

# Cancer i ektopisk mammavæv

Johan Røikjer<sup>1</sup>, Ida Lindmark<sup>2</sup> & Thor Knudsen<sup>2</sup>

## KASUISTIK

1) Health, Aarhus Universitet  
2) Mammakirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg

Ugeskr Læger  
2015;177:V11140640

Ektopisk brystvæv forekommer i to former: *supernumerary* og *aberrant* [1]. I et supernumerary bryst kommunikerer underliggende kirtelvæv med overfladen via en udførselsgang, mens et aberrant bryst er karakteriseret ved uorganiseret sekretorisk væv uden kommunikation med overfladen. Begge typer af ektopisk brystvæv ligger ofte i mælkelinjerne, der bilateralt strækker sig fra armhulen til lyskere regionen. Ektopisk brystvæv kan ligesom andet brystvæv undergå maligne forandringer [1].

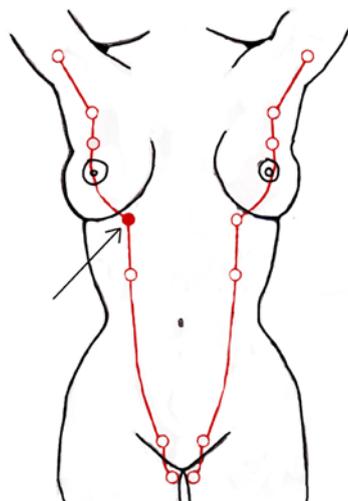
## SYGEHISTORIE

En 79-årig kvinde blev henvist fra egen læge pga. mistanke om cancer i mave-tarm-kanalen. Hun havde på henvisningstidspunktet smerter i højre side af abdomen og en palpabel udfyldning i højre fossa. Hun havde desuden haft et større vægttab i den seneste tid og havde en hård knude på thorax under højre mamma (**Figur 1**). Knuden var 1-1½ centimeter stor, fast og beliggende i subcutis. Hun havde ikke selv bemærket knuden og havde yderligere komorbiditet i form af Parkinsons sygdom.

Patienten blev henvist til yderligere udredning i et kræftpakkeforløb på mistanke om en gastrointestinal tumor med kutan spredning. Der blev foretaget en CT af thorax og abdomen, hvor der ikke blev fundet tegn på malign sygdom eller metastaser i øvrigt.

**FIGUR 1**

Illustration af mælkelinjernes forløb. Pilen markerer området, hvor knuden blev fundet.



Den palpable subkutane proces blev fjernet ved hjælp af elkoagulation og sendt til patologisk undersøgelse. Histologisk viste præparatet sig at være et 13 mm stort invasivt duktalt karcinom af grad II. Karcinomet var 99% østrogenreceptorpositivt, *human epidermal growth factor receptor 2*-negativt og havde Ki-67-score på 20%. Der var ingen karinvasion.

Præparatet havde koagulationsdefekter flere steder, og man kunne ikke med sikkerhed sige, at resektionsranden var fri. Der blev derfor udført en udvidet resektion inklusive biopsi af *sentinel node* (SN) ved injektion i mamma i generel anæstesi og udført et frysensnit af præparaterne. Resektionsrandene vidste sig at være frie. SN var uden metastase. Der blev udført scintigrafi med TC-tracer, og man fandt SN i aksillen. Selve knuden blev fjernet under første operation, hvorfor injektion i denne ikke kunne foretages. Der blev ikke fundet retningslinjer på området. Alt accessorisk mammavæv på thorax blev fjernet, og man valgte at foretage en mastektomi. Patienten blev således radikalt opereret, og der var ikke indikation for adjuverende strålebehandling.

Patienten blev derefter henvist til en onkologisk afdeling med henblik på postoperativ antiøstrogenbehandling med letrozol i fem år.

## DISKUSSION

Ektopisk mammavæv af typen *supernumerary* brystvæv forekommer hos 1-5% af befolkningen [2]. Hyppigheden afhænger dog kraftigt af etnicitet og køn, og er langt større hos kvinder end hos mænd [3]. I 1915 publicerede *Kajava* et stadig gældende klassifikationssystem, hvori han inddelte accessorisk mammavæv i otte klasser, der strakte sig fra tilstedeværelse af kun ekstra brystbehåring til eksistensen af et helt bryst med kirtelvæv, areola og brystvorte (polymasti) [4]. Dette betyder, at selvom incidensen af ektopisk mammavæv umiddelbart synes at være høj, har mindre end 1% af befolkningen egentlig polymasti [2]. Hvor stor den globale prævalens af aberrant brystvæv er, vides ikke med sikkerhed, da aberrant brystvæv i normale tilfælde hverken kan ses eller palpere, før det er blevet patologisk eller giver symptomer [2].

Cancer i ektopisk brystvæv forekommer hyppigst i aberrant brystvæv. Således er op mod 95% af de rapporterede cancertilfælde i ektopisk brystvæv fun-

det i aberrant brystvæv [5]. Der hersker dog en del uenighed på området, da nogle mener, at *supernumerary* brystvæv ofte fjernes tidligt pga. gener, hvilket kan give ikkerepræsentative resultater.

Den langt hyppigste cancer, der er fundet i ektopisk mammavæv, er som ved almindelig brystkræft invasivt duktalt karcinom. Der er dog også rapporteret om andre former af kræft og sygdomme i accessorisk brystvæv [2], mens den egentlige incidens af cancer i ektopisk mammavæv fortsat er ukendt. Med dette in mente kunne en rutinescreening for brystkræft således indeholde en undersøgelse for muligt ektopisk brystvæv, mens fundet af eventuelt accessorisk brystvæv bør medføre øget opmærksomhed hos såvel læge som patient. I dag opdages abarrent brystvæv ofte sent, selv i patologisk tilstand. Dette kan skyldes mangel på brystvorte og areola, hvorfor brystvævet ofte tillægges svag betydning i den tidlige diagnostik. Samme forhold gør sig gældende ved supernumerary brystvæv uden tilhørende karakteristika. Derfor bør man ved fundet af en knude i mælkelinjerne være opmærksom på brystkræft som en differentialdiagnostisk mulighed, specielt hos patienter, der i forvejen er i risiko for udvikling af brystkræft.

## SUMMARY

Johan Røijkjer, Ida Lindmark & Thor Knudsen:

Cancer in ectopic breast tissue

Ugeskr Læger 2005;177:V11140640

Two different forms of ectopic breast tissue exist in human beings: supernumerary and aberrant. Both forms are usually seen alongside the milk lines, which extend from the upper limbs to the inguinal region where they give rise to mammary glands, areolas and nipples. Although ectopic- and orthotopic breast tissue are placed in different areas of the body, they still share the same ability to undergo pathological degeneration. The focus of this case report is to shed light on this unusual form of breast cancer, and raise the level of awareness in cases with lumps located in the milk lines.

**KORRESPONDANCE:** Thor Knudsen, Mammakirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, Heibergs Alle 6, 8800 Viborg. E-mail: thor.knudsen@viborg.rm.dk

**ANTAGET:** 25. februar 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 15. juni 2015

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

## LITTERATUR

1. Giron GL, Friedman I, Feldman S. Lobular carcinoma in ectopic axillary breast tissue. *Am Surg* 2004;70: 312-5.
2. Mansel RE, Dixon JM. Congenital problems and aberrations of normal breast development and involution. *BMJ* 1994;309:797-800.
3. Francone E, Nathan MJ, Murelli F et al. Ectopic breast cancer. *Aesthetic Plast Surg* 2013;37:746-9.
4. Amaranathan A, Balaguruswamy K, Bhat RV et al. An ectopic breast tissue presenting with fibroadenoma in axilla. *Case Rep Surg* 2013;2013:947295.
5. Marshall M, Moynihan JJ, Frost A et al. Ectopic breast cancer: case report and literature review. *Surg Oncol* 1994;3:295-304.