IL MELANOMA

Il melanoma cutaneo origina dai melanociti, le cellule che producono la melanina. Negli ultimi 20 anni la sua incidenza è aumentata di oltre il 4% all’anno in entrambi i sessi



Il melanoma cutaneo è un tumore maligno che origina dalle cellule che producono la melanina, dette melanociti. Può insorgere su una pelle integra, oppure da nei (o nevi) preesistenti, ovvero agglomerati di melanociti che possono essere presenti fin dalla nascita o comunque dalla prima infanzia (congeniti) oppure comparire durante tutto il corso della vita (acquisiti).

Fino a pochi anni fa il melanoma era considerato una neoplasia rara, addirittura rarissima fino all’adolescenza, mentre  negli ultimi 20 anni l’incidenza è aumentata di oltre il 4% all’anno in entrambi i sessi. Negli ultimi anni si è avuto un aumento di casi di melanoma tra  gli uomini e  una riduzione tra le donne. Il melanoma cutaneo ha un incidenza in Italia di 14,3 casi per 100.000 uomini e 13,6 casi per 100.000 donne, ed è al terzo posto per numero di nuovi casi nella fascia di età da 0 a 44 anni.

CAUSE

I raggi del sole non sono l’unica causa del melanoma cutaneo, è importante prestare attenzione anche ad altri fattori di rischio. La possibilità di sviluppare un melanoma è strettamente dipendente dall’interazione tra fattori di rischio genetico-costituzionali e ambientali.

Vengono riconosciuti quali cause che possono favorire lo sviluppo del melanoma in maniera indipendente e statisticamente significativa:

* **fototipo e pigmentazione cutanea**: carnagione chiara, capelli e occhi chiari, presenza di lentiggini (fototipo 1-2).   
  I soggetti con fototipo 1-2 hanno un rischio di melanoma doppio rispetto ai soggetti con pelle scura/olivastra e con occhi, capelli scuri/neri e fototipo 4
* **familiarità**: l’appartenenza a una famiglia in cui si è verificato almeno un altro caso di melanoma. Il 10% dei pazienti affetti da melanoma riferisce almeno un altro caso nell’ambito della propria famiglia
* **genetica:** la mutazione nel gene CDKN2A. La probabilità di ereditare la mutazione aumenta in maniera proporzionale all’aumento del numero dei membri della famiglia affetti da melanoma
* **numero nei**:  la presenza di numerosi nei acquisiti, oltre 100, o la presenza di 5 o più nei atipici, cioè di diametro superiore a 6 mm, bordo irregolare, colore variegato
* **aver già avuto in precedenza un melanoma**: la probabilità cumulativa di sviluppare un secondo melanoma a 5 e 10 anni di distanza è rispettivamente del 2,8% e del 3,6%
* **scottature solari**  durante l’infanzia e l’adolescenza
* **esposizioni** al sole intense ed intermittenti.
* **presenza di un neo congenito gigante**

#### Scopriamo come si classificano i diversi fototipi

**Fototipo 1**: Capelli biondi o rossi, occhi chiari, carnagione molto chiara con efelidi, estremamente sensibile al sole, si scotta sempre e non si abbronza.  
**Fototipo 2**: Capelli biondi o castanon chiaro, occhi chiari, carnagione chiara, spesso con efelidi, sensibile al sole, si scotta con facilità e si abbronza con difficoltà.  
**Fototipo 3**: Capelli castani, occhi chiari o marroni, carnagione bruno-chiara, può scottarsi, ma si abbronza.  
**Fototipo 4**: Capelli castano scuro o neri, occhi scuri, carnagione olivastra o scura, si scotta di rado e si abbronza con facilità.  
**Fototipo 5**: Capelli neri, occhi scuri, carnagione bruno-olivastra si abbronza intensamente.  
**Fototipo 6**: Capelli neri, occhi neri, carnagione nera, non si scotta mai, tipo di razza nera.

LA PREVENZIONE

La prevenzione è l’arma più efficace contro il melanoma cutaneo.    
Ecco alcune regole da seguire per impedire o ridurre il rischio di insorgenza della malattia:

* evitare le esposizioni eccessive e le scottature da sole soprattutto nei bambini se di fototipo 1 e 2 o con difficoltà ad abbronzarsi o con facilità a scottarsi
* i bambini fino ai 12 mesi di età non devono essere esposti ai raggi diretti del sole
* evitare le esposizioni al sole nei climi caldi tra le ore 11.00 e le 16.00 circa
* utilizzare indumenti protettivi: cappello con visiera, camicie, magliette, occhiali
* utilizzare l’ombra naturale (alberi) e creare protezione con ombrelloni o altro
* tenere sempre presente che ombra e indumenti appropriati proteggono più di qualunque crema solare
* usare, specie se la pelle è pallida, creme solari ad alta protezione (30-50 SPF) che contengono filtri che bloccano non solo le radiazioni UVB, responsabili delle  scottature, ma anche le UVA
* le creme solari protettive devono essere applicate in dosi adeguate più volte al giorno e subito dopo il bagno
* alcune sedi sono da proteggere in modo particolare: naso, orecchie, petto, spalle, dorso del piede, cuoio capelluto (soprattutto se si è calvi)
* evitare l’abbronzatura artificiale (lettini e lampade UVA) che, oltre tutto, invecchia precocemente la pelle. L'uso delle lampade solari è regolato dal [**decreto 12 maggio 2011, n.110**](http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto?id=46232)

#### Autoesame

L’autoesame della cute, eseguito dal paziente stesso o coadiuvato da un familiare, può favorire l’individuazione di lesioni sospette. L’autoesame deve includere le pieghe interdigitali ed il cuoio capelluto.  
La regola dell’**ABCDE** (Asimmetria, Bordi, Colore, Dimensioni ed Evoluzione), consiste nell’osservare alcune caratteristiche del neo che possano far nascere il sospetto che si tratti di una forma maligna di melanoma.

* Asimmetria**A** come **Asimmetria** della lesione
* Bordi irregolari**B** come **Bordi** irregolari e frastagliati
* Colore disomogeneo**C** come **Colore** disomogeneo a varie tinte (nero, rosso-bruno, rosa non uniforme) o nero molto intenso
* Dimensioni superiori ai 6 mm**D** come **Dimensioni** superiori ai 6 mm
* Evoluzione progressiva**E** come **Evoluzione** progressiva: la lesione tende a crescere e ad allargarsi rapidamente con modifiche cromatiche.

L’American Academy of Dermatology ha aggiunto alla regola dell’ABCDE, l’acronimo **HARMM**  per allertare le persone che, più di altre, devono essere coinvolte nella prevenzione del melanoma: storia personale o familiare di melanoma (**History**), età sopra i 50 anni (**Age**), assenza o ritardo di una regolare visita dermatologica (**Regular**), cambiamento dei nei (**Mole changing**), sesso maschile (**Male gender**).

La prima cosa da fare se si individua una lesione sospetta, è quella di rivolgersi al proprio medico di medicina generale che valuterà se indirizzare il paziente  dal dermatologo.

LA DIAGNOSI

Per diagnosticare un melanoma è necessario che il dermatologo esegua un’attenta analisi dell’intera superficie cutanea servendosi di un buon sistema di illuminazione e che esegua un esame dermoscopico, dotato di maggiore precisione diagnostica.  
Una diagnosi tempestiva serve innanzitutto a distinguere il melanoma dai nei comuni.

Il riconoscimento clinico della lesione sospetta e l’identificazione dei pazienti a rischio, da sensibilizzare per un monitoraggio periodico presso il Centro di riferimento specialistico, rimangono i punti fermi per la diagnosi precoce.  
Quando il neo sospetto viene asportato, deve essere sottoposto ad un accurato esame istologico che permette di effettuare una diagnosi certa.

LA TERAPIA

Il **trattamento d’elezione è chirurgico.** Tale intervento si effettua in modo ambulatoriale e in anestesia locale. Il medico valuterà se è necessaria anche  l’asportazione del linfonodo sentinella, ovvero del linfonodo più vicino alla sede del melanoma, per valutare dopo l’asportazione l’eventuale presenza di micro metastasi. Se il linfonodo sentinella è negativo il trattamento è concluso e si prosegue con controlli periodici sia clinici che strumentali. Se il linfonodo è positivo occorre uno svuotamento linfonodale (o linfoadenectomia) ovvero l'eliminazione di linfonodi  della sede interessata e quindi valutare la necessità di ulteriori terapie.

La **terapia medica** si effettua negli stadi più avanzati in presenza di diffusione di cellule maligne in altri organi. Qualora non sia possibile la completa asportazione chirurgica della metastasi, il medico valuterà  un trattamento di chemioterapia o di immunochemioterapia.

Le mutazioni oncogene osservate nel melanoma rappresentano oggi importanti bersagli di terapie molecolari mirate. Il gene B-RAF sembra rappresentare un bersaglio  particolarmente attraente in termini terapeutici. L’inibizione dell’oncogene BRAF  mutato nel melanoma rappresenta una strategia terapeutica di grande potenzialità già evidenziata in studi clinici condotti in pazienti affetti  da melanoma metastatico.

WEB EDITING MD Claudio Castobello