



INTRODUZIONE ALLA DERMATOSCOPIA

Le neoplasie della cute, in questi ultimi decenni, hanno assunto una importanza sempre maggiore nell'ambito dell'oncologia umana, non solo per la facilità con la quale è possibile osservare l'organo "cute", ma anche per le migliori tecniche diagnostiche che si sono sviluppate in questi ultimi anni. Inoltre, i cambiamenti sociali che sono intervenuti, anche in relazione alle mutate condizioni economiche, hanno sviluppato consuetudini non corrette benché certamente piacevoli. In primo luogo, l'abitudine ad esposizioni solari frequenti anche se brevi ed intense, con rischio significativo di grossolani eritemi sino a vere e proprie ustioni. Tale danno attinico può rappresentare il fattore più importante nello sviluppo delle neoplasie più frequenti della cute e segnatamente il carcinoma basocellulare ed il carcinoma squamoso. Queste neoplasie hanno come sedi preferenziali per la loro insorgenza proprio le aree foto-esposte e risentono spesso in modo determinante del danno attinico cronico. È ormai assodato che la c.d. cheratosi attinica, di fatto un carcinoma squamoso vero e proprio seppure intraepiteliale (in situ), deve essere considerato la neoplasia di gran lunga più frequente della razza umana. Fortunatamente il carcinoma basocellulare ha una malignità limitata alla recidiva locale se l'asportazione chirurgica non dovesse risultare completa. Anche il carcinoma squamoso, ancorché più temibile, quando si presenta nelle sedi foto-esposte ha una probabilità di disseminazione metastatica estremamente bassa (spesso inferiore all'1%) ed in genere correlata a dimensioni estremamente cospicue della massa tumorale che in genere denota, non una difficoltà diagnostica, ma solo trascuratezza da parte del paziente.



IL TEMIBILE MELANOMA

Se il carcinoma basocellulare e lo squamoso hanno una prognosi piuttosto buona, non altrettanto si può affermare per la neoplasia più temibile nell'ambito dermatologico: il melanoma. Da recenti statistiche è stato registrato che nei paesi occidentali (quindi anche in Italia), l'incidenza è di circa 8-14 nuovi casi di melanomi maligni ogni 100.000 abitanti, ogni anno.

I valori maggiori si sono rilevati in Australia con incidenze che sfioravano i 40 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

Estremamente minori sono, invece, le frequenze negli altri continenti con valori bassissimi nei paesi dell'estremo oriente (Giappone).

La ragione di questa prevalenza in Europa, negli Stati Uniti, ed in Australia, risiede nel fatto che gli abitanti di tali continenti appartengono, sostanzialmente, allo stesso genotipo indoeuropeo, all'interno del quale i fenotipi c.d. "Celtici", sono i soggetti a maggior rischio di melanoma. Naturalmente è difficile individuare con assoluta certezza i fenotipi maggiormente esposti, in quanto numerose sono le variazioni e differenti sono le penetranze; però, in linea di massima, i soggetti con carnagione chiara, capelli biondi o rossi, occhi azzurri o verdi, sembrano essere particolarmente "a rischio".

Un buon indice per definire "il soggetto" maggiormente esposto, è la c.d. **fotosensibilità**, cioè la capacità che ha il paziente di difendersi dai raggi solari, cioè la rapidità con la quale l'esposizione solare procura eritema e/o ustione al singolo soggetto. L'estrema sensibilità ai raggi Ultravioletti con rapido sviluppo di eritemi e di ustioni individua i soggetti c.d. a Fototipo I, sino a giungere al Fototipo IV, nel quale con notevole difficoltà si ha sviluppo di eritemi solari o di ustioni.

Riportando questo modello all'Italia, è ragionevole pensare, che, pur con variazioni minime, una maggiore incidenza della patologia si ha nelle regioni del nord (fenotipi celtici), ed una minore al sud (fenotipi mediterranei). Naturalmente questo dato deve tener conto dell'estrema mobilità che in questi ultimi decenni, si è registrata non solo nella nostra penisola, ma, in sostanza, in tutto il mondo.



Un altro elemento di grande importanza sono **l'ambiente e le abitudini di vita**.

Tra i vari parametri studiati, quello di maggior rilevanza, è sicuramente il sole e la modalità di esposizione.

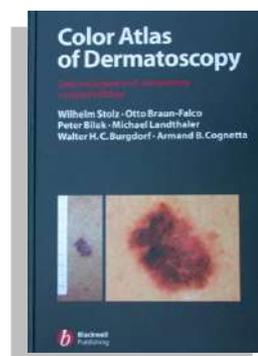
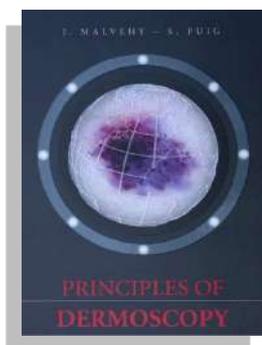
È stato osservato come ad ustioni solari frequenti in età giovanile, corrispondeva una maggior frequenza di melanomi, in età adulta.



Quindi quella che viene definita “elioesposizione intermittente” può essere considerata particolarmente pericolosa per lo stimolo negativo a cui può sottoporre le cellule costituenti le lesioni melanocitarie. Il termine di “elioesposizione intermittente” indica una esposizione piuttosto breve, ma particolarmente intensa ai raggi del sole, essa è alternativa alla più corretta “esposizione cronica”, cioè una esposizione breve ma protratta nel tempo.

Purtroppo, in questi ultimi decenni, le abitudini di vita sono certamente cambiate e favoriscono esposizioni al sole (spesso anche in paesi tropicali), brevi ma molto intense. Avere le normali accortezze per evitare ustioni o comunque eritemi di grossa entità, è la strategia giusta per non esporsi ad inutili pericoli.

Un ulteriore fattore di rischio nei confronti dell’insorgenza di neoplasie cutanee e particolarmente del melanoma, è rappresentato dai **fattori ereditari e dalla familiarità**, per cui il 5-10% dei pazienti affetti da melanoma, evidenziano familiarità per questa patologia.



LE POTENZIALITA' DELLA DERMATOSCOPIA

Solo dopo aver individuato il fenotipo e l’influenza dell’ambiente, si devono osservare e studiare con attenzione i nevi presenti. Da un punto di vista clinico grande rilevanza ha il numero dei nevi, la presenza di nevi alla nascita (nevi congeniti), e il reperto di nevi con caratteri di atipia. A questo proposito la valutazione dell’asimmetria, dei bordi, del colore e delle dimensioni di una singola lesione può essere di grande aiuto nella formulazione di una diagnosi.

Naturalmente tutti questi criteri possono risultare piuttosto soggettivi tanto che la precisione diagnostica non risulta estremamente alta (67%).

Allo scopo di migliorare tale performance ci è venuta in aiuto la tecnologia. Infatti, attraverso la dermatoscopia, la videodermatoscopia e la video-dermatoscopia digitale, si sono migliorate decisamente le nostre capacità diagnostiche.

Queste tecniche particolarmente innovative sostanzialmente permettono, sfruttando la proprietà di trasparenza della cute, di rendere manifeste delle strutture anatomiche che identificano la distribuzione del pigmento a livello della giunzione dermo-epidermica e della porzione più superficiale del derma. Tale distribuzione è ben correlata con l’architettura dei melanociti che costituiscono il nevo ed attraverso l’osservazione e la valutazione di oltre 40 parametri resi manifesti dalla tecnica sopra-descritta, si può avere una diagnostica più efficace (91%).



Ancora più recentemente, la dermatoscopia ha trovato un valido supporto nella tecnologia digitale. Attraverso questa ulteriore acquisizione, l'immagine può non solo essere teletrasmessa tra centri ad elevata specializzazione, ma può essere "elaborata" per valutarne dei parametri morfologici (ad es. perimetro, area, diametro maggiore, grado di simmetria e di circolarità), e parametri colorimetrici (trasformazione del colore del nevo in colori virtuali per calcolarne il numero, le sfumature e la eventuale distribuzione). Attraverso un tale percorso diagnostico, la possibilità di errore si avvicina allo zero.

Inoltre, l'immagine digitalizzata del nevo può essere facilmente confrontata con banche dati nazionali ed internazionali, per estrapolare quelle lesioni che abbiano dei parametri in comune con il nevo osservato ed inserirlo in categorie progressive di rischio che possano ben determinare la reale natura della lesione pigmentata ed il relativo atteggiamento terapeutico.

Solo attraverso sistemi particolarmente avanzati, è possibile attuare un check completo e rapido di tutti i nevi presenti sul mantello cutaneo del paziente. Tale ulteriore esame consiste nell'osservazione dermatoscopica della lesione, utilizzando un monitor ad alta definizione, e la sua contemporanea "elaborazione diagnostica" da parte del sistema informatico che suggerisce la reale natura della lesione. Con questa procedura è possibile esaminare un gran numero di nevi in tempi piuttosto ristretti ed associare alla capacità diagnostica dello specialista, il supporto della più attuale tecnologia digitale.

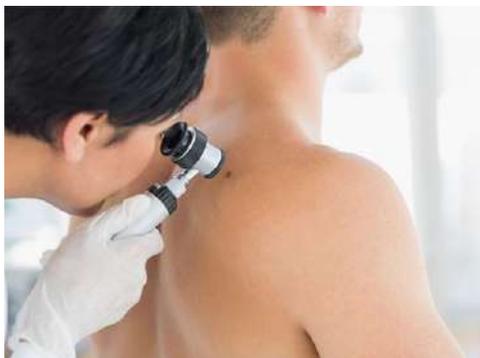


COME AVVIENE LA DERMATOSCOPIA

La stazione di video- dermatoscopia digitale, consta di un microscopio correlato da una telecamera ad alta definizione (3CCD) che invia l'immagine dermatoscopica (nevo osservato in trasparenza che definisce le strutture profonde della lesione pigmentata), in uno schermo ad alta definizione. L'immagine digitale è, poi, analizzata ed elaborata da un sistema a rete neurale che definisce la morfometria, la colorimetria, e confronta automaticamente l'immagine della lesione da studiare, con numerosissime lesioni presenti in una banca dati internazionale, per estrapolare le lesioni simili di cui è nota la diagnosi. Inoltre, con numerosissimi filtri può essere studiata e modificata la lesione per meglio valutare ogni dettaglio.



Nel caso di soggetti con numerosi nevi, si può applicare la tecnica del “check automatico o diagnosi assistita”, che permette di “scannerizzare” tutta la cute ponendo immediatamente una doppia diagnosi: quella proposta dallo specialista e quella elaborata, in automatico, dal sistema digitale.



COME SENSIBILIZZARE ALLA DERMATOSCOPIA

Una visita completa passa attraverso le varie fasi

- 1- *Osservazione clinica*
- 2- *Osservazione dermatoscopica*
- 3- *Elaborazione digitale*
- 4- *Eventuale check automatico*

Il programma di “SENSIBILIZZAZIONE” nei confronti delle lesioni pigmentate della cute passa attraverso alcune fasi

- 1- *Incontro /Dibattito* con i medici di base sulle problematiche sopraesposte
Con eventuale dimostrazione delle possibilità diagnostiche cliniche e strumentali più attuali nel campo delle neoplasie cutanee pigmentate e non
- 2- *Incontro/Dibattito* con i pediatri di base sulle problematiche sopraesposte, con particolare riguardo alle lesioni maggiormente presenti in età pediatrica
Anche in questo caso può essere prevista una dimostrazione pratica sulle possibilità più attuali della diagnostica clinica e strumentale nel campo delle neoplasie cutanee pigmentate e non
- 3- *Conferenza / Dibattito* da tenere in ambienti adeguati a una corretta e precoce prevenzione (scuole medie superiori, associazioni culturali, etc.)
- 4- *Divulgazione* a mezzo stampa e radio-televisiva, per estendere maggiormente l’opera di sensibilizzazione, ma anche per meglio far conoscere il Nuovo Centro di Prevenzione in Oncologia Dermatologica