

MELANOMA

CANADA

Melanoma

O que precisa de saber

6.ª Edição

Tem perguntas?

Ligue para 1-877-560-8035



Veja o nosso vídeo
sobre o melanoma

Atualmente disponível
apenas em inglês

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de reconhecer as seguintes pessoas e agradecer o seu contributo com conhecimentos especializados e trabalho de revisão para o desenvolvimento deste folheto:

- **Annette Cyr**, Presidente Honorária e Fundadora, Melanoma Canada
- **Dr. Marcus Butler**, Professor Auxiliar, Centro Oncológico Princess Margaret, Toronto, Ontário
- **Dr. Danny Ghazarian**, Médico Especialista em Dermatopatologia, University Health Network (Hospitais Princess Margaret/Toronto General/Toronto Western), Professor, Universidade de Toronto
- **Dra. Saima Hassan**, Professora Auxiliar, Universidade de Toronto/Instituto de Investigação Sunnybrook
- **Margo Kennedy**, MSW, RSW, Assistente Social em Oncologia, Centro Oncológico Princess Margaret, Toronto, Ontário
- **Dra. Elaine McWhirter**, Professora Associada, Centro Oncológico Juravinski, Hamilton, Ontário
- **Dra. Teresa Petrella**, Professora Associada, Centro Oncológico Odette, Professora Auxiliar, Universidade de Toronto
- **Dr. John Walker**, Professor Auxiliar, Instituto Oncológico Cross, Edmonton, Alberta
- **Dra. Frances Wright**, Professora de Cirurgia, Centro de Ciências da Saúde Sunnybrook – Universidade de Toronto

As informações contidas neste folheto destinam-se apenas a consulta e educação. Fale com o seu médico para obter informações específicas sobre questões de saúde pessoais.

**Este folheto é fornecido gratuitamente
pela Melanoma Canada.**

MELANOMA
CANADA

supporting the
skin cancer community

Melanoma Canada

Telefone: 905-901-5121 | Linha gratuita: 1-877-560-8035
melanomacanada.ca

Número de registo de associação de beneficência BN 85491 3050 RR0001



ASSISTA
Somos
Melanoma
Canada

ÍNDICE

Sobre este folheto	2	Tratamento do melanoma	42
A pele	4	Visão geral	42
Importância da pele	4	Equipa de tratamento	42
Camadas da pele.....	5	Plano de tratamento	43
Crescimento celular: células normais e células cancerígenas.....	7	Tratamento por estágio	45
Visão geral do melanoma.....	8	Opções de tratamento.....	47
Indícios de melanoma	10	Tratamento adjuvante	47
Tipos de melanoma.....	12	Terapêutica localizada.....	47
Tipos raros de melanoma	15	Terapêutica sistémica	47
Melanoma da úvea.....	16	Imunoterapia.....	48
Como testar a presença de melanoma	18	Terapêuticas direcionadas	50
História clínica	18	Terapêuticas direcionadas de combinação	52
Exame físico	20	Citocinas.....	55
Biopsia da pele.....	21	Quimioterapia.....	55
Diagnóstico do melanoma	23	Radiação.....	56
Testes cirúrgicos para o estadiamento do cancro	24	Ensaaios clínicos.....	57
Biopsias	26	Terapêuticas paliativas não curativas.....	59
Efeitos secundários da cirurgia	30	O seu plano de acompanhamento.....	60
Exames de diagnóstico	31	Lidar com o seu novo diagnóstico.....	61
Análises ao sangue.....	31	Prevenir o melanoma e os cancros da pele	66
Imagiologia.....	31	Praticar a proteção solar.....	66
Estádios do melanoma	33	Examinar a sua pele	67
Quais são os estádios.....	35	Serviços de apoio da Melanoma Canada	69
Estádio 0	36	Recursos da Melanoma Canada	71
Estádio I.....	36	Glossário	72
Estádio II.....	37	Referências bibliográficas.....	79
Estádio III.....	38		
Estádio IV	40		
Doença persistente ou recorrente	41		

SOBRE ESTE FOLHETO

O objetivo deste folheto é servir de apoio quando lhe é diagnosticada a forma mais comum do cancro da pele melanoma, chamada **melanoma cutâneo**. Este folheto centra-se nesta forma de cancro da pele e no modo como é tratada.

Aconselhamos-lhe a ler primeiro todo o folheto e depois concentrar-se nas secções que se aplicam à sua situação.

O que é que posso aprender com este folheto?

Este folheto inclui:

- **Opções de tratamento** para todos os estádios do melanoma que estão disponíveis no Canadá no momento da publicação. Nem todos os tratamentos são aplicáveis a todas as pessoas com melanoma. Fale com a sua equipa de cuidados de saúde sobre as opções de tratamento que podem estar disponíveis para si.
- **Perguntas a fazer ao seu médico** nas diferentes fases do seu tratamento. Para poder aprender mais sobre a doença e participar ativamente nas decisões sobre o seu tratamento:
 - o Faça perguntas para garantir que compreende a sua doença e o seu tratamento.
 - o Tome notas para se lembrar das suas perguntas e das respostas do médico sobre a sua doença e o seu tratamento.
 - o Peça cópias de todos os resultados de exames para poder usá-los como referência fácil ou para os rever mais tarde em caso de dúvidas. Alguns centros de tratamento e hospitais podem oferecer acesso online aos seus resultados de exames, pelo que deve informar-se junto do seu centro.
 - o Faça-se acompanhar de um amigo ou familiar nas suas consultas para tomarem notas, ouvirem ou fazerem perguntas. Ter alguém consigo como um segundo par de olhos e ouvidos é útil e pode ser um bom apoio para si.

O que é que este folheto não inclui?

Este folheto inclui uma pequena secção sobre tipos mais raros de melanoma, incluindo **o melanoma da mucosa, o melanoma da úvea e o melanoma desmoplásico**, mas não descreve as suas opções de tratamento. Converse sobre as mesmas com a sua equipa médica. Também pode ler o nosso outro folheto - *Guia para o melanoma da úvea*.

O folheto não aborda outros tipos de cancros da pele mais comuns, como o carcinoma basocelular (CBC) ou o carcinoma espinocelular cutâneo (CEC). Visite o nosso website melanomacanada.ca para transferir os nossos Guias do doente sobre CBC e CEC, para obter mais informações sobre estes cancros da pele e o seu tratamento.

O que é que ganho ao aprender sobre o melanoma e o seu tratamento?

Quanto mais souber, mais poderá participar ativamente nas tomadas de decisões sobre os seus próprios cuidados. Ser uma parte ativa nos seus cuidados:

- Ajuda a sentir-se mais em controlo.
- Pode reduzir a ansiedade de um diagnóstico.
- Poderá ajudar a ter mais confiança no seu tratamento e a comunicar com a sua equipa de cuidados de saúde.



A PELE

Importância da pele

A pele desempenha um papel importante no seu corpo. De facto, a pele é o maior órgão do corpo, cobrindo toda a sua superfície. A pele é uma camada protetora que tem muitas funções:

- A pele é a primeira linha de defesa contra lesões e infeções. A pele saudável é uma componente considerável do sistema imunitário e ajuda a prevenir infeções, a reconhecer alergénios e a reparar danos à medida que estes ocorrem.
- A pele evita que o corpo perca água e fique seco. Isto é importante porque o seu corpo é maioritariamente constituído por água.
- A pele protege-nos do calor. As glândulas sudoríparas libertam suor, o que arrefece a pele.
- A pele ajuda a produzir vitamina D.
- A pele protege-nos dos danos que podem ser causados pela **radiação ultravioleta (UV)**. O sol, os solários e as lâmpadas de bronzamento produzem radiação UV.

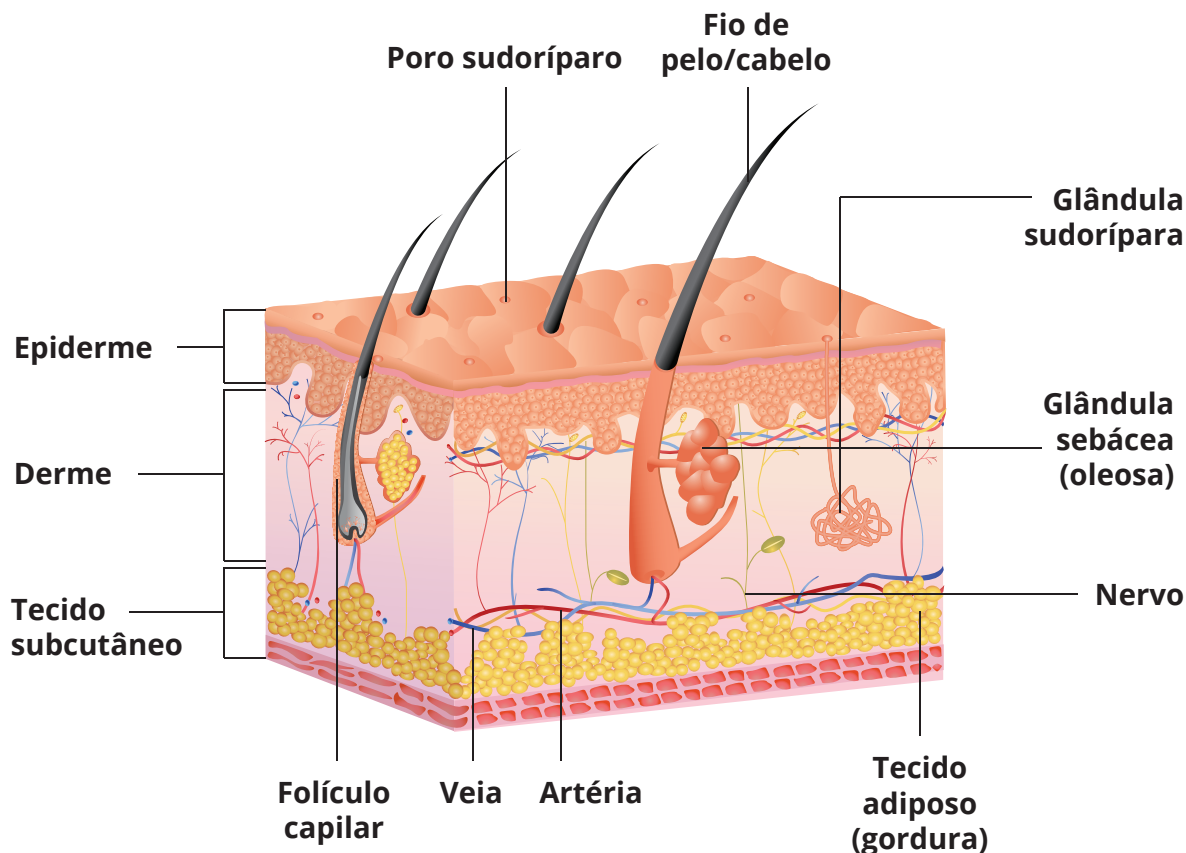
Camadas da pele

A pele é composta por 3 camadas principais: a epiderme, a derme e o tecido subcutâneo.

Epiderme

A **epiderme** é a camada superior fina da pele que conseguimos ver. A epiderme é composta por vários tipos de **células**. As células são os blocos de construção minúsculos microscópicos que constituem os tecidos, como a pele.

Os **melanócitos** são células pigmentares na parte inferior da epiderme. Produzem **melanina**, o pigmento que dá à pele a sua cor. Quando a pele é exposta à luz UV, os melanócitos produzem mais melanina para tentar proteger o seu corpo da radiação nociva.



Derme

A **derme** é uma camada espessa sob a epiderme. A derme contém vários tipos de células e estruturas:

- Os **vasos sanguíneos** transportam nutrientes e oxigénio para a pele e removem os resíduos.
- Os **vasos linfáticos** levam o plasma sanguíneo (a parte líquida do sangue) dos tecidos de volta para o coração.
- As **glândulas sudoríparas** produzem suor que ajuda a arrefecer o corpo.
- As **glândulas sebáceas** produzem sebo, uma substância oleosa que ajuda a proteger a pele da secura.
- O **tecido conjuntivo** envolve estas estruturas e mantém-nas no lugar. Também permite que a sua pele se estique.
- Os **folículos capilares** produzem o seu pelo e cabelo.

Tecido subcutâneo

O tecido subcutâneo encontra-se sob a derme e:

- Liga a pele ao músculo subjacente.
- Contém tecido conjuntivo e gordura que armazena energia e calor corporal.
- Absorve os choques para proteger o corpo.



Crescimento celular: Células normais e células cancerígenas

As **células** são estruturas minúsculas do corpo que se agrupam em tecidos como órgãos, ossos, músculos, gordura e pele. Os **genes** são as instruções dentro das células para produzir novas células e controlar o seu funcionamento. O nosso corpo precisa de novas células da pele para substituir as células que morreram e para curar lesões.

Como é que as células normais crescem?

Normalmente, o seu corpo produz novas células apenas quando estas são necessárias. As células dividem-se para formar novas células até serem formadas células suficientes, e a partir daí param de se dividir. O nosso corpo controla o número de células que são produzidas e onde são produzidas.

Como é que as células cancerígenas crescem?

O cancro forma-se quando as células crescem e se dividem fora do controlo do organismo. Alterações anormais (mutações) nos genes podem transformar células normais em células cancerígenas ao acelerarem a divisão celular ou interromperem os controlos normais do sistema.

As células cancerígenas podem criar tumores

As células cancerígenas continuam a crescer e a dividir-se, mesmo quando não são necessárias mais células (proliferação celular). Podem então formar uma massa chamada **tumor**.

Ao primeiro tumor formado chama-se **tumor primário**.

A um tumor afastado do tumor **primário** chama-se **metástase**. As metástases podem substituir ou comprimir os tecidos normais, impedindo-os de funcionarem como deveriam.

- Uma metástase próxima do tumor primário é denominada **metástase local ou satélite**.
- Um tumor que cresça num local distante do tumor primário é uma **metástase distante**.
- O melanoma que se tenha disseminado para um vaso linfático local, mas não para os gânglios linfáticos, é denominado **metástase em trânsito**.

As células cancerígenas podem viajar por todo o corpo

As células cancerígenas podem separar-se do tumor e deslocar-se para qualquer parte do corpo através dos vasos sanguíneos ou dos vasos linfáticos, continuando a crescer e a dividir-se. Os **gânglios linfáticos** são pequenas glândulas imunitárias que filtram substâncias nocivas e atacam e destroem germes, e estão localizados ao longo dos vasos linfáticos. As células cancerígenas alojam-se frequentemente nos gânglios linfáticos.

VISÃO GERAL DO MELANOMA

O melanoma é um cancro dos **melanócitos**, as células pigmentares da pele.

O melanoma pode ocorrer em qualquer parte da pele e começa normalmente num sinal existente ou novo. O sinal pode alterar-se com o tempo. Os indícios de um problema podem incluir:

- Uma mancha preta ou castanha que se alastra a partir do sinal.
- Exsudação, comichão ou sangramento.

O que é um sinal?

Um **sinal** (nevo) é um tumor cutâneo comum que não é cancro (benigno). Os sinais desenvolvem-se a partir dos melanócitos. Quase toda a gente tem alguns sinais. Quase todos os sinais (nevus) são inofensivos, mas alguns tipos podem aumentar a probabilidade de melanoma – consulte Fatores de risco para o melanoma cutâneo (página 20).

Existe um tipo de sinal (chamado **nevo de Spitz**) que pode parecer um melanoma. É mais comum em crianças e adolescentes do que em adultos. Estes sinais são normalmente benignos e não se alastram. Os médicos podem ter dificuldade em distinguir os nevus de Spitz de melanomas, mesmo ao microscópio. É frequente removerem os nevus de Spitz, só por precaução.

Onde é que o melanoma se forma?

- O melanoma forma-se frequentemente em partes do corpo que são frequentemente expostas ao sol.
- Nos homens, o melanoma encontra-se muitas vezes na cabeça, no pescoço e nas costas, ao passo que, nas mulheres, encontra-se muitas vezes nas costas, nos braços e na parte inferior das pernas.
- Em pessoas com pele escura, o melanoma forma-se frequentemente debaixo das unhas das mãos ou dos pés, nas palmas das mãos ou nas plantas dos pés. O melanoma é menos comum em pessoas com pele escura, mas não deixa de ser um risco.

O melanoma dissemina-se pelo corpo?

O melanoma pode disseminar-se pelo corpo. Forma-se na epiderme e pode crescer internamente, para baixo, até atingir a derme. Quanto mais profundo for o crescimento de um melanoma na derme, maior é a probabilidade de se disseminar através dos vasos linfáticos ou dos vasos sanguíneos.

Quando atinge a derme, o melanoma pode facilmente disseminar-se através dos vasos sanguíneos e linfáticos para qualquer parte do corpo. O melanoma é mais perigoso do que outros tipos mais comuns de cancro da pele porque tem uma maior probabilidade de disseminação para outras partes do corpo se não for detetado precocemente.



Felizmente, as pessoas ou os seus médicos descobrem a maioria dos melanomas numa fase inicial, antes da disseminação (cerca de 84%, ou seja, 84 em cada 100). Estes melanomas precoces são suscetíveis de serem “curados” por tratamento cirúrgico, como uma simples excisão (um procedimento para remover o tecido canceroso e a pele saudável circundante com um bisturi).

Como é que posso prevenir o melanoma?

Pode prevenir o melanoma evitando expor a sua pele à luz UV do sol, de solários e de outras fontes artificiais de UV. Para ajudar a prevenir o melanoma:

- Monitorize a sua pele para detetar alterações.
- Proteja a pele e os olhos de danos causados pela radiação solar UV, por exemplo, mantendo-se abrigado do sol e usando protetor solar com, pelo menos, FPS 50+.
- Visite o seu dermatologista (médico da pele) ou médico de família para uma consulta de rotina pelo menos uma vez por ano.
- As pessoas que já tiveram um melanoma devem ser monitorizadas uma vez por ano para o resto da vida.

As taxas de melanoma estão a aumentar

O melanoma surge com maior frequência à medida que as pessoas passam mais tempo ao sol. De facto, a **luz UV** do sol ou dos solários é a principal causa de mais de 85 em cada 100 melanomas no Canadá (85%), de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

No Canadá, o melanoma é agora o 7.º cancro mais comum e é um dos cancros mais comuns nos nossos jovens com idades entre os 15 e os 29 anos.¹ Em 2022, houve aproximadamente 9.000 novos casos de melanoma no Canadá, que resultaram em aproximadamente 1.200 mortes.

Indícios de melanoma

Os sinais normais tendem a apresentar uma cor uniforme e são, na sua maioria, redondos ou ovais. Também tendem a ter um tamanho inferior a 6 mm (mais pequenos do que a largura da borracha de um lápis).

O primeiro indício de melanoma pode ser:

- Uma alteração num sinal já existente, como uma alteração na sua forma, cor, tamanho, superfície ou textura.
- O surgimento de um sinal novo.

Em alguns casos, os médicos não conseguem encontrar o sinal ou lesão do melanoma primário (o primeiro). Por vezes, o primeiro indício de que há um problema é um gânglio linfático inchado.

Quais são os indícios de melanoma?

Utilize o quadro **ABCDE** abaixo para conhecer os indícios comuns de melanoma. Não esquecer:

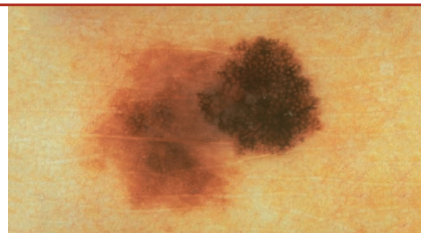
- Os melanomas podem ter um aspeto muito diferente uns dos outros:
 - o Alguns melanomas podem ter todos os indícios ABCDE.
 - o Outros podem ter apenas 1 ou 2 dos indícios ABCDE.
 - o Alguns não seguem de todo a regra ABCDE (consulte a página 14 para conhecer a regra EFG).
- Os melanomas avançados podem apresentar alterações na sua textura ou sensação, e podem:
 - o Tornar-se duros ou irregulares.
 - o Parecer raspados ou crus, podendo libertar exsudado ou sangue.
 - o Provocar comichão, sensibilidade ou mesmo dor.

Uma vez que nem todos os melanomas se enquadram neste perfil, procure também o "patinho feio" — um sinal ou lesão que não se pareça com os outros que tem. Se estiver a mudar, a provocar comichão, a sangrar ou a formar crostas, consulte o seu médico para que seja feita uma **biopsia**.

Indícios ABCDE de melanoma

A - Assimetria

As duas metades do sinal têm formas diferentes.



B - Bordo

O bordo do sinal é irregular. Pode parecer esbatido, grosseiro ou denteado. O pigmento pode alastrar-se na pele à volta do sinal.



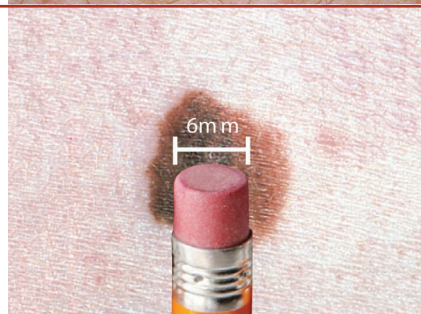
C - Cor

A cor do sinal não é uniforme. O sinal pode apresentar diferentes tonalidades de pele bronzeada, castanho e preto, por vezes com azul, cinzento, vermelho, rosa ou branco.



D - Diâmetro

Embora os melanomas normalmente tenham mais de 6 mm (o tamanho da borracha de um lápis) quando são diagnosticados, podem ser mais pequenos.



E - Evolução

O sinal mudou nas últimas semanas ou meses. Pode provocar comichão, descamação ou sangramento.

Exemplo:



Disseminação do melanoma

A **metástase** é a disseminação do cancro. O melanoma pode disseminar-se (metastizar) de diferentes formas:

- Para a pele próxima, mas ainda no mesmo braço ou perna (**doença em trânsito**).
- Para a pele próxima e para os gânglios linfáticos regionais através dos vasos linfáticos.
- Para órgãos distantes, como o cérebro, o fígado e os pulmões, através dos vasos sanguíneos.

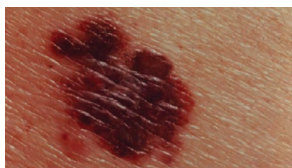
Quando as células cancerígenas se disseminam para gânglios linfáticos ou órgãos distantes, podem aglomerar-se e crescer. Quando as células crescem o suficiente, são visíveis num exame físico ou em exames imagiológicos.

O melanoma pode seguir alguns padrões na disseminação para os gânglios linfáticos:

- Os melanomas nos braços tendem a disseminar-se para os gânglios linfáticos na axila.
- Os melanomas nas pernas tendem a disseminar-se para os gânglios linfáticos na virilha.
- Os melanomas que começam no tronco ou nas costas são mais imprevisíveis e podem disseminar-se para as axilas ou virilhas.

Tipos de melanoma da pele (melanoma cutâneo)

O melanoma da pele (melanoma cutâneo) é, de longe, o melanoma mais comum. Os médicos classificam o melanoma da pele em 4 tipos principais com base na sua cor, forma, localização e tipo de crescimento.



Melanoma de extensão superficial: Imagem cedida pelo Instituto Nacional do Cancro dos EUA



Melanoma nodular: Imagem cedida pela Universidade da Califórnia



Melanoma lentigo maligno: Imagem cedida pela Skin Cancer Foundation



Melanoma lentiginoso acral: Fonte da imagem: DermNetNZ.org

Melanoma de extensão superficial

Este é o tipo mais comum de melanoma, constituindo quase 70% dos melanomas diagnosticados.² Este cancro também é descrito como melanoma maligno e melanoma cutâneo. Como o seu nome sugere, o **melanoma de extensão superficial** apresenta-se normalmente como uma placa fina, muitas vezes com o aspeto de uma mancha castanho-escura ou preta, que se alastra para o exterior a partir de um sinal novo ou já existente (conhecido como crescimento radial) antes de invadir verticalmente a derme, a camada mais inferior da pele. O tempo que demora a disseminar-se pode ser rápido ou pode ser relativamente longo, demorando de meses a décadas.

Este tipo de melanoma é mais frequente em áreas da pele que foram expostas à luz UV, especialmente em áreas onde já houve queimaduras solares. O melanoma de extensão superficial é frequentemente identificado pela primeira vez pelos doentes ou familiares (mais de 50% são detetados primeiro pelos doentes ou familiares) utilizando a regra ABCDE do melanoma (consultar na página 11).³ Na maioria das situações, as alterações iniciais são puramente visuais e são as fases posteriores que podem resultar em sintomas como comichão ou sangramento.

Melanoma nodular

Melanoma nodular (MN) é uma protuberância firme em forma de cúpula. Cresce rapidamente para baixo, através da epiderme até ao interior da derme. Quanto a atinge, pode **metastizar**, ou disseminar-se para outras partes do corpo. O melanoma nodular é o segundo subtipo mais comum de melanoma, representando 15% a 30% de todos os melanomas e aproximadamente 40% a 50% dos melanomas com espessura superior a 2 mm.² O melanoma nodular é tipicamente castanho-escuro ou preto e pode formar crostas ou ulcerar. Tal como em todos os subtipos de melanoma, o melanoma nodular pode apresentar uma cor rosada, avermelhada ou em tons de pele (amelanótica) e, em casos raros, pode também ser incolor, especialmente em pessoas com tez muito clara.

Tipicamente, o melanoma nodular não segue a regra ABCDE dos outros melanomas, uma vez que, geralmente, apresenta bordos e cor uniformes, simetria e um diâmetro pequeno. É frequentemente difícil de diagnosticar e, por isso, é importante que os médicos e os doentes estejam atentos a lesões novas ou em mudança. O dermatologista utiliza frequentemente um dermatoscópio para ajudar no diagnóstico do melanoma.

O melanoma nodular tem uma taxa de crescimento mais rápida, um comportamento biologicamente mais agressivo e um maior número de mitoses (que é o crescimento celular descontrolado, muitas vezes referido como taxa mitótica), em comparação com outros subtipos de melanoma. Também é comum apresentar relevo e sangrar frequentemente.^{6,7}

Desenvolveu-se o acrónimo **EFG** para a identificação do MN, resumindo as características clínicas mais frequentes do MN:

- **Elevação**
- **Firmeza** Firme à palpação (ou ao toque) e
- **Crescimento (em inglês, growth)** contínuo durante 1 mês.⁸

Melanoma lentigo maligno

O **lentigo maligno** também é designado por melanoma in situ do tipo solar quando as células do melanoma estão confinadas ao epitélio superficial, a camada mais superficial da pele, sem invasão ou penetração da camada mais profunda, a derme. Este subtipo é responsável por 10-15% de todos os casos.² Ocorre em pele cronicamente danificada pelo sol, particularmente nos idosos, pelo que se encontra geralmente na parte superior dos braços, rosto, orelhas ou pescoço, e mais frequentemente no nariz e bochecha. Como se trata de uma fase muito precoce da doença, a excisão completa com margens claras adequadas é basicamente curativa. Quando as células do melanoma invadem a derme, o mesmo é designado por melanoma lentigo maligno. Nesta situação, o prognóstico depende da profundidade da invasão, da ulceração, das mitoses e de outros parâmetros indicados no relatório patológico.

Melanoma lentiginoso acral

Existe menos informação sobre o melanoma lentiginoso acral e o melanoma lentigo maligno comparativamente às outras formas de melanoma. O **melanoma lentiginoso acral** pode parecer uma mancha escura ou uma nódoa negra que não melhora. Este subtipo representa menos de 5% de todos os casos.² Pode ocorrer nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. O melanoma lentiginoso acral sob uma unha pode parecer uma risca escura. Tal como outras formas planas de melanoma inicial, pode ser reconhecido pelas regras CUBED (cor, incerteza, sangramento, aumento, demora), mas também pode ser amelanótico (não pigmentado, normalmente de cor vermelha). As pessoas de ascendência africana e asiática são as que mais frequentemente desenvolvem este melanoma, mas pode ocorrer em qualquer tipo de pele.

Saiba mais sobre o melanoma e tons de pele diversos em melanomacanada.ca.

Tipos raros de melanoma

Melanoma da mucosa

O **melanoma da mucosa** é uma forma rara de melanoma que tende a crescer e a disseminar-se rapidamente. Também é frequentemente diagnosticado numa fase tardia. Esta forma de melanoma não é causada pela exposição aos raios UV.

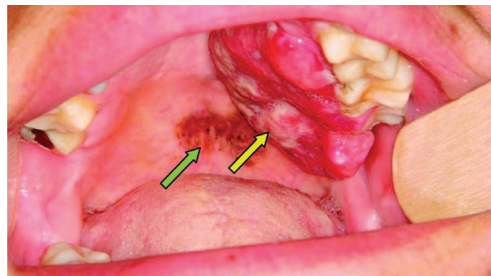
O melanoma da mucosa constitui apenas 1 a 2 em cada 100 casos de melanoma (1% a 2%).⁹ Ocorre nos melanócitos, as células produtoras de pigmento que estão presentes nas superfícies mucosas do corpo, tais como:

- O revestimento dos seios nasais, nariz (vias nasais), boca e garganta. Mais de 50% dos casos ocorrem aqui.⁹
- O trato genital feminino e a área anal ou retal. Cerca de 24% dos casos ocorrem aqui.
- O trato urinário. Cerca de 3% dos casos ocorrem aqui.

A idade média do diagnóstico é superior a 70 anos e é mais comum nas mulheres do que nos homens.⁹ O melanoma da mucosa tem um sistema de estadiamento próprio, distinto do melanoma cutâneo. Devido à sua localização, é difícil detetar este melanoma precocemente e tratá-lo na totalidade.

A maioria dos doentes sofre de doença micrometastática (pequenas células cancerígenas que se disseminam a partir da localização primária) e múltiplas recorrências antes de o cancro metastizar para partes distantes do corpo. Aproximadamente um terço dos doentes apresenta envolvimento dos gânglios linfáticos quando o melanoma da mucosa é detetado.

A taxa de sobrevivência global aos 5 anos é de apenas 25%⁹ porque, muitas vezes, já se disseminou antes de ser detetado e, frequentemente, regressa. Além disso, não responde muito bem à ressecção cirúrgica e aos tratamentos adjuvantes, como a imunoterapia e a quimioterapia.⁹

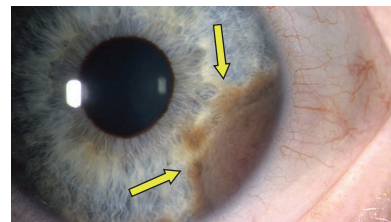


Melanoma da mucosa

Fonte da imagem: The Oncologist Journal

Melanoma da úvea

O **melanoma da úvea** é uma forma rara, mas perigosa, de melanoma que afeta a úvea do olho, o que inclui a íris (também é designado por melanoma intraocular primário ou melanoma da coroide). Representa menos de 3 em cada 100 de todos os casos de melanoma no Canadá¹ (3% ou 150 casos por ano) e cerca de 4.000 casos por ano em todo o mundo.



Melanoma da úvea

Fonte da imagem: Skin Cancer Foundation

Frequentemente, o melanoma da úvea dissemina-se para além do olho antes de ser detetado e, nesses casos, apenas cerca de 40 em cada 100 doentes (cerca de 40%) sobrevivem durante 1 ano.¹² Cerca de 30-50% dos doentes diagnosticados desenvolverão doença metastática^{10,11}. Os investigadores estão à procura de tratamentos eficazes que funcionem bem, mas as opções de tratamento atuais são limitadas.

O melanoma da úvea refere-se aos melanócitos da úvea que se tornam cancerosos. Pode ocorrer em qualquer parte da úvea: a íris, o corpo ciliar e/ou a coroide. Os casos de melanoma da úvea ocorrem quase 85% das vezes na coroide, outros 10% no corpo ciliar e aproximadamente 5% na íris.¹³ O estadiamento patológico baseia-se principalmente no tamanho da massa, na sua localização e na presença ou ausência de metástases.

Embora o melanoma da úvea (olho) e o melanoma cutâneo (pele) afetem ambos os melanócitos, são cânceros distintos, pois têm mutações genéticas diferentes, comportam-se de forma diferente e o melanoma cutâneo é muito mais comum (quase 40 vezes mais comum).

A causa do melanoma da úvea não é clara. Ao contrário do melanoma da pele, não há evidência de que seja causado pela luz UV. No entanto, os fatores seguintes estão associados a uma maior probabilidade de melanoma da úvea:

- Olhos de cor clara, como azuis ou verdes
- Pele de tom claro
- Ser mais velho - a idade média do diagnóstico é de 55 anos

O melanoma da úvea pode ocorrer em qualquer pessoa, independentemente da sua idade, género ou raça. Conheça melhor o melanoma da úvea no folheto *Guia para o melanoma da úvea* da Melanoma Canada em melanomacanada.ca.

Melanoma desmoplásico

O **melanoma desmoplásico (MD)** é um tipo raro de melanoma que constitui menos de 4 em cada 100 melanomas da pele (4%).¹⁴ Tem início na camada interna espessa da pele (derme) ou na camada de tecido conjuntivo que envolve o tecido mucoso (submucosa).

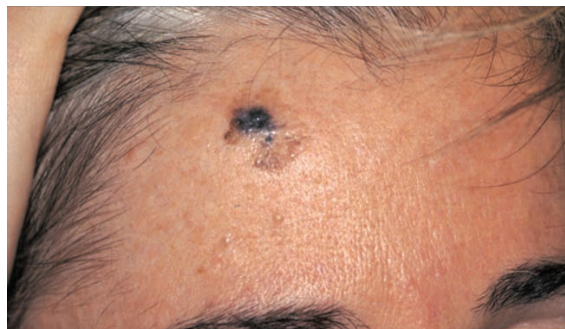
O MD tende a crescer para o interior da pele e a permanecer na área local, sem se disseminar para os gânglios linfáticos. Além disso:

- Normalmente forma-se em áreas da pele com exposição solar prolongada, como a cabeça e o pescoço (53%), os braços e as pernas (26%) e o tronco (20%).¹⁴
- Aparece frequentemente como um nódulo de cor igual à da pele, embora possa apresentar uma cor diferente em alguns casos.
- Ocorre duas vezes mais nos homens do que nas mulheres e é mais comum em idosos.

As opções de tratamento normalmente envolvem a remoção cirúrgica (excisão) do MD e, em alguns casos avançados, o acompanhamento com radiação.

Quando o tratamento com radiação é utilizado após a cirurgia, é designado de **terapêutica adjuvante**.

O MD tem tido respostas muito positivas ao tratamento com terapêuticas anti-PD-1/PD-L1 ativadoras do sistema imunitário, pembrolizumab (nome comercial Keytruda) ou nivolumab (nome comercial Opdivo). Durante o desenvolvimento do cancro, as proteínas PD-1 e PD-L1 afetam negativamente o seu sistema imunitário e permitem que as células tumorais continuem a crescer. Medicamentos como o pembrolizumab e o nivolumab impedem que isto aconteça e incentivam o seu sistema imunitário a detetar e destruir as células cancerígenas.^{9,15}



Melanoma desmoplásico

Fonte da imagem: Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology, de Klaus Wolff, Richard Allen Johnson, Dick Suurmond. Copyright © 2005, 2001, 1997, 1993, The McGraw-Hill Companies.

COMO TESTAR A PRESENÇA DE MELANOMA

Se acha que pode ter melanoma ou outro tipo de cancro da pele, consulte imediatamente o seu médico. O seu médico pode encaminhá-lo para um **dermatologista**, um médico especializado em doenças da pele. Este médico fará perguntas e um exame físico para avaliar a sua pele. Se achar que pode ter cancro da pele, também fará outros exames.

História clínica

O seu médico deve fazer perguntas sobre o seu estado de saúde e a sua história de saúde, nomeadamente sobre:

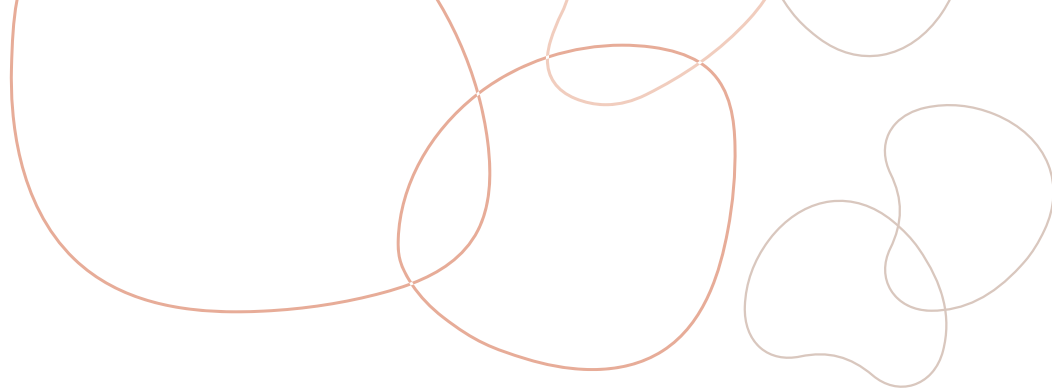
- Quaisquer problemas de saúde que tenha tido.
- Sintomas cutâneos atuais, como uma alteração num sinal ou outras marcas na sua pele.
- Eventual história de melanoma ou outros cancros da pele.
- Os seus fatores de risco para o melanoma (aspetos que aumentam a sua probabilidade de ter melanoma).

O que é que aumenta a probabilidade de alguém ter melanoma?

Os cientistas descobriram muitas coisas que aumentam a probabilidade de desenvolver melanoma – são os chamados **fatores de risco**. Estes incluem:

Exposição à luz UV

- **Exposição solar:** A exposição à radiação ultravioleta do sol (UVA e UVB) é o fator de risco mais importante para o melanoma:
 - o **Queimaduras solares com formação de bolhas:** Basta uma queimadura solar grave com bolhas para aumentar o seu fator de risco.
 - o **Exposição solar durante toda a vida:** A quantidade total de exposição solar.
 - o **Bronzeamento:** Mesmo as pessoas que se bronzeiam sem se queimar têm uma probabilidade maior de ter melanoma devido à maior exposição total ao sol.
- **Fontes artificiais de radiação UV:** As lâmpadas solares e os solários produzem luz UV, pelo que aumentam a probabilidade de melanoma. A utilização destas fontes artificiais de luz UV antes dos 30 anos aumenta consideravelmente a probabilidade de melanoma, mas o perigo existe em todas as idades.



História de melanoma

- **História pessoal de melanoma:** As pessoas que já tiveram um melanoma têm uma maior probabilidade de desenvolver outro melanoma.
- **História familiar de melanoma:** Ter pelo menos 2 familiares próximos com melanoma é um fator de risco. Os familiares próximos incluem pais, irmãos e filhos. O melanoma pode ser hereditário.

Características físicas

- **Pele e cabelo claros:** As pessoas com pele clara, que se queimam facilmente, têm uma maior probabilidade de sofrer de melanoma. Estas pessoas poderão ter cabelo loiro ou ruivo, olhos azuis ou cinzentos, ou muitas sardas.
- **Mais de 50 sinais:** Ter muitos sinais aumenta a probabilidade de cancro da pele. Os sinais normais são mais pequenos do que a borracha de um lápis (6 mm) e têm uma cor uniforme. Podem ser cor-de-rosa, castanhos, ou de um tom moreno. São redondos ou ovais e lisos.
- **Sinais atípicos (nevos displásicos):** Estes sinais atípicos são frequentemente hereditários. Uma pequena percentagem de nevos displásicos pode transformar-se em melanoma, mas a maioria nunca se torna cancerosa. Estes sinais:
 - o Parecem-se um pouco com sinais normais, mas podem parecer melanomas, por exemplo, por serem maiores do que outros sinais e terem uma forma anormal ou várias cores.
 - o São normalmente planos com uma superfície irregular ou escamosa.
 - o Podem surgir em pele exposta ou não ao sol, como nas nádegas ou no couro cabeludo.
- **Síndrome do nevo displásico (também chamada síndrome do nevo múltiplo atípico e melanoma familiar, ou FAMMM no acrónimo em inglês):** As pessoas com esta doença hereditária têm muitos nevos displásicos e normalmente um parente próximo que teve melanoma. As pessoas com esta doença têm uma probabilidade muito elevada de ter melanoma, pelo que:
 - o Têm de ser avaliados regularmente por um dermatologista através de exames à pele muito minuciosos – por vezes, o médico tira fotografias de corpo inteiro para verificar se os sinais estão a mudar e a crescer.
 - o Devem aprender a avaliar a sua própria pele e sinais todos os meses em casa.

Outros fatores de risco que podem significar uma maior probabilidade de melanoma

- **Idade:** As pessoas com história familiar de melanoma podem ter a doença numa idade jovem. No entanto, cerca de metade dos melanomas desenvolvem-se em pessoas com mais de 50 anos.
- **Medicamentos:** Alguns medicamentos, como antibióticos, hormonas ou antidepressivos, aumentam a sensibilidade ao sol e, consequentemente, podem aumentar a probabilidade de melanoma se houver exposição solar.
- **Sistema imunitário em baixo:** O sistema imunitário combate as infeções e elimina as células danificadas. Algumas doenças e alguns medicamentos enfraquecem o sistema imunitário. Isto pode aumentar a probabilidade de melanoma.

Exame físico

O médico examina a sua pele para verificar se existem sinais ou lesões anormais (tecido danificado por doença ou lesão que aparece como uma ferida) ou outros problemas. Se um médico suspeitar de melanoma, deve encaminhá-lo para um **dermatologista** o mais rapidamente possível. Um dermatologista é um médico especialista em doenças da pele.

O que acontece num exame físico?

Num exame físico, o dermatologista ou médico deve:

- Examinar atentamente toda a sua pele, incluindo o couro cabeludo, o espaço entre os dedos dos pés e das mãos, e mesmo à volta dos órgãos genitais.
- Analisar quaisquer sinais ou lesões suspeitos através de um **dermatoscópio polarizado**, um dispositivo portátil que usa luz polarizada para ampliar uma área para ajudar a encontrar melanomas, especialmente aqueles difíceis de identificar a olho nu.
- A **dermatoscopia** é uma técnica de diagnóstico não invasiva vastamente utilizada. Melhora a precisão do diagnóstico de lesões pigmentadas em comparação com o exame a olho nu. A dermatoscopia ajuda no diagnóstico precoce devido à sua precisão na deteção do cancro.^{4,5}



Biopsia da pele

Se o seu médico ou dermatologista encontrar um sinal ou lesão suspeito, fará uma **biopsia** do mesmo (removendo tecido do sinal para o analisar ao microscópio).

O que acontece numa biopsia?

1. O médico começa por anestesiar a pele com um anestésico local (um medicamento para dessensibilizar uma área do corpo, muitas vezes injetado com uma seringa).
2. Remove todo o sinal ou lesão e o bordo de pele normal à sua volta para que um **patologista** ou **dermatopatologista** possa diagnosticá-lo corretamente. Um patologista é um médico que interpreta e diagnostica tecidos e fluidos corporais e é responsável pela realização de análises laboratoriais. Um dermatopatologista é um patologista especializado no estudo das doenças da pele a nível microscópico e molecular. Qualquer um deles pode examinar a sua biopsia.

Existem vários tipos de biopsias:

- **Biopsia excisional:** Este é o tipo de biopsia preferível e o mais comum. O médico utiliza um bisturi para remover todo o tumor e algum tecido à sua volta. É comum a execução de uma biopsia de raspagem profunda, também designada por biopsia de “saucerização” ou “recorte”, para remover um sinal ou lesão inteiro, sendo diferente de uma biópsia de raspagem superficial (cirurgia que remove uma amostra fina de tecido da parte superior de um tumor).
- **Biopsia incisional:** Se um sinal ou lesão for muito grande ou estiver num local onde não possa ser facilmente removido, recomenda-se uma biopsia incisional para remover parte do sinal ou lesão.
- **Biopsia por punção:** O médico utiliza um instrumento afiado e oco para remover o sinal ou lesão e algum tecido normal à sua volta. Pode fazê-lo em zonas específicas do corpo, como o rosto.
- **Biopsia por raspagem:** Esta não é recomendada em caso de suspeita de melanoma, mas é frequentemente executada em cancros da pele não melanoma, como o carcinoma basocelular ou o carcinoma espinocelular. A biopsia por raspagem não é recomendada por se destinar apenas a detetar anomalias nas camadas superiores ou exteriores da pele.

Os médicos conseguem sempre descobrir onde é que o melanoma começou?

Não. Um médico pode detetar melanoma algures no corpo sem nunca encontrar uma mancha na pele onde o cancro tenha começado (a localização primária).

Em casos raros, um melanoma pode desaparecer por si só sem qualquer tratamento (**regressão espontânea**), mas pode deixar algumas células cancerígenas que se disseminarão para outras partes do corpo. Algumas formas mais raras de melanoma podem também ter início em órgãos internos (melanoma da mucosa, por exemplo) e, se o melanoma se tiver disseminado por todo o corpo, pode não ser possível saber exatamente onde começou.

Perguntas a fazer ao seu médico antes de efetuar uma biopsia:

- Que tipo de biopsia sugere para mim?
- Como é que vai fazer a biopsia?
- Onde é que a biopsia vai ser feita? No seu consultório?
- Quanto tempo demora uma biopsia?
- A biopsia vai doer?
- Vai remover todo o tumor?
- Quais são os riscos de uma biopsia? E quanto a infeções ou hemorragias?
- A biopsia vai deixar cicatriz? Qual vai ser o seu aspeto?
- O tecido será examinado por um dermatopatologista? A dermatopatologia é uma subespecialidade da patologia que se centra nas doenças da pele.
- Quando é que vou saber os resultados?
- Se eu tiver cancro, quais são os passos seguintes e quem falará comigo sobre o tratamento?

DIAGNÓSTICO DO MELANOMA

Quando o médico faz uma biopsia, a amostra de tecido é enviada para um laboratório de patologia para ser analisada por um **patologista**. Um patologista é um médico que utiliza um microscópio e outros instrumentos para observar de perto os tecidos e as células, a fim de diagnosticar doenças.

Para verificar se uma amostra de biopsia contém melanoma, o patologista:

- Utiliza um processo cuidadoso que pode demorar entre alguns dias até algumas semanas.
- Pode consultar um dermatopatologista, um patologista especializado no diagnóstico de doenças da pele. Isto pode requerer mais tempo.
- O patologista enviará um relatório das suas conclusões (**relatório patológico**) ao seu dermatologista ou médico para confirmar as conclusões iniciais.

O que é que inclui um relatório patológico?

Os resultados da patologia determinam o estadiamento da doença e ajudam a orientar as opções de tratamento. Dependendo da profundidade da lesão e de outras características listadas abaixo, pode ser necessária uma cirurgia adicional. Os relatórios patológicos do melanoma incluem:

Características do melanoma:

- **Tipo de melanoma:** Com base no exame microscópico.
- **Espessura ou profundidade de Breslow:** Descreve quantos milímetros (mm) de profundidade as células do melanoma cresceram para o interior da pele, medindo a distância entre a camada superior da epiderme e o ponto mais profundo do tumor. Quanto mais fino for o melanoma, maiores são as hipóteses de cura. A espessura de Breslow é muito importante para determinar as suas opções de tratamento.
- **Ulceração:** Indica se a camada superior da pele do tumor está intacta ou se está em ferida ou aberta (ulcerada). Muitas vezes, o melanoma sangra quando está ulcerado.
- **Disseminação:** Se as células do melanoma se disseminaram para os vasos linfáticos ou vasos sanguíneos (invasão angiolinfática).
- **Crescimento de melanoma à volta de nervos** (invasão perineural ou neurotropismo): Isto está associado a uma maior probabilidade de recorrência.
- **Presença de glóbulos brancos:** Presença ou ausência de glóbulos brancos (linfócitos infiltradores de tumores, ou LIT), que podem estar nos melanomas primários – os LIT são capazes de reconhecer e atacar as células cancerígenas e podem ajudar a obter melhores resultados no tratamento.
- **Taxa de crescimento:** A rapidez com que as células do melanoma estão a crescer e a dividir-se (**taxa mitótica**).

- **Invasão angiolinfática:** células de melanoma que invadiram os vasos linfáticos ou vasos sanguíneos.
- **Microssatelitose:** Tumores microscópicos que se disseminaram para perto do tumor primário do melanoma.
- **Crescimento de melanoma no interior de vasos sanguíneos ou linfáticos** (invasão vascular linfática).
- **Regressão tumoral:** Quando existem evidências de que os LIT no sistema imunitário estão a atacar as células cancerígenas e a reduzir o tamanho do tumor.

Sucesso na remoção de células cancerígenas:

- Extensão da remoção (excisão) ou **estado da margem periférica:** A presença ou ausência de células cancerígenas no tecido normal à volta das laterais de um tumor que foi removido durante a biópsia inicial ou a cirurgia de seguimento.

Peça uma cópia do relatório patológico para que possa decidir em conjunto com o seu médico os passos seguintes, incluindo o tratamento. Se houver alguma coisa que não compreenda, pergunte ao seu médico ou ao médico oncologista.

Felizmente, a maioria dos melanomas é detetada precocemente, sendo apenas necessário efetuar a biópsia inicial e uma primeira remoção cirúrgica.

Testes cirúrgicos para o estadiamento do cancro

Quando alguém tem cancro, os médicos atribuem um "estádio" ao cancro para perceberem onde o cancro se encontra no corpo e se está disseminado.

Muitas pessoas podem precisar de exames cirúrgicos após a biópsia inicial para os médicos conseguirem determinar o seu estágio.



Primeira intervenção cirúrgica na pele

Os doentes que tenham um melanoma muito fino e em fase inicial que não se tenha disseminado (in situ) irão provavelmente precisar de uma pequena excisão cirúrgica que remove a lesão e os 5 mm de tecido aparentemente saudável à sua volta (margem). Uma margem saudável significa que não existem células cancerígenas nos bordos onde o tecido foi removido. A margem profunda corresponde ao tecido de aspeto normal por baixo de um tumor e o estado da margem profunda é a presença ou ausência de células cancerígenas no tecido de aspeto normal por baixo de um tumor.

Segunda intervenção cirúrgica na pele

Alguns doentes com melanomas precisam de fazer um segundo procedimento chamado **excisão local alargada (ELA)**, mesmo se parecer que a lesão do melanoma foi removida. Uma ELA remove mais tecido aparentemente saudável (uma margem de 1 a 2 cm) para garantir uma probabilidade muito baixa de pequenas células cancerígenas (doença microscópica) permanecerem no tecido à volta do melanoma. Os médicos utilizam fatores como a profundidade da lesão e a sua localização para determinar a quantidade de tecido que é necessário remover.

A ELA:

- Pode ser efetuada no hospital, onde os médicos podem aplicar uma anestesia local para anestesiar a área ou uma anestesia geral para o adormecer se também forem realizar uma biopsia aos gânglios linfáticos perto do melanoma (biopsia do gânglio sentinela).
- Pode incluir a intervenção de um cirurgião plástico se houver a possibilidade de a cirurgia causar uma cicatriz grande ou um defeito na pele. Para ajudar a evitar uma cicatriz, podem remendar uma área de pele utilizando um retalho ou um enxerto de pele, normalmente da coxa. Este procedimento é efetuado durante a cirurgia.

Biopsias adicionais que podem ser necessárias

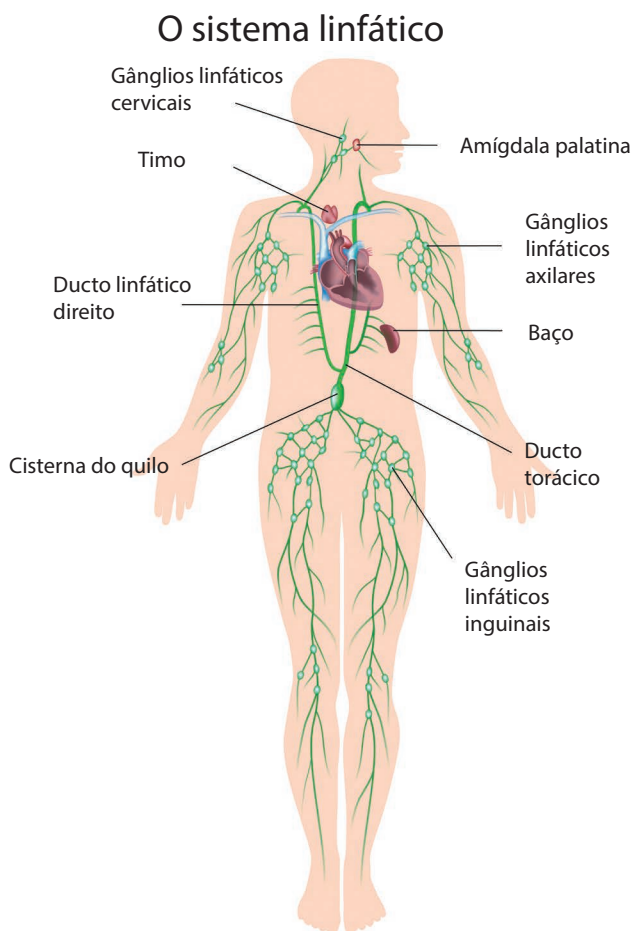
Biopsia do gânglio linfático sentinela (BGLS)

Os primeiros gânglios linfáticos para os quais é provável que o cancro se dissemine a partir de um tumor primário são chamados de **gânglios linfáticos sentinela (GLS)**. Os médicos fazem uma biopsia do gânglio linfático sentinela (BGLS) para descobrir se o melanoma se disseminou para as principais regiões de gânglios linfáticos, normalmente no pescoço (cervical), axila (axilar) ou virilha (inguinal).

Na BGLS, o médico irá:

- Injetar um marcador radioativo e possivelmente um corante azul no seu corpo. O corante tinga os gânglios linfáticos, o que ajuda o médico a identificá-los claramente.
- Realizar uma cirurgia sob anestesia geral para remover 2 a 3 gânglios sentinela.
- Enviar os gânglios linfáticos para o patologista para análise.

Os médicos efetuam uma biopsia do gânglio linfático sentinela quando existe uma maior probabilidade de o melanoma se ter disseminado, por exemplo, se o melanoma apresentar um determinado tamanho (1 mm a 4 mm), visto ter-se revelado benéfica para a sobrevivência do doente e para a progressão da doença. Podem recomendar este tipo de biopsia mesmo que não consigam ver provas da sua disseminação através de um exame físico ou de exames imagiológicos como a TAC.



A biopsia pode ter efeitos secundários temporários que incluem:

- Dormência
- Dor
- Contusões
- Acumulação de fluido linfático no local da cirurgia
- Em casos raros, **linfedema** (inchaço de um membro causado pela remoção de gânglios linfáticos)

O que acontece a seguir:

- Se não existirem células de melanoma no gânglio sentinela, não é necessária mais nenhuma cirurgia aos gânglios linfáticos porque é muito improvável que o melanoma se tenha disseminado para além deste ponto.
- Se existirem células de melanoma no gânglio sentinela, o cirurgião pode sugerir uma monitorização ecográfica desse grupo de gânglios linfáticos (região de gânglios linfáticos) durante os 5 anos seguintes.

Biopsia por aspiração com agulha fina (AAF)

Se o médico conseguir sentir os gânglios linfáticos (são palpáveis) ou se achar que os gânglios linfáticos são suspeitos (se estiverem inchados ou se tiver outros sintomas), poderá fazer uma aspiração com agulha fina (AAF) do gânglio linfático para procurar células cancerígenas. Este tipo de biopsia é menos invasivo que outros tipos de biopsias, uma vez que os médicos utilizam uma agulha em vez de abrirem o corpo. No entanto, a amostra recolhida pela AAF pode não ser sempre suficiente para dizer se uma área suspeita tem melanoma.

Numa biopsia AAF:

1. O médico pode aplicar um anestésico local para dessensibilizar a área da pele.
2. O médico utiliza uma agulha fina e oca e uma seringa para retirar uma pequena amostra de tecido de um gânglio linfático ou de um tumor. A agulha é mais pequena do que a agulha utilizada nas análises ao sangue.
3. Se o gânglio linfático estiver mesmo por baixo da pele, o médico pode muitas vezes senti-lo suficientemente bem para guiar a agulha até ele. Por outro lado, se o alvo da biopsia for um gânglio linfático suspeito numa zona mais profunda do corpo ou um tumor num órgão como o pulmão ou o fígado, os médicos utilizam um exame imagiológico, como uma ecografia ou uma TAC, para ajudar a guiar a agulha até ao local.
4. O médico envia o tecido para o patologista para análise.

Este exame normalmente não causa muito desconforto e não deixa cicatriz.

Biopsia excisional de gânglios linfáticos

Os médicos podem efetuar uma biopsia excisional de um gânglio linfático se o tamanho do gânglio linfático sugerir que o melanoma se disseminou para aí, mas não tiver sido efetuada uma biopsia AAF ou a mesma não tiver detetado células de melanoma.

Neste tipo de biopsia:

1. O médico pode aplicar um anestésico local para dessensibilizar a área se o gânglio linfático estiver mesmo debaixo da pele, mas também pode pôr o doente a dormir por anestesia geral se o gânglio linfático estiver num local mais profundo no corpo.
2. O médico faz um pequeno corte (incisão) na pele para remover tecido do gânglio linfático.
3. Depois, envia o tecido para o patologista para análise.

Linfadenectomia radical

Se uma biopsia do gânglio linfático sentinela revelar que um doente tem melanoma em mais de 1 gânglio, em casos raros, o médico pode recomendar uma linfadenectomia radical. A linfadenectomia radical (também designada por dissecação de gânglios linfáticos) é uma cirurgia que remove todos os gânglios linfáticos agrupados (região de gânglios linfáticos) no local para onde o tumor se disseminou.

Neste tipo de cirurgia:

1. Os médicos normalmente administram anestesia geral para pôr o doente a dormir.
2. Normalmente o doente pode ir para casa no mesmo dia.
3. O médico corta a pele sobre a área dos gânglios linfáticos afetados e remove os gânglios linfáticos, o tecido linfático próximo e algum tecido mole subjacente.
4. Depois, envia os gânglios linfáticos e o tecido para o patologista para análise.
5. Durante várias semanas, o doente fica com um tubo que drena o líquido da área da cirurgia, para que este não se acumule. No caso de remoção de gânglios linfáticos da virilha ou da axila, pode ocorrer acumulação de líquido por estes normalmente ajudarem a drenar líquido dos membros.

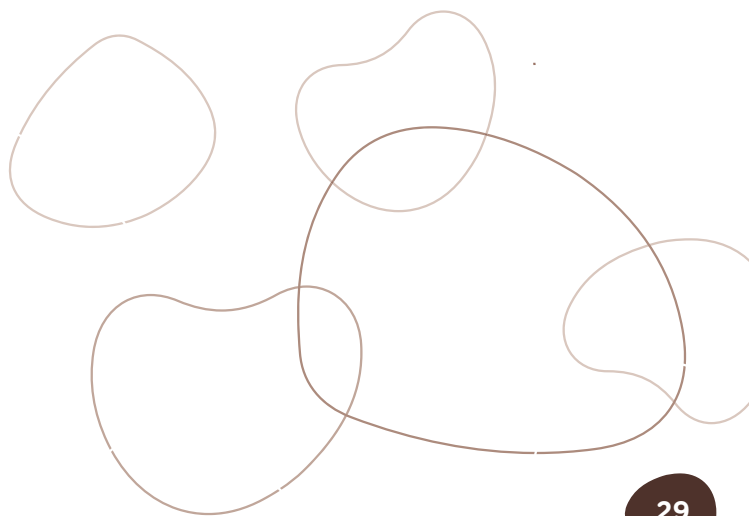
Este procedimento pode causar:

- Linfedema (acumulação de líquido num braço ou numa perna)
- Dormência
- Sensação de formigueiro
- Dor na área da cirurgia

O linfedema (acumulação de líquido no membro que causa inchaço) pode ser um efeito secundário permanente em até 50% dos doentes sujeitos a uma dissecação na virilha e 20% dos doentes sujeitos a uma dissecação axilar. Se for suficientemente grave, pode causar problemas de pele e uma maior probabilidade de infeções no membro. A aplicação de ligaduras, as massagens profissionais de drenagem linfática e o uso de vestuário de compressão podem ajudar algumas pessoas nesta condição. Para mais informações, consulte o nosso folheto intitulado *Gestão do linfedema no doente com melanoma*.

Poderá querer fazer estas perguntas sobre a cirurgia ao seu médico:

- Que cirurgia recomenda para mim? Porquê?
- O que implica a cirurgia?
- Tenho de ficar no hospital?
- Terei dores após a cirurgia? Como é que vão tratar a minha dor?
- Poderei precisar de antibióticos para evitar uma infeção?
- Que problemas devo ter em atenção após a cirurgia?
- Deixará uma cicatriz?
- Existem efeitos secundários a longo prazo?
- Vou precisar de assistência ao domicílio e, em caso afirmativo, como será organizada?
- Quem devo contactar se tiver problemas após a cirurgia?





Efeitos secundários da cirurgia

- **Efeitos secundários dos medicamentos para a dor:** A sua equipa de saúde vai dar-lhe medicamentos para a dor após qualquer tipo de cirurgia. Visto que os medicamentos para a dor muitas vezes causam problemas de evacuação (obstipação), é provável que lhe deem medicamentos para o ajudar a evacuar.
- **Sangramento**
- **Infeções:** As infeções são tratadas com antibióticos ou com a abertura da ferida para permitir a drenagem de pus e bactérias.
- **Problemas de cicatrização e linfedema:** As cirurgias aos gânglios linfáticos têm, por vezes, problemas de cicatrização e geralmente podem causar a acumulação de líquidos no braço ou na perna junto aos gânglios linfáticos (linfedema). O linfedema pode ocorrer logo após a cirurgia ou muito mais tarde. Os efeitos a longo prazo do linfedema podem ser temporários ou permanentes.

Fale com a sua equipa de saúde se os efeitos secundários após a cirurgia estiverem a causar incómodo. Se sofre de linfedema, a equipa pode ajudar a gerir os seus sintomas. Consulte também o nosso folheto *Gestão de linfedema no doente com melanoma*, que está disponível para transferência no nosso website em melanomacanada.ca.



EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Uma vez confirmado o melanoma, o seu médico pode querer fazer outros exames, especialmente se apresentar sintomas ou se o melanoma se tiver disseminado.

Os exames de diagnóstico são utilizados para ajudar a determinar a doença ou condição de saúde que uma pessoa tem com base nos seus indícios e sintomas.

Podem também ser utilizados para:

- Determinar a gravidade da doença ou condição.
- Ajudar a planear os tratamentos.
- Perceber se os tratamentos estão a funcionar bem.

Análises ao sangue

As análises ao sangue são utilizadas porque a presença de níveis anormais de determinadas enzimas (um tipo de proteína) no sangue pode ser um indício de que o melanoma se disseminou para outras partes do corpo (metástases). Uma destas enzimas é a **lactato desidrogenase (LDH)**. Se tiver níveis elevados de LDH no sangue, pode ser um indício de determinados problemas ou possíveis metástases e o seu médico pode pedir mais exames.

Imagiologia

Os diferentes tipos de imagiologia permitem aos médicos observar os tecidos e órgãos internos. Isto ajuda-os a perceber se o melanoma se disseminou para qualquer parte do corpo.

- No melanoma de estágio 0 ou de estágio I de baixo risco, a imagiologia não é utilizada.
- No melanoma de risco intermédio de estágio I (1) e de estágio II (2), a imagiologia nem sempre é utilizada, exceto para avaliar determinados sintomas, como a dor.
- No melanoma de estágio III (3) e estágio IV (4), a imagiologia é utilizada para avaliar determinados sintomas e para avaliar a extensão de disseminação do melanoma.

O tipo de exame imagiológico depende dos sintomas e da localização provável para onde o melanoma se disseminou:

- **Radiografia torácica:** A radiografia utiliza um tipo de radiação chamado ondas eletromagnéticas para obter imagens do corpo. A radiografia torácica foca-se nas estruturas e órgãos do tórax. Este exame pode ser efetuado nos melanomas de risco intermédio de estágio I e II. É frequentemente utilizado em melanomas de estágio III e IV.
- **Ecografia:** A ecografia utiliza ondas sonoras para obter imagens de partes do corpo. Este exame pode ser utilizado se o gânglio sentinela tiver metástases de melanoma. É utilizado para verificar se os restantes gânglios linfáticos (na cabeça e no pescoço ou na axila e na virilha) apresentam indícios de cancro.

- **Tomografia computadorizada (TAC):** Após a injeção de um agente de contraste, a TAC obtém várias radiografias de partes do corpo a partir de diferentes ângulos, realçando as áreas de interesse. Isto cria uma imagem tridimensional. A TAC é frequentemente utilizada para detetar melanomas nos pulmões.
- **Ressonância magnética:** A ressonância magnética utiliza ondas de rádio e magnetos (ímãs) para obter imagens de órgãos e outras partes do corpo. A ressonância magnética é frequentemente utilizada para detetar melanomas no cérebro.
- **Tomografia por emissão de positrões (PET):** A PET envolve uma injeção de glicose (açúcar) radioativa numa veia. Em seguida, um aparelho (scanner) obtém imagens de áreas dentro do corpo onde a glicose está a ser utilizada. As células cancerígenas aparecem mais brilhantes na imagem porque consomem mais glicose do que as células normais. Os exames PET são utilizados para encontrar células cancerígenas no corpo.

Perguntas a fazer ao seu médico sobre os exames para deteção de melanoma:

- Que exames sugere no meu caso?
- Posso fazer estes exames se estiver grávida?
- O que devo levar comigo para estes exames?
- Onde serão realizados os exames?
- Quanto tempo demoram os exames?
- Vai doer? Vão administrar-me alguma anestesia local?
- Preciso de me preparar para os exames?
- Preciso de levar uma lista dos meus medicamentos?
- Posso levar alguém comigo?
- Quanto tempo demoro a recuperar? Preciso de alguma medicação depois dos exames?
- Quando é que vou saber os resultados? Quem é que mos vai explicar?
- Poderei ver os resultados dos meus exames online?
- Se for feita uma biopsia, recebo uma cópia do relatório patológico?
- Se eu tiver cancro, quem falará comigo sobre os próximos passos? Quando?
- Poderei aceder aos resultados dos meus exames online?

ESTÁDIOS DO MELANOMA

O **estadiamento** faz parte do processo de diagnóstico após a realização de todos os procedimentos cirúrgicos e exames imagiológicos e a obtenção dos relatórios patológicos. Ajuda-o a si e ao seu médico a:

- Saber quão avançado está o melanoma (se já se disseminou).
- Decidir como avançar com o tratamento e os cuidados de acompanhamento.
- Falar sobre o prognóstico e as estatísticas de sobrevivência.

Após o exame físico e a biopsia inicial, vão atribuir-lhe um **estádio clínico** preliminar que pode vir a mudar. O relatório patológico final determina o **estádio patológico**, bem como as opções de tratamento.

Como é determinado o estágio?

Os estádios do melanoma baseiam-se em vários fatores. O sistema de estadiamento utilizado para o melanoma é o sistema TNM da American Joint Committee on Cancer (AJCC). Este sistema baseia-se em 3 partes (TNM), sendo atribuído um número a cada letra.

T: A espessura do tumor principal (primário)

Descreve a espessura ou profundidade do cancro e se este está ulcerado (pele em ferida).

- **Espessura do tumor:** A espessura do melanoma é designada por medida de **Breslow**. Mede a profundidade que as células do melanoma atingiram abaixo da superfície da pele. Em geral, os melanomas com menos de 1 milímetro (mm) de espessura (cerca de 1/25 de polegada) têm uma probabilidade muito baixa de se disseminarem. À medida que o melanoma se torna mais espesso, aumenta a probabilidade de se disseminar.
- **Ulceração:** A ulceração significa que há pele em ferida ou já não há pele a cobrir o melanoma. Um melanoma com ulceração apresenta um risco mais elevado do que um melanoma com a mesma espessura mas sem ulceração.

A categoria T está dividida nos níveis 1 a 4, com base na profundidade de crescimento do tumor no interior da pele, medida em milímetros (mm).

- Tis, melanoma in situ.
- T1, menor que 1,0 mm.
- T2, maior que 1,0 mas menor que 2,0 mm.
- T3, maior que 2,0 mas menor que 4,0 mm.
- T4, maior que 4,0 mm.

N: A disseminação (metástase) para gânglios linfáticos próximos

Descreve se o cancro se disseminou para gânglios linfáticos regionais ou próximos. A categoria N está dividida nos níveis 0 a 3.

- N0, sem metástases nos gânglios linfáticos regionais.
- N1, um gânglio envolvido pelo tumor ou metástases em trânsito, satélites e/ou microssatélites.
- N2, dois ou três gânglios envolvidos por tumor ou metástases em trânsito, satélites e/ou microssatélites com um gânglio envolvido por tumor.
- N3, quatro ou mais gânglios envolvidos por tumor ou metástases em trânsito, satélites e/ou microssatélites com dois ou mais gânglios envolvidos por tumor, ou qualquer número de gânglios com ou sem metástases em trânsito, satélites e/ou microssatélites.

M: A disseminação (metástase) para locais distantes

Descreve a disseminação do cancro pelo corpo para gânglios linfáticos ou órgãos.

- M0, sem evidência de metástases distantes.
- M1, evidência de metástases distantes.

Estádio geral

Cada parte (T, N e M) é determinada e depois combinada para se obter um estágio geral. Existem 5 estádios gerais: 0, I, II, III e IV (0-4).

- **Melanoma precoce** é a doença em estágio I e estágio II.
- **Melanoma avançado** é a doença em estágio III e estágio IV.

Quais são os estádios do melanoma?

O sistema de estadiamento abaixo é uma versão simplificada do mais recente sistema TNM, atualizado em janeiro de 2018. O estadiamento do cancro do melanoma pode ser complexo – se tiver alguma dúvida sobre o estadiamento do seu cancro ou sobre as implicações do mesmo para o seu tratamento, peça ao seu médico que o explique de forma a que compreenda.

Em geral, é pouco provável que melanomas com menos de 1 mm de espessura se disseminem. No caso de melanomas mais profundos, há uma maior probabilidade de se terem disseminado. Também há uma maior probabilidade de estes melanomas **recorrerem** ou regressarem após o tratamento.

Para mais informações sobre o sistema de estadiamento, visite o nosso website melanomacanada.ca.

Tabela. Visão geral do estadiamento patológico TNM

Estádio	Tumor	Gânglio	Metástase
O	Tis	N0	M0
IA	T1a ou T1b	N0	M0
IB	T2a	N0	M0
IIA	T2b ou T3a	N0	M0
IIB	T3b ou T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
IIIA	T1a/b ou T2a	N1a ou N2a	M0
	T0	N1b ou N1c	
IIIB	T1a/b ou T2a	N1b/c ou N2b	M0
	T2b ou T3a	N1a/b/c ou N2a/b	
IIC	T0 T1a/b ou T2a/b ou T3a T3b ou T4a T4b	N2b/c ou N3b/c N2c ou N3a/b/c Qualquer N ≥ N1 N1a/b/c ou N2a/b/c	M0
IIID	T4b	N3a/b/c	M0
IV	Qualquer T, Tis	Qualquer N	M1

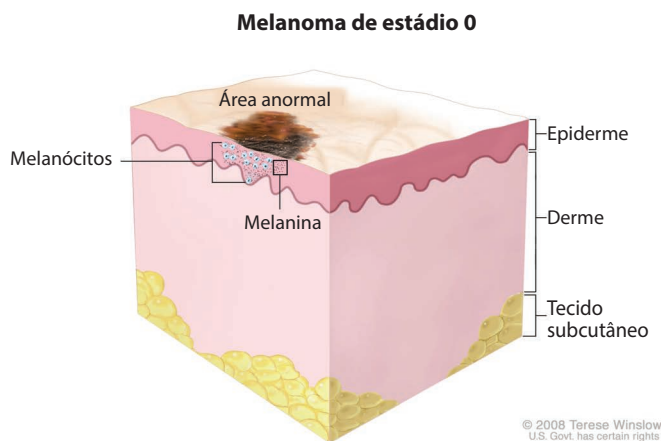
N, número de gânglios linfáticos envolvidos por tumor; M, número de metástases em locais distantes; T, espessura do tumor primário.

Fonte: Melanoma Research Alliance

Estádio 0 (Melanoma in situ)

No estágio 0, o melanoma encontra-se na camada fina exterior da pele (epiderme). Não se disseminou para a camada seguinte da pele (derme), para outras partes do corpo ou para os gânglios linfáticos. O melanoma de estágio 0 é altamente curável e tem uma probabilidade muito baixa de se disseminar ou de regressar (recorrer).

O estágio 0 também é frequentemente designado por melanoma in situ e lentigo maligno.

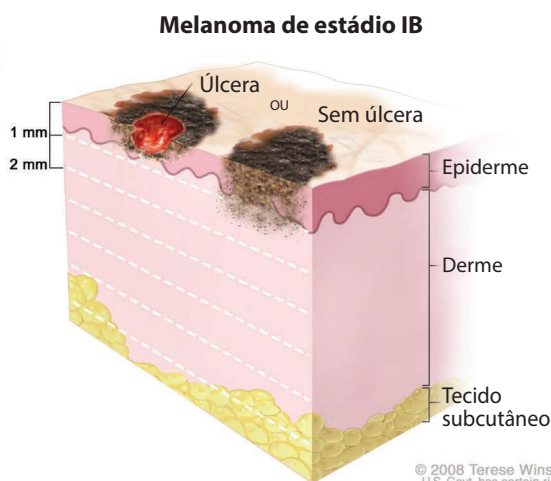
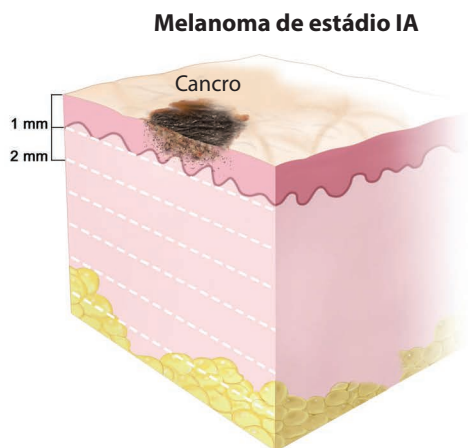


Estádio I (1)

No estágio I, o cancro já se formou e o melanoma torna-se invasivo. Cresceu internamente abaixo da epiderme até à derme. Não se disseminou para gânglios linfáticos próximos nem para locais distantes.

O estágio I divide-se nos estádios IA e IB:

- **Estádio IA:** O tumor tem até 1 mm de espessura, com ou sem ulceração
- **Estádio IB:** O tumor tem mais de 1 mm de espessura, mas não mais de 2 mm, sem ulceração

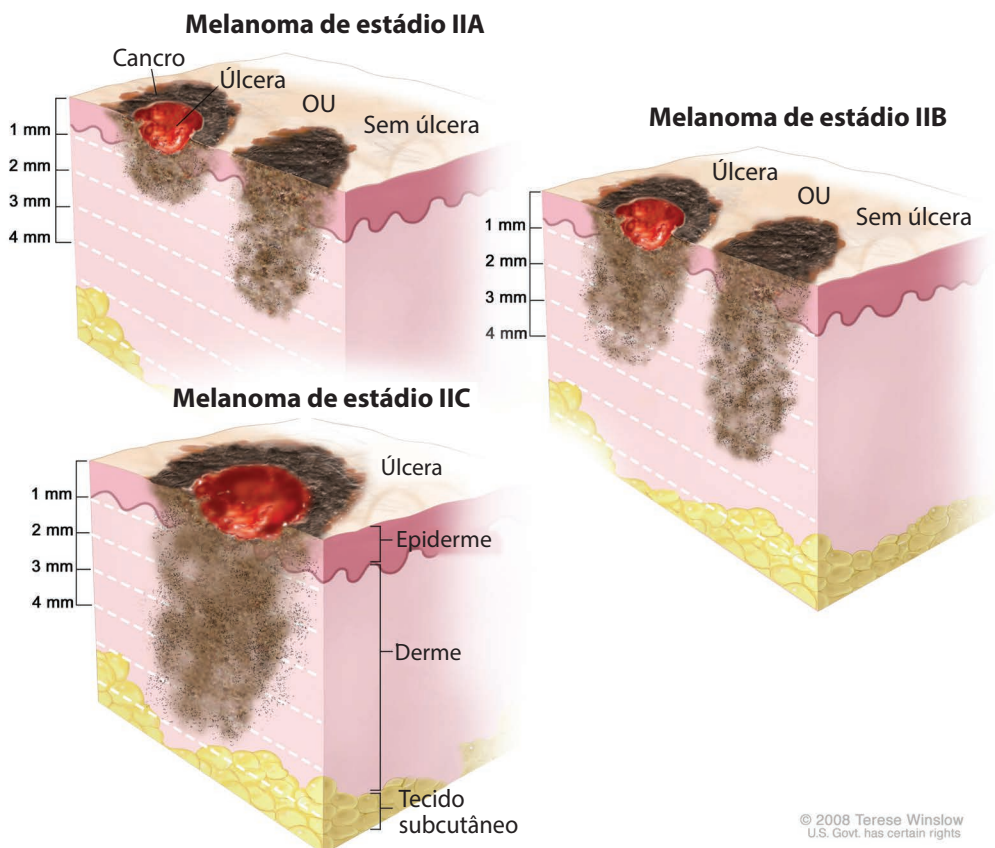


Estádio II (2)

No estágio II, as células cancerígenas cresceram internamente abaixo da epiderme até à derme. Não se disseminou para gânglios linfáticos próximos nem para locais distantes.

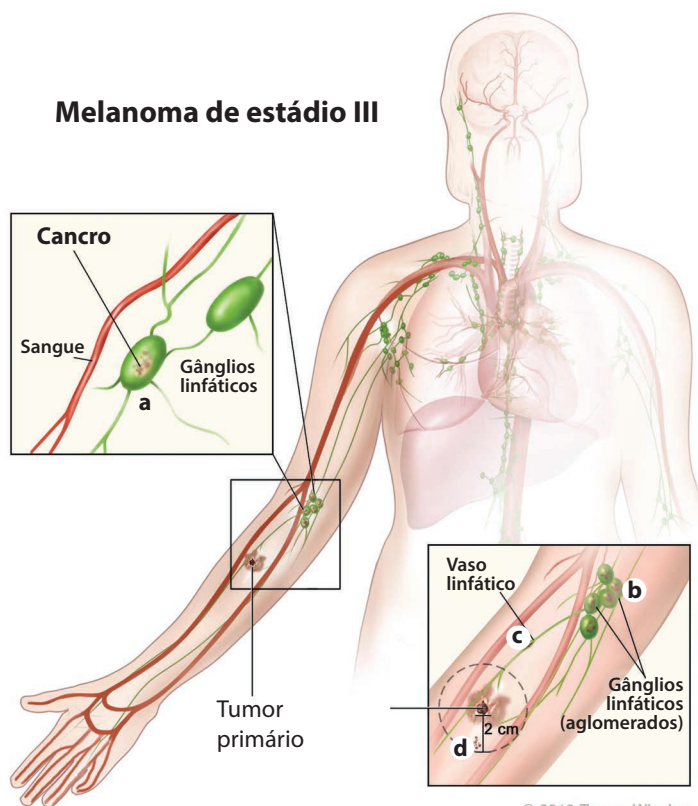
O estágio II divide-se nos níveis IIA, IIB e IIC:

- **Estádio IIA:** O tumor pode apresentar:
 - o Mais de 1 mm de espessura mas menos de 2 mm de espessura, com ulceração, OU
 - o Mais de 2 mm de espessura mas menos de 4 mm de espessura, sem ulceração
- **Estádio IIB:** O tumor pode apresentar:
 - o Mais de 2 mm de espessura mas menos de 4 mm de espessura, com ulceração, OU
 - o Mais de 4 mm de espessura, sem ulceração
- **Estádio IIC:** O tumor tem mais de 4 mm de espessura, com ulceração



Estádio III (3)

No estágio III, o melanoma disseminou-se para vasos linfáticos ou gânglios linfáticos próximos. O tumor pode apresentar qualquer espessura, com ou sem ulceração. O estágio III divide-se em 4 níveis – A, B, C e D. Em todos os níveis do estágio III, o tumor não se disseminou para partes distantes do corpo.



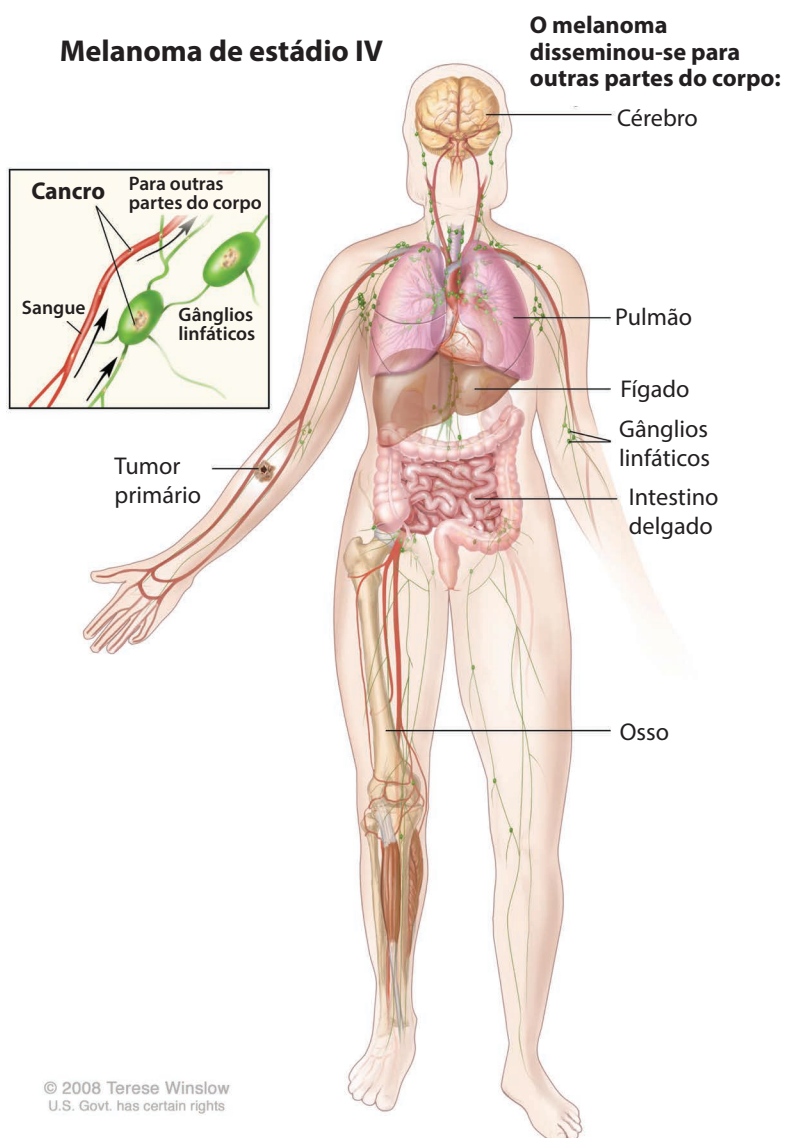
© 2010 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

Estádio IIIA	O tumor primário (principal) não tem mais de 2 mm de espessura. Pode estar ou não ulcerado. Disseminou-se para 1 a 3 gânglios linfáticos próximos, mas é tão pequeno que só é visível ao microscópio.
Estádio IIIB	<p>Não há indícios do tumor primário E</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para apenas 1 gânglio linfático próximo OU Disseminou-se para áreas muito pequenas da pele próxima (tumores satélites) ou vasos linfáticos (um tubo fino que transporta fluido linfático e glóbulos brancos através do sistema linfático) <p>OU</p> <p>O melanoma primário tem menos de 4 mm de espessura e pode ou não estar ulcerado E:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para até 3 gânglios linfáticos OU Disseminou-se para áreas muito pequenas da pele próxima (tumores satélites) ou vasos linfáticos
Estádio IIIC	<p>Não há indícios do tumor primário E</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para até 4 ou mais gânglios linfáticos OU Disseminou-se para 2 ou mais gânglios linfáticos e para áreas muito pequenas da pele próxima ou vasos linfáticos <p>OU</p> <p>O melanoma primário tem menos de 4 mm de espessura e pode ou não estar ulcerado E</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para 1 ou mais gânglios linfáticos ou para áreas muito pequenas da pele próxima (tumores satélites) ou vasos linfáticos, ou gânglios linfáticos aglomerados <p>OU</p> <p>O tumor tem mais de 2 mm de espessura mas menos de 4 mm de espessura e pode ou não estar ulcerado E</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para 1 ou mais gânglios linfáticos OU Disseminou-se para áreas muito pequenas da pele próxima (tumores satélites) ou vasos linfáticos, ou gânglios linfáticos aglomerados <p>OU</p> <p>O tumor tem mais de 4 mm de espessura, está ulcerado E</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para 1 a 3 gânglios linfáticos OU Disseminou-se para áreas muito pequenas da pele próxima (tumores satélites) ou vasos linfáticos
Estádio IIID	<p>O tumor tem mais de 4 mm de espessura, está ulcerado E</p> <ul style="list-style-type: none"> Disseminou-se para 4 ou mais gânglios linfáticos OU Disseminou-se para áreas muito pequenas da pele próxima (tumores satélites) ou vasos linfáticos

Estádio IV (4)

Existe menos informação sobre o melanoma de estágio IV. No estágio IV:

- O tumor pode apresentar qualquer espessura e pode ou não estar ulcerado.
- Pode ou não ter-se disseminado para gânglios linfáticos próximos.
- Disseminou-se para outros locais distantes do corpo, como o pulmão, o fígado, o cérebro, os ossos, os tecidos moles ou o trato gastrointestinal (GI) (trato digestivo).
- Poderão haver tumores satélites na pele, longe da localização primária.



Doença persistente ou recorrente

O melanoma pode recorrer ou regressar após o tratamento. Os melanomas mais profundos têm maior probabilidade de recorrência do que os melanomas mais finos.

O **melanoma persistente** é um tumor que não foi completamente removido pelo tratamento. Encontra-se na cicatriz cirúrgica. O melanoma persistente não se desenvolveu abaixo da epiderme.

O **melanoma recorrente** ocorre quando o cancro regressa após o tratamento. Existem diferentes tipos de melanoma recorrente, com base no local onde regressa:

- A **recorrência local** acontece quando o cancro regressa na pele perto do local onde começou, ou nos vasos linfáticos próximos.
- A **recorrência regional** acontece quando o cancro regressa nos gânglios linfáticos próximos do primeiro melanoma.
- A **recorrência distante** acontece quando o cancro regressa, mas disseminado para além dos gânglios linfáticos próximos.

Se tiver indícios de melanoma persistente ou recorrente:

- O seu médico fará uma biopsia.
- Poderá fazer mais exames para verificar se o melanoma se disseminou para outras partes do corpo.
- Os resultados destes exames ajudarão a determinar o estágio do melanoma. Estes estádios são iguais aos que foram descritos acima.
- O estágio do melanoma recorrente ajudará a determinar o seu tratamento e o planeamento do seguimento. Os médicos podem propor um ensaio clínico se tiver um melanoma recorrente.

TRATAMENTO DO MELANOMA

Visão geral

Os principais aspetos que ajudam médicos e doentes a escolher as opções de tratamento são:

- Profundidade do tumor
- Presença de ulceração (pele em ferida)
- Se está disseminado nos gânglios linfáticos

O tratamento do melanoma pode incluir:

- **Cirurgia:** Remoção do melanoma da pele (excisão).
- **Imunoterapia:** Tratamento que estimula o sistema imunitário a encontrar e combater células cancerígenas.
- **Terapêutica direcionada:** Tratamento com medicamentos que têm como alvo e desativam células cancerígenas que têm determinadas mutações (alterações) do ADN.
- **Quimioterapia:** Tratamento com medicamentos que matam células cancerígenas.
- **Radiação:** Tratamento que utiliza um feixe de alta energia para matar células cancerígenas.
- **Terapêutica adjuvante:** Tratamento adicional administrado após a cirurgia para reduzir o risco de reaparecimento do cancro, normalmente utilizando imunoterapia ou medicamentos de terapêutica direcionada.

Equipa de tratamento

O tratamento do cancro envolve uma equipa de profissionais de saúde. A sua equipa de tratamento pode incluir:

- Um **dermatologista**, o médico que trata as doenças da pele.
- Um **oncologista cirúrgico** (ou **cirurgião oncologista**), o médico que utiliza a cirurgia para tratar o cancro.
- Um **radioncologista**, o médico que utiliza radiação para tratar o cancro.
- Um **médico oncologista**, o médico que utiliza terapêutica medicamentosa para matar células cancerígenas que se tenham disseminado a partir do melanoma primário.

Plano de tratamento

Um **plano de tratamento** é uma ferramenta útil para o ajudar a compreender o seu tratamento e a sentir-se em controlo. A elaboração de um plano de tratamento pode aliviar alguma da ansiedade que possa ter após um diagnóstico. Pode ser um alívio saber como a sua equipa irá tratar o seu melanoma e ter uma ideia do que pode esperar.

Um plano de tratamento inclui:

- Os objetivos do seu tratamento – por exemplo, prolongar a sua sobrevivência, melhorar a qualidade de vida, aliviar sintomas, prevenir complicações, etc.
- Informações sobre o seu melanoma.
- Os tratamentos que os seus médicos planearam.
- Quaisquer efeitos secundários possíveis.
- Informações sobre eventuais preocupações físicas e emocionais.
- Conselhos gerais de saúde, como deixar de fumar ou limitar o consumo de álcool.

Um plano de tratamento ajuda qualquer pessoa com melanoma, mas é particularmente importante para quem tem uma doença de estágio IV. Um plano de tratamento ajuda-o/a a si e à sua equipa de tratamento a serem claros quanto aos vossos objetivos e desejos. Peça à sua equipa de tratamento um plano de tratamento escrito.

Segundas opiniões

Pode ser uma boa ideia obter uma segunda opinião de outro médico sobre o seu diagnóstico e o tratamento sugerido se tiver alguma dúvida quanto às opções que lhe foram dadas. O segundo médico pode concordar com o primeiro plano de tratamento, ou pode sugerir uma abordagem diferente. De qualquer forma, terá aprendido mais e poderá sentir-se mais confiante sobre as suas opções de tratamento.

Pode ter de aguardar algumas semanas até conseguir consultar um segundo médico. Este possível atraso geralmente não afeta o resultado do tratamento. No entanto, poderá ser melhor perguntar ao seu médico se o seu tratamento tem de ser iniciado imediatamente.

Perguntas a fazer ao seu médico sobre o tratamento do melanoma:

- Em que estágio se encontra o meu melanoma?
- Que tratamentos são recomendados para o meu estágio de melanoma?
- A minha idade, saúde e outras doenças afetam as minhas opções de tratamento?
- Quais são os riscos, benefícios e efeitos secundários de cada uma das minhas opções de tratamento?
- Existe algum ensaio clínico que possa oferecer uma melhor opção para mim?
- O que devo fazer para me preparar para o tratamento?
- Quando posso iniciar o tratamento?
- Onde é que vou ser tratado/a? Tenho de ficar no hospital ou posso ir para casa depois de cada tratamento?
- Como é que este tratamento vai afetar a minha vida diária?
- Qual é a probabilidade de ficar livre do melanoma após o tratamento?
- A que efeitos secundários devo ter atenção durante o tratamento?
- Quando posso retomar as minhas atividades normais?
- Qual é a probabilidade de o meu cancro regressar ou disseminar-se após o tratamento?

Tratamento por estágio

No estágio 0:

O tratamento do estágio 0 inclui:

- Cirurgia para remover o melanoma e o bordo circundante de pele normal. O prognóstico (resultado provável) é excelente nesta fase.
- Após o tratamento, os médicos recomendam que faça um autoexame mensal da pele e que consulte um dermatologista pelo menos uma vez por ano para o resto da vida.

No estágio I (1):

O tratamento do estágio I inclui:

- Uma biopsia do gânglio linfático sentinela se o tumor tiver mais de 1 mm de espessura para determinar se o melanoma se disseminou para os gânglios linfáticos.
- Após a primeira cirurgia (para remover o melanoma e o bordo circundante de pele normal), é realizada uma segunda cirurgia para remover um **bordo mais amplo** de pele normal em torno do local da biopsia (uma excisão local ampla).
- Após o tratamento, os médicos recomendam que faça um autoexame mensal da pele e que consulte um dermatologista pelo menos uma vez por ano para o resto da vida.

No estágio II (2):

O tratamento do estágio II inclui:

- Uma biopsia do gânglio linfático sentinela, recomendada em doentes com estádios IIB e IIC.
- Após a primeira cirurgia (para remover o melanoma e o bordo circundante de pele normal), uma segunda cirurgia para remover um bordo mais amplo de pele normal em torno do local da biopsia (excisão local ampla).
- **Terapêuticas adjuvantes** após a cirurgia para os estádios IIB ou IIC (tratamento após o primeiro tratamento para diminuir a probabilidade de o cancro regressar), uma vez que o risco de recorrência é elevado nestes estádios.

O estágio IIA apresenta uma probabilidade moderada de o cancro se disseminar para outra parte do corpo ou regressar.

Os estádios IIB ou IIC têm uma maior probabilidade de recorrência, pelo que podem beneficiar de tratamentos adicionais.

No estágio III (3):

O tratamento do estágio III pode incluir:

- Uma biopsia do gânglio linfático sentinela, que pode ajudar na tomada de decisões sobre as opções de tratamento, como tratamento com radiação ou ensaios clínicos ou quem pode beneficiar de terapêutica adjuvante.
- Remoção de um bordo mais amplo de pele normal em torno do local da biopsia (excisão local ampla).
- **Terapêuticas adjuvantes** (tratamento após o melanoma ser removido em cirurgia para reduzir a probabilidade de o cancro regressar).

No estágio IV (4):

O tratamento do estágio IV implica falar com o seu oncologista sobre os tratamentos disponíveis e a possibilidade de participar num ensaio clínico.



OPÇÕES DE TRATAMENTO

Tratamento adjuvante

O **tratamento adjuvante** é um tratamento oncológico adicional administrado após o tratamento primário (cirurgia) para reduzir a probabilidade de o cancro regressar. Este tratamento pode incluir imunoterapia ou medicamentos de terapêutica direcionada. A terapêutica adjuvante é comum em doentes nos estádios IIB, IIC ou III, que podem correr um maior risco de recorrência.

O **interferão (intron a)** é um tipo de imunoterapia administrada como terapêutica adjuvante que é oferecida a doentes com uma elevada probabilidade de recorrência.

Terapêutica localizada

A **terapêutica localizada** é um tratamento que é injetado diretamente nos tumores da pele, se o cancro:

- Não puder ser removido por cirurgia (irressecável) e
- Se tiver disseminado através de um vaso linfático (metástase em trânsito)

Nos melanomas de menor espessura:

É utilizada uma terapêutica medicamentosa denominada aldesleucina (ou IL-2, interleucina 2 ou proleucina), que pode ajudar a estimular o sistema imunitário a atacar os tumores no local onde é injetada. Tal implica receber injeções no centro oncológico a cada 2 semanas, normalmente até 8 sessões.

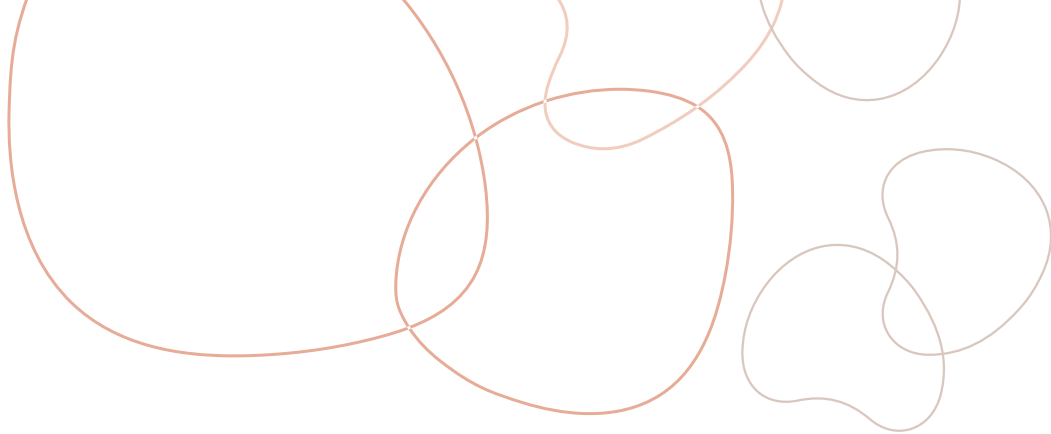
Nos melanomas de maior espessura:

São utilizadas outras terapêuticas, como a perfusão isolada de membros ou infusão isolada de membros. Isto envolve a recirculação local de quimioterapia, o que significa que o medicamento de quimioterapia é injetado na parte do corpo com melanoma. Este procedimento é efetuado no bloco operatório e requer anestesia geral. Normalmente, as pessoas ficam internadas no hospital durante alguns dias após o procedimento.

Terapêutica sistémica

A **terapêutica sistémica** trata todo o corpo para matar as células do melanoma. Pode ser administrada sob a forma de comprimidos ou através de uma veia (chamada via intravenosa ou IV). Este tratamento destina-se a melanomas que:

- Se disseminaram para outras partes do corpo.
- Não são tratáveis por cirurgia.
- São irressecáveis e de estágio IIIC ao estágio IV.



Existem 2 tipos principais de terapêutica sistémica:

- Terapêutica biológica, que inclui imunoterapias, terapêuticas direcionadas e citocinas
- Quimioterapia

A radioterapia é por vezes utilizada como uma terapêutica sistémica, especialmente se o melanoma se tiver disseminado para o cérebro.

Os médicos podem administrar um único tipo de tratamento ou uma combinação de tratamentos. Os tratamentos de combinação são complexos e normalmente são administrados em centros oncológicos especializados. Os médicos podem administrar uma segunda terapêutica sistémica (**terapêutica de segunda linha**) se a primeira não tiver funcionado ou tiver deixado de funcionar.

Imunoterapia (uma terapêutica biológica)

As **imunoterapias** são um tipo de medicamento que estimula o próprio sistema imunitário da pessoa (a defesa natural do organismo contra a doença) a encontrar e destruir células cancerígenas. Os medicamentos de imunoterapia mais comuns são denominados **inibidores de pontos de controlo**.

Os inibidores de pontos de controlo são medicamentos que “desativam os travões” do sistema imunitário. Podem frequentemente reduzir os tumores e prolongar a vida das pessoas com melanoma avançado. Eis como isto funciona:

- Os pontos de controlo são moléculas no nosso corpo que atuam como “travões” no sistema imunitário (especificamente nas células T, que são glóbulos brancos que protegem o nosso corpo de infeções). O nosso corpo utiliza moléculas de ponto de controlo para garantir que o nosso sistema imunitário (e as nossas células T) ataca apenas bactérias e vírus, e não o próprio corpo.
- Os medicamentos inibidores de pontos de controlo travam (ou inibem) estas moléculas, o que permite ao sistema imunitário libertar mais células T para atacar e matar células cancerígenas.

Estes medicamentos estão aprovados no Canadá desde 2012 para tratar o melanoma que não pode ser removido (irressecável) ou que se tenha disseminado para outras partes do corpo (metastático), mais frequentemente nos estádios IIIC a IV.

Medicamentos de imunoterapia atuais:

O **ipilimumab (nome comercial Yervoy)** é um medicamento que tem como alvo e bloqueia uma molécula de ponto de controlo chamada **CTLA-4**, que é uma proteína nas células T que controla a libertação de células T. O ipilimumab é administrado através da veia como uma perfusão intravenosa (IV) a cada 3 semanas, em 4 tratamentos. O ipilimumab é utilizado para o melanoma de estágio IIIC a estágio IV.

Inibidores da PD-1

O **pembrolizumab** e o **nivolumab** são ambos inibidores de pontos de controlo imunitário que têm como alvo a proteína PD-1. A proteína PD-1 encontra-se nas células T (glóbulos brancos que ajudam o organismo a combater as doenças) e, normalmente, impede as células T de atacarem outras células do organismo. Ao bloquearem a proteína PD-1, estes medicamentos estimulam o sistema imunitário a atacar e matar células do melanoma no corpo, reduzindo os tumores.

O **pembrolizumab (nome comercial Keytruda)** é utilizado para tratar o melanoma irressecável ou metastático, reduzindo os tumores e ajudando a aumentar a sobrevivência. É administrado como uma perfusão IV a cada 3-6 semanas.

O **nivolumab (nome comercial Opdivo)** é utilizado para tratar o melanoma irressecável ou metastático, reduzindo os tumores e ajudando a aumentar a sobrevivência. O nivolumab é administrado como uma perfusão IV a cada 2 semanas. Também pode ser utilizado como terapêutica adjuvante.

Imunoterapia de combinação

Nivolumab (nome comercial Opdivo) + ipilimumab (nome comercial Yervoy):

Por vezes, os médicos utilizam uma combinação de ipilimumab e nivolumab (Yervoy e Opdivo). Em conjunto, estes medicamentos bloqueiam a PD-1 e a CTLA-4, o que aumenta a resposta imunitária do organismo. Este tratamento funciona melhor para reduzir tumores e prolongar a vida do que qualquer um dos medicamentos individualmente.

Efeitos secundários dos inibidores de pontos de controle

Os efeitos secundários destes medicamentos podem incluir:

- Fadiga (sentir-se fraco e cansado)
- Tosse
- Comichão ou erupção cutânea
- Menos apetite
- Obstipação
- Dores nas articulações
- Diarreia

Outros efeitos secundários mais graves ocorrem com menor frequência. Como estes medicamentos atuam através do aumento da resposta do sistema imunitário, por vezes o sistema imunitário começa a atacar outras partes do corpo. Tal pode causar problemas graves ou mesmo potencialmente fatais nos pulmões, intestinos, fígado, glândulas hormonais, rins ou outros órgãos.

É muito importante comunicar quaisquer novos efeitos secundários à sua equipa de cuidados de saúde imediatamente. Se ocorrerem efeitos secundários graves, pode ser necessário interromper o tratamento e podem ser-lhe receitados corticosteroides (medicamentos anti-inflamatórios) para suprimir o sistema imunitário.

Terapêuticas direcionadas (uma terapêutica biológica)

As células tumorais do melanoma têm normalmente muitas mutações (alterações) no seu ADN (informação genética no interior das células do nosso corpo). As terapêuticas direcionadas são tratamentos que têm como alvo e matam células com estas mutações específicas, pelo que **têm especificamente como alvo** células do melanoma. Tal pode fazer com que os tumores reduzam de tamanho ou cresçam mais lentamente.

As terapêuticas direcionadas podem matar células cancerígenas sem danificar células saudáveis. Esta ação é diferente da quimioterapia, que atua sobre todas as células cancerígenas e células normais que se dividam rapidamente. A terapêutica direcionada é sistémica (os medicamentos viajam através da corrente sanguínea para todas as partes do corpo).

Estes medicamentos são utilizados para o melanoma avançado que não pode ser removido ou que se disseminou para outras partes do corpo.

Inibidores da BRAF

Cerca de metade dos doentes com melanoma têm uma mutação genética na proteína BRAF (pronuncia-se “biraf”). Os genes dão às nossas células instruções sobre como produzir proteínas, que ajudam as nossas células e o nosso corpo a funcionar. O gene BRAF indica às células como produzir a proteína BRAF. Eis como funcionam os inibidores da BRAF:

1. A proteína BRAF normalmente regula as células da pele, permitindo-lhes multiplicarem-se apenas quando necessário.
2. No entanto, quando existe uma mutação no gene BRAF, esta faz com que a proteína não funcione corretamente e as células cresçam descontroladamente.
3. Os inibidores da BRAF são medicamentos que têm como alvo as proteínas BRAF mutadas e impedem (inibem) a sua multiplicação, abrandando o crescimento e a propagação do melanoma.

São tomados 1 ou 2 vezes por dia sob a forma de um comprimido e incluem:

- Vemurafenib (nome comercial Zelboraf)
- Dabrafenib (nome comercial Tafinlar)
- Encorafenib (nome comercial Braftovi)

Para saber se este tratamento é adequado para si, é efetuado um teste a uma biopsia do seu tumor para verificar se as células têm uma mutação BRAF.

Inibidores da MEK

A proteína BRAF atua em conjunto com outra proteína chamada MEK. Os medicamentos que bloqueiam as proteínas MEK também podem ajudar a tratar doentes com proteínas BRAF mutadas.

Os inibidores da MEK são tomados 1 ou 2 vezes por dia sob a forma de um comprimido e incluem:

- Cobimetinib (nome comercial Cotellic)
- Trametinib (nome comercial Mekinist)
- Binimetinib (nome comercial Mektovi)

Estes medicamentos são **apenas utilizados** se tiver uma mutação BRAF.



Terapêuticas direcionadas de combinação

Se o seu cancro tiver a mutação BRAF V600 e o seu melanoma estiver entre o estágio IIIC e o estágio IV e for irressecável ou metastático, é muito provável que o seu tratamento inclua uma combinação de inibidores da BRAF e da MEK. Em conjunto, estes fármacos reduzem ou eliminam os tumores durante mais tempo do que se forem utilizados individualmente. Todas estas combinações são comprimidos que se tomam diariamente.

As combinações aprovadas de inibidores da BRAF e da MEK são:

- Vemurafenib (nome comercial Zelboraf), que tem como alvo a proteína BRAF, e cobimetinib (nome comercial Cotellic), que tem como alvo a proteína MEK
- Dabrafenib (nome comercial Tafinlar), que tem como alvo a proteína BRAF, e trametinib (nome comercial Mekinist), que tem como alvo a proteína MEK
- Encorafenib (nome comercial Braftovi), que tem como alvo a proteína BRAF, e binimetinib (nome comercial Mektovi), que tem como alvo a proteína MEK. Em conjunto, têm como alvo enzimas cruciais na via de sinalização MAPK.

Efeitos secundários de terapêuticas direcionadas

Os efeitos secundários dos **inibidores da BRAF** incluem:

- Espessamento da pele
- Erupção cutânea
- Comichão
- Sensibilidade à luz solar
- Dor de cabeça
- Febre
- Dores nas articulações
- Fadiga (sentir-se fraco e cansado)
- Perda de pelo e cabelo
- Náusea

Os efeitos secundários menos frequentes mas graves dos inibidores da BRAF podem incluir:

- Problemas no ritmo cardíaco
- Problemas de fígado
- Insuficiência renal
- Reações alérgicas graves
- Problemas graves na pele ou nos olhos
- Sangramento
- Níveis aumentados de açúcar no sangue
- Crescimento de cancros da pele espinocelulares (um tipo de cancro da pele diferente do melanoma, que afeta uma célula da pele chamada célula escamosa)

Os efeitos secundários dos **inibidores da MEK** incluem:

- Erupção cutânea
- Náusea
- Diarreia
- Inchaço
- Sensibilidade à luz solar

Os efeitos secundários menos frequentes mas graves dos inibidores da MEK podem incluir:

- Lesão cardíaca, pulmonar ou hepática
- Sangramento ou coágulos sanguíneos
- Problemas de visão
- Danos musculares
- Infecções da pele

Alguns efeitos secundários (como o desenvolvimento de outros cancros da pele) são menos comuns com a terapêutica de combinação.

Perguntas a fazer ao seu médico sobre imunoterapias ou terapêuticas direcionadas

Uma vez que todas as pessoas são diferentes, nem todas estas terapêuticas funcionam em todos os doentes com melanoma. Eis algumas perguntas que poderá querer fazer aos seus médicos:

- Sou elegível para terapêutica direcionada ou imunoterapia? Se não for, quais são as alternativas?
- Qual é a sua experiência com terapêuticas direcionadas ou imunoterapias?
- Existe alguma terapêutica de combinação que seja uma boa opção para o tratamento do meu melanoma?
- Qual tem sido o nível de sucesso deste tratamento em doentes como eu?
- Quais são os riscos, benefícios e efeitos secundários deste tratamento?
- Terei de ir ao hospital para este tratamento e, em caso afirmativo, com que frequência?
- Existe algum ensaio clínico com uma destas terapêuticas que eu deva considerar?
- Que outros tratamentos são aprovados pela Health Canada para o tratamento do melanoma avançado?
- Quais são os objetivos do meu tratamento?
- Quanto tempo vou ficar a fazer este tratamento?
- Existe alguma opção de ensaio clínico que possa ser mais benéfica para mim comparativamente ao que está atualmente disponível para tratamento?
- Alguma destas terapêuticas irá afetar a minha fertilidade?
- O tratamento é coberto pelo governo provincial ou por um seguro privado? Caso não seja, está disponível para compra e existe algum apoio com o custo da terapia?

Citocinas (uma terapêutica biológica)

As **citocinas** são um tipo de proteína que é produzida por determinadas células imunitárias e não imunitárias e que influencia o sistema imunitário. Algumas citocinas estimulam o sistema imunitário e outras abrandam-no. Podem também ser fabricadas em laboratório e utilizadas para ajudar o organismo a combater o cancro, as infeções e outras doenças. Alguns exemplos de citocinas incluem as interleucinas, os interferões e os fatores estimuladores de colónias (filgrastim, sargramostim).

Quimioterapia (uma terapêutica sistémica)

A **quimioterapia** (químio) utiliza medicamentos potentes para matar células que se dividem rapidamente, como as células cancerígenas. No entanto, também danifica células normais que se dividam rapidamente. As células cancerígenas não conseguem recuperar da quimioterapia, mas as células normais podem reparar os danos.

A quimioterapia não funciona tão bem no melanoma como noutros tipos de cancro. Não é utilizada com frequência porque normalmente a imunoterapia e os medicamentos direcionados funcionam melhor. Pode ser utilizada depois de outros tratamentos terem falhado.

Os medicamentos de quimioterapia incluem:

- Carboplatina
- Paclitaxel
- Dacarbazina

Estes medicamentos podem ser administrados sob a forma de comprimidos ou injetados numa veia (IV). Podem ser administrados isoladamente ou em combinação com outros medicamentos.

A quimioterapia é normalmente administrada em ciclos, sendo cada tratamento seguido de um período de repouso para dar tempo ao organismo para recuperar. Estes ciclos costumam durar 2 a 4 semanas.

Efeitos secundários da quimioterapia

Os efeitos secundários da quimioterapia dependem do tipo e da dose dos medicamentos e da duração da sua utilização. Os efeitos secundários podem incluir:

- Feridas na boca
- Perda de pelo e cabelo
- Fadiga (sentir-se fraco e cansado)
- Náuseas e vômitos
- Diarreia ou obstipação

Normalmente, estes efeitos secundários desaparecem após o fim do tratamento.



Radiação

A **radioterapia** utiliza feixes de raios X de alta energia para matar células cancerígenas. A radiação, quando recomendada, é normalmente utilizada após a cirurgia para matar quaisquer potenciais células cancerígenas remanescentes. Para minimizar os danos nos tecidos normais, podem ser direcionados vários feixes de radiação de diferentes ângulos, concentrando-se no tumor. Desta forma, é emitida mais radiação para o tumor do que para as células saudáveis à sua volta.

A radiação após a cirurgia pode ser utilizada nas seguintes situações:

- O melanoma disseminou-se a partir dos gânglios linfáticos, ou os gânglios linfáticos estão aumentados.
- O melanoma permanece após a cirurgia ou a cirurgia não remove toda a doença.
- Estão presentes muitos melanomas em gânglios linfáticos, sendo pouco provável que a cirurgia remova todas as células cancerígenas.
- Para gerir e controlar a dor em **cuidados paliativos**.

Noutros casos, a radiação pode ser utilizada antes da cirurgia para tornar o tumor mais pequeno e permitir melhores resultados da cirurgia.

Radiação e metástases cerebrais

O melanoma tem uma grande tendência para se disseminar para o cérebro. Nas pessoas com um número limitado de tumores cerebrais, as opções de tratamento são a cirurgia isolada ou a radioterapia.

Existem 2 tipos de radioterapia utilizados em tumores cerebrais:

- **Radiocirurgia estereotáxica (SRS):** Radiação focada apenas nos tumores.
- **Radioterapia holocraniana (WBRT):** Radiação para todo o cérebro.

A SRS tem uma menor probabilidade de efeitos secundários neurocognitivos, como perda de memória, comparativamente à WBRT.

O tipo de radioterapia que os médicos utilizam depende de muitos fatores, incluindo:

- Quanto tempo poderá a pessoa viver (esperança de vida)
- O número de tumores no cérebro
- O tamanho dos tumores
- A quantidade de cancro fora do cérebro

Efeitos secundários da radiação

A radioterapia é indolor, mas pode ter efeitos secundários. Estes dependem da quantidade de radiação recebida e da parte do corpo tratada.

Na zona tratada, os efeitos secundários incluem:

- Pele vermelha, seca, sensível, com ardor e com comichão
- Perda de pelo e cabelo
- Tecido cicatricial e perda de sensibilidade (normalmente desaparece em 6 a 12 meses)
- Fadiga (sentir-se fraco e cansado)

Em casos raros, a radiação pode dar origem a um tumor diferente. A sua equipa de tratamento pode ajudá-lo/a a gerir os efeitos secundários da radiação.

Perguntas a fazer ao seu médico sobre a radiação:

- Quanto tempo dura o tratamento?
- Com que frequência vou fazer radioterapia?
- Vou sentir alguma dor?
- Quais são os efeitos secundários da radiação? Existem efeitos secundários a longo prazo? Que problemas devo ter em atenção após a radiação?
- Vou ficar com uma cicatriz?

Outras opções de tratamento

Ensaio clínico

Os ensaios clínicos são estudos de investigação sobre novos tratamentos para determinar se um medicamento é seguro e funciona bem. Normalmente, os ensaios clínicos comparam um novo tratamento com os tratamentos atuais.

Os ensaios clínicos podem incluir novos medicamentos e novas combinações de tratamentos. Isto pode incluir combinações de medicamentos e combinações de radiação, terapêutica biológica, quimioterapia e terapêutica direcionada.

A sua equipa de cuidados de saúde pode propor-lhe um ensaio clínico se tiver:

- Melanoma de estágio II de alto risco (estádio IIB e IIC), estágio III ou estágio IV
- Melanoma persistente ou recorrente

Poderá haver ensaios clínicos sobre o melanoma disponíveis na sua área. Fale com o seu médico se tiver interesse num ensaio clínico. Para mais informações sobre as fases dos ensaios clínicos e o que considerar, visite o nosso website [**melanomacanada.ca**](http://melanomacanada.ca).

Perguntas a fazer ao seu médico sobre ensaios clínicos:

- Existem ensaios clínicos disponíveis para mim?
- A participação no estudo aumentará a minha probabilidade de recuperação?
- Qual é o objetivo do estudo?
- O que é que me vão pedir para fazer enquanto estiver no estudo?
- Como é que a participação neste estudo vai afetar a minha vida diária?
- Que exames e tratamentos estão incluídos no estudo?
- O que é que o tratamento faz?
- O tratamento em estudo já foi testado anteriormente?
- Haverá efeitos secundários? Podem ser prevenidos ou tratados?
- Saberei que tratamento vou receber?
- O que é provável que me aconteça com, ou sem, este novo tratamento?
- Quais são as minhas outras opções? Quais são os benefícios e riscos?
- Tenho de ficar no hospital durante o estudo? Em caso afirmativo, com que frequência e durante quanto tempo?
- O estudo vai disponibilizar cuidados de acompanhamento?
- Qual é a fase deste ensaio clínico? (Fase 0-III)

Terapêuticas paliativas não curativas

A medicina paliativa proporciona tratamentos médicos centrados nos sintomas e não na cura da doença, quando não se prevê que esta possa ser curada. Os cuidados paliativos oferecem às pessoas uma melhor qualidade de vida, diminuem a ansiedade e destinam-se a aliviar os sintomas. A terapêutica paliativa ajuda a aliviar:

- Sintomas
- Dor
- Stress físico
- Stress mental
- Quaisquer preocupações, necessidades, esperanças e receios seus e da sua família

No caso das pessoas com melanoma, isto pode incluir qualquer um dos tratamentos acima referidos, juntamente com o controlo da dor. Se os tratamentos disponíveis não conseguirem parar ou eliminar o cancro, o seu centro de tratamento disponibiliza cuidados paliativos e apoio.

O SEU PLANO DE ACOMPANHAMENTO

O seu plano de acompanhamento depende do estágio do melanoma e das diretrizes da sua província ou centro oncológico. As consultas de acompanhamento permitem ao seu médico verificar se o cancro regressou (recorrência).

Estes planos de acompanhamento são orientações gerais para pessoas com melanoma tratado que não apresentam sintomas atuais ou evidência de doença.

Estádio do melanoma Plano de acompanhamento

Melanoma *in situ*

- Não precisa de consultar um oncologista (médico do cancro) para um acompanhamento após a cirurgia.
- Deve consultar um dermatologista (médico da pele) para lhe fazer um exame completo à pele uma vez por ano, ou conforme recomendado pelo médico da sua equipa de oncologia.

Estádio I a IIA

- Não precisa de consultar um oncologista para um acompanhamento após a cirurgia.
- Deve consultar um dermatologista a cada 6 a 12 meses, ou conforme recomendado pelo seu médico.

Estádio IIB e IIC de alto risco (ou seja, aqueles com tumores maiores) e estágio IIIA

- Deve consultar um oncologista a cada 6 meses nos primeiros 3 anos e depois uma vez por ano até ao 5.º ano. Pode ser encaminhado para um dermatologista ou médico de família após 5 anos.
- Deve consultar um dermatologista a cada 6 a 12 meses, ou conforme recomendado pelo seu médico.

Estádio IIIB, IIIC, IIID e estágio IV ressecado (o melanoma foi completamente removido com cirurgia)

- Deve consultar um oncologista a cada 3 a 6 meses durante os primeiros 3 anos, e depois a cada 6 meses até ao 5.º ano, ou conforme recomendado pelo seu médico.
- Deve consultar um dermatologista a cada 6 a 12 meses, ou conforme recomendado pelo seu médico.

Estas orientações provêm do Cancer Care Ontario-Program in Evidence-Based Care (PEBC) e podem variar consoante a província. Para saber mais sobre as diretrizes na sua província, visite o website da sua organização de cuidados oncológicos provincial/territorial ou da autoridade de saúde.



LIDAR COM O SEU NOVO DIAGNÓSTICO

Ser diagnosticado/a com melanoma pode ser angustiante. Pode sentir descrença, choque, medo ou raiva. Isto é normal. Muitas pessoas diagnosticadas com cancro sentem muitas emoções durante esse período. Pode também sentir-se assoberbado/a com a informação, os termos médicos, as decisões e as opções de tratamento. Esperamos que este folheto o/a tenha ajudado a compreender o melanoma e as suas opções de tratamento.

Como é que posso lidar com o diagnóstico de melanoma?

Após um diagnóstico, encontrar formas de lidar com a situação é uma parte importante da recuperação, juntamente com o tratamento. Eis algumas formas saudáveis de lidar com um diagnóstico de melanoma:

- Aprender mais sobre o seu cancro e as opções de tratamento
- Comunicar com a sua família e a equipa de cuidados de saúde
- Preparar-se para as consultas médicas
- Cuidar da sua saúde emocional e mental
- Cuidar da sua saúde física
- Juntar-se a um grupo de apoio ou criar um novo

Aprender mais sobre o seu cancro e as opções de tratamento

Quanto mais aprender, melhor compreenderá os seus exames e tratamentos. Conhecer as suas opções e saber o que esperar pode contribuir para sentir-se mais em controlo e confiante ao tomar decisões.

Faça perguntas: Tire dúvidas com a sua equipa de cuidados de saúde se não compreender alguma coisa – tem o direito de compreender a sua saúde. O melanoma e o seu tratamento podem ser complexos. Uma boa comunicação com a sua equipa de cuidados de saúde pode fazer com que se sinta mais satisfeito/a com os seus cuidados. Leia as perguntas a fazer ao seu médico na secção “*Plano de tratamento*” deste folheto ou no website da Melanoma Canada (melanomacanada.ca).

Comunicar com a sua família e a equipa de cuidados de saúde

Fale com a sua família sobre o seu diagnóstico: Um dos primeiros pensamentos que pode ter depois de saber que tem melanoma é: “Como é que vou contar à minha família?” É compreensível que queira proteger os seus entes queridos de preocupações, mas os especialistas recomendam que fale abertamente. Pode falar com a sua família sobre:

- Os seus planos de tratamento.
- Recursos disponíveis.
- As suas preocupações e esperanças.

Embora este período seja stressante, pode tornar as famílias mais fortes se trabalharem em conjunto para o ultrapassar. Quando falamos sobre as coisas, é mais fácil resolver os problemas e tomar decisões saudáveis.

Expresse os seus sentimentos: Expressar como se sente pode reduzir o seu nível de stress e ajudar a processar o que está a passar. Pode tentar:

- Falar com um amigo ou familiar de confiança.
- Manter um diário ou blogue.
- Ser criativo/a, fazendo música, pintando ou desenhando.

Peça e aceite ajuda: Passar por um tratamento e recuperar dele pode ser difícil. Durante o tratamento, pode não ser realista gerir todas as responsabilidades e tarefas que tinha antes do diagnóstico. Os amigos e a família sentem frequentemente um sentido de missão e gostam de ajudar quando precisa deles. Isto não significa que seja impotente ou fraco/a. Significa que está a usar toda a sua energia para ficar bem!

Peça apoio prático: Também pode precisar de ajuda com:

- Questões financeiras
- Compreender a cobertura dos medicamentos
- Parentalidade
- Organização do trabalho

Pergunte à sua equipa de cuidados de saúde como contactar um assistente social. Um assistente social pode ajudar a encontrar recursos e a aderir a programas de apoio para os quais possa ser elegível.

Preparar-se para as consultas médicas

Vá bem preparado/a para as suas consultas médicas: Para se preparar para as suas consultas médicas, traga:

- Uma lista de todos os medicamentos, vitaminas e suplementos que toma.
- Uma lista de quaisquer sintomas que tenha.
- Uma lista de perguntas a fazer ao seu médico – enumere as suas perguntas da mais importante para a menos importante, para o caso de ficar sem tempo.
- Alguém consigo para o/a apoiar, como um amigo ou familiar. A sua pessoa de apoio pode ajudá-lo/a a lembrar-se de coisas de que se possa ter esquecido.

Organize-se: Encontre um sistema que funcione para si para manter um registo de:

- Consultas
- Resultados de exames
- Perguntas para a sua equipa de cuidados de saúde
- Receitas médicas
- Efeitos secundários

Existem algumas boas aplicações móveis, mas uma pasta também pode funcionar bem.

Cuidar da sua saúde emocional e mental

Está disponível ajuda profissional se precisar dela. É comum uma pessoa na sua situação preocupar-se ou sentir-se ansiosa e desanimada. Se estas emoções começarem a interferir nas suas relações e na sua vida em geral, poderá valer a pena procurar ajuda profissional.

Pergunte à sua equipa de cuidados de saúde sobre serviços de aconselhamento e apoio se:

- Estiver a ter dificuldade em concentrar-se.
- Estiver a ter dificuldade em dormir.
- Tiver pouco ou nenhum apetite (menos fome).
- Tiver perdido o interesse nas suas atividades habituais.

Muitos centros oncológicos têm assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos que estão cobertos pelo seu seguro de saúde provincial.

Tente manter a esperança: Focar-se na esperança pode melhorar a sua qualidade de vida durante o tratamento do cancro. A esperança é um conceito que pode mudar com o tempo – não significa que tenha de estar sempre feliz e com um espírito positivo. Pode ser:

- Simples e a curto prazo, como esperar um bom dia com amigos.
- Ou a longo prazo, como a esperança de ficar livre do cancro.

É uma questão de equilíbrio e de estar consciente e aceitar todos os seus sentimentos.

Encontre um escape para o stress: Pode ser uma boa altura para encontrar um hobby, atividade ou passatempo que lhe permita fazer uma pausa e esquecer as suas preocupações durante algum tempo. Ninguém pode estar o tempo todo a pensar no cancro. Pode ser uma oportunidade para experimentar ou aprender novas estratégias de alívio do stress, como a meditação consciente.

Lidar com a incerteza: Este período pode trazer muita incerteza e muitas incógnitas. Pode ser frustrante e exaustivo tentar controlar coisas que estão fora do nosso controlo, como apanhar uma infeção após uma cirurgia, ou criar expectativas sobre como as coisas vão correr. Tente:

- Ter uma mentalidade flexível. Isto vai ajudar a lidar com mudanças inesperadas.
- Dar-se permissão para não ter todas as respostas neste momento – isto pode ser difícil e desconfortável no início, mas é possível.
- Focar-se na aceitação. Isto pode ajudar a adaptar-se à vida com cancro e a focar-se no que é mais importante para si.

Cuidar da sua saúde física

Mexa o seu corpo: Arranje tempo para fazer exercício ligeiro nos dias em que se sentir capaz. Quando estamos ativos, o corpo e o cérebro produzem substâncias químicas que ajudam a melhorar o nosso humor e níveis de energia. Isto também pode ajudar a combater a inquietação e os problemas de sono. Tente:

- Dar um passeio
- Andar de bicicleta
- Ioga
- Jardinagem



Coma alimentos saudáveis: Coma muitas frutas, legumes e cereais integrais. Tente comer menos fast food, sal e açúcar, uma vez que estes podem fazer com que o açúcar no sangue suba e desça. Um baixo nível de açúcar no sangue pode causar problemas de sono e sentimentos de ansiedade.

Faça do sono uma prioridade: Deite-se e acorde mais ou menos à mesma hora todos os dias. Algumas aplicações podem ajudá-lo/a a criar um horário de sono saudável. Garantir que dorme o suficiente pode ajudar a melhorar o humor e a memória.

Juntar-se a um grupo de apoio ou criar um novo

Considere juntar-se a um grupo de apoio ou contactar com outras pessoas que tiveram melanoma: Para algumas pessoas, é útil falar com outras que passaram por experiências semelhantes e pelo tratamento do melanoma. O cancro afeta-o/a a si integralmente e aos seus entes queridos, por isso crie uma rede de apoio como parte dos seus cuidados.

Consulte a secção "Serviços de apoio da Melanoma Canada" abaixo para saber mais sobre o grupo de apoio da Melanoma Canada e o programa de apoio entre pares.

Medicina complementar e alternativa

A medicina complementar e alternativa (MCA) inclui:

- Vitaminas
- Suplementos (ou seja, minerais, ervas ou substâncias derivadas de plantas)
- Remédios à base de plantas (ou seja, medicamentos à base de plantas)
- Redução do stress (ou seja, hipnoterapia, aromaterapia, massagem)

A maioria das abordagens da MCA não foi estudada como tratamento do cancro, mas estas têm sido:

- Acupunctura, para alívio da dor em algumas condições
- Ioga
- Meditação

Estas práticas da MCA podem fazê-lo/a sentir-se melhor, mas a sua equipa de cuidados de saúde pode dizer-lhe quais poderão ajudar mais. Informe sempre a sua equipa de cuidados de saúde sobre quaisquer terapias de MCA que esteja a seguir porque algumas podem interagir com alguns tratamentos contra o cancro.

PREVENIR O MELANOMA E OS CANCROS DA PELE

Praticar a proteção solar

As pessoas com melanoma têm uma maior probabilidade de voltar a ter melanoma. É importante tomar medidas para ajudar a prevenir o melanoma ou outras formas de cancro da pele.

Cerca de 85 em 100 (85%) casos de melanoma são causados pelos raios ultravioleta (UV). Os raios UV podem atravessar as nuvens, as janelas, os para-brisas dos automóveis e o vestuário leve. A luz solar é composta por raios UVA e UVB, e ambos penetram a pele e provocam danos.

Para se proteger do sol e dos raios UV, pode:

Limitar o seu tempo de exposição aos raios UV:

- Não se bronzear no exterior ao sol.
- Não utilizar solários e lâmpadas solares. O risco de melanoma aumenta após uma única utilização de solário.
- Não faça atividades ao ar livre quando o sol está mais forte, entre as 11 e as 15 horas. Se estiver ao ar livre durante estas horas, mantenha-se à sombra o máximo possível.
- Proteja-se da luz solar refletida por água, gelo, neve, areia e pavimento. Os raios UV refletidos na neve e no gelo são até 8 vezes mais fortes do que os raios UV refletidos na água.

Usar vestuário de proteção, por exemplo:

- Roupas feitas de tecidos de trama apertada que cubram os braços e as pernas (por exemplo, materiais transparentes não são tecidos de trama apertada).
- Roupa especial de proteção solar com fator de proteção ultravioleta (FPS) 50 ou superior.
- Um chapéu com uma aba larga que proteja o rosto, o pescoço e as orelhas.
- Óculos de sol com 100% de proteção UVA e UVB.

Utilizar o protetor solar corretamente:

- Aplique um protetor solar de largo espetro, resistente à água, com um FPS mínimo de 30, idealmente FPS 50, 30 minutos antes da exposição solar.
- Reaplique a cada 2 horas, ou mais frequentemente depois de suar ou nadar.
- Use-o durante todo o ano.



Examinar a sua pele

Examine toda a pele pelo menos uma vez por mês – demora apenas cerca de 10-15 minutos. Depois do duche ou do banho é uma boa altura.

Como é que examino a minha pele?

- Certifique-se de que o local tem luz suficiente.
- Utilize um espelho de corpo inteiro e um espelho de mão para saber onde estão os seus sinais, marcas de nascença e outras marcas da pele. Tome nota do seu aspeto e sensação, para que possa perceber se mudarem e saber o que é “normal” em si. Observe:
 - o O seu rosto, pescoço, orelhas e couro cabeludo. Visto que é difícil examinar o seu próprio couro cabeludo, pode pedir ajuda a um amigo ou familiar nesta tarefa.
 - o O seu corpo à frente e atrás.
 - o Os seus braços e os dois lados do corpo.
 - o Os seus cotovelos e mãos, incluindo as palmas e as unhas, e ambos os braços.
 - o As partes laterais, frontal e traseira das suas pernas.
 - o A sua área genital e entre as suas nádegas.
 - o Os seus pés, incluindo as unhas, as plantas e entre os dedos.
- Tire uma fotografia de quaisquer sinais invulgares com uma régua ao lado como escala de medida. Pode utilizar estas imagens para verificar quaisquer alterações ao longo do tempo e para mostrar ao seu médico.
- Há websites e aplicações disponíveis para ajudá-lo/a a monitorizar os seus sinais.

Procure o seguinte:

- Um sinal novo que parece diferente (o patinho feio).
- Uma mancha nova escamosa escura ou vermelha que pode ter relevo.
- Uma protuberância nova, firme e com cor de carne.
- Uma ferida que não cicatriza.
- Uma alteração em qualquer sinal (lembre-se da regra ABCDE).

Porque é que devo examinar a minha pele?

- As pessoas que examinam a sua pele pelo menos uma vez por mês descobrem 53% dos melanomas.
- 9 em cada 10 pessoas (90%) que descobrem o melanoma numa fase inicial podem ser curadas.

A investigação mostra que o exame regular da pele pode detetar melanomas numa fase inicial e reduzir a probabilidade de morte em 63%.³

O exame regular da pele ajuda-o/a a conhecer o aspeto normal da sua pele. Se encontrar algo novo e invulgar, contacte o seu médico. São também recomendadas consultas anuais com o seu médico de família ou dermatologista.

Dica: O sinal patinho feio

Geralmente, a maioria dos sinais no corpo de uma pessoa têm o mesmo aspeto ou são semelhantes. Os melanomas, no entanto, têm um aspeto diferente de todos os outros sinais. Normalmente, só se desenvolve 1 melanoma de cada vez. Um sinal que pareça diferente ou seja diferente ao toque dos outros sinais – o sinal patinho feio – tem de ser examinado pelo seu médico.





SERVIÇOS DE APOIO DA MELANOMA CANADA

Tenha em atenção que atualmente os nossos serviços de apoio estão disponíveis apenas em inglês.

Apoio por telefone e e-mail

Disponível de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h (EST). Tentamos responder a todas as chamadas e mensagens de e-mail no prazo de 48 horas. Todas as chamadas e mensagens de e-mail são confidenciais (privadas). Para obter apoio, ligue para **1-877-560-8035** ou envie um e-mail para **support@melanomacanada.ca**.

Apoio entre pares para o melanoma

O contacto com um antigo doente ou prestador de cuidados pode dar muito apoio. Este programa estabelece o contacto entre um voluntário formado que já tenha sido diagnosticado com melanoma e doentes novos ou existentes ou os seus prestadores de cuidados. Os doentes podem fazer perguntas e aliviar algum do seu stress, preocupações e medos consequentes de um diagnóstico de melanoma.

Este programa pode conectar doentes de qualquer parte do Canadá e é oferecido por telefone ou por e-mail.

Se pretender tornar-se um voluntário do apoio entre pares ou quiser estabelecer contacto com outro doente ou prestador de cuidados, envie um e-mail para **support@melanomacanada.ca**, ligue para **1-877-560-8035** ou visite **melanomacanada.ca**. (Tenha em atenção que o apoio entre pares não substitui o aconselhamento profissional ou o aconselhamento médico.)

Grupo de apoio da Melanoma Canada

Junte-se ao grupo de apoio a doentes da Melanoma Canada para conhecer outros doentes que têm um diagnóstico semelhante. Estas reuniões informais são uma excelente oportunidade para partilhar informações, conhecimentos, desafios, dúvidas e opiniões. A participação no grupo é gratuita e as reuniões realizam-se na primeira quarta-feira de cada mês. Para mais informações ou para se registar, visite **melanomacanada.ca** ou envie um e-mail para **support@melanomacanada.ca**.

Sessões de informação sobre o melanoma

As sessões de informação sobre o melanoma fornecem informações e atualizações sobre os mais recentes tratamentos e apoios para o melanoma. Podem participar nestas sessões os doentes, os seus familiares e amigos, assim como profissionais de saúde. Estas sessões são gratuitas e realizam-se ao longo de todo o ano. Para saber mais, visite: melanomacanada.ca.

Coaching oncológico

Um coach oncológico pode ajudar a lidar com questões emocionais, físicas e práticas que surgem durante o diagnóstico, o tratamento e a gestão do cancro. Um coach oncológico dá-lhe apoio individual para identificar as áreas que pretende mudar (ou seja, redução do stress ou melhores hábitos de sono), definir objetivos e desenvolver um plano para trabalhar para essa mudança. Para saber mais, visite: melanomacanada.ca.



Leia o código QR para obter a nossa lista completa de programas de apoio

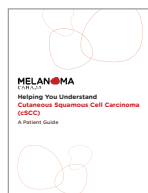
Atualmente disponível apenas em inglês

RECURSOS DA MELANOMA CANADA

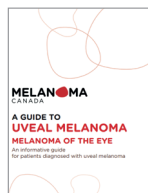
A Melanoma Canada projetou e produziu estes materiais gratuitos para doentes com melanoma e cancro da pele, prestadores de cuidados e médicos. Pode transferir qualquer material em formato PDF para o seu computador. Para ver todos os recursos da Melanoma Canada, visite melanomacanada.ca ou leia o código QR.



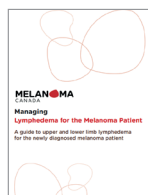
Ajudar a compreender o carcinoma basocelular (CBC) Guia do doente
Este guia fornece mais informações sobre o carcinoma basocelular (CBC).



Ajudar a compreender o carcinoma espinocelular cutâneo (CEC) Guia do doente
Este guia fornece mais informações sobre o carcinoma espinocelular cutâneo (CEC).



Guia para o melanoma da úvea
Este guia é uma visão geral útil sobre uma forma rara de cancro do olho chamada melanoma da úvea.



Linfedema no doente com melanoma
Este guia é um recurso útil para compreender os cuidados e o tratamento do linfedema pós-cirúrgico.

Biblioteca de vídeos educativos para doentes com melanoma

Temos vídeos no nosso website e no canal do YouTube, incluindo Sessões de informação ao doente com os especialistas de renome em melanoma. Estes especialistas incluem oncologistas, assistentes sociais, psicólogos e “navegadores de medicamentos” (do inglês drug navigators) (pessoas que ajudam os doentes a avaliar a sua cobertura de medicamentos e a explorar outras opções de cobertura de medicamentos). Visite o nosso canal do YouTube em youtube.com/MelanomaCanada.

GLOSSÁRIO

ABCDE

Um acrónimo para as características dos sinais que podem ser cancerígenos.

A=Assimetria

B=Bordo

C=Cor

D=Diâmetro

E=Em evolução ou mudança.

Aldesleucina (IL-2, interleucina 2, proleucina)

Um tipo de interleucina, uma substância ou mensageiro químico que pode melhorar a resposta do organismo à doença. Estimula o crescimento no sistema imunitário de determinadas células sanguíneas que combatem as doenças. Um tipo de molécula de proteína produzida por linfócitos que ativa outros linfócitos no sistema imunitário.

Anestesia

A utilização de medicação para evitar a dor durante uma cirurgia e outros procedimentos, reduzindo a sensibilidade e pondo ou não o doente a dormir.

Anestésico

O medicamento ou fármaco que é utilizado para evitar a dor durante uma cirurgia e outros procedimentos.

Aspiração com agulha fina

Utilização de uma agulha fina para remover fluido ou tecido do corpo.

Assimetria

Parte do acrónimo ABCDE. Assimetria de uma mancha cutânea em que a metade de um lado não corresponde à outra.

Binimetinib (nome comercial Mektovi)

O Mektovi é um inibidor da MEK que tem como alvo enzimas cruciais na via de sinalização MAPK (RAS-RAF-MEK-ERK) e é utilizado em combinação com o En-corafenib (nome comercial Braftovi) como terapêutica direcionada para doentes com uma mutação BRAF.

Biopsia da pele

Remoção de uma amostra de tecido da pele para testar a presença de doença.

Biopsia de gânglios linfáticos

Remoção da totalidade ou de parte de um gânglio linfático (grupos de células especiais que combatem doenças, localizados por todo o corpo) para testar a presença de doença.

Biopsia do gânglio linfático sentinela (BGLS)

Um procedimento em que o gânglio linfático sentinela é encontrado, removido e examinado para determinar se estão presentes células cancerígenas.

Biopsia excisional de gânglios linfáticos

Cirurgia para remover gânglios linfáticos aumentados in-teiros.

Biopsia excisional

Uma técnica em que uma lesão de melanoma é removida da pele através do corte da área afetada, bem como de uma porção de pele normal à volta da lesão. Esta técnica também é utilizada para remover lesões maiores de melanoma.

Biopsia incisional

Cirurgia para remover parte de um tumor.

Biopsia por punção

Procedimento em que um pequeno pedaço de tecido redondo, aproximadamente do tamanho da borracha de um lápis, é removido com um instrumento afiado, oco e circular. É normalmente utilizado para examinar melanomas.

Biopsia por raspagem

Cirurgia para remover uma amostra fina de tecido da parte superior de um tumor.

Biopsia

Um procedimento médico para recolha de tecidos.

BRAF

Um gene que produz uma proteína envolvida no crescimento celular. Em cerca de 50% dos doentes com melanoma, este gene está mutado (anormal). Quando o gene sofre uma mutação, a proteína não funciona corretamente e as células continuam a dividir-se e a crescer, dando origem a um tumor.

Cancro

Um crescimento anormal de células que tendem a multiplicar-se rapidamente de forma descontrolada e, em alguns casos, a metastizar (disseminar-se para diferentes partes do corpo). As mutações nos genes podem causar cancro, acelerando a divisão celular ou travando os controlos normais do crescimento celular. Quando uma massa de células cancerígenas cresce, pode transformar-se num tumor.

Célula

A unidade individual que compõe todos os tecidos do corpo.

Células T

Um tipo de glóbulo branco que se encontra no sistema imunitário. As células T ajudam o organismo a combater as infeções.

Cirurgia

Uma operação para remover ou reparar uma parte do corpo.

Citocina

Um tipo de proteína que é produzida por determinadas células imunitárias e não imunitárias e que influencia o sistema imunitário. Algumas citocinas estimulam o sistema imunitário e outras abrandam-no. É usada como uma forma de terapêutica biológica.

Cobimetinib (nome comercial Cotellic)

Um medicamento inibidor da MEK para doentes com uma mutação BRAF (BRAF V600E ou V600K). É frequentemente usado em combinação com vemurafenib (nome comercial Zelboraf). Usado em casos de melanoma irresssecável ou metastático.

Dabrafenib (nome comercial Tafinlar)

Um medicamento inibidor da BRAF para doentes com uma mutação BRAF V600, tomado como um comprimido por via oral. É frequentemente usado em combinação com trametinib (nome comercial Mekinist).

Dermatologista

Médico especializado em doenças da pele.

Dermatopatologista

Médico com formação específica no diagnóstico de doenças com base em exames microscópicos da pele.

Dermatoscopia

A dermatoscopia é uma ferramenta comum não invasiva que ajuda os médicos a diagnosticarem precocemente certos melanomas, como o melanoma nodular. A dermatoscopia oferece uma precisão elevada comparativamente aos exames efetuados a olho nu.

Derme

A segunda camada da pele que se encontra por baixo da epiderme.

Diagnóstico

Encontrar e identificar uma doença.

Efeito secundário

Uma reação física ou emocional ao tratamento que não estava prevista.

Encorafenib (nome comercial Braftovi)

O Braftovi é um inibidor da BRAF. Usado em combinação com o binimetinib (nome comercial Mektovi) como terapêutica direcionada em doentes com uma mutação BRAF.

Ensaio clínico

Um estudo de investigação que compara tratamentos novos e atuais pa- ra descobrir qual é o melhor.

Epiderme

Camada exterior da pele.

Estádio (do cancro)

A extensão de cancro no corpo. Baseia-se nas características do tumor primário e na sua potencial disseminação para outras partes do corpo (metástases).

Estádio patológico

Um estágio do cancro atribuído por um patologista com base em amostras de tecido.

Estado da margem periférica

Presença ou ausência de células cancerígenas no tecido de aspeto normal à volta das laterais de um tumor.

Estado da margem profunda

Presença ou ausência de células cancerígenas no tecido de aspeto normal sob um tumor.

Exames imagiológicos

Exames médicos que obtêm imagens do interior do corpo.

Fase de crescimento vertical

Quando a direção do crescimento do tumor é para baixo, para dentro da pele.

Fase inicial

Cancro que teve pouco crescimento nos tecidos próximos.

Fator de risco

Algo que aumenta a probabilidade de contrair uma doença.

Gânglio linfático sentinela

O primeiro grande gânglio para onde o cancro se dissemina depois de sair da área do tumor.

Gânglio linfático

Um conjunto de células imunitárias agrupadas de forma especial.

Gânglios linfáticos regionais

Grupos de células especiais que combatem doenças, localizados perto do tumor.

Glândula

Um órgão que produz fluidos ou substâncias químicas de que o corpo precisa.

Glicose

Um açúcar natural do corpo usado pelas células para obterem energia.

Glóbulos brancos

Um tipo de célula sanguínea que combate a doença como parte do sistema imunitário.

História clínica

Todos os eventos de saúde e medicamentos tomados até à data.

História familiar

A estrutura familiar e as relações dentro da família, incluindo informações sobre doenças dos membros da família.

Hormonas

Substâncias químicas no corpo que ativam células ou órgãos.

Imunoterapia

Tratamento que utiliza o sistema imunitário para combater doenças.

In situ

O melanoma in situ é o tipo mais precoce de melanoma (considerado como estágio 0). É o mais fácil de tratar (por remoção) e quase sempre curável. In situ significa que o tumor não cresceu para além da epiderme, a camada mais externa da pele.

Inibidor da BRAF

Os inibidores da BRAF são medicamentos que reduzem as dimensões dos tumores ou abrandam o seu crescimento em pessoas cujo melanoma se disseminou ou não pode ser completamente removido.

Inibidor da CTLA-4

A CTLA-4 é uma proteína presente nas células T. Os inibidores da CTLA-4, também designados inibidores de pontos de controlo, são medicamentos utilizados para bloquear a proteína CTLA-4. Quando esta proteína é bloqueada, significa que o sistema imunitário e as células T serão mais capazes de matar e atacar células cancerígenas.

Inibidor da MEK

Estes medicamentos são utilizados para tratar melanomas que se espalharam ou que não podem ser totalmente removidos. O gene MEK atua com o gene BRAF. Por conseguinte, os medicamentos que bloqueiam as proteínas MEK podem ser usados para tratar melanomas com alterações do gene BRAF.

Inibidor da PD-1

A PD-1 é uma proteína de ponto de controlo das células T que normalmente impede as células T de atacarem outras células do organismo. Os inibidores da PD-1 são medicamentos que estimulam a resposta do sistema imunitário e incentivam as células T a atacar as células cancerígenas para ajudar a combater o cancro.

Inibidor de pontos de controlo

Os inibidores de pontos de controlo são uma forma de imunoterapia que tem como alvo a proteína PD-1. Assim, permitem que as células T ataquem melhor as células cancerígenas e estimulem a resposta imunitária do organismo às células cancerígenas.

Interferão (intron a)

Um tipo de imunoterapia administrado como terapêutica adjuvante e oferecido a doentes com uma elevada probabilidade de recorrência para reduzir a probabilidade de o melanoma regressar.

Invasão angiolinfática

Melanoma que invadiu os vasos linfáticos ou sanguíneos.

Ipilimumab (nome comercial Yervoy)

Um tipo de imunoterapia conhecido como inibidor de pontos de controlo ou inibidor anti-CTLA-4, que ajuda o próprio sistema imunitário do doente a atacar células cancerígenas. É indicado em casos de melanoma irrecorrível ou metastático e administrado por via intravenosa. É frequentemente usado em combinação com nivolumab (nome comercial Opdivo).

Lactato desidrogenase (LDH)

Uma enzima (tipo de proteína) presente no sangue e noutros tecidos do corpo.

Lesão

Tecido que foi danificado por doença ou lesão. O melanoma pode desenvolver-se a partir de um sinal existente ou de uma lesão.

Linha

Um líquido claro com glóbulos brancos, que combatem as doenças como parte do sistema imunitário.

Linfedema

Condição na qual há uma acumulação de fluido linfático em excesso nos tecidos que provoca inchaço. Pode ocorrer num braço ou numa perna no caso de vasos linfáticos bloqueados, danificados ou removidos por cirurgia.

Localização do tumor

A área do corpo que contém o tumor.

Maligno

Canceroso, ou a crescer fora de controlo.

Margem periférica

Tecido de aspeto normal à volta das laterais de um tumor.

Margem profunda

Tecido de aspeto normal por baixo de um tumor.

Médico oncologista

Um médico especializado em tratamentos medicamentosos para o cancro.

Melanina

Um pigmento que dá cor à pele e aos olhos e ajuda a protegê-los dos danos causados pela luz ultravioleta.

Melanócitos

Células da epiderme da pele. Estas células produzem o pigmento melanina que dá à pele a sua cor.

Melanoma avançado

Cancro que se disseminou para além da área próxima do tumor principal.

Melanoma de extensão superficial

O tipo mais comum de melanoma. Geralmente, dissemina-se a partir de um sinal novo ou já existente.

Melanoma desmoplásico

O melanoma desmoplásico é um subtipo raro de melanoma que se encontra habitualmente em áreas expostas ao sol, como a cabeça e o pescoço, e é normalmente observado em doentes mais velhos. Representa menos de 4% dos melanomas que penetram profundamente a pele (melanomas invasivos).

Melanoma lentiginoso acral

Um tipo de melanoma pouco comum que se parece com uma nódoa negra nas palmas das mãos ou nas plantas dos pés, ou se apresenta como uma risca escura numa unha.

Melanoma lentigo maligno

Um tipo de melanoma que é confundido com uma mancha solar. É um tipo inicial de melanoma em que as células malignas estão confinadas à epiderme, pelo que é frequentemente designado por melanoma in situ. Surge na pele danificada pelo sol, pelo que se encontra normalmente no rosto ou no pescoço, particularmente no nariz e na bochecha, e é frequente em idosos.

Melanoma nodular

Um tipo de melanoma em forma de cúpula que cresce rapidamente para a derme (a segunda camada da pele).

Melanoma persistente (recorrente)

Cancro que não foi totalmente removido ou destruído pelo tratamento. O melanoma persistente é encontrado na cicatriz cirúrgica onde o primeiro melanoma foi removido, ou mesmo junto a esta. Também designada de verdadeira recidiva na cicatriz local.

Melanoma

Um tipo de cancro da pele que começa nos melanócitos. Pode começar num sinal (melanoma cutâneo), mas também pode começar noutros tecidos pigmentados, como o olho ou os intestinos.

Metástase, ou metastizar

A disseminação de células cancerígenas do primeiro tumor para outra parte do corpo.

Metástases distantes

Células cancerígenas que se disseminaram para uma parte do corpo muito distante do primeiro tumor de melanoma (tumor primário).

Metástases em trânsito

Cancro que se disseminou para os vasos linfáticos próximos do primeiro tumor, mas não para os gânglios linfáticos (grupos de células especiais que combatem doenças).

Metástases

Tumores que se disseminaram do primeiro tumor para outras partes do corpo.

Metastático

Contém células cancerígenas que se espalharam a partir do primeiro tumor.

Microsatelitose

Tumores minúsculos perto do tumor principal observados com um microscópio.

Nevo displásico

Um sinal que é grande ou tem bordos irregulares ou cores inconsistentes e tem o aspeto de um ovo estrelado.

Nevo

Termo médico para referir um sinal.

Nivolumab (nome comercial Opdivo)

Uma terapêutica medicamentosa conhecida como inibidor de pontos de controlo – um tipo de imunoterapia que ajuda a tornar as células cancerígenas mais fáceis de atacar pelo próprio sistema imunitário do organismo. Frequentemente usado como terapêutica adjuvante e em combinação com ipilimumab (nome comercial Yervoy).

Oncologista cirúrgico

Cirurgião com formação especializada na realização de biopsias e outros procedimentos cirúrgicos em doentes com cancro.

Patologista

Especialista que interpreta e diagnostica as alterações causadas por doenças nos tecidos e fluidos corporais.

Pembrolizumab (nome comercial Keytruda)

Uma terapêutica medicamentosa conhecida como inibidor de pontos de controlo – um tipo de imunoterapia que ajuda a tornar as células cancerígenas mais fáceis de atacar pelo próprio sistema imunitário do organismo. É usada no tratamento do mela-noma avançado irresssecável ou metastático.

Pigmento

Substância com cor.

Profundidade (espessura) de Breslow

Uma medida da profundidade do crescimento de um tumor de melanoma abaixo da superfície da pele, em milímetros. A espessura (profundidade) do tumor é normalmente medida a partir do topo do tumor até às células tumorais mais profundas. Se o tumor estiver ulcerado (a pele estiver em ferida), é medido desde a base da úlcera até às células tumorais mais profundas. A espessura de Breslow é utilizada para ajudar a determinar o estágio do cancro. Os tumores mais espessos estão associados a taxas de sobrevivência mais baixas.

Prognóstico

A evolução e o resultado prováveis de uma doença.

Proteína MEK

Uma molécula que ajuda a regular o crescimento celular. O gene MEK atua em conjunto com o gene BRAF, pelo que os medicamentos que bloqueiam as proteínas MEK também podem ajudar a tratar doentes com proteínas BRAF mutadas.

Quimioterapia

Medicamentos que matam células cancerígenas.

Radiação ultravioleta (raios UV)

Energia luminosa com um comprimento de onda mais curto do que a luz visível mas mais longo do que os raios X. Demasiada radiação UV do sol ou de solários pode danificar o ADN das células da nossa pele. O ADN diz às nossas células como devem funcionar. Se houver uma acumulação suficiente de danos no ADN ao longo do tempo, as células podem começar a crescer descontroladamente, o que pode resultar em cancro da pele.

Radioativo

Contém uma energia poderosa chamada radiação.

Radiografia

Utilização de pequenas quantidades de radiação para obter imagens de órgãos e estruturas no interior do corpo.

Radioncologista

Médico especializado no tratamento do cancro por radiação.

Radioterapia

A utilização de raios de alta energia para danificar as células cancerígenas, impedindo-as de crescerem e se dividirem. Tal como a cirurgia, a radioterapia é um tratamento local que afeta as células cancerígenas apenas na área tratada.

Rastreio

Exames regulares que são utilizados para detetar doenças.

Recorrência em gânglios linfáticos regionais

Cancro que regressou após tratamento em gânglios linfáticos (grupos de células especiais que combatem doenças) perto do primeiro melanoma.

Recorrência local

Cancro que regressou após o tratamento no mesmo local ou próximo do local do primeiro tumor. A recorrência satélite é um tipo de recorrência local.

Recorrência

Cancro que recorreu (regressou), normalmente depois de não ter sido detetado cancro durante um determinado período de tempo. O cancro pode regressar no mesmo local que o tumor original (primário) ou noutra local do corpo. Também designado por cancro recorrente.

Regressão tumoral

Uma resposta inflamatória às células tumorais, resultando numa diminuição do tamanho do tumor.

Relatório patológico

Um documento com informações sobre células e tecidos cancerígenos que foram retirados do corpo e examinados ao microscópio para detectar a presença de doença (uma bi-opsia).

Ressonância magnética

Um procedimento em que são utilizadas ondas de rádio e um magneto (íman) potente ligado a um computador para criar imagens pormenorizadas de áreas no interior do corpo. Estas imagens podem mostrar a diferença entre tecido normal e tecido doente. A ressonância magnética permite obter melhores imagens dos órgãos e dos tecidos moles do que outras técnicas de imagiologia, como a TAC ou a radiografia. A ressonância magnética é particularmente útil para obter imagens do cérebro, da coluna vertebral, dos tecidos moles das articulações e do interior dos ossos.

Sinal

Uma formação na pele. Frequentemente, os sinais parecem-se com pequenas manchas castanhas escuras e são causados por aglomerados de células formadoras de pigmento (melanócitos).

Sistema imunitário

A defesa natural do organismo contra as doenças.

Subtipo

Agrupamento dos tipos de cancro com base nas qualidades das células cancerígenas.

Taxa mitótica

Uma medida da quantidade de células tumorais que estão efetivamente a crescer.

Tecido conjuntivo

Fibras de suporte e de ligação, como músculos, vasos sanguíneos, ossos e nervos.

Tecido subcutâneo

Camada de gordura e tecido conjuntivo sob a derme (a segunda camada da pele).

Terapêutica adjuvante

Tratamento oncológico adicional administrado após o tratamento primário (normalmente cirurgia) para reduzir a probabilidade de o cancro regressar. A terapêutica adjuvante pode incluir terapêuticas biológicas (como citocinas, imunoterapias, terapêuticas direcionadas), quimioterapia ou radioterapia.

Terapêutica biológica (bioterapia)

Um tratamento que utiliza o sistema imunitário do organismo para combater infeções e doenças ou para proteger o organismo de alguns dos efeitos secundários do tratamento.

Terapêutica de segunda linha

O tratamento administrado após o fracasso do primeiro tratamento.

Terapêutica direcionada

Tratamento que trava o crescimento das células cancerígenas, atacando uma característica específica ou única do cancro.

Terapêutica paliativa não curativa

Tratamentos médicos centrados nos sintomas e não na cura da doença, quando não se prevê que esta possa ser curada. Isto pode significar aliviar os sintomas e re-duzir o sofrimento causado pelo cancro e por outras doenças que limitam a vida.

Terapêutica sistémica

Medicamentos utilizados em todo o corpo para matar células cancerígenas que se tenham disseminado para longe.

Tomografia computadorizada (TAC)

Um procedimento que utiliza um computador ligado a uma máquina de raios X para obter uma série de imagens pormenorizadas de áreas no interior do corpo. As imagens são obtidas de diferentes ângulos e são utilizadas para criar vistas tridimensionais (3D) de tecidos e órgãos. A TAC pode ser utilizada para ajudar a diagnosticar doenças, planejar tratamentos ou determinar se o tratamento está a funcionar. Também designada por TC.

Tomografia por emissão de positrões (PET)

Um procedimento em que uma pequena quantidade de glicose (açúcar) radioativa é injetada numa veia e é utilizado um aparelho (scanner) para obter imagens informáticas detalhadas das áreas no interior do corpo onde a glicose é absorvida. Uma vez que as células cancerígenas absorvem frequentemente mais glicose do que as células normais, as imagens podem ser utilizadas para detetar células cancerígenas no corpo.

Trametinib (nome comercial Mekinist)

O trametinib é um tipo de terapêutica oral direcionada designado por inibidor da MEK. É utilizado isoladamente (monoterapia) ou em combinação com dabrafenib (nome comercial Tafinlar) para tratar o melanoma em doentes cujo cancro tem uma forma mutada (alterada) do gene BRAF denominada mutação BRAF V600. O trametinib bloqueia as proteínas MEK1 e MEK2. Assim, pode ajudar a impedir o crescimento das células cancerígenas e pode matá-las.

Tumor primário

Tumor inicial ou o local do corpo onde se forma.

Tumor

Uma massa de tecido formada por um crescimento anormal de células.

Ulceração

Pele em ferida que cobre o melanoma.

Vaso sanguíneo

Um tubo que transporta o sangue pelo corpo.

Vasos linfáticos

Tubos que transportam a linfa (um líquido claro com glóbulos brancos que combatem doenças e infecções) por todo o corpo e ligam os gânglios linfáticos entre si. Também chama-dos canais linfáticos.

Vemurafenib (nome comercial Zelboraf)

O vemurafenib é um medicamento oral conhecido como inibidor da enzima BRAF, desenvolvido para o tratamento de doentes adultos com melanoma irres-secável ou metastático com mutação BRAF V600. O vemurafenib bloqueia a atividade da proteína BRAF mutada, que sinalizou células para se desenvolverem de forma anormal e se dividirem descontroladamente. É frequentemente prescrito em combinação com cobimetinib (nome comercial Cotellic).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics 2017 [Internet]. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017 Jun [cited 2018 Mar 28]. Available from: cancer.ca/Canadian-Cancer-Statistics-2017-EN
2. Nessim C, Rotstein L, Goldstein D, Sun A, Hogg D, McCreedy D, et al. Princess Margaret Cancer Centre Clinical Practice Guidelines: Melanoma [Internet]. Toronto: University Health Network; 2015 Aug [cited 2018 Sep 27]. 21 p. Available from: uhn.ca/PrincessMargaret/Health_Professionals/Programs_Departments/Documents/CPG_Melanoma.pdf.
3. Canadian Dermatology Association. Melanoma [Internet]. 2018 [cited 2018 Sept 28]. Available from: dermatology.ca/public-patients/skin/melanoma/
4. Chamberlain AJ, Fritschi L, Giles GG, Dowling JP, Kelly JW. Nodular type and older age as the most significant associations of thick melanoma in Victoria, Australia. Arch Dermatol. 2002 May;138(5):609-14.
5. Murray CS, Stockton DL, Doherty VR. Thick melanoma: the challenge persists. Br J Dermatol. 2005 Jan;152(1):104-9.
6. Liu W, Dowling JP, Murray WK, McArthur GA, Thompson JF, Wolfe R, Kelly JW. Rate of growth in melanomas: characteristics and associations of rapidly growing melanomas. Arch Dermatol. 2006 Dec;142(12):1551-8.
7. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Thirion X, Wolkenstein P, et al. Melanoma and tumour thickness: challenges of early diagnosis. Arch Dermatol. 1999 Mar;135(3):269-74.
8. Kelly JW. Nodular melanoma: how current approaches to early detection are failing. J Drugs Dermatol. 2005;4(6):790-3.
9. Patrick RJ, Fenske NA, Messina JL. Primary mucosal melanoma. J Am Acad Dermatol. 2007 May;56(5):828-34.
10. Carvajal RD, Schwartz GK, Tezel T, Marr B, Francis JH, Nathan PD. Metastatic disease from uveal melanoma: treatment options and future prospects. Br J Ophthalmol. 2017 Jan;101(1):38-44. doi: 10.1136/bjophthalmol-2016-309034.
11. Kujala E, Mäkitie T, Kivelä T. Very long-term prognosis of patients with malignant uveal melanoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2003 Nov;44(11):4651-9.
12. Khoja L, Atenafu E, Joshua A, and The International Rare Cancer's Initiative-Ocular Melanoma Group. Meta-analysis of phase II trials in metastatic uveal melanoma (MUM) to determine progression-free (PFS) and overall survival (OS) benchmarks for future phase II trials: An irci-ocular melanoma initiative. J of Clin Onc. 2016; 34 Suppl 15:S9567. doi: 10.1200/JCO.2016.34.15_suppl.9567.
13. Yang J, Manson DK, Marr BP, Carvajal RD. Treatment of uveal melanoma: where are we now? Ther Adv Med Oncol. 2018 Feb 21;10:1758834018757175. doi: 10.1177/1758834018757175.
14. Lens MB, Newton-Bishop JA, Boon AP. Desmoplastic malignant melanoma: a systematic review. Br J Dermatol. 2005 Apr;152(4):673-8.
15. Hamid O, Carvajal RD, Morton DL, Faries M. Unusual melanomas. In Raghavan D, Blanke CD, Johnson DH, Moots PL, Reaman GH, Rose PG, et al, editors. Textbook of uncommon cancer, 4th Edition. Wiley-Blackwell; 2012 Nov. p. 691-708.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ADICIONAIS

Canadian Journal of Surgery. Optimal excision margins for primary cutaneous melanoma [Internet]. Available from: <https://www.canjsurg.ca/content/cjs/46/6/419.full.pdf>.

National Library of Medicine. Systemic therapy for unresectable stage III or metastatic cutaneous melanoma [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491081/>.

Bichakjian CK, Halpern AC, Johnson TM, Foote Hood A, Grichnik JM, Swetter SM, et al. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. American Academy of Dermatology. J Am Acad Dermatol. 2011 Nov;65(5):1032-47. doi: 10.1016/j.jaad.2011.04.031.

British Columbia Cancer Agency. Melanoma: Biopsy proven malignant melanoma [Internet]. Revised 2016. Available from: <http://www.bccancer.bc.ca/books/melanoma/management/biopsy-proven-malignant-melanoma>.

British Columbia Cancer Agency. Melanoma: Surveillance and early detection in high risk patients [Internet]. Revised 2014. Available from: <http://www.bccancer.bc.ca/books/melanoma/surveillance-and-early-detection-in-high-risk-patients>.

Cancer Care Ontario. Single-agent interleukin-2 in the treatment of metastatic melanoma [Internet]. 2011. 50 p. Available from: https://www.cancercareontario.ca/en/file/3176/download?token=C_ISRgOa.

Cancer Care Ontario. Systemic adjuvant therapy for patients at high risk for recurrent melanoma [Internet]. Revised 2019. Available from: <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/1161>.

Kottschade LA, Grotz TE, Dronca RS, Salomao DR, Pulido JS, Wasif N, et al. Rare presentations of primary melanoma and special populations: a systematic review. Am J Clin Oncol. 2014 Dec;37(6):635-41. doi: 10.1097/COC.0b013e3182868e82.

Mayo Clinic. Melanoma [Internet]. [cited 2012 Nov 7]. Available from: mayoclinic.com/health/melanoma/DS00439.

McGuire ST, Secrest AM, Andrulonis R, Ferris LK. Surveillance of patients for early detection of melanoma: patterns in dermatologist vs patient discovery. Arch Dermatol. 2011 Jun;147(6):673-8. doi: 10.1001/archdermatol.2011.135.

National Cancer Institute. Skin Cancer (Including Melanoma)—Patient Version [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Available from: cancer.gov/types/skin.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients: Melanoma [Internet]. 2018 [updated 2023]. Available from: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/melanoma-patient.pdf>.

Rajagopal S, Souter LH, Baetz T, McWhirter E, Knight G, Rosen CF, et al. Surveillance of Patients with Stage I, II, III, or Resectable IV Melanoma Who Were Treated with Curative Intent [Internet]. Cancer Care Ontario; 2015 [updated 2023]. Available from: <https://www.cancercareontario.ca/en/file/44496/download?token=voOcEGEC>.

NOTAS

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dotted lines.

MELANOMA

CANADA

A nossa missão:

A Melanoma Canada defende e apoia os canadianos que vivem com melanoma e cancro da pele com recursos úteis, educação, serviços de apoio psicossocial, entre outros.

Melanoma Canada

Telefone: 905-901-5121 | Linha gratuita: 1-877-560-8035

melanomacanada.ca

Número de registo de associação de beneficência BN 85491 3050 RR0001

A Melanoma Canada agradece aos nossos parceiros na indústria pela sua contribuição para a nossa biblioteca de recursos:



**FAÇA UMA
DOAÇÃO HOJE**