

# Diagnosi precoce del melanoma

*La sinergia di due sofisticate analisi per vincere sulla malattia*

In questa puntata continuiamo a parlare di diagnosi precoce del melanoma, un aggressivo tumore della pelle la cui incidenza è andata rapidamente aumentando negli ultimi anni. Nonostante i progressi ottenuti nella immuno-chemioterapia, quando il melanoma viene diagnosticato tardi la mortalità resta elevata.

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 e anche di guarigione.

Quindi soltanto la diagnosi precoce del melanoma, quando clinicamente appare come un neo più o meno atipico e la sua conseguente asportazione chirurgica, consentono di ridurre la mortalità.

Un grande passo in avanti nella diagnosi precoce del melanoma è stato compiuto con l'avvento della Videodermatoscopia digitale computerizzata (tecnica descritta nella precedente puntata) che, se usata correttamente, aumenta del 30 - 40% la capacità di diagnosi del melanoma, rispetto alla sola visita clinica.

Nonostante la Videodermatoscopia garantisca un'elevata sensibilità diagnostica, rimangono casi di difficile interpretazione dove sarebbe utile avere una seconda opinione. Per questo motivo si è cercato di integrare questa metodica con una nuova analisi, così da migliorare ulteriormente la capacità di diagnosi precoce del melanoma. A tale scopo è stata di recente introdotta una nuova indagine non invasiva, l'Analisi spettrofotometrica intracutanea (Sia).

Sono stati, infatti, ideati e costruiti i primi apparecchi di uso dermatologico per l'Analisi spettrofotometri-

ca. Uno dei più evoluti si chiama Siascopy-Dermetrics, viene prodotto in Gran Bretagna ed il risultato di 6 anni di sviluppo eseguiti all'Università di Cambridge e Birmingham in collaborazione con i principali centri di ricerca del mondo. Questo apparecchio utilizza uno scanner posto a diretto contatto della cute che, emettendo luce visibile in combinazione con infrarossi, sfrutta la rifrazione della luce riuscendo a veder in diretta cosa accade sotto la pelle fino ad una profondità di 3 mm.

Grazie ad un particolare sistema di scansione e ad un avveniristico software di gestione delle immagini, è possibile visualizzare in tempo reale e ricostruire in modo tridimensionale la pelle e i suoi 4 principali componenti: la melanina epidermica, la melanina dermica, il collagene ed i vasi sanguigni. Questo permette di avere una serie d'informazioni fondamentali al fine di diagnosticare precocemente la comparsa del melanoma; tutto ciò in modo non invasivo, rapido e indolore.

Durante la visita di prevenzione dermo-oncologica viene prima eseguita la mappatura dei nei con Videodermatoscopia digitale computerizzata, successivamente si passa ad eseguire l'Analisi spettrofotometrica delle lesioni che hanno mostrato atipia dermatoscopica e/o clinica.

Questo consente di avere una seconda valutazione sulla loro irregolarità, rendendo più efficace e sensibile lo screening oncologico. Durante l'analisi il manipolo viene appoggiato per alcuni secondi sulla zona cutanea da esaminare, in modo da scannerizzare in profondità la pelle. Grazie ad un particolare software di gestione dati, le immagini tridimensionali della melanina epidermica, dermica,

del collagene e dei vasi sanguigni sono visualizzate su di un monitor, dove è possibile fare ulteriori accertamenti.

Di ogni neo viene memorizzata l'immagine videodermatologica e spettrofotometrica che sarà così facilmente confrontabile con altre immagini della stessa lesione, raccolte in controlli successivi.

Al paziente viene consegnata la copia della cartella clinica insieme alle immagini dermatoscopiche e spettrofotometriche di ogni lesione esaminata. In base al grado di atipia dei nei monitorizzati si consigliano controlli periodici più o meno ravvicinati. Se invece si evidenzia un'alterazione dei parametri spettrofotometrici e/o dermatoscopici si consiglia, a titolo preventivo, l'asportazione del neo ed il conseguente esame istologico. Il principale vantaggio di Siascopy-Dermetrics è la possibilità di fornire in tempo reale e in modo non invasivo, alcune informazioni diagnostiche altrimenti ottenibili solo asportando la cute.

Infatti, l'Analisi spettrofotometrica intracutanea permette di vedere non solo la struttura della melanina ma anche altri componenti della pelle come il reticolo dei vasi sanguigni e la disposizione delle fibre collagene.

Le immagini tridimensionali consentono di osservare nel dettaglio la quantità ed il flusso del sangue nel derma così da avere indicazioni su un'eventuale infiammazione o sulla neoformazione di capillari dovuta ad un tumore cutaneo. Inoltre la valutazione della struttura del collagene permette di capire se un melanoma si è infiltrato al di sotto del derma e, quindi, se è particolarmente aggressivo.

La possibilità di valutare direttamente la cute, ricostruendo con immagini tridimensionale le

quattro principali componenti della pelle apre nuove e, sino a pochi mesi fa, impensabili possibilità diagnostiche non solo nella prevenzione del melanoma ma anche nella diagnosi non invasiva di psoriasi, eczema, ipercromie, epitelomi e nella ottimizzazione e valutazione clinica dopo Laser terapia di rughe, macchie, acne, esiti cicatriziali, capillari, psoriasi ecc. Sono quindi possibili numerose applicazioni della Spettrofotometria in dermatologia, dalla prevenzione dei tumori al settore dermocosmetologico.

Ad esempio la possibilità di visualizzare la struttura del collagene prima e dopo terapie antiaging a base di creme, peeling o laser, consente di valutare in modo oggettivo il risultato clinico finale e l'efficacia delle cure eseguite.

La Spettrofotometria intracutanea rappresenta l'anello di congiunzione verso la meta finale: quella di avere a disposizione un microscopio laser con cui sarà possibile, in un futuro prossimo, fare un esame istologico in vivo di un neo o di una lesione cutanea, senza dovere asportare la pelle.

Certamente ancora molta strada deve essere fatta, ma già fin da adesso la stretta collaborazione fra medico e paziente e l'avvento di nuove metodiche diagnostiche come la Videodermatoscopia e l'Analisi spettrofotometrica intracutanea permettono di ottenere importanti risultati nella lotta al melanoma, nella speranza di sconfiggerlo, quanto prima, definitivamente.

**dott. Maurizio Bellini**  
specialista in dermatologia  
via Torricoda, 27 - 50142 - Firenze  
email: studioagape@inwind.it  
www.studioagape.com

# Acqua: ma ne beviamo a sufficienza?

*L'organismo ne richiede grandi quantità per mantenere le sue attività (2ª parte)*

Esistono delle sensazioni che, sempre secondo il dott. Batmanghelidj, possono essere riferite a segnali di disidratazione corporea. Per esempio, il sentirsi stanchi senza una ragione specifica (ricordo che il cervello attinge energia dall'acqua, galleggia letteralmente nell'acqua); oppure il sentirsi irritabili senza motivi plausibili o ansiosi.

Anche la sensazione di sentirsi depressi può essere correlata con la disidratazione corporea; oppure la sensazione di avere "la testa pesante". Altri segnali sono rappresentati dai disturbi del sonno, specie dell'anziano; oppure le difficoltà a mantenere l'attenzione o la brevità del respiro in persone sane, specie sotto sforzo.

Quando siamo di fronte a problemi simili, apparentemente banali, dovremmo controllare se beviamo bene e a sufficienza.

Ogni giorno, a causa delle funzioni fisiologiche, noi perdiamo circa 2 litri di acqua attraverso l'urina, la respirazione, le feci, la traspirazione cutanea, il processo digestivo (che richiede grandi quantità di acqua).

Che cosa succede all'organismo se non è presente un'adeguata quantità di acqua?

Al fine di mantenere le sue attività, all'inizio l'attingerà dalle sue cellule (circa il 66%), dagli interstizi fra le cellule, cioè dal connettivo (circa il 26%) e dal sangue (circa il 6%): immaginate come diventerà una cellula (che normalmente contiene acqua) dopo che si è prosciugata!

Dopo anni di disidratazione involontaria, insorgeranno "malattie" delle quali la medicina non sa trovare una causa. Vediamone alcune nelle quali l'aspetto di carenza idrica è fondamentale (anche se non come unico fattore causale).

La prima è rappresentata dall'**asma bronchiale**. Abbiamo detto il mese scorso che l'istamina è il principale mediatore chimico che controlla lo stato dell'idratazione corporea; in certi soggetti predisposti, essa salirà talmente da provocare dei sintomi di "allergia", come può essere il broncospasmo. Perché accade questo? Ma è chiaro! L'organismo, per non perdere ulteriore acqua, cerca di chiudere o restringere i propri "boccaporti": attraverso il respiro noi eliminiamo vapore acqueo, per cui, in caso di disidratazione, i bronchi si restringeranno per ridurre la perdita. Inizierà quindi la tosse

secca (a causa del progressivo inaridimento delle mucose respiratorie) e poi l'asma.

Ecco perché se l'asmatico fa uno sforzo fisico prolungato rischia di peggiorare: perché con il sudore e l'aumento della respirazione che lo sforzo richiede perde ulteriormente acqua e sali!

Un altro gruppo di malattie nelle quali l'istamina è elevata nei tessuti ed è quasi sempre presente una disidratazione sono le **allergie**. Pensiamoci un attimo: le **dermatiti atopiche**, le **rincocongiuntiviti allergiche** sono tutte sindromi trattate con farmaci antistaminici. Questi rimedi sono importanti per dominare il sintomo, ma non risolveranno il problema alla radice: se alla radice c'è un problema di disidratazione cronica involontaria, dovrà essere affrontato! Ricordiamoci che tutte le nostre mucose sono umide e salate! A proposito, lo sapevate che il sale marino integrale è uno dei migliori antistaminici naturali esistenti?

Il corpo sano è costituito anche da sali che devono essere assunti nella giusta quantità con l'alimentazione a patto di una buona idratazione corporea. Ricordiamoci che l'essere umano è fatto di ciò che mangia, di

ciò che beve, di ciò che respira e di ciò che pensa!

Questo non significa che la farmacoterapia non sia importante: significa che comunque noi dobbiamo tenere ben presente l'attenzione sulle nostre funzioni fisiologiche corporee e, assieme al medico, dobbiamo valutare se e quanto siano compromesse e in che modo ripristinarle. Le scoperte effettuate dal dottor Batmanghelidj, peraltro pubblicate su riviste mediche internazionali prestigiose, hanno contribuito a chiarire alcuni aspetti di patologie croniche nelle quali l'eziopatogenesi (cioè la causa) è ancora non completamente chiarita, come il diabete senile, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa "essenziale", le malattie autoimmuni come l'artrite, alcune forme di depressione endogena, l'ulcera gastroduodenale.

Continueremo a parlare di questo argomento il mese prossimo.

**dott. Danilo Vaccai**  
medico chirurgo omeopata-omotossicologo  
specialista in reumatologia  
Gli interessati a maggiori informazioni possono rivolgersi alla redazione il lunedì e martedì tel. 055340811 fax 055340814 redazione@edimedia-fi.it

## DIGRIGNI I DENTI? OCCHIO ALLE MEDICINE!

Il bruxismo, caratterizzato dal digrignamento non necessario dei denti, è un problema che riguarda circa l'**8-21% della popolazione** del mondo occidentale.

I sintomi che provoca possono essere diversi e vanno da un lieve ad un forte mal di testa e dalla tensione muscolare, fino alla disfunzione del giunto temporomandibolare e al danno permanente ai denti se il fenomeno non viene trattato.

Ritratto del bruxismo  
Il termine bruxismo deriva dal verbo greco 'brykein' che significa mordere, divorare, digrignare.

Nella definizione generale, il bruxismo è il **digrignamento non necessario dei denti, cioè avviene al di fuori della masticazione** degli alimenti.

Quando ha luogo durante il sonno, viene chiamato *bruxismo notturno* per distinguerlo dalla condizione del *bruxismo diurno*, che ha luogo durante la veglia. L'elemento che distingue le due forme di bruxismo è la **fase della giornata** – il sonno o la veglia – in cui il fenomeno ha luogo e non la sua consapevolezza da parte del soggetto.

Tutte le forme di bruxismo provocano il **contatto forzato tra le superfici dei denti superiori e inferiori non accompagnato dal movimento della mandibola**, con un risvolto sonoro che può essere talmente forte da disturbare il sonno.

La differenza tra chi è affetto da bruxismo e chi non lo è, è rappresentata dal grado del bruxismo, e non dal bruxismo in sé; infatti, non solo la maggior parte delle persone digrigna i denti, ma alcuni soggetti sono in grado di resistere alle forze generate dal bruxismo apparentemente senza alcun danno alla dentatura. Perciò, si parla di bruxismo quando il fenomeno è sufficientemente **persistente, frequente, durevole e intenso** da provocare un danno ai denti e da indurre altre complicazioni.

**Quando il bambino digrigna i denti: la teoria del "wait and see"**

In alcuni casi il bruxismo si risolve spontaneamente, mentre in altri il fenomeno può essere talmente raro, o talmente poco intenso, da non giustificare alcuna reazione. In particolare, i bambini possono richiedere approcci terapeutici diversi da quelli indicati per un adulto.

Infatti, il danno prodotto ai denti dei bambini è per la maggior parte transitorio in quanto riguarda i dentini di latte e non quelli definitivi.

In uno studio condotto negli Stati Uniti, per esempio, a 126 bambini tra i 6 e i 9 anni era stato diagnosticato il bruxismo, ma un riesame effettuato a cinque anni di distanza ha rilevato che solo 17 bambini presentavano ancora la condizione.

Il bruxismo giovanile è perciò ritenuto da alcuni autori "una condizione autolimitante che non evolve nel bruxismo adulto e che appare non correlata alla sindrome della articolazione temporomandibolare.

Ciò suggerisce perciò che il trattamento è d'obbligo se nel bambino il danno è grave, ma che **se il bruxismo è occasionale o intermittente, l'attesa vigile è la strategia più indicata**.

Se per contro la condizione non scompare spontaneamente nell'arco di qualche mese, tende a ripresentarsi o è accompagnata da effetti preoccupanti, l'azione terapeutica deve essere immediata.

Il bruxismo è antico quanto il genere umano e ne parla persino la Bibbia nel Vecchio Testamento, dove digrignare i denti è una condanna che si augura a peccatori ed eretici e il bruxismo sembra sempre accompagnarsi agli stati emotivi estremi come l'odio, l'ansia, la paura e la possessione demoniaca. L'eziologia (la causa) del bruxismo è controversa e incerta e si ritiene che le cause siano plurime, spesso in sovrapposizione l'una con l'altra e variabili tra le persone.

Le cause "putative" comprendono **lo stress**, il tipo di personalità, le allergie, i deficit nutrizionali, la malocclusione, l'introduzione di sostanze estranee nella bocca, l'errato funzionamento del sistema nervoso centrale, la propriocezione (nell'autopercezione del corpo, il senso della propria posizione) orale inadeguata, i fattori genetici e l'assunzione di alcune classi di farmaci. Il bruxismo provoca una grave usura dei denti e può causare molti altri sintomi, come il mal di testa e il dolore orofacciale. Secondo alcuni studi, i sintomi possono essere talmente gravi da intaccare la qualità di vita del soggetto, il suo benessere psicofisico e il suo rendimento professionale. Alcuni farmaci possono indurre il bruxismo come effetto secondario e tra questi troviamo gli psicotropi, gli inibitori del riassorbimento della serotonina, gli antipsicotici e in generale tutti i farmaci antidepressivi.

**Rompere una noce con i denti**

Il bruxismo notturno spesso esercita sui denti, le gengive e le articolazioni temporomandibolari delle forze veramente notevoli, stimate da alcuni autori tre volte maggiori di quelle generate durante la masticazione, da altri fino a 10 volte maggiori, sufficienti per esempio a rompere il guscio di una noce. Le conseguenze del bruxismo sono molte:

■ Il bruxismo può aumentare la sensibilità e l'usura dei denti, fratturandoli o minandone la saldezza fino a provocarne la caduta e la situazione continua a peggiorare fino a quando persiste la condizione. All'età di 40 o 50 anni, la maggior parte dei pazienti avrà usurato i propri denti fino al punto di necessitare di un restauro estensivo della dentatura;

■ Il bruxismo di vecchia data provoca spesso **modificazioni nell'aspetto dei denti** in almeno tre modi diversi: in linea generale, i denti usurati o danneggiati non sono esteticamente gradevoli come i denti sani; inoltre, man mano che i denti si usurano diventano più corti. Come risultato, quando la bocca è chiusa le mandibole sono più ravvicinate del normale e nei casi estremi si verifica il cedimento delle guance che conferisce al soggetto un aspetto più vecchio della norma. Infine, il bruxismo provoca un uso eccessivo della muscolatura che può causare a sua volta ipertrofia (ingrandimento) dei muscoli facciali, conferendo al soggetto la tipica "mascella quadrata";

■ Il **bruxismo di lungo periodo** può provocare tensioni e dolore alla mandibola, affaticamento dei muscoli facciali, mal di testa, male al collo, male alle orecchie;

■ Occasionalmente, il bruxismo può causare infiammazione e blocco di alcune ghiandole salivari perché lo sviluppo sproporzionato del muscolo massetere blocca l'apertura delle ghiandole parotidi, che interferiscono con il flusso della saliva nella bocca spingendola ad accumularsi all'interno delle ghiandole. I sintomi più comuni associati a questo fenomeno sono gonfiore, dolore, infiammazione locale e **secchezza della bocca**;