



# Melanoma

Orientações para o  
doente oncológico



A PELE: FUNÇÕES  
E CONSTITUIÇÃO



O QUE É O  
MELANOMA?



O MELANOMA  
É FREQUENTE?



O QUE CAUSA  
O MELANOMA?



COMO SE DIAGNOSTICA  
O MELANOMA?



ESTÁDIOS  
DO MELANOMA



QUAL O TRATAMENTO  
PARA O MELANOMA?



O QUE ACONTECE  
APÓS O TRATAMENTO?



COMO POSSO PREVENIR  
O CANCRO DA PELE?



## A PELE: FUNÇÕES E CONSTITUIÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano e desempenha várias funções importantes, incluindo<sup>1,2</sup>:

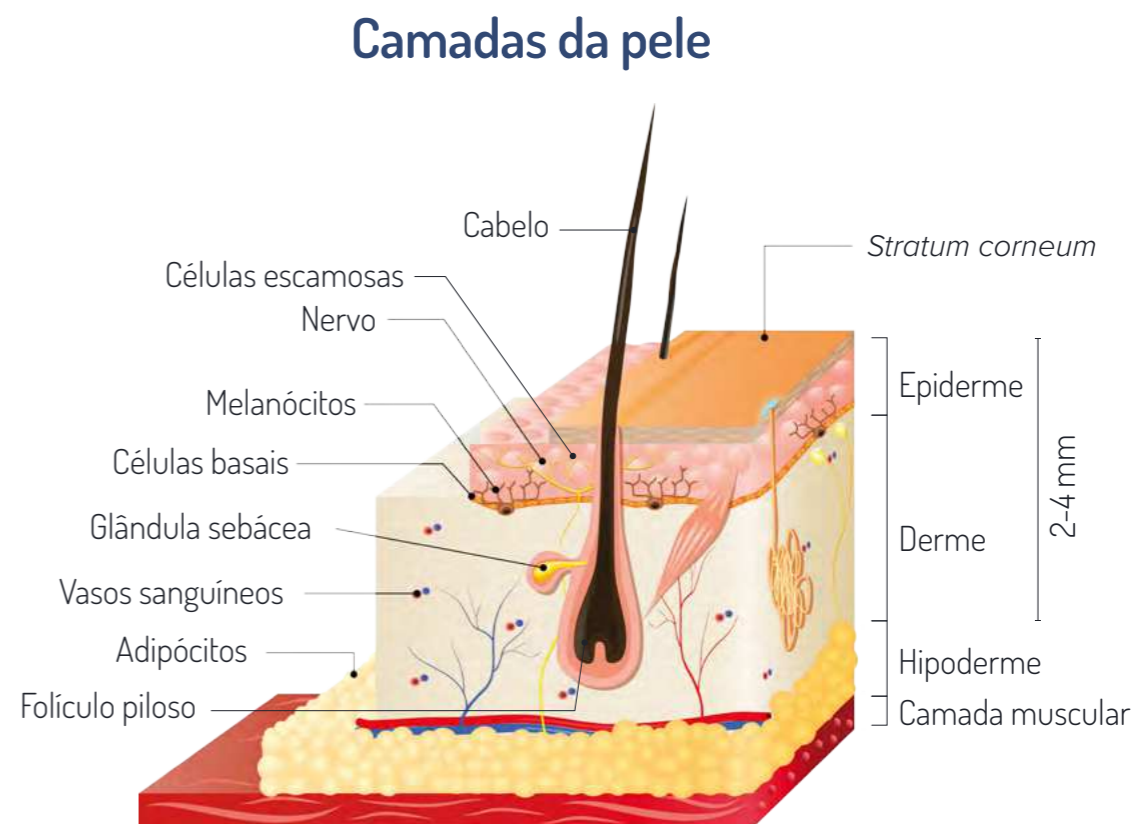
- » **Proteção** contra infeções e lesões da radiação ultravioleta (UV);
- » **Regulação da temperatura corporal**, através do fluxo de sangue e das glândulas sudoríparas (responsáveis pela produção de suor);
- » **Prevenção da desidratação** e regulação da quantidade de água que é libertada pelo corpo.



## A PELE: FUNÇÕES E CONSTITUIÇÃO

A pele é composta por duas camadas principais, a **derme** e a **epiderme** (FIGURA 1)<sup>1,2</sup>:

- » A epiderme é a camada superior da pele e a sua espessura é mais fina que a da derme. É constituída por células escamosas, células basais e **melanócitos**. Os melanócitos são células produtoras de melanina, a substância que dá cor à pele. Quando a pele é exposta à radiação UV, estas células produzem mais melanina, e a pele fica «bronzada».
- » A derme é a camada responsável pela resistência e estrutura da pele. Contém nervos (responsáveis pelas sensações de dor, comichão, temperatura e tato), folículos pilosos, músculos, glândulas e vasos sanguíneos e linfáticos.



Adaptado de Understanding Melanoma. A guide for people with cancer, their families and friends. Edition January 2017. Cancer Council Australia.

**FIGURA 1**



## O QUE É O MELANOMA?

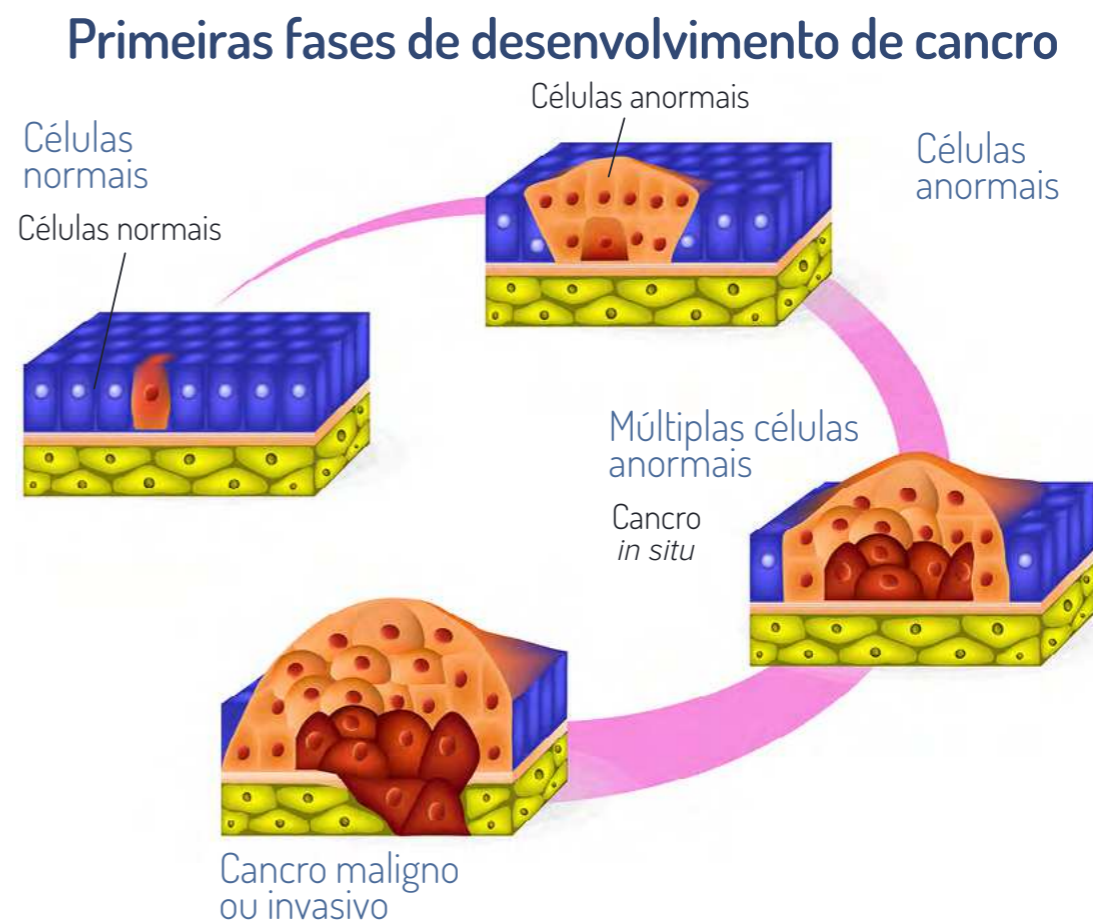
O corpo humano é formado por milhões de células, que se dividem de forma regular e, à medida que os seus ciclos de vida se aproximam do fim ou são danificadas, são eliminadas e substituídas<sup>1,2</sup>.

Existem vários mecanismos que regulam o processo de divisão e morte celular. Quando não funcionam corretamente, as células dividem-se descontroladamente, podendo, eventualmente, formar um nódulo ou tumor (FIGURA 2)<sup>1,2</sup>.

O tumor inicial, localizado num determinado tecido ou órgão é designado de **tumor primário**, podendo ser classificado de **benigno** ou **maligno**<sup>1,2</sup>.

» Um **tumor benigno** não invade os tecidos adjacentes e não se propaga para outras partes do corpo<sup>1,2</sup>.

» À medida que cresce pode invadir outros tecidos e órgãos próximos, assim como propagar-se para outras partes do corpo, viajando através da corrente sanguínea ou do sistema linfático até um novo local, onde forma outro tumor (metástase). Designa-se então de **tumor maligno** ou **cancro**<sup>1,2</sup>.



Adaptado de Understanding Melanoma. A guide for people with cancer, their families and friends. Edition January 2017. Cancer Council Australia.

**FIGURA 2**



## O QUE É O MELANOMA?

O **melanoma** é um tipo de cancro da pele que tem origem na transformação maligna dos melanócitos , responsáveis pela produção de melanina, desenvolvendo-se geralmente nas partes do corpo que foram demasiado expostas a radiação UV<sup>1,3</sup>.

O melanoma pode começar num sinal já existente na pele, ou noutra parte do corpo, que nunca tenha sido exposta ao sol, como as membranas mucosas (mucosa da boca e do trato digestivo)<sup>1,3</sup>.

O melanoma é o cancro da pele menos frequente, mas é o que apresenta uma maior gravidade, uma vez que se pode propagar para outros locais do corpo através da metastização. Se for detetado precocemente, o melanoma pode ter cura, caso contrário, é possível que o melanoma se desenvolva mais profundamente na derme podendo dissimular para outros órgãos do corpo.<sup>1,3</sup>.



## O MELANOMA É FREQUENTE?

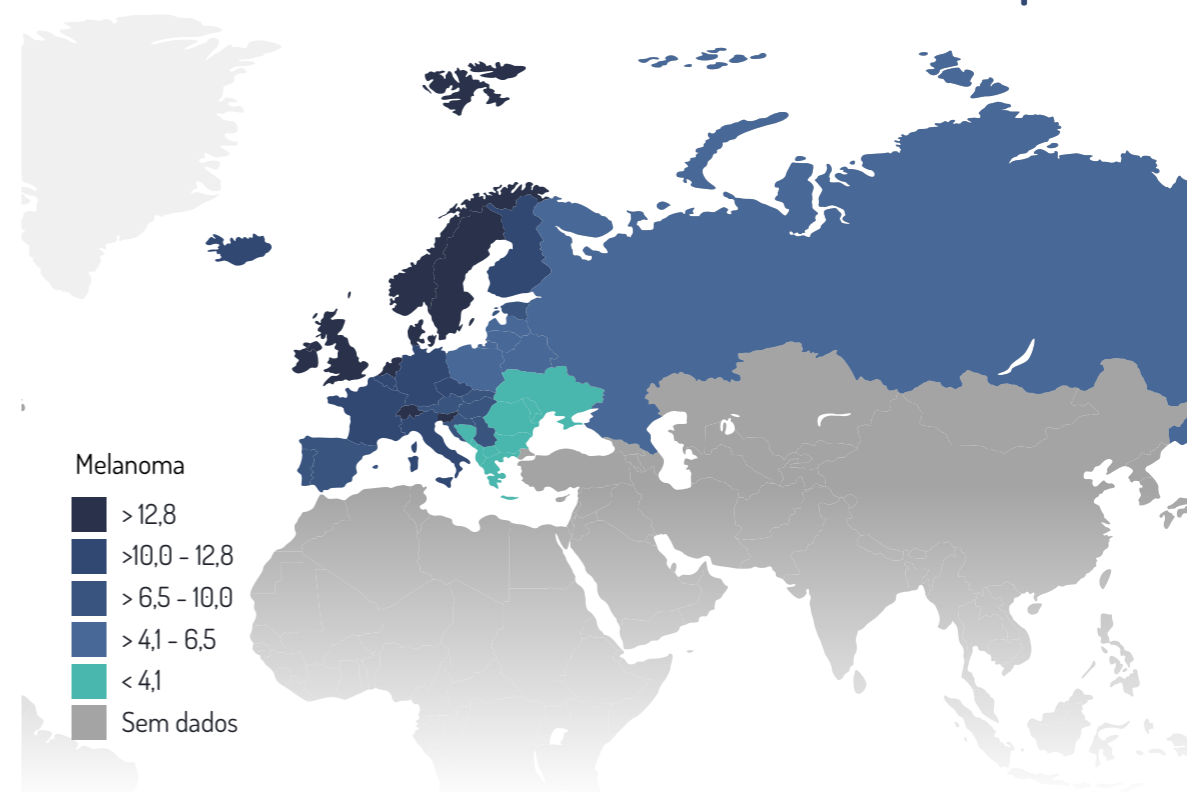
Verifica-se uma maior incidência de melanoma na Austrália e na Nova Zelândia, cuja frequência é 3 vezes superior à da Europa<sup>3</sup>.

Na Europa, estima-se que anualmente 15 em 100 000 pessoas é diagnosticada com melanoma. Este número tem vindo a aumentar em quase todos os países europeus. A taxa de incidência na Europa aponta para uma maior frequência de melanoma em países como a Suíça, Holanda e países escandinavos (Suécia, Noruega e Dinamarca) (20 por cada 100 000 pessoas/ano) e uma menor prevalência para países mediterrânicos (3 a 5 por cada 100 000 pessoas/ano) (FIGURA 3)<sup>3</sup>.

Em Portugal o melanoma é ligeiramente mais frequente em mulheres do que em homens<sup>3</sup>.

Em 2012, o projeto GLOBOCAN teve como objetivo estimar as taxas de incidência, mortalidade e prevalência de cancro a nível mundial, o mesmo registou uma taxa de incidência de melanoma para Portugal de 7 em 100 000 pessoas<sup>4</sup>.

Taxa de incidência do melanoma na Europa



Adaptado de GLOBOCAN 2012 (IARC)

FIGURA 3



## O QUE CAUSA O MELANOMA?

A razão pela qual o melanoma ocorre não é clara, no entanto já foram identificados alguns fatores de risco. Isto significa que se uma pessoa é exposta a estes fatores, apresenta uma maior probabilidade de vir a desenvolver melanoma<sup>3</sup>.

No entanto, é importante ter em conta que, apesar de aumentar a probabilidade de vir a desenvolver a doença, os fatores de risco não são necessários suficientes para a causar<sup>3</sup>.

Os principais fatores de risco para melanoma incluem<sup>1,2,3</sup>:

### » Tipo de pele<sup>1,2,3</sup>:

- » Alguns tipos de pele são mais sensíveis à radiação UV, como por exemplo, as peles claras ou peles que se queimam facilmente sem ficarem bronzeadas, assim como pessoas com olhos claros.
- » As pessoas ruivas e com sardas são também mais suscetíveis.



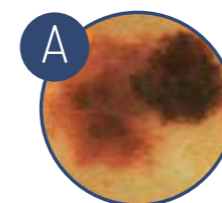


## O QUE CAUSA O MELANOMA?

### » Sinais<sup>1,2,3</sup>:

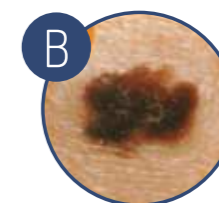
- » A maioria dos sinais nunca se tornarão malignos, mas a presença de uma grande quantidade de sinais (>100) ou a presença de sinais pouco habituais indicam um aumento do risco de aparecimento de melanoma. Apresentar mais do que 3 sinais atípicos é um fator importante a ter em conta.
- » Define-se como um “sinal atípico” aquele que apresenta pelo menos três das características do sistema ‘ABCDE’ para o diagnóstico do melanoma (FIGURA 4).
- » Os sinais congénitos ou de nascença, de grande tamanho (com mais de 5 cm), apresentam também risco de se converter em melanoma.

## Deteção de melanoma: Sistema “ABCDE”



### A Assimetria

Uma metade diferente da outra.



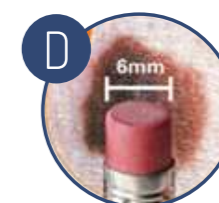
### B Borda

(extremidade)  
Uma extremidade irregular, ondulada ou mal definida.



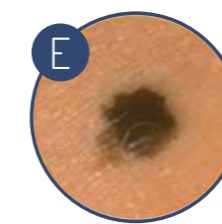
### C Cor

Varia de uma região para outra; tons de café, negro, por vezes branco, vermelho ou azul.



### D Diâmetro

Os melanomas têm geralmente mais de 6 mm, embora possam ter menores dimensões quando diagnosticados.



### E Evolução

Um sinal ou uma lesão da pele que é diferente do resto ou que muda de tamanho, forma ou cor.



Adaptado de National Cancer Institute. What You Need to Know About Melanoma and Other Skin Cancers. U.S. National Institute of Health.

FIGURA 4



## O QUE CAUSA O MELANOMA?

- » **Exposição à radiação UV<sup>1,2,3</sup>**: a exposição natural à radiação UV emitida pelo sol é o principal fator de risco para poder desenvolver melanoma. Os fatores seguintes aumentam o risco todas as fases da vida, mas são piores na infância:
  - » A exposição intensiva ao sol, habitualmente com propósito recreativo; a quantidade total de exposição solar ao longo da vida pode influenciar a probabilidade de vir a desenvolver a doença.
  - » As queimaduras solares severas, especialmente se ocorridas durante a infância.
  - » O uso de solários, com exposição à luz UV artificial para obter bronzeado, sobretudo antes dos 30 anos de idade.
- » **História de melanoma<sup>1,2,3</sup>**: ter sofrido de melanoma aumenta o risco de se vir a desenvolver outro num local diferente. Do mesmo modo, ter um familiar em primeiro grau (pais, irmãos e filhos) com melanoma também aumenta o risco de desenvolvimento da doença.



## O QUE CAUSA O MELANOMA?

- » **Idade**<sup>1,2,3</sup>: O risco de melanoma aumenta com a idade, embora esteja menos associado ao envelhecimento que outros tipos de cancro e possa ocorrer em pessoas com idade inferior a 30 anos.
- » **Sexo**<sup>1,2,3</sup>: na América do Norte, na Oceânia e em Israel os homens apresentam um risco mais elevado de aparecimento de melanoma, enquanto na Europa o risco é ligeiramente maior nas mulheres.
- » **Xeroderma pigmentoso** (*Xeroderma pigmentosum*)<sup>1,2,3</sup>: é uma desordem genética de reparação do ADN, que leva a uma alteração na capacidade do organismo para reparar danos causado pela radiação UV. Pessoas com esta desordem têm um risco extremamente elevado de desenvolver qualquer tipo de cancro de pele.



## COMO SE DIAGNOSTICA O MELANOMA?

O diagnóstico de melanoma começa com um exame da mancha ou sinal suspeito, ou de qualquer outro sinal no corpo, sendo posteriormente baseado nos seguintes exames<sup>1,3</sup>:

### Exame médico

O médico coloca uma série de perguntas sobre possíveis fatores de risco e sobre a evolução do sinal ou sinais suspeitos.

Tal como anteriormente mencionado, um sinal suspeito apresenta características 'ABCDE', não sendo, no entanto, comuns a todos os melanomas.

Adicionalmente, o médico também examina os gânglios linfáticos (virilha, axila e pescoço), dependendo da localização dos sinais suspeitos. Os gânglios linfáticos são parte do sistema linfático do corpo, responsável por remover o excesso de fluido dos tecidos, absorver ácidos gordos e transportar gordura, assim como produzir células imunes.

### Dermatoscopia

É uma técnica de avaliação da pele com recurso ao dermatoscópio, um aparelho ótico que permite a ampliação da pele com uma fonte de luz própria.

### Exame histopatológico após a remoção do sinal

Após a resseção ou remoção do tumor (biópsia) e de parte do tecido normal circundante, o especialista de anatomia patológica analisa ao microscópio a presença ou não de células tumorais.



## ESTÁDIOS DO MELANOMA

Após o diagnóstico de melanoma, é importante determinar o estágio em que se encontra o tumor para decidir qual o tratamento mais indicado. Para isso, os médicos necessitam de recolher diversos tipos de informação, incluindo o tamanho, extensão do crescimento para as camadas mais internas da pele, e a presença ou ausência de metástases, ou seja, se as células tumorais se espalharam para outras partes do corpo ou não<sup>2</sup>.

### Resultados da biópsia

É muito importante confirmar os resultados da biópsia, que devem incluir<sup>1,3</sup>:

- » **Espessura de Breslow<sup>1,3</sup>**: trata-se de uma medida da espessura do tumor em milímetros. Os melanomas são classificados em quatro categorias:
  - » menos de 1 mm (mais comum);
  - » 1-2 mm;
  - » 2,1-4 mm;
  - » superior a 4 mm.



## ESTÁDIOS DO MELANOMA

### Resultados da biópsia

#### » Nível de Clark (nível de invasão)<sup>1,3</sup>:

- » Descreve o grau de invasão do cancro e disseminação pelas camadas da pele.
- » Está classificado de 1 a 5, em que 1 é o mais superficial e 5 o mais profundo.
- » Por exemplo, um baixo nível de Clark significa que o cancro está perto da superfície da pele (mais superficial); um nível alto significa que o cancro penetrou mais profundamente na pele.

#### » Margens<sup>1,3</sup>:

- » É a extremidade de uma amostra após remoção.
- » Se o tumor não toca nas margens, o especialista de anatomia patológica irá descrever a que distância a lesão se encontra da extremidade.
- » Isto permite determinar se todo o tumor terá sido removido na totalidade ou não.



## ESTÁDIOS DO MELANOMA

- » **Índice mitótico<sup>1,3</sup>**: a mitose é o processo através do qual uma célula se divide em duas células idênticas. O especialista de anatomia patológica conta o número de células visíveis em divisão ativa (mitose). Calculando a média deste número, obtém-se o índice mitótico.
- » **Ulceração<sup>1,3</sup>**: é a rutura ou perda de epiderme. A ulceração é determinada pela observação do tecido ao microscópio. Quando não se verifica ulceração o prognóstico é melhor.
- » **Regressão tumoral<sup>1,3</sup>**: em alguns casos, são observados sinais que indicam que o tumor desapareceu em algumas zonas da biópsia. A isto chama-se regressão tumoral e significa que o tumor era maior. Embora a regressão do tumor pareça ser, à primeira vista, uma boa notícia, infelizmente indica que há maior risco de se ter propagado aos gânglios linfáticos.

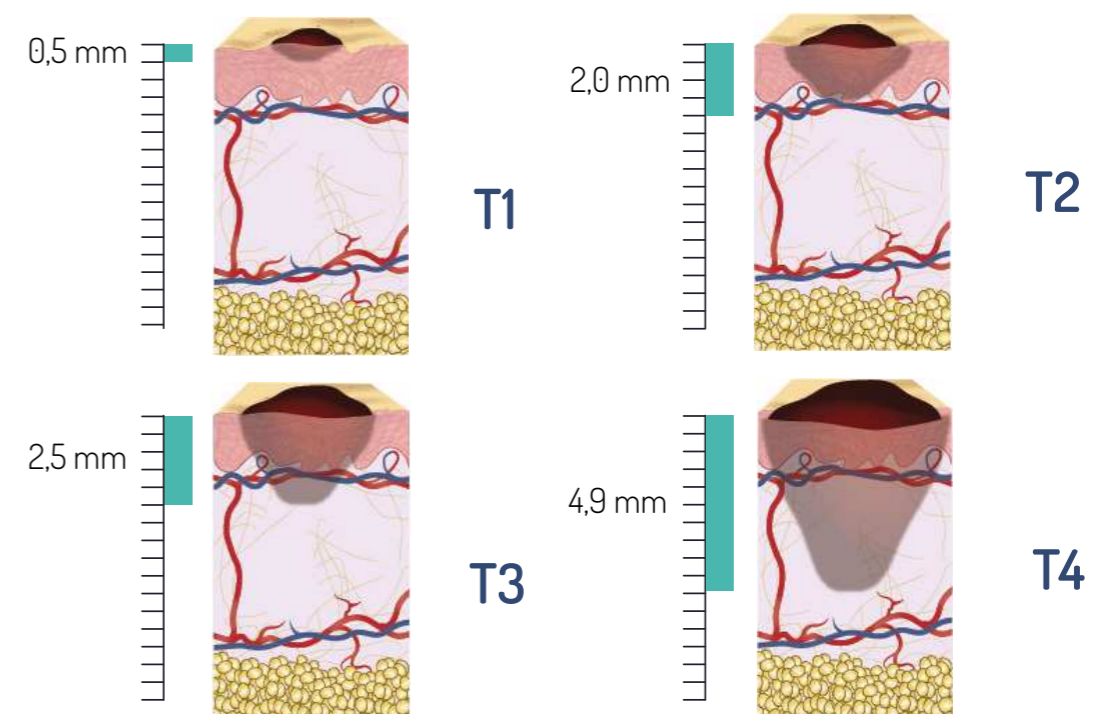


## ESTÁDIOS DO MELANOMA

### Estadiamento

» O sistema de classificação mais usado é o TNM: «T» de tamanho do tumor, «N» de nódulos linfáticos (se existe envolvimento regional ou circundante destes gânglios) e «M» para metástases. Para cada letra existem diferentes categorias (FIGURA 5 e TABELA 1)<sup>3</sup>.

### Classificação quanto ao tamanho do tumor



Adaptado de oncomais.pt

FIGURA 5





# ESTÁDIOS DO MELANOMA

## Descrição das várias categorias do sistema TNM para classificação de melanoma

T (Tumor)	N (Nódulos ou Gânglios Linfáticos)	M (Metástases)
<p><b>Tis:</b> presença de células anormais apenas na epiderme</p> <p><b>T1:</b> tumor com espessura <math>\leq 1</math> mm</p> <p><b>T1a:</b> tumor com taxa de divisão celular baixa e sem ferida (não ulcerados)</p> <p><b>T1b:</b> tumor com taxa de divisão celular mais elevada e/ou com ferida (ulcerados)</p> <p><b>T2:</b> tumor <math>&gt; 1</math> e <math>\leq 2</math> mm</p> <p><b>T2a:</b> tumor não ulcerado</p> <p><b>T2b:</b> tumor ulcerado</p> <p><b>T3:</b> tumor <math>&gt; 2</math> e <math>\leq 4</math> mm</p> <p><b>T3a:</b> tumor não ulcerado</p> <p><b>T3b:</b> tumor ulcerado</p> <p><b>T4:</b> tumor <math>&gt; 4</math> mm</p> <p><b>T4a:</b> tumor não ulcerado</p> <p><b>T4b:</b> tumor ulcerado</p>	<p><b>N0:</b> tumor não se propagou para os nódulos linfáticos</p> <p><b>N1:</b> envolvimento de 1 nódulo linfático</p> <p><b>N1a:</b> micrometástases<sup>a</sup></p> <p><b>N1b:</b> macrometástases<sup>b</sup></p> <p><b>N2:</b> envolvimento de 2 a 3 nódulos linfáticos ou pele próxima do tumor</p> <p><b>N2a:</b> micrometástases<sup>a</sup></p> <p><b>N2b:</b> macrometástases<sup>b</sup></p> <p><b>N2c:</b> em metástases satélites "sem" nódulos metastizados</p> <p><b>N3:</b> envolvimento de 4 ou mais nódulos linfáticos</p>	<p><b>M0:</b> sem metástases, ou seja, o tumor não se expandiu para outras partes do corpo</p> <p><b>M1:</b> melanoma metastizou para outras partes</p> <p><b>M1a:</b> melanoma metastizou para zonas da pele distantes do tumor primário ou para gânglios linfáticos distantes</p> <p><b>M1b:</b> melanoma metastizou para o pulmão</p> <p><b>M1c:</b> melanoma metastizou para outros órgãos</p>

<sup>a</sup>As micrometástases são diagnosticadas após a biópsia do linfonodo sentinela e a linfadenectomia (se realizada).

<sup>b</sup>As macrometástases são definidas como metástases nodais clinicamente detectáveis confirmadas por linfadenectomia terapêutica ou quando a metástase no nódulo apresenta extensão extracapsular bruta.

Adaptado de Dummer *et al.* Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 26 (Supplement 5): v126–v132, 2015<sup>5</sup>

**TABELA 1**



## ESTÁDIOS DO MELANOMA

A partir da classificação TNM, o melanoma é posteriormente classificado em diferentes estádios (escala de 0 a IV) (TABELA 2). Um número mais baixo está associado a um melhor prognóstico, enquanto números mais altos representam um pior prognóstico.

### Classificação do melanoma de acordo com o sistema TNM.

Estádio	Caracterização
0	Tumor localizado apenas na epiderme, sem atingir outras camadas da pele. Também se designa por melanoma <i>in situ</i> .
I	A espessura do tumor é inferior a 2 mm e pode apresentar ou não ulceração, mas não existem células tumorais nos gânglios linfáticos nem em outros locais distantes. Este estádio é dividido em IA e IB de acordo com a combinação de espessura do tumor e a presença ou ausência de ulceração.
II	A espessura do tumor é superior a 1 mm e pode mesmo ser superior a 4 mm. Pode apresentar ou não ulceração, mas não existem células tumorais nos gânglios linfáticos, nem em outros locais distantes. Este estádio é dividido em IIA, IIB e IIC de acordo com a combinação de espessura do tumor e presença ou ausência de ulceração.
III	Independentemente da espessura do tumor e da presença de ulceração, o tumor propagou-se para os gânglios linfáticos, OU existem grupos de células tumorais a menos de 2 cm do tumor inicial (metástase satélite), OU entre o tumor primário e os gânglios linfáticos (metástase em trânsito). Este estádio é dividido em IIIA, IIIB, IIIC e IIID de acordo com a combinação de espessura do tumor e o número e extensão das metástases.
IV	Independentemente da espessura do tumor, da presença ou ausência de ulceração e da presença ou ausência de células tumorais nos gânglios linfáticos, o tumor propagou-se para outras zonas da pele ou nódulos linfáticos mais distantes, ou outros órgãos como fígado, pulmões e cérebro.

Adaptado de Melanoma: a guide for patients - Information based on ESMO Clinical Practice Guidelines - v.2013.<sup>13</sup> and American cancer Society. Melanoma Skin Cancer Stages<sup>6</sup>.

TABELA 2



## QUAL O TRATAMENTO PARA O MELANOMA?

A cirurgia é o principal tratamento para grande parte dos doentes. É também o único tratamento que os doentes com melanomas em estágio 0 ou I necessitam, e a maioria dos que apresentam melanomas de estágio II<sup>3</sup>.

Outras opções de tratamento incluem quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e terapêuticas dirigidas, em monoterapia ou em associação<sup>3</sup>.

A extensão do tratamento irá depender do estágio do cancro, das características do tumor e dos riscos para o doente<sup>3</sup>.

### Plano de tratamento para melanoma *in situ* (estádio 0)

Uma vez que este é um tumor localizado apenas na epiderme e que ainda não atingiu outras camadas da pele, o tratamento consiste na remoção do tumor por cirurgia<sup>3,5</sup>.



## QUAL O TRATAMENTO PARA O MELANOMA?

### Plano de tratamento para melanomas de estádios I a III

A **cirurgia** é a primeira opção de tratamento no melanoma. O tratamento consiste na remoção total do melanoma e uma margem de tecido em redor do tumor, bem como dos gânglios linfáticos aos quais se possa ter propagado<sup>3,5</sup>.

Quando os exames clínicos e radiológicos não mostram disseminação do cancro para os gânglios linfáticos, ou quando a disseminação não é evidente, realiza-se um procedimento denominado **biópsia do gânglio sentinela** durante a cirurgia de remoção<sup>3,5</sup>.

#### Terapêutica adjuvante:

- » É um tratamento adicional à remoção cirúrgica total do tumor e dos gânglios linfáticos afetados<sup>5</sup>.
- » Aplica-se sobretudo a casos de estágio III, ou seja, em que o tumor já se tenha disseminado aos gânglios linfáticos<sup>5</sup>. O tratamento adjuvante mais comum é o **interferão alfa**<sup>3</sup>.
- » O interferão alfa é uma substância natural produzida pelos leucócitos, células do sistema imune que participam na defesa do organismo contra vírus, bactérias e células tumorais. O interferão alfa sintético produzido em laboratório é injetado no corpo com o objetivo de melhorar a resposta imunitária (de defesa) contra, neste caso, as células tumorais<sup>3</sup>.

**Tratamentos adicionais quando a remoção cirúrgica não é total:** quando não é possível eliminar na totalidade o tumor e todas as metástases por cirurgia, outros tratamentos como **radioterapia** ou **quimioterapia** local, podem ajudar a eliminar as células cancerígenas que ainda restam a nível local<sup>3</sup>.



## QUAL O TRATAMENTO PARA O MELANOMA?

### Plano de tratamento para o melanoma de estágio IV

As opções de tratamento para doentes com melanoma que se tenha disseminado para outras partes do corpo dependem do número e tipo de metástases, assim como da presença ou ausência de alterações específicas em determinados genes (mutação do gene *BRAF*). A decisão de tratamento deve ser determinada em conjunto (por um grupo de especialistas multidisciplinar)<sup>3</sup>.

**Terapêuticas dirigidas:** é feita uma análise do tumor para verificar se as células tumorais têm a mutação do gene *BRAF*. Este gene produz uma proteína responsável pelo crescimento das células tumorais. Ao verificar-se a mutação deste gene, recomenda-se tratamento com uma terapêutica específica que inibe a referida mutação, pois oferece a possibilidade de uma resposta rápida e melhora a qualidade de vida<sup>3</sup>.

**Quimioterapia:** tratamento do cancro com fármacos citotóxicos, que tem como objetivo matar ou travar o crescimento das células cancerígenas, danificando o menos possível as células sãs. O tratamento é administrado para travar o crescimento do melanoma, ou como tratamento paliativo, ou seja, de modo a melhorar a qualidade de vida do doente através da redução dos sintomas quando outros tratamentos com intenção curativa falharam<sup>1</sup>.

**Radioterapia:** por vezes é administrada após a cirurgia para prevenir que o melanoma reapareça. A radioterapia é mais utilizada se o cancro se tiver disseminado para os gânglios linfáticos. Se o melanoma tiver metastizado para outras partes do corpo, pode ser utilizada para controlar o crescimento do cancro ou aliviar os sintomas<sup>1,3</sup>.



## QUAL O TRATAMENTO PARA O MELANOMA?

### Plano de tratamento para o melanoma de estágio IV

**Imunoterapia:** recentemente têm sido desenvolvidos novos fármacos que ativam as células do sistema imunitário do próprio corpo para combater o cancro. Alguns destes fármacos incluem anticorpos anti-PD-1 (ex. pembrolizumab) ou anti-CTLA-4 (ex. ipilimumab)<sup>5</sup>.

As células tumorais têm mecanismos para escapar ao sistema de defesa do organismo. Apresentam, por exemplo, uma proteína denominada PD-L1 na sua superfície que se liga à proteína PD-1 das células do sistema imune, inativando-as e evitando que estas últimas as possam destruir<sup>7</sup>.

Os medicamentos de imunoterapia atuam através da ligação a estas proteínas para permitir que o sistema imunitário possa realizar a sua função, ou seja, para que as células imunitárias reconheçam as células cancerígenas e as destruam<sup>7</sup>.

Para doentes com tumores em estádios mais avançados pode considerar-se a participação em ensaios clínicos, onde estarão disponíveis novas opções terapêuticas ainda em fase de estudo<sup>5</sup>.

Um ensaio clínico pode testar um novo medicamento, uma nova combinação de tratamentos ou novas doses de um medicamento que já existe. O médico especialista explicará as várias opções disponíveis e as suas vantagens e desvantagens<sup>7</sup>.



## O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

### Seguimento médico

Após o final do tratamento, os médicos propõem um seguimento que consiste em consultas periódicas com o objetivo<sup>3</sup>:

- » Acompanhar o seu percurso após tratamento e ser possível identificar precocemente recorrências;
- » Reconhecer novos tumores da pele (tanto melanomas como não melanomas);
- » Avaliar e tratar possíveis complicações relacionadas com o tratamento;
- » Oferecer apoio psicológico e informação que ajude no regresso à vida normal.



## O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

### Regresso à vida normal

Pode ser difícil viver com a ideia de que o cancro pode reaparecer. Em seguida, são sugeridas recomendações simples para reduzir o risco de recorrência, de acordo com o que se sabe atualmente<sup>3</sup>:

- » Evitar as queimaduras solares;
- » Evitar a exposição ao sol sem proteção;
- » Evitar a luz ultravioleta artificial.

Para detetar todos os sinais suspeitos ou a recorrência do melanoma, recomenda-se realizar<sup>3</sup>:

- » Autoexames da pele periódicos;
- » Autoexames periódicos dos gânglios linfáticos.





## O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

Como consequência do próprio cancro e do seu tratamento, o regresso à vida normal pode não ser simples para algumas pessoas, causar preocupações relacionados com a imagem corporal, a sexualidade, a fadiga, o trabalho, as emoções ou o estilo de vida. Poderá ser útil discutir estas questões com familiares, amigos ou médicos. Existem também grupos de apoio, formados por antigos doentes, ou linhas telefónicas de informação<sup>3</sup>.

É importante informar os familiares do risco que têm em poder vir a desenvolver melanoma, instruí-los sobre o autoexame da pele periódico e o exame realizado por um médico, para detetar e remover qualquer sinal suspeito o mais cedo possível<sup>3</sup>.

É importante também cuidar do bem-estar físico e emocional, manter um estilo de vida saudável, tendo cuidado com a alimentação, e realizar alguma atividade física adaptada às capacidades de cada doente<sup>1</sup>.



## O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

Comer de forma saudável é importante para aumentar a vitalidade e potenciar as defesas do organismo, ajudando a suportar o tratamento e os efeitos secundários. Um nutricionista pode ajudar a gerir as necessidades alimentares e a escolher os melhores alimentos para cada situação<sup>1</sup>.

A atividade física pode ajudar a reduzir o cansaço, melhorar a circulação e elevar o humor. A quantidade e o tipo de exercício realizados dependem da capacidade de cada doente, e deverão ser aconselhados pelo médico<sup>1</sup>.

### O que acontece se o cancro voltar a aparecer?

Se o cancro voltar a aparecer fala-se em recorrência ou recidiva e o tratamento depende da sua extensão, que deve ser avaliado através de exame físico e radiológico, para além da análise sanguínea. A discussão sobre as diversas opções de tratamento deve ser realizada pelo médico especialista numa reunião multidisciplinar<sup>3</sup>.



## COMO POSSO PREVENIR O CANCRO DA PELE?

A exposição ao sol é o fator de risco mais prevenível para todos os cancros da pele. Recomenda-se<sup>2,7</sup>:

### » Protector Solar<sup>2,7</sup>:

- » Aplicar generosamente um **protetor solar** de amplo espectro e resistente à água com fator de proteção solar (SPF) de 30 ou superior, em toda a pele exposta.
- » Um protetor solar de «amplo espectro» proporciona proteção contra os raios ultravioleta A (UVA) e ultravioleta B (UVB).
- » Reaplicar aproximadamente a cada duas horas, inclusivamente em dias nublados e depois de nadar ou se suar muito.
- » Usar **roupa protetora**, como uma camisa de manga comprida, calças, um chapéu de aba larga e óculos escuros, sempre que possível<sup>2,7</sup>.

### » Procurar sombra<sup>2,7</sup>:

- » Evitar atividades ao ar livre a meio do dia. Lembre-se que os raios solares são mais fortes entre as 10-16 h.
- » Se necessário, procurar sombra.



## COMO POSSO PREVENIR O CANCRO DA PELE?

- » Ter mais cuidado quando estiver perto da água, neve e areia, porque refletem e intensificam os raios solares nocivos, aumentando as probabilidades de queimadura<sup>2,7</sup>.
- » A **vitamina D**<sup>2,7</sup>:
  - » É essencial para desenvolver e manter ossos saudáveis e a função muscular, é produzida no corpo quando a pele é exposta à radiação UV da luz solar.
  - » Obter vitamina D com uma dieta apropriada e reduzir o tempo que se expõe ao sol (na maioria das pessoas, menos de 15 minutos de exposição solar são suficientes para produzir uma quantidade de vitamina D adequada).
- » **Evitar os solários**<sup>2,7</sup>:
  - » A luz ultravioleta dos solários pode causar cancro da pele e rugas.
  - » Lembre-se que exposição excessiva à radiação UV aumenta o risco de desenvolver cancro de pele.



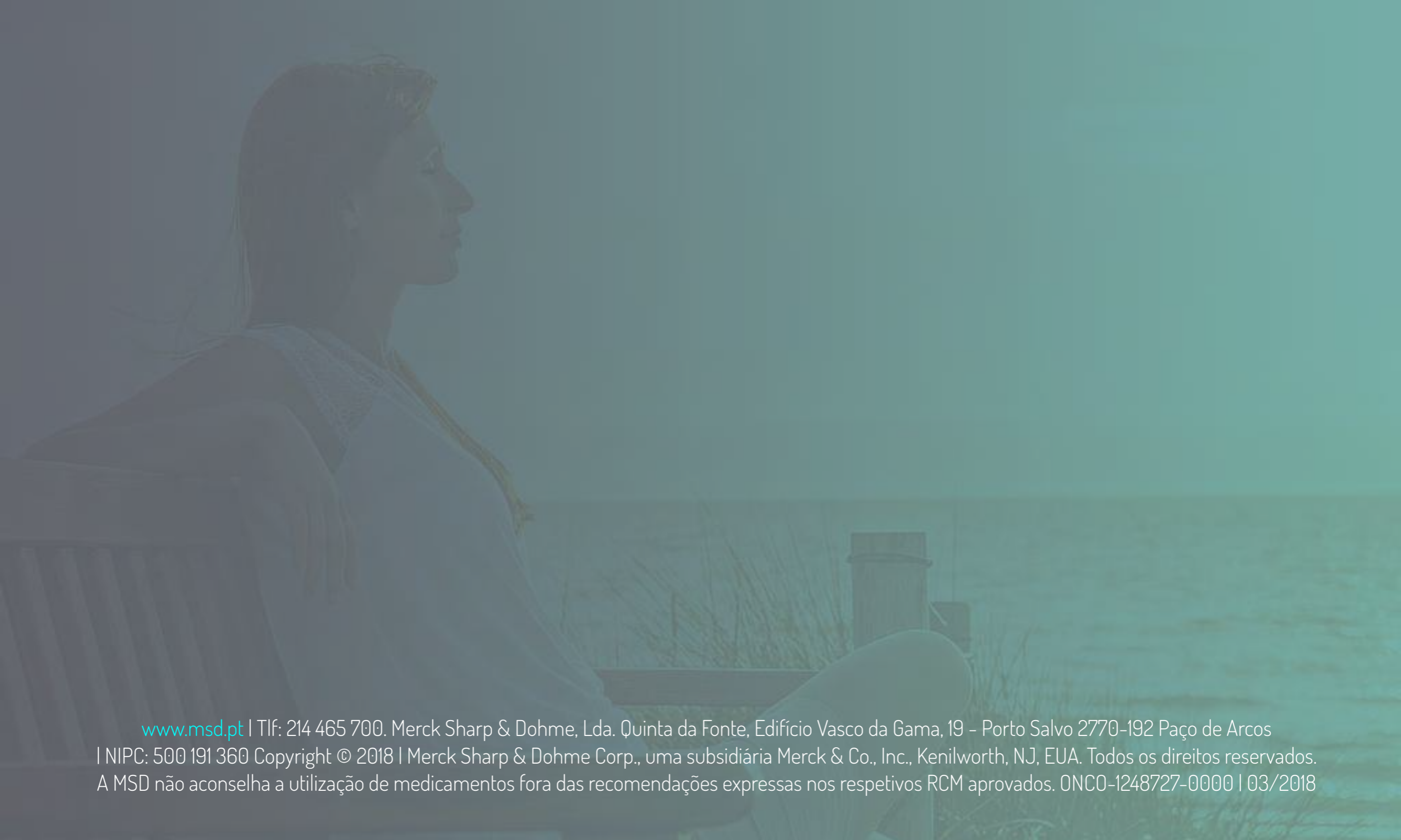
## REFERÊNCIAS

1. Understanding Melanoma. A guide for people with cancer, their families and friends. First published January 1996. This edition January 2017. Cancer Council Australia 2014. ISBN 978 1 925136 42 5. Disponível em: [https://www.cancer.org.au/content/about\\_cancer/ebooks/cancertypes/Understanding\\_Melanoma\\_booklet\\_January\\_2017.pdf](https://www.cancer.org.au/content/about_cancer/ebooks/cancertypes/Understanding_Melanoma_booklet_January_2017.pdf).
2. National Cancer Institute. What You Need To Know About Melanoma and Other Skin Cancers. National Institutes of Health. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/skin.pdf>.
3. Melanoma: a guide for patients – Information based on ESMO Clinical Practice Guidelines – v.2013.1. Disponível em: <https://www.esmo.org/content/download/6618/115129/file/EN-Melanoma-Guide-for-Patients.pdf>.
4. GLOBOCAN 2012. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/>.
5. Dummer et al. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v126–v132, 2015.
6. American Cancer Society. Melanoma Skin Cancer Stages. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/detection-diagnosis-staging/melanoma-skin-cancer-stages.html>.
7. American Society of Clinical Oncology. Doctor-approved patient information for Melanoma. Disponível em: <https://www.cancer.net/cancer-types/melanoma/view-all>.



Material científico elaborado  
pela equipa médica  
da EP Health Marketing, SL.

PRODUÇÃO EDITORIAL:  
© EP Health Marketing, SL  
DESENHO EDITORIAL:  
Pedro Carapêto  
COPYRIGHT 2018  
1159PT\_MSD\_POR\_v4



[www.msd.pt](http://www.msd.pt) | Tlf: 214 465 700. Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 - Porto Salvo 2770-192 Paço de Arcos  
| NIPC: 500 191 360 Copyright © 2018 | Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA. Todos os direitos reservados.  
A MSD não aconselha a utilização de medicamentos fora das recomendações expressas nos respetivos RCM aprovados. ONCO-1248727-0000 | 03/2018