



# **Incontro del Gic «Neoplasie Cutanee»**

## **COME ORGANIZZARE IL TRATTAMENTO ED IL FOLLOW-UP DEL MELANOMA NELLA RETE**

**M. Bertero**

**Struttura Complessa di Dermatologia;  
ASO Santa Croce e Carle – Cuneo**

**TORINO, 05 dicembre 2011**

# TRATTAMENTO DEL MELANOMA

## 1. Chi opera il melanoma ?

- Il Dermochirurgo
- Il Chirurgo Plastico con know-how specifico
- Il Chirurgo Generale con know-how specifico
- L' ORL con know-how specifico

NO IMPROVVISAZIONE  
IMMEDIATO RIFERIMENTO A CENTRI COMPETENTI  
(tempi/luoghi)

LA STRUTTURA CHIRURGICA DI RIFERIMENTO  
DEV'ESSERE PRESENTE ALMENO SU BASE  
PROVINCIALE

## 2. Chi opera il linfonodo sentinella ?

- Il Chirurgo Generale con know-how specifico
- Il Dermochirurgo con know-how specifico
- Il Chirurgo Plastico con know-how specifico
- L' ORL con know-how specifico (In cervicale)

**MEDICINA  
NUCLEARE**

**CASISTICA**

L'ATTIVITA' DEV'ESSERE PRESENTE IN LINEA DI  
MASSIMA SU BASE PROVINCIALE

# TRATTAMENTO DEL MELANOMA

1. Chi tratta in termini medici il melanoma avanzato?
- L'Oncologo
  - Centri Specialistici con know-how sul melanoma

LA STRUTTURA DI RIFERIMENTO DEV'ESSERE  
PRESENTE IN LINEA DI MASSIMA SU BASE  
PROVINCIALE

## RICERCA UNIVERSITARIA

- Il livello su casi particolarmente complessi
- Proposta e gestione di sperimentazioni ai Centri di I livello/rete oncologica regionale

# **FOLLOW-UP DEL MELANOMA**

1. Chi gestisce il follow-up del melanoma?
- Centri Dermatologici competenti (melanomi a basso rischio, follow-up dei nevi)
- L'Oncologo (melanomi ad alto rischio)

IL PERSONALE MEDICO DEVE ESSERE FORMATO  
IN MODO SPECIFICO

IN BASE ALL'INDICE DI RISCHIO DEL MELANOMA  
ASPORTATO VANNO DEFINITI LA TEMPISTICA DEI  
CONTROLLI E GLI ESAMI STRUMENTALI

LA STRUTTURA DI RIFERIMENTO DEV'ESSERE  
PRESENTE ALMENO SU BASE PROVINCIALE

## FOLLOW-UP DEL MELANOMA-STRATEGIE

1. Le recidive sono più frequenti entro 2 – 3 anni dalla diagnosi
2. La sorveglianza è più efficace entro i primi anni
3. Le recidive non sempre sono curabili
4. Non è dimostrato un aumento di sopravvivenza monitorizzando le recidive [Nieweg et al., Surg Oncol N Am 15:319, 2006]

- **La minima frequenza di follow-up è di due volte l'anno nei primi tre anni**
- **Il 17 % delle recidive sono individuate dal paziente stesso, il 50 % con l'Esame Obiettivo, il 17 % con l'ecografia dei linfonodi**  
[Garbe et al, J Clin Oncol 21: 520, 2003]

## **FOLLOW-UP DEL MELANOMA-OBIETTIVI**

1. Tenere in conto il rischio di recidiva di malattia (locale, regionale, a distanza)
2. Individuare la malattia recidiva curabile
3. Individuare/gestire le complicanze a lungo termine del trattamento (esiti chirurgici, linfedema)
4. Documentare i risultati, dare supporto psicosociale
5. Effettuare lo screening di nuovi tumori cutanei (melanoma e NMSC)
6. Effettuare lo screening di nuovi tumori primitivi

## **FOLLOW-UP DEL MELANOMA-DATI**

1. Il 15 % dei pazienti con nuova diagnosi hanno mts regionali o a distanza
2. Il 20 % dei pazienti in Stadio I e II AJCC avranno una recidiva
3. Il trial WHO di Veronesi (1991) con melanomi  $< 1$  mm asportati con margini di 1 cm vs 3 cm ha dimostrato recidive dell' 1 % in entrambi i casi
4. Il trial di Thomas et al, NEJM, 2004, con melanomi  $> 2$  mm asportati con margini di 1 cm vs 3 cm ha dimostrato recidive del 3,1 % in entrambi i casi

## **FOLLOW-UP DEL MELANOMA-DATI**

1. Il tempo per l'insorgenza delle recidive è di due anni nel 55 – 67 % dei casi e di tre anni nel 65 – 81 % dei casi: il livello di rischio dipende da ulcerazione, età avanzata, sede del primitivo
2. Recidivano prima i melanomi spessi e più tardi i melanomi sottili
3. E' più precoce la metastasi dei pazienti con linfonodi positivi e dipende da numero dei linfonodi, se sono clinicamente palpabili, se il primitivo era istologicam. ulcerato



## **FOLLOW-UP DEL MELANOMA-DATI**

1. La sopravvivenza a 5 anni con un linfonodo positivo e melanoma non ulcerato è del 69 %
2. La sopravvivenza a 5 anni con  $\geq 4$  linfonodi positivi e melanoma ulcerato è del 15 %

## FOLLOW-UP DEL MELANOMA

### ESAME OBIETTIVO LOCOREGIONALE

1. Molte recidive in Stadio I e II sono locoregionali
2. Sono più frequenti le metastasi *in transit* e linfonodali
3. Il 30% di questi pazienti può essere salvato con una chirurgia aggressiva

### EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

### SCHEMI DI FOLLOW-UP

1. Sono più intensivi nei primi anni
2. Sono più intensivi per i tumori di maggiore spessore e di stadio più avanzato
3. La frequenza delle visite si riduce nel tempo
4. Si protraggono almeno per 10 anni
5. Studi del 1995 propongono una frequenza almeno trimestrale nei primi anni dopo la diagnosi di Melanoma in Stadio III ( Hofman, Poo-Hwu, Garbe)
6. Il tasso di *drop-out* annuale con melanomi di spessore di 1,5 mm è dell' 11,2 %

# STUDI RADIOLOGICI E DI LABORATORIO

1. Nel 21 % dei casi l'ecografia dei linfonodi è stata utile per individuare le metastasi [Garbe et al, J Clin Oncol 21: 520, 2003]
2. In riduzione l'impiego di RX torace ed US addome
3. PET e PET-TC per pazienti in Stadio III con frequenza adattata al livello di rischio di recidiva  
**MA:** falsi positivi, non modificazione della prognosi
4. LDH e Fosfatasi alcalina sono indicatori soltanto di neoplasie avanzate
5. La Proteina s100 $\beta$  quantitativa è stata inserita nelle Linee Guida tedesche, ma non c'è

### **SCREENING PER PAZIENTI AD ALTO RISCHIO**

1. I pazienti che hanno asportato un melanoma hanno un rischio di secondo melanoma del 3 – 8 % nel corso della vita
2. Sono a maggior rischio i CDKN2A positivi, i pz con Xeroderma pigmentoso
3. Sono a maggior rischio i pazienti con nevi atipici multipli o forte storia familiare per melanoma

### INDIVIDUAZIONE DEL SECONDO MELANOMA

1. È più frequente nei primi cinque anni dopo l'asportazione del melanoma primitivo
2. Più spesso ha sede nella stessa area corporea da cui è stato asportato il primitivo
3. Spesso è più sottile del primitivo ed a prognosi migliore
4. Sono utili le foto *total body*

### **INDICAZIONI PER LA SORVEGLIANZA**

**Linee-guida sono state prodotte da UK, Germania, Svizzera, Scozia, Olanda, USA, Australia**

1. Esame cutaneo
2. Follow-up per 3 – 10 anni, secondo il livello di rischio
3. Esami solo in caso di sintomi/RX torace, US linfonodale, test ematici solo per le forme ad alto rischio

### INDICAZIONI PER LA SORVEGLIANZA

#### Approccio secondo i principi di costo-beneficio

1. Focalizzazione sulle recidive locoregionali (forme curabili)
2. Sorveglianza dermatologica per un secondo melanoma primitivo

Tuttavia alcuni pazienti con una metastasi a distanza possono trarre vantaggio dalla resezione chirurgica.