

MELANOMUL

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

UN GHID PENTRU PACIENȚI ȘI APARTȚINĂTORI



Bristol-Myers Squibb

1 MELANOMUL

Cum apare melanomul?.....	4
Cât de frecvent este melanomul?.....	5
Ce tipuri de melanom există?.....	6

2 DIAGNOSTIC ȘI STADIALIZARE

Cum se pune diagnosticul?.....	8
Câte stadii există?.....	10
Ce înseamnă stadiul pentru pacient?.....	10

3 TRATAMENT

Cum poate fi tratat melanomul?.....	12
Ce medici tratează melanomul?.....	18

4 COMUNICARE

Cum pot folosi mai bine pacienții discuția cu medicul lor?.....	20
---	----

5 ÎNGRIJIRE ULTERIOARĂ ȘI RECUPERARE

Ce se întâmplă după tratament?.....	22
-------------------------------------	----

6 ASISTENȚĂ PSIHO-ONCOLOGICĂ

Ce este psiho-oncologia?.....	24
-------------------------------	----

7 BIBLIOGRAFIE

.....	25
-------	----

Dragi paciente și pacienți, dragii aparținători,

Diagnosticul de „melanom” vine adesea complet neașteptat și ridică inițial numeroase întrebări.

De aceea, în broșura de față am sintetizat pentru dumneavoastră cele mai importante informații. Scopul ei este de a vă oferi primele răspunsuri la întrebările privind diagnosticul și tratamentul melanomului, ca de exemplu: Ce posibilități terapeutice există? Ce se întâmplă după tratament? Unde pot beneficia de susținere emoțională? Am enumerat, de asemenea, și adresele utile ale organizațiilor de pacienți, care vă pot sprijini.

Bineînțeles că broșura nu poate înlocui discuția personală cu medicul dumneavoastră. Scopul ei este de a vă oferi o primă privire de ansamblu și de a vă servi drept bază pentru schimbul de informații cu medicul, aparținătorii sau persoanele afectate. Poate vă vom atrage atenția asupra unor subiecte despre care doriți să aflați mai multe.

De aceea, sperăm că informațiile cuprinse în broșură vă sunt utile și vă dorim toate cele bune.

A dumneavoastră,
Echipa Imuno-oncologie Bristol-Myers Squibb

Cum apare melanomul?

Melanomul ia naștere din melanocitele din așa-numitul strat bazal al epidermului. Melanocitele sunt celule cutanate ce sintetizează pigmentul melanină, care are o funcție importantă pentru protecția față de razele UV. Caracteristica melanomului este modificarea malignă a acestor celule cutanate sintetizatoare de pigment, care se găsesc mai ales în straturile profunde ale pielii, în uveea ochiului precum și în unele organe. În unele cazuri, melanomul se poate dezvolta și din nevi pigmentari deja existenți.¹ După modificarea malignă („degenerare”) a celulelor sintetizatoare de pigment, acestea nu se mai supun controlului

natural al creșterii, astfel încât, ulterior, ele se pot înmulți necontrolat. Drept urmare, din numeroase celule tumorale ia naștere o formațiune tumorală. În evoluția bolii tumora crește și invadează țesutul sănătos, pe care îl înlocuiește. Dacă aceste celule degenerare intră în contact cu circulația sanguină sau limfatică, se vor forma focare tumorale în alte regiuni ale corpului, așa-numitele metastaze. Melanomul este tumora cutanată cu rata cea mai înaltă de metastazare, fiind responsabil de peste 90% din totalul cazurilor de deces ca urmare a tumorilor cutanate.^{2,3}

Imag. 1: Structura pielii

Modificat după ref. 4.

La baza apariției melanomului stă o modificare malignă a melanocitelor din epiderm.

Strat cornos

Cheratinocite

Melanocite

Strat bazal

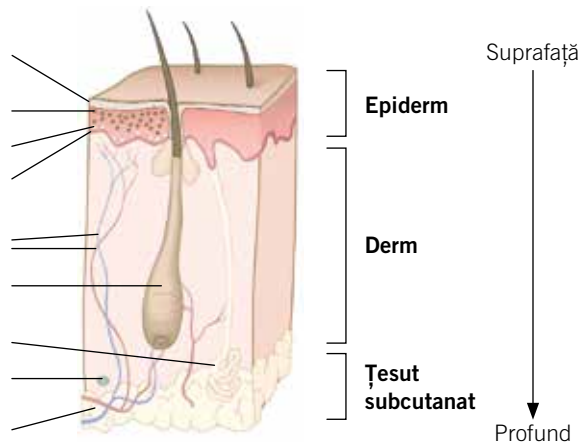
Vase sanguine

Folicul pilos

Glandă sudoripară

Vase limfatice

Țesut adipos



Factori de risc endogeni

- Melanom la rudele de gradul 1⁵
- Numeroși nevi benigni (> 50) sau atipici⁶
- Melanom în antecedente⁷
- Sensibilitate crescută față de radiațiile UV (piele deschisă la culoare, păr roșcat sau blond deschis)⁷
- Xeroderma pigmentosum⁸

Factori de risc exogeni

- Expunere excesivă la radiațiile UV (soare sau solar)⁹
- Arsuri solare frecvente în copilărie
- Imunosupresie medicamentoasă (de exemplu, după un transplant de organ, în bolile autoimune)¹⁰
- Malignitate în copilărie, care a fost tratată cu radioterapie sau chimioterapie¹¹

Cât de frecvent este melanomul?

La nivel global se observă o creștere a cazurilor de melanom diagnosticate anual: melanomul este afecțiunea tumorală malignă cu creșterea cea mai mare ca frecvență la bărbați și cu a doua creștere ca frecvență la femei.

Aproximativ 80% dintre melanoamele maligne

apar în regiuni ale corpului care de obicei sunt acoperite de haine. Melanomul apare și la nivelul scalpului, sub unghii sau pe tălpi. În timp ce în cazul bărbaților caucazieni (piele albă) melanomul apare mai frecvent la nivelul trunchiului, la femei se observă mai des la nivelul membrelor inferioare.¹²

Câte tipuri de melanom există?

Melanom extensiv în suprafață

Melanomul extensiv în suprafață crește încet, apare mai ales la nivelul membrelor inferioare, spatelui sau pe piept și începe cu o fază de întindere pe orizontală, inițial ca o pată la nivelul epidermului. În decursul mai multor ani el se extinde și în straturile profunde ale pielii și apare ca fiind plat și cu margini neregulate. Este pigmentat neregulat, adică pot să existe diverse tonuri de culoare. În centrul tumorii se află adesea regiuni deschise la culoare (depigmentate).

Melanom nodular

Melanomul nodular crește mai repede și se localizează mai ales la nivelul pieptului, spatelui, capului sau gâtului. Este o tumoră primară nodulară sau sferică, care formează o protuberanță la nivelul pielii (exofitic) și este preponderent negru-marونی. Frecvente sunt, de asemenea, hemoragiile și ulcerările. Încă din

faza inițială de creștere, tumora invadează straturile profunde ale pielii. Această formă a melanomului malign are un prognostic deosebit de întunecat.

Lentigo malign

Melanomul lentiginos sau lentigo malign are o evoluție lentă timp de mai mulți ani și apare aproape exclusiv la nivelul feței la pacienții vârstnici.

Melanomul lentiginos acral

Melanomul lentiginos acral apare preponderent la nivelul palmelor și tălpilor, dar și la nivelul peretelui unghial sau sub unghii. Acest tip de melanom se manifestă în faza incipientă mai ales prin pigmentări inegale, cu margini neregulate, în timp ce fragmentele nodulare semnaleză creștere invazivă.^{2,13,14}



Cum se pune diagnosticul?

Melanomul poate avea mai multe caracteristici care îl deosebesc de nevi pigmentari benigni și care pot fi de ajutor pentru diagnostic. Aceste caracteristici se pot recunoaște cu ajutorul **Criteriilor ABCDE**, un instrument de orientare foarte frecvent folosit pentru diagnosticul melanomului incipient: **A** asimetrie, **B** delimitare (*border*), **C** culoare, **D** diametru și **E** supradenivelare (*elevation*).

Suspiciunea de modificare cutanată malignă poate să apară, de exemplu, în contextul unei examinări de rutină, al unui screening pentru tumori cutanate sau în cazul în care chiar pacienții identifică o zonă a pielii cu aspect neobișnuit. Primul pas al diagnosticării este confirmarea observațiilor clinice care au ridicat suspiciunea.¹¹

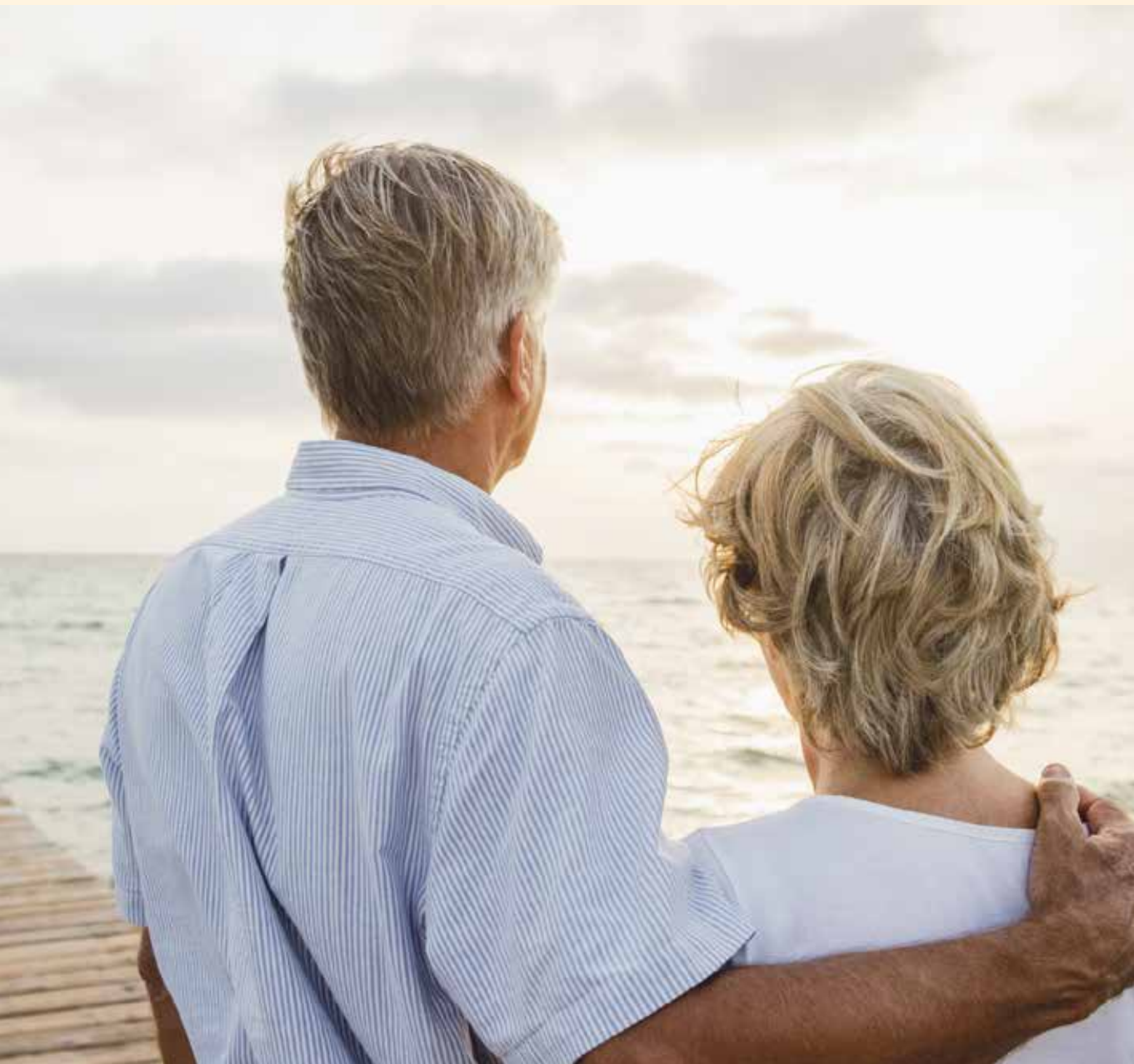
În funcție de localizarea melanomului și de dimensiunea sa, se încearcă o îndepărtare chirurgicală pe cât posibil completă (biopsie excizională). Această intervenție se efectuează, de regulă, sub anestezie locală. Certitudinea cu privire la tipul modificării cutanate este oferită în cele mai multe cazuri de examinarea histologică în laborator a țesutului prelevat. Examinarea histologică reprezintă actualmente cel mai sigur procedeu pentru diferențierea între o modificare cutanată

benignă și una malignă, cum este, de exemplu, melanomul. Cu ajutorul ecografiei cu rezoluție înaltă poate fi determinată și grosimea tumorii.

Dacă medicul anato-mopatolog confirmă suspiciunea de melanom, trebuie clarificate alte întrebări pentru a determina cât mai exact posibil stadiul tumorii:

- Ce tip de melanom a fost identificat?
- Ce grosime are tumora?
- A penetrat tumora deja straturile profunde ale pielii (profundimea invaziei tumorale)?
- Tumora a necrozat stratul superficial al pielii (ulcerație)?

Dacă melanomul a pătruns în profunzimea pielii mai mult de 1 mm, se recomandă o biopsie a așa-numiților ganglioni santinelă (vezi pagina 12). În plus, se efectuează alte investigații, precum examinări speciale radiografice și analize de sânge, pentru a evidenția eventuala prezență a metastazelor în corp. Cu ajutorul acestora și al altor criterii, pot fi făcute primele afirmații cu privire la riscul de metastazare și la prognostic (estimarea evoluției bolii).



Câte stadii există?

Determinarea stadiului tumoral ajută la estimarea cât mai exactă a extinderii și oferă informații importante pentru tratamentul ulterior. Stadializarea ia în calcul grosimea tumorii (imag. 2, pagina 11, profunzimea invaziei tumorale - indicele Clark) și eventuala prezență a metastazelor tumorale în ganglionii limfatici (metastaze regionale) sau în alte organe (metastaze la distanță) și folosește sistemul de clasificare TNM.¹⁵ Cu ajutorul sistemului de clasificare TNM, medicii pot stadializa melanomul și astfel pot estima mai bine șansele de vindecare ale pacientului:

T = tumoră: Ce grosime are tumora inițială?

N = Ganglioni limfatici (în limba engleză Nodes): În câți ganglioni limfatici se evidențiază deja celule tumorale?

M = Metastaze: Există metastaze în alte părți ale corpului și dacă da, unde?

Ce înseamnă stadiul pentru pacient?

Stadiul tumoral este important pentru a putea crea un plan de tratament individual, adaptat stadiului și pentru a putea face afirmații cu privire la prognostic. Actualmente, datorită măsurilor de identificare precoce, aproximativ 90% dintre melanoamele maligne sunt depistate în stadii incipiente, înainte de a se extinde.^{2,16}

În acest caz prognosticul este bun, astfel încât numeroși pacienți pot fi vindecați prin excizia chirurgicală completă a melanomului. Dacă un melanom este identificat abia după ce s-a extins deja, perspectivele succesului terapeutic pe termen lung sunt mai puțin optimiste.¹⁷

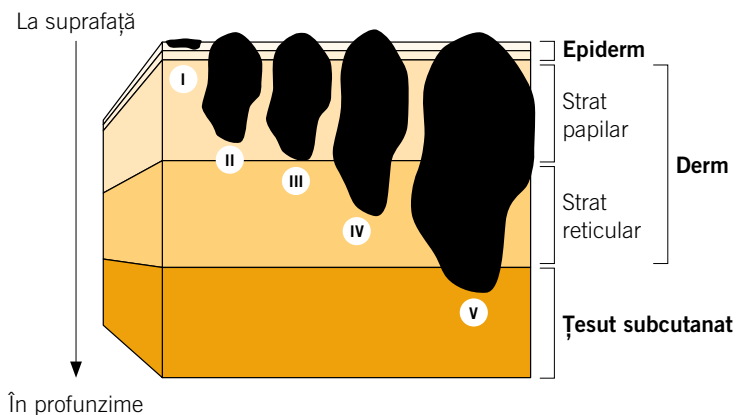
Tab. 1: Stadiile tumorale (reprezentare simplificată)

Stadiul I	<ul style="list-style-type: none"> Stadiu incipient al melanomului, grosime tumorală redusă (≤ 2 mm), fără invadarea ganglionilor limfatici, fără metastaze la distanță (tumori primare incipiente)
Stadiul II	<ul style="list-style-type: none"> Grosime medie a tumorii (>2 mm sau 1,01–2 mm pentru formele ulcerative), fără invadarea ganglionilor limfatici, fără metastaze la distanță (tumori primare avansate)
Stadiul III	<ul style="list-style-type: none"> Orice grosime a tumorii, cu invadarea ganglionilor limfatici, fără metastaze la distanță (metastazare loco-regională)
Stadiul IV	<ul style="list-style-type: none"> Metastaze în alte organe din corp (metastazare la distanță)

Modificat după ref. 15.

Imag. 2: Profundimea invaziei tumorale - indicele Clark

Modificat după ref. 18.



Profundimea penetrării cutanate depinde de grosimea tumorii. Această „profundime a invaziei tumorale” este evaluată prin indicele Clark (I-V). Cu cât mai profund este stratul cutanat invadat de tumoră, cu atât tumora are acces la sistemul sanguin și limfatic și poate forma metastaze în alte regiuni ale corpului.

Cum poate fi tratat melanomul?



Intervenție chirurgicală

Tratamentul de elecție în cazul melanomului este operația, adică îndepărtarea chirurgicală completă a tumorii (excizie). Chirurgul va exciza tumora cu o așa-numită margine de siguranță pentru a preveni recidiva tumorală în același loc (recidivă locală). Acest lucru înseamnă că incizia nu este efectuată direct la marginea tumorii, ci că medicul va îndepărta tumora la o distanță de 1 până la 2 cm în țesut sănătos. Marginea de siguranță exactă se alege în funcție de grosimea și localizarea melanomului.² În cazul unei grosimi tumorale de un milimetru sau mai mult (stadiile I și II), în cadrul intervenției chirurgicale se efectuează de cele mai multe ori direct biopsia ganglionilor limfa-

tici santinelă: este vorba despre un procedeu cu ajutorul căruia se pot evidenția din timp metastaze ale melanomului malign înainte ca acestea să fie vizibile la ecografie sau radiografie (micro-metastaze). În cazul prezenței factorilor de risc suplimentari precum ulcerarea și/sau o rată crescută de diviziune celulară, această examinare trebuie efectuată și în cazul tumorilor cu grosime mai mică (0,75 până la 1 mm).^{2,19} Printr-o măsurătoare specială, poate fi identificat ganglionul limfatic situat cel mai aproape: acest ganglion limfatic santinelă reprezintă o primă stație de filtrare pentru celulele tumorale dispersate. Ganglionul limfatic santinelă este excizat și examinat de medicul anatomo-patolog. Dacă acesta identifică celule tumorale, se excizează preventiv toți ganglionii limfatici din zona respectivă.²



Dacă există o suspiciune justificată de melanom, îndepărtarea chirurgicală trebuie să aibă loc cât mai devreme posibil pentru a reduce la minim riscul de extindere în alte organe. Chiar dacă tumora pare a fi încă foarte mică, nu trebuie amânată intervenția chirurgicală, deoarece melanomul este unul dintre tipurile de cancer care formează cel mai rapid metastaze. Dacă tumora este identificată foarte târziu, trebuie decis de la caz la caz dacă operația îi mai aduce avantaje pacientului sau dacă trebuie analizate alte opțiuni terapeutice.



Radioterapie

În cazul radioterapiei, celulele tumorale sunt distruse prin intermediul undelor electromagnetice cu un nivel ridicat de energie. Aceste radiații administrate din exterior distrug substanța genetică a celulelor tumorale, și astfel sunt întrerupte semnalele proliferative sau mecanismele de control. Astfel, celulele tumorale fie sunt anihilate direct, fie este împiedicată apariția de noi celule tumorale.²⁰ În cadrul tratamentului melanomului, radioterapia este folosită numai în cazuri speciale, ca de exemplu, atunci când tumora nu poate fi excizată în totalitate sau în cazul anumitor metastaze. Scopul radioterapiei este de a îmbunătăți controlul tumorii și de a reduce probabilitatea recidivei melanomului, respectiv de a ameliora simptomele cauzate de metastaze (de ex. la nivelul creierului sau al coloanei vertebrale).²



Chimioterapie

Atunci când tumora a generat metastaze în apropiere sau în regiuni ale corpului mai îndepărtate, în locul intervenției chirurgicale sau asociat acesteia intră în discuție „terapiile medicamentoase sistemice” (de ex. chimioterapia). Prin



Fiecare tratament prezintă riscul de a cauza, pe lângă efectele dorite, și efecte secundare nedorite. De aceea, înainte de a lua decizia pentru sau împotriva unui tip de tratament, medicul discută cu pacientul despre posibilele avantaje și riscuri ale tipului respectiv de tratament.

chimioterapie se înțelege un tratament medicamentos care conține una sau mai multe substanțe active pentru distrugerea directă a celulelor tumorale (efect citostatic). Aceste medicamente acționează pe principiul conform căruia celulele tumorale se divizează foarte rapid și astfel sunt mai fragile în perioada de diviziune celulară.



Terapie țintită

Principiul de acțiune al terapiei țintite se bazează pe faptul că tumorile, la aproximativ jumătate dintre pacienții cu melanom malign, prezintă o modificare (mutație) la nivelul anumitor gene. Această mutație poate servi drept țintă a atacului medicamentos. Una dintre aceste modificări genetice afectează gena BRAF: mutația acestei gene poate conduce, în diverse etape, la înmulțirea

necontrolată a celulelor melanomului.²¹ Terapia țintită cu inhibitori BRAF sau inhibitori-MEK a permis ca o parte dintre pacienții cu melanom, care prezentau modificări genetice să beneficieze de regresia bolii.²²



Terapie imuno-oncologică

Sistemul propriu de apărare al organismului nostru, sistemul imunitar, este eficient și foarte puternic în lupta împotriva infecțiilor și, de asemenea, are capacitatea de a distruge celule tumorale.²³ Celulele tumorale pot declanșa o reacție imună deoarece ele exprimă molecule de suprafață (antigene), care nu există în mod normal la suprafața celulelor obișnuite din organism. Sistemul imunitar recunoaște aceste antigene ca fiind străine corpului și le atacă.²⁴

Pentru aceasta, sistemul imunitar are nevoie de „arme” puternice. Una dintre armele principale este reprezentată de limfocitele T, un tip special de globule albe (leucocite). Însă celulele tumorale pot dezvolta diverse strategii care le permit să „scape” de sistemul imunitar funcțional, respectiv să inhibe răspunsul imun (așa numitele mecanisme de scăpare).^{25,26}

Principiul terapeutic al imuno-oncologiei constă

în întărirea capacității sistemului imunitar al organismului de a lupta împotriva celulelor tumorale.

Terapie imună nespecifică

Pentru acest tip de tratament intră în discuție substanțele active interleukină 2 și interferon alfa 2b. Deoarece aceste substanțe au un efect limitat și prezintă o toxicitate ridicată, s-a mers în direcția descoperirii altor metode terapeutice în acest domeniu. O înțelegere a modului în care celulele sistemului imunitar pot fi activate a condus la dezvoltarea de tratamente imuno-oncologice noi, specifice.

Imunoterapia specifică:

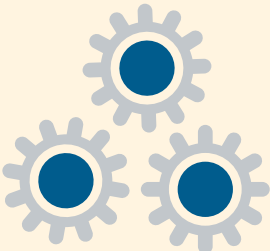
Modulatorul *check-point*-ului imun

Unul dintre aceste procedee terapeutice imuno-oncologice specifice acționează prin influențarea punctelor cheie ale sistemului imunitar, denumite *check-point*-uri. Modulatorii *check-point*-urilor imune sunt îndreptați către o anumită moleculă care, în mod normal, limitează activarea limfocitelor T și poate proteja corpul de activarea exagerată a acestora. Această „frână” naturală este utilă în cazul oamenilor sănătoși pentru ca limfocitele T să nu atace țesutul sănătos. Prin blocajul terapeutic al acestor molecule cheie se eliberează „frâna” imunitară și se face posibilă o reacție imună împotriva tumorii, mijlocită de limfocitele T, mai puternică și mai de

Imag. 3: Principiul de acțiune al terapiei imuno-oncologice

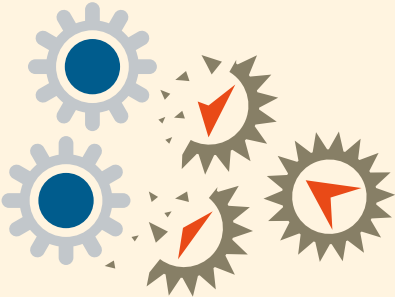
Modificat după ref. 27.

1



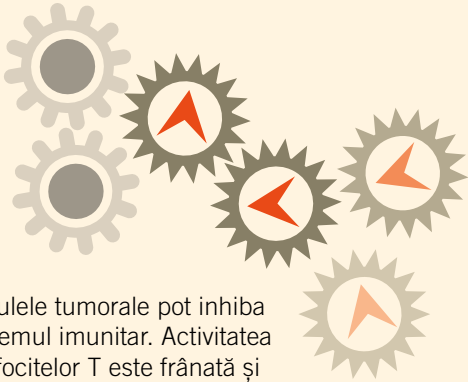
Limfocitele T reprezintă un element important al sistemului imunitar al organismului.

2



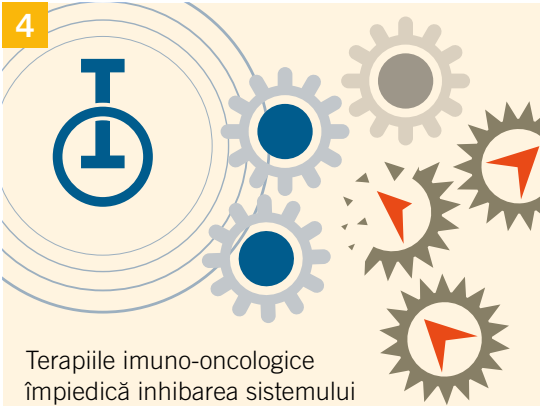
Limfocitele T recunosc celulele tumorale și le atacă.

3



Celulele tumorale pot inhiba sistemul imunitar. Activitatea limfocitelor T este frânată și tumora crește.

4



Terapiile imuno-oncologice împiedică inhibarea sistemului imunitar.

durată (imag. 3, pagina 15, principiul de acțiune al terapiei imuno-oncologice). Imunoterapia specifică cu modulatori de *check-point* vizează în primul rând reactivarea sistemului imunitar și nu distrugerea celulelor tumorale.²⁷ Blocarea *check-point*-ului CTLA-4 este considerată din 2011 ca fiind una dintre primele strategii terapeutice imuno-oncologice aplicate în practică. O altă cale de semnalizare pe care o folosesc

celulele tumorale pentru a scăpa de controlul sistemului imunitar este calea PD-1. Prin intermediul inhibitorilor PD-1 sunt reactivate limfocitele T care anterior fuseseră inhibate de tumoră. Aceste limfocite T activate se înmulțesc și pot distruge celulele tumorale. Această situație poate conduce la o regresie a melanomului, respectiv a celulelor tumorale.



Studii clinice

Tratamentele medicamentoase noi sunt mereu testate întâi în studii clinice, adică în condiții planificate și controlate cu atenție și într-un centru terapeutic specializat. Astfel, se testează medicamente sau combinații noi de la care se așteaptă o eficacitate mai înaltă decât a fost posibil cu metodele terapeutice anterioare. Medicul discută individual cu fiecare pacient dacă participarea la un studiu clinic este indicată sau nu.



Ce medici tratează melanomul?

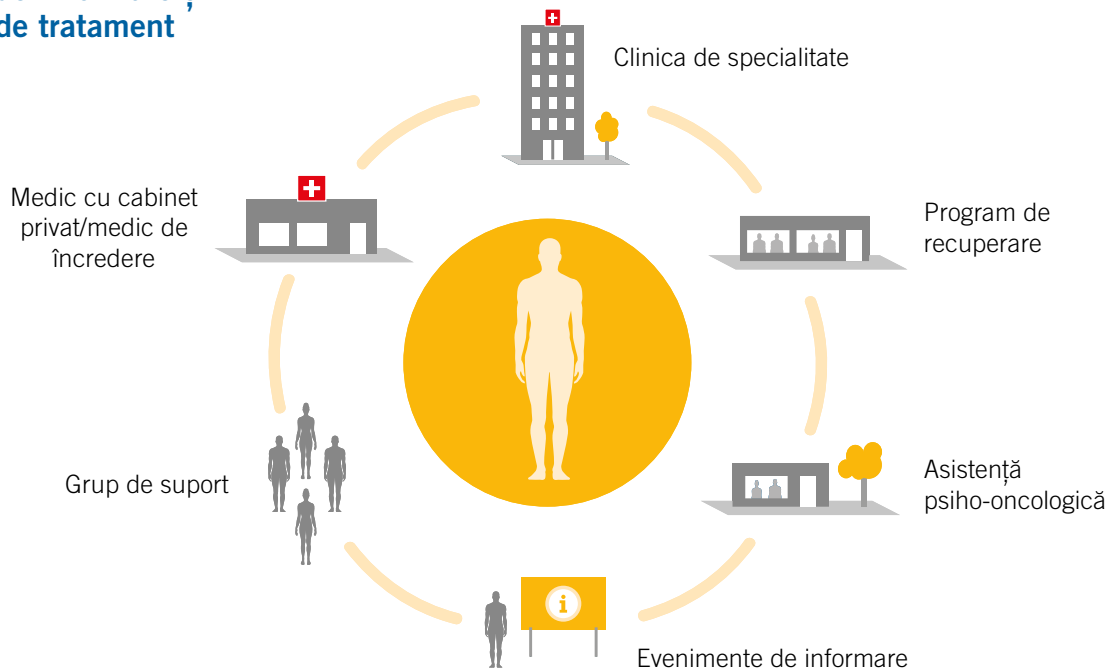
Pentru diagnosticul și tratamentul cancerului de piele sunt necesari mulți experți diferiți. Medici din diverse specialități medicale conlucrează pentru a obține cel mai bun rezultat al tratamentului pentru fiecare pacient în parte. Printre aceștia se numără medici specializați în afecțiuni tumorale (oncologi), boli ale pielii (dermatologi), intervenții chirurgicale (chirurghi), analiza țesuturilor tumorale (anatomo-patologi), examinări imagistice (radiologi) și radioterapie (radioterapeuți sau medici specialiști în medicină nucleară).

Această colaborare interdisciplinară este organizată frecvent în clinicile de specialitate în cadrul așa-numitelor „**Consilii tumorale**”. Aceasta înseamnă că medicii din toate domeniile de specializare se întâlnesc în mod regulat pentru schimb de informații în cadrul unor ședințe în care se discută detaliat situația actuală a tratamentului unui pacient, iar dacă este necesar, tratamentul poate fi ajustat de comun acord. Pacienții cu cancer de piele se pot simți

adesea suprasolicitați de acest „flux de experți”. De aceea, este important ca pacientul să aibă și o persoană de contact cu rol de centralizare, în care să poată avea deplină încredere. Acest medic de încredere poate fi medicul de familie, un dermatolog sau oncolog cu cabinet privat, care coordonează colaborarea cu diversele specialități medicale. Persoana principală de contact a pacientului trebuie să poată răspunde la întrebări privind boala și să poată explica următorii pași ai tratamentului într-o manieră care să-i permită pacientului să înțeleagă, pentru a reduce astfel temerile pacientului și ale aparținătorilor.

Clinicile de specialitate acreditate pentru tratamentul melanomului sunt centrele specializate în asistența ambulatorie și în regim de internare a pacienților cu afecțiuni oncologice ale pielii, printre care se numără și pacienții cu melanom malign. Aici lucrează împreună medici specializați în domeniile relevante.

Imag. 4: Secții de informare și de tratament



În cadrul evenimentelor de informare, pacienții și persoanele interesate pot afla mai multe despre posibilitățile actuale de tratament și despre modurile de a gestiona boala. Adesea au ocazia și să discute cu experți sau cu alți pacienți. În cadrul grupurilor de suport, în prim plan se află schimbul de experiență și sprijinul mutual între pacienții afectați.

Cum pot folosi mai bine pacienții discuția cu medicul lor?

Pentru pregătire

- **Stabiliți exact programarea**
Faceți-vă o programare concretă pentru discuția cu medicul, în care el să aibă suficient timp pentru dumneavoastră.
- **Notați-vă întrebările**
Pentru a nu uita nimic în timpul discuției, notați-vă întrebările pe care doriți să le adresați medicului. Începeți cu întrebările cele mai importante pentru dumneavoastră pentru cazul în care nu vă ajunge timpul.



Sfat: Rugați o persoană de încredere să vă însoțească la vizita la medic și eventual să vă ajute la pregătirea discuției.

Informații importante

Notați-vă toate informațiile despre dumneavoastră care au legătură cu boala, care ar putea fi importante pentru medic - de exemplu sub forma unui tabel.

- **Simptome prezente**
Ce probleme și simptome aveți? Cum s-au modificat acestea în ultimele săptămâni/luni?
- **Afecțiuni asociate**
Alte boli (de ex. diabet zaharat, afecțiuni cardiace) sau intervenții chirurgicale importante.
- **Medicamente**
Ce medicamente luați la momentul de față? Aici sunt incluse și medicamentele care se eliberează fără rețetă, cele naturale sau suplimentele alimentare. Puteți lua medicamentele cu dumneavoastră și la discuția cu medicul.
- **Istoricul personal într-o privire de ansamblu**
Dacă încă nu îl cunoașteți pe medic, poate fi util să faceți o scurtă sinteză a istoricului bolii dumneavoastră (tratarea afecțiunii, intervenții chirurgicale, etc.).

În timpul discuției

■ **Prezentați lucrurile structurat**

V-ați pregătit bine. Folosiți-vă notițele. Adresați întrebările pe care le aveți.

■ **Întrebați**

Nu ezitați să întrebați dacă nu ați înțeles ceva.

■ **Repetati**

Încercați să redați cu propriile cuvinte lucrurile care s-au discutat. Astfel, pot fi evitate neînțelegerile.

■ **Notați-vă**

Notați informațiile esențiale, fie dumneavoastră, fie persoana care vă însoțește. Astfel, puteți înțelege mai bine ulterior ceea ce s-a discutat.

■ **Este vorba despre dumneavoastră și viața dumneavoastră**

Adresați întrebările care sunt importante pentru dumneavoastră. Cu siguranță este important pentru dumneavoastră să aflați ce efect va avea tratamentul planificat asupra vieții dumneavoastră de zi cu zi și în general. Cereți explicații detaliate cu privire la aceste aspecte.

■ **Informați-vă în continuare**

Rugați-l pe medic să vă ofere adrese unde puteți găsi și alte materiale informative pentru a putea citi acasă, în liniște, despre anumite subiecte.

Sfaturi

Dacă sunteți însoțit de o persoană de încredere, rugați-o să ia și ea notițe pe parcursul discuției sau să pună întrebări. După vizita la medic, discutați împreună informațiile.

Dacă nu sunteți sigur că ați înțeles totul bine, nu ezitați să îl contactați pe medic și să îl întrebați din nou.



Ce se întâmplă după tratament?

Prin îngrijire ulterioară înțelegem vizitele regulate la medic pentru consiliere individuală și control al vindecării, respectiv al evoluției bolii. După încheierea unui tratament, trebuie creat pentru fiecare pacient un plan individual de îngrijire ulterioară, care este ajustat în funcție de stadiul bolii și de tratament.

După îndepărtarea, respectiv tratarea melanomului malign, fiecare pacient primește un jurnal numit „Buletin de îngrijire ulterioară“. Buletinul vă ajută să respectați intervalele necesare între ședințele de îngrijire. Îngrijirea ulterioară presu-

pune vizite regulate la medic pentru consiliere și controlul vindecării. Pacienții trebuie să se prezinte neapărat la aceste vizite de monitorizare pentru a face posibilă identificarea pe cât posibil la timp a unor melanoame noi sau recidivante, precum și a unor metastaze neidentificate până în acel moment, și astfel pentru a putea iniția tratamentul optim. De asemenea, îngrijirea ulterioară are rolul de a identifica reacțiile adverse și sechelele unui tratament și de a le trata adecvat. Frecvența vizitelor de control și amplexarea examinărilor se orientează după dimensiunea și tipul tumorii operate, respectiv tratate.



Îngrijirea ulterioară în afecțiunile tumorale se efectuează în ambulator și servește pentru siguranța pacientului. În general, se recomandă **o durată de zece ani a îngrijirii ulterioare, iar asistența în timpul primilor cinci ani după operație trebuie să fie foarte intensă**. După un interval de timp de monitorizare de zece ani, măsurile se pot limita la o autoexaminare regulată, precum și la examinarea anuală a întregului corp pentru determinarea apariției de noi melanoame.²

Tab. 2: Schema de îngrijire ulterioară (reprezentare simplificată)²

<p>Stadiul I (Grosimea tumorii ≤2 mm)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinic: anii 1 - 3 la fiecare șase luni; anii 4 – 10 o dată pe an
<p>Stadiul I+II (grosimea tumorii >2 mm respectiv 1,01–2 mm pentru tumorile ulcerate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinic: anii 1 - 3 la fiecare trei luni; anii 4 - 5 la fiecare șase luni; anii 6 - 10 o dată sau de două ori pe an ▪ Examinarea ecografică a ganglionilor limfatici: anii 1 - 10 la fiecare șase luni ▪ Determinarea proteinei S 100 în sânge: anii 1 - 5 la fiecare trei până la șase luni ▪ Investigațiile imagistice (de ex. CT sau RMN) pot fi necesare în cazul unui risc crescut de recidivă sau de progresie a bolii
<p>Stadiul III (cu metastaze în ganglionii limfatici)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinic: anii 1 - 5 la fiecare trei luni; anii 6 - 10 la fiecare șase luni ▪ Examinarea ecografică a ganglionilor limfatici: anii 1 - 5 la fiecare trei până la șase luni ▪ Determinarea proteinei S 100 în sânge: anii 1 - 5 la fiecare trei până la șase luni ▪ Alte examinări imagistice (de ex. ecografie abdominală, radiografie, CT/ RMN): anii 1 - 5 la fiecare șase luni
<p>Stadiul IV (cu metastaze în alte organe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinic: anii 1 - 5 cel puțin la fiecare trei luni; anii 6 - 10 cel puțin la fiecare șase luni ▪ În stadiul IV, examinările din cadrul îngrijirii ulterioare sunt adaptate individual în funcție de evoluția bolii

Ce este psiho-oncologia?

Diagnosticul de melanom nu are doar consecințe fizice, ci și psihice. Numeroși pacienți cu cancer își doresc, pe lângă asistența medicală, să beneficieze și de sprijin sufletesc și emoțional în gestionarea bolii. În acest caz, persoanele afectate, dar și aparținătorii pot să beneficieze de consiliere psiho-oncologică.

Terapiile psiho-oncologice sprijină persoanele afectate în abordarea emoțională a afecțiunii tumorale și în gestionarea situației de viață, care

a apărut ca urmare a diagnosticului. Subiecte ale consilierii pot fi reprezentate de temeri și întrebări despre boală și tratament, precum și probleme din viața de zi cu zi sau de la locul de muncă. În plus, consilierea poate fi de ajutor în a stabili ce sprijin pot oferi familia și prietenii și îi poate include și pe aceștia, la cerere.

Scopul este de a găsi ajutor și de a îmbunătăți starea psihică a pacienților, aparținătorilor și prietenilor, și astfel și calitatea vieții acestora.²⁸

- 1 The Skin Cancer Foundation. What is melanoma? Verfügbar unter: <http://www.skincancer.org/> Melanoma. Abgerufen am 21. Januar 2016.
- 2 S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms“. Version 1.1. Februar 2013.
- 3 Miller AJ, Mihm MC. Melanoma. *N Engl J Med* 2006; 355: 51–65.
- 4 Tortora GJ GS: *Principis of anatomy & physiology*. 10th ed. New York, NY: John Wiley & Sons, 2003.
- 5 Hedge U GB. Skin cancers and melanoma. In: Abraham J et al. ed. *Bethesda Handbook of clinical oncology*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 249–68.
- 6 Olsen CM et al. Estimating the attributable fraction for cancer: A meta-analysis of nevi and melanoma. *Cancer Prev Res* 2010 Feb;3(2): 233-45. doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-09-0108 [Epub ahead of print].
- 7 Lange JR SW, Alani RM. Melanoma. In: Abeloff MD AJ, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, ed. *Clinical oncology: Elsevier Churchill Livingstone*; 2000: 1561–88.
- 8 Bosserhoff AK. Karzinogenese bei kutanen Tumoren. In: Szeimies RM, Hauschild A, Garbe C, Kaufmann R, Landthaler M (Hrsg.). *Tumoren der Haut: Georg Thieme Verlag*, 2010: 3–10.
- 9 Lim HW, Cooper K. The health impact of solar radiation and prevention strategies: Report of the Environment Council, American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Jul; 41(1): 81-99.
- 10 Jensen P, Hansen S, Møller B et al. Skin cancer in kidney and heart transplant recipients and different long-term immunosuppressive therapy regimens. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40 (2 Pt 1): 177–86.
- 11 DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. *Malignes Melanom Leitlinie*. Stand Oktober 2014. Verfügbar unter: <https://www.dgho-onkopedia.de/de/onkopedia/leitlinien/melanom>. Abgerufen am 21. Januar 2016.
- 12 Volkenandt M. *Maligne Melanome*. In: Braun-Falco O et al. (Hrsg.). *Dermatologie und Venerologie*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Medizin Verlag, 2005.
- 13 The National Institute of Health. *Melanoma: Medline Plus Encyclopedia*. Verfügbar unter: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000850.htm>. Abgerufen am 21. Januar 2016.
- 14 Schmoll HJ, Höffken K, Possinger K. *Kompendium Internistische Onkologie*. Springer Verlag, 2006; 2: 5084.
- 15 Balch CM et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *J Clin Oncol* 2009; 27: 6199–206.
- 16 Garbe C. *Das Management des Melanoms*. Springer Verlag, 2006: 153.
- 17 Leung AM et al. Surgery for Distant Melanoma Metastasis. *Cancer J* 2012; 18(2): 176–84.
- 18 Thomas C. *Haut*. In: *Spezielle Pathologie; Schattauer*, Stuttgart/New York, 1996
- 19 Stadler R, Schlag PM. *Wächterlymphknotenbiopsie*. In: Garbe C. *Management des Melanoms*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg (2006).

- 20** National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients®. Melanoma. Version 1.2014. Verfügbar unter: <http://www.nccn.org/patients/guidelines/melanoma/index.html>. Abgerufen am 21. Januar 2016.
- 21** Natarajan N et al. *Drugs* 2011; 71: 1233–50.
- 22** Chapman PB. Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. *N Engl J Med* 2011; 364(26): 2507–16.
- 23** Borghaei H, Smith MR, Campbell KS. Immunotherapy of cancer. *Eur J Pharmacol* 2009; 625: 41–54.
- 24** American Cancer Society. Cancer immunotherapy. Verfügbar unter: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003013-pdf.pdf>. Abgerufen am 21. Januar 2016.
- 25** Seliger B. Strategies of tumor immune evasion. *BioDrugs* 2005; 19 (6): 347–54.
- 26** Frumento G et al. Targeting tumor-related immunosuppression for cancer immunotherapy. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets* 2006; 6(3): 233–37.
- 27** Hodi F et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med* 2010; 363: 8; 711–23.
- 28** Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Verfügbar unter: <http://www.pso-ag.de/psychoonkologische-versorgung/psychoonkologische-leitlinien>. Abgerufen am 21. Januar 2016.

Tratamentul cancerului este o provocare căreia Bristol-Myers Squibb îi face față cu succes de peste 50 de ani. În centrul cercetărilor noastre se află soluții inteligente pentru a fi pe viitor cu un pas înaintea afecțiunilor tumorale.

Noi ne concentrăm mai ales asupra imuno-oncologiei care se bazează pe capacitatea sistemului imunitar al organismului de a combate celulele tumorale.

Scopul nostru este de a putea trata cât mai multe tipuri de cancer cu acest principiu terapeutic.

