

Iris Wohlmuth¹, Emmanuella Guenova^{2,3}

Zusammenfassung der kürzlich veröffentlichten Konsensusempfehlungen zur Diagnose, Stadieneinteilung und Behandlung von Mycosis fungoides im Frühstadium bei Kindern

- ¹ Abteilung für Dermatologie und Allergologie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Salzburg, Österreich.
- ² Abteilung für Dermatologie, Universitätsspital Lausanne und Universität Lausanne, Lausanne, Schweiz; und Abteilung für translationale Immunodermatologie, Kepler-Universitätsklinik, Johannes Kepler Universität, Linz, Österreich.
- ³ Klinisches Forschungsinstitut für Entzündungsmedizin, Johannes Kepler Universität, Linz, Österreich.

Einleitung

Mycosis fungoides (MF), die häufigste Form des kutanen T-Zell-Lymphoms, tritt bei Kindern und Jugendlichen selten auf. Im Vergleich zu Erwachsenen zeigen fast alle pädiatrischen Fälle ein frühes Stadium, eine höhere Häufigkeit atypischer Varianten und einen deutlich indolenten Verlauf. Um diesen altersspezifischen Merkmalen Rechnung zu tragen, haben drei große Lymphom-Netzwerke – die International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL), die European Organisation for Research and Treatment of Cancer – Cutaneous Lymphoma Tumour Group (EORTC-CLTG) und das United States Cutaneous Lymphoma Consortium (USCLC) – zusammengearbeitet und eine Leitlinie für die Diagnose, Stadieneinteilung und Behandlung von Mycosis fungoides im Frühstadium bei Kindern erstellt. Dieser Beitrag fasst die wichtigsten Aussagen der Leitlinie (Teil 1 und Teil 2) zusammen [1, 2].

Diagnose und Stadieneinteilung

Die pädiatrische MF wurde von den Panelteilnehmern als MF definiert, die bei Personen im Alter von 18 Jahren oder jünger diagnostiziert wurde. Die häufigsten Erscheinungsformen der MF im Kindesalter waren die hypopigmentierte MF, gefolgt von der folliculotropen MF (FMF). Hypopigmentierte MF ähnelt oft gutartigen Dermatosen wie Vitiligo oder Pityriasis alba [3]. FMF tritt bei Kindern im Vergleich zu Erwachsenen überproportional häufig auf und kann Keratosis pilaris oder akneiformen Hautausschlägen ähneln. Sie ist mit einer relativen Resistenz gegenüber hautgerichteten Therapien verbunden [4, 5].

Iris Wohlmuth¹, Emmanuella Guenova^{2,3}

A summary of the recently published consensus recommendations for the diagnosis, staging, and treatment of early-stage pediatric mycosis fungoides

- ¹ Department of Dermatology and Allergology, Paracelsus Medical Private University, Salzburg, Austria
- ² Department of Dermatology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland; and Department of Translational Immunodermatology, Kepler University Hospital, Johannes Kepler University Linz, Linz, Austria
- ³ Clinical Research Institute for Inflammation Medicine, Johannes Kepler University Linz, Linz, Austria

Introduction

Mycosis fungoides (MF), the most common type of cutaneous T-cell lymphoma, occurs infrequently in children and adolescents. Compared with adults, nearly all pediatric cases present at an early stage, show higher frequencies of atypical variants, and exhibit a distinctly indolent course. To address these age-specific features, three major lymphoma networks—The International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL), the European Organisation for Research and Treatment of cancer—Cutaneous Lymphoma Tumour Group (EORTC-CLTG), and the United States Cutaneous Lymphoma Consortium (USCLC) worked to establish a guideline addressing the diagnosis, staging, and treatment of early-stage mycosis fungoides in the pediatric age group. The following article summarizes the key messages conveyed in the guideline (Part 1 and Part 2) [1, 2].

Diagnosis and staging

Pediatric MF was defined as MF diagnosed in individuals aged 18 years or younger by the panelists. The most frequent presentations of MF in childhood identified were hypopigmented MF followed by folliculotropic MF (FMF). Hypopigmented MF often mimics benign dermatoses such as vitiligo or pityriasis alba [3]. FMF is much more common in children than in adults, in children compared with adults, may resemble keratosis pilaris or acneiform eruptions, and is associated with relative resistance to skin-directed therapies [4, 5].

Histologisch weist pädiatrisches MF häufig einen CD8+-Immunphänotyp auf, insbesondere bei hypopigmentierten Varianten, im Gegensatz zu der bei Erwachsenen typischerweise beobachteten CD4+-Dominanz [6]. FMF bei Kindern behält in der Regel ein CD4+-Profil bei. [4] Diese Überschneidungen mit entzündlichen Dermatosen erfordern eine sorgfältige klinisch-pathologische Korrelation.

Die Stadieneinteilung orientiert sich an der TNMB-Klassifikation für Erwachsene [7, 8], wurde jedoch für Kinder modifiziert. Die Panelteilnehmer waren sich einig, dass in frühen Stadien der MF die Bildgebung auf Ultraschalluntersuchungen der peripheren Lymphknoten und des Abdomens beschränkt werden sollte, optional ergänzt durch eine Röntgenaufnahme des Thorax, um die Strahlenbelastung gering zu halten. CT und PET-CT sollten in frühen Stadien aufgrund der langfristigen Risiken ionisierender Strahlung vermieden werden. Bei der Beurteilung der Lymphadenopathie muss die hohe Prävalenz gutartiger reaktiver Lymphknoten bei Kindern berücksichtigt werden [1].

Obwohl eine Beteiligung des Blutes in der pädiatrischen Altersgruppe selten ist, kam das Gremium des Stagings zu dem Konsens, dass die Durchflusszytometrie Teil des Stagings bei pädiatrischer MF sein sollte. [1]

Tab. 1 fasst die Empfehlungen für die Diagnose und Stadieneinteilung bei pädiatrischer Mycosis fungoides im Frühstadium bei der Erstvorstellung zusammen.

Diagnose:
■ Körperliche Untersuchung
■ Biopsie, einschließlich Immunhistochemie und Beurteilung der T-Zell-Klonalität
■ Routinemäßige Blutuntersuchungen, einschließlich Laktatdehydrogenase (LDH)
Stadieneinteilung:^a
■ Durchflusszytometrie-Analyse des peripheren Blutes ^b
■ Eine weiterführende Bildgebung der Lymphknoten sollte, falls erforderlich, auf den Ultraschallbefunden basieren
□ Bei Vergrößerung ist die Beurteilung und Behandlung gemäß der derzeitigen für die pädiatrische Altersgruppe empfohlenen Vorgehensweise
^a Die Untersuchungen zur Stadieneinteilung bei fortgeschrittener Mycosis fungoides im Kindesalter entsprechen denen bei Erwachsenen.
^b Eine Auswertung des Blutausstrichs zur Sézary-Zell-Analyse ist nicht mehr erforderlich.
Diese Tabelle basiert auf der Tabelle aus der Originalveröffentlichung der zusammengefassten Leitlinie [1].

Tabelle 1. Empfehlungen für Diagnose- und Staging-Untersuchungen bei pädiatrischer Mycosis fungoides im Frühstadium bei Erstvorstellung [1].

Histologically, pediatric MF frequently demonstrates a CD8+ immunophenotype, particularly in hypopigmented variants, thus differing from the CD4+-predominant immunophenotype typical observed in adults [6]. FMF in children usually retains a CD4+ profile [4]. This overlaps with that of inflammatory dermatoses, necessitating careful clinicopathological correlation.

Staging is guided by the adult TNMB system of classification [7, 8], albeit that which has been modified for children. The panelists agreed that in early-stage MF, imaging should be limited to ultrasound of the peripheral lymph nodes and abdomen, with optional chest radiography, in order to minimize radiation exposure. CT and PET-CT should be avoided in early-stage cases due to the long-term risks of exposure to ionizing radiation. The evaluation of lymphadenopathy must consider the high prevalence of benign reactive nodes in children [1].

Although blood involvement is rare in the pediatric age group, the panel reached a consensus that flow cytometry should be part of the the staging in in pediatric MF [1].

Tab. 1 summarizes the recommendations for diagnosis and staging investigations in early-stage pediatric mycosis fungoides upon initial presentation.

Diagnosis:
■ Physical examination
■ Biopsy, including immunohistochemistry and T-cell clonality assessment
■ Routine blood lab tests, including for lactate dehydrogenase
Staging:^a
■ Flow cytometry analysis of peripheral blood ^b
■ Further imaging of the lymph nodes should, if necessary, be based on the ultrasound findings.
□ If enlarged, evaluate and manage according to the current approach recommended in the paediatric age group
^a Staging investigations in advanced-stage presentation of pediatric mycosis fungoides are similar to those for adults.
^b An evaluation of blood smear for Sézary cell analysis is no longer required.
This table is based on the one found in the original publication of the summarized guideline [1].

Table 1. Recommendations for diagnosis and staging investigations in early-stage pediatric mycosis fungoides upon initial presentation [1].

Behandlung

Therapeutische Ansätze im Frühstadium der MF sind primär hautgerichtet und orientieren sich an Leitlinien für Erwachsene [8, 9], wurde jedoch auch angepasst, um Sicherheit und Therapietreue bei Kindern zu optimieren [2].

1. Beobachtendes Abwarten: Bei einer Patch-MF im Stadium IA kann aufgrund ihres indolenten Verlaufs ein abwarten des Vorgehen gerechtfertigt sein [10]. Der Konsens war geteilt, und die Einbeziehung der Eltern in die Entscheidungsfindung ist unerlässlich.
2. Topische Kortikosteroide (TCS): TCS werden häufig im Frühstadium der MF eingesetzt und sind bei Erkrankungen im Patch-Stadium wirksam. [7, 8]. In pädiatrischen Serien induzierten topische Steroide bei einem erheblichen Anteil der Patienten eine partielle oder vollständige Remission [11]. Es werden kurze intensive Behandlungen mit anschließender Erhaltungstherapie empfohlen, wobei bei ausgedehnten Erkrankungen die systemische Resorption sorgfältig überwacht werden muss [2].
3. Phototherapie: Schmalband-UVB (NB-UVB) ist die erste Wahl bei Flecken und dünnen Plaques mit einer durchschnittlichen Gesamtansprechrate von etwa 71% [12]. Hypopigmentierte MF spricht sehr gut auf NB-UVB an, während FMF weniger gut anspricht, obwohl einige Kohorten günstige Ergebnisse gezeigt haben [12]. Die Sicherheitsdaten bei Kindern stammen größtenteils aus Psoriasis-Studien und deuten auf ein geringes Karzinogenitätsrisiko hin [13, 14].
4. UVA-basierte Therapien sind für dickere Plaques und FMF indiziert. Während orales PUVA bei FMF eine überlegene Wirksamkeit aufweist, ist seine Anwendung bei Patches und dünnen Plaques bei Kindern aufgrund des Risikos von Katarakten und nicht-melanotischem Hautkrebs eingeschränkt. Sicherere Alternativen sind PUVA-Bäder, UVA1 oder eine Kombination aus UVA und NB-UVB [15]. Eine Erhaltungstherapie mit Phototherapie wird bei Kindern aufgrund der kumulativen UV-Schädigung und der logistischen Belastungen generell nicht empfohlen [15].
5. Topische Chemotherapeutika und Retinoide: Für Mechlorethamin liegen nur begrenzte pädiatrische Daten vor, und es hat erhebliche kutane Nebenwirkungen [16]. Bexaroten-Gel wird bei Kindern selten angewendet und sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben [6].
6. Strahlentherapie: Eine lokalisierte Strahlentherapie kann bei uniläsionalem MF in Betracht gezogen werden, aber die Karzinogenität der Therapie schränkt ihre Anwendung bei Kindern ein. Eine Ganzkörper-Elektronenstrahlentherapie wird nur als letztes Mittel empfohlen – Daten bei Kindern sind selten [17].
7. Systemische Therapie: Retinoide wie Acitretin und Isotretinoin werden bei refraktären Fällen bevorzugt, gestützt durch pädiatrische Erfahrungen bei anderen Dermatosen. Methotrexat ist eine weitere praktikable Option [18]. Interferon-alpha ist wirksam, aber weniger sicher [19]. Biologika wie Dupilumab, das bei atopischer Dermatitis eingesetzt wird, können CTCL verschlimmern oder erstmals manifest werden und müssen bei Verdacht auf MF vermieden werden [20].

Treatment

Therapeutic approaches in early-stage MF are primarily skin-directed and refer to adult guidelines [8, 9], but have also been modified to optimize safety and adherence in children [2].

1. Observation (watch-and-wait): An expectant approach may be justified in stage IA patch MF, given its indolent natural course [10]. The consensus was divided, and parental involvement in decision-making is essential.
2. Topical corticosteroids (TCSs): Widely used in early stage disease, and they are effective for the patch stage [7, 8]. In pediatric series, topical steroids have been shown to induce partial or complete responses in a substantial proportion of patients [11]. Short intensive courses followed by maintenance are recommended, with careful monitoring for systemic absorption in cases of extensive disease [2].
3. Phototherapy: Narrowband UVB (NB-UVB) is first-line treatment for patch and thin plaque disease, with an average overall response rate of about 71% [12]. Hypopigmented MF responds favorably to NB-UVB whereas FMF is less responsive, although some cohorts have shown favorable outcomes [12]. Safety data in children are largely extrapolated from those reported by psoriasis studies and suggest that the carcinogenic risk is low [13, 14].
4. UVA-based therapies are indicated for thicker plaques and FMF. While oral PUVA has superior efficacy in FMF, its use in children is limited due to the risks of cataracts and non-melanoma skin cancer. Safer alternatives include bath PUVA, UVA1, or combined UVA and NB-UVB [15]. Maintenance phototherapy is generally discouraged in children due to the cumulative UV damage and logistical burdens [15].
5. Topical chemotherapeutics and retinoids: Pediatric data are limited for mechlorethamine, which has notable cutaneous side effects [16]. Bexarotene gel is rarely reported for use with children, and its use should be restricted to exceptional cases [6].
6. Radiotherapy: Localized radiotherapy may be considered for unilesional MF, but the long-term carcinogenic risk limits its use in children. Total skin electron beam therapy is not recommended except as a last resort; data for this therapy in children are rare [17].
7. Systemic therapy: Retinoids such as acitretin and isotretinoin are preferred for refractory cases, supported by pediatric experience in other dermatoses. Methotrexate is another viable option [18]. Interferon alfa displays activity but also has a less favorable safety profile [19]. Biologics such as dupilumab, which is used in atopic dermatitis, may exacerbate or unmask CTCL and must be avoided when MF is suspected [20].

Allgemeine Empfehlungen

Die Behandlung von MF im Frühstadium bei Kindern konzentriert sich auf hautgerichtete Therapien, eine minimale systemische Exposition und die Vermeidung unnötiger Strahlung. Die Behandlung muss auf den Subtyp der Erkrankung, das Ausmaß und patientenbezogene Aspekte, einschließlich des psychosozialen Kontexts und der langfristigen Sicherheit, zugeschnitten sein [2].

Schlussfolgerung

Diese Konsensusleitlinien sind die ersten altersspezifischen Empfehlungen für die Diagnose, Stadieneinteilung und Therapie von pädiatrischem MF. Sie heben die frühe Manifestation, den indolenten natürlichen Verlauf und die charakteristischen Varianten bei Kindern hervor und leiten Kliniker dazu an, sichere, evidenzbasierte und minimalinvasive Behandlungsstrategien anzuwenden [2].

Korrespondenz: i.wohlmuth@outlook.com

Overall recommendations

Management of early-stage pediatric MF emphasizes skin-directed therapies, minimal systemic exposure, and avoidance of unnecessary radiation. The treatment must be tailored to fit the disease subtype, extent, and patient-related considerations, including the psychosocial context and long-term safety [2].

Conclusion

These consensus guidelines are the first to provide age-specific diagnostic, staging, and therapeutic recommendations for pediatric MF. They highlight the early-stage presentation, indolent natural course, and distinctive variants in children and indicate that clinicians should adopt safe, evidence-based, and minimally invasive management strategies [2].

Correspondence: i.wohlmuth@outlook.com

Literatur | References

- Hodak E, Amitay-Laish I, Bagot M, Battistella M, Ben Amitai D, Cozzio A, et al. ISCL/EORTC-CLTG/USCLC recommendations for the diagnosis, staging and treatment of early-stage paediatric mycosis fungoides: a modified Delphi consensus. Part one: diagnosis and staging. *Br J Dermatol*. 2025;193:405-14.
- Hodak E et al. ISCL/EORTC-CLTG/USCLC Recommendations for the Diagnosis, Staging and Treatment of Early-stage Paediatric Mycosis Fungoides – a Modified Delphi Consensus. Part 2: Treatment. *Br J Dermatol*. 2025 May 27;ljaf198. doi: 10.1093/bjd/ljaf198. Online ahead of print.
- Hodak E, Amitay-Laish I. Mycosis fungoides: a great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37:255-67.
- Reiter O, Amitay-Laish I, Oren-Shabtai M, Feinmesser M, Ben-Amitai D, & Hodak E. Paediatric mycosis fungoides – characteristics, management and outcomes with particular focus on the folliculotropic variant. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:671-9.
- Hodak E, Amitay-Laish I, Feinmesser M, Davidovici B, David M, Zvulunov A, et al. Juvenile mycosis fungoides: cutaneous T-cell lymphoma with frequent follicular involvement. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:993-1001.
- Jung JM, Lim DJ, Won CH, Chang SE, Lee MW, Lee WJ. Mycosis fungoides in children and adolescents: a systematic review. *JAMA Dermatol*. 2021;157:431-8.
- Olsen E, Vonderheid E, Pimpinelli N, Willemze R, Kim Y, Knobler R, et al. Revisions to the staging and classification of mycosis and Sézary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the cutaneous lymphoma task force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Blood* 2007;110:1713-22.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Primary cutaneous lymphoma. 2025. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default_no-java.aspx (last accessed 6 June 2025).
- Latzka J, Assaf C, Bagot M, Cozzio A, Dummer R, Guenova E, et al. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome – update 2023. *J Eur Cancer*. 2023;195:113343.
- Quaglino P, Pimpinelli N, Berti E, Calzavara-Pinton P, Alfonso Lombardo G, Rupoli S, et al. Time course, clinical pathways, and long-term hazards risk trends of disease progression in patients with classic mycosis fungoides: a multicenter, retrospective follow-up study from the Italian Group of Cutaneous Lymphomas. *Cancer*. 2012;118:5830-9.
- Kartan S, Shalabi D, O'Donnell M, Alpdogan SO, Sahu J, Shi W, et al. Response to topical corticosteroid in mycosis fungoides. *J Am Acad Dermatol* 2021;84:615-23.
- Wu JH, Cohen BA, Sweren RJ. Mycosis fungoides in pediatric patients: clinical features, diagnostic challenges, and advances in therapeutic management. *Pediatr Dermatol*. 2020;37:18-28.
- Juarez MC, Grossberg AL. Phototherapy in the pediatric population. *Dermatol Clin*. 2020;38:91-108.
- Kim E, Lee G, Fischer G. Use of narrowband ultraviolet B (NB-UVB) in pediatric psoriasis: a systematic literature review and meta-analysis. *Australas J Dermatol*. 2021;62:124-9.

15. Olsen EA, Hodak E, Anderson T, Carter JB, Henderson M, Cooper K, Lim HW. Guidelines for phototherapy of mycosis fungoides and Sézary syndrome: a consensus statement of the United States Cutaneous Lymphoma Consortium. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:27-58.
16. Kim YH, Martinez G, Varghese A, Hoppe, RT. Topical nitrogen mustard in the management of mycosis fungoides: update of the Stanford experience. *Arch Dermatol.* 2003;139:165-73.
17. Skorska M. Total skin electron beam (TSEB) therapy in pediatric patients: a review of the literature. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2013;19:109-13.
18. Quaglino P, Prince HM, Cowan R, Vermeer M, Papadavid E, Bagot M, et al. Treatment of early-stage mycosis fungoides: results from the PROspective Cutaneous Lymphoma International Prognostic Index (PROCLIP) study. *Br J Dermatol.* 2021;184:722-30.

<https://doi.org/10.61783/oeqdv1002>

Kommentar zu (neuen) Behandlungsoptionen bei Mycosis fungoides und deren Anwendung im Kindesalter

In den letzten Jahren wurden gezielte biologische Therapien wie Mogamulizumab und Brentuximab Vedotin für die Behandlung erwachsener Patienten mit Mycosis fungoides (MF) zugelassen.

Mogamulizumab hilft dem Immunsystem, maligne T-Zellen zu erkennen und zu eliminieren. Die Behandlung zielt in erster Linie auf den CCR4 (C-C Chemokinrezeptor 4) ab, der sowohl auf vielen malignen T-Zellen als auch auf normalen regulatorischen T-Zellen (Tregs) zu finden ist [1]. Mogamulizumab bindet an CCR4 auf der Oberfläche von Lymphomzellen. Nach der Bindung „markiert“ der Antikörper die Zelle zur Zerstörung. Natürliche Killerzellen (NK-Zellen) erkennen die mit dem Antikörper beschichtete Tumorzelle über Fc-Rezeptoren. Die NK-Zellen setzen dann zytotoxische Proteine (Perforin und Granzyme) frei und eliminieren die CCR4-positiven Zellen. Mogamulizumab ist besonders wirksam bei der Behandlung von T-Zell-Lymphomen, die das Blut befallen, bei erythrodermatischen Varianten und beim Sézary-Syndrom, da CCR4 in zirkulierenden malignen T-Zellen oft stark exprimiert wird. Systemische Biologika wie Mogamulizumab kommen im Allgemeinen nur für Patienten mit schwerer, refraktärer, fortgeschrittener oder transformierter Erkrankung in Betracht. Folglich gibt es nur begrenzte Evidenz hinsichtlich der Anwendung von Mogamulizumab bei pädiatrischen Patienten, und seine Verwendung gilt derzeit weitgehend als Off-Label-Anwendung und ist spezialisierten Zentren für kutanes Lymphom vorbehalten.

Es liegen mehr veröffentlichte pädiatrische Erfahrungen mit Brentuximab Vedotin bei kutanen T-Zell-Lymphomen vor, obwohl die Daten zur pädiatrischen Mycosis fungoides nach wie vor begrenzt sind. So wurde beispielsweise in einem Fallbericht die erfolgreiche Behandlung eines Kindes mit einer primären kutanen CD30+-lymphoproliferativen Erkrankung unter Brentuximab Vedotin als Monotherapie beschrieben [2]. Dies ist wichtig, da die pädiatrische MF gelegentlich CD30 exprimieren kann, insbesondere im fortgeschrittenen Krankheitsstadium.

Comment on (new) mycosis fungoides treatments and their use in pediatric patients

In recent years, targeted biologic treatments such as mogamulizumab and brentuximab vedotin have been approved for treating adult patients with mycosis fungoides.

Mogamulizumab helps the immune system recognize and eliminate malignant T cells. The treatment primarily targets CCR4 (C-C motif chemokine receptor 4), which is found on many malignant T cells as well as normal regulatory T cells (Tregs) [1]. Mogamulizumab binds to CCR4 on the surface of lymphoma cells. Once attached, the antibody “flags” the cancer cell for destruction. Natural killer (NK) cells recognize the antibody-coated tumor cell via their Fc receptors. The NK cells then release cytotoxic proteins (perforin and granzymes) that kill the CCR4+ cells. Mogamulizumab is particularly effective in treating T-cell lymphoma involving the blood, erythrodermic disease, and Sézary syndrome because CCR4 is often highly expressed in circulating malignant T cells. Systemic biologics, such as mogamulizumab, are generally only considered for patients with severe, refractory, advanced, or transformed forms of the disease. Consequently, the evidence regarding mogamulizumab’s use in pediatric patients is limited, and its use is currently largely considered off-label and reserved for specialized cutaneous lymphoma centers.

More pediatric experiences have been published about the use of brentuximab vedotin in cutaneous T-cell lymphomas, although pediatric mycosis fungoides data remain sparse. For instance, a case report detailed the successful treatment of a child with primary cutaneous CD30+ lymphoproliferative disorder using brentuximab vedotin as a monotherapy [2]. This is important, because pediatric MF can occasionally show CD30 expression, particularly in advanced disease stages.