

Tumor bei perimenopausaler Patientin

Zweifel bei scheinbar gutartigem Brusttumor

Dr. med. Constanze Elfgen^a, Prof. Dr. med. Uwe Güth^a, PD Dr. med. Christoph Tausch^b

Brustzentrum Zürich

^a Gynäkologie; ^b Chirurgie



Hintergrund

Neu bemerkte Tastbefunde in der Brust führen oftmals zu grosser Beunruhigung der Betroffenen. In dieser Situation wünscht sich die Patientin eine rasche Abklärung und zuverlässige Diagnostik mit sicherer Unterscheidung zwischen «gutartig» und «böartig». Bei der klinischen und bildgebenden Diagnostik der Brust ist es das Ziel, maligne Tumore zu erkennen, dabei aber unnötige diagnostische Eingriffe bei gutartigen Befunden zu vermeiden.

Bei schnell wachsenden Tumoren sollten, ungeachtet einer als benigne gesicherten Läsion, der weitere Verlauf sorgfältig beobachtet und eventuell auch weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden. Die ultraschallgeführte «Core needle biopsy» (TruCut) hat sich für die Diagnostik bewährt und erzielt bei erfahrenen Anwendern eine deutlich über 90%-ige Sicherheit, eine Krebserkrankung der Brust zu diagnostizieren [1].

Fallbericht

Anamnese und Status

Eine 50-jährige perimenopausale Patientin stellte sich mit einem seit einigen Wochen bemerkten Tastbefund von etwa 4 cm im oberen äusseren Quadranten der rechten Brust vor. Zehn Jahre zuvor waren in diesem Bereich drei Fibroadenome entfernt worden, die Narbe hatte ein deutliches Keloid gebildet.

Befunde

In der Mammografie wurde ein glatt begrenzter ovalärer Herdbefund von maximal 42 mm beschrieben und als «am ehesten gutartig» klassifiziert (BIRADS 3, Abb. 1). Sonografisch zeigte sich entsprechend dem Tastbefund ein glatt begrenzter Herd von maximal 42 mm mit benignen Kriterien.

Auch in der Magnetresonanztomografie wurde dieser Herd mit BIRADS 3 bewertet (Abb. 2). Von dem Herd wurde mittels TruCut-Stanzbiopsie eine Gewebeprobe gewonnen, dabei zeigte sich der Herdbefund histologisch als «Mammagewebe mit Fibrose, Zysten und

glattmuskulärer Metaplasie, in erster Linie einem Hamartom entsprechend».

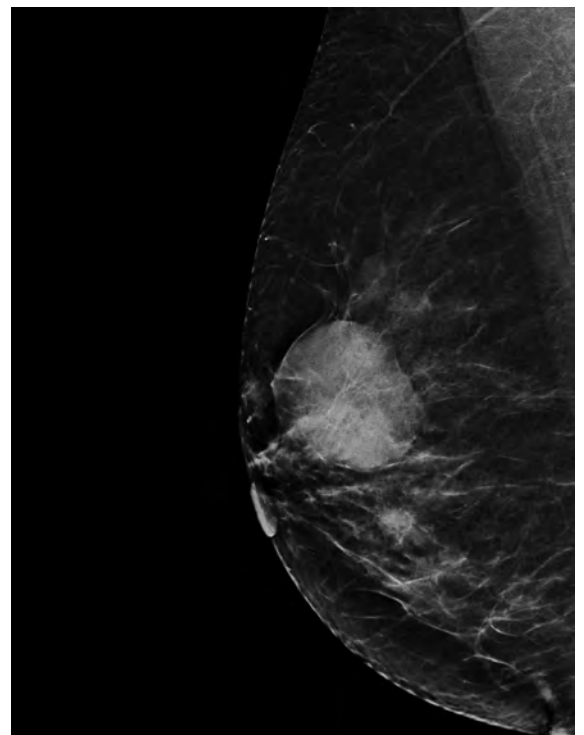


Abbildung 1: Ovalärer, glatt begrenzter Herdbefund in der Mammografie rechts.

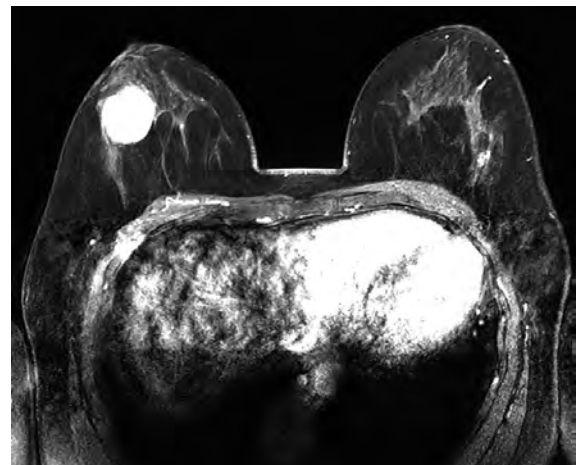


Abbildung 2: Magnetresonanztomografie-Befund mit glatt begrenztem kontrastmittelaufnehmendem Herdbefund rechts.



Constanze Elfgen

Korrespondenz:
Dr. med. Constanze Elfgen
Brustzentrum Zürich
Seefeldstrasse 214
CH-8008 Zürich
c.elfgen[at]brust-zentrum.ch

Therapie und Verlauf

Da die Patientin bei benignem Befund keine erneute operative Exzision rechts wünschte, wurde eine Verlaufskontrolle nach sechs Monaten empfohlen. Die Kontrolle erfolgte ein Jahr später bei der nun postmenopausalen Patientin. Der Herdbefund zeigte sich mit 45 mm etwas grössenprogredient. Aufgrund des Wachstums und der Störfähigkeit des Befundes wünschte die Patientin nun die lokale Exzision, die unter Umschneidung des perimamillären Narbenkeloids mittels «round-block»-Technik durchgeführt wurde. Intraoperativ wurde der glatt begrenzte Tumor mit seiner bindegewebigen Kapsel komplett entfernt.

Die histologische Aufarbeitung des Tumors zeigte eine heterogene Morphologie. Neben einer abgekapselten fibroepithelialen Komponente mit Anteilen eines regressiv veränderten Fibroadenoms stellten sich auch Anteile eines Phylloidtumors mit überwiegend Borderline-Malignität und ein kleiner Fokus einer malignen sarkomatösen Komponente mit ausgedehnten degenerativen Nekrosen dar.

Es wurde die lokale Nachresektion im Tumorbett indiziert, die komplikationslos zwei Wochen später durchgeführt wurde. Hierbei fanden sich keine weiteren Ausläufer des bekannten Phylloidtumors. Zur Senkung des Lokalrezidivrisikos erhielt die Patientin eine adjuvante Radiotherapie der rechten Mamma.

Diskussion

Bei den soliden benignen Tumoren kommen Fibroadenome am häufigsten vor; diese stellen sich in Ultraschall und Mammografie typischerweise als glatt begrenzte, homogene Herdbefunde dar [2]. Fibroadenome zählen zu den fibroepithelialen Läsionen der Brust und sind biphasische Neoplasien mit Proliferation von epithelialen und stromalen Komponenten [3].

Die Pathogenese fibroepithelialer Läsionen ist nicht vollständig geklärt. Wahrscheinlich gibt es einen hormonellen Einfluss auf Entstehung und Wachstum, zudem weisen aktuelle Studien auch auf genetische Komponenten hin [4]. Eine höhergradige Veränderung aus stromalem Drüsengewebe stellt der Phylloidtumor dar mit unterschiedlicher Dignität (benigne, borderline

oder maligne). Diese Tumore sind mit weniger als 1% aller Brustneoplasien selten und in den meisten Fällen gutartig, wenngleich sie als Veränderung mit unsicherem biologischen Potential (B3 Läsion) eine hohe Rezidivrate aufweisen und operativ anders als Fibroadenome zu behandeln sind [5]. Maligne Phylloidtumore zeigen das höchste Risiko für lokale Rezidive (bis zu 30%) und metastatisches Potential [3]. Mischtumore, die teils aus einem Fibroadenom bestehen und teils Anteile eines Phylloidtumors oder höhergradiger Läsionen aufweisen, können die Diagnosestellung erschweren und zu einer Verzögerung der adäquaten Behandlung führen [3].

Bei Fibroadenomen wird eine minimal-invasive Entfernung mittels Vakuumbiopsie oder die offene lokale Exzision zumeist nur bei Symptomatik oder Patientinnenwunsch indiziert, Phylloidtumore müssen in sano operativ entfernt werden. Fibroadenome und Phylloidtumore können in der Bildgebung nicht unterschieden werden [2], sodass die histologische Abklärung mittels «core needle biopsy» entscheidend ist. Jedoch stellen auch hier falsch-negative Befunde ein Unterschätzungsrisiko dar. Phylloidtumore zeigen sich klinisch oft als schnell wachsend oder – wie in dem hier dargestellten Fall – als neu wachsende Läsion einer vormals stabilen benignen Raumforderung. Daher sollte auch bei benigner Histologie, insbesondere bei raschem Wachstum sowie peri- oder postmenopausaler Patientin, im Verlauf eine erneute Diagnostik mittels Vakuumbiopsie oder offener Exzision erfolgen. Auch Mammarkarzinome, insbesondere wenn «triple negative», können in der Bildgebung mit einem Fibroadenom verwechselt werden [6].

Bei malignen Phylloidtumoren sollte der Tumor operativ entfernt werden mit einem «Sicherheitsabstand» ins gesunde Gewebe hinein. Eine adjuvante Radiotherapie senkt deutlich die Lokalrezidivrate, dieses jedoch ohne Einfluss auf das Gesamtüberleben [7]. Die Grösse des Herdes und der Abstand des Tumors zu den Resektaträndern sind wichtige Faktoren, die bei der Indikation zur Bestrahlung berücksichtigt werden.

Verdankung

Wir danken unseren radiologischen Kollegen für die Bereitstellung des diagnostischen Bildmaterials.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2019.03415>.

Das Wichtigste für die Praxis

Bei als «gutartig» diagnostizierten Tumoren der Brust, die aber dennoch eine Wachstumsprogression zeigen, muss man an der benignen Dignität zweifeln. Eine weitere Diagnostik sollte grosszügig indiziert werden.