



Il melanoma se riconosciuto precocemente, può essere curato in modo definitivo con un semplice atto chirurgico; al contrario, se viene riconosciuto in una fase più avanzata, in un'alta percentuale di casi la chirurgia e le più innovative terapie post-chirurgiche offrono, ad oggi, solamente risposte parziali e non durevoli nel tempo.

Pertanto lo sforzo richiesto al dermatologo è di riconoscere tale patologia il più precocemente possibile. La microscopia ad epiluminescenza è una metodica diagnostica non invasiva, che permette di studiare in vivo le lesioni cutanee pigmentate.

Recentemente sono state stilate le Linee guida italiane per la dermoscopia al fine di migliorare l'accuratezza diagnostica di tale tecnica.

Qualche anno fa, quando la microscopia ad epiluminescenza era ancora un metodo diagnostico poco conosciuto e scarsamente impiegato, la diagnosi era incentrata esclusivamente sulla morfologia e sulle modalità evolutive della lesione, criteri contenuti nell'ABCDE delle lesioni pigmentate. L'osservazione scrupolosa di tali criteri diagnostici, pur essendo di grandissima utilità, non sempre soddisfaceva alla necessità di uno screening corretto sia sul piano della sensibilità che della specificità, rendendo necessaria, nell'intento di non perdere melanomi, l'asportazione di un elevato numero di nevi, e affidando al solo *fiuto* del dermatologo esperto l'individuazione di melanomi che non rispondevano ai requisiti clinici contenuti nell'ABCDE.

La regola ABCDE aiuta (in parte) a valutare le condizioni dei nevi e all'individuazione clinica del melanoma. Le cinque lettere che compongono la sigla identificano altrettante caratteristiche tipiche dei nevi:

**A**simmetria  
**B**ordi  
**C**olore  
**D**imensione  
**E**voluzione

La microscopia ad epiluminescenza consente di esaminare le strutture pigmentate dell'epidermide sino ed oltre la giunzione dermo-epidermica. L'osservazione viene fatta appoggiando sulla cute,

precedentemente coperta con un sottile strato di olio, l'obiettivo di un microscopio. Tale accorgimento rende traslucido lo strato corneo eliminando la luce riflessa della superficie cutanea.

La dermoscopia consente di visualizzare la disposizione del pigmento intra ed extracellulare, sia melanocitario sia non melanocitario, nell'epidermide e nel derma superficiale. Il pigmento assume differenti configurazioni e colori relativamente alla sua distribuzione nei diversi strati cutanei e alla diversa natura delle lesioni pigmentarie. L'aspetto morfologico delle differenti disposizioni del pigmento è stato correlato a strutture istopatologiche corrispondenti, ottenendo così una serie di caratteri che guidano alla diagnosi dermoscopia.

La microscopia ad epiluminescenza può essere eseguita sia con un microscopio semplice sia con un microscopio composto. Il microscopio semplice fornisce una visione bidimensionale e un ingrandimento fisso 10 x, è di piccole dimensioni, maneggevole, adatto all'uso nella pratica ambulatoriale.

Attualmente è possibile effettuare la videodermatoscopia (mappatura dei nei), che è un esame dermatologico di secondo livello che viene consigliato nei casi in cui, a un primo controllo clinico, si riscontrasse un numero elevato di nei atipici o irregolari (lesioni), meritevoli di un attento controllo nel tempo. Questo esame permette di fotografare i nei a rischio e di controllarne nel tempo l'eventuale modificazione, consentendo una diagnosi precoce del melanoma (tumore della pelle).

La videodermatoscopia consiste dunque nell'esecuzione di fotografie, di tutte le lesioni melanocitarie che sono ritenute dal medico suscettibili di trasformazione, e quindi degne di essere seguite in modo particolare nel tempo.

Tutte le fotografie sono salvate nella cartella clinica del paziente, a disposizione per ulteriori confronti nel futuro.

A questo punto, se non nota segni di atipia, lo specialista è già in grado di rassicurare il paziente, esattamente come succede dopo un'ecografia o una mammografia.

L'esame non è assolutamente invasivo per il paziente e permette di avere in archivio tutto lo storico di ogni singolo paziente stesso.

Riassumendo quindi, l'esame clinico e l'epiluminescenza consentono di ottenere un giudizio clinico che prevede una descrizione abbastanza precisa di quello che si osserva, ma che è sicuramente difficilmente confrontabile con una visita successiva, per esempio a distanza di un anno, effettuata da un altro medico.

La mappatura computerizzata dei nei invece, per il fatto stesso che prevede fotografie salvate su un database, consente un confronto diretto, oggettivo, controllo dopo controllo, di tutte le lesioni nevice considerate *a rischio*. Permette quindi di fare diagnosi precoce in caso di modificazioni di aspetto di un nevo. Permette, nella maggior parte de casi, di cogliere quelle *differenze* minime che al solo occhio clinico potrebbero sfuggire. Difficile per lo specialista, dato l'elevato numero di lesioni e di pazienti che vede, ricordarsi l'esatta morfologia di una lesione, vista magari un anno prima. Con l'aiuto delle fotografie e di un PC questo limite umano viene superato.

Mediante tale metodica possiamo dunque acquisire conoscenze sulla evolutività della lesione in esame.

Un recente studio ha dimostrato che la dermoscopia migliora l'accuratezza diagnostica del melanoma del 35% rispetto all'osservazione clinica eseguita solo ad occhio nudo. Tale dato si ottiene, però, solo se lo specialista che esegue l'esame dermatoscopico ha un adeguato background culturale specifico per tale

tecnica diagnostica.

In conclusione possiamo affermare che la dermoscopia e la videodermatoscopia rappresentano un valido ausilio diagnostico per la prevenzione dei tumori cutanei, ma deve sempre essere integrata con la clinica al fine di migliorarne l'accuratezza diagnostica. Infatti alcune semplici informazioni, quali l'età ed il fototipo dei pazienti, numero e caratteristiche e localizzazione dei nei, familiarità per melanoma sono dati cruciali in tal senso.