

# I TUMORI CUTANEI MALIGNI: IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE

## I dati di *Health Search* e l'importanza della diagnosi precoce

ROSARIO FALANGA, MARIA TERESA CORRADIN\*

Medico di Medicina Generale, ASS 6, Pordenone, Ricercatore Health Search;

\* Dirigente Medico di Primo Livello, U.O. di Dermatologia A.O.S.M.A, Pordenone

Il progressivo allungamento della vita media e le mutate abitudini della popolazione, in particolare la maggiore esposizione alla luce, sia naturale sia artificiale, hanno portato negli ultimi 20 anni a un significativo incremento delle neoplasie cutanee, di origine sia epiteliale sia melanocitaria <sup>1</sup>.

I tumori cutanei costituiscono in assoluto le neoplasie più frequenti tra la popolazione di pelle chiara e sono rappresentati dai carcinomi basocellulari, dai carcinomi spinocellulari e dai melanomi <sup>2</sup>. Le sedi maggiormente coinvolte da queste neoplasie sono rappresentate dalle zone di fotoesposizione, quindi volto e collo, mentre la fascia di età maggiormente interessata è quella che va dai 40 agli 80 anni, con uno spostamento verso l'età più avanzata.

Il melanoma, inoltre, è il tumore la cui incidenza in assoluto, in molte parti del mondo, sta crescendo più velocemente rispetto a tutte le altre neoplasie.

### OBIETTIVI

Il nostro obiettivo è quello di verificare la prevalenza dei tumori cutanei (carcinomi, basocellulari e spinocellulari, e melanomi) nella popolazione generale italiana mettendo in risalto la centralità della figura del Medico di Medicina Generale (MMG) nella diagnosi precoce e nella prevenzione delle neoplasie cutanee.

### METODI

Si tratta di un'analisi dei dati forniti dalla banca centrale di *Health Search*, l'Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale, che raccoglie i dati relativi a una popolazione di 600.000 assistiti, forniti dai MMG ricercatori, distribuiti omogeneamente in tutta la Penisola, che utilizzano una cartella clinica computerizzata orientata per problemi (Millewin).

### RISULTATI

I dati estratti da *Health Search*, aggiornati al mese di aprile 2006, sono stati ottenuti in formato Excel e successivamente rielaborati graficamente dagli autori, ottenendo una fotografia attuale, ben comprensibile e statisticamente significativa, della prevalenza dei tumori cutanei maligni nella popolazione italiana (Figg. 1-3).

I dati riguardano la prevalenza (% sul totale della popolazione) di epiteliomi basocellulari, epiteliomi spinocellulari e melanomi, e sono distribuiti per fasce d'età, sesso e area geografica (Isole, Meridione, Centro, Nord-Ovest e Nord-Est), al fine di ottenere uno studio più particolareggiato.

La prevalenza degli epiteliomi basocellulari in Italia è risultata dello 0,42% con punte dello 0,58% nell'area Nord-Orientale, mentre la prevalenza più bassa si registra nel Meridione con lo 0,32%. Il sesso maschile è maggiormente colpito, specie gli anziani > 65 anni.

Per quanto riguarda gli epiteliomi spinocellulari la prevalenza in Italia è dello 0,08% e va dallo 0,12% dell'area Nord-Orientale allo 0,06% dell'area Nord-Occidentale. Anche qui il sesso maschile è maggiormente interessato, specialmente nella fascia d'età che va dai 70 ai 90 anni. Per i melanomi in Italia la prevalenza è dello 0,16%, le punte massime di prevalenza si hanno ancora nell'area Nord-Orientale (0,25%), le minime nelle Isole (0,07%). Nei melanomi il sesso femminile ha complessivamente una maggiore prevalenza, anche se nei maschi quest'ultima è superiore nelle ultime decadi.

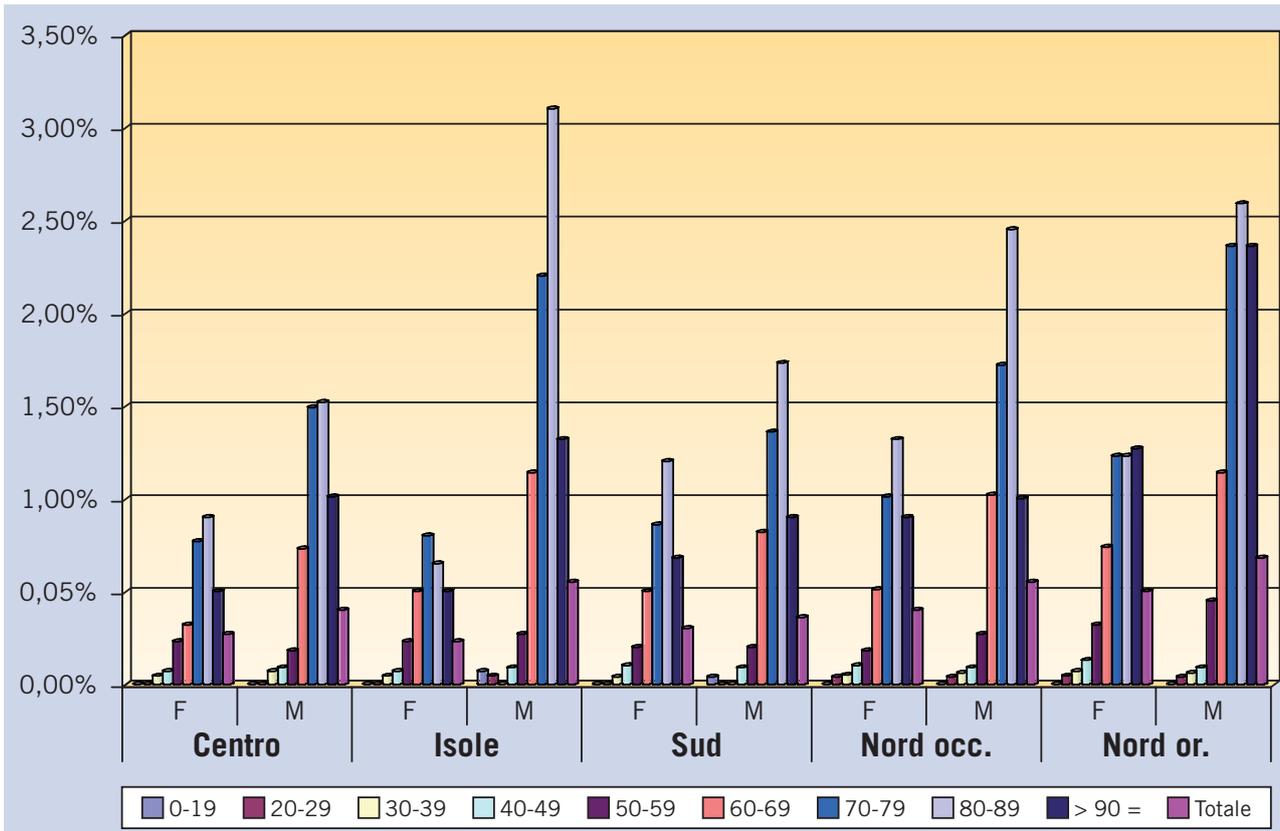
### DISCUSSIONE

Confrontando le varie tabelle, i dati che per primi risaltano sono gli elevati valori degli indici di prevalenza dei tumori cutanei, di origine sia epiteliale sia melanocitaria, che interessano la macroarea Nord-Orientale. In altri termini, chi abita in quella zona dell'Italia sembra presentare una maggiore probabilità di sviluppare un carcinoma o un melanoma nel corso della vita.

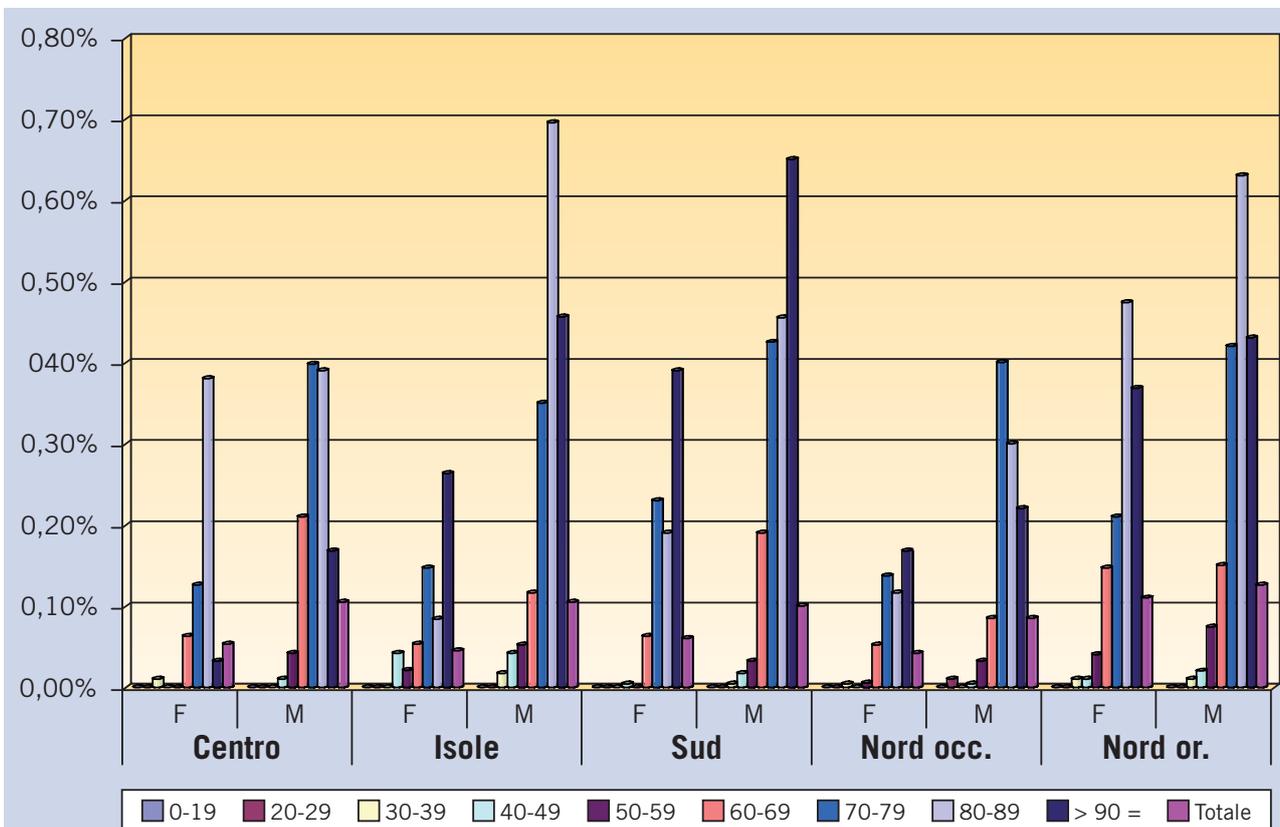
Una possibile spiegazione potrebbe ricercarsi nella predominanza in quell'area geografica del fototipo chiaro, quindi più soggetto al danno da radiazioni solari. La maggiore suscettibilità genetica associata a una maggiore esposizione solare (ricreativa e/o lavorativa per chi vive nella fascia costiera) potrebbe avere questo ruolo di induzione delle neoplasie cutanee.

Questi dati sono comunque coerenti agli ultimi dati Istat sulla mortalità in Italia relativi al 2002 <sup>16</sup>, dove la regione Friuli-Venezia Giulia ha il tasso più alto di morti per melanoma.

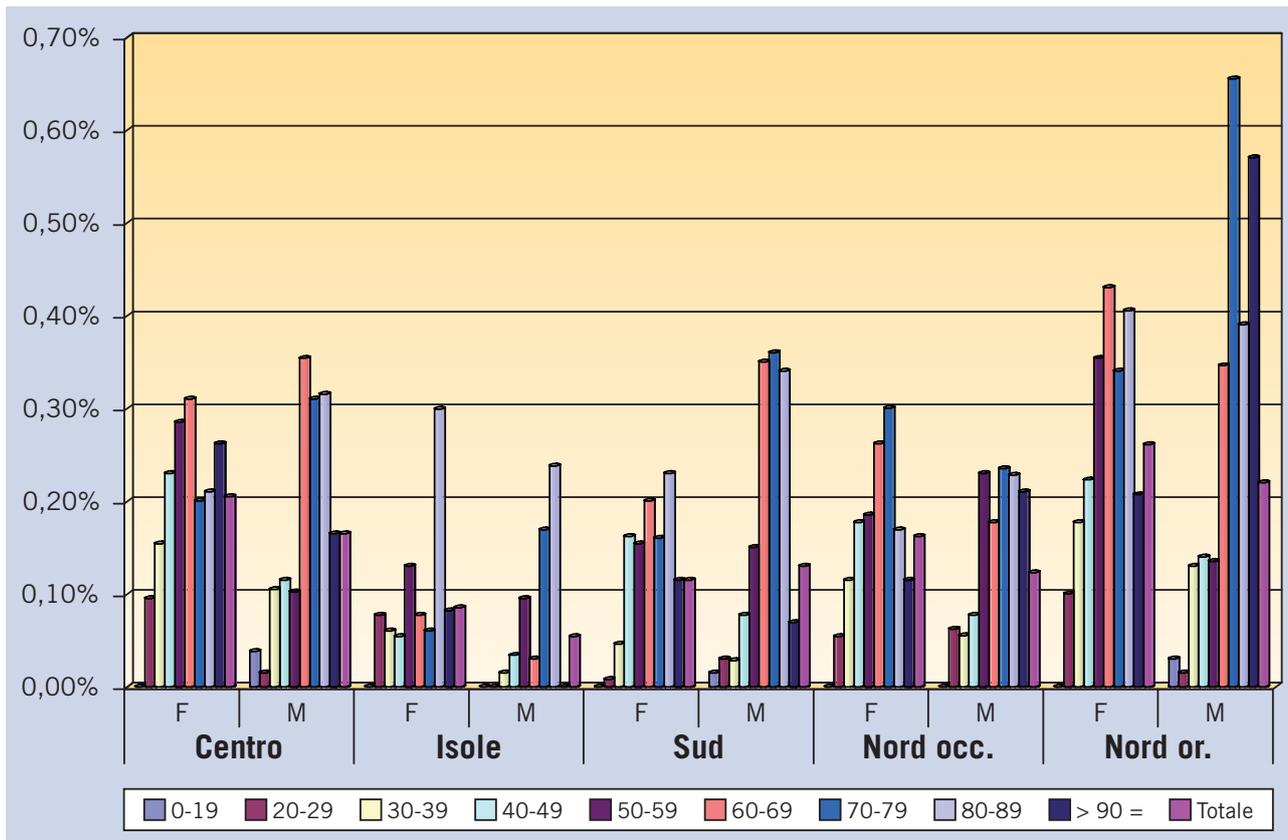
Inoltre, abbiamo visto che il melanoma in Italia ha nel complesso una maggiore prevalenza nelle femmine (dato



**Figura 1**  
Prevalenza di epitelomi basocellulari in Italia (dati *Health Search*, 2006).



**Figura 2**  
Prevalenza di epitelomi spinocellulari in Italia (dati *Health Search*, 2006).



**Figura 3**  
Prevalenza di melanomi in Italia (dati *Health Search*, 2006).

coerente con alcuni Registri dei Tumori), anche se nei maschi la prevalenza è superiore nelle ultime decadi. Confrontando gli ultimi dati Istat relativi al tasso di mortalità annuo per melanoma in Italia (rapporto decessi e popolazione per 100.000), si osserva però un tasso del 3,068% per i maschi e del 2,1% per le femmine<sup>16</sup>. Questi valori possono essere spiegati sia con una prognosi peggiore per i maschi a parità di livello di stadio, sia con una maggiore attenzione del sesso femminile a rivolgersi al medico nel caso di lesioni sospette, favorendo una diagnosi precoce e quindi una ridotta mortalità. Un altro dato interessante rilevato da *Health Search* è che l'età di prevalenza del melanoma tende a spostarsi verso una fascia più elevata. Si afferma solitamente che il melanoma è un tumore che si sviluppa mediamente tra i 40 e i 60 anni, ma dai dati in nostro possesso sembra che si debba spostare di almeno una decina di anni il limite superiore e considerare a rischio anche le persone di età compresa tra i 60 e gli 80.

## IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La diagnosi precoce dei tumori cutanei comporta una loro prognosi molto favorevole. In particolare, la sorveglianza delle lesioni pigmentate della cute per l'identificazione del melanoma sottile è tra i pochi modelli di diagnosi precoce raccomandati dal Codice Europeo contro il Cancro<sup>11</sup>. Molte delle caratteristiche epidemiologiche e cliniche

del melanoma, a parte la sua bassa incidenza, lo renderebbero adatto a una campagna di prevenzione attraverso un semplice test di *screening*: l'ispezione cutanea. La prevenzione del melanoma rappresenta un ambito di specifico intervento per il MMG attraverso la prevenzione primaria (riduzione del rischio) e la prevenzione secondaria (diagnosi precoce)<sup>12</sup>.

Progetti di medicina d'iniziativa in MG presentano dei vantaggi in termini di maggiore specificità e costi contenuti rispetto a uno *screening* di massa diretto alla popolazione generale, che non è per nulla indicato.

Il coinvolgimento dei MMG come primo filtro è di fondamentale importanza per indirizzare i pazienti realmente a rischio alle strutture di secondo livello, evitando l'afflusso indiscriminato presso gli ambulatori specialistici<sup>13</sup>.

## LA PREVENZIONE PRIMARIA

Compito della prevenzione primaria è ridurre l'incidenza dei tumori cutanei maligni, rimuovendo le cause che lo producono (con ricadute dopo 20-30 anni), attraverso:

- educazione sanitaria della popolazione (campagne educative nelle scuole, nei luoghi di lavoro);
- campagne informative attraverso i mass-media;
- educazione del singolo paziente a rischio da parte del MMG (che lo sensibilizza rispetto a fattori di rischio, fotoprotezione, ispezione cutanea medica periodica e autoesame).

## LA PREVENZIONE SECONDARIA

I tumori cutanei maligni, specialmente il melanoma, hanno una prognosi strettamente dipendente dallo spessore raggiunto nella pelle al momento della sua diagnosi e asportazione (indice di Breslow). Pertanto, riconoscere le lesioni cutanee sospette per le quali è indicata la consulenza specialistica consente di pervenire a una diagnosi precoce per ridurre la mortalità e i costi sanitari. Per arrivare a una diagnosi precoce sono necessari al MMG:

- corsi di formazione specifica (diagnosi differenziale delle lesioni cutanee);
- rilevazione elementi anamnestici (immunodepressione, storia personale di melanomi, familiarità, attività lavorativa, esposizioni solari intense, comparsa di nuovi nei e/o variazioni di dimensioni o colore di nei già esistenti);
- esame obiettivo (identificazione del fototipo, ispezione cutanea globale ogni anno dopo i 40 anni secondo la regola ABCDE);
- foto digitali delle lesioni sospette, per valutare eventuali modificazioni ai controlli successivi;
- identificazione dei casi da inviare in consulenza (*Quando richiedere la consulenza specialistica*).

### **Quando richiedere la consulenza specialistica**

- Familiarità per melanoma cutaneo maligno
- Pregresso melanoma
- Numerosi nevi (> 50) di grandezza pari o superiore a 2 mm.
- Presenza di nevi congeniti di grandi dimensioni (> 20 cm)
- Tumefazioni persistenti
- Lesioni che non cicatrizzano
- Presenza di nevi clinicamente atipici
- Nevi nuovi o preesistenti che presentano colore disomogeneo, bordi irregolari, noduli con erosioni, sanguinamenti, variazioni di colore, dimensioni e spessore.

## CONCLUSIONI

Le neoplasie cutanee rappresentano un reale problema sanitario in Italia, specie in Friuli-Venezia Giulia, ove la loro prevalenza, e in particolare quella del melanoma, è significativamente elevata.

Anche se il comportamento biologico di queste neoplasie cutanee è molto variabile e va da un decorso relativamente benigno della malattia, nel caso del carcinoma

basocellulare, all'estremo opposto a un'elevatissima morbilità e mortalità, come nel caso del melanoma, è ugualmente molto importante conoscere e sapere distinguere i "tumori della pelle". Un'importante peculiarità delle neoplasie cutanee è l'essere facilmente visibili, perciò la loro diagnosi non richiede necessariamente mezzi sofisticati, ma è sufficiente un esame obiettivo attento e accurato della superficie corporea per indurre il MMG al sospetto clinico. La fase successiva sarà l'invio del paziente in un centro specialistico per gli accertamenti e le cure del caso. La diagnosi precoce di queste lesioni<sup>14 15</sup> offre infatti il vantaggio di comportare una prognosi molto favorevole per il paziente, perché permette di ottenere la guarigione clinica con la sola asportazione chirurgica della neoplasia, senza ulteriori provvedimenti terapeutici più invasivi.

Va ricordato che la maggior parte dei carcinomi si manifesta su cute fotodanneggiata, e il rischio di sviluppare un carcinoma/melanoma è minore in chi si espone regolarmente al sole rispetto a chi lo fa irregolarmente, mentre questo rischio cresce in proporzione al numero di scottature solari sostenute nella vita, soprattutto se in età giovanile.

Da ciò scaturisce un altro compito del MMG: l'educazione dei pazienti a una corretta esposizione solare, al fine di incrementare i benefici della luce solare e minimizzare gli eventuali danni. Questo significa istruire adeguatamente i pazienti sui comportamenti a rischio che dovrebbero naturalmente essere evitati, sia nel soggetto in età giovanile, che per questioni di adesione al gruppo considera la tintarella unicamente come espressione di benessere, sia nell'adulto, quando questo presenta già i segni di fotodanneggiamento che è possibile non far ulteriormente progredire limitando l'esposizione sia alle radiazioni solari naturali sia alle lampade/lettini abbronzanti.

**Bibliografia a richiesta ([rfalanga@tin.it](mailto:rfalanga@tin.it))**

