

Kasuistik 06-21

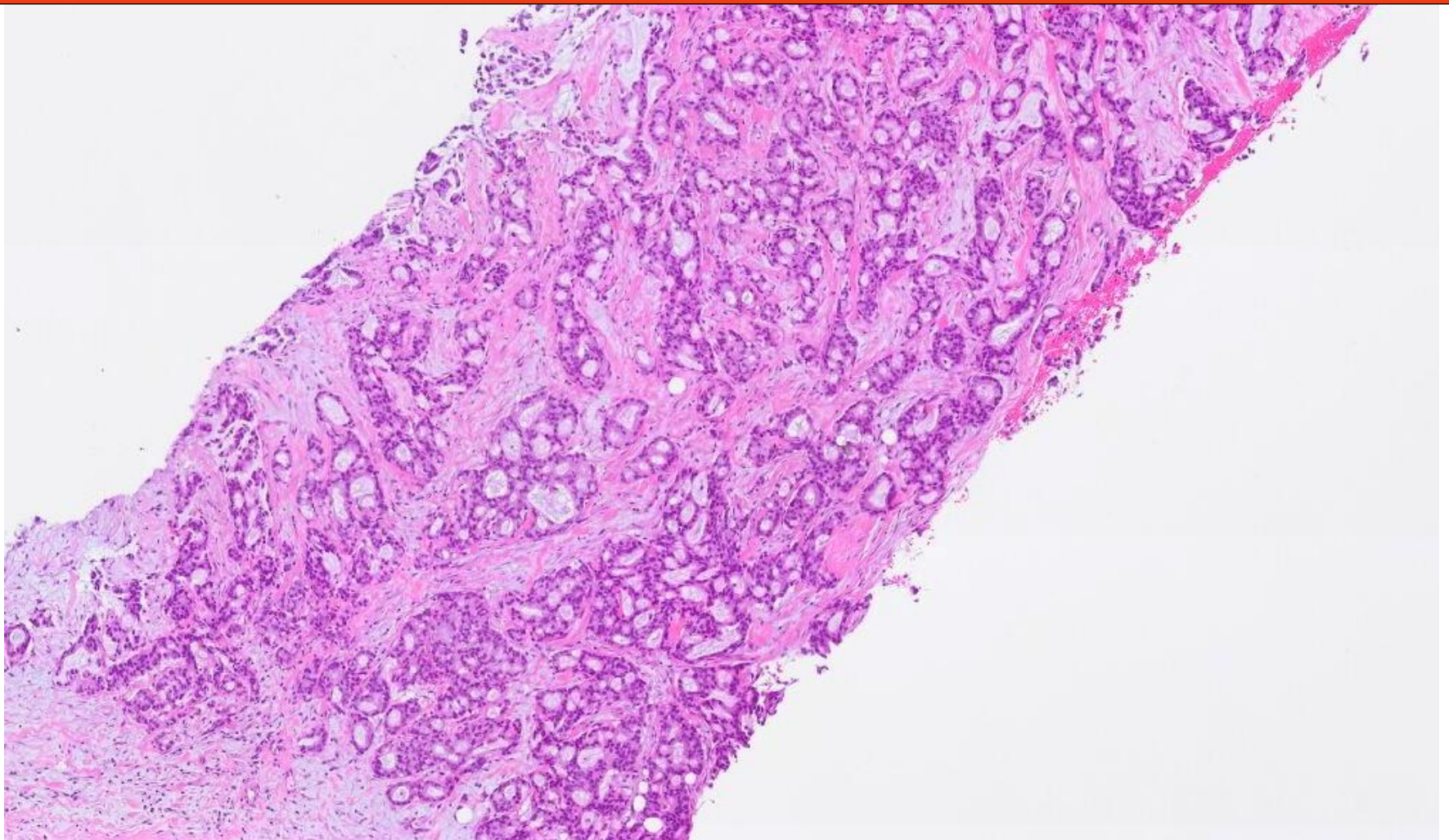
55-jährige Frau

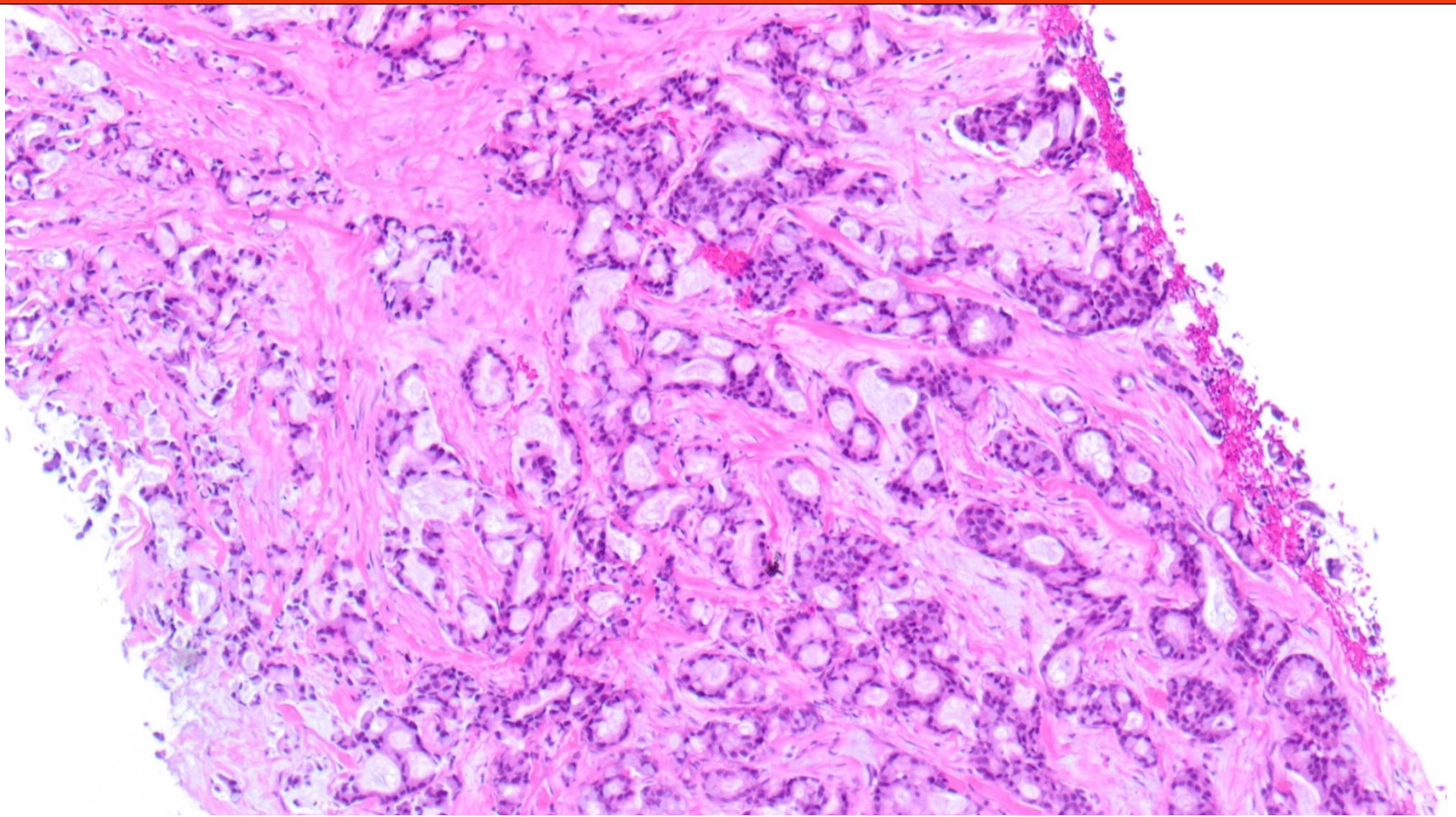
Raumforderung beide Mammae

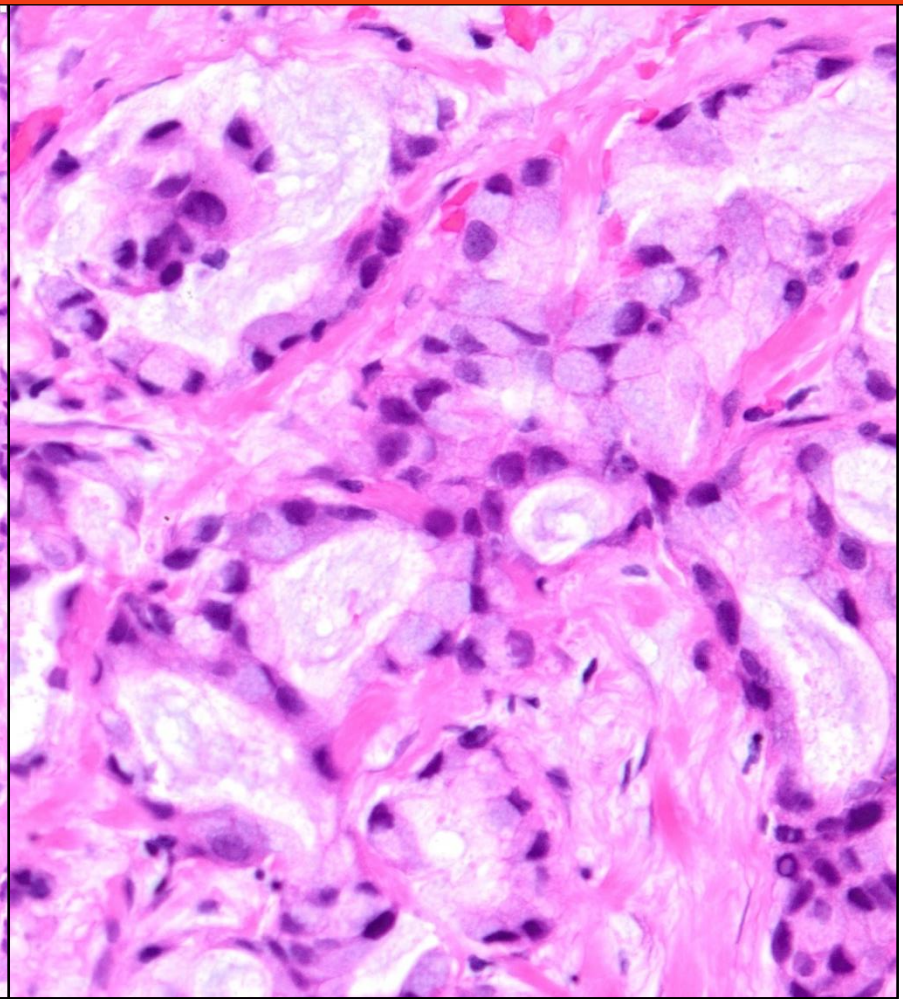
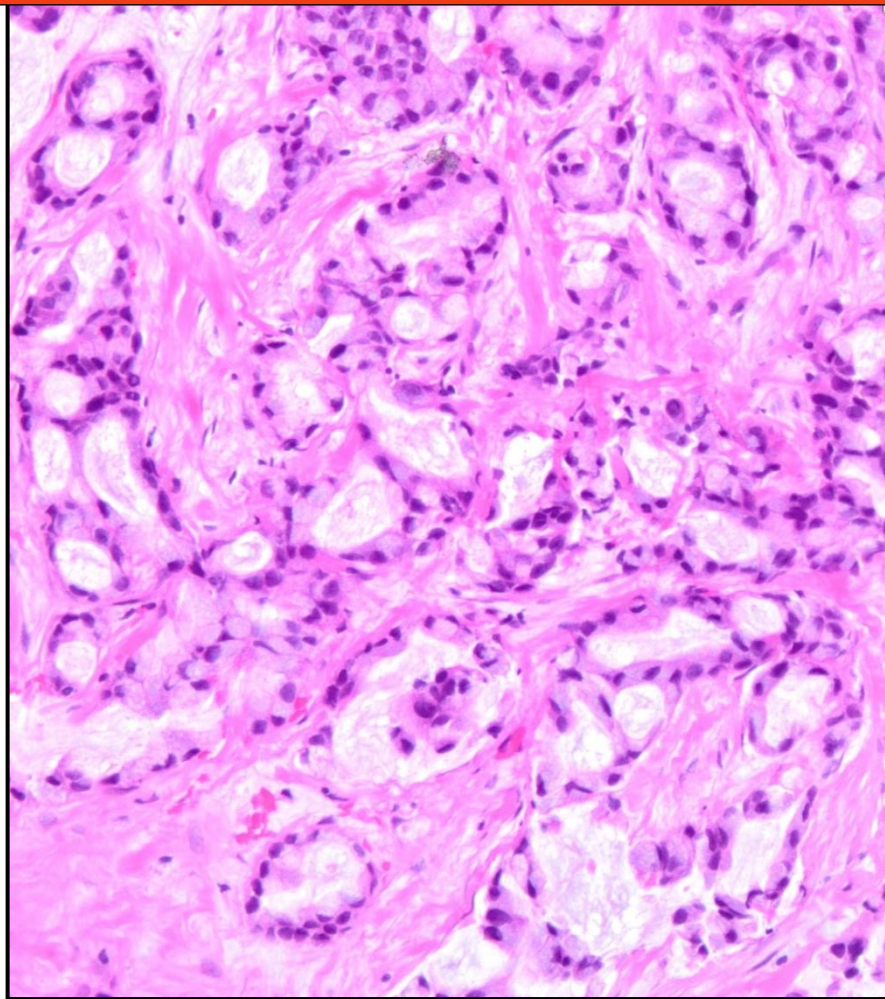
Befund

multiple bis 1,3 cm intramammäre Knoten

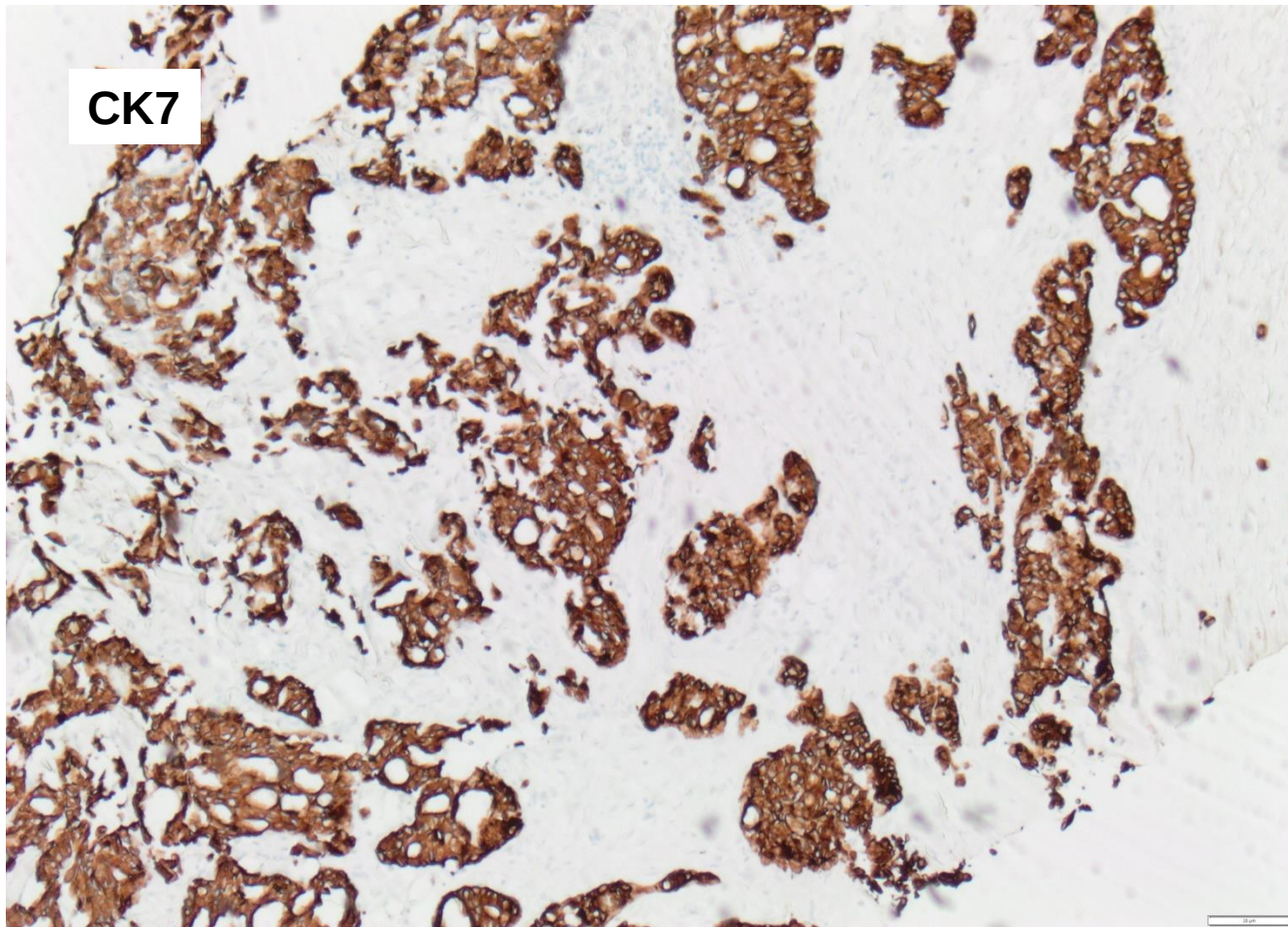




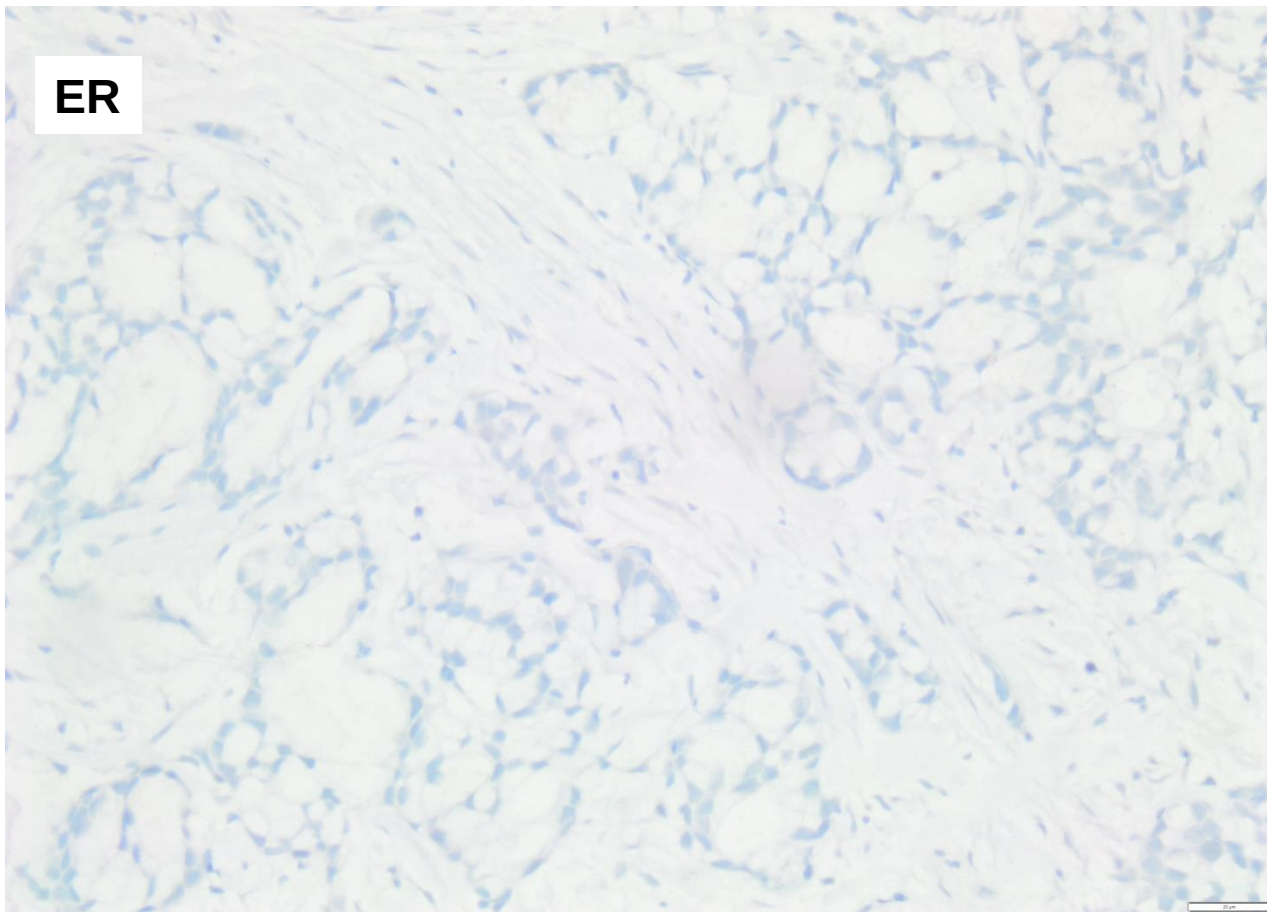




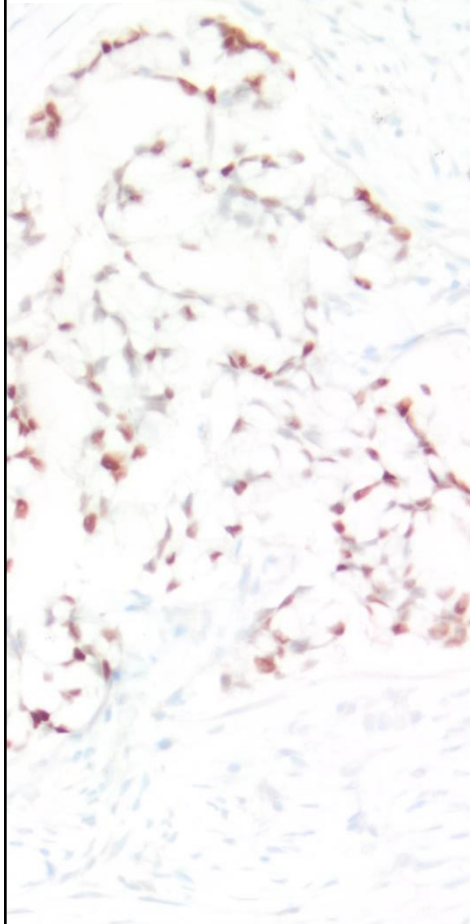
CK7



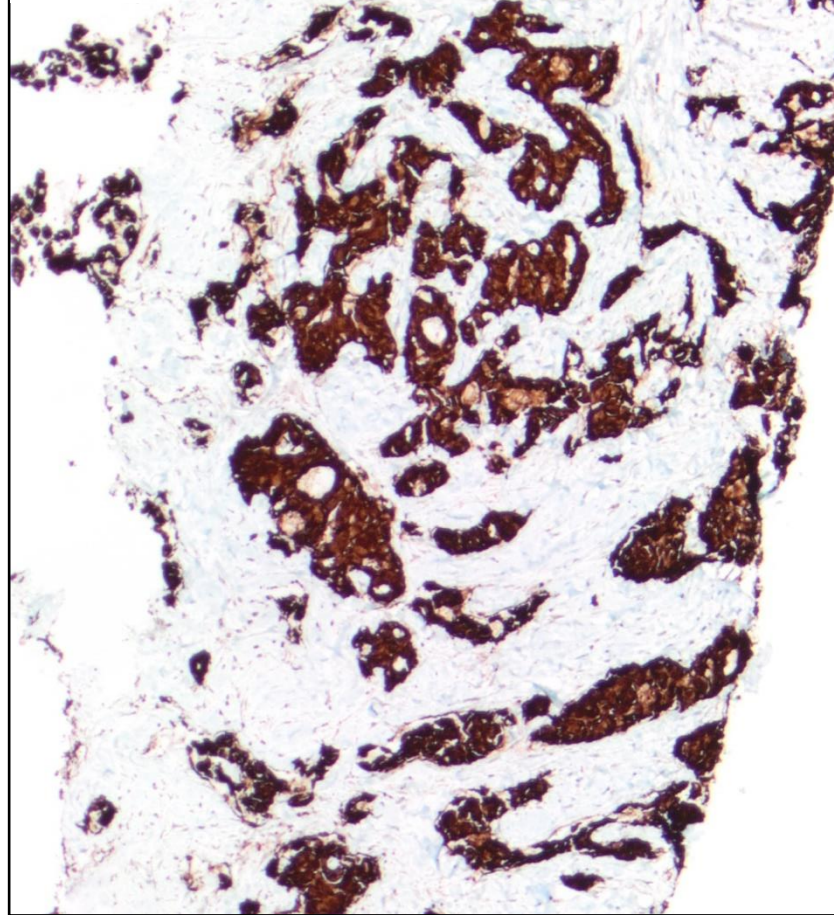
ER



TTF1



ALK



Kasuistik 06-21

IHC

Positiv: CK7, TTF1, ALK

Negativ: CK20, SATB2, CDX2, GATA3, HER2, p40, CK5/14, CD117, ER, PR

Diagnose: Metastase eines pulmonalen Adenokarzinoms (ALK TL)

Unter 1% aller primär in der Mamma diagnostizierten Karzinome sind Metastasen eines Primärtumors aus anderer Lokalisation, naturgemäß finden sich derartige Karzinome angereichert bei den sog. tripel negativen Karzinomen. Daher sollte bei allen Karzinomdiagnosen in Mammabiopsien bei fehlender ER/PR/HER2 Expression (TN BC) auch immer die Möglichkeit einer Metastase bedacht werden. Ca. 60-80% aller TN BC zeigen eine Expression von GATA3, d.h. eine negativer Reaktionssausfall hilft in der weiteren Abgrenzung Primärtumor vs. Metastase nicht weiter. Sehr wichtig das Berücksichtigen der Anamnese, da in $\frac{3}{4}$ der Fälle der extramammäre Primärtumortumor bereits klinisch bekannt ist. Morphologisch sprechen eine in-situ Komponente, Verkalkungen im Tumor und eine elastotische Matrix eher für einen Primärtumor der Mamma. Darüber hinaus muss die für die Einordnung von Metastasen übliche Palette von IHC Färbungen (siehe folgende Folien) herangezogen werden.

Differentialdiagnose

NSCLC	fast immer HR negativ, 75% der pulmonalen Adenokarzinome TTF1-positiv
Kleinzeller	high grade neuroendokrine Karzinome in der Mamma sind meist Metastasen, primäre HG NEK der Mamma sind sehr selten
Melanom	S100 für die Abgrenzung ungeeignet, da BC auch positiv sein können. Dagegen die Expression von PRAME, Melan A oder HMB45 bei (meist) fehlender Keratinexpression recht spezifisch
Seröses Karzinom	kann ER exprimieren, typisch die Expression von PAX8
Adenokarzinom	Lokalisationsabhängige Expression von CK7/20, ER möglich, meist fehlend oder schwach,
Gastrointestinalum	CDX2/SATB2 lokalisationsabhängig (CDX2 ganzer GI Trakt, SATB2 nur distal)

Metastasen von NSCLC in der Mamma

- häufige Ursache von Metastasen in der Mamma
- Durchschnittsalter 56 Jahre
- 5% bilateral, 40% mit LK-Metastasen
- Adenokarzinome > Plattenepithelkarzinome > neuroendokrine Tumoren
- synchrone LK-Metastasen selten

Metastasen extramammärer Tumoren

- 0,3-0,75% aller malignen epithelialen Tumore der Mamma sind Metastasen
- 75% mit bereits vorbekanntem Primärtumor
- Intervall Primärdiagnose und Metastase 1 Monat bis 15 Jahre (Median 3 Jahre)
- 25% Erstdiagnose in der Mamma
- Primärtumoren
 - Lunge (Adenokarzinom, SCLC)
 - Melanom
 - GIT (Magen, Kolorektum)
 - Gynäkologische Tumoren (seröse Karzinome)
 - Urologische Tumoren (Niere)
 - Schilddrüsenkarzinom
 - Sarkome

Metastasen extramammärer Tumoren

Morphologie & Vorgehen

- In-situ Komponente nur bei Primärtumoren
- elastotische Matrix nur bei Primärtumoren
- Verkalkungen eher bei Primärtumoren (außer bei serösen Karzinomen)
- klarzellige Morphologie selten bei Primärtumoren
- High grade neuroendokrine Tumoren eher Metastasen
- Abfragen der Anamnese vor aufwändiger IHC

Cave: gute Differenzierung und/oder Sekundärarchitektur & TN

Metastasen extramammärer Tumoren

Immunhistologie

- ER
 - starke Expression nur bei endometrioiden Karzinomen
- GATA3
 - TC-Karzinome, Mesotheliome, SQC
- Keratine (niedermolekular)
 - Melanome, Sarkome
- S100
 - Melanom, Karzinome (fast alle!), Sarkome
- SOX10
 - Melanom, neurale Tumoren, Speicheldrüsenkarzinome, TN NST