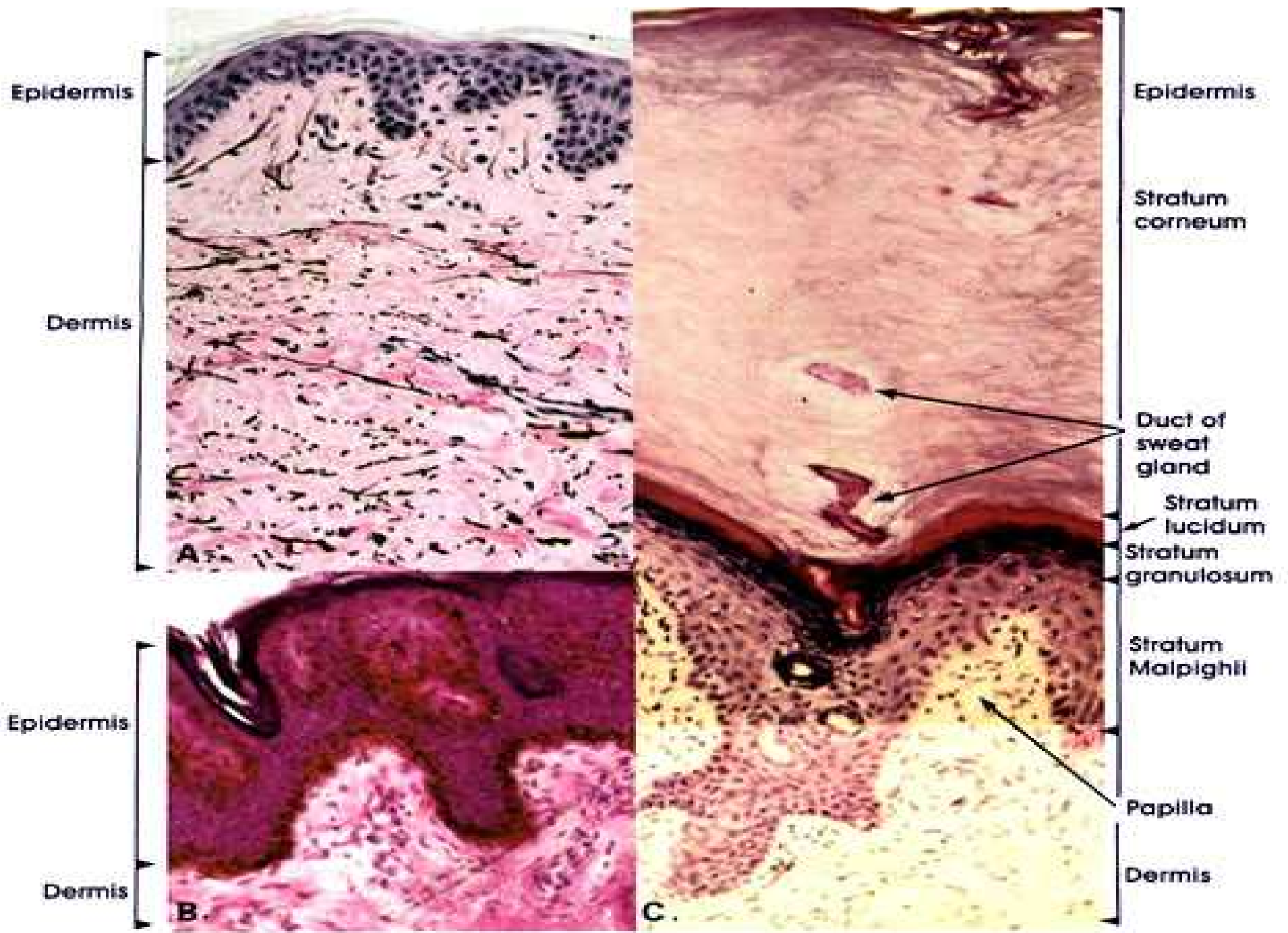
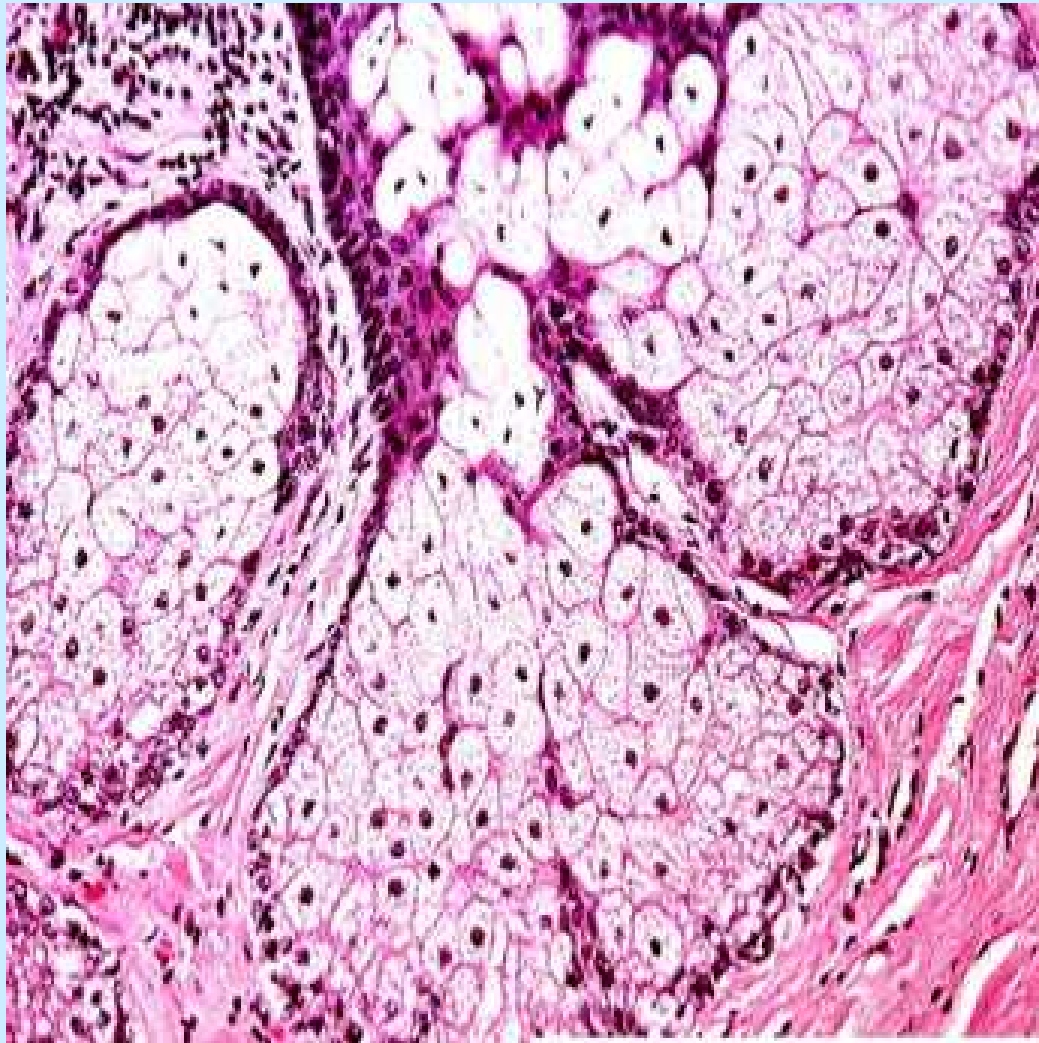


I TUMORI DELLA CUTE

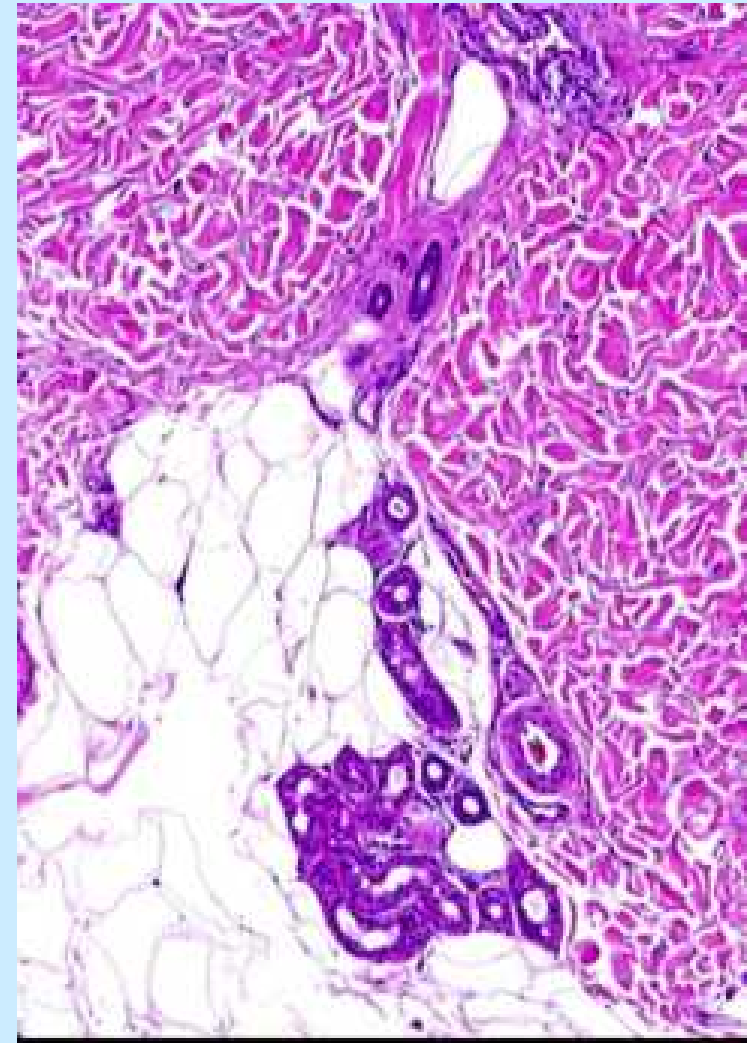
www.fisiokinesiterapia.biz



100 μm



Ghiandole sebacee



Ghiandole sudoripare

Annessi cutanei

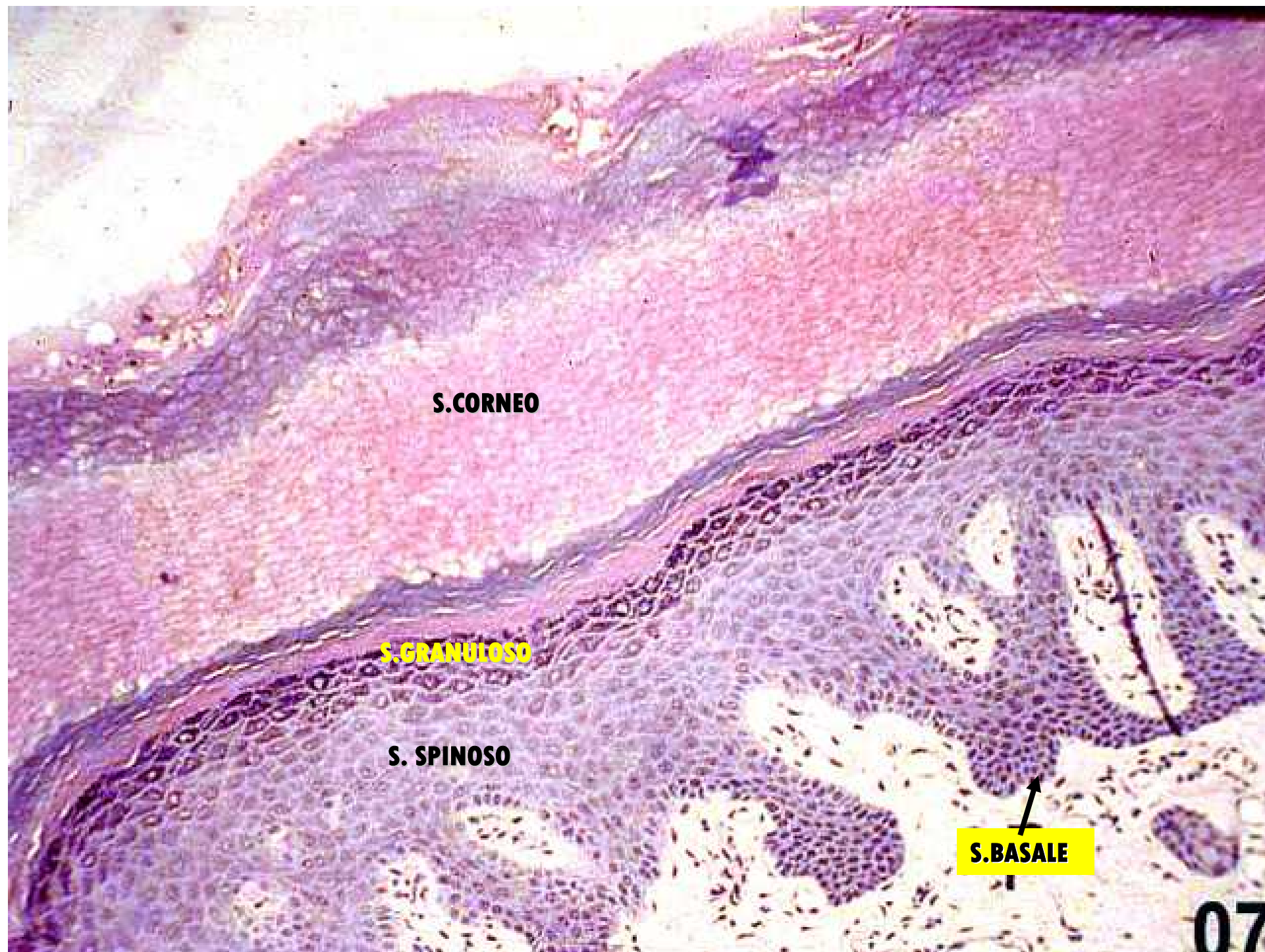
I TUMORI DELLA CUTE

- 1) DERIVATI DALLE STRUTTURE EPITELIALI
 - 1) BENIGNI (CHERATOSI SEBORROICA)
 - 2) EPITELIOMA SQUAMOSO
 - 3) EPITELIOMA BASOCELLULARE
 - 4) TUMORI DEGLI ANNESSI CUTANEI
- 2) TUMORI DEI MELANOCITI
 - 1) NEVI NEVOCITICI
 - 2) MELANOMA MALIGNO
- 3) LINFOMI (MICOSI FUNGOIDE)
- 4) TUMORI DEI TESSUTI MOLLI DEL DERMA

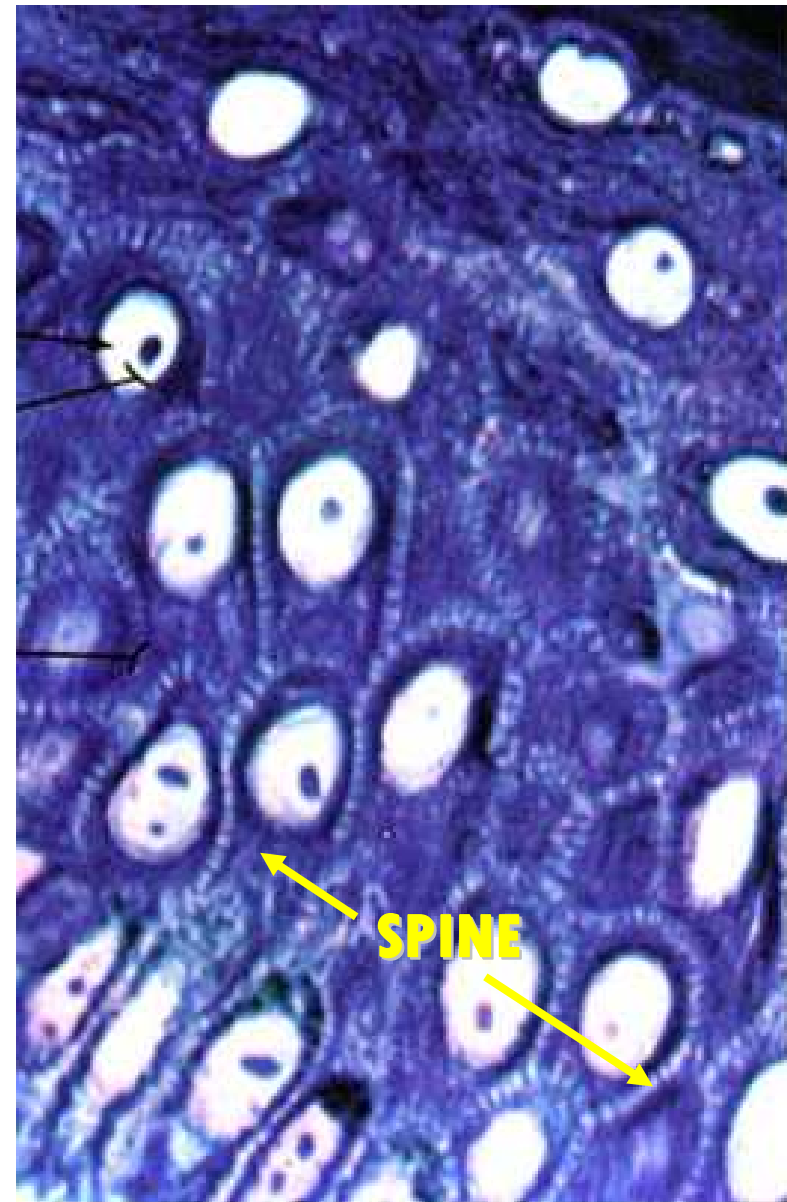
I TUMORI DELLA CUTE

1) DERIVATI DALLE STRUTTURE EPITELIALI

- 1) BENIGNI (CHERATOSI SEBORROICA)***
- 2) CARCINOMA QUAMOSO***
- 3) CARCINOMA BASOCELLULARE***
- 4) TUMORI DEGLI ANNESSI CUTANEI***



**CUTE
NORMALE**



IL CARCINOMA QUAMOSO E LE LESIONI PRE-CANCEROSE

1) CHERATOSI ATTINICA

**2) CARCINOMA IN SITU (MALATTIA
DI BOWEN)**

CHERATOSI ATTINICA

- **COLPISCE LE ZONE ESPOSTE AI RAGGI SOLARI:**
 - **VISO, MANI (IN ENTRAMBI I SESSI)**
 - **GAMBE (DONNE)**
 - **DORSO, TORACE (MASCHI: CONTADINI, PESCATORI, ETC)**
- **AUMENTA CON L'ETA'**

CHERATOSI ATTINICA

**IL DANNO ATTINICO (SOLARE)
INDUCE ALTERAZIONI
NELL'EPIDERMIDE E
NEL DERMA**

CHERATOSI ATTINICA

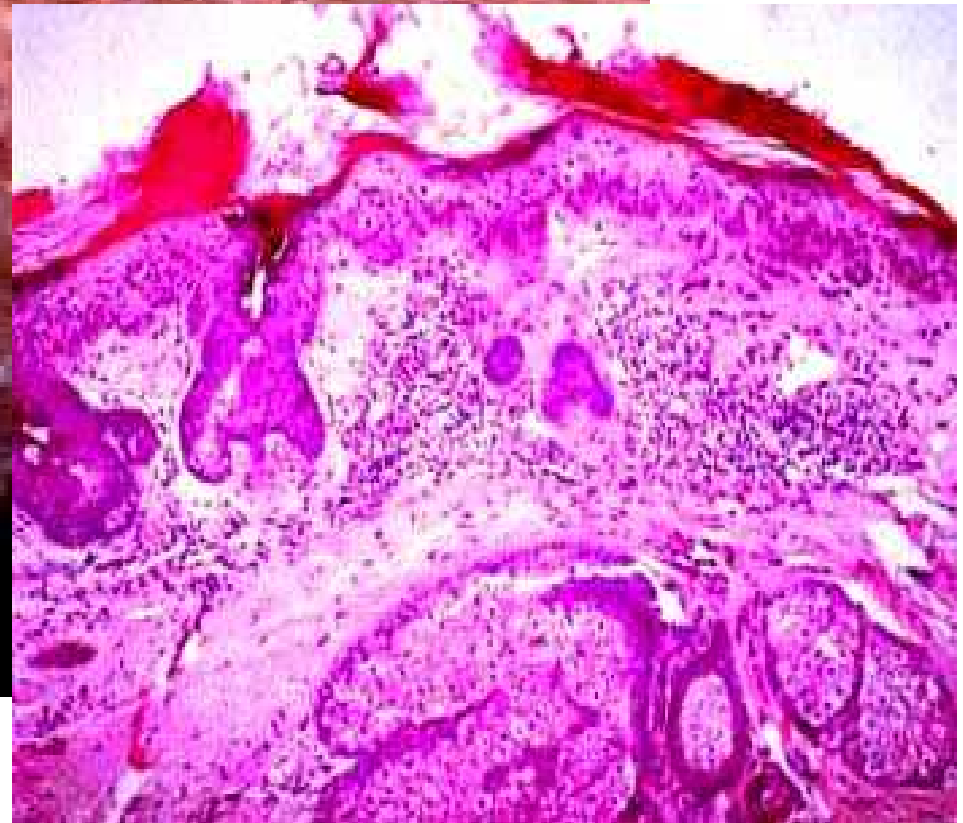
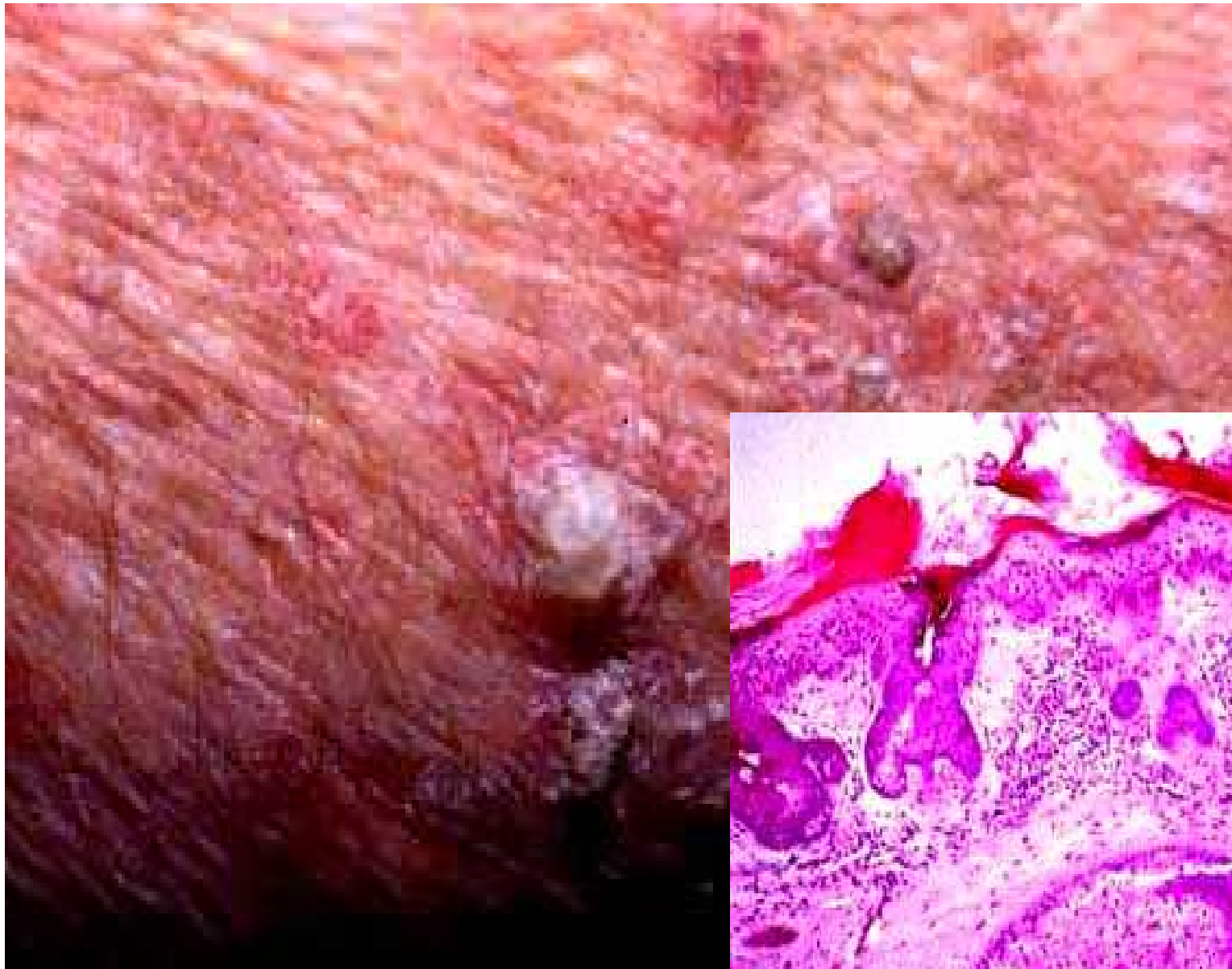
EPIDERMIDE:

- **ATROFIA DEGLI STRATI MALPIGHIANI**
- **IPERCHERATOSI (aumenta lo strato corneo)**
- **IPERPLASIA E DISPLASIA DELLO STRATO BASALE**
- **IPERPLASIA DEI MELANOCITI**

CHERATOSI ATTINICA

EPIDERMIDE:

**LA DISPLASIA COMINCIA DALLO STRATO
BASALE E COINVOLGE
SUCCESSIVAMENTE GLI ALTRI STRATI
(COME NELLA CERVICE UTERINA)**



CHERATOSI ATTINICA

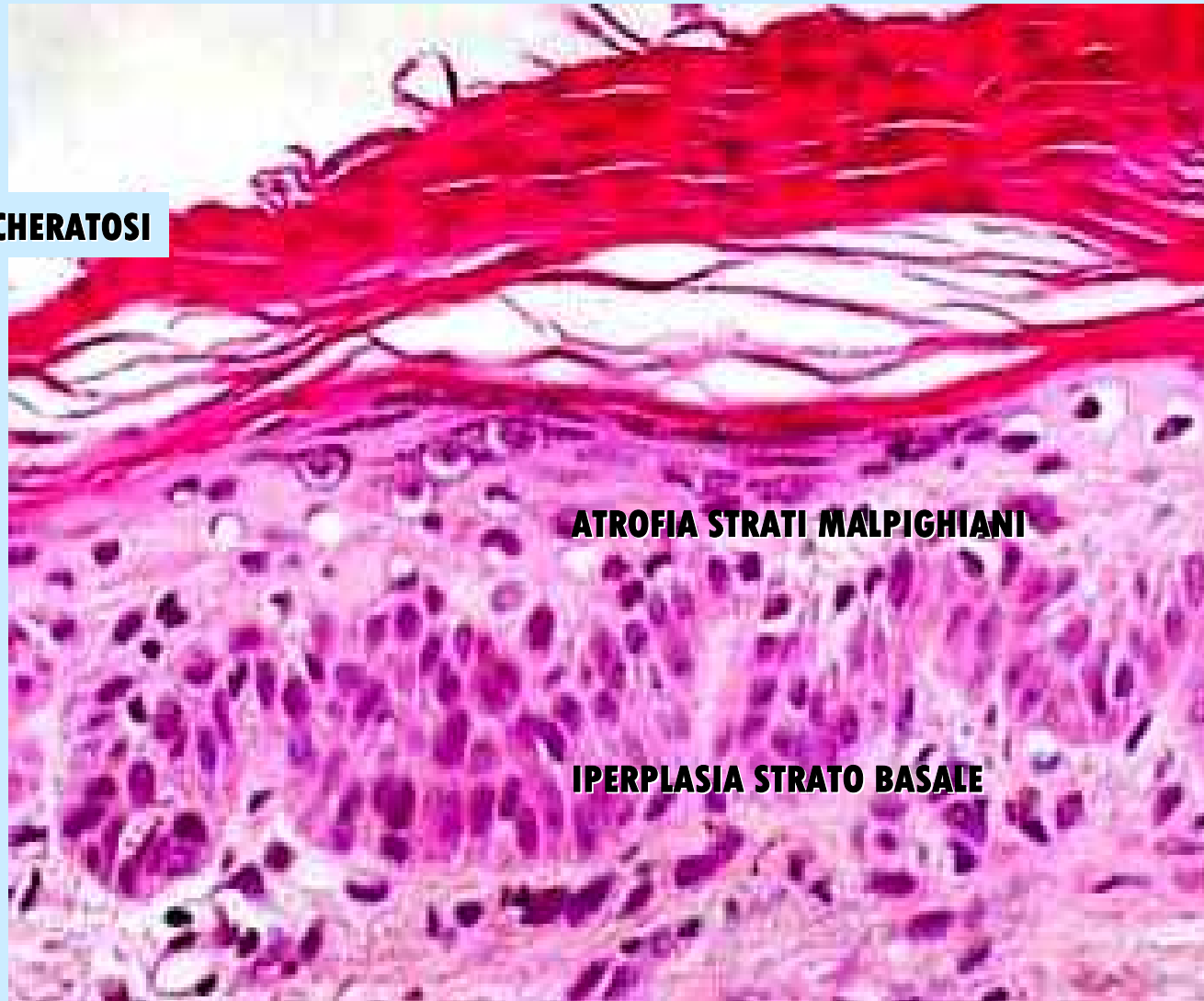


©1995 Cornell University Medical College



CHERATOSI ATTINICA

IPERCHERATOSI



ATROFIA STRATI MALPIGHIANI

IPERPLASIA STRATO BASALE

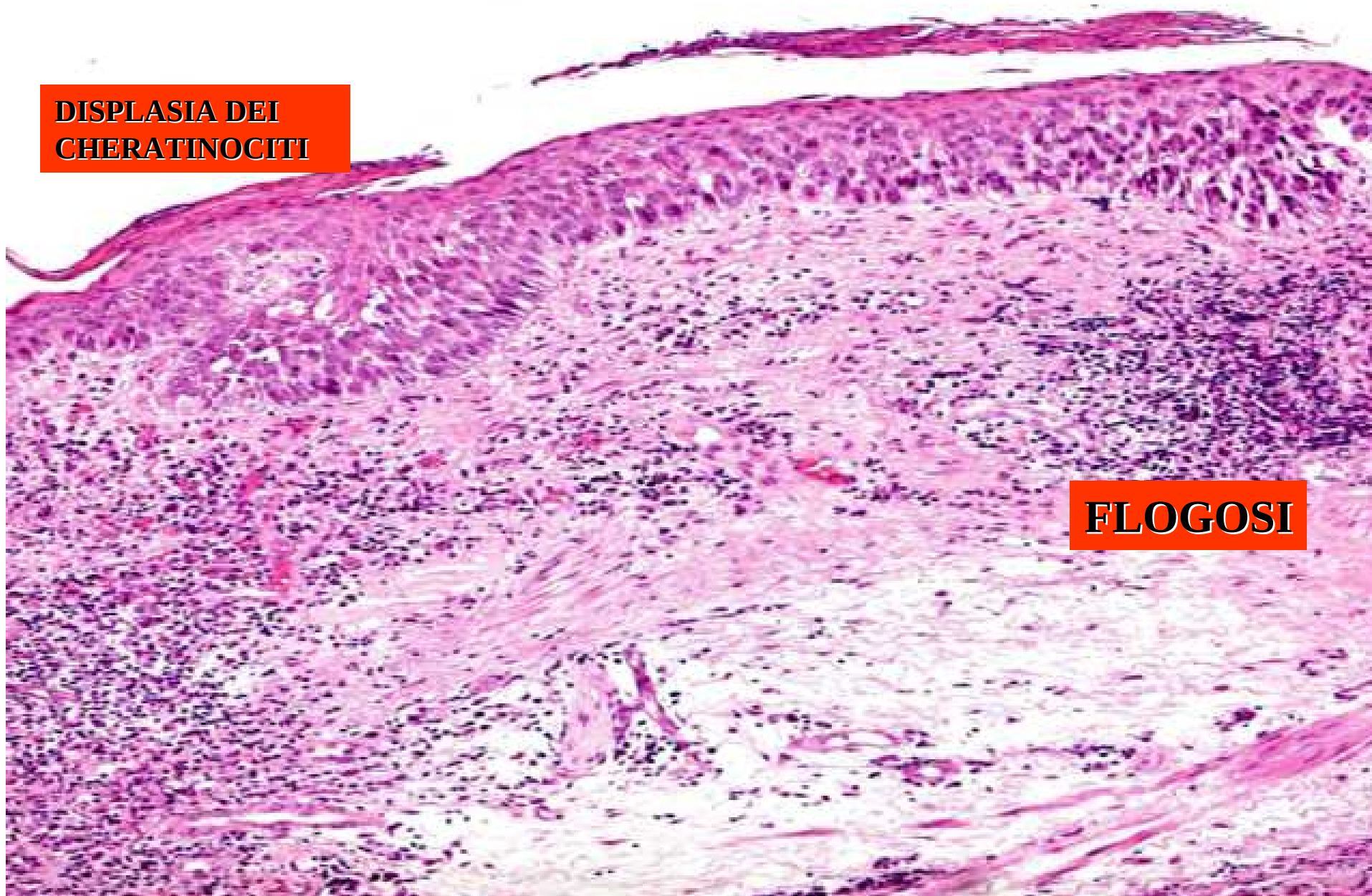
CHERATOSI ATTINICA

DERMA:

- **ACCUMULO DI FIBRE ELASTICHE**
(ELASTOSI)
- **FLOGOSI CRONICA**

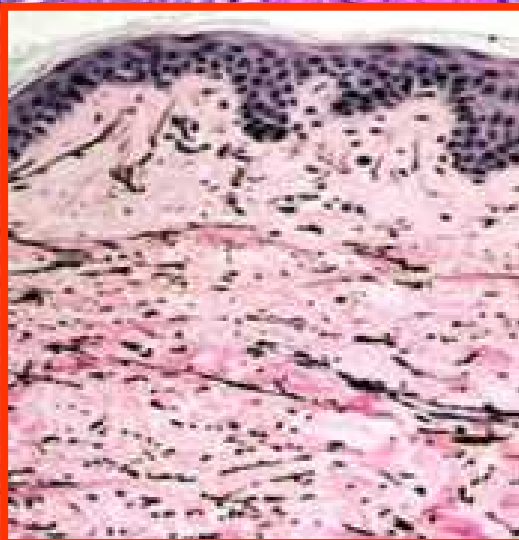
**DISPLASIA DEI
CHERATINOCITI**

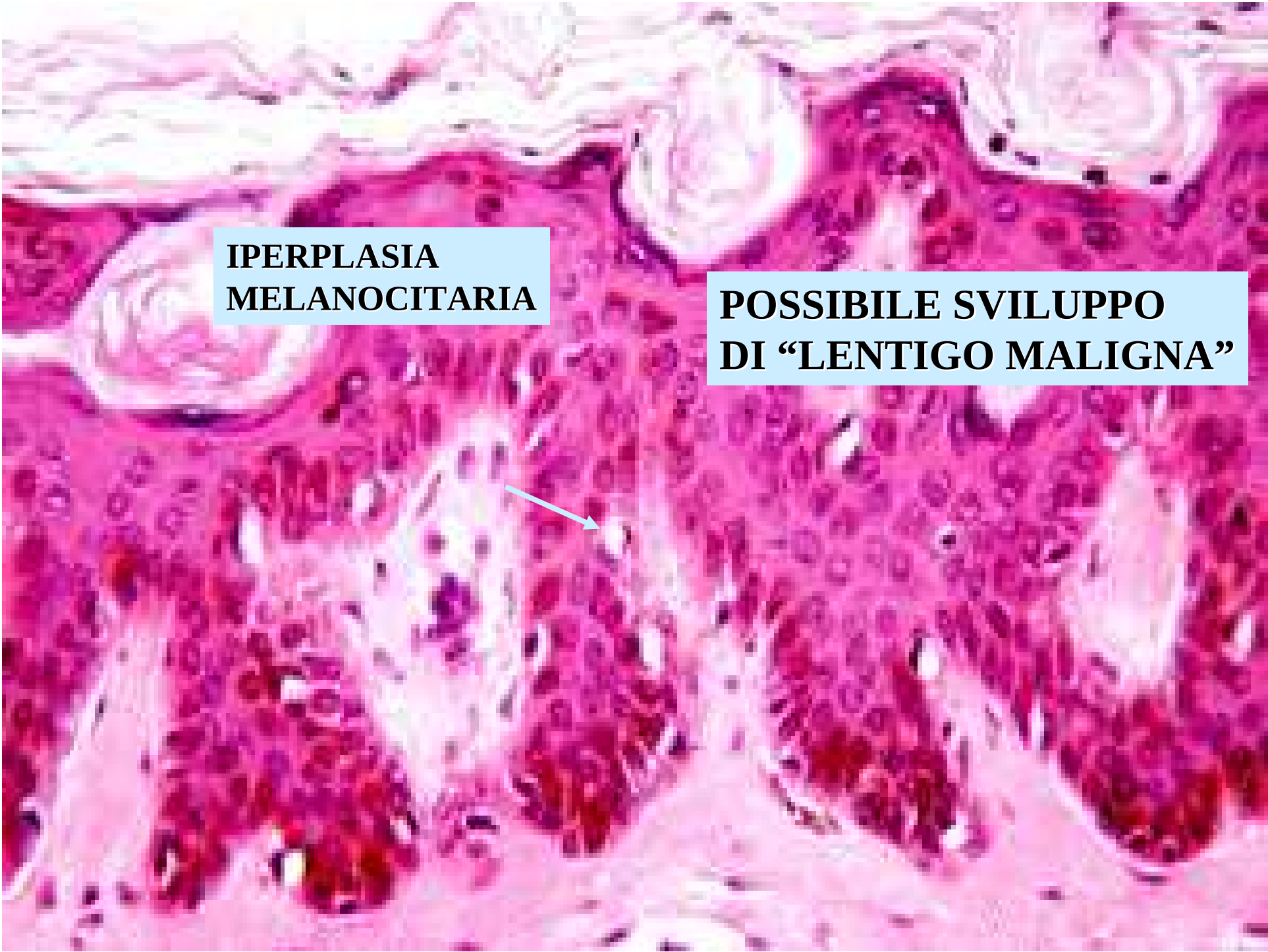
FLOGOSI



**IPERPLASIA
MELANOCITARIA**

ELASTOSI

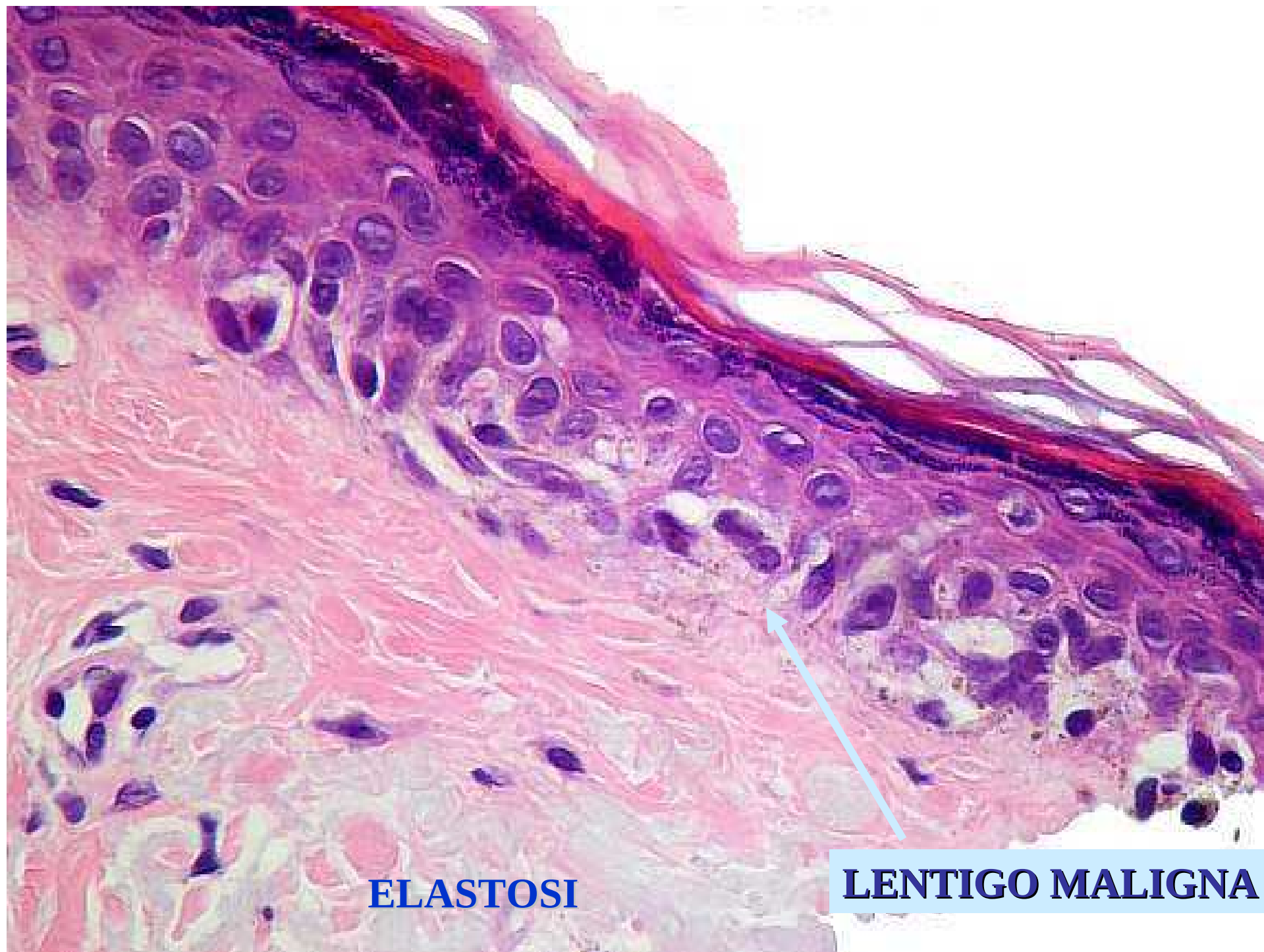


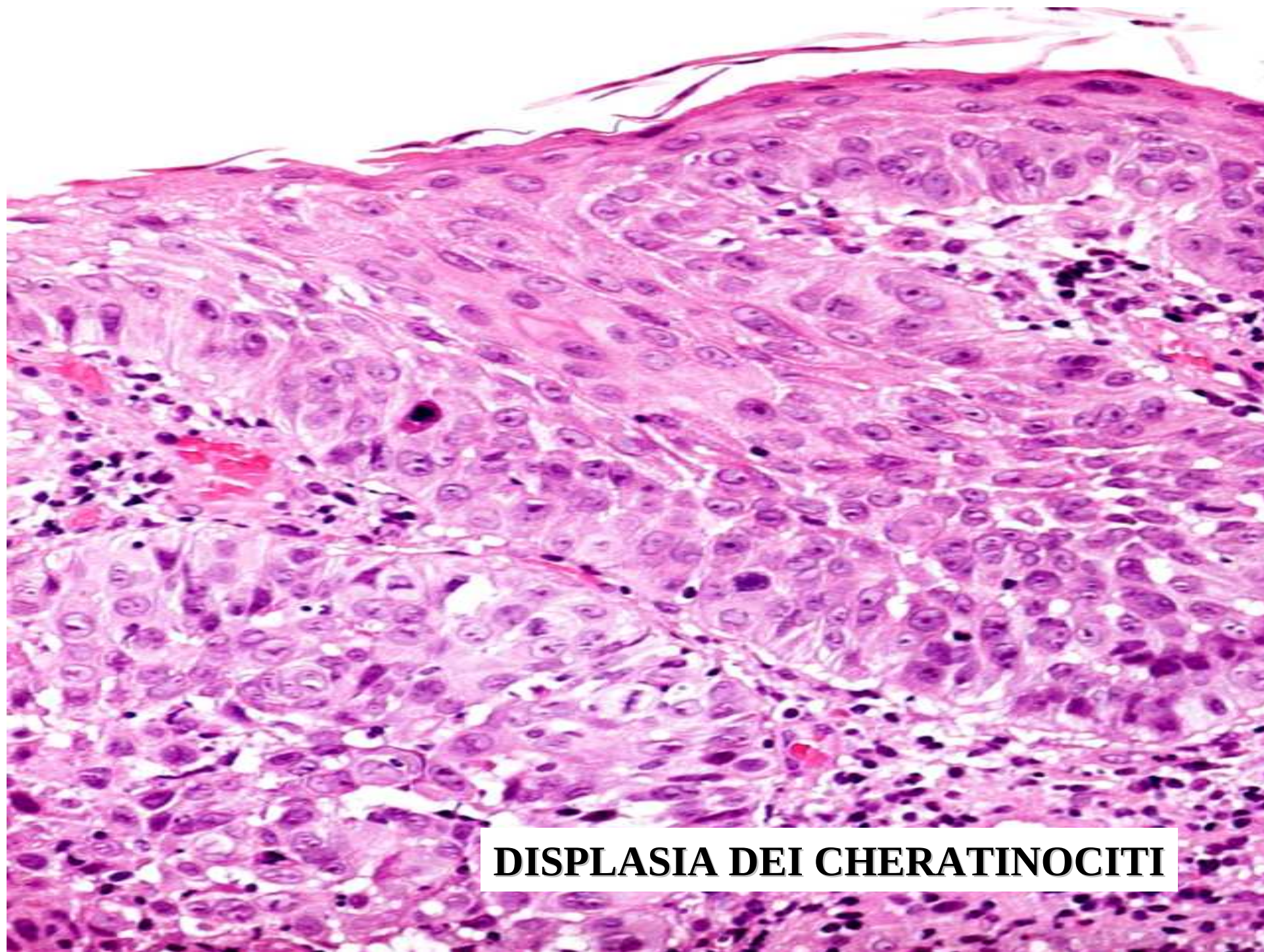


**IPERPLASIA
MELANOCITARIA**

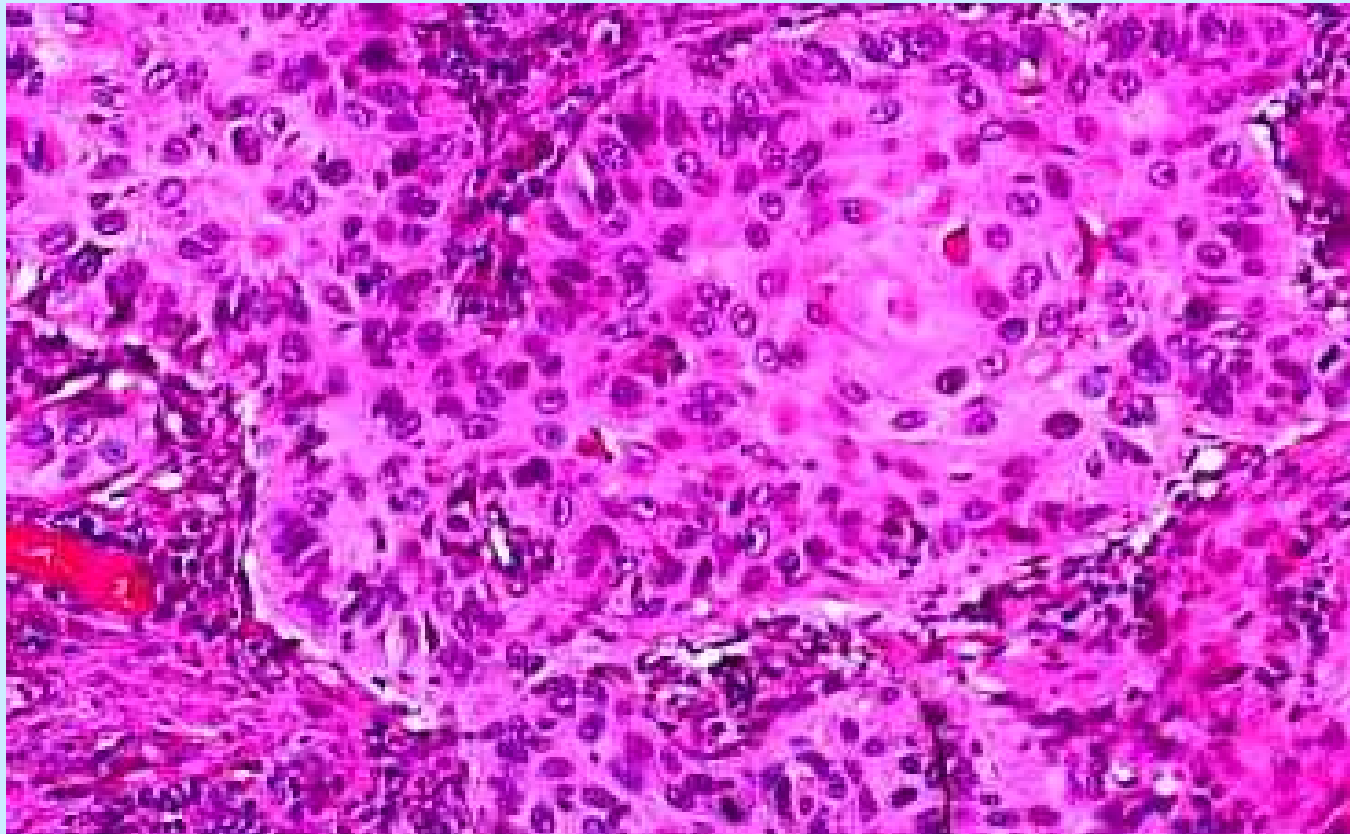
This histological image shows a section of skin with significant melanocytic hyperplasia. The epidermis is thickened, and there is an increased number of melanocytes. A blue arrow points to a specific area where the hyperplasia is more pronounced, suggesting a possible development of malignant lentigo. The surrounding tissue shows various cellular structures and pigmentation.

**POSSIBILE SVILUPPO
DI “LENTIGO MALIGNA”**





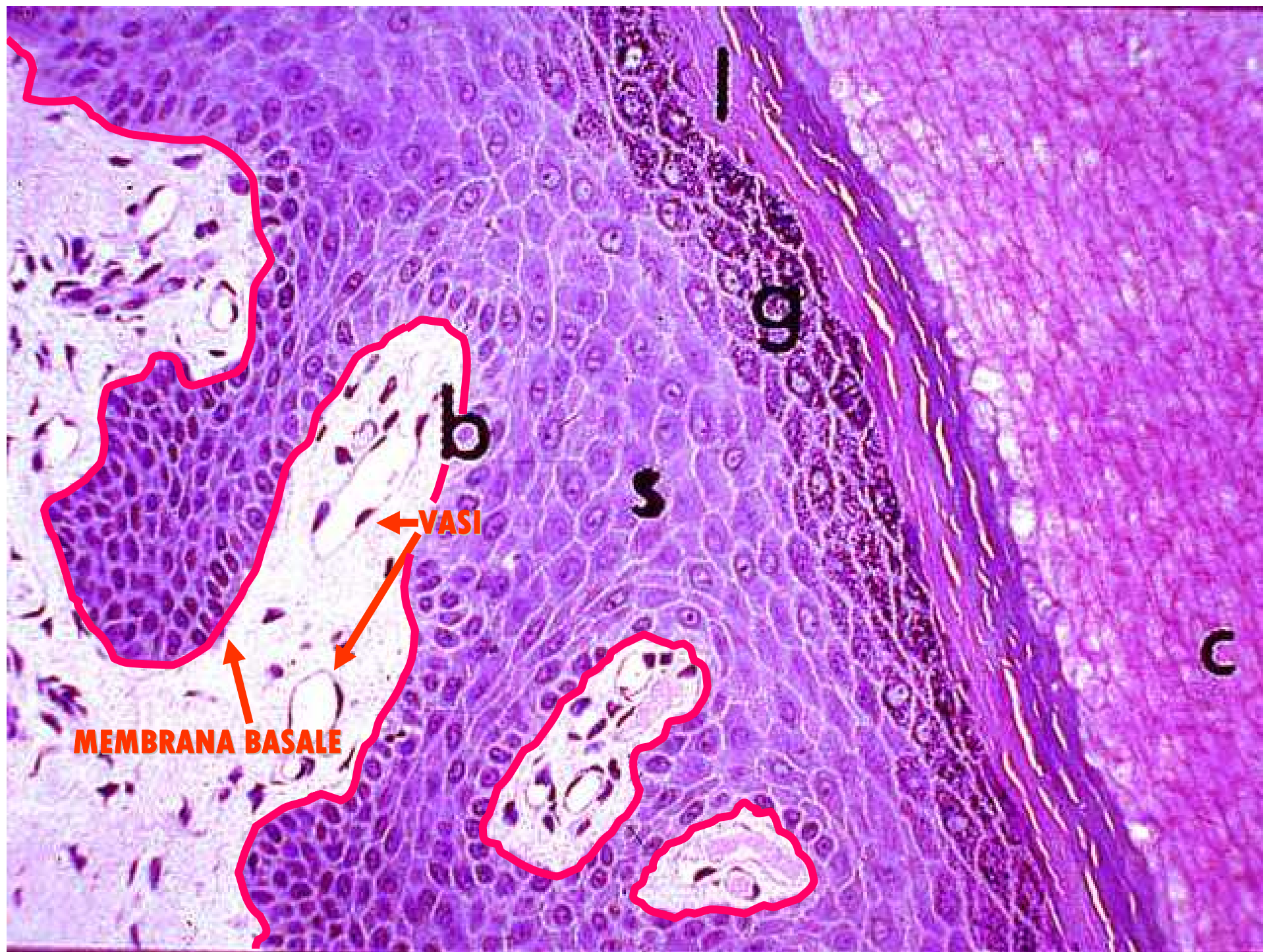
DISPLASIA DEI CHERATINOCITI



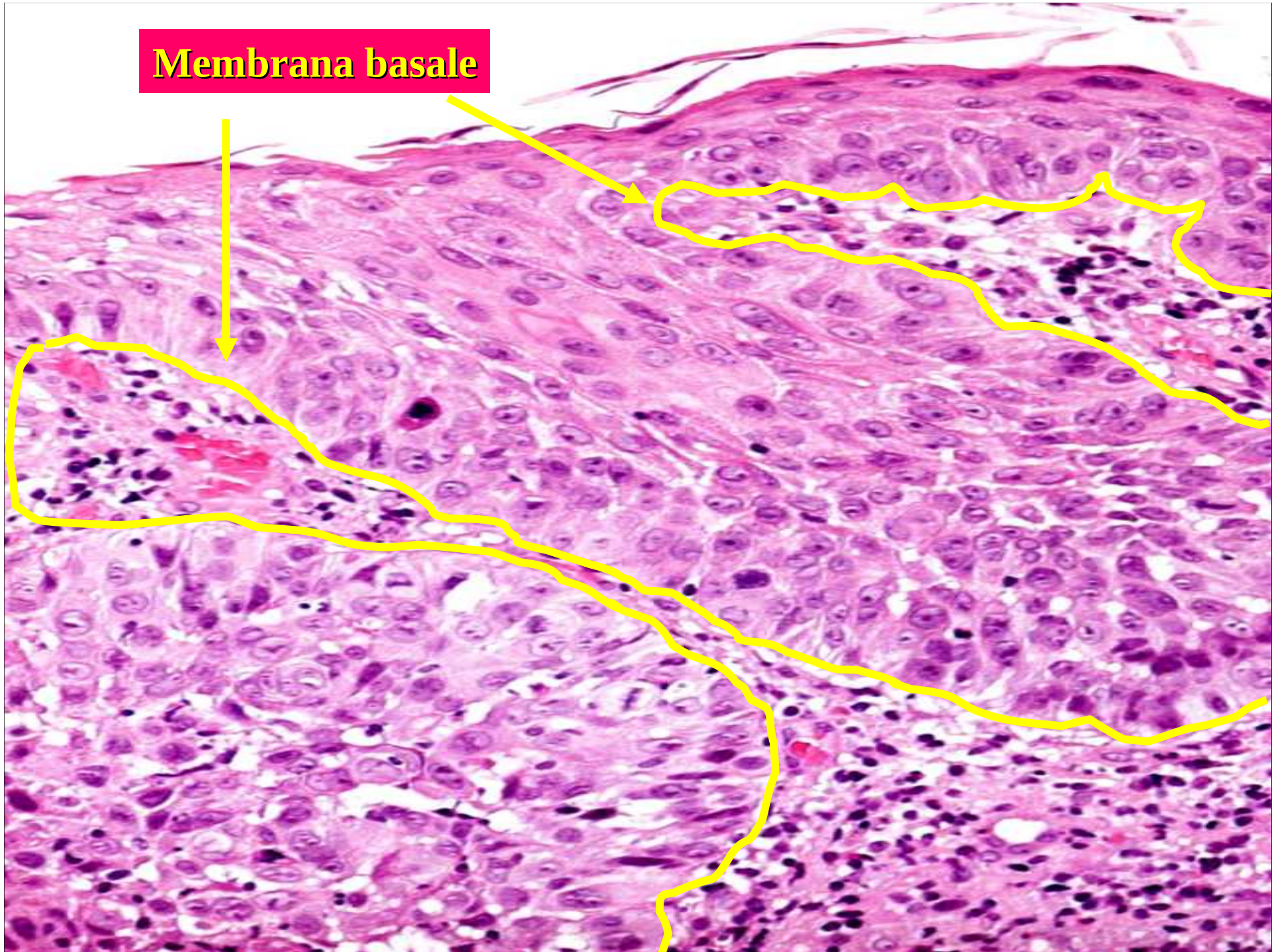
**QUANDO LA DISPLASIA INTERESSA L'EPIDERMIDE A TUTTO SPESSORE
SI REALIZZA IL QUADRO DEL CARCINOMA SQUAMOSO "IN SITU"**

CARCINOMA IN SITU

**PROLIFERAZIONE CARCINOMATOSA
ANCORA CONTENUTA DALLA
MEMBRANA BASALE ENTRO I CONFINI
DELLA STRUTTURA ANATOMICA IN CUI
E' INSORTA**



Membrana basale



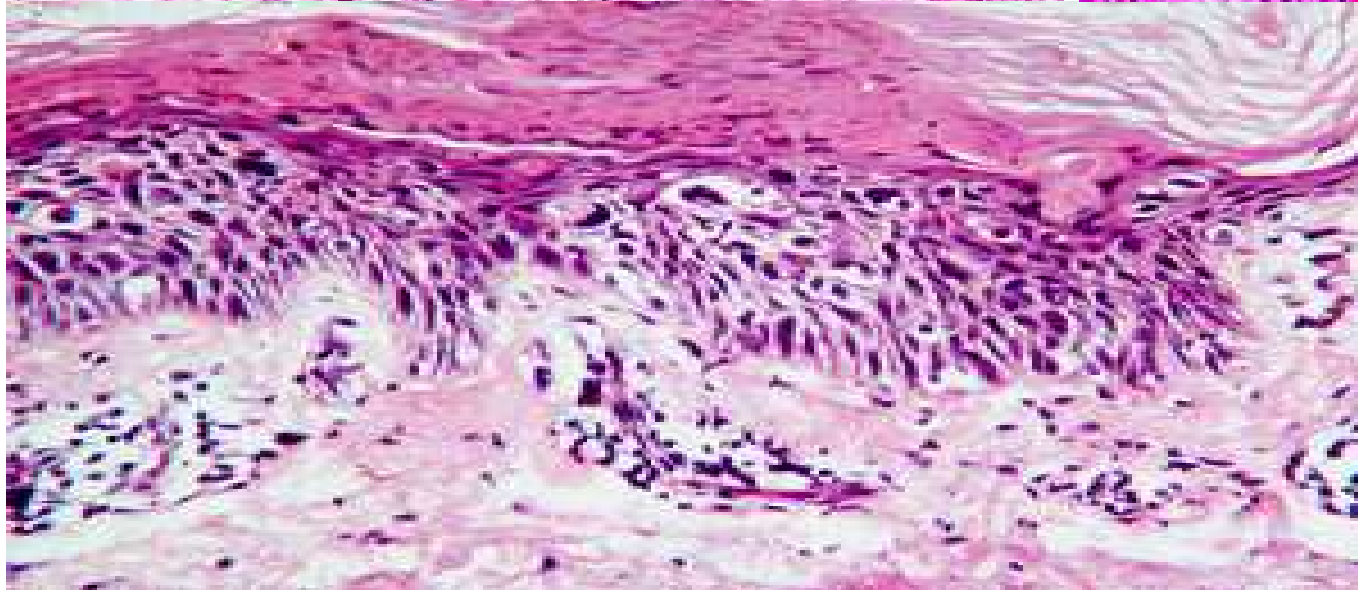
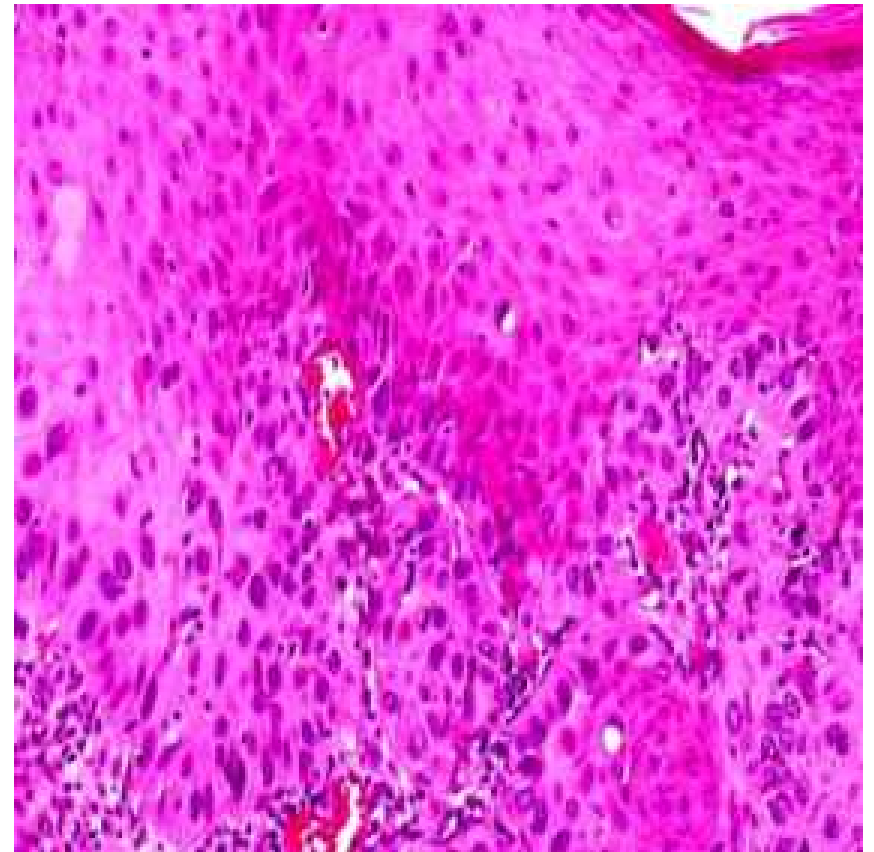
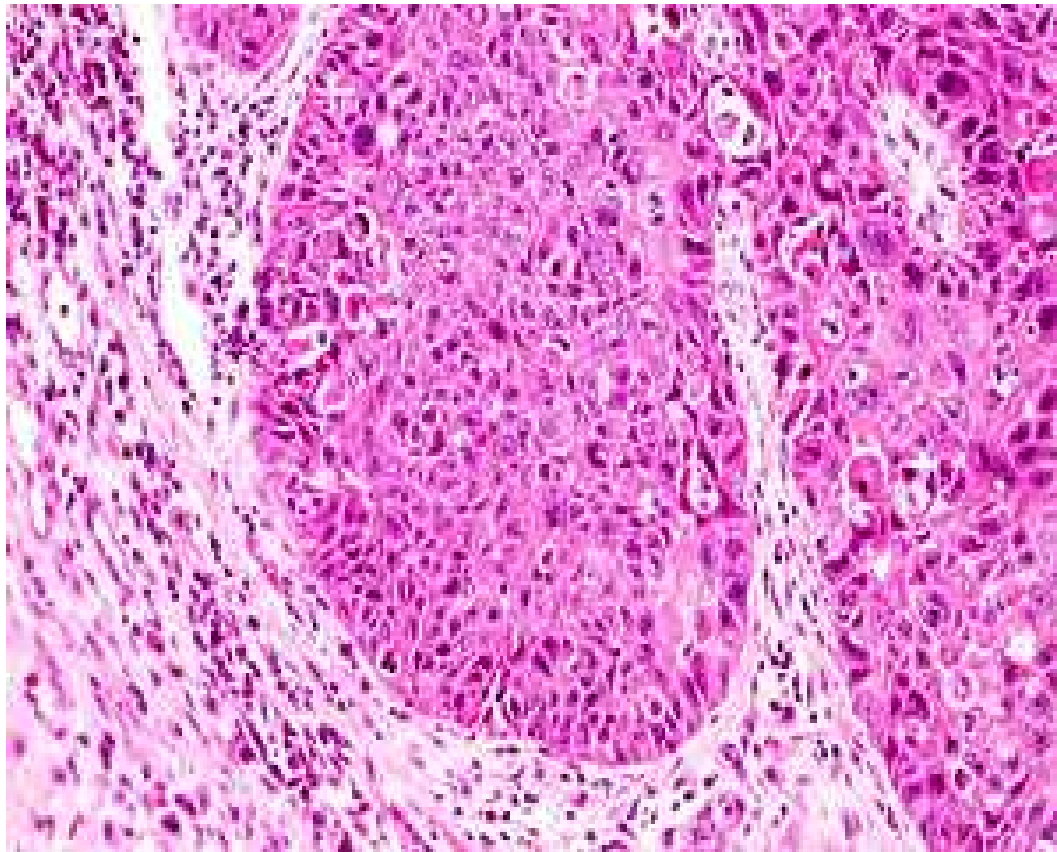
CARCINOMA IN SITU

**NON ESSENDO L'EPIDERMIDE
VASCOLARIZZATA, IL CA IN SITU
NON HA LA CAPACITA' DI DARE
METASTASI**

MALATTIA DI BOWEN

- **E' UN TIPO DI CARCINOMA SQUAMOSO IN SITU DELLA CUTE**
- **SI DISTINGUE DAL CA INSORTO IN CHERATOSI ATTINICA:**
- **PER L'INSORGENZA ANCHE IN SEDI NON ESPOSTE AL SOLE**
- **PER L'ASSENZA DI DANNO ATTINICO ASSOCIATO (ELASTOSI, ATROFIA ETC)**





**CARCINOMA
SQUAMOSO
IN SITU**

CARCINOMA QUAMOSO IN SITU DELLA CUTE

ASSOCIATO A DANNO ATTINICO

- **CUTE ESPOSTA**
- **ANCHE SE MICROINVASIVO LA PROGNOSI E' ECCELLENTE**
- **NON ASSOCIATO A CANCRI VISCERALI**

MALATTIA DI BOWEN

- **CUTE ESPOSTA O NON ESPOSTA**
- **SE INVADE LA PROGNOSI CAMBIA DRASTICAMENTE (ANCHE METASTASI PER VIA EMATICA)**
- **ASSOCIATO A CANCRI VISCERALI**

CARCINOMA SQUAMOSO INVASIVO

- **LA PROLIFERAZIONE
CARCINOMATOSA HA SUPERATO LA
MEMBRANA BASALE E INVASO IL
DERMA**
- **PUO' DARE METASTASI**
- **SE NON ASPORTATO
COMPLETAMENTE RECIDIVA
FACILMENTE**



©1995 Cornell University Medical College



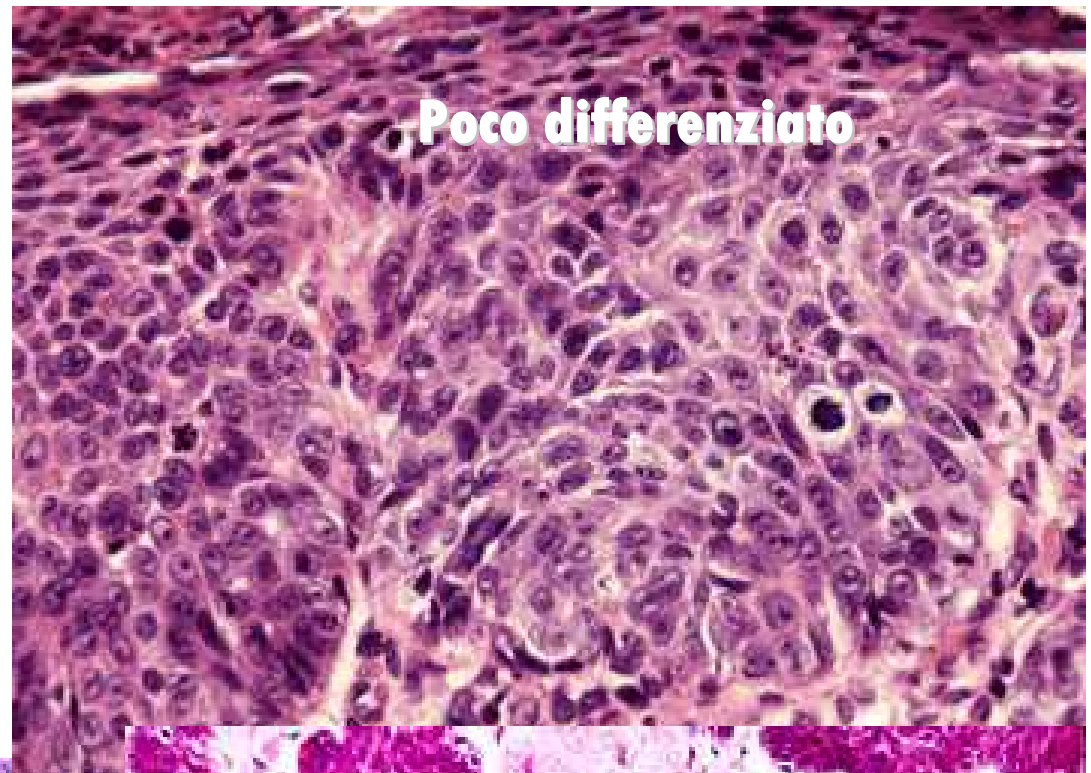
CARCINOMA SQUAMOSO INFILTRANTE

ISTOLOGIA:

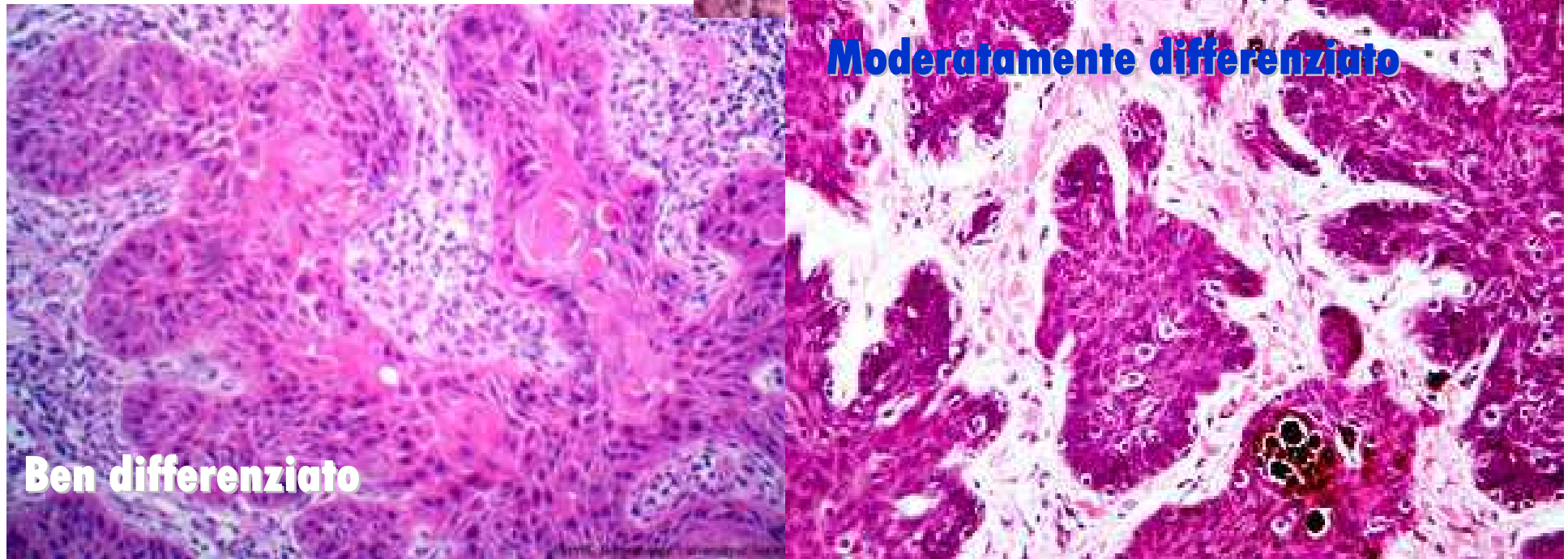
**3 GRADI DI DIFFERENZIAZIONE A
SECONDA DI QUANTO LE CELLULE
NEOPLASTICHE RIESCONO A
RIPRODURRE L'ASPETTO DEI
CHERATINOCITI NORMALI:**

**(GRANDE QUANTITA' DI CHERATINA PRODOTTA,
PRESENZA DI SPINE BEN FORMATE=
TUMORE BEN DIFFERENZIATO)**

**Carcinoma squamoso infiltrante:
Istologia**



Poco differenziato



Moderatamente differenziato

Ben differenziato

CARCINOMA BASOCELLULARE

- **E' COSTITUITO DA CELLULE SIMILI A QUELLE DELLO STRATO BASALE**
- **TALORA PRENDE CONTATTO CON LO STRATO BASALE**
- **TALORA E' INTRADERMICO (TUMORE DEGLI ANNESSI?)**

CARCINOMA BASOCELLULARE

- INSORGE IN ZONE ESPOSTE
- RARAMENTE IN ZONE NON ESPOSTE
(SINDROME DEL “NEVO” BASOCELLULARE)
- 2 TIPI PRINCIPALI:
 - MULTIFOCAL
 - NODULARE

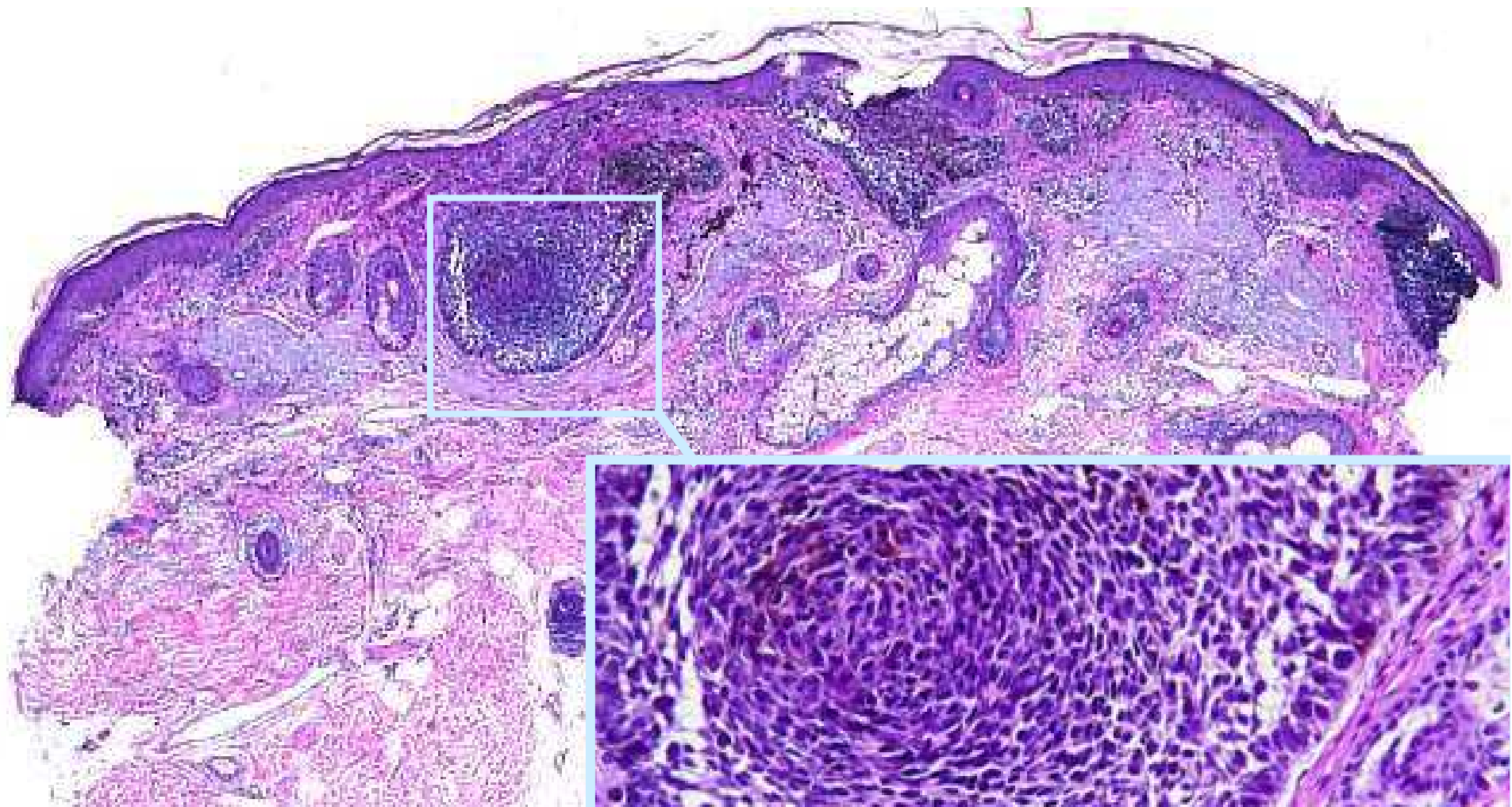
SINDROME DEL “NEVO” BASOCELLULARE

- **CA BASOCELLULARI MULTIPLI IN
ETA' GIOVANILE**
- **IN SEDI NON ESPOSTE**
- **DEFORMITA' OSSE**
- **ANOMALIE DI SVILUPPO VARIE**

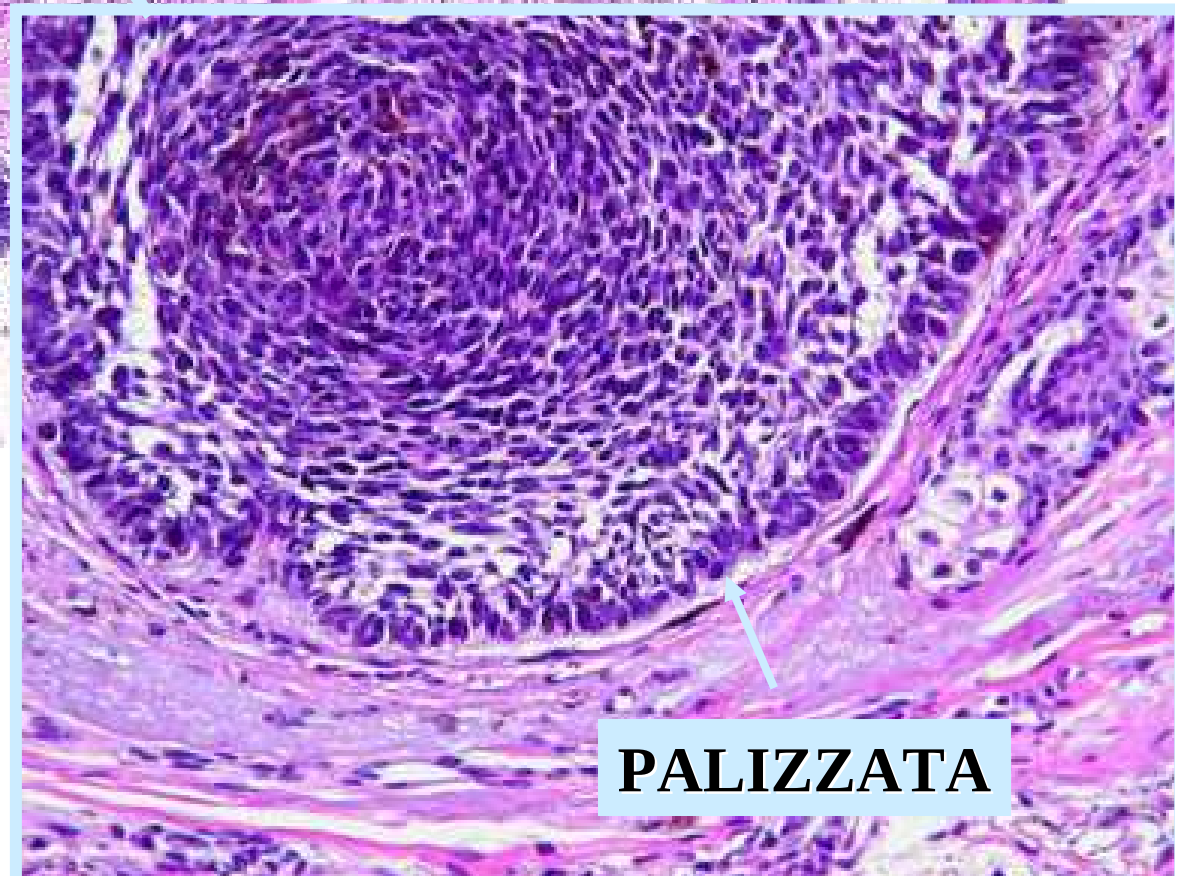
(M. EREDITARIA)







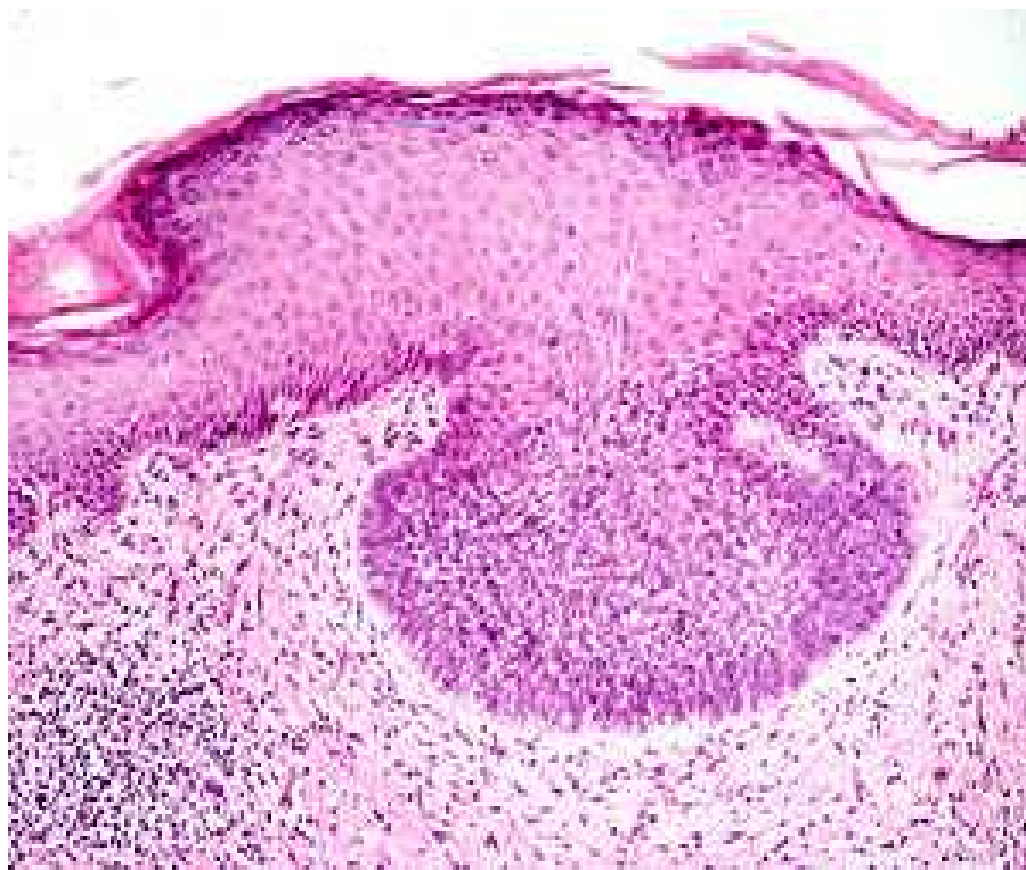
**CARCINOMA
BASOCELLULARE
ISTOLOGIA**



PALIZZATA

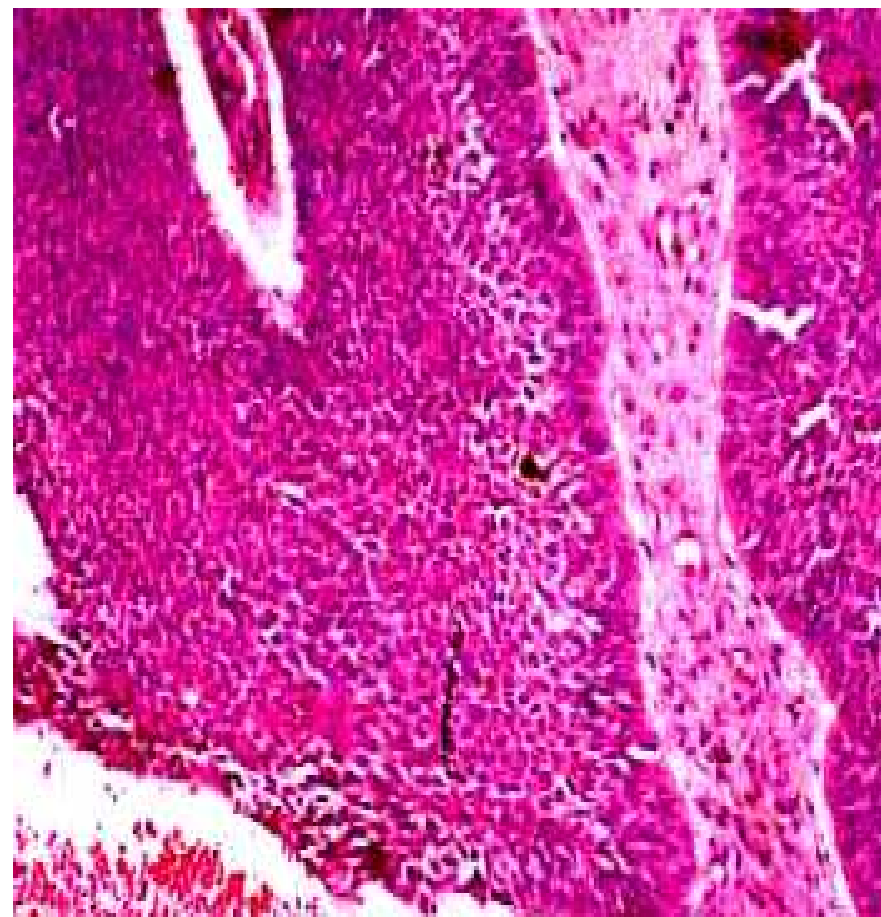
CARCINOMA BASOCELLULARE

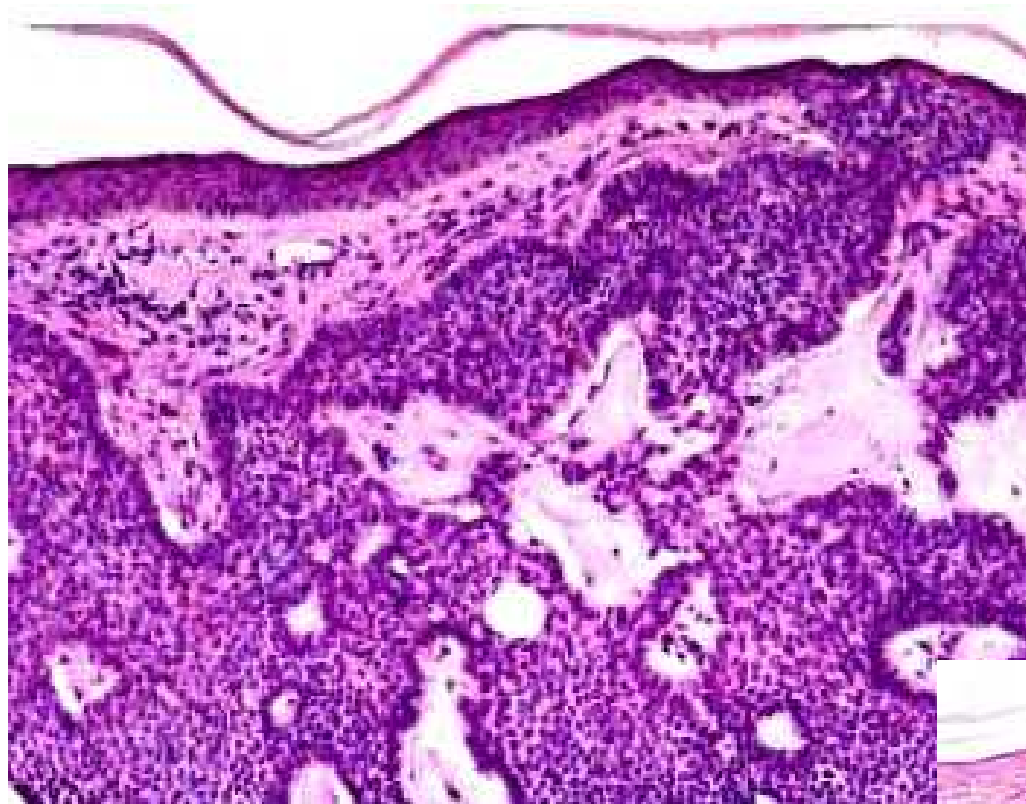
- **MULTIFOCALE:**
 - **PICCOLI GETTONI ADESI ALLO STRATO BASALE (RECIDIVA PERCHE' INCOMPLETAMENTE ASPORTATO)**
- **NODULARE:**
 - **GROSSI (0.5-1.5 CM) NODULI SPESSO ULCERATI**



CARCINOMA BASOCELLULARE

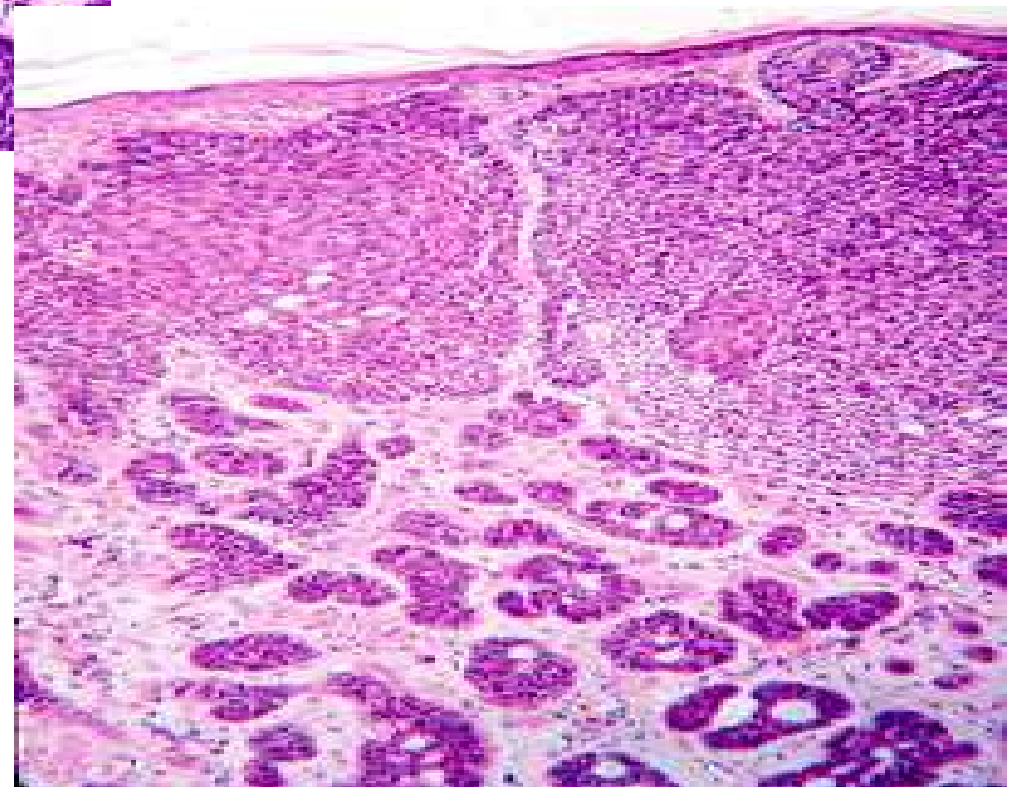
VARIETA' MULTIFOCALE



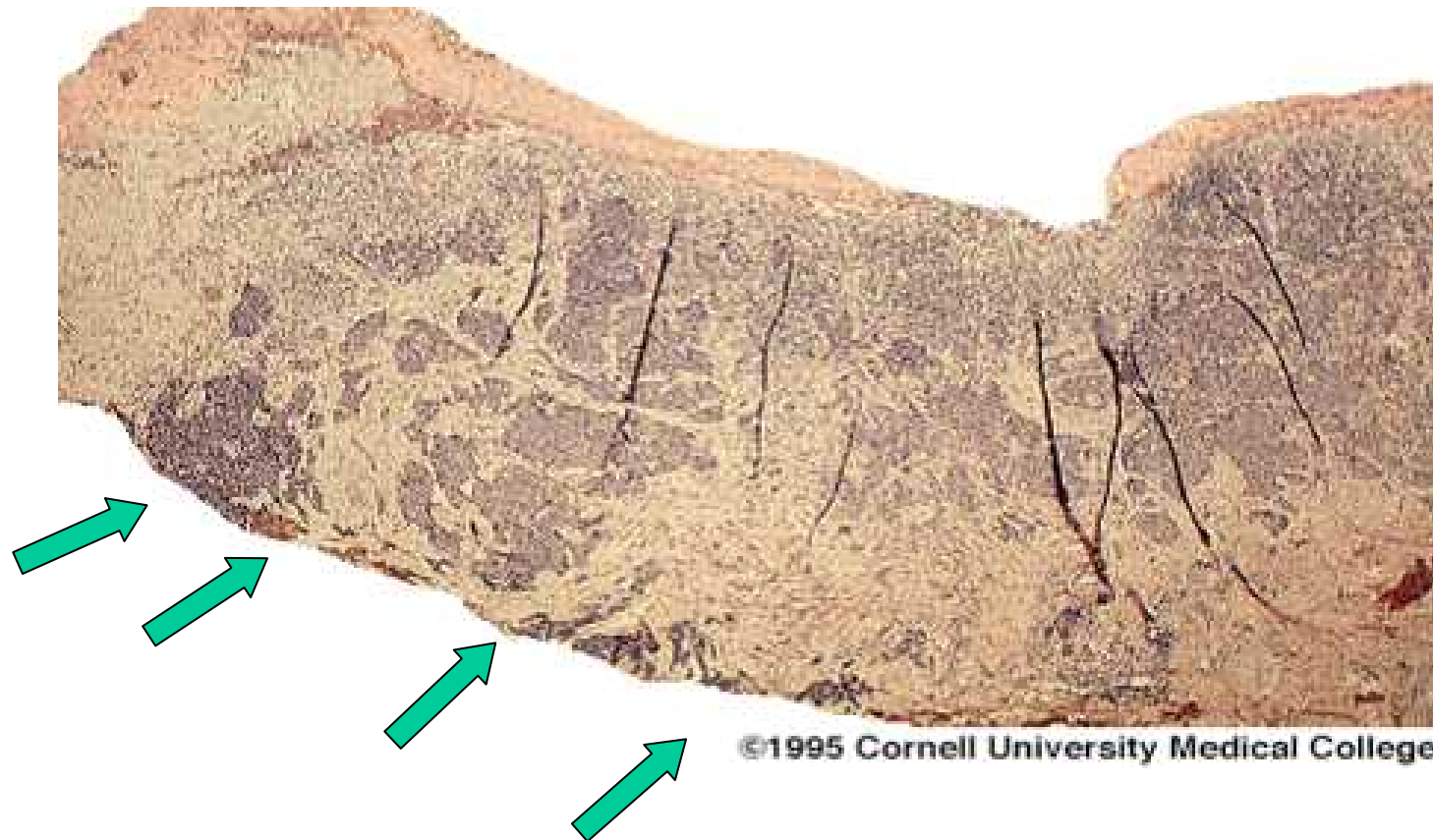


**CARCINOMA
BASOCELLULARE**

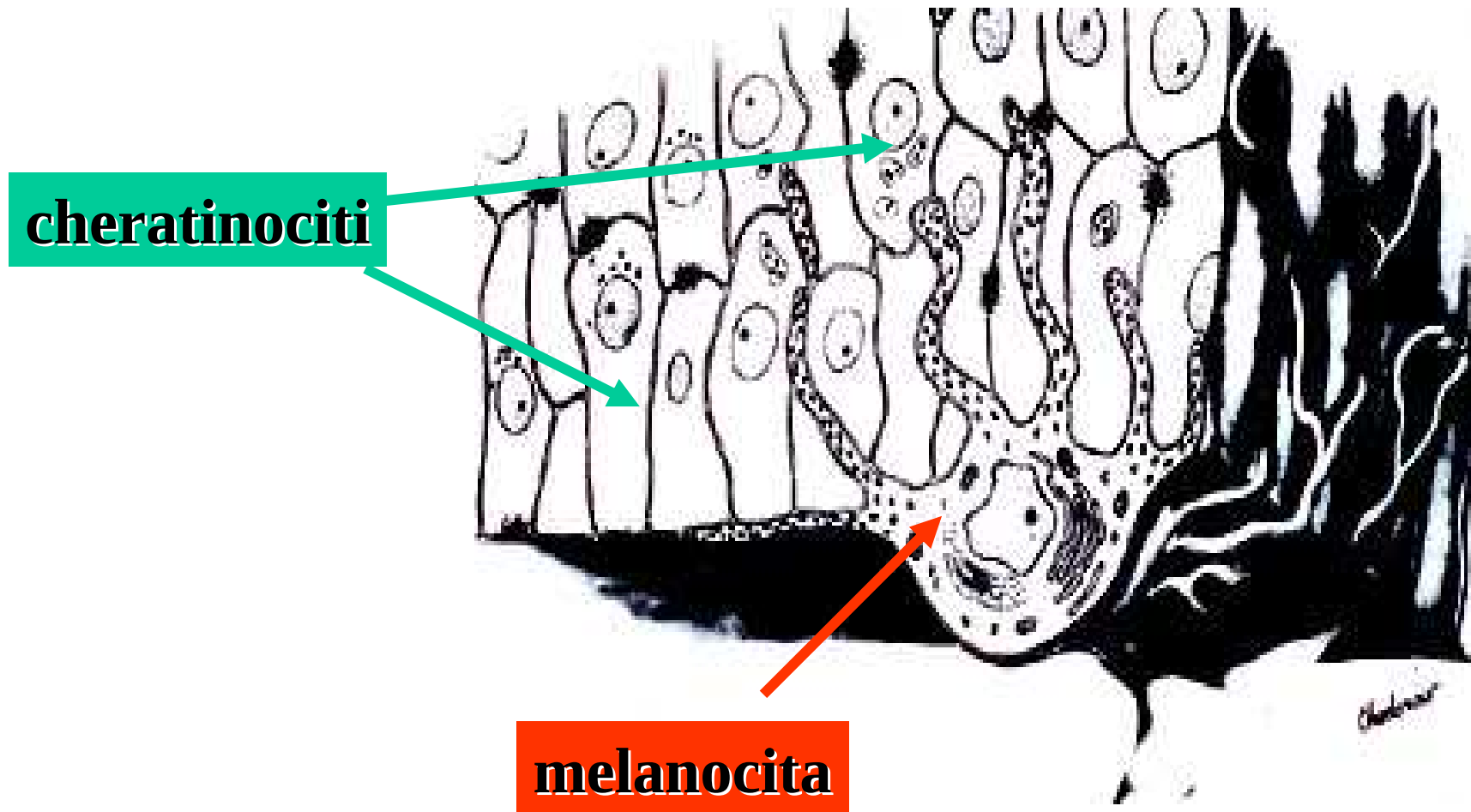
VARIETA' NODULARE



Carcinoma basocellulare: radicalità dei margini



LESIONI DEI MELANOCITI





LESIONI DEI MELANOCITI

- **NEVI NEVOCITICI BENIGNI**
- **NEVO DISPLASTICO**
- **MELANOMA**



NEVO BENIGNO



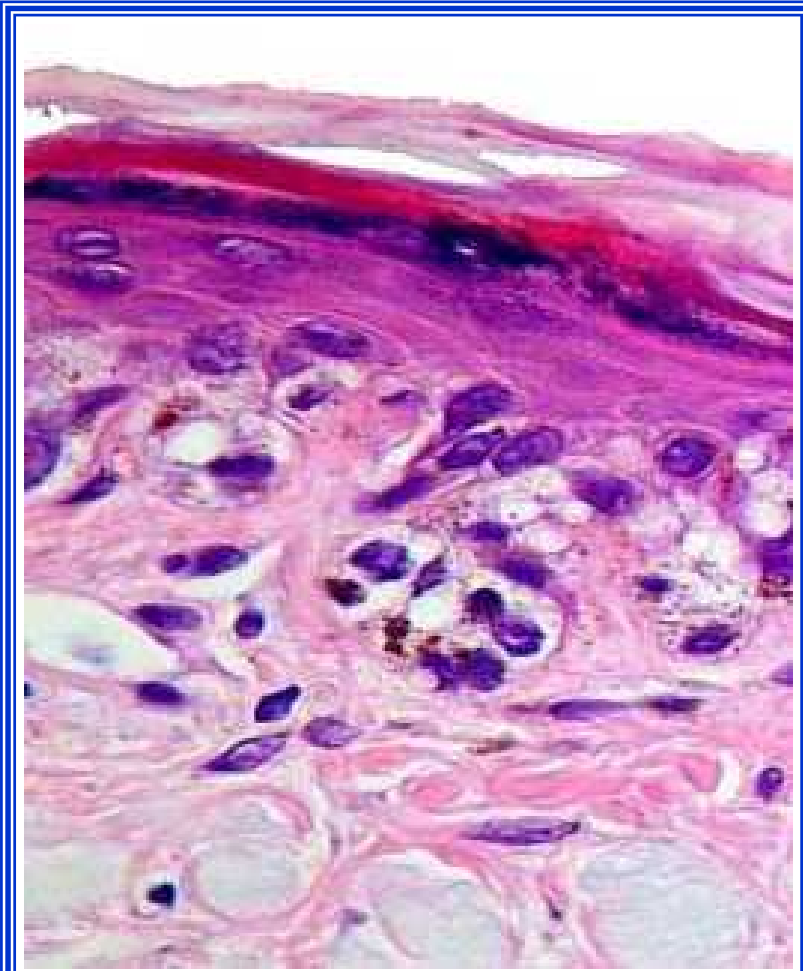
SIMMETRIA, COLORE OMOGENEO

NEVI NEVOCITICI BENIGNI

- **NEVO GIUNZIONALE**
- **NEVO INTRADERMICO**
- **NEVO COMPOSTO**

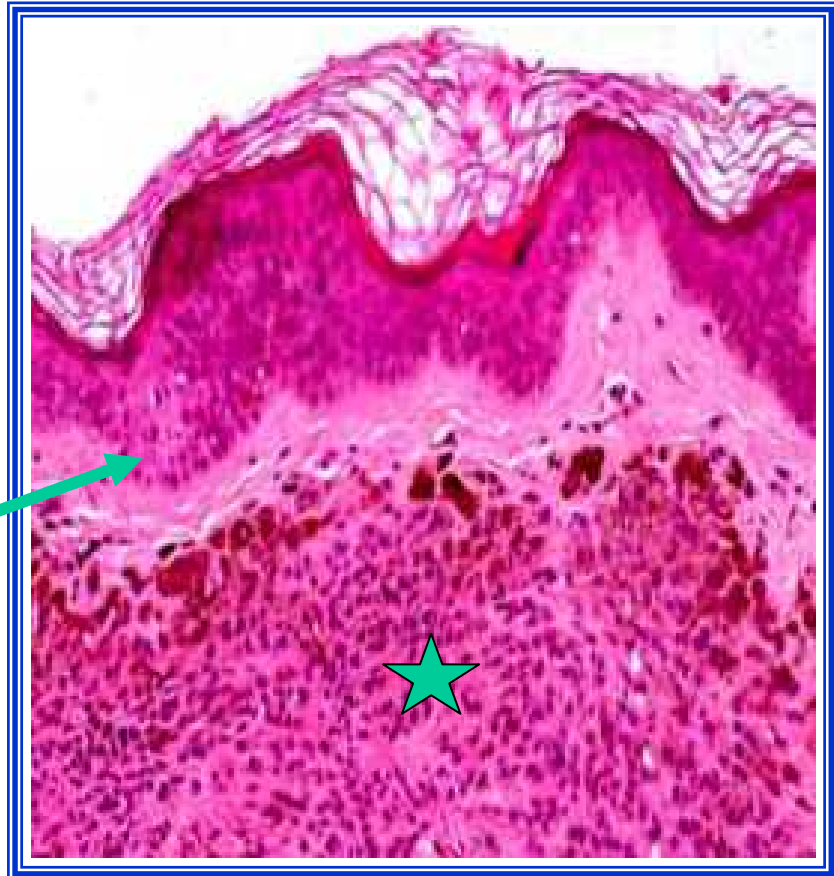
NEVO GIUNZIONALE

**MELANOCITI
AGGREGATI IN
NIDI LUNGO LA
GIUNZIONE
DERMO-
EPIDERMICA**



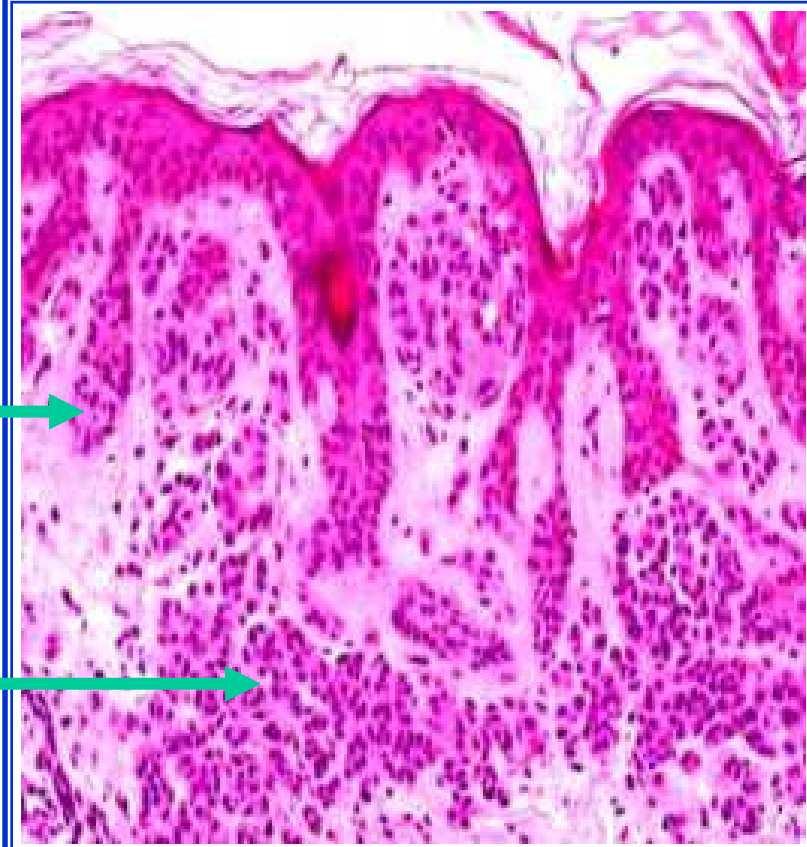
NEVO INTRADERMICO

**MELANOCITI IN
PICCOLI NIDI O
ISOLATI SOLO
NEL DERMA ★
(i melanociti alla
giunzione sono
normali)**



NEVO COMPOSTO

**I MELANOCITI
SONO SIA ALLA
GIUNZIONE
CHE
NEL DERMA**



nevo composto



©1995 Cornell University Medical College

NEVI NEVOCITICI

- **Sono lesioni benigne**
- **Aumentano di numero fino ai 30 anni circa**
- **L'associazione di un nevo benigno con il melanoma è per lo più casuale (dovuta alla frequenza dei nevi)**
- **Occorre riconoscerli e distinguerli dal melanoma maligno**

MELANOMA MALIGNO

- **TUMORE MALIGNO COSTITUITO DA MELANOCITI**
- **CUTE**
- **MUCOSE ANO-GENITALI**
- **OCCHIO**
- **MENINGI**

MELANOMA MALIGNO

DANNO ATTINICO:

- **FORME ASSOCIATE A CHERATOSI ATTINICA (*Lentigo maligna*)**
- **PIU' FREQUENTE IN ZONE ESPOSTE**
- **PIU' FREQUENTE IN SOGGETTI DI PELLE CHIARA ESPOSTI A RAGGI SOLARI INTENSI (es: Anglosassoni in Australia)**

MELANOMA MALIGNO

FORME FAMILIARI:

- **10% DEI CASI**
- **ALTERAZIONI 9p21**
- **SI EREDITA UNA MAGGIORE SENSIBILITA' AL DANNO E UNA MINORE CAPACITA' DI RIPARAZIONE**

MELANOMA MALIGNO

IN COSA DIFFERISCE

MORFOLOGICAMENTE

DA UN NEVO BENIGNO?

MELANOMA MALIGNO

MACROSCOPICA:

- **COLORE NON OMOGENEO** (un *nuovo* nevo che comincia a cambiare colore)
- **ASIMMETRIA**
- **IRREGOLARITA' DEI BORDI**
- **ULCERAZIONI**
- **PICCOLI NODULI SATELLITI**

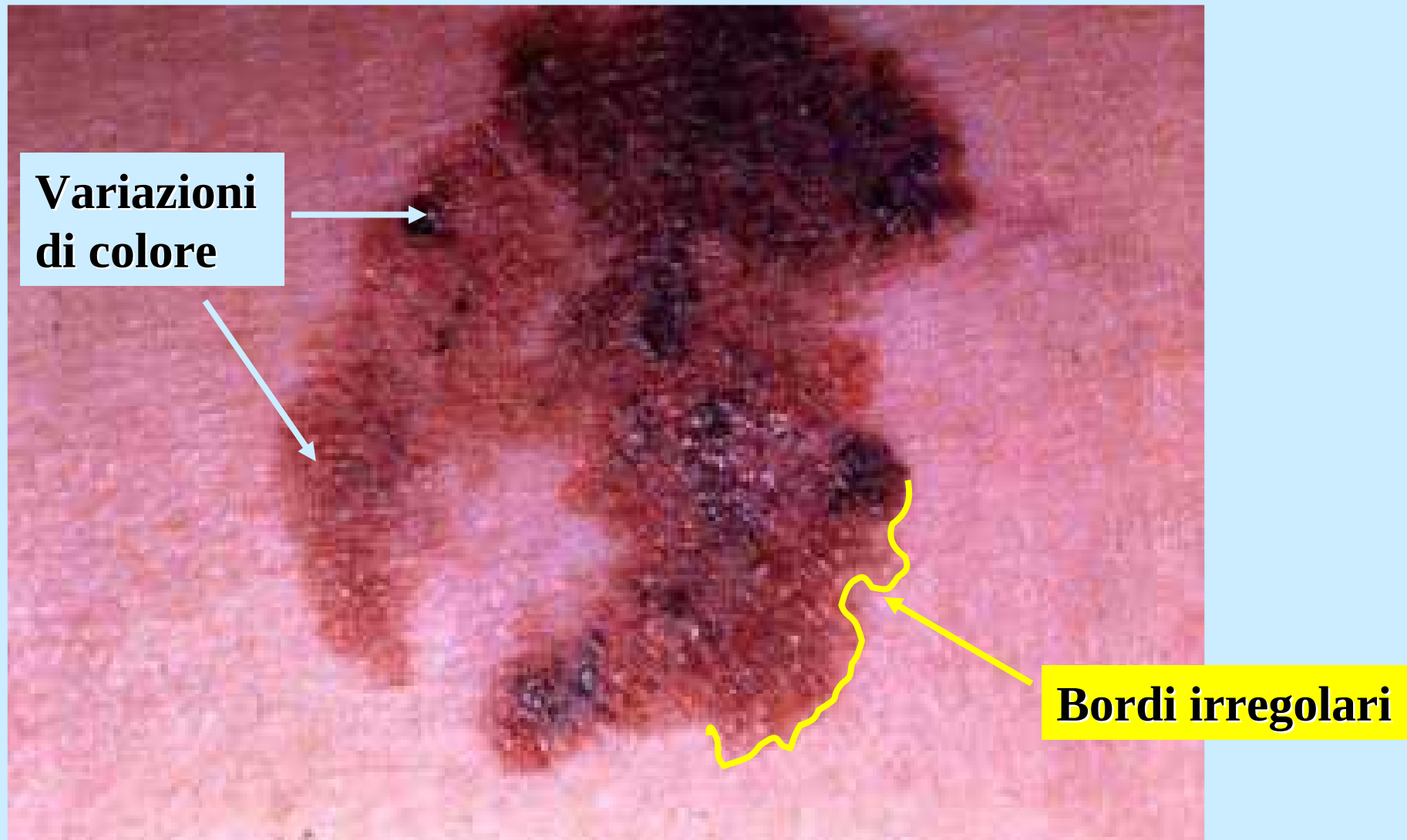
Melanoma aspetto macroscopico

asimmetria

satellitosi



Melanoma aspetto macroscopico



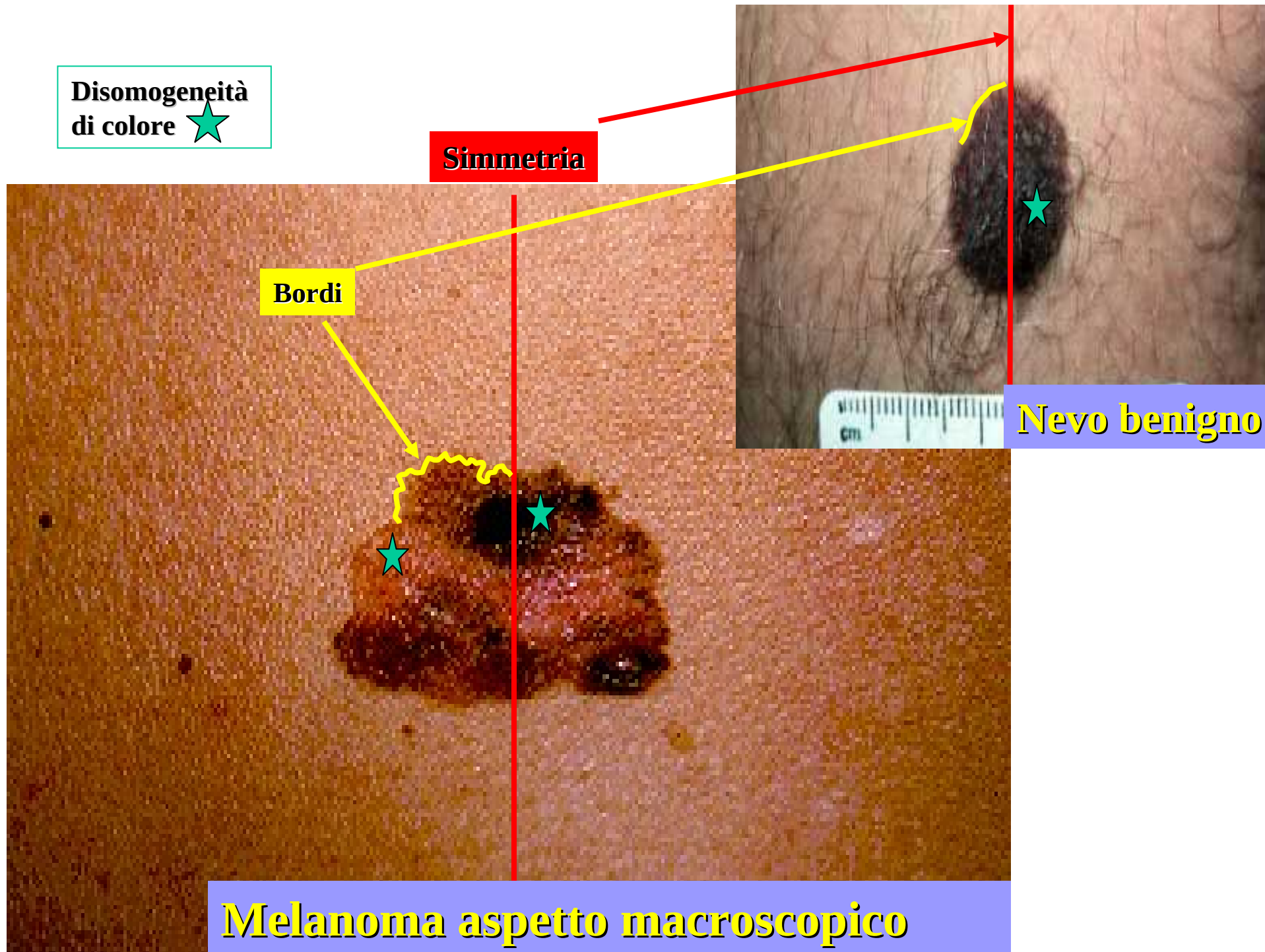
Disomogeneità
di colore ★

Simmetria

Bordi

Nevo benigno

Melanoma aspetto macroscopico



MELANOMA MALIGNO

ISTOLOGIA:

- **MELANOMA IN SITU:** I melanociti maligni sono ancora contenuti all'interno della membrana basale della giunzione dermo-epidermica
- **MELANOMA INVASIVO:** i melanociti maligni invadono il derma

MELANOMA IN SITU

- **LENTIGO MALIGNA**
- **MELANOMA A DIFFUSIONE
SUPERFICIALE**

LENTIGO MALIGNA

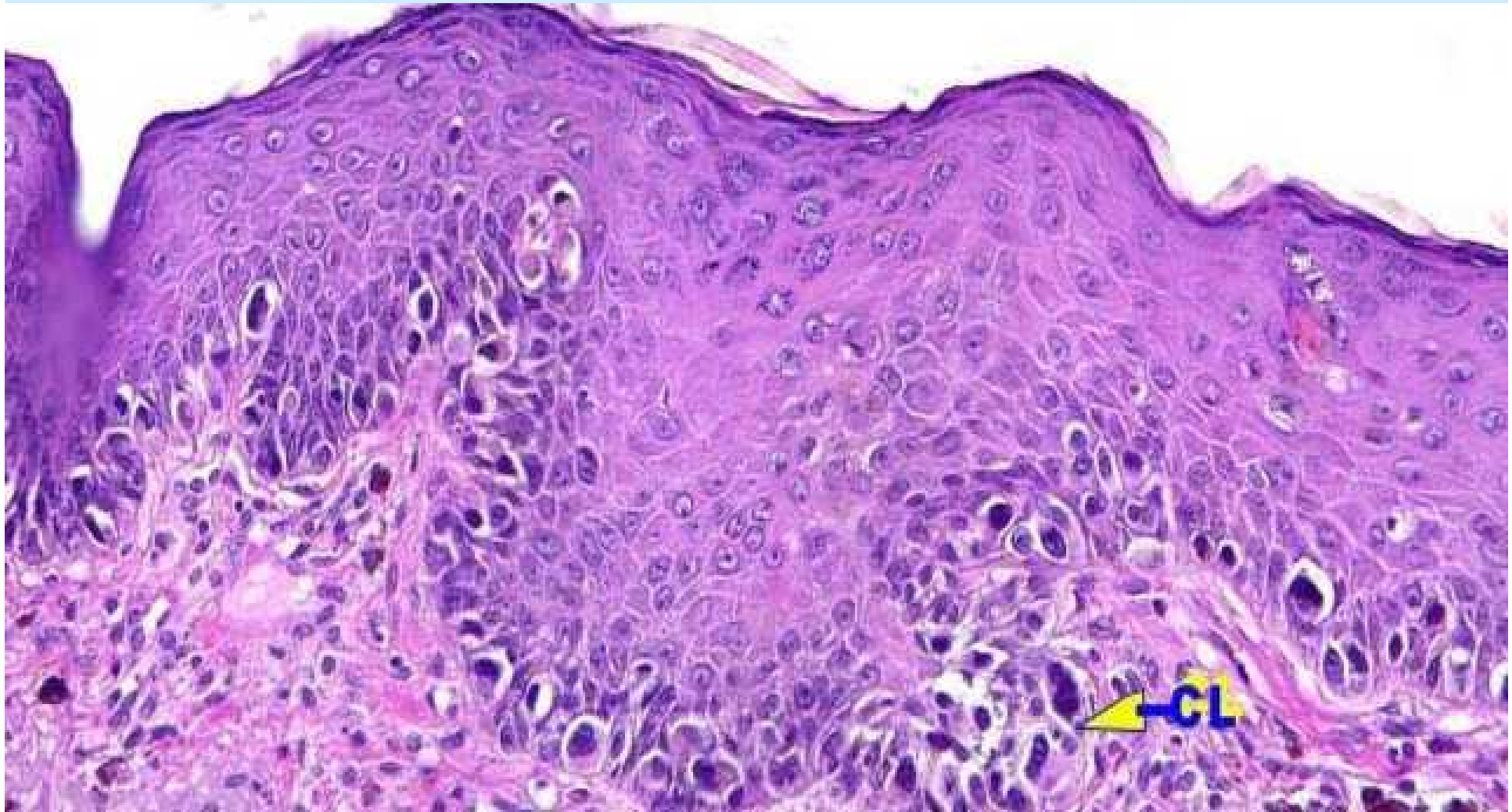
- ASSOCIATA A CHERATOSI ATTINICA
- ZONE ESPOSTE (PARTICOLARMENTE **VISO DI PERSONE ANZIANE**)
- CRESCITA “LENTIGGINOSA” DI MELANOCITI MALIGNI (ATIPICI) ALLA GIUNZIONE DERMO-EPIDERMICA

LENTIGO MALIGNA

CRESCITA DI TIPO LENTIGGINOSO:

**I MELANOCITI NON CRESCONO A
NIDI, MA SINGOLARMENTE IN UNA
“LINEA CONTINUA”**

LENTIGO MALIGNA



CRESCITA “LENTIGGINOSA”



LENTIGO MALIGNA

LENTIGO MALIGNA

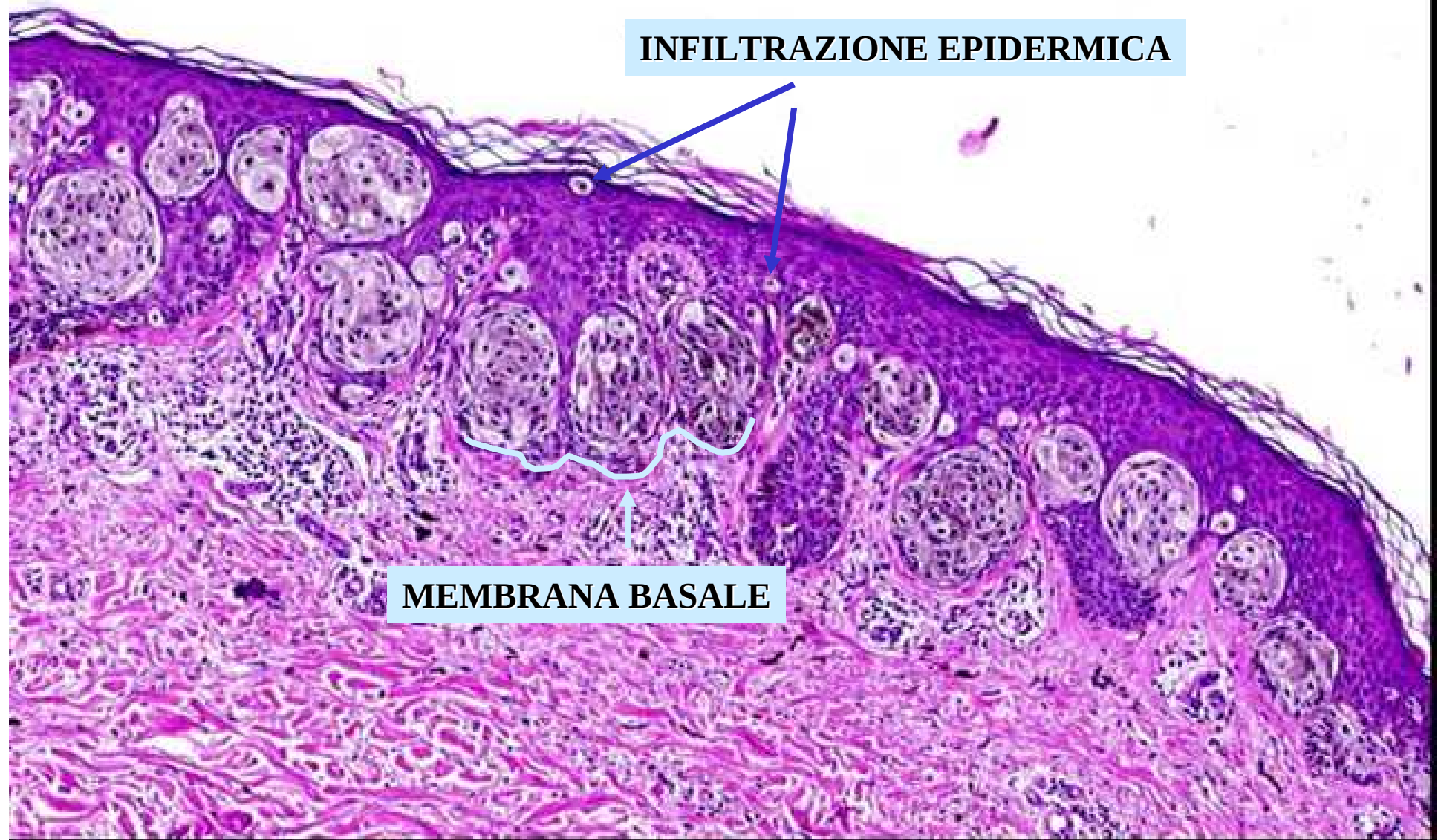
**QUANDO COMPAIONO
RILEVATEZZE O NODULI E' SEGNO
CHE I MELANOCITI HANNO INVASO
IL DERMA:
LA LESIONE E' DIVENTATA INVASIVA**

(“MELANOMA SU LENTIGO MALIGNA”)

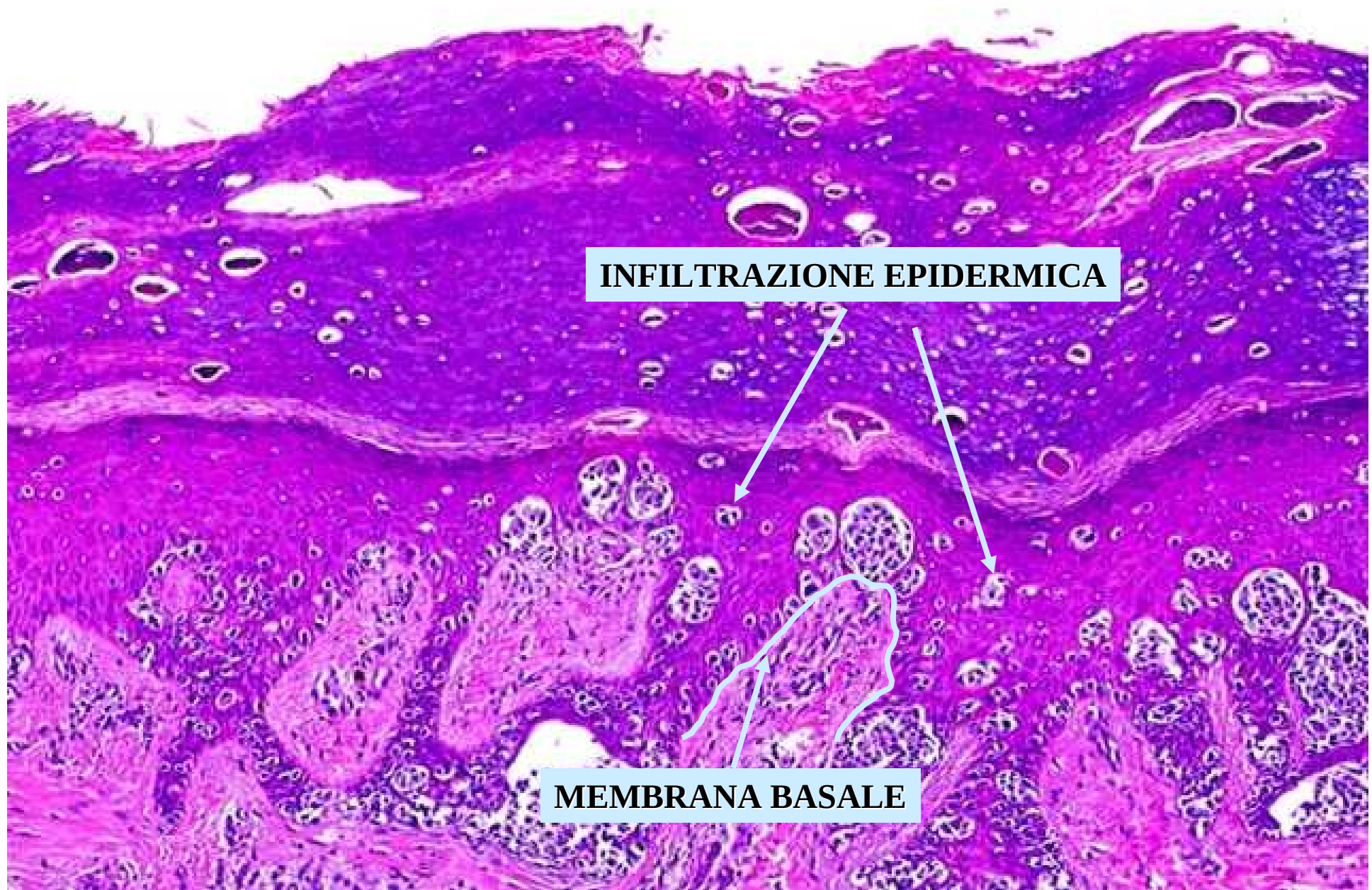
MELANOMA IN SITU TIPO A DIFFUSIONE SUPERFICIALE

**I MELANOCITI MALIGNI
INFILTRANO L'EPIDERMIDE
MA NON IL DERMA
(SONO ANCORA CONFINATI ENTRO
LA MEMBRANA BASALE)**

MELANOMA IN SITU A DIFFUSIONE SUPERFICIALE

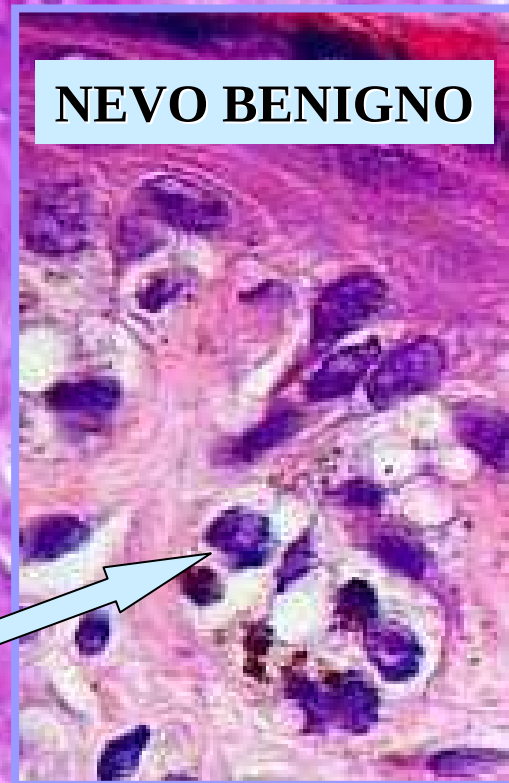


MELANOMA IN SITU A DIFFUSIONE SUPERFICIALE



MELANOMA MALIGNO

NEVO BENIGNO



MELANOMA IN SITU

QUALUNQUE SIA IL TIPO ISTOLOGICO,

UNA VOLTA ASPORTATO

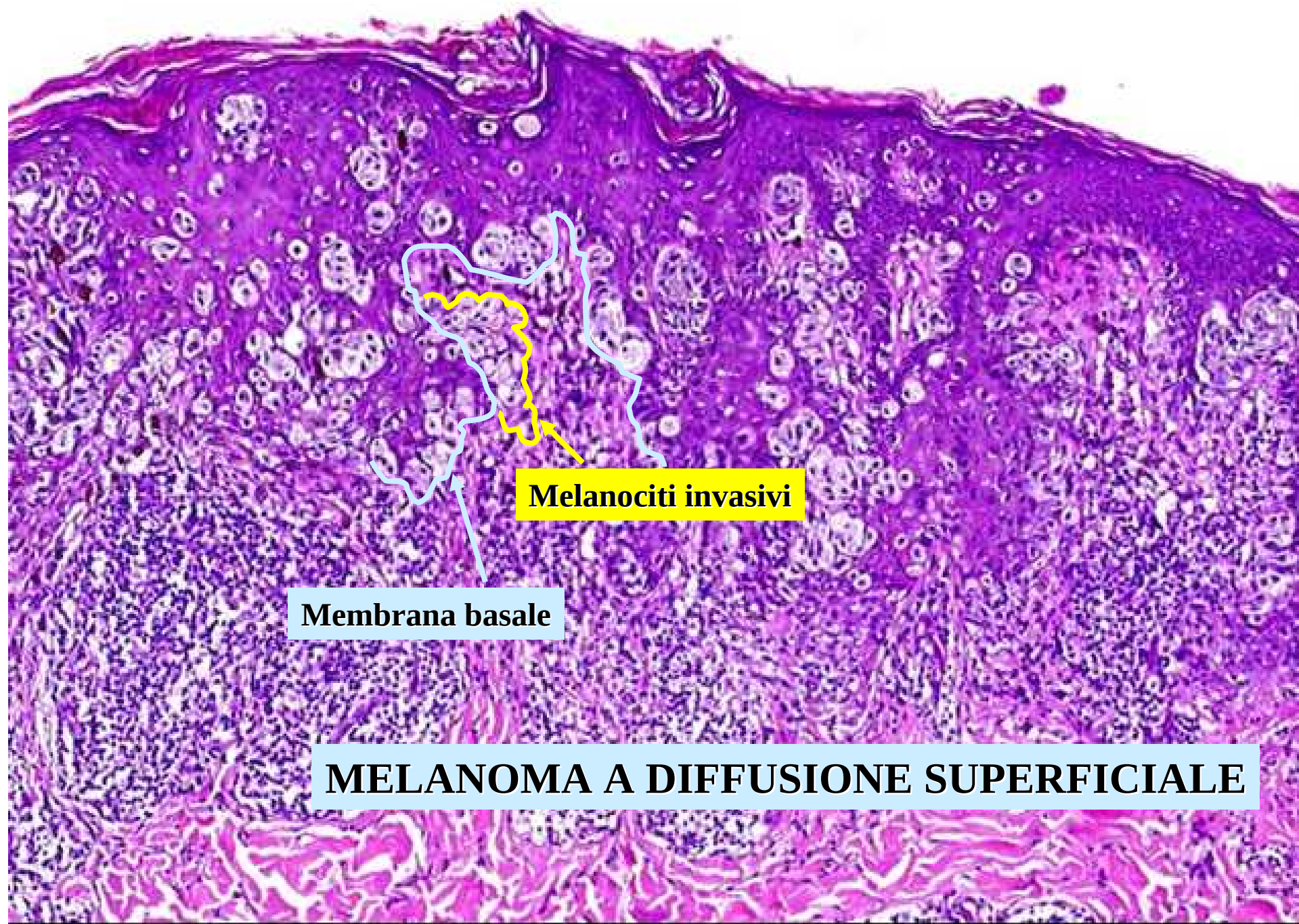
IL PAZIENTE E' GUARITO

MELANOMA INVASIVO

**NEL MELANOMA INVASIVO I MELANOCITI
MALIGNI INVADONO IL DERMA
(VASCOLARIZZATO) ACQUISENDO LA
CAPACITA' DI DARE METASTASI**

MELANOMA INVASIVO

- **A DIFFUSIONE SUPERFICIALE**
- **NODULARE AB INITIO**



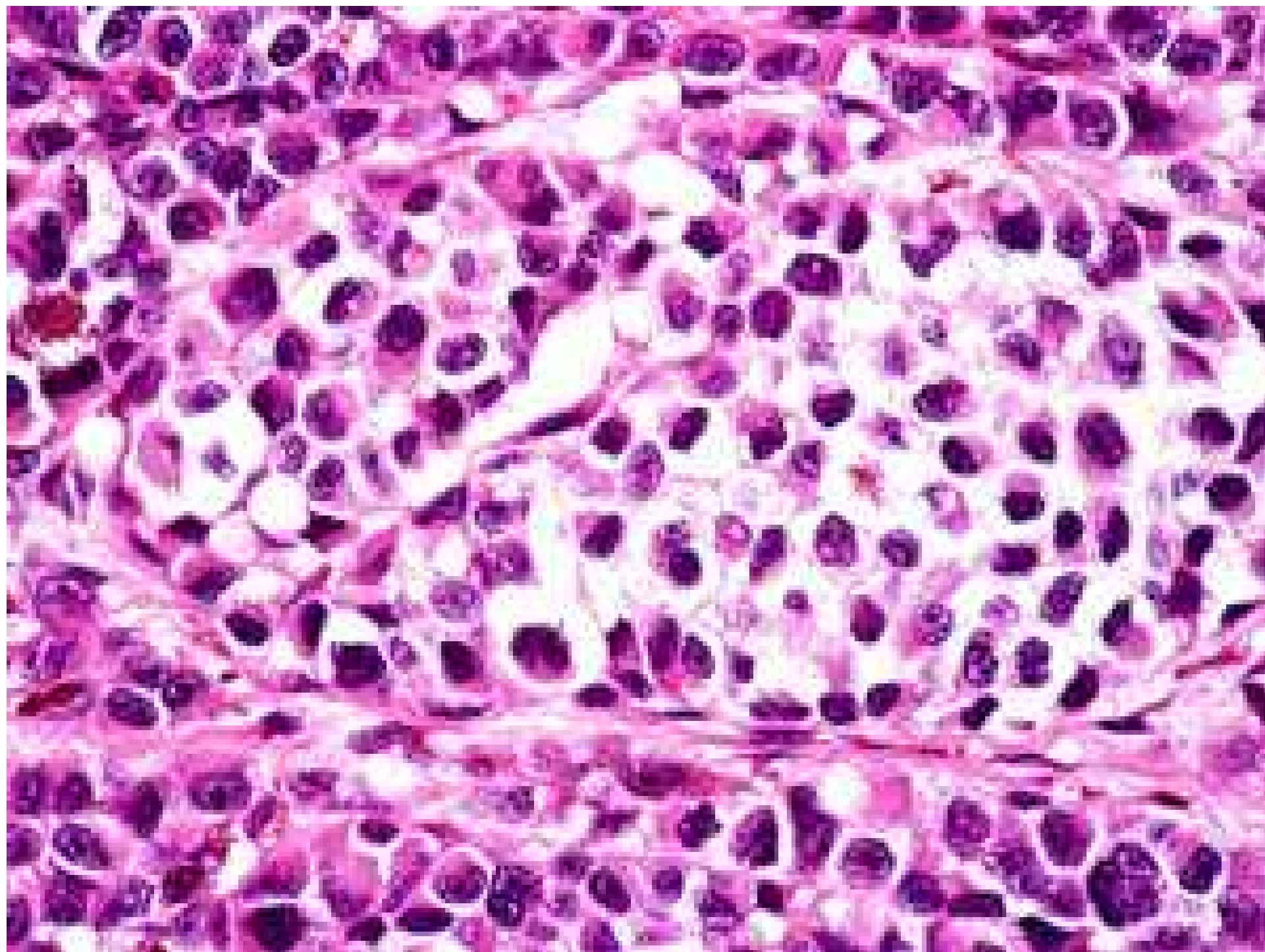
Membrana basale

Melanociti invasivi

MELANOMA A DIFFUSIONE SUPERFICIALE

MELANOMA NODULARE





MELANOMA INVASIVO

FATTORI ISTOPATOLOGICI PROGNOSTICI

- **NUMERO DI MITOSI**
- **PROFONDITA' DI INFILTRAZIONE**

MELANOMA INVASIVO

PROFONDITA' DI INFILTRAZIONE

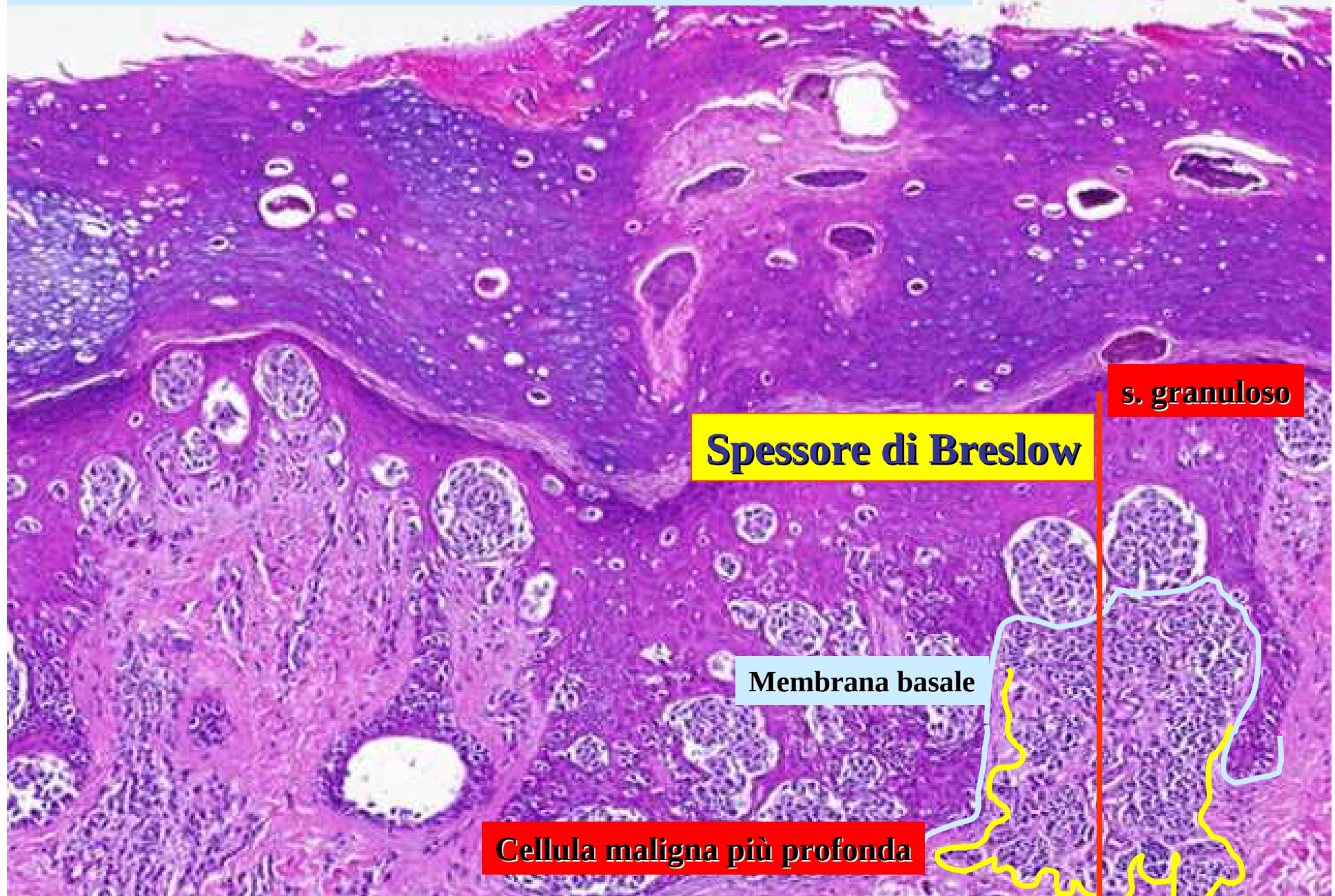
- **LIVELLO DI CLARK :**
 - I) melanoma in situ
 - II) invasivo del derma papillare
 - III) al confine tra papillare e reticolare
 - IV) derma reticolare
 - V) grasso sottocutaneo
- **SPESSORE DI BRESLOW (misurazione in mm con oculare apposito)**

MELANOMA INVASIVO

PROFONDITA' DI INFILTRAZIONE

- **LIVELLO DI CLARK :**
- **Valore limitato perche' a seconda della sede corporea varia lo spessore degli strati del derma**
- **SPESSORE DI BRESLOW:**
 - **< 1 mm buona prognosi**
 - **> 1 mm possibilità concreta di metastasi**

MELANOMA A DIFFUSIONE SUPERFICIALE



MELANOMA INVASIVO

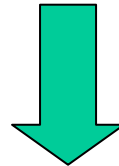
Se invasione > 1 mm =
NEOPLASIA AGGRESSIVA

- **Metastasi per via ematogena**
 - **Per via linfatica**

MELANOMA INVASIVO

PROFONDITA' DI INFILTRAZIONE

- **SPESSORE DI BRESLOW:**
 - **>1 mm: possibilità concreta di metastasi**



Linfonodo “sentinella”

MELANOMA INVASIVO

LINFONODO SENTINELLA

- Le vie linfatiche drenanti nella cute sono soggette ad alta **variabilità individuale**
- Quindi **si marca la sede di asportazione del melanoma** per vedere dove sono i linfonodi che drenano quella zona e poter vedere se ci sono metastasi

MELANOMA INVASIVO

LINFONODO SENTINELLA

- **Linfonodo sentinella negativo= maggiore intervallo libero da malattia (tempo tra intervento di mm e comparsa di metastasi ematogene)**
- **Linfonodo sentinella positivo= minore intervallo libero**

NEVO DISPLASTICO

- Inizialmente descritto in famiglie con ereditarietà per melanoma: lesione nevica con **atipia focale** e **fibrosi lamellare** nel derma papillare
- Successivamente il termine è entrato nell'uso comune per indicare una lesione nevica con **caratteristiche intermedie tra il benigno e il maligno**

NEVO DISPLASTICO

Nevo composto in cui la componente giunzionale (ancora contenuta nella membrana basale) non è più un nevo normale, ma **non ha tutte le caratteristiche di atipia del melanoma in situ**

NEVO DISPLASTICO

PER DEFINIZIONE

LA COMPONENTE DERMICA

È BENIGNA

NEVO DISPLASTICO

ASPETTO MACROSCOPICO:

- **Lesione pigmentata (rossastra o marrone chiaro)**
- **Piana**
- **asimmetrica**

NEVO DISPLASTICO

- **SPORADICO**

Singolo nevo displastico

- **FAMILIARE**

Nevi displastici multipli

(Soggetti con carnagione chiara e capelli rossi)

Nevi displastici



NEVO DISPLASTICO

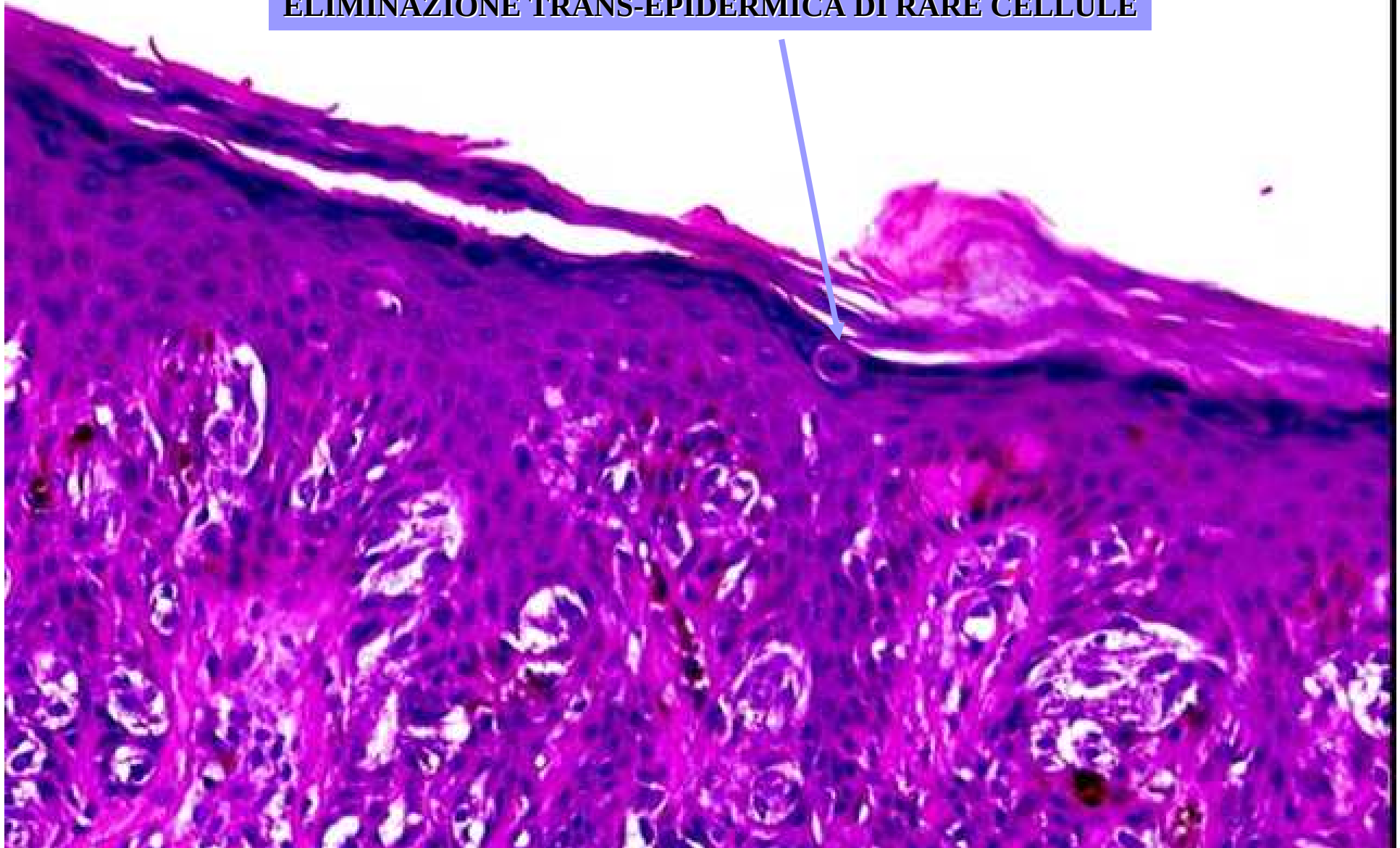
ASPETTO ISTOLOGICO:

- **ALLA GIUNZIONE:**
 - MELANOCITI ATIPICI
 - CRESCITA LENTIGGINOSA
 - *ELIMINAZIONE TRANS-EPIDERMICA DI
RARE CELLULE*

CELLULE ATIPICHE ALLA GIUNZIONE



ELIMINAZIONE TRANS-EPIDERMICA DI RARE CELLULE



NEVO DISPLASTICO

1) SE I NEVI DISPLASTICI SONO MULTIPLI :

- 1) PROBABILMENTE E' FAMILIARE**
- 2) ALTA PROBABILITA' DI SVILUPPARE
MELANOMA**

2) SE LA LESIONE E' SINGOLA:

- SE ASPORTATA COMPLETAMENTE IL
PAZIENTE E' GUARITO**