

15. Behandling af børn med melanom

Jørgen Lock-Andersen, Grethe Schmidt, Karin Dahlstrøm, Krzysztof T. Drzewiecki

Ansvarlig: Jørgen Lock-Andersen. Opdateret: 11-03-2012

Ved børn forstås her personer med alder < 15 år, idet puberteten sætter ind mellem 10 og 14 år og melanom forekomst stiger brat efter puberteten og ligner forekomsten hos voksne.[1-4]

Melanom hos børn, inkl. in-situ melanom er en sjælden sygdom men forekommer fra 1. leveår og fremefter.[1-3] De kendte risikofaktorer for melanomudvikling hos børn er; familiær disposition, kongenitte nævi, immundefekter og xeroderma pigmentosum.[5-7] Risikoestimer er overordentlige usikre, hvilket også omfatter risiko for malign udvikling i kongenitte nævi, både gigantnævi og multiple nævi.

Livstidsrisikoen for melanom udvikling i kongenitte gigantnævi er angivet til mellem 1 % og 31 %.[5-7]

Malignitetsrisikoen for gigantnævus og mindre kongenitte nævi er formentlig relateret til størrelse af det samlede nævusområde. Fjernelse/reduktion af større kongenitte nævi i neonatalperioden eller barnealderen ved dermabrasio, curretage eller partiel excision eliminerer ikke risikoen for senere udvikling af melanom, da behandlingen ikke fjerner de dybt beliggende melanocytter.[8]

Forekomsten af melanom hos børn i Danmark er lav men stigende.[1-3] Tre børn diagnosticeres årligt med melanom.[1-3]

Data vedr. forekomsten, diagnostik, behandling og overlevelsesstatistik er vanskeligt at sammenligne publikationer i mellem. Materialerne er selekterede og inkl. børn/voksne op til og med 19 år.

Diagnosen melanom stilles ofte relativ sent hos børn og der er vanskelige histologiske grænseflader især overfor det benigne Spitz nævus.[9-12] Børn under 15 år diagnosticeres med tykkere melanom end i aldersgruppen 15-19 år.[4, 13]

Tumortykkelse er den vigtigste prognostiske faktor og med en dårligere prognose for aldersgruppen 0-14-årige i forhold til 15-19-årige.[4, 14] Antallet af positive sentinelle lymfeknuder stiger med stigende tumortykkelse.[4] Børn i alderen < 10 år har større risiko (53% ift. 34% for børn i aldersgruppen 10-17 år) for positive sentinelle lymfeknuder end børn efter puberteten.[4] Denne risiko reduceres med 13 % for hvert år af stigende alder.[4] Melanom hos børn inden puberteten er formentlig mere aggressiv end efter puberteten.[4, 11, 15] Sentinel node biopsi bør overvejes hos børn med tynde melanomer. Behandlingen bør i øvrigt følge retningslinier for behandling af melanom hos voksne.[4, 14-20]

Tabel 15. Anbefaling for behandling af børn (< 15 år) med melanom	Evidensniveau	Anbefalingsgrad	Referencer
---	---------------	-----------------	------------

Reference List

1. Sundhedsstyrelsen, Cancerregisteret. 2008.
Ref Type: Report
2. Sundhedsstyrelsen, Cancerregisteret. 2009.
Ref Type: Report
3. Sundhedsstyrelsen, Cancerregisteret. 2010.
Ref Type: Report
4. Moore-Olufemi S, Herzog C, Warneke C, Gershenwald JE, Mansfield P, Ross M *et al.* Outcomes in pediatric melanoma: comparing prepubertal to adolescent pediatric patients. *Ann Surg* 2011; **253**(6): 1211-1215.
5. Bett BJ. Large or multiple congenital melanocytic nevi: occurrence of cutaneous melanoma in 1008 persons. *J Am Acad Dermatol* 2005; **52**(5): 793-797.
6. Hamm H, Hoger PH. Skin tumors in childhood. *Dtsch Arztebl Int* 2011; **108**(20): 347-353.
7. Lorentzen M, Pers M, Bretteville-Jensen G. The incidence of malignant transformation in giant pigmented nevi. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1977; **11**(2): 163-167.
8. Bohn J, Svensson H, Aberg M. Dermabrasion of large congenital melanocytic naevi in neonates. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2000; **34**(4): 321-326.
9. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Skin Tumours*. Lyon: IARC Press, 2006.
10. Barnhill RL. Childhood melanoma. *Semin Diagn Pathol* 1998; **15**(3): 189-194.
11. Kapur P, Selim MA, Roy LC, Yegappan M, Weinberg AG, Hoang MP. Spitz nevi and atypical Spitz nevi/tumors: a histologic and immunohistochemical analysis. *Mod Pathol* 2005; **18**(2): 197-204.
12. Partoft S, Osterlind A, Hou-Jensen K, Drzewiecki KT. Malignant melanoma of the skin in children (0 to 14 years of age) in Denmark, 1943-1982. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1989; **23**(1): 55-58.
13. Karlsson PM, Fredrikson M. Cutaneous malignant melanoma in children and adolescents in Sweden, 1993-2002: the increasing trend is broken. *Int J Cancer* 2007; **121**(2): 323-328.

14. Sander B, Karlsson P, Rosdahl I, Westermark P, Boeryd B. Cutaneous malignant melanoma in Swedish children and teenagers 1973-1992: a clinico-pathological study of 130 cases. *Int J Cancer* 1999; **80**(5): 646-651.
15. Lange JR, Palis BE, Chang DC, Soong SJ, Balch CM. Melanoma in children and teenagers: an analysis of patients from the National Cancer Data Base. *J Clin Oncol* 2007; **25**(11): 1363-1368.
16. Australian Cancer Network Melanoma Guidelines Revision Working Party. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand*. Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney and New Zealand Guidelines Group, Wellington. 2008.
17. Butter A, Hui T, Chapdelaine J, Beaunoyer M, Flageole H, Bouchard S. Melanoma in children and the use of sentinel lymph node biopsy. *J Pediatr Surg* 2005; **40**(5): 797-800.
18. Marsden JR, Newton-Bishop JA, Burrows L, Cook M, Corrie PG, Cox NH *et al*. Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; **63**(9): 1401-1419.
19. Roaten JB, Partrick DA, Bensard D, Pearlman N, Gonzalez R, Fitzpatrick J *et al*. Survival in sentinel lymph node-positive pediatric melanoma. *J Pediatr Surg* 2005; **40**(6): 988-992.
20. Shaw HM, Thompson JF. Cutaneous melanoma in childhood: incidence and prognosis. In: *Textbook of melanoma*. Thompson JF, Morton DL, Kroon BBR (editors). Martin Dunitz; 2004.