





Es fällt eine erhabene Raumforderung am Übergang des Fundus zum Corpus mit zentraler Ulzeration und breitflächigen Ausläufern auf, die makroskopisch an ein Magenkarzinom erinnert. Die Histologie ergab ein Mammakarzinom.

Eine Metastasierung in den Magen-Darm-Trakt ist sehr selten und wurde in absteigender Häufigkeit für das Melanom, Lungen- und Mammakarzinom beschrieben. Das Mammakarzinom seinerseits streut v.a. in Lymphknoten, Skelett, Gehirn, Lunge und Leber. Magenmetastasen des Brustkrebs wurden in Autopsieserien mit 0.5-1.7%, endoskopisch in bis zu 0.2% entdeckt. Noch seltener ist die Absiedlung im Dünn- und Dickdarm. Im Magen imponiert die Mammakarzinommetastase makroskopisch wie ein Magenkarzinom. Die histologische Unterscheidung zum Siegelringkarzinom des Magens kann schwierig sein, insbesondere beim lobulären Mammakarzinom. Die häufigste Wachstumsform des Mammakarzinoms im Magen ist eine Linitis plastica mit Infiltration der Submucosa und Muscularis (mit unauffälliger Mucosa), seltener eine feinhöckrig knotige, wie im vorliegenden Fall. Bei intakter Mucosa kann die Endosonographie helfen, die betroffene Schicht zu identifizieren. Insbesondere bei Mammakarzinom in der Anamnese (auch mehr als 10 Jahre vorher) muss bei Magenulzera nicht nur an ein Magenkarzinom, sondern auch an eine Magenwandmetastase gedacht werden und ausgiebige, notfalls wiederholte Biopsien entnommen werden. Behandelt wird die Magenmetastase des Mammakarzinoms systemisch und ggf. symptomatisch. Eine Operation ist allenfalls im Sinne einer palliativen Magen-Bypass-OP oder in ausgewählten Einzelfällen sinnvoll.

Hara et al. 2010 Case Rep Oncol 3:142  
Jones et al. 2007 World J Surg Oncol 5:75  
de Zullo et al. 2016 Ann Transl Med 4(249):483