

Publicação oficial do GBM



GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

# melanoma

Ano XIX, Nº 79, outubro, novembro e dezembro de 2017

**Três eventos científicos encerram o ano de 2017 do GBM**





## A CIÊNCIA DESVENDANDO OS MISTÉRIOS DO MELANOMA

**N**ova diretoria na estrada, e pelo jeito será diferente, porém tão marcante quanto a anterior. Este jornal deve espelhar em paralelo a energia de nosso presidente e tenho certeza que isso não será fácil. Seleccionamos alguns dos mais conceituados experts em cada área do melanoma para dar sua atualização dos últimos marcantes e importantes estudos mostrados neste semestre. Espero que aproveitem a contribuição dos doutores Rodrigo Munhoz, Alberto Wainstein, Bianca Sá e Gilles Landman. Vamos ter todo empenho para manter o ritmo científico e de novidades que o diagnóstico e tratamento do melanoma tem exigido. ●



### DIRETORIA 2017/19

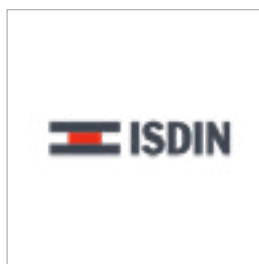
Presidente: Flávio Cavarsan • 1º vice-presidente: Luis Fernando Kopke • 2º vice-presidente: Mauro Enokihara • Secretário geral: Elimar Gomes • 1ª secretária: Flávia Bittencourt • Tesoureiro: Rodrigo Munhoz • 1º tesoureiro: Miguel Brandão • Editor do Boletim: João Duprat • Diretor científico: Rafael Aron Schmerling • Ombudsman: Francisco Aparecido Belfort

### EXPEDIENTE

Publicação trimestral do GBM • Tiragem: Publicação Digital • Jornalista responsável: Victor Gimenes (MTB: 30686) • Secretária Executiva: Av. Imperatriz Leopoldina, 957, s.604, 05305-011, V. Leopoldina, S. Paulo, SP / tel.: (11) 5542.8216 e fax: (11) 5543.1141 / gbm@gbm.org.br / www.gbm.org.br • Edição: Visana Comunicação

### Seja sócio do Grupo Brasileiro de Melanoma

Associando-se ao GBM você passa a integrar um seleto grupo de profissionais dedicados ao estudo do melanoma. Além disso, tem várias vantagens e acesso a conteúdo exclusivo. Acesse nosso site e saiba mais: [www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br).



# Por dentro do GBM

PALAVRA DO PRESIDENTE (2017/2019)

por Flávio Cavarsan



## O TRABALHO APENAS COMEÇOU



O Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM), desde o mês de agosto do presente ano, quando foi eleita a nova diretoria, vem se desdobrando para manter um ritmo adequado de ações que visam a propiciar ganhos científicos, sempre preocupado com a educação médica continuada em relação ao melanoma.

Nesse foco, já foram realizados dois simpósios locais do GBM em parceria com as Sociedades Brasileiras de Dermatologia Regionais Piauí (SBD-PI) e Pernambuco (SBD-PE), que foram sucessos absolutos de participações e interações entre plateias e palestrantes.

Em Teresina, no Piauí, sob a coordenação do Dr. Mauro Enokihara, compareceram ao simpósio do dia 17 de novembro, 46 participantes. Já no Recife, em Pernambuco, foram 144 congressistas coordenados pelo Dr. Elimar Gomes no dia 1º de dezembro.

Outra importante ferramenta acadêmica do GBM, as Reuniões Científicas na cidade de São Paulo ganharam uma nova roupagem, com as instituições coordenadoras designadas de forma itinerante. No último dia 09 de dezembro, foi realizada, no Maksoud Plaza, na capital paulista, a primeira reunião, coordenada pelo Hospital Sírio Libanês, representado pelo Dr.

Rodrigo Munhoz, e pela Unifesp, representada pelo Dr. Mauro Enokihara, cujo tema central foi relacionado ao melanoma desmoplásico. A próxima reunião será no dia 24 de fevereiro de 2018, sob coordenação do BP Mirante, com os doutores Francisco Belfort e Eduardo Bertolli, e do Hospital do Servidor Municipal de SP, cuja representante será a Drª Selma Cernea. O tema abordado será o melanoma *in situ* em todas as suas facetas.

Para concluir essa coluna, gostaria de antecipar projetos que estão a todo vapor dentro da diretoria e serão de suma importância para todos os associados, como os Guidelines do GBM, que já têm tópicos e autores selecionados pelo coordenador Rafael Schmerling e com data de lançamento prevista para o final de junho de 2018. Além disso, o aplicativo do GBM promete ser o grande projeto do grupo para a atual gestão e já se encontra em processo de formatação, com previsão de lançamento do seu coordenador, Dr. Eduardo Bertolli, para 30 de março de 2018.

Gostaria de me despedir, desejando a toda família GBM, um feliz Natal e um ano novo repleto de muitas realizações, interações entre associados e críticas construtivas que buscam o engrandecimento do nosso grupo. ●



# Relato sobre o Congresso Mundial de Melanoma 2017 e sobre o Simpósio Internacional de Patologia do Melanoma

ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA



Estas atividades ocorreram em Brisbane, uma cidade muito interessante, com um parque de atividades de lazer concentrado ao longo do rio de mesmo nome, museus, ciclovia, piscinas públicas, restaurantes e centro de convenções. Além disso, houve um evento histórico de rugby: All Blacks (Nova Zelândia) versus All Greens (Austrália), cuja abertura é feita através de demonstrações que representam os aborígenes com seus gritos e movimentos característicos.

Antecedendo o Congresso Mundial de Melanoma de 2017, houve duas reuniões importantes na patologia. Um workshop do Grupo Internacional de Patologia do Melanoma e o Simpósio Internacional de Patologia do Melanoma. Esta atividade ocorre anualmente em conjunto com a reunião da Society for Melanoma Research, que é itinerante e ocorre em diversos países. Participaram Raymond Barnhill (França), Richard Scolyer (Austrália), Alexander Lazar (EUA), Lori Lowe (EUA), Loren Clarke (EUA), Christopher Shea (EUA), Jane Messina (EUA), Iwei Yeh (EUA), David Elder (EUA), Je-e-Hian Lim (Cingapura), Claire Lugassy (França), Sook Jung Yun (Coreia do Sul), Lyn Duncan (EUA), Gilles Landman (Brasil), Thomas Wiesner (EUA) e Arnaud de la Fouchardière (França).

Dentre os pontos mais importantes destacam-se as modificações na AJCC de 2011, estudos moleculares em lesões spitzóides, sequenciamento de nova geração para estudo de melanomas acrais, uso de qRT-PCR para diagnóstico de lesões melanocíticas atípicas, novos achados em nevo penetrante profundo, entre outros.

**1 - AJCC 2017:** Na discussão do workshop, estiveram presentes patologistas de vários países da Europa, EUA, Austrália, Ásia e América do Sul, da qual tive a honra de ser o único representante. Nesta, o Prof. Richard Scolyer, patologista e vice-coordenador da equipe da AJCC, apre-

por Gilles Landman



sentou parte das novas alterações aplicadas à AJCC 2011, a se iniciarem em janeiro de 2018. Informou que foi publicado o artigo que justifica as mudanças apresentadas na revista CA Cancer J Clin. 2017 Nov;67(6):472-492. doi: 10.3322/caac.21409. Epub 2017 Oct 13. Neste artigo são apresentadas as razões para as mudanças na AJCC, especialmente as que mudam as definições para espessuras em T1 (T1a <0,8 mm e T1b= 0,8-1,0 mm com ou sem ulceração ou <0,8 mm com ulceração). Nesta edição, mitoses não influenciarão o estadiamento diretamente, embora tenha sido recomendado que no laudo anatomopatológico se utilizem todos os parâmetros prognósticos já adotados universalmente, inclusive as mitoses em mm<sup>2</sup>. Além disso, não mais se usarão duas casas decimais para expressar a espessura. Outras alterações podem ser vistas neste artigo.

## 2 - Lesões spitzóides:

- Foram reforçados os conceitos referentes às mutações de BAP-1 em lesões spitzóides de padrão dérmico exclusivamente epitelioide, tanto esporádicos como familiares. Nesta categoria, alertou-se para a possibilidade de pacientes portadores da mutação desenvolverem melanomas cutâneos, uveais, mesoteliomas e carcinomas renais.
- Nas demais categorias, relatos de porcentagens variáveis de encontro de genes de fusão com ALK, ROS-1, NTRK e outras menos frequentes em lesões spitzóides indicam necessidade de mais estudos. Estudos imuno-histoquímicos para estes marcadores devem ser complementados por testes moleculares como FISH ou sequenciamento. Destacam-se os estudos de Wiesner (Alemanha) e de La Fouchardière (França).

**3 - Melanomas acrais:** a Profa. Sook, da Coreia, apresentou seus trabalhos referentes às localizações mais frequentes de melanomas e demonstrou que a maioria se localizava na planta dos pés em áreas de maior apoio e atrito, sugerindo a possibilidade de que atrito seja um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento destas neoplasias.



**4 - Sequenciamento de nova geração:** destacam-se os estudos com melanomas acrais na Coréia, nos quais foram encontradas mutações em BRAF (34,4%), NRAS (21,9%), NF1 (17,2%), GNAQ (18,6%), KIT (10,9%) e Pan-negativos (25%). Muitas destas mutações são mutuamente exclusivas.

**5 - Teste com metodologia de qRT-PCR para diagnóstico de lesões melanocíticas em material parafinado, proposto pela Myriad (myPATH):** O patologista Loren Clarke apresentou a metodologia testando 182 lesões melanocíticas, sendo 99 melanomas. Os escores deram uma sensibilidade de 80% nesta nova versão da metodologia para diagnóstico de lesões melanocíticas (benignas, intermediárias e malignas).

**6 - Nevo penetrante profundo:** dados apresentados pela pesquisadora e dermatopatologista Iwei Yeh, da UCSF, mostram novas descobertas moleculares indicando que os nevos penetrantes profundos expressam a proteína beta-catenina intensamente. Estes achados permitiram avaliar as lesões com imuno-histoquímica, demonstrando o seu uso na prática anatomopatológica e facilitando seu diagnóstico. Além disso, foi possível identificar casos com morfologia semelhante de comportamento maligno.

**7 - Microbiota:** O Prof. Alexander Lasar, do MD Anderson Cancer Center, apresentou dados preliminares indicando que, dependendo do perfil de microbiota em mucosa oral e intestinal, a resposta ao câncer pode mudar. Assim, quando predominarem as bactérias de padrão Clostridia, haveria melhor resposta pró-imune contra o câncer. Esta é uma linha de pesquisa em ascensão em diversos campos, como na obesidade, alergia, oncologia, entre outros.

**8 - Prêmio Stella Medrano:** Este ano foi dado pela Society for Melanoma Research à pesquisadora Marisol Soengas, do Centro Nacional de Pesquisa em Câncer da Espanha. Seu trabalho foi fundamental no esclarecimento de mecanis-



mos de preparo dos sítios para receber as células metastáticas, com indução de linfangiogênese pela proteína MIDKINE e sua relação com a via mTOR. Além disso, descobriu alguns mecanismos pelos quais os linfonodos se tornam imunossuprimidos, permitindo a instalação das metástases.

**9 - Apresentação oral de brasileiros no Mundial de Melanoma:** Houve algumas apresentações de trabalhos realizados no Brasil, destacando-se o estudo do Genoma do Melanoma, apresentado por Vinicius Vazquez, e do estudo de comprometimento de linfonodos não sentinela no impacto da sobrevida em melanoma. Além disso, Gilles Landman ministrou aula no Simpósio Internacional de Patologia do Melanoma com o tema Spitzoid lesions: analysis with BAP1 and kinase fusions. Esta foi a apresentação dos resultados da dissertação de mestrado do médico patologista Leonardo Cardili, defendida recentemente.

Estes foram, a meu ver, os fatos mais relevantes apresentados pelos pesquisadores. ●

# Destaque em dermatologia – 12ª Conferência Brasileira sobre Melanoma

ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA

por Bianca Costa Soares de Sá



## NEVO ATÍPICO (DISPLÁSICO): MITOS E VERDADES

O nevo atípico ou displásico é um tipo de nevo melanocítico adquirido descrito pela primeira vez por Clark et al. em 1978, em contexto familiar de múltiplos melanomas e fenotípico de múltiplos nevos. Existe, ainda, muita controvérsia quanto à nomenclatura, significado clínico, classificação histológica e potencial maligno destas lesões. Na tentativa de esclarecer alguns destes aspectos, tivemos na 12ª Conferência Brasileira sobre Melanoma uma sessão para discussão do tema. Aqui estão sintetizados alguns dos principais fatos já bem determinados na literatura para o entendimento e manuseio correto destas lesões.

- O termo atípico se refere principalmente ao aspecto clínico da lesão e o termo displásico seria uma classificação histológica relacionada à presença de desordem arquitetural e atipia celular, remetendo à idéia de progressão maligna, que, na grande maioria das vezes, não se concretiza. Como os nevos atípicos clínicos têm uma característica imprescindível para o diagnóstico, a de serem maiores que 5mm, mais recentemente alguns autores propuseram a nomenclatura de nevo adquirido grande, a exemplo da classificação dos nevos congênitos.
- O nevo, para ser classificado clinicamente como atípico, deve ser maior que 5mm e obrigatoriamente possuir componente maculoso. Além destas duas características mandatórias, devemos encontrar pelo menos dois destes aspectos: assimetria, bordas irregulares e variedade de cores (marrom e vermelho).
- O nevo atípico clínico é marcador de risco para o desenvolvimento de melanoma cutâneo. Quanto maior o número de nevos atípicos, maior o risco.
- O nevo atípico pode ser precursor de melanoma cutâneo tanto quanto os nevos comuns, sendo raro este evento.
- O nevo atípico clínico pode ou não ser displásico na histologia.
- Os nevos atípicos são tumores benignos e tendem a ser estáveis. Não necessitam de excisão, a não ser que haja suspeita clínica de melanoma.

- As características clínicas e dermatoscópicas dos nevos atípicos são, muitas vezes, sobrepostas às características de melanomas iniciais, e quando não se pode diferenciar os mesmos, a excisão para o diagnóstico definitivo anamopatológico está indicada.
- A ampliação de margens não está indicada nas excisões completas dos nevos atípicos. Pode-se considerar ampliação das lesões excisadas com margens comprometidas para se evitar a recorrência do nevo, fato que se apresenta com aspecto bizarro e de difícil diagnóstico diferencial com os melanomas cutâneos; e também nas lesões com intensa atipia na histologia.

### Referências

- Madan R, Chen S. The so-called dysplastic nevus is not dysplastic at all. *DermatolPract Concept*. 2013 Jan 31;3(1):1-2.
- Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the modern era: part II. Molecular aspects and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Jul;67(1):19.e1-12; quiz 31-2.
- Rosendahl CO, Grant-Kels JM, Que SK. Dysplastic nevus: Fact and fiction. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Sep;73(3):507-12
- Duffy K, Grossman D. The dysplastic nevus: from historical perspective to management in the modern era: part I. Historical, histologic, and clinical aspects. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Jul;67(1):1.e1-16; quiz 17-8.
- Silva JH, Sá BC, Avila AL, Landman G, DupratNeto JP. Atypical mole syndrome and dysplastic nevi: identification of populations at risk for developing melanoma - review article. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011; 66(3):493-9.
- Farber MJ, Heilman ER, Friedman RJ. Dysplastic nevi. *DermatolClin*. 2012 Jul;30(3):389-404.
- Hofmann-Wellenhof R, Marghoob AA, Zalaudek I. Large Acquired Nevus or Dysplastic Nevus: What's in the Name of a Nevus? *JAMA Dermatol*. 2016 Jun 1;152(6):623-4
- Goldstein AM, Tucker MA. Dysplastic nevus and melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013 Apr;22(4):528-32. ●



# Novos estudos com inibidores do BRAF/MEK e bloqueadores de correceptores imunes trazem resultados com o potencial de modificar drasticamente o cenário do tratamento adjuvante para pacientes com melanoma

ARTIGO

por Rodrigo R. Munhoz



O ano de 2017 trouxe muitas e bem-vindas notícias para pacientes com melanoma e aqueles envolvidos no cuidado desses pacientes. Novidades nos campos da imunoterapia e terapia-alvo foram acompanhadas de avanços também no uso racional das diferentes opções de tratamento, compreensão dos mecanismos de resistência e expansão das indicações.

Dados apresentados no American Society of Clinical Oncology Annual Meeting, em junho, demonstraram considerável eficácia tanto da combinação de dabrafenibe e trametinibe (estudo COMBI-MB) quanto de ipilimumabe e nivolumabe (estudos ABC e CheckMate-204) em pacientes com melanoma avançado e envolvimento do sistema nervoso central, um subgrupo frequente na prática clínica, porém usualmente excluído da maior parte dos estudos clínicos.<sup>1-3</sup>

Ao longo do ano foi apresentada também a análise inicial de sobrevida global do estudo CheckMate-067. Além dos ganhos previamente demonstrados em taxa de resposta e sobrevida livre de progressão com o uso da combinação de ipilimumabe/nivolumabe, confirmou-se o ganho em sobrevida global a favor de qualquer um dos regimes de tratamento contendo nivolumabe em comparação ao ipilimumabe, porém não quando comparada à combinação com nivolumabe em monoterapia nessa análise exploratória.<sup>4</sup>

Porém, os resultados com maior potencial para afetar a prática vigente foram apresentados no European Society of Medical Oncology Congress, que ocorreu em Madrid, no mês de setembro, e publicados no *The New England Journal of Medicine*:

No estudo CheckMate-238, 906 pacientes com melanoma estadio III B-C ou IV (AJCC 7ª edição), após resseção completa, foram randomizados para tratamento adjuvante com nivolumabe 3mg/kg a cada 14 dias por até 12 meses ou ipilimumabe 10mg/kg a cada 21 dias por quatro doses, e após a cada 12 semanas, por até 12 meses. O uso do nivolumabe resultou em maior proporção de pacientes livres de recorrência de doença em 18 meses (66% vs 53%; HR 0.65;  $p < 0.001$ ), além de menor incidência de eventos adversos grau 3-4 (14.4% vs 45.9%) e menor taxa de descontinuação do tratamento devido a toxicidades. Dados de sobrevida global desse estudo são ansiosamente aguardados.<sup>5</sup>

No estudo COMBI-AD, por sua vez, pacientes com melanoma estadio III A-C (com, ao menos, 1mm de depósito de melanoma em linfonodos) e presença de mutação do BRAF V600E ou V600K foram randomizados para tratamento com a combinação de dabrafenibe e trametinibe ou placebo por até 12 meses. Observou-se maior proporção de pacientes livres de recidiva em 3 anos (58% vs 39% HR 0.47;  $p < 0.001$ ), com benefício mantido essencialmente em todos os subgrupos. A primeira análise interina de sobrevida global demonstrou, ainda, tendência a benefício em SG, porém sua magnitude não cruzou o valor pré-definido para interrupção do estudo nesse momento (proporção de pacientes vivos em 3 anos: 86% vs 77%; HR 0.57; IC95% 0.42-0.79;  $p < 0.0006$ ).<sup>6</sup>

Esses foram os primeiros estudos a demonstrar impacto favorável com o uso de agentes anti-PD-1 ou inibidores do BRAF/MEK no contexto adjuvante. Ainda que dados definitivos de sobrevida global sejam aguardados, novas perspectivas de tratamento surgem para pacientes com melanoma e envolvimento linfonodal ou para aqueles com doença metastática submetidos a resseção completa.

## Referências

- 1- Davies MA et al. Dabrafenib plus trametinib in patients with BRAFV600-mutant melanoma brain metastases (COMBI-MB): a multicentre, multicohort, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2017;18(7):863-873
- 2- Long GV et al. A randomized phase II study of nivolumab or nivolumab combined with ipilimumab in patients (pts) with melanoma brain metastases (mets): The Anti-PD1 Brain Collaboration (ABC). *ASCO Annual Meeting 2017.*
- 3- Tawbi HAH et al. Efficacy and safety of nivolumab (NIVO) plus ipilimumab (IPI) in patients with melanoma (MEL) metastatic to the brain: Results of the phase II study CheckMate 204. *ASCO Annual Meeting 2017.*
- 4- Wolchok JD et al. Overall Survival with Combined Nivolumab and Ipilimumab in Advanced Melanoma. *N Engl J Med* 2017; 377:1345-135
- 5- Weber J et al. Adjuvant Nivolumab versus Ipilimumab in Resected Stage III or IV Melanoma. *N Engl J Med* 2017; 377:1824-1835
- 6- Long GV et al. Adjuvant Dabrafenib plus Trametinib in Stage III BRAF-Mutated Melanoma. *N Engl J Med* 2017; 377:1813-1823 ●

# O processo diagnóstico do melanoma cutâneo<sup>1</sup>

ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA

por Marcus Henrique de Sousa Brito Xavier e Alberto Wainstein

É comum atendermos um paciente com melanoma cutâneo e questões básicas no mecanismo diagnóstico da doença não serem questionadas: quem suspeitou da lesão? Quanto tempo o paciente demorou para buscar atendimento médico? Qual seu grau de conhecimento sobre a doença? Houve demora no diagnóstico médico?

Muito se tem falado sobre os avanços terapêuticos no tratamento do melanoma, mas é importante reforçar que as ações de prevenção primária e secundária ainda são decisivas para a redução da mortalidade da doença.

Apesar da importância da detecção precoce de lesões suspeitas, poucos estudos abordaram o processo diagnóstico do melanoma.<sup>1,2,3,4,5</sup> Sabe-se que cerca de 50% das lesões de melanoma são inicialmente detectadas pelos próprios pacientes (autodetecção), 25% dos casos por terceiros (parentes, conhecidos) e o restante por profissionais de saúde.<sup>5</sup> Além disso, muitas vezes essa suspeição inicial é negligenciada, seja por desconhecimento a respeito da doença, seja por dificuldade no acesso ao sistema de saúde. Isso sem falar no atraso decorrente da assistência médica, seja por condutas inadequadas, seja pela morosidade diagnóstica.<sup>2</sup>

Dessa forma, uma redução no atraso do diagnóstico, através do reconhecimento precoce de uma lesão suspeita, pela busca célere por assistência médica e as condutas adequadas desses profissionais são fundamentais para melhorar a efetividade terapêutica e evitar o alto custo dos novos tratamentos para doença avançada.

Entre novembro de 2014 e abril de 2015, conduzimos, em Belo Horizonte, um estudo prospectivo com 211 pacientes recentemente diagnosticados com melanoma cutâneo em clínica privada.<sup>1</sup> Analisaram-se dados sócio-demográficos, conhecimento sobre a doença, motivos para o atraso no diagnóstico relacionados a médicos e pacientes, bem como características da lesão como localização, tipo histológico e Breslow.

Nesse estudo, 62,1% dos participantes possuíam terceiro grau completo e auferiam renda familiar mensal de pelo menos 10 salários mínimos, diferentemente dos usuários do SUS, no qual 70% dos pacientes possuem renda familiar até um salário mínimo e 80% não possuem ensino fundamental completo.<sup>6</sup>

A despeito da característica da amostra, apenas 1/3 dos participantes conheciam o termo melanoma, ou seja, sabiam da existência de um câncer da pele pigmentado ou um câncer grave relacionado a pintas. Esse percentual é inferior ao de

estudos em outros países: França (53%)<sup>3</sup>, Itália (60%)<sup>7</sup>, Alemanha (82%)<sup>2</sup> e Canadá (90%)<sup>8</sup>. Isso vem de encontro ao fato que a maior parcela de causa para a demora na busca por assistência médica é a impressão de benignidade da lesão pigmentada. Muitos pacientes buscaram atendimento apenas quando a lesão apresentou sinais de evolução tardia como sangramento e ulceração. Além disso, muitos indivíduos não observam regiões menos acessíveis ao autoexame ou então julgam que o melanoma não ocorra em regiões fotoprotetidas, como plantas, nádegas e genitália.

Em relação ao padrão de suspeição, 42% dos casos foram inicialmente detectados pelo próprio paciente, 30% por familiares, amigos ou parceiros e 28% por profissionais de saúde como achado incidental em exames/procedimentos. Entre esses últimos, apesar da maior parte ser detectada por dermatologistas, outros profissionais participaram efetivamente da descoberta inicial, dentre eles: cirurgiões, anestesistas, clínicos, ginecologistas, dentistas, fisioterapeutas, entre outros. Esses dados ratificaram a importância do público leigo para a descoberta das lesões e atitude correta para busca por assistência médica.

Quanto à relação dos médicos no processo diagnóstico do melanoma, observamos a realização de procedimentos inadequados em 15% dos casos, como: eletrocoagulação, crioterapia, curetagem, exérese sem estudo histopatológico e tratamentos tópicos. Essas atitudes ao lado de inúmeros encaminhamentos para procedimento cirúrgico contribuíram para o retardo no diagnóstico final da doença.

Em paralelo, um estudo recente nos Estados Unidos mostrou que indivíduos assistidos pelo "Medicaid", um programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda, apresentaram maior demora na excisão de uma lesão de melanoma quando comparados aos indivíduos com seguros de saúde ou particulares.<sup>9</sup> Como seria esse mecanismo na rede pública brasileira? Seria interessante uma análise desse fato no Sistema Único de Saúde, que possivelmente apresenta dados preocupantes, mas que podem servir de subsídio para novas medidas de saúde pública.

Dessa forma, acreditamos que programas educacionais devam reforçar a importância ao público leigo, em suas atitudes frente à radiação ultravioleta, sobre o cuidado na inspeção da pele e no reconhecimento de lesões suspeitas não apenas no autoexame, mas também em pessoas próximas. Por exemplo, um trabalho recente na Austrália, publicado na Plos One



mostrou a efetividade clínica e eficiência farmacoeconômica das propagandas televisivas na prevenção de novos casos de cânceres da pele.<sup>10</sup> Para cada U\$1 australiano gasto com campanhas, economizou-se U\$3,85 com custos diretos e indiretos para o câncer da pele.

Além da educação da população, deve-se focar na educação de outros profissionais que tenham acesso ao exame tegumentar, muitas vezes em regiões pouco acessíveis ao auto-exame: cabelereiros, fisioterapeutas, massagistas, podólogos, tatuadores, entre outros. Em relação aos médicos, salienta-se a importância do ensino da dermatologia nas faculdades, o que muitas vezes é realizado em pouco ou nenhum momento. Qualquer médico especialista em exames clínicos, cirúrgicos ou propedêuticos podem flagrar novas lesões e orientar o indivíduo para a conduta acertada.

Por fim, como medida de saúde pública reforçamos essa necessidade de melhor envolver médicos e a sociedade como atores no diagnóstico do melanoma em fases iniciais.

#### Referências:

- 1- Xavier MH, Drummond-Lage AP, Baeta C, et al. Delay in cutaneous melanoma diagnosis: Sequence analyses from suspicion to diagnosis in 211 patients. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e4396.
- 2- Brady MS, Oliveria SA, Christos PJ, et al. Patterns of detection in patients with cutaneous melanoma. *Cancer* 2000;89:342-7.

3- Schmid-Wendtner MH, Baumert J, Stange J, et al. Delay in the diagnosis of cutaneous melanoma: an analysis of 233 patients. *Melanoma Res* 2002;12:389-94.

4 - Richard MA, Grob JJ, Avril MF, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients. *Int J Cancer* 2000;89:271-9.

5- Koh HK, Miller DR, Geller AC, et al. Who discovers melanoma? Patterns from a population-based survey. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:914-9.

6- Ribeiro MCSdA, Barata RB, Almeida MFd, Silva ZPd. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. *Ciência saúde coletiva*. 2006;11(4):1011-22.

7- Betti R, Vergani R, Tolomio E, et al. Factors of delay in the diagnosis of melanoma. *Eur J Dermatol* 2003;13:183-8.

8- Tyler I, Rivers JK, Shoveller JA, et al. Melanoma detection in British Columbia, Canada. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:48-54

9- Adamson AS, Zhou L, Baggett CD, Thomas NE, Meyer AM. Association of Delays in Surgery for Melanoma With Insurance Type. *JAMA Dermatol*. 2017 Nov 1;153(11):1106-1113. doi: 10.1001/jamadermatol.2017.3338. PubMed PMID: 28979974.

10- Doran CM, Ling R, Byrnes J, Crane M, Shakeshaft AP, Searles A, Perez D. Benefit Cost Analysis of Three Skin Cancer Public Education Mass-Media Campaigns Implemented in New South Wales, Australia. *PLoS One*. 2016 Jan 29;11(1):e0147665. ●

## Tenha seu próprio site com conteúdo oficial

### Associado do GBM tem vantagens na Medical Site



- Site moderno e adequado para smartphones e tablets
- Post semanal (site e Facebook) voltado para o público leigo produzido pela sua regional (RJ)
- Atualização e inclusão de conteúdo (2 vezes/ mês) você participando do seu site
- 10 contas de e-mail
- Suporte técnico

 **MEDICALSITE**  
www.medicalsite.com.br

por apenas  
~~R\$270~~ **R\$229,50/mês**  
Montagem gratuita + 15% de desconto na mensalidade para associados

# Simpósio do GBM encerra 2017 visitando duas cidades do nordeste

AS ATIVIDADES DO GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

## Simpósio GBM Teresina reúne cerca de 50 dermatologistas e atrai atenção da mídia

No dia 17 de novembro, Teresina recebeu mais uma edição do Simpósio GBM. No total, 46 dermatologistas compareceram para uma tarde de debate e atualização no tratamento do melanoma cutâneo. Um tema de tamanha relevância chamou a atenção da mídia local, que veiculou a notícia no Jornal do Piauí e no Jornal Cidade Verde, destacando a relevância da doença e a importância do diagnóstico precoce. ●



[Clique aqui](#) para ver a galeria completa de fotos e assistir às entrevistas.

## Uma tarde de aprendizado multidisciplinar sobre melanoma em Recife

Em parceria com a Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional Pernambuco, o Grupo Brasileiro de Melanoma realizou mais um encontro voltado à atualização e ao aprendizado multidisciplinar do melanoma. O evento fez parte da programação da 26ª edição da Jornada Pernambucana de Dermatologia, que aconteceu no Mar Hotel, em Recife. Mais de 130 médicos de diferentes especialidades acompanharam as palestras de nove especialistas, que apresentaram uma série de casos clínicos e novidades sobre o diagnóstico e tratamento da doença. ●



[Clique aqui](#) para ver a galeria completa de fotos e assistir aos vídeos com depoimentos de alguns participantes.

# Última Reunião Científica de 2017 discute o melanoma desmoplásico

## AS ATIVIDADES DO GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

A Reunião Científica é o encontro tradicional e periódico do Grupo Brasileiro de Melanoma. Nesta ocasião, os associados se debruçam sobre um tema, se atualizam e o discutem profundamente, abordando todos os seus detalhes e desdobramentos. No sábado, 9 de dezembro, no Hotel Maksoud Plaza, em São Paulo, ocorreu mais um encontro, com cerca de 80 profissionais que vivenciaram uma manhã de estudo aprofundado do melanoma desmoplásico.

Esta foi a última Reunião do ano de 2017, mas a primeira sob a coordenação da nova diretoria do GBM. O presidente do grupo, Dr. Flávio Cavarsan, deu as boas-vindas aos presentes e ressaltou a nova formatação da Reunião:

“A Reunião Científica aqui em São Paulo terá sempre uma nova coordenação, com representantes de duas instituições que irão conduzir as apresentações sobre o tema. Ao fim da gestão, teremos dado espaço para muita discussão”, afirmou o Dr. Flávio.

O evento começou com um fórum moderado pelos doutores Rodrigo Munhoz e Mauro Enokihara, que teve aulas do próprio Dr. Mauro e dos doutores Melissa Fugimori e Ivan Dunshee de A. O. Santos. Após o intervalo, foi a vez das apresentações dos casos, que foram sempre sucedidas de intensas discussões.

A próxima Reunião Científica do GBM já tem data, tema e coordenação definidos. O encontro será no dia 24 de fevereiro de 2018, no mesmo local, e será conduzido pelos doutores Francisco Belfort e Selma Cernea. O tema será melanoma *in situ*. ●





# Ombudsman

por Francisco Belfort



O ano de 2018 está chegando e com a graça de Deus iremos para o 22º ano do nosso GBM. Estamos completando o primeiro trimestre da nova diretoria, presidida pelo Flavio Cavarsan, que, conforme colocara em seu discurso de posse, vem trabalhando de maneira extremamente eficiente, fazendo uso do “chicote” de modo ponderado (felizmente). Toda a equipe tem se empenhado e o programa de metas para o biênio foi traçado na primeira reunião de diretoria, ocorrida em setembro último, com discussão aberta e clara de todos os pontos e frentes de trabalho a serem cumpridos.

O ritmo dinâmico do trabalho empreendido na gestão anterior vem sendo mantido e, como já disse em algum dos textos anteriores, será que um dia teremos a satisfação de ver essa linha de trabalho e correção na condução de nosso país? Queira Deus!

Por ocasião da segunda reunião da diretoria, de maneira clara e objetiva, foram levantados e analisados alguns itens fundamentais para que o GBM possa continuar sua jornada; entre esses, destaco a estoica luta por patrocínios, junto a diferentes fontes. Felizmente, o presidente conseguiu fechar alguns excelentes contratos, a vigorar nos próximos dois anos.

Outra medida extremamente prática e aceita pela maioria dos diretores presentes, que irá desonerar de maneira significativa a tesouraria do GBM, foi a manutenção da publicação trimestral do boletim (revista) oficial, passando-o para apenas o modo eletrônico, deixando de haver a publicação em papel. Portanto, essa meta, que sempre foi motivo de orgulho do primeiro e eterno presidente, nosso amigo Fernando de Almeida, permanecerá consolidada. Sua confecção, sempre com textos adequados, foi se aperfeiçoando com o tempo, chegando à formatação atual bastante agradável.

Outro passo extremamente útil está prestes a se concretizar: trata-se da elaboração de um *guideline* que atenda as propostas compatíveis e viáveis, adequadas à realidade brasileira. Está em andamento, sob a batuta dos colegas Rafael Schmerling e Renato Bakos, contando com a colaboração de

inúmeros membros que foram convocados para escrever diferentes tópicos.

Na linha de atualização proposta pela diretoria, o aplicativo do GBM, coordenado por Eduardo Bertolli, já se encontra em processo de formatação, com previsão de lançamento para 30 de março de 2018.

Outro motivo de orgulho, mostrando a seriedade com que os membros do GBM se empenham na busca da recomendação de condutas eficientes, foi a elaboração do consenso para indicação de pesquisa de linfonodo sentinela e aplicabilidade ou não da linfadenectomia após encontro de linfonodo sentinela positivo. Baseando-se nos dados da literatura recente, a redação do consenso ficou muito próxima às recomendações que foram publicadas no último dia 12 de dezembro no *Journal of Clinical Oncology*, em texto elaborado por um comitê especializado de duas entidades extremamente respeitadas (ASCO e SSO).

Lembro que também por ocasião da publicação da 8ª edição do Estadiamento do Melanoma, da AJCC, o GBM se empenhou em analisar e publicar um resumo analítico e proporcionou um número do boletim que vem sendo utilizado, de modo prático, por diferentes entidades.

Também prossegue de maneira metódica, programada para o ano todo, o programa “Juntos contra o Melanoma”, menina dos olhos do Elimar e que visa a atingir uma população de parceiros capazes de trabalhar bem no sentido de diagnóstico precoce do melanoma cutâneo.

Continuando com o sentido de parceria com as demais entidades, visando a educação médica continuada, dois eventos já foram realizados, com excelentes resultados, inclusive junto à mídia televisiva, em Recife e Teresina, nos meses de novembro e dezembro.

Um excelente Natal e venturoso 2018 a todos.

Como sempre, estamos abertos à sugestões e críticas construtivas que continuam sempre sendo bem-vindas. ●

## AGENDA 2018



### 1º SEMESTRE 2018

24 / FEV	<b>REUNIÃO CIENTÍFICA GBM</b>	SÃO PAULO (SP)
24 / MAR	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	FORTALEZA (CE)
07 / ABR	<b>SIMPÓSIO REGIONAL</b>	BELÉM (PA)
14 / ABR	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	TERESÓPOLIS (RJ)
26 / MAI	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	PASSO FUNDO (RS)
09 / JUN	<b>SIMPÓSIO REGIONAL</b>	CHAPECÓ (SC)
16 / JUN	<b>REUNIÃO CIENTÍFICA GBM</b>	SÃO PAULO (SP)

### 2º SEMESTRE 2018

25 / AGO	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	CURITIBA (PR)
01 / SET	<b>REUNIÃO CIENTÍFICA GBM</b>	SÃO PAULO (SP)
21 e 22 / SET	<b>SIMPÓSIO REGIONAL</b>	SALVADOR (BA)
20 / OUT	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	PALMAS (TO)
09 / NOV	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	GOVERNADOR VALADARES (MG)
24 / NOV	<b>SIMPÓSIO LOCAL</b>	VITÓRIA (ES)
01 / DEZ	<b>REUNIÃO CIENTÍFICA GBM</b>	SÃO PAULO (SP)



GRUPO BRASILEIRO DE  
**MELANOMA**

[www.gbm.org.br](http://www.gbm.org.br)