

MeB – Pagine Elettroniche

Volume X

Aprile 2007

numero 4

CASI INDIMENTICABILI

Sarà un tumore!

Bruno Sacher

UO. Pediatria, San Daniele del Friuli (UD)

La storia di C. inizia diverso tempo prima di giungere alla nostra osservazione. Da oltre un mese infatti il ragazzo si è accorto della comparsa di una tumefazione sul lato destro del collo, non accompagnata inizialmente da altri sintomi, che con il passare del tempo è progressivamente aumentata di volume. Mai febbre né faringodinia, non sudorazione e/o prurito notturno. Anche se nelle ultime settimane C. riferisce di non stare bene (saltuaria cefalea, astenia). Per tale motivo una decina di giorni prima è stato anche valutato dal medico di base che ha prescritto una terapia antibiotica (amoxicillina + acido clavulanico) a dose adeguata. Malgrado l'antibiotico, la tumefazione ha continuato a crescere tanto da diventare evidente alla vista ("è grande come un uovo"). All'arrivo C. è molto preoccupato ("ho sicuramente un tumore"). Non animali domestici a domicilio. Primo pensiero: Dove sta andando il mondo? A 15 anni di età bisogna pensare alle ragazze non alle malattie! Secondo pensiero: effettivamente la tumefazione è molto evidente (dal referto di pronto soccorso: "linfo-adenopatia laterocervicale destra 5-6 cm x 3-4 cm, di consistenza teso-elastica, minimamente dolente alla palpazione, cute soprastante indenne, non epatosplenomegalia; non altro da segnalare"). È sera ed il problema non è urgente. Meglio rinviare tutto a domani. Come da programma C. torna il giorno seguente. Vengono eseguiti i "soliti" esami in caso di linfadenopatia di n.d.d. (emocromo con formula, PCR, LDH, dosaggio immunoglobuline sieriche, elettroforesi proteica, sierologia per bartonella - EBV - CMV -Toxoplasma, intradermoreazione tubercolinica). Viene anche eseguita un'ecografia del collo che evidenzia la presenza di un linfonodo "... a destra all'angolo mandibolare di almeno 4 cm". Data la presenza in Radiologia, per altri motivi, di una collega esperta di chiara e meritata fama (prof. Ordinario di anatomia patologica), viene eseguito un esame citologico: sospetto linfoma. Viene eseguita anche una radiografia toracica che risulta nella norma. Al ritorno in reparto il laboratorio chi comunica la presenza di un LDH moderatamente elevato (607 U/L) con restanti esami "urgenti" (emocromo, ALT e AST, PCR, immunoglobuline sieriche, elettroforesi proteica) nella norma. Cosa fare a questo punto? Attendere di avere in mano tutti gli esami (mancano ancora le sierologie e la mantoux) o inviare subito il ragazzo altrove? Dato il sospetto diagnostico (e il 100 cuor di leone) vengono subito presi accordi con i colleghi dell'ematooncologia di Trieste. Due giorni dopo nuova chiamata dal laboratorio: sierologia per EBV positiva per infezione primaria (IgM presenti, IgG 99.0 UI/ml, EA IgG presenti, EBNA assenti) con restanti sierologie negative.

A TS ci sono dubbi e perplessità sulla diagnosi, ma davanti alla risposta dell'anatomopatologo devono cercare conferme. Quindi il pezzo anatomico viene inviato presso un altro centro e nel frattempo al ragazzo viene inserito un CVC. Anche perché il quadro al tavolo operatorio non è così chiaro (linfonodo con zone francamente necrotiche). Nell'arco di una ventina di giorni arriva la conferma definitiva (ricerca virale positiva per EBV): è una mononucleosi. È abbastanza gratuito riferire lo stato d'animo della famiglia ma soprattutto del ragazzo in questi giorni e... e di riflesso i nostri sensi di colpa per avere posto un dubbio diagnostico così pesante. Ci siamo chiesti ripetutamente: "abbiamo fatto bene/male a fare subito l'agospirato?" e a seconda dei momenti, delle persone, di mille fattori abbiamo ondeggiato fra "era giusto così" oppure "che c... abbiamo fatto!". Inoltre un vecchio insegnamento dai tempi dell'Università: "mai fidarsi di un esame citologico in corso di mononucleosi. Frega tantissimo!". La discussione in aula potrebbe aiutarci e aiutare anche i partecipanti in quanto una situazione di questo tipo non la riteniamo molto infrequente.