

DIAGNOSI E TERAPIA

Diagnosi clinica

Melanoma piano

Un melanoma piano generalmente è piccolo, sebbene talvolta possa raggiungere dimensioni anche relativamente ampie (in particolare quello a tipo lentigo maligna). Si tratta di solito di lesioni piane asimmetriche, non palpabili (melanoma in situ) oppure appena rilevate sulla superficie cutanea. Spesso viene scoperto incidentalmente durante una visita fatta per altri motivi o casualmente da un familiare.

Il metodo più diffuso per orientare alla diagnosi è il sistema ABCDE, molto usato negli Stati Uniti; esso appare alquanto sensibile, ma non sempre specifico (produce cioè falsi positivi):

A = asimmetria

B = bordo (irregolare)

C = colore (policromo o nero)

D = dimensioni (diametro: >6mm)

E = evoluzione (accrescimento)

Non c'è accordo circa la quota di melanomi che originano in associazione con nevi preesistenti. L'impressione dei patologi è che tale situazione possa verificarsi in almeno il 30% dei casi.

I possibili segni che debbono far sospettare un melanoma associato ad un nevo sono:

- variazione di colore,
- comparsa di un'area rilevata,
- rapido aumento della dimensione e dello spessore,
- erosione, sanguinamento, formazione di croste,
- flogosi.

Si noti che tali cambiamenti possono peraltro verificarsi in un nevo melanocitico anche per cause di natura benigna (follicolite intranevica, traumatismi, etc...).

Melanoma piano-cupoliforme

Un melanoma cupoliforme può presentare una componente a diffusione laterale (melanoma a diffusione superficiale, lentigo maligna, melanoma lentiginoso acrale). Di solito si presenta come una lesione pigmentata che misura 1 cm o più di diametro, con margine laterale irregolare e mancanza di simmetria fra le due metà della lesione.

La presenza di aree nodulari palpabili nel contesto di un melanoma piano è un segno che lo sviluppo del melanoma ha raggiunto la fase di crescita verticale e ad un certo punto i cloni più aggressivi delle cellule tumorali si sviluppano in profondità dalla lesione originaria con la capacità di metastatizzare a distanza.

Lo sviluppo di noduli palpabili sulla superficie di una precedente lesione piana si accompagna pertanto ad un peggioramento prognostico.

Melanoma cupoliforme

Un melanoma cupoliforme (nodulare *ab initio*) è più difficile da riconoscere clinicamente.

Questo tipo di melanoma frequentemente cresce rapidamente e il paziente può riferire una storia di una lesione sviluppatasi da soli 3-4 mesi.

C'è di solito un margine molto marcato tra l'area nodulare e la cute normale circostante. Il colore può essere marrone o nero, ma spesso ha una tonalità rossastra; non raramente i melanomi nodulari sono completamente amelanotici o con una scarsa quantità di pigmento. Ciò è dovuto al fatto che le cellule si moltiplicano così velocemente da non riuscire a sintetizzare melanina.

Diagnosi differenziale

Le più importanti lesioni che entrano in diagnosi differenziale con il melanoma piano sono:

- nevi melanocitici benigni;
- lentigo senile;
- carcinoma basocellulare pigmentato.

Nella diagnosi differenziale del melanoma cupoliforme vanno invece essenzialmente considerati:

- cheratosi seborroica;
- carcinoma basocellulare pigmentato;
- lesioni vascolari;
- dermatofibroma;
- nevi melanocitici benigni.

Diagnosi strumentale: la dermoscopia

La dermoscopia e la microscopia ad epiluminescenza sono tecniche che consentono l'esame di una lesione pigmentata in vivo a moderato ingrandimento (10 - 60 x) mediante apparecchi che possono andare da voluminosi e costosi microscopi operatori a piccoli dermoscopi manuali. Usando queste tecniche è stato possibile individuare una serie di caratteristiche delle lesioni pigmentate che sono più comuni nel melanoma piuttosto che in lesioni benigne e che sono in corso di standardizzazione.

Queste metodiche, pur se da considerarsi ancora in fase di studio e riservate ad ambienti dermatologici qualificati, possono pertanto consentire un miglioramento della diagnosi clinica delle lesioni pigmentate e sono spesso dirimenti in caso di lesioni non melanocitiche (angiomi, cheratosi seborroiche, etc...).

Conferma diagnostica e terapia

Una lesione dubbia deve essere asportata in toto con margini di cute sana non eccedenti i 3 mm (biopsia escissionale). A diagnosi istologicamente confermata, si deve procedere ad intervento radicale nel più breve tempo possibile (massimo 30 giorni).

La biopsia incisionale, cioè l'asportazione a scopo diagnostico di una parte della lesione, non dovrebbe essere eseguita salvo casi eccezionali in cui la biopsia escissionale comporterebbe interventi complessi o demolitivi.

La escissione è il trattamento di scelta del melanoma senza metastasi a distanza. L'ipotesi, in passato tanto temuta, che l'intervento potesse provocare disseminazione di cellule neoplastiche è oggi ritenuta inattendibile. Il tumore deve essere asportato con un bordo di cute sana pari ad 1 cm per melanomi <2 mm di spessore e a 3 cm per lesioni più spesse; l'exeresi deve comprendere il tessuto sottocutaneo ed arrivare alla fascia muscolare, che non va escissa. Casi particolari sono previsti per le lesioni al volto e alle dita.

La terapia chirurgica delle metastasi linfonodali cervicali, ascellari o inguinali va praticata solo in presenza di segni clinici di linfonodi positivi. Per la conferma diagnostica di un linfonodo sospetto è considerata oggi elettiva l'agobiopsia con ago sottile.