



Børnecancerfonden *informerer*

levertumorer hos børn

*Hepatoblastom
– Hepatocellulært carcinom*

børne | cancer | fonden

levertumorer hos børn

*Hepatoblastom
– Hepatocellulært carcinom*

Fra de danske børnekræftafdelinger i Aalborg, Århus, Odense og København, januar 2012.

FOREKOMST

Ondartede levertumorer (hepatoblastom og hepatocellulært carcinom) er meget sjældne hos børn. Der diagnosticeres et til fem nye tilfælde årligt hos børn under 15 år i Danmark. Hepatoblastom rammer typisk små børn under fem års alderen. Hepatocellulært carcinom ses derimod oftest hos børn over ti års alderen, samt hos børn der lider af særlige stofskiftesygdomme.

Årsagen til, at svulsten udvikles, kendes ikke.

SYGDOMSTEGN

Det første sygdomstegn er oftest "en stor mave" eller en svulst, der kan føles, eventuelt også ses, i højre side af maven. Dårlig appetit og opkastninger, vægttab, feber, træthed, blodmangel og gulsot kan også forekomme.

UNDERSØGELSER

Svulsten påvises ved ultralydsscanning og MR- eller CT-scanning af bughulen. Disse undersøgelser vil kunne fastslå svulstens beliggenhed, størrelse og spredning i og udenfor leveren. For at holde øje med mulige bivirkninger af cellegiften undersøges flere organfunktioner undervejs.

De fleste hepatoblastomer producerer og udskiller hormonlignende stoffer, som for eksempel alpha-føtoprotein og humant choriongonadotropin, som kan anvendes som tumormarkører. Koncentrationen af disse stoffer kan måles i serum og urin og vil være forhøjet i ca. 90 procent af tilfældene.

Den endelige diagnose bliver stillet ved mikroskopi af vævsprøve udtaget fra svulsten ved en operation eller ved en ultralydsvejledt finnålsbiopsi. Begge undersøgelser udføres under fuld bedøvelse. Udtagelse af vævsprøve kan undlades, hvis den endelige diagnose kan stilles på svulstens typiske ud-

seende ved scanningen kombineret med forhøjet koncentration af tumormarkører. På diagnosetidspunktet undersøges også for spredning af sygdommen. Dette gøres ved hjælp af for eksempel røntgenundersøgelser eller scanninger af brystkassen, samt ved isotop-scanning af skelettet og ved knoglemarvsundersøgelse.

RISIKOGRUPPER

Hepatoblastomerne klassificeres i standard- og højrisiko grupper. Standard risiko tumorer er begrænsede til leveren og inddrager maksimalt tre af leverens fire afsnit. Højrisiko gruppen inkluderer tumorer, der inddrager alle fire afsnit af leveren, med eller uden sygdomsspredning udenfor leveren, samt alle tumorer med sygdomsspredning udenfor leveren.

BEHANDLING

Behandlingen kombinerer kemoterapi og operation og gennemføres i et samarbejde mellem børnekræftlæger og kirurger.

Danske behandlingscentre deltager sammen med andre afdelinger fra en række europæiske lande i et samarbejde, som har til formål at forbedre behandlingen af levertumorer. Dette samarbejde har fungeret i en lang årrække,

og den behandling, som i dag tilbydes børnene, er baseret på mange års erfaring fra tidligere behandlinger. I nogle tilfælde (hvor lægerne ikke ved, om en behandling er bedre end en anden) vil der blive forespurgt, om man på frivillig basis vil deltage i lodtrækning mellem to behandlingsmuligheder.

I de fleste tilfælde indledes behandlingen med kemoterapi omfattende forskellige kombinationer af cytostatika (cellegifte), som vil afhænge af tumorens risikoklassificering. Effekten af behandlingen vurderes løbende med ultralyd-, MR- eller CT-scanning af bughulen og eventuelt af lunger.

Operativ fjernelse af tumoren søges gennemført efter fire til seks behandlingsserier. Operation efterfølges af en mere kortvarig kemoterapi.

Hvis levertumoren ikke kan fjernes selv efter kemoterapi, og hvis der ikke findes sygdomsspredning, kan levertransplantation overvejes.

I sjældne tilfælde kan svulsten fjernes uden forudgående kemoterapi, særlig hvis man mistænker et hepatocellulært carcinom, og der er gode muligheder for tumorjernelse. Der gives i så fald efterfølgende kemoterapi for at hindre sygdomstilbagefald.

PROGNOSE

Behandlingsresultaterne for hepatoblastom er forbedret betydeligt i løbet af de sidste 20 år. Anvendelse af kemoterapi før operation med nyere cytostatika (cisplatin, carboplatin) tillader nu komplet fjernelse af tumoren i langt flere tilfælde, end det tidligere var muligt.

Chancerne for helbredelse er derfor særdeles gode for børn med lokaliseret hepatoblastom. Ved standard risiko sygdom overlever 85-100 procent af børnene. Overlevelse efter levertransplantation ligger næsten på samme niveau. Ved sygdomsspredning, der ikke svinder på kemoterapi, og ved hepatocellulært carcinom er behandlingsresultaterne fortsat mindre gode.

Børnecancerfonden

Dampfærgevej 22
Postboks 847
2100 København Ø

t: 3555 4833

børne | cancer | fonden

m: kontakt@boernecancerfonden.dk

w: boernecancerfonden.dk