	<b>Modulo Informativo</b>  <b>MELANOMA E LINFOADENECTOMIA</b>	ALL26_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del  01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

Le è stato diagnosticato un **MELANOMA** e, per tale patologia, è indicato un trattamento multidisciplinare, ossia effettuato da più specialisti, nel cui ambito la chirurgia riveste un ruolo fondamentale.

Il melanoma è un tumore maligno a partenza dalle cellule pigmentate della cute (melanociti); può estendersi localmente, infiltrando la cute in superficie ed il tessuto sottocutaneo e muscolare ed altri organi sottostanti la cute; inoltre che può diffondere a distanza nei linfonodi che drenano la linfa della cute ove ha sede la lesione primitiva; può diffondere in organi anche lontani attraverso il circolo sanguigno.

La frequente diffusione a livello linfonodale rende necessaria una **LINFOADENECTOMIA**, ovvero l'asportazione dei gruppi di linfonodi (stazioni linfonodali) ai quali giunge la linfa proveniente dalla regione cutanea interessata dal melanoma. Tali linfonodi vanno sempre asportati quando è evidente clinicamente un loro interessamento. Quando non è possibile, con i comuni accertamenti (esame clinico ed ecografico) essere sicuri del coinvolgimento dei linfonodi loco-regionali, l'atteggiamento condiviso è quello di asportare il cosiddetto "**LINFONODO SENTINELLA**" ossia il primo linfonodo cui giunge la linfa proveniente dal territorio cutaneo interessato dal melanoma. Detto linfonodo viene localizzato iniettando una sostanza radioattiva (radioisotopo) nel tessuto peritumorale, se il melanoma è ancora in sede, o attorno alla cicatrice dell'intervento di asportazione del melanoma. Durante l'intervento poi si localizza, con un'apposita sonda di rilevamento, la zona di maggiore radioattività e si asporta il linfonodo o i linfonodi captanti il radioisotopo. Su questi vengono effettuati, dall'anatomo-patologo, esami molto raffinati che consentono di individuare anche poche cellule tumorali metastatiche. In caso di positività bisogna procedere alla asportazione di tutti gli altri linfonodi della regione in un successivo intervento. Nel caso in cui non si riscontrino cellule maligne nel/i linfonodo/i asportato/i si ha la quasi assoluta certezza (non essendo possibile in biologia avere l'assoluta certezza) che gli altri linfonodi sono negativi e quindi non è necessario asportarli mentre rimane necessario il periodico controllo a distanza. Sono, infatti, segnalati (anche se in percentuale modesta) falsi negativi anche con questa metodica, ovvero la possibilità che l'esame non riesca talora ad evidenziare un linfonodo positivo, pur in presenza di metastasi. I successivi controlli sono, perciò, molto importanti in quanto se si noterà un aumento di volume dei linfonodi, sospetto per la presenza di metastasi, si renderà necessario procedere ad un altro intervento di asportazione radicale dei linfonodi loco regionali.

In base alla sede del melanoma (arto superiore, inferiore, tronco, collo, capo), l'intervento chirurgico consisterà nell'asportazione del melanoma cutaneo o della cicatrice chirurgica di precedente exeresi e nella asportazione del/i linfonodo/i sentinella drenanti tale regione (sede ascellare, inguinale, cervicale). L'intervento potrà essere, a seconda della sede, effettuato in **anestesia locale** o **generale** oppure potrà essere iniziato in anestesia locale con successivo passaggio all'anestesia generale in caso di difficoltà o variazioni anatomiche o per desiderio del paziente. In ogni caso comunque può essere necessario durante l'intervento modificare la tattica chirurgica a seconda della situazione riscontrata intraoperatoriamente.

Il personale medico del reparto le spiegherà chiaramente gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili. Esiste purtroppo anche la possibilità che il tumore si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Le complicanze prevedibili sono:

#### **Complicanze Intraoperatorie**

- *Lesioni vascolari* trattate con sutura, ricostruzione o legatura dei vasi. Possono rendere necessario l'impiego di trasfusioni.


- *Lesioni nervose* con conseguenti parestesie, anestesi, alterazioni funzionali eccezionalmente permanenti

#### **Complicanze Postoperatorie**

- *emorragia* (che può richiedere trasfusioni e/o un reintervento per l'emostasi)

- *linforragia* (che può richiedere di mantenere per discreto tempo i tubi di drenaggio)

- *linfocele* (raccolta linfatica) fino alla costituzione di un arto notevolmente ingrossato che può comportare talora notevoli problemi funzionali. Questa complicanza può richiedere ripetuti svuotamenti per puntura transcutanea; molto raramente, in caso di arto grosso persistente, può essere necessario un intervento di anastomosi linfo-venosa o di legatura del collettore linfatico.

	<b>Modulo Informativo</b>  <b>MELANOMA E LINFOADENECTOMIA</b>	ALL26_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del  01.01.20

- *linfangite* (infiammazione delle vie linfatiche a valle del linfonodo asportato) che può manifestarsi con un cordoncino duro e dolente che può permanere per parecchio tempo dopo l'intervento e dare a livello ascellare qualche problema funzionale dell'articolazione del braccio peraltro non definitiva

- *parestesie* (ossia sensazione di prurito, formicoli, bruciori, acqua che scorre, ecc.), *anestesie* (mancanza di sensibilità tattile, termica, dolorosa) in corrispondenza della cicatrice, che possono regredire anche dopo anni o, talora, rimanere permanenti.

- *infezioni della ferita* che possono comportare la riapertura della stessa ed un lungo periodo di medicazioni.

- *patologie della cicatrice* (ipertrofica, cheloide, eventuali retrazioni), raramente comportanti alterazioni funzionali tali da richiedere un trattamento chirurgico

Altre complicanze possono essere non specifiche dell'intervento e manifestarsi con quadri sindromici relativi agli apparati respiratorio, cardio-vascolare, urinario, cerebrale, nervoso e locomotore.

La chirurgia, ed in particolare quella dell'asportazione del linfonodo sentinella, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e l'incidenza di complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e di cui Lei è affetto/a.

Inoltre, in una limitata percentuale di casi, il linfonodo sentinella può non essere individuato intraoperatoriamente e quindi può non essere asportato, limitandosi quindi l'intervento ad una semplice esplorazione chirurgica.

**In ogni caso residueranno una o più cicatrici.**

Presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche di cui sopra, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari Curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico. Per qualsiasi altra delucidazione sull'intervento e/o complicanze è possibile rivolgersi al personale medico di reparto.