



MELANOMA, CONOSCERLO PER  
IMPARARE A COMBATTERLO



MELANOMI

Le differenze contano.

# CONOSCERE LA MALATTIA

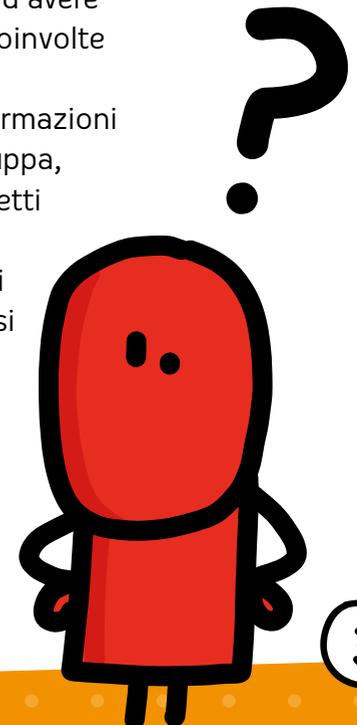
## **Che cos'è il melanoma? Come si manifesta? Esistono fattori che predispongono al suo sviluppo?**

Questa brochure nasce con l'idea di rispondere a queste e altre domande.

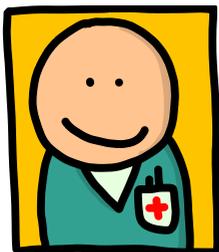
Vuole essere un mezzo diretto e di facile consultazione, utile a riconoscere i sintomi di questa malattia, sapere a quale terapia bisognerà sottoporsi e ad avere un quadro chiaro delle figure sanitarie coinvolte nella sua gestione.

All'interno della brochure si trovano informazioni generali sulla malattia e su come si sviluppa, su quali sono i fattori di rischio e gli aspetti utili da sapere per prevenirla.

Sono presenti, inoltre, una sezione sugli esami da effettuare, sugli stadi e i diversi tipi di melanoma e un approfondimento sui relativi trattamenti. Gli strumenti per rispondere alle sfide della malattia oggi sono numerosi: conoscerli è il modo giusto per affrontarla.



## MELANOMA: CHE COS'È E COME SI SVILUPPA



Il **melanoma** è un tumore maligno che origina dai **melanociti**, le cellule della pelle responsabili della produzione di melanina.

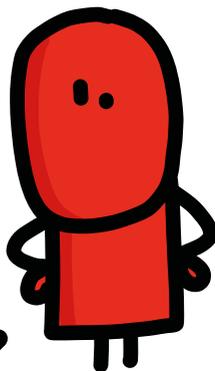
Può formarsi su una zona della pelle più scura ma senza nei (zona pigmentata) oppure da nei preesistenti.

CHE COSA DA' ORIGINE A UN MELANOMA?

Quando i melanociti iniziano a modificarsi e a **crescere in modo non controllato**, formano una massa chiamata tumore. Se la massa è **maligna** può **diffondersi** in altre parti del corpo.

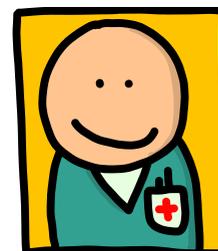
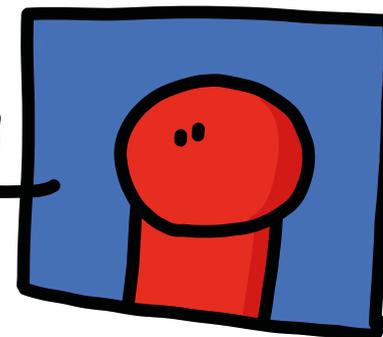
COLPISCE SOLO LA PELLE?

Il **melanoma cutaneo** è la tipologia più comune e grave, ma si può manifestare anche in altre sedi dove sono presenti i melanociti, come l'occhio ▪ **melanoma oculare**; le mucose della bocca o della vagina ▪ **melanoma mucosale**; le unghie di mani o piedi ▪ **melanoma ungueale**.



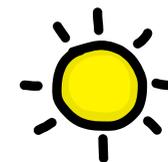
## FATTORI DI RISCHIO

CHE COSA DETERMINA LO SVILUPPO DI UN MELANOMA?



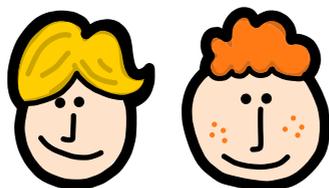
Esistono alcuni **“fattori di rischio”** che aumentano la probabilità di una persona di sviluppare una malattia, anche se non ne rappresentano la causa diretta.

La **luce ultravioletta** è prodotta da una vasta gamma di sorgenti artificiali e naturali tra cui, in primis, il sole. I **raggi UVB** sembrano essere associati in modo più marcato al melanoma, ma recenti evidenze suggeriscono che anche gli UVA giochino un ruolo in tal senso.



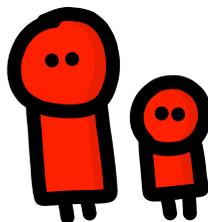
Persone con **molti nei o nevi di grandi dimensioni e forma irregolare**, chiamati nevi displastici o atipici, hanno un rischio maggiore di sviluppare un melanoma.





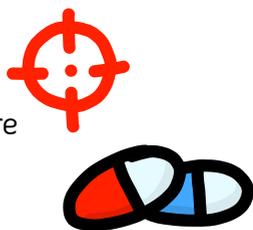
Persone con **fototipo molto chiaro**, con capelli biondi o rossi, occhi azzurri e lentiggini hanno un maggior rischio di sviluppare un melanoma, così come le persone che hanno la tendenza a scottarsi con l'esposizione al sole.

Circa il 10% delle persone con melanoma ha una **storia familiare di malattia**. Se un parente stretto (genitore, fratello, sorella o figlio) ha ricevuto diagnosi di melanoma, il rischio di sviluppare un melanoma è 2-3 volte maggiore rispetto alla media.



**Persone che hanno avuto un melanoma** o altri tumori della pelle sono a maggior rischio di sviluppare altri melanomi.

Un **sistema immunitario indebolito** o il trattamento con farmaci immunosoppressori possono aumentare il rischio di sviluppare un melanoma.



## PREVENZIONE

La prevenzione è il metodo più efficace contro il melanoma cutaneo. In questo senso la ricerca è impegnata nell'identificazione delle **misure preventive più efficaci**, oltre che dei fattori di rischio.

**Evitare di esporsi** al sole durante le ore più calde, tra le ore 11 e le 15.



**Evitare l'uso di lampade** o lettini abbronzanti.

**Controllare periodicamente la pelle** e l'aspetto dei propri nei, sia autonomamente (o con l'aiuto di un familiare) sia consultando il dermatologo.

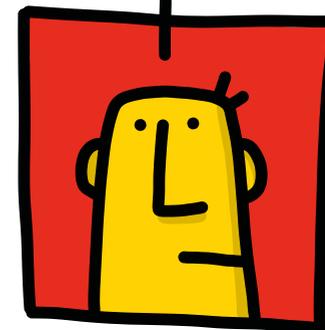


**Indossare indumenti protettivi**, come cappello con visiera, occhiali da sole dotati di lenti con filtro anti UV e maglietta o camicia.

**Usare creme protettive** adeguate al proprio tipo di pelle, che contengono filtri che bloccano le radiazioni UVB e UVA. Le creme solari devono essere applicate più volte durante il giorno e dopo il bagno, in modo da assicurare una copertura continua. Se conservate in modo ottimale, le creme solari hanno una durata massima di 12 mesi e, in ogni caso, è bene non utilizzare la crema dell'estate precedente.



IL MELANOMA  
SI PUO' PREVENIRE?



## RICONOSCERLO SUBITO

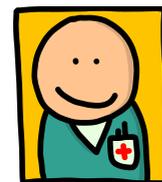


L'identificazione precoce di un melanoma è la chiave per aumentare le probabilità del successo terapeutico.

Riconoscere i segnali d'allarme e praticare periodicamente l'autoesame della pelle può aiutare a identificare la presenza di un melanoma in una fase in cui è ancora curabile.



La **regola ABCDE** è molto utile per riconoscere i segnali d'allarme; l'autoesame della pelle dovrebbe essere eseguito di fronte a uno specchio a figura intera in una stanza ben illuminata. Può essere utile il coinvolgimento di un'altra persona per controllare la testa e il retro del collo.



## REGOLA ABCDE

**A** = ASIMMETRIA DELLA LESIONE



**B** = BORDI IRREGOLARI, FRASTAGLIATI



**C** = COLORE POLICROMO O NERO



**D** = DIMENSIONE > 6 MM

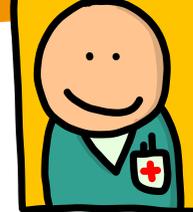


**E** = EVOLUZIONE MODIFICAZIONI IN DIMENSIONE, FORMA E COLORE IN UN BREVE PERIODO DI TEMPO (6-8 MESI)

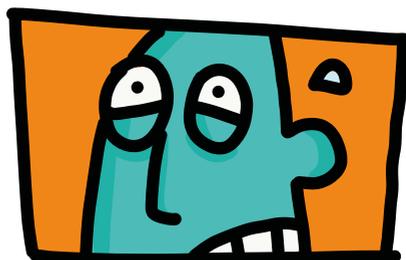


Non sempre il melanoma presenta tutte le caratteristiche ABCDE: mentre possono mancare la A, la B o la D, la **C è sempre presente**. Un **segnale d'allarme importante è la E**.

## QUALI ESAMI?



A QUALI ESAMI  
DOVRO'  
SOTTOPORMI?



Per **diagnosticare** un melanoma è necessario effettuare una **biopsia cutanea**, che consiste nella rimozione di una piccola quantità di tessuto. Il campione prelevato viene inviato in laboratorio e analizzato al microscopio.

Dopo la diagnosi iniziale, lo specialista potrebbe decidere di eseguire la **biopsia del linfonodo sentinella**, ovvero il primo linfonodo che può essere raggiunto dalle cellule tumorali e dal quale le cellule possono diffondersi in altre sedi (quando il tumore diventa metastatico).

In caso di basso rischio (spessore della lesione < 1 mm) non è necessaria alcuna ulteriore ricerca di metastasi; contrariamente si procede con altri **esami più specifici**.



### Ecografia

Si utilizzano ultrasuoni per visualizzare i linfonodi regionali e l'area del tumore primitivo.

### Scintigrafia ossea

Serve a valutare l'eventuale estensione del tumore alle ossa. Prevede la somministrazione di un mezzo di contrasto che si localizza a livello osseo in corrispondenza di lesioni metastatiche.

### Tomografia computerizzata (TC)

È un esame radiologico che permette di ottenere immagini tridimensionali degli organi interni. Serve a misurare le dimensioni del tumore e di eventuali metastasi.

### Risonanza magnetica (MRI)

Utilizza campi magnetici per fornire immagini dettagliate degli organi. Può essere utilizzata per misurare le dimensioni del tumore o per verificare se il melanoma si è diffuso a livello cerebrale.

### Tomografia a emissione di positroni (PET)

Consiste nella somministrazione per via endovenosa di un composto contenente glucosio marcato radioattivamente. Questa sostanza viene captata dalle cellule che utilizzano più energia, come quelle tumorali; può quindi confermare la presenza di tumore o verificare se vi sono o meno metastasi. È utile anche per stabilire come il tumore risponde alla terapia.

## STADI E TIPI DI MELANOMA

Lo **stadio** del melanoma descrive l'**estensione della malattia** e viene **definito** sulla base di 3 parametri: **spessore del tumore**, identificato dall'**Indice di Breslow**, **diffusione** e presenza di **ulcerazione**.

### Indice di Breslow

#### < 1 mm

Il tumore è definito "**sottile**", con un **basso rischio di diffusione** ai linfonodi regionali o ai siti distali.

#### Tra 1-4 mm

Il tumore ha uno **spessore intermedio**.

#### > 4 mm

Si tratta di un tumore "**spesso**", associato a una **maggiore probabilità di recidiva**, ovvero la probabilità che il tumore si ripresenti dopo il trattamento iniziale; ciò può accadere quando il tumore si è già diffuso in altre parti del corpo al momento della diagnosi.

### Indice mitotico e ulcerazione

L'indice mitotico stima la **velocità** con cui le cellule tumorali si dividono. Viene misurato come il numero di mitosi (divisioni) per millimetro quadrato (mm<sup>2</sup>).

La presenza di ulcerazione è associata a un **umentato rischio di diffusione e recidiva** del tumore.

L'indice mitotico insieme allo spessore e alla presenza di ulcerazione contribuisce, soprattutto nei melanomi sottili, a determinare lo stadio, a **individuare il tipo di trattamento** e la prognosi del melanoma.

CHE COSA SI INTENDE CON STADIO DEL MELANOMA?

## Classificazione del tumore primitivo

Stadio	Ulcerazione	Spessore di Breslow
IA IB	a: senza ulcerazione e/o senza mitosi b: con ulcerazione e/o mitosi > 1 mm <sup>2</sup>	<b>T1</b> < 1 mm
IB IIA	a: senza ulcerazione b: con ulcerazione	<b>T2</b> 1-2 mm
IIA IIB	a: senza ulcerazione b: con ulcerazione	<b>T3</b> 2-4 mm
IIB IIC	a: senza ulcerazione b: con ulcerazione	<b>T4</b> > 4 mm

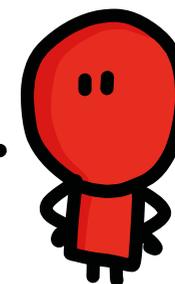
## Classificazione linfonodale

Stadio	N° di linfonodi coinvolti	Tipo di coinvolgimento
IIIA IIIB	a: micrometastasi b: macrometastasi	<b>N1</b> 1 linfonodo
IIIA/B IIIB/C IIIB	a: micrometastasi b: macrometastasi c: in transit/satelliti senza linfonodi metastatici	<b>N2</b> 2-3 linfonodi
IIC		<b>N3</b> > 4 linfonodi/adenopatie massive/in transit/satelliti + secondarismi linfonodali

## Classificazione sedi metastatiche

Stadio	Sede	LDH (lattato deidrogenasi)
IV	M1a cute/sottocute (non in transit)/ linfonodi distanti	Normale
IV	M1b polmone	Normale
IV	M1c viscerale	Normale Elevato

QUANTI STADI CI SONO E A CHE COSA CORRISPONDONO?





Dal punto di vista dell'istologia della lesione, ovvero di come il tessuto tumorale appare al microscopio, i melanomi possono essere distinti in **4 tipologie differenti**:

1

**Melanoma a diffusione superficiale:** è il più comune (7 melanomi su 10 sono di questo tipo); in genere si sviluppa a partire da un neo preesistente.

2

**Melanoma lentigo maligna:** è tipico della terza età; si sviluppa su aree esposte cronicamente al sole quali il viso, i padiglioni auricolari, le braccia.

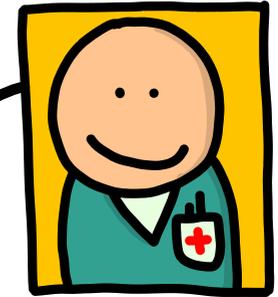
3

**Melanoma nodulare:** è la forma più aggressiva e rappresenta il 15% circa di tutti i casi; compare rapidamente come una protuberanza della cute e in genere è nero ma può essere anche rosa o rosso.

4

**Melanoma lentiginoso acrale:** non è correlato con l'esposizione al sole e si sviluppa sul palmo della mano, sulla pianta del piede o sotto il letto ungueale. Può colpire anche le persone con la pelle più scura.

MUTAZIONE  
GENETICA



Oltre alla classificazione istologica, il melanoma viene anche **distinto sulla base della mutazione genetica** che lo ha provocato. Tale sottotipizzazione è molto utile per identificare specifiche **terapie target**.

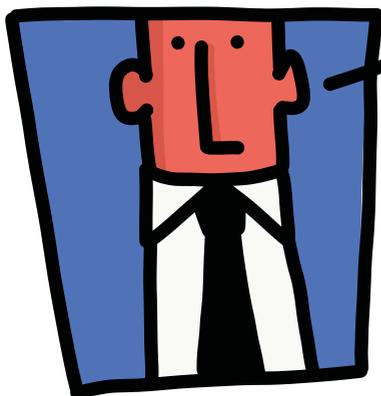
**BRAF** (V600E) è la **mutazione genetica più comune**, osservata circa nel **50% dei melanomi cutanei**. Determina un'alterazione della proteina B-Raf che induce la rapida crescita e divisione cellulare.

**NRAS** è mutato nelle cellule di circa il **20% dei pazienti con melanoma**. La proteina codificata da questo gene, N-Ras, se mutata, sostiene la crescita e la sopravvivenza del tumore e rende il melanoma particolarmente **aggressivo**.

**C-KIT** risulta mutato in una **piccola percentuale di melanomi**, generalmente si riscontra nel **melanoma lentiginoso acrale**, nei **melanomi delle mucose** e nei melanomi della cute danneggiata cronicamente dal sole.

## TEAM DI CURA

DA CHI E' COMPOSTO IL TEAM CHE SI PRENDERA' CURA DI ME?



Nel trattamento del melanoma, più figure con specializzazioni diverse lavorano insieme per identificare una **strategia terapeutica adeguata per ciascun paziente** in base alle sue caratteristiche.

### DERMATOLOGO:

esperto di fisiologia e patologia della cute



### ONCOLOGO:

esperto nel trattamento farmacologico dei tumori

### PATOLOGO:

esperto nella refertazione del tumore



### PSICOLOGO:

si occupa del sostegno emotivo al paziente



### CHIRURGO:

esperto nella rimozione chirurgica delle formazioni tumorali



### RADIOTERAPISTA:

esperto nel trattamento dei tumori con terapia radiante

### INFERMIERE:

responsabile dell'assistenza generale del paziente

### NUTRIZIONISTA:

esperto nell'educazione alimentare del paziente



## TRATTAMENTI

QUALI SONO LE TERAPIE ALLE QUALI POTREI SOTTOPORMI?



### Le raccomandazioni terapeutiche variano

in base alle caratteristiche del tumore, il suo **stadio**, la presenza di **mutazioni**, l'**aggressività** e la **presenza concomitante di altre condizioni** mediche. Nella scelta terapeutica incidono anche la possibilità che una terapia possa indurre effetti collaterali, così come le preferenze e lo stato di salute globale del paziente.

## CHIRURGIA

La **chirurgia** prevede l'asportazione della lesione e dei tessuti sottostanti. È considerato il **trattamento primario** in caso di **melanoma localizzato** (stadi I e IIA), ma è un'opzione anche nei casi di tumore più avanzato e in casi selezionati di melanoma metastatico.

A seconda della sede dell'intervento e dell'estensione della parte rimossa, il chirurgo può ricorrere all'**innesto di tessuto cutaneo**, in modo da chiudere la ferita e ridurre le cicatrici. Se il tumore ha uno spessore **superiore a 1 mm o inferiore a 1 mm con ulcerazioni o mitosi**, con l'intervento chirurgico si procede anche all'**asportazione del linfonodo sentinella** (1 o più linfonodi vicini alla lesione tumorale), per valutare la diffusione del melanoma. Nel caso in cui il linfonodo sentinella non sia sede di cellule tumorali, non è necessario intervenire ulteriormente; se invece si rinvenivano cellule tumorali, il chirurgo procederà alla rimozione di tutti i linfonodi contigui all'area colpita. Gruppi di linfonodi sono localizzati a livello del collo, delle ascelle e dell'inguine. Se il melanoma è localizzato a livello di una gamba, saranno rimossi i linfonodi sull'inguine dello stesso lato; se il melanoma è a livello della testa, verranno rimossi i linfonodi presenti sullo stesso lato del collo.

L'effetto indesiderato più comune associato alla rimozione del **linfonodo** è il **linfedema**, ovvero l'**accumulo di liquido nella zona di asportazione**. Il linfedema può essere tenuto sotto controllo grazie a una combinazione tra esercizio fisico, massaggi e impiego di maniche o calze elastiche sul braccio o sulla gamba colpita. Anche rigidità e dolore alla spalla sono problemi che si possono osservare dopo la rimozione dei linfonodi ascellari.



# TRATTAMENTI

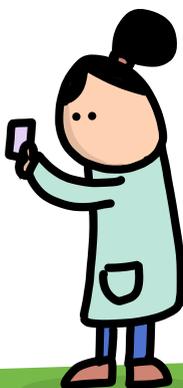
## RADIOTERAPIA

La radioterapia utilizza le **radiazioni ionizzanti**, in genere i raggi X, nella cura dei tumori.

La radioterapia a fasci esterni (o EBRT) è la forma di radioterapia più comune; la sorgente delle radiazioni ionizzanti è esterna rispetto all'organismo che le riceve.

Gli elementi che il radioterapista controlla durante la seduta radioterapica sono la **quantità di radiazione erogata** (dose) e il **bersaglio** (tessuto tumorale) **verso cui sarà indirizzata**.

Tipicamente il trattamento radioterapico prevede una serie di più applicazioni intervallate nel tempo (cicli di radioterapia).



Gli effetti indesiderati più comuni della radioterapia sono l'**affaticamento**, le **irritazioni** e le **infezioni della cute**, fenomeni che in genere **regrediscono alcune settimane dopo il termine della terapia**. L'uso di creme a base di cortisone o di antifettivi può essere di aiuto per contrastare questi effetti. La radioterapia, se applicata a particolari zone del corpo, può dar luogo a tipici effetti.

Se la zona irradiata è la testa o il collo si può sviluppare un'irritazione delle mucose orali con conseguente difficoltà a deglutire; se sono irradiate ascelle o inguine si può sviluppare linfedema.

Il radioterapista saprà spiegare in modo approfondito i potenziali effetti indesiderati e le misure per contrastarli o mitigarli.

## TERAPIA ADIUVANTE

### NEGLI STADI II E III DEL MELANOMA

Dopo l'intervento chirurgico può essere necessario un ulteriore trattamento, definito **terapia adiuvante**, che ha l'obiettivo di **ridurre il rischio di ricomparsa del melanoma** (recidiva). I soggetti in cui è indicata una terapia adiuvante sono quelli con melanoma a spessore intermedio o quelli con coinvolgimento dei linfonodi (stadio III).

La terapia adiuvante può essere la **radioterapia** o l'**immunoterapia**.

#### Radioterapia adiuvante

Potrebbe ridurre in modo lieve il rischio di recidiva di melanoma. Nonostante gli effetti indesiderati non influenza negativamente la qualità di vita dei pazienti.

#### Immunoterapia adiuvante

È una terapia che agisce attraverso il potenziamento delle difese immunitarie dell'organismo per prevenire la recidiva di malattia.

#### Interferone alfa-2b

Quando usato ad alte dosi per periodi fino a 1 anno ha dimostrato di ritardare lo sviluppo di recidive.

#### Vaccini

Si tratta di terapie in fase sperimentale che hanno l'obiettivo di aumentare le difese immunitarie contro le cellule tumorali. Negli studi clinici finora condotti non hanno ancora dimostrato benefici clinici apprezzabili.

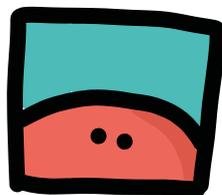


#### I più comuni effetti indesiderati legati all'interferone alfa-2b sono:

- sintomi simil-influenzali (affaticamento, febbre, brividi, nausea, vomito, mal di testa)
- eruzione cutanea
- diradamento dei capelli
- depressione.

# TRATTAMENTI

QUALI SONO LE  
TERAPIE IN CASO  
DI MELANOMA IN  
STADIO IV?



Un melanoma in **stadio IV** ha dato origine a metastasi. Le sedi più comuni delle metastasi a distanza sono polmoni, fegato e cervello.

Le **opzioni di trattamento** per questo stadio di malattia dipendono dalle caratteristiche del paziente quali età e stato generale di salute, o da quelle del tumore quali localizzazione e numero di metastasi, velocità di diffusione e presenza di specifiche mutazioni genetiche.

## TRATTAMENTO SISTEMICO DEL MELANOMA IN STADIO IV

Le **target therapy** agiscono su **specifiche proteine** coinvolte nella **crescita e sopravvivenza** delle cellule tumorali. Grazie alla loro selettività, queste terapie sono in grado di arrestare la crescita e la diffusione del tumore con effetti indesiderati limitati verso le cellule sane.

### BRAF-inibitori

I BRAF-inibitori, dabrafenib e vemurafenib, sono indicati nel melanoma in stadio III non operabile e in stadio IV.

Sono farmaci a somministrazione orale e il loro utilizzo deve essere riservato esclusivamente ai casi in cui sia presente la mutazione BRAF.

I BRAF-inibitori hanno dimostrato di ridurre la massa tumorale nella maggior parte dei pazienti con mutazione BRAF e di aumentare la sopravvivenza.

### MEK-inibitori

La mutazione BRAF è in grado di attivare le proteine MEK, le quali stimolano la replicazione e la sopravvivenza delle cellule tumorali. Trametinib è un inibitore di MEK indicato in presenza della mutazione V600 del gene BRAF.

In questa tipologia di pazienti, trametinib ha dimostrato di prolungare la sopravvivenza libera da progressione di malattia.

## EFFETTI INDESIDERATI

- Eruzioni cutanee
- Fotosensibilità
- Febbre
- Artralgie
- Astenia (debolezza)

- Acne
- Rash
- Infiammazione delle unghie
- Secchezza della cute
- Diarrea
- Linfedema

## TRATTAMENTO SISTEMICO DEL MELANOMA IN STADIO IV

L'**immunoterapia** oncologica si basa sulla capacità del sistema immunitario di individuare antigeni tumorali specifici e di **attaccare le cellule malate**.

### Anticorpi anti-CTLA-4

Ipilimumab è un anticorpo monoclonale per il trattamento del melanoma in stadio IV e del melanoma in stadio III che non può essere rimosso chirurgicamente (non resecabile). La sua azione è diretta contro l'antigene 4 del linfocita T citotossico (CTLA-4), un regolatore chiave dell'attività delle cellule T. Ne risulta un aumento numerico delle cellule T effettrici reattive che si mobilitano per attaccare le cellule tumorali.

Viene somministrato per infusione endovenosa ogni 3 settimane per 4 cicli.

Poiché il farmaco attiva il sistema immunitario, può determinare effetti indesiderati autoimmuni anche gravi quali:

- Infiammazioni del colon
- Problemi epatici
- Reazioni cutanee
- Infiammazioni ghiandolari

### Anticorpi anti-PD-1

Questi farmaci (nivolumab, pembrolizumab) bloccano l'interazione tra il recettore PD-1 (proteina della morte cellulare programmata) espresso sui linfociti T e la proteina PD-L1 espressa sulle cellule tumorali. Il recettore PD-1 è un regolatore negativo dell'attività delle cellule T che ha dimostrato di essere coinvolto nel controllo delle risposte immunitarie di queste cellule.

Di fatto, gli anticorpi anti-PD-1 aumentano la capacità del sistema immunitario di distruggere le cellule tumorali.

Sono somministrati per infusione endovenosa ogni 2 settimane (nivolumab) o ogni 3 (pembrolizumab). Questi anticorpi hanno dimostrato di ridurre i tumori, rallentare la progressione di malattia e migliorare la sopravvivenza.

Gli effetti indesiderati più comuni sono correlati all'attività del sistema immunitario e comprendono:

- Affaticamento
- Diarrea e nausea
- Eritema e prurito
- Artralgia (da lieve a moderata)

## TRATTAMENTO SISTEMICO

### DEL MELANOMA IN STADIO IV

La **chemioterapia** utilizza farmaci in grado di **distruggere le cellule tumorali**, in genere **agendo sulle capacità di crescita e divisione**. I farmaci chemioterapici antitumorali possono essere somministrati per via infusione, in vena o orale; si usano combinazioni di più farmaci somministrati per cicli di terapia secondo scadenze temporali fisse. Nel melanoma si utilizzano chemioterapici appartenenti a diverse classi farmacologiche. I principi attivi più usati sono dacarbazina, temozolomide, fotemustina, carmustina, cisplatino, lomustina, docetaxel, paclitaxel, vinblastina.

Gli effetti indesiderati riconducibili alla chemioterapia variano tra i diversi farmaci e comprendono:

- Affaticamento
- Rischio di infezioni
- Nausea e vomito
- Perdita dei capelli
- Alterazioni delle unghie
- Perdita dell'appetito
- Diarrea
- Alterazioni della sensibilità tattile

La **radioterapia** in questo stadio di malattia è definita **palliativa** ed è mirata a limitare il dolore osseo oppure viene praticata localmente dopo la rimozione dei linfonodi invasi dal melanoma o in caso di metastasi cerebrali.

La **rimozione chirurgica del tessuto tumorale** può essere d'aiuto in caso di metastasi in uno o più organi lontani dalla lesione primaria.

Gli effetti indesiderati della radioterapia sono legati al tipo e alla dose di radiazione e alla sede irradiata e comprendono:

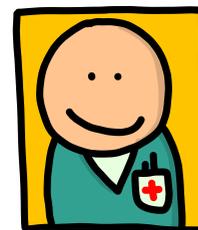
- Affaticamento, perdita dei capelli, nausea e mal di testa (radioterapia cerebrale)
- Irritazioni e infezioni cutanee (dirette verso altre parti del corpo)

## TERAPIE PALLIATIVE

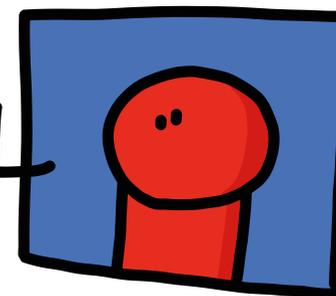
### PER IL MELANOMA IN STADIO IV

Le cure palliative hanno lo scopo di **alleviare** l'impatto dei sintomi del melanoma e degli effetti indesiderati legati alle terapie; possono essere farmaci analgesici, anti-nausea, gastroprotettori e creme lenitive per gli eventi dermatologici. Sono considerate cure palliative anche le modifiche del regime alimentare e le tecniche di rilassamento; infine anche la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia possono essere somministrate con intento palliativo.

## LA PRESA IN CURA



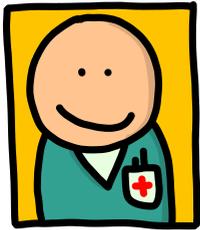
COSA SI INTENDE PER ADERENZA ALLA TERAPIA?



L'**aderenza a una terapia** vuol dire affidarsi alle indicazioni del medico su **tempi, dosaggi, frequenza e durata di somministrazione dei farmaci prescritti**.

Questo è fondamentale per ottenere dei risultati. Una scarsa aderenza può compromettere l'efficacia della terapia, con un conseguente aggravamento delle condizioni di salute e un peggioramento della qualità della vita.

## ESAMI DI CONTROLLO



Dopo il termine di un trattamento, lo specialista pianificherà una serie di visite successive e di esami

ulteriori per controllare gli effetti delle terapie e accertarsi che il tumore non si riformi. Questa pianificazione di controlli nel tempo prende il nome di **follow-up**, controllo clinico periodico.

- Nel caso del melanoma, è importante imparare a controllare personalmente la propria pelle e palpare i linfonodi periodicamente, ricorrendo al medico nel caso si osservino alterazioni.
- Nonostante non ci siano studi sulla frequenza delle visite post-trattamento, in genere è opportuno sottoporsi a una **visita specialistica 3/4 volte l'anno nei primi 2 o 3 anni dopo il trattamento**.
- In seguito questa procedura può essere ripetuta **ogni 6 mesi per un periodo di 5 o 10 anni**. In ogni caso la frequenza delle visite dipende dallo stadio di malattia e sarà indicata dal medico.
- Negli **stadi iniziali di malattia (I e II)** lo specialista di riferimento è il dermatologo che, oltre a controllare la pelle di tutto il corpo, richiederà **periodiche ecografie delle stazioni linfonodali superficiali**.
- Negli **stadi III e IV**, lo specialista di riferimento è l'oncologo che indicherà la frequenza e la tipologia di indagini più appropriate per ogni singola situazione.

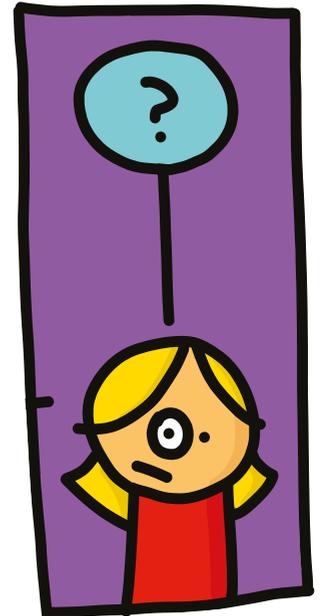


CHE COSA  
OCORRE FARE  
DOPO IL  
TRATTAMENTO?

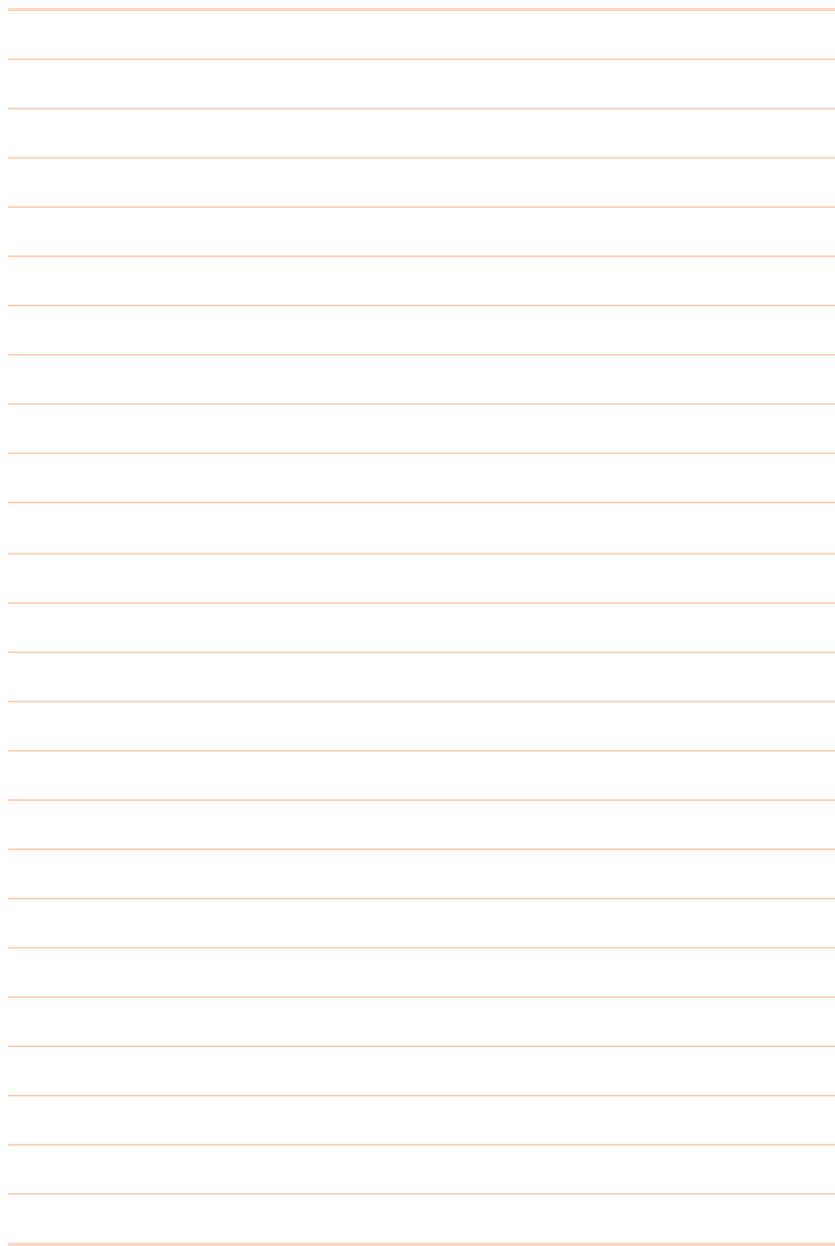


## DOMANDE PER IL MEDICO

- Mi può spiegare il referto che mi ha appena consegnato?
- Qual è lo stadio della mia malattia e che cosa significa?
- Devo eseguire un test per ricercare eventuali mutazioni (BRAF, C-KIT, NRAS, ecc.)?
- È probabile che il melanoma si sia diffuso in altre parti del corpo?
- L'intervento chirurgico sarà in grado di rimuovere tutto il tumore o avrò bisogno di un secondo intervento?
- Cosa si intende per linfonodo sentinella?
- Quali trattamenti potrebbero essere per me indicati e perché?
- Quale potrebbe essere l'obiettivo del trattamento?
- Quanto dura la terapia?
- È possibile sospendere la terapia?
- Dovrò essere ricoverato per ricevere il trattamento o potrò assumerlo a casa?
- Da chi sarà composto il team medico che si occuperà di me?









## FONTI

<http://www.miralmelanoma.it/>

<http://www.airc.it/cancro/tumori/melanoma-cutaneo/>

<http://www.melanomaitalia.org/>

Progetto realizzato da

 **NOVARTIS**

Con il patrocinio di



In collaborazione con



**MiO**  
MELANOMA  
ITALIA ONLUS