

LINEE GUIDA AZIENDALI GRUPPO DI STUDIO SUL MELANOMA

“MELANOMA UNIT” Osp. V. Fazzi ASL. Le

Osservando una lesione sospetta, in corso di prima visita

dermatologica “dermatoscopia” o chirurgica, (screening clinico), nel territorio ASL, o in sede ospedaliera, il paziente segue un percorso esclusivo.

In possesso di semplice impegnativa per visita d’urgenza per U.O. C. Chirurgia Plastica, senza alcuna prenotazione C.U.P viene osservato in ambulatorio della stessa U.O.C., dove dal medico preposto riceve prenotazione per intervento di tipo ambulatoriale o di ricovero, in data prossima a questo incontro (non superiore ai 20 gg)

Prima dell’atto chirurgico sottoscrive un consenso informato, che esplica la possibilità che l’esame istologico possa essere negativo e quindi, la necessità di accettare eventuali esiti cicatriziali indesiderati. Nota è la evenienza di lesioni cutanee simulanti il melanoma, e che la prima osservazione dermoscopica dal dermatologo e/ o chirurgo plastico non contenga valore diagnostico, proprio dell’esame istologico definitivo.

L’atto antecedente a quello plastico, è l’anamnesi accurata per la compilazione di un questionario utile all’informatizzazione del caso, per l’arricchimento (già 350 casi studiati dal 2012) dei dati epidemiologici, clinici per spunti statistici e prognostici.

Di rigore è la definizione dell’immagine fotografica della lesione.

Viene tratteggiato il disegno della losanga (o rombo) da escidere, con la definizione in vivo sul pz. del valore della distanza dai margini della lesione, da quelli di exeresi, e la misurazione del pezzo anatomico prima della fissazione in formalina.

Tale definizione, consente all’istologo di esprimere valori sufficienti o insufficienti dell’atto chirurgico, in base alla profondità della lesione che possano giustificare o meno un allargamento, senza incorrere in valutazioni interpretative di scarso significato per i non addetti ai lavori.

La ricostruzione, viene realizzata con sutura diretta in primo stage, con attenta sutura degli strati. In tema di sospetto diagnostico, non si prevedono lembi onde inficiare il microcircolo linfatico (disturbo per eventuale linfoscintigrafia).

Il pezzo, inviato all'istologo di riferimento, viene accompagnato dal cartaceo anamnestico specifico. Il patologo membro del gruppo di studio provvede alla riduzione del campione e alla refertazione dell' esame , ricco di sottotipo istologico, pattern di crescita, spessore sec. Breslow, numero di mitosi, presenza di ulcerazione, indice mitotico, reazione infiammatoria, regressione, infiltrazione linfovaskolare , microsattellitosi, valutazione dei margini chirurgici, indagine immunoisochimica (IIC).

A diagnosi istologica conclamata di melanoma con spessore maggiore/uguale a 0.8 mm o minore di 0.8 mm ma con presenza di parametri di regressione,ulcerazione e/o mitosi, al paziente sarà consigliata la ricerca e la enucleazione del linfonodo sentinella del territorio anatomico-topografico drenante il sistema linfatico. Nella necessità della ricerca del linfonodo sentinella (L.S.) il pz. segue un percorso di ricovero esclusivo a prenotazione breve, per linfo-scintigrafia (^{99m}Tc -Nanocoll) eseguita dal medico nucleare di riferimento realizzata 24 ore prima della seduta operatoria, e per l'intervento.

In corso operatorio, alla enucleazione, facilitata dalla ricerca con sonda "neoprobe" ed iniezione perilesionale di colorante vitale patent bleu, non preminente ma di grande ausilio,come da bibliografia internazionale, può seguire allargamento della precedente exeresi con innesti o lembi come indicato dalla indagine istologica relativa alla profondità della lesione sec. Breslow (>0.8 mm)

In calce, si sottolinea che in casi di "franca" espressione di melanoma (volume elevato aspetto di sanguinamento) si procede ad immediata ampia exeresi della lesione, con contemporanea enucleazione del L.S. precedentemente individuato con linfo-scintigrafia.

A conclusione di questo iter chirurgico e istologico con individuazione metastatica del L.S. si procede in altra seduta programmata con data definita alla esecuzione della linfadenectomia dell'area drenante relativa al distretto corporeo osservato.

L'excursus sinora descritto attentamente seguito ed elaborato dalla tutor del gruppo di studio identifica in questa fase la esclusività del percorso perché la medesima concorda previa visita a breve, con l'oncologo la definizione dell' iter oncologico

Ad esame istologico refertato, viene realizzata la stadiazione.

I referenti oncologi della melanoma unit in base alla stadiazione tracciano un iter terapeutico oncologico sulla scorta delle linee guida internazionali e e l'opportuno follow up ematochimico e strumentale a periodicità variabile relativa alla specificità

dei casi, come anche definito quello dermatologico, il tutto sempre tracciato dalla data manager.

I casi definiti scientificamente e clinicamente modulabili vengono discussi nella riunione mensile periodica del gruppo di studio.

Il pz seguito attentamente, così inquadrato in tutte le sue fasi di monitoraggio, sarà affiancato dalla tutor che cercherà di agevolare il percorso con la collaborazione di tutti i componenti del gruppo di studio. La esplicazione completa del caso è inserita in un database .

UNITA' OPERATIVE AFFERENTI AL GRUPPO DI STUDIO "MELANOMA UNIT"

COORDINATRICE TUTOR data manager Dott.ssa Erika Delos

COORDINATORE RESPONSABILE. Prof. Ettore Brienza

TUTOR DATA MANAGER. Dott.ssa E. Delos

CHIRURGIA PLASTICA

Prof. E. Brienza
Dott. V. Albanese
Dott. P. Arnesano
Dott. A. Miro
Dott.ssa M. Corsano
Dott.ssa M. Carrieri
Dott. S. Santobuono
Dott. L. Roca

DERMATOLOGIA

SPECIALISTI REFERENTI
Dott. M. Fiore
Dott.ssa M. E. D' Amore

MEDICINA NUCLEARE

SPECIALISTI REFERENTI
Dott. A. Minonne

ANATOMIA PATOLOGICA

SPECIALISTA REFERENTE
Dott. M. Pellegrino

U.O. ONCOLOGIA

SPECIALISTI REFERENTI

Dott. ssa. R.C. Forcignanò

Dott. G. Cairo

Dott.V.Chiuri

RADIOTERAPIA

SPECIALISTA REFERENTE

Dott.F.Ricci

RADIODIAGNOSTICA

SPECIALISTA REFERENTE

Dott.C.Nuzzo

REGISTRO TUMORI

SPECIALISTA REFERENTE

Dott.ssa A.Melcarne