

Vortrag und Poster auf dem 58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe - 5.-8.10.2010, München

## **Granularzelltumor der weiblichen Brust—eine seltene Entität**

(vorgetragen Beate Richter<sup>i</sup>)

Meine sehr verehrten Damen und Herren !

Granularzelltumore kommen in der Regel in der Haut vor und sind Pathologen und Dermatologen seit der Erstbeschreibung durch Abrikossoff im Jahr 1926 recht gut bekannt. Derselbe Pathologe Abrikossoff war es, der eine derartige Neoplasie erstmals im Brustdrüsengewebe einer Frau 1931 beschrieben hat. Diese Gebilde sind auch unter den Synonymen Abrikossoff-Tumor, Myoblastenmyom oder eben als Granularzelltumor zu finden. Die den Tumor ausmachenden granulierten Zellen haben ihm seinen Namen gegeben.

Wenn derartige Neubildungen in der weiblichen Brust auftreten, stellen Sie alle Fachdisziplinen, die mit der Diagnostik von Mamma-Tumoren beschäftigt sind, immer wieder vor diagnostische Probleme : denn diese zumeist benignen Tumore imponieren bei der klinischen Untersuchung und in den bildgebenden Verfahren - wie z.B. Sonographie und / oder Mammographie - als maligne Raumforderungen. Wie auf dem Poster beschrieben, treten die Granularzelltumore laut Literaturrecherche in 5 – 8% in der Mamma auf und auf ca. 1000 Mammakarzinome kommt – ebenfalls nach Literaturrecherche – ein Granularzelltumor.

Zur klinischen Charakterisierung dieser Neubildungen möchte ich folgendes erwähnen

1. Diese Tumore kommen in allen Alterabschnitten vor. Der Altersgipfel liegt um das 45. bis 55. Lebensjahr
2. Die oberen inneren Quadranten sind die Prädilektionsstellen und damit liegen sie zumeist parasternal
3. Diese bevorzugte Lokalisation entspricht dem Verzweigungsgebiet der dort gelegenen peripheren Nerven
4. bildgebende Verfahren geben Hinweise auf einen malignen Prozess

Die morphologische Charakterisierung dieser Tumore zeichnet sich aus durch

1. strang- und nesterartig angeordnete polyedrische Tumorzellen mit einem granulierten relativ breiten Zytoplasma
2. gleichförmige rundliche Kerne mit einem normalen leicht granulierten Chromatingehalt
3. keine Mitosen
4. breites faserhaltiges Tumorstroma

und

5. keine Ausbildung einer Kapsel zwischen Tumor und Umgebungsgewebe bzw. unregelmäßige Begrenzung gegen angrenzendes Brustdrüsengewebe

Unser Poster beschreibt eine derartige Beobachtung eines Granularzelltumors der weiblichen Brust :

Im Alter von 69 Jahren hat unsere Patientin im rechten oberen Quadranten eine derbe Resistenz getastet und zwei Monate später eine Einziehung der darüber gelegenen Haut beobachtet.

Diese Raumforderung ließ nach den klinischen Untersuchungen und in der Sonographie den Verdacht auf ein Malignom aufkommen. Obwohl der Tumor keinen Mikrokalk enthielt, konnte mammographisch der zuvor geäußerte Malignitätsverdacht nicht ausgeräumt werden. Die Axilla bds. war frei, die Patientin befand sich in einem guten Allgemeinzustand und wies normale Laborparameter auf.

Also wurden sonographisch gezielte high speed-Stanzen durchgeführt, an denen die Diagnose eines gutartigen Granularzelltumors etabliert wurde.

Darauf gründete sich das Therapie-Konzept der Entfernung des Tumor „sicher im Gesunden“. Das Operations-Präparat, das Sie im Inset des Posters sehen, enthielt bereits den gesamten Tumor. Infolge der fehlenden kapselartigen Begrenzung des Tumors und der damit verbundenen unsicheren intraoperativen Situation einer Entfernung „sicher im Gesunden“ wurden Nachresektate angefertigt, die erwartungsgemäß tumorfrei waren. Die an Hand der Stanzbiopsien gestellt Diagnose eines benignen Granularzelltumors bestätigte sich am Op-Präparat.

Der weitere Heilungsverlauf gestaltete sich ohne jegliche Komplikationen. Die Patientin ist noch nach drei Jahren postoperativ rezidiv- und beschwerdefrei.

Diese Fallbeschreibung ist charakteristisch für die Problematik derartiger Neubildungen :

Die Klinik samt Bildgebung spricht für Malignität, obwohl der Tumor absolut benigne aufgebaut ist.

Die Diskrepanz erklärt sich u.E. durch die Histologie der Neoplasie :

1. Die fehlende kapselartige Begrenzung lässt den Tumor „unscharf“ gegen das angrenzende Brustdrüsengewebe erscheinen
2. der hohe Bindegewebsgehalt bedingt die derbe Konsistenz des Tumors und ist mitverantwortlich für den Malignitätsverdacht.

Nach unserer Erfahrung könnte die Trias :

- Patientenalter
- palpabler derber Knoten mit Lokalisation parasternal in den oberen (inneren) Quadranten
- kein Nachweis von Mikrokalk

mögliche Hinweise auf einen benignen Granularzelltumor sein.

Dennoch bleibt die Diagnosestellung eines derartigen Tumors der minimal-invasiven Diagnostik z.B. durch Stanzbiopsie o.a. vorbehalten.

In jedem Falle stellt die Diagnostik derartiger Tumore des Brustdrüsengewebes eine Herausforderung an alle beteiligten Fachdisziplinen dar.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre Geduld

---

<sup>i</sup>Autoren :

1. Richter, Beate, Pathologie Hannover Zentrum, Berliner Allee 48, 30175 Hannover
2. Rathmann, Regine, Mammographiescreening Hannover, Schwarzer Bär 8 D-30449 Hannover
3. Krohn, Maren, Frauenklinik Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme), Elise-Averdieck-Str. 17 · 27356 Rotenburg Tel. 04261 77 3402 eMail : m.krohn@diako-online.de
4. Landwehr, Peter, PD, Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Marienstraße 72-90 , 30171 Hannover ( siehe Outlook-Kontakte)
5. Richter, Klaus, Corneliusstraße 3, 10787 Berlin oder , Pathologie Hannover Zentrum, Berliner Allee 48, 30175 Hannover