



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

Centro de Referência de Tumores Cutâneos

melanoma

Sumário

Introdução

Centro de Referência de Tumores Cutâneos - melanoma: o cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente..... 04

Entendendo seu diagnóstico 05

Estrutura da pele normal 05

Tumores cutâneos 05

Melanoma 06

Fatores de risco e prevenção 06

Processo de diagnóstico 07

Sinais e sintomas 08

Exames de imagem 09

Dermatoscopia e mapeamento corporal 09

Exame de PET-CT 11

*Tipos de biópsia para
confirmação do diagnóstico* 12

Entendendo o resultado de sua biópsia 13

Imunoistoquímica 14

Variantes do melanoma cutâneo 15

Estadiamento 16

Entendendo seu tratamento 17

Compreendendo como é desenvolvido
o plano de tratamento 18

Cirurgia 19

Tratamento sistêmico 21

Quimioterapia 22

Terapia-alvo 23

Imunoterapia 24

Radioterapia 26

Câncer recidivado 26

Câncer metastático 27

Cartilha de direitos do paciente com câncer 28

Demais informações no site 28



Centro de Referência de Tumores Cutâneos:

O cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente.

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca), são esperados 6.260 novos casos de melanoma no Brasil em 2019, sendo 2.920 em homens e 3.340 em mulheres. A maioria dos casos se concentra na região Sul, em pessoas de pele clara. Ainda que de incidência baixa, o melanoma é um dos tumores mais agressivos. Entretanto, quando diagnosticado nas fases iniciais tem alta chance de cura. Sua incidência vem aumentando ao longo dos anos. Dados apontam para crescimento de novos casos de 10% quando comparado a 2016.

Combater o câncer é uma causa da humanidade. É a nossa causa. A integração de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa do câncer é o modelo que adotamos no A.C. Camargo Cancer Center, assim como já é adotado nos principais *Cancer Centers* do mundo. Uma evolução do conceito de saúde em oncologia para aprofundar constantemente o combate à doença: o paciente é avaliado por um grupo multidisciplinar de especialistas em todas as etapas, desde o diagnóstico até a reabilitação.

Uma visão global e personalizada, porque cada paciente é único. Os atendimentos são segmentados de acordo com cada tipo de tumor. Assim, os pacientes com câncer de pele são atendidos no Centro de Referência de Tumores Cutâneos, consolidado por profissionais de várias especialidades, como: cirurgião, anestesista, oncologista clínico, radioterapeuta, entre outros.

Como funciona: desde o primeiro contato, você é atendido por um especialista em câncer de pele. Se necessário, será direcionado para o Navegador, um profissional que irá orientá-lo e acompanhá-lo durante toda a sua jornada de cuidados.

O tratamento é definido em conjunto pela equipe multidisciplinar e considera todas as informações de cada paciente. É o tratamento pensado para você. Dependendo do caso, vai envolver várias equipes, como Fisioterapia, Nutrição, Psico-oncologia, Serviço Social, Cuidados Paliativos, Central da Dor, entre outras. Para a discussão de casos que fogem do padrão, temos o *Tumor Board*, fóruns com especialistas de várias áreas que vão decidir a conduta terapêutica mais adequada.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento têm pleno conhecimento dos procedimentos a serem realizados. Essa visão do todo otimiza o custo do tratamento e também a vida do paciente, porque ele precisa vir menos vezes à unidade e a agenda é coordenada de modo a agrupar as consultas e os exames. **Oferecemos o que você precisa com a melhor qualidade e no menor tempo.**

Parte da sua jornada será em um espaço acolhedor, a Unidade Pires da Mota, com iluminação natural, visual leve e agradável, pensado para humanizar o atendimento desde a recepção até os leitos. Uma experiência mais positiva: você vai poder fazer seus exames, confirmar diagnósticos e ter definido seu tratamento em um único lugar, fora do contexto hospitalar tradicional.

É a evolução no cuidado. Faz toda a diferença contar com um *Cancer Center*.

Entendendo seu diagnóstico

Estrutura da pele normal

A pele é o maior órgão do corpo humano, responsável pela troca de calor e água com o ambiente, encarregado de proteger os órgãos internos contra bactérias e de captar e enviar para o cérebro informações sobre calor, frio, dor e tato. A pele tem três camadas: a epiderme, mais externa e mais fina, a derme e o tecido subcutâneo, mais profundo.

A epiderme, por sua vez, é também composta por camadas:

Superior - formada por células chamadas queratinócitos, responsáveis pela proteção e impermeabilização da pele;

Interna - formada pelas chamadas células basais, que dão origem aos queratinócitos;

Melanócitos - células que também se encontram na camada basal, responsáveis pela produção de melanina, o pigmento marrom que dá cor à pele, cuja função é proteger as camadas mais profundas contra os efeitos nocivos da radiação solar. Negros e brancos possuem a mesma quantidade de melanócitos, mas as pessoas de pele escura produzem mais melanina, especialmente uma chamada eumelanina, mais eficiente na proteção contra os raios ultravioleta (UV) do sol. É por isso que negros e afrodescendentes têm menor risco de desenvolver câncer de pele.

Tumores cutâneos

Os tumores cutâneos são os mais frequentes nos seres humanos, correspondendo a cerca de 30% de todos os tumores. Dentre esses 30%, existem os tumores não melanomas (que surgem nas células basais ou nas escamosas) representando 80% desses casos; os melanomas (que têm origem nos melanócitos) representando cerca de 20% dos casos; e outros tumores mais raros, como carcinoma de células de Merkel, linfomas cutâneos, sarcomas cutâneos, entre outros.

Melanoma

O melanoma representa apenas 3% dos casos de câncer de pele no Brasil. Descoberto em seus estágios iniciais, o melanoma é quase sempre curável. Porém, se diagnosticado tardiamente, pode se espalhar para outras partes do corpo no processo chamado metástase.

Na maioria das vezes, melanomas aparecem em pessoas de pele clara, mais frequentemente no tronco (homens) e nas pernas (mulheres), embora possam surgir em outras partes do corpo, como a região da palma das mãos, planta dos pés e embaixo das unhas. Apesar de mais comuns em pessoas de pele clara, pessoas com outros tipos de pele também podem apresentar a doença. O melanoma pode surgir em áreas de pele normal ou em modificação de pintas já conhecidas.

Fatores de risco e prevenção

Os fatores de risco mais associados com o melanoma são:

Sol - a exposição à luz solar é sabidamente um fator associado aos tumores cutâneos. No caso do melanoma, sobretudo as exposições agudas e intermitentes, tais como pessoas que tomam sol sem proteção durante férias ou nos finais de semana;

Ter pele clara - comparado com outros tipos de pele, pessoas de pele, cabelos e olhos claros apresentam risco maior de desenvolvimento de tumores cutâneos;

Grave queimadura de sol - queimaduras de sol na infância ou adolescência aumentam o risco de aparecimento da doença mais tarde;

Pintas - uma pinta (nevus) é um tumor benigno, mas alguns tipos de pintas aumentam o risco de uma pessoa desenvolver melanoma. Pessoas com muitas pintas, especialmente as grandes, devem consultar um especialista regularmente e ter cuidado redobrado quando expostas ao sol;

Histórico familiar - de maneira geral, história familiar de parentes de primeiro grau com câncer de pele aumenta a chance de desenvolvimento de tumores cutâneos, incluindo melanoma. Entretanto, em 10% dos casos existe a possibilidade de alguma alteração genética predispor essa doença (síndromes hereditárias). Suspeita-se dessa condição em indivíduos com múltiplos casos de melanoma ou que possuam vários familiares com essa doença. Há pacientes com melanoma que tem um parente próximo (pai, mãe, irmãos e filhos) com a doença por outros motivos e não por defeitos genéticos. Pode ser porque

a família tem o hábito de passar muito tempo ao ar livre, porque são todos de pele muito clara ou ambos. Membros dessas famílias devem consultar o especialista pelo menos uma vez ao ano, aprender a observar a própria pele e ter cuidado redobrado quando expostos ao sol. O melanoma familiar, como é chamado, pode ocorrer também por um defeito hereditário. Nesses casos, seu médico pode encaminhar para um oncogeneticista;

Síndromes hereditárias - existem algumas alterações genéticas que predis põem ao melanoma e outros tumores. O xeroderma pigmentoso é um exemplo de síndrome genética de predisposição ao melanoma. Trata-se de uma doença genética rara. Os doentes têm um dano no DNA que impede o reparo da pele atingida pelos raios do sol. Os portadores podem ter vários cânceres de pele, começando já na infância;

Imunossuprimidos - condições que levam à baixa imunidade, como transplantes, doenças reumatológicas e AIDS, apresentam risco de câncer de pele, que, podem apresentar comportamento mais agressivo que o habitual;

Idade - melanomas são mais comuns em adultos, sendo o pico de incidência aos 50 anos, mas atinge uma faixa de idade que vai desde adultos jovens até pessoas muito idosas.

Prevenção:

Filtro solar - utilizar um produto que proteja contra radiação UVA e UVB e tenha um fator de proteção solar (FPS) 30, no mínimo. Reaplicar o produto a cada duas horas, ou menos, nas atividades de lazer ao ar livre. O cuidado deve ser redobrado com as crianças, porque a exposição exagerada ao sol nos primeiros 20 anos de vida é decisiva para o aparecimento de câncer de pele na meia-idade. Pessoas de alto risco (pele e olhos claros) precisam usar filtro solar no dia a dia também, principalmente no rosto e nos braços, quando fizer passeios, caminhadas, exercícios ou compras ao ar livre. A recomendação vale também para aqueles dias de mormaço ou nublados;

Medidas de barreira - chapéu de abas largas, óculos escuros que protegem a área delicada em torno dos olhos e camisetas com proteção UV são excelentes armas para prevenir o câncer de pele. No dia a dia, procure cobrir as áreas expostas com roupas apropriadas, como uma camisa de manga comprida e calças;

Evitar horários de pico de radiação solar - evitar os horários de maior incidência da radiação solar, sobretudo entre 10h e 16h;

Vigilância da pele - tenha o hábito de observar regularmente a pele à procura de manchas suspeitas e pintas novas ou que se modificaram. Procure consultar um dermatologista pelo menos uma vez ao ano para o exame apropriado da pele.

Já ter tido melanoma aumenta enormemente o risco de ter outro.

Processo de diagnóstico

Em caso de suspeita de melanoma, seu médico irá perguntar quando a mudança em sua pele surgiu, se ela aumentou de tamanho ou mudou de aparência, se alguém mais em sua família teve câncer de pele e sobre

a sua exposição aos fatores de risco. Ele irá examiná-lo e verificar tamanho, forma, cor, textura da lesão, se ela sangra ou descama, se há outras manchas e pintas suspeitas e se há inchaço dos gânglios linfáticos do pescoço, axilas e virilha, que pode indicar que o melanoma se espalhou.

Sinais e sintomas

Uma pinta normal é geralmente marrom ou preta, de coloração uniforme, chata ou levemente elevada em relação ao restante da pele. Elas podem ser redondas ou ovais e costumam ser menores que aquela borracha na ponta de um lápis. Podem estar na pele já no nascimento ou aparecer depois, mas são estáveis, com mesmo tamanho, forma e cor por muitos anos, embora possam clarear nas pessoas idosas.

As pintas preocupantes seguem uma regra chamada **ABCDE**

A

Benigno	Maligno
	
Simétrico	Assimétrico

Assimétricas: quando a metade da pinta é diferente da outra metade.

B

Benigno	Maligno
	
Bordas regulares	Bordas irregulares

Bordas irregulares: se elas são dentadas, chanfradas e com sulcos.

C

Benigno	Maligno
	
Uma cor só	Mais de uma cor

Cor: quando não é a mesma em toda a pinta, com diferentes tons de marrom e preto e, às vezes, de vermelho, azul ou branco.

D

Benigno	Maligno
	
Diâmetro < 6 mm	Diâmetro > 6 mm

Diâmetro de mais de 6 mm, embora médicos possam diagnosticar melanomas bem menores com um aparelho chamado dermatoscópio.

E

Evolução: mudanças observadas em suas características ao longo do tempo (tamanho, forma ou cor).

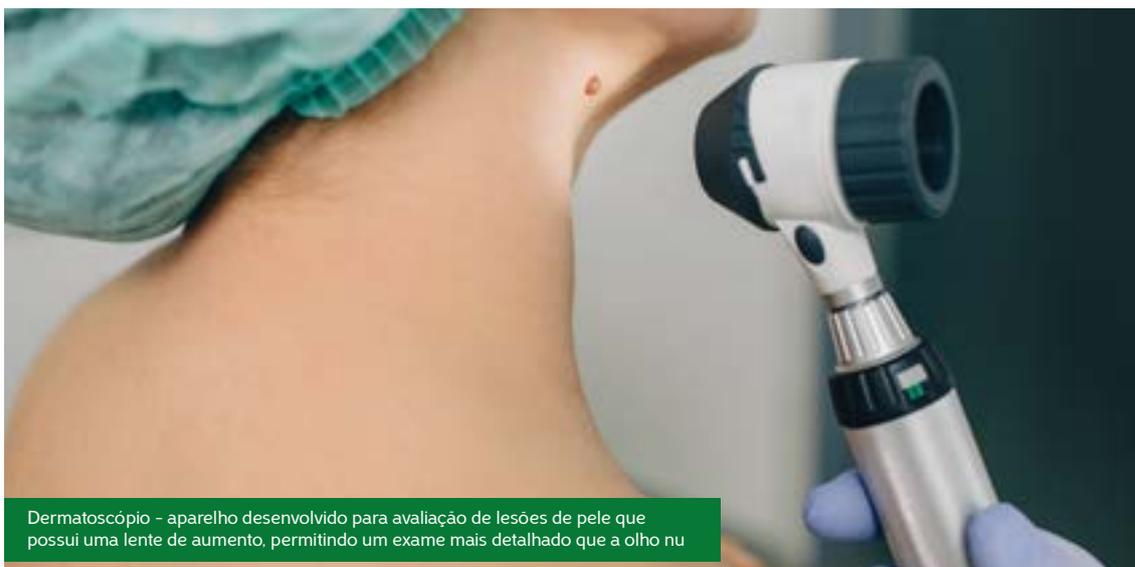
Alguns melanomas fogem dessa descrição e o melhor é procurar um especialista se você suspeitar de algo diferente.

Exames de imagem

Os recursos podem ser para diagnóstico e estadiamento, procedimento para realizar exames de imagem para avaliação das diversas áreas do corpo à procura de focos da doença. Os testes para descobrir se o melanoma se disseminou pela pele ou atingiu outros órgãos podem envolver exames como raio-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).

Alguns exames de imagem, como raios-X e tomografia, usam radiação. Outros, como ultrassonografia e ressonância magnética, não. As razões para o médico pedir um ou outro exame dependem de cada caso, afinal, cada paciente é único. E, para nós, sua segurança é prioridade.

Dermatoscopia e mapeamento corporal



Dermatoscópio - aparelho desenvolvido para avaliação de lesões de pele que possui uma lente de aumento, permitindo um exame mais detalhado que a olho nu

A dermatoscopia consiste na utilização de um aparelho (o dermatoscópio) durante a consulta dermatológica tanto para auxiliar o diagnóstico quanto para identificação e avaliação de novas lesões suspeitas. Alguns pacientes necessitam de exames mais complexos com a dermatoscopia associada a um programa que captura e armazena as imagens, possibilitando a avaliação médica da evolução das lesões. Esse mapeamento corporal total com a dermatoscopia digital é indicado para os pacientes com risco aumentado de desenvolvimento do melanoma.

Pacientes de risco

- Pele clara, olhos e/ou cabelos claros
- Nevos atípicos
- Múltiplos nevos

Indicações para o exame de mapeamento corporal total e dermatoscopia digital

- Síndrome dos nevos displásicos (presença de múltiplos nevos com sinais de ABCD)
- Antecedente familiar e/ou pessoal de melanoma

Acompanhamento

- Primeiro exame | 6 meses | 1 ano

Como é possível observar abaixo, alguns pacientes possuem tantos nevos que fica impossível saber se algum apresentou mudança se não está gravado em sistema.



Exame de PET-CT

O exame de PET-CT foi desenvolvido para identificar em todo o corpo, em apenas um exame, os locais e a atividade das células tumorais, usando-se o princípio de visualização do consumo de glicose marcada (18F-FDG). Esse exame pode ser solicitado para a realização do estadiamento, avaliação do resultado de algum tratamento, para acompanhamento dos casos que já foram tratados e, em algumas situações, como auxílio nos casos de dúvida sobre a recidiva da doença. Importante ressaltar que nem todos os casos se beneficiam desse exame. O médico que irá acompanhá-lo avaliará a necessidade desse procedimento. A radiação do exame é aceitável para pacientes com indicação precisa. Os exames de medicina nuclear e PET-CT são seguros e tem como contraindicação apenas a gravidez e, em alguns casos, a alergia ao contraste.



Tipos de biópsia para confirmação do diagnóstico

A confirmação ou não do diagnóstico é feita por meio de uma biópsia, sempre com anestesia. O tipo dela vai depender do tamanho da lesão e de sua localização no corpo, mas na maioria dos casos de suspeita de melanoma, os médicos removem todo tumor durante a biópsia excisional ou de excisão.

Antes



Depois

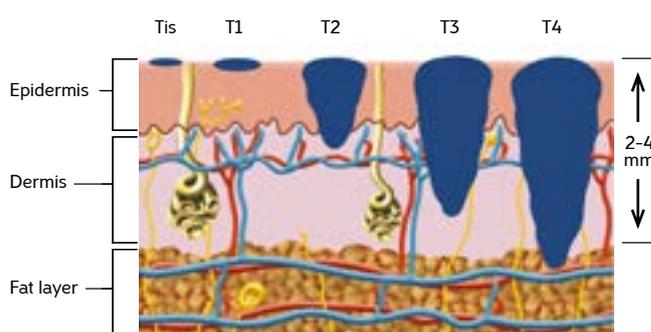


Entendendo o resultado de sua biópsia

Na biópsia que seu médico fez fora ou dentro do A.C. Camargo Cancer Center, alguns aspectos podem te ajudar a entender seu caso. Se a biópsia foi feita fora, temos o hábito de sempre revisar na instituição para padronizarmos os resultados, eventualmente algum dado pode ser modificado ou uma nova informação surgir.

Um dos principais pontos é a profundidade que o melanoma atinge em milímetros a partir das camadas mais superficiais, que chamamos de Breslow. A medida que aprofunda continuamente, aumenta a chance da doença estar mais avançada, ter se disseminado para linfáticos ou órgãos a distância. De maneira geral, consideramos inicial um melanoma até 1 mm, intermediário entre 1 e 4 mm e profundo com mais de 4 mm.

Outros pontos importantes são a presença de ulceração no tumor e o índice de mitoses (células em divisão), que também aumentam a chance de doença mais



avançada. A programação inicial do tratamento do melanoma, juntamente com a informação sobre gânglios comprometidos na região, que drena a pele onde se encontra o melanoma, é baseada nesses fatores.

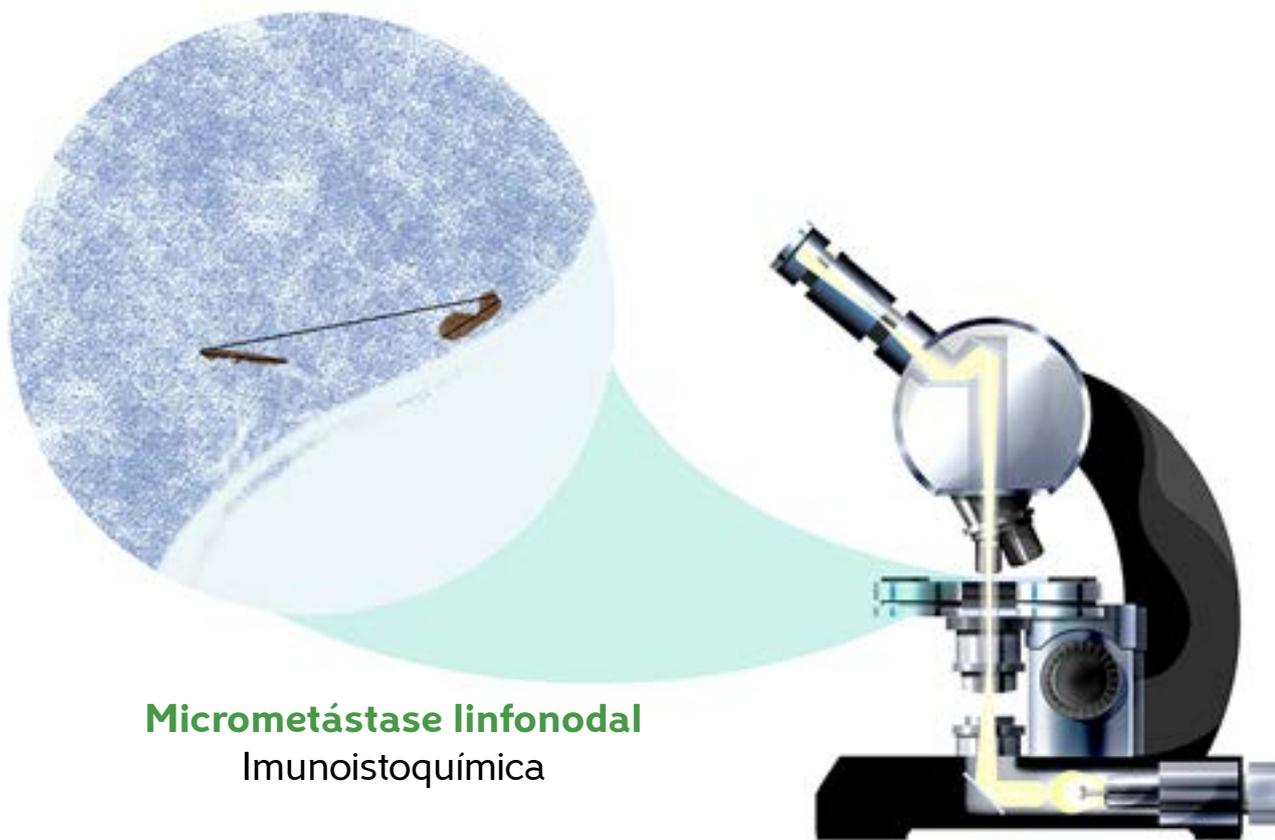
Um ponto que rotineiramente causa ansiedade desnecessária nos pacientes é a classificação de Clark, que costuma aparecer no laudo da biópsia do melanoma. Ela vai de I a V e também diz respeito à profundidade que o melanoma acomete a pele. O papel prognóstico do Clark é inferior ao Breslow e, atualmente, é de pouca utilidade. Alguns pacientes confundem o Clark IV com estágio IV, que é quando a doença já tem metástases. Mas o Clark IV ainda se refere à lesão localizada.

Em uma situação mais rara, o melanoma se espalha (metástase) para os gânglios linfáticos, pulmões, cérebro ou outros órgãos sem ter tido uma lesão que se conheça na pele. Quando isso ocorre, o melanoma metastático pode ser confundido com um câncer que teve início nesses órgãos. Por exemplo, descobre-se um câncer que parece ser de pulmão, mas que na verdade é um melanoma que atingiu o pulmão. Nesses casos, as amostras da biópsia são examinadas para ver se trata de melanoma, porque diferentes tipos de câncer exigem diferentes tratamentos.

Imunoistoquímica

Na maioria dos casos, o diagnóstico de melanoma é feito pelo patologista baseado na morfologia da célula, que identifica como melanoma. Em casos em que o diagnóstico não é tão claro, pode ser usado o recurso da imunoistoquímica. Trata-se de uma coloração especial direcionada para características que alguns tumores possuem. Essa técnica também é utilizada na análise do linfonodo sentinela (vide explicação no item cirurgia para o melanoma) que foi retirado para facilitar o encontro de focos muito pequenos de melanoma. Na figura abaixo, foi encontrada uma metástase no gânglio por meio da imunoistoquímica.

14



Micrometástase linfonodal
Imunoistoquímica

Variantes do melanoma cutâneo

Existem vários tipos de melanoma. O mais comum é o cutâneo (da pele), que corresponde a 90% dos casos, mas existem também o melanoma uveal (do olho), o melanoma de mucosas (de genitais, da cavidade oral, anal e mucosa nasal) e outros ainda mais raros. Cada um possui suas causas, tratamentos e probabilidade de cura. Entre os melanomas cutâneos, existem também alguns subtipos, como o extensivo superficial, o nodular, o lentigo maligno e o acral. Os acrais, de forma peculiar, ocorrem nas palmas das mãos, plantas dos pés e abaixo das unhas. Os subtipos do melanoma cutâneo diferem em populações que acometem e, eventualmente, em tratamentos.

O melanoma uveal é normalmente tratado pelo oftalmologista. Nesta cartilha, abordaremos o melanoma cutâneo, acral e de mucosas, representados abaixo:



Melanoma cutâneo

Acomete a pele

Melanoma acral

Acomete a pele, planta do pé, palma da mão e unhas



Melanoma de mucosas

Acomete órgãos genitais, ânus e cavidade oral

Estadiamento

O estadiamento é uma forma de classificar a extensão do tumor primário na pele, se ele afetou os gânglios linfáticos ou outros órgãos. Para isso, é usada uma combinação de letras e números: T (tumor), N (nódulos ou gânglios linfáticos) e M (metástase) e números de 0 (sem tumor ou gânglios afetados ou sem metástase) a IV (sendo I a IV em números romanos), esse último indicando maior acometimento.

De maneira geral, quando o melanoma está localizado apenas na pele, tem uma probabilidade de cura bem melhor. Quando acomete os gânglios, ou linfonodos, sendo uma disseminação próxima à pele que originou o tumor, tem uma probabilidade de cura intermediária. Quando acomete órgãos a distância, tais como, pulmão, fígado e cérebro, tem um tratamento mais complexo e uma menor probabilidade de cura.

No estadiamento do melanoma, assim como em outros tumores, usamos a ferramenta TNM. O T significa avaliação do tumor primário e varia de T1 a T4. Ele é composto pela profundidade do melanoma e presença ou não de ulceração, por exemplo, Breslow menor que 1 mm, ulcerado (T1b), entre 1-2 mm, sem ulceração, (T2a) e assim por diante.

16

O acometimento dos linfonodos chamamos de N. Ele se subdivide baseado na forma como o linfonodo foi descoberto (já visto no exame clínico ou pela pesquisa do linfonodo sentinela) e pelo número de linfonodos acometidos. Por exemplo, se o paciente tem um linfonodo apenas e esse foi descoberto por meio da pesquisa do linfonodo sentinela, é N1a. Se tem 4 linfonodos que foram descobertos pelo exame clínico, é N3b e assim por diante. Caso não possua linfonodos acometidos, é N0.

Quando o melanoma alcança órgãos distantes do local de origem, utilizamos a letra M para descrição. Se não tem metástase, é M0. Se possui, é M1. A depender do sítio onde se encontra a metástase, a classificação varia de M1a-M1d. Outra subdivisão é pelo exame de sangue DHL. Pacientes com valores de DHL elevado possuem doença mais agressiva, portanto, faz parte da avaliação solicitar esse exame. Para a avaliação da presença de metástases, o médico precisará solicitar exames de imagens, que podem variar de raio-X, ultrassom, tomografias ou ressonância, até o exame de PET-CT a depender do caso.

Entendendo seu tratamento

No cuidado do câncer, médicos de diferentes especialidades trabalham juntos para criar um plano de tratamento personalizado para cada paciente. As opções e recomendações dependem de:

Fatores relacionados ao tumor - tipos, tamanho, extensão de sua disseminação (classificado em diferentes estágios do câncer) e presença ou não de algumas mutações no tumor, como a do gene BRAF;

Fatores relacionados ao paciente - idade, comorbidades, alergias, medicações em uso e desejos pessoais;

Fatores associados ao tratamento - tipos de efeitos colaterais, duração do tratamento e resultados esperados. Embora mais rara, a pesquisa de mutações em genes relacionados aos cânceres hereditários também poderá fazer parte desta avaliação.

17

Antes do início do tratamento, é importante discutir os objetivos e os possíveis efeitos colaterais com o médico.

Pode fazer parte do plano de tratamento

- Cirurgia**
- Radioterapia**
- Imunoterapia**
- Terapia-alvo**
- Quimioterapia**
- Terapias locais tópicas**
- Ensaio clínico**
- Cuidado paliativo**

Cada uma delas, sozinha ou combinada, pode ter como objetivo

- Retirar o câncer**
- Reduzir o crescimento do câncer**
- Reduzir o risco de disseminação do câncer para outras partes do corpo**
- Encolher o tumor para melhorar a operabilidade**
- Aliviar os sintomas**
- Gerenciar os efeitos colaterais**

Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento

Após a confirmação do diagnóstico de melanoma, em geral, após a retirada da lesão suspeita (biópsia excisional), são analisadas as características do tumor que estão associadas ao seu comportamento para que possamos planejar o tratamento de forma adequada (por exemplo, a espessura do melanoma). Além disso, serão solicitados exames de imagens para avaliação da presença do tumor em outras partes do corpo. Na maioria dos casos, no momento do diagnóstico, o melanoma encontra-se restrito à pele ou aos linfonodos que drenam a região.

De posse dessas informações, a equipe médica tomará decisões, como tamanho da ampliação da área da pele onde residia o melanoma (cirurgia de ampliação de margens), necessidade ou não de investigar os linfonodos que drenam aquela região da pele acometida (cirurgia de pesquisa de linfonodo sentinela), necessidade da remoção completa dos linfonodos em casos de acometimento pelo melanoma (cirurgia de linfadenectomia) e, nos casos de suspeita de doença metastática (focos do melanoma em outras partes do corpo), solicitar a realização de uma biópsia da área sob suspeita (fígado, por exemplo) para confirmação do diagnóstico.

Para o planejamento do tratamento sistêmico, a equipe médica irá solicitar exames de sangue completos e pesquisa de mutações no material do tumor para guiar a escolha do tratamento.

A cirurgia, em geral, é o primeiro passo no tratamento dos casos de melanoma restritos à pele e/ou aos linfonodos que drenam a região. Eventualmente, nos casos onde o comprometimento dos linfonodos for acentuado ou nos casos de doença metastática ao diagnóstico, o tratamento sistêmico será o escolhido de início, podendo, ou não, ser complementado por outros métodos.

Cirurgia

Existem alguns tipos de cirurgias para os pacientes com melanoma e cada uma possui seus objetivos.

Ampliação de margens: remover uma parte da pele onde residia o melanoma para evitar a recidiva do tumor nessa região. O tamanho da área a ser retirada depende da espessura do melanoma. Todos os pacientes com melanoma não metastáticos são considerados para esse procedimento.

Marcar bem a lesão
no centro do círculo
a caneta

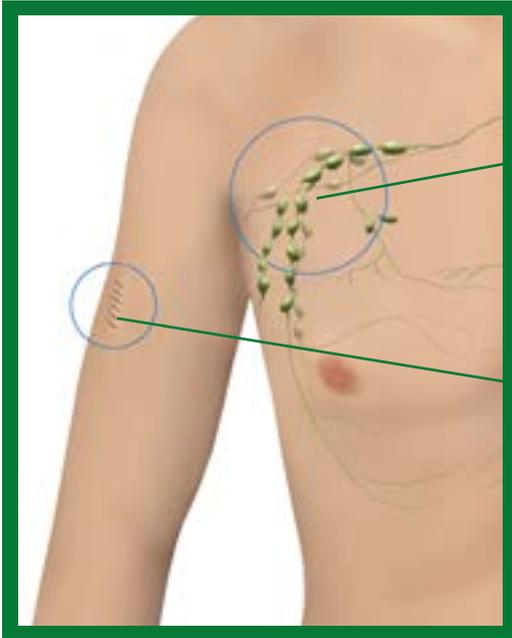


Pesquisa de linfonodo sentinela: realizar a injeção de contraste ou um radioisótopo na pele onde foi diagnosticado o melanoma para que seja absorvido e aponte qual linfonodo está drenando essa região. Esse procedimento é solicitado em casos onde não exista linfonodos suspeitos ao exame clínico, mas que possam estar acometidos de forma microscópica. A chance do linfonodo estar acometido de forma imperceptível ao exame clínico e/ou exame de imagem convencional é avaliada por algumas características do tumor, como espessura, presença de ulceração e número de mitoses. Portanto, nem todos os pacientes necessitarão desse procedimento. Uma vez indicado, a equipe cirúrgica procederá então a retirada do linfonodo que recebeu a drenagem para que possa ser analisado em microscópio. Essa informação é de grande valia para o planejamento do restante do tratamento, como necessidade ou não de receber tratamento sistêmico preventivo.



Linfonodo sentinela após injeção de corante em torno da lesão encontra-se o linfonodo correto corado.

Linfadenectomia: cirurgia para retirada dos diversos gânglios de uma determinada região. Atualmente, essa cirurgia está indicada para os pacientes com linfonodos comprometidos, detectados à palpação e/ou por meio dos exames de imagem e confirmados por punção aspirativa (comprometimento clínico). Nos pacientes com linfonodos comprometidos detectados pelo linfonodo sentinela (doença microscópica linfonodal), é seguro, na maioria dos casos, apenas a vigilância dessa região sem a necessidade da cirurgia de linfadenectomia. Cada caso será discutido individualmente. Essa consideração é importante, pois a cirurgia de linfadenectomia pode apresentar algumas complicações, como inchaço no membro (linfedema) ou alteração de sensibilidade no local.



Linfadectomia:

Retirada dos gânglios que drenam a região do melanoma.

Retirada do melanoma

Cirurgia plástica reparadora: dependendo do tamanho da área da pele que precisará ser removida, pode haver a necessidade de procedimentos de cirurgia plástica para o adequado fechamento da pele, como retalhos ou enxertos.

Cirurgia de ressecção de metástases: o tratamento principal da doença metastática é o que chamamos de tratamento sistêmico (vide abaixo). Entretanto, em alguns casos pode haver a necessidade de procedimentos cirúrgicos para remoção de focos da doença que estejam ocasionando sintomas (dor, sangramento ou obstrução intestinal) ou para retirar focos que restaram durante ou após o término do tratamento sistêmico.

Perfusão ou infusão isolada de membros: em algumas situações, o melanoma pode se disseminar através da pele e do tecido celular subcutâneo. Quando isso acontece nos membros, uma forma de tratamento pode ser uma cirurgia destinada a isolar o membro temporariamente da circulação sanguínea do resto do corpo e realizar quimioterapia aquecida apenas nesse membro. Essa forma de tratamento é considerada regional, pois tem o alcance de tratar todo o membro de uma só vez.

Cada caso pode direcionar um tipo ou um conjunto de cirurgias, por exemplo:

- **Ampliação de margens apenas;**
- **Ampliação de margens e pesquisa de linfonodo sentinela;**
- **Ampliação de margens, pesquisa de linfonodo sentinela e posterior linfadenectomia em caso de positividade do sentinela;**
- **Ampliação de margens e linfadenectomia imediata;**
- **Linfadenectomia apenas;**
- **Ressecção de metástases.**

Tratamento sistêmico

O tratamento sistêmico visa oferecer medicamentos que possam atuar em todas as partes do corpo. No caso do melanoma, as opções são imunoterapia, terapia-alvo e quimioterapia. O tratamento pode ser indicado como:

Terapia sistêmica exclusiva - maioria dos casos de doença metastática, onde o objetivo é controlar todos os focos de doença ao mesmo tempo. Nessa situação, não existe um tempo predeterminado de duração de tratamento;

Terapia adjuvante - tratamento sistêmico complementar após a cirurgia, geralmente nos casos com linfonodos positivos, mas ainda sem metástases. O objetivo é diminuir as chances de recidiva do tumor após a cirurgia por meio da erradicação da doença microscópica, em geral, trata-se por 1 ano;

Neoadjuvante - quando o tratamento sistêmico é feito antes da cirurgia, como nos casos onde objetiva-se a diminuição do tumor, reduzir a extensão da cirurgia e tratar precocemente a doença microscópica. A duração da terapia neoadjuvante ainda está em discussão.

Nem todos os casos necessitam de tratamento sistêmico. Em geral, a discussão da necessidade de tratamento sistêmico acontece nos casos onde existe o comprometimento dos linfonodos e/ou presença de metástases.

Quimioterapia

A quimioterapia é uma modalidade de tratamento que utiliza medicamentos específicos para a destruição das células cancerosas. Como atuam em diversas etapas do metabolismo celular, as medicações alcançam as células malignas em qualquer parte do organismo com o objetivo de diminuir ou parar a atividade do tumor.

No tratamento do melanoma, a quimioterapia tem sido utilizada apenas para o tratamento da doença metastática, após falha de outros, como a imunoterapia e/ou a terapia-alvo. A aplicação da quimioterapia é definida pelo médico oncologista e pode ser realizada durante a internação ou em ambulatório. O tratamento quimioterápico pode contar com um único medicamento ou com a combinação de vários deles (mistura de drogas e doses), por via intravenosa (na veia ou por cateteres) ou via oral (comprimidos ou cápsulas). Os efeitos colaterais podem ser comuns ou específicos a cada um dos agentes empregados. No caso dos agentes frequentemente empregados no tratamento do melanoma, os efeitos mais observados são náuseas, vômitos, queda de cabelo, dores musculares, sensação de fraqueza e possibilidade de baixa imunidade. Em todos os casos, o tratamento é acompanhado pelo médico oncologista, que avalia a eficácia da terapêutica adotada e decide, a partir dos resultados e das reações orgânicas apresentadas por cada paciente, a necessidade de adotar algum ajuste.

22



Terapia-alvo

Um dos grandes avanços no tratamento do melanoma foi o entendimento das características moleculares desse tumor. Hoje, sabemos que existem mutações que acontecem apenas no tumor e que exercem papel dominante no funcionamento da célula tumoral. O descobrimento dessas alterações proporcionou a criação de medicações com capacidade de inativar a ação que essas mutações promovem na célula neoplásica e contribuir no controle da doença.

Aproximadamente, 50% dos casos dos melanomas de pele apresentam uma mutação no gene BRAF, para a qual foi desenvolvido uma classe de terapia-alvo chamada inibidores do BRAF e inibidores do MEK. Atualmente, pacientes que apresentam o tumor com essa mutação são candidatos a esse tipo de tratamento, tanto no cenário adjuvante (nos casos de linfonodos comprometidos) quanto no cenário metastático. A escolha por esse tratamento ou não dependerá da avaliação do seu oncologista, que poderá levar em consideração outras informações sobre o caso. Pelo fato dessas medicações funcionarem apenas nos tumores mutados, é rotina que a equipe médica solicite a pesquisa desta mutação nos casos avançados. São medicações de uso oral e que necessitam de cuidados e orientações específicas com relação aos efeitos colaterais. Dentre os efeitos mais importantes, destaca-se fotossensibilidade, dores articulares, manchas pelo corpo, alteração de enzimas hepáticas, febre alta, fraqueza, náuseas e diarreia. Em casos mais raros, pode haver alterações cardíacas e oculares, na quase totalidade reversíveis. É importante também que exista uma checagem das medicações de uso habitual do paciente, pois pode acontecer interações importantes com essas drogas.

23



Imunoterapia

A imunoterapia age de forma distinta daquela promovida por qualquer outro tipo de tratamento oncológico. Enquanto os mecanismos de ação contra o tumor oferecidos pela quimioterapia e pelas drogas de alvos moleculares baseiam-se em atacar as células tumorais diretamente, a imunoterapia auxilia o próprio sistema imunológico do paciente a identificar e combater o câncer. Entende-se por imunoterapia qualquer forma de tratamento que vise otimizar a resposta do nosso sistema imunológico contra o câncer.

O recente avanço no conhecimento do funcionamento do nosso sistema imune e como ele é enganado pelas células tumorais proporcionou a criação de uma nova classe de medicamentos imunoterápicos, os inibidores de pontos de verificação. São anticorpos monoclonais administrados de forma intravenosa em veias periféricas. Essas medicações apresentam resultados muito importantes e já são consideradas a principal forma de tratamento em algumas situações. O melanoma é um dos tumores que mais se beneficia dessa modalidade de tratamento. Atualmente, são empregadas tanto no cenário adjuvante (nos casos de pacientes com linfonodos positivos) ou no cenário metastático. Assim, como o benefício do tratamento com a imunoterapia é decorrente da hiperativação do sistema imunológico, os efeitos colaterais também são. Embora menos frequentes quando comparados à quimioterapia e terapia-alvo, os efeitos adversos imunomediados necessitam de abordagem e conhecimentos específicos por parte da equipe médica para reconhecimento precoce e manejo adequado.

Os efeitos mais comuns são fadiga, alterações cutâneas e alterações endócrinas. Efeitos mais raros, porém com maior potencial para gravidade, podem acontecer, como as hepatites e pneumonites. Na maioria das vezes, quando adequadamente tratados, os efeitos adversos são autolimitados. Entretanto, alguns podem ser duradouros ou irreversíveis, como as alterações hormonais que podem demandar o uso de reposição do hormônio indefinidamente. O uso combinado de imunoterapias aumenta substancialmente o risco dos efeitos adversos.

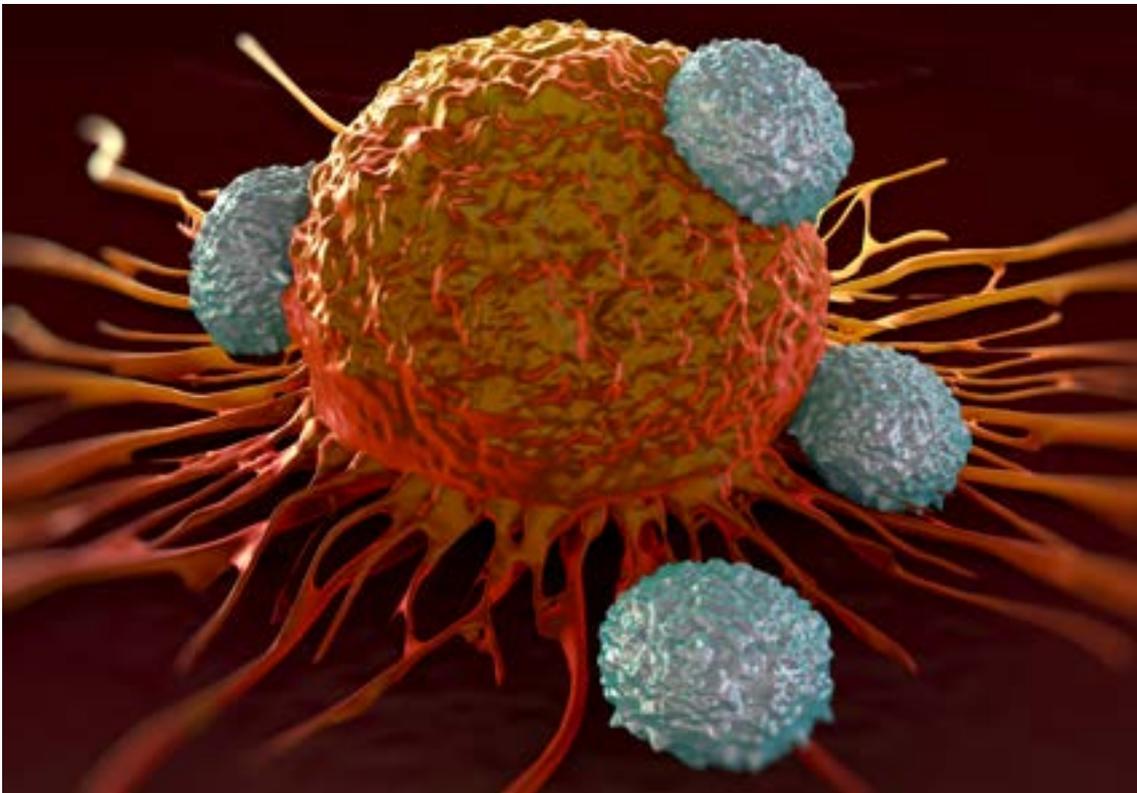
Nosso Centro de Imunoterapia conta com uma equipe de 70 colaboradores, incluindo oncologistas clínicos, patologistas, radiologistas, radioterapeutas, pneumologistas, dermatologistas, endocrinologistas, intensivistas e médicos em atendimento de emergência, além de enfermeiros dedicados responsáveis pelo acompanhamento de pacientes.

Para aprofundar o conhecimento sobre alternativas individualizadas de tratamento, criamos o Grupo de Imuno-oncologia Translacional que conta com tecnologias pioneiras na América Latina, utilizada nos grandes centros dos EUA e Europa, promovendo melhores tratamentos a partir da integração de assistência, pesquisa e ensino.

Para saber mais sobre a imunoterapia e os efeitos colaterais, consulte nossa Cartilha de Imunoterapia:

<http://www.accamargo.org.br/sites/default/files/2018-07/manual-imunoterapia.pdf>

25



Radioterapia

A radioterapia é um tratamento que utiliza a radiação para destruir ou impedir o crescimento das células de um tumor, controlar sangramentos e dores e reduzir tumores que estejam comprimindo outros órgãos. Durante as aplicações, você não conseguirá ver a radiação, nem sentirá dor. No melanoma, a radioterapia poderá ser discutida em alguns casos, como no tratamento complementar à cirurgia de linfadenectomia (tratamento adjuvante) ou no cenário de doença metastática, com intuito de controle local de focos da doença.



26

Câncer recidivado

Se o melanoma retornar após o tratamento para a doença de estágio inicial, é chamado de câncer recidivado.

O melanoma pode voltar no mesmo local (chamado recidiva local), nos linfonodos que drenam a região da pele que continha o melanoma (recidiva regional linfonodal), na pele e/ou tecido celular subcutâneo entre a região onde residia o melanoma e a estação linfonodal que drena a região (recidiva em trânsito ou satélite) ou em outra parte do corpo, como ossos, pulmões, fígado e cérebro (recidiva a distância ou metástases a distância).

O câncer recorre porque uma porcentagem de células tumorais pode permanecer latente no corpo após o tratamento e, posteriormente, se

multiplicarem o suficiente para se tornarem visíveis e diagnosticadas como uma recorrência do tumor inicial.

Em caso de uma recorrência, o ciclo de exames começará novamente para obter o máximo possível de informações, avaliando a extensão do acometimento atual. Muitas vezes, uma nova biópsia para confirmação da recidiva será solicitada para verificar se, eventualmente, não se trata de um outro diagnóstico ou até mesmo uma outra neoplasia.

O tratamento do melanoma recidivado depende do(s) tratamento(s) anterior(es), do tempo desde o diagnóstico original, da localização da recorrência e das características atuais do tumor. A recorrência de câncer pode trazer emoções, como descrença ou medo. Pacientes nessas situações devem conversar com seu médico e equipe de cuidados sobre esses sentimentos e perguntar sobre serviços de apoio.

Câncer metastático

Se o melanoma tiver disseminado para outro local do corpo, ele é chamado de câncer metastático.

27

Os objetivos primários do tratamento do melanoma metastático são obter a máxima redução da doença, manter o controle do crescimento tumoral o maior tempo possível, manutenção da qualidade de vida por meio do controle de sintomas, suporte emocional, nutricional e alinhamento aos desejos do paciente.

Em alguns casos, o tratamento pode atingir o desaparecimento total da doença por tempo indefinido, com a possibilidade de cura. Sua equipe de cuidado pode recomendar um plano de tratamento de imunoterapia, terapia-alvo ou quimioterapia associados ou não à radioterapia. A escolha do seu tratamento depende de diversos fatores, como presença de sintomas, localização das metástases, tempo entre o diagnóstico inicial e recidiva, velocidade de crescimento do tumor, alterações laboratoriais, uso de corticoide e presença ou não da mutação no gene BRAF.

Portanto, seu médico irá propor a melhor alternativa para o seu caso específico, podendo contar com reuniões multidisciplinares para discussão (*Tumor Board*). É comum que o câncer possa adquirir

resistência ao tratamento ao longo do tempo e que a equipe médica necessite discutir a mudança do tratamento por diversas ocasiões. Cuidados paliativos também serão importantes para ajudar a aliviar os sintomas e efeitos colaterais.

Para a maioria dos pacientes, o diagnóstico de câncer metastático é muito estressante e, às vezes, difícil de suportar. Recomenda-se que os pacientes e suas famílias falem sobre como estão se sentindo com médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou outros membros da equipe.

Cartilha de direitos do paciente com câncer

Para apoiar e auxiliar o paciente oncológico, elaboramos uma cartilha que reúne os direitos do paciente com câncer.

Essa foi a forma encontrada para demonstrar nossa preocupação também com algumas questões práticas, sociais e financeiras que afetam os pacientes. Essa compilação de legislações trata dos direitos das pessoas portadoras de câncer e/ou de doenças graves, sendo que o seu objetivo é facilitar o entendimento e auxiliar no processo de solicitação dos benefícios previstos em lei, que podem atenuar os impactos financeiros e sociais dos pacientes oncológicos.

Na cartilha dos Direitos do Paciente com Câncer, você encontra informações sobre:

- **Saque do FGTS;**
- **PIS;**
- **Compra de veículos adaptados ou especiais;**
- **Isenção de IPI, ICMS e IPVA;**
- **Dispensa do rodízio de veículos;**
- **Transporte coletivo gratuito;**
- **Quitação de financiamento de imóvel;**
- **Compra de veículos adaptados ou especiais;**
- **Entre outros benefícios aos quais o paciente e sua família têm direito.**

Para consultar a cartilha, acesse

<https://accamargo.org.br/pacientes-acompanhantes/cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer>



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

Central de Relacionamento:

11 2189-5000

Agendamento de consultas,
exames e informações.

Segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

Sábado, das 8h às 14h.

centralderelacionamento@accamargo.org.br



www.accamargo.org.br

Dra. Raquel M. Bussolotti
Responsável Técnica
CRM - SP 77005