

LE GUIDE

O

occhio
a quel neo
che cresce!



Associazione Camere di Commercio

OCCHIO A QUEL NEO CHE CRESCE

A cura di

Ignazio Stanganelli

Oncologia Dermatologica

Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Istituto Tumori Romagna Meldola- Forlì

Con la collaborazione di

Paolo Ascierto

Istituto Nazionale Tumori, Napoli

Caterina Catricalà

IRCCS S. Gallicano, Roma

Vincenzo De Giorgi

Clinica Dermatologica, Firenze

Giuseppe Palmieri

Genetica Oncologica CNR Alghero

Paola Queirolo

Istituto Nazionale Tumori, Genova

Carlo Riccardo Rossi

Istituto Oncologico Veneto, Padova

Ruggero Ridolfi

Istituto Tumori Romagna Meldola- Forlì

Stefania Seidenari

Clinica Dermatologica, Modena

Alessandro Testori

Istituto Europeo Oncologia, Milano

Giusto Trevisan

Clinica Dermatologica, Trieste

Supportato dall'Intergruppo Melanoma Italiano (IMI)

Cos'è il Melanoma?

Quali sono i soggetti a rischio di melanoma?

ABCDE: La regola per identificare le macchie sospette

Quali sono i caratteri clinici del melanoma?

Nuove armi per la diagnosi precoce: la diagnostica strumentale

Prevenzione Primaria : Evitare le scottature solari

Le creme antisolari ti proteggono dal rischio del melanoma?

Luoghi comuni: è vero che...?

Trattamento chirurgico del melanoma cutaneo

Trattamento medico del melanoma cutaneo

Cos'è il Melanoma?



Il melanoma è un tumore molto aggressivo che deriva dalla trasformazione maligna dei melanociti (cellule che determinano il colore della pelle).

Il melanoma può insorgere su cute apparentemente sana o dalla modificazione di un neo preesistente.

La frequenza di tale neoplasia è in netto aumento in tutto il mondo: negli ultimi 15 anni il numero dei casi di melanoma è praticamente raddoppiato.

Ogni anno nel mondo si registrano circa 100.000 nuovi casi.

In Italia in media si verificano 14 casi ogni anno su 100.000 abitanti (dati AIRTUM 2009)

L'età maggiormente a rischio per il melanoma è quella compresa tra i 25 e 50 anni e le donne sono più colpite rispetto agli uomini.

Quali sono i soggetti a rischio di melanoma?



I soggetti che hanno una o più delle seguenti caratteristiche:

-modificazione evidente e progressiva di un neo;

-comparsa di un nuovo neo in età adulta;

-soggetti già trattati per melanoma;

-familiarità per melanoma (altri casi di melanoma in famiglia);

-uno o più nevi di diametro superiore a 5 mm e di forma irregolare;

-presenza di uno o più nevi congeniti grandi;

-elevato numero di nevi;

-capelli biondo-rossi, occhi chiari, carnagione particolarmente bianca ed estremamente sensibile al sole;

-presenza di efelidi

-precedenti scottature al sole soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza.

Programmi di prevenzione e diagnosi precoce hanno dimostrato, soprattutto negli ultimi dieci anni, che:
di Melanoma si può guarire!!!



Infatti scoperto in anticipo ed eliminato con una corretta asportazione chirurgica durante la fase di sviluppo iniziale, questo tipo di tumore è del tutto guaribile, perché il rischio che abbia invaso altri organi bersaglio (metastasi) è pressoché nullo.

La diagnosi precoce serve innanzitutto a distinguere il melanoma dai nevi comuni.

La presenza sulla nostra pelle di nevi o nei è normale: di solito si tratta di innocue macchie di forma rotondeggiante regolare, piane o rilevate, di colore bruno o nerastro uniforme, dimensioni di pochi millimetri di diametro e crescita lenta e graduale.

I nevi possono essere già presenti alla nascita (nevi congeniti), ma la maggior parte di essi (98%) si sviluppa più tardi nel corso dei primi 30 anni di vita (nevi acquisiti).

Invece è estremamente sospetto il cambiamento sulla superficie di un neo.

ABCDE: La regola per identificare le macchie sospette



Per riconoscere le modificazioni sospette di un neo o di una macchia scura di recente insorgenza si fa riferimento ad un messaggio educativo sintetizzato dalla sigla ABCDE:



A sta per Asimmetria : il melanoma è una macchia irregolare nella quale non è possibile identificare due metà simili tra loro.

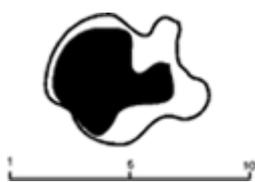
La gran parte dei nei benigni sono invece regolari;



B significa Bordi irregolari e frastagliati a "carta geografica";



C come Colore a varie tinte: nero, rosso-bruno, rosa che sono distribuiti all'interno della macchia in modo non uniforme;



D come Dimensione superiore a 6 mm;



E come Evoluzione progressiva: raramente il melanoma resta identico a se stesso in quanto la lesione tende a crescere e allargarsi rapidamente.

La E può anche significare Eritema che indica il rossore diffuso, a carattere persistente e continuo, che può manifestarsi intorno ad un nevo.

La presenza di 2 o più di questi caratteri può far sospettare il melanoma e deve indurre un intervento tempestivo dal medico di famiglia e l'eventuale invio presso il centro di riferimento specialistico.

Questa sigla tuttavia risulta di scarso aiuto nei melanomi piani di piccola taglia, ancora simmetrici e nei casi di melanomi nodulari.

In ogni caso di variazione inattesa di un nevo, o comparsa di un nevo con colore e forma diversa dagli altri, è sempre buona regola sottoporre il problema all'attenzione dello specialista.

Quali sono i caratteri clinici del melanoma?

Le caratteristiche cliniche di questo tumore variano in rapporto alla sua fase di sviluppo; si distinguono pertanto le seguenti forme: melanoma piano, melanoma piano-cupoliforme, melanoma cupoliforme o nodulare.



- Melanoma piano - È la forma più frequente (80% dei casi). Appare come una macchia, talora piana (melanoma piano non palpabile), talora lievemente rilevata (melanoma piano palpabile), di colore variabile dal bruno scuro al nero irregolarmente distribuito, a contorni frastagliati, di forma irregolare ed asimmetrica. Può essere piccolo, ma di solito ha dimensioni di 5-6 mm di diametro e tende ad estendersi orizzontalmente, raggiungendo anche dimensioni di alcuni centimetri di diametro (fase di crescita orizzontale).

Può insorgere in qualunque parte del corpo anche sul letto ungueale, ma predilige il dorso nel maschio e gli arti inferiori nella femmina.



- Melanoma piano-cupoliforme- Più che una forma a sé stante, rappresenta una fase di progressione del melanoma piano.

Dopo una fase di crescita orizzontale che può durare mesi o anche anni, il melanoma piano può cominciare a crescere in altezza (fase di crescita verticale), assumendo una conformazione nodulare-cupoliforme.



-Melanoma cupoliforme- Rappresenta il 15-20% dei casi. Si localizza soprattutto a capo, collo e dorso. Appare su cute indenne come una formazione nodulare a rapida crescita in altezza, di colorito bruno-nerastro, a superficie liscia, a contorni netti e regolari, che talora si ulcera e si ricopre di croste ematiche. Il melanoma nodulare, anche se raramente, può apparire privo di pigmento, come un rilievo di colorito roseo (melanoma amelanico).

Nuove armi per la diagnosi precoce: la diagnostica strumentale

Durante la visita dermatologica contemporaneamente all'osservazione diretta, ad occhio nudo, delle macchie scure pigmentate, si possono effettuare esami strumentali che consentono di identificare meglio la natura della lesione.

- A cosa serve l'esame strumentale delle lesioni pigmentate?

Gli strumenti aiutano l'occhio a vedere di più, perché 1) ingrandiscono la lesione e 2) impiegano dispositivi che consentono di evidenziare aspetti morfologici relativi a strutture che sono situate al di sotto della superficie della cute.

Posizionando quindi gli strumenti sulla lesione (con o senza realizzare un contatto con essa, a seconda del sistema impiegato), appaiono all'occhio esperto aspetti morfologici, sui quali, con maggiore sicurezza rispetto all'esame obiettivo, si può porre la diagnosi.

I principali aspetti che vengono evidenziati riguardano la simmetria della lesione (o la sua asimmetria = A), la regolarità dei bordi (B), i colori (C) e le strutture differenziali (D).

In pratica, si utilizzano per la valutazione delle immagini microscopiche di superficie parametri analoghi a quelli usati per la valutazione clinica.



- Quali sono gli strumenti utilizzati?



Il dermatoscopio è uno strumento di piccole dimensioni, portatile, con una sorgente luminosa costituita da una lampada alogena, localizzata ad una estremità, dove è situata anche una lente d'ingrandimento.

Dopo aver applicato una goccia d'olio sulla lente d'ingrandimento, la si poggia sulla lesione e si osservano le strutture microscopiche.

Il videomicroscopio è costituito da una sonda, contenente una telecamera collegata ad un computer. La

sonda viene poggiata direttamente sulla lesione e manipolando il filtro si può decidere se osservare la lesione solo in superficie o anche sotto.

La telecamera riprende la lesione, la cui immagine è visibile sul monitor a colori del computer.

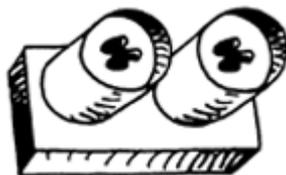
I vantaggi che derivano dall'uso dello strumento consistono nella possibilità di usare ingrandimenti variabili e di analizzare rapidamente pazienti con numerose lesioni. Inoltre, il computer è dotato di un sistema di archiviazione, che consente di registrare le immagini e qualora la lesione non venga asportata, di seguirne l'evoluzione nel tempo (mappatura).

Tuttavia per questo tipo di valutazione è opportuno rivolgersi presso centri di riferimento specialistico.

Lo stereomicroscopio è uno strumento costituito da un supporto snodabile montato su un particolare microscopio, dotato di due oculari, che utilizza diversi ingrandimenti e può essere collegato per mezzo di una telecamera con la possibilità di avere le stesse funzioni del videomicroscopio.

Una nuova tecnica diagnostica non invasiva è la microscopia confocale che produce immagini tessutali *in vivo* con una risoluzione quasi istologica (biopsia ottica digitale). Tale strumento è attualmente utilizzato solo nei centri altamente specializzati.

- Quando è indicato l'esame strumentale dei nei?



E' sempre molto utile l'esame clinico integrato all'esame dermoscopico nella valutazione di tutte le lesioni pigmentate e parzialmente pigmentate della cute.

- Con quale certezza si può fare diagnosi con questi strumenti?



Un esaminatore esperto riuscirà ad interpretare gli aspetti morfologici a volte estremamente complessi visibili con queste metodiche ed individuare melanomi in fase iniziale.

Tuttavia bisogna ricordare che la diagnosi certa può basarsi solo un riscontro istologico.

Pertanto è sempre consigliabile fare asportare le lesioni che il dermatologo considera dubbie.

Prevenzione Primaria: Evitare le scottature solari



Chi si è scottato frequentemente, soprattutto da bambino, e possiede fattori predisponenti, ha maggiori possibilità di sviluppare il melanoma.

- Il sole è veramente nocivo?

Sì e No.

SÌ, se l'esposizione ai raggi solari avviene in modo eccessivo ed intermittente e senza un'adeguata protezione.

NO, se si conoscono i possibili danni del sole e si evitano con appropriate precauzioni.



- Quali sono gli effetti nocivi del sole?



Sono di due tipi:

1. Effetti immediati osservabili in breve tempo dopo l'esposizione ai raggi solari come l'arrossamento della pelle accompagnato da prurito o bruciore.

2. Effetti ritardati che compaiono dopo lungo tempo, anche molti anni dall'esposizione, quali:

- fotoinvecchiamento: invecchiamento precoce che si manifesta con la comparsa di rughe e macchie sulle zone più esposte come il viso, il collo, la regione più alta del tronco ed il dorso delle mani;
- fotocarcinogenesi: induzione di tumori sulla pelle.

- Cos'è il Fototipo?



L'insieme di alcune caratteristiche fisiche e la risposta ai raggi solari

Fototipo 1: capelli biondo-rossi, occhi chiari, carnagione chiara con efelidi, estremamente sensibile al sole, si scotta sempre, non si abbronzia mai.

Fototipo 2: capelli biondi o castano chiaro, occhi chiari, carnagione chiara, spesso presenza di efelidi, sensibile al sole, cioè si scotta con facilità e si abbronzia con difficoltà.

Fototipo 3: capelli castani, occhi marroni o chiari, carnagione moderatamente scura, può scottarsi, ma si abbronzia.

Fototipo 4: capelli castano scuro o neri, occhi scuri, carnagione olivastria, si scotta di rado, si abbronzia con facilità.

Fototipo 5: capelli neri, occhi scuri, carnagione bruno olivastria, si abbronzia intensamente.

Fototipo 6: capelli neri, occhi neri, carnagione nera, non si scotta mai, soggetto di razza negra.

Una volta identificato il proprio fototipo è più semplice adeguare i propri comportamenti per una corretta esposizione al sole, godendo dell'aria aperta e delle vacanze al mare o in montagna senza correre i rischi.



- Quali sono, dunque, le regole per una corretta esposizione al sole?



- Evita le esposizioni eccessive e le conseguenti scottature soprattutto se hai un fototipo 1 o 2.
- Esponiti gradualmente per consentire alla tua pelle di sviluppare la naturale abbronzatura.
- Proteggi soprattutto i bambini, quelli al di sotto di un anno non devono essere esposti al sole.
- Evita di esporti al sole nelle ore centrali della giornata 11-15 (12-16 ora legale).
- Utilizza indumenti: cappello con visiera, camicia, maglietta ed occhiali.
- Approfitta dell'ombra naturale o di ombrelloni, tettoie, etc...
- Usa creme solari adeguate al tuo fototipo con filtri per i raggi UVA e UVB; in caso di allergia o intolleranza al sole consulta il dermatologo.
- Le creme antisolari devono essere applicate in dosi adeguate e più volte durante l'esposizione.
- Alcune sedi sono da proteggere in modo particolare: naso, orecchie, petto, spalle, cuoio capelluto se calvi.
- Evita l'abbronzatura artificiale ovvero le lampade UVA, che, invecchiano ancor più precocemente la pelle.



Le creme antisolari ti proteggono dal rischio del melanoma?



Utilizzare una crema con filtri solari non deve essere considerato un passaporto per stare al sole raddoppiando o triplicando il tempo di esposizione.

Come orientarsi nella scelta di una crema antisolare?

È soprattutto importante valutare i filtri antisolari in essa contenuti, che sono sia fisici cioè sostanze in grado di riflettere i raggi solari come uno specchio, sia chimici cioè capaci di assorbire e bloccare l'energia solare.

Che cos'è il fattore di protezione solare o SPF (Sun Protection Factor)?



È il numero che compare sull'etichetta del prodotto e che corrisponde al grado di protezione che la crema antisolare dovrebbe garantire per la nostra pelle. Indica, teoricamente, quante volte possiamo prolungare l'esposizione al sole senza scottature.

Per esempio se normalmente ci scottiamo dopo 20 minuti di esposizione, con un SPF 6 dovremmo scottarci dopo 2 ore (20 minuti X 6 = 120 minuti). Secondo la normativa europea i filtri vengono differenziati in fasce di protezione (bassa, media, alta e molto alta).

Questi prodotti per essere efficaci, devono essere stabili, idratanti, per prevenire la secchezza cutanea e dermatologicamente testati.

Tuttavia molte condizioni influiscono sulla capacità di protezione e l'uso di tali creme non deve comunque indurre ad esposizioni prolungate e sconsiderate.

Luoghi comuni: è vero che...?



Alcuni luoghi comuni che creano cattiva informazione sugli effetti del sole sul nostro organismo:

- Il sole è importante per evitare il rachitismo nei bambini?

È vero, ma per fissare la vitamina D sono sufficienti pochi minuti al giorno di esposizione.

Al contrario è dimostrato che troppo sole nell'infanzia e nell'adolescenza aumenta il rischio di sviluppare un

melanoma in età adulta.

- L'abbronzatura rende più sani?

È falso, soprattutto, se non si seguono le regole di una corretta esposizione.

Si rischia, infatti, di abbassare momentaneamente le proprie difese immunitarie e di creare danni permanenti alle nostre cellule.

- Negli ultimi anni il sole è "malato"?

È falso, è il nostro comportamento sbagliato che aumenta il rischio degli effetti indesiderati del sole.

- Il buco dell'ozono è l'unico responsabile dei tumori della pelle?

È falso. L'assottigliamento dello strato di ozono, rilevante per l'impatto sul clima e su vari ecosistemi in alcune aree del nostro pianeta, sembra trascurabile alle nostre latitudini nell'indurre maggior rischio di melanoma.

- Il tumore della pelle è una malattia dell'anziano?

È vero che alcuni tipi di tumore come gli epitelomi sono più frequenti nell'anziano, ma il melanoma cutaneo, il più maligno dei tumori della pelle, può comparire anche nei giovani adulti e si deve prevenire con comportamenti corretti fin dall'infanzia.

- Asportare un neo è pericoloso?

È falso. In presenza di una lesione sospetta è indispensabile e necessaria una corretta exeresi chirurgica.



Trattamento chirurgico del melanoma cutaneo



Nel caso in cui lo specialista abbia evidenziato una lesione sospetta o maligna viene effettuata la biopsia escissionale.

La biopsia escissionale viene generalmente eseguita in anestesia locale con un margine di 2 mm. Essa permette in ogni caso l'asportazione completa della neoformazione e la corretta esecuzione dell'esame istologico.

In presenza di melanoma di spessore di Breslow inferiore a 2 mm si esegue un ampliamento chirurgico a distanza di 1 cm dal margine della cicatrice.

Invece il melanoma con uno spessore di Breslow superiore a 2 mm necessita di una più ampia exeresi a distanza di 2 cm dal margine della cicatrice. In entrambi i casi l'exeresi deve raggiungere il piano della fascia muscolare sottostante.

- Cos'è il linfonodo sentinella?



È il linfonodo che per primo drena dalla sede del melanoma.

Una tecnica di recente applicazione serve ad individuarlo tramite una sonda che durante l'intervento consente di localizzare una sostanza tracciante (albumina colloidale marcata con il tecnezio) preventivamente iniettata nella sede del melanoma, e che da qui si diffonda selettivamente al linfonodo sentinella.

Questa tecnica va usata solo in casi selezionati di melanoma ed ancor meno quando viene attuata una diagnosi precoce.

Trattamento medico del melanoma cutaneo



- Terapia Medica

Per terapia medica dei tumori si intende un trattamento eseguito con farmaci, che hanno il compito di uccidere le cellule tumorali (chemioterapia) o di stimolare le difese immunitarie specifiche (immunoterapia). Nei confronti del melanoma i chemioterapici che si sono dimostrati efficaci sono: la Dacarbazina; la Temozolomide, somministrato per via orale, e la Fotemustina. Vi sono inoltre farmaci che possono essere associati a questi in schemi di combinazione (Cisplatino, Carboplatino, Vinblastina, Tassolo). Non ancora in uso terapeutico, ma in avanzato stato di sperimentazione, sono alcuni farmaci “target”, che agiscono avendo per bersaglio singole molecole proprie del DNA tumorale (oncogeni) e che appaiono molto promettenti.

- Terapie immunologiche

Da diversi anni sono in uso terapeutico alcune citochine che hanno il compito di “aiutare” le difese immunitarie dell'organismo (alfa- Interferone, Interleuchina-2). Esse possono essere usate singolarmente o in associazione alle chemioterapie. Attualmente (2010-11) sta per entrare in uso clinico, dopo ampia sperimentazione, un anticorpo monoclonale (anti-CTLA-4), che ha il compito di “liberare” le difese immunitarie nei confronti dei tumori e che ha già dimostrato notevole efficacia contro il melanoma.

- Terapie vacciniche

Negli anni '90 sono state sperimentate terapie “adoptive”, che prevedevano un prelievo dal paziente di linfociti specifici (in grado cioè di riconoscere il tumore), una loro attivazione e moltiplicazione in vitro, ed infine una reinfusione terapeutica al paziente stesso. Recentemente, però, l'obiettivo principale è quello di far conoscere direttamente al sistema immunitario quali sono gli elementi da combattere e di fare in modo che l'attacco si scateni violentemente in maniera specifica (Terapia Vaccinica). Numerose tecniche si stanno sperimentando, con l'uso di singole proteine che possano far riconoscere il tumore o con terapie “cellulari” che sfruttano l'attività delle cellule preposte al controllo del sistema immunitario (cellule dendritiche).

Nonostante vi siano ancora numerose variabili tecnologiche e conoscitive da mettere a punto, a tutt'oggi si può affermare che nei pazienti che mostrano capacità di risposta immunitaria specifica si può ottenere un controllo duraturo della malattia.

