

ERKEK MEMESİNDEKİ LEZYONLARIN SİTOLOJİK İNCELEMESİ Cytologic Evaluation of male breast masses

Işın SOYUER¹, Özlem CANÖZ², Figen ÖZTÜRK³, Turhan OKTEN³

Özet

Amaç: İnce iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS), kadın meme kitlelerinin incelenmesinde güvenilir bir tanı yöntemi olarak kullanılmakla birlikte, erkek meme kitlelerinde İİAS ile yapılan az sayıda yayın bulunmaktadır. Bu çalışmada erkek meme lezyonlarında İİAS uygulamasının önemi araştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem: İki yıllık bir zaman diliminde (Şubat 1998- Aralık 1999), İİAS uygulanan onbir hastamız incelendi. Bu yaymaların sekizi incelemeye uygundu. Bulgular: Jinekomasti en sık görülen lezyondu (altı olgu), bunu karsinomlar (iki olgu) izlemekteydi. Olguların üçünde materyal inceleme için yetersizdi. Hastaların tümü opere edilerek histopatolojik inceleme yapıldı..

Hastalarımızın, sitolojik, histopatolojik ve klinikopatolojik özellikleri sunuldu.

Sonuç: İncelenen spesimenlerde İİAS ile jinekomasti kolayca tanınabilmektedir. Bu nedenle erkek meme lezyonlarının incelenmesinde İİAS'nin başlangıç basamağı olarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erkek; Meme; Sitoloji

Abstract

Purpose: Fine-needle aspiration cytology (FNAC) is now an established procedure for the evaluation of breast masses in women. On the other hand, there are only occasional reports of aspirates from male breast masses. The authors aimed to investigate the role of FNAC in the evaluation of male breast masses.

Patients and Methods: During a two-year period (February 1998-December 1999), eleven males with breast lesions were investigated by FNAC. Slides were available for review in eight of these cases.

Results: Gynecomastia was the most common lesion (six cases), followed by carcinoma (two cases). In three cases the smears were considered inadequate. Histology was done in whole of the cases. The cytologic, histopathologic and clinicopathologic features of these cases are presented.

Conclusion: Since those specimens can be readily differentiated from gynecomastia, FNAC is recommended as the initial procedure for all breast masses in men.

Key Words: Breast; Cytology; Male

Erkek memesinde en sık görülen lezyon jinekomastidir. Meme kanserine ise nadir olarak rastlanmaktadır ve erkekte görülen kanserlerin yalnızca %0,2'sini oluşturur (1). Gupta ve arkadaşları (2) erkek memesinde karsinom görülme sıklığını 44 jinekomasti olgusuna karşılık bir hasta olarak bildirmişlerdir.

Kadın meme lezyonlarının incelenmesinde rutin tanı yöntemi olarak kullanılmaya başlanan ince iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS) erkek meme lezyonlarının incelenmesinde aynı sıklıkta kullanılmamaktadır.

Bizim bu çalışmada amacımız; 1) Kadın memesine göre nadir görülen erkek meme lezyonlarını tekrar gözden geçirmek 2) İİAS'nin erkek meme lezyonlarının incelenmesinde ne sıklıkta kullanıldığını saptamak ve 3) İİAS tanılarımızın doğruluk oranlarını belirlemektir.

HASTALAR VE YÖNTEM

Son iki yıl (Şubat 1998- Aralık 1999) içerisinde Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD'da meme lezyonu tanısı alan 26 erkek hasta bulunmaktadır. Bu hastaların 21'inde lezyon jinekomasti olarak tanındı, beş hastaya ise invaziv duktal karsinom (IDK) tanısı verildi. Bu hastalardan onbirine İİAS uygulandı. Hastaların beşinde materyal inceleme için yeterli değildi ve aspirasyonun tekrar edilmesi istendi. Bu olgulardan yalnızca ikisinde inceleme tekrarlanabildi ve elde

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ
Patoloji. Y.Doç.Dr.¹, Öğr.Gör.Dr.², Prof.Dr.³.

Geliş tarihi: 21 Haziran 2000

edilen materyale jinekomasti tanısı verildi. Aynı dönem içerisinde IDK tanısı verilen 5 erkek hastadan ikisi İİAS ile operasyon öncesi İDK tanısı aldı. İİAS ile tanı konan hastaların histopatolojik inceleme sonuçları bulunmaktadır.

Tüm erkek meme lezyonlarına ait kimlik ve klinik bilgiler Patoloji AD ve hastane kayıtlarından elde edildi, bu hastalara ait preparatlar yeniden değerlendirildi.

İİAS 22 gauge 20 mL enjektör ile uygulandı. Elde edilen materyal lama yayılarak havada kurutma yöntemi ile tesbit edildi, May-Grünwalg-Giemsas ile boyanarak ışık mikroskopunda incelendi.

SONUÇLAR

İİAS ile jinekomasti tanısı alan altı hasta bulunmaktadır. Bu hastaların yaşları 19 ile 60 arasında değişmektedir, ortalaması 37'dir. Lezyon iki hastada bilateral ve simetrik yerleşimlidir. Lezyon çapı 1.8 ile 6 cm arasında değişmektedir. Lezyon üç hastada sağ meme yerleşimlidir. Histopatolojik incelemede yetersiz materyal tanısı alan üç meme lezyonu dahil, jinekomasti tanısı alan toplam onbir memeye ait kesitler incelendiğinde ; sekizinde fibröz tip, birinde intermediyer, kalan iki hastada florid tip jinekomasti (Resim 1) bulundu. Florid tip jinekomasti tanısı alan olguların birinde ve intermediyer tip jinekomasti tanısı alan olguda

fibrokistik değişiklikler de bulunmaktaydı. Sitolojik incelemede yetersiz tanı alan tüm olgular fibröz tip jinekomasti olguları idi.

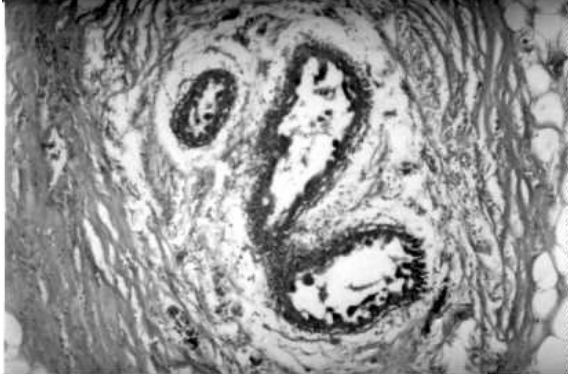
Bu hastaların sitolojik incelemesinde ; fibröz tipte diğerlerine göre daha az sayıda hücre izlenmektedir. Hücreler çoğunlukla iğsi karakterdedir. İntermediyer tipte ve florid tip jinekomasti olgularında çok sayıda proliferen duktus epitel hücreleri izlenmektedir (Resim 2). Fakat bu grupları oluşturan hücrelerde karsinom tanısı alan materyallerden farklı olarak atipi bulunmamaktadır.

Hastalarımızdan bilateral fibröz tip jinekomasti tanısı alan iki olgudan biri kolonda adenokarsinom nedeni ile diğeri ise böbrek parankim karsinomu nedeni ile opere edilmişti.

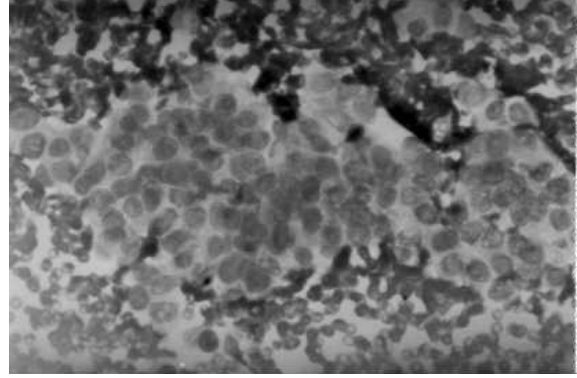
Aynı dönem içerisinde ikisi İİAS ile IDK tanısı alan toplam beş hastamız bulunmaktadır (Resim 3). Bu hastaların yaş ortalaması 61'dir. Tümör üç hastada sağ, diğerlerinde sol meme yerleşimlidir. Bir hasta inoperable kabul edilerek yalnızca insizyonel biyopsi yapıldı diğerlerine modifiye radikal mastektomi ve aksillar lenf nodu disseksiyonu uygulandı. Bu hastalara ait ayrıntılı bilgi Tablo 1'de yer almaktadır. Bu hastaların sitolojik incelemelerinde çok sayıda atipik, pleomorfik görünümde hücrelerden oluşan grup yapıları izlendi (Resim 4).

Tablo I. Erkek memesinde yer alan İnvaziv duktal karsinom olguları

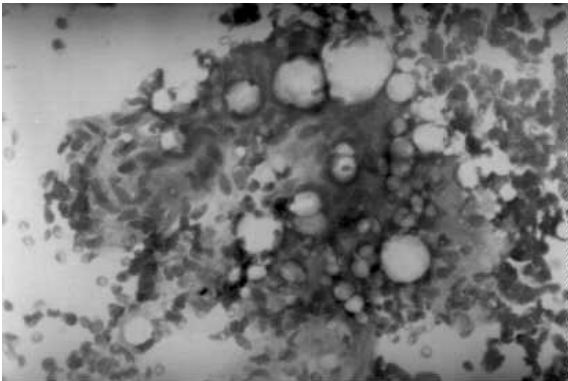
Biyopsi	Sitoloji	Yaş	Büyükölük (cm)	Histolojik Grade	Metastatik Lenf bezi
1483-99	1032-99	55	6x4x2	1	14/23
1877-99	1519-99	76	4,5x4x3	3	8/16
3922-98	-	45	3,5x3x2	2	6/24
8397-98	-	68	6x4x3	3	İnsizyonel
6659-99	-	57	5,5x2x1	3	11/13



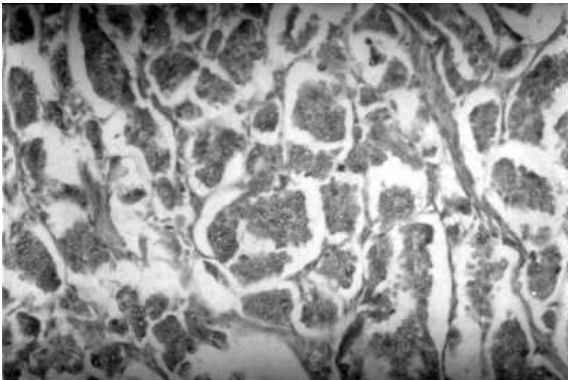
Resim 1. Fibröz tipte jinekomasti (x100 HE)



Resim 4. İnvaziv duktal karsinom (x400 MGG)



Resim 2. Fibröz tipte jinekomasti (x400 MGG)



Resim 3. İnvaziv duktal karsinom (x200 HE)

TARTIŞMA

Erkek memesinde en sık görülen iki lezyon jinekomasti ve İDK'dur. Jinekomastinin oluş nedeni tam olarak bilinmemektedir, fakat endokrin anormalliklerin eşlik ettiği olgular bildirilmiştir (3). En sık pubertede ya da daha ileri yaşlarda görülmektedir. Bizim hastalarımızdan unilateral olan üç hasta 18-20 yaş arasındadır. Unilateral tutulum daha yaygındır, bölgesel ya da yaygın meme tutulumu gösterebilir (4). Bizim olgularımız içerisinde biri kolon adenokarsinomu diğeri böbrek parankim karsinomu tanısı ile izlenen iki hastada bileteral jinekomasti bulunmaktadır. Bu hastalarda jinekomasti gelişme nedeni bilinmemektedir. Jinekomastinin kanser gelişiminde risk oluşturmadığı literatürde gösterilmiştir (5).

Son yıllarda erkek memesindeki lezyonları tanıyabilmek için İİAS ile yapılan daha geniş seriler de bulunmaktadır (6,7). Bu serilerde yalancı negatif ve yalancı pozitif tanı bulunmamaktadır ve İİAS'nin meme lezyonlarının tanınmasında kullanılması önerilmektedir. Bizim çalışmamızda; son iki yıl içinde bölümümüzde incelenen erkek meme lezyonlarının % 42'sinde İİAS yöntemi kullanıldı, yalancı negatif ya da yalancı pozitif olgumuz bulunmamaktadır.

Jinekomasti olgularında histolojik görünüm

hastalığın gelişim evresi ile uyumludur. Hastalığın tüm dönemlerinde duktusların sayısı artmıştır ve bazıları genişlemiş olabilir. Hastalığın erken dönemlerinde lumene doğru epitelyal tomurcuklanmalar ile kendini gösteren hiperplazi bulunmaktadır ve bu durum kadınlarda görülen benign epitelyal hiperplaziyi düşündürür (8). Periduktal stroma gevşek vasküler yapılardan zengin olabilir ya da sellüler içeriği artmış izlenebilir. Stromada lenfosit ve plazma hücrelerine çok sayıda rastlanabilmektedir. Geç dönemlerde fibrozis ilerleyebilir ve hyalinizasyon ortaya çıkabilir, buna ek olarak epitelde atrofi gözlenebilir. Histopatolojide izlediğimiz bu görünümün tamamı sitolojik yaymalara da yansımaktadır; özellikle florid tip jinekomasi olgularında yalnızca pozitif tanı vermemek için dikkatli olmak ve atipinin bulunup bulunmadığını incelemek gerekir (9,10). Bizim hastalarımızdan İİAS materyalinde çok sayıda benign hücre gruplarının izlendiği olgu florid tip jinekomasti tanısı aldı. İİAS'nin erkek memesinde kullanılması ile ilgili belki de tek sakıncası erkek memesinin ağırlı olmasıdır, bu nedenle İİAS uygulanırken tecrübeli hekimlerin aspirasyonu yapması ve areola dışından iğnenin uygulanması gerekmektedir (5).

Erkek memesinde kanser nadir görülmektedir. Tüm meme kanserleri arasında % 1'den az yer tutmaktadır (1). Etiyolojisinde östrojenlere maruz kalma, çevresel ve genetik faktörler suçlanmaktadır (11,12). Erkek meme kanserleri ileri yaşlarda görülme eğilimindedir, yedinci dekatta görülme sıklığı pik yapar .

Erkek meme kanserleri tanı konulduğunda kadın meme kanserlerine göre daha ileri evrelerde bulunmuştur (13,14) Kadınlarda görülen meme kanserlerinden farklı olarak olguların % 85'inden fazlasında östrojen reseptörü pozitifdir (15). Erkek meme kanserlerinde prognoz kadınlarda olduğu gibi tümörün büyüklüğü, histolojik grade, pozitif aksiller lenf bezlerinin sayısı ile ilgilidir (16). Sitolojik incelemede grup halinde düşmüş atipik özellikte hücrelerin fazlalığı tanı koydurucudur.

Literatür ile uyumlu olarak erkek meme lezyonları bizim olgularımız içerisinde de az sayıdadır. Bu spesmenlerde İİAS ile jinekomasti kolayca tanınabilmektedir. Bu nedenle erkek meme lezyonlarının incelenmesinde İİAS'nin başlangıç basamağı olarak kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1 Donegan W, Redlich PN: *Breast cancer in men. Surg Clin North Am* 1996;76:343-363
- 2 Gupta RK, Naren S, Simpson J. *The role of FNAC in the diagnosis of breast masses in males. Eur J Surg Oncol* 1988 ;14 :317-320.
- 3 Bannayan GA, Hadju SI. *Gynecomastia: clinicopathologic study of 351 cases . Am J Clin Pathol* 1972;57:431-437
- 4 Millis RR; Hanby AM, Oberman HA. *The Breast. Gynecomastia In: Stenberg SS Diagnostic Surgical Pathology Third ed. Philadelphia 1999:pp376-377).*
- 5 Stuart Coghill. *Normal breast cytology and breast screening, In: Gray W Diagnostic Cytopathology Churchill Livingstone, 1995: 265-266.*
- 6 Joshi A, Kapilla K, Verma K *Fine-needle aspiration cytology in the management of male breast masses. Nineteen years of experience. Acta Cytol* 1999 43(3):334-8
- 7 Das DK, Junaid TA, Mathevws SB, Ajrawi TG, Ahmed MS, Madda JP, Mirza K *Fine-needle aspiration cytology diagnosis of male breast lesions. A study of 185 cases. Acta Cytol* 1995 ;39(5):870-6
- 8 Tham K-T, Dupont WD, Page DL, Gray GF, Rogers LW. *Micropapillary hyperplasia with atypical features in female breasts resembling gynecomastia. In: Fenoglio-Preiser C, Wolff M, Rilke F eds. Progress in Surgical Pathology Vol. 10. New York: Field and Wood, 1989:101-109*
- 9 Russin VL, Lachowicz C, Kline TS,. *Male breast lesions :gynecomastia and its distinction from carcinoma by aspiration biopsy cytology. Diagn Cytopathol*

- 1989 ;5 ;243-247
- 10 Bates M, Krausz T, Phillips I. Evaluation of fine-needle aspiration of the male breast for the diagnosis of gynecomastia. *Cytopathology* 1990 ; 1(2) ;79-85.
 - 11 Rosenbaum PF, Vena JE, Zilezyn MA. Occupational exposures associated with male breast cancer. *Am J Epidemiol* 1994;139:30-36.
 - 12 Demeter JG, Waterman NG, Verdi GD. Familial male breast carcinoma. *Cancer* 1990;654:2402-2403.
 - 13 Erlichman C, Murphy KC, Elhakim T. Male breast cancer: A 13-year review of 89 patients. *J Clin Oncol* 1984;2:903-909.
 - 14 Spence RAJ, Mackenzie G, Anderson JR. Long term survival following cancer of the male breast in Northern Ireland. *Cancer* 1985;55:648-652.
 - 15 Bezwoda WR, Hesdorffer C, Dansey R. Breast cancer in men. Clinical status, hormone receptor status and response to therapy. *Cancer* 1987;60:1337-1340
 - 16 Guinee VF, Olsson H, Moller T. The prognosis of breast cancer in males. A report of 335 cases. *Cancer* 1993;71:154-161