

# Recidiv af cancer mammae kan vise sig som plexus brachialis-neuropati

Gro Helen Dale, Hanne Gottrup & Henning Andersen

## KASUISTIK

Neurologisk Afdeling F,  
Aarhus  
Universitetshospital

Ugeskr Læger  
2014;176:V12120732

Plexus brachialis-neuropati (PBN) ses hos 0,4% af alle patienter med cancer, og forekommer især ved lunge- og brystkræft. De primære årsager er tidligere strålebehandling (ses hos 2-5% af patienterne med brystkræft fem år efter endt behandling) og/eller lokoregional spredning (prævalens ukendt) [1]. I begge tilfælde kan der gå lang tid, før symptomerne opstår, hvilket vanskeliggør diagnosticeringen. Smerter efter en operation for brystkræft (postmastektomisyndrom) kan også skyldes neurogene smerter som følge af det operative indgreb og er karakteristiske brændende og strammende smerter/ubehag i cicatricen, thorax, aksillen eller mediant på overarmen [2].

Her præsenteres en sygehistorie, hvor patienten fik neoplasiudløst PBN adskillige år efter behandling for cancer mammae.

## SYGHEHISTORIE

En 49-årig kvinde blev henvist til hospitalet pga. neurogene smerter i venstre arm. Hun var ni år tidligere (før *sentinel node*-teknikken blev standard) blevet radikalt opereret for en venstresidig brystkræft (mastektomi og aksildissektion), der var østrogenrecep-

tor (ER)-positiv, men uden lymfeknudemetastaser. Efterfølgende fik hun adjuverende kemoterapi og tamoxifen i fem år. Otte år efter mastektomien fik hun let lymfødem i venstre arm, og en let forstørret lymfeknude blev fjernet – den var uden tegn til malignitet. Efterfølgende fik hun smerter mellem skulderbladene og elektriske stød i tredje finger.

Efter et halvt år udvikledes der et venstresidigt Horners syndrom. Patienten fik forværring af smerterne samt hypæstesi, dysæstesi og allodyn i ulnart på venstre underarm/hånd og 3.-5. finger. Der opstod gradvis progredierende parese i venstre arm med kraft 2-3 over fingerled (spredning/fleksion/ekstension), kraft 3 over håndled (fleksion/ekstension) og kraft 4 over albueled (ekstension). Der var ledsagende atrofi af især de små håndmuskler inklusive thenar. En neurofysiologisk undersøgelse viste let motorisk affektion af n. medianus sin., men en ny undersøgelse seks måneder senere viste kombineret motorisk og sensorisk affektion af n. ulnaris sin. og forlænget F-wave-latens i begge nerver, hvilket er foreneligt med påvirkning af den nedre del af plexus brachialis. Der blev udført magnetisk resonans (MR)-skanning af columna cervicalis og plexus brachialis med et halvt års interval; først ved den tredje skanning blev der påvist en let fortykkelse og kontrastoptagelse i venstre C7- og C8-rod (**Figur 1**). Gentagelse af positronemissionstomografi (PET)-computertomografi (CT), der tidligere havde vist normale forhold, viste nu opladning i tilsvarende region, som MR-skanningen gjorde. To spinalvæskeprøver var negative for tumorceller.

Patienten fik foretaget åben fascikulær biopsi af truncus inferior plexus brachialis sin. på et hospital i USA. Biopsien viste invasiv cancer mammae, var ER-positiv og *human epidermal growth factor receptor-2*-amplificeret. Der blev påvist cancerinfiltration i både venstre og højre plexus brachialis samt leptomenigeal spredning til områder langs hele spinalkanalen, hvorimod der ikke var metastaser i viscera eller knogler.

Tilbage i Danmark fik patienten palliativ strålebehandling samt letrozol og trastuzumab. Hun mærkede klar bedring i smerterne efter strålebehandlingen, men ikke væsentlig funktionsændring. To år

FIGUR 1

Magnetisk resonansskanningsbillede af columna cervicalis og plexus brachialis hos patienten i sygehistorien. Pilene markerer fortykkelse og kontrastoptagelse i venstre C7- og C8-rod.



senere fik hun konstateret metastase i Th4, og man skiftede til andenlinjebehandling.

## DISKUSSION

Smerter er det hyppigste debutsymptom ved neoplasiudløst PBN [1], og de er oftest lokaliseret til skulderen med udstråling til den ulnare del af underarmen/hånden. Lymfødem kan også ses. Neurologiske udfald er oftest relateret til den nedre del af plexus brachialis, især C8-T1. Hos en tidligere patient med brystkræft skal nyopståede neurologiske symptomer uden oplagt årsag give mistanke om recidiv – også selv om patienten fik adjuverende behandling, og kontrollen er afsluttet.

I udredningen anbefales det at undersøge blodprøver, spinalvæske og neurofysiologi. MR-skanning af plexus brachialis kan vise gadoliniumopladende, fokal inhomogen signalforandring, evt. ekstensiv infiltration [3]. Hvis der er mistanke om leptomeningeal spredning, bør der udføres MR-skanning af hele neuroaksen [4], der dog i begyndelsen kan være normal. I denne situation kan helkrops-PET-CT være relevant. Nervebiopsi kan give en endelig afklaring. Som sygehistorien illustrerer, er det vigtigt at fortsætte med regelmæssige parakliniske undersøgelser trods initialt negative fund, hvis den kliniske mistanke om recidiv er til stede.

Da neoplasiudløst PBN kan betragtes som dissemineret sygdom, bør der gives systemisk behandling. Der er fundet længerevarende effekt af både kemoterapi og endokrin behandling [5]. Hvis det er muligt, bør begge dele gives. Stråleterapi er effektivt til smertelindring og bør således også overvejes hos patienter, som ikke kan tilbydes systemisk behandling.

## SUMMARY

Gro Helen Dale, Hanne Gottrup & Henning Andersen:

Brachial plexopathy after breast cancer

Ugeskr Læger 2014;176:V12120732

Neoplastic plexopathy is an unusual, but known cause of neuropathy. This is a case report of a patient, who developed brachial plexopathy years after completing treatment for breast cancer. The patient presented with pain in one arm and, subsequently, developed sensory deficits and muscle atrophy, resulting in severely impaired hand function. Repeated magnetic resonance imaging and positron emission tomography scans were necessary before the final diagnosis could be made. The case report illustrates the importance of a thorough and repeated diagnostic work-up, when metastatic cancer is a perhaps unlikely but possible cause of plexopathy.

**KORRESPONDANCE:** Gro Helen Dale, Neurologisk Afdeling F, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C. E-mail: grodal@rm.dk

**ANTAGET:** 26. februar 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 22. juli 2013

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

**TAKSIGELSE:** PJB/Dyck/Mayo Clinic takkes for udredning (herunder biopsi) af en patient.

## LITTERATUR

1. Jaeckle KA. Neurologic manifestations of neoplastic and radiation-induced plexopathies. *Semin Neurol* 2010;30:254-62.
2. Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L et al. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. *Br J Cancer* 2008;99:604-10.
3. Gerevini S, Mandelli C, Cadioli M et al. Diagnostic value and surgical implications of the magnetic resonance imaging in the management of adult patients with brachial plexus pathologies. *Surg Radiol Anat* 2008;30:91-101.
4. Gleissner B, Chamberlain MC. Neoplastic meningitis. *Lancet Neurol* 2006;5:443-52.
5. Kamenova B, Braverman AS, Schwartz M et al. Effective treatment of the brachial plexus syndrome in breast cancer patients by early detection and control of loco-regional metastases with radiation and systemic therapy. *Int J Clin Oncol* 2009;14:219-24.