

Leucemia linfatica cronica asintomatica

Un assistito di 40 anni, da un paio d'anni a mio carico, non è mai venuto in ambulatorio fino alla comparsa qualche mese fa di idrocele destro e varicocele sinistro. All'anamnesi remota e prossima non registro nulla di rilevante.

Il paziente effettua una visita urologica e lo specialista dà l'indicazione per l'intervento chirurgico.

Durante gli esami preparatori per l'intervento di idrocelectomia sinistra compare una leucocitosi: globuli bianchi 18.32, linfociti 51.7.

Viene richiesta una consulenza ematologica che dà il consenso all'esecuzione dell'intervento; lo specialista si riserva però di approfondire il caso.

Il paziente viene sottoposto a idrocelectomia destra e varicocelectomia sinistra, ma dopo l'intervento sviluppa un idrocele sinistro, che viene a sua volta trattato chirurgicamente. Si instaura anche una prostatite curata efficacemente con fluorochinoloni.

Tutto va nel migliore dei modi e il paziente viene dimesso dall'ospedale.

■ Accertamenti ematologici

Rientra dopo alcuni giorni in day-hospital nel reparto di ematologia per le indagini. Viene sottoposto ad esami ematochimici, tipizzazione delle sottopopolazioni linfocitarie, agobiopsia e biopsia osteomidollare. È solo a questo punto che il paziente riferisce che due anni prima al padre 79enne era stata diagnosticata una leucemia linfatica.

In attesa del referto dell'esame istologico, il paziente esegue una TAC del collo, del torace, dell'addome superiore e inferiore.

■ **TAC del collo:** asimmetria della colonna aerea dell'orofaringe, per minore espansione della stessa a sinistra e riduzione in ampiezza della vallecchia destra, che presenta contorni irregolari e che è completamente obliterata nella parte più caudale. Presenza di numerose adenopatie in sede latero-cervicale superficiale e

profonda bilaterale, del diametro di 1.3 cm a sinistra e in sede sottomentoniera bilaterale del diametro di 1.6 cm a sinistra.

■ **TAC torace, mediastino, addome, pelvi:** assenza di processi espansivi a livello polmonare. Note di broncopatia cronica. Presenza di tessuto denso in corrispondenza della loggia timica del diametro trasverso di 2 cm. Piccole adenopatie non superiori al centimetro a livello della loggia di Baretty e del diametro di 1.5 cm in sede ascellare a sinistra. Fegato di volume e densitometria regolare. Regolare il pancreas, la milza, i reni e gli organi pelvici. Presenza di adenopatie di diametro minore al centimetro, a livello delle catene lomboaortiche ed iliache, prive di significato patologico.

■ **Esame istologico (biopsia osteomidollare con ago di Jamshidi):** cellularità disomogenea dal 15% al 50%, tre serie emopoietiche normo-rappresentate e in regolari rapporti con eosinofilia; discreta componente linfoide, composta di elementi di piccola taglia, distribuita in piccoli focolai anche a disposizione peritrabecolare; trama reticolinica localmente infittita.

■ Diagnosi e decorso clinico

In base al referto istologico, che ha segnalato un midollo osseo con componente linfoide, viene eseguito l'esame immunocitochimico.

■ **Esame immunocitochimico:** linfoma/leucemia di derivazione dai linfociti B periferici, tipo leucemia linfatica cronica/linfoma a piccoli linfociti. La caratterizzazione immunocitochimica documenta come la popolazione linfoide risulti: CD79A+, CD5+, CD23+.

La diagnosi è dunque di leucemia

linfatica cronica. Il paziente è attualmente in buona salute ed effettua regolarmente controlli.

■ Approfondimento

La leucemia linfatica cronica è caratterizzata dall'accumulo di linfociti B nel midollo osseo, fegato, milza, linfonodi e sangue periferico. Le cause sono sconosciute, in rari casi si riscontra una predisposizione familiare (come nel caso trattato), per cui è probabile che entrino in gioco fattori genetici. Colpisce più il sesso maschile (rapporto M/F 2/1), soprattutto soggetti anziani.

Il decorso è molto lento, i pazienti sono spesso asintomatici o evidenziano sintomi aspecifici (astenia, dispnea, pallore e palpazioni in relazione all'anemia coesistente e/o linfadenomegalia). Nelle fasi avanzate compaiono infezioni ricorrenti, febbre, dimagrimento, disturbi addominali ed emorragie cutanee.

Spesso la patologia viene scoperta casualmente, mentre si effettua un emocromo con formula leucocitaria: una leucocitosi con linfocitosi (con prolinfociti <10%) che al microscopio evidenzia particolari caratteristiche e le cosiddette ombre di Gumprecht allo striscio periferico. Se ci sono dubbi si effettua l'agoaspirato e la biopsia midollare che indica linfociti superiori al 30%. Si può poi procedere all'immunocitochimica che rivela la presenza del CD5, normalmente assente sui linfociti B.

Importante è anche caratterizzare la stadiazione della malattia che serve a stabilire la prognosi *quoad vitam* (anche se non sempre gli stadi più avanzati preconizzano esiti infausti a breve termine) e la terapia (i pazienti in stadio 0-1 non vengono trattati), che si basa su chemioterapici (clorambucile o fludarabina associata a ciclofosfamide).

Per quanto riguarda il caso clinico descritto, il paziente ha manifestato il fenomeno dell'anticipazione, avendo solo 40 anni ed essendo allo stadio 0.