

Melanoma

BOLETIM INFORMATIVO DO GBM – ANO VIII – NÚMERO 32 – JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO 2005

Editorial

Neste boletim pudemos atingir um importante objetivo do GBM que é a multidisciplinaridade e a descentralização: temos um interessante artigo sobre a radiação UV do Prof. Lucio Bakos de Porto Alegre, artigo que dirime as dúvidas quanto à gênese e prevenção do melanoma que é o principal objetivo de quem trata o melanoma; o Dr. Miguel Brandão, de Salvador, estudou a influência do GBM na qualidade do atendimento do paciente com melanoma, estudo que recebeu os prêmios de melhor trabalho científico do XIV Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica e XV Congresso Integrado Latino Americano de Cancerologia em 2005. Este estudo mostra que após a implantação do GBM na Bahia houve sensível mudança no atendimento inicial do melanoma, tendo impacto na sobrevivência. Esta mudança tem sido sentida em todo Brasil, seja pela presença dos participantes do grupo ou pela maior atuação de todas as sociedades que cuidam do tema. A colocação em números do fato que todos vinham observando subjetivamente com certeza dá maior ânimo ao nosso grupo. O artigo do Dr. Ivan Dunshee, de São Paulo, não se pode deixar de ler, ele mostra nitidamente que não podemos esquecer que, para o paciente estágio IV com metástase isolada, a melhor terapia ainda é a cirurgia sozinha ou associada à terapia sistêmica. Este artigo é daqueles que devemos ter na prateleira quando necessitamos refrescar os números para discutir a melhor conduta para nosso paciente. Assim fechamos mais uma edição, não esquecendo de que artigos originais ou de revisão que possam acrescentar aos membros do nosso grupo são sempre bem vindos.

João Duprat

**Participe
do Boletim**
Mande seus artigos
e sugestões para:
boletim@gbm.org.br

O QUE FAZER



Tratamento cirúrgico de metástases à distância

Ivan Dunshee de Abranches Oliveira Santos

A cirurgia era a única possibilidade terapêutica no tratamento dos tumores malignos, até o aparecimento da radioterapia e da quimioterapia. Lentamente através das últimas décadas, as cirurgias das neoplasias passaram a ser menos radicais e a terapêutica moderna passou a ser multidisciplinar. O conceito antigo de ressecções radicais, amplas, imaginando-se que a neoplasia era um problema localizado, caiu por terra quando ficou evidente que o problema é a disseminação sistêmica por via hematogênica. Com a descoberta de novas drogas e esquemas mais efetivos, a quimioterapia passou a ter um papel de maior importância no tratamento de inúmeros tumores, não só nos casos disseminados.

No melanoma cutâneo infelizmente a quimioterapia ainda deixa a desejar. Nos estádios avançados, isto é, no EC IV, esquemas com poliquimioterapia, onde a droga principal é o DTIC, são comumente usados. Imunoterapia com citosinas como o Interferon ou a Interleucina também é empregada. A bioquimioterapia, uma combinação de quimioterápicos com citosinas, tem apresentado respostas mais elevadas em alguns centros especializados. Mesmo assim, os resultados ainda deixam a desejar, apesar dos importantes efeitos colaterais desta rigorosa combinação. Não devemos exagerar como Molière quando disse que “a maioria dos homens morre de seus remédios, e não de suas doenças”. O progresso da quimioterapia tem melhorado a sobrevivência de um grande número de neoplasias, de modo incontestável. Infelizmente esta melhora não ocorreu de modo tão significativo no melanoma. A sobrevivência média de um paciente com melanoma disseminado é de 7 a 8 meses. Menos de 5% conseguem sobreviver de cinco anos. Nos últimos 30 anos este quadro não foi alterado significativamente, apesar dos mais variados esquemas terapêuticos. No entanto, atualmente nas lesões disseminadas, a possibilidade da ressecção completa das metástases de melanoma não tem sido nem lembrada por muitos colegas.

No último Congresso Mundial de Melanoma em Vancouver, no Canadá, alguns trabalhos sobre cirurgia na terapêutica de metástases chamaram a atenção.

Com o objetivo de atualizar os nossos conhecimentos, avaliamos todos os trabalhos apresentados sobre cirurgia nos estádios clínicos mais avançados, neste último Congresso Mundial de Melanoma.

Cirurgia de ressecção das metástases

O primeiro deles, apresentado em uma interessante conferência pelo Dr. Ollila da Universidade da Carolina do Norte (EUA), em sessão plenária sobre Estado Corrente do Tratamento da Doença Recidivada, com o título: “Cirurgia de ressecção das metástases: A primeira opção nos pacientes com melanoma no estágio clínico IV”. Refere que, apesar dos variados esquemas usando quimioterapia e bioquimioterapia, o intervalo livre de doença à 5 anos permanece por volta de 5% e considerações sobre ressecções cirúrgicas de metástases ocorrem tardiamente, quando ocorrem. Mostrou que pacientes com ressecção completa de metástases em pele e em subcutâneo têm de 15 a 33% de sobrevivência a cinco anos, em pulmão de 19 a 27%, gastrointestinal de 28 a 41% e hepática de 20 a 29%. Para pacientes com ressecções incompletas ou paliativas, a sobrevivência é por volta de seis meses, semelhante à sobrevivência média de pacientes tratados sem ressecções cirúrgicas. A sobrevivência de pacientes tratados com ressecções cerebrais, mesmo completas, permanece por volta de seis meses. Concluiu a sua palestra afirmando que a ressecção completa de metástases de melanoma, quando possível, deve ser a primeira opção em pacientes com doença no EC IV limitado, até que novas drogas mais efetivas e com menos toxicidade estejam disponíveis para o tratamento sistêmico. Ressaltou que a ressecção parcial das metástases deve apenas ser realizada por razões paliativas.

Veja nesta edição:

■ Impacto do GBM na Abordagem de Pacientes ■ Radiação UV



Metástases obstrutivas no íleo com metástases retroperitoniais

John Thompson, bastante conhecido dos colegas do GBM porque já esteve conosco várias vezes, inclusive no nosso último Congresso, realizado no ano passado em Salvador, também em palestra, falou sobre "Metástases obstrutivas no íleo com metástases retroperitoniais". Mostrou que nestes casos, isto é, quando além da obstrução existem metástases retroperitoniais, a cirurgia é improvável que seja curativa. Por outro lado, mesmo quando existem metástases conhecidas em outros locais, a intervenção ativa pode não só fornecer um alívio imediato aos angustiados sintomas, como também pode prolongar a vida do paciente por meses ou até mesmo por anos. Refere que ressecções com amplas margens são inapropriadas. Ressecções de nódulos mesentéricos e retroperitoniais, quando possíveis, devem ser realizadas no mesmo tempo da cirurgia de desobstrução para prevenir sintomas indesejáveis futuros. A situação mais freqüentemente encontrada é uma obstrução devido a uma intussuscepção no intestino delgado, com metástases em linfonodos mesentéricos. Com cuidado essas massas mesentéricas podem geralmente ser enucleadas, sem lesar os vasos mesentéricos adjacentes. Geralmente este procedimento vale a pena. Metástases no intestino são geralmente múltiplas, e por isso é importante examinar todo o resto do intestino delgado na procura de outras metástases que possam ser ressecadas sem muitas dificuldades. Este procedimento é importante para evitar outros episódios de obstrução do intestino delgado a curto ou médio prazo. Os sintomas são paliados em 80 a 97% dos pacientes.

Concluiu mostrando que a média de sobrevida relatada para pacientes que conseguiram ressecção macroscópica completa é de 10 a 49 meses, com sobrevida a cinco anos de 28 a 41% e que a média relatada das ressecções consideradas paliativas é de apenas 1 a 5,4 meses.

Sobrevida média de pacientes operados

Outro trabalho apresentado pelo grupo de Sydney, em forma de pôster, retrospectivo, teve como objetivo documentar a sobrevida média de pacientes operados com ressecção completa de metástase de múltiplas localizações. Em um total de 84 pacientes, 69 tiveram metástases sistêmicas, 10 tiveram metástases em linfonodos não regionais e cinco tiveram em pele e subcutâneo a distância. Os 69 pacientes operados com ressecção completa de metástases sistêmicas tiveram sobrevida média de 40 meses (1,5 a 164 meses). A sobrevida dos subgrupos em ordem decrescente foi de: 25 em pulmão, 14 em cérebro, 17 em outros locais sistêmicos e 13 em múltiplos locais. Concluem que os resultados colocam em foco os benefícios de uma agressiva ressecção cirúrgica de metástases à distância, demonstrando uma boa sobrevida desses pacientes, principalmente se comparada à média de sobrevida dos pacientes neste estágio clínico que é de 6 a 8 meses.

Os três trabalhos afirmam que a ressecção total de metástases à distância vale a pena e é uma terapêutica que deve ser sempre considerada. Ao contrário, as ressecções parciais das metástases só devem ser realizadas no contexto de uma palição, para minorar sintomas, como, por exemplo, dores por compressão, sangramento de metástases ulceradas e edemas por compressão. Outro fator sempre lembrado nas três

apresentações é a baixa morbidade da cirurgia, não impedindo ou retardando em demasia a associação com terapias sistêmicas.

O melhor tratamento para o paciente geralmente é multidisciplinar

Analisando estas apresentações, podemos observar que a sobrevida dos pacientes com ressecções completas de metástases segue em ordem prognostica o estágio TNM da AJCC de 2002, quando refere que M1a= metástases em pele, subcutâneo e linfonodos distantes; M1b= pulmão e M1c= todos os outros locais ou qualquer local com DHL elevado. Creio que o estadiamento minucioso pode ajudar em uma eventual escolha de operar ou não uma metástase. Nos dias atuais, com exames mais acurados de imagem, podemos ter a oportunidade de detectar metástases de tamanho cada vez menor e muitas vezes isoladas. O seguimento clínico do paciente é, portanto, muito importante. Quando observamos pacientes no estágio clínico IV, vemos que existem casos onde o tratamento cirúrgico ainda tem possibilidade de aumentar a sobrevida e casos onde podemos melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento cirúrgico e o tratamento sistêmico não são terapêuticas excludentes. Lembramos que o melhor tratamento para o paciente geralmente é multidisciplinar, onde devemos avaliar o que cada tipo de tratamento, seja o cirúrgico, o radioterápico ou o quimioterápico, pode contribuir e em qual seqüência, para alcançar a melhor resposta possível na sobrevida e na qualidade de vida. Quando falamos qualidade de vida, devemos lembrar Platão, que dizia que o que importa não é viver, o que importa é viver bem.

AGENDA



Calendário de Reuniões Científicas do GBM

São Paulo

Local: APM – Associação Paulista de Medicina (Av. Brig. Luís Antônio, 278/ 10º andar)

Horário: 12h00 às 13h00

Datas: 26 de maio (UNISA)
30 de junho (UNIFESP / EPM)
25 de agosto (Hospital das Clínicas)

Blumenau e Florianópolis

Locais: Blumenau (Centro de Trein. do Hospital Santa Catarina)
Florianópolis (IDAP - Hospital de Caridade)

Datas: 05 de abril – Blumenau
04 de maio – Florianópolis
07 de junho – Blumenau
06 de julho – Florianópolis

Rio de Janeiro

Local: Anfiteatro do Pavilhão São Miguel (IDPA) Santa Casa de Misericórdia. Rua Santa Luzia, 206 - Centro

Horário: 12h00

Datas: 05 de abril, 07 de junho e 02 de agosto

Coordenadores: Prof. Dr. Carlos Barcaui e Prof. Dr. Francisco Burnier C. Pereira.

Atualize seu cadastro

Atualize seus dados, principalmente e-mail, telefone e endereço, no site:
www.gbm.org.br



STIEFEL

Pesquisa em Dermatologia



Impacto do GBM na Abordagem dos Pacientes com Melanoma na Bahia

Brandão M; Filardi F; Silva J; Zanvetto P; H. Cardoso; V. Barral, L. Ferreira, Sampaio C; Freitas. L; Dybal V.

INTRODUÇÃO: O GBM é uma sociedade civil de caráter privativo, de âmbito nacional e sem fim lucrativo, criado por profissionais da área de saúde, com finalidade de atuar e colaborar no estudo do melanoma nos seus vários aspectos. Em 1998 foi criada a regional Bahia. Reuniões multidisciplinares, com temas de atualização e discussão de casos clínicos foram realizadas mensalmente. Em estudos prévios demonstramos um impacto significativo na redução da manipulação prévia inadequada após realização das sessões.^{1,2}

OBJETIVO: Avaliamos este impacto em uma casuística maior e com período de seguimento mais prolongado.

METODOLOGIA: Foram analisados 529 pacientes com diagnóstico de melanoma, no período de 01/03/1992 a 31/03/2005, os quais foram acompanhados por um único cirurgião oncológico. As variáveis estudadas foram: instituição, idade, sexo, raça, local da lesão primária, nível de Clark, espessura de Breslow, fase de crescimento, tempo doença, biópsia incisiva e excisional, ulceração, gravidez, tipo histológico, manipulação prévia, tratamento, tempo livre de doença, sobrevida e mortalidade.

Análise estatística: As variáveis contínuas – teste t de Student ou Mann-Whitney. As variáveis categóricas: qui-quadrado ou teste de Fisher. Análise multivariada: regressão logística múltipla. Curvas de sobrevida: método de Kaplan-Meier. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$. Os critérios considerados para manipulação prévia inadequada:

1. Retirar lesão primária sem estudo anatomopatológico; cauterização ou uso de nitrogênio líquido na lesão primária.
2. Margens cirúrgicas inadequadas (após o diagnóstico de melanoma, as margens não eram ampliadas).
3. Realização de nodulectomia na presença de metástase linfonodal e não a linfadenectomia completa da cadeia acometida.
4. A biópsia incisiva não foi considerada como uma abordagem prévia inadequada.

RESULTADOS: Foram analisados 529 pacientes com diagnóstico de melanoma no período de 1/3/1992 a 31/3/2005. A perda de seguimento foi de 2,45%. O período médio de seguimento foi de cinco anos.

No ano de 1998, a nossa casuística era de 117 casos, destes 65,6% apresentavam manipulação prévia, sendo que

destes, 41,6% adequada e 58,4% inadequada (38,5% do total). A mortalidade foi de 12,5%, 9,4% e 31,1% respectivamente para: sem manipulação prévia, adequada e manipulação inadequada.¹ Na análise realizada em 2002, 34,3% sem manipulação, 41,6% com manipulação prévia adequada e 24,1% com manipulação prévia inadequada.

A recidiva nestes grupos ocorreu em 2,1%, 2,6% e 25,8% respectivamente ($p < 10^{-17}$) e a mortalidade em 11,7%, 2,6% e 40,9%, respectivamente ($p < 10^{-11}$).²

A recidiva global foi de 8,0% e a mortalidade global 15,0%. A análise multivariada, com regressão logística, revelou que os fatores prognósticos independentes para a mortalidade foram: o estágio ($p < 0,000001$ com *odds ratio* de 42,83, IC 96% 14,9 – 122,6); seguido da manipulação prévia inadequada ($p = 0,004$ e *odds ratio* de 3,83, IC 95% 1,5 – 9,7).

No período entre 2002 a 2005, 255 novos casos foram admitidos. Manipulação inadequada foi 13% e a mortalidade neste grupo foi de 57%. Na análise univariada, os fatores prognósticos isolados para mortalidade foram: nível de Clark, espessura > 1 mm, ulceração, melanoma acral e nodular, recorrência, manipulação inadequada e estádios III e IV. Quando realizamos a análise multivariada, os fatores prognósticos isolados para mortalidade foram somente dois: estágio ($p < 0,00000001$, *odds ratio* de 48.13, IC 95% 10.7 – 88.5) e a manipulação inadequada ($p = 0,002$, *odds ratio* de 5.23, IC 95% 1.8 – 13.27).

DISCUSSÃO: Vários trabalhos na literatura confirmam a importância da abordagem do melanoma com critérios adequados. Margens insuficientes estão relacionadas com uma maior taxa de recidiva e menor sobrevida.^{3,4,5,6,7}

Outro aspecto importante é a realização da linfadenectomia com critérios oncológicos, uma vez que o número de linfonodos retirados é um fator determinante de sobrevida nos pacientes com melanoma estágio III.⁸

Nossas observações demonstram que esforços devem ser realizados para capacitação dos profissionais de saúde, no sentido de enfatizar o diagnóstico precoce do melanoma. Em um estudo recente, Evans demonstrou que outros especialistas erraram no diagnóstico do melanoma três vezes mais que os dermatologistas.⁹

O treinamento do cirurgião interfere no prognóstico dos pacientes com melanoma. Quando pacientes são operados por cirurgião oncológico, as taxas de

recorrência local são menores que 5%, enquanto que nos casos operados por cirurgião geral a taxa de recorrência é de 40%.¹⁰

CONCLUSÃO - O aumento na mortalidade dos pacientes com manipulação inadequada, de 31,1% para 40,9% e atualmente 57%, está relacionada com um período de seguimento mais prolongado, revelando que o impacto desta variável era maior que o revelado anteriormente. Este dado é muito significativo e demonstra que o treinamento, a especialização do profissional que trata dos pacientes é um fator prognóstico muito importante para a sobrevida.

A redução do percentual de pacientes com manipulação inadequada de 38,5%, 24,1% e atualmente 13%, demonstra a importância da educação médica multidisciplinar e continuada em nosso meio e a participação do Grupo Brasileiro de Melanoma, nesta mudança histórica da abordagem do melanoma. Este impacto é maior do que qualquer terapia adjuvante no melanoma.

Bibliografia:

1. O Impacto do GBM – Grupo Brasileiro de Melanoma na Abordagem dos Pacientes com Melanoma. Brandão M; Filardi F; Zanvetto P; Sampaio C; Freitas LF. Acta Oncol Bras Vol 23 n 2: 491, 2003
 2. Brandão M; Filardi F; Domenech J; Sarno L; Pithon; Guimarães N; Acioli J; Sampaio C. Malignant Melanoma in the state of Bahia. Reporting 117 cases. Abstract book 17th International Cancer Congress. 1998.
 3. Balch CM; et al. Efficacy of 2 cm surgical margins for intermediate-thickness melanoma (1 to 4 mm). Results of a multi-institutional randomized surgical trial. Ann Surg sep; 218(3):262-7;1993.
 4. Zitelli JA; et al. Surgical margins for excision of primary cutaneous melanoma. J Am Acad Dermatol; 37:422-429. 1997
 5. Breslow A and March SD. Optimal size of resection margin for thin cutaneous melanoma. Surg Gyn Obstet; 145:691-2, 1977.
 6. Balch CM; et al. Tumor thickness as a guide to surgical management of clinical stage I melanoma patients. Cancer; 43: 883-8; 1979.
 7. Heaton KM; et al. Surgical Margins and prognostic factors in patients with thick (> 4 mm) primary melanoma. Ann Surg Oncol; 5(4):322-8; 1998.
 8. Chan AD, Essner R, Wanek LA, Morton DL: Judging the therapeutic value of lymph node dissections for melanoma. J Am Coll Surg; 191(1):16-23, 2000.
 9. Evans RD, Kopf AW, Lew RA, et al: Risk factors for the development of malignant melanoma. I: Review of case-control studies. J Dermatol Surg Oncol; 14:393-408. 1988.
 10. Carman A; Giacomantonio MD; Walley J. Quality of cancer surgery. Surgical Oncology Clinics of North America, 9(1): 51-60, 2000.
- Prêmio de melhor trabalho científico do XIV Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica e XV CILAC - Congresso Integrado Latino Americano de Cancerologia, 19 a 22 de outubro de 2005, Rio de Janeiro.*

HÉLIOBLOCK® XL ANTHÉLIOS

Com Água Termal da La Roche-Posay

A maior proteção anti-UVA, para melhor proteger o DNA das células dos seus pacientes*.

La Roche-Posay. A exigência dermatológica.

*J Invest Dermatol 122:468-476, Fevereiro 2004.



Radiação ultravioleta

Lucio Bakos

A radiação ultravioleta (RUV) é uma pequena parcela do espectro das radiações eletromagnéticas emitidas pelo Sol, podendo também ser produzida por fontes artificiais. Por seu comprimento de onda (200-400 nm), situa-se entre os raios X e a luz visível, podendo ser subdividida em UVC (200-290 nm), UVB (290-320 nm) e UVA (320-400 nm). Por sua vez, a radiação UVA pode ser fragmentada em UVA-I (320-340 nm) e UVA-II (340-400 nm). Todas estas frações podem exercer funções definidas sobre nosso organismo e sobre o planeta.

A camada de ozônio atmosférica, situada a cerca de 28 km de altitude, filtra totalmente os raios UVC, parcialmente os UVB, deixando passar os UVA. Desta forma, a RUV que chega até a superfície terrestre nas horas de maior intensidade é composta por 95% de UVA e 5% de UVB. Enquanto a radiação UVB é mais intensa entre as 10 e 15 horas, devido à sua menor filtragem por parte do ozônio, pela posição mais perpendicular do sol em relação à Terra, a radiação UVA quase nada se altera durante o dia, permanecendo praticamente igual desde o nascer até o pôr-do-sol, estando até levemente mais intensa nas duas extremidades do dia.

A radiação solar é essencial para a vida na Terra, pois o Sol nos fornece o calor necessário para a vida, bem como a iluminação sobre o planeta e a fotossíntese para produção de oxigênio. As condições para se executarem estas funções fundamentais são propiciadas principalmente pela luz visível e pela radiação infravermelha (RIV), sendo que a radiação ultravioleta possui funções fundamentais bem mais restritas para o nosso organismo.

Uma destas funções é a síntese de Vitamina D, útil na prevenção do raquitismo em crianças e na osteoporose da mulher menopausada. Calcula-se que 5-10 minutos de exposição diária à UVB sejam suficientes para rapidamente converter o 7-dehidrocolesterol epidérmico em pró-vitamina D3 que, ao longo dos dias, isomeriza para vitamina D3 e é distribuída por via plasmática para todo o organismo por proteínas carreadoras de vitamina D. Outra função, principalmente da UVA, é a modulação das funções imunológicas de células sanguíneas. Todas as demais propriedades tidas como "saúdáveis", incluindo a melhoria de humor e a liberação de endorfinas, entre outras, parecem ter mediação mais provável pela luz visível.

Já os efeitos danosos da RUV podem ser imediatos, como as queimaduras solares, as reações fototóxicas, a fotonicólise, a imunossupressão, a hiperplasia epidérmica e o bronzeamento (sempre que houver bronzeamento é porque houve algum tipo de agressão à pele, pois aquele é uma defesa do tegumento contra o ataque das radiações), e tardios, como a catarata ocular, o fotoenvelhecimento e o câncer cutâneo. Muito embora a radiação UV esteja fortemente implicada na gênese dos melanomas cutâneos, existem opiniões conflitantes nos papéis de UVB e UVA na etiologia dos mesmos. Estudos epidemiológicos humanos e experimentos em animais sugerem fortemente que a exposição crônica da pele à UVB e, em menor grau à UVA, seja responsável pela maioria dos cânceres cutâneos não-melanoma e, provavelmente, também dos melanomas. Muito embora alguns estudos em animais apontem para a UVB como iniciadora de melanomas, outros sugerem uma maior participação da UVA nestes últimos.

Um estudo expôs à RUV 3x/semana, por 10 semanas, camundongos transgênicos para células-tronco, gene-deficientes do grupo A do xeroderma pigmentoso, que apresentam defeito na reparação do DNA, mas que possuem melanócitos epidérmicos. Mais de 30% dos camundongos irradiados desenvolveram tumores melanocíticos, com padrão histológico de lentigo maligno melanoma ou melanoma nodular, que metastatizaram para linfonodos. Os camundongos que não foram irradiados não desenvolveram tumores. Num modelo experimental *in vitro*, células B16-F1 e B16-F10 de melanoma murino de camundongos C57BL/6 e células endoteliais singeneicas MS-1 foram irradiadas com diferentes doses de radiação UVA. Os resultados sugerem que a radiação UVA parece alterar as propriedades de aderência das células de melanoma *in vitro*, diminuindo a adesão melanoma-melanoma e aumentando a adesão das células de melanoma ao endotélio. Isto sugere que a exposição à UVA pode aumentar a capacidade metastática das células do melanoma.

Nos últimos 20 anos, o bronzeado através de lâmpadas de ultravioleta tem sido freqüente entre adolescentes e adultos jovens de pele clara. Estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos tendem a mostrar um risco aumentado de melanomas em

usuários de camas de bronzeamento. Existem evidências acumuladas de que a utilização de camas de bronzeamento está associada a um maior risco de melanoma, quando iniciada antes dos 30 anos de idade. Uma meta-análise recente confirma estes achados de que a utilização destas lâmpadas aumenta o risco de melanoma cutâneo.

Por outro lado, um estudo multicêntrico pan-Europeu, realizado por um grupo de experientes pesquisadores, não demonstrou risco de melanoma associado ao uso de camas de bronzeamento.

A celeuma continua grande, pois ao UVA artificial também se pode somar o de origem solar, nem sempre bem registrado nos estudos clínicos. Para Gallagher, um estudo prospectivo com usuários de fontes artificiais, realizado com a cooperação dos salões de bronzeamento, poderá produzir melhores estimativas do uso de camas de bronzeamento, porém necessitaria da manutenção de diários precisos para registrar a exposição solar concomitante com absoluta precisão. Um estudo em larga escala com este delineamento será bastante dispendioso, muito trabalhoso e, no final, poderá resultar impraticável, por poder apresentar muitos vieses de informação.

Bibliografia:

- Hawk JLM, Young AR, Ferguson J. Cutaneous photobiology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (eds.). Rook's Textbook of Dermatology, 7th ed., Oxford, Blackwell, 2004; 24.1-24.10.
- De Fabo EC, Noonan F, Fears T, et al. Ultraviolet B but not ultraviolet A radiation initiates melanoma. *Cancer Res* 2004;64:6372-6.
- Wang SQ, Setlow R, Berwick M et al. Ultraviolet A and melanoma: a review. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:837-46.
- Yamazaki F, Okamoto H, Matsumura Y, et al. Development of a new mouse model (xeroderma pigmentosum a-deficient, stem cell factor-transgenic) of ultraviolet B-induced melanoma. *J Invest Dermatol*. 2005;125:521-5.
- Pastila R, Leszczynski D. Ultraviolet A exposure alters adhesive properties of mouse melanoma cells. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2005;21:234-41.
- Young AR. Tanning devices – fast track to skin cancer? *Pigment Cell Res* 2004;17:2-9.
- Autier P. Cutaneous malignant melanoma: facts about sunbeds and sunscreen. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2005;5:821-33.
- Expert Rev Anticancer Ther. 2005;5:821-33.
- Gallagher RP, Spinelli J, Lee TK. Tanning beds, sunlamp and risk of malignant melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:562-6.
- Bataille V, Boniol M, de Vries E, et al. A multicentric epidemiological study of sunbed use and cutaneous melanoma in Europe. *Eur J Cancer* 2005;41:2141-9.
- Gallagher R. Sunbeds – do they increase risk of melanoma or not? *Eur J Cancer* 05;41:2038-9.

Diretoria GBM:

Presidente: Gilles Landman
 1º vice-presidente: Marcus A. Maia de Olivias Ferreira
 2º vice-presidente: Miguel Angelo Rodrigues Brandão
 Secretário geral: Mauro Y. Enokihara
 1º secretário: Gerson Junqueira Junior
 Tesoureiro: Eduard René Brechtbühl
 1º tesoureiro: Lucia Miiko Yojo de Carvalho
 Diretor Científico: Fernando Augusto de Almeida
 Diretor de Informática: Marcelo Moreno

EXPEDIENTE

Publicação trimestral do Grupo Brasileiro Multidisciplinar e Multicêntrico para Estudo de Melanoma – GBM

Editor do Boletim: João Pedreira Duprat Neto

Colaboradores desta edição:

Ivan Dunshee O. Santos, Miguel Brandão e Lucio Bakos

Jornalista Responsável:
 Maria Lúcia Mota. Mtb: 15.992

Secretaria Executiva e Cartas:

R. Joaquim Nabuco, 47 - sl 103
 Cep 04621-000 – São Paulo-SP
 Tel (11) 5542.8216/Fax (11) 5543.1141
 e-mail: gbm@gbm.org.br
 site: www.gbm.org.br

Coordenação editorial:

Informacional Publicações Médicas
 Tiragem: 11.500 exemplares
 Mande seus comentários sobre o boletim para: boletim@gbm.org.br