

NEVO ATIPICO-DISPLASTICO VS. MM IN SITU: UNA SFIDA DIAGNOSTICA

P. Zampieri

Divisione di Dermatologia - Ospedale "F. Tappeiner" - Merano

Il Melanomi (MM) in stadio avanzato sono facilmente identificabili, spesso anche al solo esame clinico, mentre i MM precoci sono spesso sfuggenti.

Il MM in fase iniziale, precoce, e quindi anche il MM in situ, può avere un aspetto clinico simile a quello di un nevo melanocitico e, viceversa, alcuni nevi possono simulare il MM.

Ai Dermatologi è nota la grande varietà di aspetti morfologici, che un **Nevo di Clark** può assumere sia per dimensioni (da 5 a 15 mm) sia per forma sia per colori, come pure sono noti i dubbi diagnostici, che a volte conseguono a questa eterogeneità. Dubbi, che hanno inevitabili riflessi sul profilo clinico-terapeutico da adottare, sul processo decisionale da mettere in atto.

I dati statistici pubblicati in letteratura indicano che i valori di sensibilità, per la diagnosi clinica di MM, variano a seconda dei centri e della loro specializzazione in ambito specifico. Ciò significa, che un certo numero di nevi melanocitici "cl clinicamente e/o dermatoscopicamente sospetti" vengono asportati chirurgicamente nel dubbio, che ci si possa trovare di fronte ad un MM.

La dermoscopia ci ha permesso di migliorare notevolmente la nostra performance diagnostica nei confronti del MM e, pur non potendo garantire percentuali di sensibilità e specificità diagnostiche del 100%, è un grande aiuto per evitare "escissioni non necessarie".

Ciò è ancor più vero in quanto la possibilità di documentare, grazie a sistemi di acquisizione digitali, le immagini cliniche e dermoscopiche dei nevi esaminati, consente di poter inserire in un programma di follow-up, quelle lesioni, che pur non apparendo francamente gravate di forti sospetti di malignità non permettono comunque di licenziare il paziente, consigliandogli una visita di controllo a distanza di un anno o più.

Il Dermatologo, quindi, dispone finalmente di strumenti, che lo mettono in grado di controllare e sottoporre a monitoraggio, in tempi brevi, questa tipologia di lesioni, per poter decidere in un secondo momento il loro destino terapeutico, a seconda della comparsa, o meno, di ulteriori modificazioni morfologiche-strutturali.

A questo proposito, diventa però essenziale la ricerca di un agreement con il paziente, che deve essere edotto sui motivi di questa scelta, sull'importanza di ripresentarsi ai controlli programmati e che, ovviamente, deve condividere ed acconsentire al tipo di scelta adottata.

Bibliografia essenziale:

1. Kittler H et al. "**Diagnostic accuracy of dermoscopy**" Lancet Oncol 2002;3: 159-65

2. Carli P et al. **"Improvement of malignant/benign ratio in excised melanocytic lesions in the 'dermoscopy era': a retrospective study 1997-2001"** Br J Dermatol. 2004 Apr;150(4):687-92
3. Seidenari S, Argenziano G. e al: **"The dermoscopic variability of pigment network in melanoma in situ"** Arch Dermatol. 2010 Nov;146(11):1257-62
4. G. Salerni, T. Terán, S. Puig, J. Malvehy, I. Zalaudek, G. Argenziano, H. Kittler: **"Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society"** JEADV 2012 Nov 26: 1-10
5. Tromme I. et al.: **"Availability of digital dermoscopy in daily practice dramatically reduces the number of excised melanocytic lesions: results from an observational study"** Br J Dermatol. 2012 Oct;167(4):778-86