

# TUMORBOARD

## Onkologie aus multidisziplinärer Sicht

Zeitschrift für Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen



**Gastrointestinale Metastasierung beim primären  
Mammakarzinom - zwei Fallberichte**

Schragl-Iro C, Bucher J, Reckendorfer H, Görzer H

Tillinger W

*Tumorboard 2015; 4 (1), 6-9*

**Homepage:**

[www.kup.at/tumorboard](http://www.kup.at/tumorboard)

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica**

# TUMORBOARD e-Abo **kostenlos**

## **Datenschutz:**

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Tumorboard und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

## **Lieferung:**

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Tumorboard. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

## **Abbestellen:**

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

## **Das e-Journal**

### **Tumorboard**

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

# Gastrointestinale Metastasierung beim primären Mamma-Karzinom – zwei Fallberichte

C. Schragl-Iro, J. Bucher, H. Reckendorfer, H. Görzer, W. Tillinger

**Zusammenfassung:** Das Mammakarzinom ist der am häufigsten diagnostizierte maligne Tumor bei Frauen. Gastrointestinale Metastasen beim primären Mammakarzinom werden nur selten beschrieben, umgekehrt sind metastatische Absiedelungen im Gastrointestinaltrakt häufig auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. Die Erstdiagnose eines Mammakarzinoms aufgrund einer gastrointestinalen Metastasierung ist äußerst selten. Klinik und bildgebende Diagnostik erlauben ebensowenig eine sichere Differenzierung zwischen gastrointestinentalem Primärtumor und Metastase wie das endoskopische Bild. Histologie und Immunhistochemie sind ausschlaggebend für die exakte Diagnose und das weitere therapeutische Procedere. Im vorliegenden Artikel werden zwei Fallberichte – eine Patientin mit Metastasierung im oberen Gastrointestinaltrakt

und konsekutiver Diagnosestellung eines invasiv lobulären Mammakarzinoms und eine Patientin mit Status post invasiv lobulärem Karzinom und einer metastatischen Absiedelung am rektosigmoidalen Übergang – vorgestellt.

**Schlüsselwörter:** Mammakarzinom, invasiv lobuläres Karzinom, gastrointestinale Metastasierung.

**Summary: Gastrointestinal tract metastases originating from primary breast carcinoma – report of two cases.** Breast cancer is the most common malignant tumor in women. Gastrointestinal (GI) tract metastases originating from breast cancer are considered as rare. On the other hand, the association of breast cancer with GI metastasis is relatively common. To make the diagnosis

of occult breast cancer by means of the endoscopic/histologic detection of metastases in the GI tract is an uncommon event. However, it is difficult to distinguish primary from secondary malignant lesions in the GI tract by endoscopic features. The histopathological assessment is pivotal to establish the appropriate diagnosis and treatment. Here, we present two case reports: In one patient the endoscopic detection of metastases of the upper GI tract yielded the diagnosis of occult invasive lobular breast cancer. Another patient with the history of invasive lobular breast cancer presented with the rare endoscopic finding of a metastatic rectosigmoidal stenosis. **Tumorboard 2015; 4 (1): 6–9.**

**Keywords:** Breast cancer, invasive lobular carcinoma, gastrointestinal metastasis.

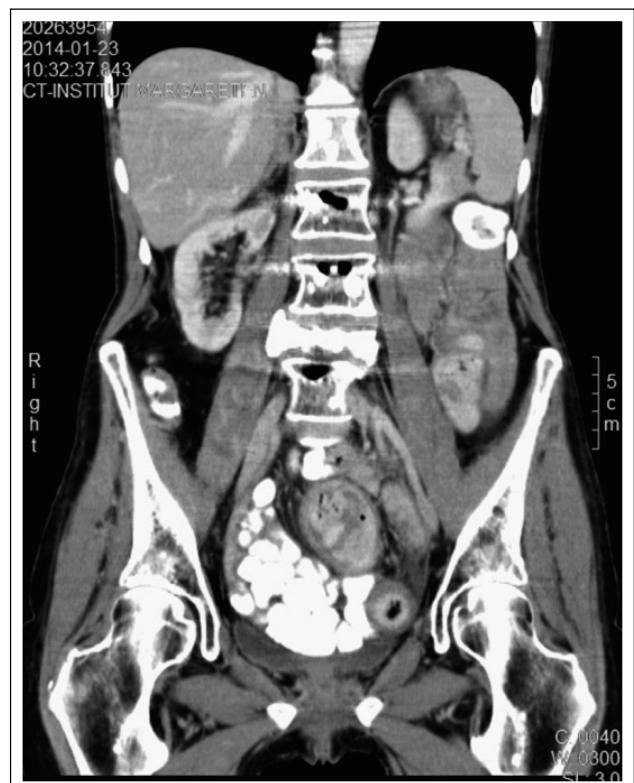
## ■ Fallbericht 1

Bei einer 74-jährigen Patientin wurde im Jahr 2001 die Diagnose eines nodal negativen invasiv lobulären Mammakarzinoms (pT1c, pN0 [0/16 LKN]), Östrogenrezeptor stark positiv, Progesteronrezeptor stark positiv, p53 und Her2/neu negativ) gestellt. Nach linksseitiger Mastektomie und Axilladisektion sowie nachfolgender Mammaaufbauplastik wurde eine Hormontherapie mit Tamoxifen eingeleitet. Aufgrund von ossären Secundaria erfolgte 2008 bei pathologischer Fraktur eine Laminektomie auf Höhe L2/S1. Postoperativ wurde der IV. Lendenwirbel strahlentherapeutisch behandelt. Im Jahr 2011 wurde eine solitäre Knochenmetastase bei L4 reseziert, im Anschluss die Hormontherapie auf Anastrozol umgestellt und eine Therapie mit Denosumab eingeleitet.

Im November 2013 kam es rezidivierend zum Auftreten von heftigen abdominellen Krämpfen, starkem Blähungsgefühl und Stuhlnormmäßigkeiten mit mehrfach täglich imperativem Stuhlndrang und Absetzen breiiger Stühle wie bei Überlaufkoprostase mit paradoxen Diarrhoen. Ferner war im letzten Quartal ein Gewichtsverlust von vier Kilogramm zu verzeichnen, sodass die Patientin im Jänner 2014 an unserer Internen Abteilung hospitalisiert wurde. Computertomographisch fiel eine längerstreckige Wandverdickung im Rektum am Übergang zum Sigma mit einem proximal davon weitgestellten Sigmaabschnitt auf, sodass sich die Indikation zur Koloskopie ergab (Abb. 1).

Die Untersuchung erbrachte den Befund einer längerstreckigen, nur mit dem Gastroskop passierbaren Stenose mit kon-

taktvulnerabler Schleimhaut am rektosigmoidalen Übergang (Abb. 2), histologisch einer stromalen metastatischen Absiedelung eines rezeptorpositiven Mammakarzinoms entsprechend. Zytokeratinfärbungen erbrachten folgenden Befund: CK20 negativ, CK7 positiv. Östrogenrezeptor und Progesteronrezeptor waren hochgradig positiv, IRS (nach Remmele)



**Abbildung 1: Fall 1.** CT-Abdomen: Wandverdickung am rektosigmoidalen Übergang, osteoplastische Läsionen am Achsenskelett.

Aus der Internen Abteilung, Hartmannspital Wien

**Korrespondenzadresse:** Ass. Dr. Christa Schragl-Iro, Interne Abteilung, Hartmannspital Ges.m.b.H., A-1050 Wien, Nikolsdorfergasse 26–36, E-mail: cschragl@hartmannspital.at





Abbildung 2: Fall 1. Koloskopie: Stenose am rektosigmoidalen Übergang.

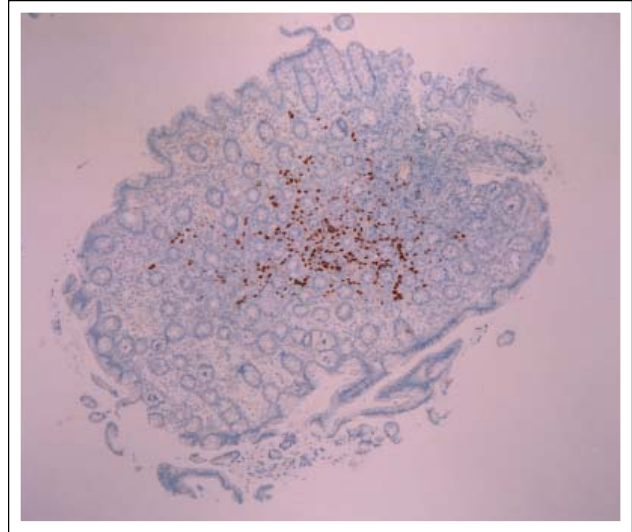


Abbildung 3: Fall 1. Immunhistologie: pos. Färbung auf Östrogen-Rezeptor, OM x4.

jeweils stark positiv, Her2/neu negativ (Score 1+), Ki67 mit mindestens 30 % Proliferationsrate (Abb. 3).

Im Routinelabor gab es keine wesentlichen Auffälligkeiten, auch die Tumormarker CEA und CA 15-3 lagen mit 1,4 mcg/l, respektive 8,5 kU/l im Normbereich. Die weitere Bildgebung zeigte disseminierte osteoplastische Läsionen in Achsenskelett und Becken. Die abdominellen parenchymatösen Organe und Lymphknoten waren ohne Herdbefund.

Unter Einhalten einer Stenosediet konnte vorerst eine regelmäßige Verdauung erzielt werden. Die Patientin wurde im Weiteren von ihrer betreuenden onkologischen Fachambulanz behandelt. Im Zuge eines multidisziplinären onkologischen Konsils wurden an palliativen Maßnahmen ein chirurgischer Eingriff mit Resektion der intestinalen Metastase und die endoskopische Anlage eines intestinalen Stents diskutiert. Von einer Stentimplantation konnte – nachdem sich die Subileus-Symptomatik unter diätischen Maßnahmen zurückgebildet hatte – zum damaligen Zeitpunkt Abstand genommen wer-

den. Eine Operation zur Beseitigung der Stenose wurde von der Patientin abgelehnt.

## ■ Fallbericht 2

Eine 72-jährige Patientin wurde zur Abklärung einer anamnestisch nutritiv-toxischen Leberzirrhose mit generalisiertem Pruritus und Nausea sowie breiigen Stühlen an unserer Internen Abteilung einer Gastroskopie zugeführt. Dabei fanden sich neben erstgradigen Ösophagusvarizen multiple polypöse Läsionen mit oberflächlichem Fibrinbelag (Abb. 4).

Die histologische Aufarbeitung zeigte jedoch den seltenen Befund einer intramukosalen Infiltration durch ein siegelringzelliges Adenokarzinom in Duodenum, Antrum und Corpus. Differentialdiagnostisch zu einem Primärtumor des Magens wurde eine ausgedehnte intramukosale Metastasierung erwogen. Die Immunhistochemie erbrachte schließlich den Befund eines invasiv lobulären Mammakarzinoms mäßiger Differenzierung (G2, CK20 negativ, CK7 positiv, E-Cadhe-



Abbildung 4: Fall 2. Gastroskopie: fibrinbelagter Magenpolyp.

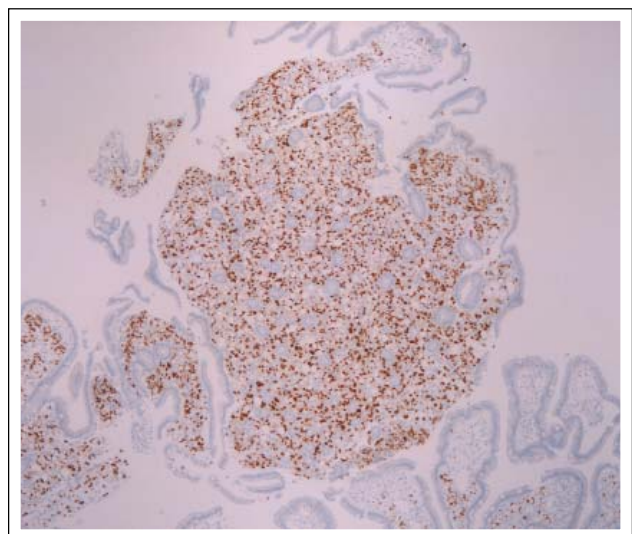
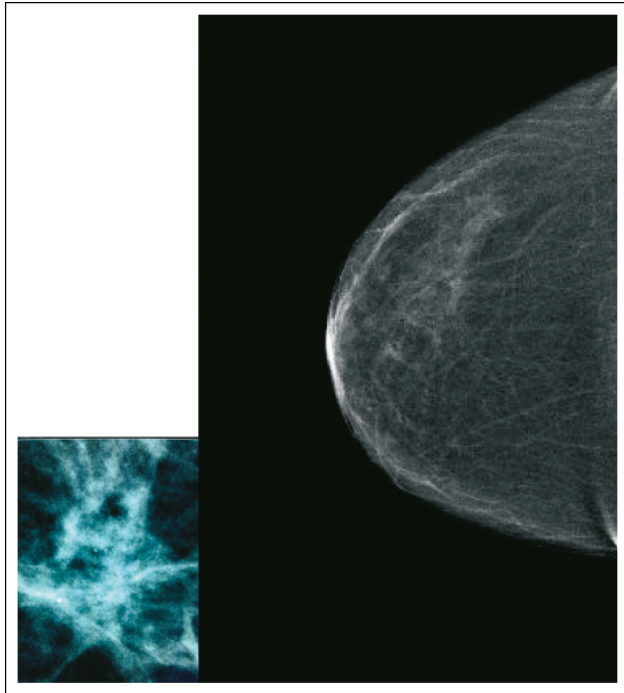


Abbildung 5: Fall 2. Immunhistologie: pos. Färbung auf Östrogen-Rezeptor, OM x4.



**Abbildung 6: Fall 2.** Mammografie mit ausschnittweiser Vergrößerung der malignen Läsion

rin negativ. Östrogenrezeptor 90 % positiv, IRS stark positiv. Progesteronrezeptor 30 % positiv, IRS mäßiggradig positiv. Her2/neu negativ (Score 1+), Ki67 bis 50 % Proliferationsrate) (Abb. 5).

Mittels Mammographie konnte nun eine 1 cm große solide Herdstruktur im Bereich der linken Mamma nachgewiesen werden (Abb. 6). Die Ultraschall-gezielte Biopsie bestätigte als Primärtumor ein mäßig differenziertes invasives lobuläres Karzinom (G2, hormonrezeptorpositiv, Her2/neu negativ). Bei höhergradigen Aszitesmengen und rechtsseitigem Pleuraerguss erfolgten diagnostische und entlastende Punktionen. Im Aszitespunktat waren Tumorzellen nachweisbar, nicht so im Pleurapunktat.

Laborchemisch fielen passend zur fortgeschrittenen Leberzirrhose eine Thrombozytopenie, eine PTZ-Verminderung, erhöhte Transaminasen, Cholestaseparameter und Ammoniakspiegel auf. Der CEA-Wert war mit 5,4 mcg/l nur leicht, CA 15-3 mit 193 kU/l deutlich erhöht. CT-morphologisch zeigten sich multiple pathologische Lymphknoten beidseits axillär, mediastinal und retrogastral.

Angesichts des deutlich herabgesetzten Allgemeinzustandes der multimorbiden Patientin wurde von aggressiven chemotherapeutischen Strategien Abstand genommen. Vielmehr beschränkte man sich auf Maßnahmen i.S. einer „best supportive care“. Bei rascher Progredienz verstarb die Patientin zirka ein Monat nach Diagnosestellung.

## ■ Diskussion

Das Mammakarzinom ist der am häufigsten diagnostizierte maligne Tumor bei Frauen und die Ursache für 15 % der krebsassoziierten weiblichen Todesfälle. Nach dem invasiv dukta-

le Karzinom ist das invasiv lobuläre Karzinom mit 5–10 % aller invasiven Brustkarzinome der zweithäufigste Typ [1, 2]. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eines invasiv lobulären Karzinoms finden sich bei bereits 60 % der Fälle Lymphknoten- oder Fernmetastasen und in 30–80 % der Betroffenen treten solche im weiteren Krankheitsverlauf nach chirurgischer und/oder Chemotherapie, Radiotherapie oder Hormontherapie auf [3].

Während das invasiv duktales Karzinom bevorzugt in Lunge, Pleura, Leber und Gehirn metastasiert, tendiert das invasiv lobuläre Karzinom dazu, in den Knochen, gynäkologische Organe, das Peritoneum, Retroperitoneum und den Gastrointestinaltrakt zu streuen. Nach dem malignen Melanom ist das invasiv lobuläre Karzinom die zweithäufigste Ursache für gastrointestinale Metastasen, gefolgt vom Ovarial- und Blasenkarzinom [1]. Extrahepatische gastrointestinale Metastasen sind selten und werden mit einer Häufigkeit von 6–18 % angegeben, am häufigsten im Magen (6–18 %), gefolgt von kolorektalen Absiedelungen (8–12 %) [4], können aber im gesamten GI-Trakt auftreten, von der Zunge bis zum Anus [5]. Die Erstdiagnose eines „okkulten“ Mammakarzinoms aufgrund einer gastrointestinalen Metastasierung ist äußerst selten [7].

Die Unterscheidung einer luminalen Metastase von einem gastrointestinalen Primärtumor ist oft schwierig. Die klinische Symptomatik ist unspezifisch und umfasst Nausea, Emesis, Stuhlnunregelmäßigkeiten, Subileus, Diarrhoe, Blutung, Bauchschmerz, Dysphagie und Pseudoachalasie. Diese Symptome werden oft als behandlungsassoziiert bei onkologischen Therapien fehlgedeutet oder anderen gastrointestinalen Grunderkrankungen bzw. einer Peritonealkarzinose zugeordnet [5]. In der bildgebend-radiologischen Diagnostik (Wandverdickung, Stenose, prästenotische Dilatation, Perforation) ist eine Unterscheidung zwischen Primärtumor und metastatischer Absiedelung nicht möglich. Das endoskopische Bild gastrointestinaler Malignome ist vielfältig, so dass entzündliche Veränderungen und Tumore nicht sicher unterschieden werden können. Es finden sich im Magen noduläre, polypöse oder ulzeröse Veränderungen, so bei unserem 2. Fallbericht, aber auch diffuse intramurale Infiltrationen wie bei „Linitis plastica“ mit Lumeneinengung, Wandrigidität und verminderter Peristaltik [5]. Stenosierende Prozesse im Kolon können beim kolorektalen Karzinom, aber auch bei chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen oder bei rezidivierender Divertikulitis auftreten [5, 6]. Auch primär nicht suspekt imponierende Läsionen bedürfen jedenfalls einer bioptischen Abklärung.

Hinweisgebend für eine metastatische Absiedelung kann im histologischen Befund das Fehlen dysplastischer oder atypischer Zellen in den umgebenden Epithelien oder Drüsen sein. Die Siegelringzellmorphologie lobulärer Karzinome kann primäre Magenkarzinome nachahmen. Der Immunhistochemie mit Zytokeratin- und Hormonrezeptorfärbungen kommt eine entscheidende diagnostische Bedeutung zu [1]. Die meisten invasiven lobulären Karzinome exprimieren Östrogenrezeptor, nicht aber Her2/neu, und eine Konstellation von CK7+/CK19+/CK20-/CDX2- mit positiver Östrogenrezeptor-, BRST-2- und GATA-3-Expression unterstützt die Diagnose eines metastasierten Adenokarzinoms der Brust. Dem Progesteronrezeptor-Status kommt weniger diagnostische als vielmehr prognostische Bedeutung zu [9].

Das therapeutische Regime bei primären Tumoren differiert grundlegend von dem bei sekundärblastomatösen gastrointestinalen Tumoren. Während bei primären gastrointestinalen Tumoren im Stadium M0 chirurgische Eingriffe mit kurativer Zielsetzung Therapie der Wahl sind, kann eine operative Entfernung metastatischer Absiedelungen am Gastrointestinaltrakt, z. B. bei Obstruktion oder Blutung, lediglich einer palliativen Intention folgen. Prinzipiell sollte hier ein systemischer Therapieansatz mit Chemotherapie und/oder Hormontherapie angestrebt werden. Remissionsraten liegen bei 32–53 % der Patienten [1]. Die mittlere Überlebenszeit nach Diagnosestellung gastrointestinaler Metastasen bei primärem Mammakarzinom wird mit 16 Monaten (5–41 Monate) angegeben und liegt somit etwas unter dem mittleren Überleben bei metastasiertem Mammakarzinom im Allgemeinen (24–36 Monate) [5].

### ■ Zusammenfassung

Metastatische Absiedelungen eines Mammakarzinoms am Gastrointestinaltrakt zeigen eine heterogene Morphologie. Auch endoskopisch primär nicht suspekt imponierende Läsionen bedürfen einer bioptischen Abklärung. Ein gastrointestinaler Primärtumor muss immunhistochemisch von einer Me-

tastase unterschieden werden, damit Betroffene einer leitliniengetreuen Therapie zugeführt werden können.

### ■ Interessenkonflikt

Keiner.

### Literatur:

1. Arrangoiz R, Papavasiliou P, Dushkin H, Farma JM. Case report and literature review: Metastatic lobular carcinoma of the breast an unusual presentation. *Int J Surg Case Rep* 2011; 2: 301–5.
2. Rakha EA, El-Sayed ME, Menon S, Green AR, Lee AHS, Ellis IO. Histologic grading is an independent prognostic factor in invasive lobular carcinoma of the breast. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 111: 121–7.
3. Bamias A, Baltayiannis G, Kamina S, Fatouros M, Lymperopoulos E, Agnanti N, Tsianos E, Pavlidis N. Rectal metastases from lobular carcinoma of the breast: report of a case and literature review. *Ann Oncol* 2001; 12: 715–8.
4. Cervi G, Vettoretto N, Vinco A, Cervi E. Rectal localization of metastatic lobular breast cancer: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 453–5.
5. Ambroggi M, Stroppa EM, Mordenti P, Biasini C, Zangrandi A, Michieletti E, Belloni E, Cavanna L. Metastatic breast cancer to the gastrointestinal tract: report of five cases and review of the literature. *Int J Breast Cancer* 2012; 38: 1–8.
6. Zhang B, Copur-Dahi N, Kalmaz D, Boland BS. Gastrointestinal manifestations of breast cancer metastasis. *Dig Dis Sci* 2014; 59: 2344–6.
7. Abid A, Moffa C, Monga DK. Breast cancer metastasis to the GI tract may mimic primary gastric cancer. *J Clin Oncol* 2013; 31: 106–7.
8. Greenberg P, Hortobagyi GN, Smith TL, Ziegler LD, Frye DK, Buzdar AU. Long-term follow-up of patients with complete remission following combination chemotherapy for metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 1996; 14: 2197–205.
9. Jones C, Tong AW, Mir M, Coyle Y. Lobular carcinoma of the breast with gastrointestinal metastasis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2015; 28: 50–3.

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)