

Il melanoma cutaneo: prevenzione, cause e trattamento chirurgico

Quando si parla di chirurgia plastica si pensa sempre all'estetica e quindi a liposuzioni, addominoplastiche, lifting, mastoplastiche, ecc., che indubbiamente sono il nostro "pane quotidiano", ma non tutti sanno che il chirurgo plastico con adeguata esperienza ricostruttiva, può rivestire un ruolo fondamentale anche nella diagnosi e trattamento del melanoma cutaneo e degli altri tumori della pelle. Di melanoma mi sono sempre interessato, dai primi anni novanta quando arrivai alla divisione di chirurgia plastica della allora Usl 12 di Pisa, fondata negli anni '70 dal Prof. Paolo Santoni Rugiu, dove esisteva già un ambulatorio dedicato. La chirurgia del melanoma fu anche l'argomento della mia

tesi di specializzazione in chirurgia plastica e ricostruttiva a Parma. Tutt'ora anche dopo aver lasciato l'ospedale nel 2010, è uno dei miei settori di interesse.

Un tempo il melanoma era considerato un tumore raro, ma la sua incidenza sta aumentando negli ultimi anni (raddoppiata in un decennio, con 14.000 nuovi casi/anno in Italia). La pelle è esposta alle radiazioni solari che giungono sulla terra, ossia dagli UVB e UVA, a cui va aggiunto l'uso, in Italia non ancora regolato da idonee leggi (come in tanti paesi), di sorgenti artificiali a fini estetici, il cui uso ripetuto può aumentare il rischio di melanoma fino a 7 volte. Ultimamente è inoltre stato confermato il ruolo pre-

disponente ai tumori cutanei delle radiazioni ionizzanti, presenti ad altitudini elevate anche in ambienti chiusi; da qui la sensibilizzazione a maggiori controlli per piloti e assistenti di volo. Quando dal 2004 al 2006 facevo chirurgia ricostruttiva umanitaria in Tibet (labiopalatoschisi ed esiti di ustioni) con l'associazione Interethnos Interplast Italy, a 4500 metri di altitudine, ho trovato un elevatissimo numero di tumori cutanei radiazioni-indotti anche nei bambini. Il rischio di sviluppare un melanoma è però dipendente, oltre che da fattori ambientali, anche dalla fotosensibilità individuale (fototipo) e da eventuali predisposizioni genetiche. Da qui l'importanza, oltre alla valutazione dei nei, della raccolta di informazioni su eventuali casi di melanoma nei parenti di pri-





mo e secondo grado del paziente. Più casi di melanoma in famiglia, unitamente alla mutazione di geni specifici (gene CDKN2A) può innalzare il rischio di melanoma anche di 50 volte.

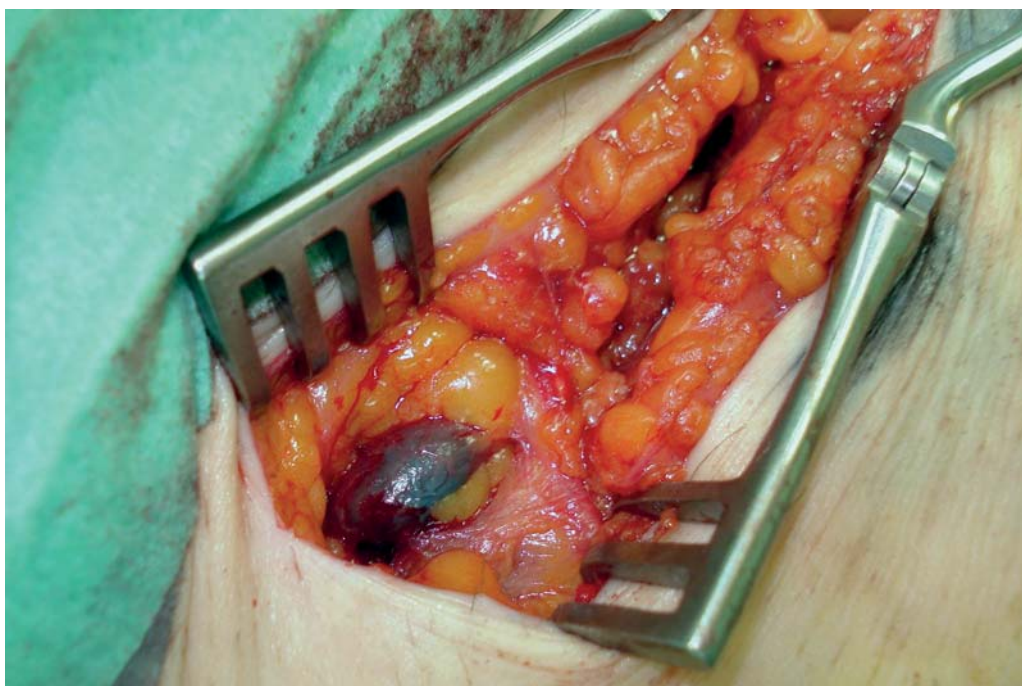
Una adeguata protezione con uso di filtri con spf (sun protection factor) di ameno 30, fino a 50, e la moderazione nell'esposizione, deve essere adottata in maniera proporzionale ai suddetti fattori di rischio. Una corretta prevenzione deve essere fatta con regolari controlli da eseguirsi con apparecchiature (videodermatoscopi) dotate di software in grado di archiviare, analizzare e confrontare le lesioni cutanee.

In caso di diagnosi di lesione sospetta con particolari caratteristiche e recente evoluzione, è indicata l'asportazione chirurgica. Tutti i nevi sospetti possono essere rimossi senza pericolo. L'asportazione di una lesione cutanea è l'unico modo per scoprire se si tratta di un melanoma. Una diagnosi precoce ed una chirurgia

iniziale ben fatta, hanno un ruolo fondamentale nella cura di questa neoplasia. Negli stadi iniziali il melanoma è infatti guaribile semplicemente con una adeguata escissione. L'approccio chirurgico ad un sospetto melanoma è sempre quello di fare una asportazione completa ma limitata della lesione (1-2 mm di margine). Una volta confermata la diagnosi di melanoma, sarà necessario un secondo atto chirurgico di allargamento, con margini diversi, a seconda dello spessore del melanoma stesso, da farsi il pri-

ma possibile, comunque entro tre mesi: 5 mm per un melanoma "in situ", 1 cm per un melanoma fino a 2 mm di spessore e 2 cm per melanomi di spessore maggiore.

Se il melanoma è di spessore (indice di Breslow) maggiore od uguale ad 1 mm o è presente ulcerazione, dovrà essere eseguita insieme alla chirurgia di allargamento, la ricerca e l'asportazione del linfonodo sentinella sulla via di drenaggio del melanoma, dopo averlo individuato con una linfo-scintigrafia. La localizzazione del linfonodo sentinella, un tempo eseguita con coloranti vitali, è oggi resa più facile mediante l'uso di speciali radiofarmaci. E' un intervento che se ben eseguito nel rispetto delle regole della chirurgia plastica, ne riduce quasi a zero le possibili complicanze: ematomi, sieromi, linfedema dell'arto. L'esame istologico ci dirà se il melanoma ha già inviato metastasi per via linfatica; in caso di positività, il paziente potrà essere infine sottoposto a linfoadenectomia totale della stazione interessata. Recenti studi mondiali hanno confermato, in caso di uniche micrometastasi nel linfonodo sentinella, la sovrapposizione di prognosi anche se non viene eseguita la radicalizzazione linfo-nodale. Ovviamente anche in



Linfonodo sentinella

questi casi la procedura è sempre essenziale ai fini della stadiazione della malattia.

La chirurgia del melanoma deve essere sempre fatta con il minimo

traumatismo dei tessuti, nel rispetto della anatomia della regione, con minimo scollamento tissutale.

L'escissione del nevo sospetto deve essere eseguita con bisturi a lama (non elettrobisturi né laser), con infiltrazione di anestetico (bupivacaina, mepivacaina...), se possibile con l'aggiunta di vasocostrittore (adrenalina) non infiltrando la zona sottostante alla lesione ma solamente ai margini (anestesia a barriera).

Se non necessari, sono assolutamente da evitare lembi o

innesti cutanei nella prima biopsia escissionale, per il rischio di compromissione delle vie linfatiche e quindi preclusione della eventuale linfoscintigrafia. Lembi od innesti possono invece essere adottati in sede di allargamento. In ogni caso, per la chiusura del difetto dovranno essere sempre adottate le procedure più semplici, e la sutura diretta, se attuabile, è sempre da preferire. L'utilizzo di lembi ad isola è da riservare solo ai rari casi di esposizione di strutture ossee, vascolari o tendinee. L'innesto, anche se spesso meno valido esteticamente, è più indicato del lembo, dato che può facilitare l'individuazione di eventuali recidive satelliti locoregionali.

In zone come il viso, la mano o i genitali, i margini di escissione possono, in alcuni casi essere ulteriormente ridotti, per rispettare l'integrità estetica e funzionale della regione, adottando ove occorrono, soluzioni ricostruttive per evitare mutilazioni invalidanti in pazienti già psicologicamente provati. La chirurgia plastica ha a disposizione moltissime tecniche ricostruttive, come ad esempio all'orecchio, dove particolari "trucchi" ne consentono il rimodellamento anche dopo una escissione ampia, o al naso dove è possibile preservarne l'unità estetica con lembi codificati. In caso di melanoma sub ungueale di mano e piede possono anche rendersi necessarie amputazioni parziali o subtotali dei raggi interessati.

Al termine dell'iter chirurgico, il paziente dovrà essere seguito per almeno 10 anni dal chirurgo plastico o dal dermatologo, in sinergia con l'oncologo, con visite ed esami strumentali (eco, rx o tc) se previsti; le scadenze, il tipo di esami, e le eventuali terapie adiuvanti, sono definiti dalle linee guida internazionali sul melanoma.



Due melanomi dal classico aspetto irregolare, asimmetrico, variegato