

Billeddiagnostisk er MR-skanning [2-4] og translabial ultralydsskanning [5] bedre end transvaginal ultralydsskanning og PET-CT til diagnosticering af vaginale leiomyomer.

Forløbet illustrerer, at man som kliniker altid skal huske på de sjældne differentialdiagnoser.

**KORRESPONDANCE:** Marie Sørensen, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Hillerød Hospital, 3400 Hillerød. E mail: sorensenmarie@hotmail.com

**ANTAGET:** 20. august 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 6. december

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

#### LITTERATUR

1. Young SB, Rose PG, Reuter KL. Vaginal fibromyomata: two cases with preoperative assessment, resection, and reconstruction. *Obstet Gynecol* 1991;78(5 Pt 2):972-4.
2. Shimada K, Ohashi I, Shibuya H et al. MR imaging of an atypical vaginal leiomyoma. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:752-4.
3. Hubert KC, Remer EM, Rackley RR et al. Clinical and magnetic resonance imaging characteristics of vaginal and paraurethral leiomyomas: can they be diagnosed before surgery? *BJU Int* 2010;105:1686-8.
4. Scialpi M, Benagiano G, Frati S et al. Magnetic resonance imaging features of myxoid leiomyoma of the vagina: A case report. *Indian J Radiol Imaging* 2009;19:238-41.
5. Torreggiani W, Zwirewich C, Lyburn I et al. Translabial sonography of vaginal fibroids: report of 2 cases and review of the literature. *J Ultrasound Med* 2001;20:909-13.

## Usædvanlig langtidsoverlevelse efter ikke-radikal behandling af oral slimhindemelanom

Hilde Højmyr<sup>1</sup>, Marie Louise von Sperling<sup>1</sup> & Christer Swan Andreassen<sup>2</sup>

Primære maligne melanomer i slimhinder (SHMM) udgør 1% af alle maligne melanomer og er kendt for at være aggressive.

Forsinket diagnostik grundet anatomisk placering og velvaskulariseret mucosa, der fører til tidlig metastasering, menes at være medvirkende til den dårlige prognose.

Halvdelen af alle SHMM findes i hoved- og halsregionen, heraf 50% i oral mucosa, hvor prædilektionssteder er gane og gingiva. Incidensen af orale SHMM er 0,1 pr. 100.000 pr. år [1] og er langt højere hos japanere end hos kaukasider [2]. En tredjedel op-

står i lentigo (eksisterende pigmenterede læsioner). Ætiologien er ukendt, og den eneste behandling, der er evidens for, er radikal kirurgisk excision. Den gennemsnitlige femårsoverlevelse for personer med orale SHMM er på 15%.

Signifikante prognostiske faktorer ved diagnosticering er avanceret klinisk stadie, tykkelse over 5 mm, karinvasion og fjernmetastasering [3]. Vi dokumenterer her et usædvanligt og langt forløb i plastikkirurgisk regi, hvor man i øre-næse-halskirurgisk (ØNH) og onkologisk regi ikke havde et behandlingstilbud til patienten.

#### KASUISTIK

1) Plastikkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aalborg Sygehus  
2) Øre-Næse-Halsafdeling H, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus

#### FIGUR 1

**A.** Udbredt melanose på indersiden af overlæben (2005). (Foto: Edmund Kandborg, Dermatologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus). **B.** Melanose af læbens inder- og yderside samt omgivende hud (2010). **C.** Fuldt funktionelt og acceptabelt kosmetisk resultat efter lokale rekonstruktioner (2010). (Foto: Eva Carlsson, Foto-AV-afdelingen, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus)



## SYGEHISTORIE

En 65-årig mand blev i 2008 henvist til Plastikkirurgisk Afdeling på Aalborg Sygehus med to inkomplet fjernede SHMM (tykkelse 3,89 mm og 0,83 mm) i mundslimhinden. Patienten havde haft udbredt melanose i slimhinden, prolabet og huden ved højre mundvig igennem en årrække, indtil der i 1995 første gang opstod en hurtigt voksende nodulus i underlæbens pigmenterede område. Histologien efter kirurgisk excision og samtidig rekonstruktion ved ØNH viste SHMM (3,50 mm) med in situ-forandringer i resektionsrandene. Der var ingen kliniske, biokemiske eller radiologiske tegn på regional- eller fjernmetastaser.

Patienten blev fulgt i onkologisk regi med kliniske kontroller efter en protokol som ved kutane melanomer: hver tredje måned de første to år, derefter hver sjette måned indtil det femte år, hvorefter kontrollen blev afsluttet. Tre år senere blev kontrollerne genoptaget pga. tiltagende melanose. Gentagne biopsier viste atypisk melanocytær proliferation uden manifest malignitet, og man fortsatte derfor med kontrollerne (**Figur 1A**). Dermatologisk behandling med yttriumaluminiumgranat (YAG)-laser gav et acceptabelt kosmetisk resultat. Tretten år efter det første SHMM opstod der to tumorer i det pigmenterede område i overlæben.

Patienten blev som nævnt indledningsvis, henvist til Plastikkirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus, hvor der blev konstateret inkomplet fjernelse. Der var nu melanose af store dele af prolabet og indersiden af læbeslimhinden i over- og undermund samt gingiva op til sulcus alveolobuccalis, strækkende sig fra højre til venstre angulus oris. Reexcision i 1 cm afstand og rekonstruktion med en aksial myokutan kindlap blev foretaget.

Et år senere blev yderligere et SHMM (1,30 mm) i overlæben excideret med samtidig rekonstruktion med en lokal slimhindelap. Patienten levede to år senere recidivfrit uden tegn på metastatisk sygdom (**Figur 1B** og **Figur 1C**).

## DISKUSSION

Der beskrives 15 års opfølgning af en patient, der havde i alt fire tykke orale SHMM uden dissemineret sygdom.

Standardterapi ved SHMM er radikal kirurgisk resektion, der i dette tilfælde ville medføre uacceptable funktionelle og kosmetiske resultater med fjernelse af overkæbe, læber og underkæbe. I plastikkirurgisk regi er der i to omgange foretaget resektion og rekonstruktion i pallierende øjemed, og begge gange er der efterladt prækankroser i det omgivende væv.

Fremgangsmåden har vist sin relevans, og det er tvivlsomt, om patienten ville have accepteret en anden strategi.

I litteraturen er der foreslået både mikro- og makrostadieinddeling af SHMM [4]. I det her omtalte tilfælde valgte man ikke at lave definitiv stadietildeling pga. den terapeutiske konsekvens, det ville have for patienten, der ikke havde et behandlingstilbud i ØNH eller onkologisk regi.

Operatøren efterspurgte ikke positronemissionstomografi (PET) eller *sentinel node*-biopsi, som ikke var en mulighed, da forløbet startede, og ikke er relevant ved pallierende kirurgi i plastikkirurgisk regi. Positive fund ville kun kunne bruges som argument for ikke at fortage kirurgisk intervention. PET med henblik på makroskopisk stadietildeling af SHMM skal efter forfatterens mening udføres, når radikal behandling er en mulighed.

Nyere udvikling inden for radioterapi [4] og brug af tyrosinkinaserceptorinhibitorer (imatinib) [5] forbedrer mulighederne for adjuverende behandling af SHMM. Metoderne vil i fremtidig onkologisk regi kunne vurderes som alternativ eller supplement til pallierende kirurgi.

**KORRESPONDANCE:** Hilde Højmyr, Plastikkirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus Syd, 9000 Aalborg. E-mail: hiho@rn.dk

**ANTAGET:** 7. oktober 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 29. november 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSER:** Jørn Larsen takkes for ide, faglig støtte og inspiration, og Eva Spaun takkes for patologisk ekspertise

## LITTERATUR

- Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol* 2000;36:152-69.
- Yanagi T, Mizoe J, Hasegawa A et al. Mucosal malignant melanoma of the head and neck treated by carbon ion radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;74:15-20.
- Patel SG, Prasad ML, Escrig M et al. Primary mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Head Neck* 2002;24:247-57.
- Moreno MA, Hanna EY. Management of mucosal melanomas of the head and neck: did we make any progress? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;18:101-6.
- Smalley K, Sondak V, Weber J. c-KIT signaling as the driving oncogenic event in sub-groups of melanomas. *Histol Histopathol* 2009;24:643-50.