

Erkek Meme Kanseri

Sezgin Zeren, Erman Sobutay, Birol Ağca, Kazım Sarı

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

ÖZET

Erkek meme kanseri ender görülen bir hastalıktır. Erkek meme kanseri tüm meme kanserleri içinde literatürde % 1, ülkemizde ise % 0.48 oranında bildirilmiştir. Belirtilerin ve tanının gecikmesinin nedeni genelde hastalığın ender olarak akla getirilmesidir.

Bu makalede kliniğimizde meme kanseri tanısı ile tedavi edilen 48 yaşındaki bir erkek hastayı sunmak ve erken teşhisin önemini vurgulamak amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Erkek meme kanseri, mastektomi

SUMMARY

Male Breast Cancer: Case Report

Male breast cancer is a rare disease. According to the literature male breast cancer is seen 1 % in all breast cancers, and in our country its incidence is 0.48 %. Delay in diagnosis is usually due to its rareness.

In our study, we present a 48 year- old case treated in our clinic for male breast cancer. Our aim is to present this male patient, andc emphasize the importance of early diagnosis of breast cancer.

Key words: Male breast cancer, mastectomy

GİRİŞ

Erkek meme kanseri ender görülen, ancak agresif bir hastalıktır. Tüm dünyada görülme sıklığı % 1'in altındadır ^(1,2). İleri yaş ve tümörün büyüklüğündeki artış prognozu kötü yönde etkilemektedir. Sık görülmediği için erkek meme kanseri ile ilgili randomize çalışmalar yapılma olanağı olmamıştır. Bilgilerimizin, olgu sunumları ve retrospektif çalışmalarla sınırlı kalması nedeniyle, tedavi önerileri de çoğunlukla kadın hastalar üzerinde yapılmış çalışmalara dayandırılmıştır ⁽³⁾. Tedavide modifiye radikal mastektomi (MRM) ve gerektiğinde adjuvan tedavi öncelikli seçeneklerdir. Ancak, görülme sıklığında ortaya çıkan artış, bu hastalığın ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekliliğini de beraberinde getirmektedir.

Bu olguda, literatür bilgileri ışığında, karşılaştığımız erkek meme kanseri olgusu tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Bu olguda 1.5 yıldır, sol memede ele gelen kitlenin son 3 aydır büyüme yakınması ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 48 yaşında erkek hasta tartışılmıştır. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmayan olgunun rutin biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda tespit edildi. Tümör belirteci (ca 15-3) negatif geldi. Hastanın fizik muayenesinde sol memede retroareolar bölgede saat 12 hizasında yaklaşık 2 cm'lik ağrısız, sert, düzensiz yüzeysel kitle, meme başında retraksiyon ve sol aksillada fikse yaklaşık 1,5 cm'lik sert kıvamlı lenfadenopati saptandı. Olgunun preoperatif görüntüsü Şekil 1'de gösterildi.

Olgunun mammografisinde; sol meme retroareolar bölgede, çevreye doğru spiküler uzanımlar gösteren 1,5 cm çapında opasiter artışlar izlendi. Bu bulgular malign kitle ile uyumlu olarak değerlendirildi (BI-RADS V). Meme Ultrasonografisinde (USG); solda retroareolar böl-

Alındığı Tarih: 04.02.2011

Kabul Tarihi: 31.03.2011

Yazışma adresi: Dr. Sezgin Zeren, SB. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, İstanbul

e-posta: sezginzeren@gmail.com

gede lobüle, düzensiz konturlu 15x15x20 mm boyutlarında, izoekojen görünümde, maligniteyi düşündüren solid kitle lezyonu izlendi. Sol aksiller bölgede en büyüğü 15x8 mm olan multipl lenfadenopati gözlemlendi. Olgunun PA akciğer grafisi, batin-pelvik USG ve kemik sintigrafisinde anormal bulguya rastlanmadı. Lezyondan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde atipik malign hücreler görülmesi üzerine, hasta bilgilendirilerek ve onamı alınarak MRM planlandı. Olguya ameliyathane koşullarında endotrakeal entübe edilerek genel anestezi altında sol MRM uygulandı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu, ikinci gün taburcu edildi. Spesmenin histopatolojik incelemesinde; 1.9 cm'lik Grade 2 (Scarf Bloom Richardson) invaziv duktal karsinom saptandı. Dermal lenfatiklerde yaygın tümör trombozu, perinöral invazyon ve vasküler invazyon mevcuttu. Aksilla seviye I ve

II'den örneklenen 17 lenf nodunun 8 tanesinde metastaz gözlemlendi. Hastanın östrojen reseptörleri % 85, progesteron reseptörleri % 65 pozitif, c-erb B-2 ise negatif olarak tespit edildi. Olgunun histopatolojik bulguları Şekil 2'de gösterildi.

Olguya postoperatif dönemde onkoloji hekimi tarafından adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi başlandı.

TARTIŞMA

Erkek meme kanseri görülme sıklığı % 1 civarında olan bir hastalıktır. Görülme yaşı ortalama 65 olarak bildirilmektedir. Ancak, son 25 yılda görülme sıklığında % 26 dolayında bir artış meydana gelmiştir. Aynı zaman aralığında kadınlarda görülen meme kanseri artışı ise % 52 civarındadır ⁽⁵⁾. Meme kanseri tanısının erkeklerde, kadınlara oranla daha geç evrelerde konulmasının nedeninin erkeklerin belirtileri önemsememelerinden dolayı olduğu düşünülmektedir. Erkek meme karsinomlarının daha agresif seyrettiği düşünülmektedir. Erkek meme kanserlerinin prognozlarının benzer olduğu ortaya konmuştur ⁽⁶⁾.

01/01/2006 tarihinden 01/03/2011 tarihine kadar yapılan retrospektif incelemede, kliniğimizde meme kanseri tanısı almış toplam 108 hastanın yalnızca 2'sinin erkek olduğu tespit edildi (% 1.8).

Erkek meme kanseri risk faktörleri arasında inmemiş testis, orşit, infertilite, artmış prolaktin seviyeleri, kemoterapötik alımları, jinekoma ve pozitif aile öyküsü bulunmaktadır ^(5,6). Ayrıca benign meme hastalıkları, göğüs duvarına alınan radyasyon, alkol alımı, karaciğer hastalıkları ve şişmanlık gibi birçok faktör de suçlanmaktadır ⁽⁷⁾. Bazı erkek meme kanserli hastalarda ailesel geçişten söz edilmektedir. Meme kanserli erkeklerin yaklaşık % 10'unda saptanan BRCA 2 mutasyonları bu düşüncüyü desteklemektedir ^(9,10). Ancak, BRCA 1 geni ile yapılan çalışmalarda bu risk tam olarak ortaya konulamamıştır ⁽¹²⁾. Bu olguda herhangi bir

anormal laboratuvar bulgusuna rastlanmadığı gibi, özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik tespit edilmedi.

En sık görülen semptomlar ağrısız subareolar kitle, meme başı retraksiyonu ve meme başı kanlı akıntısıdır⁽⁸⁾. Sıklıkla sağlıklı erkeklerin yaklaşık % 35'inde de karşılaşılabilen meme hastalığı jinekomastidir. Bu olguda ağrısız, sert kitle ve meme başı çekintisi mevcutken meme başı akıntısı mevcut değildi ve anamnezinde jinekomasti saptanmadı.

Tanı genellikle ince iğne aspirasyon biyopsisi, trucut veya açık biyopsi yöntemleri ile konulmaktadır⁽¹¹⁾. Mammografi jinekomasti ile ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Bu olguda tanı klinik şüpheyi takiben kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konuldu. Mammografik görüntü ise BI-RADS kategori 5 olarak değerlendirildi. Metastaz araştırmalarında abdominopelvik Bilgisayarlı Tomografi (BT), Pozitron Emisyon Tomografi-Computed Tomografi (PET-CT) ve kemik sintigrafisi yapıldı. Bu incelemelerde herhangi bir patolojik bulgu tespit edilmedi.

Erkek meme kanserlerinde yaklaşık % 90 oranında saptanan histopatolojik tip bu olguda olduğu gibi invaziv duktal karsinomadır. Tümörlerin çoğunluğu papiller ve kribriform büyüme özelliklerine sahiptirler. Olguların % 85'inde östrojen, % 65'inde ise progesteron reseptörleri saptanırken, her 2-neu ekspresyonundaki artış daha az oranlardadır^(13,14). Bu olguda da östrojen ve progesteron pozitiflik oranları yüksek, C erb B-2 ise negatif olarak tespit edildi.

Yapılan çalışmalarda tümör büyüklüğü ve lenf nodu tutulumunun prognozu etkileyen en belirgin faktörler olduğu bildirilmiştir⁽¹¹⁾. Tümör boyutu 2-5 cm arasında olan erkek meme kanseri olgularında, tümör boyutu 2 cm'nin altındaki hastalara oranla ölüm riskinin % 40 arttığı saptanmıştır⁽¹⁵⁾. Bu olguda tümör boyutu 1.9 cm ve metastatik tutulum gösteren aksiller lenf nodu sayısı 8 olarak tespit edildi.

Cerrahi tedavide genellikle MRM uygulanmaktadır. Radikal mastektomi de önerilmekle birlikte çoğu erkek hasta bu olguda da olduğu gibi MRM ile tedavi edilmektedir⁽¹²⁾. Aksiller lenf nodu diseksiyonu prognozu ve tedavi protokolünü etkilediği için önem arz etmektedir. Bu aşamada geniş karşılaştırmalı seriler olmamakla birlikte günümüzde klinik olarak N0 olgularda sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanması önerilmektedir⁽¹⁵⁾. Bu olguda fizik muayene ve radyolojik görünüm olarak aksiller tutulum olduğu için standart aksiller lenf nodu diseksiyonunu uygulandı.

Literatürde fazla miktarda çalışma olmamasına rağmen, postoperatif dönemde, adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi erkek meme kanseri tedavisinde uygulanmaktadır^(14,15). Bu olguda da postoperatif dönemde adjuvan kemo-radyo-hormonoterapi uygulandı.

SONUÇ

Literatürde erkek meme kanseri Kuzey Avrupa ülkelerinde tüm meme kanserleri içerisinde % 1, ülkemizde ise % 0.48 oranında bildirilmiştir⁽⁹⁾. Ender görülen bir tümör olması nedeniyle ve jinekomasti gibi masum hastalıklarla da karışabildiği için geç fark edilen, bu nedenle de tanı konulduğunda ileri evreye ulaşabilen bir hastalıktır. Tanı ve tedavide oluşabilecek gecikmeleri engelleyebilmek için memesinde şişlik, akıntı gibi yakınmalarla gelen erkek hastaların ayırıcı tanıda meme kanserini de göz önünde tutarak kesinlikle ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve histopatolojik olarak verifiye edilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Landis SH, Murray T, Bolden S, Phyllis A. Cancer statistics, 1998. *Ca-A cancer journal for Clinicians* 1998; 48(1):6-29. <http://dx.doi.org/10.3322/canjclin.48.1.6>
2. Scott-Conner CE, Jochimsen PR, Menck HR, Winchester DJ. An analysis of male and female breast cancer treatment and survival among demographically identical pairs of patients. *Surgery* 1999; 126(4):775-780. (PMID: 10520928) [http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6060\(99\)70135-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6060(99)70135-2)
3. Weber B, Garber J. Familial breast cancer. In: Harris J, Lippman M, Morrow M, Hellman S, Eds. *Disease of the*

- breast. Lippincott-Raven, 1996: 168.
4. Krause W. Male breast cancer - an andrological disease: risk factors and diagnosis. *Andrologia* 2004; 36(6):346-54. (PMID: 15541050)
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1439-0272.2004.00639.x>
PMid:15541050
 5. Goss PE, Reid C, Pintilie M, Lim R, Miller N. Male breast carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955-1996. *Cancer* 1999; 85(3):629-39. (PMID: 10091-736)
 6. Yıldırım E, Berberoğlu U. Male breast cancer: a 22-year experience. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24(6):548-52. (PMID: 9870732)
[http://dx.doi.org/10.1016/S0748-7983\(98\)93608-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0748-7983(98)93608-3)
 7. Lynge E, Afonso N, Kaerlev L et al. European multi-centre case-control study on risk factors for rare cancers of unknown aetiology. *Eur J Cancer* 2005; 41(4):601-12. (PMID: 15737566)
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2004.12.016>
PMid:15737566
 8. Mohan et al. Is liver cirrhosis a risk factor for breast cancer in men. *Am J Gastroenterol* 2008; 93(2):231-33. (PMID: 9468249)
 9. Ottini L, Masala G, D'Amico C et al. BRCA1 and BRCA2 mutation status and tumor characteristics in male breast cancer: a population-based study in Italy. *Cancer Res* 2003; 63(2):342-7. (PMID: 12543786)
PMid:12543786
 10. Bloom KJ, Govil H, Gattuso P, Reddy V, Francescatti D. Status of HER-2 in male and female breast carcinoma. *Am J Surg* 2001; 182(4):389-92. (PMID: 11720677)
doi:10.1016/S0002-9610(01)00733-4
 11. Guinee VF, Olsson H, Moller T et al. The prognosis of breast cancer in males. A report of 335 cases. *Cancer* 1993; 71(1):154-61. (PMID: 8416712)
[http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19930101\)71:1<154::AID-CNCR2820710125>3.0.CO;2-#](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19930101)71:1<154::AID-CNCR2820710125>3.0.CO;2-#)
 12. Cimmino VM, Degnim AC, Sabel MS, Diehl KM, Newman LA, Chang AE. Efficacy of sentinel lymph node biopsy in male breast cancer. *J Surg Oncol* 2004; 86(2):74-7. (PMID: 15112248)
<http://dx.doi.org/10.1002/jso.20045>
PMid:15112248
 13. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004; 101(1):51-7. (PMID: 15221988)
<http://dx.doi.org/10.1002/cncr.20312>
PMid:15221988
 14. Brinton LA, Richesson DA, Gierach GL et al. Prospective evaluation of risk factors for male breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100(20):1477-81.
<http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djn329>
PMid:18840816 PMid:2720728
 15. Agrawal A, Ayantunde AA, Rampaul R, Robertson JF. Male breast cancer: a review of clinical management. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 103(1):11-21.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10549-006-9356-z>
PMid:17033919