



Sommario

Prefazione	3
Introduzione	4
Il melanoma: un tumore di cui nessuno dovrebbe più morire	6
Epidemiologia	7
Fattori di rischio e prevenzione primaria	7
Prevenzione secondaria diagnosi precoce	10
Auto-esame della cute	12
Iter diagnostico	14
Esame della cute: metodologia	15
Valutazione soggetto portatore di nevi	15
Conclusioni	18
Atlante	19
Esame delle lesioni pigmentate cutanee	19
Lesione pigmentate non melanocitarie	20
Lesioni pigmentate melanocitarie	22
Nevi melanocitici	24
Il melanoma	30
Diagnosi dermatoscopica del melanoma	34
Criteri di base per la diagnosi dermatoscopica	34
Generalità	34
Analisi dei pattern	35
Dermatoscopia del melanoma	35
Caratteristica del melanoma iniziale	36
Caratteristica del melanoma conclamato	37
Esempi di correlazione dermatoscopica	37
Conclusioni	40

Prefazione

Il coinvolgimento della popolazione è necessario in quanto gran parte dei melanomi viene diagnosticato dagli stessi soggetti portatori o dai loro familiari

La prevenzione e la diagnosi precoce hanno diminuito sensibilmente l'incidenza e migliorato significativamente la storia naturale di numerosi tumori, un tempo caratterizzati da alta mortalità.

È il caso del melanoma: nell'impossibilità di istituire un vero screening di popolazione, risultati positivi per vite salvate e sopravvivenza a 5 anni sono stati ottenuti grazie alle campagne di corretta informazione ed educazione sanitaria per la diagnosi precoce.

La LILT Trentina ha organizzato, prima in Europa nel 1977, ambulatori dermatologici a cui possono accedere gratuitamente i soggetti che, dopo auto-esame della pelle individuano lesioni pigmentate sospette. L'esperienza di Trento è stata ripetuta in numerose altre province ed attualmente sono 98 le Sezioni Provinciali della LILT che hanno attivato ambulatori dedicati alla diagnosi precoce del melanoma.

Francesco Schittulli
Presidente LILT



La popolazione è stata opportunamente istruita con libretti educativi al riconoscimento delle caratteristiche cliniche del melanoma iniziale e invitata a praticare l'auto-esame della pelle.

Il coinvolgimento della popolazione è necessario in quanto gran parte dei melanomi viene diagnosticato dagli stessi soggetti portatori o dai loro familiari.

Un ruolo fondamentale è svolto comunque dai Medici di Medicina Generale che possono incidentalmente, durante la visita generale, riscontrare lesioni sospette, riconoscerle e inviarle allo specialista.

Questo filtro è molto importante anche per evitare l'intasamento delle strutture specialistiche da parte di lesioni benigne pigmentate presenti in grande quantità, in quasi tutti i soggetti della nostra popolazione.

Il riconoscimento della lesione neoplastica pigmentata (melanoma) è agevole se si seguono alcuni parametri indicati dallo schema A-B-C-D-E che come è documentato

dalla recente letteratura scientifica mondiale è tuttora molto valido.

L'esperienza pluriennale maturata dai colleghi Cascinelli e Cristofolini principali autori di questo CD e libretto è sicura garanzia della corretta impostazione che permette al Medico di Medicina Generale a cui sono dedicati di incrementare la propria sensibilità diagnostica.

La LILT è lieta di proporre questo mezzo educativo ai Medici di Medicina Generale nell'ottica di una sempre più stretta collaborazione fra associazioni di volontariato e professionisti al fine di debellare definitivamente il melanoma che a volte, nelle fasi iniziali, quando è guaribile, non viene individuato per mancanza di riferimenti diagnostici sicuri.

Di qui il grazie della LILT e mio personale ai due illustri colleghi autori.

Francesco Schittulli

*Il medico
di medicina
generale è in grado
di individuare
melanomi più
precoci rispetto
al paziente stesso
e ai familiari*

Numerosi sono i compiti che oggi si richiedono al Medico di medicina generale, proprio perché numerose sono le situazioni nelle quali questo professionista si viene a trovare coinvolto nella sua posizione di “medico di prima linea”.

Conosce la famiglia del cittadino che a lui si rivolge ed è da lui che, sempre più spesso, il cittadino si aspetta una risposta ai suoi quesiti ed una soluzione ai suoi problemi.

Se ieri questa soluzione passava attraverso una medicina da “tuttologi” in cui il medico

della mutua doveva essere in grado nell'80-90 per cento dei casi di affrontare e risolvere il problema da solo, oggi, per fortuna il mondo (e la sanità) sono cambiati.

Ai medici di medicina generale si chiede un aiuto per rendere più efficaci le campagne di informazione e di prevenzione e lo studio del medico di famiglia diventa un centro dove ci si confronta e si analizza la gran massa di informazioni sulla salute che quotidianamente giunge ad ognuno di noi.

In questo panorama non poteva mancare una conoscenza ampia, ancorchè di superficie, del problema melanoma. Un sospetto che deve nascere quando, prendendo visione durante la visita della cute, il medico di famiglia osserva una lesione cutanea sospetta da indirizzare allo specialista.

Se è infatti accertato che il medico di medicina generale è in grado di individuare melanomi molto più precoci rispetto al paziente stesso e ai familiari, è altrettanto importante conoscere le caratteristiche che differenzia-

*Carlo Gargiulo
Medico di Medicina Generale*



no le lesioni benigne da quelle maligne per evitare un ricorso eccessivo agli ambulatori di dermatologia.

Da questo lavoro nasce il manuale della LILT, curato da Mario Cristofolini alla luce della sua lunga esperienza in ambito dermatologico. Un manuale che utilizzando una ricchissima iconografia, consente al MMG un orientamento di prima istanza nell'ampio panorama delle malattie dermatologiche. Ecco quindi che il CD-ROM (che possiamo definire come il vero "manuale") ed il libretto informativo allegato, rappresentano un contributo alla conoscenza del problema e permettono al medico di medicina generale di esercitarsi alla individuazione delle lesioni iniziali, utilizzando metodiche interattive e lo schema ABCDE., guida efficace per la anticipazione diagnostica del melanoma e per la diagnosi differenziale con le lesioni pigmentate benigne.

La facile comprensione e la riproducibilità dello schema garantisce un sicuro successo come documentato da numerosi centri specializzati.

Due parole infine sulla LILT. Essa ha il compito istituzionale di promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori, compreso il melanoma. Proprio per questo, dopo l'attività pionieristica (1977) realizzata in questo campo dalla Sezione di Trento, numerose altre Sezioni Provinciali hanno attivato campagne di prevenzione per il melanoma. Attualmente in tutte le Sezioni LILT sono stati allestiti ambulatori di dermatologia aperti alla popolazione.

I risultati di questa attività di diagnosi precoce sono molto lusinghieri, dal momento che hanno ridotto il tasso di mortalità per melanoma dall'80 % dei casi come 30 anni fa, al 20 %.

L'intervento di un medico di famiglia preparato ed esperto ed una conseguente diagnosi in fase precoce, ci auguriamo possano ridurre ancora di più queste percentuali.

Carlo Gargiulo

Il melanoma: un tumore di cui nessuno dovrebbe più morire

*E' dimostrato che l'aumento della consapevolezza
al problema rende possibile il sospetto di melanoma nelle fasi
iniziali da parte dello stesso portatore e dai familiari*

Il melanoma è un tumore maligno che compare quasi esclusivamente sulla pelle e pertanto è facilmente visibile ed individuabile anche da persone non esperte. Infatti la maggior parte dei melanomi viene scoperto dallo stesso portatore o dai familiari. Individuato in tempo, quando è agli inizi, è guaribile nella quasi totalità dei casi; al contrario, in fase avanzata, è un tumore ad alta mortalità.

È impossibile realizzare uno screening di popolazione che permetterebbe di ridurre drasticamente la mortalità da questo tumore: il test di screening, infatti, consiste nel sottoporre a visita medica tutto l'ambito cutaneo dei soggetti fra i 16 e gli 80 anni, il che richiede oneri

organizzativi e finanziari insostenibili. Gli screening selettivi su soggetti ad alto rischio non hanno dato effetti rilevanti in quanto gran parte dei tumori insorge in individui non appartenenti a questi gruppi.

I risultati migliori si ottengono con le campagne di educazione sanitaria al fine di sensibilizzare la popolazione all'auto-esame della pelle. E' dimostrato che l'aumento della consapevolezza al problema rende possibile il

*Il fattore di rischio
ambientale più
importante
è l'ustione solare
avvenuta
in giovane età*

sospetto di melanoma nelle fasi iniziali da parte dello stesso portatore e dai familiari. Riscontrata un'eventuale lesione pigmentata sospetta, il soggetto deve potere agevolmente sottoporsi a visita specialistica presso gli ambulatori dermatologici di riferimento. Ai medici di medicina generale è affidato il compito di collaborare alle campagne per la diagnosi precoce del melanoma controllando, durante la visita medica, la superficie cutanea dei loro assistiti e valutando le caratteristiche delle lesioni pigmentate.

Questo scritto è dedicato a tutti gli operatori sanitari che durante la loro attività clinica possono imbattersi in un melanoma senza riconoscerlo.

EPIDEMIOLOGIA

Il melanoma è un tumore relativamente frequente riferito in continuo aumento.

L'incidenza è varia a seconda delle nazioni esaminate: più alta in Australia la cui popolazione è quasi totalmente composta da caucasici non acclimatati immigrati dal Nord Europa (tasso standardizzato sulla popolazione mondiale anno 2000: 51,6 maschi e 40,7 femmine per 100.000 abitanti l'anno). Seguono gli Stati Uniti (16,6 maschi e 12,9 femmine).

In Europa è più frequente nelle nazioni del Nord rispetto alle nazioni del Sud. In Italia il tasso grezzo medio è di 6,5 per i maschi e di 8,2 per le femmine ed è più frequente nel nord in particolare nel nord-est. In Trentino raggiunge un tasso grezzo di 11,7 maschi e 16,5 femmine nel 2002. Nel Veneto (1995-2001) il melanoma nelle femmine è il tumore più frequente sotto i 39 anni, è al secondo posto fra i 30 e i 45 anni, mentre nel maschio è al terzo posto fra i 35 e 39 anni. L'aumento dell'incidenza negli ultimi anni (dagli anni trenta agli anni novanta) è stato continuo e di circa il 3-8% per anno risultando il tumore in assoluto a maggiore incremento: 101%

1 FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALL'OSPITE

Fototipo cutaneo

Alto numero di nevi e nevi congeniti

Presenza di nevi clinicamente atipici

Storia familiare o personale di melanoma

2 FATTORI DI RISCHIO AMBIENTALE

Ustioni solari avvenute in giovane età

Soggetti con pelle chiara, che si scotta facilmente e si abbronzano con molta difficoltà

dal 1972 al 1992. Negli ultimi report epidemiologici peraltro questo aumento non è più presente in particolare nelle nazioni ad alta incidenza dove da anni sono state attuate campagne per la diagnosi precoce. Anche nel registro tumori cutanei del Trentino, l'incidenza mostra un plateau. In merito alla mortalità, il melanoma è al 13° posto rispetto a tutti i tumori, con un tasso di mortalità di 2 casi ogni 100.000 abitanti l'anno per le femmine e 2,8 per i maschi in Trentino. Questa percentuale è risultata stabile negli ultimi 20 anni. Il differente andamento tra l'incidenza (in aumento) e la mortalità (stabile) è uno degli indici che dimostra il miglioramento della prognosi del melanoma che risulta essere deter-

minato quasi esclusivamente dalle campagne per la diagnosi precoce.

Il miglioramento diagnostico è documentato dal fatto che 30 anni fa moriva l'80 % dei soggetti affetti da melanoma, mentre attualmente decede solo il 20%.

FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE PRIMARIA

Tra i fattori di rischio più importanti vi è la predisposizione familiare e l'aver sofferto di un precedente melanoma, la presenza di molti nevi comuni (> 50), la presenza di nevi atipici (1-3), l'appartenere al fototipo 1 e 2 composti da soggetti che

3 PREVENZIONE PRIMARIA

Scopo

**impedire l'insorgenza di nuovi casi
conoscere le cause per evitarle**

4 PREVENZIONE PRIMARIA "A"

Evitare le ustioni solari in giovane età (< 12 anni) e in soggetti con pelle chiara che si scotta facilmente e non si abbronzano (fototipo 1-2)

Utilizzare schermi, ombrelloni, teli
Indumenti protettivi: magliette, cappellini

Evitare di esporsi nelle ore centrali della giornata: dalle 11.00 alle 16.00

Attenzione all'irradiazione riflessa dalla neve, acqua e sabbia

PREVENZIONE PRIMARIA "B"

L'utilizzo di creme e schermi solari non deve indurre a prolungare l'esposizione

I lettini abbronzanti rappresentano un rischio se ripetuti con frequenza, in giovane età e nel fototipo 1 e 2

MESSAGGIO

**Incoraggiare le attività all'aria aperta
ma proteggere la pelle dai danni del sole.
Non dimenticare gli occhiali da sole**

5 PREVENZIONE SECONDARIA

Scopo: individuare i precursori e/o le fasi iniziali del tumore



maggiori probabilità di guarigione definitiva

Migliore metodologia: lo screening

non si abbronzano e si scottano al sole. Il rischio di avere un melanoma è del 100% nel caso di un soggetto affetto da sindrome

del nevo displastico (presenza di molti nevi atipici) con due familiari affetti da melanoma (Tabella 1).

Recenti studi dimostrano che gli scolari e i genitori hanno una buona conoscenza del problema, ma una scarsa pratica delle indicazioni sull'esposizione

Il fattore di rischio ambientale più importante è l'ustione solare avvenuta in giovane età ed in particolare nei soggetti con fototipo 1 e 2 (tabella 14). La prevenzione primaria pertanto prevede una corretta esposizione al sole evitando le ustioni solari in giovane età.

A tal fine è utile proteggersi con indumenti ed evitando le ore centrali della giornata, mentre le creme e gli schermi solari vanno usati con prudenza e non devono indurre a prolungare l'esposizione. (tabella 2).

La prevenzione primaria ha già dato buoni risultati in nazioni ad alta incidenza di melanoma, dove le campagne educative al fine di una corretta esposizione al sole sono state molto capillari soprattutto a livello delle scuole.

Lo screening di popolazione è praticamente irrealizzabile perchè prevede l'arruolamento di tutti i soggetti sopra i sedici anni

Recenti studi in Italia come il “sole sì-sole no”, dimostrano che gli scolari e i genitori hanno una buona conoscenza del problema, ma una scarsa applicazione pratica delle indicazioni sull'esposizione al sole anche se per altro il numero dei bambini che riferiscono scottature appare molto ridotto (circa il 10% dei soggetti intervistati). Inoltre vi è una eccessiva fiducia nei filtri solari ampiamente pubblicizzati dai media: purtroppo l'utilizzo di tali filtri può indurre ad una maggiore esposizione al sole, dal momento che questi evitano le scottature, segno di allarme del danno cutaneo (tabella 4). In questi ultimi anni abitudini come l'abbronzatura artificiale (lettini-uva) si stanno diffondendo anche tra i giovani nonostan-

6 SCREENING

Di popolazione: ideale non realizzabile
(Esame della cute di tutti gli individui ritenuti sani)

Selettivo: gruppi a rischio

Campagne di educazione sanitaria per la diagnosi precoce

7 SCREENING SELETTIVO

Alto rischio (3 fattori)

Cute tipo 1.2
Capelli rossi, biondi, chiari
Scottature pregresse (in gioventù)
Molti nevi (> di 50)
Nevi atipici (> di 3)
Storia familiare di melanoma
Storia personale di melanoma
Immunosoppressione

9% della popolazione
= 24%
dei melanomi

Basso rischio

Popolazione caucasica
Età superiore ai 50 anni
Stato socio-economico (scolarità) alto
Sede: dorso M – arto inferiore F

76% dei melanomi
nel 60% della
popolazione
con 0 o 1 rischi F

Futuro test genetici?

8 SOGGETTO A RISCHIO

Portatore di > 50 nevi



E' importante conoscere la propria pelle ed il suo comportamento al sole e osservare le proprie lesioni pigmentate ponendo attenzione all'epoca d'insorgenza

te le continue raccomandazioni per un loro uso moderato. Tale pratica è particolarmente dannosa al di sotto dei 14 anni e nei soggetti a fototipo chiaro (cute 1 e 2).

In definitiva comunque la prevenzione primaria pare essere riuscita a fermare l'aumento nella incidenza del melanoma in particolare in Australia. Ultimamente anche in alcuni registri Tumori degli USA ed Italiani si nota una sostanziale stabilità nei tassi di incidenza per melanoma.

PREVENZIONE SECONDARIA DIAGNOSI PRECOCE

E' evidente che la riduzione della letalità nel melanoma è il risultato delle attività di diagno-

9 PROTOCOLLO CAMPAGNE DI EDUCAZIONE SANITARIA PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL MELANOMA

Definizione del territorio (provincia)

Presenza (o creazione) di un centro polidisciplinare di riferimento

Organizzazione della rete di specialisti dermatologi sul territorio

Coinvolgimento dei medici di medicina generale, farmacisti, operatori dell'area estetica

Coinvolgimento della popolazione

Valutazione

10 AUTOESAME DELLA CUTE

Raccomandazioni

Impara a conoscere la tua pelle

Impara a conoscere le tue lesioni

Utilizza il sistema ABCD

Controlla E: evoluzione delle lesioni

Poni attenzione all'epoca di insorgenza

Quando è necessario andare dal dermatologo?

C'è il rischio di melanoma nel caso in cui:

- sono presenti molti nei, specie se la pelle è chiara, i capelli biondi o rossi e gli occhi azzurri
- ci sia un neo irregolare di diametro superiore a 5 millimetri

ma soprattutto ...

- se si nota la comparsa di un nuovo neo dopo i 30 anni
- se compare un neo in una persona con familiarità di melanoma
- se un vecchio neo si modifica cambiando il suo aspetto abituale
- se un neo ha le caratteristiche A – B – C – D - E:
 - A = asimmetria della lesione
 - B = bordi irregolari, frastagliati
 - C = colore policromo o nero
 - D = dimensioni > 5 mm. (diametro)
 - E = evoluzione: si modifica in dimensione, forma, colore

11 DIAGNOSI PRECOCE DEL MELANOMA

Anamnesi

Esame clinico generale

Fenotipo

Esame della cute

Lesioni pigmentate cutanee

12 ANAMNESI (Valutazione dei rischi)

Esposizione al sole: quantità, tipo lavorativo, ricreativo, eventuali lettini UVA

Risposta della cute all'esposizione solare (fototipo); misure di protezione

Scottature solari in giovane età;

Precedenti tumori cutanei (melanoma)

Familiarità per melanoma

Terapie precedenti o attuali (PUVA, immunosoppressione)

13 ESAME GENERALE DELLA CUTE

Tipo di pelle, colore occhi e capelli, fototipo; efelidi

Lentiggini solari

Lesioni da foto-invecchiamento

Lesioni pigmentate cutanee

Nevi

Tumori cutanei

14 FOTOTIPI

I° si scotta sempre e non si abbronzia mai

II° si scotta spesso e si abbronzia poco

III° si scotta poco e si abbronzia

IV° non si scotta e si abbronzia facilmente

si precoce, dal momento che tutte le proposte terapeutiche, anche le più avanzate, si sono rivelate inefficaci (tabella 5).

I migliori risultati delle attività di prevenzione secondaria - diagnosi precoce nei tumori si ottengono attraverso gli screening di popolazione.

Questo è documentato in particolare in alcuni screening oncologici come lo screening mammografico per il cancro della mammella e lo screening con il pap-test per il cancro del collo dell'utero.

Nel caso del melanoma uno screening di popolazione è

praticamente irrealizzabile in quanto il test di screening prevede l'esame di tutto l'ambito cutaneo di tutti i soggetti sopra i sedici anni (tabella 6).

Numerosi sono stati i tentativi per organizzare uno screening selettivo riservato a gruppi a rischio: quelli indirizzati ai soggetti a rischio elevato (familiarità e pregresso melanoma, presenza di numerosi nei - più di 50, scottature in giovane età, presenza di nei atipici) non hanno dato risultati apprezzabili.

I soggetti ad alto rischio infatti rappresentano il 9% della popolazione ma su di essi insor-

La visita dermatologica deve prevedere l'esame di tutto l'ambito cutaneo

gono solo il 24% dei melanomi (tabella 7-8).

Risultati importanti nella riduzione della mortalità da melanoma si sono ottenuti con le Campagne di educazione sanitaria al fine di sensibilizzare la popolazione all'autoesame della pelle (tabella 9).

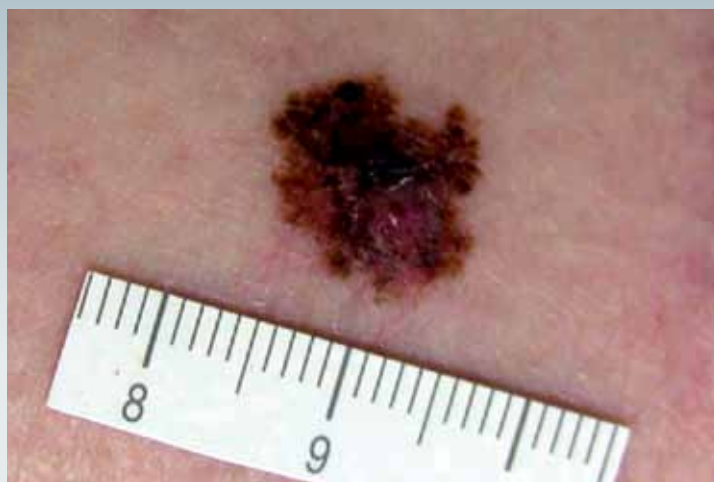
AUTO ESAME DELLA CUTE: RACCOMANDAZIONI

Per un corretto auto-esame della pelle è necessario spogliarsi completamente ed osservare tutta la superficie cutanea facendosi aiutare da un familiare o utilizzando due specchi per evidenziare le zone meno accessibili. E' importante conoscere la propria pelle ed il suo comportamento al sole e osservare le proprie lesioni pigmentate ponendo attenzione all'epoca d'insorgenza. Infine valutare ogni singola lesione con il sistema A-B-C-D e controllare la E, evoluzione della lesione (tabella 10). I soggetti che hanno riscontrato sulla loro cute lesioni pigmentate sono invitati a sottoporsi a visita presso l'ambulatorio dermatologico di riferimento per il controllo delle lesioni.

15 SEGNALE D'ALLARME "A" = ASIMMETRIA



16 SEGNALE D'ALLARME "B" = BORDI INDENTATI



17 SEGNALE D'ALLARME "C" = COLORE NERO-POLICROMO



18 SEGNALE D'ALLARME "D" = DIMENSIONE > 5



19 SEGNALE D'ALLARME "E" = EVOLUZIONE



In dimensione

Nelle due foto in alto è possibile notare che dopo 8 mesi la lesione è raddoppiata in dimensione

In colore

A sinistra, nevo acquisito rilevato di Unna, peduncolato o papillomatoso, bruno o color pelle, molle, sede al tronco: alla base è apparsa una macula nera (melanoma)

20 ALCUNI ACCORGIMENTI PER INTERPRETARE L'A-B-C-D-E

A = asimmetria: una metà del nevo è diversa dall'altra metà

B = bordi indentati, se i bordi sono sfumati non sono segni di allarme = negativo (B -)

C = colore policromo o uniforme ma molto nero "ipercromico" positivo (C +), fondamentale è il rapporto tra lesione segnalata e le altre presenti sulla cute del soggetto

D = dimensione: il nevo comune acquisito ha dimensione tra i 2 e i 10 mm di diametro; il melanoma ha quasi sempre dimensione maggiore di 5 mm di diametro

E = evoluzione cioè raddoppio dell'area pigmentata entro 6-8 mesi: la lesione in evoluzione è a "rischio", pertanto deve essere valutata dal dermatologo

Le lesioni rilevate sono per lo più benigne (cheratosi seborroiche come appoggiate sulla pelle). I nevi melanocitici rilevati sono o piccoli nevi congeniti o nevi acquisiti di Unna o Miescher o nevi comuni "maturi".

Il melanoma può essere rilevato (melanoma nodulare o cupoliforme). In tal caso di regola è insorto di recente su lesione piana e se ipocromico presenta al bordo una "fuga di pigmento". I nevi congeniti, vista la maggiore possibilità di associarsi al melanoma, vanno fatti controllare dal dermatologo, specie se si modificano.

ITER DIAGNOSTICO

Per la diagnosi precoce del melanoma è necessario iniziare con l'anamnesi sulle abitudini di vita, il tipo e la frequenza dell'esposizione al sole, l'eventuale utilizzo di lettini-uva, l'utilizzo di creme solari. Importante è l'anamnesi familiare e personale per eventuali tumori cutanei e melanoma in particolare (tabella 11-12). La visita dermatologica deve prevedere l'esame di tutto l'ambito cutaneo al fine di individuare il tipo di pelle, il colore di occhi e capelli, il fototipo, eventuali efelidi, le lentiggini solari, le lesioni di foto/invecchiamento, la presenza di lesioni pigmentate e di tumori cutanei. Le lesioni pigmentate vanno poi suddivise in lesioni pigmentate non melanocitarie, in lesioni pigmentate melanocitarie benigne, in nevi comuni-atipici e quindi in melanoma o altri cancri cutanei (tabelle 13-14).

E' importante rilevare le caratteristiche "tipiche" dei nevi di ogni singolo individuo che sono peculiari

21 MASCHIO DI 65 ANNI CON NUMEROSI NEVI MELANOCITICI CON IDENTICHE CARATTERISTICHE



22 MASCHIO DI 65 ANNI CON NUMEROSI NEVI MELANOCITICI CON IDENTICHE CARATTERISTICHE TIPICHE DEL SOGGETTO



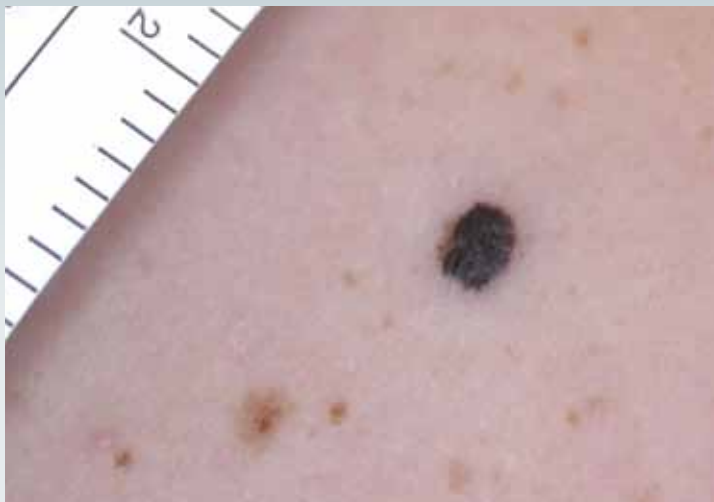
23 MELANOMA IPOCROMICO (BRUNO ROSSASTRO) IN CAUCASICO FOTOTIPO 1



24 BRUTTO ANATROCCOLO

Macula nera nel contesto di altre lesioni marrone chiaro (nevi tipici del singolo soggetto).

Presenza di C: colore scuro, manca A asimmetria, B bordi indentati e D dimensione. La E è riferita in anamnesi: **melanoma istologicamente confermato**



ESAME DELLA CUTE: METODOLOGIA

In una stanza bene illuminata il paziente spogliato completamente viene invitato a sdraiarsi supino sul lettino che deve essere posizionato in modo da permettere di potersi muovere agevolmente attorno.

La visita inizia dai piedi, spazi interdigitali per continuare lungo l'arto inferiore destro- anteriore e laterali - arto inferiore sinistro - genitali esterni - fianchi - addome - arti superiori - ascelle - decoltè e viso.

Il paziente si metterà prono e la visita interesserà la pianta dei piedi, gli arti inferiori posteriore e mediale, i glutei - l'area perianale - dorso - arti superiori - mani - cuoio capelluto - orecchio - regioni retro auricolari.

VALUTAZIONE DEL SOGGETTO PORTATORE DI NEVI (NEVI)

E' necessario valutare il numero di nevi sia comuni che atipici e l'età di insorgenza (un nevo che sorge in età adulta è sospetto).

E' importante rilevare le caratteristiche "tipiche" dei nevi di

ogni singolo individuo che sono peculiari. Il melanoma, in questo caso denominato "brutto anatroccolo", presenta carat-

teristiche diverse per colore (di regola è più scuro-nero) rispetto ai nevi comuni. Quando è agli inizi, spesso non

presenta tutte le caratteristiche ABCDE: può osservarsi solo la C (colore nero), può non presentare la D (è piccolo: diame-

25 BRUTTO ANATROCCOLO

Maschio anni 56, numerosi nevi presenti sul tronco anteriore



Lesione simmetrica, a bordi regolari, di colorito nero di diametro 4 mm., diversa dalle altre lesioni pigmentate (nevi comuni) = **brutto anatroccolo - melanoma**

Il melanoma: un tumore di cui nessuno dovrebbe più morire

tro inferiore a 6 mm), nè la A (è spesso simmetrico), nè la B (ha bordi lineari e regolari). Può essere associato ad un

pregresso nevo o più spesso può trattarsi di lesione insorta recentemente su cute sana. Importante è anche il rapporto

tra tipo di pelle e nevi. Il melanoma che insorge su cute tipo 1 e 2 è generalmente poco pigmentato.

26 BRUTTO ANATROCCOLO

Maschio anni 49, numerosi nei presenti sul tronco



Lesione simmetrica, a bordi regolari, di colorito nero, diversa dalle altre lesioni pigmentate (nevi comuni) = **brutto anatroccolo - melanoma**

Conclusioni

È importante riconoscere le lesioni pigmentate cutanee perché possono essere confuse con il melanoma. Inoltre alcune lesioni pigmentate rappresentano un rischio elevato di melanoma:

Un nevo si modifica (E = evoluzione) = rischio relativo* (R. R.) > di 400

Molti nevi atipici (sindrome) con melanoma = R. R. 500

Molti nevi atipici senza melanoma = R. R. 148

Grande nevo congenito = R. R. 17

Nevi multipli = R. R. da 5 a 12

Cancro cutaneo con melanoma = R. R. da 3 a 5

*Per rischio relativo si intende quante volte è più probabile che si sviluppi la malattia in chi è esposto ad un rischio rispetto a chi non è esposto.

Atlante

Esame delle lesioni pigmentate cutanee (LPC)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE CLASSIFICAZIONE:

Lesioni pigmentate non melanocitarie

Lesioni pigmentate melanocitarie benigne

Nevi comuni e atipici

Melanoma



LESIONI PIGMENTATE NON MELANOCITARIE

Lesioni epiteliali

Cheratosi seborroica, cheratosi solare, Bowen, carcinoma basocellulare e carcinoma spinocellulare pigmentati, tumori annessiali

Lesioni vascolari

Angioma senile, lago venoso, aneurisma trombizzato, angiocheratoma, granuloma piogenico

Altro

Emorragia intraepidermica, ematoma sub ungueale, tallone nero, dermatofibroma, verruca virale plantare, fibroma pendulo infartuato



Cheratosi seborroiche

Lesioni pigmentate spesso multiple di dimensioni divese, marroni grigie, appoggiate sulla pelle a superficie verrucosa (con presenza di zollette cheratosiche) o lucida untuosa soprattutto in soggetti anziani

Dermatofibroma pigmentato

formazione ovalare con zona centrale liscia e più chiara, dura alla palpazione (fibroma in pastiglia)

Carcinoma basocellulare pigmentato

Superficiale
Lesione pigmentata irregolare con presenza di bordi rilevati perlacei a lenta progressione



Nodulare
presenza di teleangectasie e piccola chiazza di pigmento



**Pigmentato
ulcerato**
Ulcerazione irregolare a bordi rilevati, in parte pigmentati grigio-nero



Aneurisma trombizzato

Lesione pigmentata nera spesso con alone rosso insorta improvvisamente



Lesioni pigmentarie non melanocitarie

AUMENTO DI MELANINA

Efelide

Lentiggine solare

Macchia caffè-latte

Nevo di Becker

Macula melanotica o melanosì

Macula melanotica reticolata o Ink spot lentigo



Efelidi

Piccole macule brune in soggetto giovane in sedi fotoesposte



Lentiggine solare

Macule o chiazze a bordi ben definiti spesso indentati di colorito bruno chiaro e scuro in adulto, dopo eccessiva esposizione al sole

**Macchia
caffè-latte**

Chiazza bruno chiara
a bordi ben definiti in
adolescenti



**Melanosi
delle mucose (1)**

Macula bruno scura
a bordi definiti sulla
mucosa orale



Lentigo simplex (2)

Macula bruno nera a
bordi definiti < 5 mm

**Macula
melanocitica
reticolata**

Macula bruno scuro
nera reticolata a
bordi irregolari < 5
mm



PRESENZA DI MELANOCITI

Nevi congeniti

Piccolo, medio, grande

Nevi acquisiti

Comune piano e rilevato, papillomatoso e peduncolato di Unna, cupoliforme di Miescher, a cellule epitelioidi e fusate tipo Spitz - Reed

Nevo atipico



Piccolo

Macula, papula moriforme bruna, bordi definiti, regolari presente alla nascita



Medio

Chiazza ovalare bruna centrata da zona più scura, > 15 mm presente alla nascita



Grande

Ampia chiazza a bordi irregolari con "satellitosi" bruno-nera > 20 cm., presente alla nascita (rischio di melanoma)

Nevo congenito

Nevo melanocitico comune

Macula o chiazza
piana o rilevata
al centro,
rotondeggiante
o ovalare a bordi
regolari definiti,
bruna uniforme
o più scura al centro.
Diametro da pochi
mm a 1 cm



Nevo di Unna (1)

Nevo acquisito
rilevato, pedunculato
o papillomatoso,
bruno o color pelle,
molle, sede al tronco



Nevo di Spitz (2)

Papula cupoliforme
rosa-rosso bruno
nell'infanzia al viso



Nevo di Miescher

Nevo acquisito
rilevato, pedunculato
o papillomatoso,
bruno o color pelle,
molle, sede al tronco

Nevi melanocitici



Nevo di Reed

Papula cupoliforme nera a bordi ben definiti in adulto 20-30 anni arti inferiori. La lesione simula il melanoma iniziale (inviare al dermatologo)



Nevo acquisito irregolare per forma e distribuzione del colore <5 mm. ABC presente, **simula il melanoma** (asportazione: inviare al dermatologo)

Nevo atipico



Chiazza bruno scura di forma irregolare >5 mm. ABD presente, colore uniforme (da controllare)

Nevo blu

Papula blu-nero
o blu-grigio
a bordi definiti
regolari



Placca blu-grigio
ardesiaca
a bordi definiti
regolari



Papula
cupoliforme
blu-nera a bordi
definiti regolari

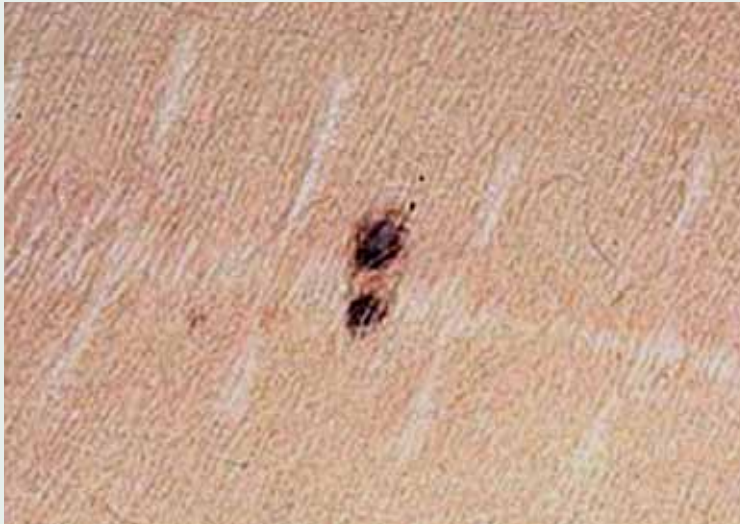
**Nevo di Sutton**

Papula bruna
centrale (nevo
comune) con alone
ipocromico



Nevi melanocitici

Nevi melanocitici



Nevo ricorrente - persistente (pseudo melanoma di Ackerman)

Macula nera irregolare su cicatrice da pregresso intervento. La lesione simula il melanoma anche all'esame istologico (inviare al dermatologo)



Nevo di Meyerson

Papula o placca bruno scura centrale mascherata da alone roseo vescico - crostoso di dermatite



Nevo con regressione

Nevo piano a colorito uniforme con zona ipocromica a destra: asimmetria. Asportazione: diagnosi istologica = nevo composto con regressione

Nevo combinato

Associazione tra
nevo di Reed
e nevo melanocitico
congenito piccolo.

La lesione simula
il melanoma (inviare
al dermatologo)

**Nevo spilo**

Macchia caffè-latte
con numerosi piccoli
nevi melanocitici

**Nevo plantare**

Chiazza asimmetrica
con linee nere
parallele regolari



Nevi melanocitici
Nevi melanocitici

Le caratteristiche di una lesione singola sono sintetizzate nello schema A - B - C - D - E, che risulta aiutare il clinico nella diagnosi.

SEGNALI D'ALLARME - SISTEMA A - B - C - D - E

A = asimmetria della lesione

B = bordi irregolari, frastagliati

C = colore policromo o nero

D = dimensioni > 5 mm. (diametro)

E = evoluzione: si modifica in dimensione, forma, colore

CLASSIFICAZIONE DEL MELANOMA

Clinica italiana

Piano, piano cupoliforme, cupoliforme

Istotipi (in parte correlati con la sede)

- M. ad estensione superficiale: SSM (piano, tronco ed arti)
- M. nodulare: NM (cupoliforme ubiquitario)
- M. acrale lentiginoso: ALM (piano, piano cupoliforme, estremità)
- M. lentigo maligna: LMM (piano e piano cupoliforme al volto)
- M. NAS (quando non rientra in nessuna categoria)

Classificazione clinica italiana

Melanoma piano



Melanoma piano cupoliforme



Melanoma cupoliforme

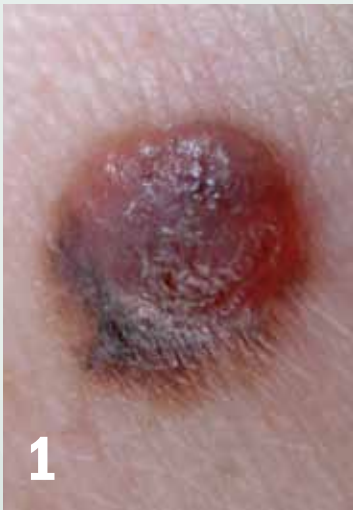


II Melanoma

Istotipi



Melanoma ad estensione superficiale (SSM)



Melanoma NODULARE (NM) (1)



Melanoma ACRALE (ALM) (2)



Lentigo maligna (LMM)

Melanoma nevo-simile (featureless)

Talvolta il melanoma non presenta tutte le caratteristiche ABCDE: possono mancare i parametri "A", "B" o "D". È presente però la "C" e la "E".
Asportazione ed esame istologico: melanoma SSM, spessore 0,85 mm



Melanoma acromico

Privo di pigmento.
Diagnosi molto difficile.
Nei melanomi acromici vanno ricercate con cura le tracce di pigmento a volte non evidenti, ma individuabili ad una attenta osservazione.
Maschio anni 65. Lesione rossastra uniforme, simmetrica, a bordi regolari, 10 mm di diametro presente sul dorso a lenta evoluzione. Leggera sfumatura bruno chiara al polo superiore.
Diagnosi clinica: carcinoma basocellulare.
Asportazione, esame istologico: melanoma acromico SSM, spessore mm 1,7



Diagnosi dermatoscopica del melanoma

La valutazione dell'immagine dermatoscopica, preceduta dall'anamnesi e dall'esame clinico di una lesione pigmentata, aiuta a distinguere tra una diagnosi di benignità e malignità

1 ANALISI DEI PATTERN

Lesioni non melanocitarie

Strutture vascolari a lacuna = angiomi;
capillari arborizzati e foglie d'acero = carcinoma basocellulare;
pseudocisti cornee e sbocchi simil-comedonici = cheratosi seborroica

Lesione melanocitaria benigna

Simmetria della lesione, rete regolare, sfumata alla periferia, presenza di punti e globuli distribuiti regolarmente, colore uniforme marrone chiaro o scuro

Lesione melanocitaria maligna

Asimmetria, rete prominente con strie e pseudopodi, addensamenti di colori irregolari, colori multipli (marrone, nero, blu, grigio, bianco, rosa), punti e globuli irregolari, velo blu-biancastro, pattern vascolare.

Criteri di base per una diagnosi dermatoscopica

La valutazione dell'immagine dermatoscopica preceduta dall'anamnesi e dall'esame clinico di una lesione pigmentata se eseguita da un dermatologo esperto aumenta l'accuratezza

diagnostica. In particolare aiuta a differenziare tra una diagnosi di benignità e malignità riducendo il numero delle lesioni falsamente positive e quindi il numero delle exeresi. È utile che anche i medici di medicina generale conoscano le opportunità offerte da questa metodica che richiede peraltro una preparazione specifica.

Generalità

La diagnosi dermatoscopica avviene in due tempi:

primo tempo - definire se la lesione sia melanocitica o non melanocitica.

secondo tempo - definire se la lesione melanocitica sia benigna o maligna (melanoma).

Per fare questo abbiamo a disposizione percorsi diagnostici che ci guidano nella diagnosi e nella decisione da prendere.

In primo luogo si devono conoscere le singole caratteristiche strutturali presenti nell'immagine dermatoscopica (pattern).

In seguito bisogna essere in grado di fare un'analisi utilizzando i metodi rappresentati nelle tabelle 2, 3 e 4. Ogni operatore poi sceglierà quello a lui più idoneo.

Analisi dei pattern

Comprende l'analisi d'insieme della lesione e la valutazione degli aspetti morfologici e dei parametri strutturali. È il metodo più immediato da usare. (Tabella 1)

Dermatoscopia del melanoma

La difficoltà nella diagnosi è legata soprattutto agli stadi iniziali della malattia oppure a lesioni prive di parametri dermatoscopici di malignità (featureless), ad esempio un tumore acromico.

Le **lesioni piane** sono caratterizzate da disordine architettonico: la rete è interrotta o rinforzata o ne rimane solo un piccolo frammento; i globuli sono distribuiti disordinatamente ed hanno dimensioni molto diverse tra loro;

2 REGOLA ABCD (Stolz)

Criteri	Punteggi	Coefficiente
Asimmetria	0 - 2	X 1,3
Bordi	0 - 8	X 0,1
Colore	1 - 6	X 0,5
Differenti strutture	1,5	X 0,5

Punteggio totale	Interpretazione
< 4,75	Lesione melanocitica benigna
4,8 - 5,45	Lesione sospetta: follow up o asportazione
> 5,45	Lesione altamente sospetta per melanoma
Falso positivo > 5,45	Nevo Reed e Splitz, congenito, atipico globulare

3 METODO DI MENZIES

Caratteristiche positive per melanoma

Velo bianco-blu, punti neri multipli, pseudopodi, strie radiali, depigmentazione cicatriziale, globuli e punti neri periferici, colori multipli, punti blu-grigio, rete allargata.

Caratteristiche negative (mai presenti nel melanoma)

Lesione simmetrica e monocolora

il velo blu biancastro sembra inglobare e sovrapporre ulteriormente le strutture; il pattern vascolare atipico con semplice sfumatura rosa ma anche con vasi puntiformi o lineari forse qualche volta ramificati ma sottili rispetto al Carcinoma Basocellulare.

Sul viso presenta l'aspetto dello

pseudoreticolo con un fine pepping che crea delle strutture simil-circolari.

Alla pianta del piede e palmo della mano presenta disposizione parallela lungo le creste e non nei solchi come nelle lesioni benigne. Le **lesioni nodulari** invece presentano per lo più un pat-

tern omogeneo senza strutture riconoscibili sulla parte rilevata al di là talvolta del colore. Attorno a queste lesioni è spesso riscontrabile un residuo di rete o qualche “macchia” satellite che indirizza la diagnosi.

Di questo metodo è presente anche una versione semplificata (ma altrettanto efficace) a 3 punti di riconoscimento:

- 1 - Asimmetria di colore e struttura**
- 2 - Rete atipica**
- 3 - Strutture bianco-blu**

4 - 7 POINT CHECK LIST (Agregziano)

LESIONI INIZIALI PIANE - SEDI ANATOMICHE PRINCIPALI

Criteri (maggiori)	Punteggio
Reticolo pigmentato atipico	2
Velo blu-biancastro	2
Pattern vascolare atipico	2
Criteri (minori)	Punteggio
Strie irregolari	1
Pigmentazione irregolare	1
Punti e globuli irregolari	1
Strutture di regressione	1

> 3: melanoma

Di questo metodo è presente anche una versione semplificata (ma altrettanto

5 LESIONI INIZIALI PIANE - SEDI ANATOMICHE PRINCIPALI

Tronco - estremità	Faccia
Pattern multicomponente	Pattern reticolare
Reticolo pigmentario atipico	Pseudoreticolo pigmentato atipico
Punti, globuli, strie, pigmentazione irregolari	Strutture anulari granulari (peppering)
Strutture di regressione	Reticolo pigmentato grigio
Velo blu biancastro	Pigmentazione, punti e globuli irregolari

Sede palmoplantare

Pattern a creste parallele
Punti, globuli, strie e pigmentazioni irregolari
Velo blu biancastro

6 CARATTERISTICHE DEL MELANOMA CONCLAMATO

Tronco - estremità

Velo blu-biancastro
Punto o globuli, pigmentazione, strie irregolari
Reticolo pigmentato atipico
Pattern vascolare
Strutture di regressione

Esempi di correlazione clinico-dermatoscopica

7 LESIONE PIGMENTATA PIANA

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: nevo comune

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare regolare con presenza di globuli ordinatamente distribuiti al centro: Nevo melanocitico comune

Diagnosi istologica: nevo giunzionale

8 LESIONE PIGMENTATA PIANA

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: nevo comune

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare globulare con globuli uniformemente distribuiti al centro ed in periferia: nevo globulare

Diagnosi istologica: nevo composto

9 LESIONE PIGMENTATA PIANA CON REGRESSIONE

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: nevo atipico con regressione: melanoma?

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare atipico versus omogeneo in grande parte sovertito da velo biancastro. Assenza di altri algoritmi: nevo atipico - melanoma?

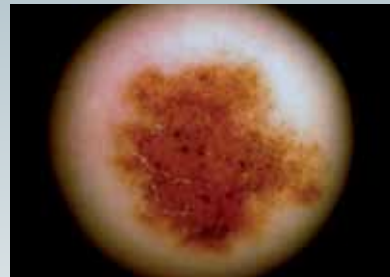
Diagnosi istologica: nevo displastico

10 LESIONE PIGMENTATA PIANA

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: nevo atipico

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare tipico con sfumature periferiche che conferiscono asimmetria alla lesione. Globuli regolari sia in centro che in periferia: nevo reticolare

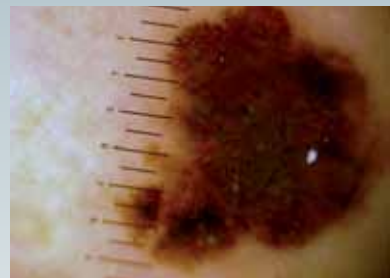
Diagnosi istologica: nevo comune

11 LESIONE PIGMENTATA ASIMMETRICA

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: melanoma

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare atipico con asimmetria globale. Addensamenti di pigmento irregolarmente distribuiti in periferia. Presenza di qualche globulo decentrato: melanoma

Diagnosi istologica: melanoma

12 LESIONE PIGMENTATA IRREGOLARE

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: nevo atipico

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare atipico periferico asimmetrico con pattern omogeneo al centro. Addensamento sfumato centrale: nevo atipico

Diagnosi istologica: nevo composto

13 LESIONE PIGMENTATA ABCD

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: melanoma piano

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare atipico con perdita di ordine architetturale. Pattern omogeneo centrale con velo grigiastro, segno di regressione. Addensamenti di pigmento disordinati in periferia. Presenza di almeno 4 colori: melanoma superficiale

Diagnosi istologica: melanoma

14 LESIONE PIGMENTATA ABCD

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: melanoma

Analisi dermatoscopica: pattern globulare con grossi globuli decentrati ed omogeneizzazione diffusa. Velo grigio e pattern vascolare puntiforme sulla metà inferiore: melanoma superficiale

Diagnosi istologica: melanoma 0,66 mm, II livello

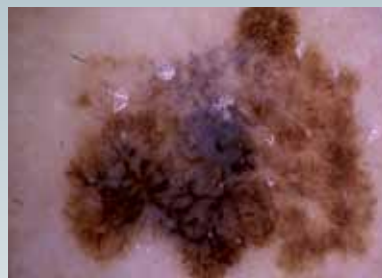


15 LESIONE PIGMENTATA ABCD

Immagine clinica



Immagine dermatoscopica



Diagnosi clinica: melanoma piano

Analisi dermatoscopica: pattern reticolare atipico con addensamenti di pigmento irregolari.

Velo grigio con perdita della struttura architetturale. Almeno 4 colori: melanoma

Diagnosi istologica: melanoma 0,27 mm, II livello con regressione

Conclusioni

L'analisi dermatoscopica permette di migliorare l'accuratezza diagnostica del dermatologo esperto.

In particolare è risultata ridurre le lesioni false positive e quindi il numero delle exeresi inutili.

È importante però che non induca un aumento nel numero delle lesioni false negative.

In conclusione l'anamnesi e l'esame clinico sono comunque indispensabili per individuare il melanoma.

Una lesione clinicamente sospetta anche senza il supporto dermatoscopico deve essere asportata ed esaminata istologicamente.