

Diagnosi istologica di linfadenopatia: si può utilizzare l'agobiopsia invece della biopsia?

Antonella Stazzoni*, Manuela Pasini**

*Pediatra di famiglia, Cesena, ACP Romagna

** Ospedale "M. Bufalini" U.O di Pediatria e neonatologia Cesena, ACP Romagna

Abstract

In a four year old child with a persistently enlarged cervical lymph node of 2 cm. in diameter the reliability of needle biopsy in respect to traditional biopsy is evaluated. A scientific paper reports an effectiveness test able to confirm the reliability of a needle biopsy if a good tissue sample is obtainable.

Antonella Stazzoni, Manuela Pasini. Can needle biopsy other than traditional biopsy be utilized for the histological diagnosis of a lymphadenopathy?

Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 45-46

Scenario clinico

Viene in ambulatorio un bambino di 4 anni che presenta un linfonodo latero-cervicale non dolente, di diametro maggiore di 2 cm; è persistente, da più di un mese e mezzo nonostante un trattamento antibiotico. Esami sierologici e indici di flogosi negativi. È indicata una biopsia? Mi chiedo se l'esecuzione di un agoaspirato, meno invasivo di una biopsia, possa aiutarmi a escludere una diagnosi di malignità.

Background

Le linfadeniti periferiche sono di frequente riscontro nei bambini; hanno eziologia diversa e per la maggior parte sono benigne (85-87%) e a decorso favorevole. È consigliato peraltro di escludere le malattie maligne con uno studio morfologico ogni volta che l'adenite supera i due centimetri e non si riduce dopo trattamento antibiotico. Mentre nell'adulto l'agoaspirato viene utilizzato per la diagnosi iniziale già da molto tempo, nel bambino lo si utilizza di meno. L'agoaspirato ha alcuni vantaggi: è un esame rapido, poco invasivo, non richiede anestesia generale, ha scarse complicazioni rispetto alla biopsia.

La domanda in tre parti

In un *bambino* con *linfadenopatia* [POPOLAZIONE]

L'*agoaspirato* [INTERVENTO]

È uno *strumento diagnostico utile* per la diagnosi di malignità [OUTCOME]?

Strategia di ricerca

Verifico nel Mesh di PubMed l'esistenza dei seguenti termini:

"Children"; "Lymphatic diseases"; "Needle aspiration"

Quest'ultimo non è un termine Mesh, il termine corrispondente è "biopsy, needle".

Imposto così la mia domanda su Clinical Queries:

"Children" AND "Lymphatic diseases" AND "Biopsy, needle" AND "Outcome".

Selezione **Diagnosis** e **Specificity**

Impostata così la ricerca, trovo tre articoli, uno dei quali si riferisce con sufficiente chiarezza al quesito, in quanto è uno studio di validazione dell'agoaspirato rispetto alla biopsia.

Articolo selezionato

de Schoot L, et al.

"The role of Fine-Needle Aspiration Cytology in Children With Persistent or

Suspicious Lymphadenopathy". *J Ped Surg* 2001;36:7-11

Caratteristiche principali dello studio

Nazione: Olanda

Setting: Ospedale universitario

Tipo di studio: validazione di un test diagnostico (agoaspirato) rispetto al gold standard che è la biopsia per confermare la diagnosi di malignità (se test positivo); follow-up per almeno 6 mesi (se test negativo)

Pazienti e test diagnostici

Pazienti: 65 pazienti di età da 1 a 20 anni (media 9 anni) che dal '92 al '96 hanno eseguito 79 agoaspirati divisi in 2 gruppi:

Gruppo A: 43 con linfadenopatia "de novo" hanno eseguito 44 agoaspirati

Gruppo B: 21 con precedente storia di malignità hanno eseguito 29 agoaspirati.

TABELLA 1: RISULTATI CONCORDANTI, DISCORDANTI E PRELIEVI UTILIZZABILI

1. Agoaspirati di partenza	44 (gruppo A) + 29 (gruppo B)	= 73
2. Inadeguati	5 (A) + 6 (B)	= 11
3. Utilizzabili per l'esame	73 - 11	= 62
4. Non conclusivi		= 1
5. Utilizzabili per la diagnosi		= 61
6. Concordanti (positivi o negativi)	24 + 32	= 56
7. Discordanti	3 + 2	= 5

Per corrispondenza:

Antonella Stazzoni

e-mail: antonella.sta@libero.it

leggere e fare

TABELLA 2: "2 PER 2"

	Biopsia pos.	Biopsia neg.	Totale
Agoasp. pos.	24	2	26
Agoasp. neg.	3	32	35
Totale	27	34	61

Risultati riportati nello studio*Gruppo A*

44 agoaspirati in 43 pazienti: 5 materiale inadeguato; 1 non conclusivo; 38 diagnostici in 37 pazienti, di cui 25 benigni, e di questi 2 falsi negativi (1 Hodgkin, 1 carcinoma nasofaringeo), e 13 maligni, di cui 1 falso positivo.

Gruppo B

29 agoaspirati in 21 pazienti: 6 materiale inadeguato; 23 diagnostici in 17 pazienti, di cui 13 maligni, 12 confermati con biopsia e 1 falso positivo; 10 aspirati benigni, di cui 1 falso negativo.

Gruppo A + B (tabella 1)

Nel complesso possiamo dire che su 73 agoaspirati (rigo 1) eseguiti, 11 (rigo 2) sono risultati inadeguati per fare una diagnosi, 1 è risultato non conclusivo (rigo 3). Pertanto 61 (rigo 5) su 73 agoaspirati possono portare a una diagnosi sicura. Il confronto con il gold standard "biopsia" concorda con 56 (rigo 6) mentre 5 test (rigo 7) sono discordanti da questa. Vengono inseriti i dati nella tabella "2x2". Vengono calcolati sensibilità, specificità,

valore predittivo positivo (VPP) e negativo (VPN) e rapporti di verosimiglianza (tabella 3).

Conclusioni

Il rapporto di verosimiglianza nel caso del test positivo è superiore a 10 (15,1). Questo ci consente di trarre conclusioni sufficientemente attendibili sulla capacità di diagnosi del test relativamente alla malattia. Possiamo utilizzare lo strumento diagnostico; nel nostro caso l'agoaspirato.

Il rapporto di verosimiglianza nel caso del test negativo è compreso tra 0,1 e 0,2 (0,12). Pertanto ci troviamo di fronte a un test che, se risulta negativo, ci permette di trarre conclusioni moderatamente attendibili sulla malattia che stiamo cercando (per l'interpretazione dei valori vedi *Quaderni acp* 2002;4:52). I due dati sono confortati dai valori predittivi negativi (91,4) e positivi (92,3). Però gli ampi intervalli di confidenza (per il rapporto di verosimiglianza positivo da 3,9 a 58,36) suggeriscono (per la scarsa numerosità dei test utilizzati nello studio?) di prendere con prudenza le conclusioni dell'articolo.

Dobbiamo anche sottolineare che 11 agoaspirati su 73 erano inadeguati per la diagnosi; altra conclusione è, quindi, che per giungere a una diagnosi occorre che chi fa l'agobiopsia ottenga un campione di tessuto adeguato e che l'istologo esprima un parere solo in relazione a questa adeguatezza.

TABELLA 3: ANALISI DELL'EFFICIENZA DIAGNOSTICA (VALORI CON INTERVALLO DI CONFIDENZA)

Sensibilità	=	24 / 27	=	88,9%
Specificità	=	32 / 34	=	94,1%
Valore predittivo pos.	=	24 / 26	=	92,3% (da 75,7% a 97,9%)
Valore predittivo neg.	=	32 / 35	=	91,4% (da 96,9% a 78,5%)
Rapporto di verosimiglianza per Test Pos.	=	0,889 / (1 - 0,941)	=	15,1 (da 3,9 a 58,36)
Rapporto di verosimiglianza per Test Neg.	=	(1 - 0,889) / 0,941	=	0,12 (da 0,04 a 0,34)

Un libro-guida per "curarsi" di adolescenti

Un pediatra di comunità, un adolescentologo, uno psicologo di un consultorio giovani hanno scritto insieme un volumetto sulla visita dell'adolescente (M. Iaia, F. Mazzini, O. Rossi: *Curarsi dell'adolescente*. Firenze: SEE Ed. pp 140). L'utilità del volume dipende essenzialmente dalla poca confidenza che i pediatri hanno (ma altrettanto poca ne hanno i medici generalisti) con la visita dell'adolescente o del preadolescente e, di contro, all'aumentato afflusso che i ragazzi di quest'età hanno mostrato negli ultimi anni per gli ambulatori dei medici. Non si tratta di disattenzione ai problemi degli adolescenti e preadolescenti, ma proprio di scarsa conoscenza delle tecniche di approccio medico e psicologico per i ragazzi: la scarsa conoscenza dell'esame obiettivo per la valutazione degli organi genitali e dello sviluppo puberale, la scarsa capacità di affrontare situazioni di disagio e di angoscia del ragazzo e della famiglia. L'Università si è ben guardata dall'insegnarlo per la buona ragione che quasi ovunque lo ignora. C'è poi spesso la differenza di sesso fra medico e adolescente, la capacità di creare un clima accogliente e rassicurante necessaria in ogni atto medico, ma tanto più in questa età se si vogliono fare emergere problemi clinici evitati da ragazzo e famiglia. Nessun atto medico è infatti neutrale, specie in un'età con antenne sensibili. Il volume è diviso in tre parti. La visita dell'adolescente è la prima e in essa ci sono le tecniche con le quali fare l'approccio al ragazzo evitando errori o pasticci; sono indicate modalità dialogiche con le quali avvicinarsi e affrontare i problemi. La seconda parte riguarda la trattazione degli aspetti clinici: obesità, ipertensione, varicocele, acne, ipertricosi, ginecomastia, gozzo, carie, scoliosi, dorso curvo, disturbi del ciclo, ritardo puberale, disturbi relazionali. L'ultima parte riguarda una discussione sull'ipotesi di informatizzazione dei dati raccolti con la presentazione di schede informatizzate. Un lavoro completo e di grande utilità per i pediatri che se ne vorranno avvalere.

red

Una nuova generazione conoscerà una nuova Madonna

Il 15 di settembre, con *Le Rose Inglesi*, uscirà il primo di una serie di cinque libri per bambini scritta da Madonna, cantante, ballerina e mamma di 44 anni di due bambini; la notizia è di Callaway Editions and Penguin Group. Il grande debutto di Madonna scrittrice di storie per bambini è atteso lo stesso giorno in più di 100 paesi, dal Brasile alla Slovenia. Il libro è stato infatti tradotto in 42 lingue. Callaway fa sapere che Madonna ha trovato l'accordo di alcuni dei più esperti editori di pubblicazioni per bambini. Non stupisce che un'artista di grande talento, che ha sempre curato con passione ogni suo singolo impegno, coronandolo quasi sempre con il successo, ricerchi il meglio anche questa volta. Ciò che maggiormente incuriosisce, e Callaway invece non ci dice, è che, stando alle indiscrezioni di MTV, questo evento è stato illuminato dalla Cabala. Sia come sia, finisce che Madonna è bravissima anche in questo e scrive grandiose storie per bambini, e grandi bambini, del livello di quelle di Daniel Pennac. Nel caso ci guadagneremo tutti, grandi e piccoli.

Daria Zacchetti