

Publicação oficial do GBM



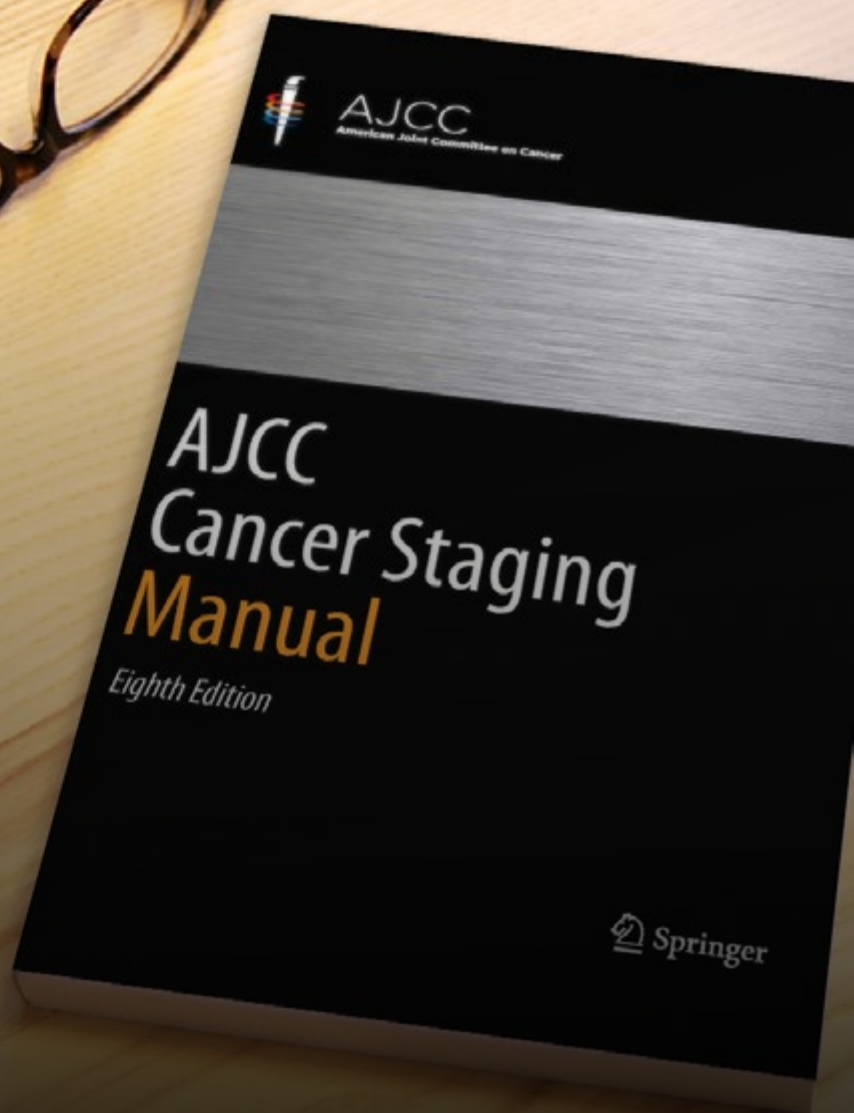
GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA

melanoma

Ano XIX, Nº 76, janeiro, fevereiro e março de 2017



**Novas definições e
comentários referentes
ao estadiamento
proposto na 8ª edição
da AJCC de 2017**



Editorial

por Francisco Paschoal



ATUALIZAÇÕES NO ESTADIAMENTO DO MELANOMA

Mesmo representando apenas uma pequena parcela dos cânceres de pele, o melanoma é responsável pela vasta maioria dos óbitos decorrentes das neoplasias cutâneas. Diferente do que ocorre com outros tumores sólidos, a sua incidência, de acordo com dados norte-americanos, cresce na ordem de 3% ao ano. Neste sentido, o estadiamento do melanoma assume um papel de grande relevância.

O sistema de estadiamento mais utilizado mundialmente é o proposto pela American Joint Committee on Cancer (AJCC). Este vem sendo amplamente utilizado por várias décadas no estadiamento, avaliação prognóstica e na tomada de decisão nos pacientes com diagnóstico de melanoma.

Desde a sua primeira edição, no final da década de 1960, o manual da AJCC, baseado na análise de um vasto banco de dados de milhares de pacientes portadores de melanoma, passa por constante evolução, ocorrendo revisões continuadas dos seus conceitos e informações. Fatores prognósticos são identificados a partir da análise de variáveis clínicas, anatómicas, laboratoriais e de exames de imagens.

O estadiamento proposto pela AJCC na sua 8ª edição, procurou clarear tópicos de grande importância à luz do conhecimento atual. Foram particularmente interrogados dados relacionados aos estádios I e III, bem como apresentadas importantes considerações no grupo M do estadiamento. Estes novos aspectos do estadiamento serão discutidos na matéria desta edição.

Devido aos avanços significativos na nossa compreensão da biologia e da patogênese do melanoma, juntamente com avanços em técnicas analíticas e das informações em tempo real, este importante painel de especialistas de melanoma continuará a explorar e expandir o desenvolvimento de modelos prognósticos aprimorados e ferramentas clínicas validadas, que podem ser aplicadas no âmbito do paciente individual.

Por último, este editorial agradece aos colegas Gilles Landman, Francisco Belfort, Rafael Schmerling e Elimar Gomes, autores deste importante artigo de atualização e educação médica continuada. ●

DIRETORIA 2015/17

Presidente: Elimar E. Gomes • 1º vice-presidente: João P. Duprat Neto • 2º vice-presidente: Rafael A. Schmerling • Secretário geral: Gilles Landman • 1º secretário: Flávio Cavarsan • Tesoureira: Bianca Soares Costa de Sá • 1º tesoureiro: Felice Riccardi • Editor do Boletim: Francisco M. Paschoal • Diretor científico: Alberto Wainstein • Ombudsman: Francisco Belfort

EXPEDIENTE

Publicação trimestral do GBM • Tiragem: 10.000 exemplares • Jornalista responsável: Victor Gimenes (MTB: 30686) • Secretaria 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.

Errata

No anúncio de Keytruda (pembrolizumabe) veiculado na Publicação Comemorativa dos 20 anos do GBM (dez/16), o valor da redução de risco de morte de pembrolizumabe na tabela abaixo do gráfico de Sobrevida Global do estudo KEYNOTE-006 foi digitado errado. O valor correto é de 32% ao invés de 39%.



Estadiamento do Melanoma pela AJCC – 8ª edição – 2017

ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA

Elimar Gomes, Gilles Landman, Francisco Belfort e Rafael Schmerling

Há décadas, o sistema de estadiamento da AJCC (American Joint Commission on Cancer) tem sido amplamente utilizado para estadiamento, avaliação prognóstica e tomada de decisões para conduzir pacientes com melanoma. Ainda se usa o tradicional sistema TNM, anatomicamente baseado, embora se reconheça dificuldades da inclusão dos inúmeros novos fatores que surgiram e que podem ser incluídos no atual sistema de estadiamento.

Embora provavelmente já seja de conhecimento de todos, é importante citar o significado dessas siglas:

- T – detalhes do tumor primário
- N – detalhes dos linfonodos regionais
- M – detalhes da doença sistêmica

De acordo com os dados obtidos pelo TNM, o paciente será enquadrado no Estadiamento Clínico (EC), atualmente dividido em 4 estádios, com as seguintes características:

- EC I e EC II – doença localizada apenas como primária
- EC III – doença localizada na área loco regional
- EC IV – doença sistêmica

Devemos lembrar que o Estadiamento Clínico (cTNM) é efetuado após biópsia da lesão primária com os detalhes do microestadiamento e a análise clínica ou histológica dos linfonodos regionais. Com uma riqueza maior de detalhes, o Estadiamento Clínico Patológico (pTNM) usa informações tanto do microestadiamento da lesão primária (com detalhes completos pós-ampliação das margens da mesma) bem como da avaliação histológica dos linfonodos regionais (após biópsia do linfonodo sentinela (BLNS) e/ou linfadenectomia regional completa).

Os significativos avanços no entendimento da biologia e patogênese do melanoma associados aos avanços em técnicas analíticas e eletrônicas de múltiplos dados, permitiram a criação de um banco de dados internacional que servirá de base para uso, particularmente, em pacientes incluídos nos estádios I a III da 8ª. Edição. O Melanoma Expert Panel continuará a explorar e expandir o desenvolvimento de modelos prognósticos e preditivos e validar ferramentas clínicas que possam ser aplicadas em caráter individualizado de pacientes.

O painel de experts adota os seguintes critérios para elaborar as diferentes categorias de estadiamentos:

- O sistema deve ser prático e reprodutível;
- Esses critérios devem refletir a biologia do melanoma, baseados em resultados consistentes, provenientes de pacientes tratados em múltiplas instituições de diferentes países;

- Devem ser baseados em evidências e refletirem os fatores prognósticos dominantes, identificados por análise de regressão multivariada de Cox;

- Devem ser relevantes na prática clínica corrente e regularmente incorporados em estudos clínicos;

- Dados requeridos devem ser suficientemente fáceis para os serviços de registros de tumores identificá-los em prontuários médicos e codificá-los nos sistemas de estadiamento.

Vale ressaltar que, neste artigo, não são contemplados com esse sistema de estadiamento os melanomas oculares ou de mucosas.

O QUE MUDOU NO T?

Apresentam-se a seguir as novas definições e comentários referentes ao estadiamento proposto na 8ª edição da AJCC de 2017, referindo o papel da patologia na definição de pT. Para facilitar a aplicação prática, essas alterações serão mencionadas em tópicos.

1. Subcategorias de T1: novas subcategorias de T1 foram criadas, com base na espessura de 0,8 mm.

a. T1a melanomas não ulcerados com espessura < 0,8 mm.

b. T1b (duas possibilidades):

i. melanomas com espessura entre 0,8 e 1,0 mm, independente de ulceração

ii. < 0,8 mm, com ulceração

Observação: não se utiliza mais mitoses para estadiamento em T1 (na edição anterior, a presença de mitoses em melanomas < 1 mm passava de T1a para T1b, da mesma forma que a ulceração). Entretanto, no relatório anatomopatológico, as mitoses devem continuar a ser mencionadas, por mm², por terem valor prognóstico.

2. Espessura de Breslow deve ser corrigida e apresentada uma única casa decimal: as medidas de Breslow devem ser expressas na que mais se aproxima de 0,1 mm, e não de 0,01 mm. Assim, deveremos utilizar apenas uma casa decimal, aproximando para mais quando acima de 0,05 e para menos abaixo disso. Exemplos: um melanoma com 0,75 mm deve ser expresso no laudo anatomopatológico como 0,8 mm, portanto, T1b. Por outro lado, um melanoma com 0,94 mm será expresso como 0,9 mm.

3. Definição de T0: deve ser utilizado quando não há evidências de primário. Este também é o caso quando há regressão completa do melanoma.

4. Definição de Tx: mencionada quando não é possível medir o Breslow (pela qualidade do corte histológico, cortes tangenciais ou curetagem, por exemplo). Entretanto, quando o corte é tangencial, pode-se mencionar a espessura para efeito de tratamento, uma vez que é razoável supor que a verdadeira medida não será maior do que a medida (cortes tangenciais tendem a aumentar a espessura do Breslow medido). Não se deve medir Breslow se a epiderme não está representada no corte.

5. Definição de Tis: melanomas *in situ* devem ser categorizados como Tis e não T0.

6. O que fazer quando a biópsia é parcial: quando a biópsia é feita por *punch* ou *shaving*, em que a lesão é representada parcialmente, deve-se medir a espessura segundo Breslow e informar no relatório anatomopatológico que tem espessura de, pelo menos, a maior espessura encontrada no espécime.

Importante: esta espessura define a categoria de T clínica e não mudará após reexcisão ampla. Entretanto, o patologista poderá adicionar a espessura encontrada na re-

excisão àquela encontrada na biópsia parcial, desde que acima do melanoma residual e desde que haja evidências de fibrose cicatricial dela proveniente. Ainda não há validação para esta prática, sendo, portanto, uma sugestão da AJCC, e não um procedimento mandatário.

7. Melanomas sem comprometimento epidérmico: a medida de Breslow deve ser feita a partir da camada granulosa.

8. Como categorizar T de pacientes com múltiplos melanomas: pacientes com melanomas múltiplos sincrônicos devem ser categorizados pelo que exibe o maior T, e deve ser mencionado no estadiamento como m. Exemplo: paciente com múltiplos melanomas cujo maior T é T3, e não tem metástases linfonodais ou sistêmicas, deve ser mencionado como pT3(m)NOMO ou pelo número de melanomas: pT3(3)NOMO.

9. Ulceração: deve ser somente mencionada se a epiderme desapareceu e foi substituída por crosta fibrino-leucocitária. Erosões parciais e sítios de biópsias anteriores não configuram ulceração.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE T (8ª EDIÇÃO AJCC – 2017)
TAMANHO DA LESÃO PRIMÁRIA

CATEGORIA T	ESPESSURA	ULCERAÇÃO
Tx: espessura tumoral não pode ser acesada (ex.: curetagem)	Não se aplica	Não se aplica
T0: Não há evidência de tumor (ex.: primário desconhecido ou regressão total do primário)	Não se aplica	Não se aplica
Tis (melanoma <i>in situ</i>)	Não se aplica	Não se aplica
T1	≤ 1 mm	Desconhecido ou não especificado
T1a	< 0,8 mm	Sem ulceração
T1b	< 0,8 mm	Com ulceração
	0,8-1,0 mm	Com ou sem ulceração
T2	>1,0-2,0 mm	Desconhecido ou não especificado
T2a	>1,0-2,0 mm	Sem ulceração
T2b	>1,0-2,0 mm	Com ulceração
T3	>2,0-4,0 mm	Desconhecido ou não especificado
T3a	>2,0-4,0 mm	Sem ulceração
T3b	>2,0-4,0 mm	Com ulceração
T4	>4,0 mm	Desconhecido ou não especificado
T4a	>4,0 mm	Sem ulceração
T4b	>4,0 mm	Com ulceração

O QUE MUDOU NO N?

A metástase loco-regional pode apresentar-se de duas formas: nodal ou não nodal. A nodal consiste de envolvimento linfonodal regional, tanto reconhecido clinicamente ou por imagem bem como a denominada metástase oculta, detectada

pela avaliação do linfonodo sentinela. A não nodal é representada pelas micrometástases patologicamente detectadas ou pelas lesões satélites ou em trânsito, clinicamente avaliáveis.

As metástases loco-regionais não nodais podem ocorrer por espalhamento angiotrópico ou intralinfático e são classificadas em 03 formas:

- **Satélite (SAT)** – tumor grosseiramente visível até 2 cm do primário.

- **Microsatélites (MSAT)** – são metástases microscópicas, cutâneas e/ou subcutâneas, encontradas ao exame histológico, descontínua do foco do tumor primário, não podendo haver fibrose ou inflamação separando os focos (caracterizaria regressão) e sem tamanho ou distância mínimas do primário.

- **Metástase em trânsito (MIT)** – tumor clinicamente evidente, dérmico ou subcutâneo, a partir de 2,0 cm do primário, em direção ou não ao primeiro foco de drenagem linfática.

A classificação para metástase loco-regional linfonodal ficou da seguinte forma:

- **Metástase linfonodal clinicamente oculta**
 - N1a, N2a, N3a – baseado no número de LN envolvidos
 - N1c, N2c, N3c – se microssatélites, ou satélites ou meta em trânsito

- **Metástase linfonodal detectável clinicamente ou por imagem**

- N1b, N2b, N3b – baseado no número de LN envolvidos
- cN1 ou maior – histologia confirmada por agulha ou LNS

A documentação do volume tumoral envolvido é fator importante (a ser usado em atualizações futuras), porém, ainda nesta classificação, qualquer volume tumoral será definido como LN positivo. A recomendação atual é descrever a maior dimensão do maior foco encontrado no LNS, em mm, medido pelo micrômetro ocular.

Algumas observações importantes:

- **N + =** Número de linfonodos envolvidos compreende a soma daqueles detectados por BLNS (+) mais os encontrados na complementação.

- **pN1(sn)** = LN positivo diagnosticado por técnica de LNS, sem completar a linfadenectomia; se esta for feita, designa-se pN1

- **Extensão Extra Nodal (ENE) ou extracapsular** = extensão da metástase fora da cápsula, invadindo tecido adjacente, podendo ou não formar blocos linfonodais coalescentes.

A classificação para metástase loco-regional não linfonodal ficou assim:

- **N1c** – microssatélite, satélite ou MIT sem LN envolvido

- **N2c** – microssatélite, satélite ou MIT com 01 LN envolvido

- **N3c** – microssatélite, satélite ou MIT com 02 ou mais LN envolvidos.

De forma resumida, as alterações encontradas em relação à definição de linfonodos regionais (N) estão abaixo expostas:

1. Número de Linfonodos Regionais envolvidos por tumor é mantido;

2. Substituição do termo LN (+) “microscópico” por “clínicamente oculto” (EC I-II com meta nodal determinada pela BLNS);

3. Substituição do termo LN (+) “macroscópico” por “clínicamente detectado” (EC III);

4. Volume do tumor no LNS é considerado fator prognóstico de doença regional e deve ser definido para todos pacientes mas não é usado para determinar categoria de N (até novas comunicações do Grupo de Experts da AJCC);

5. Doença regional não nodal (microssatélite, satélite, doença em trânsito cutânea ou subcutânea) é formalmente estratificada pela categoria N, de acordo com o número de LN envolvidos por tumor. (N1c, N2c ou N3c);

6. Extensão extranodal “grosseira” não é mais usada para categoria de N mas a presença de nodos “coalescentes” deve ser referida no laudo histológico.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE N (8ª EDIÇÃO AJCC – 2017)

METÁSTASE LOCO-REGIONAL LINFONODAL E/OU EXTRALINFONODAL

CATEGORIA N	NÚMERO DE LINFONODOS POSITIVOS	PRESENÇA DE SAT, MSAT OU MT*
Nx	não avaliado	não
N0	linfonodo negativo	não
N1	1 LN (+) ou presença de SAT, MSAT ou MT	
	N1a pN1(sn)	não
	N1b pN1	não
	N1c Linfonodo negativo	sim
N2	2 ou 3 LN (+) ou 1 LN (+) e presença de SAT, MSAT ou MIT *	
	N2a pN2(sn)	não
	N2b pN2	não
	N2c pN1(sn) ou pN1	sim
N3	4 ou mais LN (+) ou 2 ou 3 LN (+) e presença de SAT, MSAT ou MIT *	
	N3a pN4(sn) ou mais	não
	N3b pN4 ou LN coalescente	não
	N3c pN2(sn) e/ou pN2 e/ou qq LN coalescente	sim

*SAT: satelitose; MSAT: microssatelitose; MIT: metástase em trânsito

Fato a ser discutido e incorporado em próximas publicações, é a heterogeneidade dos pacientes classificados como EC III, que na edição anterior eram divididos em 3 subgrupos e nesta passam a ser divididos em 4, com curvas de sobrevida específica por melanoma (MSS) bastante diferentes entre si, conforme dados de volume tumoral no LNS, presença ou não de ulceração e número de LN positivos, apresentados em congressos anteriores por Gershenwald:

ESTRATIFICAÇÃO ESTADIO III	SOBREVIDA ESPECÍFICA POR MELANOMA
EC III de baixo risco Foco tumoral no LNS ≤ 2 mm Não ulcerado 1-2 LNS (+) no total	~ 80 %
EC III de risco intermediário Ulceração presente ou Foco tumoral no LNS > 2 mm	~ 60 %
EC III de alto risco 3 ou mais LNS (+) ou Ulceração presente e Foco tumoral no LNS > 2 mm	~ 25 %

Corroborando essa preocupação, em recente congresso (EADO 2016), o mesmo Gershenwald mostrou, agora com dados do banco de dados internacional, a heterogeneidade relativa a MSS, entre os quatro subgrupos do EC III, propostos nessa 8ª edição da AJCC:

SUBGRUPO	SOBREVIDA ESPECÍFICA POR MELANOMA		Nº DE PACIENTES
	5 anos	10 anos	
IIIA	93%	88%	1006
IIIB	83%	77%	1170
IIIC	69%	60%	2201
IIID	32%	24%	205

Essa subclassificação foi baseada em critérios do T e N, incluindo espessura, ulceração, número de LN positivos, sateliteose, microsateletose ou metástase em trânsito. Como estamos discutindo dados da 8ª edição proposta, os detalhes acima descritos mostram a complexidade exigida na confecção de uma classificação que possa atender uma padronização universal, mostrando que em breve outras edições estarão sendo apresentadas.

O QUE MUDOU NO M?

Na 7ª edição do estadiamento TNM organizado pela AJCC, a doença metastática foi dividida em 3 grupos: M1a, M1b e M1c. Os pacientes que apresentassem comprometimento metastático restrito a pele e tecido subcutâneo eram caracterizados como M1a. O comprometimento do pulmão com doença metastática, sem que houvesse outro órgão, caracterizava M1b. Por fim, a categoria M1c, de pior prognóstico, englobava pacientes que tivessem comprometimento de qualquer órgão além do pulmão ou pele e aqueles pacientes que tivessem DHL sérico elevado, independente do sítio de doença. Esta codificação permitiu

que se distinguísse o prognóstico da doença metastática conforme o sítio das metástases, mas, de forma prática, incluiu-se o status do DHL como um parâmetro de codificação, sem que se gerasse uma nova categoria. Além da praticidade, a redução do número de categorias permite que o prognóstico de cada categoria seja baseado em um maior número de pacientes.

Na 8ª edição, a AJCC optou por uma nova abordagem na categorização da doença metastática. O nível de DHL deixou de definir uma categoria, mas passou a compor a codificação com um item extra. Assim, além da caracterização do sítio, o nível de DHL foi descrito em um sufixo (0) normal ou (1) alterado. Além desta mudança, os três grupos foram desdobrados em quatro. As categorias M1a (pele e subcutâneo) e M1b (pulmão) permaneceram inalteradas. A categoria M1c deixou de incluir os pacientes com metástases cerebrais, que passaram a compor um novo grupo: M1d.

Com a nova mudança, a doença metastática deixou de ser caracterizada por três grupos (M1a, M1b e M1c) da 7ª edição e passou a ter quatro categorias (M1a, M1b, M1c e M1d) que se dividem em (0) e (1), cada. Portanto, 8 grupos.

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE M (8ª EDIÇÃO AJCC – 2017)
METÁSTASES À DISTÂNCIA

CATEGORIA M	SÍTIO ANATÔMICO	NÍVEL DHL
M0	Sem evidências de metástases	Não se aplica
M1	Evidências de metástases à distância	
M1a		Não avaliado
M1a(0)	Metástases para pele, tecidos moles, músculos ou linfonodos não regionais	Não elevado
M1a(1)		Elevado
M1b		Não avaliado
M1b(0)	Metástases para pulmão com ou sem comprometimento dos sítios M1a	Não elevado
M1b(1)		Elevado
M1c		Não avaliado
M1c(0)	Metástases para outros órgãos sem comprometimento de SNC com ou sem comprometimento dos sítios M1a e M1b	Não elevado
M1c(1)		Elevado
M1d		Não avaliado
M1d(0)	Metástases para SNC com ou sem comprometimento dos sítios M1a, M1b ou M1c	Não elevado
M1d(1)		Elevado

As informações foram publicadas no manual do AJCC que não indica a sobrevida dos pacientes de cada um dos grupos. Esta informação provavelmente só estará disponível quando tivermos a publicação. Mas com esta segmentação, é esperado que a redução de paciente para cada grupo crie confluência entre o prognóstico dos diferentes grupos.

A prática clínica não deve ter impacto significativo. Os médicos já utilizam estas mesmas informações, sem utilizar necessariamente a codificação. Por outro lado, os desenhos da pesquisa podem ser influenciados já que (a) esta divisão cria um maior número de categorias para estratificação. Certamente os investigadores terão que

criar um sistema que consiga contornar esta potencial dificuldade.

Sabemos contudo, que o estadiamento é um processo dinâmico. Os dados continuam sendo coletados e já vimos categorias e parâmetros que foram incorporados e removidos (índice mitótico, níveis de Clark) ou modificados (pontos de corte de Breslow) ao longo dos anos. Assim, reconhecer as falhas ou benefícios do sistema de codificação do TNM nos permitirá otimizar a pesquisa, tomada de decisão e no final, o cuidado dos pacientes.

Veja a seguir como ficaram as tabelas para o Estadiamento Clínico (cTNM) e o Estadiamento Clínico Patológico (pTNM) nessa nova versão da AJCC.

ESTADIAMENTO CLÍNICO (cTNM) | 8ª EDIÇÃO AJCC – 2017

ESTADIO	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b ou T2a	N0	M0
IIA	T2b ou T3a	N0	M0
IIB	T3b ou T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
III	Qualquer T	≥ N1	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

ESTADIAMENTO CLÍNICO-PATOLÓGICO (pTNM)
8ª EDIÇÃO AJCC – 2017

ESTADIO	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b ou T2a	N0	M0
IIA	T2b ou T3a	N0	M0
IIB	T3b ou T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
IIIA	T1a, T1b ou T2a	N1a ou N2a	M0
IIIB	T0	N1b ou N1c	M0
	T1a, T1b ou T2a	N1b/c ou N2b	M0
	T2b ou T3a	N1a–N2b	M0
IIIC	T0	N2b, N2c, N3b ou N3c	M0
	T1a – T3a	N2c ou N3(a,b,c)	M0
	T3b, T4a	Qualquer N ≥ N1	M0
	T4b	N1a–N2c	M0
IIID	T4b	N3 (a,b,c)	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Por dentro do GBM

PALAVRA DO PRESIDENTE

por *Elimar Gomes*



Iniciamos mais um ano de grandes expectativas para o GBM. O ano de 2017 será marcado pelo maior evento multidisciplinar em melanoma já realizado no Brasil, a 12ª Conferência Brasileira de Melanoma, que está com muitas novidades e uma programação imperdível.


Além disso, muitos de vocês já devem ter percebido outras novidades. Criamos um canal para o GBM no YouTube, onde já estão disponíveis os vídeos do evento de comemoração de 20 anos do grupo, realizado no MASP, em dezembro de 2016. Vale a pena assistir, pois foi uma manhã de fortes emoções. Com essa nova ferramenta de comunicação, continuamos empenhados em aumentar o nível de conscientização da população brasileira sobre o melanoma. Se quiser seguir nosso canal, basta acessar o site ou aplicativo e buscar por “grupo brasileiro de melanoma”.


O nosso site www.gbm.org.br foi totalmente reformulado e, conforme comunicado enviado por e-mail, em breve a sessão “Encontre um especialista” disponibilizará os dados de contato de todos os sócios titulares adimplentes do GBM, com suas especialidades registradas via RQE, conforme regulamentação atual do CFM. Acesse o site e atualize o seu cadastro.

A anuidade de 2017 já está disponível para pagamento e, por este motivo, também é muito importante lembrar a política de anistia aprovada nesta diretoria. Se você está inadimplente, com mais de 2 anuidades em atraso, poderá regularizar sua situação com o pagamento de uma anuidade atrasada junto com a anuidade do ano em curso. Se, por outro lado, você se desligou do GBM, mas deseja voltar a ser sócio basta refazer o processo de filiação. Todo nosso sistema de associado foi atualizado e os pagamentos podem ser efetuados por cartão de crédito, diretamente no site. ●



Sempre que possível, envie sugestões, críticas ou elogios:

 gbm@gbm.org.br

 [/grupobrasileiromelanoma](https://www.facebook.com/grupobrasileiromelanoma)

O crescimento do GBM depende de todos.

Ombudsman

por Francisco Belfort



Antes de mais nada, ao iniciar esta primeira coluna deste ano de 2017, quero agradecer a todos do grupo pelas manifestações de carinho que recebi por ocasião do evento comemorativo dos 20 anos do GBM, carinho esse que faço questão de dividir com todos os colegas que estão juntos nessa longa jornada.

Se chegamos aos 20 anos, com muito orgulho, devemos lembrar que muito sacrifício e trabalho foram exigidos de todos os membros do grupo. Mais do que isso, não podemos e nem devemos esquecer que muito há que se fazer para manter acesa a chama em prol de melhores conhecimentos e em busca do bem estar de nossos pacientes.

Como seres humanos que somos, erros e acertos fazem parte de nosso dia a dia; devemos sempre procurar trabalhar em conjunto, lembrando que todos devem querer o melhor para o grupo, deixar as individualidades de lado, procurar superar possíveis desentendimentos e elevar cada vez mais os resultados obtidos nesses anos todos.

Estamos partindo para a 12ª edição da Conferência que está com uma programação digna de qualquer grande evento mundial, muito bem organizada pelo Duprat e toda comissão encarregada da mesma. É de se esperar um número recorde de participantes, embora haja a coincidência de ocorrer apenas dois meses antecedentes ao Congresso Mundial a ser realizado em Brisbane, na Austrália.

Dentro desse mesmo assunto de eventos, devemos incentivar todos os membros do GBM a participarem do Congresso Brasileiro de Cirurgia Oncológica, que ocorrerá de 25 a 28 de outubro, no Rio de Janeiro. Será mais um evento com a participação efetiva do GBM, mantendo a linha de trabalho conjunto com as diferentes sociedades científicas. Entendendo a necessidade de melhores conhecimentos a respeito do melanoma, a SBCO elaborou, em conjunto com o GBM, uma grade bem específica sobre o tema.

Os diferentes cursos itinerantes e simpósios regionais já estão a pleno vapor, tendo uma programação bem extensa para este ano, iniciando-se com o evento realizado em Santa Catarina, em conjunto com a SBD-SC e que, mais uma vez, obteve grande sucesso de audiência, com a efetiva participação dos colegas que sempre enaltecem o papel do

GBM e a importância da abordagem multidisciplinar.

Conseguir uniformidade de conduta terapêutica é o que se procura há anos, mas essa é uma dificuldade grande. Exemplo disso é o que podemos traduzir no texto que faz parte deste boletim, em que se faz um resumo das propostas de atualização do estadiamento de pacientes com melanoma, constantes da 8ª Edição das normas da AJCC (American Joint Commission on Cancer). O estadiamento foi criado para que se pudesse ter uma linguagem universal que traduzisse os diferentes estágios clínicos e se pudesse intervir de maneira semelhante, nas diferentes instituições do mundo todo. Chegamos à oitava edição sem ainda satisfazer a capacidade de agrupar os diferentes pacientes em estágios semelhantes, pois muito ainda há para se conhecer sobre a evolução dessa doença desafiadora. Itens como níveis de Clark, presença ou não de regressão, índice mitótico, volume tumoral no linfonodo, etc, já entraram e saíram nas edições anteriores e a constante análise desses fatores prognósticos na evolução dos pacientes, através de poderosos detalhes estatísticos, cada vez mais rigorosos, faz com que seja extremamente difícil estabelecer uma classificação definitiva.

Mas esses desafios estão aí, para serem vencidos pelos colegas mais jovens, entusiasmados com a proposta de trabalho cooperativo, multidisciplinar, multi-institucional e uniforme, e que devem continuar fortalecendo os destinos do GBM.

Reafirmo aqui que ainda faz falta a redação de um "guideline" que atenda as propostas compatíveis e viáveis, adequadas à realidade brasileira.

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



20 anos do GBM: homenagem recebida das mãos do filho e da neta



Tudo pronto para a 12ª Conferência

por João Duprat, presidente da 12ª Conferência Brasileira sobre Melanoma



A programação da 12ª conferência está pronta e não podemos deixar de compartilhar o entusiasmo ao concluirmos que este será um evento realmente marcante. Aproveitando a experiência do grupo nas últimas edições, apresentamos um formato inovador que será interessante para todos.

O programa conta com temas específicos para cada especialidade, permitindo nos aprofundar junto com especialistas nacionais e internacionais. Também haverá oportunidade de muito aprendizado para os iniciantes, em cursos específicos. Além disso, aos nos reunirmos para ver e discutir os temas comuns, teremos a verdadeira compreensão multidisciplinar.

A atratividade que nos contagiou fica pela diversidade do programa, tanto científica como cultural, com temas específicos, mas também a compreensão melhor da abordagem médica como um todo. Esperamos 3 dias intensos, em que o tempo vai ser pouco para tantos pontos interessantes simultâneos. O evento ocorrerá em São Paulo, no Centro de Convenções Rebouças, nos dias 10, 11 e 12 de

Depois já de 11 conferências, fica difícil inovar. Então ouvimos todas as críticas, vimos o que fez sucesso em outros eventos e percebemos que cada especialidade quer que se vá mais a fundo em sua área. Por isso faremos aulas específicas para da especialidade. Depois nos reuniremos todos no grande anfiteatro.

— Dr. João Duprat

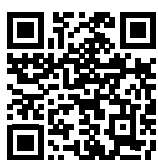
agosto deste ano. A cada dia, no início da manhã, nos dividiremos em quatro salas: dermatologia, patologia, oncologia clínica e cirúrgica. Na quinta e sexta-feira à tarde, teremos 12 cursos avançados com temas específicos em oncologia cutânea. Ao acessar o programa no site (www.melanoma2017.com.br), todos poderão ver que cada subtema tem um interesse prático para cada especialidade. Sendo assim, desta vez nossa dúvida será qual tema assistir, pois todos são realmente atrativos.

Um ponto muito importante que precisa ser realçado é que o evento tem uma inscrição única, que dará direito à participação em qualquer um dos cursos de especialidades e/ou avançados mediante reserva de vagas que estão disponíveis desde já.

Outra inovação serão os eventos paralelos à conferência. Haverá um workshop sobre pesquisa do melanoma, que trará excelentes palestrantes internacionais. Além disso, faremos workshops de conscientização para profissionais que muito podem nos ajudar no diagnóstico do melanoma, tais como tatuadores, cabelereiros e manicures. Seu treinamento específico poderá salvar muitas vidas. Teremos também um papel social, junto aos nossos pacientes, seus familiares e as organizações não governamentais de apoio aos mesmos com palestras voltadas para orientação e redução de danos.

Enfim, avaliem o programa e terão a mesma certeza que nós: este será o evento mais marcante sobre melanoma dos últimos anos.

Faça já a sua inscrição! ●



Acesse o website do evento, veja a programação e faça sua inscrição



GBM em movimento

AS ATIVIDADES DO GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA



O Dr. Flávio Cavarsan comentou sobre o evento. **Confira o vídeo!**

CAMBORIÚ RECEBE O PRIMEIRO CURSO DE ATUALIZAÇÃO DE 2017

Foi dado o pontapé inicial! Camboriú, em Santa Catarina, foi a primeira cidade brasileira a receber o Curso de Atualização em Melanoma Cutâneo em 2017. A atividade aconteceu no dia 17 de março e foi fruto da parceria entre o Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM) e a Sociedade Brasileira de Dermatologia - Regional Santa Catarina (SBD-SC), num modelo que tem permitido que o curso seja levado a diversas partes do Brasil.

O encontro manteve o modelo enxuto, que facilita a aproximação e a troca de experiências entre palestrantes

e participantes. A tarde de atividades intercalou as aulas sobre os principais temas relacionados ao melanoma, como epidemiologia e rastreamento, dermatoscopia, estadiamento e os tratamentos clínicos e cirúrgicos, e espaços para discussão.

“Os cursos itinerantes são, ao meu ver, estratégias muito acertadas por parte do GBM, a medida que levam os conhecimentos básicos e até mais aprofundados sobre o melanoma para cada cidade, cada região”, comentou o 1º Secretário do GBM, Dr. Flávio Cavarsan. ●

A realização e coordenação de um Curso de Atualização do GBM pode ser solicitada por qualquer sócio titular do grupo mediante edital específico. Se houver interesse, solicite mais informações através do e-mail gbm@gbm.org.br.



AGENDA 2017



CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM MELANOMA CUTÂNEO

DATA: 27 DE MAIO

LOCAIS: ILHÉUS - BA e NATAL - RN

REUNIÃO CIENTÍFICA

DATA: 10 DE JUNHO

LOCAL: SÃO PAULO - SP

CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE MELANOMA

DATA: 10 A 12 DE AGOSTO

LOCAL: CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS - SP

REUNIÃO CIENTÍFICA

DATA: 02 DE DEZEMBRO

LOCAL: SÃO PAULO - SP



12^a CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE **melanoma**

**10a12
AGOSTO
2017**

**CENTRO DE CONVENÇÕES
REBOUÇAS - SP**

O melhor de cada especialista numa abordagem multidisciplinar integrada

8 convidados internacionais

4 salas de especialidades

12 cursos avançados

Valor de inscrição único
para todo o evento

Vagas limitadas

Inscrições com desconto
prorrogadas até 15/04

Submissão de trabalhos
científicos até 08/05/2017

www.melanoma2017.com.br

GRUPO BRASILEIRO DE
MELANOMA

Apoio das principais instituições nacionais ligadas ao tema:

