

SEGNI CLINICI CHE PIU'  
FREQUENTEMENTE INDUCONO  
A SOSPETTARE UNA  
NEOPLASIA

# FEBBRE

**Rappresenta la più frequente causa di consultazione**

**Quando preoccuparsi?**

**se la febbre si prolunga**

**e non risponde ad un eventuale trattamento antibiotico**

**e non si evidenzia un patogeno responsabile**

**se si associa a:**

- corteo sintomatologico sospetto di emopatia**

**Cosa fare?**

**Un attento esame clinico**

**Un esame emocromocitometrico**

**Eventualmente un agoaspirato midollare**

# LINFOADENOPATIE

L'aumento di uno o più linfonodi periferici costituisce un reperto molto frequente in età pediatrica

**Eziologia:**

Infettive 52%    Aspecifiche 23-33%    **Neoplastiche 1.4-13%**  
Autoimmuni 1%    Metaboliche 0.5%    Tossiche 0.5%

**Di quali neoplasie possono costituire l'esordio?**

Leucemie    Linfomi    Neuroblastomi    Rabdomyosarcomi  
Sarcomi delle parti molli    Istiocitosi CL

# LINFOADENOPATIE

**Di cosa bisogna preoccuparsi?**

**Sede**: sovraclaveare, epitrocleare, poplitea

**Dimensioni**: > 2-3 cm.

**Semeiologia**: modifica delle caratteristiche rispetto ad una condizione precedente.

**Cosa valutare?** Forma – Consistenza – Mobilità – Flogosi.

**Persistenza**: > 2 settimane

**Attenzione se associazione con**: masse addominali o mediastiniche, pallore, sintomatologia funzionale respiratoria, manifestazioni emorragiche a carico della cute e/o delle mucose

**Un consiglio**: esaminare sempre tutte le stazioni linfoghiandolari

# **ITER DIAGNOSTICO**

**- ANAMNESI**

**- ESAME OBIETTIVO**

**- ESAMI BIOUMORALI E STRUMENTALI**

**- BIOPSIA LINFONODALE**

# **BIOPSIA LINFONODALE**

## **Suggerimenti utili:**

- 1) la biopsia va programmata dall'oncologo pediatrico di concerto con il chirurgo pediatrico ed il patologo.**
- 2) va asportato, per intero, il linfonodo più grande e nella sede più sospetta, e non il più accessibile.**
- 3) la biopsia si rende necessaria se la linfoadenopatia aumenta e non diminuisce in 4-5 settimane.**
- 4) la biopsia è urgente se la sede è sospetta o è presente sintomatologia sistemica.**

# MASSE MEDIASTINICHE

Spesso reperto casuale: 50% benigne

**IMPORTANTE:** 1) Sede anatomica      2) Età

## A cosa pensare?

### Mediastino Ant.

- Ipertrofia timica
- Ernie diaframmatiche
- Linfangiomi
- T. cellule germinali
- Linfomi

### Mediastino Medio

- Linfoadeniti
- Cisti pericardiche
- Linfomi

### Mediastino Post.

- Cisti broncogene
- Meningocele toracico
- Neuroblastoma
- Neurofibromatosi

# Dolori diffusi e/o migranti

Valutare associazione con: {

- tumefazioni
- febbre
- linfadenopatie
- epato-splenomegalia

## Cosa fare?

- escludere, con certezza, una patologia reumatica
- un emocromo e, se necessario, un aspirato midollare

## Cosa non fare?

Un trattamento cortisonico senza certezza diagnostica!!!

## Da non dimenticare:

Costituiscono il sintomo di esordio nel 33-50% leucemie e linfomi



## Cosa fare?

- Escludere una patologia infettiva
- Programmare indagini strumentali sofisticate
- Consigliare biopsia linfonodale, se possibile
- Praticare, se indicato, agoaspirato midollare



**DUBBIO DIAGNOSTICO?**



**Biopsia della massa**

## Cosa non fare?

**Instaurare un trattamento cortisonico**

Unica eccezione: sintomatologia respiratoria vita-limitante



**Cortisone a piccole dosi e per pochi giorni**

# MASSE ADDOMINALI

Costituiscono il più comune segno di neoplasia solida in età pediatrica

**Il 45% di esse sono di natura benigna:**

- Cisti renali o ovariche
- Idronefrosi
- Teratoma maturo
- Nefroma mesoblastico
- Emangiomi
- Ganglioneuromi

## **IMPORTANZA DELL'ETA'!!**

**Età < 1 anno ( in particolare età neonatale)**

**E' più difficile che si tratti di una neoplasia maligna**

**Periodo neonatale: rene multicistico, idronefrosi, trombosi vena renale, duplicazione intestinale, cisti ovariche o mesenteriche**

**Età > 1 anno:**

**Pensare sempre ad una neoplasia maligna**

# **NEOPLASIE MALIGNHE ADDOMINO- PELVICHE**

## **Intraperitoneali:**

**Epatoblastomi – Epatocarcinomi – Rare neoplasie spleniche**

## **Retroperitoneali:**

**Tumore di Wilms – Neuroblastoma – Rhabdomyosarcoma  
- Linfoma – Tumore a cellule germinali**

**Diagnosi differenziale clinica tra:**

**Tumore di Wilms: contorni regolari, più spesso mobile,  
confinato di solito ad un emiaddome.**

**Neuroblastoma: a contorni nodulari, tendenza alla fissità  
alle strutture sottostanti ed a superare la “mezza linea”**

## **Pelvici:**

**Tumori a cellule germinali - Rhabdomyosarcomi**

## **COSA FARE?**

**Un' attenta palpazione dell'addome!**

**N.B. Ricordarsi del range di variabilità del fegato e della milza in età pediatrica**

**Se viene sospettata una neoplasia: COME COMPORTARSI?**

- a) Non effettuare ulteriori palpazioni addominali**
- b) Richiedere subito un'ecografia addominale**

**Perché?**

- a) consente una DD tra massa solida e a contenuto liquido**
- b) l'individuazione dell'organo di origine**
- c) di valutare la presenza o meno di calcificazioni**

**Se viene confermato il sospetto diagnostico di neoplasia maligna**

- a) Indagini più sofisticate**
- b) Markers tumorali specifici**

**- COLLABORAZIONE**

**PEDIATRA DI BASE**

**ONCOLOGO PEDIATRA**



**SI EVITANO :**

- ACCERTAMENTI NON NECESSARI**
- RITARDI DIAGNOSTICI**
- TERAPIE NON IDONEE**



# RETINOBLASTOMA

*Raro tumore maligno congenito, che origina dagli elementi neuroepiteliali della retina di uno o di entrambi gli occhi, solitamente non riconoscibile alla nascita.*

Incidenza: 3% di tutte le neoplasie infantili

1,4 nuovi casi/1.000.000 di bambini (30 casi circa/anno)

Forme ereditarie: 10% anamnesi familiare positiva

Forme sporadiche: 90% casi sporadici

- 20-30% bilaterali\*
- 70-80% unilaterali\*\*

Ereditarietà: autosomica dominante --> alleli mutanti a livello del  
Cr 13q14 (gene RB1- tumor suppressing gene)

\*ereditario    \*\*10-12% ereditario

Sintomatologia: Leucocoria (riflesso pupillare giallastro) -> 60,2%  
strabismo. congiuntivite, anisocoria, riduzione del visus etc









# DOLORI

# OSSEI

## Dolore localizzato:

Valutare: {

- persistenza nel tempo
- associazione con limitazione nei movimenti
- tumefazione delle parti molli e/o febbre

Un consiglio: non sopravvalutare un trauma nell'anamnesi

## Cosa fare?

- Xgrafia osso interessato → DD con osteomielite

- Xgrafia dubbia o dolore persistente?: consultare ortopedico

Perché? **Importanza della diagnosi precoce**

**Accertamento diagnostico dirimente**



**Biopsia ossea**

**Non dimenticare:**

**Dolore osseo localizzato = Sintomo di esordio:**

- **79% degli Osteosarcomi**
- **89% dei Sarcomi di Ewing**

# **MASSE EXTRANODALI NEL SOTTOCUTANEO**

**Rare e meno del 1,5% sono maligne → Sarcomi parti molli**

**Caratteristiche:**

- 1) Di solito correlate a traumi    2) Crescita lenta**  
**Conseguenza: RITARDO DIAGNOSTICO!**

**Quali sono i caratteri di malignità?**

- a) Tumefazioni di dimensioni > 3 cm.**
- b) Ulcerazioni della cute sovrastante**
- c) Fissità alla fascia muscolare sottostante**

**IMPORTANTE: nessuna indagine strumentale è dirimente**

**Come comportarsi?**

**Se presenti uno o più caratteri di malignità: BIOPSIA!**

**Se biopsia patologica: RESEZIONE A MARGINI ALLARGATI!**

**FEBBRE**

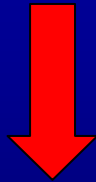
**LINFOADENOPATIE**

**MASSE ADDOMINALI O MEDIASTINICHE**

**DOLORI OSSEI**

**NODULI SOTTOCUTANEI**

**PUNTO DI RIFERIMENTO**



**PEDIATRA DI BASE**

**QUANDO CONSULTARE L'ONCOLOGO PEDIATRA?**