

DERMATOLOGIA

# Il melanoma cutaneo

Tumore in crescita ma nello stesso tempo la sua mortalità è andata diminuendo

Ogni anno vengono pubblicati i dati relativi all'incidenza ed alla mortalità dei tumori in Italia e nel mondo, così da poter impostare adeguate campagne di informazione e prevenzione.

L'ultima pubblicazione ha evidenziato uno strano paradosso: il melanoma cutaneo è uno dei tumori maggiormente in crescita, colpisce più frequentemente rispetto al passato la fascia di età giovane, ma la sua mortalità, pur rimanendo elevata, è andata diminuendo.

Nella puntata odierna cercheremo di chiarire questa apparente contraddizione, affrontando un tema di grande interesse collettivo quale il melanoma. Negli ultimi anni si è registrata una rapida crescita di questo tumore della pelle. Negli Stati Uniti dal 1930 al 2000, la sua incidenza è aumentata di 18 volte: oggi un americano su 84 ha la probabilità di essere colpito da melanoma nel corso della vita. In Europa ogni anno vengono diagnosticati circa un milione di nuovi casi di tumore; uno su 100 è un melanoma. Il maggior numero di casi si registra nei paesi del nord Europa (Svezia, Norvegia, Danimarca), ma anche in Italia la comparsa di questo tumore della pelle è raddoppiata negli ultimi 15 anni. Come si spiega il rapido aumento di incidenza di un tumore, che fino a pochi anni fa era relativamente raro? Nonostante i pareri siano ancora discordanti, gli ultimi studi confermano una correlazione fra sole e melanoma. I casi di melanoma sono infatti cresciuti nei paesi occidentali a partire dagli anni 50, quando è cominciata l'era delle vacanze e la moda dell'abbronzatura. Anche

in Italia, negli ultimi 40 anni, si è passati da una civiltà "agricola" che non conosceva la parola ferie, ad una società più evoluta che trascorre in media 3-4 settimane l'anno (chi può permetterselo) di vacanze, spesso con intense esposizioni solari. Gli ultimi dati mostrano come il rischio di sviluppare un melanoma non sia tanto legato alla quantità di tempo che si trascorre al sole, ma alla qualità dell'esposizione.

Sono infatti più a rischio coloro che si espongono al sole intensamente, con scarse protezioni e per brevi periodi di tempo (fine settimana al mare), rispetto alle persone che lavorano tutto l'anno all'aria aperta. La comparsa del melanoma è infatti minore nei contadini e nei marinai che tra i vacanzieri del mare. L'aumento di incidenza del melanoma nella fascia di età giovane (30-40 anni), è in parte dovuto alla cattiva abitudine di esporre i bambini al sole senza protezione.

Recenti studi hanno mostrato come danni solari ripetuti subiti nei primi anni di vita, aumentino la probabilità di sviluppare un melanoma nell'età adulta. I bambini degli anni 40 forse avevano visto il mare una volta, mentre adesso appare normale fare trascorrere ad un bambino uno o più mesi al sole durante l'estate, magari senza protezione. Capita così che a 30 anni una persona abbia già subito un numero di esposizioni e di danni solari, tali da poter favorire l'insorgenza del melanoma. Certamente non è tutta colpa del sole, ma altri fattori sono importanti nel favorire l'insorgenza di questo tumore quali: il tipo di pelle (le persone

con pelle chiara e che si abbronzano con difficoltà sono più a rischio dei soggetti con carnato scuro), la familiarità (la presenza di uno o più casi di melanoma in famiglia aumenta il rischio), il numero dei nei che si hanno sulla pelle (sono più a rischio le persone con molti nei, anche se bisogna ricordare che il melanoma spesso insorge sulla cute sana). Nonostante il notevole aumento dei casi di melanoma la sua mortalità sta diminuendo. Questa piacevole

notizia non è dovuta tanto alla maggiore efficacia delle cure, ma ad una più corretta opera di informazione e di diagnosi precoce. Infatti, anche se la terapia ha fatto importanti passi in avanti, quando il melanoma viene diagnosticato tardi, la mortalità resta alta. La prognosi dipende soprattutto dallo spessore del tumore al momento della diagnosi. Più il melanoma è "sottile" (senza invasione degli strati profondi della pelle), maggiori sono le probabilità di

sopravvivenza ed anche di guarigione.

Negli ultimi anni sono state lanciate numerose campagne di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica, mobilitando specialisti e medici di base. L'invito a autoesaminare periodicamente i nei, a sottoporsi a regolari controlli ed ad andare dal dermatologo in presenza di cambiamenti, anche minimi di forma, colore, dimensione di un neo, ha portato ad una più frequente diagnosi di melanoma iniziale, con conseguente calo della mortalità. Bisogna sottolineare come un grande passo in avanti nella individuazione e controllo delle lesioni a rischio e nella diagnosi precoce del melanoma, sia stato compiuto con l'avvento di una nuova tecnica di valutazione dei nei che si chiama dermatoscopia.

Si tratta di una tecnica indolore, di rapida esecuzione e senza controindicazioni, che utilizza un piccolo microscopio posto a contatto della pelle, con cui si ottiene un'immagine interna del neo ingrandita fino a dieci volte. Questo consente di vedere degli elementi strutturali particolari, non apprezzabili ad occhio nudo, in base ai quali si può valutare il grado di atipia della lesione esaminata. La tecnologia migliora e l'avvento della informatizzazione e dei moderni software di gestione dati in campo medico, ha consentito un altro passo avanti. È stato infatti ideato un videodermatoscopio digitale computerizzato che utilizza una telecamera a fibre ottiche collegata al computer, con cui è possibile riportare su di un monitor l'immagine clinica e dermato-

scopica dei nei.

Il computer permette di creare per ogni paziente una cartella personalizzata in cui si raccolgono i dati anamnestici ed una mappa delle lesioni neviche atipiche. Di ogni neo viene memorizzata l'immagine clinica e dermatoscopica che sarà così facilmente confrontabile con altre immagini della stessa lesione, raccolte in controlli successivi. Il computer permette di calcolare un punteggio indicativo della atipia del neo, i suoi diametri e di valutare ogni minimo cambiamento della lesione. In base al grado di irregolarità dei nei monitorizzati si consigliano controlli periodici più o meno ravvicinati oppure, se il punteggio sviluppato supera i limiti previsti si consiglia, a titolo preventivo, l'asportazione del neo ed il conseguente esame istologico.

Questa raffinata tecnologia consente quindi di migliorare notevolmente la capacità di diagnosi precoce del melanoma, rispetto alla sola visita clinica. Certamente ancora molta strada deve essere fatta, ma già fin da adesso la stretta collaborazione fra medico e paziente, l'avvento di nuove metodiche diagnostiche come la videodermatoscopia e corrette campagne di informazione consentono risultati importanti, nella speranza di sconfiggere, quanto prima definitivamente, questo temibile avversario.

**dott. Maurizio Bellini**

specialista in dermatologia

Per ulteriori informazioni:

Servizi Medici Agape

Tel. 055705351

email: studioagape@inwind.it

Redazione giornale:

Tel. 055340811 fax 055340814

e-mail: informag4@edimedia-fi.it

**CAMO**

## Scegliere di curare

Il gruppo di lavoro del Camo, che per oltre 10 anni ha fornito assistenza domiciliare gratuita ai malati di tumore, ha deciso di costituirsi autonomamente nell'associazione scientifica Pallivm, per poter continuare ad assistere a casa le persone malate e proseguire le molteplici collaborazioni avviate con i medici di medicina generale e ospedalieri.

Il carico di lavoro dell'associazione è, come si può immaginare, quello di un gruppo che da dieci anni rappresenta un riferimento importante per le persone malate. Pallivm è comunque, di fatto, nata da pochi mesi. Da qui un appello a ricevere aiuti che possono essere nuovi soci o la partecipazione alla campagna di solidarietà "Scegliere di curare" che si svolgerà nei prossimi mesi attraverso l'offerta di fiori e altri oggetti preparati dai volontari. Tutto questo «per continuare a rispondere al bisogno che hanno le persone malate di essere curate a casa in ogni momento della malattia».

«Ogni tipo di sostegno al gruppo e quindi alle persone che soffrono e che cerchiamo di aiutare - spiegano all'associazione - ci farà sentire in tanti nell'obiettivo comune di migliorare la qualità di vita delle persone malate».

**Per ulteriori informazioni o adesioni:**  
**Associazione Pallivm**  
 Via de' Malcontenti, 6 Montedomini  
 Tel. 0552001292 3890799720  
 C/ postale 30039515  
 Responsabile sanitario: dott.ssa Valeria Cavallini  
 Coordinatore servizi alle famiglie: sig. Carlo Casini

OMIEOPATIAOMOTOSSICOLOGIA

## Arteriosclerosi e colesterolo

Anche l'eccessivo consumo di proteine animali contribuisce a creare accumuli di sostanze tossiche (2ª parte)

Abbiamo preso in considerazione, nell'articolo precedente, alcuni fattori di rischio che contribuiscono a danneggiare le nostre arterie ed abbiamo descritto sommarariamente la formazione della cosiddetta placca aterosclerotica. Si è anche parlato di danno alla parete muscolare delle arterie come "primum movens" di questo processo patologico chiamato arteriosclerosi: ma da che cosa questa parete viene danneggiata e come mai? Ci devono essere delle sostanze in circolo che risultano essere pericolose per i nostri vasi sanguigni: sono i radicali liberi. Questi sono dei frammenti di molecole molto instabili capaci di provocare danni cellulari anche gravi; vengono

prodotti in eccesso dalla scomposizione di diverse sostanze chimiche. Vediamone alcune: i grassi insaturi, specie se rancidi, il catrame delle sigarette, gli additivi e i conservanti alimentari, l'acqua contenente metalli pesanti e cloro, i derivati petrolchimici, il monossido di carbonio (fumo di scappamento delle automobili) e il tetracloruro di carbonio (prodotti di pulizia per la casa). Sicuramente la lista è destinata ad aumentare, ma vorrei comunque sottolineare un fatto: i radicali liberi vengono prodotti normalmente dal nostro organismo, come risultato del metabolismo cellulare; la loro quantità è direttamente proporzionale all'età. Il bambino ne produce pochi, l'anziano

ne produce molti: è il normale processo di invecchiamento. Se veniamo a contatto con le sostanze chimiche suddette, il pericolo aumenta in modo esponenziale. Ritorniamo sull'argomento olio alimentare, citato il mese scorso. Diversi Autori segnalano il pericolo degli oli polinsaturi, che sono praticamente gli oli di semi (di cartamo, di mais, di sesamo, di girasole, ecc.). Questi oli sono estremamente instabili: specialmente se non consumati crudi e riscaldati più volte, provocano nel nostro organismo la formazione di una quantità impressionante di radicali liberi, con conseguente danno delle arterie. Altrettanto pericolosi sono gli oli idrogenati usati

per la margarina, per i grassi da pasticceria. Un'eccezione a quanto detto fino ad ora è rappresentata dall'olio di semi di lino, lavorato a 40°C; esso fornisce una discreta percentuale di acidi grassi essenziali per il nostro organismo. Anche gli oli di pesce sono molto utili per prevenire i danni ai vasi sanguigni: contengono acido eicosapentanoico e ne sono ricchi pesci come sgombrini, merluzzi, arianghe, ostriche, salmone. Ottime fonti di acidi grassi utili sono l'olio extravergine di oliva (dotato di alta stabilità alla cottura) e l'olio di arachidi (stabile alla cottura, ma meno di quello di oliva).

Anche un eccessivo consumo

di proteine animali (carne, latte, ecc.) può contribuire a creare accumuli di sostanze tossiche per il nostro corpo. Ma allora, il colesterolo nel nostro organismo che ruolo ha? È veramente pericoloso come viene comunemente detto?

Si è discusso molto riguardo a questi argomenti, anche perché le malattie cardiovascolari, negli ultimi anni, invece che diminuire tendono ad aumentare ed a coinvolgere età sempre più giovanili. Un dato che deve far riflettere è il seguente: circa il 60-70% dei pazienti infartuati hanno, prima della malattia, valori di colesterolo perfettamente normali; questo significa che il sapere di avere un valore nella norma non deve far abbassare la guardia. In altre parole, colesterolo normale non sempre significa assenza di rischio cardiovascolare. Abbiamo, comunque, già visto come nella placca arteriosclerotica siano presenti diverse sostanze, tra cui anche il famigerato colesterolo. Ci viene in aiuto, per districare questo apparente labirinto, un ipotesi fatta diversi anni fa da un dottore dell'Università di Washington; egli dice che il colesterolo, sostanza viscosa e untuosa, non può attaccarsi alla liscia parete interna delle arterie a meno che questa non sia già danneggiata. Sostiene, quindi, che il colesterolo si deposita sulla placca come ultimo e non come primo elemento. All'atto pratico, sembrerebbe che, sempre secondo questa ipotesi, il nostro corpo reagisca ad

una situazione di danno vascolare aumentando il colesterolo per prevenire ulteriori alterazioni alla parete vascolare.

Si sta facendo strada una concezione nuova ed importante riguardo alle malattie cardiovascolari, che potrebbe modificare radicalmente l'approccio terapeutico nelle ipercolesterolemie. L'aumento dei valori ematici del colesterolo significa che, a parte l'eventuale predisposizione genetica, c'è qualcosa nell'organismo che non va; quindi è effettivamente un segnale di allarme. Oltre al colesterolo totale, bisogna conoscere anche i valori di altre due frazioni, chiamate colesterolo LDL (detto "colesterolo cattivo") e colesterolo HDL (colesterolo "buono" o "protettivo"). Ma tutto ciò va interpretato nel contesto generale: una persona di 20 anni non può avere gli stessi valori di una persona di 60-70 anni o più. Inoltre, deve esserci un indice del sangue che mi avverte con più precisione e con un certo anticipo che i vasi sanguigni sono già a rischio di danno: questo esame è il dosaggio della omocisteina.

Il prossimo mese approfondiremo ulteriormente questi nuovi concetti.

**dott. Danilo Vaccai**

medico-omotossicologo

specialista in reumatologia

Info presso la nostra redazione:

tel. 055340811 fax 055340814

informag4@edimedia-fi.it