

ROMA 21-22 Marzo 2025

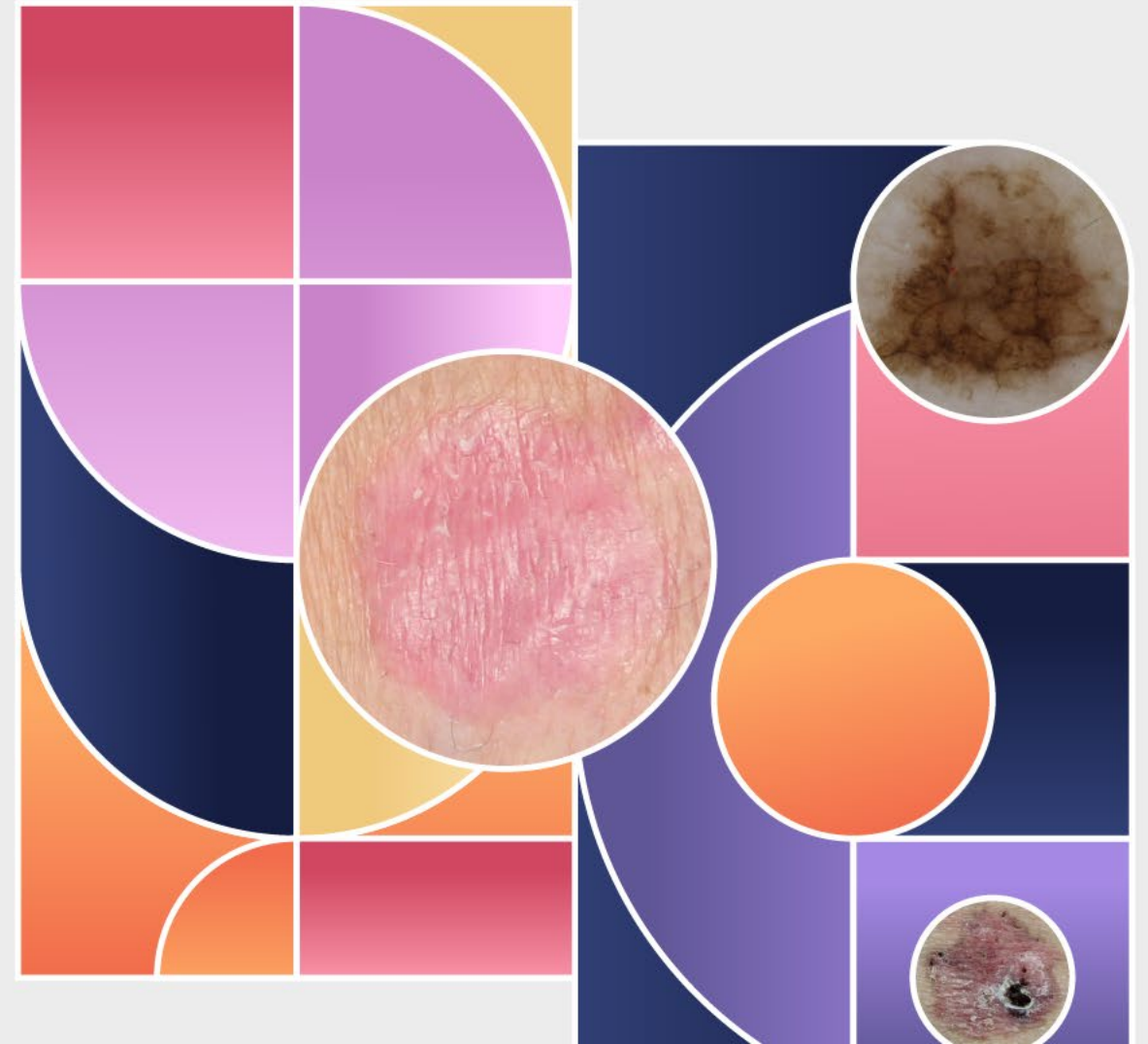
Dott. Francesco Ricci

**MELANOMA UNIT IDI - IRCCS
UOC DERMATOLOGIA CHIRURGICA E
ONCOLOGICA**

**Tavola rotonda con match
Yes or No a tema dermato-
oncologico: aggiornamenti
in pratica clinica dalle nuove
Linee Guida**

YES^{or} NO **CONTEST 1° INCONTRO 2025**

Dermatology Update



CASO 1

- Paziente sesso femminile
- 39 anni
- Fototipo II
- Nessuna patologia dermatologica pregressa di rilievo
- Lesione insorta da circa quattro mesi sulla coscia sinistra



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

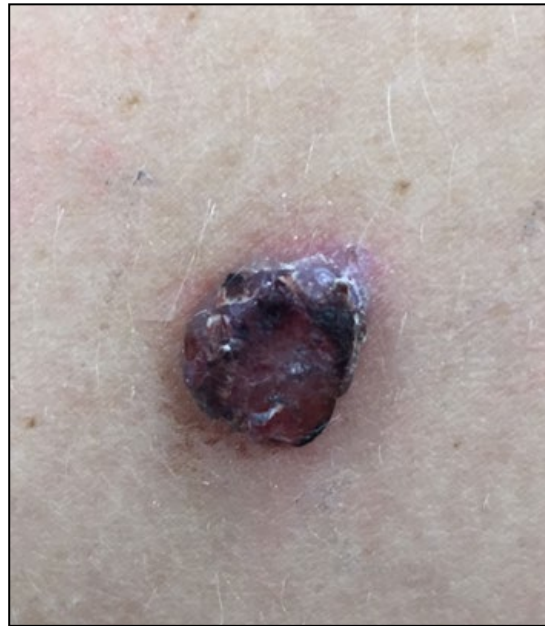
YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

1. Asportereste questa lesione cutanea con un margine chirurgico ≤ 3 mm?



1. Sì
2. No



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

BCC MARGINI CHIRURGICI (CLINICI)

Margini chirurgici secondo linee guida BCC – NCCN v. 2.2025

BASSO RISCHIO	ALTO RISCHIO
4 mm	«Wider margins»*

Margini chirurgici secondo linee guida BCC – EADO/EDF/EORTC 2023

BASSO RISCHIO	ALTO RISCHIO
3-4 mm	«At least 5 mm» if anatomically feasible

Margini chirurgici secondo linee guida BCC – AIOM 2024

BASSO E ALTO RISCHIO
≥3 mm ma tassi di recidiva più elevati per BCC ad alto rischio

*Due to the wide variability of clinical characteristics that may define a high-risk tumor, it is not feasible to recommend a defined margin for standard excision of high-risk BCC.



SCC MARGINI CHIRURGICI (CLINICI)

	Basso rischio	Alto rischio
NCCN 2025	4-6 mm	Wider surgical margins*
EDF/EADO/EORTC 2023	5 mm	6-10 mm
SIDeMaST 2018	4 mm	≥ 6 mm
AIOM 2024	≥ 4 mm	≥ 6 mm

*Appropriate margins should be determined case by case based on tumor and patient-specific factors.



PER RISPONDERE collegati con il tuo smartphone a: meeter.it/yon

 **SCUOLA DERMATOLOGICA**
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

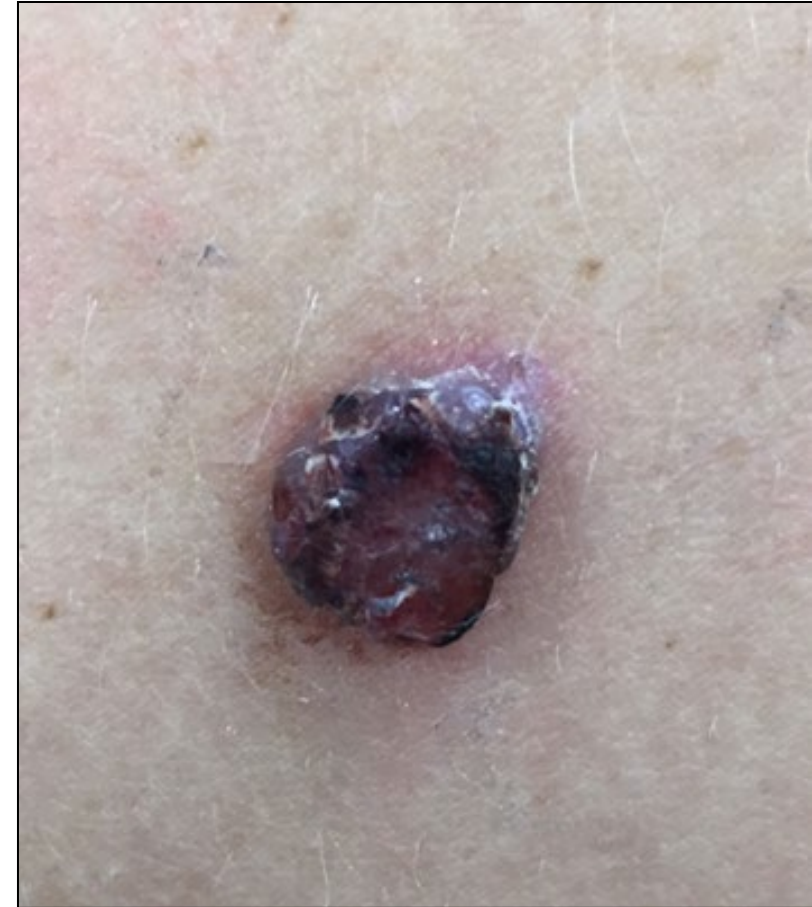
YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

Diagnosi:

Melanoma nodulare ulcerato 3,5 mm (pT3b)

- Mitosi: $>1 \text{ mm}^2$
- TIL: assente
- Regressione: assente
- Satellitosi: assenti





European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2024

Claus Garbe^{a,*1}, Teresa Amaral^{a,1}, Ketty Peris^b, Axel Hauschild^c, Petr Arenberger^d, Nicole Basset-Seguín^e, Lars Bastholt^f, Veronique Bataille^g, Lieve Brochez^h, Veronique del Marmolⁱ, Brigitte Dréno^j, Alexander M.M. Eggermont^{k,1}, Maria Concetta Fagnoli^m, Ana-Maria Forseaⁿ, Christoph Höller^o, Roland Kaufmann^p, Nicole Kelleners-Smeets^q, Aimilios Lallas^r, Celeste Lebbé^e, Ulrike Leiter^a, Caterina Longo^s, Josep Malvehy^t, David Moreno-Ramirez^u, Paul Nathan^v, Giovanni Pellacani^w, Philippe Saiag^x, Eggert Stockfleth^y, Alexander J. Stratigos^z, Alexander C.J. Van Akkooi^{aa}, Ricardo Vieira^{ab}, Iris Zalaudek^{ac}, Paul Lorigan^{ad,2}, Mario Mandala^{ae,2}, On behalf of the European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

Primary excision	Consensus based recommendation
GCP	When melanoma is suspected, the whole lesion should be completely excised with a narrow (1-3mm) margin to perform histological diagnosis. Incisional biopsies can be performed on large lesions such as lesions on the face (e.g., lentigo maligna), acral lesions and on the genitalia. Consensus rate: 100% (21/21)



NCCN Guidelines Version 2.2025 Melanoma: Cutaneous

Clinical Presentation and Preliminary Workup

Biopsy: NCCN Recommendations

Patients presenting with a suspicious pigmented lesion optimally should undergo an excisional biopsy (elliptical, punch or saucerization), preferably with 1- to 3-mm negative margins. The orientation of the excisional biopsy should always be planned with definitive treatment in mind (eg, a longitudinal orientation in the extremities, parallel to lymphatics). With the increasing use of lymphatic mapping and sentinel node biopsy, biopsies should also be planned so as not to interfere with this procedure. In this regard, wider margins for the initial diagnostic procedure should be avoided.



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon

Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up[☆]

T. Amaral¹, M. Ottaviano², A. Arance³, C. Blank^{4,5,6}, V. Chiarion-Sileni⁷, M. Donia⁸, R. Dummer⁹, C. Garbe¹⁰, J. E. Gershenwald¹¹, H. Gogas¹², M. Guckenberger¹³, J. Haanen^{14,15,16}, O. Hamid¹⁷, A. Hauschild¹⁸, C. Höller¹⁹, C. Lebbé²⁰, R. J. Lee^{21,22}, G. V. Long^{23,24,25}, P. Lorigan^{21,22}, E. Muñoz Couselo²⁶, P. Nathan²⁷, C. Robert²⁸, E. Romano²⁹, D. Schadendorf^{30,31}, V. Sondak³², K. P. M. Suijkerbuijk³³, A. C. J. van Akkooi^{23,34}, O. Michelin^{35†} & P. A. Ascierto^{36†}, on behalf of the ESMO Guidelines Committee^{*}

- Diagnosis should be based on a full thickness complete excision with a minimal margin of clinically uninvolved skin [II, A]. For larger lesions where complete excision is not possible without reconstructive surgery, a biopsy can be taken [II, C].



Linee guida
MELANOMA

Edizione 2023

Aggiornata ad agosto 2023

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Bassa	L'exeresi a scopo diagnostico della lesione primitiva dovrebbe essere presa in considerazione ed eseguita preferibilmente mediante biopsia escissionale e con <u>margini in cute sana non superiori ai 2 mm</u> (1-4). Tutte le lesioni pigmentate sospette dovrebbero essere inviate per esame istologico	Forte a favore

Studi comparativi sull'estensione

dell'escissione del tumore primitivo hanno evidenziato un aumento del rischio di falsi negativi al linfonodo sentinella quando l'escissione della lesione primitiva è stata eseguita con margini superiori a 2 cm (3-4).



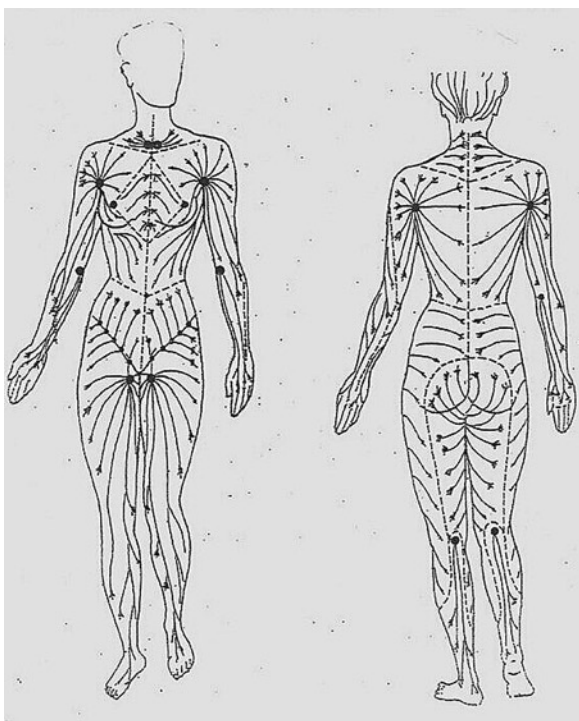
SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

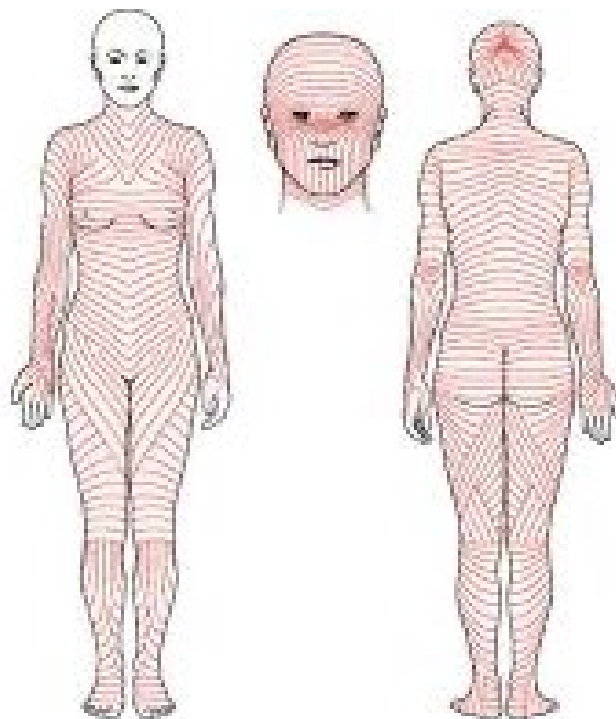


CONTEST
1° INCONTRO

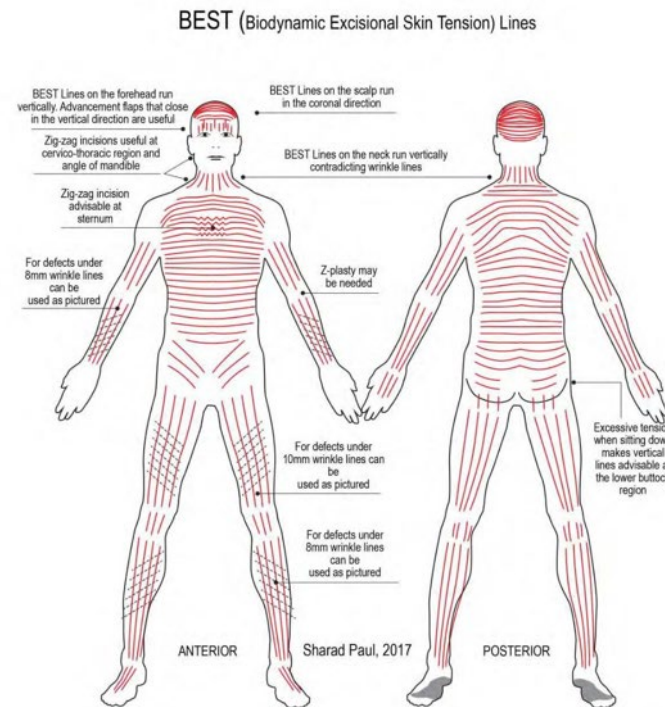
contenuta in 1-2 mm e orientata longitudinalmente alla rete linfatica non influisce sull'eventuale indicazione alla biopsia del linfonodo sentinella poiché non altera il tessuto linfatico.



Vie linfatiche



1861 langer



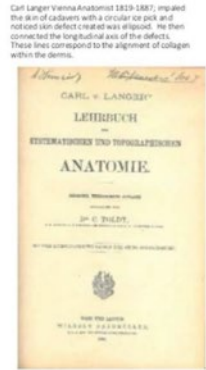
2018 BEST biodinamiche



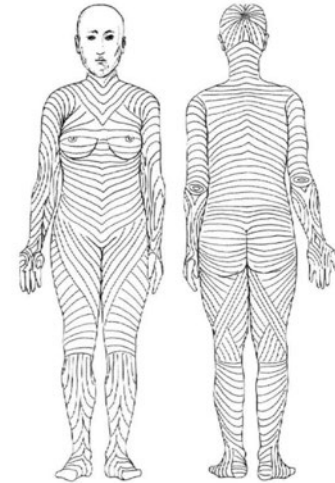
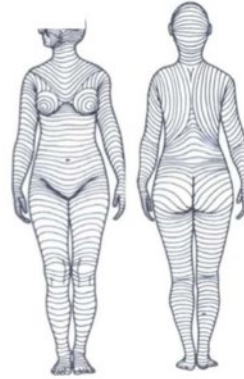
Biodynamic Excisional Skin Tension (BEST) Lines for Cutaneous Surgery

Dr Sharad P Paul, MB BS, M Phil

A thesis submitted for the degree of Master of Philosophy
The University of Queensland
School of Medicine
2021



Carl Langer Vienna Anatomist 1829-1887, impaled the skin of cadavers with a circular ice pick and noticed skin defect created was disposed, he then connected the longitudinal axis of the defects. These lines correspond to the alignment of collagen within the dermis.



From Simon RR, Brenner, BE Emergency Procedures and Techniques. Williams and Wilkins, Baltimore, 1982

From Antoniades S. Surgical Wound Healing Lecture. Upper Chesapeake Medical Center. 5, Sep 2014
<http://www.slideshare.net/spineant/lecture-wound-healing> accessed 22 Sept 2016

Fig 1. Differing depictions of Langer's Lines in the literature.



Langer's Lines head from Marx J., Hockberger R, Walls R Eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice 2002



Langer's Lines head from The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by Johan Fagan (Editor) johannes.fagan@uct.ac.za accessed 22 Sept 2016

Figure 1 Skin tension lines commonly depicted in textbooks. Originally published in Hockberger R, Marx J, Walls R. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and clinical practice.* © Elsevier, 2002. Reprinted with permission)

Fig 2. Differing depictions of "Langer's Lines" on the head and neck in the literature.



CASO 2

- Paziente di 52 anni
- Fototipo III
- Melanoma 0,6 mm (pT1a) dorso piede sinistro



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon

2. Secondo le ultime raccomandazioni EADO-EDF-EORTC effettuereste l'ampliamento chirurgico di questo paziente entro 4-6 settimane?

1. Sì
2. No



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

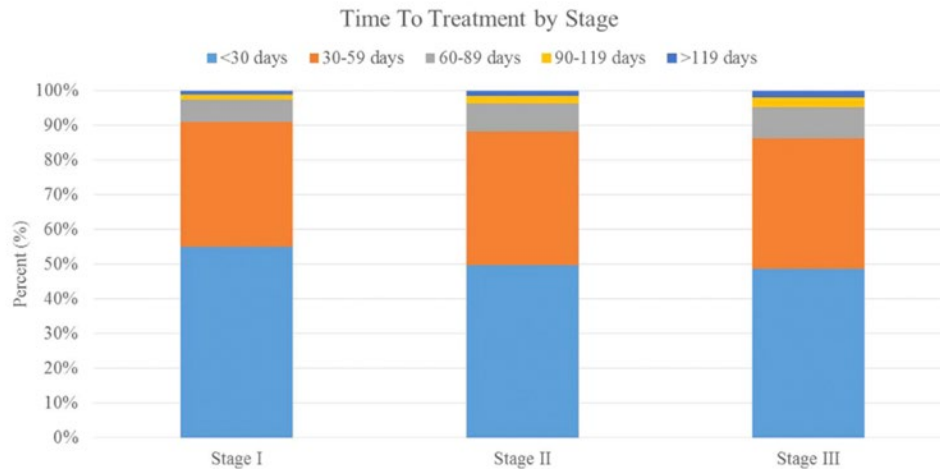
TIMING AMPLIAMENTO

Determination of the impact of melanoma surgical timing on survival using the National Cancer Database

Ruzica Z. Conic, MD^a, Claudia I. Cabrera, MD^a, Alok A. Khorana, MD^b, and Brian R. Gastman, MD^a

CAPSULE SUMMARY

- Impact of time to treatment on survival in melanoma remains uncertain.
- Prolonging time to treatment of melanoma negatively affects stage I but not stage II and III survival.
- Expeditious treatment of stage I melanoma could improve survival.



Supplemental Fig 1. Distribution of time to treatment by stage.

In un'analisi multivariata di pazienti in tutti gli stadi trattati tra 90 e 119 giorni dopo la biopsia e oltre 119 giorni, è stato riscontrato un rischio di mortalità più elevato rispetto a quelli trattati entro 30 giorni dalla biopsia.

In un'analisi di sottogruppo dello stadio I, è stato riscontrato un rischio di mortalità più elevato nei pazienti trattati entro 30-59 giorni, 60-89 giorni, 90-119 giorni e oltre 119 giorni.

La tempistica chirurgica non ha influenzato la sopravvivenza negli stadi II e III.



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

Determination of the impact of melanoma surgical timing on survival using the National Cancer Database

Ruzica Z. Conic, MD^a, Claudia I. Cabrera, MD^a, Alok A. Khorana, MD^b, and Brian R. Gastman, MD^a

- 153.218 pazienti: ampliamento <30 giorni dei melanomi stadio I si associa ad un migliore outcome
- Nessuna differenza stadi II-III



Guidelines

European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2024

Claus Garbe^{a,*,1}, Teresa Amaral^{a,1}, Ketty Peris^b, Axel Hauschild^c, Petr Arenberger^d, Nicole Basset-Seguin^e, Lars Bastholt^f, Veronique Bataille^g, Lieve Brochez^h, Veronique del Marmolⁱ, Brigitte Dréno^j, Alexander M.M. Eggermont^{k,l}, Maria Concetta Fargnoli^m, Ana-Maria Forseaⁿ, Christoph Höller^o, Roland Kaufmann^p, Nicole Kelleners-Smeets^q, Aimilios Lallas^r, Celeste Lebbé^e, Ulrike Leiter^s, Caterina Longo^t, Josep Malvehy^u, David Moreno-Ramirez^v, Paul Nathan^v, Giovanni Pellacani^w, Philippe Saiag^x, Eggert Stockfleth^y, Alexander J. Stratigos^z, Alexander C.J. Van Akkooi^{aa}, Ricardo Vieira^{ab}, Iris Zalaudek^{ac}, Paul Lorigan^{ad,2}, Mario Mandalà^{ae,2}. On behalf of the European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)



TIMING AMPLIAMENTO

Entro 4-6 settimane



PER RISPONDERE collegati con il tuo smartphone a: **meeter.it/yon**

TIMING AMPLIAMENTO

The Impact of Surgical Delay in Primary Cutaneous Melanoma: A Systematic Review

Michael Z Zhang¹, Alexander S Hines¹, Addison M Demer², Jerry D Brewer²

Conclusioni: Un ritardo chirurgico prolungato nei pazienti con diagnosi di melanoma cutaneo in stadio I sia associato a un peggioramento della mortalità complessiva, mentre l'effetto del ritardo chirurgico sulla mortalità nei melanomi in stadio II e III è incerto.

Delays in the surgical treatment of melanoma are associated with worsened overall and melanoma-specific mortality: A population-based analysis

David D Xiong¹, Paola Barriera-Silvestrini², Thomas J Knackstedt³

Nei pazienti con malattia stadio I, ritardi da 3 a 5 mesi sono stati associati a un MSM peggiore e qualsiasi ritardo oltre 1 mese è stato associato a un OM peggiore. Nei pazienti con malattia stadio II, è stato riscontrato un MSM peggiore con ritardi di 6+ mesi e un OM peggiore è stato osservato con ritardi da 3 a 5 mesi. Non è stato notato alcun effetto significativo dei ritardi di trattamento nella malattia in stadio III.



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

TIMING LINFONODO SENTINELLA

EJC
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER

ORIGINAL RESEARCH · Volume 67, P164-173, November 2016

[Download Full Issue](#)

Effects of time interval between primary melanoma excision and sentinel node biopsy on positivity rate and survival

Charlotte M.C. Oude Ophuis^a · Alexander C.J. van Akkooi^b · Piotr Rutkowski^c · ... · Michel W.J.M. Wouters^b · Dirk J. Grünhagen^a · Cornelis (Kees) Verhoef^a · ... Show more

> J Surg Oncol. 2024 Mar;129(3):509-516. doi: 10.1002/jso.27507. Epub 2023 Nov 20.

The effect of surgical timing in nonmetastatic melanoma

Hanna Kakish¹, Claire Drigotas², Fasih Ali Ahmed³, Mohamedraed Elshami¹, Jeremy S Bordeaux⁴, Luke D Rothermel¹, Richard S Hoehn¹

European Journal of Cancer 137 (2020) 30–39

Timing of sentinel node biopsy independently predicts disease-free and overall survival in clinical stage I-II melanoma patients: A multicentre study of the Italian Melanoma Intergroup (IMI)

Nessun effetto del tempo tra la diagnosi di melanoma e linfonodo sentinella nella sopravvivenza a 5 anni o nella percentuale di linfonodi positivi fino a tre mesi di intervallo di tempo.

Il linfonodo sentinella eseguito entro 9 settimane dalla diagnosi di melanoma non è stato associato a una maggiore probabilità di positività linfonodale. Dopo le 9 settimane i melanomi T2-3 hanno avuto un aumento significativo della positività linfonodale con l'aumento del tempo di intervento chirurgico mentre nessuna tendenza significativa per i pazienti con melanomi T4.

Nei pazienti con SNB negativo, è stato confermato un impatto benefico del SNB ritardato (>32 giorni dopo l'escissione primaria) per DFS e OS in quelli con SNB positivo, DFS e OS non erano significativamente diversi nei pazienti con SNB precoce (<31 giorni) o ritardato (>31 giorni e <3 mesi).



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon

SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

- Paziente M di 55 anni
- Immunodepressione acquisita
- Familiarità per melanoma
- Melanoma 0,7 mm (pT1a) parasternale asportato un anno fa



Contattato più volte non è mai venuto a ritirare l'esame istologico.....A distanza di un anno torna a visita.....

fareste l'ampliamento dopo tutto questo tempo?



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

CASO 3

- Paziente di 56 anni
- Fototipo II
- Melanoma 0,5 mm (pT1a)
con regressione >75% della
guancia sinistra



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

3. Secondo le ultime raccomandazioni EADO-EDF-EORTC effettuereste l'ecografia dei linfonodi loco-regionali nella stadiazione e nel follow up di questo paziente pT1a?

1. Sì
2. No



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

STADIAZIONE BASELINE

TABLE III.—Comparison of baseline imaging workup according to stage among the international guidelines updated to the updated to the 8th AJCC staging system and SIDeMaST proposal.

	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	Cancer Council Australia	AIOM	SIDeMaST
Stage 0	Imaging not recommended	Imaging not recommended	Imaging not recommended	Imaging not recommended
Stage I	Ia: Imaging not recommended Ib: Consider NBU prior to SNB for melanoma patient with an equivocal physical exam	Imaging not recommended	Ia: Consider NBU for melanoma patient with an equivocal physical exam Ib: NBU prior to SNB - Abdomen ultrasound	Ia: Consider NBU Ib: NBU prior to SNB
Stage II	Consider NBU prior to SNB for melanoma patient with an equivocal physical exam CT or PET/CT not recommended	Imaging not recommended	IIa: NBU prior to SNB - Abdomen ultrasound IIb: NBU prior to SNB - Abdomen ultrasound - chest CT IIc: CT or PET/CT	NBU prior to SNB CT or PET/CT
Stage III	IIIa (with positive SNB): Consider imaging (CT or PET/CT) IIIb/c (with positive SNB): CT or PET/CT recommended III (with satellite or in transit mets or with clinically positive nodes): CT or PET/CT recommended. Consider brain MRI for asymptomatic stage IIIc patients	III (with positive SNB): Ultrasound may be used for identification of the extent of in-transit and nodal disease, and also used to diagnose liver metastases. Consider NOT performing CT or PET/CT III (with clinically positive nodes): CT or PET/CT recommended	CT or PET/CT	NBU prior to SNB CT or PET/CT Consider Brain MRI
Stage IV	CT or CT/PET + brain MRI Serum LDH level	Whole body PET/CT recommended (superior diagnostic accuracy over CT) Serum LDH level	CT or PET/CT Serum LDH level	CT or CT/PET Serum LDH level





Guidelines

European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2024

Claus Garbe^{a,*}, Teresa Amaral^{a,1}, Ketty Peris^b, Axel Hauschild^c, Petr Arenberger^d, Nicole Basset-Seguin^e, Lars Bastholt^f, Veronique Bataille^g, Lieve Brochez^h, Veronique del Marmolⁱ, Brigitte Dréno^j, Alexander M.M. Eggermont^{k,1}, Maria Concetta Fagnoli^m, Ana-Maria Forseaⁿ, Christoph Höller^o, Roland Kaufmann^p, Nicole Kelleners-Smeets^q, Aimilios Lallas^r, Celeste Lebbé^e, Ulrike Leiter^a, Caterina Longo^s, Josep Malvehy^t, David Moreno-Ramirez^u, Paul Nathan^v, Giovanni Pellacani^w, Philippe Saiag^x, Eggert Stockfleth^y, Alexander J. Stratigos^z, Alexander C.J. Van Akkooi^{aa}, Ricardo Vieira^{ab}, Iris Zalaudek^{ac}, Paul Lorigan^{ad,2}, Mario Mandala^{ae,2}, On behalf of the European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

Patients with pT1a melanomas with negative physical examination and no symptoms do not need further imaging nor sentinel lymph node biopsy (SLNB). Ultrasound of the loco-regional lymph nodes and in transit areas shall be done for patients with stage IB melanoma and higher.

Recommendation 2 [41].

Lymph node ultrasound in primary melanoma	Evidence based recommendation
Level of recommendation B	<u>Ultrasound of the loco-regional lymph nodes and in-transit area should be done for the initial workup in all primary melanomas pT1b and higher.</u>
Level of evidence: 2a	[41]
	Consensus rate: 90 %; (19/21) 2 abstentions



Management of cutaneous melanoma:
comparison of the leading international guidelines
updated to the 8th American Joint Committee on Cancer
staging system and workup proposal by
the Italian Society of Dermatology

Giuseppe ARGENZIANO ^{1*}, Gabriella BRANCACCIO ¹, Elvira MOSCARELLA ¹,
Emi DIKA ², Maria C. FARGNOLI ³, Gerardo FERRARA ⁴, Caterina LONGO ^{5,6},
Giovanni PELLACANI ⁷, Kitty PERIS ^{7,8}, Nicola PIMPINELLI ⁹, Pietro QUAGLINO ¹⁰,
Franco RONGIOLETTI ¹¹, Marco SIMONACCI ¹², Iris ZALAUDEK ¹³, Piergiacomo CALZAVARA PINTON ¹⁴

FOLLOW UP

TABLE IX.—Comparison of follow-up in asymptomatic patients according to stage among the main international guidelines and SIdE-MaST proposal.

	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	Cancer Council Australia	AIOM	SIdE-MaST
Stage 0	TBSE annually for life Imaging not recommended	Self-examination + H&P (timing not reported) Imaging not recommended	TBSE + H&P annually (or every 6 months if multiple nevi or multiple melanoma) Imaging not recommended	TBSE + H&P annually (or every 6 months if multiple nevi or multiple melanoma) Imaging not recommended
Stage I	TBSE + H&P every 6-12 months for 5 years, then annually for 5 years Imaging not recommended	TBSE + H&P annually for 10 years Imaging not recommended	TBSE 6-12 months interval IA: H&P 6 months interval for 5 years then annually NBU (optional) 6 months interval for 5 years IB: see stage IIA	TBSE + H&P 6 months interval for 5 years then annually NBU 6-12 months interval for 5 years
Stage II	IIA: TBSE + H&P every 6-12 months for 5 years, then annually for 5 years Routine imaging not recommended IIB/C: TBSE + H&P every 3-6 months for 2 years, every 3-12 months for 3 years then, annually for 5 years Consider chest/abdominal/pelvic CT or whole body FDG PET/CT every 3-12 months for 3-5 years	IIA: TBSE + H&P every 6 months for 2 years, then annually for 8 years Routine imaging not recommended IIB: TBSE + H&P every 4 months for 2 years, every 6 months during year 3, then annually for 5 years. Routine imaging not recommended IIC: TBSE + H&P every 4 months for 2 years, every 6 months during year 3, then annually for 5 years. CT or PET/CT every 3-12 months for the first three years (optional)	TBSE 6-12 months interval IIA: H&P 3-6 months interval for 2 years then 6 months interval for 3 years, then annually for 5 years NBU 6 months interval and abdomen ultrasound every year for 5 years IIB: H&P 3 months interval for 2 years then 6 months interval for 3 years, then annually for 5 years NBU and scar area ultrasound 3 months interval Abdomen ultrasound 6 months interval Chest CT every year for 5 years IIC: see stage III	IIA/IIB: TBSE + H&P 4 months interval for 5 years (3 visits per year) then 6 months interval for 5 years NBU + abdomen ultrasound twice per year (visit 1 and visit 3) for 5 years then annually for 5 more years Scar area US (optional) CT or PET/CT 12 months interval (visit 2) for 5 years IIC: see stage III
Stage III	IIIA/B: see stage IIB/C IIIC/D: TBSE + H&P every 3-6 months for 2 years, every 3-12 months for 3 years then, annually for 5 years Consider chest/abdominal/pelvic CT or whole body FDG PET/CT + Brain MRI every 3-12 months for 3-5 years	TBSE + H&P every 3 months for 2 years, every 6 months during year 3, then annually for 5 years. CT or PET/CT every 3-12 months for the first three years	TBSE 6-12 months interval H&P 3 months interval for 2 years then 6 months interval for 3 years, then annually for 5 years CT or PET/CT 6-12 months interval for 3 years then annually NBU + scar area ultrasound 3 months interval for 5 years Abdomen ultrasound optional	TBSE + H&P 3 months interval (4 visits per year) for 5 years then 6 months interval for 5 years NBU + abdomen ultrasound 6 months interval (visit 1 and visit 3) for 5 years then annually for 5 more years Scar area US (optional) CT or PET/CT 6 months interval (visit 2 and visit 4) for 3 years then annually for 5 more years

Unless otherwise specified CT refers to whole body CT with intravenous contrast and PET/CT to whole body FDG combined PET/CT.
TBSE: total body skin examination with dermoscopic evaluation of cutaneous lesion; H&P: history and physical exam with palpation of nodal basins; melanoma surgical scar and surrounding area; NBU: nodal basin ultrasound; CT: computed tomography; PET/TC: positron emission tomography combined with computed tomography; SNB: sentinel node biopsy; LDH: lactate dehydrogenase.



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

Guidelines

European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2024



Claus Garbe ^{a,*1}, Teresa Amaral ^{a,1}, Ketty Peris ^b, Axel Hauschild ^c, Petr Arenberger ^d, Nicole Basset-Seguin ^e, Lars Bastholt ^f, Veronique Bataille ^g, Lieve Brochez ^h, Veronique del Marmol ⁱ, Brigitte Dréno ^j, Alexander M.M. Eggermont ^{k,l}, Maria Concetta Fargnoli ^m, Ana-Maria Forsea ⁿ, Christoph Höller ^o, Roland Kaufmann ^p, Nicole Kelleners-Smeets ^q, Aimilios Lallas ^r, Celeste Lebbé ^e, Ulrike Leiter ^a, Caterina Longo ^s, Josep Malvehy ^t, David Moreno-Ramirez ^u, Paul Nathan ^v, Giovanni Pellacani ^w, Philippe Saiag ^x, Eggert Stockfleth ^y, Alexander J. Stratigos ^z, Alexander C.J. Van Akkooi ^{aa}, Ricardo Vieira ^{ab}, Iris Zalaudek ^{ac}, Paul Lorigan ^{ad,2}, Mario Mandala ^{ae,2}, On behalf of the European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

Table 8

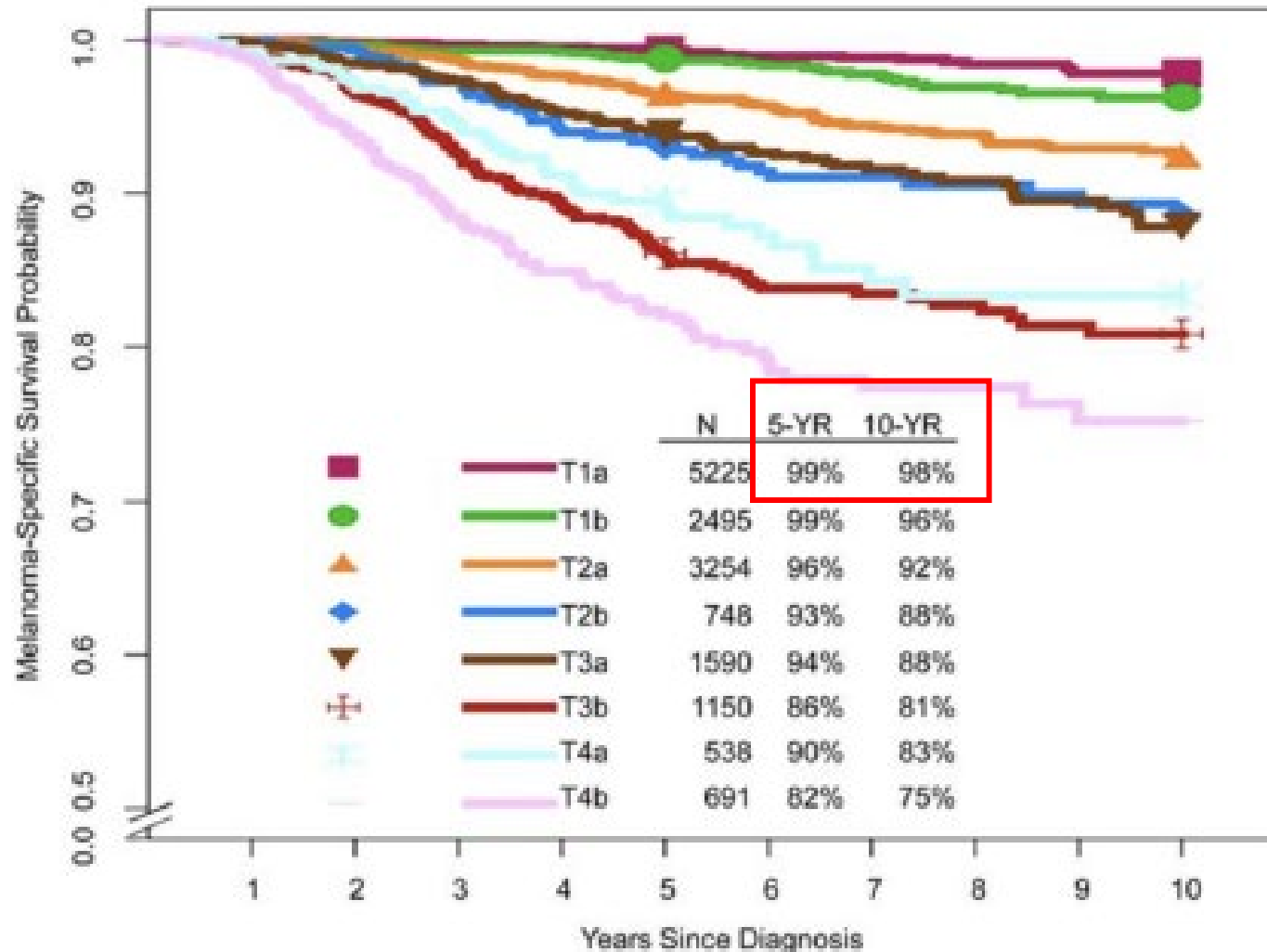
Example of follow-up schedule examinations in melanoma by stage.

Stage	Clinical-dermatological examination			Lymph node sonography		LDH, S-100		CT neck, thorax, abdominal, pelvic or PET-CT - MRI head	
	1 to 3	4 to 10	> 10	1 to 3	4 to 10	1 to 3	4 to 10	1 to 3	4 to 10
IA	6 m	12 m	12 m	-	-	-	-	-	-
IB-IIA	3 – 6 m	6 m	12 m	6 m	-	6 m	-	-	-
IIB-IIIC	3 m	6 m	12 m	3 – 6 m	-	3 – 6 m	-	6 m	-
IIID	3 m	6 m	12 m	3 – 6 m	-	3 – 6 m	-	3 – 6 m	-
IV NED(Resected, CR under therapy)	3 m	6 m	12 m	3 – 6 m	-	3 – 6 m	-	3 m	-
IV (M1a - M1d)(Distant metastasis)	Individual follow-up. Otherwise staging every 8 – 12 weeks is recommended ^d								

^d Standard of Care for Clinical Studies



Kaplan-Meier Melanoma-Specific Survival Curves According to T Subcategory for Patients With Stage I and II Melanoma From AJCC 8th



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon

SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

REGRESSIONE

Melanoma 0,5 mm (pT1a)
con regressione >75%
guancia sinistra



to confermato in altri studi (19, 27-29). È stato suggerito che la presenza di estesi fenomeni di regressione possa determinare una sottostadiazione del tumore primitivo. Sebbene l'interpretazione degli studi pregressi non sia ad oggi conclusiva a causa della scarsa standardizzazione dei criteri istopatologici utilizzati e della bassa riproducibilità interosservatore (27), si raccomanda di riportare nel referto l'estensione della regressione come assente vs presente <75% vs presente ≥75%, come suggerito dal CAP 2021 (30). Nei pazienti con

- La regressione sembra associarsi ad un rischio più basso di positività del linfonodo sentinella (>TILs) e in alcuni studi si associa ad una migliore prognosi
- Anche i MM occulti sembrerebbero avere una prognosi migliore.

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Bassa	<u>Nei pazienti con melanoma pT1a e con regressione >75% può essere consigliata la biopsia del linfonodo sentinella (21-23)</u>	Condizionata a favore



- Melanoma 0,5 mm (pT1a) con regressione >75% guancia sinistra



ECO LINFONODI PREOPERATORIA: linfadenopatie multiple latero-cervicali sinistra (max 16x9 mm), si consiglia agoaspirato



AGOBIOPSIA LINFONODO LC SINISTRO: quadro morfologico compatibile con tessuto tiroideo, verosimilmente secondario



TC TB: conferma le linfadenopatie LC sinistre

CEA e CALCITONINA nella norma

ECOGRAFIA TIROIDEA: nodulo tiroideo parzialmente esofitico lobo sinistro (6x5 mm)



Ampliamento melanoma e SLNB (0/1)

TIROIDECTOMIA: carcinoma papillifero con differenziazione follicolare, multifocale (4 e 8 mm) e invasione linfovaskolare
CLND LC sinistro: 5/27 positivi per metastasi da carcinoma papillifero



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon

CASI 4a-4b

Lentigo maligna - Melanoma (pTis)



Melanoma acrale 0,5 mm (pT1a)



PER RISPONDERE collegati con il tuo smartphone a: **meeter.it/yon**

 **SCUOLA DERMATOLOGICA**
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

YES ^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

4. Laddove disponibile, è corretto considerare la chirurgia di Mohs per l'asportazione chirurgica di casi analoghi di lentigo maligna o melanoma lentiginoso acrale?

1. Sì
2. No



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

Guidelines



European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 2: Treatment – Update 2024

Claus Garbe^{a,*1}, Teresa Amaral^{a,1}, Ketty Peris^b, Axel Hauschild^c, Petr Arenberger^d, Nicole Basset-Seguin^e, Lars Bastholt^f, Veronique Bataille^g, Lieve Brochez^h, Veronique del Marmolⁱ, Brigitte Dréno^j, Alexander M.M. Eggermont^{k,1}, Maria Concetta Fargnoli^m, Ana-Maria Forseaⁿ, Christoph Höller^o, Roland Kaufmann^p, Nicole Kelleners-Smeets^q, Aimilios Lallas^r, Celeste Lebbé^e, Ulrike Leiter^a, Caterina Longo^s, Josep Malvehy^t, David Moreno-Ramirez^u, Paul Nathan^v, Giovanni Pellacani^w, Philippe Saiag^x, Eggert Stockfleth^y, Alexander J. Stratigos^z, Alexander C.J. Van Akkooi^{aa}, Ricardo Vieira^{ab}, Iris Zalaudek^{ac}, Paul Lorigan^{ad,2}, Mario Mandala^{ae,2}, On behalf of the European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

Recommendation 5.

Microscopically controlled surgery	Consensus based recommendation
GCP	In some melanoma subtypes, such as <u>lentigo maligna melanoma</u> , and <u>nail unit melanomas</u> , <u>microscopically controlled surgery</u> can be used to spare tissue and to ensure complete resection.
	[31-33]
	Consensus rate: 95% (20/21) 1 abstention



LENTIGO MALIGNA

Table II. Clearance rates for primary MIS on the head and neck

Study	MIS cases, n	Treatment	Clearance rate with a 5- to 6-mm margin	Clearance rate with a 1-cm margin	Margin for 97% clearance	Comments
Jejurikar et al ¹	42	SE	35% at 7 mm	84% at 9 mm	11 mm	
Current study	1362	Mohs	79%	94%	12 mm	
Garcia et al ¹	27	Modified SE	55%	<93%	12 mm	
Mahoney et al ¹	10	SE	50% at 7 mm	70% at 9 mm	13 mm	Analysis included 9 recurrent MISs
de Vries et al ³	100	SE	49% at 3 mm	88% at 8 mm	13 mm	Analysis included 3 MISs on trunk and extremities
Abdelmalek et al ⁶	225	SE	72%	94%	13 mm	Analysis included few MISs on trunk and extremities
Walling et al ⁷	51	Modified SE	46%	83%	14 mm	Analysis included 10 invasive melanomas
Moller et al ⁸ and Glazer et al ¹⁹	127	SE	76%	94%	14 mm	
Moyer et al ⁹	564	SE	41%	75%	15 mm	
Felton et al ¹⁰	343	Mohs	65%	92%	15 mm	
Huilgol et al ¹¹	91	Modified SE	80%	95%	15 mm	
Albertini et al ¹²	42	Mohs	41%	57%	18 mm	Analysis included 3 recurrent MISs
Zalla et al ¹³	46	Mohs	50%	83%	19 mm	Analysis included 2 MISs on trunk and extremities and 2 recurrent MISs
Demirci et al ¹⁴	26	SE	15%	50%	25 mm	
Agarwal-Antal et al ¹⁵	92	SE	42%	69%	25 mm	Analysis included 23 MISs

Comparison of surgical margins for lentigo maligna versus melanoma in situ.
Kunishige et al. JAAD 2019

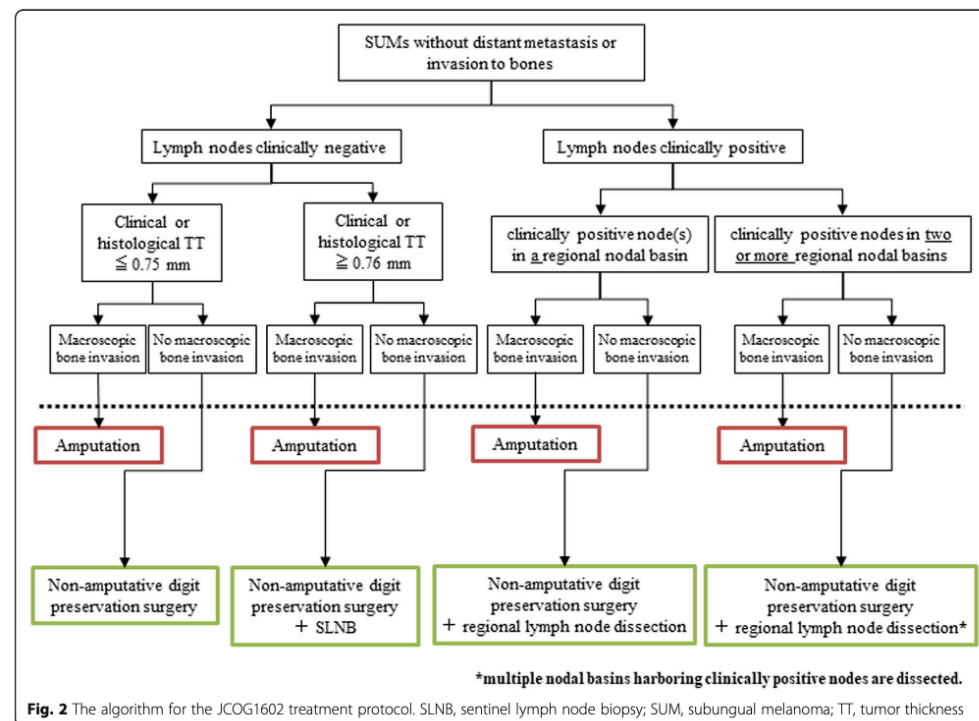
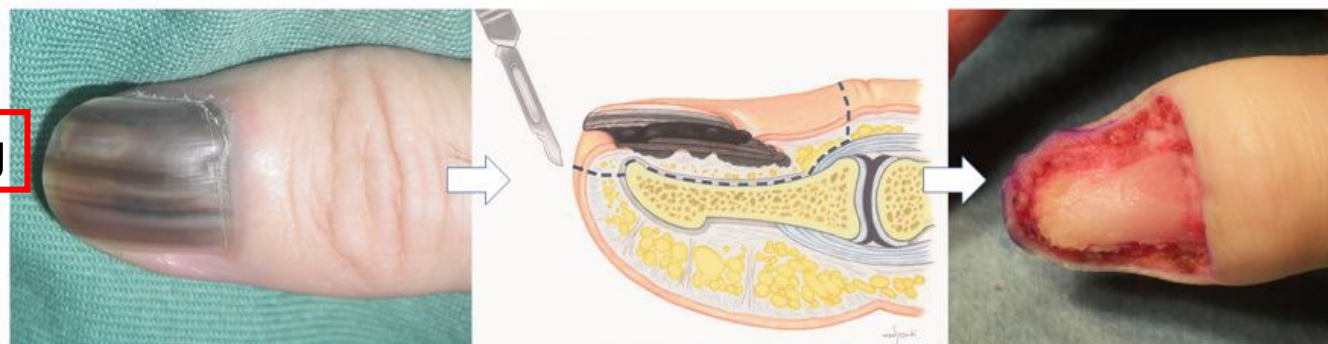
- Per lentigo maligna (o melanomi in situ) di grandi dimensioni, **in assenza di una chirurgia di Mohs**, margini chirurgici > 5 mm potrebbero essere necessari per raggiungere margini istologicamente negativi



STUDY PROTOCOL

Open Access

Confirmatory trial of non-amputative digit preservation surgery for subungual melanoma: Japan Clinical Oncology Group study (JCOG1602, J-NAIL study protocol)



Discussion: This is the first prospective trial to confirm the safety and efficacy of non-amputative digit preservation surgery for SUM without distant metastasis or bony invasion. The results of this trial could provide evidence to support this less-invasive surgery as a new standard of care to preserve adequately functioning digits.



CASO 5

- Paziente di 73 anni
- Melanoma 4,2 mm ulcerato (pT4b) I dito piede destro con satellitosi multiple



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025

YES^{or} NO

CONTEST
1° INCONTRO

5. In casi come questo, ovvero in presenza di satellitosi, è indispensabile effettuare la biopsia del linfonodo sentinella?

1. Sì
2. No



PER RISPONDERE
collegati con il tuo smartphone a:

meeter.it/yon



SCUOLA DERMATOLOGICA
SERGIO CHIMENTI

Dermatology Update
ROMA 21-22 Marzo 2025



CONTEST
1° INCONTRO

Tabella 3.4: Stadio patologico (pTNM) (AJCC 8a edizione)

Categoria N^^	N. di linfonodi regionali coinvolti	Metastasi in transit, satelliti, e/o microsatellitosi ^^^
N1	1 linfonodo coinvolto oppure metastasi in transit, satelliti e/o microsatellitosi in assenza di linfonodi regionali coinvolti	
N1a	a: 1 linfonodo clinicamente occulto (diagnosticato con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
N1b	b: 1 linfonodo dimostrato clinicamente	b: Assenti
N1c	c: Linfonodi regionali non coinvolti	c: Presenti
N2	2-3 linfonodi coinvolti oppure metastasi in transit, satelliti e/o microsatellitosi con 1 linfonodo regionale coinvolto	
N2a	a: 2 o 3 linfonodi clinicamente occulti (diagnosticati con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
N2b	b: 2 o 3 linfonodi, di cui almeno 1 dimostrato clinicamente	b: Assenti
N2c	c: 1 linfonodo clinicamente occulto o diagnosticato clinicamente	c: Presenti
N3	4 o più linfonodi coinvolti oppure metastasi in transit, satelliti e/o microsatellitosi con 2 o più linfonodi regionali coinvolti oppure qualsiasi numero di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti) con o senza metastasi in transit, satelliti e/o microsatellitosi	
N3a	a: 4 o più linfonodi clinicamente occulti (diagnosticati con biopsia del linfonodo sentinella)	a: Assenti
N3b	b: 4 o più linfonodi, di cui almeno 1 dimostrato clinicamente oppure presenza di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti), in qualsiasi numero	b: Assenti
N3c	c: 2 o più linfonodi clinicamente occulti o diagnosticati clinicamente e/o presenza di pacchetti linfonodali (linfonodi confluenti), in qualsiasi numero	c: Presenti

T	N	M	pTNM
Tis	N0	M0	0
T1a	N0	M0	IA
T1b	N0	M0	IA
T2a	N0	M0	IB
T2b	N0	M0	IIA
T3a	N0	M0	IIA
T3b	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T4b	N0	M0	IIC
T0	N1b, N1c	M0	IIIB
T0	N2b, N2c, N3b o N2c	M0	IIIC
T1a/b-T2a	N1a o N2a	M0	IIIA
T1a/b-T2a	N1b/c o N2b	M0	IIIB
T2b/T3a	N1a-N2b	M0	IIIB
T1a-T3a	N2c o N3a/b/c	M0	IIIC
T3b/T4a	Qualsiasi N \geq N1	M0	IIIC
T4b	N1a-N2c	M0	IIIC
T4b	N3a/b/c	M0	IIID
Qualsiasi T, Tis	Qualsiasi N	M1	IV



ROMA 21-22 Marzo 2025



Dott. Francesco Ricci

**MELANOMA UNIT IDI - IRCCS
UOC DERMATOLOGIA CHIRURGICA E
ONCOLOGICA**

YES^{or} NO **CONTEST 1° INCONTRO 2025**

Dermatology Update

