

Melanomul

Ce este melanomul ?

Lasa-ne sa
iti explicam.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

MELANOMUL: GHID PENTRU PACIENTI

INFORMATII PENTRU PACIENTI BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru pacienti a fost pregatit de catre Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a ajuta pacientii si rudele acestora sa inteleaga mai bine natura melanomului si sa aprecieze cele mai bune variante de tratament disponibile in functie de subtipul de melanom. Recomandam ca pacientii sa ceara medicilor informatii cu privire la testele sau tipurile de tratament necesare pentru tipul si stadiul bolii lor. Informatiile medicale descrise in acest document se bazeaza pe ghidurile de practica clinica ale Societatii Europene pentru Oncologie Medicala (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru gestionarea melanomului. Acest ghid pentru pacienti a fost produs in colaborare cu ESMO si se difuzeaza cu permisiunea ESMO. A fost scris de catre un medic si revizuit de doi oncologi de la ESMO, inclusiv autorul principal al ghidurilor de practica clinica pentru specialisti, si de catre reprezentantii pacientilor din cadrul Grupului de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO.

Mai multe informatii despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org

Mai multe informatii despre Societatea Europeana pentru Oncologie Medicala: www.esmo.org

Veti gasi definitiile cuvintelor marcate cu un asterisc la finalul ghidului.

Cuprins

| | |
|---|----|
| Definitia melanomului | 3 |
| Este Melanomul frecvent? | 4 |
| Ce cauzeaza melanomul? | 5 |
| Cum este diagnosticat melanomul? | 7 |
| Ce este important de stiut pentru a obtine cel mai bun tratament? | 8 |
| Care sunt optiunile de tratament? | 11 |
| Care sunt efectele secundare posibile ale terapiilor? | 17 |
| Ce se intampla dupa tratament? | 21 |
| Definitile termenilor medicali | 23 |

Acest text a fost scris de dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuit de dr. Svetlana Jezdic (ESMO), prof. Reinhard Dummer (ESMO) si prof. Lorenz Jost (Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer de la ESMO).

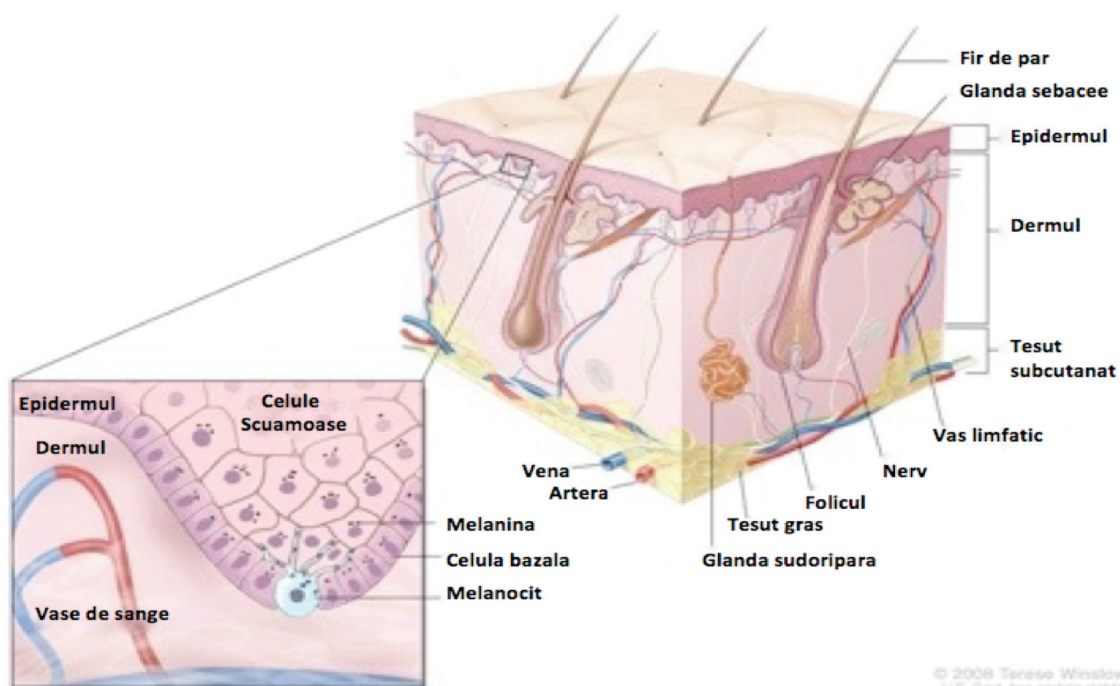
Actualizarea curenta (2013) reflecta modificarile din cea mai recenta versiune a indicatiilor de practica clinica de la ESMO. Actualizarea a fost realizata de dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund) si revizuita de dr. Svetlana Jezdic (ESMO), prof. Reinhard Dummer (ESMO) si prof. George Pentheroudakis (ESMO).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, si validata de dr. Mihaela Leventer, medic dermatolog cu specializare in dermatochirurgie, si dr. Maria Dumitrescu, medic dermatolog.

DEFINITIA MELANOMULUI

Aceasta definiție este utilizată cu permisiunea Institutului National pentru Cancer (NCI – National Cancer Institute) din Statele Unite ale Americii.

O formă de cancer care începe în melanocite*, celulele care produc pigmentul numit melanina. Poate începe într-o alună (melanom al pielii), dar și în alte țesuturi pigmentate, cum ar fi ochii sau intestinalele.



Anatomia pielii, care prezintă epiderma*, derma* și tesutul subcutanat*. Melanocitele* se află în stratul de celule bazale din partea cea mai adâncă a epidermei.

ESTE MELANOMUL FRECVENT?

La nivel mondial, cazurile de melanom apar cel mai frecvent in Australia si Noua Zeelanda, unde sunt de trei ori mai frecvente decat in Europa. Pe de alta parte, melanomul este foarte rar in tarile din Africa si Asia.

In Europa, aproximativ 1 din 100 de persoane vor dezvolta melanom la un moment dat, dar exista variatii importante de la o tara la alta. Aproximativ 15 din fiecare 100.000 de persoane sunt diagnosticate cu melanom in fiecare an. Acest numar este in crestere in aproape toate tarile europene. Melanomul este putin mai frecvent la femei decat la barbati. Boala este mai frecventa in Elvetia, Olanda si tarile scandinave (Norvegia, Suedia si Danemarca), unde aproximativ 20 din 100.000 de persoane sunt diagnosticate in fiecare an. In tarile mediteraneene este mai putin frecventa, astfel incat in aceasta regiune doar 3-5 persoane din 100.000 sunt diagnosticate cu melanom intr-un an.

CE CAUZEAZA MELANOMUL?

Nu este clar de ce apare melanomul, dar au fost identificati unii factori de risc*. Un factor de risc* creste riscul de aparitie a cancerului, dar nu este nici necesar si nici suficient pentru a cauza boala. Un factor de risc nu este un motiv in sine.

Unele persoane care prezinta acesti factori de risc nu vor dezvolta melanom; in schimb, unele persoane ce nu prezinta niciun factor de risc* vor suferi de aceasta boala.

Principalii factori de risc* pentru aparitia melanomului sunt:

- **Tipul de piele:** persoanele cu pielea deschisa la culoare au un risc mai mare de a dezvolta melanom decat persoanele cu pielea mai inchisa. Cel mai mare risc apare la persoanele cu parul roscat si pistrii. Melanomul este intalnit, de fapt, foarte rar la persoanele cu pielea neagra sau la asiatici. Cand apare este, de obicei, un tip special de melanom, numit Melanom lentiginos acral, cu dezvoltare pe palme, talpi sau sub unghii.
- **Nevii*:** nev* este termenul medical pentru o alunita. Majoritatea alunitelor nu se vor transforma niciodata in cancer, dar prezenta unui numar mare de alunite (mai mult de 100) sau a unor alunite neobisnuite indica un risc crescut de a dezvolta melanom.
 - o Prezenta unui numar mare de nevi comuni* (precum cel din imaginea din dreapta) creste riscul de a dezvolta melanom. Riscul creste odata cu numarul de nevi* si este deosebit de mare atunci cand acest numar este mai mare de 100.
 - o Prezenta a trei sau mai multi nevi atipici* creste riscul de a dezvolta melanom. Un nev atipic* este definit ca un nev* ce prezinta cel putin 3 din caracteristicile "ABCD": **A**simetria formei, **B**ordurile neregulate sau nedefinite, **C**ulorile diferite de la o zona la alta si **D**inamica evolutiei formei, culorii sau dimensiunii in decursul timpului.
 - o Nevii congenitali* sunt alunitele prezente de la nastere. Alunitele congenitale mari (>5 cm) prezinta riscul de a se transforma in melanom. Persoanele cu nevi congenitali* de mari dimensiuni ar trebui sa mearga la control in mod regulat.
- **Expunerea la soare:** expunerea naturala la radiatiile ultraviolete (UV)* emise de soare este un factor de risc important pentru melanom*. Urmatorii factori maresc riscul in fiecare etapa a vietii, dar cu atat mai mult atunci cand expunerea are loc in copilarie.
 - o Expunerea la soare intermitenta, de obicei in scopuri recreative, creste riscul de a dezvolta melanom.
 - o Arsurile solare cresc riscul de a dezvolta melanom, mai ales cele survenite in copilarie.
 - o Utilizarea produselor de protectie solara poate reduce riscul de a dezvolta melanom. Aceasta trebuie asociata cu alte reguli simple, cum ar fi evitarea expunerii la soare intre orele 11.00 si 15.00, precum si acoperirea cu haine, o palarie cu boruri largi si ochelari de soare atunci cand este necesara expunerea la soare.



- **Utilizarea dispozitivelor de bronzare artificiala (a solarului):** expunerea la lumina UV artificiala pentru a obtine un bronz creste riscul de a dezvolta melanom, mai ales atunci cand acest lucru are loc inainte de varsta de 30 de ani.
- **Antecedentele de melanom**
 - o Aparitia anterioara a melanomului poate creste riscul de a avea un alt melanom cu o localizare diferita
 - o Aparitia melanomului la o ruda de gradul intai (parinti, frati si copii) creste riscul de a avea melanom. Se cunosc unele mutatii genetice mostenite*, cum ar fi mutatia CDKN2A*, dar mutatiile genetice* apar la mai putin de 50% din familiile cu melanom.
- **Varsta:** riscul aparitiei melanomului creste odata cu varsta, desi aparitia acestuia este mai putin asociata cu avansarea in varsta decat alte tipuri de cancer si poate avea loc si la persoane cu varsta sub 30 de ani.
- **Sexul:** in America de Nord, Oceania si Israel, barbatii au un risc mai mare de a dezvolta melanom, in timp ce in Europa riscul este usor mai mare la femei.
- **Suprimarea imunitatii:** persoanele cu imunitate scazuta au un risc mai mare de a dezvolta melanom. Imunitatea poate fi redusa din cauza unei boli, cum ar fi SIDA, sau din cauza medicamentelor administrate dupa un transplant de organe.
- **Xeroderma pigmentosum:** aceasta este o boala rara si mostenita, in care este afectata capacitatea de a repara daunele cauzate de lumina ultravioleta*. Pentru aceste persoane, riscul de a dezvolta toate tipurile de cancer de piele, inclusiv melanom, este extrem de mare.

Alti factori, cum ar fi expunerea la pesticide sau prezenta bolii Parkinson sunt suspectati de a fi asociati cu un risc crescut de melanom, dar dovezile si motivele pentru aceste asocieri raman neclare.

CUM ESTE DIAGNOSTICAT MELANOMUL?

Melanomul este de obicei diagnosticat după ce pacientul, o rudă a acestuia sau medicul observă o alunită suspectă. Acest lucru se poate întâmpla în timpul unui screening sau al unui examen de rutină al pielii, în special pentru persoanele cu pielea deschisă la culoare, părul roșcat, tendința de a se arde la soare și nevi multipli*.

Diagnosticul de melanom se bazează pe următoarele examinări:

1. Examinarea clinică*

Medicul îi adresează întrebări pacientului, în special în ceea ce privește posibii factori de risc* și evoluția alunitelor suspecte. Se efectuează examinarea alunitelor suspecte și a restului pielii. Așa cum s-a menționat mai sus, o alunită suspectă prezintă caracteristicile "ABCD":

- **A**simetria formei
- **B**orduri neregulate sau nedefinite
- **C**uloare care variază de la o zonă la alta
- **D**inamică.



Nu toate melanoamele prezintă toate cele 4 caracteristici. Există chiar și melanoame fără culori închise, care se prezintă ca niște cosuri/ zone hemisferice roșiatice. În plus, medicul examinează ganglionii limfatici* din zona inghinală, axilară, a gâtului etc., în funcție de localizarea alunitelor suspecte.

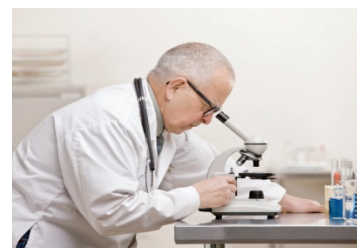
2. Dermoscopia

Aceasta constă în utilizarea unui mic dispozitiv numit dermoscop sau dermatoscop, care luminează și mărește petele de pe piele, pentru o examinare mai precisă. Chiar dacă examinarea cu un dermoscop nu este întotdeauna necesară, ea îmbunătățește acuratețea diagnosticului atunci când este efectuată de către un medic cu experiență, instruit pentru a utiliza această tehnică.



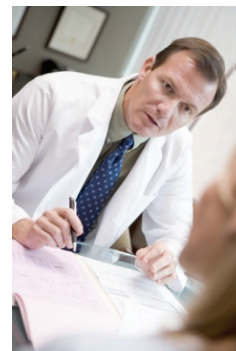
3. Examinarea histopatologică* după îndepărtarea întregii alunită

Examinarea histopatologică* este analiza de laborator a celulelor tumorale prin disecția tumorii. Aceasta va confirma diagnosticul de melanom. Tumoarea trebuie eliminată complet și apoi trimisă la laborator. Aceasta se numește biopsie a pielii* și se face manual de către medic. În primul rând, un anestezic local* este injectat în zona care urmează să fie eliminată. Apoi, alunită suspectă este eliminată, împreună cu o anumită marjă de țesut normal din jurul tumorii și de sub aceasta. Este foarte important ca atât îndepărtarea, cât și examinarea în laborator a alunită să fie efectuate de către specialiști cu experiență în diagnosticul și tratamentul melanomului.



CE ESTE IMPORTANT DE STIUT PENTRU A OBTINE CEL MAI BUN TRATAMENT?

Pentru a decide in privinta celui mai bun tratament, medicii vor trebui sa ia in considerare mai multe aspecte, atat legate de pacient, cat si cu privire la cancer.



Informatii relevante cu privire la pacient

- Istoricul medical personal
- Istoricul de melanom in familia pacientului
- Rezultatele examinarii clinice* efectuate de medic, care include examinarea pielii, palparea ganglionilor limfatici* din zona relevanta, in functie de localizarea melanomului, precum si orice alt semn sau simptom care ar putea fi legat de extinderea locala sau indepartata a tumorii.
- Starea generala.

Informatii relevante cu privire la cancer

- **Rezultatul biopsiei***

Asa cum am mentionat mai inainte, tumoarea este eliminata complet si acest esantion de piele este apoi trimis spre laborator. Aceasta examinare de laborator se numeste histopatologie*. Este foarte important ca ea sa se faca intr-un laborator cu experienta in histopatologia pielii si a melanoamelor. In cazul in care melanomul nu a fost eliminat complet in timpul biopsiei, medicul va trebui sa elimine tumoarea ramasa si sa efectueze o a doua examinare histopatologica*. Se va realiza si o examinare histopatologica a ganglionilor limfatici* posibil eliminati in cadrul interventiei chirurgicale. Acest lucru este foarte important pentru a confirma rezultatele biopsiei si a furniza cat mai multe informatii cu privire la cancer. Rezultatele examinarii biopsiei ar trebui sa includa:

- **Grosimea maxima sau grosimea Breslow**

Grosimea maxima arata cat de adanc a invadat tumoarea pielea. Se masoara in mm. Urmatoarele categorii de grosime sunt utilizate in planificarea tratamentului: mai putin de 1 mm, 1,01 - 2 mm, 2,01 - 4 mm si mai mult de 4 mm. Cu cat grosimea este mai mare, cu atat prognosticul* va fi mai rau.

- **Rata mitotica in cazul unei grosimi sub 1 mm**

Rata mitotica arata cat de repede se divid celulele melanomului. Diviziunea unei celule in doua celule noi se numeste mitoză. Patologul numara sub microscop cate dintre celulele dintr-un 1 mm² se divid. Acest lucru se face de cateva ori, pe mai multi mm². In cazul in care, in medie, una sau mai multe celule se divid pe mm², prognosticul* este mai rau decat daca se divide mai putin de o celula per mm².

- **Prezenta sau absenta ulceratiilor***

Ulceratiile* inseamna ca melanomul invadeaza pielea de deasupra. Acest lucru poate fi vizibil cu ochiul liber, de exemplu atunci cand leziunea sangereaza, dar este verificat si sub microscop, in timpul examinarii de laborator. Prognosticul* este mai bun atunci cand nu exista ulceratii*.

- **Prezenta regresiei tumorii si gradul acesteia**

In unele cazuri, patologul observa semne care indica faptul ca tumoarea a regresat anterior in anumite zone ale biopsiei*. Aceasta se numeste regresia tumorii si inseamna ca, anterior, tumoarea a fost mai mare. Satelitii mici ai tumorii sunt grupuri de celule canceroase aflate aproape de tumoare, dar separate de ea prin tesut normal. Acesti micro-sateliti pot fi o consecinta a fenomenului de regresie. Regresia tumorii ar putea suna ca o veste buna la inceput. Din pacate, ea indica faptul ca tumoarea a fost anterior mai mare si poate sa se fi extins la ganglionii limfatici*.

- **Marjele pozitive sau negative***

Anatomopatologul verifica daca intreaga tumoare a fost indepartata, analizand daca este complet inconjurata de tesut normal. Acest lucru este raportat fie ca marje/margini negative* de rezectie (ceea ce inseamna ca este foarte probabil ca intreaga tumoare sa fi fost eliminata), fie ca marje/margini pozitive* de rezectie (ceea ce inseamna ca este foarte probabil ca tumoarea sa nu fi fost eliminata in totalitate). Pentru marjele/marginile* rezultate in urma rezectiei tumorii prin interventie chirurgicala, sunt definite o serie de valori minime ale marjelor/limitelor finale de rezectie*, descrise in textul ce urmeaza.

Patologul mai poate furniza informatii suplimentare, cum ar fi:

- **Invazia limfovaculara**

Prezenta invaziei limfovaculara inseamna ca se gasesc celule tumorale in vasele de sange si in vasele limfatice ale biopsiei*. Gasirea celulelor tumorale in aceste vase inseamna ca este mult mai probabil ca aceste celule sa se fi extins la ganglionii limfatici* sau la alte organe.

- **Limfocitele infiltrate in tumoare***

Prezenta limfocitelor* in tumoare, numite limfocite infiltrante ale tumorilor*, este un semn al unui raspuns imun activ impotriva tumorii. Un raspuns imun activ impotriva tumorii este, de obicei, asociat cu un prognostic mai bun*.

- **Analiza mutatiilor prezente in celulele tumorale (testare mutationala)**

Pacientii al caror melanom s-a extins la ganglionii limfatici sau la organele aflate la distanta de tumoarea primara, prezinta metastaze si una dintre acestea este analizata pentru a verifica prezenta sau absenta mutatiei BRAF*. Daca gena BRAF a suferit mutatii, se recomanda un tratament cu o terapie tinta, care inhiba mutatia (pentru mai multe informatii, consultati sectiunea cu privire la optiunile de tratament). Se pot analiza si alte mutatii (ANR, c-kit), avind in vedere ca aceasta informatie este importanta pentru o posibila participare la studiile clinice. Analiza acestor mutatii trebuie efectuata in laboratoare specializate.

- **Stadializarea***

Medicii folosesc stadializarea* pentru a evalua raspandirea cancerului si prognosticul* pacientului. Sistemul TNM de stadializare* este frecvent utilizat. Combinatia dintre dimensiunile tumorii si invazia tesuturilor din apropiere (T), implicarea nodulilor/ganglionilor limfatici* (N) si prezenta metastazelor, adica raspandirea cancerului la alte organe ale corpului (M), va clasifica boala intr-unul dintre urmatoarele stadii, asa cum sunt prezentate in tabelul de mai jos.

Stadializarea este fundamentala pentru a decide asupra tratamentului. Cu cat stadiul bolii este mai avansat, cu atat este mai rau prognosticul*. Stadializarea* este realizata prin combinarea rezultatelor examinarii clinice*, ale examinarii histopatologice* si, uneori, ale examinarii radiologice, care se efectueaza in cazul in care examinarea clinica sau cea histopatologica* indica posibila extindere a celulelor canceroase spre alte locuri decat tumoarea initiala a pielii. Stadializarea* se poate efectua pentru a doua oara in baza rezultatului examinarii histopatologice* a ganglionilor limfatici* indepartati prin interventie chirurgicala.

Tabelul de mai jos prezinta diferitele etape ale melanomului. Definitiiile sunt oarecum tehnice, de aceea este recomandat sa cereti medicului explicatii mai detaliate.

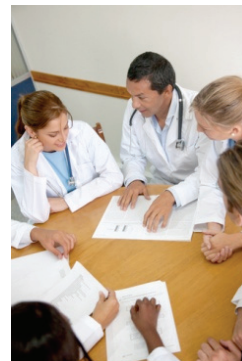
| Stadiul | Definitie |
|-------------|--|
| Stadiul 0 | Tumoarea este limitata la epiderm* si nu s-a extins la nivelul dermului* (a se vedea imaginea de pe pagina cu definitia). In plus, nu se regasesc celule tumorale in ganglionii limfatici*. Melanomul in stadiul 0 se mai numeste si melanom <i>in situ</i> . |
| Stadiul I | Grosimea tumorii este: <ul style="list-style-type: none"> • Mai mica de 2 mm grosime, fara ulceratii* sau • Mai mica de 1 mm grosime, dar are ulceratii* sau a invadat stratul inferior al dermului, numit si dermul reticular, sau grasimea subcutanata*. In plus, nu se regasesc celule tumorale in ganglionii limfatici*. Stadiul I este impartit in stadiile IA si IB, in functie de combinatia dintre grosime, profunzimea invaziei in derm si ulceratii*. |
| Stadiul II | Grosimea tumorii este: <ul style="list-style-type: none"> • Mai mare de 1 mm grosime, cu ulceratii* sau • Mai mare de 2 mm grosime (cu sau fara ulceratii*) In plus, nu se regasesc celule tumorale in ganglionii limfatici*. Stadiul II este impartit in stadiile IIA, IIB si IIC, in functie de combinatia dintre grosime si prezenta sau absenta ulceratiilor*. |
| Stadiul III | Indiferent de grosimea tumorii si prezenta ulceratiilor, tumoarea s-a extins la ganglionii limfatici* (metastaze ale nodulilor limfatici) sau grupuri de celule tumorale au fost gasite la mai putin de 2 cm distanta de tumoarea initiala (metastaze satelit) sau pe parcursul de la tumoarea initiala la ganglionii limfatici* (metastaze in tranzit). Metastazele ganglionilor limfatici, cele satelite si cele in tranzit sunt numite metastaze loco-regionale. Stadiul III este impartit in stadiile IIIA, IIIB si IIIC, in functie de locul, numarul si gradul metastazelor loco-regionale*. |
| Stadiul IV | Tumoarea s-a extins: <ul style="list-style-type: none"> • Fie dincolo de ganglionii limfatici* regionali, la piele sau alti ganglioni limfatici*, • Fie catre alte organe, cum ar fi ficatul, plamanii sau creierul. |

CARE SUNT OPTIUNILE DE TRATAMENT?

Interventia chirurgicala este principalul tratament pentru marea majoritate a pacientilor. Aceasta este, de asemenea, singurul tratament efectuat pentru pacientii cu stadiul 0, stadiul I si cele mai multe tipuri de melanoame in stadiul II. Alte optiuni de tratament includ chimioterapia*, imunoterapia*, radioterapia* si terapiile specifice*, fie singure, fie combinate.

Tratamentul administrat va depinde de stadiul cancerului, de caracteristicile tumorii, precum si de riscurile pentru pacient.

Tratamentele enumerate mai jos au beneficii, riscuri si contraindicatii specifice. Se recomanda ca pacientii sa le ceara medicilor detalii cu privire la beneficiile si riscurile fiecarui tip de tratament, pentru a fi informati cu privire la consecintele acestora. Pentru unele tratamente sunt disponibile mai multe posibilitati, iar alegerea trebuie discutata in functie de raportul dintre beneficii si riscuri.



Planul de tratament pentru melanomul *in situ* (stadiul 0)

Melanomul in situ este limitat la epiderm si nu s-a extins dincolo de acesta. Tratamentul consta in indepartarea tumorii.*

Dupa ce diagnosticul a fost confirmat de biopsie*, tumoarea este excizata (procedura numita excizie larga), astfel incat sa se obtina limita de siguranta adecvata* pentru o tumoare maligna. Dupa injectarea unui anesteziec* local in jurul tumorii, tumoara este indepartata cu o marja de 0,5 cm de tesut normal din jurul si de dedesubtul tumorii.

Uneori este posibil ca prin biopsia efectuata pentru diagnosticarea tumorii sa se reuseasca indepartarea completa a tumorii, cu limitele corespunzatoare. Biopsia este numita in acest caz biopsie excizionala si nu mai este nevoie de o interventie ulterioara.

Planul de tratament pentru melanoamele aflate in stadiile I-III

Melanoamele in stadiul I si II nu s-au extins la ganglionii limfatici, in timp ce melanoamele in stadiul III s-au extins. Cel mai important tratament presupune indepartarea completa a melanomului si a ganglionilor limfatici* la care s-au raspandit celulele canceroase. Atunci cand examinarile clinice si radiologice* nu arata raspandirea cancerului la ganglionii limfatici* sau cand acest lucru nu este clar, o procedura numita biopsie a ganglionului limfatic santinela* este, de obicei, necesara si se efectueaza in cursul aceleiasi interventii chirurgicale.*



Interventia chirurgicala

Dupa ce diagnosticul a fost confirmat de biopsie, o excizie cu o margine de siguranta a tumorii (numita excizie larga) este realizata, in scopul de a obtine limitele de siguranta adecvate* pentru o tumoare maligna. Atunci cand examinarile clinice si radiologice* nu arata raspindirea cancerului la

ganglionii limfatici* sau cand acest lucru nu este clar, se efectueaza de regula o procedura numita biopsia ganglionului limfatic santinela*, in decursul aceleiasi interventii chirurgicale. Cand raspandirea cancerului catre ganglionii limfatici* este confirmata, eliminarea tuturor ganglionilor limfatici regionali* se realizeaza in cursul aceleiasi interventii chirurgicale. Interventia se face de obicei sub anestezie generala*, dar, uneori, poate fi efectuata si sub anestezie locala*, in functie de locul melanomului si de decizia medicului anestezist si a chirurgului.

Tumoarea este indepartata

- cu o margine de 1 cm de tesut normal in jurul tumorii, atunci cand grosimea tumorii este de 2 mm sau mai mica;
- cu o margine de 2 cm de tesut normal in jurul tumorii, atunci cand grosimea tumorii este mai mare de 2 mm. Limitele de siguranta oncologica* pot fi mai mici in cazul in care melanomul se afla pe fata (din motive estetice), sau in alte locuri, cum ar fi palmele, talpa piciorului sau sub unghie, din motive legate de vindecarea ranilor.

Unul sau mai multi ganglioni limfatici* pot fi indepartati

Biopsia ganglionilor limfatici santinela* este o procedura efectuata pentru toti pacientii aflati in stadiul I si stadiul II, cu exceptia pacientilor ale caror tumori au grosimi de maximum 1 mm.

Dupa injectarea unui marker in apropierea tumorii, markerul va fi condus in mod natural la vasele limfatice si apoi la ganglionii limfatici*. Cu ajutorul unei sonde*, chirurgul va putea identifica in care ganglioni limfatici se afla markerul. Deoarece celulele tumorale (daca s-ar raspandi) ar ajunge, de asemenea, la acesti ganglioni limfatici, chirurgul va indeparta ganglionii limfatici pentru a verifica daca sunt prezente celule canceroase. O examinare rapida a ganglionilor limfatici* se va face in timp ce pacientul este inca in operatie. In cazul in care se gasesc celule canceroase in ganglionii limfatici, chirurgul va elimina si alti ganglioni limfatici* din aceeasi zona.

Aceasta biopsie a ganglionilor limfatici santinela* ajuta medicii sa fie mai exacti in definirea stadiului cancerului, dar nu exista nicio dovada ca ea ar avea vreun rol terapeutic.

Disectia extinsa a ganglionilor limfatici din regiunea inconjuratoare a ganglionilor limfatici este realizata in cazul pacientilor in care se suspecteaza, in baza examinarii clinice sau radiologice, ca tumoarea s-a extins la ganglionii limfatici*. Aceasta consta in eliminarea tuturor ganglionilor limfatici* din zonele spre care se indreapta vasele limfatice din jurul tumorii.

Terapia adjuvanta*

O terapie adjuvanta* este administrata in plus fata de interventia chirurgicala. Ea nu este necesara pentru stadiile I si IIA ale bolii.

Terapia adjuvanta* atunci cand indepartarea chirurgicala a tumorii si a ganglionilor limfatici* implicati este completa

Pentru pacientii cu melanom in stadiile IIB, IIC si III, carora li s-au inlaturat chirurgical toti ganglionii limfatici*, nu exista o terapie adjuvanta* standard. Singura optiune de tratament adjuvant* din prezent este o forma sintetica de interferon alfa*. Interferonul alfa* este o substanta naturala produsa de celulele albe din sange si implicata in raspunsul imun impotriva virusilor, a bacteriilor si a celulelor tumorale. Interferonul alfa* utilizat ca tratament este un interferon sintetic* produs in laborator. El este injectat in organism cu scopul de a imbunatati raspunsul imun, in acest caz, impotriva celulelor tumorale. Nu este potrivit pentru tratamentul pe termen lung (maximum 1 an), dar o alta forma, numita peginterferon alfa*, s-a dovedit a fi mai potrivita (pana la 5 ani). Dozele mari de interferon alfa sau de peginterferon alfa pot intarzia momentul cand boala va reveni. Un impact asupra sperantei de viata a fost demonstrat la pacientii cu melanom ulcerat la momentul diagnosticului sau cu micrometastaze in ganglionii limfatici. Prin urmare, se poate recomanda atunci cand dozele mari de interferon alfa sau peginterferon alfa sunt bine tolerate.

Daca nu exista metastaze dovedite la nivelul organelor, chimioterapia*, extractele de vasc si terapiile hormonale nu sunt benefice. Imunoterapia* cu interleukina-2*, vaccinurile anticancer*, inhibitorii BRAF sau orice combinatie a acestora sunt experimentale si nu trebuie utilizate in afara studiilor clinice controlate. In general, deoarece nu exista un consens cu privire la cea mai buna terapie adjuvanta* (daca exista una), aceste terapii trebuie oferite, de preferat, in cadrul studiilor clinice, in centre specializate.

Tratamente suplimentare atunci cand indepartarea chirurgicala nu este completa

In unele cazuri, nu este posibila eliminarea chirurgicala a intregii tumori si a tuturor metastazelor loco-regionale*. Intr-o astfel de situatie, alte terapii pot ajuta la distrugerea celulelor canceroase prezente inca la nivel local. Acest lucru poate fi realizat prin radioterapie* sau prin aplicarea locala a unor doze mari de chimioterapie* daca melanomul este situat pe brat sau picior.

Radioterapia* foloseste radiatii pentru a deteriora si a distruge celulele canceroase. Radiatiile sunt produse de o sursa externa si apoi indreptate spre tumoare sau ganglionii limfatici*. Exista doua situatii principale in care radioterapia* poate fi folosita pentru a controla (re)dezvoltarea tumorii, atunci cand operatia nu a putut elimina toate celulele tumorale:

1. Lentigo maligna melanoma este un tip special de melanom, de obicei intins si care apare la varstnici. Indepartarea completa poate sa nu fie fezabila deoarece pacientii sunt prea in varsta sau melanomul este extins.
2. Indepartarea incompleta a metastazelor loco-regionale* (satelit, in tranzit sau din ganglionii limfatici*), deoarece acestea sunt prea mari sau prea multe. Cu toate acestea, studiile nu au reusit sa demonstreze ca radioterapia in astfel de situatii ofera un beneficiu in cresterea ratei de supravietuire. Controlul cresterii tumorii locale poate fi, totusi, imbunatatit prin radioterapie.

Perfuzia izolata de membru este o tehnica chirurgicala care vizeaza injectarea unei doze mari de chimioterapie* in membrul (brat sau picior) in care se afla melanomul. Acest lucru necesita o derivare temporara a circulatiei sanguine la si de la nivelul membrului, realizata pe cale chirurgicala. Diferite medicamente pot fi injectate in membrul izolat si cele mai comune sunt melfalan, TNF-alfa sau ambele. Datorita acestei tehnici, se pot obtine concentratii mari ale acestor medicamente la nivelul membrului, cu o difuzie foarte limitata in restul corpului. Aceasta terapie este complicata si ar trebui sa fie limitata la centrele cu experienta.

Planul de tratament pentru melanomul in stadiul IV

Melanoamele in stadiul IV s-au raspindit fie dincolo de ganglionii limfatici regionali, la piele sau la alti ganglioni limfatici* (de exemplu, extinderea la pielea de pe abdomen a unui melanom localizat initial pe picior), fie la organe indepartate, cum ar fi ficatul, plamanii sau creierul.*

Pacientii cu melanom in stadiul IV ar trebui tratati in centre cu o experienta vasta in tratarea acestei boli. Ori de cate ori este posibil, ei ar trebui sa fie inclusi in studii clinice*. In ultimii ani, mai multe medicamente au demonstrat un beneficiu clar pentru unii pacienti cu melanom in stadiul IV. Doua medicamente sunt acum aprobate in Europa, si anume ipilimumab* si vemurafenib*. Exista in permanenta noi optiuni de tratamente experimentale pentru pacientii cu melanoame metastatice.

Optiunile de tratament pentru pacientii cu melanom in stadiul IV depind de numarul si tipul de metastaze* si de prezenta sau absenta mutatiei BRAF*. Se recomanda ca decizia de tratament sa se bazeze pe discutarea cazului intr-o echipa interdisciplinara de specialisti. Aceasta intalnire se numeste abordare multidisciplinara* sau intr-un consiliu pentru tumori. In aceasta intalnire, planificarea tratamentului va fi discutata in functie de informatiile relevante despre pacient, despre extinderea cancerului si despre tratamentele anterioare. Decizia scrisa a consiliului trebuie sa fie accesibila pacientului.



Metastaza unica

O metastaza unica poate fi indepartata prin interventie chirurgicala, in special daca se afla la nivelul creierului, al plamanului sau al ficatului. Acest lucru necesita ca persoana sa aiba o stare buna de sanatate. O singura metastaza in creier poate fi, de asemenea, tratata cu un tip special de radioterapie*, care tinteste cu precizie metastaza si evita atingerea cu radiatii a tesutului cerebral normal din jurul tumorii. Aceasta se numeste radiochirurgie stereotactica. In functie de locul metastazelor cerebrale, ea poate fi de preferat uneori in locul neurochirurgiei.

Cand chirurgia nu este posibila, o alta optiune este utilizarea unei combinatii de chimioterapie* si imunoterapie*, daca este posibil, in cadrul unui studiu clinic*. Medicamentele disponibile sunt listate in urmatoarele sectiuni.

Metastaze multiple*

Atunci cand exista mai multe metastaze* in organism, interventia chirurgicala este rareori posibila. Ea poate fi potrivita pentru unii pacienti care sunt intr-o forma fizica buna, in functie de localizarea si numarul metastazelor*, dar este rareori fezabila sau utila. Prin urmare, scopul tratamentului este de a viza celulele canceroase din tot corpul. Acest lucru se face cu terapie tintita*, imunoterapie* (care ajuta sistemul imunitar sa recunoasca si sa distruga celulele canceroase) sau chimioterapie*, care este toxica in mod direct pentru celulele canceroase.

Terapie tintita

Cand analiza tumorii a aratat o mutatie BRAF* in celulele tumorale, medicamentul numit vemurafenib*, un inhibitor al BRAF, este prima optiune preferata la pacientii cu metastaze. Vemurafenib ofera o sansa mare pentru un raspuns rapid, care include imbunatatirea calitatii vietii. El poate fi utilizat in siguranta la pacientii cu metastaze cerebrale, unde in unele cazuri poate fi eficient, si pare a functiona chiar si dupa tratamentul imunoterapeutic cu ipilimumab* (prezentat pe larg in acest text).

Chimioterapia* si imunoterapia*

In cazul in care studiile clinice sau terapiile tintite recent aprobate nu sunt disponibile, urmatoarele medicamente pot fi, in general, utilizate in primul rind:

- in chimioterapie: dacarbazina*, temozolomida*, paclitaxel*, fotemustina*, carboplatin*, cisplatin* si vindesin*
- in imunoterapie: citokine, mai exact interleukina-2* si interferon alfa*.

Dacarbazina este considerata in continuare un medicament de referinta in aceasta situatie. In cazul in care melanomul se raspindeste rapid si provoaca multe simptome, utilizarea unei combinatii de paclitaxel si carboplatin, sau cisplatin, vindesin si dacarbazina poate ajuta la reducerea sau chiar oprirea raspindirii cancerului. Unele centre utilizeaza in continuare interleukina-2 ca prima optiune de tratament in cazul in care volumul tumorii este mic, chiar daca nu exista niciun studiu clinic aleator de mari dimensiuni care sa evalueze eficacitatea sa.

In cazul in care un prim tratament cu una dintre optiunile mentionate mai sus sau o combinatie a acestora nu a reusit, ipilimumab* sau participarea la studii clinice sunt principalele optiuni. Alte chimioterapii si imunoterapii mentionate mai sus pot fi de asemenea folosite, dar au o utilitate limitata.

Ipilimumab este un anticorp care, odata injectat, ajuta celulele albe din sange sa recunoasca si sa atace celulele canceroase. In Europa, acesta poate fi utilizat pentru tratarea pacientilor cu melanoame avansate care nu pot fi rezecate chirurgical, dar numai dupa ce un prim tratament cu chimioterapie sau imunoterapie nu a reusit.

Radioterapia*

Radioterapia externa* poate fi utilizata pentru a ameliora simptomele si durerea cauzate de metastazele osoase sau la nivelul creierului*.

Terapii noi promitatoare

Mai multe alte medicamente au aratat rezultate promitatoare, chiar daca nu sunt inca disponibile in clinici. Accesul la aceste medicamente poate fi obtinut numai in cadrul studiilor clinice.

- Combinatiile de tratament cu inhibitorul BRAF* dabrafenib* si inhibitorul MEK* trametinib* au demonstrat ca pot intarzia aparitia rezistentei la tratament in cazul pacientilor cu melanom BRAF mutant*.
- Imatinib a demonstrat ca ar putea reduce dimensiunea tumorii sau ca ar putea stabili boala la unii pacienti cu melanoame ce manifesta o mutatie c-kit.
- Imunoterapia cu anticorpi anti-PD1* a demonstrat activitate antitumorală in faza timpurie a studiilor clinice.
- Paclitaxelul* legat de albumina sub forma de nanoparticule* este un medicament chimioterapeutic care a demonstrat o activitate promitatoare la pacientii cu melanom avansat.

Se pare ca pacientii cu melanoame metastatice cu mutatia NRAS* ar putea beneficia de terapie cu inhibitori MEK* , dar sunt necesare mai multe cercetari pentru a confirma aceste constatari.

CARE SUNT EFECTELE SECUNDARE POSIBILE ALE TERAPIILOR?

Toate terapiile tintite, chimioterapia* si imunoterapie* au efecte secundare frecvente.

Efectele secundare ale chimioterapiei

Efectele secundare ale chimioterapiei* sunt foarte frecvente. Acestea vor depinde de medicamentele administrate, de doze si de factorii individuali. Combinatiile mai multor medicamente duc, de obicei, la mai multe efecte secundare decat utilizarea unui singur medicament.

Cele mai frecvente efecte secundare ale medicamentelor folosite pentru chimioterapie* sunt pierderea parului si scaderea numarului de celule din sange. Scaderea numarului de celule din sange poate duce la anemie*, sangerare si infectii. Odata ce administrarea chimioterapiei* se incheie, parul creste la loc si numarul de celule sanguine revine la normal.

Alte reactii adverse frecvente includ:

- reactii alergice, cum sunt inrosirea fetei si eruptiile cutanate
- probleme ale celulelor nervoase care afecteaza mainile si/sau picioarele (neuropatie periferica), ce poate provoca senzatie de furnicaturi la nivelul pielii, amorteala si/sau durere
- pierderea temporara a acuitatii vizuale sau modificarea acesteia
- zgomote in urechi sau modificari ale auzului
- tensiune arteriala scazuta
- greata, varsaturi si diaree
- inflamatii ale unor zone precum mucoasa bucala
- pierderea simtului gustului
- lipsa poftei de mancare
- batai lente ale inimii
- deshidratare
- modificari usoare ale aspectului unghiilor si pielii, care dispar curand
- umflare dureroasa si inflamatie in zona in care este efectuata injectia
- dureri musculare sau articulare
- convulsii
- oboseala

Pot aparea si alte efecte adverse mai putin frecvente, dar mai grave. Acestea includ in special accidentul vascular cerebral, infarctul miocardic si deteriorarea functiei rinichilor si a ficatului.

Oricare dintre aceste simptome ar trebui raportate unui doctor.

Efectele secundare ale vemurafenibului*

Efectele secundare ale vemurafenibului sunt frecvente. Cele mai comune simptome sunt:

- dureri articulare

- sensibilitate severa la lumina soarelui, care necesita aplicarea unui produs de protectie UV
- reducerea cresterii parului
- eruptii cutanate
- mancarimi ale pielii
- cancere de piele, inclusiv noi carcinoame cu celule scuamoase si, rareori, noi melanoame ale pielii
- negi, denumiti medical veruci virale
- senzatie de oboseala
- dureri de cap
- greata
- diaree

Alte reactii adverse mai putin frecvente includ:

- piele uscata
- inrosirea pielii
- pierderea poftei de mancare
- pierdere in greutate
- varsaturi
- constipatie
- dureri musculare
- dureri de spate
- febra
- umflarea mainilor sau a picioarelor
- slabiciune
- modificari ale gustului
- tuse
- arsuri solare
- rezultatele analizelor de sange anormale in ce priveste functia hepatica
- inflamatie venoasa
- amorteala sau furnicaturi in maini sau picioare.

Reactiile adverse rare, dar severe includ reactii alergice, reactii cutanate severe, modificari de ritm cardiac si probleme de vedere.

Pacientii tratati cu vemurafenib trebuie tinuti sub atenta observatie de catre medic, in vederea urmaririi aparitiei cancerului de piele sau a unui alt tip de cancer.

Efecte secundare ale imunoterapiei

Efectele secundare ale interleukinei-2* si ale interferonului alfa

Urmatoarele simptome sunt foarte frecvente in cazul acestor terapii. Aparitia lor depinde in principal de doza administrata.

- febra si frisoane sau simptome asemanatoare gripei. Severitatea lor scade in timp, in special in cazul regimurilor cu doze mici.
- colorare generalizata (roseata) a fetei si a corpului sau eruptii cutanate

- greata sau varsaturi
- oboseala
- tensiune arteriala scazuta
- diaree
- un numar redus al globulelor albe (leucocite), globulelor rosii (eritrocite) si trombocitelor, ducand la un risc crescut de infectie, anemie sau sangerare
- modificari ale statusului mental, cum ar fi confuzie, somnolenta sau pierderi de memorie
- batai de inima rapide sau neregulate
- diureza redusa
- modificari ale functiei hepatice
- calciu temporar scazut, nivel ridicat al glucozei sau al trigliceridelor
- dureri generalizate
- umflarea fetei, a gleznelor sau a picioarelor
- caderea parului (doar in cazul tratamentului cu interferon alfa)

Urmatoarele reactii adverse sunt mai putin frecvente (apar in 10 pana la 29% din cazuri):

- dificultati de respiratie
- mancarimi
- afte bucale
- apetit scazut
- modificari ale gustului (doar in cazul tratamentului cu interferon alfa)
- depresie
- crestere sau pierdere in greutate
- infectii
- ameteala
- piele uscata sau care se descuameaza
- reactii la locul injectarii, atunci cand este administrat sub piele (subcutanat)
- anxietate si iritabilitate

Un efect secundar grav, dar foarte neobisnuit al dozelor mari de interleukina-2* este "sindromul de scurgere capilara" sau "sindromul de scurgere vasculara". Sindromul de scurgere capilara este o afectiune potential grava in care fluidele din vene si capilare se scurg direct in tesuturi, in afara fluxului sanguin. Acest lucru duce la scaderea tensiunii arteriale si la un flux sanguin limitat catre organele interne.

Medicul dumneavoastra va monitoriza cu atentie aceste lucruri. Trebuie sa anuntati imediat medicul daca observati ameteli, umflare brusca sau crestere rapida in greutate, eliminare scazuta de urina sau lipsa ei (timp de 8-12 ore), dificultati de respiratie, respiratie neregulata, batai neregulate ale inimii, dureri in piept sau daca va simtiti in mod neasteptat deprimat.

Efectele secundare ale ipilimumab*

In timpul tratamentului cu ipilimumab, poate aparea un set unic de evenimente adverse, numite evenimente adverse legate de imunitate. Recunoasterea precoce a acestora si initierea tratamentului sunt critice pentru a reduce riscul de sechele*.

Aceste reactii adverse pot sa apara, cel mai probabil, in timpul tratamentului. Cu toate acestea, efectele secundare pot aparea la cateva luni de la ultima perfuzie.

- inflamarea intestinelor (colita) care, foarte rar, poate cauza rupturi sau perforarea intestinelor. Semnele si simptomele colitei pot include diaree, scaune cu sange, dureri abdominale sau sensibilitate locala.
- inflamarea ficatului (hepatita), care poate duce la insuficienta hepatica. Semnele si simptomele hepatitei pot include ingalbenirea pielii sau a albului ochilor, urina inchisa la culoare (de culoarea ceaiului), greata sau varsaturi, dureri in partea dreapta a stomacului si sangerari sau aparitia vanatailor mai usor decat in mod normal.
- inflamarea pielii, care poate duce la reactii cutanate severe (necroliza toxica epidermala*). Semnele si simptomele reactiilor cutanate pot include eruptii pe piele cu sau fara mancarimi, afte bucale, vezicule si/sau coji pe piele.
- inflamarea nervilor, sau afectarea filetelor nervoase, care poate duce la paralizie. Simptomele problemelor neurologice pot include slabiciune neobisnuita a picioarelor, bratelor sau fetei, senzatie de amorteala sau furnicaturi in maini sau picioare.
- inflamarea glandelor hormonale (mai ales a hipofizei, a glandelor adrenale si a glandei tiroide), care pot afecta modul in care acestea functioneaza. Semnele si simptomele ca glandele dumneavoastra nu functioneaza in mod corespunzator pot include dureri de cap persistente sau neobisnuite, moleseala neobisnuita, senzatie de frig permanenta, crestere in greutate, modificari ale dispozitiei sau comportamentului, cum ar fi scaderea apetitului sexual, iritabilitate sau probleme cu memoria, ameteli sau lesin.
- inflamarea ochilor. Simptomele pot include vedere incetosata, vedere dubla sau alte probleme de vedere, dureri de ochi sau roseata.

Contactati medicul care conduce terapia daca aveti vreunul dintre aceste semne sau simptome sau daca ele se inrautatesc. Nu incercati sa tratati simptomele singur. Este posibil ca alti medici sa nu fie familiarizati cu efectele secundare specifice ale acestui medicament.

Aplicarea tratamentului adecvat in cel mai scurt timp poate impiedica agravarea problemei. Medicul dumneavoastra trebuie sa va prescrie analize de sange, cum ar fi cele hepatice si ale functiei tiroidiene, atat inainte de inceperea tratamentului cu ipilimumab, cat si in timpul acestuia. Oncologul dumneavoastra poate decide sa amane sau sa opreasca tratamentul cu ipilimumab.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Controlul medical regulat*

Dupa finalizarea tratamentului, medicii propun un program de examinari* care presupune consulturi in mod regulat, cu scopul de:



- a detecta posibilele reaparitii* intr-un stadiu incipient
- a recunoaste noile tumori cutanate, atat melanoame, cat si de alte tipuri, deoarece acestea au aceiasi factori de risc principali*
- a evalua complicatiile legate de tratament si a le trata
- a asigura sprijin psihologic si informatii pentru a incuraja revenirea la o viata normala

Controlul regulat* la medicul oncolog ar trebui sa includa istoricul pacientului si examinarea clinica*. Nu sunt necesare examinari radiologice sau analize de sange pentru majoritatea pacientilor, in special pentru cei tratati pentru un melanom de grosime redusa. Conform stadiului cancerului sau rezultatelor examinarii clinice*, se pot efectua examinari radiologice suplimentare. Ecografia* ganglionilor limfatici, tomografia computerizata (CT)*, tomografia completa cu emisie de pozitroni (PET)* sau scanarile PET-CT pot duce la un diagnostic mai timpuriu al posibilelor recidive la pacientii cu risc crescut de recidiva (de exemplu, cei cu un melanom primar initial de grosime mare sau cei tratati pentru metastaze). Cu toate acestea, nu s-a demonstrat inca impactul acestor examinari asupra sperantei de viata. Testele care masoara nivelul proteinei S-100* si al lactat dehidrogenazei (LDH)* in sange sunt utilizate uneori pentru a detecta recidiva* cancerului, dar nu este clar daca ele ajuta intr-adevar sau nu.

Revenirea la o viata normala

Poate fi greu de trait cu ideea ca boala poate reveni. Pe baza a ceea se stie in prezent, exista cateva reguli simple care sunt recomandate:

- Pentru a reduce riscul de recurenta* dupa finalizarea tratamentului:
 - Evitati arsurile solare
 - Evitati expunerea la soare fara protectie corespunzatoare
 - Evitati lumina artificiala ultravioleta - solar
- Pentru a detecta timpuriu eventualele alunite suspecte sau recurente* ale melanomului
 - Efectuati regulat auto-examinari ale pielii, pentru tot restul vietii
 - Efectuati auto-examinari periodice ale ganglionilor limfatici*, pentru tot restul vietii.

Ca o consecinta a cancerului in sine si a tratamentului, revenirea la o viata normala poate sa nu fie usoara pentru unele persoane. Pot aparea intrebari referitoare la imaginea proprie, sexualitate, oboseala, munca, emotii sau stilul de viata. Discutarea acestora cu rudele, prietenii sau medicii poate fi de ajutor. In multe tari, persoanele interesate pot beneficia de sprijin din partea grupurilor de fosti pacienti sau a liniilor telefonice pentru asistenta si informatii.

Este, de asemenea, este important sa informati membrii familiei (parinti, frati si copii) care prezinta un risc crescut de a dezvolta melanom. Examinarea regulata a pielii de catre persoanele in cauza si de catre un medic trebuie efectuata pentru a detecta si a elimina orice alunita suspecte cat mai curind posibil. Nu este necesara testarea genetica.

Ce se intimpla daca boala recidiveaza?

In cazul in care cancerul revine, aceasta se numeste recurenta* sau recidiva. Tratamentul depinde de dimensiunea recurentei*, care trebuie evaluata prin examinare fizica, examinare radiologica si analize de sange.

Optiunile de tratament vor depinde de stadiul recurentei*. Discutarea optiunilor de tratament trebuie sa se faca intr-o sedinta multidisciplinara.

Daca recidiveaza ca recurenta locala* pe piele sau in ganglionii limfatici*

Decizia de tratament se va baza pe aceleasi elemente ca si prima data, in special stadiul de cancer din piele si din ganglionii limfatici*. Tratamentul va urma aceleasi recomandari descrise anterior.

Daca recidiveaza ca recurenta* cu metastaze la distanta

Planul de tratament pentru acest tip de recurenta* va fi discutat in conformitate cu ceea ce este prezentat in "Planul de tratament pentru melanomul in stadiul IV".

Daca recidiveaza sub forma altui melanom

Aproximativ 8% dintre persoanele care au avut un melanom dezvolta un al doilea melanom in termen de 2 ani de la diagnosticul primului. Atunci cand apare un al doilea melanom, tratamentul depinde in principal de extinderea acestuia, asa cum a fost descrisa anterior. Acesta va fi tratata ca si cum ar fi un prim melanom.

Daca recidiveaza sub forma unui alt cancer de piele

Cancerul cu celule bazal si cancerul cu celule scuamoase ale pielii sunt mai frecvente decat melanoamele si au aproximativ aceiasi factori de risc* ca melanomul. Expunerea pielii deschise la culoare la lumina UV este un factor de risc comun*. Aceste doua tipuri de cancer sunt mai putin agresive decat melanoamele si de obicei se dezvolta incet, dar daca sunt lasate netratate, pot provoca daune grave la nivel local si pot implica rar ganglionii limfatici* si alte organe. Acestea pot fi tratate cu usurinta daca sunt diagnosticate intr-un stadiu incipient, prin eliminarea lor prin interventie chirurgicala, crioterapie* sau mai multe alte terapii locale.

Deoarece tratamentul cu vemurafenib* creste riscul de a dezvolta aceste tipuri de cancer de piele, pacientii tratati cu vemurafenib trebuie urmariti cu atentie, pentru a detecta din timp orice noua leziune a pielii.

DEFINITIILE TERMENILOR MEDICALI

Adjuvant

Termenul adjuvant in cazul cancerului se refera la o terapie care ajuta o alta terapie sa-si atinga scopul final si ii intareste efectul. Spre exemplu, radio si/sau chimioterapia ajuta o operatie sa-si atinga scopul de a elimina o tumoare canceroasa. In alt context decat cel oncologic, poate fi vorba despre un agent adaugat in vaccinuri pentru a stimula raspunsul sistemului imunitar la antigen.

Anemie

Boala caracterizata prin diminuarea numarului de globule rosii din sange sau a valorii hemoglobinei. Fierul care contine hemoglobina duce oxigenul de la plamani in tot corpul, iar acest proces este diminuat in cazul anemiei.

Anestezie

Stare reversibila de pierdere a constientei, in care pacientul nu simte durere, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres. Este indusa artificial prin folosirea anumitor substante, cunoscute drept anestezice. Poate fi completa sau partiala si permite pacientului sa treaca prin interventii chirurgicale.

Anticorp anti-PD1

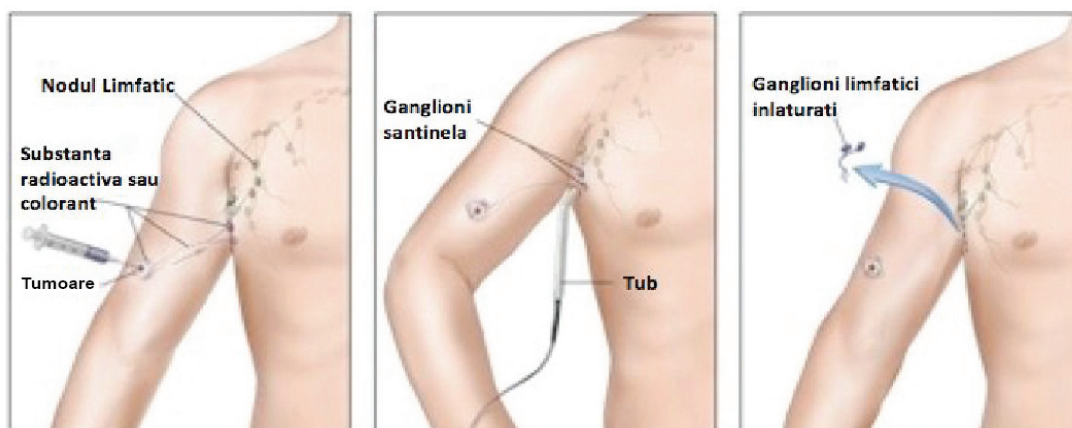
Anticorp care tinteste proteinele din celulele umane numite PD1 (Programmed death 1). Blocarea PD1 a fost studiata ca o solutie de stimulare a sistemului imunitar si s-a dovedit a avea activitate antitumorală.

Biopsie

Inlaturarea unor celule sau tesuturi pentru examinarea lor de catre un anatomopatolog. Acesta poate studia celulele sau tesuturile la microscop sau poate efectua alte teste. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsia incizionala, in care numai o mostra de tesut este inlaturata; (2) biopsia excizionala, in care intreaga zona cu probleme este inlaturata si (3) biopsia cu acul, in care o mostra de tesut sau lichid este inlaturata cu un ac. Atunci cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste punctie tisulara, iar atunci cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin.

Biopsie a ganglionilor limfatici santinela

Inlaturarea si examinarea ganglionilor santinela (primii ganglioni limfatici la care este posibil sa se extinda celulele canceroase de la o tumoare primara). Pentru a identifica ganglionii limfatici santinela, chirurgul injecteaza o substanta radioactiva, un colorant albastru sau pe ambele in apropierea tumorii. Apoi, chirurgul foloseste o sonda pentru a gasi ganglionii limfatici santinela care contin substanta radioactiva sau cauta ganglionii limfatici colorati cu substanta albastra. In continuare, se inlatura ganglionii santinela pentru a verifica daca acestia prezinta celule canceroase.



Biopsia ganglionilor limfatici santinela de la nivelul pielii. O substanta radioactiva si/sau un colorant albastru sunt injectate in apropierea tumorii (prima imagine). Materialul injectat este detectat vizual si/sau cu o sonda* care detecteaza radioactivitatea (a doua imagine). Ganglionii santinela (primii ganglioni in care se regasese substanta) sunt inlaturati si se verifica daca ei contin celule canceroase (ultima imagine).

Carboplatin

Medicament folosit pentru tratarea cancerului ovarian avansat care nu a mai fost tratat sau pentru tratarea simptomelor de cancer ovarian care au revenit dupa tratarea cu alte medicamente anticancer. De asemenea, este folosit in combinatie cu alte medicamente pentru tratarea cancerului pulmonar fara celule mici avansat, metastatic* sau recurent* si este studiat in tratamentul altor tipuri de cancer, cum este cazul melanomului. Carboplatinul este o forma a medicamentului anticancer numit cisplatin* si produce mai putine efecte adverse. El se ataseaza de ADN-ul din celule si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de compus al platinei.

Chimioterapie

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau a limita cresterea lor. Aceste medicamente sunt administrate de obicei pacientilor prin perfuzare lenta intr-o vena, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa intr-un membru sau prin perfuzare in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Cisplatin

Medicament folosit pentru tratarea multor tipuri de cancer, care contine metalul numit platina. Ucide celulele canceroase prin alterarea ADN-ului lor si prin impiedicarea divizarii acestora. Cisplatinul este un tip de agent alchilant.

Criochirurgie

Tratament minim invaziv care foloseste frigul extrem pentru a ingheta si a distruge tesuturile bolnave, inclusiv celulele canceroase.

Dabrafenib

Medicament anticancer folosit pentru tratarea melanomului care nu poate fi rezecat sau a melanomului metastatic cu mutatia BRAF*. Poate opri proliferarea celulelor tumorale care au mutatii BRAF. Inhiba mutatia genei BRAF care in mod normal, atunci cand nu a suferit mutatii, are rol in reglarea cresterii celulare.

Dacarbazina

Medicament folosit pentru tratarea limfomului Hodgkin si a melanomului malign si studiat in tratarea altor tipuri de cancer. Se ataseaza de ADN-ul din celule si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de agent alchilant.

Dermul

Stratul intermediat al pielii situat intre epiderm si hipoderm. Dermul contine tesut conjunctiv, vase de sange, glande sudoripare si sebacee, nervi, foliculi pilosi si alte structuri. Este alcatuit dintr-un strat superior subtire, numit derm papilar, si unul inferior gros, numit derm reticular.

Ecografie (examinare cu ultrasunete)

Procedura in care unde sonore de inalta frecventa se lovesc de tesuturile si organele interne si creeaza ecouri. Acestea apar pe ecranul ecografului, formand o imagine a tesuturilor numita sonograma. Se mai numeste si ultrasonografie.

Epidermul

Stratul superficial al pielii, situat deasupra dermului si hipodermului.

Examinare clinica

Examinarea corpului in cautarea de semne de boala.

Factor de risc

Element care creste riscul de dezvoltare a unei boli. Cateva exemple de factori de risc* pentru cancer sunt varsta, istoricul familial care include anumite tipuri de cancer, utilizarea produselor care contin tutun, expunerea la radiatiile sau la anumite substante chimice, infectiile cu anumite virusuri sau bacterii si unele schimbari genetice.

Follow-up (Urmarire)

Monitorizarea starii de sanatate a unei persoane de-a lungul timpului, dupa ce s-a facut tratamentul. Include urmarirea starii de sanatate a unei persoane care a participat la un studiu clinic pentru o anumita perioada de timp, atat in timpul studiului, cat si dupa finalizarea lui.

Fotemustina

Substanta folosita in tratarea unor tumori pe creier si a melanomului metastatic. Este aprobata in unele tari europene, inclusiv in Franta si Belgia.

Ganglion limfatic

Masa nodulara de tesut limfatic, incercuita de o capsula de tesut conjunctiv. Ganglionii limfatici* filtreaza limfa si stocheaza limfocitele*. Sunt localizati de-a lungul vaselor limfatice si se mai numesc glande limfatice.

Histopatologie

Studiul celulelor si tesuturilor bolnave prin folosirea unui microscop.

Inhibitor MEK

Substanța aflată în studiu pentru tratamentul mai multor tipuri de cancer. Inhibitorul MEK blochează proteinele de care au nevoie celulele pentru a crește și poate ucide celulele canceroase. Este un tip de inhibitor de protein kinaza.

Imunoterapie

Tratament care stimulează sau reface capacitatea sistemului imunitar de a lupta cu infecțiile, cancerul și alte afecțiuni. Este folosit și pentru a diminua anumite efecte secundare care pot apărea din cauza unor tratamente împotriva cancerului. Agenții folosiți în imunoterapie includ anticorpi monoclonali, factori de creștere și vaccinuri. Acești agenți pot avea și un efect antitumoral direct. Se mai numesc terapii de modificare a răspunsului biologic, terapie biologică, bioterapie și terapii BRM.

Interferon

Proteina produsă de limfocite și implicată în comunicarea dintre celulele imune. Modifică răspunsul biologic (poate îmbunătăți răspunsul natural al corpului la infecții și celule tumorale). Există mai multe tipuri de interferoni, inclusiv interferon alfa, beta, și gama. Corpul produce în mod normal aceste substanțe. Ele sunt, de asemenea, create în laborator, pentru a trata cancerul și alte boli.

Interferon alfa

Tip de interferon* care reprezintă o proteină produsă de limfocite și implicată în comunicarea dintre celulele imune. Modifică răspunsul biologic (poate îmbunătăți răspunsul natural al corpului la infecții și celule tumorale). Corpul produce în mod normal aceste substanțe, dar ele sunt create și în laborator, pentru a trata cancerul și alte boli.

Interleukina-2

Una dintr-un grup de proteine asociate produse de leucocite (celule sanguine albe) și alte celule din corp. Interleukina-2 este compusă dintr-un tip de limfocite T. Ea mărește ritmul de creștere și cel de activitate al altor limfocite T și B și afectează dezvoltarea sistemului imunitar. Aldesleukina (interleukina-2 produsă în laborator) este folosită ca modificador al răspunsului biologic, pentru a stimula sistemul imunitar în terapia împotriva cancerului. Interleukina-2 este un tip de citokină. Se mai numesc și IL-2.

Ipilimumab

Medicament folosit pentru tratarea melanomului care s-a răspândit la alte părți ale corpului sau care nu poate fi înălțat chirurgical. Se studiază și în tratamentul altor tipuri de cancer. Ipilimumab se leagă de o substanță numită CTLA-4, care se găsește pe suprafața celulelor T (un tip de celule sanguine albe). Ipilimumab poate să blocheze CTLA-4 și să ajute sistemul imunitar să ucidă celulele canceroase. Este un anticorp monoclonal.

Lactat dehidrogenaza (LDH)

Enzima care se găsește în sânge și în alte țesuturi ale corpului și care este implicată în producția de energie în celule. O cantitate crescută de lactat dehidrogenaza în sânge poate fi un semn de afectare a țesuturilor și poate indica unele tipuri de cancer sau alte afecțiuni. Se mai numesc și dehidrogenaza a acidului lactic.

Limfocite

Tip de celule sanguine albe care sunt esentiale pentru sistemul imunitar. Cele trei tipuri majore de limfocite sunt celule T, celule B si celulele ucigasi naturali (NK – natural killer), care au fiecare rolul lor in sistemul imunitar.

Lumina ultravioleta (UV)

Lumina ultravioleta este o radiatie electromagnetica cu o lungime de unda mai scurta decat cea a luminii vizibile, dar mai lunga decat razele X, in intervalul de la 400 la 100 nm.

Margine/limita

Marginea sau bordura tesutului inlaturat in cadrul unei operatii pentru cancer. Este descrisa ca fiind negativa sau curata atunci cand medicul anatomopatolog nu gaseste celule canceroase la periferia tesutului, ceea ce sugereaza ca tumoare canceroasa a fost inlaturata in totalitate. Este descrisa ca fiind pozitiva atunci cand anatomopatologul gaseste celule canceroase la periferia tesutului, ceea ce sugereaza ca nu a fost inlaturata toata tumoarea canceroasa.

Melanocitul

Tip de celula aflata in stratul bazal al pielii, in ochi si in alte parti ale corpului. Melanocitele* produc melanina, o substanta importanta pentru culoarea pielii si a ochilor.

Metastaza

Raspandirea cancerului dintr-o zona a corpului in alta. O tumoare formata din celule care s-au raspandit se numeste tumoare metastatica sau metastaza si contine celule identice acelora din tumoare originala.

Mutatie

Schimbare a secventei de perechi de baza din AND care alcatuiesc o gena. Mutatiile* dintr-o gena nu schimba neaparat gena definitiv.

Mutatie CDKN2A

Gena CDKN2A (numita si p16 sau MTS-1) este o gena care codeaza o proteina supresoare tumorală numita inhibitor de cyclin-dependent kinaza 2A. Mutatiile sau schimbarile anormale ale acestei gene cresc riscul aparitiei unei game largi de cancere, in special a melanomului.

Mutatie BRAF

O mutatie (schimbare) specifica in gena BRAF, care produce o proteina implicata in trimiterea de semnale in celule si in cresterea celulelor. Aceasta mutatie a genei BRAF poate fi gasita in unele tipuri de cancere, inclusiv in melanom si in cancerul colorectal. Poate mari ritmul de crestere si raspandire a celulelor canceroase. Verificarea existentei acestei mutatii in tesutul tumoral poate ajuta la planificarea tratamentului pentru cancer.

Mutatie NRAS

Schimbare anormala a genei NRAS. Aceasta mutatie activeaza o reactie in celule care duce la proliferarea si cresterea tumorilor.

Nanoparticula

Particula microscopica cu o dimensiune mai mica de 100 nm.

Nev

Termenul medical pentru alunita.

Opinie multidisciplinara (Abordare multidisciplinara)

Planificare a tratamentului in care mai multi medici experti in diferite discipline (specialitati medicale) discuta boala si optiunile de tratament pentru un pacient. In tratarea cancerului, o opinie multidisciplinara poate include un oncolog medical (care ofera medicamentele cele mai potrivite pacientului), un chirurg oncolog (care opereaza cancerul in cauza) si un oncolog radiolog (care trateaza bolnavul cu radiatii). Se mai numeste si consiliu pentru tumori.

Paclitaxel

Medicament folosit pentru tratarea cancerului de san, a celui ovarian si a sarcoamelor Kaposi asociate cu SIDA. Este folosit si in combinatie cu un alt medicament pentru a trata forme de cancer pulmonar diferite de cele cu celule mici. Produsul este studiat si in tratarea altor tipuri de cancer. El blocheaza cresterea celulelor prin oprirea diviziunii celulare si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de agent antimitotic.

Peginterferon alfa

Interferon alfa* legat de o substanta numita PEG, care face medicamentul sa ramana in organism pentru o perioada mai lunga de timp.

Prognostic

Modalitatea probabila in care va evolua o boala; probabilitatea de recuperare sau de recurenta* a acesteia.

Proteina S-100

Proteina care este alcatuita din mai multe tipuri diferite de celule si implicata in procese care au loc atat in interiorul, cat si in exteriorul celulelor. Este produsa in cantitati mai mari la pacientii cu boli inflamatorii, cum ar fi artrita reumatoida, si la pacientii cu unele tipuri de cancer.

Radioterapie

Terapie in care radiatiile sunt folosite in tratarea cancerului, orientate intotdeauna spre locatia specifica a bolii.

Recurenta

Cancer sau boala (de obicei auto-imuna) care a revenit, de regula dupa o perioada de timp in care nu a fost prezenta sau nu a putut fi detectata. Poate reveni in acelasi loc unde a fost descoperita tumoarea initiala (primara) sau in alta zona din corp. Se mai numeste si cancer recurent sau boala recurenta.

Tomografie cu emisie de pozitroni (PET)

Procedura in care o cantitate mica de glucoza radioactiva (zahar) este injectata intr-o vena, iar un scanner este folosit pentru a crea imagini computerizate detaliate ale zonelor din interiorul corpului unde este folosita glucoza. Dat fiind faptul ca, adesea, celulele canceroase folosesc mai multa glucoza decat cele normale, imaginile pot fi folosite pentru a gasi celule canceroase in corp.

Sechele

Consecintele unei anumite afectiuni sau interventii terapeutice.

Sonda

Instrument lung si subtire folosit pentru explorarea ranilor sau a cavitatilor.

Stadializare

Realizarea de teste si examinari pentru a afla cat de extins este cancerul in corp si mai ales daca boala s-a raspandit din zona initiala in alte parti ale corpului. Este foarte important sa se cunoasca stadiul bolii pentru a se stabili tratamentul optim.

Studiu clinic

Tip de cercetare care testeaza cat de bine functioneaza noile tratamente medicale asupra oamenilor. Aceste studii testeaza noi metode de screening, preventie, diagnostic sau tratament al unei boli.

Subcutanat

Sub piele.

Temozolomida

Temozolomida apartine unui grup de medicamente anticancer numite agenti alchilanti. In corp, temozolomida este transformata intr-un alt compus, numit MTIC. MTIC se ataseaza de ADN-ul celulelor in timpul reproducerii acestora, ceea ce opreste diviziunea celulara. In consecinta, celulele canceroase nu se pot divide, lucru care incetineste cresterea tumorilor.

Tomografie computerizata (scanare CT)

Forma de radiografie in care organele corpului sunt scanate cu raze X, iar rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini cu partile corpului.

Trametinib

Medicament anticancer folosit pentru tratarea melanomului metastatic sau a celui neoperabil cu mutatia BRAF*. Este administrat oral, ca agent unic. Trametinib nu este indicat pacientilor care au primit in prealabil terapie cu inhibitori BRAF.

Ulceratie

Dezvoltarea unui ulcer, adica o deteriorare a pielii, a tesutului care captuseste un organ sau a suprafetei unui tesut.

Vaccin anticancer

Vaccin folosit pentru a ajuta sistemul imunitar sa recunoasca si sa atace celulele canceroase. Poate fi folosit pentru a preveni dezvoltarea cancerului (vaccin preventiv) sau pentru a trata cancerul (vaccin terapeutic).

Vemurafenib

Vemurafenibul este un inhibitor al BRAF, o proteina implicata in stimularea diviziunii celulare. In melanoamele cu mutatia BRAF V600 a genei BRAF, o forma anormala a proteinei BRAF este prezenta, cu un rol in dezvoltarea cancerului prin permiterea divizarii necontrolate a celulelor tumorale. Prin blocarea actiunii proteinei anormale BRAF, vemurafenib ajuta la incetinirea cresterii si a raspandirii cancerului. Vemurafenib este administrat numai pacientilor ale caror melanoame sunt cauzate de mutatia BRAF V600.

Vindesin

Medicament anticancer care apartine familiei de medicamente anticancer numite alcaloizi din vinca. Previne divizarea celulelor canceroase.

Ghidurile ESMO si ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate sa ajute pacientii, rudele si apropiatii lor sa inteleaga natura diferitelor tipuri de cancer si sa evalueze cele mai bune variante de tratament. Informatia medicala din aceste ghiduri pentru pacienti se bazeaza pe Ghidurile de Practica Clinica ale ESMO, care sunt menite sa ghideze medicii în diagnosticarea, urmarirea si tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) in colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO si Grupul de Lucru pentru Pacienti al ESMO.

Pentru mai multe informatii, accesati www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

