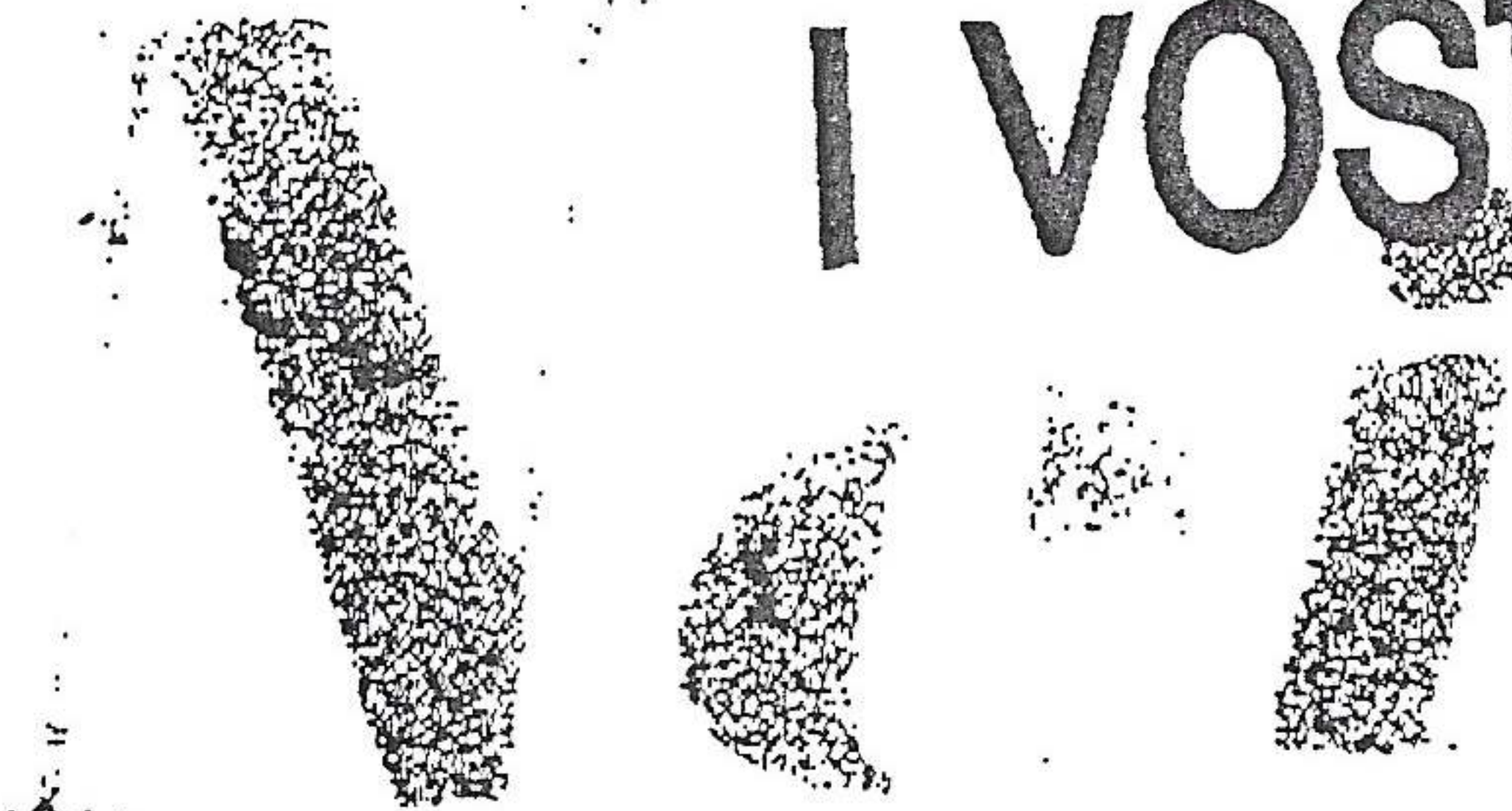
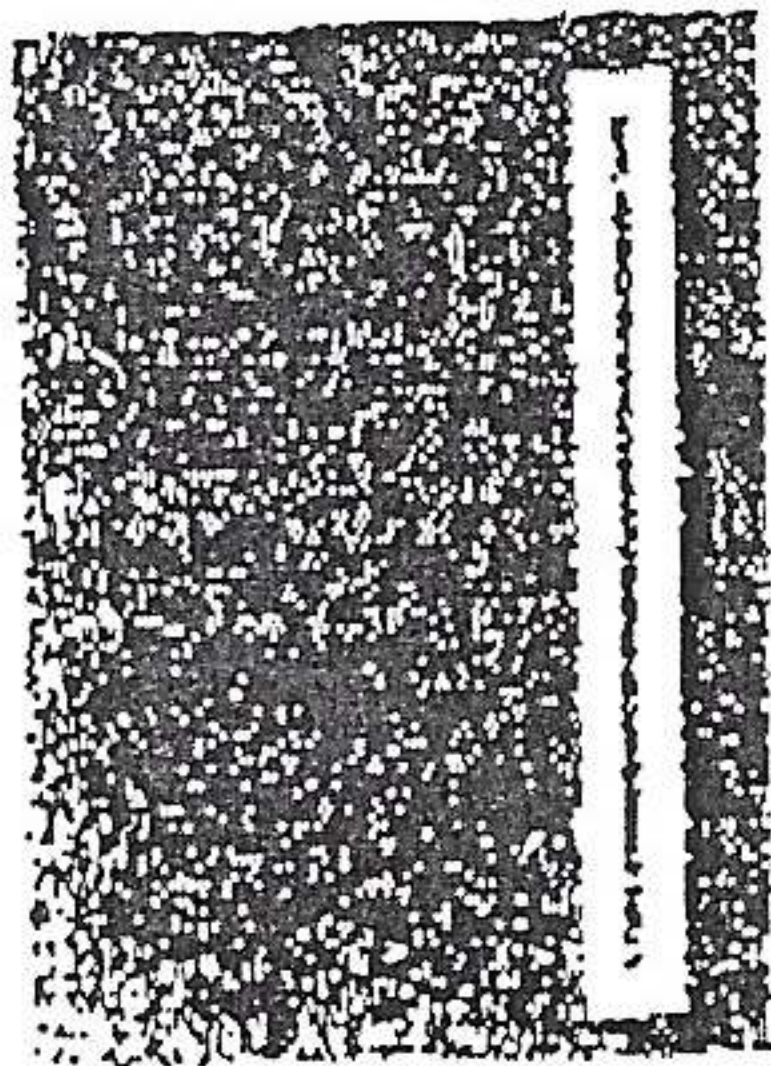


DALL'ULTIMO CONTROLLO UNA SOLA PAROLA D'ORDINE

# Imparate a conoscere i vostri



Niente allarmi, ma i dermatologi avvertono: ci sono nei che vanno tenuti sotto controllo perché sospetti e altri che sono del tutto innocui. Anzi, un vezzo da valorizzare. Come distinguerli? Quando e in che modo vanno eliminati? Ecco tutte le risposte.



Il neo più famoso? Quello di Marilyn Monroe. E non solo, se si pensa a Cindy Crawford, Virna Lisi e altre donne celebri anche per questa piccola macchia cutanea, considerata da molti un vezzo. Ma tale non è per i dermatologi che guardano con sospetto il neo per la sua relazione con il melanoma, uno dei tumori maligni più

aggressivi e in continuo aumento. Le statistiche parlano chiaro: il melanoma è tra le neoplasie che hanno fatto registrare l'aumento di frequenza più consistente in questi anni, dopo il cancro del polmone nelle donne. Dal 1973 a oggi la sua incidenza è aumentata del 4%. In Italia si registrano 4mila nuovi casi l'anno. Ma niente allarmi. Se riconosciuto e curato in tempo, il melanoma guarisce in gran parte dei casi.

## L'abc per fare l'autoesame

La prevenzione del melanoma comincia dall'autoesame, che può essere eseguito ogni sei mesi di fronte allo specchio, meglio se con l'aiuto di un familiare. Una o due volte l'anno è invece bene farsi vedere anche da un esperto.

● Ecco come si fa l'autoesame. Per prima cosa, controllate periodicamente il numero di quelli nuovi comparsi sulla pelle. Osservate la grandezza, eventuali cambiamenti di colore, la superficie, i margini. Se un neo è situato in una zona dove facilmente può essere traumatizzato, come sul palmo della mano, la pianta del piede, il cuoio capelluto, la spalla dove appoggia il reggiseno, o il viso, per l'uomo che si fa la barba, è meglio farsi vedere, anche se mantiene un aspetto benigno.

■ Se il neo sanguina spontaneamente, presenta croste, provoca prurito o fastidio, consultare il dermatologo.

● Per facilitare la diagnosi clinica del melanoma e distinguere i nei più pericolosi i dermatologi adottano il sistema **ABCDE**:

**A** come **Asimmetria** della lesione  
**B** come **Bordi irregolari** a "carta geografica"

**C** come **Colore** (marrone scuro, nero o policromo)

**D** come **Dimensione**: diametro superiore ai 6 millimetri

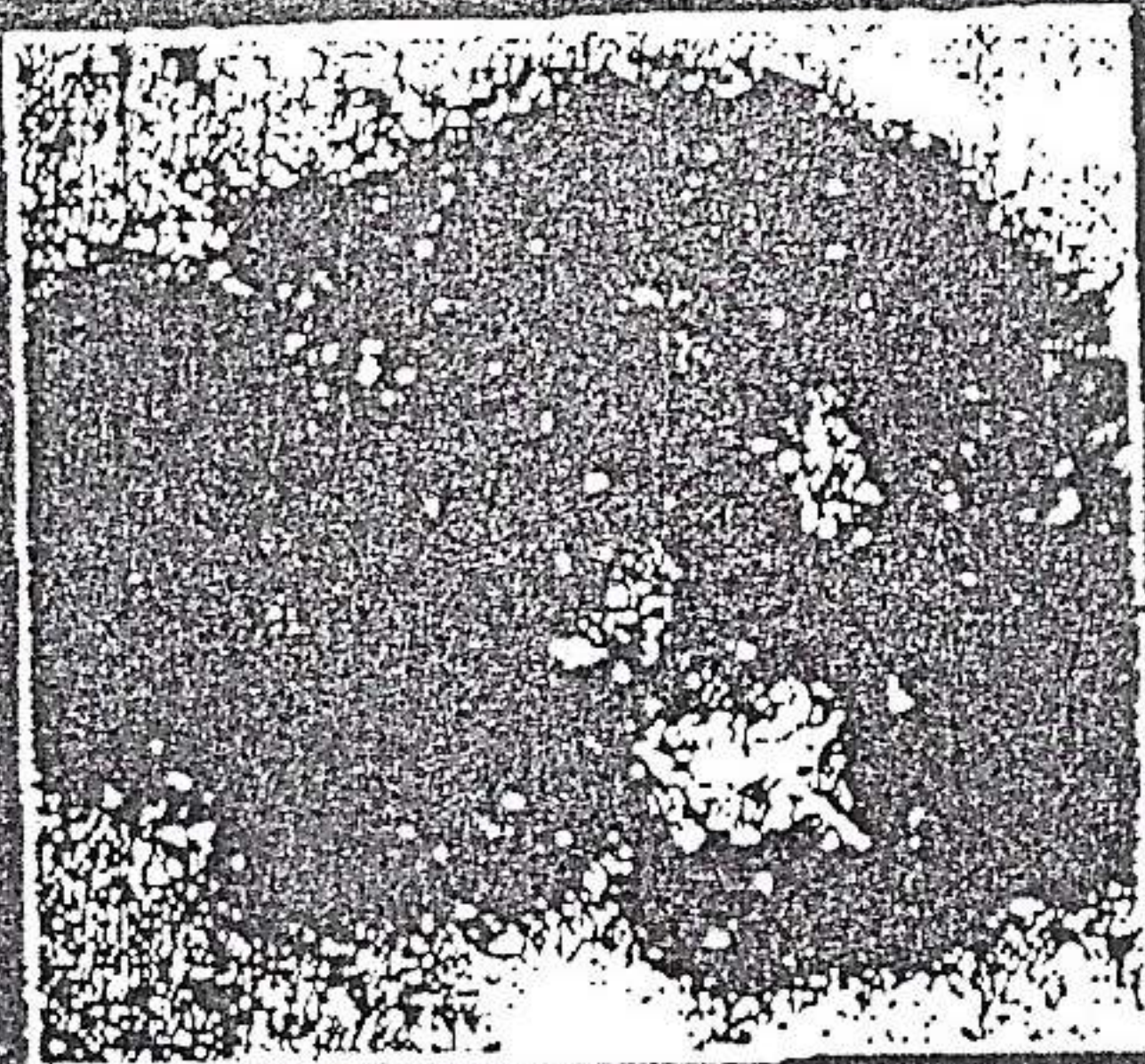
**E** come **Evoluzione in dimensione** (raddoppia in 3-6 mesi)

**F** come **Forma** (diventa irregolare, asimmetrico).

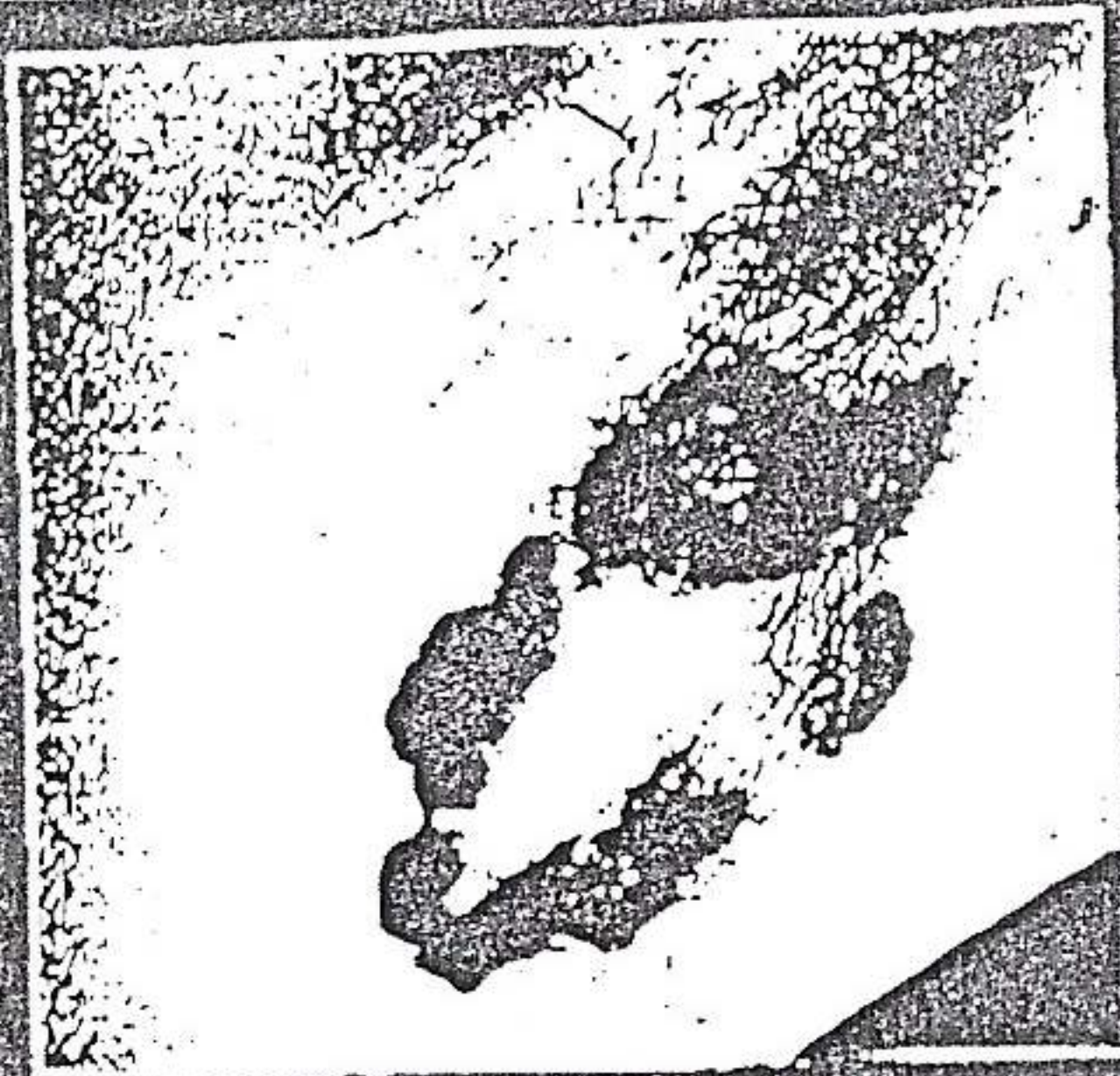
## Le macchie sospette

Ecco come si presentano alcuni tipi di melanomi: quello a estensione superficiale, quello chiamato lentigo maligna e quello nodulare.

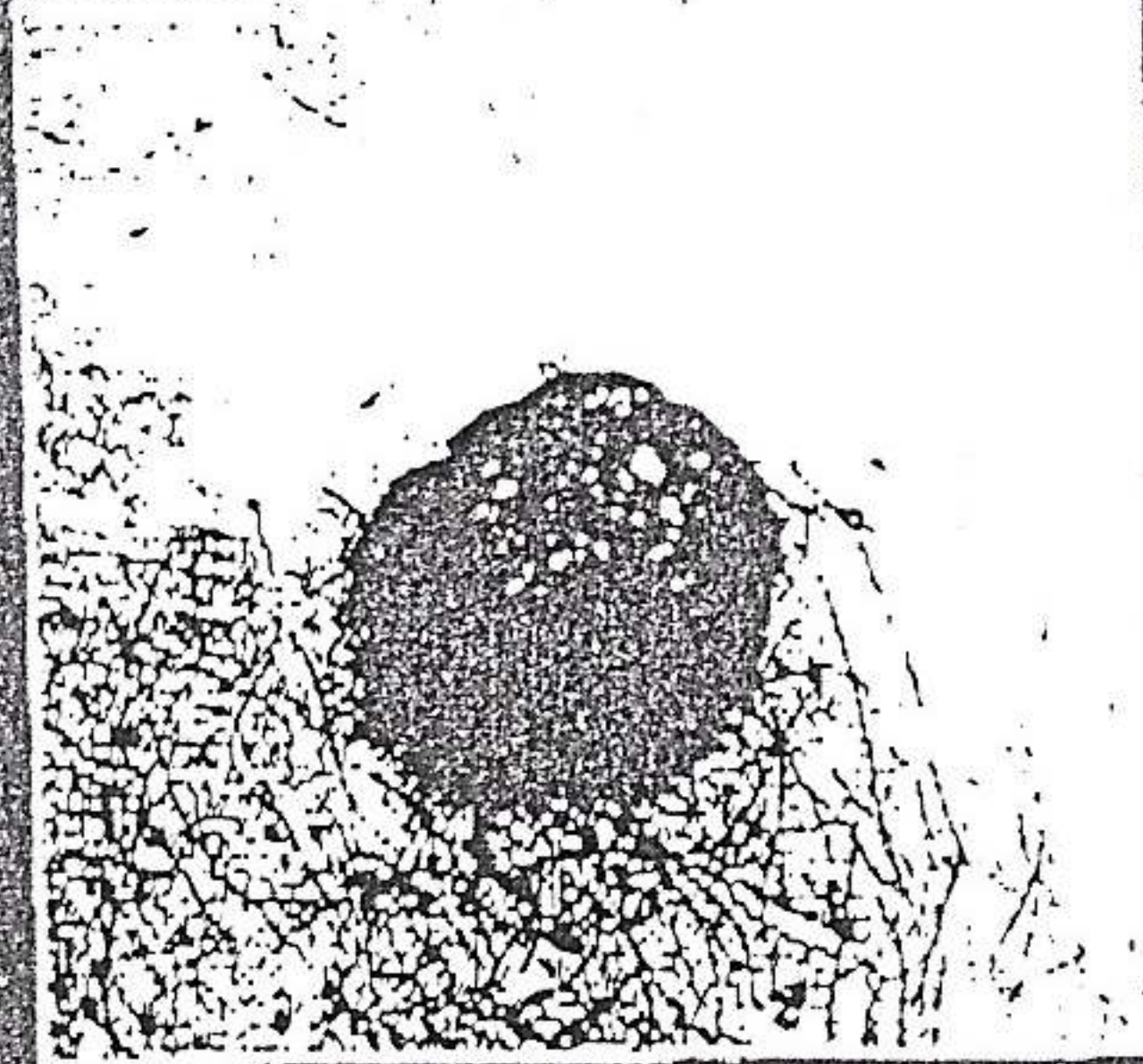
Va detto che la prognosi non è in stretto rapporto con la tipologia e la forma del melanoma, ma dipende anche dalla profondità del tumore che può essere stabilita dal medico solo con un esame istologico. Ricordiamo l'importanza della diagnosi precoce: se scoperti in tempo, anche i melanomi possono essere asportati chirurgicamente e avere un esito positivo.



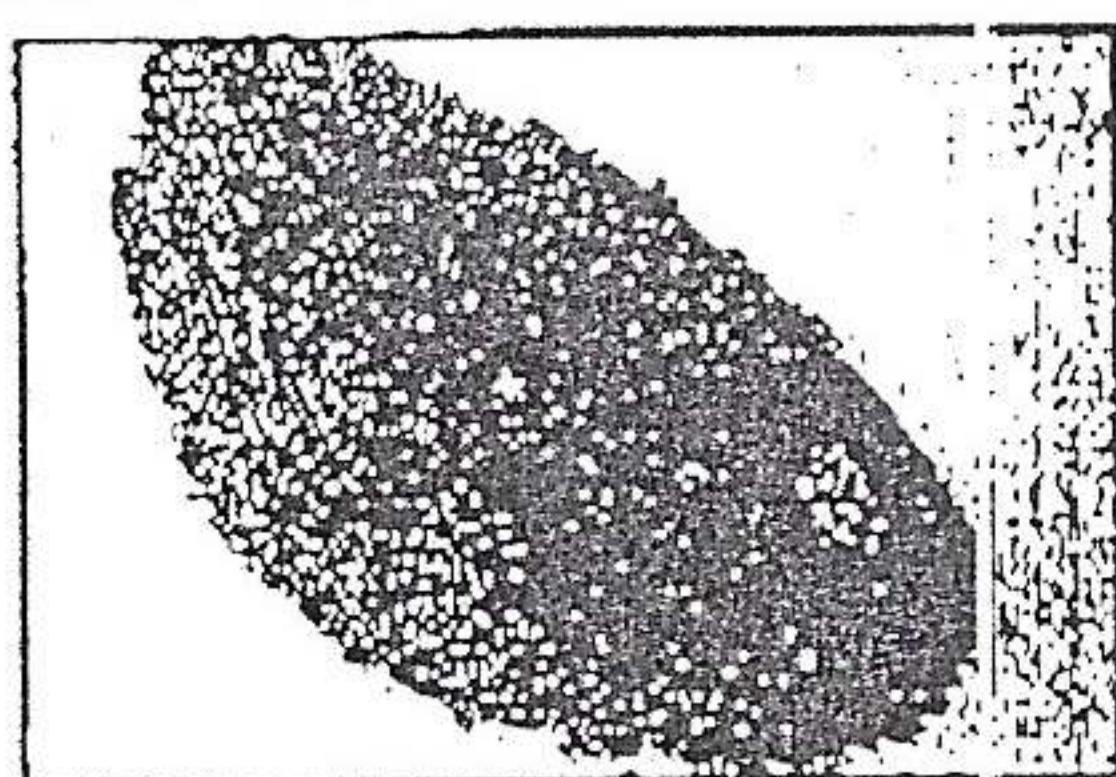
**IL MELANOMA A ESTENSIONE SUPERFICIALE.** Detto anche melanoma orizzontale rappresenta il 60-70% i tutti i casi e compare nelle persone tra i 40 e i 50 anni. Si presenta come una chiazza scura con delle zone più colorate. Piana o leggermente rilevata si estende orizzontalmente fino a raggiungere diversi centimetri di diametro.



**LA LENTIGO MALIGNA.** Rappresenta il 5-10% di tutti i melanomi. Si osserva nelle persone anziane tra i 60 e 70 anni di età, per lo più al volto sotto forma di lesione bruna-scura o nera con zone più chiare e altre rossastre dai margini irregolari; nello stadio più avanzato questo tumore può presentare formazioni nodulari.

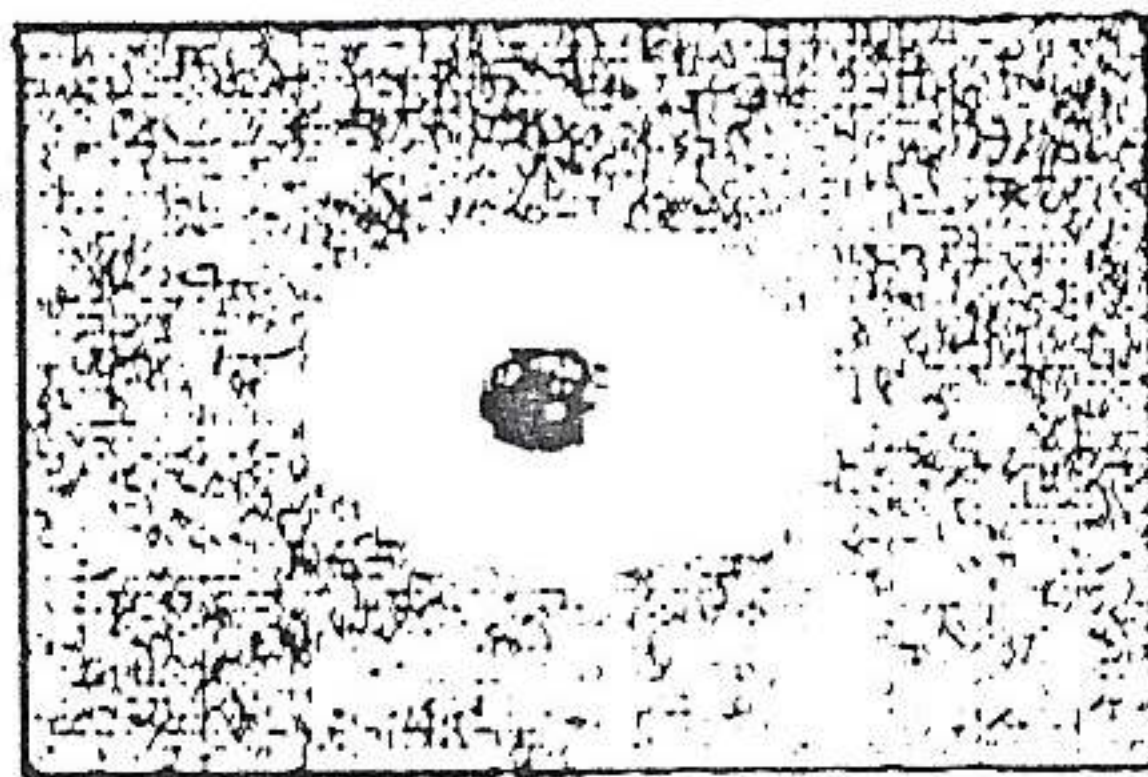


**IL MELANOMA NODULARE.** Comprende il 20 per cento di tutti i casi di melanomi e si può osservare nelle persone tra i 20 e i 60 anni di età. È più frequente nell'uomo, dove compare soprattutto alla testa, alla nuca e sul torace. Fin dall'inizio, a differenza del melanoma a estensione superficiale, ha una crescita verticale e molto rapida.



### NEVO VERRUCOSO

Si tratta di un'anomalia dovuta a ispessimento (ipercheratosi) localizzato della pelle. Il nevo verrucoso ha un aspetto «in rilievo», è ispessito e in genere di colore scuro. Non è pericoloso (nel senso che non può trasformarsi in melanoma). Per motivi estetici, può essere rimosso.



### NEVO DI SUTTON

Si tratta di un nevo circondato da un alone chiaro privo di pigmento. In alcuni casi può anche scomparire spontaneamente, lasciando tutta la zona depigmentata (bianca). In genere, non è pericoloso. Non occorre intervenire con alcuna terapia. Se scompare non c'è da preoccuparsi.

## Sole sotto accusa

Diagnosi precoce d'accordo, ma chi deve controllarsi più spesso? «In teoria tutti», sostiene Dragonetti, «ma in pratica chi ha tanti nei. Non c'è dubbio poi che le persone con un particolare fenotipo siano più a rischio: i soggetti con fenotipo celtico (occhi chiari, carnagione chiara, capelli biondi o rossi) rischiano di più rispetto a quelli con fenotipo mediterraneo (occhi scuri, pelle scura, capelli neri o castani). Anche i pazienti già operati di melanoma o le persone che hanno avuto un caso di melanoma in famiglia devono stare più attenti».

■ Tra i fattori esterni che possono favorire la comparsa del tumore, l'imputato numero uno è il sole. «Ma attenzione», avverte Natale Cascinelli, «tutto dipende dalla qualità e dalla quantità dell'esposizione ai raggi solari: non esistono prove certe che gli UV abbiano un ruolo nella formazione del melanoma, come avviene per altri tumori cutanei, ad esempio il carcinoma spinocellulare. Tuttavia, chi in passato ha subito danni cutanei da sole (scottature, eritemi solari con vescicolazioni), è più suscettibile, soprattutto se la fotodermatosi si è verificata nei primi anni di vita. Per questo è importante proteggere dai raggi solari i bambini, specialmente nelle ore più calde, evitando che si scottino». Il sole può essere un nemico per chi ha la pelle chiara, si scotta facilmente e non si abbronzia mai, pur stando al sole. In conclusione una esposizione solare breve ma intensa è da sconsigliare.

## I test per stare tranquilli

Come va attuata la prevenzione?

«Guardando con attenzione la propria pelle o quella di un familiare che abbiamo accanto», suggerisce il professor Cascinelli.

«Distinguere un neo benigno da un melanoma maligno è possibile, grazie alle conoscenze attuali sugli aspetti clinici fondamentali di quest'ultimo. Non bisogna perdere tempo, ai primi cambiamenti sospetti del neo o della cute (vedi riquadro) la visita dermatologica è obbligatoria. Nel melanoma, ripeto, la precocità della diagnosi è fondamentale».

Un bravo dermatologo può riconoscere un melanoma in fase iniziale già dopo una semplice visita. «Le prime manifestazioni», continua Cascinelli, «sono piatte, maculari, spesso di dimensioni

superiori ai 6 mm di diametro, con bordi irregolari, colore nero intenso, policromo. Queste lesioni precoci hanno quasi sempre uno spessore inferiore a un millimetro, che si correla con una sopravvivenza a 5 anni superiore al 90 per cento. Nei casi sospetti la certezza si raggiunge invece rimuovendo con il bisturi la lesione e analizzandola istologicamente al microscopio».

■ Una metodica molto utile per diagnosticare il melanoma durante la visita è l'epiluminescenza o stereomicroscopia a luce incidente che, mediante un apparecchio con obiettivo a diretto contatto con la cute, permette di ingrandire la lesione, studiando la morfologia del neo attraverso la naturale trasparenza della pelle. È una tecnica indolore, non invasiva, priva di controindicazioni, che si può eseguire anche in gravidanza e non richiede anestesia. Ma in cosa consiste? «Si cosparge il neo con un olio sintetico, in grado di aumentare la trasparenza della pelle», precisa il dottor Dragonetti, «dopo di che si invia la luce perpendicolarmente sulla lesione, in modo tale da poter studiare le strutture più profonde, differenziando le lesioni benigne da quelle maligne e diagnosticando precocemente quelle potenzialmente evolutive».

### Per il melanoma è

### importante il vaccino

Esistono trattamenti efficaci per il melanoma? «L'asportazione chirurgica dei nei sospetti è ancora il mezzo terapeutico più valido», sostiene Dragonetti, «il neo viene asportato in anestesia locale con un'incisione a losanga, a diversi millimetri dal margine del neo, che quindi non viene toccato. Si porta via anche parte del tessuto circostante. Il tessuto nevico viene poi sottoposto a esame istologico per poter fare una diagnosi più precisa. L'intervento si esegue in day-hospital e solo nei casi più gravi è necessario il ricovero e l'anestesia totale».

Se la pelle è controllata regolarmente e non si vedono anomalie, i nei non rappresentano un pericolo, ma solo un segno di bellezza da valorizzare e mettere in risalto, magari con il trucco. Nel '600 e nel '700 il neo era di gran moda, soprattutto a Venezia, tanto è vero che chi non aveva la fortuna di averlo se ne applicava uno finto. Le cosiddette «mosche», erano infatti proprio falsi nei da attaccare sul viso o sul décolleté, in contrasto con il pallore della pelle incipriata. Poteva rappresentare un'arma di seduzione, un vezzo, oppure un trucco per coprire una ruga, una

## E ORA PASSATE AL MAQUILLAGE

cicatrice, i segni dell'acne. Esisteva un codice ben preciso che attribuiva a ogni sua posizione un messaggio: il neo al lato della bocca era tipico della donna aggressiva, mentre vicino agli occhi esprimeva passionalità e desiderio. ■ Fin qui la storia. Ma perché non valorizzare anche oggi questo piccolo segno con il trucco o, viceversa, mascherarlo se non piace? «Dal punto di vista estetico», sottolinea lo stilista e visagista Sergio Valente, «il neo è una particolarità che può rendere l'espressione più sexy e maliziosa, a seconda di dove è localizzato. Come truccarlo quindi? Mettendolo in risalto, accentuandolo con una matita nella stessa tonalità. Se invece si desidera nascondere, è adatto un correttore cromatico color pesca, molto naturale, che attenua il neo senza eliminarlo del tutto e applicando poi sopra la cipria». ■ Ma spesso è proprio durante la fase di trucco che ci si accorge della presenza di un neo anomalo. «Come esperto del settore», aggiunge Valente, «sono spesso io a notare che qualcosa non va: una

pigmentazione non uniforme, uno spessore anomalo, una dimensione strana, un alone più chiaro sono i primi campanelli d'allarme. Per un'accurata prevenzione, consiglio un controllo dermatologico all'anno, sia per i nei già presenti sia per quelli che compaiono da un anno all'altro. Ribadisco poi l'importanza del filtro solare totale, sfatando i miti attuali dell'abbronzatura. E, per finire, un neo non va mai sfregato, nè trattato con creme all'acido glicolico (oggi all'avanguardia nello schiarimento delle macchie), che vanno sempre usate sotto stretto controllo del dermatologo».

GIOVEDÌ  
8 MAGGIO 1997

## Il vero e il falso

I nei non vanno mai toccati.

**Falso.** Se a rischio, i nei vanno asportati chirurgicamente.

Si possono bruciare.

**Falso.** I nei non vanno mai bruciati, quindi non vanno distrutti con la diatermocoagulazione, né con la crioterapia, né con laser: con queste metodiche si distrugge il tessuto nevico e non si può fare l'esame istologico.

Non vanno tolti con il bisturi.

**Falso.** È un luogo comune da sfatare. Se necessario, vanno assolutamente tolti con il bisturi.

Il sole fa degenerare i nei ed è responsabile del melanoma.

**Falso.** È vero solo per la lentigo maligna. Tuttavia devono fare attenzione al sole le persone chiare di pelle, con occhi verdi o azzurri e

capelli biondi o rossi. Per tutti vale però la regola che prima dell'esposizione il dermatologo controlli eventuali nei «a rischio».

Non bisogna pulire i nei.

**Falso.** I nei possono essere puliti con la stessa attenzione che si usa per la pelle, naturalmente senza sfregarli. L'importante è usare prodotti delicati ed evitare traumi.

Non bisogna bruciare i peli che compaiono sui nei.

**Vero.** Vanno periodicamente accorciati utilizzando forbici a punte smusse.

Se sanguina è pericoloso.

**Vero e falso.** Se il neo sanguina può trattarsi di una banale escoriazione, ma è sempre meglio farsi controllare dal medico. Se poi il neo sanguina spontaneamente allora lo specialista è obbligatorio.

■ Ma il trattamento del futuro è il vaccino. La cura, perché di questo si tratta e non di profilassi, non si effettua sulle persone sane, ma su alcuni pazienti già operati di melanoma per aumentare le difese immunitarie dell'organismo. Non è infatti un vaccino preventivo, come quello per l'epatite o per la poliomielite, ma un vaccino curativo che agisce sul tumore in fase avanzata.

«Per ora», tiene a precisare il professor Cascinelli, «siamo ancora in una fase sperimentale (il vaccino viene cioè sperimentato su cellule in coltura e su animali), ma se i risultati delle ricerche italiane attualmente in corso saranno soddisfacenti già il prossimo anno potranno iniziare i primi esperimenti sull'uomo».

■ Le ricerche sull'impiego del nuovo vaccino nel melanoma (tre sono di matrice italiana) si basano sull'ingegneria genetica. In tutte il denominatore comune è l'inserimento all'interno della cellula del melanoma di un pezzo di Dna estraneo. «Con questo accorgimento», spiega Cascinelli, «si tenta di rendere la cellula tumorale diversa dalle altre, in modo che una volta

reintrodotta nell'organismo non sia più riconoscibile e venga respinta dall'organismo». Questa linea di ricerca viene condotta in più centri. Due sono in Italia: l'Istituto Tumori di Milano, dove il dottor Andrea Balsari sta lavorando a un progetto che prevede l'introduzione nelle cellule del bacillo attenuato della Tbc, e l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata (IDI) a Roma, dove il dottor Maurizio Capogrossi sta sperimentando con una tecnica simile le potenzialità terapeutiche della proteina P53. Una terza ricerca, condotta dal professor Beppe Croce, è invece in corso negli Stati Uniti e con un percorso analogo utilizza il gene GMCSF, che porta alla produzione di sostanze indispensabili per la maturazione di alcune cellule del sangue, i granulociti e i monociti, potenziando la risposta immunitaria dell'organismo.

«Tutti e tre gli studi», conclude Cascinelli, «sono in fase pre-clinica, ovvero non sono stati ancora sperimentati sull'uomo, ma già molto avanzata».