

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	<p>I melanomi sono tumori cutanei a minor incidenza ma a maggiore aggressività. Sono caratterizzati dalla proliferazione maligna di elementi cellulari localizzati negli strati profondi dell'epidermide che si chiamano melanociti la cui attività è quella di produrre melanina.</p> <p>Sono tipici dei pazienti con fototipo chiaro; le sedi d'insorgenza sono le zone cutanee maggiormente esposte al sole (per gli uomini il distretto cervico-facciale ed il dorso, per le donne gli arti inferiori), comunque possono insorgere in qualsiasi sede cutanea, anche a livello delle dita di piedi e mani. Colpiscono soggetti di età compresa tra i 20 e gli 80 anni, e di solito sono rari nelle prime due decadi di vita.</p> <p>Possono insorgere direttamente come melanomi oppure come evoluzione di un pregresso nevo.</p> <p>Possono presentarsi in forme e stadi differenti, avere una colorazione bruno-nerastra omogenea o disomogenea come pure, nelle forme amelanotiche, non avere una particolare colorazione. Possono avere l'aspetto di una macchia, una placca, un nodulo o più aspetti. Possono essere presenti da anni o da qualche mese. Possono aggredire localmente le strutture cutanee e quelle profonde, e diffondersi a livello di linfonodi o di organi interni. La loro prognosi ed il loro trattamento sono strettamente legati alla stadiazione in fase di diagnosi. Il loro comportamento biologico, cioè l'evoluzione della malattia, a seconda della stadiazione, varia da un decorso relativamente benigno sino ad un comportamento altamente aggressivo che può portare ad importanti mutilazioni ed anche alla morte.</p> <p>Le recidive locali possono comparire dopo un tempo variabile dall'asportazione. Le metastasi possono essere presenti al momento della diagnosi oppure manifestarsi a distanza di tempo dall'intervento.</p> <p>Pertanto nel post-operatorio sono fondamentali: fotoprotezione e follow-up con visite dermatologiche e/o oncologiche periodiche.</p>
Trattamento proposto:	<p>Asportazione MELANOMA o sospetto melanoma ed eventuale ampliamento e biopsia linfonodo sentinella _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sede _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Lato <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale</p>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la	<p>La terapia chirurgica rappresenta il trattamento di scelta per la cura del melanoma.</p> <p>La procedura si esegue in anestesia locale o locale con sedazione o generale, a seconda di dimensioni del tumore, condizioni generali del paziente e tipo di intervento. Consiste nell'asportazione chirurgica del sospetto melanoma con margini dettati da protocolli internazionali (di solito si esegue una biopsia escissionale con margini di 2 mm) e nella chiusura del difetto cutaneo residuo mediante:</p>

procedura operativa?	<ul style="list-style-type: none"> - guarigione per seconda intenzione, cioè con una ferita che guarisce spontaneamente nel tempo - chiusura diretta dei margini della ferita chirurgica (sutura) - allestimento di lembi cutanei di avanzamento, rotazione o trasposizione, cioè con mobilitazione di tessuti circostanti - copertura mediante innesto cutaneo, che consiste nel trapianto di uno strato di cute, prelevato da una sede donatrice (es. regione clavicolare, regione pre o post-auricolare, coscia) - ricostruzioni complesse possono richiedere l'utilizzo di più lembi o trapianti di cute. <p>Il pezzo operatorio viene inviato in anatomia patologica per l'esame istologico e, dopo circa qualche settimana, con il risultato definitivo si valuta se è necessario eseguire un secondo intervento chirurgico, consistente nell'asportazione di un'ulteriore porzione di tessuto (allargamento), con margini dettati da protocolli internazionali a seconda dello spessore del melanoma, e nella biopsia del linfonodo "sentinella".</p> <p>Il linfonodo "sentinella" rappresenta il primo linfonodo che drena la linfa della regione interessata ed in cui migrano le cellule maligne eventualmente distaccatesi dal tumore primitivo. La ricerca del linfonodo sentinella avviene mediante un esame pre-operatorio, la linfoscintigrafia, che si esegue alcune ore prima dell'intervento e permette, tramite la somministrazione di una sostanza marcata con isotopi radioattivi iniettata a livello della sede del tumore o della cicatrice residua, di individuare il primo/i linfonodo/i della catena linfonodale loco-regionale. L'asportazione del linfonodo sentinella avviene mediante anestesia locale o generale e nel post-operatorio può essere presente un drenaggio (tubicino di silicone), che serve a drenare i liquidi dei tessuti e che viene rimosso nell'arco di qualche giorno a seconda della quantità di liquido drenato. La ricerca del/i linfonodo/i "sentinella" permette di fare una corretta stadiazione della malattia ma non influenza la prognosi della malattia.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli aspetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche.</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p> <p>E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse ulteriori strutture lesionate, oppure qualora non fosse possibile effettuare una ricostruzione diretta immediata.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Nel post-operatorio c'è dolore nelle prime ore a cui si sostituisce un senso più generale di dolenzia o fastidio, che tende a ridursi spontaneamente di intensità nei giorni successivi, ed è controllabile con una adeguata terapia analgesica. C'è edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, per i primi 7-14 giorni, che poi inizia a ridursi anche se permane per alcune settimane o mesi. La zona operata va mantenuta a riposo per i primi 7-10 giorni.</p> <p>Le medicazioni non vanno rimosse o bagnate per 14 giorni. Sono inoltre necessarie medicazioni successive alla dimissione che vengono eseguite presso l'ambulatorio e poi eventualmente anche a domicilio. Sono necessari eventuali ulteriori controlli a distanza.</p> <p>In caso di intervento sul distretto cervico-facciale, il capo va mantenuto sollevato di circa 45°, mediante 2-3 cuscini, per 7-10 giorni. In caso di intervento su un arto superiore o inferiore, l'arto va mantenuto in scarico per 14 giorni o fino a guarigione. In caso di arto inferiore, non si può caricare sull'arto per i primi 7-10 giorni, per cui è opportuno mobilizzarsi con stampelle o carrozzina. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 7-14 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce, bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14 giorni o a guarigione. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per almeno 14 giorni.</p>

	A guarigione è utile l'applicazione di crema idratante o per cicatrici per circa 6 mesi, evitare l'esposizione solare diretta ed applicare crema solare 50+ o 100+.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Il rifiuto di intervento chirurgico e trattamento del melanoma causa una progressione di malattia con rischio di aumento delle dimensioni della lesione e possibile infiltrazione dei tessuti profondi, rischio di metastasi a distanza e morte.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche.</p> <p>Le <u>complicanze generiche</u> sono in rapporto con l'età, con le condizioni generali, con pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria e renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RITARDI DI GUARIGIONE: alcune condizioni mediche e alcuni farmaci possono interferire con i fenomeni riparativi. Pazienti diabetici, in terapia con steroidi o fumatori possono avere ritardi di guarigione e complicanze che richiedono un ulteriore intervento chirurgico. - DEISCENZA DELLA FERITA: nel postoperatorio la ferita può aprirsi parzialmente o totalmente e richiedere revisione chirurgica o guarigione per seconda intenzione mediante medicazioni. - SANGUINAMENTO: se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per una migliore emostasi (arresto dell'emorragia) e rimozione dei coaguli. Se massivo, può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. E' importante seguire le indicazioni post-operatorie: evitare attività sportiva o lavorativa pesante, astenersi dall'uso dei FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) 10 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - EMATOMA: è una raccolta di sangue localizzata a livello locale; se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per evacuazione dello stesso ed una migliore emostasi. Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico. - INFEZIONE: in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus; è curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. - CICATRICE PATOLOGICA: tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre. Le cicatrici possono avere colorazioni differenti rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, essere molto sviluppate e divenire patologiche, ossia ipertrofiche, cheloidee o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidee producono tessuto cicatriziale in eccesso, e si manifestano con rossore, dolore, indurimento e rilevatezza della cicatrice stessa e dei tessuti circostanti, nella maggioranza dei casi si limitano solo alla cute e vanno trattate con il massaggio mediante l'uso di gel o creme specifici, ma in alcuni rari casi si diffondono ai tessuti sottostanti potendo coinvolgere anche le strutture profonde e determinare un'aderenza con le stesse. Le cicatrici atrofiche producono tessuto cicatriziale in difetto e si manifestano con depressione ed allargamento della cicatrice, determinando un avvallamento di cute e sottocute. La cicatrizzazione patologica è conseguente, prevalentemente, alle caratteristiche proprie del paziente, ossia costituisce un evento imprevedibile perché legato alla capacità di ciascuno di formare tessuto cicatriziale patologico indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata e dal tipo di intervento subito. Sono a maggior rischio: pazienti con pigmentazione scura sulla pelle, particolari regioni anatomiche (regione deltoidea, tronco, regione sternale, orecchio), storia familiare di cicatrici patologiche, gravidanza e giovane età.

- **ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA'**: il tumore coinvolge le terminazioni nervose superficiali, che necessariamente vengono interrotte dall'asportazione dello stesso, con conseguenti: parestesia, ovvero formicolio localizzato a livello dell'area operata e circostante, che in genere si risolve spontaneamente nel giro di qualche settimana (frequentemente); ipoestesia, ovvero diminuzione della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che in genere tende a migliorare nell'arco di qualche mese (frequentemente); fino all'anestesia, ovvero scomparsa della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che può rimanere per sempre (raramente).
 - **LIPONECROSI**: raramente il tessuto adiposo sottocutaneo può andare incontro a necrosi e colliquare creando una raccolta organizzata sottocutanea e/o fuoriuscita di secrezioni dalla sutura. In genere si risolve spontaneamente.
 - **ASIMMETRIA e/o DEFORMITA' DELLA REGIONE OPERATA**: potrebbe evidenziarsi un'asimmetria tra la regione operata e la controlaterale. Alcune regioni anatomiche sono maggiormente suscettibili ad asimmetria e deformità, in particolare occhio, orecchio, naso e labbra, con possibile peggioramento estetico e funzionale.
 - **SOFFERENZA o NECROSI DEI LEMBI LOCALI**: raramente i lembi utilizzati per la ricostruzione del difetto possono non sopravvivere ed andare incontro a morte parziale o totale; e richiedere revisione chirurgica o guarigione per seconda intenzione mediante medicazioni.
 - **SOFFERENZA o NECROSI DEGLI INNESTI CUTANEI**: raramente gli innesti cutanei possono non sopravvivere parzialmente o totalmente a causa del mancato attecchimento col fondo del difetto cutaneo; e richiedere revisione chirurgica o guarigione per seconda intenzione mediante medicazioni.
 - **RECIDIVA**: ricomparsa del tumore dopo un periodo di tempo più o meno lungo dalla sua scomparsa a seguito dell'asportazione. Può ricomparire a livello del sito primario o in una zona di pelle vicina o in un'altra parte del corpo. La probabilità di andare incontro ad una recidiva può essere caratterizzata da un basso rischio (< 20%), medio rischio (20%-50%) ed alto rischio (>50%).
 - **REINTERVENTI**: necessità di nuovo intervento chirurgico reso necessario dalla persistenza della patologia o per prosecuzione dell'iter demolitivo e ricostruttivo.
 - **METASTASI LINFONODALI o ad ALTRI ORGANI** (fino al 85%, in base allo stadio): le cellule tumorali si spostano dalla zona del tumore primitivo attraverso le vie linfatiche alle stazioni linfonodali loco-regionali e/o le vie ematiche ad altri organi. Le metastasi possono essere presenti al momento della diagnosi oppure possono manifestarsi a distanza di tempo dall'intervento, anche se l'asportazione è stata completa.
- In caso di biopsia del linfonodo sentinella:
- **LINFOCELE**: raccolta di linfa localizzata nella sede d'asportazione del/i linfonodi sentinella; può essere gestita ambulatorialmente mediante medicazioni ed aspirazioni, abbastanza frequentemente; oppure se cronicizzata può richiedere un intervento chirurgico, raramente.
 - **LINFEDEMA A CARICO DI ARTI SUPERIORI o INFERIORI**: complicanza che si manifesta con ingrossamento dell'arto, ma principalmente in caso di dissezione (o svuotamento) linfonodale, ossia asportazione di tutti i linfonodi.
 - **SIEROMA**: raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione, abbastanza frequentemente, o drenaggio chirurgico, raramente.
 - **LESIONE DI STRUTTURE NERVOSE**: rami terminali del plesso brachiale; plesso femorale (raramente).
 - **LESIONE DI STRUTTURE VASCOLARI**: arteria/vena ascellare; carotide/giugulare; vasi femorali (raramente).

	Eventuali note integrative _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Negli ultimi anni lo sviluppo dell' immunoterapia e della terapia a bersaglio molecolare ha ridotto l'utilizzo della chemioterapia nella malattia avanzata e aperto nuove prospettive di cura in uno scenario articolato e sempre più personalizzato per ogni paziente. In particolare sono in corso studi che valutano la combinazione delle terapie, la loro sequenza o l'integrazione con altri trattamenti disponibili (es. chirurgia e radioterapia). Nella pratica clinica la scelta del trattamento dipende dall'estensione della malattia, dalla necessità o meno di una rapida risposta, dalla possibilità di ottenere risposte durevoli, da eventuali patologie concomitanti nonché dalle preferenze del paziente. In caso di terapie mirate che utilizzano farmaci diretti contro mutazioni specifiche nel DNA (per esempio quelle nei geni BRAF, MEK o c-KIT). La scelta dipende dalla presenza di tali mutazioni nelle cellule del tumore. La radioterapia è utilizzata in presenza di metastasi ossee oppure cerebrali, a scopo terapeutico integrato con altri trattamenti, oppure come palliativo dei sintomi. Esistono anche terapie definite loco-regionali che consistono nel somministrare farmaci in dosi particolarmente elevate in aree che è possibile isolare dal resto dell'organismo, come per esempio gli arti. Nel caso del melanoma le più usate sono la perfusione isolata dell'arto e l' elettro-chemioterapia .
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento chirurgico viene eseguito dai medici di Chirurgia Plastica o specialità equipollente. In casi selezionati di interventi combinati in cui siano richieste competenze di altre specialità ci si può avvalere di altri medici specialisti.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
