

## ADENOPATIE MASIVĂ LATEROCERVICALĂ DE CAUZĂ METASTATICĂ FĂRĂ PUNCT DE PLECARE PRECIZAT

asist. dr. *Raluca Badea*<sup>1</sup>, dr. *Cătălin Iacob*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultatea de Medicină Generală, Universitatea „Transilvania” din Braşov

<sup>2</sup>Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Braşov

### Abstract

Presentation with metastatic cervical lymphadenopathy is not uncommon for patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. In most cases, a thorough head and neck examination and various imaging modalities determines the primary site (origin) of the cancer. When clinicians are unable to determine the origin of the metastatic cervical lymphadenopathy, the cancer is said to originate from an unknown primary site.

**Key-words:** lymphadenopathy, lymphadenopathy, neck.

Prezentăm cazul unui pacient de 68 de ani din mediul urban, internat în Spitalul Clinic Judeţean Braşov, pe secţia clinică interne Astra, în luna iunie 2009 care, în urma unor investigaţii paraclinice de rutină, este îndrumat spre secţia noastră, pentru elucidarea unui sindrom de hepatocitoliză moderată.

Din antecedentele personale patologice se reţine că pacientul suferă de aproximativ 2 ani de o esofagită de reflux, iar din obiceiurile de viaţa se reţine că este consumator cronic de alcool în doze mici, nu este fumător şi nu a lucrat în mediul toxic.

La internare prezintă stare generală bună, este supraponderal, iar la examenul obiectiv se decelează o formaţiune tumorală laterocervicală stângă, de aproximativ 6 cm, de consistenţă dură, nedureroasă spontan sau la palpare, fără modificări ale tegumentului supraiacent, dar care este fixată de planurile profunde. De asemenea, se decelează o hepatomegalie moderată, de consistenţă elastică, nedureroasă. Restul aparatelor şi sistemelor oferă relaţii normale la examenul clinic.

Din istoric aflăm că pacientul şi-a decelat formaţiunea tumorală cu 4 luni înaintea prezentării în serviciul nostru, iar din relatarea sa, creşterea în dimensiuni a formaţiunii a fost rapidă, acesta ignorând-o nefiind dureroasă.

Investigaţiile paraclinice efectuate evidenţiază modificări ale tabloului biochimic, prin prezenţa unui sindrom de hepatocitoliză moderată (TGO=153, TGP=311) fără colestază intra

sau extra hepatică, iar hematologic toţi parametrii sunt în limite normale, VSH =10mm la 1 h, fibrinogenul fiind uşor crescut (454), markerii virali VHB, VHC negativi, alfa FP (lipsă reactiv).

Radiologic şi imagistic: pe radiografia pulmonară standard se evidenţiază un mediastin uşor lărgit spre dreapta la înălţimea crosei aortice, hil drept cu aspect nodular, cord în limite normale, iar ecografia abdominală decelează un ficat cu ecostructură omogenă, cu ecogenitate uşor crescută şi prostata inomogenă. De asemenea, se efectuează ecografie de părţi moi, care indică aspectul de adenopatie fixată laterocervical stâng.

Consultul ORL nu constată modificări la examinarea clinic, motiv pentru care indică examinarea CT la nivel de cap şi gât unde, la nivelul regiunii cervicale examinate CT, se evidenţiază o formaţiune tumorală parafaringiană stângă, fără a oferi informaţii suplimentare despre natura acesteia. Se continuă investigaţiile imagistice prin efectuarea unui CT de torace, având în vedere modificările radiologice de la nivelul mediastinului superior în această etapă suspiciunându-se ca diagnostic un limfom. Aspectul CT pe zona toracică măreşte suspiciunea unui asemenea diagnostic, dar nu elimină existenţa unei adenopatii metastatice, deoarece se decelează mici adenopatii mediastinale precarenare infracentimetrice, dar fără modificări intraparenchimotoase pulmonare.

Datorită localizării laterocervicale stângi, pentru a exclude o adenopatie de cauză metastatică cu punct de plecare digestive, se efectuează endoscopia digestivă superioară și colonoscopia totală, ambele oferind relații normale. Pentru explorarea mai exactă a pancreasului se solicita și explorare CT abdominal, care indică pancreas, ficat, splina și glande suprarenale normale.

În acest moment ne găsim în fața unui pacient cu stare generală bună, dar care prezintă o formațiune tumorală – adenopatie laterocervicală stângă, adenopatie posibil în contextul unei patologii hematologice, nefiind exclusă cauza metastatică.

Pentru a obține informații suplimentare se efectuează și examinare RMN de gât, care evidențiază o formațiune de formă policiclică neomogenă, cu dimensiuni de 5,5\3,5 dezvoltată laterocervical submandibular, venind în contact cu mușchiul SCM pe care îl dizlocă lateral. Formațiunea tumorală se încarcă neomogen cu substanță de contrast, prezentând zone de necroză cu contur șters. Formațiunea vine în contact cu pachetul vascular, de care nu prezintă limită de demarcare netă.

Consultul hematologic confirmă faptul că formațiunea tumorală este adenopatie fixată și solicită intervenția chirurgicală în serviciul de chirurgie BMF, pentru extirparea formațiunii și examinare histopatologică. Având în vedere localizarea în contact cu pachetul vascular, se intervine prin extirparea unui fragment abordabil din formațiune pentru ca, ulterior, acesta să se examineze histopatologic.

Examenul histopatologic al fragmentului extirpat indică faptul că este adenopatie de cauză metastatică, cu punct de plecare neprecizat.

La o lună de la externarea de pe secția chirurgie BMF, în iulie 2009, pacientul se prezintă pe secția clinică interne Astra pentru reevaluare, constatându-se aceeași stare generală bună, pacient în continuare supraponderal, iar din punct de vedere paraclinic, cu un tablou hemato-biochimic în limite normale, cu revenirea la normal a transaminazelor în urma stopării consumului de alcool și a terapiei hepato-protectoare.

Având în vedere aceste elemente clinice, discordante cu o neoplazie avansată în stadiu metastatic manifestată prin apariția unei adenopatii de dimensiuni mari, se ia decizia unei rebiopsieri, cu examinare imunohistochimică completă.

Se repetă biopsia la 3 luni, aspectul histologic al preparatului indicând un infiltrat tumoral, carcinomatos, slab diferențiat, cu necroză parcellară și stromă cu reactive fibroasă, posibil limfonodul. Raportul imunohistochimic: anticorpi utilizați: CD20, CK7, CK20, Vim, S100, concluziile fiind, în urma analizei histopatologice și a fenotipării, de metastaze ale unui carcinom scuamos nekeratinizat.

Coroborându-se aceste date paraclinice cu rezultatele mai multor consulturi - ORL, hematologic, dermatologic și gastroenterologic - care nu au evidențiat un neoplasm în această sferă, se ia decizia de a se interveni local, prin radioterapie.

### Discuții

Cancerle fără punct de pornire cunoscut reprezintă un grup heterogen de malignități, care a fost estimat la 0,5-10% din tumori. Pacienții cu metastaze limfonodulare reprezintă o fracție importantă din acest procent. Date recente arată că neoplasmul cu punct de plecare necunoscut, precum metastazele limfonodulare cervicale, reprezintă 2-9% din totalul proceselor maligne de cap și gât. Aproximativ 90% din aceste neoplasmul sunt scoamoase, restul sunt adenocarcinoame, melanoame și alte varietăți histologice rare.

### Etiologie

Etiologia metastazelor carcinomului scuamos depinde de locul cancerului, fără punct de plecare cunoscut [1].

Tractul digestiv superior: Alcoolul, Fumatul, Sindromul Plummer-Vinson, iar factorii de risc potențiali sunt: Human Papiloma virus, igiena orală deficitară, boala de reflux gastroesofagiană [1].

Nasofaringe, unde factorii de mediu (Nitrozamine, hidrocarbonați policiclici, expunere la nichel) pot fi factori declanșatori [1].

Sinusuri: unde factorii declanșatori sunt: nichel, praful de lemn [1].

Cutanat: la acest nivel, factorii declanșatori sunt expunerea la ultraviolete și bolile genetice - xeroderma pigmentosum boala autosomal recesivă [1].

### **Concluzii**

Prezența limfadenopatiilor cervicale metastatice sunt întâlnite la pacienții cu carcinom scuamos la cap și gât. În majoritatea cazurilor, o examinare amănunțită determină originea cancerului. Când clinicienii nu pot determina originea metastazelor cervicale, cancerul este cunoscut ca fiind cu origine primară necunoscută.

Când sediul primar al tumorii este cunoscut, clinicienii sunt capabili să administreze terapie corespunzătoare sediului tumorii cervicale [2]. Fără această cunoaștere, clinicienii sunt obligați să trateze întregul faringe și laringe, pentru a acoperi posibila origine a cancerului. Terapia primară ocultă determină o morbiditate crescută datorită radiației și chimioterapiei [2].

### **Bibliografie:**

1. Kozyreva O. - Diagnosis and Treatment of Head and Neck Cancer, 2009, 12.
2. Parmar S.P. - Eye and Ear Infirmary Head and Neck Cancer - Resection and Neck Dissection, New York, 2008, 5.