

## Linfoadenopatie della testa e del collo: Le linee guida nazionali

Sabato 19 marzo 2016

Fabrizio Comisi

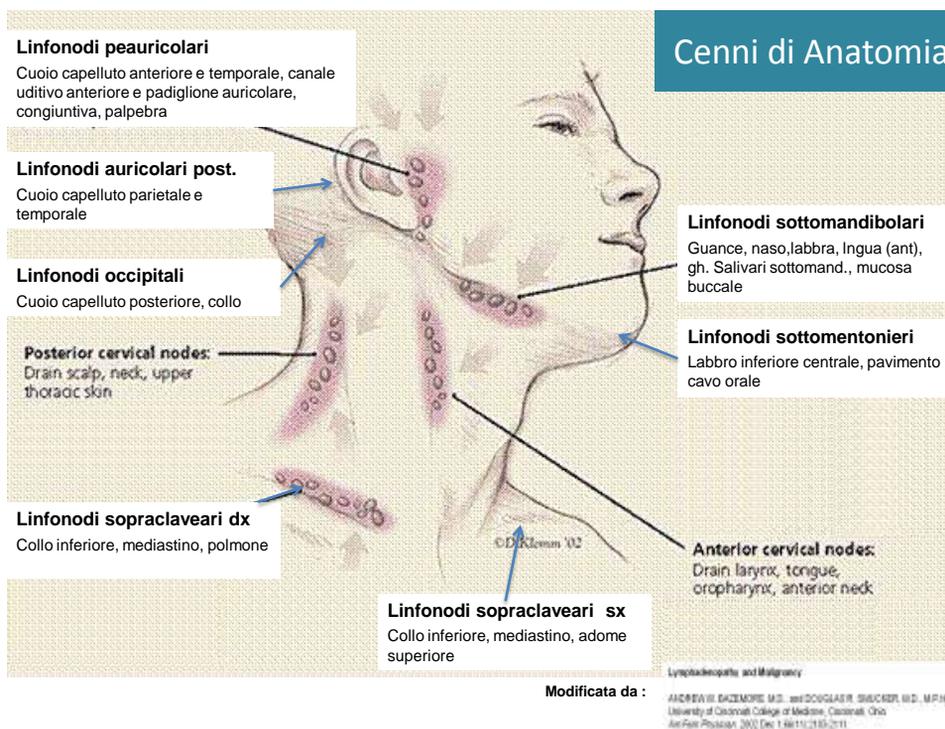




- Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica
- Associazione dei Genitori: "Noi per Voi"
- Associazione Microbiologi Clinici Italiani
- Federazione Italiana Medici Pediatri
- Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica
- Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia diagnostica
- Società Italiana di Chemioterapia
- Società Italiana di Cure Primarie Pediatriche
- Società Italiana di Infettivologia Pediatrica
- Società Italiana di Otorinolaringoiatria Pediatrica
- Società Italiana di Otorinolaringoiatria
- Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
- Società Italiana di Radiologia Medica
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche
- Società Italiana di Scienze Infermieristiche Pediatriche

## Quesiti Clinici

1. Quali sono le caratteristiche cliniche e anamnestiche che indirizzano verso una determinata eziologia e che guidano verso un iter diagnostico terapeutico?
2. Quando e quali accertamenti di primo livello devono essere eseguiti?
3. Quando è raccomandata l'indagine ecografica? Quali caratteristiche ecografiche possono guidare l'iter diagnostico terapeutico?
4. Quando è indicata la terapia antibiotica e quale antibiotico deve essere utilizzato?
5. Cosa fare in caso di fallimento della terapia antibiotica?
6. Quando e quali accertamenti di secondo livello eseguire?
7. Quali indagini devono essere eseguite sul materiale biptico?
8. Quando intervenire chirurgicamente e come?
9. Quali possono essere le complicanze chirurgiche?
10. Come gestire il bambino con sospetta infezione da micobatteri?



## La normalità

**Nel 44% dei bambini sani sotto i 5 anni sono normalmente palpabili linfo nodi nelle seguenti sedi :**

- Laterocervicali
- Ascellari
- Inguinali
- Occipitali
- Retroauricolari

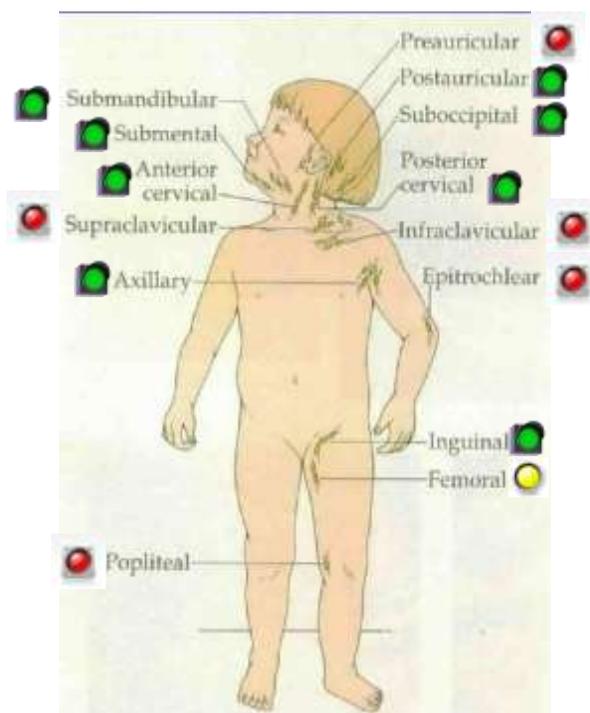
Rajasekaran K, Krakovitz, P. Enlarged Neck Lymph Nodes in Children. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:923-36.

## La normalità

Di norma non sono palpabili i linfonodi:

- Preauricolari
- Sopraclavari
- Epitrocleari
- Poplitei

Rajasekaran K, Krakovitz, P. Enlarged Neck Lymph Nodes in Children. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:923-36,



## La normalità

Rajasekaran K, Krakovitz, P. Enlarged Neck Lymph Nodes in Children. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:923-36,

## La patologia

**Il linfonodo si definisce anormale se presenta diametro maggiore di:**

- 2 mm in sede sopraclaveare
- 5 mm in sede preauricolare o epitrocleare
- 1 cm in sede cervicale o ascellare
- 1,5 cm in sede inguinale

## Definizioni

**Linfoadenopatia o Linfoadenomegalia**

Alterazione dei linfonodi in termini di :

- Dimensioni
- Numero
- Consistenza

**Linfoadenite**

Presenza dei segni di infiammazione

*(rubor, tumor, calor, dolor.....)*

## Classificazioni

### Le linfoadenopatie possono essere classificate in base a:

- **Grado di interessamento**

- localizzate,
- generalizzate

- **Durata**

- acute, <2 sett;
- subacute, 2-6 sett.;
- croniche, > 6 sett.

- **Meccanismo patogenetico**

- partecipi
- da invasione

## Classificazioni

### Nell'inquadramento clinico distinguere:

- **Tumefazioni simmetriche e sistemiche**

- Normali forme benigne (EBV, adenovirus, CMV, etc)
- Malattie infiammatorie (kawasaki, ARG) o neoplastiche

- **Tumefazioni asimmetriche, locali, tendenti alla suppurazione**

- Acute (es. infezioni batteriche)
- Subacute / croniche (es. TOXO, Mal. Graffio di Gatto, TBC, Micobateri NT)

- **Tumefazioni asimmetriche non tendenti alla suppurazione**

- Linfonodi di solito non dolenti, isolati o a pacchetti
- A volte adesi ai piani sottostanti
- Possibili forme reattive o infettive, ma fondato il sospetto di neoplasia

## Etiologia

**Tabella 3. Inquadramento patogenetico delle linfoadenopatie in età pediatrica (da Masera, 1990, modificato)**

<b>Infezioni</b>
<b>Batterica:</b>
Localizzata: <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , batteri anaerobi, malattia da graffio di gatto, tularemia, peste bubbonica, difterite.
Sistemiche: brucellosi, leptospirosi, febbre tifoide, listeriosi, meningococco meningococco, sifilide, malattia di Lyme.
<b>Virale:</b>
Virus di Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes simplex virus, virus dell'immunodeficienza umana acuta, epatite B, parvovirus eparvovirus, morbillo, rosolia, febbre di dengue.
<b>Micotiche:</b>
Tubercolosi, infezioni da micobatteri non tubercolari.
<b>Fungine:</b>
Criptococchi, istoplasmosi, coccidiomicosi.
<b>Parassitarie:</b>
Toxoplasmosi, leishmaniosi.
<b>Neoplastica</b>
Linfomi, leucemie, metastasi da tumore solido.
<b>Immunologia</b>
Linfoadenopatia ipertrofica idiopatica con dispeptonomia, malattia linfo proliferativa autoimmune, malattia granulomatosa cronica, dermatomiosite, da facciata, artrite idiopatica giovanile, infestati a cellule di Langerhans, ligni ortomammari sistemici, malattia da raso.
<b>Endocrina</b>
Malattia di Addison, ipotiroidismo.
<b>Altre</b>
Amiloidosi, malattia di Castleman, sindrome di Cheng-Ströms, pseudotumore infiammatorio (tumore mielofibroblastico infiammatorio), malattia di Kawasaki, malattia di Kawasaki, sarcoidosi.

## Diagnosi differenziale

Considerare sempre tumefazioni della testa e del collo di origine non linfonodale

**Tabella 4. Forme cliniche da porre in diagnosi differenziale fra le linfoadenopatie della regione della testa e del collo nel bambino**

Patologia	Caratteristiche cliniche
Cisti del dotto tiroglossa	Si muove con la protrusione della lingua, neoformazione mediana lungo il decorso del dotto tiroglossa
Cisti dermoide	Neoformazione mediana, del pavimento della bocca, della regione tiroidee, del giugolo.
Cisti branchiale	Lungo il bordo anteriore del muscolo sternocleidomastoideo
Laringocele	Rarissimo. Aumento di volume con Valsalva
Emangioma	Prime settimane di vita, colore rosso o violaceo, consistenza molle.
Malformazione linfatica (linfoangioma)	Transilluminabile, compressibile
Fibromatosi colli ("Tumore" sternocleidomastoideo)	Prime settimane di vita. Consistenza dura.
Costa cervicale	Tumefazione dura, immobile.
Parotidite endemica	Massa palpabile sopra l'angolo della mandibola
Parotidite ricorrente acuta giovanile	Fuoriuscita saliva chiara associata a piccoli coaguli biancastri alla spremitura della ghiandola.
Lipomi cervico-facciali	Consistenza elastica, aspetto ecografico solido.
Protrusione timica cervicale	Molto frequente. Di solito si accentua durante il pianto.
Tumori maligni	Tumori neurogenici, Rhabdomyosarcoma. Consistenza dura.

## La valutazione

- **Età**
- **Variazioni di peso**
- **Storia di infezioni recenti**  
(in particolare infezioni delle vie aeree superiori; infezioni del cavo orale o odontogene; della cute e cuoio capelluto; generalizzate)
- **Viaggi all'estero o immigrazione recenti**
- **Trauma recente**
- **Recente graffio di gatto o lesione/morso da altro animale**, punture di insetti, morsi di zecche
- **Ingestione di alimenti potenzialmente contaminati**  
(ad es. carne cruda, latte non pastorizzato)
- **Contatto tubercolare**
- **Storia vaccinale**
- **Storia farmacologica**

## La valutazione

Tabella 6. Farmaci la cui assunzione è potenzialmente associati a linfadenopatia (da Pangalis 1993, e Criado 2012, modificata)

- |   |                 |
|---|-----------------|
| • antiretrovirali<br>(abacavir, nevirapina) | • chinidina     |
| • allopurinolo                              | • fenitoina     |
| • anticonvulsivanti<br>aromatici            | • idralazina    |
| • atenololo                                 | • penicillina   |
| • captopril                                 | • primidone     |
| • carbamazepina                             | • sulfonamidici |
|   | • sulindac      |

## La valutazione

### •Caratteristiche della linfadenopatia

- Forma acuta/subacuta o cronica
- Forma localizzata o generalizzata
- Forma mono o bilaterale

### •Caratteristiche della Tumefazione

- Dimensioni
- Sede
- Consistenza
- Mobilità
- Dolenzia e dolorabilità
- Velocità di crescita
- Segni locali di flogosi  
(includenti dolore / dolorabilità, cute sovrastante calda o arrossata)

## La valutazione

### •Segni o sintomi associati

- Malnutrizione
- Scarso accrescimento
- Febbre
- Rash
- Astenia
- Perdita di peso
- Sudorazione notturna o prurito
- Sanguinamenti
- Presenza granuloma di inoculo
- Alterazioni delle regioni delle stazioni linfonodali drenanti  
(es occhio, orecchio, orofaringe, denti, cute e cuoio capelluto)
- Reperti patologici all'esame obiettivo del torace
- Epato-splenomegalia
- Artralgie/artriti/dolori ossei

## Esame obiettivo

### Dimensioni:

Un linfonodo cervicale con diametro > 3 cm deve essere considerato neoplastico fino a prova contraria

### Sede:

Linfoadenopatia generalizzata suggerisce una patologia sistemica

### Consistenza, mobilità, rapporti :

Linfonodi duri, adesi: sospettare neoplasia

Suppurazione: probabile infezione batterica

Fistolizzazione : micobatteri atipici

## Esame obiettivo

### Dolore :

In genere caratteristico dei processi infettivi per rapido aumento e tensione della capsula

Più raro emorragia o necrosi di LN neoplastico

### Segni di flogosi locale:

Suggeriscono patologia infettiva

### Segni sistemici:

Febbre, astenia, calo ponderale (>10%), sudorazione notturna, artralgia, esantema: possibile neoplasia

Malnutrizione, FTT, : TBC, Neoplasia, immunodeficit

Organomegalia

Sintomi respiratori

## Considerazioni

**La maggior parte delle linfoadenopatie della testa e del collo in età pediatrica è legata a infezioni**

Ma il 25% dei tumori pediatrici si manifesta a testa e collo e i LN cervicali sono i più colpiti

## Considerazioni

**Le neoplasie pediatriche che interessano primitivamente i linfonodi sono quelle del sistema linfoemopoietico (LLA, HL, NHL)**

**Potenzialmente tutti i tumori pediatrici (tranne SNC) possono interessare i linfonodi**

**Rabdiomiosarcomi e neuroblastomi spesso presentano interessamento linfonodale alla diagnosi**

## Considerazioni

### Solo 1-2% dei bambini con linfadenopatia ha un tumore

Si raccomanda di approfondire se:

- Linfonodi duri, fissi, non dolenti, non dolorabili
- Diametro > 2 cm o in rapido aumento
- Linfadenite ascellare e /o sopraclaveare
- Sintomi sistemici comprendenti: febbre, pallore, calo ponderale, astenia, sudorazione notturna, petecchie, dolori ossei
- Sintomi respiratori (dispnea)
- Epatosplenomegalia

(NICE Referral guidelines for suspected cancer, 2005)

## Considerazioni

Altri elementi di sospetto:

- Aumento di volume per oltre 2 settimane
- Mancata riduzione dopo 4-6 settimane
- Mancata regressione completa dopo 8-12 settimane
- Alterazioni Rx torace
- Segni e sintomi sistemici

King D, Ramachandra J, Yeomanson D. Lymphadenopathy in children: refer or reassure? Arch Dis Child Educ Pract Ed 2014; Jan 2. [Epub ahead of print]

## Linfomi

**Linfoma di Hodgkin (LH)**= 16% dei tumori pediatrici

**Linfoma non Hodgkin (LNH)**= 4,8% dei tumori pediatrici

Localizzazione cervicale nel 42-60% dei casi

LH di norma si presenta con :

- Linfoadenopatia cervicale e sopraclaveare
- Con o senza sintomi sistemici
- Linfonodi fissi , teso –elastici, non dolenti

## Linfoadenopatie secondarie

**Leucemia Linfoblastica** di norma si associa a:

- Astenia
- Pallore
- Irritabilità
- Febbre
- IRR
- Dolori ossei
- Petecchie-ecchimosi

## Linfoadenopatie secondarie

### Neuroblastoma

Esordio testa-collo nel 5% dei casi , può manifestarsi con:

- Linfoadenopatia locale o generalizzata
- Malessere
- Pallore
- Irritabilità
- Febbre
- Dolori ossei
- Sintomi respiratori

## Linfoadenopatie secondarie

### Rabdomiosarcoma

Spesso si localizza alla base cranica (linfonodi cervicali alti),

Se in fossa pterigo-palatina: deficit VII nervo cranico di tipo periferico



## Linfoadenopatie virali

Di solito a seguito di infezioni delle alte vie.

Linfoadenopatia laterocervicale bilaterale, consistenza tesa elastica, linfonodi mobili. A volte generalizzata.

Più frequente EBV

Si può associare a sintomi generali, e organomegalia

Sindromi mononucleosiche da:

- HHV6
- HSV1
- CMV
- Adenovirs
- Toxoplasma gondii

## Linfoadenopatie batteriche

I più comuni sono S.Aureus e S. Pyogenes

Anerobi se carie dentale o parodontopatie

Forme subacute o croniche si associano a B. Henselae o Micobatteri NT.

Le batteriche sono più spesso monolaterali, fluttuanti e tendono a suppurare entro 2 settimane (86%)

Spesso associate a febbre, faringodinia , mialgie.

## Linfoadenopatie batteriche

### **Bartonellosi (Mal. Da Graffio di Gatto)** – Bartonella Henselae

- Contatto con cani e gatti (cuccioli)
- Più spesso cervicale e ascellare (ingresso dagli arti superiori)
- Tumefazione dolente, molle, cute calda,eriematosa
- Sintomi sistemici nel 30% dei casi
  - Febbre
  - Malessere
  - Anoressia
  - Rash
  - Artromialgie



E. Mazzoleni, B. Lera, E. Pisan, E. Pelizzari. MALATTIA DA GRAFFIO DI GATTO - CAT SCRATCH DISEASE (CSD). Medico e Bambino pagine elettroniche 2001; 4(10)

## Linfoadenopatie batteriche

### **Bartonellosi (Mal. Da Graffio di Gatto)**

Presentazioni atipiche

- SNC (encefalite, paralisi del faciale)
- Polmone (polmonite atipica)
- Cuore (endocardite)
- Osso (lesioni osteolitiche)
- Occhio (sindrome oculoghiandolare di Parinaud)
- Cute( eritema nodoso o marginato)
- Sindrome similmononucleosica
- Febbre persistente di natura da determinare( FUO)
- Granulomatosi epato-splenica multifocale
- Osteolisi
- Porora trombocitopenica
- Papillite ottica

## Linfoadenopatie batteriche

### **Bartonellosi (Mal. Da Graffio di Gatto)**

Diagnosi e trattamento

- ELISA : bassa sensibilità
- IMMUNOFLUORESCENZA: più sensibile, poco diffuso
- PCR : su campione bioptico

Casi non complicati: risoluzione spontanea in 1-3 mesi

Azitromicina: controverso.

Paragonabile a placebo nel lungo periodo.

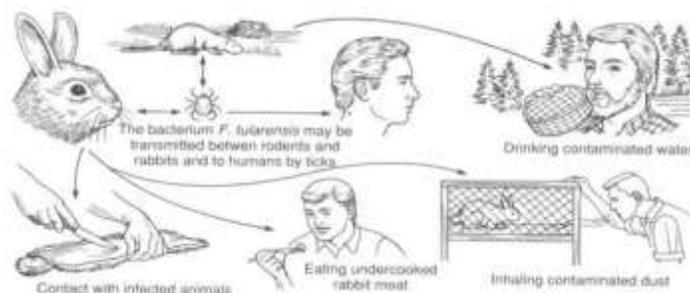
Da riservare ai casi severi/complicati o immunocompromessi

Alternative: doxiciclina o eritromicina ± gentamicina o rifampicina

## Linfoadenopatie batteriche

### **Tularemia – Francisella Tularensis**

- Contatto animale infetto, zecche, acqua contaminata, carne poco cotta, inalazione
- Febbre, mialgie, sintomi sistemici



## Linfoadenopatie batteriche

### **Tularemia** – Francisella Tularensis



## Linfoadenopatie batteriche

### **Tularemia** – Francisella Tularensis

### Diagnosi e trattamento

•EMOAGGLUTINAZIONE: >1:160

•Gentamicina, streptomina, amikacina , chinolonici

## Linfoadenopatie batteriche

**M. Di Lyme** – *Borrelia Burgdoferi*

### La borreliosi di Lyme in età pediatrica: individuata un'area endemica in Sicilia

D. C. SALPETRO, S. BRUGLIA, M.V. MERINO, F. FIJJA, K. MUNAFO, G. MUSCOUNI, G. BISIGNANI\*  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Cattedra di Terapia Pediatrica; \*Dipartimento Farmacobiologico, Cattedra di Microbiologia,  
Università di Alessandria

#### NUOVA AREA ENDEMICA IN SICILIA

*Nostre ricerche hanno consentito di individuare, oltre all'area ligure e a quella carsica, una terza area endemica italiana nell'entroterra della costa tirrenica della provincia di Messina (Monti Nebrodi).*

Medicina Bambino 8/2002

## Linfoadenopatie batteriche

**M. Di Lyme** – *Borrelia Burgdoferi*



*Alla puntura di zecca segue un periodo di incubazione variabile da pochi giorni a un mese prima della comparsa di una tipica lesione cutanea nel punto morso dalla zecca (probabilmente per una reazione allergica alla saliva della zecca).*

La borreliosi di Lyme in età pediatrica:  
individuata un'area endemica in Sicilia

D. C. SALPETRO, S. BRUGLIA, M.V. MERINO, F. FIJJA, K. MUNAFO, G. MUSCOUNI, G. BISIGNANI\*  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Cattedra di Terapia Pediatrica; \*Dipartimento Farmacobiologico, Cattedra di Microbiologia,  
Università di Alessandria

Medicina Bambino 8/2002

## Linfoadenopatie batteriche

### M. Di Lyme – Borrelia Burgdoferi

#### PATOGENESI

La *B. burgdorferi*, una volta penetrata attraverso la cute, può passare nel sangue (o nella linfa) e raggiungere qualsiasi distretto; sembra però prediligere in particolare la cute, le sinovie, il miocardio e il sistema nervoso.

La borreliosi di Lyme in età pediatrica: individuata un'area endemica in Sicilia

D.C. SARTORI, S. BRUGALIA, M.V. MEDINO, F. PUGA, A. MANNO, G. MASCORRO, G. BIGNARDI  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università di Palermo, Palermo; Dipartimento di Pediatria, Università di Messina, Messina; Dipartimento di Microbiologia, Università di Palermo, Palermo

*Medicina e Bambino* 8/2002

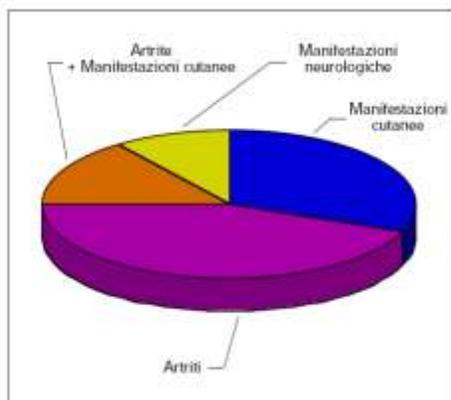


Figura 5. Borreliosi di Lyme: casi clinici di nostra osservazione.

## Linfoadenopatie batteriche

### M. Di Lyme – Borrelia Burgdoferi

La manifestazione più frequente della fase precoce disseminata è l'eritema migrante.



#### ASPETTI CLINICI DELLA BORRELIOSI DI LYME

##### Fase precoce

- Astenia
- Febbre con brividi
- Cefalea
- Artromialgie
- Adenomegalia
- "Erythema migrans" o altre manifestazioni cutanee.

##### Fase tardiva

- Artriti
- Paralisi di Bell
- Meningiti
- Radicoloneuriti
- Alterazioni del ritmo cardiaco.

Tabella III

La borreliosi di Lyme in età pediatrica: individuata un'area endemica in Sicilia

D.C. SARTORI, S. BRUGALIA, M.V. MEDINO, F. PUGA, A. MANNO, G. MASCORRO, G. BIGNARDI  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università di Palermo, Palermo; Dipartimento di Pediatria, Università di Messina, Messina; Dipartimento di Microbiologia, Università di Palermo, Palermo

*Medicina e Bambino* 8/2002

## Linfoadenopatie batteriche

### M. Di Lyme – Borrelia Burgdoferi

### Diagnosi e trattamento

- ELISA
- IFA
- WB

La borreliosi di Lyme in età pediatrica: individuata un'area endemica in Sicilia

D.C. SARTORI, S. BRUGALIA, M.Y. MENNO, F. PISA, A. MANNO, G. MESSANO, G. BIGNARDI  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università di Palermo, Palermo, Dipartimento di Pediatria, Ospedale "Giovanni Paolo II", Palermo, Università di Palermo, Dipartimento di Microbiologia, Università di Palermo

Medicina e Bambino 8/2002

TERAPIA PER I BAMBINI CON MALATTIA DI LYME		
Clinica	Terapia	Durata (giorni)
Puntura di zecca	Osservazione	
Eritema migrante	Orale	14-21
Meningite o radicoloneurite	Parenterale	14-28
Paralisi del nervo cranico	Orale	14-21
Blocco cardiaco di I e di II grado	Orale	14-21
Blocco cardiaco di III grado	Parenterale	14-21
Artrite senza compromissione nervosa	Orale	28
Artrite ricorrente dopo la terapia orale	Orale o parenterale	14-28
Artrite persistente dopo 2 cicli	Terapia sintomatica	
Interessamento del sistema nervoso centrale o periferico	Parenterale	14-28
Lyme cronica o sindrome post-Lyme	Terapia sintomatica	

Da: Infectious Society of America, 2000

Tabella IV

## Linfoadenopatie batteriche

### M. Di Lyme – Borrelia Burgdoferi

### Diagnosi e trattamento

POSOLOGIA DELL' ANTIBIOTICO-TERAPIA NEL BAMBINO CON MALATTIA DI LYME	
Farmaco	Dosaggio
Amoxicillina	50 mg/kg/die x 3
Doxiciclina	Età < 8 anni: non raccomandato Età > 8 anni: 1-2 mg/kg (max 100 mg/dose)
Cefuroxime-axetil	30 mg/kg/die x 2 (max 500 mg/dose)
Ceftriaxone	75-100 mg/kg ev al giorno in una singola dose (max 2 g)
Cefotaxime	150-200 mg/kg/d ev x 3 o 4 (max 6 g/die)
Penicillina G	200.000-4.000.000 U/kg/die divise in più dosi (max 18-24 milioni di unità/die)

Tabella V

La borreliosi di Lyme in età pediatrica: individuata un'area endemica in Sicilia

D.C. SARTORI, S. BRUGALIA, M.Y. MENNO, F. PISA, A. MANNO, G. MESSANO, G. BIGNARDI  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università di Palermo, Palermo, Dipartimento di Pediatria, Ospedale "Giovanni Paolo II", Palermo, Università di Palermo, Dipartimento di Microbiologia, Università di Palermo

Medicina e Bambino 8/2002

## Altre Linfadenopatie

- S. Di Kawasaki
- PFAPA

- M. Di Castleman (mediastino, retroperitoneo, laterocervicale)*
- M. Di Kikuchi-Fujimoto*
- M. Di Rosai Dorfman*
- Istiocitosi*
- Malattie autoimmuni*
- Sindromi emofagocitiche*

## Micobatteri NT

### •Sospettare se:

- Tumefazione che persiste da oltre 3 settimane
- Buone condizioni generali
- No suppurazione
- Età 0-5 anni
- Necrosi colliquativa / fistolizzazione
- TST positivo (infiltrato >5 <10 mm)
- IGRA negativo

**Biopsia-> coltura**

### *Opzioni:*

1. **Osservazione**
2. **Escissione**
3. **Terapia antibiotica (claritromicina + rifampicina o etambutolo)**

## Indagini

## 1° livello

- Linfoadenopatie acute, bilaterali, piccole, teso-elastiche, mobili, cute indenne: osservazione
- Se faringo tonsillite: considerare test rapido per SBEGA*
- Se monolaterale: terapia empirica per 10-14 giorni*
  - In caso di non risposta in 48-72ore*
  - Forme subacute/croniche*
  - Sintomi sistemici*

*Es. di 1° livello*  
*Emocromo*  
*Pcr*  
*Got – gpt*  
*EBV*  
*LDH*  
*... (mantoux, rx torace...)*

## Indagini

## 2° livello

- Ecografia**
- Sierologia estesa (bartonella, francisella, borrellia, brucella, isteria, CMV, TOXO)**
- EMOCOLTURA**
- Consulenza onco-ematologica**
  - Markers tumorali**
  - Biopsia**
- Consulenza infettivologica**
- Consulenza ORL**
- Consulenza chirurgica**
- TC**
- RM**
- AGOBIOPSIA**
- ESCISSIONE**

## Indagini

## Ecografia

- Nel collo conferma o esclude linfadenopatia
- Individua se cistica o solida*
- Dimensioni*
- Sruttura omogenea, disomogenea)*
- Capsula*
- Vascolarizzazione*
- Rapporti (aggregazione linfonodale)*
- Rapporto S/L*

## Terapia

## Terapia empirica

Amoxiclavulanato **80 mg/kg** in **3** somm./die

- Se la terapia fallisce o se recidiva: chirurgia (istologia, coltura)*

## Quesiti Clinici

1. Quali sono le caratteristiche cliniche e anamnestiche che indirizzano verso una determinata eziologia e che guidano verso un iter diagnostico terapeutico?
2. Quando e quali accertamenti di primo livello devono essere eseguiti?
3. Quando è raccomandata l'indagine ecografica? Quali caratteristiche ecografiche possono guidare l'iter diagnostico terapeutico?
4. Quando è indicata la terapia antibiotica e quale antibiotico deve essere utilizzato?
5. Cosa fare in caso di fallimento della terapia antibiotica?
6. Quando e quali accertamenti di secondo livello eseguire?
7. Quali indagini devono essere eseguite sul materiale bioptico?
8. Quando intervenire chirurgicamente e come?
9. Quali possono essere le complicanze chirurgiche?
10. Come gestire il bambino con sospetta infezione da micobatteri?

## Quesiti Clinici

1. Quali sono le caratteristiche cliniche e anamnestiche che indirizzano verso una determinata eziologia e che guidano verso un iter diagnostico terapeutico?

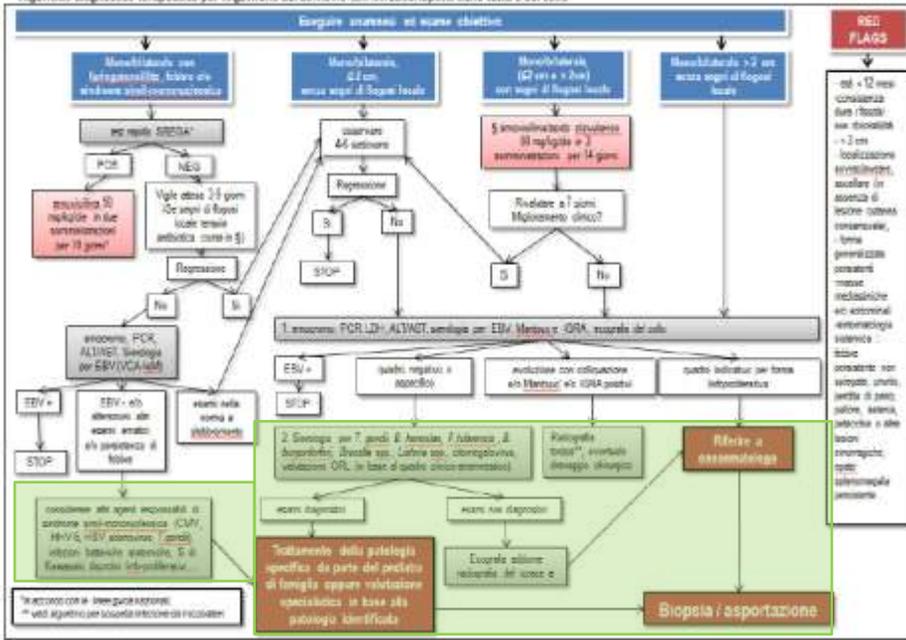
### Anamnesi

- a) Età, segni/sintomi sistemici,
- b) Infezione recente vie aeree,
- c) Otaglia, contatto con animali,
- d) Viaggi,
- e) Contatto TBC,
- f) Alimenti contaminati,
- g) Farmaci

### Clinica

- a) Sede e lateralità,
- b) Evoluzione (acuto – subacuto - cronico),
- c) Dimensioni,
- d) Cute sovrastante,
- e) Consistenza (molle, dura, fluttuante),
- f) Relazione con i tessuti circostanti (mobilità, fissità),
- g) Dolenzia /dolorabilità,
- h) Segni sistemici (organomegalia, rash, rep. Torace)

Algoritmo diagnostico terapeutico per la gestione del bambino con linfadenopatia della testa e del collo



**Appendice 1. Scheda per inquadramento anamnestico e clinico del bambino con linfadenopatia della testa e del collo**

**NOME E COGNOME** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**DATA primo ricovero/ricorso ambulatoriale** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE E PATOLOGICA REMOTA RILEVANTE** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA** \_\_\_\_\_ **Data comparsa linfadenopatia** \_\_\_\_\_

Immigrazione o viaggi all'estero recenti  trauma recente

Morve animali/uccelli e punture insetti  graffio di animale domestico

Ingestione cibi potenzialmente contaminati (latte non pastorizzato, carne non cotta)

Infezioni recenti (caro orale e denti, orecchie, alte vie aeree, cute craniale capofitto, sistemiche)

Storia vaccinale \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Contatto TBC recente \_\_\_\_\_

**SEGNALI E SINTOMI ASSOCIATI** febbre  sudorazione notturna  astenia

Calo ponderale  sanguinamento  artralgie/artrosi  rash  prurito

Altro \_\_\_\_\_

**ESAMI OBIETTIVO**

Sede linfadenopatia	Dimensioni	Caratteristiche (consistenza, mobilità, dolenza, dolorabilità, adesioli ai tessuti, segni locali di flogosi)

Splenomegalia  Epistomalia  Malodetritone/scarsa accrescimento

Reperti toracici  \_\_\_\_\_ lesioni cutanee  \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**ESAMI ESIGUITE**

Emocromo \_\_\_\_\_

Marcano \_\_\_\_\_  Quantiferon/T.SPST.TB \_\_\_\_\_

LDH \_\_\_\_\_  ALT/AST \_\_\_\_\_

Proteina C reattiva \_\_\_\_\_

Serologia PCR per EBV \_\_\_\_\_  Serologia PCR per CMV \_\_\_\_\_

Serologia Bartonella henselae \_\_\_\_\_  Serologia Toxoplasma gondii \_\_\_\_\_

Serologia Chlamydia pneumoniae \_\_\_\_\_  Serologia Franchella Adarrest \_\_\_\_\_

Yersinia enterocolitica \_\_\_\_\_  Serologia immunologica \_\_\_\_\_

Ecografia collo \_\_\_\_\_

Biopsia \_\_\_\_\_

Ecografia addome \_\_\_\_\_

RMN/TC \_\_\_\_\_

CONSULENZA INFETTIOLOGICA \_\_\_\_\_

CONSULENZA IMMUNOLOGICA \_\_\_\_\_

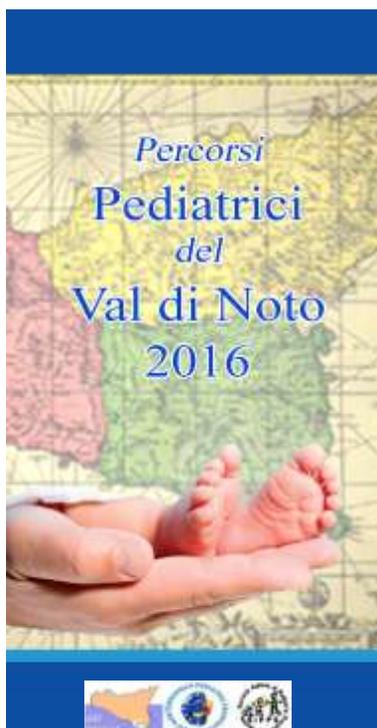
CONSULENZA CHIRURGICA \_\_\_\_\_

TERAPIA MEDICA \_\_\_\_\_ **Data inizio** \_\_\_\_\_ **Data fine** \_\_\_\_\_

**INTERVENTO CHIRURGICO** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_

- Esami istologici \_\_\_\_\_
- Esami istologici \_\_\_\_\_
- Altri \_\_\_\_\_

Complicanze/recidive \_\_\_\_\_



Scarica le

**Linee guida italiane per la gestione delle linfadenopatie della testa e del collo**

All'indirizzo:

[http://www.sipps.it/pdf/rivista/anno9/2s\\_2014.pdf](http://www.sipps.it/pdf/rivista/anno9/2s_2014.pdf)

