



# LINFOMA DI HODGKIN

**Il linfoma di Hodgkin (LH)** è una neoplasia di derivazione linfoide che rappresenta circa l'1% dei tumori che annualmente insorgono de novo nel mondo. La sede di esordio del linfoma di Hodgkin, è nella quasi totalità dei casi, linfonodale e le aree più frequentemente colpite si trovano lungo il decorso e le diramazioni del dotto toracico (tratto lomboaortico, mediastino, fosse sopraclaveari). Raramente l'esordio può essere extranodale. Più del 50% dei pazienti si presenta all'osservazione senza sintomi clinici, denunciando la comparsa di una tumefazione linfonodale, più spesso sopraclaveare o laterocervicale, presente da qualche tempo. Nel caso in cui non siano presenti sintomi sistemici (febbre, sudorazioni, calo ponderale e/o prurito) all'esordio il linfoma di Hodgkin viene definito "varietà A"; se invece sono presenti uno o più sintomi è definito linfoma di Hodgkin "varietà B". La diagnosi di linfoma di Hodgkin non può prescindere dall'esame istologico, praticato in genere su di un linfonodo, e si basa sul riconoscimento istologico delle caratteristiche cellule giganti multinucleate, denominate cellule di Reed-Stenberg, le quali sono inserite in un contesto citologico di tipo infiammatorio. Il compartimento tumorale comprende anche altre cellule di grande taglia, mononucleate, che vengono indicata come cellule di Hodgkin. Recenti studi molecolari hanno dimostrato che, nella quasi totalità dei casi, le cellule di RS e le cellule di Hodgkin hanno una derivazione B-linfocitaria.

**I dati morfo-fenotipici, genotipici e clinici** hanno permesso di suddividere il linfoma di Hodgkin in quattro gruppi istologici. Una volta eseguita la diagnosi di linfoma di Hodgkin occorre classificare la malattia in stadi rigorosamente codificati per un risvolto prognostico e terapeutico. Nel 1971 ad Ann Arbor (Michigan, USA) è stata proposta una classificazione, tuttora valida, in grado di fornire informazioni strettamente anatomiche dell'estensione del linfoma. Si parte da uno stadio I ove vi è l'interessamento di una singola regione linfonodale o di un singolo organo extralinfatico fino ad uno stadio IV

con interessamento diffuso di uno o più organi extralinfatici oltre all'eventuale interessamento linfonodale. Negli ultimi anni la classificazione in stadi del linfoma di Hodgkin è andata incontro ad un'evoluzione raccogliendo dati sui sintomi sistemici, sul numero di sedi linfonodali interessate, sulla presenza di malattia "bulky" (ovvero particolarmente grande) e sulle sedi extranodali coinvolte. Tale evoluzione dimostrerebbe la valenza sempre più prognostica della stadiazione, divenendo la stessa catalogazione in stadi un riferimento estremamente utile per una programmazione terapeutica. Per la determinazione dello stadio e per un'accurata valutazione della risposta alla terapia, oltre all'esame obiettivo ci si avvale di alcune indagini radiologiche (Rx torace; TAC total-body; PET) e della biopsia osteo-midollare.

Tra le **indagini di laboratorio utili**, invece, ricordiamo l'emogramma che non è caratteristicamente alterato ma può evidenziare una leucocitosi neutrofila, un'eosinofilia e una modesta anemia normocromica e la velocità di eritrosedimentazione (VES) che generalmente è aumentata nei pazienti con varietà clinica B.

**La terapia** del linfoma di Hodgkin si basa sulla radioterapia, negli stadi I o II ma con caratteristiche prognostiche favorevoli e sulla polichemioterapia.

La polichemioterapia è in indicata in tutti i pazienti I-II stadio con fattori prognostici sfavorevoli e nei pazienti in fase avanzata (III-IV stadio).

L'**ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina)** è considerato il regime standard e quello al momento più utilizzato al livello mondiale. Recentemente un nuovo regime chemioterapico si è imposto all'attenzione dei clinici e ricercatori, si tratta del **BEACOP**, un regime che utilizza molti farmaci e che ha fornito risultati anche superiori all'ABVD, ma gli effetti collaterali a lungo termine non sono ancora completamente studiati.

**Edito** dall'Ufficio Comunicazione su testi forniti dalla Struttura  
Complessa Ematologia Clinica

**Ufficio Comunicazione**

tel. 040 – 399 6300; 040 – 399 6301

e-mail: [comunicazione@asuits.sanita.fvg.it](mailto:comunicazione@asuits.sanita.fvg.it)

Strada di Fiume 447 – 34 149 Trieste

**Struttura Complessa EMATOLOGIA CLINICA**

Piazza Ospitale 1 – 34121 Trieste

Tel: 040 – 399 2559; Fax: 040 – 399 2560

Coordinatore Infermieristico: Elena Calia

Tel: 040 399 2554; Fax: 040 – 399 2560

Revisione5 – Marzo 2017