

Proposte Formative per migliorare diagnosi e trattamento dei tumori cutanei

Prof. E. Colombo
Clinica Dermatologica
Novara

I cinque tumori più frequenti

	UOMINI e DONNE
	2003-2005
1°	Epiteliomi della cute (15,5 %)
2°	Colonretto (11,9%)
3°	Mammella (11,5 %)
4°	Prostata (10,1 %)
5°	Polmone (9,4 %)

Tab. AIRTUM,
incidenza 2003-2005.
Percentuale rispetto ai
tumori diagnosticati.

AIRTUM incidenza. Percentuale rispetto al totale dei tumori diagnosticati nel periodo 1993/1995 e 2003/2005, per sesso.

UOMINI

1993-1995			2003-2005
17,4%	POLMONE	1°	PROSTATA 18,5%
12,8%	CUTE*	2°	CUTE* 15,8%
11,3%	PROSTATA	3°	POLMONE 13,1%
11,3%	COLON RETTO	4°	COLON RETTO 12%
7,4%	VESCICA	5°	VESCICA 5,7%

DONNE

1993-1995			2003-2005
24,2%	MAMMELLA	1°	MAMMELLA 24,9%
12,2%	COLON RETTO	2°	CUTE* 15,1%
12%	CUTE*	3°	COLON RETTO 11,9%
5,5%	STOMACO	4°	POLMONE 5%
4,6%	POLMONE	5°	STOMACO 4,1%

Epidemiologia

- In **USA** nel 2002: 1.000.000 di carcinomi basocellulari, 300.000 carcinomi spinocellulari e 53.000 melanomi.
- In **Italia** i carcinomi basocellulare e spinocellulare sono i più frequenti tumori cutanei (circa 50 volte più dei melanomi), in totale sono 65.000 nuovi casi di tumore della cute all'anno.

(AIRTUM, incidenza 2003-2005)

Nel nostro Paese ...

- Sono stati diagnosticati in media ogni anno 119,4 casi di tumore non melanoma della cute (NMSC) ogni 100.000 uomini e 90,7 ogni 100.000 donne.
- In Italia nel 2002 si sono verificati 323 decessi per tumori cutanei non melanoma fra i maschi e 270 fra le femmine.

www.registri-tumori.it (rapporto 2006)

- Esiste una notevole variabilità geografica nell'incidenza dei non melanoma skin cancer che in parte può essere dovuta alla diversa completezza nella raccolta di dati; come è noto su questo tipo di tumori vi può essere infatti una rilevante quota di sottoregistrazione.
- L'incidenza è in forte aumento nel tempo ma è necessario considerare l'effetto di un possibile miglioramento della completezza nella raccolta dei dati ad opera dei registri.

Nella nostra realtà...

- Sono state valutate le tabelle "Ricovero medico chirurgico di pz affetti da neoplasie anno 2009 per polo ASL/ASO. Istituto e tipo tumore. CPO Piemonte.
- **Novara** Vengono eseguiti tutti gli interventi maggiori. Esofago 9, Stomaco 33, colon 115, retto 45. 50 interventi su pancreas e vie biliari e fegato. Polmone 118. Da rilevare 61 K laringe Mammella 88. Buoni i numeri dell'e urologie (vescica 142, prostata 82, rene 48). Da rilevare un discreto numero di interventi su utero (49) e annessi (20) Neurochirurgia 51 interventi, alta anche tiroide 51.
- dermochirurgia buoni numeri.
- COSA SI INTENDE PER "BUONI NUMERI" ???

... i numeri...

- Nella Clinica Dermatologica di Novara vengono diagnosticati ogni anno:
- 550 basaliomi
- 100 spinaliomi
- 100 melanomi (esclusi i melanomi in situ)

Prevenzione Italiana

- **EUROMELANOMA DAY**, giunto alla seconda edizione italiana, è una campagna informativa organizzata dalla Società Italiana di Dermatologia e Malattie Sessualmente Trasmesse
- In tutta Europa tale campagna è presente da 13 anni.



Dati Euromelanoma Novara (16.05.2011)

- Visite effettuate 57
(26 pz. M, 31 pz. F)
- Nella tabella si
presenta il
resoconto delle
lesioni riscontrate

Lesioni riscontrate

3 pz. inviati per exeresi di Nevo di Clark
(1 pz. con familiarità per melanoma)
all'e.i. nevi displastici

2 pz. con due lesioni neviche da
ricontrollare a 4 mesi e risultate poi
immodificate

1 pz. con neo blu in accrescimento inviato
ad exeresi (e.i. neo blu)

Diagnosi di porocheratosi attinica arti
inferiori in 1 pz.

1 pz. con cheratosi attiniche multiple
trattate con crioterapia (in anamnesi
pregressa exeresi di basalioma)

Vantaggi

- Sensibilizzazione al problema
- Invito all'auto-esame
- Controllo annuale specialistico
- Limitazione della fotoesposizione
- Individuazione dei soggetti a rischio (portatori di nevi displasici, fototipi II e III, familiarità per melanoma, numerosità dei nevi)


- Non esistono evidenze scientifiche certe e non sono stati condotti sufficienti studi sulla popolazione che dimostrino l'efficacia dello screening nella prevenzione e limitazione dei tumori cutanei.
- Altri sostengono che promuovere l'auto-esame mensile della propria cute e la visita annuale dermatologica , come metodologia abituale di screening così come avviene per altre patologie tumorali (vd mammografia, pap test, psa, etc), aumentando la prevenzione, ridurrebbero il tasso di mortalità per melanoma fino al 63%. * e aumenterebbero le diagnosi di tumori cutanei agli stadi iniziali, a cui farebbero seguito interventi chirurgici meno invasivi.

* Tolpinrud WL, Viola KV et al. Nondermatologists' use of predictive terms for a potentially malignant lesion. *South Med J.*2011;104:477-81.

Coinvolgimento dei MMG

Corsi di aggiornamento con crediti ECM
a livello delle macro-aree

Vantaggi

- Crescita della capacità diagnostica
- Acquisizione di maggiori conoscenze sul decorso biologico dei tumori cutanei e sulla terapia
- Uso ABCDE nelle lesioni melanocitarie
- Invito ad un attento e più frequente esame di tutta la cute del paziente in occasione di una visita generale
- In caso di dubbio  visita specialistica dermatologica

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

- Protocolli condivisi alla luce delle evidenze scientifiche (già fatto nell'ambito della Rete)
- Crescita dell'efficacia degli atti terapeutici
- Distribuzione delle risorse umane ed economiche (DRG Mohs)
- Interagire con le istituzioni per proposte di miglioramento efficacia metodiche terapeutiche
- Individuazione di strutture deputate al trattamento di patologie specifiche (es. ca. basocellulare recidivante: Mohs surgery, DFSP: Mohs Tubingen, referenti Candiolo: tumori rari ed istopatologia)

Migliorare l'efficacia della terapia

- Mohs nel basalioma (recidiva – zona H del volto – confine unità estetiche – dimensioni – istotipi aggressivi)
- Creazione di Centri di Riferimento per metodiche chirurgiche e/o terapeutiche specifiche in casi particolari e tumori rari
- Intensificare la collaborazione tra chirurghi, radioterapisti e oncologi medici
- Istituire GIC e CAS a livello locale

■ Mohs Micrographic Surgery in Treatment of Nonmelanoma Skin Cancer (NMSC)

a report by **Federica Veronesi, Elisa Zavattaro, Pasquale Farinelli, Malissa Culesco, Paolo Boggia, Giorgio Delmas, Giorgio Leighis, Enrico Colombo**
Dermatology Unit, Department of Clinical and Experimental Medicine, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Maggiore della Carità Hospital, Novara

Nonmelanoma Skin Cancer (NMSC): Epidemiology, Risk Factors and Therapeutic Strategies

Nonmelanoma skin cancer (NMSC) is the most common human malignancy. 97% of skin cancers are epithelial in origin and are either basal cell carcinoma (BCC) or squamous cell carcinoma (SCC), collectively known as nonmelanoma skin cancer (NMSC). Precursor lesions for NMSC are solar keratoses and Bowen's disease.¹

BCC is a slow-growing, locally invasive (if left untreated, or inadequately treated, it can cause extensive tissue destruction, particularly on the face), malignant (but not life threatening), epidermal skin tumour that mainly affects people with fair skin.¹ The incidence of metastasis is extremely low, around 0.1%. BCC is the most common cancer in humans and originates from basal cells of the epidermis. Its incidence varies in relation to geographic areas: in Australia it is more common (755/100,000 people per year) than in the USA (145/100,000 people per year) and in Europe (100-300/100,000 people per year).² SCC is generally more aggressive than BCC with the potential to spread to distant parts of the body (it metastasises in 5% of cases, more frequently in the regional lymph nodes followed by the lungs, liver and other organs) and originates from squamous cells found in the outer layer of the skin (the epidermis). Unlike BCC, which has no reported precursor lesions, there are two principal precursors of SCC: actinic (solar) keratoses (AKs) with a progression rate of 0.025%-20% and Bowen's disease (intra-epidermal carcinoma; EC), also described as carcinoma-in-situ (only 4 to 6% transforms to SCC).² SCC is distinguished from carcinoma-in-situ by having an invasive component (i.e. involving connective tissue, nerves and blood vessels in the dermis), which can

be determined histologically.³ It is second in global incidence compared with BCC with a similar trend respect to latitude. Australia has the highest proportion in the world with an annual incidence of approximately 1% per year (1000 cases per 100,000 population per year); in the USA the annual age-adjusted incidence rate is 8 to 135 per 100,000 white people per year in men, and 8 to 59 cases in women; the incidence in Europe is 15.8% cases per 100,000 population.⁴

However, the true incidence of NMSC is difficult to calculate accurately because of incomplete registration of these tumours within cancer registries, and the fact that they are rarely fatal.¹

Risk factors for NMSC include fair skin (phototype I and II), prolonged ultraviolet light exposure, mainly UVB (because they are more common in sun-exposed sites such as face and neck), exposure to chemical carcinogens such as arsenic, tobacco and psoralens (associated with ultraviolet A therapy-PUVA), exposure to ionising radiation and prolonged immunosuppression (i.e. post-transplant).^{1,4} Genetic predisposition plays an important role in the development of BCC (i.e. Gorlin-Goltz syndrome, an autosomal dominantly inherited condition in which the mutation of the gene PTCH1 determines developmental abnormalities and the occurrence of multiple BCCs); furthermore BCCs are frequent in skin diseases like Xeroderma Pigmentosum and Albinism.¹

Moreover, some evidence suggests that infection with particular types of Human Papillomavirus may play a role in the tumour's aetiology (indeed SCCs are frequent in Epidermodysplasia Verruciformis, a rare inherited autosomal recessive skin disorder characterised by an abnormal susceptibility to HPV belonging to the β -genus, leading to eruptions of wart-like lesions and multiple cutaneous tumours).⁴ Recurrent Dyskeratotic Epidermal Cysts (Recurrent Dyskeratotic Epidermal Cysts; RDEECs) is due to an inherited defect in the type VII collagen gene, causing a diminished or totally absent collagen VII production. RDEECs is characterised by mechanical fragility of the skin. People who survive recurrent bacterial sepsis during



Federica Veronesi is completing her 2nd year in the School of Dermatology at the Università degli Studi di Torino. She graduated from Università del Piemonte Orientale in 2007 with a thesis on Mohs Micrographic Surgery. Her supervisor was Prof. Giorgio Leighis, one of the Italian leaders in the use of Mohs surgery. Since 2010 she has been working in the Dermatology Unit of Maggiore della Carità Hospital in Novara, directed by Prof. Enrico Colombo. In 2011 she collaborated in the preparation of regional guidelines for treatment of skin cancer.

Creazione sulla base del modello
Australiano di un registro Mohs
europeo con lo scopo di
raccogliere dati prospettici sulla
validità della tecnica nel
trattamento dei NMSC e ottenere
dati di rilevanza statistica.

Monografia: Treatment strategies –
Dermatology (Volume 1-Issue 2)

Cambridge Research Centre

... massima allerta...

- Gruppi a rischio
- β -HPV in trapiantati d'organo e immunodepressi, LLC
- Pazienti in trattamento immunosoppressivo
- Previsione della crescita della casistica in considerazione dell'invecchiamento della popolazione



Ambulatorio Specialistico Papillomavirus (HPV) e Neoplasie Cutanee



<http://www3.med.unipmn.it/hpv/>

Realizzato con il contributo di:



• Home page

• Che cos'è l'HPV?

• Neoplasie cutanee

• Epidermodisplasia

• Diagnostica

• Attività di ricerca

• Chi siamo

• Come contattarci

L'Ambulatorio Specialistico "Papillomavirus (HPV) e Neoplasie Cutanee" si sviluppa nell'ambito di attività integrate tra l'**Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità** ed il **Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro"**. L'iniziativa è frutto della collaborazione scientifica da anni in corso tra la **Clinica Dermatologica** (Prof. Giorgio Leigh) inizialmente, ed in seguito Prof. Enrico Colombo) ed il **Laboratorio di Virologia Molecolare dell'Università** (Prof.ssa Marisa Gariglio). L'attivazione di questo Ambulatorio si è concretizzata grazie ai finanziamenti erogati dalla **"Fondazione Banca Popolare di Novara per il Territorio"**. **Grazie a questo contributo le indagini indirizzate alla identificazione dell'infezione da HPV saranno completamente gratuite.** Tutti gli Enti hanno sede a Novara, ed il Servizio Ambulatoriale verrà erogato nella stessa Città, a favore non solo dei cittadini Novaresi, ma anche di pazienti afferenti da altre aree geografiche.

Tale Servizio Ambulatoriale rappresenta **un'importante innovazione** in ambito Regionale, ma anche a livello Nazionale ed Internazionale, in quanto iniziative analoghe sono sporadiche, nonché sovente erogate da Istituzioni Private.

A chi è rivolto l'Ambulatorio HPV e Neoplasie Cutanee?

L'Ambulatorio è indirizzato alla **diagnosi, trattamento e follow-up** dei **tumori cutanei** di origine epiteliale (non melanoma) in **pazienti ad alto rischio per tali neoplasie**, vale a dire in soggetti con **immunodepressione** legata a trattamento immunosoppressivo prolungato, ad esempio in seguito a trapianto d'organo o malattia immuno-ematologica. In tali pazienti infatti, la riduzione delle funzioni del sistema immunitario può favorire la comparsa di lesioni tumorali cutanee, quali ad esempio **l'epitelioma basocellulare e spinocellulare**, il **Morbo di Bowen** e le **Cheratosi Attiniche** multiple.

Recenti studi hanno evidenziato come **l'HPV** possa rivestire un importante ruolo nella comparsa dei tumori cutanei in tale categoria di soggetti e, per tale motivo, l'attività dell'Ambulatorio sarà finalizzata specificamente alla valutazione della presenza dell'infezione da HPV nel contesto dei soggetti esaminati, avvalendosi di metodiche non invasive.

E' doveroso ricordare che l'attività dell'Ambulatorio non è indirizzata alla diagnostica delle patologie HPV-correlate a carico delle mucose genitali (condilomi acuminati, displasie, CIN, PIN), in quanto queste ultime sono causate da genotipi virali differenti che richiedono metodiche disponibili presso altri Ambulatori (vedi Rete MST).

Dove si trova l'Ambulatorio HPV e Neoplasie Cutanee?

L'Ambulatorio è ubicato nei locali dedicati agli Ambulatori della Clinica Dermatologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità di Novara, al piano seminterrato del Padiglione G.

Contatti

■ Perdita media di anni di vita:

- melanoma: 15 anni
- non melanoma skin cancer: 10 anni

Costi attribuibili a melanoma e NMSC (perdita di produttività):

- 21-29 miliardi €: morbidità
- 739 milioni-2,4 miliardi €: mortalità

Guy GP, Ekwueme DU. Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review of the literature. *Pharmacoeconomics*. 2011;29(10):863-74.

**METTI AL RIPARO LA TUA PELLE,
CORRI DAL DERMATOLOGO!**



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!**