AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANNA
CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
Direttore: Prof. Carlo Riberti

Chirurgia Plastica Ricostruttiva

TUMORI CUTANEI

Età di insorgenza
variabile

Svariate le cause.
Il sole innanzitutto
www.sfondi.org

…ma anche agenti chimici e fisici

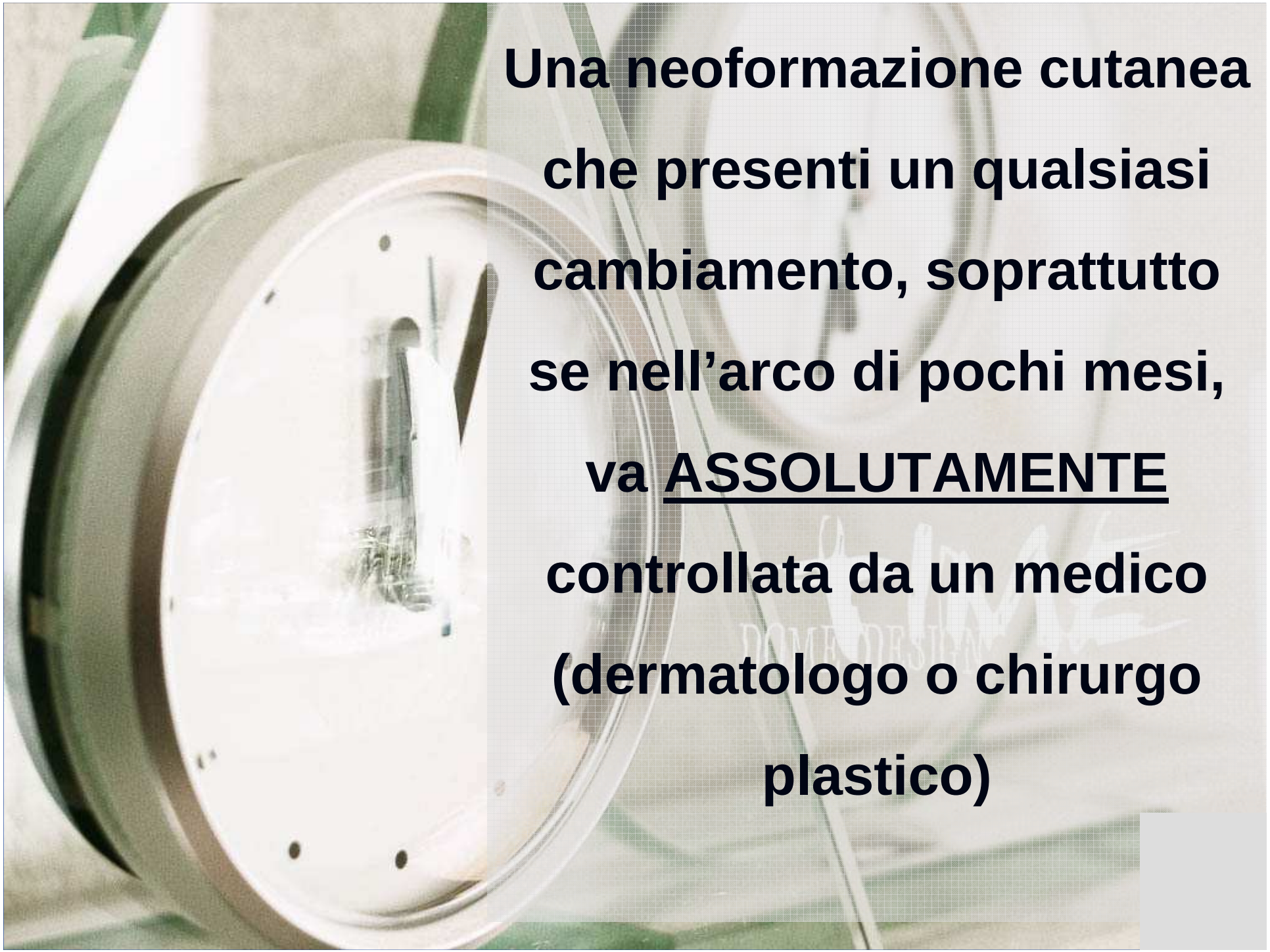
(Vapori di piombo, benzene, etc…)

Ereditarietà
Fattori genetici
www.sfondi.org

www.sfondi.org
Incidenza estremamente elevata
Circa 1 persona su 4 nel corso della vita va incontro ad un tumore cutaneo

Aspetto DEMOLITIVO
Aspetto RICOSTRUTTIVO
RADICALITA' ONCOLOGICA
FUNZIONE/ ESTETICA

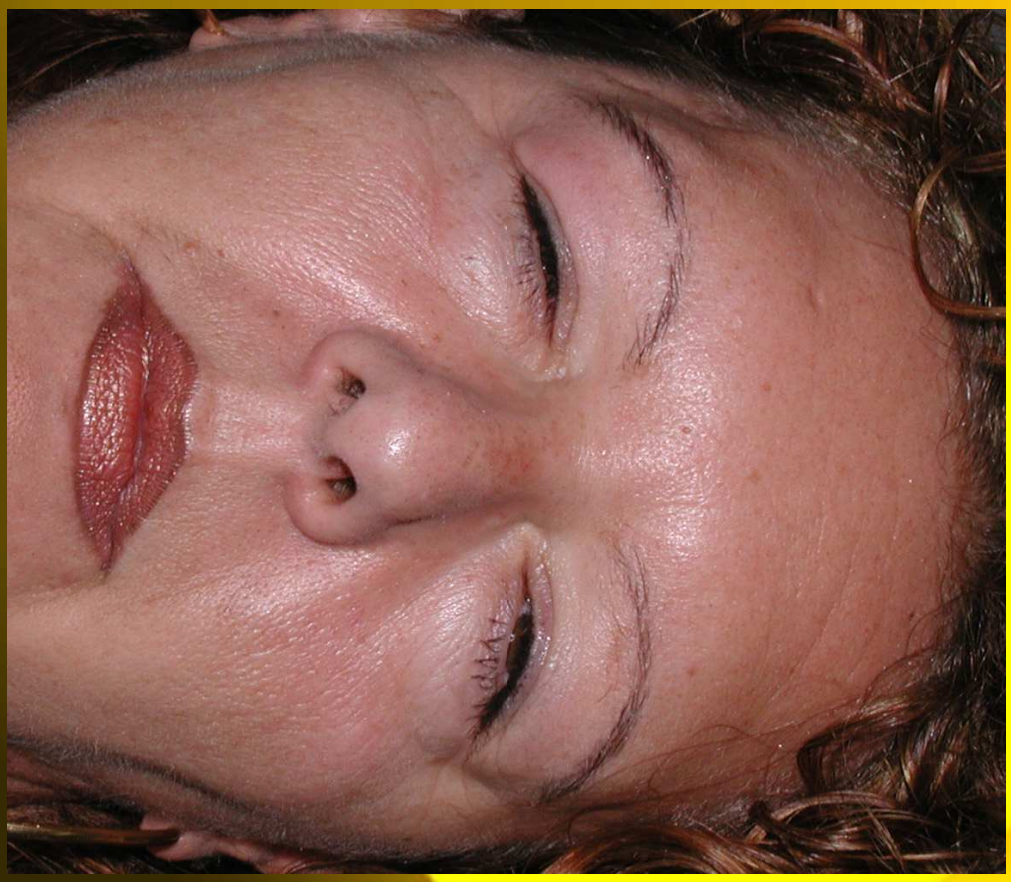
Un problema molto rilevante è la diagnosi differenziale, perché molte neoformazioni cutanee benigne hanno un aspetto simile ai tumori cutanei
ISTINA BOLI



Una neoformazione cutanea che presenti un qualsiasi cambiamento, soprattutto se nell'arco di pochi mesi, va ASSOLUTAMENTE controllata da un medico (dermatologo o chirurgo plastico)

Accurata valutazione preoperatoria della natura della lesione
Eventuale biopsia incisionale

www.topwalls.com



www.topwalls.com

www.topwalls.com

I tumori cutanei più frequenti sono:
MELANOMI
EPITELIOMI

PATOLOGIA
NEVICA

I nevi sono un'iperproliferazione benigna di cheratinociti (n. dermico), o di melanociti (n. melanocitico).

Possono essere presenti già alla nascita.

Normalmente, ad una semplice ispezione, è possibile stabilire la natura del nevo.

Patologia nevica

Nevo verrucoso

Nevo sebaceo

Nevo seborroico

Nevo displasico

SFONDI by AS --- http://web.tiscali.it/ansal

Patologia nevica

(derivazione nevocitica)

Nevo dermico

Nevo giunzionale

Nevo composto

SFONDI by AS --- http://web.tiscali.it/ansal

Patologia nevica

(derivazione melanocitica)

Nevo blu

Nevo di Ota

Nevo melanocitario

Criteri di diagnosi

A Asimmetria

B Bordi

C Colore

D Dimensioni

E Estensione

SFONDI by AS --- http://web.tiscali.it/ansal

www.topwalls.com

Nevo composto

www.topwalls.com

Nevo giunzionale

www.topwalls.com

Nevo displasico

www.topwalls.com

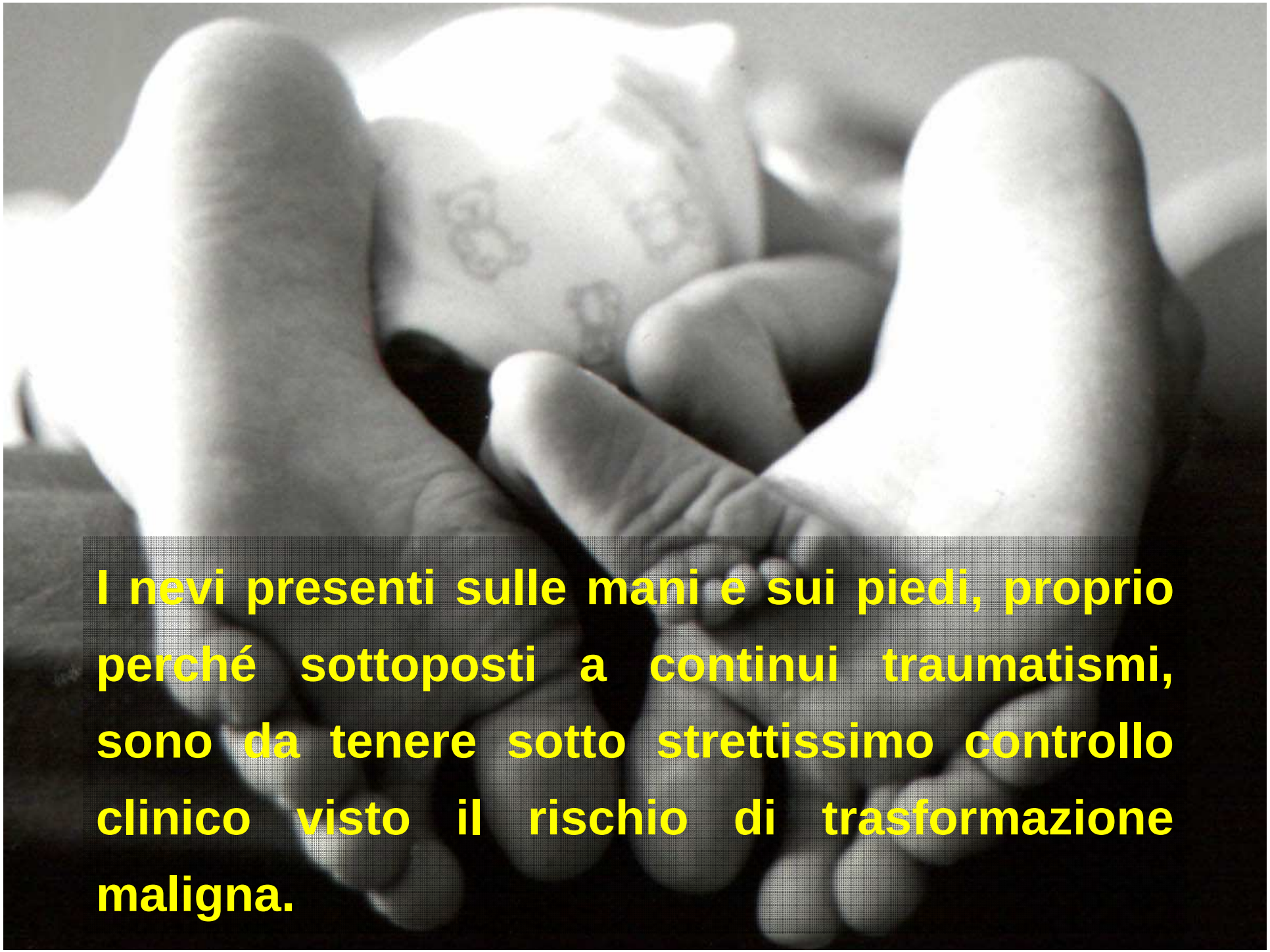
Nevo di Spitz

www.topwalls.com

Nevo blu

www.topwalls.com

Nevo di Becker



I nevi presenti sulle mani e sui piedi, proprio perché sottoposti a continui traumatismi, sono da tenere sotto strettissimo controllo clinico visto il rischio di trasformazione maligna.

I nevi congeniti sono da considerare come potenzialmente maligni; importanza va data a questi nevi dopo i 25-30 anni.

Il nevo melanocitario congenito, presente alla nascita nell’1% dei bambini, è potenzialmente maligno solo se si tratta della variante gigante pelosa.

Nevi giganti

Patologia rara, in cui un’ampia porzione di cute del neonato (un palmo della sua mano), è occupata da grandi nevi pigmentati talvolta pelosi e rilevati. Frequenza 1/20mila

- ✓**Embriologicamente originano da cellule neviche presenti nella cresta neurale.**
- ✓**Possono interessare solo gli strati superficiali del derma *(ben differenziati),* approfondirsi fino al derma profondo o invadere le fasce muscolari ed i muscoli stessi *(poco differenziati).***

Già dalla fine dell'ottocento si è cercata una correlazione tra nevi giganti congeniti e insorgenza di melanoma

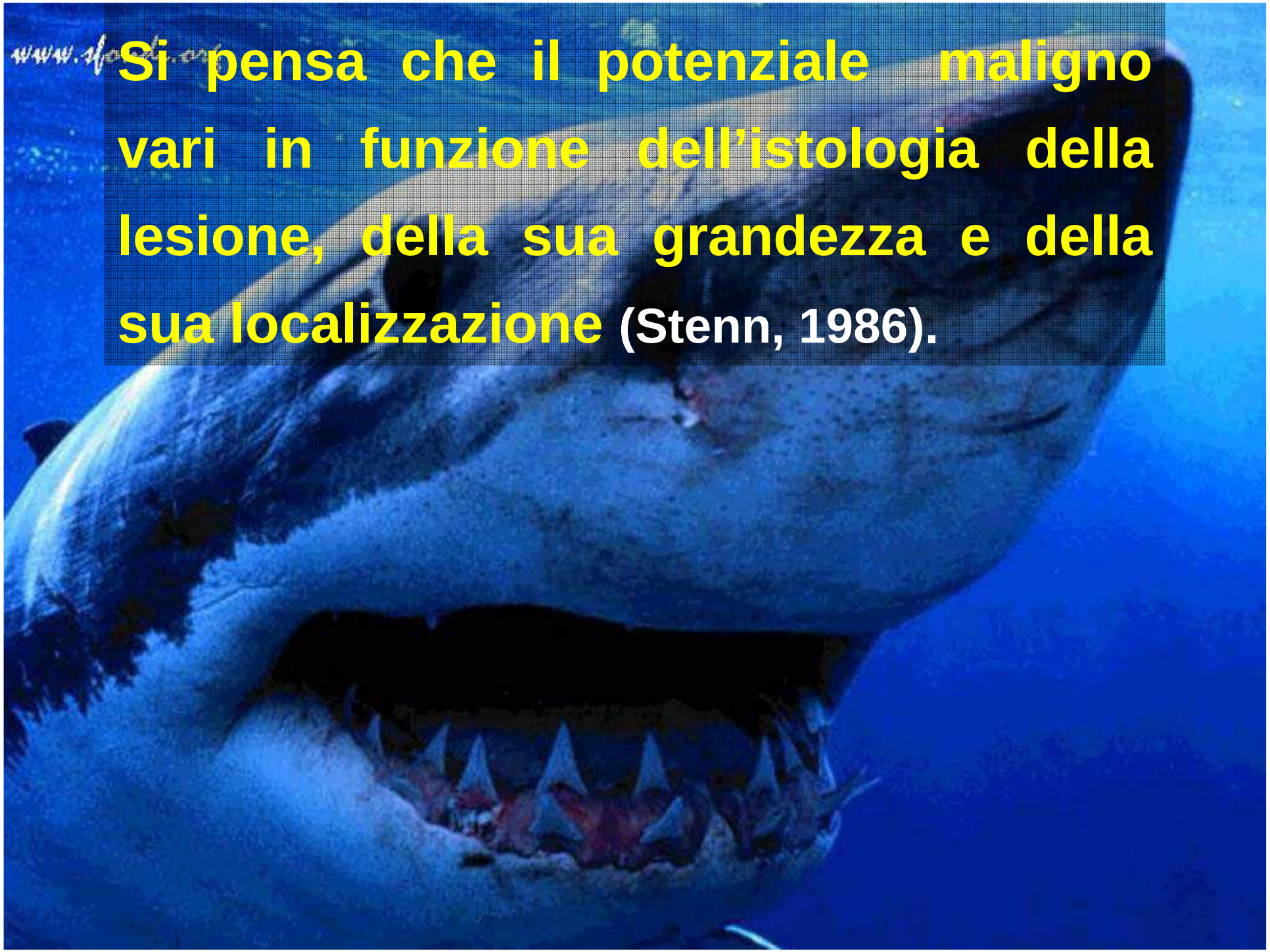
Asportazioni radicali profilattiche

Trasformazione maligna del nevo gigante (fino a 20 anni fa)

4 – 8.5%

Gosain e Bauer (2001)
490 nevi giganti valutati nell'arco di 20 anni:
nessun caso di degenerazione maligna.

Berg e Lindelof (1997)
Studio epidemiologico durato 35 anni:
incidenza doppia rispetto al normale.



Si pensa che il potenziale maligno vari in funzione dell'istologia della lesione, della sua grandezza e della sua localizzazione (Stenn, 1986).

Se l'estensione del nevo > 50% della superficie corporea…

…RMN cerebrale per scongiurare una melanosi leptomeningea

(Hopkins, 2000).

Indicazioni terapeutiche

- ✓ il potenziale maligno della lesione
- ✓ eventuali problemi psicologici riguardanti il bambino o la famiglia
- ✓ l’aspetto estetico conseguibile
- ✓ il mantenimento di una normale funzione del distretto coinvolto

Terapia chirurgica

La exeresi chirurgica consente l'asportazione pressoché totale della lesione, eccezion fatta per i nevi giganti coinvolgenti anche le strutture più profonde. Il gesto ricostruttivo è condizionato da:

- ✓**SEDE DELLA LESIONE**
- ✓Profondità
- ✓Età del paziente
- ✓Estensione

Il miglior risultato estetico è funzione della sede corporea interessata e del tipo di trattamento chirurgico eseguito.

Tecniche chirurgiche da noi utilizzate

- ✓ Exeresi seriate
- ✓ Exeresi e copertura con innesti a spessore totale/parziale
- ✓ Exeresi e copertura con lembi
- ✓ Exeresi e ricostruzione con espansione cutanea

Se l’aggressione chirurgica può essere condotta entro le primissime settimane di vita, prima che le cellule neviche si approfondiscano nel derma, è possibile trattare la lesione mediante semplice curettage/laser (Moss, 1987).

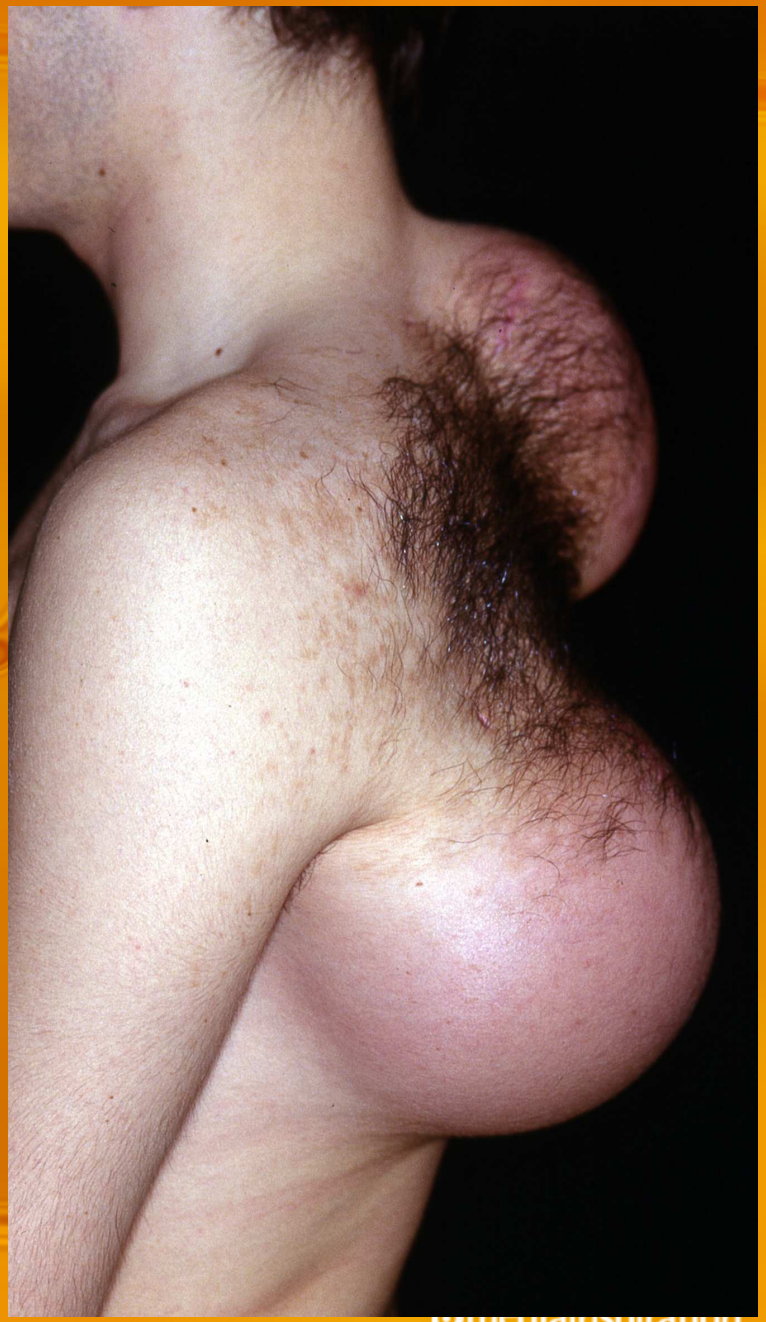
Dopo i primi 40 giorni di vita è necessario un vero e proprio trattamento chirurgico di asportazione

Exeresi semplice

Exeresi seriate

Espansione cutanea

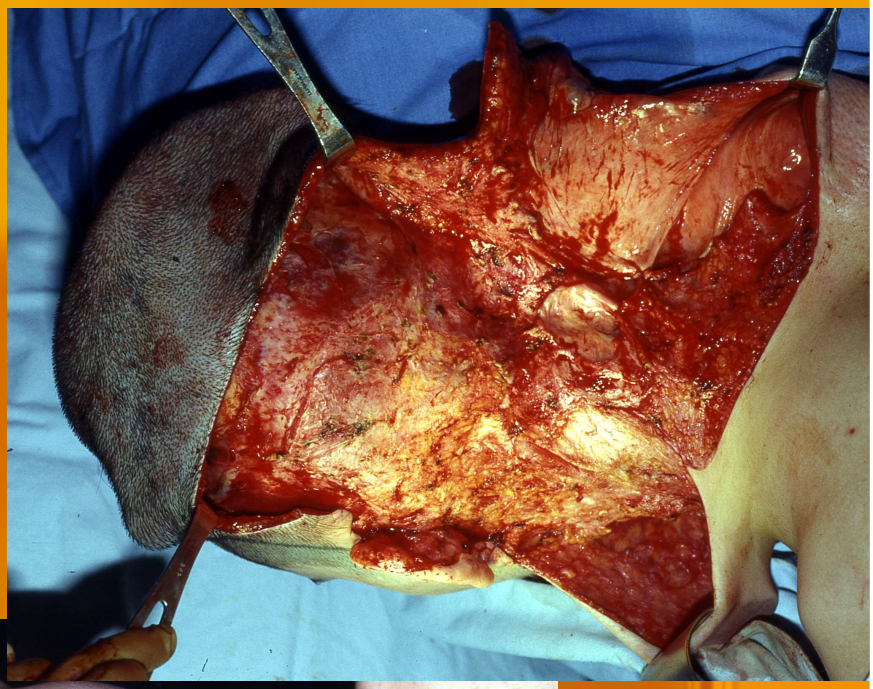
©MediaInspiration™
a resource to inspire design professionals

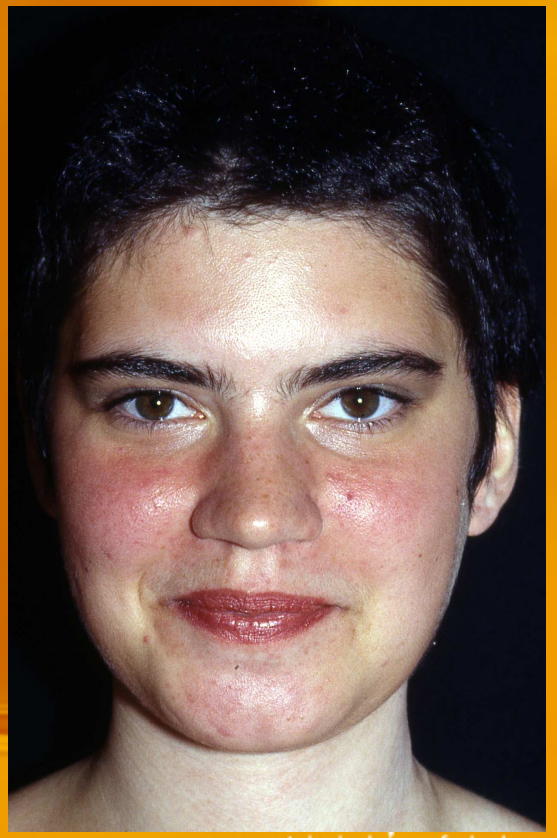


©medialnspiration
a resource to inspire design professionals

mediainspiration™
a resource to inspire design professionals

mediainspiration™
a resource to inspire design professionals





MELANOMA

TRATTAMENTO CHIRURGICO E FOLLOW UP

Incidenza

- ✓Negli USA 4.1/100000 abitanti
- ✓Tendenza all’aumento
- ✓Sesso femminile lievemente più colpito
- ✓Razza bianca più colpita
- ✓Più frequente tra i 35 - 54 anni e > 65 aa

Eziologia

Nevi preesistenti

Luce solare

Nevi giganti

Traumi?

Diagnosi differenziale

http://www.wapers.com

- Nevo a cellule neviche
- Nevo blu
- Macchia caffelatte
- Efelide giovanile
- Nevo giunzionale
- Nevo di Spitz
- Cheratosi seborroica
- Ca basocellulare
- Emangioma
- Verruca
- Sarcoma di Kaposi
- Granuloma piogeno

Criteri di diagnosi

A Asimmetria

B Bordi

C Colore

D Dimensioni

E Estensione

Criteri di diagnosi

- ✓Papule o noduli
- ✓Prurito locale
- ✓Sanguinamento
- ✓Ulcerazione

… ma soprattutto

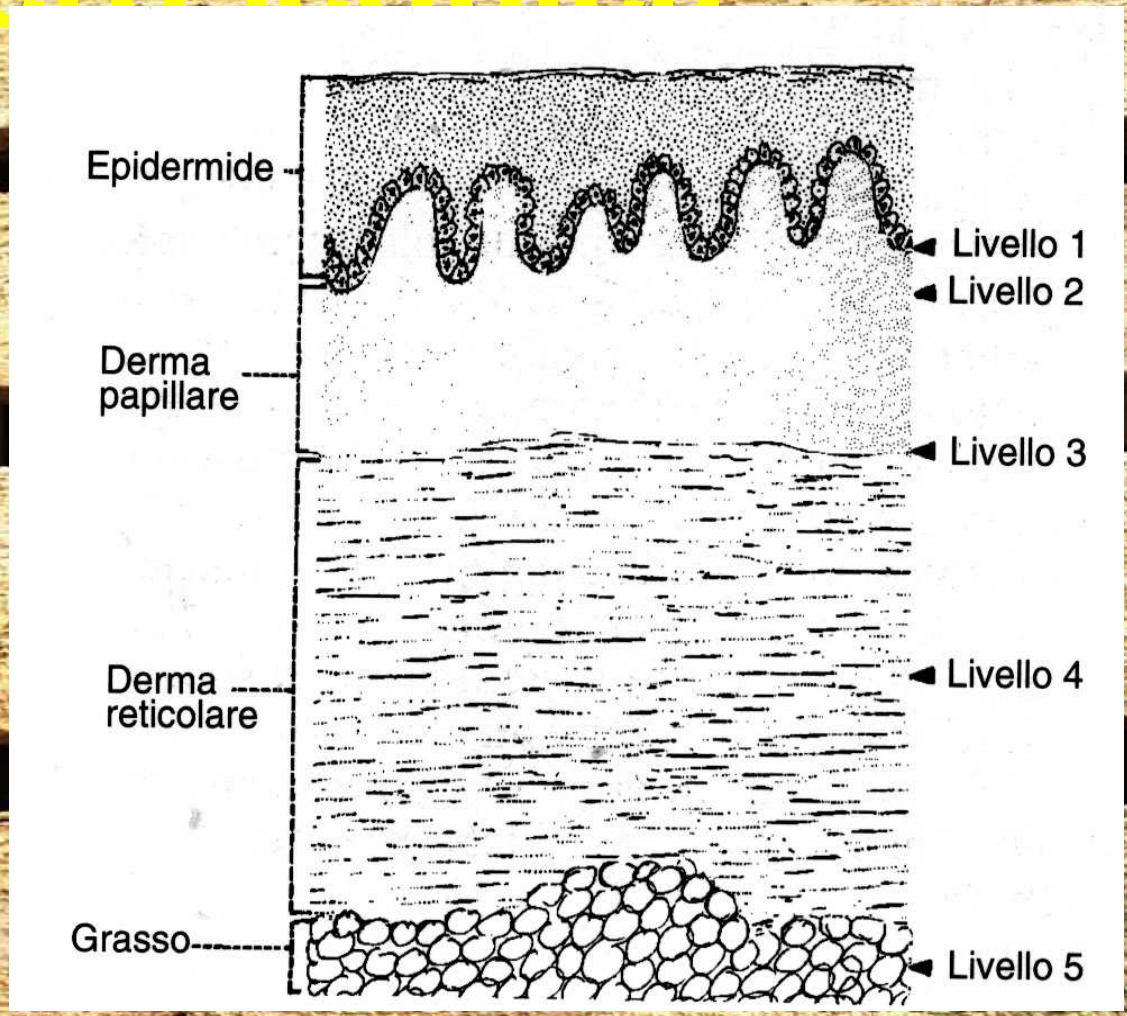
Biopsia escissionale

+

ESAME ISTOLOGICO

Gradi di invasione macroscopica

Livelli di Clark



http://foto.masternet.it

Gradi di invasione microscopica

Spessori di Breslow

	Spessore (mm)	Sopravv. a 5 aa
I	<1.5	93%
II	1.5– 3.5	67%
III	>3.5	37%

http://foto.masternet.it

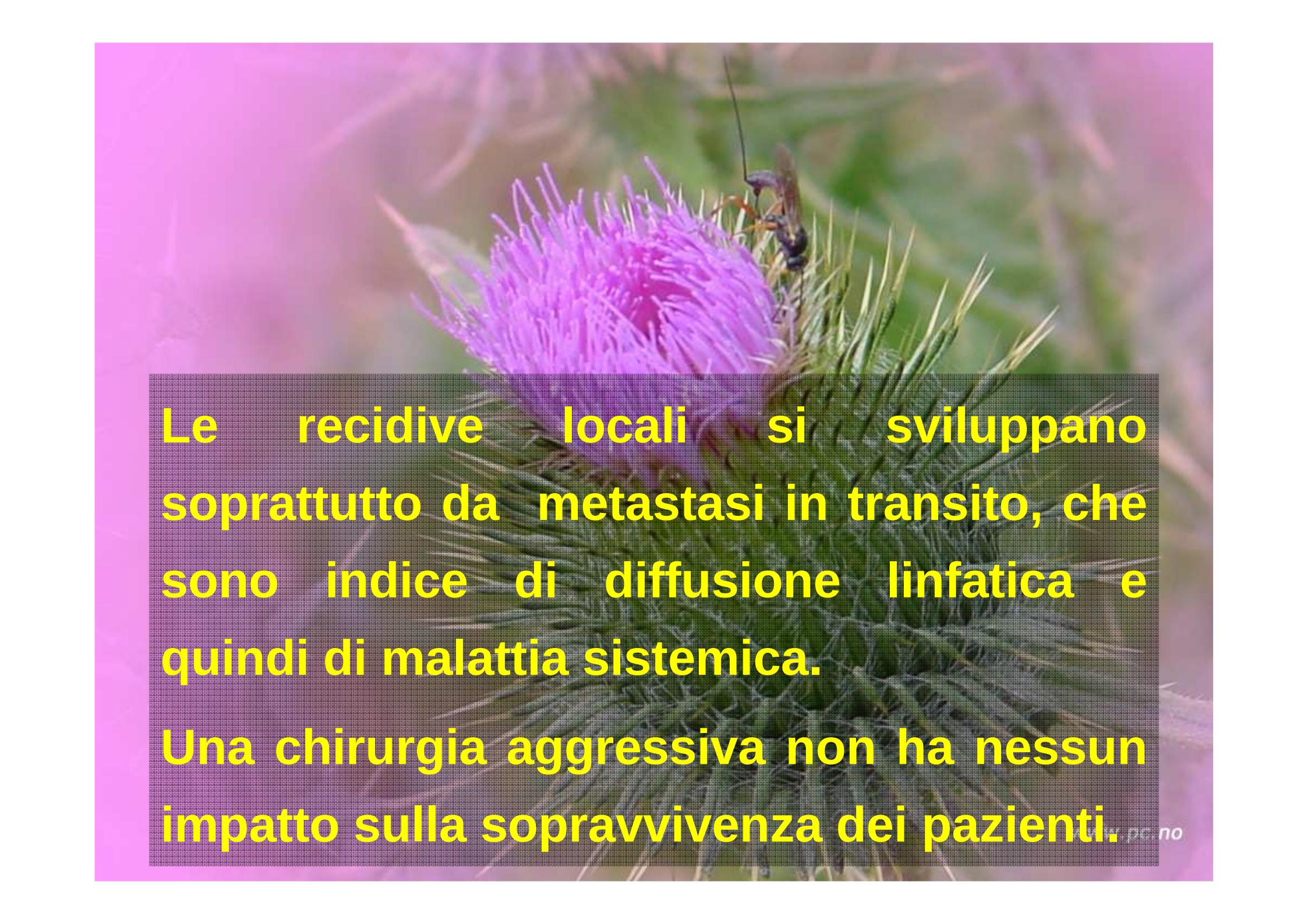
STADIAZIONE CLINICA DEL MELANOMA CUTANEO SECONDO LO SPESSORE DI BRESLOW

Stadio clinico	Spessore (profondità) del tumore	
I	pT1 < o = 0.75mm	N0M0
	pT2 0.76 – 1.5mm	N0M0
II	pT3 1.51 – 4.0mm	N0M0
III	pT4 > 4mm	N0M0
	Qualsiasi pT	N1,N2M0
IV	Qualsiasi pT	Qls N, M1

TERAPIA DEL MELANOMA

ESCISSIONE CHIRURGICA

LA SCELTA DEI MARGINI DI RESEZIONE DEL MELANOMA INFLUENZA IN MANIERA CONSIDEREVOLE L’INSORGENZA DI RECIDIVE



Le recidive locali si sviluppano soprattutto da metastasi in transito, che sono indice di diffusione linfatica e quindi di malattia sistemica.

Una chirurgia aggressiva non ha nessun impatto sulla sopravvivenza dei pazienti.

Trials volti a dimostrare eventuali differenze nella sopravvivenza di pz tra escissioni ampie (5 cm) ed escissioni a margini ridotti (1-3 cm) non hanno evidenziato differenze statisticamente significative

Italian Consensus Conference (2002)

Spessore tumorale (mm)	Margine di escissione (cm)
“In situ”	0,5
0 – 1	1
1 – 2	1
2 – 4	2
> 4	2 - 3

APPROCCIO ALLE METASTASI OCCULTE NELLA STAZIONE LINFONODALE REGIONALE

IN PASSATO

Approccio aggressivo:

Dissezione linfonodale estesa “profilattica” in pazienti con melanomi di spessore medio-alto (1.5mm) anche in assenza di malattia clinicamente documentabile

ATTUALMENTE
Tecnica del
LINFONODO
SENTINELLA

Cos’è il LINFONODO SENTINELLA?
È il primo linfonodo di drenaggio della linfa proveniente dall’area anatomica sede di sviluppo del melanoma

Dai dati in letteratura il linfonodo sentinella è positivo in circa il 20% dei pazienti, il 37% di questi presenta metastasi anche in altri distretti.
Nel caso in cui il linfonodo sentinella sia negativo,
la sensibilità è del 99%.
HOSPITAL

CRITERI DI ESCLUSIONE:

Presenza di metastasi linfonodali a distanza

TIMING RICOSTRUTTIVO

TUMORI ALLO STADIO I

Ricostruzione immediata

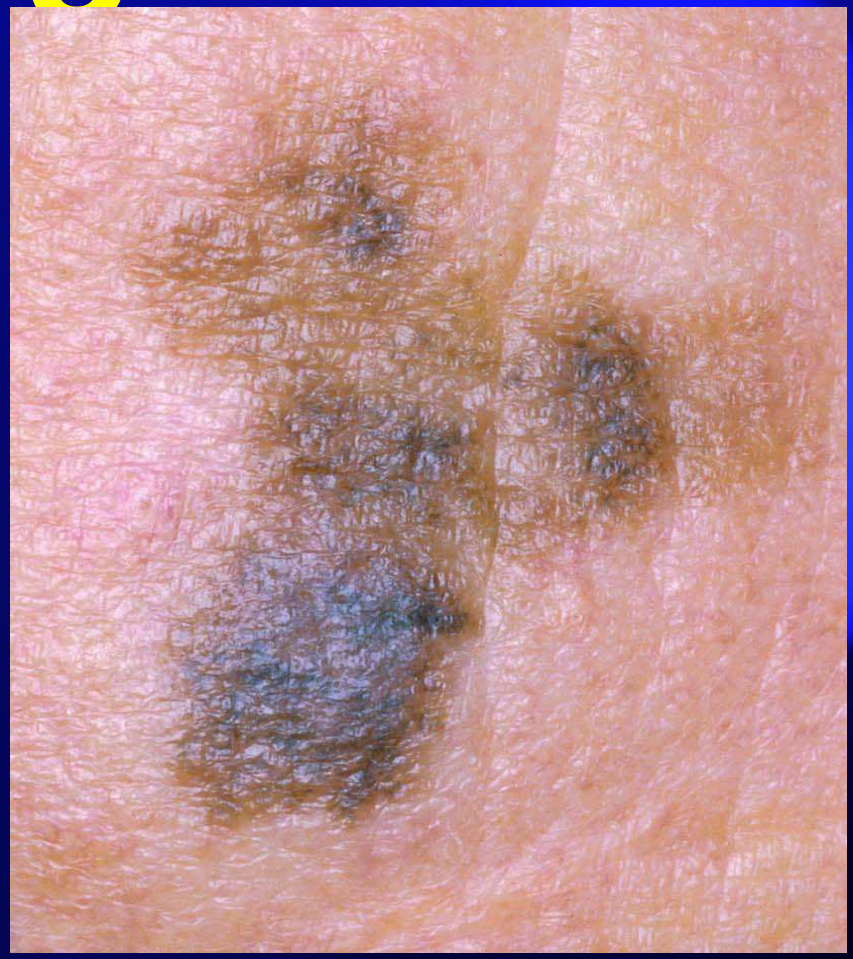
- **Sutura diretta dei margini di escissione**
- **Copertura con innesti (se Breslow > 1mm)**
- **Copertura con lembi**

TUMORI ALLO STADIO AVANZATO

COPERTURA CON INNESTI

EVENTUALE RICOSTRUZIONE SECONDARIA (dopo follow – up di almeno 5 anni)

Lentigo maligna



Melanoma a diffusione superficiale

Melanoma nodulare

Melanoma acrolentigginoso

mediainspiration™
a resource to inspire design professionals

CARCINOMA BASOCELLULARE

E’ un tumore maligno di derivazione cheratinocitica, localmente invasivo. Deriva dalle cellule dello strato basale dell’epidermide.

RARAMENTE dà METASTASI.

E’ la neoplasia cutanea maligna più frequente. L’esposizione ai raggi solari è il fattore eziologico principale ma non l’unico, coinvolgendo anche aree non fotoesposte.

Si manifesta prevalentemente nell’anziano

CLINICA

E’ un tumore a crescita lenta, asintomatico. Data la tendenza all’invasività locale, necessita di una diagnosi e di una terapia precoce, soprattutto se localizzato al volto.

Sottotipi

- ✓Tipo ulcus rodens
- ✓Tipo pigmentato
- ✓Tipo cistico
- ✓Tipo nodulare
- ✓Tipo superficiale

Ulcus rodens

Lesione inizialmente papulare, poi nodulare, centralmente ulcerata, sanguinante, a margini ben definiti, rilevati, di colorito madreperlaceo. Tipicamente non dolente, è coperta da una crosta che tende a sanguinare e recidivare. Non guarisce spontaneamente.

Carcinoma basocellulare Pigmentato

Lesione clinicamente simile al basalioma ulcus rodens, caratterizzata da margini iperpigmentati. Istologicamente è composta da depositi di melanina. Macroscopicamente può essere confusa con un melanoma.

Carcinoma basocellulare cistico

Inizialmente si ha una papula di colorito perlaceo a contorni netti; l'ulcerazione si verifica solo in fase molto avanzata. Può essere confuso con una cisti benigna. Istologicamente può assunere un aspetto ghiandolare *(basalioma adenoide)*

Carcinoma basocellulare nodulare

Morfologicamente si presenta come una placca rilevata, indurita, infiltrata, di colorito madreperlaceo.

La diagnosi precoce è difficoltosa anche a causa della tendenza ad infiltrare la cute oltre i margini clinici (frequenti recidive).

Carcinoma basocellulare superficiale

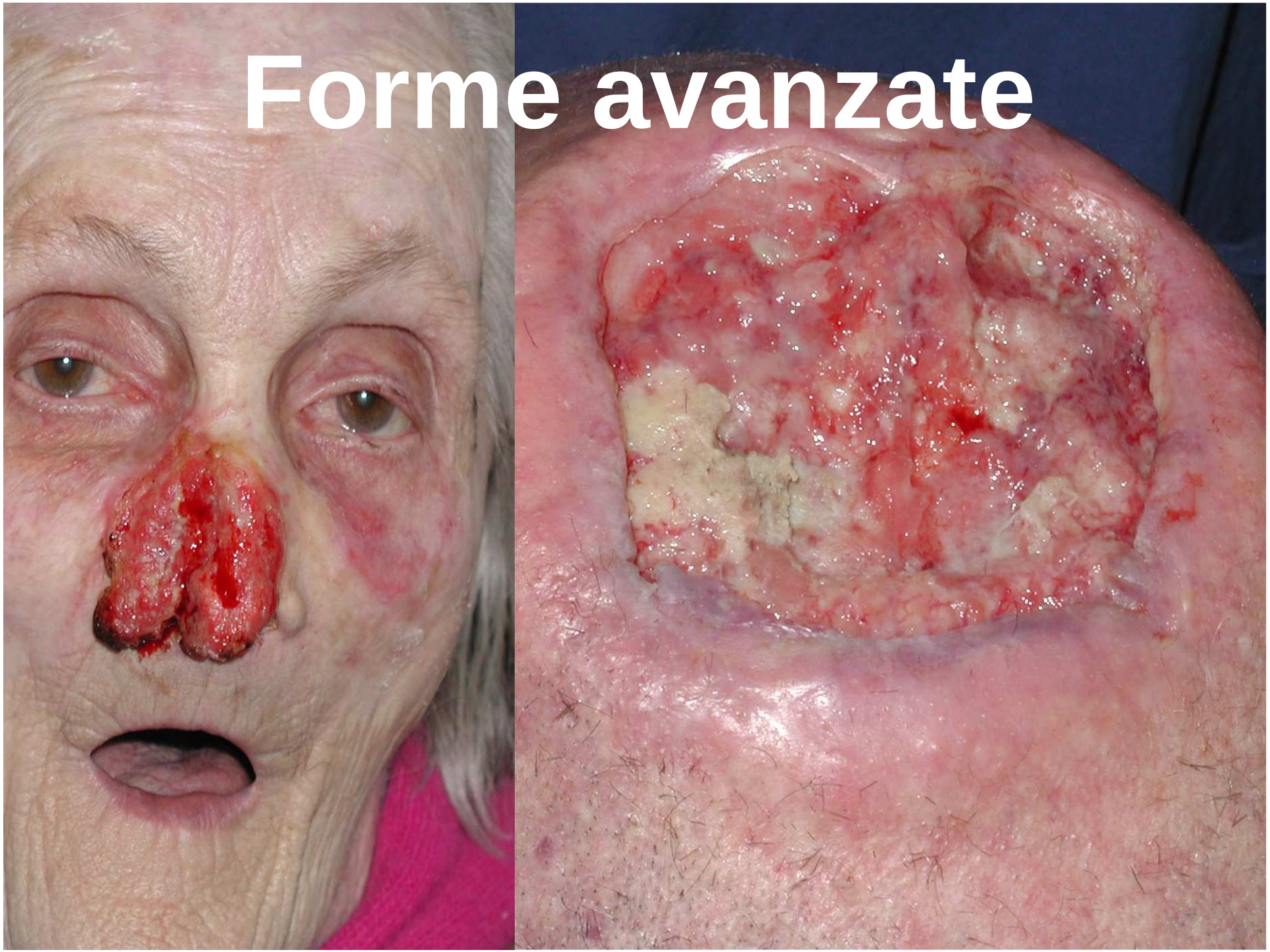
Si manifesta come una placca eritematosa leggermente in rilievo, localizzata più frequentemente al tronco/arti superiori; i margini sono netti, rilevati. Può assumere un aspetto nodulare o ulcerato.

Carcinoma basocellulare superficiale

Può essere confuso con una placca psoriasica, presentandosi talvolta con lesioni multiple. Spesso è presente una pregressa esposizione all'arsenico. Istologicamente i margini sono mal valutabili.

Epitelioma basocellulare bowenoide

Forme avanzate



TERAPIA
ESCISSIONE CHIRURGICA
RADIOTERAPIA

Terapia Chirurgica

Si effettua nella maggioranza dei casi, in particolare nelle localizzazioni al volto (naso, palpebre, pad. auricolare).

I margini di escissione variano tra 2 – 7 mm. (limite maggiore la variante superficiale)

Basalioma cuoio capelluto: exeresi e copertura con lembo di rotazione

Basalioma regione temporale:

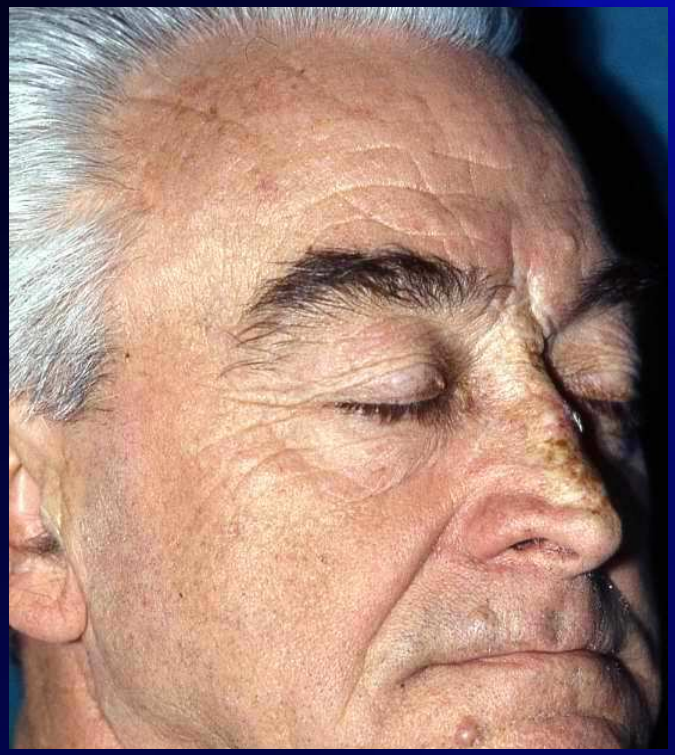
exeresi e copertura con innesto

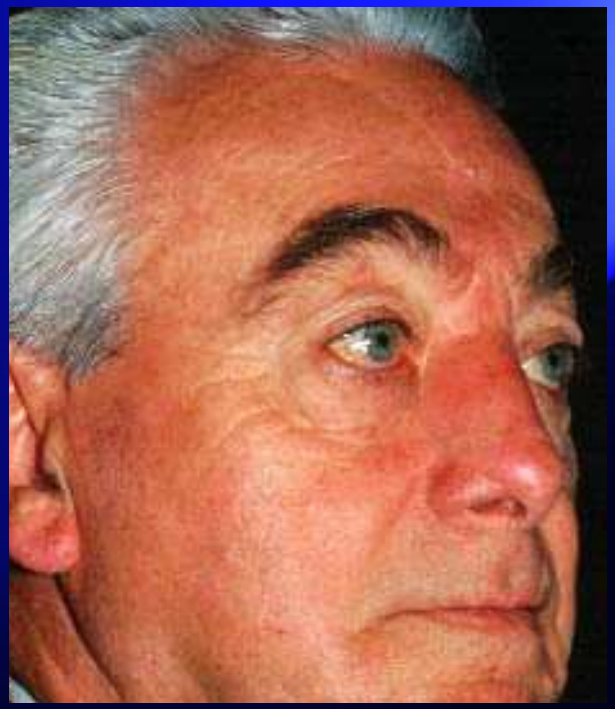
Basalioma regione frontale: exeresi e copertura con lembi di avanzamento

Basalioma regione auricolare: exeresi e copertura con lembo di trasposizione retroauricolare

Basalioma palpebra inferiore: exeresi e copertura con lembi Mustardè

Basalioma regione nasale: exeresi e copertura con lembo frontale espanso





Esiti exeresi basalioma regione nasale:

ricostruzione mediante lembo frontale espanso

CARCINOMA SPINOCELLULARE

E’ un tumore maligno di derivazione cheratinocitica.

Dopo una CRESCITA LOCALE può dare METASTASI sia linfonodali che carcinomatose.

Carcinoma spinocellulare

Ha una frequenza due volte maggiore nel sesso maschile e interessa più frequentemente gli anziani.

I raggi UVA sono i maggiori responsabili della sua insorgenza

Eziologia

- ✓raggi X
- ✓idrocarburi policiclici
- ✓vecchie cicatrici di varia natura
- ✓ulcere croniche (ulcera di Marjolin)
- ✓albinismo e xeroderma pigmentosum

Altre cause di insorgenza:

- ✓ Lichen planus e scleroatrofico
- ✓ Papilloma virus
- ✓ Terapia PUVA
- ✓ Terapia con immunosoppressori
- ✓ Terapia con mostarda azotata

Clinica

ISPESSIMENTO
PLACCA
ACCRESCIMENTO
(Infiltrazione locale)

Generalmente ha una morfologia nodulare, la superficie ulcerata o crostosa.

Il margine è infiltrato, rilevato, irregolare.

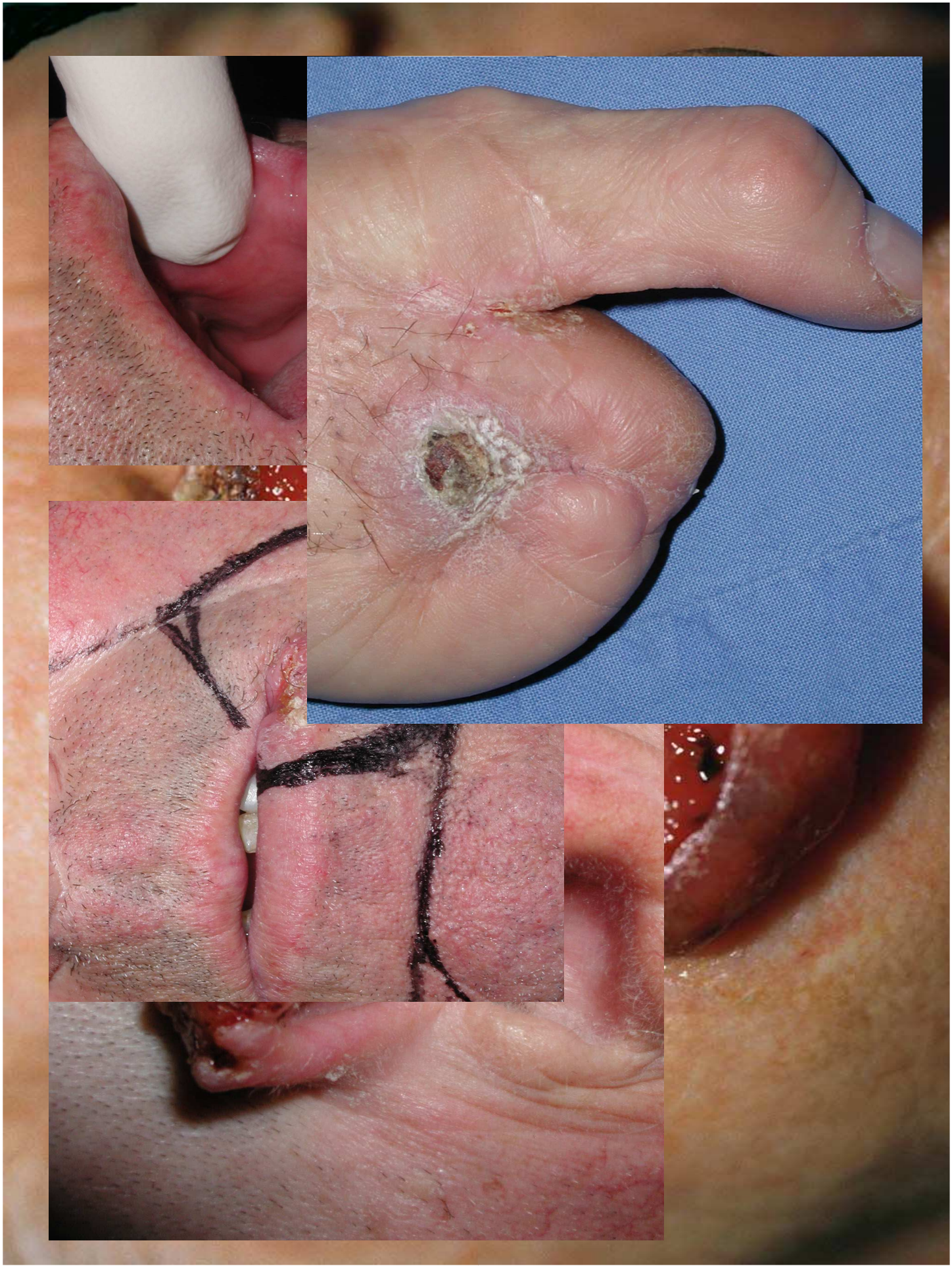
Lo spinalioma ha una crescita più rapida del basalioma.

Le aree di insorgenza più frequenti sono le zone fotoesposte: volto, padiglioni auricolari, labbro inferiore, dorso delle mani, avambracci.

Allo stadio avanzato, se si verifica un coinvolgimento linfonodale, la prognosi è tendenzialmente infausta.

I <u>fattori prognostici</u> più importanti sono:

- ✓**Lesione preesistente**
- ✓**Sede**
- ✓**Grado di differenziazione e infiltrazione**



Istopatologia

FORMA DIFFERENZIATA

FORMA POCO DIFFERENZIATA

FORMA INDIFFERENZIATA

CARCINOMA ANAPLASTICO

http://foto.masternet.it

Classificazione di Broders

Terapia

ESCISSIONE CHIRURGICA

RADIOTERAPIA

CHIRURGIA/RADIOTERAPI

Terapia chirurgica

E’ la terapia più sicura in termini di radicalità oncologica e prevenzione di recidive. I margini di escissione variano tra i 7 e i 10 mm (10 mm anche per le recidive).

Può essere associata a RT

Casistica clinica

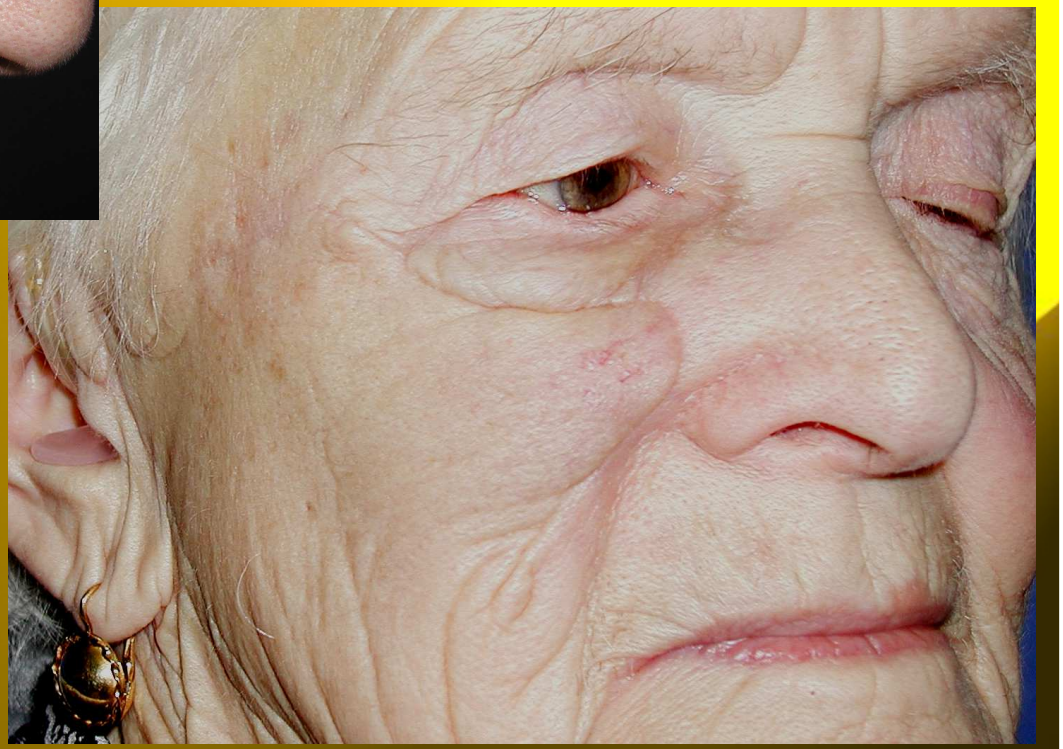
Spinalioma cuoio capelluto: exeresi e copertura con innesto

Spinalioma padiglione auricolare:
exeresi a cuneo e sutura diretta

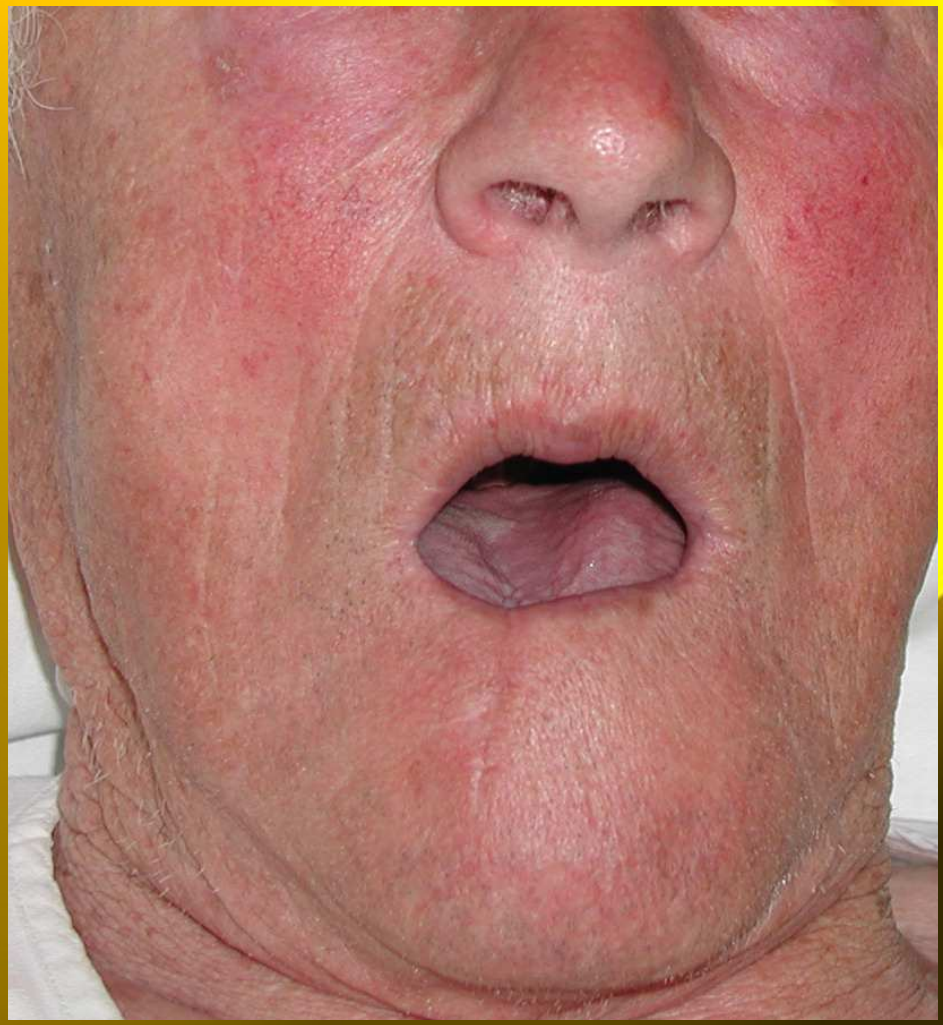
Spinalioma regione auricolare: exeresi e copertura con lembo di avanzamento

Spinalioma regione geniena:
exeresi e sutura diretta

Spinalioma regione geniena: exeresi e copertura con lembo tipo Mustardè



Spinalioma labbro inferiore: exeresi a cuneo e rimodellamento del labbro



Spinalioma labbro inferiore: exeresi e copertura con lembi di vicinanza

nip/tuck
a disturbingly perfect new drama
GRAZIE DELLA CORTESE
ATTENZIONE!
DR. CHRISTIAN TROY & DR. SEAN McNAMARA
TUESDAYS 10PM E/P
FX