


# Ein seltener maligner Tumor in der Axilla

## Multifokales Mammakarzinom in heterotopem Mammagewebe


Stefanie Wuttke

Radio-Onkologie, Kantonsspital Münsterlingen

### Fallbeschreibung

Eine 48-jährige Patientin bemerkte erstmals 2003 einen kleinen, knapp 1 cm grossen Knoten in der linken Axilla. Dieser störte die Patientin nicht, daher wartete sie ab. Im Februar 2006 fiel dieser Befund dem Hausarzt der Patientin anlässlich einer Vorsorgeuntersuchung auf. Er überwies sie zum Ausschluss eines lymphogen metastasierten Mammakarzinoms zur beidseitigen Mammographie und Sonographie in unsere Radiologie. Die Mammæ waren bis auf eine partielle fettgewebige Drüsenkörperinvolution unauffällig. In der Sonographie zeigte sich in der linken Axilla eine 7 × 6 mm grosse, runde, echoarme Struktur in der Grenzzone zwischen Epidermis und Subcutis (Abb. 1 ). Bei Verdacht auf einen oberflächlichen Lymphknoten oder ein Atherom wurde sicherheitshalber eine Feinnadelpunktion durchgeführt. Zytologisch fand sich weder ein Hinweis auf einen malignen Prozess noch auf Lymphknotengewebe oder ein Atherom. Überraschenderweise sprach die Zellmorphologie in erster Linie für das Vorliegen von heterotopem Mammagewebe. Als unwahrscheinlich, aber differentialdiagnostisch möglich wurde ein benigner Hautadnextumor diskutiert. Dem Wunsch der Patientin entsprechend wurde von weiteren Massnahmen abgesehen.

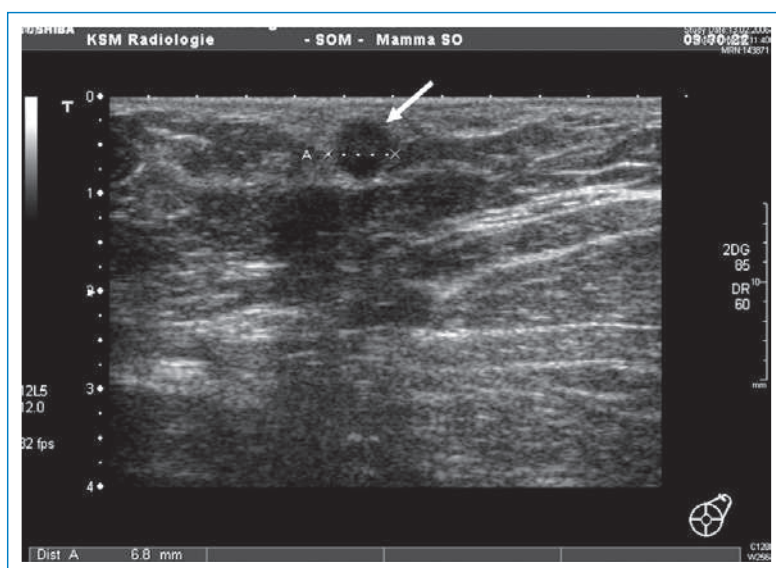
Ende Mai 2011 entschloss sich die Patientin, das Knötchen in der linken Axilla trotz fehlender Grössenzu-

nahme entfernen zu lassen, da es sie nun doch störte. Anfang Juni 2011 erfolgte durch einen niedergelassenen Chirurgen eine Exzision in Lokalanästhesie. Präoperativ hatte der klinische Palpationsbefund wegen der scheinbar zystischen, hautadhärenten Raumforderung wiederum als Atherom bzw. differentialdiagnostisch als Schweissdrüsenhygrom imponiert. Völlig unerwartet ergab die Histologie ein 1,3 cm grosses, invasiv duktales Mammakarzinom, Lymphknotengewebe fand sich nicht. Die Patientin wurde zur weiteren Abklärung und Therapie in das Kantonsspital Münsterlingen überwiesen. Beidseitige Mammographien und Mammasonographien im Juni 2011 ergaben keinen Hinweis auf ein Mammakarzinom. Sonographisch fanden sich drei suspektere Lymphknoten in der linken Axilla (Abb. 2 ). Gemäss interdisziplinärem Tumorboardbeschluss wurde Ende Juli 2011 in unserer Frauenklinik eine axilläre Lymphonodektomie links durchgeführt. In der Histologie fanden sich überraschenderweise noch weitere Tumormanifestationen: ein mikrofokales Restinfiltrat im exzidierten Bereich der alten Narbe, ein 0,4 cm grosses invasives Karzinom mit peritumoralem duktalem Carcinoma in situ (DCIS) und schliesslich zwei Makrometastasen in insgesamt 31 entnommenen axillären Lymphknoten. Im perinodalen Fettgewebe fanden sich immer wieder Areale mit normalem Brustdrüsenparenchym unter Ausbildung von regelrechten Drüsenläppchen und Ductus. Das weitere Staging (Thorax-Röntgen, Abdomensonographie, Skelettszintigraphie, PET/CT) ergab keinen Hinweis auf Fernmetastasen oder weiteres tumorverdächtiges ektopes Mammagewebe.

Zusammenfassend ergab sich die sehr seltene Diagnose eines in heterotopem Brustdrüsenparenchym der linken Axilla entstandenen, multifokalen, lymphogen metastasierten Mammakarzinoms mit dem Tumorstadium pT1c(m) (1,3 cm; 0,4 cm; mikrofokales Restinfiltrat in der Narbe) pTis (duktales Carcinoma in situ, low bis high grade nach WHO) pN1a (2/31) cM0 G2 L1 V0 Rx. Hormonrezeptoren: >90%, HER-2/neu: negativ, Ki-67: <5%.

Von Ende August bis Mitte Dezember 2011 erhielt die Patientin eine Chemotherapie mit drei Zyklen 5-Fluorouracil/Epirubicin/Cyclophosphamid (FEC) sowie drei Zyklen Docetaxel (Taxotere®). Im Anschluss wurde uns die Patientin zur Radiotherapie zugewiesen. Von Februar bis März 2012 erfolgte eine Radiotherapie der linken Brust sowie der links-axillären und supraklavikulären Lymphabflusswege bis 50 Gy mit anschliessender kleinvolumiger Dosisaufsättigung im Tumorbett der linken Axilla bis zu einer Gesamtdosis von 60 Gy über insgesamt 6 Wochen. Bei positivem Hormonrezeptorstatus wurde nach Abschluss der Radiotherapie eine 5-jährige

Die Autorin hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.



**Abbildung 1**

Sonographie der linken Axilla vom 13. Februar 2006: 7 × 6 mm grosser, echoarmer Rundherd zwischen Epidermis und Subcutis (Pfeil).



**Abbildung 2**

Sonographie der linken Axilla vom 23. Juni 2011: drei suspekta, rundliche, echoarme Lymphknoten (Pfeile). **A:** 7 mm, **B:** 6 mm, **C:** 14 mm.

antihormonelle Therapie begonnen. Die Tumornachsorge wird gemäss den Richtlinien für Mammakarzinome durchgeführt.

## Diskussion

Heterotopes Brustgewebe ist meist Ausdruck einer mangelnden Regression von Teilen der embryologisch angelegten Milchleisten. Die Inzidenz liegt bei 0,2–6% [1], die maligne Entartung ist noch seltener. Aufgrund der untypischen Lokalisationen stehen zunächst viele andere Diagnosen wie Atherome, Schweißdrüsenabszesse, Lipome, Lymphadenopathien, Fibroadenome, Zysten oder Metastasen im Vordergrund. Ca. 70% der heterotopen Mammakarzinome treten in der Axilla auf, ca. 30% in anderen Regionen wie dem Sternum, der Subklavikularregion oder den Labien [2].

Wegen der Seltenheit der heterotopen Mammakarzinome bietet die Literatur keine Therapiestudien. Neben Fallbeschreibungen gibt es einige Übersichtsartikel über die weltweit bekannten Fälle [1–3]. In einer 2011 von Visconti et al. veröffentlichten Literaturübersicht wurden in den Jahren 1861–2008 insgesamt 171 Patientinnen im Alter von 28 bis 90 Jahren mit ektopen axillären Mammakarzinomen aufgelistet [1]. Die operative Therapie variierte sehr und beinhaltete neben der alleinigen Tumorexzision aus der Axilla teilweise auch eine prophylaktische Mastektomie und/oder eine axilläre Lymphonodektomie [1, 2, 4]. Die adjuvante Chemotherapie, die antihormonelle Medikation und die postoperative Radiotherapie wurden erst in den letzten Jahrzehnten zunehmend eingesetzt [1, 5].

In unserem interdisziplinären Tumorboard entschieden wir, bei unserer Patientin postoperativ eine Chemothe-

rapie, eine Radiotherapie und eine antihormonelle Medikation analog zu einem pectoral gelegenen Mammakarzinom durchzuführen. Unser Zielvolumen für die Radiotherapie beinhaltete die ehemalige Tumorregion in der linken Axilla sowie wegen des Lymphknotenbefalls den links-axillären und supraklavikulären Lymphabfluss. Die linke Brust wurde mitbestrahlt, weil aufgrund der sehr versprengten Areale von normalem Brustdrüsen- und Fettgewebe in der Axilla eine Verbindung zur ipsilateralen Brust nicht ausgeschlossen werden konnte. Das Mammakarzinom in heterotopem axillären Brustdrüsen- und Fettgewebe ist sehr selten, sollte aber bei einem unklaren Befund differentialdiagnostisch immer in Betracht gezogen werden. Die Therapie kann analog zu einem Mammakarzinom in loco typico erfolgen.

## Korrespondenz:

Dr. med. Stefanie Wuttke  
Oberärztin Radio-Onkologie  
Kantonsspital Münsterlingen  
Postfach  
CH-8596 Münsterlingen  
[stefanie.wuttke\[at\]stgag.ch](mailto:stefanie.wuttke[at]stgag.ch)

## Literatur

- 1 Visconti G, Eltahir Y, Van Ginkel RJ, Bart J, Werker PMN. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: Where are we? A comprehensive historical literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(1):e1–11.
- 2 Evans DM, Guyton DP. Carcinoma of the Axillary Breast. *J Surg Oncol.* 1995;59(3):190–5.
- 3 Marshall MB, Moynihan JJ, Frost A, Evans SRT. Ectopic breast cancer: case report and literature review. *Surg Oncol.* 1994;3(5):295–304.
- 4 Virgili A, Trincone S, Durante E, Corazza M. Breast Cancer of the Axillary Extension. *Acta Derm Venereol.* 2004;85:81–2.
- 5 Bakker JR, Sataloff DM, Haupt HM. Breast cancer presenting in aberrant axillary breast tissue. *Commun Oncol.* 2005;2:117–122.