



PROSPETTO INFORMATIVO MELANOMA

Che cosa è il melanoma?

Il melanoma è il più grave dei tumori della pelle. In alcune zone del mondo, specialmente nei paesi occidentali, il numero delle persone che sviluppa questo tumore è in aumento. Negli Stati Uniti l'incidenza del melanoma è più che raddoppiata negli ultimi venti anni. Lo stesso vale per l'Italia ed in particolare l'incidenza nel Triveneto è di 13 casi su 100.000 abitanti.

Questo opuscolo è stato scritto per aiutare i pazienti e i loro familiari a conoscere meglio questo tumore; sono stati trattati la strategia preventiva, il riconoscimento della malattia, la diagnosi, il trattamento e il follow-up. Oggi, se la diagnosi viene fatta precocemente, di melanoma si guarisce.

Il melanoma prende origine dai melanociti.

Per capire meglio il problema è utile conoscere qualcosa sui melanociti, la loro funzione, su come si sviluppano e cosa succede quando si modificano in senso neoplastico.

Melanociti e nevi

I melanociti sono cellule distribuite nella parte più profonda dell'epidermide. Essi producono la melanina, il pigmento che dà alla pelle il suo colore naturale. Quando la pelle è esposta al sole, i melanociti producono più pigmento determinando l'abbronzatura.

Qualche volta gruppi di melanociti e di cellule circostanti si accrescono dando origine a formazioni benigne chiamate nevi (i comuni nei). La maggior parte delle persone ha da 10 a 40 nevi sulla pelle. Il loro colore varia dal rosa, al marrone, al bruno; possono essere piatti o sporgenti, normalmente sono rotondi od ovali e di piccole dimensioni (pochi mm.). Possono essere presenti alla nascita o svilupparsi più tardi, di solito prima dei quarant'anni.

I nevi crescono o si modificano molto lentamente e tendono a scomparire nelle persone anziane.

I nevi sono importanti perché, anche se raramente, possono trasformarsi in melanoma. Il loro aspetto è spesso simile a quello del melanoma, così che quest'ultimo può essere scambiato per un nevo comune e quindi sottovalutato. E' sempre bene quindi esaminare attentamente i nevi e, in caso dubbio, farsi visitare dallo specialista (vedere di seguito il paragrafo segni e sintomi del melanoma).

Non vi è alcun rischio in caso di asportazione di un nevo.

Il melanoma

Come già detto, il melanoma prende origine dai melanociti che subiscono una trasformazione maligna. Quando il melanoma insorge sulla pelle si definisce melanoma cutaneo. Il melanoma può insorgere in tutte le sedi in cui ci sono melanociti, (raramente nell'occhio, melanoma oculare, nelle meningi, nell'apparato digerente). In queste pagine verrà preso in considerazione solo il melanoma cutaneo.

Il melanoma può insorgere su qualunque area cutanea. Colpisce entrambi i sessi. Nel maschio è più frequentemente localizzato al dorso, nella donna agli arti inferiori.

E' raro nella popolazione di colore dove si riscontra per lo più sotto le unghie, sul palmo delle mani e sulla pianta dei piedi.

Il melanoma può insorgere a qualunque età. E' raro nei bambini.

I melanomi cutanei originano su una cute integra o da nevi preesistenti, che sono presenti fin dalla nascita o dalla prima infanzia (congeniti) o compaiono durante il corso della vita (acquisiti).

Segni e sintomi del melanoma cutaneo

Il melanoma può insorgere su un nevo preesistente. Il primo segno del cambiamento è una variazione della dimensione, della forma, del colore di un nevo preesistente. Può apparire anche come una macchia nuova che compare su pelle precedentemente indenne. Può essere nera o bluastro, irregolare.

Per ricordare i segni che possono far sospettare l'insorgenza di un melanoma si fa riferimento al così detto ABCDE:

- A = Asimmetria : la forma del nevo non è più rotonda od ovale in modo regolare.
- B = Bordi: si presentano irregolari, frastagliati a "carta geografica". ..
- C = Colore: distribuzione anomala del pigmento.
- D = Dimensione: dimensioni superiori ai 6 mm.
- E = Evoluzione: la "macchia" si accresce e si modifica progressivamente e continuamente.



Un altro riscontro frequente è la comparsa di prurito, mai avvertito prima, in un nevo.

Nei melanomi più avanzati può cambiare la sensazione al tatto; per esempio un nevo può sembrare più duro o più rilevato, può comparire un'ulcerazione o sanguinamento; solitamente non c'è dolore.

Il melanoma può essere curato con pieno successo, quando è diagnosticato e trattato nella fase iniziale, cioè quando non ha ancora invaso in profondità la pelle. Se infatti le cellule cancerose si sono approfondite nei tessuti sottostanti è più facile che insorgano metastasi. In questo caso il controllo della malattia è ovviamente più difficoltoso.

L'esame della pelle deve essere fatto dallo specialista, tuttavia ognuno di noi può verificare se sulla propria pelle compaiono nuovi nevi o variazioni di nevi preesistenti.

Come si fa un autoesame

1. Osservare attentamente la pelle, in ambiente ben illuminato e davanti ad uno specchio.
2. Esaminare anche il palmo delle mani, gli spazi interdigitali e le unghie. Esaminare anche l'interno della bocca rovesciando le labbra all'infuori.
3. Ruotare di fianco a destra e a sinistra con le braccia alzate per esaminare i lati dell'interno del corpo. Non trascurare gli spazi dietro le orecchie.
4. Farsi aiutare da qualcun altro per controllare il dorso, la parte posteriore delle gambe e il cuoio capelluto.
5. Seduti su uno sgabello e usando uno specchio controllare i genitali, le pieghe inguinali. Ispezionare l'arto inferiore, il piede, gli spazi interdigitali e le unghie.

Modificazioni di un nevo o la comparsa di nuove lesioni devono essere riferiti al medico curante, senza ritardo; sarà cura di quest'ultimo fare visitare il paziente dallo specialista.

Le persone che hanno già avuto un melanoma hanno un rischio più elevato di presentare un nuovo melanoma. Anche i familiari di persone affette da melanoma presentano un rischio più elevato di sviluppare la malattia.

Sono considerati a rischio anche i soggetti che presentano sulla loro pelle nevi atipici o displastici (nevi atipici: più grandi dei comuni nevi, con bordi irregolari e colore non uniforme). Questi nevi devono essere controllati periodicamente dallo specialista, che, se lo riterrà opportuno, eseguirà il prelievo delle lesioni sospette.

Cause - Fattori di rischio - Prevenzione

In tutto il mondo i ricercatori stanno studiando il melanoma. Cercano di capire le cause della malattia e come prevenirla. A tutt'oggi le cause del melanoma non sono del tutto chiarite. Certamente questa non è una malattia contagiosa; nessuno può prendere il melanoma da un'altra persona.

Sono stati individuati dei fattori di rischio che sono riscontrati frequentemente nei soggetti che sviluppano il melanoma. Ovviamente le persone che presentano questi fattori di rischio non necessariamente andranno incontro alla malattia.

Fattori di rischio

Familiarità

Nevi congeniti

Nevi displastici

Aver avuto un melanoma

Avere molti nevi

Ripetute ustioni solari nell'infanzia Molte lentiggini

Pelle chiara

Occhi chiari

Avere uno o più parenti stretti con il melanoma rappresenta un fattore di rischio, perché tal volta il melanoma è familiare. Infatti circa il 10% di tutti i pazienti affetti da melanoma hanno qualche membro della famiglia che ne è stato già colpito. Quando il melanoma è presente in una famiglia, tutti i componenti di questa dovrebbero sottoporsi a controlli regolari.

Anche la presenza di nevi displastici è un fattore di rischio, in quanto questi nevi, evolvono più facilmente verso il melanoma rispetto ai nevi normali. Più numerosi sono i nevi displastici, maggiore è il rischio, che diventa particolarmente alto quando alla presenza di questi nevi displastici si associa una storia familiare di melanoma.

Nelle persone con un sistema immunitario compromesso, ad esempio, da farmaci antirigetto utilizzati dopo i trapianti d'organo o in malati di AIDS, il rischio di sviluppare un melanoma è maggiore.

Il numero delle persone affette da melanoma sta aumentando. Molti ricercatori ritengono che questo possa essere dovuto al fatto che la gente passa più tempo al sole e al fatto che, per i noti fenomeni, più radiazioni ultraviolette nocive attraversano l'atmosfera giungendo sulla terra. E' noto che i raggi ultravioletti causano un invecchiamento della pelle, e il danneggiamento



delle cellule cutanee può portare allo sviluppo di un melanoma. Per lo stesso motivo sono pericolose le sorgenti di raggi ultravioletti come le lampade abbronzanti.

Le persone che hanno avuto ripetute ustioni solari nell'infanzia hanno un rischio aumentato, così come le persone con una pelle chiara, che si brucia facilmente al sole o con molte lentiggini, con capelli rossi o biondi e occhi chiari.

La razza bianca sviluppa il melanoma più frequentemente di quella nera probabilmente perché la pelle chiara è più facilmente danneggiata dal sole.

Le radiazioni U.V. sono potenzialmente pericolose solo in presenza di determinate caratteristiche genetiche, ma è sempre consigliabile molta prudenza nell'esposizione ad esse.

Per prevenire il melanoma è utile evitare l'esposizione al sole dalle ore 11.00 alle 16.00, e applicare creme che contengano schermi solari ad elevato fattore protettivo (maggiore di 30).

Le persone che ritengono di essere esposte al rischio di sviluppare un melanoma dovrebbero discutere questa preoccupazione con il proprio medico. Questi potrà suggerire i modi per ridurre il rischio e programmare un appropriato piano di controlli.

Diagnosi e Stadiazione

Nei casi di lesione sospetta si procede alla asportazione chirurgica di questa (biopsia). La biopsia con esame istologico è l'unico modo per avere una diagnosi definitiva e certa.

La lesione, solitamente, viene asportata in toto; solo nei casi in cui questa sia troppo larga se ne preleva solo una parte. Normalmente la biopsia può essere effettuata ambulatorialmente ed in anestesia locale.

Il paziente che deve essere sottoposto alla biopsia può avere qualche dubbio sui seguenti punti:

1. perché ho bisogno di una biopsia?
2. quanto durerà l'intervento? mi farà male? sarà rimosso l'intero tumore?
3. che tipo di effetti collaterali dovrò aspettarmi? quanto dovrò aspettare il risultato?
4. se dovessi avere un melanoma mi spiegherà il trattamento? e quando?

Risposte

1. la biopsia è necessaria perché solo l'esame istologico può dare una diagnosi certa.
2. l'intervento dura non più di venti minuti e l'unico dolore che si avverte è quello legato all'infiltrazione dell'anestetico locale, dolore che è sempre di modesta entità e dura alcuni secondi.
Il tumore viene rimosso interamente ad eccezione di quelle lesioni particolarmente grandi la cui asportazione comporterebbe un danno estetico importante, in questi casi si preferisce asportare solo una piccola porzione di tessuto sospetto e rinviare l'asportazione radicale dopo l'esito dell'esame istologico
3. non ci sono effetti collaterali. Resterà una cicatrice nella sede della biopsia. Solitamente bisogna attendere 15 – 21 giorni per avere l'esito dell'esame istologico.
4. in caso di diagnosi di melanoma lo specialista fornirà tutte le spiegazioni inerenti trattamento al momento della consegna dell'esame istologico.

Dal punto di vista clinico si distinguono 4 tipologie di melanoma cutaneo:

- melanoma a diffusione superficiale ,
- lentigo maligna melanoma,
- melanoma lentiginoso acrale
- e melanoma nodulare.

I melanomi cutanei sono in genere classificati in **quattro stadi** (da I a IV, lo stadio 0 indica il melanoma in situ, che interessa solo lo strato superiore della pelle) definiti sulla base del **sistema TNM** (T=Tumore, N= Linfonodi, M= Metastasi).

È importante ricordare che la prognosi è correlata allo spessore della lesione: è ottima per melanomi inferiori a 1 mm e peggiora progressivamente con l'aumentare dello spessore. Inoltre quanto più precoce sono la diagnosi e il trattamento tanto più la prognosi è favorevole.

Questo sistema tiene conto delle caratteristiche del tumore come lo spessore, la velocità di replicazione delle cellule tumorali, la presenza di ulcerazioni (T), il coinvolgimento dei linfonodi (N) e la presenza di eventuali metastasi (M).

Ciascuna categoria, a sua volta, è divisa in sottogruppi, a seconda delle dimensioni progressivamente crescenti del tumore, del numero di linfonodi coinvolti, e della presenza o meno di metastasi a distanza. In base alle dimensioni si distinguono cinque gradi, a partire da Tis (in situ) a T4. Per quanto riguarda i linfonodi, si definisce N0 una condizione in cui i linfonodi regionali non sono interessati, e con una sigla crescente da N1 a N3 il progressivo coinvolgimento di un maggior numero di stazioni linfonodali. La presenza di metastasi viene connotata dall'indicazione M1, mentre M0 indica la loro assenza.



Quando viene diagnosticato il melanoma, lo specialista deve stabilirne l'estensione, locale e la diffusione, ovvero lo stadio della malattia, prima di programmare il trattamento. Il piano terapeutico deve prendere in considerazione la posizione, lo spessore del tumore, cioè quanto profondamente ha invaso la pelle e la possibilità che alcune cellule si siano diffuse ai linfonodi o ad altri organi (TNM)

Dopo un'attenta visita generale, si eseguono alcuni esami per evidenziare l'eventuale presenza di metastasi in altre parti del corpo. Quelli più frequentemente eseguiti sono la radiografia del torace per esaminare i polmoni; l'ecografia e/o la Tac addominale per studiare gli organi dell'addome; l'ecografia delle stazioni linfonodali regionali e la linfoscintigrafia che serve per identificare la stazione linfatica attraverso cui passa la linfa proveniente dall'area in cui è stato asportato il melanoma e studiarne la morfologia. Con la linfoscintigrafia viene evidenziato il così detto "linfonodo sentinella", cioè il linfonodo più vicino alla lesione, che per primo viene attraversato dalla linfa drenata.

Cos'è il linfonodo sentinella

Come già detto è il primo linfonodo che riceve la linfa dai tessuti dove è presente il melanoma. Pertanto si può considerare il primo "filtro" delle cellule tumorali che si apprestano a diffondersi nell'organismo.

Nei melanomi con uno spessore uguale o superiore al millimetro è bene asportare chirurgicamente il "linfonodo sentinella" per esaminarlo istologicamente. Se dovesse essere infiltrato da cellule neoplastiche si dovrà procedere all'asportazione di tutti i linfonodi della regione esaminata.

Non è ancora stato dimostrato completamente che questo approccio possa essere determinante ai fini della sopravvivenza del paziente. Si ritiene comunque che sia una procedura molto utile per la stadiazione della malattia e la formulazione della prognosi.

Trattamento

Il programma terapeutico viene stabilito in relazione all'estensione della malattia, all'età del paziente e a molti altri fattori. Il trattamento standard è chirurgico. A questo, in alcuni casi, si associano chemioterapia, immunoterapia o terapia radiante

Preparazione al trattamento

E' importante che il paziente rivolga al medico tutte le domande che ritenga possano essere utili per avere un ruolo attivo nelle decisioni.

(E' consigliabile un elenco scritto delle domande e prendere appunti sulle risposte).

Queste sono alcune domande che un paziente può desiderare rivolgere al medico:

- . qual è la mia diagnosi?
- . a che stadio è la mia malattia? .che possibilità di cure ci sono?
- . quale cura raccomanda e perché?
- . che probabilità ho che la cura abbia successo?
- . quali sono i rischi e i possibili effetti collaterali di ciascun trattamento? . come mi sentirò dopo l'intervento?
- . se avrò dolore, potrà questo essere tenuto sotto controllo?
- . dopo l'intervento avrò bisogno di ulteriori cure ?
- . mi resterà una cicatrice?
- . il trattamento limiterà le mie normali attività ? e per quanto tempo ?
- . con quale frequenza dovrò sottopormi ai controlli?

Trattamento chirurgico

Il melanoma deve essere asportato chirurgicamente. E' necessario rimuovere non solo il tumore, ma anche una parte del tessuto circostante per scongiurare il rischio che alcune cellule neoplastiche possano rimanere.

L'estensione del tessuto che deve essere rimosso dipende dallo spessore del melanoma e da quanto profondamente esso ha invaso i tessuti. Se il melanoma è molto sottile, e durante la biopsia è stato asportato abbastanza tessuto, non è necessario alcun altro intervento. In caso contrario sarà necessario un ulteriore trattamento chirurgico per asportare ancora qualche centimetro di tessuto anche se di aspetto normale, adiacente alla cicatrice residua.

In alcuni casi, quando è stato asportato un margine piuttosto largo di tessuto, può essere necessario un trapianto di pelle per ottenere la guarigione. In questo caso viene utilizzata la pelle prelevata da un'altra parte del corpo del paziente stesso. Come già accennato in precedenza, per melanomi con uno spessore superiore al millimetro, si procede all'asportazione del



"linfonodo sentinella" e, se questo risulta infiltrato da cellule neoplastiche, è necessario asportare tutti i linfonodi della stessa stazione linfatica.

La presenza di cellule cancerose nei linfonodi può significare che la malattia si sta diffondendo ad altre parti del corpo. Quando ci sono metastasi l'intervento chirurgico da solo non basta. In questi casi si associa il trattamento medico di pertinenza dell'oncologo.

Trattamento medico del melanoma cutaneo

Per terapia medica dei tumori si intende un trattamento che utilizza farmaci, che hanno il compito di agire direttamente sulle cellule tumorali determinando un danno nei processi di replicazione e proliferazione fino all'induzione di necrosi/apoptosi o alla stimolazione delle difese immunitarie specifiche, agendo anche sul microambiente tumorale. Negli ultimi anni, i notevoli progressi in campo biomolecolare hanno portato all'individuazione da un lato di specifiche mutazioni a livello di geni della cellula di melanoma, coinvolti nella regolazione della crescita e proliferazione cellulare dall'altro all'individuazione di "bersagli" anche a livello immunologico costituiti da sinapsi con differenti attività sia immuno-stimolanti sia inibitorie. L'introduzione in ambito terapeutico dei nuovi farmaci ha determinato un radicale cambiamento nella gestione di tali pazienti con un rilevante miglioramento della sopravvivenza.

In particolare, negli ultimi 3 – 4 anni sono stati approvati per l'uso clinico, farmaci a bersaglio molecolare, quali inibitori di BRAF (vemurafenib e dabrafenib) e inibitori di MEK (quali trametinib e cobimetinib) ma anche farmaci a bersaglio immunologico (quali anticorpo anti-CTLA4, ipilimumab o anti-PD1: nivolumab e pembrolizumab), sulla base dei risultati di studi registrativi che, per la prima volta nel melanoma metastatico, hanno dimostrato un significativo incremento del tasso di risposta ed in particolare della sopravvivenza, rispetto alla chemioterapia standard rappresentata dalla dacarbazina.

La terapia medica nel melanoma può trovare impiego in pazienti privi di malattia in atto ("disease-free") ma ad alto rischio di recidiva (cosiddetta terapia adiuvante), oppure in pazienti con metastasi in atto (a livello cutaneo, sottocutaneo, linfonodale o viscerale) non asportabili chirurgicamente o non trattabili con le terapie loco-regionali (perfusione ipertermica antitumorale o elettrochemioterapia per localizzazioni cutanee).

Terapia adiuvante

La terapia adiuvante può essere considerata dopo asportazione di metastasi linfonodali loco-regionali (stadio III) o in pazienti privi di metastasi linfonodali regionali ma con melanoma di spessore elevato (stadio IIB-IIC). Le indicazioni al trattamento adiuvante dovranno essere valutate non solo in base alla stadiazione del melanoma ma anche considerando l'età del paziente (inferiore a 70 anni), le sue condizioni cliniche ed eventuali comorbidità. Il primo farmaco per cui è stata documentata una potenziale efficacia nel trattamento adiuvante del melanoma è l'interferone-alfa. L'interferone è una proteina che l'organismo produce normalmente per proteggersi dalle infezioni. Questa capacità viene utilizzata nell'immunoterapia poiché l'interferone agisce stimolando le difese immunitarie ad opporsi allo sviluppo di eventuali cellule di melanoma presenti nell'organismo.

Terapia radiante

La terapia radiante consiste nell'uso di raggi ad alta energia allo scopo di danneggiare le cellule cancerose e di bloccarne la crescita. È una terapia ad azione locale, colpisce, cioè solo le cellule dell'area trattata. Viene usata prevalentemente nel caso di metastasi al cervello e alle ossa.

Elettrochemioterapia

È una nuova modalità di trattamento utilizzata per le lesioni secondarie cutanee o sottocutanee, quando non è possibile ricorrere al trattamento chirurgico, che consente attraverso un impulso elettrico, di rendere le cellule tumorali più permeabili ai farmaci antitumorali che possono così penetrarvi più facilmente e agire localmente. Il farmaco più comunemente usato è la bleomicina.

Effetti collaterali del trattamento

I chirurghi programmano trattamenti con minimi effetti collaterali. Per esempio, allo scopo di evitare vistose cicatrici, cercano di rimuovere la quantità minima possibile di tessuto compatibile con il rischio di recidiva. In generale la cicatrice chirurgica prodotta per rimuovere un piccolo melanoma allo stadio iniziale è una linea sottile lunga da 4 -5 cm, che diventa sempre meno evidente con il passare del tempo. La visibilità della cicatrice dipende dalla sede del melanoma, dalla capacità di guarigione individuale, nonché dalla possibilità di sviluppo di cheloidi.

Quando il melanoma è di maggiori dimensioni e si è approfondito negli strati cutanei, deve essere rimossa una maggiore quantità di tessuto, tanto da poter essere necessario per il riparo un trapianto di pelle, o un lembo di tessuto da sedi vicine a quella operata. In questi casi la cicatrice risulta sempre piuttosto estesa.



L'intervento chirurgico per rimuovere tutti i linfonodi dell'ascella o dell'inguine, può danneggiare il sistema linfatico e rallentare il flusso della linfa dal braccio o dalla gamba: la linfa può così causare il linfedema (gonfiore dell'arto). Il personale sanitario può suggerire esercizi o altri accorgimenti per ridurre l'edema quando questo diventa un problema.

Inoltre l'asportazione dei linfonodi rende più facile l'insorgenza di infezioni locali. Pertanto il paziente dovrà proteggere l'arto interessato da tagli, graffi, ustioni.

L'asportazione del solo linfonodo sentinella non comporta alcun effetto collaterale, se si esclude una piccola cicatrice e talvolta un modesto versamento di siero solo nella sede dell'intervento che nella maggior parte dei casi si risolve spontaneamente.

La chemioterapia, l'immunoterapia e la terapia radiante, anche se effettuate con molta attenzione, causano effetti collaterali non trascurabili, perché è difficile limitare l'azione di questi trattamenti solo alle cellule cancerose; vengono infatti danneggiate anche le cellule sane.

Gli effetti collaterali della chemioterapia dipendono soprattutto dal tipo e dalla durata del trattamento. Inoltre possono variare da persona a persona, in relazione al tipo di farmaco e alle dosi somministrate. Gli effetti collaterali dell'immunoterapia variano a seconda del farmaco utilizzato. Si possono riscontrare sintomi di tipo influenzale, brividi, febbre, dolori muscolari, debolezza, perdita dell'appetito, nausea, vomito, diarrea. I pazienti possono avvertire prurito, vampate di calore, sudorazione e difficoltà respiratoria. Questi problemi possono essere anche importanti, ma scompaiono quando si termina la cura.

Gli effetti collaterali della terapia radiante dipendono dalla quantità di radiazioni e dall'area interessata. Spesso si tratta di facile stancabilità e di perdita di peli nella zona trattata. Nella maggior parte dei casi questi effetti non sono permanenti.

Effetti collaterali del farmaco: è stato riportato che la Bleomicina causa effetti collaterali. E' stata riportata febbre durante il giorno della iniezione. Può capitare anche anoressia, stanchezza o nausea. Nel caso in cui Bleomicina sia iniettata direttamente all'interno dei noduli tumorali, l'area intorno all'iniezione può arrossarsi per un paio di giorni. La Bleomicina non è utilizzata in pazienti con infezioni polmonari acute o con grave insufficienza respiratoria, di conseguenza questi pazienti non sono inclusi nel protocollo di trattamento per l'Elettrochemioterapia.

Controlli successivi

I pazienti affetti da melanoma hanno un rischio più elevato di sviluppare un altro melanoma. E' necessario pertanto che seguano un programma di controlli regolari.

Questi controlli servono anche per diagnosticare precocemente la presenza di eventuali metastasi ai linfonodi o ad altre parti del corpo.

Lo schema adottato dal nostro reparto prevede visite trimestrali o quadrimestrali e l'esecuzione di alcuni esami quali la radiografia del torace, ecografia dell'addome e delle stazioni linfonodali regionali a seconda dello stadio per i primi tre anni dall'intervento.

Dal 4° al 5° anno si eseguono visita ed esami semestralmente e, dopo i 5 anni, una volta all'anno per altri cinque anni. Controlli frequenti sono indicati anche per i portatori di nevi displastici e con storie familiari di melanoma.

I pazienti dovrebbero anche esaminare ogni due tre mesi la loro cute avendo in mente la guida dell' ABCDE e la guida per l'autoesame della cute, e seguire i consigli sulla prevenzione che sono stati precedentemente descritti.

Guarigione e prospettive

Le persone affette da melanoma e i loro familiari sono ovviamente preoccupati circa la loro guarigione e le loro prospettive future.

Qualche volta vengono usate le statistiche per cercare di valutare le probabilità di guarigione. Tuttavia le statistiche riflettono l'esperienza maturata su larghi gruppi di pazienti e non su singoli individui. La statistica non può predire cosa succederà ad un singolo paziente, perché non ci sono due pazienti uguali tra loro e i trattamenti e le risposte variano largamente.

Il medico che ha in cura il paziente e ne conosce la storia clinica è la persona più indicata per parlare delle possibilità di guarigione. Il paziente può chiedere la propria prognosi, avendo comunque chiaro in mente che neanche il medico può conoscere con sicurezza cosa succederà.

Data.....	Firma del paziente per presa visione
-----------	--

