

# Emlődaganat nyelőcsőszűkületet okozó késői áttéte

Balázs Ákos dr. ■ Vass Tamás dr. ■ Szijártó Attila dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti,  
Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

Az emlőtumor nyelőcső szűkületét okozó áttéte a viszonylagos ritkasága, nehéz felismerhetősége és vizsgálatokkal való nehéz kimutathatósága miatt jelentős diagnosztikus és terápiás kihívást jelent. Esetünkben a primer daganat kezelését követően 19 évvel jelentkező, lassú progressziójú dysphagia kivizsgálása meglepően eredményes eredményt produkált. A benignus folyamatnak tartott szűkület tágító kezelése kapcsán kialakult perforációs szövődés miatt a nyelőcső transhiatalis exstirpációjára kényszerültünk. Az eltávolított nyelőcső pótlását egy ülésben, ortotopikus úton felvitt csőgyomorral végeztük. Kezelési taktikánk, kényszerűségből, több ponton eltért a rutinszerű eljárási rendünktől, de a beteg gyógyulását eredményezte. Az eltávolított anyag szövettani vizsgálata derítette ki a valódi kórokat, az emlőtumor körkörös és közel teljes elzáródást okozó mediastinalis metastasisát.  
Orv Hetil. 2022; 163(24): 961–966.

**Kulcsszavak:** nyelőcsőszűkület, tágító kezelés, nyelőcső-perforáció, emlőtumor

## Oesophagus stricture caused by late metastasis of breast cancer

Oesophageal strictures due to mediastinal metastases from breast cancer mean a significant diagnostic and therapeutic challenge, since they are relatively rare, difficult to identify and detect. In our case, slowly progressive dysphagia developed 19 years after mastectomy. During dilatation of the stricture, which was thought benign first, the oesophagus was perforated. We were compelled to perform an acute transhiatal oesophagectomy with orthotopic replacement and gastric bypass. The treatment method we applied under pressure of necessity differed from our routine protocol at many points, nevertheless, it resulted in the recovery of the patient. Histopathological tissue analysis of the resected oesophagus helped to discover the real pathological reason: mediastinal breast cancer metastasis causing circular and almost complete occlusion.

**Keywords:** oesophageal stenosis, dilatation, oesophageal perforation, breast cancer

Balázs Á, Vass T, Szijártó A. [Oesophagus stricture caused by late breast cancer metastasis]. Orv Hetil. 2022; 163(24): 961–966.

(Beérkezett: 2022. január 4.; elfogadva: 2022. február 4.)

### Rövidítések

CA = (cancer antigen) rák antigén; CEA = carcinoembryonalis antigén; IHC = (immunohistochemistry) immunhisztokémia; CT = (computed tomography) komputertomográfia; MR = mágneses rezonancia

A nyelőcsőszűkületek kezelésében alapvető kérdés a kiváltó patológiai folyamat felderítése. A szűkületek jelentős részét malignus folyamatok okozzák, a leggyakrabban a nyelőcsőből, a légutakból és a mediastinumból kiindulva. A mediastinalis áttétek okozta szűkületek dif-

ferenciáldiagnosztikája az aspecifikus panaszok és a változatos radiomorfológiai kép miatt gyakran nehéz feladat. Az emlőcarcinomának a nyirokutakon keresztül a mediastinalis nyirokcsomókba adott metastasisai a nyelőcső külső kompressziójával és a fal infiltrációjával hozhatnak létre szűkületet. Hematogén úton a nyelőcsőfalban lehetséges áttétes góc kialakulása. A mediastinalis nyirokcsomókból való kiindulás nyomán kialakuló kórfolyamat diagnózisa gyakran csak boncolási leletként válik ismertté [1–4]. Különös jellemzője a patológiai folyamatnak, hogy az elsődleges tumor miatt végzett műtét és onko-

lógiai utókezelés után hosszú, tumormentesnek ítélt periódust követően okoz tüneteket [4–12].

Esetünkben a benignus szűkületnek véleményezett nyelőcső-élváltozás tágítása közben észlelt perforáció a nyelőcső transhiatalis eltávolítását tette szükségessé, és az eltávolított anyag szövettani feldolgozása derítette fel a helyes diagnózist.

## Esetismertetés

A 63 éves nőbeteg anamnézisében 19 évvel korábban a jobb emlő felső-medialis kvadránsából, szövettani vizsgálattal invazív ductalis adenocarcinomának azonosított élváltozás miatt más intézetben végzett szektorexcízió, axillaris blokkdissectio szerepel, mely után komplex onkológiai utókezelésben részesült. Az eredeti tumor a dokumentáció alapján pT2N1M0 besorolású volt. A beteg onkológiai követése és utókezelése korrekt volt. A beteget a kezelői gyógyultnak nyilvánították. Klinikánkon való jelentkezése előtt egy évvel indultak nyelési panaszai, melyek nem voltak típusosak. Időszakos, nem következetes falatelakadások, nehezített nyelés voltak a panaszai. A fél évvel korábban elvégzett endoszkópos vizsgálata a fogsortól 34 cm-re 2 cm hosszúságú szakaszra terjedő, ép nyálkahártyával borított szűkületet írt le. A nyelésröntgen-vizsgálaton tölcsérszerűnek, éles kontúrokkal rendelkezőnek látszott (1. ábra). Az endoszkópos úton vett biopszia vizsgálata hegszövetnek véleményezte a mintát, malignitásra utaló jeleket nem észlelt. A CT-vizsgálat során a nyelőcső középső harmadában a fal vastagabbnak látszott (2. ábra). A beteg onkológiai gondozói az élváltozást az irradiációs kezeléssel hozták összefüggésbe, de a korrozív eredetet sem zárták ki. A tumormarker-vizsgálatok (CEA: 2,3 ng/ml; CA15-3: 11,2 µ/ml) nem utaltak malignus folyamatra.

A beteg a panaszai progressziója miatt tágító kezelés tervével érkezett nyelőcső-szakrendelésünkre, terápiás és diagnosztikus javallattal. Érkezésekor a radiomorfológiai kép a szűkület hosszának a korábbiakhoz képesti növekedését, fonálynai átjárhatóságát, változatlanul ép nyálkahártyakontúr, a proximális nyelőcsőszakasz tágulatát írta le. Endoszkópos úton levezetett vezetődrót segítségével, Savary–Gilliard-dilatátorral 12,8 mm-ig tágítást végeztünk, ezt követően az endoszkóp levezethető volt. A megtekintés során idegen szövet nem került a látótérbe, a szűkület felső harmadában a nyálkahártyán mechanikus laesio látszott. A nyelésröntgen-kontrollvizsgálaton a kontrasztanyag kilépett a mediastinum és a jobb mellüreg irányába (3. ábra), mediastinalis emphysema és pneumothorax látszott (4. ábra). A CT-vizsgálat is igazolta a nyelőcső-perforáció képét (5. ábra). A jobb oldali pleuraűrt drenáltuk, szívásra helyeztük, majd rövid előkészítés után műtétet végeztünk. Laparotomiás behatolásból, transhiatalis úton a nyelőcső subtotalis exstirpációját végeztük, és tekintettel arra, hogy a mediastinumban még nem alakult ki számottevő kontamináció és következményes mediastinitis, a nyelőcső pótlása mellett



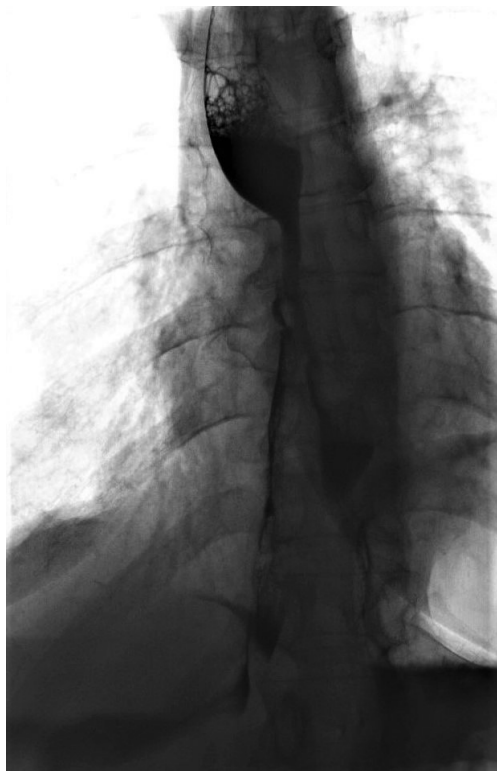
1. ábra

A nyelőcső középső harmadában 20 mm-es szakaszon szűkület látszik. A proximális nyelőcsőszakasz tágult, ételmaradékot tartalmaz. Kontrasztanyagos nyelésröntgen-vizsgálat, 5 hónappal a kezelést megelőzően



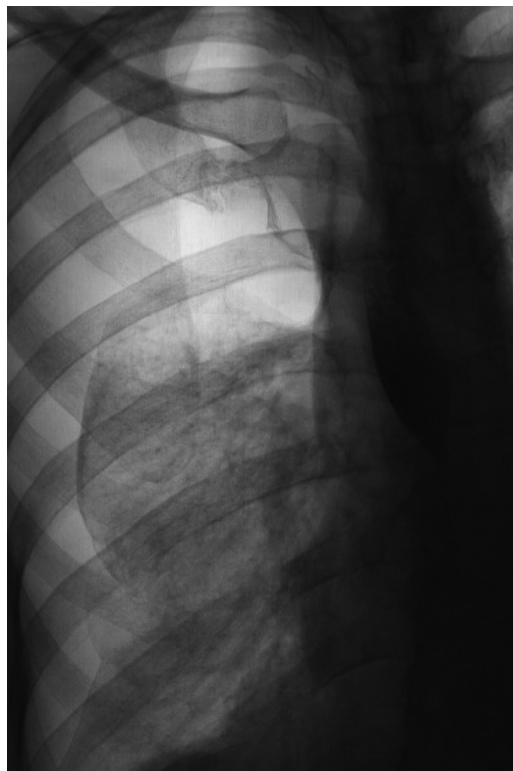
2. ábra

A nyelőcső falának megvastagodása komputertomográfias vizsgálaton, 6 hónappal a kezelésbe vételt megelőzően



3. ábra

A tölcésrészerű szűkület vonalában a kontrasztanyag a nyelőcső lumenéből kilép, a jobb oldali pleuraúrben meggyűlik. A tágitást követően, felszívódó kontrasztanyaggal végzett nyelésröntgen-vizsgálat



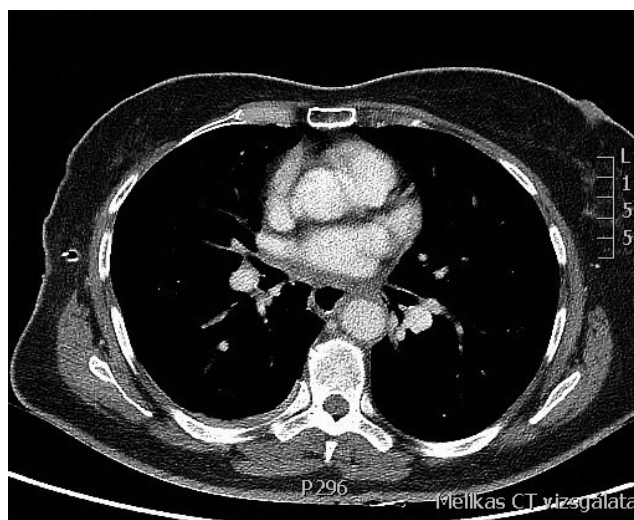
4. ábra

A mellkasfal mentén 3–4 cm szélességben köpenyszerű pneumothorax, a mediastinumban levegő és kiszélesedett középpárnyék látható. A tágitást követően végzett mellkasröntgen-vizsgálat

döntöttünk. Csőgyomrot képeztünk, és azt ortotopikus úton felvezetve collaris, vég a véghez anastomosist hoztunk létre a nyelőcsőcsonk és a felvitt gyomor között. A posztoperatív táplálás érdekében katéterjejunostomiát készítettünk. A beteg táplálása a dietetikai protokollnak megfelelően történt (1900–2000 kcal/nap; fehérje: 105 g/nap; szénhidrát: 210 g/nap; zsír: 63 g/nap). Sebe elsődlegesen gyógyult. Az anastomosis a posztoperatív 8. napon insufficientia képét mutatta, átmeneti nyálsipoly alakult ki, mely konzervatív kezelés mellett záródott. A beteg szájon át való táplálását felépítettük. Az eltávolított nyelőcső szövettani feldolgozása a folyamat háttérében invazív emlőcarcinoma metastasisát állapította meg (6. ábra). A szűkületet a nyelőcsőfalat kívülről infiltráló, a submucosáig terjedő emlőeredetű carcinoma okozta. Az immunhisztológiai vizsgálat GATA-3-pozitivitást; ösztrogénreceptor- (IHC: 100%; „quick score”: 8); progesteronreceptor- (IHC: 70%; „quick score”: 8) pozitivitást; HER2 (Ventana 4B5 antitesttel) a tumorsejtek kevesebb mint 10%-ában enyhe intenzitású inkomplett membránreakciót (score: 0); Ki67: 5% a pozitív sejtek aránya; E-kadherin-pozitív eredményt adott. A szövettani lelet összevetése a korábbi mintával megtörtént (Semmelweis Egyetem, II. Patológiai Intézet). A sebészeti gyógyulás után, a beteget onkológiai kezelésre továbbirányítottuk. Kemoterápiája és endokrinológiai terápia indult, közlésünk időpontjában 24 hónapja zajlik.

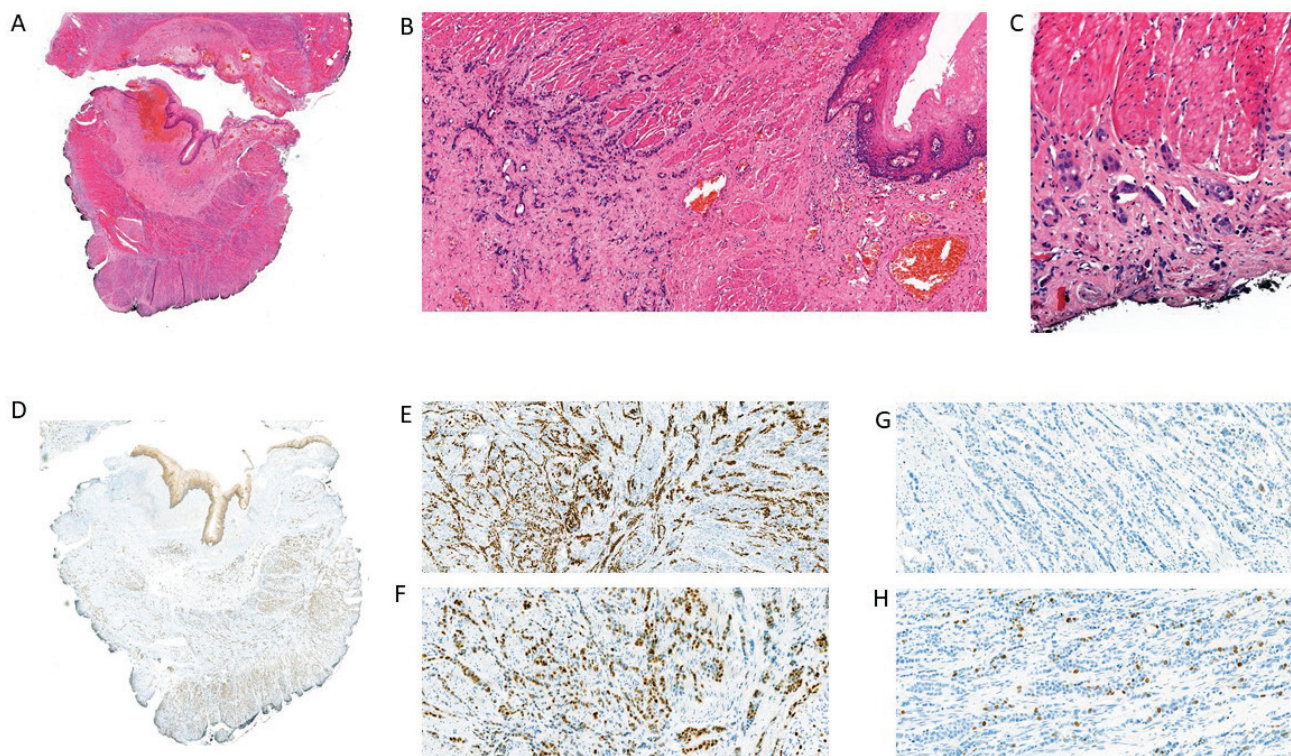
## Megbeszélés

A Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikáján 1984 és 2019 között nyelőcsőtumoros szűkület miatt kezelt 3922 beteg közül 64 eset (1,6%) volt mediastinalis tumoros folyamat következménye. Közülük 27 eset (0,68%) volt metastasisos



5. ábra

A mediastinumban többszörös levegőgyűtem látható, a nyelőcső lumene résnyre szűkült. A tágitást követően végzett komputertomográfias felvétel



6. ábra

Az eltávolított nyelőcső-elváltozás szövettani képe. A: A nyelőcső nyálkahártyája tumormentes, a daganatszövet a nyelőcső izomfalát infiltrálja. (Átnézeti mikroszkópos kép, HE-festés). B: A tumor a mucosa muscularis rostjai közé kívülről terjed (HE-festés, eredeti nagyítás: 9,3 ×). C: A kívülről a nyelőcsőre terjedő daganat és a tussal festett körkörös reszekciós felszín (HE-festés, eredeti nagyítás: 22,6×). D: Az E-kadherin immunhisztokémiai reakció átnézeti mikroszkópos képe, amelyen szembevetődik, hogy a tumor a nyelőcső falát infiltrálja, nem függ össze a nyálkahártyával. E: A daganatsejtek erős ösztrogénreceptor-pozitivitást mutatnak (ösztrogénreceptor immunhisztokémiai reakció, eredeti nagyítás: 7,4×). F: A daganatsejtek kissé heterogén eloszlású progészteronreceptor-pozitivitása észlelhető (progészteronreceptor immunhisztokémiai reakció, eredeti nagyítás: 16,5×). G: A daganat HER2-negatív (HER2 immunhisztokémiai reakció, eredeti nagyítás: 31,5×). H: Fokálisan kissé emelkedett proliferációs ráta látható, összességében a Ki67-pozitivitás aránya 5% (Ki67 immunhisztokémiai reakció, eredeti nagyítás: 17,4×)

HE = hematoxilín-eozin

jellegű, 14 betegnél (0,35%) emlőtumor állt a háttérben [13]. A női emlőtumor incidenciája Magyarországon 2017-ben 2,28/100 000 lakos volt [14]. A nyelőcsövet érintő emlőtumor-metastasisok prevalenciáját irodalmi adatok 0,4–6% között adják meg [1–5, 10, 12, 15].

A mediastinalis tumorok okozta szűkületek fő diagnosztikus buktatója a szűkületek radiomorfológiai jellegzetességéből adódik. 96%-ban külső kompresszió képét láthatjuk, általában rövid szakaszú, gyakran többszörös, ép nyálkahártyával fedett, a lumenbe irányuló bedomborodást. Az esetek 10%-ában az elzáródás közel teljes elfolyási akadályt mutat (esetünkhöz hasonlóan), a nyelőcsövet körkörösön körülvevő folyamatként. A nyálkahártya még ezekben az esetekben is lehet ép, sima kontúrú, a radiológiai és endoszkópos vizsgálat számára megtévesztően benignus, korrozív vagy egyéb hegeképződéssel járó folyamat képét utánozva [3, 5, 10, 12, 13, 16]. Az endoszkópos vizsgálat során esetünkben sem került idegen szövet a látótérbe, a biopszia feldolgozásának eredménye a malignitás vonatkozásában negatív volt. Ennek alapján – a fél évvel korábban indult vizsgálatok végzőivel egyetértve – benignus folyamatra gondoltunk annak ellenére, hogy az endoszkópos kép megfelelt a külső kompresszió okozta folyamatnak (rövid szakasz, ép nyálkahártya).

A kontrasztanyag nyelésröntgen-vizsgálat tölcészerűnek mutatta a szűkület kezdetét, mely a külső kompresszió ellen szólt. Az endoszkópos vizsgálat és az ehhez csatlakozó mintavételi igény a szűkület tágítását tette szükségessé.

A benignus szűkületek kezelésének taktikáját a szűkület foka, kiterjedése és a beteg általános állapota határozza meg, s az elsősorban konzervatív, többnyire a tágítás valamelyik formája. A tumoros szűkületek tágító kezelésének effektusa tapasztalatunk szerint átmeneti, csak más modalitás használatának érdekében, időnyerés céljából alkalmazható [13]. Az esetünkben alkalmazott eljárás megfelelt a munkahipotézisnek. A tágító kezelésre használható eszközök: oliva formájú fémdilatátor (Eder-Puestow), műanyagsonda-sorozat (Savary-Gilliard) és ballonos dilatátorok. Gyakorlatunkban a ballonos eszközöket korrozív és tumoros szűkületek tágítására nem használjuk a perforáció veszélye miatt. Esetünkben viszont a műanyag dilatátor használata közben alakult ki a perforációs szövődmény. *Rampado* hívja fel a figyelmet az emlőtumor-metastasis okozta szűkület rugalmatlan voltára, anyagában a tágító kezeléseknél 26,7%-ban alakult ki perforációs szövődmény [5, 7]. Klinikánkon a nyelőcső-perforáció miatt műtétre kerülő betegek 42%-ában

szerepel etiológiai tényezőként endoszkópia, illetve endoszkópos úton végzett beavatkozás [17].

Nyelőcső-perforációs szövődmény esetén a szóba jövő kezelési lehetőségek: külső-belső drenázs; sutura és drenázs; nyelőcső-kirekesztés és a nyelőcső subtotalis extirpációja. Klinikánk sebészi gyakorlata során a sérülést szenvedett nyelőcső eltávolítására az esetek 31,2%-ában kényszerülünk [17]. A műtéti tervet a képalkotó vizsgálatok eredményei alapján állítjuk fel. Dinamikus kontrasztanyagot nyelésröntgen-vizsgálaton detektáljuk a kilépés helyét, nagyságát. Natív mellkasröntgen, -CT-, esetleg -MR-vizsgálat alapján felmérjük a mediastinum állapotát, és mindezt a beteg műtéti teherbíró képességével vetjük össze. A műtéti tervet a műtét közbeni sebészi exploráció alapvetően befolyásolja, elsősorban a nyelőcső állapotára vonatkozóan. A sebészileg elláthatatlan nyelőcsősérülés, a súlyos mediastinitises környezet kényszeríti az extirpáció elvégzésére. A kiirtásnak a legkisebb megterhelést jelentő módja a transhiatalis extirpáció. Perforációs eseteinknél a gyakorlatban a perforáció megtörténte, a felismerés és a kezelésbe vétel között jelentős idő telik el, és a mediastinalis környezetben ekkor már súlyos gyulladásos folyamat alakul ki. Sem a környezeti feltételek, sem a beteg septicus állapota nem engedi meg az eltávolított szerv pótlását, a műtét típusa ezekben az esetekben a Torek-procedúra. A perforációt követő néhány órán belül végzett műtét során azonban adódhat lehetőség az azonnali pótlásra.

Az emlőtumor-metastasis okozta nyelőcsőszűkületek eseteiben a kezelés többnyire csak a dysphagia mérséklésére szorítkozik [5, 9, 10]. *Erman* radiokemoterápiás kezeléssel írt [8], *Sunada* egy esetben endoszkópos mucosectomiával sikerrel távolított el nyelőcsőfalból egy emlőtumoráttétet [6]. *Koike* a riportjában szereplő két eset egyikénél [18], valamint *Anaya*, *Shimada* és *Wilson* számolt be egy-egy sikeres műtéti eltávolításról [7, 11, 12].

Az emlőtumor mediastinalis áttéte következtében kialakuló nyelőcsőszűkület diagnosztikája nagy kihívást jelent. Az anamnézisben szereplő elsődleges tumor tényének nagy a jelentősége, még akkor is, ha hosszú tumormentes periódusról számol be a beteg. A szűkület benignus folyamatra utaló képe rendkívül megtévesztő lehet. A precíz diagnózist az endoszkópos ultrahangvizsgálat és az ennek kapcsán végzett vékonytű-biopszia citológiai eredménye tudná biztosítani [19–23], de ehhez a szűkületnek az eszköz számára átjárhatónak kell lennie. Az átjárhatóságot támogató kezeléssel lehet elérni, aminek viszont jelentős perforációs kockázata van. Kérdéses, hogy hányszor érdemes ismételni az endoszkópos mintavételt negatív eredmény esetén. Invazívabb diagnosztikus lehetőségként indokolt esetben a mediasztinoszkópia is felmerülhet [22].

A diagnosztikai verifikáláson túl további kérdés az optimális onkológiai-sebészeti terápia megválasztása (verifikált esetben preoperatív neoadjuváns terápia). Szükséges-e az emlőtumoroknál rutinszerűen alkalmazott

onkológiai utókezelés ezekben az esetekben? Magyarázat nélküli az a jelenség, hogy miért évekig tartó „alvó időszak” után indul progresszív növekedésnek egy távoli áttét. További alapkutatási kérdés lehet, hogy mi indítja el a progressziót, mely felgyorsulva gyakran inoperábilis állapotot okoz.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó munkálatok nem részesültek anyagi támogatásban.

*Szerzői munkamegosztás:* B. A.: A kézirat elkészítése, az irodalmi háttér feldolgozása. V. T.: A beteg sebészeti kezelése, a kézirat végső szövegének kialakítása. Sz. A.: Az eset és a kézirat kritikai elemzése, korrekciója, szakmai ellenőrzése. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki *Kulka Janina* dr. professzornak (Szemmelweis Egyetem, II. Patológiai Intézet) a szövettani anyagok vizsgálataiban és a patológiai vonatkozások értékelésében való közreműködéséért. Köszönettel tartoznak továbbá *Fejér Bence* dr.-nak (Szemmelweis Egyetem, Orvosi Képzőképző Klinikai) a radiológiai illusztrációk válogatásában való közreműködéséért.

## Irodalom

- [1] Abrahms HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma: analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer* 1950; 3: 74–85.
- [2] Graham WP 3rd, Goldman L. Gastrointestinal metastases from carcinoma of the breast. *Ann Surg.* 1964; 159: 477–480.
- [3] Asch MJ, Wieder PD, Habib DV. Gastrointestinal metastases from carcinoma of the breast. Autopsy study and 18 cases requiring operative intervention. *Arch Surg.* 1968; 96: 840–843.
- [4] Anderson MF, Harell GS.: Secondary esophageal tumors. *Am J Roentgenol.* 1980; 135: 1243–1246.
- [5] Rampado S, Ruol A, Guido M, et al. Mediastinal carcinosis involving the esophagus in breast cancer: the „breast-esophagus” syndrome. *Ann Surg.* 2007; 246: 316–322.
- [6] Sunada F, Yamamoto H, Kita H, et al. A case of esophageal stricture due to metastatic breast cancer diagnosed by endoscopic mucosal resection. *Jpn J Clin Oncol.* 2005; 35: 483–486.
- [7] Anaya DA, Yu M, Karmy-Jones R. Esophageal perforation in a patient with metastatic breast cancer to esophagus. *Ann Thorac Surg.* 2006; 81: 1136–1138.
- [8] Erman M, Karaoglu A, Öksüzoglu B, et al. Solitary esophageal metastasis of breast cancer after 11 years: a case report. *Med Oncol.* 2002; 19: 171–175.
- [9] McLemore EC, Pockaj BA, Reynolds C, et al. Breast cancer: presentation and intervention in women with gastrointestinal metastasis and carcinomatosis. *Ann Surg Oncol.* 2005; 12: 886–894.
- [10] Anwar SL, Avanti WS, Choridah L et al. Concurrent manifestation of Horner’s syndrome and esophageal metastasis of breast cancer: case report of a young woman after a period of non-adherence to treatment: a case report. *J Med Case Rep.* 2021; 15: 194.

- [11] Shimada Y, Imamura M, Tobe T. Successful esophagectomy for metastatic carcinoma of the esophagus from breast cancer – a case report. *Jpn J Surg.* 1989; 19: 82–85.
- [12] Wilson MA, Shah N, O'Donnell ME, et al. An unusual presentation of esophageal metastasis from breast cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2015; 149: 110–112.
- [13] Balázs Á. Management of malignant esophageal strictures with endoprosthesis implantation. [Malignus nyelőcsőszűkületek kezelése endoprotézis beültetéssel.] GlobeEdit, Mauritius, 2019. ISBN: 978-613-9-41319-5. [Hungarian]
- [14] Hungarian Central Statistical Office. Health condition (2005–2019). Statistical data of female breast cancer in Hungary. [Egészségi állapot (2005–2019). A női emlő rosszindulatú daganata. Incidencia százezer lakosra. In: A társadalmi haladás mutatószámrendszere (2005–2019)]. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2017. Available from: [https://www.ksh.hu/thm/2/indi2\\_8\\_1.html](https://www.ksh.hu/thm/2/indi2_8_1.html) [accessed: February 2, 2022]. [Hungarian]
- [15] Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular *versus* invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery* 1993; 114: 637–642.
- [16] Varanasi RV, Saltzman JR, Krims P, et al. Breast carcinoma metastatic to the esophagus: clinicopathological and management features of four cases, and literature review. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90: 1495–1499.
- [17] Baranyai Zs, Balázs Á, Kupcsulik P, et al. Operative treatment of non-malignant esophageal perforations – a summary of our experiences. [Nem tumoros nyelőcsőperforáció műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink.] *Magy Seb.* 2019; 72: 3–7. [Hungarian]
- [18] Koike M, Akiyama S, Kodera Y, et al. Breast carcinoma metastasis to the esophagus: report of two cases. *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 1116–1118.
- [19] Wiersema MJ, Wiersema LM, Khusro Q, et al. Combined endosonography and fine-needle aspiration cytology in the evaluation of gastrointestinal lesions. *Gastrointest Endosc.* 1994; 40: 199–206.
- [20] Sobel JM, Lai R, Mallery S, et al. The utility of EUS-guided FNA in the diagnosis of metastatic breast cancer to the esophagus and the mediastinum. *Gastrointest Endosc.* 2005; 61: 416–420.
- [21] Herrera JL. Benign and metastatic tumors of the esophagus. *Gastroenterol Clin North Am.* 1991; 20: 775–789.
- [22] Miyake M, Yamada A, Miyake K, et al. Esophageal metastasis of breast cancer during endocrine therapy for pleural dissemination 21 years after breast surgery: a case report. *Surg Case Rep.* 2019; 5: 22.
- [23] Su H, Wu J, Liu H, et al. Review of esophageal metastasis from breast cancer. *Gland Surg.* 2020; 9: 417–422.

(Balázs Ákos dr.,  
Budapest, Üllői út 78., 1082  
e-mail: a.balazsdr@gmail.com)

„Ad paenitentium properat, cito qui indicat.”  
(Az elhamarkodott ítéletet hamar megbánás követi.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID\_1)