

**IL MELANOMA
CUTANEO**



Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

IL MELANOMA ED ALTRI TUMORI DELLA PELLE

7.000 casi all'anno in Italia.

Da tempo si sa che l'eccessiva esposizione alle radiazioni ultraviolette (UV) del Sole è causa dei carcinomi basocellulari e spinocellulari (tumori dei lavoratori al sole - pescatori, terrazzieri, contadini -).

Esistono inoltre individui che hanno sia una particolare sensibilità alla radiazione solare (cute chiara, occhi azzurri, capelli bianchi - cosiddetto fototipo -), sia una certa predisposizione genetica, alle scottature e al melanoma.

Il rischio di melanoma aumenta con l'età, la decade più colpita è dai 50 ai 60 anni.

Spesso il primo segno del melanoma è il cambiamento in dimensioni, di forma o di colore di una "macchia" cutanea presente da tempo oppure la comparsa "improvvisa" in un adulto di una "macchia" anomala, strana, scura.

Queste "macchie" non erano e non sono dei nevi (nei) ma melanomi iniziali.

La probabilità che un melanoma si sviluppi su un nevo pre-esistente è eccezionale (di 1/6.800).

COME RICONOSCERE UN MELANOMA?

Pensando alla formuletta ABCD si può più facilmente ricordare cosa bisogna notare:

A Asimmetria

B Bordi

C Colore

D Dimensione

A Asimmetria - Le due metà della lesione non sono sovrapponibili.



Normale



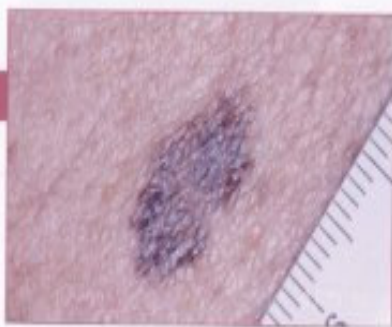
Melanoma

■ **Bordi** - I margini sono irregolari, frastagliati o indentati.

Normale



Melanoma



■ **Colore** - Il colore è molto scuro, a volte francamente nero o marrone scuro o nerastro. A volte possono essere presenti più colori delle aree più chiare, color pelle o rosastre o grigie.

Normale



Melanoma

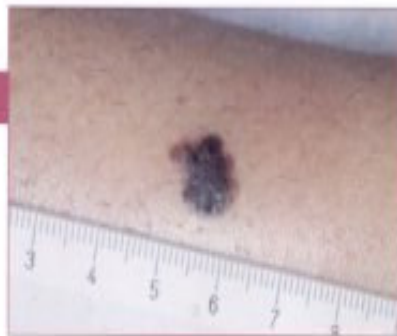


D Dimensioni - È raro individuare un melanoma di meno di 5 - 6 mm. di diametro.

Normale



Melanoma



A questi quattro criteri si è recentemente aggiunta la:

E Evoluzione - Qualsiasi lesione pigmentata che raddoppi il suo diametro nell'arco di sei mesi deve essere giudicata sospetta.

E - età prima della pubertà il melanoma è pressoché inesistente.

TERAPIA



Innanzitutto bisogna sfatare un luogo comune, molto diffuso tra la gente ma purtroppo anche tra alcuni medici: togliere un neo non è pericoloso!

Il vecchio detto "non svegliare il can che dorme" è assolutamente inopportuno nel caso del melanoma. Anzi, ben più grave e drammatico sarebbe lasciare un melanoma sulla pelle senza toccarlo, lasciandogli il tempo di crescere e diventare aggressivo.

Il trattamento del melanoma nelle sue fasi iniziali, cioè quando è ancora localizzato è essenzialmente chirurgico.

Spesso l'intervento di accertamento di una lesione cutanea dubbia è una piccola biopsia con un'incisione a due mm. dai bordi. A diagnosi di melanoma eseguita si deve fare una radicalizzazione a 1 cm. se il melanoma a uno spessore di Breslow \leq 2 mm.

Entrambe queste operazioni si eseguono in anestesia locale e durano pochi minuti.

Se il melanoma ha uno spessore $>$ 1 mm. è ormai diffusa la metodica di biopsiare il linfonodo sentinella

che ci assicura che la malattia non si sia ancora diffusa regionalmente.

Diverso è l'atteggiamento se il melanoma ha uno spessore $>$ 2 mm. L'intervento deve essere più ampio (a 3 cm. dai margini) e spesso va eseguito in anestesia generale.

LO SPESSORE DI BRESLOW È IL FATTORE PROGNOSTICO PIÙ IMPORTANTE NEL MELANOMA CUTANEO.

I linfonodi regionali non vengono mai tolti se non quando il sentinella è positivo o non sono diventati sospetti alla visita clinica.

