

Tomasz Sachańbiński¹, Maciej Miodoński¹, Barbara Radecka^{2,3}

¹Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu

²Oddział Kliniczny Onkologii, Instytut Nauk Medycznych, Uniwersytet Opolski w Opolu

³Oddział Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym, Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu

Inwazyjny rak piersi w ektopowej tkance gruczołowej zlokalizowanej w dole pachowym — opis przypadku

Invasive breast cancer in ectopic axillary breast tissue — case report

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Sachańbiński T, Miodoński M, Radecka B. Invasive breast cancer in ectopic axillary breast tissue — case report. *Oncol Clin Pract.* 2021; 17. DOI: 10.5603/OCP.2020.0025.

Należy cytować wersję pierwotną.

Adres do korespondencji:

Lek. Tomasz Sachańbiński
 Opolskie Centrum Onkologii
 ul. Katowicka 66a, 45-061 Opole
 Tel: 606 898 677
 +48 77 441 6073
 e-mail: sazkin73@gmail.com

STRESZCZENIE

Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Problemem diagnostycznym są rzadkie, nietypowe postaci raka piersi. Częstość występowania ektopowej tkanki gruczołowej piersi w populacji ogólnej zawiera się w przedziale 0,4–6%. W tkance tej mogą się rozwinąć takie same nieprawidłowości i schorzenia jak w anatomicznym gruczole piersiowym. Może się również rozwinąć rak piersi.

W pracy przedstawiono przypadek 36-letniej kobiety, która zgłosiła się do lekarza z powodu obecnego od 2 lat guzka w prawym dole pachowym. Pacjentkę skierowano do chirurga z podejrzeniem torbieli naskórkowej. Po chirurgicznym usunięciu zmiany w badaniu histopatologicznym rozpoznano inwazyjnego raka piersi w ektopowej tkance gruczołowej. Po przeprowadzeniu diagnostyki obrazowej i dyskusji w ramach wielodyscyplinarnego zespołu diagnostyczno-terapeutycznego chorej zaproponowano zabieg chirurgiczny poszerzenia marginesów wycięcia, po to by uzyskać doszczętność onkologiczną oraz limfadenektomię pachową. Po zabiegu operacyjnym ze względu na wynik badania histopatologicznego zastosowano uzupełniające leczenie systemowe (chemio- i hormonoterapie) oraz radioterapię.

Lekarze często nie biorą pod uwagę możliwości wystąpienia pierwotnego raka piersi w miejscu innym niż pierś. Badania obrazowe piersi nie zawsze umożliwiają rozpoznanie choroby, a lekarze, którzy je wykonują i interpretują, często nie uwzględniają w diagnostyce różnicowej pierwotnego raka piersi w dole pachowym. Może to powodować opóźnienie w rozpoznaniu i pogarszać rokowanie.

Słowa kluczowe: rzadkie przypadki raka piersi, ektopowa tkanka gruczołowa, pierś dodatkowa, guz dołu pachowego

ABSTRACT

Breast cancer is the most commonly diagnosed malignancy in women in Poland. Rare, unusual forms of breast cancer remain a diagnostic problem. The incidence of ectopic breast glandular tissue in the general population varies between 0.4 and 6%. The same abnormalities and diseases as in the anatomical mammary gland may develop in this tissue. Breast cancer may develop as well.

We present the case of a 36-year-old woman, who went to the doctor because of a nodule in the right armpit presented for 2 years. The patient was referred to a surgeon with suspicion of an epidermal cyst. The lesion was surgically removed and in the histopathological examination, the diagnose was: invasive breast cancer in ectopic glandular tissue. After imaging diagnostics, discussion of a multidisciplinary diagnostic and therapeutic team, the patient was offered a surgical procedure — widening of the excision margins to obtain oncological completeness and axillary lymphadenectomy. After the surgery, due to the results of the histopathological examination, complementary systemic treatment (chemo- and hormone therapy) and radiotherapy were used.

Doctors often do not consider the possibility of primary breast cancer occurring elsewhere than in the breast. Breast imaging does not always make it possible to diagnose the disease, and doctors performing and in-

terpreting these tests often do not include primary armpit cancer in the differential diagnosis. This can cause a delay in diagnosis and worsen the prognosis.

Key words: rare cases of breast cancer, ectopic glandular tissue, additional breast, axillary tumor

Copyright © 2021 Via Medica

ISSN 2450-1646

Onkol Prakt Klin Edu 2021; 7, 1: 49-52

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Stanowi też jedno z największych zagrożeń związanych z przedwczesną umieralnością kobiet [1]. Rosnąca świadomość lekarzy różnych specjalności, nie tylko onkologów, pozwala coraz częściej wykrywać tę chorobę we wczesnym, także przedklinicznym stadium. Problemem diagnostycznym pozostają rzadko spotykane, nietypowe formy raka piersi.

Ektopowa tkanka gruczołowa piersi występuje u 0,4–6% populacji ogólnej [2]. Jej obecność jest następstwem niepełnego zaniku tzw. listew mlecznych (łac. *crestae mammae*) [3]. Taka pozostała dodatkowa tkanka gruczołowa jest najczęściej zlokalizowana w obrębie dołów pachowych, ale możliwe są też inne umiejscowienia, jak okolica nad- i podobojczykowa, okolica podsutkowa, a nawet lokalizacje odległe anatomicznie, jak krocze czy odbył [4]. W takim dodatkowym gruczole mogą się rozwinąć nieprawidłowości i schorzenia charakterystyczne dla anatomicznego gruczołu piersiowego — opisywane są przypadki gruczolaków, zmian włóknisto-torbielowych, jak również raka piersi [5]. Pacjentka zazwyczaj nie jest świadoma obecności takiej nieprawidłowo zlokalizowanej dodatkowej tkanki gruczołowej do czasu stwierdzenia wyczuwalnego guza, na przykład w obrębie dołu pachowego.

Opis przypadku

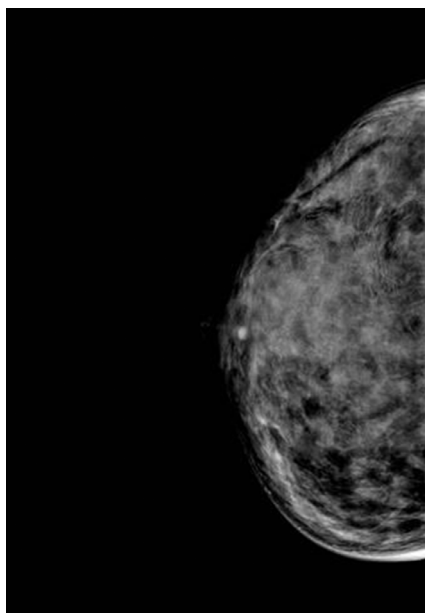
Pacjentka w wieku 36 lat, bez istotnego wywiadu chorobowego, została skierowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do chirurga ogólnego z powodu obecnego od ponad 2 lat guzka w tkankach miękkich prawej pachy. W ciągu ostatnich kilku miesięcy zmiana się powiększyła. Ze względu na obciążający wywiad rodzinny (siostra matki chorowała na raka piersi) pacjentka regularnie kontrolowała piersi podczas wizyt ginekologicznych. Wykonywane okresowo badania ultrasonograficzne piersi nie wykazywały nieprawidłowości. Konsultujący chirurg stwierdził ruchomy względem otoczenia guz o średnicy 2 cm oraz zacerwienie skóry nad guzem. W wykonanym badaniu ultrasonograficznym dołu pachowego opisano hipoechogeniczną, nieregularną zmianę ogniskową o średnicy 21 mm, obejmującą skórę i tkankę podskórną, oraz węzły chłonne

o średnicy do 8 mm położone obok zasadniczej zmiany. Podejrzewano torbiel naskórkową w stanie zapalnym lub trądzik odwrócony (łac. *hidradenitis suppurativa*). Zmianę usunięto chirurgicznie.

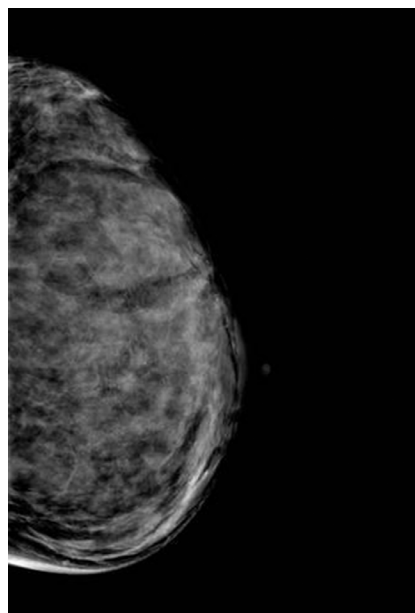
W badaniu histopatologicznym rozpoznano inwazyjnego raka bez specjalnego typu (NST, *no special type*) o pośrednim stopniu zróżnicowania (*intermediate grade*, G2), z obecnością angio- i neuroinwazji. Patomorfolog opisał utkanie raka w skórze właściwej i tkance podskórnej, a w sąsiedztwie struktury odpowiadające resztkowemu utkaniu gruczołu piersiowego. W podsumowaniu stwierdzono, że całość obrazu odpowiada pierwotnemu rakowi wywodzącemu się z ektopowej tkanki gruczołowej piersi. Wraz ze zmianą zasadniczą usunięto 4 węzły chłonne, w których stwierdzono zmiany przerzutowe o średnicy do 3 mm z naciekaniami poza torebkę węzła chłonnego. Stopień zaawansowania patomorfologicznego określono jako pT1cN2a. W badaniu immunohistochemicznym stwierdzono silną ekspresję receptorów estrogenowych i progesteronowych, brak ekspresji receptora HER2 oraz indeks proliferacyjny Ki67 ok. 30%. Fenotyp raka określono jako luminalny B HER2-ujemny.

W Opolskim Centrum Onkologii, dokąd chora została skierowana po ustaleniu rozpoznania, wykonano mammografię spektralną oraz badanie rentgenowskie klatki piersiowej i ultrasonografię jamy brzusznej.

W mammografii spektralnej (ryc. 1, 2) nie stwierdzono ognisk patologicznego wzmocnienia w zakresie zarówno obu piersi, jak i dołów pachowych (badanie wykonano po wycięciu diagnostycznym). Wyniki badań obrazowych klatki piersiowej i jamy brzusznej były prawidłowe. Przypadek pacjentki został przedyskutowany w ramach wielodyscyplinarnego konsylium diagnostyczno-terapeutycznego. Z uwagi na obecność utkania raka w brzegach cięcia chirurgicznego usuniętej zmiany oraz przerzuty do 4 węzłów chłonnych z naciekaniami poza torebkę węzła, chorej zaproponowano w pierwszej kolejności zabieg chirurgiczny poszerzenia wycięcia zmiany wraz z usunięciem prawostronnych pachowych węzłów chłonnych. W badaniu patomorfologicznym materiału pooperacyjnego brzegi preparatu były wolne od zmian nowotworowych, w okolicy łoża stwierdzono pozabiegowe zmiany resorpcyjne oraz utkanie nienaciekającego raka przewodowego (*ductal carcinoma in situ*) o pośrednim stopniu zróżnicowania, obecne w pojedynczych przewodach. W 4 spośród 12 ocenionych węzłów chłonnych stwierdzono przerzuty raka o średnicy do 6 mm z naciekiem poza torebkę węzła chłonnego.



Rycina 1. Obraz mammografii spektralnej 1



Rycina 2. Obraz mammografii spektralnej 2

Po leczeniu chirurgicznym w ramach wielodyscyplinarnego konsylium lekarskiego zaproponowano pacjentce leczenie uzupełniające. Zastosowano chemioterapię opartą na antracyklinach oraz taksoidach, a następnie — uwzględniając ekspresję receptorów dla hormonów steroidowych — włączono farmakologiczną supresję jajników oraz leczenie niesteroidowymi inhibitorami aromatazy. Chorą poddano również uzupełniającej radioterapii. Napromieniono pierś razem z polem węzłowym do dawki 50 Gy w 25 frakcjach z dodatkową dawką 10 Gy w 5 frakcjach na łożę po wyciętym guzie, stosując technikę konformalną 3D (*3D conformal radiotherapy*) z modulacją intensywności dawki (IMRT, *intensity modulated radiation therapy*).

Dyskusja

W przypadku wyczuwalnego w badaniu przedmiotowym guza w dole pachowym najczęściej bierze się pod uwagę powiększone węzły chłonne, zmienione odczynowo, zapalnie lub nowotworowo. Diagnostyka różnicowa powinna uwzględniać takie stany chorobowe, jak guz zapalny (ropień, czyrak, trądzik odwrócony), tłuszczczak, torbiel naskórkowa, a także guzy nowotworowe tkanek miękkich czy osłonek nerwów obwodowych [6, 7].

Należy również pamiętać o możliwości występowania ektopowej tkanki gruczołowej piersi. Pod względem budowy histologicznej można wyróżnić pierś dodatkową (*supernumerary breast*) oraz odszczepioną nieprawidłową tkankę gruczołową piersi (*abberant breast*) [8]. Piersi dodatkowe występują najczęściej w miejscu zarodkowych grzebieni sutkowych, tzw. linii mlecznej, ciągnącej się

od pach do pachwin. Struktury gruczołowe piersi dodatkowej są uporządkowane, z układem wydzielniczym, a także z możliwością wystąpienia dodatkowej brodawki i otoczki. W tkance piersi odszczepionej struktury gruczołowe są chaotyczne, bez uporządkowanego układu wydzielniczego. Zazwyczaj zlokalizowane są one w pobliżu piersi anatomicznej jako „wyspy” tkanki gruczołowej [8].

Pozapiersiowa tkanka gruczołowa podlega zmianom pod wpływem działania hormonów, analogicznie do anatomicznego gruczołu piersiowego. Mogą się w niej rozwinąć różne nieprawidłowości i schorzenia, jak zmiany włóknisto-torbielowate, gruczolaki, brodawczaki, a także raki piersi [9]. Częstość występowania raka w ektopowej tkance gruczołu piersiowego według różnych autorów stanowi 0,2–0,6% wszystkich raków piersi [5]. Ze względu na rzadkość schorzenia lekarze często nie biorą pod uwagę możliwości wystąpienia pierwotnego raka piersi poza anatomicznym gruczołem piersiowym. Wykonywane badania obrazowe piersi nie zawsze umożliwiają rozpoznanie choroby. Może to powodować znaczące opóźnienie w diagnozie i pogarszać rokowanie.

Leczenie raka w ektopowej tkance gruczołowej piersi w obrębie pachy podlega ogólnie takim samym zasadom jak leczenie raka w anatomicznie położonej piersi. Pewne kwestie pozostają jednak przedmiotem dyskusji, szczególnie w odniesieniu do zakresu leczenia chirurgicznego. Niektórzy autorzy proponują amputację piersi znajdującej się po tej samej stronie co guz w tkance ektopowej, jeżeli zajęte są pachowe węzły chłonne [10, 11]. Inni przekonują, że amputacja piersi anatomicznej nie przynosi pacjentkom dodatkowych korzyści, a rokowania są takie same zarówno w przypadku miejscowego, radykalnego usunięcia tkanki ektopowej, jak i amputacji

[12, 13]. Wobec tego chirurgicznym leczeniem z wyboru jest szerokie wycięcie zmiany z otaczającymi tkankami (także skórą). Mastektomia nie jest wskazana, jeżeli badania obrazowe piersi nie wskazują na zmiany nowotworowe w jej obrębie. Powinna być jednak rozważana, jeżeli wyniki badań obrazowych nie są jednoznaczne i diagnostyka różnicowa nie pozwala na ustalenie pewnego rozpoznania [14].

W przypadku kiedy zmiana pierwotna jest zlokalizowana w tkance ektopowej piersi, a węzły chłonne są klinicznie prawidłowe (co nie miało miejsca w opisywanym przypadku), konieczny jest zabieg w zakresie węzłów chłonnych. Czy biopsja węzła wartowniczego ma sens w takim przypadku? Niektórzy autorzy wykazują, że przerzuty w pachowych węzłach chłonnych występowały w około 50% analizowanych przypadków, a więc bardzo często, co mogłoby sugerować zasadność przeprowadzenia w takiej sytuacji limfadenektomii [4, 10, 11]. Niemniej kilka opublikowanych prac wskazuje, że limfoscyntygrafia pozwala precyzyjnie zlokalizować węzły chłonne wartownicze. Możliwe jest zatem przeprowadzenie procedury biopsji węzła wartowniczego i uniknięcie okaleczającej limfadenektomii [16, 17]. Takie postępowanie jest szczególnie uzasadnione w przypadkach lokalizacji tkanki ektopowej poza dołem pachowym, gdy spływ chłonny do dołu pachowego po tej samej stronie nie jest oczywisty [17]. Kwestią techniczną pozostaje wybór miejsca podania radioizotopu. Czy właściwe będzie podanie zaotoczkowe do piersi po tej samej stronie co guz pachowy? Biorąc pod uwagę spływ chłonny i lokalizację pachową, można przypuszczać, że podanie okołoguzowe lub w miejsce po biopsji chirurgicznej będzie w tym przypadku właściwsze [17].

Pewne kontrowersje budzi także zakres uzupełniającej radioterapii. Ze względu na rzadkość tej postaci raka nie ma jednoznacznie ustalonego standardu postępowania. Większość autorów proponuje kwalifikowanie chorych do radioterapii uzupełniającej na podstawie kryteriów podobnych jak w przypadku raka piersi w typowej lokalizacji. Istnieją rozbieżne opinie co do zakresu radioterapii. Część autorów uważa za właściwe napromienianie łoży po usuniętym guzie oraz dołu pachowego, inni zaś sugerują objęcie napromienianiem również piersi po stronie guza [18].

Systemowe leczenie uzupełniające powinno być prowadzone zgodnie z ogólnie przyjętymi zaleceniami w zakresie leczenia chorych na wczesnego raka piersi.

W prezentowanym przypadku, po dyskusji w ramach wielodyscyplinarnego konsylium diagnostyczno-terapeutycznego, podjęto decyzję o uzupełniającej radioterapii na łożę po guzie oraz dół pachowy z uwagi na zajęte węzły chłonne oraz naciek skóry. Leczenie systemowe dostosowano do biologii raka oraz patomorfologicznego stopnia zaawansowania.

Wnioski

Ektopowa tkanka gruczołowa piersi często nie jest obejmowana rutynowym badaniem mammograficznym. Również niektórzy lekarze wykonujący badania ultrasonograficzne piersi nie biorą pod uwagę możliwości wystąpienia nowotworu w ektopowej tkance gruczołowej piersi. Powoduje to opóźnienia w rozpoznaniu i leczeniu raka piersi w tkance dodatkowej.

Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Jeziorski A, Rutkowski P, Wysocki W, et al. Chirurgia onkologiczna, t. 1. PZWL, Warszawa 2018: 19–20.
2. Gabriel A, Maxwell G. Breast embryology. 2018, <http://emedicine.medscape.com/article/1275146-overview>.
3. Shunke M, Schulte E, et al. Atlas Anatomii człowieka, t. 1. Prometeusz, Wrocław 2009.
4. Marshall MB, Moynihan JJ, Frost A, et al. Ectopic breast cancer: case report and literature review. *Surg Oncol*. 1994; 3(5): 295–304, doi: [10.1016/0960-7404\(94\)90032-9](https://doi.org/10.1016/0960-7404(94)90032-9), indexed in Pubmed: [7889223](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7889223/).
5. Francone E, Nathan MJ, Murelli F, et al. Ectopic breast cancer: case report and review of the literature. *Aesthetic Plast Surg*. 2013; 37(4): 746–749, doi: [10.1007/s00266-013-0125-1](https://doi.org/10.1007/s00266-013-0125-1), indexed in Pubmed: [23620009](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23620009/).
6. Kokot F, et al. Diagnostyka różnicowa objawów chorobowych. Wyd. 3. PZWL, Warszawa 2007: 528–530.
7. Aymen F, Atef Y, Majed G, et al. Axillary Masse, is it an Ectopic Mammary Gland? *Breast Cancer: Current Research*. 2016; 1(2): 108, doi: [10.4172/2572-4118.1000108](https://doi.org/10.4172/2572-4118.1000108).
8. Georgiade NG, Georgiade GS, Riefkohl R, et al. The breast: embryology, anatomy, and physiology, Philadelphia: WB Saunders. 1990: 3–17.
9. Velanovich V. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts, and supernumerary nipples. *South Med J*. 1995; 88(9): 903–906, doi: [10.1097/00007611-199509000-00002](https://doi.org/10.1097/00007611-199509000-00002), indexed in Pubmed: [7660204](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7660204/).
10. Matsuoka H, Ueo H, Kuwano H, et al. [A case of carcinoma originating from accessory breast tissue of the axilla]. *Gan No Rinsho*. 1984; 30(4): 387–391, indexed in Pubmed: [6727040](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6727040/).
11. Visconti G, Eltahir Y, Van Ginkel RJ, et al. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011; 64(1): e1–11, doi: [10.1016/j.bjps.2010.08.015](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2010.08.015), indexed in Pubmed: [20934398](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20934398/).
12. Tjalma WAA, Senten LLC. The management of ectopic breast cancer — case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2006; 27(4): 414–416, indexed in Pubmed: [17009640](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17009640/).
13. Cogswell HD, Czerny EW. Carcinoma of aberrant breast of the axilla. *Am Surg*. 1961; 27: 388–390, indexed in Pubmed: [13694314](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13694314/).
14. Evans DM, Guyton DP. Carcinoma of the axillary breast. *J Surg Oncol*. 1995; 59(3): 190–195, doi: [10.1002/jso.2930590311](https://doi.org/10.1002/jso.2930590311), indexed in Pubmed: [7609527](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7609527/).
15. Zhang S, Yu YH, Qu W, et al. Diagnosis and treatment of accessory breast cancer in 11 patients. *Oncol Lett*. 2015; 10(3): 1783–1788, doi: [10.3892/ol.2015.3388](https://doi.org/10.3892/ol.2015.3388), indexed in Pubmed: [26622750](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26622750/).
16. Thorne AL, Jackson A, Yiangou C. The use of sentinel node biopsy in the treatment of cancer of an accessory breast. *Breast*. 2003; 12(2): 153–155, doi: [10.1016/s0960-9776\(02\)00266-7](https://doi.org/10.1016/s0960-9776(02)00266-7), indexed in Pubmed: [14659346](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14659346/).
17. Gentilini O, Paganelli G, Trifiro G, et al. Sentinel node biopsy in ectopic breast cancer. *Nucl Med Commun*. 2003; 24(11): 1127–1128, doi: [10.1097/01.mnm.0000101603.64255.5f](https://doi.org/10.1097/01.mnm.0000101603.64255.5f), indexed in Pubmed: [14569165](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14569165/).
18. Routiot T, Marchal C, Verhaeghe JL, et al. Breast carcinoma located in ectopic breast tissue: a case report and review of the literature. *Oncol Rep*. 1998; 5(2): 413–417, doi: [10.3892/or.5.2.413](https://doi.org/10.3892/or.5.2.413), indexed in Pubmed: [9468570](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9468570/).