

Probleme de diagnostic și tratament în adenoflegmoanele laterocervicale la copil

Cervical suppurative lymphadenitis in children: diagnostic and management aspects

Veronica EPURE^{1,2}, Dan Cristian GHEORGHE^{1,2}

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Limfadenopatia cervicală la copil este o problemă frecvent întâlnită (38-45% dintre copiii sănătoși au adenopatie cervicală palpabilă) și spinoasă, ce pune la încercare pacientul și părinții acestuia, dar și medicul. În prezența unei tumefacții laterocervicale, trebuie urmat un algoritm diagnostic complex. Autorii iau în discuție atât date teoretice, pe baza celor din literatura de specialitate, dar prezintă pentru exemplificare și un caz clinic cu evoluție torpidă, din experiența clinicii.

Cuvinte cheie: limfadenopatie cervicală, ecografie cervicală, puncție-aspirație

ABSTRACT

Cervical lymphadenopathy is a frequent diagnosis in children (encountered in up to 45% of healthy children), as well as a challenging matter for both parents and physician. A complex diagnostic and therapeutic algorithm should be followed step by step in the presence of a neck swelling in a child. The authors review clinical data from the literature, as well as one example of cervical suppuration from their own experience.

Keywords: cervical lymphadenopathy, cervical ultrasound, fine needle aspiration

Adenoflegmonul laterocervical reprezintă necroza de lichefacție a unuia sau mai multor ganglioni limfatici cervicali, apărută cel mai adesea după o infecție de tract respirator superior. Incidența de apariție a adenoflegmoanelor cervicale scade odată cu vârsta pacientului.

Limfadenopatia cervicală la copil este o problemă spinoasă, ce pune la încercare pacientul și părinții acestuia (existând întotdeauna teama de malignitate), dar și medicul. Limfadenopatia este mai frecventă la copii, al căror sistem imunitar naiv răspunde mai frecvent la patogenii infecțioși nou întâlniți. Spre deosebire de adult,

la copil tumefacțiile laterocervicale sunt cel mai frecvent de natură infecțioasă și nu neoplazică.

38-45% dintre copiii sănătoși au adenopatie cervicală palpabilă (Larsson), incidența crescând până la 90% în grupul de vârstă 4-8 ani. Dacă în cazul adultului adenopatia se consideră a fi mărirea unui ganglion limfatic peste 1 cm, la copil limita peste care se consideră patologic un ganglion limfatic peste este de 2 cm după unii autori (Cummings).

Din punct de vedere fiziopatologic, după o infecție de căi respiratorii superioare, microorganismele patogene plecate de la locul inițial al

Adresă de corespondență:

Dan Cristian Gheorghe, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, Bd. Constantin Brâncoveanu nr. 20, sector 4, București
E-mail: gheorghe.dancristian@gmail.com

infecției ajung în ganglionii limfatici locoregionali, unde activează răspunsul imun (proliferarea macrofagelor, a limfocitelor B și T, eliberare de citokine); în ganglion rezultatul activării răspunsului imunitar este hiperplazia și infiltrația leucocitară, vasodilatația și extravazarea capilară cu edem și distensia consecutivă a capsulei ganglionare.

În prezența unei tumefacții laterocervicale, trebuie urmat un algoritm diagnostic complex.

Anamneza are o importanță deosebită: stabilește momentul debutului (limfadenopatiile apărute de mai puțin de 2 săptămâni se consideră acute, cele între 2 și 6 săptămâni subacute, cele ce persistă peste 6 săptămâni, cronice); posibili factori declanșatori (IACRS); evoluția (creștere în dimensiuni/retrocedare spontană); nu trebuie omise vaccinările recente și medicația folosită de pacient (există limfadenopatii induse postvaccinal sau medicamentos), dar și simptomele generale ale pacientului (febră, adinamia, scăderea ponderală orientând spre o maladie de sistem).

Examenul clinic ORL este important. Cea mai frecventă localizare a limfadenopatiilor este la nivel submandibular și jugulocarotidian superior; urmează localizările laterocervicale mijlocii și inferioare, pre- și retroauriculare; rar supraclavicular (prognostic prost, în general etiologie neoplazică), submentonier și occipital. Se descriu forma, dimensiunile, consistența, localizarea tumefacției, mobilitatea în suprafață și în profunzime, aspectul tegumentelor supraiacente (congestive, violacee, cu traiecte de fistulizare). Nu trebuie omis examenul general; orice adenopatie trebuie considerată o boală sistemică până se dovedește sursa acesteia! Pacientul trebuie evaluat pulmonar (TBC?, granulomatoză?), trebuie căutată o eventuală hepatosplenomegalie (prezentă în caz de limfom, MNI, infecție CMV) și prezența adenopatiilor axilare și inghinale.

Examenul de laborator pot arăta leucocitoză cu neutrofilie și probe inflamatorii crescute în cazul supurațiilor laterocervicale; în cazul limfadenopatiilor cu evoluție subacută se asociază obligatoriu: IDR la PPD, radiografie pulmonară, serologie CMV, EBV, toxoplasma, Bartonella, serologie HIV, sifilis, LDH (valori crescute în limfoame).

Imagistica (ecografie, CT cu substanță de contrast, RMN) este utilă în special în evaluarea tendinței de abcedare a unui bloc adenopatic, devenind obligatorie după 48-72 de ore de la instituirea tratamentului antibiotic, dacă formațiunea tumorală nu regresează. Totuși, uneori

ecografia dă rezultate înșelătoare, neputând evidenția abcedările profunde ale ganglionilor limfatici; în cazurile cu index mare de suspiciune pentru abcedare, chiar în prezența unei ecografii cervicale ce nu arată tendință la abcedare, trebuie efectuată CT cu substanță de contrast, care evidențiază cu o mai mare acuratețe colecțiile profunde, stabilind totodată indicația de puncție aspirativă-drenaj.

Imagistica este, de asemenea, utilă în diferențierea caracterului benign (reacțional) de cel malign al unei adenopatii; astfel, ecografic, adenopatia reacțională are dimensiuni sub 1 cm, formă ovală, raportul diametrelor scurt/lung sub 0,5; vascularizare normală a hilului; eco Doppler arată vascularizație accentuată. Adenopatia neoplazică are dimensiuni peste 1 cm, formă rotundă, raportul diametrelor scurt / lung peste 0,5; necroză centrală; extensie extracapsulară, fără hil ecogenic; eco Doppler arată index de rezistență vasculară crescut.

În prezența unei tumefacții laterocervicale renitent-elastice trebuie avute în vedere mai multe entități patologice posibile:

1. Limfadenopatia acută reacțională – apare reactiv la o cauză infecțioasă din sfera cap-gât (infecții acute ale căilor respiratorii superioare – IACRS, infecție dentară, amigdalită acută), durează sub 2 săptămâni și are evoluție regresivă sub tratament medical (antibiotice și antiinflamatoare), în paralel cu focarul cauzal. De cele mai multe ori nu necesită investigații avansate; anamneza și examenul clinic și minime investigații de laborator (hemograma și probe inflamatorii) sunt suficiente.

2. Adenoflegmonul laterocervical presupune coalescența mai multor ganglioni abcedați (bloc adenopatic abcedat). Din punct de vedere etiologic sunt incriminați *Stafilococul auriu* (mai frecvent în localizările laterocervicale medii și inferioare) și *Streptococul hemolitic de grup A* (mai frecvent în localizările submandibulare și laterocervicale superioare), germenii anaerobi fiind asociați în 20% din cazuri. Investigațiile de laborator, ecografia sau CT cu substanță de contrast și, în final, puncția și drenajul ajută la diagnostic.

3. Limfadenopatia subacută este cauzată de infecția cu micobacterii atipice (*M. avium intracellulare*, *M. haemophilum*, *Legionella*, *M. scrofulaceum*), *Bartonella henselae* (boala ghearelor de pisică), toxoplasmoza (*Toxoplasma gondii*), EBV (MNI), CMV. Limfadenopatia are durată mare (între 2 și 6 săptămâni), aspect violaceu al tegumentelor, cu fistulizări spontane uneori, consis-

tență crescută; necesită investigații avansate și costisitoare (IDR la PPD pozitiv; Ac heterofili; Ac anti-toxoplasma și anti-CMV, culturi pe medii speciale, PCR, CT cu substanță de contrast sau RMN; radiografia pulmonară este obligatorie) și nu întotdeauna este posibilă identificarea agentului cauzal (Choi, 2000, 18% dintre limfadenopatiile subacute rămân cu germene neidentificat, chiar și în laboratoarele cele mai performante). Pot necesita, alături de tratament antibiotic, și chiuretaj sau limfadenectomie; simpla puncție-drenaj dă rată mare de recidivă și șanse de vindecare de numai 22%.

4. **Limfadenopatia cervicală tuberculoasă** reprezintă cea mai frecventă localizare extrapulmonară a TB; aspectul CT este caracteristic: mai mulți ganglioni măriți de volum, care pot prezenta necroză centrală, calcificări în leziunile vechi, fără reacție inflamatorie de vecinătate; fistulizează spontan la tegumente; nu se drenează chirurgical blocul adenopatic înaintea instituirii tratamentului tuberculostatic, pentru că rămân traiecte fistuloase permanente!

5. **Limfadenopatia cronică cervicală** are durata de peste 6 săptămâni, peste acest interval riscul de malignitate crescând exponențial. Poate fi vorba de limfoame, rhabdomyosarcome, neuroblastome, metastaze ganglionare ale unor cancere de rinofaringe (debut adenopatic). Factorii de risc pentru malignitate sunt: vârsta mai mare a pacientului; localizarea supraclaviculară sau în trigonul posterior al gâtului; limfadenopatie generalizată; dimensiunile mai mari de 3 cm; hepatosplenomegalie prezentă; adenopatii mediastinale; nivel crescut al LDH (sugestiv pentru limfom). Biopsia excizională cu examen histopatologic este cea care stabilește diagnosticul.

6. **Limfadenopatia noninfecțioasă** apare în: boala Kawasaki (febră, adenopatie cervicală unilaterală, edem și eritem în palme și plante, conjunctivită, limbă zmeurie; complicații cardiace: tromboze sau anevrisme coronariene, IMA), boala Kikuchi-Fujimoto (limfadenita necrotizantă ce apare mai ales la femei tinere japoneze; este o boală autoimună cu febră, hepatosplenomegalie, scădere ponderală, limfadenopatie cervicală), boala Rosai-Dorfman (boală benignă ce apare la băieții tineri; presupune proliferarea histiocitelor sinusoidale, febră, leucocitoză cu neutrofilie, adenopatie cervicală bilaterală nedureroasă voluminoasă), histiocitoză Langerhans (adenopatie cu celule Langerhans și leziuni litice osoase).

7. **Limfadenopatia indusă medicamentos** (după administrare de dilantin, izoniazidă, allo-

purinol, fenilbutazonă, pirimetamină) sau postvaccinal (DTP, antipolio) nu trebuie omise;

8. **Adenopatie HIV, sifilis** – diagnosticul de certitudine este serologic și histopatologic;

9. **Malformație vasculară** (hemangiom cervical, flebectazie v. jugulară internă/externă, glomus de VJI, anevrism ACE/ACI), **limfangiom chistic** (chist seros congenital) – în triunghiul posterior al gâtului, se manifestă la copiii sub 5 ani, poate atinge dimensiuni mari; crește în volum când copilul țipă;

10. **Malformație congenitală** (limfangiom chistic al gâtului, chist timic suprainfectat): trebuie avută în vedere în special în cazul supurațiilor cervicale recurente;

11. **Afecțiuni ale glandei submaxilare** – submaxilită, tumori benigne sau maligne;

12. **Afecțiuni ale glandei parotide** – tumoră pol inferior (adenom, adenocarcinom pe tumoră mixtă); parotidită acută virală; parotidită cronică recurentă; sindrom Sjögren (keratoconjunctivita sicca, artralgi, hipertrofie parotidiană); sindrom Mickulicz (parotidomegalie în LLC); sindrom Heerfordt (sarcoidoză: parotidomegalie, uveită, paralizie facială); parotidită TBC/actinomicoză; parotidomegalie esențială;

13. **Neurinom de n IX, X, XI, XII**; chemodectom X (tumoră în spațiul retrostilian);

14. **Chist branhiol subhioidian** – frecvent la tineri, tumoră pe marginea anterioară a SCM, moale, depresibilă, cu evoluție lentă; ecografie, puncție, RMN, examen HP;

15. **Chist timic** – localizat oriunde pe traiectul de coborâre a timusului (de la unghiul mandibulei până în mediastinul superior); mai frecvent pe marginea anterioară a SCM, treime medie, în profunzime; tratament chirurgical;

16. **Tumoră benignă subcutanată suprainfectată**: lipom, fibrom;

17. **Tumoră musculară**: rhabdomyom, rhabdomyosarcom;

18. **Diverticul faringian Zenker** – moale, depresibil;

19. **Chist hidatic cervical** (suprainfectat);

20. **Laringocel extern** (volumul formațiunii crește la manevra Valsalva);

21. **Coastă cervicală** (bilaterală, imobilă, dură).

Puncția aspirativă are un rol important atât în diagnosticul, cât și în tratamentul adenoflegmoanelor cervicale; ea este indicată în prezența unei tumefacții supraclaviculare, în prezența adenopatiilor multiple, a ganglionilor cu dimensiune peste 3 cm, cu durata de peste 2 săptămâni (adenopatie subacută ce nu a răspuns la tratamentul antibiotic), a adenopatiilor persistente peste 6 săptămâni (cu risc mare de a fi maligne) –

materialul recoltat se trimite la laborator pentru examen bacteriologic, culturi pe medii speciale și examen histopatologic.

La copii puncția aspirativă nu are aceeași acuratețe diagnostică ca la adult (dă rezultate fals negative în 45% din cazuri în limfoame), de aceea se iau în considerare doar rezultatele pozitive ale puncției; în prezența unei puncții negative, dar cu index mare de suspiciune pentru malignitate, trebuie recurs la biopsie excizională pentru precizarea diagnosticului de certitudine. În cazul unui bloc adenopatic se excizează întotdeauna cel mai mare și indurat ganglion palpabil, cu capsula intactă.

În prezența unei limfadenopatii acute cervicale (adenoflegmon în faza de constituire), se propune următorul algoritm terapeutic (Fig. 1).

În cazul adenopatiilor cu evoluție subacută, este indicată excizia completă (limfadenectomie), deoarece drenajul aspirativ al colecției dă șanse mici de vindecare completă (22%).

Pacientul la care s-a practicat drenajul chirurgical al adenoflegmonului trebuie avertizat de persistența unei mase palpabile pentru o perioadă mai îndelungată (săptămâni).

Vom prezenta în continuare un caz de supurație laterocervicală la un sugar; particulare sunt evoluția îndelungată (pacientul necesitând spitalizare aproximativ o lună) și necesitatea drenajului chirurgical repetat al colecției pentru a rezolva adenoflegmonul.

Pacientul P.I.A., în vârstă de 11 luni, se prezintă la camera de gardă ORL cu tumefacție laterocervicală stângă relativ jos poziționată, apărută din afirmațiile mamei de câteva zile, în urma unei rinofaringite acute (Fig. 2); pacientul este febril, agitat, facies suferind, prezintă în regiunea jugulocarotidiană stângă mijlocie și inferioară o tumefacție voluminoasă, 7x5 cm, renitent-elastică la palpare, dureroasă, acoperită de tegumente congestive. Analizele de laborator la internare arată sindrom inflamator acut sever

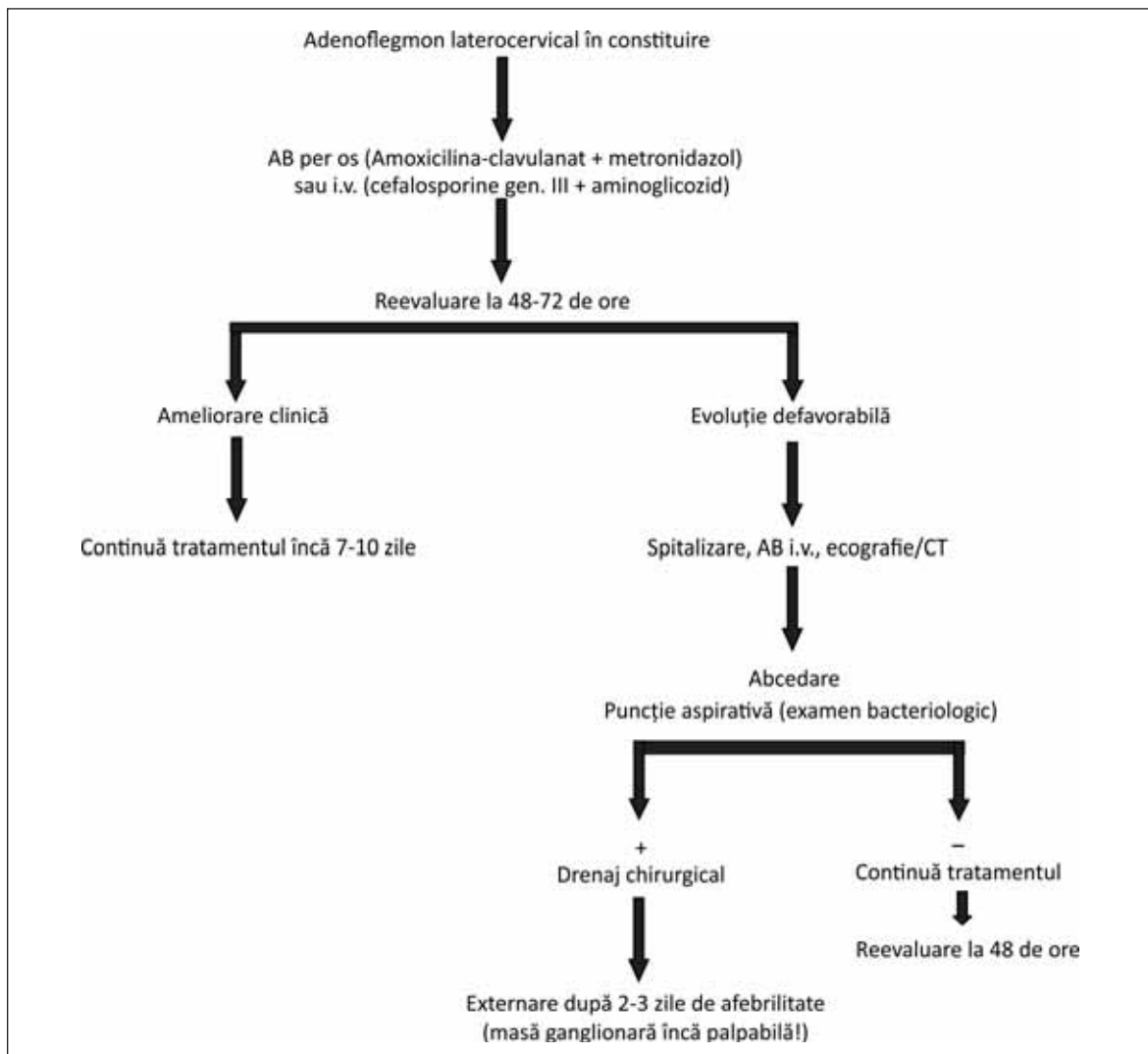


FIGURA 1. Algoritm terapeutic în limfadenopatia acută cervicală



FIGURA 2. Tumefacție latero-cervicală

de etiologie bacteriană (PCR = 241,43, leucocite = 26.500 cu 65% neutrofilie). Ecografia cervicală efectuată la internare arată bloc adenopatic laterocervical stâng, extins și supraclavicular stâng, aparent fără semne de abcedare.

Ridicându-se suspiciunea de adenoflegmon laterocervical în constituire, se instituie tratament antibiotic injectabil cu spectru larg (Ceftriaxonă și Gentamicină). Deși analizele de laborator arată în zilele următoare regresia sindromului inflamator (la 3 zile de la internare PCR scăzuse la 97,48, iar leucocitele la 22.300/mm³), aspectul clinic al formațiunii ridică suspiciunea de abcedare (tegumente congestive, violacee); se decide puncție aspirativă sub AG; aceasta fiind intens pozitivă, se drenează colecția.

Evoluția este lentă și defavorabilă, cu persistența și chiar creșterea în dimensiuni a formațiunii laterocervicale (Fig. 3); aceasta pare a se deplasa înspre inferior și posterior; se puncționează și drenează în mod repetat formațiunea odată la 2 zile, bănuindu-se necrozarea iterativă a mai multor ganglioni. Ecografia cervicală, repetată la 7 zile de la internare, nu evidențiază

zone fluide în ganglion, deși la puncțiile succesive se drenează cantități mici de puroi de fiecare dată!

Având în vedere evoluția trenantă, se repetă analizele de laborator (probele inflamatorii cvasi-normale la 10 zile de la internare!) și IDR la PPD (negative). Examenul bacteriologic al secreției recoltate la prima puncție a flegmonului arată *Streptococcus pyogenes* (sensibil la toate antibioticele testate!).

Tegumentele supraiacente adenoflegmonului capătă treptat o culoare violacee, consistența formațiunii a fost pe tot parcursul internării renitent – dură, niciodată fluctuantă, apar trenece de fistulizare spontană pe locul vechilor puncții aspirative – aspectul ridică suspiciunea de infecție cu micobacterii atipice sau TBC, dar IDR la PPD este negativ, serologia HIV negativă, Ac heterofili și IgM și G anti-CMV și EBV negativi, iar examenul de laborator al secreției recoltate în mod repetat nu evidențiază decât streptococul piogen.

Se trimite pacientul la CT cu substanță de contrast, care arată abcedare profundă a blo-



FIGURA 3. Persistența tumefacției chiar și după drenaj chirurgical



FIGURA 4. Aspect computer tomografic al regiunii latero-cervicale

cului adenopatic laterocervical, de jur-împrejurul venei jugulare interne stângi, aspect multilocular al colecției; colecția este extinsă la nivel jugulo-carotidian mijlociu, inferior și supraclavicular (Fig. 4).

Se decide incizia largă și abordul extern al colecției purulente (incizie orizontală supraclaviculară), care se descoperă profund perijugular; se chiuretează detritusuri necrotice și sfaceluri tisulare, grunji, se lasă dren (deget de mână), iar incizia externă supraclaviculară se lasă deschisă până la granulare din profunzime (aproximativ 2 săptămâni), cu pansamente zilnice și repetarea CT de control la 7 zile de la drenajul

larg al colecției (nu mai apar alte zone de necroză).

Evoluția foarte îndelungată a procesului supurativ (aproximativ 5 săptămâni din momentul internării), aspectul violaceu al tegumentelor cu multiple fistulizări cutanate, consistența crescută a blocului adenopatic (asemănător cu limfadenitele subacute), localizarea laterocervicală joasă, supraclaviculară (specifică adenopatiilor neoplazice), necesitatea drenajului chirurgical repetat, apariția simptomelor de o deosebită severitate la un sugar eutrofic și imunocompetent, aspectul înșelător al ecografiei cervicale, toate acestea particularizează cazul.

BIBLIOGRAFIE

1. **Swanson D.S.** Cervical lymphadenitis in children: etiology and clinical manifestations; *UpToDate*, Dec 2013, versiune online.
2. **Carvalho A.C., Codecasa L., Pinsi G.** Differential diagnosis of cervical mycobacterial lymphadenitis in children; *Pediatr Infect Dis J* 2010; 29:629.
3. **Murgu A., Mihăilă D., Rusu D., Apostol D., Cernescu I., Costinescu V.** Capcane de diagnostic în patologia cervicală a copilului; *Revista Română de Pediatrie* 2011, LX(3); 247-256.
4. **Finn M.C., Glowacki J., Mulliken J.B.** Congenital vascular lesions: clinical applications of a new classification, *J Pediatr Surg*, 2004, 18(6), 894-900.
5. **Margileth A.** Antibiotic therapy for cat-scratch disease: clinical study of therapeutic outcome in 268 patients and a review of literature, *Pediatr Infect Dis J*, 1992, 11(6), 474-8.
6. **Leung A.K.C.** Childhood cervical lymphadenopathy, *J Pediatr Health Care* 2004, 18(1), Medscape version.
7. **Paleri V., Gopalakrishnan S.** Jugular phlebotasia: theory of pathogenesis and review of literature; *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 57:155.
8. **Wieringa J.W., van Houten M.A.** A crying patient with a swelling in the neck. Phlebotasia of the external jugular vein; *Acta Paediatr* 2008; 97:1603.
9. **Ferrer R.** Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation, *Am Fam Physician* Oct 1998; 58(6): 1313-1320.
10. **Epure V., Gheorghe D.C.** Prezentarea de caz clinic în otorinolaringologie, Ed. ProUniversitaria 2014, 134-5.
11. **Coughlin A.** Pediatric cervical Lymphadenopathy, Grand Rounds Presentation, The University of Texas, September 2009, versiune online.
12. **Nervi J.S.** Cat-scratch Disease, July 2014, versiune Medscape.
13. **Ali Bilal J., Elshibly E.M.** Etiology and clinical pattern of cervical lymphadenopathy in Sudanese children, *Sudanese J Pediatr* 2012, 12(1), 97-103.
14. **Papadopoulou E., Michailidi E., Paspalaki P.** Cervical lymphadenopathy in childhood epidemiology and management, *Pediatr Hematol Oncol* 2009; 26(6): 454-60.