

## Mammakarzinom

# Lokalrezidiv nach duktal-invasivem Mammakarzinom

Martin Hellriegel, Gerd Bauerschmitz, Günter Emons

Frau M. stellte sich vor 12 Jahren bei ihrer Frauenärztin im Alter von 48 Jahren vor, da sie in der linken Brust eine Verhärtung bemerkte. Die Frauenärztin tastete im oberen äußeren Quadranten der linken Mamma einen wenig verschiebbaren, derben, ungefähr 2,5 cm im Durchmesser großen Tumor. Ansonsten ergaben sich keine weiteren klinischen Auffälligkeiten. Die regionalen Lymphabflussgebiete waren unauffällig. Karnofsky-Index 100%. Die Patientin war prämenopausal, der Zyklus regelmäßig.

## Diagnostik

Die Frauenärztin veranlasste eine Mammografie und Mammasonografie. Hierbei bestätigte sich der dringende Verdacht auf ein Mammakarzinom. Bei der Patientin wurde eine Stanzbiopsie durchgeführt. Histopathologisch ergab sich ein duktal-invasives Mammakarzinom, G2, ER-/PgR-positiv, c-erbB2-negativ. Die Umfelddiagnostik ergab keinen Hinweis auf eine Metastasierung.

## Therapie

Die anschließende brusterhaltende Therapie mit Segmentresektion und Sentinel-Node-Exzision ergab folgenden Tumorstatus: 2,1 cm großes duktal-invasives Mammakarzinom links, pT2, G2, ER-/PgR-positiv, c-erbB2-negativ, LO, V0, RO, pN0sn(0/2).

Der Patientin wurde die adjuvante Chemotherapie mit 6 Zyklen 5-Fluorouracil-Epirubicin-Cyclophosphamid (FEC500–100–500 mg/m<sup>2</sup> KOF, q3w) empfohlen. Anschließend Beginn einer endokrinen Therapie mit Tamoxifen 20 mg/Tag für 5 Jahre und die adjuvante Radiatio der linken Brust. Die Patientin stimmte den Therapieempfehlungen zu und nahm danach an den regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen teil.

Acht Jahre nach Erstdiagnose trat bei der Patientin ein ipsilaterales intramammäres Lokalrezidiv auf, welches mittels Mastektomie behandelt wurde. Die zuvor durchgeführten Staging-Untersuchungen ergaben keinen Hinweis auf Fernmetastasen. Histopathologisch zeigte sich erneut ein 1,2 cm großes duktal-invasives Mammakarzinom-Rezidiv, G2, ER-/PgR-positiv, c-erbB2-negativ, LO, V0, RO.

Die Patientin war nun postmenopausal, die letzte Regelblutung hatte sie vor 2 Jahren. Der Patientin wurde eine endokrine Therapie mit einem Aromatasehemmer empfohlen. Die Patientin nahm für 2 Jahre einen nicht-steroidalen Aromatasehemmer ein. Es traten dann Beschwerden im LWK-Bereich auf. Mittels Bildgebung wurden osteolytische Metastasen ohne Frakturgefahr diagnostiziert. Ein spinales Kompressionssyndrom lag nicht vor. Eine erneut durchgeführte Umfelddiagnostik ergab keinen Hinweis auf Lungen- und/oder Lebermetastasen oder ossäre Metastasen.

Aufgrund der Schmerzen wurde eine Strahlentherapie durchgeführt. Zudem wurde eine 4-wöchentliche Bisphosphonat-Therapie und eine endokrine Therapie mit Fulvestrant eingeleitet. Heutzutage könnte alternativ die Therapie mit dem steroidalen Aromatasehemmer Exemestan in Kombination mit Everolimus erwogen werden.

Nach knapp 2 Jahren traten schmerzhafte ossäre Metastasen im linken Femur auf, Lungen- und/oder Lebermetastasen waren weiterhin nicht nachweisbar. Neben der Radiatio des Femurs und Fortsetzung der Bisphosphonat-Therapie wurde eine endokrine Therapie mit Gestagenen eingeleitet. Seit mehr als 6 Monaten ist die Patientin beschwerdefrei.



## Korrespondenz

Dr. med. Martin Hellriegel  
 Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
 martin.hellriegel@med.uni-goettingen.de