



PSDTA Melanoma Cutaneo

Allegato 4 : Radicalizzazione chirurgia del melanoma

Anno di pubblicazione 2023

RADICALIZZAZIONE CHIRURGICA

I margini di escissione non sono adeguati, si dovrebbe prendere in considerazione un allargamento con i seguenti margini:

- Melanoma in situ: 5 mm
- Melanoma con spessore di Breslow fino a 2 mm: 1 cm
- Melanoma con spessore di Breslow maggiore di 2 mm: 2 cm

È raccomandato eseguire l'intervento di "allargamento" o radicalizzazione entro 90 giorni dal primo intervento. L'escissione chirurgica del tumore primario deve essere estesa fino alla fascia muscolare che di solito resta in sede. Le escissioni devono essere eseguite con bordi verticali al fine di garantire margini regolari. Può essere giustificata un'escissione con margini meno estesi in caso di grave compromissione estetico-funzionale, sottoponendo il paziente ad uno stretto monitoraggio post-chirurgico. La sopraindicata linea di condotta chirurgica non può, infatti, essere eseguita in alcuni distretti, in particolare le dita ed il volto. Alle dita, è prevista una disarticolazione completa del dito (ad eccezione per il primo dito, dove si cerca di mantenere la funzione); attualmente l'orientamento è quello di garantire un margine chirurgico di radicalità oncologica conservando la funzione. Quanto al volto, l'escissione chirurgica deve essere condotta con margini adeguati tenendo conto che la riparazione plastica deve essere soddisfacente per il paziente.

Ricerca del linfonodo sentinella

Nei pazienti con melanoma in stadio pT1b, pT2, pT3 e pT4 e senza evidenza di linfonodi clinicamente evidenti, la biopsia del linfonodo sentinella dovrebbe essere presa in considerazione come prima opzione e viene effettuata in concomitanza all'intervento di allargamento. Nei pazienti con melanoma pT1a e con regressione >75% può essere consigliata la biopsia del linfonodo sentinella. La ricerca del linfonodo sentinella può essere presa in considerazione anche in corso di gravidanza (dopo il terzo mese e senza colorante vitale).

Identificazione linfonodo sentinella

- Definizione di linfonodo sentinella: si definisce linfonodo sentinella, il linfonodo o i linfonodi che drenano direttamente la linfa di un territorio cutaneo (sede del melanoma cutaneo) verso un bacino o più bacini linfonodali. Il presupposto teorico è che la valutazione del linfonodo sentinella consenta di predire con accuratezza se il melanoma ha metastatizzato o no per via linfatica.
- Linfoscintigrafia (eseguita presso la SSD di Medicina Nucleare AOU Città della Salute e della Scienza): l'identificazione intraoperatoria è effettuata mediante l'uso di una sonda in grado di rilevare la presenza del tracciante (^{99m}Tc - Nanocolloidi di Albumina) all'interno del linfonodo o dei linfonodi. In fase pre-operatoria viene inoculato in sede perilesionale/pericatriziale un colorante vitale (Patent blue), che consente al chirurgo di visualizzare i vasi linfatici afferenti ed efferenti dal/dai linfonodi. Solo nel caso in cui il linfonodo sentinella sia reperito mediante linfoscintigrafia in aree anatomiche difficilmente raggiungibili (es. linfonodi lombo-aortici) è lecito rinunciare alla sua ricerca. In caso di localizzazione intra-parotideale è discutibile la ricerca chirurgica dato l'alto rischio di compromissione del nervo facciale.

Diagnosi istopatologica: una volta identificato, il linfonodo sentinella è asportato e inviato al patologo per la valutazione, che segue una procedura standardizzata, con colorazioni di sezioni multiple, sia in ematossilina-eosina sia in immunistochimica

Dissezione Linfonodale

Nei casi di positività del linfonodo sentinella, la dissezione linfonodale di completamento non dovrebbe essere presa in considerazione come opzione di prima scelta: i dati della recente letteratura non hanno riportato differenze significative in termini di sopravvivenza libera da malattia e di sopravvivenza totale tra i casi trattati con immediata completa dissezione linfonodale e quelli che hanno beneficiato della sola osservazione. Può essere corretto informare il paziente della possibilità, in casi selezionati, di affidarsi al solo follow-up o terapia adiuvante. Nella discussione con il paziente al fine di decidere se effettuare o no la dissezione di completamento, riteniamo utile considerare tutti i fattori di rischio che entrano in gioco nella possibilità di avere ulteriori linfonodi metastatici nella stazione linfonodale di pertinenza: spessore di Breslow del primitivo, sede anatomica del primitivo, numero dei linfonodi asportati rispetto ai linfonodi sentinella metastatici, dimensione e sede del focus metastatico, senza trascurare le condizioni generali del paziente. Il chirurgo ha inoltre l'obbligo di informare il paziente sulle possibili complicanze relative all'intervento di dissezione linfonodale, in particolare: l'infezione della ferita (frequenza stimata tra il 9 ed il 20%), la necrosi cutanea (stimata tra l'0 ed il 15%), la comparsa di di linfocele e/o linforragia (stimata tra il 6 ed il 17 %), mentre la complicanza tardiva più temibile ed invalidante è rappresentata dal linfedema secondario (in particolare per le dissezioni inguino-iliache-otturatorie), distinguendo un linfedema lieve-moderato (frequenza stimata dal 19 al 44%) dal linfedema severo (frequenza stimata inferiore al 7 %).

Attualmente persiste l'indicazione assoluta ad una dissezione linfonodale completa solo in caso di linfadenopatie evidenti da un punto di vista clinico e/o strumentale (con conferma citologica o istologica) e nei casi di deposito metastatico nel linfonodo sentinella ≥ 1 mm.

La dissezione linfonodale completa è indicata in caso di metastasi ai linfonodi regionali clinicamente evidenti (esame obiettivo/ecografia/TC) confermate da prelievo citologico o bioptico. Non esistono evidenze scientifiche derivanti da studi randomizzati, ma tale indicazione è supportata da numerose analisi retrospettive e/o prospettive.

Nella diagnosi di un linfonodo sospetto l'esame citologico rappresenta la scelta da preferite rispetto alla biopsia chirurgica, per non alterare le strutture anatomiche in caso di dissezione linfonodale.

Dissezione inguino-iliaca-otturatoria

La linfadenectomia inguino-iliaca-otturatoria comporta l'asportazione dei linfonodi inguinali superficiali e profondi, iliaci esterni ed interni fino agli otturatori.

Dissezione ascellare

La dissezione ascellare prevede l'asportazione dei linfonodi del 1°, 2°, 3° livello.

Dissezione laterocervicale

In generale la linfadenectomia del collo prevede l'asportazione dei primi 5 gruppi linfonodali laterocervicali:

1. Sottomentonieri e sottomandibolari
2. Giugulari superiori
3. Giugulari medi
4. Giugulari inferiori
5. Triangolo posteriore o spinali

La linfadenectomia laterocervicale per melanoma consiste nell'asportazione delle prime cinque stazioni linfonodali. La parotidectomia superficiale con la dissezione del nervo facciale è raccomandata quando sono interessati i linfonodi periparotidei.

Melanoma in gravidanza

Quando un melanoma viene diagnosticato in gravidanza l'intervento chirurgico di escissione della neoplasia viene stabilito in base al tempo del parto. Nei casi in cui la paziente affetta da sospetto melanoma sia prossima al parto l'escissione verrà programmata nelle settimane immediatamente successive al parto; quando invece il melanoma viene diagnosticato nel primo o secondo trimestre di gravidanza la maggior parte degli autori concorda sul procedere in ogni caso all'escissione chirurgica nel più breve tempo possibile. Nel caso sia necessario eseguire la ricerca del linfonodo "sentinella", attualmente la linfoscintigrafia con il tecnezio-99m viene considerata sicura.