

ERKEK MEME KANSERLERİ (3 Vaka Takdimi)

Abdullah Sağlam*, Süleyman Balkanlı**, Yücel Arıtış* Erdoğan
M.Sözür*

Özet:Erkek meme kanserleri oldukça nadirdir. Meme kanserlerinin ancak % 1'i erkek meme kanserleridir, kadın hastalara göre erkeklerde daha ileri yaşlarda görülür. Hastalar daha çok hastalığın ileri devrelerinde ve gecikmiş olarak müracaat ederler. Bu çalışmada biri Stage II diğer ikisi ise Stage IV meme kanserli 3 erkek hasta klinik, histopatolojik bulguları ve geç takip sonuçları ile sunuldu ve literatür gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, erkek.

Carcinoma of the Male Breast

Summary: Carcinoma of the male breast is a rare disorder and constitutes approximately 1 per cent of all breast cancer. It occurs at a later age than carcinoma of the female breast, and males tend to seek treatment at a later age and after a greater delay than do females. In this paper three male patients; one had stage II and the other two had Stage IV breast carcinoma were presented with clinical and histopathological aspects and late results, and literature were reviewed.

Key Words: Breast carcinoma, male.

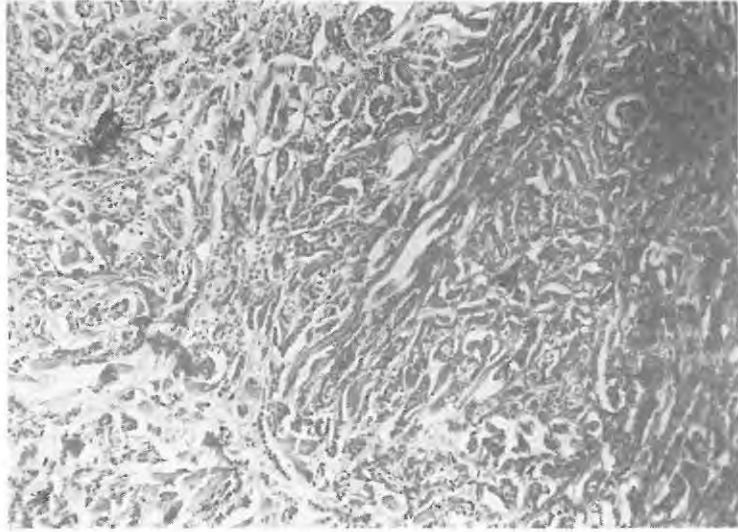
Erkek meme kanserleri nadirdir Meme kanserlerinin ancak % 1'i erkeklerde görülür(4,8). Bu nedenle erkek meme kanserleri hakkında bildiklerimiz sınırlıdır. Elimizdeki bilgiler erkek meme kanserli hastaların oldukça geç müracaat ettikleri ve prognozunun da oldukça kötü olduğudur. Çalışmamızda üç erkek meme kanserli hastayı sunarak tedavisini ve prognozunu literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

Hasta:(M.B.814-87) 66 yaşında, sağ memede şişlik ve ağrı şikayetleri ile müracaat etti. Memesindeki kitleyi 14 hafta önce farketmiş. Muayenede meme başının hemen altında 3 cm çaplı mobil kitle tesbit edildi. Aksillada büyüğü 2x1x1 cm boyutlarında küçüğü 1x1x1 cm boyutlarında iki adet lenf bezi palpe ediliyordu. Memedeki kitleden alınan biopsinin invaziv duktal karsinom olarak rapor edilmesi üzerine radikal mastektomi yapıldı.

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Histopatolojik incelemede (B.2759-87) Geniş nekrozla karakterli tümör dokusu izlendi. Tümörü oluşturan hücrelerin adenoid yapılar ile kordonlar oluşturduğu ve fibröz bir stroma içinde gelişim gösterdikleri tesbit edildi (Resim 1).



Resim 1. I.Hastada bağ dokusu içinde düzensiz kordonlar oluşturan neoplastik hücreler (H-E, x63)

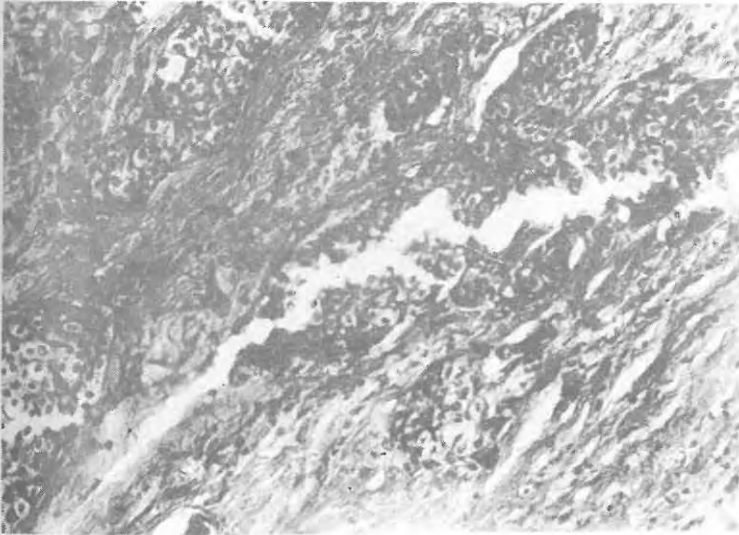
Aksiller lenf nodüllerinde metastaz yoktu. Hastamız 44 aydır takibimizdedir. 6'şar ay aralıklarla kemik sintigrafisi, akciğer grafisi abdominal ultrasonografi ile takip etmekteyiz. Ameliyat sonrası adjuvant tedavi uygulanmamıştır. halen semptomsuz hayattadır.

2.Hasta: (N.K. 468353) 57 yaşında, sağ memesinde 4 cm çaplı kitle ile müracaat etti. 7 aydır memesinde şişlik olduğu ve 2 aydır da meme başı akıntısının bulunduğu öğrenildi. Muayenede meme başı rekrakte idi. Areola sağ lateralinde 4 cm çaplı kitle mevcuttu (Resim 2). Sağ aksillada lenf nodları birbirlerine yapışık ve derin dokulara fikse konglomerat oluşturmuşlardı. Akciğer grafisi normal bulundu. Abdominal ultrasonografide sağ karaciğer lobunda 15 mm çaplı hudutları net seçilemeyen hiperekojen gölge tesbit edildi. Kemik sintigrafisinde sağ krista iliaca ve sternoklaviküler eklemdede metastatik görünüm vardı.

Kitleden biopsi alındı. Tümörden yapılan kesitlerin incelenmeside, (B 3362-89) gevşek bağ dokusu stroma içerisinde yer yer düzensiz adalar ve kordonlar halinde dizilmiş veziküler nüveli geniş soluk sitoplazmalı atipik tümör hücreleri izlendi. Tümör hücreleri çevre dokulara invazyon gösteriyordu (Resim 3). Bu bulgularla invaziv duktal karsinom tanısı kondu.



Resim 2. II. Hastada areola arkasında eksantrik yerleşimli malign tümör. Ciltte ülserasyon öncesi kırmızı pembe renk değişikliği vardır. Meme başı çekintisi dikkat çekicidir.



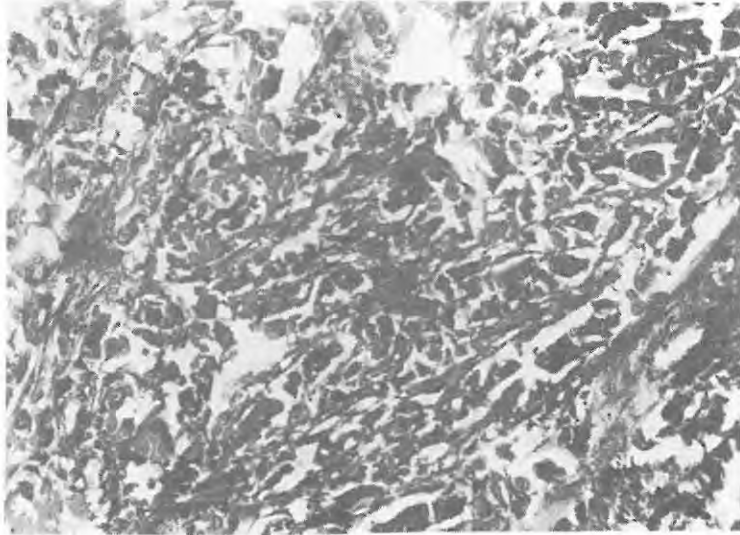
Resim 3. II Hastada geniş soluk sitoplazmalı veziküler nüveli tümör hücre grupları (H-E,x160)

Hastamıza stage IV meme kansinomu tanısı ile basit mastektomi yapıldı. Postoperatif dönemde cyclophosphamide, methotraxate, ve 5 Fluoro uracil (CMF) ile kemoterapi programına alındı. Tedavi sonrası, hastada metastazlara ait klinik, radyolojik ve sintigrafik bulgular kayboldu. 31 Temmuz 1989'da ameliyat edilen hastamız halen semptomsuz takip altındadır.

3. Hasta (H.A.502973) 58 yaşında. Kol ödemi ile müracaat eden hastanın 3 yıldır sağ koltuk altında kitle bulunduğu öğrenildi. Hastanın yaygın eklem ağrıları vardı. Muayenede memedeki kitlenin 1 cm çapıda olduğu aksiller lenf nodlarının birbirlerine yapışarak 5 cm çapıda blok oluşturduğu gözlemlendi. Akciğer grafisi ve abdominal ultrasonografi normal bulundu. Kitle areola ile birlikte histolojik tanı için çıkarıldı.

Histopatolojik olarak: (B.3472-89) Tümöral dokudan yapılan kesitlerde tümör hücrelerinin adalar ve tek tek hücreler halinde doku içinde dağılıdığı izlendi. Arada bağ dokusu bantları ve iltihabi hücre infiltrasyonları görüldü. İnvaziv duktal karsinom olarak değerlendirildi(Resim 4).

Hasta kemoterapi programına alındı ancak takip ve kontrollere gelmedi.



Resim 4. III. Hastada yer yer nekrotik stroma içinde tümör hücre grupları(H-E,x 160)

Tartışma

Erkeklerde, meme kanseri ileri yaşlarda nadir olarak görülür. Haagensen bu hastalar için yaş ortalamasını yaklaşık 60 yaş olarak bildirmiştir(8). Bizim hastalarımızın en genci 57 yaşındadır. Bizim iki hastamızda da olduğu gibi vakalar hastalığın ileri evrelerinde gecikmiş olarak gelirler. Bu durum hastalığın hem hastalar hem de hekimler tarafından iyi tanınmamasının bir sonucudur.

Erkek meme kanserinin ailevi olabileceği bildirilmiştir. Annesinde veya kız kardeşinde meme kanseri tesbit edilenlerde nisbeten daha siktir (8,9,16). Etiyolojide seks hormonlarının metabolizmasında bir bozukluk olduğu görüşü vardır (4,6,8,9,13,19). Östrojen metabolizmasının bozulduğu durumlarda erkek meme kanseri insidansı artmaktadır. Mısırdaki sık görülen schistosomiasis, hepatik disfonksiyona, hiperöstrojenizme yol açan bir hastalıktır, ve gene bu ülkede tüm meme kanseri vakalarının % 6'sı erkektir. Erkek meme kanseri ile schistosomiasis, dolayısıyla hiperöstrojenizm arasında bir ilişki olması muhtemeldir(6). Prostat kanserli bir hastada 6 yıl dietilstilbestrol tedavisinden sonra meme kanseri geliştiği gösterilmiştir(13). Zumoff ve arkadaşları 6 erkek meme kanserli hastada östrojen metabolizmasının kontrol grubundakilerden farklılıklar gösterdiğini bulmuşlardır(19). Hipogonadizm ve aspermatogenezis ile seyreden Klinefelter sendromunda meme kanseri görülme nisbeti, % 66.5 daha fazladır(9). Hormonal bozukluğu olan hastalarda erkek meme kanserinin insidansının yüksek olması bu hastalığın temelinde hormonal bir bozukluk olduğu genel görüşünü destekler. Ancak jinekomasti ile erkek meme kanseri arasında direkt bir ilişki gösterilebilmiş değildir (4,12,16).

Erkek meme kanserinde areola altında ağrısız bir kitle bulunması ilk semptomdur. Hastalarımızın her üçünde de kitle ağrısız bulunmuştur. Hatta hastalarımızdan birisi memesindeki kitleden çok, kol ödemi ve eklem ağrıları ile müracaat etmiştir. Criclowa göre meme başı akıntısı hastaların önemli bir kısmında bulunan bir semptomdur(4).

Hastalarımızın her üçü de invaziv duktal karsinomdur. Erkek meme kanserlerinin histolojik yapısı genelde kadın meme kanserlerinden önemli farklılık göstermez(4,8,18).

Hastalık en çok jinekomasti ile karıştırılır, derinin normal yapıda bulunması ve ağrı jinekomasti lehinedir, kitlenin eksantrik yerleşimli olması karsinom düşündürür. Her iki lezyon da areola altına yapışma eğilimindedir. Ülserasyon ancak karsinomlarda görülür. Jinekomastide kitlenin alttaki pektoral kasa yapışması çok nadir bir durumdur. Kanserde jinekomastiden farklı olarak tümör genellikle iyi sınırlanmamıştır (4,8). Takdim ettiğimiz hastalar kol ödemi, ve aksiller lenfadenopati ile gelen geç vakalar oldukları için jinekomasti ile ayırıcı tanıda güçlükle pekilmemiştir.

Birçok yazar operabl erkek meme kanserlerinde radikal mastektomi (4,8) savunurken diğerleri (7,11) basit mastektominin yeterli olduğu görüşündedir. Her ne kadar şimdilerde kadın meme kanserlerinde daha konservatif cerrahi yaklaşımlar savunulmakta ise de bunlar daha çok erken evre tümörler içindir. Geç evredeki tümörlerde daha geniş eksizyonların gerektiği görüşü hala geçerlidir(15). Haagensene göre Columbia satge A ve B'deki tümörlerin de radikal mastektomi ile çıkarılması uygundur. Mastektomi sonrası deri defektinin greft kullanılarak kapatılması esastır (4,8). Bizim stage II vakamızda da radikal mastektomi yapılmıştır, bu hastamız 46 aydır semptomsuz olarak hayattadır.

Dissemine kanserlerde bilateral orşiyektomi önerilmiştir (4,5,8,10,16,17). Orşiyektomi sonrası % 32-80 arasında cevap bildirilmiştir (4,5,10,16) Adrenalektomi ve hipofizektomi, eğer kastrasyon başarılı ise tedaviye eklenebilir, ancak bu tedavinin etkinliğine karar verebilecek sayıda rapor edilmiş vaka yoktur(4,5,17). Sitotoksik ilaçlar da dissemine hastalıkta kullanılabilir (5). Bizim bir hastamızda CMF kemoterapi programı uygulanmış ve remisyona sağlanmıştır.

Erkek meme kanserinde östrojen reseptörleri oldukça yüksek oranda pozitifdir. Östrojen reseptör blokajı olan tamoxifen terapötik bir ajan olarak kullanılmaktadır, ve başarılı sonuçları alınmaktadır(2,10,14,16). Ribierio'ya göre dissemine kanserli hastalarda tamoxifen ilk seçilecek tedavidir (14).

Bu kanserler için yaygın kanaat prognozun çok kötü olduğudur (1,4,12,17). Yazarlara göre, prognozun kötü olmasının bir nedeni de lezyonların subareolar yerleşmeleridir. Bu nedenle mammaria interna lenf nodüllerine metastaz riski daha yüksektir (4,12). Ancak survey üzerinde seks farkının bulunmadığını bildiren yazarlar da vardır (5,16). Beş yıl için % 5-83 ve 10 yıl için % 40-60 remisyona bildirilmiştir(1,3,12). Bizim iki hastamız semptomsuz takip altındadır. Nüks halinde tamoxifen tedavisine almayı programladık.

Erkek meme kanserlerinde diğer malign hastalıklarda olduğu gibi erken tanı ve tedavi ile kadın hastalarda alınan başarılı sonuçların alınmaması için görülür bir sebep yoktur. Hatta bu tümörlerin hormonal manüplasyonlarla tedavisi daha kolay olmalıdır. Sık görülmedikleri için tedavilerinde kesin bir yargıya erişmek mümkün değilse de hastalara muhtemel başarısı en yüksek olan cerrahi tedavinin yapılması ve gerektiğinde adjuvant tedavi verilmesinin uygun olduğu görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Adamı HO, Hakulinen T, Ewertz M, et al: *The survival pattern in male breast cancer. Cancer* 64:1177-1182,1989.
2. Becher R, Hoffken K, Pape H, et al: *Tamoxifen treatment before orchietomy in advanced breast cancer in men. N Engl J Med* 395:169,1981.

1 Classen JN, Montague ACW, Wilgis S: Cancer in the male breast. *Arch Surg* 100: 66-67, 1970.

2 Crichlow RW: Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obst* 134: 1011-1019, 1972.

3 Donegan WL, Perez-Mesa CM: Carcinoma of the male breast. *Arch Surg* 106:273-279, 1973.

4 El Gazayerli MM, Abdelaziz ASP: On bilharziasis and male breast cancer in Egypt; a preliminary report and review of literature. *Br J Cancer* 17: 566, 1963.

5 Greening WP, Aichroth PM: Cancer of the male breast. *Br J Cancer* 19:92, 1965.

6 Haagensen CD: *Diseases of the Breast*. WB Saunders, Philadelphia 1985, pp 976-990.

7 Jackson AW Muldal S, Ockey CH, et al: Carcinoma of male breast in association with Klinefelter syndrome. *Br Med J* 1:223-225, 1965.

8 Kantarjian H, Yap HY, Hortobagyi G, et al: Hormonal therapy for metastatic male breast cancer. *Arch Intern Med* 143:237-240, 1983.

9 Liechty RD, Davis J, Gleysteen J: Cancer of the male breast, forty cases. *Cancer* 20:1617-1621, 1967.

10 Norris HJ, Taylor H: Carcinoma of the male breast. *Cancer* 23:1428-1435, 1969.

11 O'grady WP, McDivit RW: Breast cancer in a man treated with diethylstil besterol. *Arch Pathol* 88:162-168, 1969.

12 Riberio G: Tamoxifen in the treatment of male breast carcinoma. *Clin Radiol* 34:625-628, 1983.

13 Rush BF: Breast. In Schwartz SL, Shires, Spencer (eds): *Principles of Surgery*. Mc Graw Hill, Singapore 1989, pp 525-554.

14 Siddiqui T, Weiner R, Moreb J, et al: Cancer of the male breast with prolonged survival. *Cancer* 62:1632-1636, 1988.

15 Treves N: The reatment of cancer, especially inoperable cancer of the male breast by ablative surgery (orchiectom, adrenalectomy and hypophysectomy) and hormone therapy (estrogens and corticosteroids). *Cancer* 12:820-832, 1959.

18. Yogore MG, Saňgal S: Small Cell carcinoma of teh male breast. **Cancer** 39: 1748-1751,1977.
19. Zumoff B, Fishman J, Cassouto J, et al: Estadiol transformation in men with breast cancer. **J Clin Endocrinol Metab** 265:960-971,1969.