

Trombizzazione e dilatazione della vena giugulare in un caso di tumore polmonare

Gli Autori si soffermano sulla frequenza del cancro polmonare nella popolazione e sulle cause della differente incidenza nei due sessi. Dopo aver illustrato un caso di tumore polmonare primitivo giunto alla loro osservazione, essi descrivono la parziale trombizzazione e la dilatazione della vena giugulare omolaterale riscontrata occasionalmente in questo paziente. Di tale complicanza, che rappresenta una forma piuttosto rara di coagulopatia para-neoplastica, vengono avanzate alcune ipotesi circa l'etiologia e la patogenesi.

Thrombosis and dilation of the jugular vein induced by a pulmonary cancer

Summary

The Authors refer about the frequency of the pulmonary cancer in adults and about the reasons of the different incidence between men and women. They illustrate the partial thrombosis and dilation of the jugular vein found in this patient. The jugular thrombosis represents an uncommon form of para-neoplastic clot dysfunction. The aetiology and pathogenesis of this last are hypothesized.

Cacciapuoti F, Arciello A, Manfredi E. *Thrombosis and dilation of the jugular vein induced by a pulmonary cancer. Trends Med* 2004; 4(1):60-62.

© 2004 Pharma Project Group srl

Federico Cacciapuoti, Alessandro Arciello, Eleonora Manfredi

Cattedra di Medicina Interna-Seconda Università degli Studi di Napoli

Key-words:

**pulmonary cancer
para-neoplastic syndrome
thrombosis of jugular vein
pericarditis**

 **Federico Cacciapuoti**

Cattedra di Medicina Interna
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Seconda Università di Napoli
Piazza L. Miraglia, 2
80138-Napoli-
Tel.: 081/5665022

Introduzione

Il cancro polmonare rappresenta tuttora la principale causa di morte per neoplasia in entrambi i sessi in tutto il mondo, con una prevalenza di 6-8 persone ogni 1000 individui. Tuttavia, mentre le iniziative intraprese per combattere l'abitudine al fumo di sigaretta hanno portato, come risultato più evidente, ad una diminuzione del tasso di incidenza di questa temibile patologia nel sesso maschile, la frequenza con cui esso si manifesta nel sesso femminile continua a crescere, anche per l'aumento dell'abitudine al fumo da parte delle donne¹⁻³. Questo incremento stabile della sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore polmonare è da riportare, oltre che al più corretto stile di vita ed alla limitazione del fumo di sigaretta, anche ai progressi compiuti in campo terapeutico, con l'associazione della chirurgia, della chemioterapia e della radioterapia⁴.

L'aumento della sopravvivenza ha determinato, come prima conseguenza, l'emersione e la più frequente osservazione delle manifestazioni secondarie, direttamente dipendenti dalla neoplasia, che precedentemente invece non "avevano il tempo" di evidenziarsi sul piano sintomatologico. Nell'am-

bito di tali espressioni sintomatologiche sono da annoverare quelle dipendenti dalla diffusione del tumore in corrispondenza dell'apice polmonare omolaterale come la sindrome di Pancoast, caratterizzata da dolore incoercibile alla spalla, che si irradia all'arto superiore omolaterale o la sindrome della vena cava superiore, dovuta ad ostruzione trombotica vascolare, oppure le compromissioni metastatiche extratoraciche che riguardano, praticamente, tutti gli organi ed apparati. Tra queste ultime, quelle che si evidenziano più frequentemente sono le metastasi cerebrali, con i più diversi deficits neurologici; le metastasi ossee, accompagnate dalla comparsa di dolore e fratture patologiche e le metastasi epatiche, spesso caratterizzate da ostruzione biliare.

In questi pazienti inoltre si possono riscontrare le cosiddette sindromi paraneoplastiche che, in alcuni casi, possono addirittura costituire i sintomi di esordio del tumore o di ripresa dello stesso, sviando dalla patologia principale e facendo concentrare l'attenzione su problemi secondari. Tra le sindromi paraneoplastiche più spesso riscontrabili nel tumore polmonare primitivo ricordiamo:

- 1) le sindromi connettivo-scheletriche, con le dita a bacchetta di tamburo e le unghie a vetrino;
- 2) alcune manifestazioni cutanee, quali la dermatomiosite;
- 3) le coagulopatie e la diatesi trombogena.

Queste ultime possono interessare le più svariate strutture arteriose e venose.

Come si è accennato, le sindromi paraneoplastiche causano notevoli difficoltà diagnostiche, in primo luogo perché devono essere distinte da altre malattie che presentano un quadro clinico abbastanza simile e secondariamente perché il tumore sottostante che ne è responsabile, può non risultare clinicamente evidente⁵.

Descrizione del caso

Riferiamo su un caso di tumore polmonare giunto recentemente alla nostra osservazione, caratterizzato da una manifestazione paraneoplastica osservabile abbastanza raramente.

Si trattava di un individuo di sesso maschile, di 62 anni, fumatore, impiegato statale, affetto da tumore polmonare a piccole cellule localizzato al lobo medio di destra e metastatizzato in sede epatica. Il paziente presentava anche un abbondante versamento pleuro-pericardico. Egli era stato inviato presso il ns. Ambulatorio di Ecografia per

l'esecuzione di un'eco-doppler carotideo, allo scopo di valutare la struttura della parete dell'asse carotideo, bilateralmente.

Figura 1. Ecografia in asse corto della vena giugulare, che appare dilatata e quasi totalmente trombizzata.



Figura 2. Eco-color eseguita in asse lungo che visualizza la stessa formazione venosa.

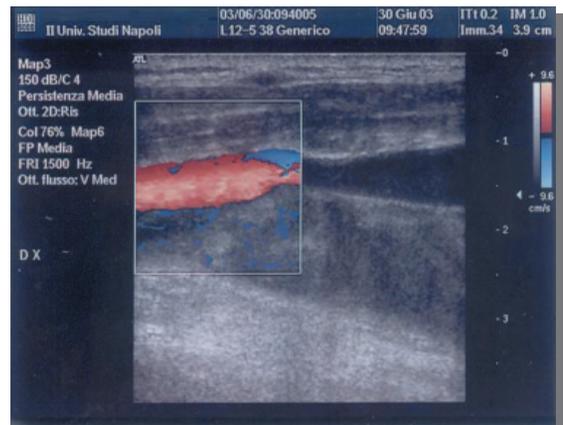
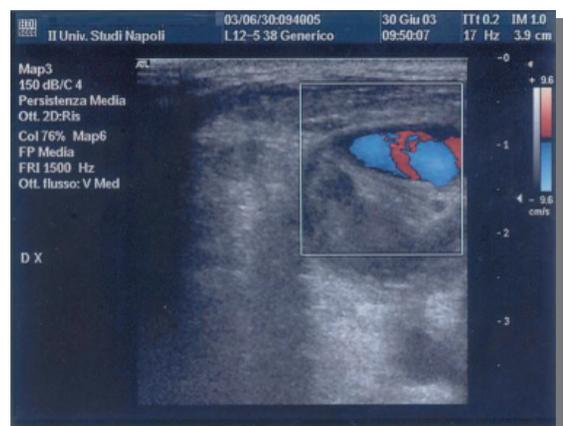


Figura 3. Immagine eco-color in asse corto della vena giugulare dilatata e trombizzata.



Oltre che un ispessimento diffuso bilaterale e placche piccole, diffuse e non ostruenti significativamente, l'esame evidenziò una notevole dilatazione della vena giugulare destra, che appariva anche quasi del tutto trombizzata (figure 1, 2, 3). Questo reperto fu del tutto occasionale, in quanto non dava luogo ad alcuna sintomatologia specifica e non era responsabile di alcun segno indicativo della sua presenza. Comunque, per esso si procedette ugualmente ad una terapia eparinica, nel timore di eventuali episodi embolici.

La manifestazione riscontrata va tenuta distinta dalle tromboflebiti migranti, che rappresentano un'altra forma abbastanza frequente di sindrome paraneoplastica, associata a questi e ad altri tipi di tumore e caratterizzata da segni di infiammazione della parete vasale, contrariamente alla flebotrombosi. E' noto che l'etiologia della trombosi venosa è riportabile alla ben nota triade di Virchow, descritta per la prima volta oltre un secolo fa e costituita da:

- 1) alterazioni della struttura della parete vasale;
- 2) modificazioni della composizione ematica;
- 3) rallentamento del flusso sanguigno.

La causa responsabile della trombosi della vena giugulare da noi riscontrata è, in realtà, non conosciuta. Per essa non appare verosimile una variazione della composizione ematica né una modificazione strutturale della parete del vaso, in

Figura 4. Abbondante versamento pericardico visto in approccio asse-lungo dalla finestra subfoveale.



quanto il paziente non era stato sottoposto a manovre che potessero causare traumatismo della vena. L'ipotesi che, al momento, appare più plausibile è quella di un rallentamento del ritorno venoso al cuore, provocato dall'imponente versamento pericardico pre-esistente (figura 4) che, diminuendo la *vis a fronte*, aveva probabilmente determinato una condizione di stasi, con diminuzione del ritorno venoso alle cavità cardiache di destra⁶⁻⁸. Questa ipotesi appare ulteriormente corroborata dalla coesistente dilatazione del vaso, indotta ugualmente dalla stasi ematica. **TiM**

Bibliografia

1. **Benowitz N.** Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* 1988; 319:1318-1322.
2. **De Vita VT, Hellam S, Rosenberg T.** Cancer: principles and practice of oncology. 3rd ed. Lippincott, Philadelphia, 1989. A comprehensive cancer textbook. 1989.
3. **Zang EA, Wynder EL.** Differences in lung cancer risk between men and women: examination of the evidence. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88:183-186.
4. **Souhami RL, Tobias JS.** Cancer and its management. 2nd ed. Blackwell, Oxford. A medium-sized text converting most aspects of cancer treatment. 1994.
5. **Minna JD.** Pulmonary cancer. In: Harrison's-Principles of Internal Medicine-14th ed. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al. Mc Graw-Hill Co. 1998.
6. **Fowler NO, Gabel M.** The hemodynamic effects of cardiac tamponade: mainly the result of atrial, not ventricular, compression. *Circulation* 1985; 71:154-158.
7. **Leimgruber PP, Klopfenstein HS, Wann HS, et al.** The hemodynamic derangement associated with right ventricular diastolic collapse in cardiac tamponade: an experimental echocardiographic study. *Circulation* 1983; 68:612-616.
8. **Gubermann BA, Fowler NO, Engel PJ, et al.** Cardiac tamponade in medical patients. *Circulation* 1981; 64:633-637.