



# Melanoma e Tumori della Pelle

Dott. Roberto Betti

I tumori della pelle sono numerosi ma i più comuni che coprono circa il 95% di tutti i casi sono :

**-Melanoma** : tumore maligno che deriva dai melanociti ( cellule del pigmento) . È raro prima della pubertà. E' più frequente in soggetti con pelle chiara ed è segnalata predisposizione familiare. Le età più colpite sono comprese fra i 40 e i 60 anni. Incidenza in aumento.10-12 casi /anno 100.000 ab. Possono essere associati o svilupparsi da precedenti nevi .

**-Carcinoma spino cellulare** : tumore maligno dell'epidermide . Più frequente nelle età avanzate e in sedi fotoesposte, ma anche mucose .  
Caratteristicamente può essere preceduto da condizioni precancerose ( Cheratosi attiniche / leucoplachie)

**-Carcinoma baso cellulare**: tumore a prevalente malignità locale (aumento dimensionale e possibili recidive) , solo cutaneo , in sedi fotoesposte e non.

Tutti questi tumori possono essere passibili di prevenzione sia primaria che secondaria per cui la prognosi complessiva (statistica) la si può definire buona se ben individuati, anche se con differenze a seconda del tipo di tumore.

**Prevenzione primaria** : tentativo di modificare i fattori ( fattori di rischio ) che precedono la malattia

Esistono due tipi di fattori di rischio per l'insorgenza della malattia : quelli non modificabili, come il sesso, un particolare assetto genetico e l'età, e quelli modificabili, legati per esempio alle scelte negli stili di vita.

Lo scopo della prevenzione primaria è quello di ridurre l'incidenza (misura il numero di **nuovi casi** nel periodo di tempo e individua il **rischio** (cioè la probabilità) di contrarre la malattia in quel periodo di tempo.) della malattia tenendo sotto controllo i fattori di rischio modificabili e aumentando la resistenza individuale a tali fattori. In altre parole si tratta di ridurre la probabilità che compaia un tumore.

*I fattori controllabili* dalla P.P. sono:

Schermi protettivi

Indumenti protettivi

Controlli dermatologici

*I fattori non controllabili* sono:

Età

Familiarità

Fototipo cutaneo

**Prevenzione secondaria:** individuare il tumore in uno stadio molto precoce in modo che sia possibile trattarlo in maniera efficace e ottenere di conseguenza un maggior numero di guarigioni e una riduzione del tasso di mortalità (prevalenza: proporzione di "eventi" presenti in una popolazione *in un dato momento*) quindi coincide con la diagnosi precoce.

**Prevenzione terziaria :** la prevenzione delle cosiddette recidive (o ricadute) di malattia

## Melanoma – fattori di rischio

- Numero di nevi comuni ( il rischio incrementa con il numero di nevi )
- Storia familiare di melanoma ( parente di primo grado)
- Precedente storia di melanoma
- Presenza di nevi “atipici”
- Fenotipo / Fototipo
- Presenza nevi congeniti “giganti” ( > 20 cm di diametro)
- Esposizione solare ( intermittente – giovanile)

La diagnosi precoce è fondamentale: il ritardo diagnostico rende inefficace il trattamento chirurgico. La valutazione delle lesioni pigmentate è compito del medico, ma investe anche i pazienti e/o i loro congiunti. Dati della letteratura evidenziano che sono i pazienti stessi (44-55%) e i congiunti (11-18%) a sospettare per primi il melanoma, mentre i medici diagnosticano per primi le lesioni solo in 1/4 dei casi.



melanoma a diffusione  
superficiale, il più frequente ,  
colpisce ogni età ed ogni sede  
corporea , crescita  $\pm$  veloce , si  
applica la regola ABC(d) ,ma ...



...se trascurato aumenta di spessore, con peggioramento della prognosi



Melanoma a tipo lentigo maligna:  
colpisce soprattutto persone anziane  
in sedi fotoesposte, a lenta crescita

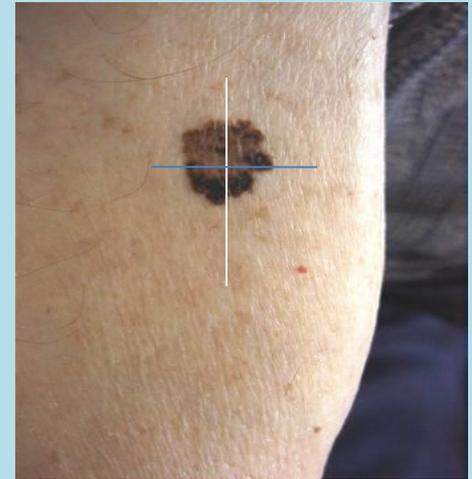


melanoma nodulare, meno frequente, ma a rapida crescita e prognosi peggiore, anche senza pigmento.  
Ogni lesione cutanea a crescita  $\pm$  o meno rapida, dura, deve destare sospetto.

# Diagnosi

La diagnosi clinica precoce è indispensabile e viene fatta con l'attenta valutazione delle caratteristiche della lesione pigmentaria seguendo la regola dell'A B C D E

- A = asimmetria
- B = bordi indentati
- C = colore disomogeneo
- D = dimensioni generalmente superiori a 6 mm\*
- E = età superiore a 15 anni - evoluzione della lesione



Questa regola non ha valore assoluto, ma solo di screening .Non si applica per il melanoma cupoliforme /nodulare

## Dermatoscopio manuale 10-20 x



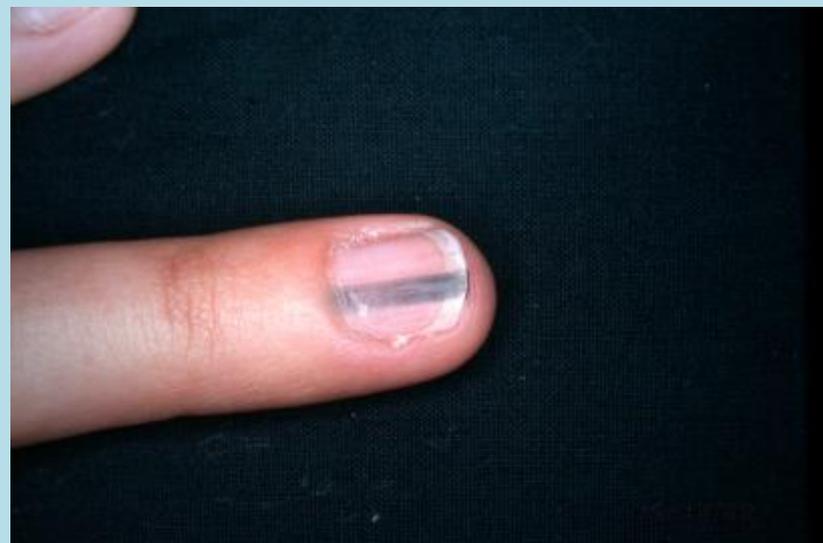
## Dermatoscopio digitale



## Aspetti particolari in rapporto alla sede

### Regione subungueale

pigmentazione in banda sottoungueale che si può estendere e interessare il perionichio.



## Perché è importante la diagnosi precoce?

Perché si ha la possibilità concreta di guarigione se la diagnosi è precoce.

Infatti se si asporta un melanoma nelle primissime fasi (melanoma in situ) la guarigione è pressoché del 100%.

Nelle fasi successive ( melanoma invasivo) , ma che potremmo definire ancora precoci ( < 1 mm di Breslow) e senza altre complicazioni , la guarigione ( sopravvivenza) a 10 anni viene statisticamente indicata del 88%-90%.



Tipi differenti di Carcinomi baso cellulari, per lo più a buona prognosi salvo la possibilità di recidive locali specie per i tipi più aggressivi ( infiltrativo/morfeiforme, micronodulari e taluni misti)



Precancerosi a tipo cheratosi  
attiniche multiple tipicamente  
in sedi fotoesposte

Precancerosi mucosa a tipo  
leucoplachia in fumatore



# Varietà Cliniche

- Carcinoma spinocellulare in situ
- Corno cutaneo



- Carcinoma spinocellulare nodulo ulcerativo
- Carcinoma spinocellulare





## Fotoprotezione :

Usare schermi solari ad uso topico applicati in modo corretto > SPF 15,

indossare indumenti protettivi –UFP- da 15 a 24: buona protezione, da 25 a 39: protezione molto buona; da 40 a 50: protezione eccellente,

evitare esposizione a radiazione UV ,

lampade abbronzanti,

in estate meglio prima delle 10 e dopo le 16. Applicare almeno 15-30 minuti PRIMA di esporsi al sole, applicare in modo uniforme sulla cute fotoesposta, considerare le formulazioni resistenti all'acqua, riapplicare ogni 2 ore, ma più frequentemente se:

Si suda

Dopo il bagno in mare

Dopo il bagno in mare

Dopo essersi asciugati con un asciugamano

- ➔ **USARE** gli schermi di protezione solare ad uso topico
- ➔ Applicare **IN MODO CORRETTO** schermi di protezione solare
- 😊 Fattore di protezione solare **(SPF) ≥ 15**
- ➔ Indossare indumenti protettivi
- ➔ Evitare l'esposizione alla radiazione ultravioletta
- ➔ Evitare l'utilizzo di lampade abbronzanti
- ➔ In estate regolare le attività all'aperto prima delle 10 del mattino e dopo le 16

## ■ Filtri chimici

- numerosi
- Alcuni assorbono primariamente la radiazione UVB
- altri sono più efficaci nello spettro UVA
- Sono necessarie associazioni per ampliarne lo spettro di azione

## ■ Filtri fisici

- Ossido di zinco e biossido di titanio bloccano il passaggio di UVB, UVA<sub>1</sub>, UVA<sub>2</sub>
- Recente incremento nel loro impiego grazie all'utilizzo della nanotecnologia

# ➔ INDUMENTI PROTETTIVI

- ➔ Nel 2001 negli USA sono stati definiti degli standard di produzione degli indumenti protettivi
- ➔ Si parla di **fattore di protezione dagli ultravioletti (UPF):** indica la capacità di un tessuto di impedire il passaggio degli ultravioletti:
  - ➔ Da 15 a 24: buona protezione
  - ➔ da 25 a 39: protezione molto buona
  - ➔ da 40 a 50: protezione eccellente