. Mario Pollicita**
- Ore 09.00 – 10.00 Diagnostica - Aspetti clinici generali - Anamnesi ed obiettività – Biopsia linfonodale  
**Dott. Donato Mannina**
- Ore 10.00 – 10.30 Lavoro in piccoli gruppi con somministrazione di un elaborato - Sviluppo di una relazione tematica su domande aperte riguardanti gli argomenti trattati
- Ore 10.30 – 11.00 Discussione in plenaria sugli argomenti trattati  
**Dott. Donato Mannina - Dott. Mario Pollicita**



Ore 11.00 – 11.30 **Breve pausa**

Ore 11.30 – 12.00 Ruolo del MMG nell'iter diagnostico, rapporti col collega specialista e counseling

**Dott. Mario Pollicita**

Ore 12.00 – 12.30 Diagnostica differenziale - Diagnostica di laboratorio e strumentale - Aspetti clinici

**Dott. Donato Mannina**

Ore 12.30 – 13.00 Lavoro in piccoli gruppi con somministrazione di un elaborato - Sviluppo di una relazione tematica su domande aperte riguardanti gli argomenti trattati

**Dott. Donato Mannina - Dott. Mario Pollicita**

Ore 13.30 – 14.00 Discussione in plenaria sugli argomenti trattati

**Dott. Donato Mannina - Dott. Mario Pollicita**

Ore 14.00 – 14.30 Verifica dell'apprendimento e compilazione questionario ECM

**ALLA FINE DEL CORSO:**

- Valutazione dell'apprendimento: a ciascun partecipante verrà fornito un questionario contenente 20 domande relative agli argomenti oggetto del presente evento e corredate, ciascuna da tre risposte, di cui solo una esatta. Il partecipante dovrà rispondere in maniera corretta ad un minimo di 15 domande (75%) per ottenere l'idoneità al superamento del corso. Alla fine a ciascun partecipante verrà fornita la scheda ministeriale di valutazione del corso.