

Il melanoma



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana
Malati di Cancro,
parenti e amici



**a.i.
ma.
me.** Associazione Italiana
Malati di Melanoma

La Collana del Girasole

Il melanoma

che cos'è, come combatterlo

Legenda

Per praticità di consultazione a lato del testo sono stati inseriti dei riquadri contraddistinti da piccole icone, ognuna delle quali ha il seguente significato:



richiama l'attenzione su alcuni concetti espressi nel testo a fianco



definizione di un termine tecnico



rimando ad altri libretti della Collana del Girasole o ad altre pubblicazioni di AIMaC



rimando a siti internet

Revisione critica del testo: a cura del Comitato Scientifico di A.I.Ma.Me. (Associazione Italiana Malati di Melanoma) composto da **A. Testori** (coordinatore), **P. Ascierto**, **G. Botti**, **M. Maio**, **N. Mozzillo**, **G. Palmieri**, **P. Queirolo**, **C. R. Rossi**, **I. Stanganelli**

Editing: C. Di Loreto (AIMaC)

AIMaC ringrazia l'Associazione A.I.Ma.Me. per aver contribuito alla realizzazione di questo libretto.


Quinta edizione: marzo 2017

© AIMaC 2017. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di AIMaC, come convenuto con il Cancer Information Service.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, AIMaC declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.

Indice

- 5 Prefazione
- 7 Introduzione
- 8 Che cos'è il cancro?
- 9 Che cos'è il melanoma?
- 12 Quali sono le cause del melanoma?
- 15 Quali sono i segni e i sintomi del melanoma?
- 17 Come si esegue l'autoesame della cute?
- 19 L'importanza della diagnosi precoce
- 19 Come si formula la diagnosi?
- 21 La stadiazione
- 24 Quali sono i tipi di trattamento usati?
- 26 La chirurgia
- 29 La chemioterapia
- 31 La terapia mirata a bersaglio molecolare
- 34 L'immunoterapia
- 36 La radioterapia
- 36 Terapia adiuvante
- 37 I controlli dopo le terapie
- 39 La comunicazione in famiglia
- 40 Come aiutare se stessi
- 42 I trattamenti non convenzionali
- 43 Gli studi clinici
- 44 Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro
- 45 Indirizzi utili

A photograph of a middle-aged couple smiling warmly. The woman is standing behind the man, her arms around his shoulders. Both are dressed in light-colored, casual clothing. The background is plain white.

Il melanoma scrive il suo messaggio sulla pelle con il suo inchiostro ed è lì alla vista di tutti. Sfortunatamente alcuni lo vedono ma non lo comprendono.

Neville Davis

Prefazione

In Italia vengono diagnosticati ogni anno circa 11.500 nuovi casi di melanoma. L'incidenza annua è attualmente pari a 14,3 casi/100.000 nei maschi e 13,6/100.000 nelle femmine. Esistono altri tipi di tumori cutanei, i più frequenti dei quali sono il carcinoma a cellule squamose e il carcinoma a cellule basali, che però non sono oggetto di questa pubblicazione. Una svolta importante nel trattamento del melanoma è rappresentata dall'introduzione dell'immunoterapia, che potenzia l'azione del sistema immunitario contro la malattia attraverso la somministrazione di farmaci biologici. Una vera e propria rivoluzione che ha profondamente cambiato l'andamento della malattia, aumentando notevolmente la sopravvivenza e la sua cronicizzazione. Tenendo presente questo, ciò che deve interessare la persona malata è la "pianificazione del trattamento", definita da un'équipe composta da vari specialisti, che deve puntare ad elaborare la terapia più indicata per il singolo paziente prendendo in considerazione vari fattori quali l'età, le condizioni generali e lo stadio del tumore. Durante questo percorso, un grande sostegno può essere assicurato dalle associazioni di volontariato che si occupano di prevenzione del melanoma, di offrire informazioni su strutture e servizi per diagnosi, cura e ria-

bilitazione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), di integrazione sociale, riabilitazione e difesa dei diritti civili rispetto al lavoro, alla pensione, all'assistenza. Per rispondere meglio alle esigenze delle persone affette da melanoma e per prenderle per mano e accompagnarle lungo il complesso iter diagnostico-terapeutico-assistenziale, le associazioni *A.I.Ma.Me.*, *A 4 mani*, *Melanoma Italia Onlus (MIO)*, *Associazione Contro il Melanoma (ACM)*, *Fondazione Melanoma* e *Piccoli Punti* hanno deciso di costituire un gruppo di lavoro sul melanoma all'interno della *Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (F.A.V.O.)* al fine di armonizzare le rispettive attività finalizzate a facilitare il percorso di cura. Questo libretto nasce dalla collaborazione tra AIMaC e A.I.Ma.Me., con il determinante contributo del Comitato Scientifico di quest'ultima, e rappresenta la prima concreta prova di 'sinergia con potenziamento', a dimostrazione che il volontariato oncologico è in grado non solo di colmare le lacune del SSN, ma di anticipare con le proprie risorse nuove iniziative per dare risposte ai nuovi bisogni dei malati.

Introduzione

L'obiettivo di questo libretto, che ha carattere puramente informativo, è di aiutare i malati di cancro e anche i loro familiari e amici a saperne di più sul melanoma nel tentativo di rispondere, almeno in parte, alle domande più comuni relative a diagnosi e trattamento di questa malattia. Naturalmente, questo libretto non contiene indicazioni utili a stabilire quale sia il trattamento migliore per il singolo caso, in quanto l'unico a poterlo fare è il medico curante che è a conoscenza di tutta la storia clinica del paziente.

Per ulteriori informazioni è disponibile il servizio offerto dall'helpline di AIMaC, un'équipe di professionisti esperti in grado di rispondere ai bisogni dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 - numero verde 840 503579, e-mail info@aimac.it.

Che cos'è il cancro?

Con il termine 'cancro' si definisce un gruppo di malattie che hanno in comune il fatto che il processo di crescita cellulare perde il controllo e 'impazzisce'.

Il nostro corpo è costituito da molti tipi di cellule. In condizioni normali, le cellule crescono e si dividono, producendo così altre cellule per mantenere l'organismo sano e farlo funzionare nel modo adeguato. A volte, però, il processo di riproduzione cellulare impazzisce, per cui le cellule si dividono troppo spesso e in maniera disordinata e incontrollata. Dalla crescita incontrollata di queste cellule si forma un *tumore*.

I tumori possono essere *benigni* o *maligni*:

- i **tumori benigni** sono moltiplicazioni cellulari circoscritte che non si diffondono ad altre parti dell'organismo. Nella maggior parte dei casi non rappresentano un problema per la salute e possono essere asportati chirurgicamente con successo con un bassissimo rischio che si riformino. Tuttavia in alcuni casi possono dare origine a veri e propri tumori maligni e rappresentare un pericolo;
- i **tumori maligni** sono costituiti da cellule **patologiche** anormali che si dividono in maniera incontrollata e disordinata, possono invadere e distruggere i tessuti adiacenti, come pure staccarsi dal tumore primario e, attraverso il **sistema linfatico** o il circolo ematico, diffondersi ad altri organi. Questo processo, che prende il nome di **metastasi**, è un evento molto raro nei tumori di piccole dimensioni, quali il melanoma cutaneo quando viene riconosciuto in una fase iniziale, come nella stragrande maggioranza dei casi diagnosticati oggi.



Patologico: riferito a patologia, ossia a malattia.

Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti vasi linfatici. Nel sistema linfatico fluisce la linfa, un liquido giallo contenente i linfociti, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.

Che cos'è il melanoma?

Il melanoma è un tumore maligno della cute, che origina da alcune cellule dette **melanociti**. Per capire che cos'è il melanoma è utile saperne di più sulla cute e sui melanociti.

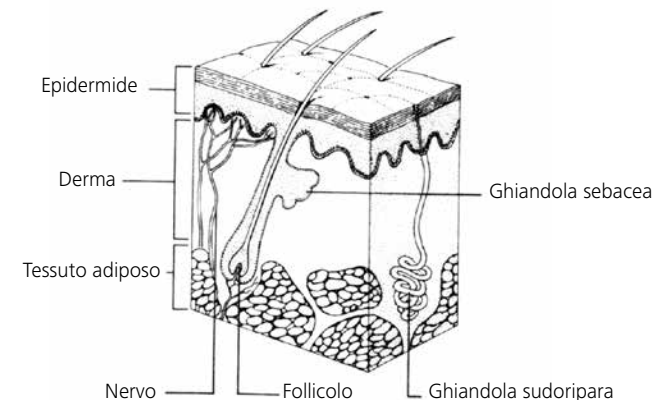
La cute

È l'organo più esteso di tutto il corpo. Si compone di tre strati principali: **epidermide**, **derma** e **ipoderma**.

L'epidermide è lo strato più superficiale costituito principalmente dai *cheratinociti*, cellule di aspetto simile a quello delle squame dei pesci. La parte più profonda dell'epidermide contiene anche i **melanociti** (v. pag. 10).

Nel derma sono presenti collagene, fibre elastiche, vasi sanguigni, vasi linfatici, **follicoli piliferi** e una serie di ghiandole. Tra queste le *ghiandole sudoripare*, che producono il sudore necessario a regolare la temperatura corporea, e le *ghiandole sebacee* che secernono il **sebo**. Il sudore e il sebo raggiungono la superficie attraverso minuscoli fori detti pori. L'ipoderma rappresenta lo strato più profondo della cute ed è costituito prevalentemente da tessuto adiposo.

La cute svolge molteplici funzioni, in particolare ci protegge dai raggi solari, dalle ferite e dalle infezioni; regola la temperatura corporea; assorbe l'acqua e i grassi e produce la vitamina D.



Epidermide: lo strato più superficiale dei tre strati principali di cellule che costituiscono la cute.

Derma: lo strato intermedio dei tre strati principali di cellule che costituiscono la cute.

Ipoderma: lo strato più profondo dei tre strati principali di cellule che costituiscono la cute.

Melanociti: cellule presenti nella cute che producono e contengono la melanina (v. sotto).

Melanina: pigmento (v. pag. 10) che conferisce alla cute la sua tipica colorazione. Gli individui di carnagione scura hanno più melanina di quelli di carnagione chiara.

Follicoli piliferi: piccole sacche presenti nel derma dalle quali crescono i peli.

Sebo: sostanza grassa secreta dalle ghiandole sebacee; protegge la pelle, la idrata e la rende meno vulnerabile all'attacco dei fattori ambientali.



Melanociti: cellule presenti nella cute che producono e contengono la melanina (v. sotto).

Melanina: pigmento (v. sotto) che conferisce alla cute la sua tipica colorazione. Gli individui di carnagione scura hanno più melanina di quelli di carnagione chiara.

Pigmento: sostanza che conferisce la caratteristica colorazione a ogni tessuto. I pigmenti sono responsabili del colore della pelle, degli occhi e dei capelli.

Dermatologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie della pelle.

Melanociti e nevi

I **melanociti** sono cellule presenti nello strato più profondo dell'epidermide. Producono e contengono la **melanina**. Dai melanociti dipende il normale colorito della pelle: quando ci esponiamo al sole, la pelle si può abbronzare, perché i raggi solari, in particolare gli **ultravioletti** (v. pag. 13), inducono la comparsa di metaboliti, in un certo senso sostanze tossiche, che sono catturate e 'bruciate' dai melanociti. Il prodotto finale di questa combustione, la **melanina**, è eliminato attraverso le cellule più superficiali dell'epidermide, che assume, in tal modo, il colore più scuro definito 'abbronzatura'. La melanina ha, quindi, una funzione protettiva nei confronti dei danni causati dalle radiazioni ultraviolette. Nei soggetti mediterranei scuri è di colore bruno, nei soggetti chiari è di colore rosso. La melanina dei soggetti mediterranei chiari ha una minore capacità di difesa dai raggi ultravioletti rispetto a quella dei soggetti scuri.

Nella cute normale, i melanociti sono di regola cellule singole, ma a volte crescono a grappolo formando nidi di cellule benigne detti **nevi** o **nei**, che hanno l'aspetto di macchie di colore scuro fino al nerastro o, più frequentemente, variabile dal marrone scuro al rossastro.

I nei sono 'abitatori' normali della pelle: si calcola che ogni italiano ne abbia in media 25. I nei sono di forma regolare (di norma ovale e rotonda), di colore marrone di varia tonalità, piani o rilevati. Nello stesso individuo sono tutti molto simili per forma e colore. Possono essere presenti alla nascita o entro due anni dalla nascita (*nei congeniti*) oppure svilupparsi durante l'infanzia e l'adolescenza o successivamente (*nei acquisiti*). Fino ad alcuni anni fa i nei congeniti erano considerati molto pericolosi: oggi si sa che il rischio che su un neo congenito possa svilupparsi un tumore cutaneo è un po' più alto rispetto a quello della cute normale, ma si tende a non drammatizzare e a consigliare un controllo periodico così come avviene per i nei acquisiti. Il periodo dei controlli del soggetto con nei varia in base ai

fattori di rischio (v. pag. 12). Nell'adulto di regola i nei sono stabili, benché alcuni individui possano produrre nuovi nei anche dopo i quarant'anni. Se questi nei sono di forma e colore simili a quelli già esistenti, regolari geometricamente e con un solo colore non destano preoccupazione. Al contrario, la presenza di una macchia scura in accrescimento con i parametri dell'ABCDE (v. pag. 16) che insorge su cute sana o la modifica di un neo già presente deve essere segnalato al medico.

Se un **dermatologo** esperto, dopo un accurato esame clinico e dermoscopico, ritiene che il neo analizzato possa essere un sospetto melanoma, è necessario programmare l'asportazione chirurgica, che sarà eseguita in anestesia locale con un margine di cute sana di 1-2 mm. Se il melanoma è diagnosticato in fase precoce, una corretta asportazione chirurgica può garantire una prognosi eccellente. Solo in presenza di una serie di nei piani atipici in pazienti con più nevi melanocitici (oltre 50), il dermatologo può suggerire il monitoraggio mediante **microscopia in epiluminescenza** (v. pag. 20) con controlli programmati a breve termine (entro 6 mesi).

Negli ultimi anni è stato sviluppato il microscopio laser confocale (v. pag. 20), uno strumento che consente di analizzare un neo a livello cellulare e quindi di ottenere una valutazione simile a quella di un esame istologico. Questa tecnologia è disponibile solo in alcuni istituti altamente specializzati e per questo quando il dermatologo non è in grado di escludere il sospetto di tumore, deve consigliare la rimozione chirurgica del neo per avere la conferma diagnostica.

Infine se si pensa che la propria immagine sia in qualche modo 'deturpata' da un neo esteticamente sgradevole, è sempre possibile farlo asportare con assoluta tranquillità, verificando solo che il chirurgo richieda l'esame istologico, indispensabile per una diagnosi sicura.



Dermatologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie della pelle.

Microscopia in epiluminescenza: tecnica non invasiva rivolta alla diagnosi precoce del melanoma basata su uno strumento ottico (dermatoscopio) che permette di rilevare caratteristiche cutanee non visibili ad occhio nudo, favorendone il riconoscimento. È detta anche dermoscopia (o dermatoscopia) digitale.



Tronco: regione corporea che va dalle spalle ai fianchi.

Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.

Linfonodi: piccole strutture a forma di fagiolo localizzate in tutto il corpo lungo la rete dei vasi linfatici. Hanno la funzione di filtrare le sostanze contenute nella linfa e ospitano le cellule in grado di combattere le infezioni e le malattie. I distretti linfonodali sono localizzati nell'ascella, nel collo, nel torace e nell'inguine.

Fattore di rischio: condizione che accresce le probabilità che un individuo sviluppi una particolare malattia.



Oggi è possibile riconoscere il melanoma nella fase di crescita orizzontale.

La diagnosi precoce è fondamentale. Per questo è importante conoscere bene la propria pelle.

Il melanoma

Il melanoma della cute è dovuto alla trasformazione maligna dei melanociti. È più frequente nei giovani, tanto che nella fascia di età inferiore a 49 anni rappresenta il secondo tumore per incidenza nei maschi e il terzo nelle femmine. Può comparire in qualunque superficie cutanea e in entrambi i sessi. Nei maschi si sviluppa più spesso al **tronco**, nelle femmine agli arti inferiori.

Il melanoma si sviluppa attraverso due fasi evolutive:

- 1) fase di crescita orizzontale, in cui l'aggressività della malattia è più teorica che pratica;
- 2) fase di crescita verticale, in cui acquisisce le caratteristiche di aggressività e la capacità di formare **metastasi**.

Le cellule tumorali possono diffondersi nel resto dell'organismo attraverso i vasi linfatici e/o i vasi sanguigni: nel primo caso raggiungono i **linfonodi** regionali, nel secondo organi importanti quali polmoni, fegato, cervello, ecc. Dal punto di vista del rischio di sviluppare metastasi, la pericolosità del melanoma è tanto più elevata quanto maggiore è lo spessore massimo (in millimetri) del tumore.

È oggi possibile riconoscere il melanoma nella fase di crescita orizzontale. Per questo è molto importante la diagnosi precoce: è necessario imparare a conoscere la propria pelle e sottoporsi ai controlli periodici per i soggetti ad alto rischio.

Quali sono le cause del melanoma?

Non sono note con certezza le cause che inducono la comparsa di un melanoma, ma sono stati individuati alcuni **fattori di rischio** che predispongono allo sviluppo della malattia, quali ad esempio:

- avere la carnagione chiara, e in particolare:

- carnagione chiara con lentiggini che si scotta facilmente, che non si abbronzano o si abbronzano poco;
- occhi azzurri o verdi o comunque chiari;
- capelli rossi o biondi;
- avere più di 100 nei (in questo caso il rischio di ammalarsi è più basso);
- avere riportato gravi scottature da raggi solari soprattutto prima dei 15 anni;
- esposizione intensa e intermittente (per brevi periodi di tempo) al sole, soprattutto nei primi vent'anni di vita;
- esposizione frequente alle lampade abbronzanti prima dei 30 anni;
- avere già avuto un melanoma;
- avere due o più familiari di primo grado affetti da questa malattia (nelle famiglie ad alto rischio di melanoma va attuata un'accurata educazione alla prevenzione primaria e secondaria).

A proposito dell'esposizione alla luce solare, è bene chiarire alcuni concetti. I *raggi ultravioletti* (UV) sono le radiazioni invisibili che fanno parte dell'energia emessa dal sole. I raggi UV possono danneggiare la cute e causare alcuni tumori della pelle, tra cui il melanoma. I raggi UV che colpiscono la superficie terrestre si distinguono in UV-A e UV-B. I raggi UV-B hanno maggiori probabilità di provocare eritemi e ustioni solari rispetto ai raggi UV-A, ma questi possono penetrare negli strati cutanei più profondi. Gli scienziati hanno ritenuto per molto tempo che i raggi UV-B fossero la causa del melanoma, ma oggi sono propensi a credere che anche i raggi UV-A possano danneggiare la cute fino a sviluppare il cancro, e che comunque contribuiscano all'invecchiamento precoce della pelle. Per tale motivo, i dermatologi raccomandano di esporsi al sole facendo uso di creme solari che riflettono, assorbono e/o dissipano entrambi i tipi di radiazioni.



I fattori di rischio che predispongono allo sviluppo del melanoma sono:

- avere la carnagione chiara, occhi chiari, capelli rossi o biondi;
- avere più di 100 nei;
- avere riportato gravi scottature da raggi solari prima dei 15 anni;
- esposizioni intense e intermittenti al sole;
- uso frequente delle lampade abbronzanti prima dei 30 anni;
- avere già avuto un melanoma o avere due o più parenti di primo grado che hanno avuto la malattia.

Il rischio di sviluppare un melanoma cutaneo è proporzionale alla sensibilità individuale alla luce solare.

Quando si parla di esposizione 'eccessiva' alla luce solare, si deve considerare che questo concetto è variabile, perché la quantità di raggi UV che può essere assorbita senza rischi dipende dai 'colori' dell'individuo (con riferimento a capelli, occhi e carnagione) e dalla capacità di abbronzarsi, che a loro volta dipendono dalla popolazione di appartenenza. Pelle chiara, occhi chiari e scarsa capacità di abbronzarsi sono caratteristiche più frequenti nelle popolazioni nord-europee; pelle scura, occhi scuri ed elevata capacità di abbronzarsi sono più frequenti nelle popolazioni mediterranee. È stato osservato che in Europa il melanoma è molto più frequente nei paesi nordici che in quelli del Mediterraneo. In Italia i casi di melanoma sono più numerosi al nord che al sud. Gli studi eseguiti sugli emigrati dimostrano che l'incidenza della malattia è alta ovunque siano emigrate popolazioni di origine nord-europea, mentre è bassa nei paesi in cui sono emigrate popolazioni mediterranee.

Molto discusso è il ruolo del cosiddetto **nevo displastico** come precursore del melanoma. Il nevo displastico è di solito diverso dai nei normali per dimensioni (più grande), margini (irregolari), colore (disomogeneo), e aspetto (piatto con una parte rialzata rispetto alla superficie corporea). In mancanza di elementi certi è ragionevole consigliare un controllo periodico a chi ha più di 100 nei, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche.

Si può quindi affermare, in termini generali, che il rischio di sviluppare un melanoma cutaneo è proporzionale alla sensibilità individuale alla luce solare.

In Italia una campagna educativa dovrebbe riguardare in modo particolare:

- i bambini, che non debbono essere esposti al sole se non nelle prime ore del mattino e nel tardo pomeriggio;
- i soggetti con i capelli rossi, gli occhi chiari, la pelle chiara che si scotta sempre e non si abbronzano mai, per i quali l'esposizione solare, anche non eccessivamente prolungata, rappresenta un pericolo un po' più che potenziale.

Nell'esposizione al sole queste persone dovrebbero seguire le stesse norme valide per i bambini;

- i soggetti adulti con caratteristiche mediterranee, che devono sapere che l'abbronzatura va acquisita progressivamente e che è ragionevole stare all'ombra nelle ore centrali della giornata;
- i giovani al di sotto dei 30 anni, che devono evitare le lampade abbronzanti.

Queste indicazioni sono volutamente generali, ma se si ritiene di essere a rischio di sviluppare un melanoma, solo un dermatologo esperto nel trattamento di questa malattia è in grado di valutare i rischi ed elaborare, se necessario, un programma personalizzato di esposizione alla luce solare.

Quali sono i segni e i sintomi del melanoma?

Grazie alle campagne di sensibilizzazione ed educazione, il melanoma è sempre più frequentemente riconosciuto dalla persona che ne è affetta o da un suo familiare nelle fasi iniziali del suo sviluppo. Si nota una macchia cutanea diversa dalle altre che si è abituati a vedere sulla propria pelle, innanzitutto per il colore, nettamente più scuro. Tuttavia, questa può non essere l'unica caratteristica. Il melanoma della cute è come il 'brutto anatroccolo': una lesione diversa, non sempre ben definibile nella sua diversità, ma certamente evidente se messa a confronto con tutte le altre macchie presenti sulla pelle.

Cinque sono le caratteristiche che aiutano a riconoscere il melanoma fin dalle fasi iniziali del suo sviluppo e che si possono ricordare facilmente perché i loro nomi cominciano con le prime cinque lettere dell'alfabeto:



Nevo displastico: nevo atipico, di aspetto diverso da quello dei nei comuni per dimensioni, irregolarità dei margini, colore disomogeneo. Inoltre, è spesso piatto, ma potrebbe avere anche una parte rialzata rispetto alla superficie cutanea.



Il rischio di sviluppare un melanoma cutaneo è proporzionale alla sensibilità individuale alla luce solare.



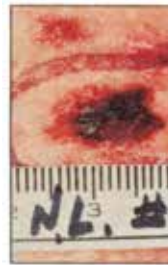
ABCDE: le cinque caratteristiche importanti per riconoscere il melanoma:

A = Asimmetria
B = Bordo
C = Colore
D = Diametro
E = Evoluzione

A per Asimmetria: la forma di una metà non corrisponde alla forma dell'altra metà.



B per Bordo: il contorno è irregolare, dentellato o sfumato (cosiddetto a carta geografica).



C per Colore: il colore non è uniforme. Possono essere presenti sfumature nere, marroni e scure; si possono distinguere anche aree bianche, grigie, rosse o blu.



D per Diametro: le dimensioni cambiano.



E per Evoluzione: forma e colore cambiano nel giro di poco tempo (giorni, settimane o qualche mese).

Dunque, attenzione ad ABCDE!

Il melanoma compare molto più frequentemente sulla cute sana e solo in una minoranza di casi è associato a un neo. Non è noto se l'associazione tra neo e melanoma sia l'esito di una trasformazione maligna della lesione benigna o se la presenza contemporanea sia solo casuale. Questo non significa che se si hanno dei nei si è destinati a sviluppare un melanoma, sebbene sia dimostrato che chi ha tanti nei ha anche una maggiore probabilità di sviluppare un melanoma nell'arco della vita.



Il melanoma compare molto più frequentemente sulla cute sana.

Il melanoma non dà sintomi: scrive solo il suo messaggio sulla cute e deve essere riconosciuto. Gli unici sintomi che possono essere associati alla fase avanzata della malattia sono il prurito, la secrezione di siero o il sanguinamento, ma non sono presenti in tutti i casi.

Come si esegue l'autoesame della cute?

Le probabilità di individuare tempestivamente un melanoma aumentano se si esegue periodicamente l'autoesame della cute, perché così si è in grado di riconoscere ciò che è normale da ciò che non lo è. Se il dermatologo ha scattato delle fotografie, è possibile servirsene come riferimento per evidenziare le differenze.

L'autoesame della cute è una procedura molto semplice. Il momento migliore per eseguirlo è dopo il bagno o la doccia. Scegliere una stanza ben illuminata dove sia disponibile uno specchio a figura intera e tenere a portata di mano uno specchietto.

1. Imparare dove sono localizzati 'voglie', nei e macchie congeniti, che aspetto hanno e qual è la loro consistenza.
2. Verificare attentamente se un neo ha dimensioni, forma, consistenza o colore differenti rispetto alla volta precedente o se è presente un'ulcera che non vuole rimarginare.
3. Scrutarsi attentamente dalla testa ai piedi, senza trascurare nemmeno un centimetro quadrato di cute, esaminando anche schiena, cranio, solco tra le natiche e genitali.



Il melanoma non dà sintomi, anche se in alcuni casi possono comparire prurito, secrezione di siero o sanguinamento, che possono tuttavia essere associati alla fase avanzata di malattia.

È importante eseguire periodicamente l'autoesame della cute per individuare tempestivamente un melanoma.

Se si riscontra qualcosa di insolito consultare immediatamente il medico curante.



Ulcera: lesione più o meno grave della pelle o di un tessuto epiteliale (v. sotto) che tarda a cicatrizzare.

Tessuto epiteliale: tipo di tessuto costituito da cellule di forma regolare, quasi geometrica, che aderiscono le une alle altre. È detto anche epitelio.

4. Guardarsi allo specchio davanti e dietro e sollevare le braccia per esaminare anche le ascelle.

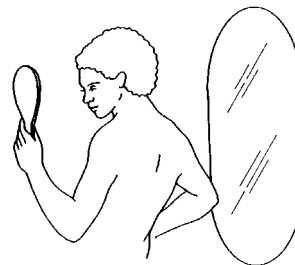
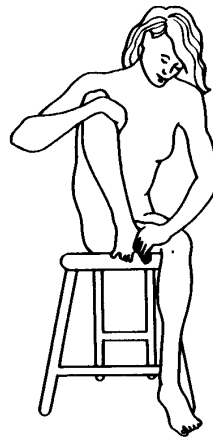
5. Piegarlo il gomito e osservare attentamente unghie, palmo della mano, avambraccio (anche la parte posteriore) e braccio. Ripetere sull'altro braccio.

6. Esaminare le gambe davanti, dietro e lateralmente. Guardare anche tra le natiche e intorno ai genitali.

7. Mettersi a sedere ed esaminare attentamente i piedi, comprese unghie, piante e spazi tra le dita.

8. Scrutare attentamente volto, collo, orecchie e cuoio capelluto. Sco-stare i capelli con il pettine o con il phon, o ancora meglio chiedere l'aiuto di un familiare o di un amico in quanto non è facile esaminare il cuoio capelluto da soli.

Può essere una buona idea appuntare la data in cui si esegue l'autoesame e annotare le osservazioni. Se si riscontra qualcosa di insolito, consultare immediatamente il medico curante.



L'importanza della diagnosi precoce

È bene che ogni persona in età adulta si sottoponga, almeno una volta nella vita, a un attento esame della cute da parte di un dermatologo esperto, anche (o soprattutto) in assenza di sintomi o di dubbi. Ciò consente di definire la 'normalità' della sua cute o, al contrario, di impostare un programma di controlli periodici a seconda della tipologia di cute presente, costituendo così un riferimento per riconoscere tempestivamente l'eventuale comparsa di potenziali tumori della pelle come il melanoma, o anche per identificare eventuali lesioni sospette, che devono essere asportate per essere analizzate istologicamente.

La diagnosi precoce rappresenta, quindi, l'arma più efficace nella lotta contro il melanoma: se riconosciuta in tempo, infatti, questa malattia viene quasi sempre sconfitta. Da questo punto di vista, è quindi molto importante l'autoesame della cute (v. pag. 17) per imparare a conoscere la propria pelle e individuarne nuove formazioni o altre modificazioni.

Grazie ai progressi della ricerca che hanno radicalmente cambiato i criteri di riconoscimento del melanoma, questa malattia è oggi in Europa il secondo tumore meno aggressivo.

Come si formula la diagnosi?

Nel caso in cui si accertino modificazioni della cute o di un neo, è consigliabile recarsi senza indugio dal medico curante, che procede alla visita e fa domande sulla storia familiare e sulle condizioni generali. Dopo la visita, se ha il sospetto che la lesione osservata possa essere un melanoma, può suggerire di consultare il **dermatologo** per una più ap-



Ogni adulto dovrebbe sottoporsi almeno una volta nella vita ad un esame della cute da parte di un dermatologo esperto, anche o soprattutto in assenza di sintomi, al fine di definire la 'normalità' della sua cute e avere un riferimento per riconoscere tempestivamente la comparsa del melanoma.

La diagnosi precoce è l'arma più efficace nella lotta contro il melanoma.



Dermatologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie della pelle.

profondita valutazione ed eventuale esecuzione di ulteriori esami.

Molto importante per la diagnosi precoce della malattia è la **microscopia in epiluminescenza** (o dermoscopia), un esame di semplice esecuzione che, mediante una telecamera o un oculare di ingrandimento, permette allo specialista di valutare la distribuzione del pigmento nella lesione, di stabilirne la pericolosità e di consigliare il trattamento più indicato. Quest'esame è utile anche per individuare le lesioni pigmentate ad alto rischio di trasformazione.

Una tecnica diagnostica innovativa, ma ancora in fase di sviluppo e presente in pochi centri, è rappresentata dal **microscopio laser confocale**, che permette di valutare le lesioni cutanee appoggiando lo strumento direttamente sulla pelle del paziente. La risoluzione delle immagini così ottenute consente di visualizzare le strutture cellulari con un'accuratezza molto simile a quella dell'esame istologico tradizionale.

In ogni caso, l'esame istologico è l'unica indagine che consente la diagnosi definitiva. Se il dermatologo ha il sospetto che un neo sia un melanoma, deve eseguire una **biopsia** asportando il neo sospetto interamente o in parte ed inviandolo all'**anato-patologo** per l'esame al microscopio che consente di accertare l'eventuale presenza di cellule tumorali. L'asportazione chirurgica rappresenta, quindi, lo strumento più efficace per avere la certezza diagnostica. Si esegue di solito ambulatorialmente con somministrazione di un **anestetico** locale e successivo invio della lesione asportata all'anatomia patologica di riferimento.

Richiedere un secondo parere

Le decisioni sul trattamento possono essere complesse. In molti casi la prima diagnosi viene ottenuta presso strutture ospedaliere periferiche e a volte il paziente si sente tranquillizzato se può avere il parere di un altro medico in una struttura universitaria oppure oncologica di riferimento per

un'ulteriore valutazione sulla diagnosi e sul trattamento da proporre. Un breve ritardo (poche settimane) non pregiudica certo l'efficacia del trattamento, ed è senz'altro preferibile spendere qualche giorno in più piuttosto che agire di fretta e concludere tutti gli atti diagnostici e terapeutici in un ambiente non adeguatamente competente, perché ciò potrebbe rendere il risultato finale meno rassicurante sul piano oncologico.

Per sapere a chi rivolgersi per un consulto è possibile chiedere indicazioni:

- al medico curante, che può consigliare in base al problema un altro medico specialista nel trattamento del melanoma, per esempio un **dermatologo**, un **oncologo**, un chirurgo o un **chirurgo plastico** di un centro di riferimento regionale per la cura del melanoma e dei tumori cutanei;
- all'Ordine dei Medici della provincia, agli ospedali o alle scuole di medicina per avere i nomi di alcuni specialisti;
- alla **Società Italiana di Dermatologia (SIDEMAST)**, alla **Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO)**, all'**Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)** o all'**Intergruppo Melanoma Italiano (IMI)** per avere i nomi degli specialisti che operano nella provincia/regione di residenza;
- al forum per il melanoma di *Sportello Cancro* del Corriere della Sera;
- ad AIMaC e A.I.Ma.Me. che sono in grado di segnalare i centri per la cura dei tumori e gli istituti universitari di riferimento regionali.

La stadiazione

Conoscere l'estensione della malattia tumorale consente di ottenere lo stadio clinico del tumore, informazione che



Biopsia: prelievo di un campione di cellule o di tessuto che sarà esaminato al microscopio per valutare le caratteristiche morfologiche e chimiche delle cellule di un tumore.

Anatomo-patologo: medico specialista, esperto nella diagnosi delle malattie attraverso lo studio delle cellule e dei tessuti al microscopio.

Anestetico: farmaco che ha l'effetto di far perdere la sensibilità o la coscienza. Gli anestetici locali hanno questi effetti in una parte dell'organismo, quelli generali addormentano.



L'esame istologico è l'unica indagine che consente la diagnosi definitiva.



Dermatologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie della pelle.

Oncologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento dei tumori con l'impiego di chemioterapia, terapia ormonale, ecc. tranne della radioterapia (per questa lo specialista è il radioterapista). Coordina il trattamento fornito da altri specialisti ed è spesso il principale punto di riferimento per il paziente.

Chirurgo plastico: medico specialista, esperto nella riduzione di cicatrici o deturpazioni dell'aspetto fisico in conseguenza di incidenti, difetti congeniti oppure trattamenti per alcune malattie.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulato sulla base delle condizioni del malato, delle possibilità terapeutiche, delle possibili complicazioni o delle condizioni ambientali.



www.aiom.it
[forum.corriere.it / sportello_cancro_il_melanoma/archivio.html](http://forum.corriere.it/sportello_cancro_il_melanoma/archivio.html)
www.melanomaimi.it
www.sicoonline.org
www.sidemast.org



Stadio: termine tecnico usato per descrivere l'invasività locale del tumore e soprattutto la sua eventuale diffusione.

Metastasi: cellule tumorali staccatesi dal tumore primitivo che si diffondono attraverso i vasi sanguigni o linfatici, raggiungendo in tal modo altri organi.



Benché si parli comunemente di tomografia assiale computerizzata o TAC, l'aggettivo 'assiale' è oggi inappropriato, perché le nuove tecniche a spirale consentono di ottenere più immagini in una sola scansione, mentre la scansione solo sul piano assiale, ossia trasversale, permetteva di produrre un'immagine alla volta.



Mezzo di contrasto: sostanza moderatamente radioattiva contenente iodio, che si somministra sotto forma di bevanda o di iniezione attraverso una vena del braccio.

è utile allo specialista per valutare la **prognosi** e stabilire il trattamento più idoneo per il singolo caso.

Stadiazione

Stadio è un termine utilizzato convenzionalmente dai medici per descrivere l'estensione locale di un tumore e soprattutto la sua eventuale diffusione al di fuori dell'organo da cui ha avuto origine (**metastasi**). La stadiazione rappresenta, quindi, un momento indispensabile per inquadrare correttamente i passi terapeutici e i successivi controlli. Per una stadiazione corretta, il clinico (dermatologo, chirurgo, oncologo) che ha in carico il paziente può richiedere diversi esami. Se non vi sono sintomi, possono essere sufficienti analisi del sangue, radiografia del torace, ecografia del fegato e delle stazioni linfonodali regionali, ossia più vicine, mentre indagini più approfondite possono essere richieste in presenza di sintomi particolari o quando il sospetto di metastasi sia più elevato. Queste possono includere tomografia computerizzata, risonanza magnetica o tomografia con emissione di positroni (PET).

Tomografia computerizzata (TC): tecnica radiologica che permette di ottenere una valutazione molto accurata delle strutture interne del nostro corpo con una risoluzione che si avvicina ai 2-3 millimetri. Questa tecnica, la cui esecuzione richiede circa 10-30 minuti, è di per sé indolore e ben tollerata.

In campo oncologico, per ottenere immagini ancora più chiare il radiologo in genere impiega un **mezzo di contrasto** contenente iodio che viene somministrato per iniezione in vena. Prima della TC si devono eseguire degli esami del sangue e delle urine, i cui risultati devono essere consegnati al radiologo. All'inizio della procedura il medico inietta il mezzo di contrasto in una vena del braccio. Talvolta questa sostanza può causare un lieve senso di bruciore, ma questa sensazione scompare rapidamente. È importante informare preventivamente il medico se si soffre di aller-

gia allo iodio o di asma per prevenire una reazione piuttosto seria. La TC determina l'acquisizione di un'importante dose di raggi X.

Risonanza magnetica nucleare (RMN): procedura diagnostica simile alla TC, ma usa i campi magnetici anziché i raggi X per dare una serie di immagini in sezione trasversale delle strutture interne dell'organo oggetto dell'esame. La presenza di pacemaker, clip chirurgiche, perni ossei, ecc. costituisce una controindicazione all'utilizzo della RMN. È bene informare il medico se si è lavorato nell'industria dei metalli, perché talvolta particelle metalliche anche microscopiche possono essersi infiltrate nell'organismo. Se sussistono controindicazioni, la RMN può essere sostituita con un altro esame.

In alcuni casi si fa uso di un **mezzo di contrasto** iniettato in una vena del braccio allo scopo di migliorare la qualità delle immagini. L'esame dura circa 30-60 minuti, durante i quali si deve rimanere quanto più fermi possibile sul lettino all'interno di un cilindro di metallo.

Tomografia ad emissione di positroni (PET): procedura diagnostica che si basa sulla conoscenza che le cellule tumorali assorbono più **glucosio** delle cellule normali; sfruttando questa proprietà consente di documentare la presenza di tumori anche di piccole dimensioni ed è utilizzata soprattutto qualora si sospetti una **recidiva** della malattia. Per questo un paio d'ore prima dell'esame si somministra in vena un composto contenente glucosio marcato radioattivamente, che si diffonde in tal modo in tutto il corpo. Attraverso il computer il medico nucleare visualizza le parti che hanno assorbito maggiormente il glucosio e valuta il significato di quest'assorbimento.

Nella fase diagnostica, sulla base delle caratteristiche del melanoma, può essere necessario asportare i linfonodi adiacenti per esaminarli al microscopio e verificarne l'invasione effettuando quella che viene chiamata biopsia



Mezzo di contrasto: sostanza moderatamente radioattiva contenente iodio, che si somministra sotto forma di bevanda o di iniezione attraverso una vena del braccio.

Glucosio: uno zucchero.

Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

del linfonodo sentinella.

Normalmente il melanoma si classifica secondo quattro stadi:

- **stadio I e II:** non sono presenti metastasi;
- **stadio III:** sono presenti metastasi ai linfonodi regionali;
- **stadio IV:** sono presenti metastasi a distanza.

Una volta accertata la diagnosi ed effettuata la stadiazione del tumore, il clinico elabora un piano di trattamento su misura per le sue esigenze del paziente, tenendo conto dell'età e delle condizioni generali, delle caratteristiche e dell'estensione del tumore, e di altri eventuali fattori.

Quali sono i tipi di trattamento usati?



I trattamenti per il melanoma comprendono:
- chirurgia, fondamentale nella maggior parte dei casi per la diagnosi definitiva;
- terapia farmacologica (chemioterapia, terapia a bersaglio molecolare, immunoterapia);
- radioterapia.

Chirurgia

È di solito il trattamento di prima scelta per il melanoma localizzato. L'asportazione del neo sospetto è il primo passo per ottenere la diagnosi. Normalmente dopo l'asportazione del melanoma primario e l'esame istologico si esegue un secondo intervento di ampliamento della prima asportazione di cute attorno alla cicatrice e, quando indicato, anche di simultanea ricerca del linfonodo sentinella (v. pag. 27). In caso di metastasi ai linfonodi locoregionali, la chirurgia resta il trattamento di prima scelta che si consiglia sempre di eseguire presso i centri di riferimento regionali per la cura del melanoma.

Terapia farmacologica

Le terapie a base di farmaci impiegate per il trattamento del melanoma in fase avanzata comprendono la terapia a bersaglio molecolare, l'immunoterapia e, in caso di fallimento di tutte le possibilità offerte da questi nuovi ap-

procci terapeutici, anche la classica chemioterapia.

La radioterapia

Le cellule del melanoma non sono particolarmente sensibili alla radioterapia, il cui impiego è limitato quasi esclusivamente ai casi di melanoma con presenza di metastasi ossee e cerebrali.

Pianificazione del trattamento

Un'équipe composta da vari specialisti - tra cui un chirurgo specializzato nella chirurgia dei tumori, un **oncologo**, un **radioterapista**, un **radiologo**, un **anatomopatologo**, un infermiere specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, un **nutrizionista**, un fisioterapista e uno psicologo - si prende cura di elaborare il piano di trattamento, tenendo conto di vari fattori quali l'età, le condizioni generali e lo stadio del tumore.

È bene che il paziente si assicuri di avere ricevuto tutte le informazioni sui diversi trattamenti proposti (che cosa comporta ognuno di essi e quali sono i potenziali effetti collaterali). È utile discutere dei pro e contro di ogni trattamento con i singoli specialisti e con il medico di famiglia.

Il consenso informato

Prima di procedere a qualunque trattamento il medico ha il dovere di spiegare dettagliatamente al paziente lo scopo, le modalità e le conseguenze che questo potrebbe avere; quindi, gli chiede di firmare un apposito modulo di consenso, con il quale il paziente autorizza il personale sanitario ad attuare tutte le procedure necessarie. Nessun trattamento può essere attuato senza il consenso del paziente, che prima di firmare l'apposito modulo deve accertarsi di avere ricevuto tutte le informazioni necessarie su:

- tipo e durata del trattamento consigliato;
- vantaggi e svantaggi;
- eventuali alternative terapeutiche disponibili;



Oncologo: medico specialista, esperto nella diagnosi e nel trattamento dei tumori con l'impiego di chemioterapia, terapia ormonale, ecc. tranne della radioterapia (per questa lo specialista è il radioterapista). L'oncologo coordina il trattamento fornito da altri specialisti ed è spesso il principale punto di riferimento per il paziente.

Radioterapista: oncologo specialista in radioterapia.

Radiologo: medico specialista, esperto nella lettura a fine diagnostico o terapeutico di immagini radiografiche.

Anatomopatologo: medico specialista, esperto nella diagnosi delle malattie sulla base dello studio delle cellule al microscopio.

Nutrizionista: medico specialista, esperto nella valutazione e nel trattamento di tutti gli aspetti collegati alla nutrizione.



Nessun trattamento può essere attuato senza il consenso del paziente.

- rischi o effetti collaterali significativi.

Se le informazioni ricevute non sono chiare, non si deve avere timore di chiedere che siano ripetute. Alcuni trattamenti oncologici sono complessi, per cui i medici sono abituati a spiegare le modalità di trattamento più volte finché il paziente non abbia compreso perfettamente in che cosa consistono e che cosa comportano.

Il paziente ha il diritto chiedere chiarimenti perché è importante che abbia la consapevolezza di come il trattamento sarà effettuato e di quali conseguenze avrà. Se pensa di non essere in grado di decidere subito, può sempre chiedere che gli sia lasciato altro tempo per riflettere.

Il paziente può anche decidere di rifiutare il trattamento. In tal caso il medico gli spiegherà quali conseguenze potrebbe avere tale decisione. L'importante è che informi il medico o l'infermiere che lo hanno in carico, affinché ne prendano nota nella documentazione clinica. Non si deve fornire alcuna spiegazione se si decide di rifiutare il trattamento, ma è bene condividere con i medici le proprie preoccupazioni in modo che possano offrire i consigli più opportuni.



Il chirurgo asporta non solo il neo, ma anche un margine di tessuto sano circostante per ridurre la probabilità di lasciare in sede eventuali cellule tumorali.

La chirurgia

L'intervento chirurgico per l'asportazione del melanoma è il trattamento standard per questo tipo di tumore. Il chirurgo deve inizialmente asportare non solo il neo sospetto, ma anche un margine di tessuto sano circostante allo scopo di ridurre la probabilità che vengano lasciate in sede eventuali cellule tumorali. Qualora l'esame istologico confermi la presenza del melanoma, il chirurgo esegue un secondo intervento detto 'di sicurezza', durante il quale asporta un'area di tessuto che sarà tanto più ampia quanto maggiore risulta lo spessore del tumore.

Oggi si tende a non asportare più i linfonodi regionali a meno che non si sia in presenza di una metastasi linfonodale e/o comunque dopo valutazione del cosiddetto *linfonodo sentinella*. Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo che riceve la linfa direttamente dal tumore, ed è in assoluto il primo linfonodo che può essere interessato dalle cellule tumorali migrate dal melanoma. Se le cellule tumorali sono presenti nel linfonodo sentinella, è possibile che la malattia si estenda anche ad altri linfonodi dello stesso distretto; se nel linfonodo sentinella non sono presenti cellule tumorali, è probabile che non lo siano nemmeno negli altri linfonodi della stessa regione anatomica. Il linfonodo sentinella s'individua con la *linfoscintigrafia*, un esame che consiste nella somministrazione, mediante iniezione intradermica, di una sostanza tracciante debolmente radioattiva. Seguendo i vasi linfatici, il tracciante arriva al linfonodo sentinella, che viene visualizzato da un apparecchio e indicato sulla cute con un pennarello. Il chirurgo asporta quindi il linfonodo sentinella e lo invia al laboratorio per l'esame istologico al microscopio che non può essere estemporaneo, ossia eseguito al momento dell'intervento. Solamente nel caso in cui l'esame istologico confermi la presenza di cellule tumorali, il chirurgo procederà successivamente all'asportazione dell'intera catena dei linfonodi regionali. In caso contrario il paziente è invitato a sottoporsi a controlli periodici.

La chirurgia è un trattamento efficace in presenza di metastasi linfonodali e, in casi selezionati, viscerali.

Da segnalare una tecnica chirurgico-oncologica - l'*elettrochemioterapia* - utilizzata per il trattamento delle lesioni cutanee e sottocutanee che interessano una regione specifica del corpo (arti, tronco, etc.), che spesso diventano fastidiose perché possono accrescersi o sanguinare. L'elettrochemioterapia è in grado di farle regredire e di frenare il sanguinamento. Si esegue per lo più in *day hospital* e consiste nella combinazione di una bassa dose di un farmaco chemioterapico (*bleomicina*) con degli impulsi elettrici applicati direttamente sulle cellule tumorali per mezzo di un



Maggiori informazioni sull'elettrochemioterapia sono disponibili su **Elettrochemioterapia** (La Biblioteca del Girasole).

elettrodo. Gli impulsi elettrici determinano la formazione di pori nella membrana delle cellule tumorali. Questo fenomeno, noto come *elettroporazione*, permette al chemioterapico, che altrimenti non riuscirebbe a penetrare all'interno delle cellule, di agire direttamente contro il tumore, aumentandone l'efficacia. Rispetto ad altre terapie antitumorali, l'elettrochemioterapia ha il vantaggio di non danneggiare il tessuto sano circostante.

In presenza di metastasi multiple localizzate a un arto, al paziente può essere consigliata la perfusione isolata di arto con chemioterapici, una procedura complessa, eseguita soltanto presso alcuni centri, che spesso porta alla cura definitiva delle metastasi cutanee, ma che può essere anche gravata da complicazioni importanti. È bene, quindi, che prima dell'intervento il paziente discuta dei pro e contro con il chirurgo oncologo.

Effetti collaterali

Gli effetti collaterali della chirurgia dipendono principalmente dalle dimensioni e dalla localizzazione dell'intervento per il melanoma o per l'asportazione delle metastasi, in genere ai linfonodi, e quindi anche dall'estensione dell'intervento. La durata della convalescenza varia da intervento a intervento e da soggetto a soggetto, ad esempio in base alla presenza o meno di altre patologie (es. diabete o problemi vascolari).

Accusare dei fastidi nei primi giorni dopo l'intervento è normale, ma il dolore può essere controllato con la somministrazione di farmaci.

Alcuni pazienti possono preoccuparsi della presenza della cicatrice. Per evitare che questa sia troppo estesa, il chirurgo asporta solo la quantità di tessuto indispensabile, senza, però, accrescere le probabilità di recidiva. In generale, la cicatrice conseguente all'asportazione di un melanoma in stadio iniziale è piccola (spesso è lunga 3-4 cm) e tende ad attenuarsi col tempo. Se, invece, il melanoma è esteso e voluminoso, il chirurgo deve asportare un'area più vasta

di cute circostante e di tessuto sottocutaneo (ma solo in casi rari deve asportare la fascia e il muscolo sottostante). In alcune aree della superficie cutanea non sempre si riesce ad eseguire una ricostruzione cutanea mediante sutura diretta e si rende necessaria una ricostruzione plastica più complessa, con lembi cutanei o addirittura con un innesto di pelle. In questi casi il risultato estetico può apparire meno soddisfacente, ma la situazione oncologica e la sede del tumore non permettevano soluzioni differenti.

L'asportazione chirurgica dei linfonodi ascellari o **inguinali** può danneggiare il **sistema linfatico**, rallentando lo scarico della linfa dall'arto superiore o da quello inferiore. Di conseguenza, la linfa si accumula causando un **linfedema** dell'arto coinvolto. Tale complicanza è molto frequente per quanto riguarda l'arto inferiore, meno per l'arto superiore. Per tale motivo, una volta consolidata la guarigione della ferita, è consigliabile l'uso di speciali calze elastiche. In caso di linfedema, qualora ciò sia causa di fastidi, il medico curante o l'infermiere/a possono consigliare al paziente di eseguire degli esercizi e rivolgersi a specialisti per il trattamento del linfedema. In linea di principio l'attività fisica può contribuire significativamente a ridurre il linfedema.

La complicanza più importante che può coinvolgere l'asportazione dei linfonodi del collo e della parotide si caratterizza con un danno alle strutture nervose che sono presenti in questo distretto corporeo. I nervi più frequentemente coinvolti sono nel caso di svuotamento linfonodale del collo con parotidectomia, il nervo facciale che permette la motilità della muscolatura della fronte, delle palpebre e delle labbra, mentre in caso di semplice svuotamento del collo, i nervi spinale (motilità del muscolo trapezio), linguale e frenico (motilità del diaframma).

La chemioterapia



Inguinale: localizzato nell'inguine (v. sotto).

Inguine: la regione del corpo in cui la coscia si unisce all'anca.

Sistema linfatico: elemento del sistema immunitario, il sistema naturale di difesa dell'organismo dalle infezioni e dalle malattie. È costituito da vari organi quali il midollo osseo, il timo, la milza e i linfonodi, collegati tra loro da una rete di minuscoli vasi detti vasi linfatici. Nel sistema linfatico fluisce la linfa, un liquido giallo contenente i linfociti, ossia le cellule che devono combattere le malattie.

Linfedema: accumulo di liquido nei tessuti che appaiono quindi gonfi. Interessa braccia o gambe dopo l'asportazione chirurgica dei linfonodi ascellari o inguinali.



Maggiori informazioni sul linfedema sono disponibili su **Il linfedema** (La Collana del Girasole).



Maggiori informazioni sono disponibili su **La chemioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIOM, Associazione Italiana di Oncologia Medica.

Maggiori informazioni sui singoli farmaci sono disponibili sulle **Schede sui farmaci antitumorali**, che possono essere richieste alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricate dal sito www.aimac.it.

Fino a pochi anni fa la chemioterapia era l'unica arma proponibile in caso di malattia non più operabile. Oggi riveste un ruolo decisamente secondario.

La chemioterapia consiste nella somministrazione di uno o più particolari farmaci antitumorali (o antiproliferativi), che si somministrano talvolta per bocca sotto forma di compresse, ma più comunemente per endovena, ossia iniettandoli direttamente in vena. Nell'uno e nell'altro caso il farmaco entra nel circolo ematico che lo trasporta in tutto l'organismo. Per questo la chemioterapia è un *trattamento sistemico*, che vuol dire che può agire sulle cellule tumorali in tutto l'organismo.

Se il melanoma si è sviluppato solo su un arto, si può considerare la somministrazione per *perfusione ipertermica antitumorale in circolazione extracorporea*. Questa tecnica consiste nell'isolare temporaneamente il flusso sanguigno all'arto interessato tramite l'applicazione di un circuito di sangue riscaldato extracorporeo e nella somministrazione di alte dosi di farmaco direttamente nel sangue che circola mediante una pompa esterna nell'arto in questione. In questo modo il paziente riceve la terapia proprio nell'area in cui si è sviluppato il melanoma localmente avanzato in modo da non essere più operabile.

La chemioterapia si attua di solito in cicli di trattamento, della durata normalmente di alcune ore e in alcuni casi di qualche giorno, ai quali segue un periodo di riposo di alcune settimane per consentire all'organismo di riprendersi dagli eventuali effetti collaterali. Il numero di cicli dipende dal tipo di malattia e dalla sua risposta ai farmaci. Solitamente la chemioterapia si esegue in regime ambulatoriale o in *day hospital*, ma, a seconda dei farmaci somministrati e delle condizioni generali del malato, potrebbe essere necessaria una breve degenza in ospedale.

I chemioterapici più utilizzati sono la *dacarbazina*, la *temozolamide*, la *fotemustina*. È stata recentemente dimostrata l'efficacia di un nuovo chemioterapico di nome *abraxane*, che tuttavia, in Italia non è ancora indicato per il trattamento

del melanoma.

La chemioterapia viene attuata quando il melanoma si è diffuso dal sito primitivo ad altri organi.

Effetti collaterali

Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto, e se anche dovessero essere spiacevoli, di solito possono essere facilmente controllate con appositi farmaci. L'importante è non pretendere di fare tutto ciò che si svolgeva prima senza sforzo e prendersi il tempo necessario per far riposare il fisico. Si deve, tuttavia, tenere presente che le attuali modalità di somministrazione e i numerosi trattamenti per prevenire gli effetti collaterali hanno reso la chemioterapia molto più tollerabile rispetto al passato. I farmaci comunemente usati per il trattamento del melanoma possono causare affanno, problemi renali, caduta dei capelli, formicolio o intorpidimento delle dita di mani e piedi e anche del volto, oppure a volte perdita dell'udito. La maggior parte degli effetti collaterali della chemioterapia scompare una volta concluso il trattamento, anche se alcuni, per esempio formicolio, intorpidimento e caduta dei capelli, possono persistere anche dopo la conclusione della chemioterapia.

La terapia a bersaglio molecolare

Le terapie a bersaglio molecolare nascono dalle ricerche più recenti. Il loro meccanismo di azione si basa sulla capacità di legarsi specificamente ai bersagli molecolari identificati nelle cellule tumorali. Per questo motivo sono definite anche terapie 'mirate'. Questo particolare meccanismo ne rende altamente selettiva l'azione, lasciando del tutto inalterate le cellule normali, contrariamente a quanto avviene con la chemioterapia 'classica'.

Le terapie a bersaglio molecolare possono essere utiliz-



Le reazioni alla chemioterapia variano da soggetto a soggetto.



Maggiori informazioni sulla caduta dei capelli sono disponibili su **La caduta dei capelli** (La Collana del Girasole).

zate soltanto se nelle cellule tumorali o, in alcuni casi, nel sangue o in altri campioni biologici prelevati dal paziente, si rileva la presenza di alcuni 'marcatori' diagnostici specifici, che indicano, a loro volta, la presenza, nel tumore, di uno o più bersagli molecolari. Se questi marcatori sono assenti, il paziente verrà trattato con le terapie disponibili più adatte al suo caso. Le terapie a bersaglio molecolare sono disponibili solo presso i centri di riferimento regionali.

In sostanza, la terapia a bersaglio molecolare consente un trattamento specifico e selettivo mirato a correggere la **mutazione genetica** che è causa della malattia attraverso l'inibizione o la stimolazione del bersaglio molecolare tipicamente alterato in quella determinata malattia. Individuare la mutazione genetica alla base della malattia è fondamentale perché ogni mutazione predispone alla risposta a una terapia specifica.

Nello sviluppo del melanoma sono coinvolte più mutazioni genetiche: quella correlata principalmente con melanomi associati con l'esposizione intermittente al sole, quella correlata con i melanomi della cute esposta cronicamente al sole (come il volto) e quella correlata con i melanomi della cute minimamente esposta al sole (ad esempio mani e piedi, ecc.). Le mutazioni identificate come le più frequenti e le più importanti sono quelle a carico del gene BRAF, che si riscontrano in circa la metà dei casi di melanoma. Questi pazienti possono beneficiare della terapia a bersaglio molecolare. In tempi recenti è stato introdotto negli Stati Uniti e in Europa il *vemurafenib* (Zelboraf®), un farmaco che agisce 'spegnendo' la proteina mutata del gene BRAF. Un altro farmaco che ha dimostrato efficacia nei pazienti con melanoma avanzato e presenza di mutazione del gene BRAF è il *dabrafenib* (Tafinlar®), un inibitore di BRAF. Da ricordare sono anche i farmaci inibitori del gene MEK *trametinib* (Mekinist®) e *cobimetinib* (Cotellic®). Infine, è stata dimostrata l'efficacia clinica per un nuovo inibitore di BRAF mutato, *encorafenib*, e di MEK, *binimetinib*.



Mutazione genetica: modifica che altera un singolo gene del corpo umano.



Maggiori informazioni sulla terapia a bersaglio molecolare sono disponibili su **La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente** (La Biblioteca del Girasole).

Maggiori informazioni sui singoli farmaci sono disponibili sui **Profili Farmacologici**, che possono essere richiesti alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricati dal sito www.aimac.it.

Nell'1-3% dei melanomi - soprattutto quelli delle mucose, delle mani e dei piedi o del volto - sono presenti mutazioni a carico del gene c-KIT che possono trarre beneficio dal trattamento con farmaci a bersaglio molecolare quali *imatinib* (Glivec®) o *nilotinib* (Tasigna®).

È stato dimostrato che l'associazione di farmaci inibitori del gene BRAF con quelli inibitori del gene MEK è ampiamente superiore alla terapia con il solo BRAF-inibitore in termini di controllo di malattia e di minor numero di effetti collaterali cutanei. L'utilizzo combinato di questi farmaci sembra ritardare lo sviluppo di resistenza alle terapie molecolari nelle cellule tumorali e causare minori effetti collaterali nei pazienti. Sulla base di queste evidenze, il trattamento combinato di inibitore di BRAF mutato e inibitore di MEK è significativamente superiore in termini di efficacia e attività rispetto al trattamento con BRAF inibitore da solo.

Effetti collaterali

Le reazioni alla terapia a bersaglio molecolare variano da soggetto a soggetto e di solito possono essere facilmente controllate con appositi farmaci.

Gli effetti collaterali più frequenti sono dolori articolari, stanchezza, arrossamento cutaneo, caduta dei capelli, formazione di calli alle mani e piedi, prurito, secchezza della pelle e **fotosensibilità**.

Per alleviare la reazione alla luce del sole è bene evitare di esporsi ai raggi solari anche involontariamente (come ad esempio stando in auto o scendendo in giardino). È utile ed importante proteggersi sempre con creme solari ad alta protezione e indossando abiti coprenti (ad esempio, vestiti a maniche lunghe, pantaloni, ecc.). È sconsigliatissimo andare al mare o in montagna.

Un effetto collaterale importante causato dagli inibitori del gene BRAF è lo sviluppo di **cheratosi** e di altre formazioni cutanee, tra cui anche il carcinoma a **cellule squamose**, che deve essere rimosso chirurgicamente. Tuttavia, l'insorgenza



Le reazioni alla terapia a bersaglio molecolare variano da soggetto a soggetto.



Maggiori informazioni sulla caduta dei capelli sono disponibili su **La caduta dei capelli** (La Collana del Girasole).



Fotosensibilità: intolleranza alla luce del sole.

Cheratosi: alterazione dell'epidermide, lo strato più superficiale della cute, che aumenta di spessore al punto da raggiungere un livello sopraelevato rispetto alla cute circostante, formando così un'escrescenza di colore bruno-grigiastro, dall'aspetto simile a una verruca.

Cellule squamose: cellule di grandi dimensioni, piatte, di forma non regolare, composte da nucleo centrale piccolo e citoplasma abbondante.



Antipiretici: farmaci per far diminuire o scomparire la febbre.

di queste lesioni non rappresenta un problema perché hanno un decorso benigno. Per questo motivo, durante il trattamento con gli inibitori di BRAF (*vemurafenib* e *dabrafenib*), è utile un controllo periodico dal dermatologo.

Un altro effetto collaterale tipico del *dabrafenib* e della combinazione *dabrafenib* + *trametinib* è la febbre dovuta all'azione dei farmaci e non alla presenza di infezioni. La sospensione temporanea della terapia (2-3 giorni) e il trattamento con **antipiretici** vengono utilizzati per risolvere tale effetto collaterale.



Sistema immunitario: il sistema naturale di difesa dell'organismo contro le infezioni.



Maggiori informazioni sui singoli farmaci sono disponibili sui **Profili Farmacologici**, che possono essere richiesti alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricati dal sito www.aimac.it.

L'immunoterapia

L'immunoterapia (detta anche terapia biologica o bioterapia) serve a potenziare l'azione del **sistema immunitario** contro la malattia attraverso la somministrazione di farmaci detti *anticorpi monoclonali*.

Al giorno d'oggi, una delle principali innovazioni nel trattamento del melanoma viene dalla disponibilità di *ipilimumab* (Yervoy®), un anticorpo diretto contro la proteina CTLA-4 presente sulla superficie delle cellule del sistema immunitario. Questo farmaco agisce legandosi a una sostanza presente sulle cellule del sistema immunitario, che in condizioni normali ha un'azione 'frenante' sulla risposta immunitaria. In pratica, il nostro sistema immunitario può essere paragonato a una macchina in cui l'acceleratore è formato da alcune sostanze che insieme ad altre stimolano la risposta immunitaria, il freno da sostanze che limitano la velocità e potenza del sistema immunitario, e lo sterzo 'guida' la risposta immunitaria in modo da dirigerla sicuramente contro le cellule tumorali. Uno dei freni alla velocità di risposta del sistema immunitario è rappresentato dalla proteina CTLA-4. Normalmente quest'azione è necessaria per evitare che una reazione eccessiva del sistema immu-

nitario finisca con il danneggiare l'organismo. Il melanoma è in grado di utilizzare questo 'freno' per non essere aggredito dal sistema immunitario. La terapia con *ipilimumab* consente di rimuovere il freno e quindi di permettere al sistema immunitario di correre ad alta velocità. L'*ipilimumab* si è dimostrato molto efficace nella terapia del melanoma con metastasi al punto da portare alla cronicizzazione della malattia, vale a dire che il paziente continua a stare bene per molti anni convivendo con le sue metastasi. L'*ipilimumab* si somministra per endovena, in regime di *day hospital*, per 4 cicli con un intervallo di tre settimane tra un ciclo e l'altro.

Più recentemente sono stati introdotti nella pratica clinica i farmaci inibitori di PD1 (*nivolumab* e *pembrolizumab*), che si sono dimostrati più efficaci dell'*ipilimumab*, con attività significativa anche nei pazienti insensibili a quest'ultimo farmaco e che, nel 2016, hanno ottenuto la rimborsabilità dell'AIFA nel trattamento del melanoma avanzato (stadio IV o III non trattabile chirurgicamente). Il PD1 è un recettore (il suo **ligando** è principalmente il PD-L1) che è presente direttamente sulle cellule tumorali e rappresenta un altro potente freno alla risposta del sistema immunitario.

Recenti studi hanno infine dimostrato attività ed efficacia della combinazione di anti-CTLA-4 e anti-PD-1. A fronte di una maggiore efficacia clinica della combinazione rispetto all'impiego di *nivolumab* e di *ipilimumab* come agenti singoli, è stata però riscontrata una maggiore incidenza di eventi avversi anche di grado più elevato.

Effetti collaterali

Gli effetti collaterali più frequenti causati dall'immunoterapia sono arrossamento e prurito, colite, diarrea, aumento delle **transaminasi**, alterato o ridotto funzionamento delle ghiandole endocrine (soprattutto la tiroide e l'ipofisi).

Questi effetti collaterali si curano con il cortisone. È importante, in caso di effetti collaterali, contattare immediatamente il dermatologo di riferimento per iniziare subito la



Ligando: molecola che interagisce con il recettore.

Transaminasi: enzima, ossia sostanza proteica, che si trova soprattutto nelle cellule del fegato.



Gli effetti collaterali della radioterapia dipendono dalla dose irradiata e dall'area sottoposta a irradiazione.



Alopecia: caduta di capelli/peli.



Maggiori informazioni sulla terapia radiante sono disponibili su **La radioterapia** (La Collana del Girasole); DVD prodotto da AIMaC in collaborazione con AIRO, Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica.



Recidiva: ripresa della malattia dopo una fase di risposta completa o parziale alle terapie.

Prognosi: previsione sul probabile andamento della malattia, formulato sulla base delle condizioni del malato, delle possibilità terapeutiche, delle possibili complicazioni o delle condizioni ambientali.

terapia con cortisone.

La radioterapia

La radioterapia consiste nell'uso di radiazioni ad alta energia per distruggere le cellule tumorali e bloccarne la crescita, cercando al tempo stesso di danneggiare il meno possibile le cellule sane. Si effettua presso il centro di radioterapia dell'ospedale e il ciclo si compone di solito di cinque sessioni dal lunedì al venerdì con una pausa nel weekend. La durata del trattamento dipende dal tipo di tumore e dalle sue dimensioni.

La radioterapia è una *terapia locale*, ossia agisce solo contro le cellule presenti nella zona irradiata. Le cellule del melanoma sono particolarmente sensibili alle radiazioni; per tale motivo, il trattamento si esegue quasi sempre con dosi singole elevate e distanziate nel tempo. L'impiego della radioterapia è limitato quasi esclusivamente alle metastasi ossee e cerebrali.

Effetti collaterali

Gli effetti collaterali della radioterapia dipendono dalla quantità di dose irradiata e dall'area sottoposta a irradiazione. Durante il trattamento possono manifestarsi stanchezza e **alopecia**.

Anche se gli effetti collaterali della radioterapia possono essere fastidiosi, scompariranno alla conclusione del trattamento e in ogni caso il medico è di solito in grado di consigliare che cosa fare per attenuarli.

Terapia adiuvante

Si definisce *adiuvante* qualunque terapia che viene som-

ministrata a sostegno del trattamento principale allo scopo di ridurre il rischio di **recidiva** e di migliorare la **prognosi** dopo il trattamento chirurgico. È indicata in quei casi in cui il rischio di recidiva è elevato.

Ad oggi l'unico trattamento disponibile è quello con interferone, anche se il beneficio assoluto per il paziente è molto modesto. Tuttavia, vale comunque la pena di discutere con lo specialista la possibilità di fare o meno tale trattamento, che viene in genere autogestito dal paziente, una volta adeguatamente istruito su come somministrarlo. Sono attualmente in fase di sperimentazione altre terapie adiuvanti con i nuovi farmaci.

I controlli dopo le terapie

Concluse le terapie, il paziente deve sottoporsi a controlli periodici che comprenderanno visite mediche, analisi del sangue e alcuni esami strumentali (TC/RMN/PET, v. pagg. 21-22). È questo ciò che i medici definiscono convenzionalmente *follow-up*. All'inizio i controlli hanno una frequenza più ravvicinata (tre-sei mesi) per poi diradarsi nel tempo (una volta all'anno). Inoltre, se si accusano effetti collaterali dopo il trattamento, nei primi mesi sarebbe consigliabile coinvolgere il medico di famiglia in collaborazione con lo specialista.

Se nei periodi di intervallo tra un controllo e l'altro il paziente avesse dei problemi o avvertisse nuovi sintomi, deve contattare sia il suo medico di famiglia che il centro in cui è stato preso in cura al più presto possibile. Almeno all'inizio, molti pazienti riferiscono di sentirsi molto agitati nei periodi che precedono i controlli. Ciò è assolutamente naturale. In tale situazione potrebbe essere utile avere aiuto dai familiari, dagli amici oppure da una delle orga-



AIMaC potrà fornirvi gli indirizzi e i numeri di telefono (numero verde 840 503579).



nizzazioni che si occupano di malati oncologici: in linea di massima lo specialista psico-oncologo è comunque la persona più indicata per gestire queste problematiche.

La comunicazione in famiglia

Generalmente non è facile parlare di cancro, soprattutto quando la persona malata è un congiunto o un amico. Rispetto a tale difficoltà, le reazioni sono varie e individuali. Talvolta l'evento cancro è inizialmente negato e ci si comporta come se niente fosse. Spesso il silenzio rispetto alla malattia e alle sue conseguenze è un modo per proteggere sia la persona malata sia il familiare dai forti sentimenti di angoscia, incertezza, paura e rabbia. Purtroppo, però, la mancanza di comunicazione può rendere ancor più difficile affrontare la malattia e può contribuire ad accrescere la sensazione di solitudine della persona malata. Saper ascoltare è un modo per facilitare la comunicazione con la persona malata, lasciandola libera di esprimere solo quanto si sente rispetto alla propria situazione, ma è fondamentale anche concedersi di manifestare le proprie emozioni, senza averne timore.

Parlare ai bambini: Il modo migliore per comunicare con i bambini è un approccio schietto e onesto, perché anche i più piccoli percepiscono che qualcosa non va, e le fantasie che si sviluppano attorno a situazioni che non si capiscono possono essere di gran lunga peggiori della realtà. L'importante è comunicare la verità nel modo più appropriato alla loro età. Gli adolescenti vivono una fase evolutiva in cui si provano sentimenti contrastanti verso i genitori, manifestando la loro rabbia e desiderio di autonomia anche attraverso parole e comportamenti spiacevoli. La malattia del genitore può accentuare la rabbia nei suoi confronti, portandoli a distaccarsi, ma al tempo stesso può alimentare le angosce, accentuando bisogni di attenzione e di accudimento.



Maggiori informazioni e consigli sul modo migliore per comunicare con una persona malata di cancro sono disponibili su **Non so cosa dire – Come parlare al malato di cancro** (La Collana del Girasole).

Maggiori informazioni e consigli sono disponibili su **Che cosa dico ai miei figli? – Una guida per il genitore malato di cancro** (La Collana del Girasole).



Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo.

Come aiutare se stessi

Mantenere un atteggiamento mentale positivo può aiutare il fisico ad affrontare meglio le terapie. Una reazione comune di fronte alla diagnosi di tumore è affidarsi completamente ai medici e agli ospedali. In parte ciò è vero, ma ci sono molte cose che il paziente può fare. Essere informati sulla malattia e sui trattamenti significa ricoprire un ruolo attivo. Non esitare a porre domande, anche se sono le stesse, e se lo si desidera chiedere al dermatologo di essere tenuto sempre al corrente della situazione.

Sentirsi affaticati e svogliati è normale, come lo è l'alternanza di giornate in cui ci si sente abbastanza bene e altre, invece, in cui i momenti di sconforto prenderanno il sopravvento. In tali casi non esitare a richiedere un aiuto specializzato, a cui troppo spesso non si ricorre per paura di mostrare gli aspetti più vulnerabili di sé.

Alcune persone cercano di vivere una vita quanto più normale possibile e sentono il desiderio di stabilire nuove priorità ascoltando maggiormente i propri bisogni: trascorrere più tempo con i propri cari, fare le vacanze che si sono sempre sognate o dedicarsi a interessi che venivano tralasciati e rimandati nel tempo. Mantenere la propria vita sociale e professionale può essere d'aiuto, ma non farsi problemi se si avverte il bisogno di riposare. Fare un po' di esercizio fisico, purché non sia troppo impegnativo, solleva lo spirito e aiuta ad allentare la tensione. È sempre bene, tuttavia, consultare il dermatologo prima di iniziare qualunque programma di esercizi fisici.

Anche se in alcuni momenti forse si avrà voglia di stare un po' soli con se stessi, condividere i propri sentimenti con gli altri può aiutare ad affrontare la malattia e i trattamenti. A volte il periodo più difficile è rappresentato proprio dalla fine del trattamento, poiché uscire dall'ospedale e da un



Mantenere una progettualità.



Imparare a volersi bene.

iter terapeutico stabilito può provocare un senso di solitudine e incertezza. Molti dichiarano di sentirsi depressi ed emotivamente fragili, e non contenti e sollevati come, invece, avrebbero pensato. Altri ritengono che parlare con un professionista esperto nell'assistenza ai pazienti oncologici possa aiutarli ad individuare le criticità e le risorse disponibili durante la malattia. Essendo una persona competente ed esterna, rispetto al malato e alla sua rete familiare, può aiutare a districare pensieri, sentimenti e idee non sempre facili da esternare e spesso difficili da condividere.

Può giovare anche partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto, in cui si conoscono altre persone che vivono la stessa esperienza. Condividere le emozioni e i pensieri in uno spazio protetto insieme a persone che vivono la stessa esperienza può essere un modo per dare espressione a quei sentimenti di cui si è preferito non parlare con parenti e amici, oltre che un mezzo per apprendere qualche 'dritta' utilissima per affrontare i problemi della vita quotidiana.



Richiedere il sostegno psicologico.



Partecipare ai gruppi di sostegno psicologico e di auto-mutuo aiuto.



La helpline di AIMaC: un servizio che risponde in tempo reale alle domande dei malati di cancro e dei loro familiari, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00 **numero verde 840 503579**, e-mail **info@aimac.it**.



Maggiori informazioni sono disponibili su ***I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico*** (La Collana del Girasole).

I trattamenti non convenzionali

I trattamenti non convenzionali¹ possono essere utili per migliorare la qualità della vita e il benessere dei pazienti e, a volte, sono in grado di ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia. Molti pazienti ritengono che diano loro più forza per affrontare i trattamenti e maggiore fiducia nel beneficio che ne otterranno.

Alcune tecniche a mediazione corporea, come la meditazione o la visualizzazione di immagini, contribuiscono a ridurre l'ansia e possono essere messe in atto sia alla presenza di un esperto che da soli. Altre, come ad esempio i massaggi dolci, richiedono l'intervento di familiari o curanti, e possono essere utili per aiutare la persona malata a provare sensazioni benefiche.

Il contatto fisico, il semplice sfioramento delle dita possono essere un potente strumento di sostegno per persone che devono affrontare un futuro di incertezze, ansia e dolore, a livello fisico ed emotivo. Sfiore qualcuno con dolcezza è anche un modo per esprimere amore e solidarietà.

Alcuni ospedali, ASL e associazioni di volontariato oncologico offrono la possibilità di seguire delle terapie complementari, tra le quali massaggi, agopuntura, aromaterapia, tecniche di rilassamento. Queste ultime hanno l'effetto di rilassare la tensione muscolare, ridurre lo stress, mitigare la stanchezza e lenire il dolore, migliorare il sonno, recuperare il controllo delle emozioni.

1. Per chiarezza, va spiegato che con il termine trattamenti si definiscono tutte quelle pratiche che possono migliorare le condizioni fisiche e la qualità della vita del malato, anche se non vi è certezza sulla loro reale capacità di favorire la guarigione. I trattamenti si distinguono in:

convenzionali: sono quelli utilizzati dai medici (chirurgia, radioterapia e chemioterapia), che sono stati validati da numerosi studi clinici e la cui efficacia è universalmente riconosciuta;
non convenzionali: sono tutti i metodi che non rientrano tra i trattamenti convenzionali e che si suddividono in:

a. *trattamenti complementari:* sono utilizzati come integrazione o, come indica la definizione, complemento ai trattamenti convenzionali;

b. *trattamenti alternativi:* sono utilizzati in sostituzione dei trattamenti convenzionali.

Gli studi clinici

Gli studi clinici sono sperimentazioni condotte sui pazienti per varie finalità:

- testare nuovi trattamenti;
- verificare se i trattamenti disponibili, combinati o somministrati in maniera diversa, sono più efficaci o causano meno effetti collaterali;
- confrontare l'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo dei sintomi;
- studiare il principio di azione dei farmaci antitumorali;
- vedere quali trattamenti hanno il miglior rapporto costo-beneficio.

Gli studi clinici costituiscono l'unico modo affidabile per verificare se il nuovo trattamento (chirurgia, chemioterapia, radioterapia, ecc.) è più efficace di quello o quelli al momento disponibili.

Partecipare ad uno studio clinico significa avere la possibilità di essere sottoposti al trattamento in sperimentazione o, se si fa parte del gruppo di controllo, di ricevere il miglior trattamento convenzionale disponibile per la vostra malattia. Ovviamente, nessuno può garantire a priori che il nuovo trattamento, seppur efficace, dia risultati migliori di quello convenzionale. Se il paziente decide di partecipare a uno studio clinico sarà sottoposto ad una serie di controlli molto rigorosi, comprendenti un numero di esami e visite mediche anche maggiore di quello previsto normalmente. Se il trattamento oggetto della sperimentazione si dimostra efficace o più efficace rispetto al trattamento convenzionale, sarà il primo a trarne beneficio. Di solito, agli studi clinici partecipano diversi ospedali.



Maggiori informazioni sono disponibili su ***Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato*** (La Collana del Girasole).



Maggiori informazioni sui diritti dei malati di cancro sono disponibili su **I diritti del malato di cancro** (La Collana del Girasole), che può essere richiesto alla segreteria di AIMaC (numero verde 840 503579) oppure scaricato dal sito www.aimac.it.

Sussidi economici e tutela del lavoro per i malati di cancro

La malattia e le terapie cui si è sottoposti possono comportare una condizione di disabilità, temporanea o permanente, più o meno grave con conseguenti difficoltà nella vita di tutti i giorni.

Per superare queste difficoltà numerose leggi dello Stato prevedono l'accesso a vari benefici: ad esempio, il malato che presenti un certo grado di invalidità e/o di handicap può richiedere sussidi economici erogati dall'INPS o dagli altri enti o casse di previdenza.; il malato lavoratore può usufruire di un periodo di congedo, oppure di permessi orari o giornalieri, senza perdere la retribuzione, sia durante che dopo il trattamento, ed ha anche la possibilità di passare dal rapporto di lavoro a tempo pieno a quello a tempo parziale fino a che le condizioni di salute non consentono di riprendere il normale orario di lavoro. La legge prevede permessi/congedi e la priorità nell'accesso al part-time anche per il familiare lavoratore che assiste il malato.

Indirizzi utili

- **A.I.Ma.Me.:** è l'unica associazione fondata e gestita dagli stessi malati; fornisce informazioni sulle terapie, sulla riabilitazione, su strutture e servizi per diagnosi, cura e riabilitazione; assicura supporto e sostegno per l'affermazione dei diritti civili, sociali e sanitari ai malati di melanoma. c/o sede in Via Barberini 11 – 00187 Roma. Per informazioni: numero verde 800 324433; info@aimame.it; www.aimame.it
- **A 4 mani:** si occupa di sostegno e ricerca alla lotta contro i tumori. c/o Dipartimento di Immunoterapia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Per informazioni: contatti@aquattromani.it, www.aquattromani.it.
- **Associazione Contro il Melanoma (ACM):** promuove la prevenzione e la cura attraverso progetti di ricerca per la lotta al melanoma; si occupa anche di istruzione e formazione dei giovani ricercatori, campagne di educazione dei cittadini e visite di prevenzione. c/o Ospedale Santa Chiara di Pisa. Per informazioni: tel. 338 1595306, segreteria@acmp.it, www.associazionecontromelanoma.it.
- **Fondazione Melanoma:** opera nel settore della ricerca oncologica, favorendo il trasferimento rapido dei risultati ottenuti dal laboratorio al paziente; promuove l'assistenza ai pazienti, la formazione al personale destinato sia all'assistenza che alla prevenzione e la diffusione di conoscenze sul melanoma mediante programmi di educazione sanitaria. c/o Istituto Nazionale Tumori Fondazione "G. Pascale" Per informazioni: tel. 081 5903841, info@fondazionemelanoma.org, www.fondazionemelanoma.org.
- **Melanoma Italia Onlus (MIO):** offre supporto e assistenza ai pazienti e familiari; fornisce informazioni sul melanoma, anche per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi. Per informazioni: info@melanomaitalia.org, www.melanomaitalia.org.
- **Piccoli Punti:** realizza progetti e attività di sensibilizzazione con lo scopo di educare la popolazione sui fattori di rischio del melanoma e sui comportamenti da adottare e sulle attività di prevenzione attraverso visite di screening; finanzia progetti di ricerca clinica sul melanoma svolte dall'Unità Operativa Melanoma e Sarcomi dei tessuti molli dell'Istituto Oncologico Veneto, con l'obiettivo di trovare sistemi di diagnosi e cura sempre più efficaci. c/o sede operativa in Via Carlo Rezzonico 22 – Padova. Per informazioni: tel. 392 6890936, www.piccolipunti.it.

I punti informativi

Sono attivi presso i principali centri di cura per consultare e ritirare il materiale informativo o per parlare con personale qualificato e ricevere chiarimenti. Per gli indirizzi rivolgersi ad AIMaC (840 503579).

Avellino	Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati
Aviano (PN)	Centro di Riferimento Oncologico
Bagheria	Villa Santa Teresa Diagnostica Per Immagini e Radioterapia
Bari	Istituto Tumori Giovanni Paolo II - IRCCS Ospedale Oncologico
Benevento	Ospedale Sacro Cuore di Gesù Fatebenefratelli
Cagliari	AOU Azienda Ospedaliero-Universitaria - Presidio Policlinico Monserrato
Genova	IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro
L'Aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Messina	Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte
Milano	IRCCS Ospedale S. Raffaele Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Napoli	AORN Ospedali dei Colli Monaldi - Cotugno - C.T.O. Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale A. Cardarelli Istituto Nazionale Tumori IRCCS Fondazione G.Pascale Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II Azienda Ospedaliera Universitaria Seconda Università degli Studi di Napoli
Padova	Istituto Oncologico Veneto IRCCS
Paola	Ospedale San Francesco di Paola
Pavia	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS
Perugia	Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia
Peschiera del Garda (VR)	Ospedale Pederzoli
Pozzilli (IS)	IRCCS Neuromed
Rionero in Vulture (PZ)	IRCCS CROB Centro di Riferimento Oncologico di Basilicata
Roma	Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Azienda Ospedaliera Sant'Andrea Fondazione Policlinico Tor Vergata (PTV) Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Policlinico Universitario Campus Bio-Medico Umberto I Policlinico di Roma - Sapienza, Università di Roma
Rozzano (MI)	Istituto Clinico Humanitas
S. Giovanni Rotondo (FG)	IRCCS Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
Terni	Azienda Ospedaliera S. Maria
Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidio Molinette)
Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste
Verona	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Policlinico Borgo Roma

La Collana del Girasole

- 1 Non so cosa dire
- 2 La chemioterapia
- 3 La radioterapia
- 4 Il cancro del colon retto
- 5 Il cancro della mammella
- 6 Il cancro della cervice
- 7 Il cancro del polmone
- 8 Il cancro della prostata
- 9 Il melanoma
- 10 Sessualità e cancro
- 11 I diritti del malato di cancro
- 12 Linfedema
- 13 La nutrizione nel malato oncologico
- 14 I trattamenti non convenzionali nel malato oncologico
- 15 La caduta dei capelli
- 16 Il cancro avanzato
- 17 Il linfoma di Hodgkin
- 18 I linfomi non Hodgkin
- 19 Il cancro dell'ovaio
- 20 Il cancro dello stomaco
- 21 Che cosa dico ai miei figli?
- 22 I tumori cerebrali
- 23 Il cancro del fegato
- 24 Il cancro del pancreas
- 25 La terapia del dolore
- 26 Il cancro del rene
- 27 La fatigue
- 28 Il cancro della tiroide
- 29 Gli studi clinici sul cancro: informazioni per il malato
- 30 Le assicurazioni private per il malato di cancro
- 31 Madre dopo il cancro e preservazione della fertilità
- 32 Il mesotelioma
- 33 Il tumore negli anziani e il ruolo dei caregiver
- 34 Il cancro del testicolo

2 DVD: La chemioterapia - La radioterapia

AIMaC pubblica anche:

Schede sui farmaci antitumorali

Forniscono informazioni di carattere generale sui singoli farmaci e prodotti antitumorali, illustrandone le modalità di somministrazione e gli effetti collaterali.

Schede sui tumori

Forniscono informazioni di carattere generale sulla diagnosi, stadiazione e terapia di singole patologie tumorali.

La Biblioteca del Girasole

- 10 cose che bisogna sapere sul tumore del pancreas**
- Adroterapia
- Biologici e biosimilari
- Chi è il caregiver – Il suo ruolo a fianco del malato oncologico
- Elettrochemioterapia - per il trattamento delle metastasi cutanee
- Il test del PSA
- Il tumore del collo dell'utero
- Il tumore dello stomaco - La vita dopo la gastrectomia**
- Immuno-oncologia, di cosa si tratta?
- La Medicina Oncologica Personalizzata: informazioni per il paziente
- La prevenzione dei tumori occupazionali: il Registro di Esposizione ad Agenti Cancerogeni e Mutageni
- La ricostruzione del seno: informarsi, capire, parlare
- La vita dopo il cancro**
- Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro
- Le terapie immuno-oncologiche
- Neoplasia e perdita di peso - Che cosa fare?*
- Oltre le nuvole*
- Padre dopo il cancro
- Patologie oncologiche e invalidanti - Quello che è importante sapere per le lavoratrici e i lavoratori
- Quando il mio papà è tornato*
- Quando un figlio è malato**
- Tumori rari - Come orientarsi

* disponibile solo online

** pubblicato da F.A.V.O. (www.favo.it) di cui AIMaC è socio

AIMaC è una Onlus iscritta nel Registro delle
Associazioni di Volontariato della Regione Lazio.
Offriamo gratuitamente i nostri servizi di informazione
e counseling ai malati di cancro e ai loro cari.

Abbiamo bisogno anche del tuo aiuto e della tua partecipazione.
Se questo libretto ti ha fornito informazioni utili, puoi aiutarci a produrne altri

- **iscrivendoti ad AIMaC** (quota associativa € 30 per i soci ordinari, € 150 per i soci sostenitori)
- **donando un contributo libero mediante**
 - assegno non trasferibile intestato a AIMaC
 - c/c postale n° 20301016 intestato a "AIMaC – via Barberini, 11 – 00187 Roma".
IBAN: IT 33 B 07601 03200 000020301016
 - bonifico bancario intestato a AIMaC, c/o Cassa di Risparmio di Ravenna
IBAN: IT 78 Y 06270 03200 CC0730081718
 - carta di credito attraverso il sito www.aimac.it

Finito di stampare nel mese di marzo 2017
Progetto grafico e stampa: Mediateca S.r.l. I www.mediateca.cc
Impaginazione: Artwork di Mariateresa Allocco - mariateresa.allocco@gmail.com



AIMaC è anche presente su



AIMaC
INFORMA PER AIUTARE
A VIVERE CON IL CANCRO

Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici

via Barberini 11 | 00187 Roma | tel +39 064825107 | fax +39 0642011216
840 503 579 numero verde | www.aimac.it | info@aimac.it



Associazione Italiana Malati di Melanoma

via Barberini 11 | 00187 Roma | Numero Verde 800 324433
www.aimame.it | info@aimame.it