

Erkek meme kanseri-3 olgu sunumu

Male breast cancer-3 cases report

Kemal Gündoğdu*, Yener Uzunoğlu, Yusuf Arslan, Fatma Hüsniye Dilek, Zeynep Kahyaoğlu, Fatih Altıntoprak

Genel Cerrahi Kliniği (Dr. K. Gündoğdu, Dr. Y. Uzunoğlu, Dr. Y. Arslan), Patoloji Kliniği (Dr. Z. Kahyaoğlu), Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-54187 Sakarya, Patoloji Anabilim Dalı (Dr. F. H. Dilek), Genel Cerrahi Anabilim Dalı (Dr. F. Altıntoprak) Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-54187 Sakarya

Özet

Erkeklerde meme kanseri nadir görülen bir hastalıktır ve tüm kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturur. Nadir görülmesi nedeniyle hastalar tarafından kanser olasılığı düşünülmemekte ve bu durum geç başvurulara neden olmaktadır. Genel olarak postmenapozal dönem kadın meme kanserleri ile benzer özellikler ve prognoza sahiptir. Kadınlarda olduğu gibi; erkeklerde de en sık rastlanan histopatolojik alt tip invaziv duktal karsinom olup diğer tüm alt tipler de görülebilmektedir. Bu yazıda meme kanseri tanısı koyulan 3 hastanın tanı ve tedavi yaklaşımları ile sonuçları sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, erkek, mastektomi

Abstract

Male breast cancer is an uncommon disease and constitutes 1% of all cancer cases. By the reason of rare confrontation, probability of cancer may not be considered by patients and this causes delayed appeals. Male breast cancer usually has similar specialities and prognosis with postmenopausal female breast cancer cases. As all subtypes could be seen, histological subtype most confronted with in male breast cancer is invasive ductal carcinoma, as female cases. In this article, diagnosis and treatment approach and results of 3 patients with breast cancer are presented.

Keywords: Breast cancer, male, mastectomy

Geliş tarihi/Received: 18 Temmuz 2013; **Kabul tarihi/Accepted:** 27 Ocak 2014

***İletişim adresi:**

Dr. Fatih Altıntoprak, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, TR-54187 Sakarya. E-posta: fatihaltintoprak@yahoo.com

Giriş

Erkek meme kanseri kadın meme kanserinden çok daha nadir görülmektedir ve bu nedenle literatür bilgileri olgu sunumları ve sınırlı sayıdaki retrospektif çalışmalara dayanmaktadır. Yine aynı nedenden dolayı tedavi önerileri de çoğunlukla meme kanserli kadın hastalar üzerinde yapılmış çalışmalara dayandırılmaktadır. Genel olarak erkek meme kanserlerinin kadın meme kanserlerinden daha agresif seyrettiği görüşü olmakla birlikte yapılan çalışmalarla bu görüşün doğru olmadığı, erkek ve kadın meme kanserlerinin prognozlarının benzer olduğu gösterilmiştir [1]. Erkek meme kanserinin prognozunun daha kötü olduğu görüşü muhtemelen erkek meme kanserli hastaların daha ileri yaşlarda ve daha ileri evre hastalık ile başvurularından kaynaklanmaktadır. Erkek memesinin anatomik özelliklerinden dolayı meme koruyucu cerrahi uygulanma olasılığı düşüktür ve sıklıkla uygulanan cerrahi tedavi modifiye radikal mastektomi (MRM) olmaktadır.

Bu yazıda meme kanseri tanısı ile tedavi planlamaları yapılan 3 hastanın tanı, tedavi yaklaşımları ve sonuçları literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmektedir.

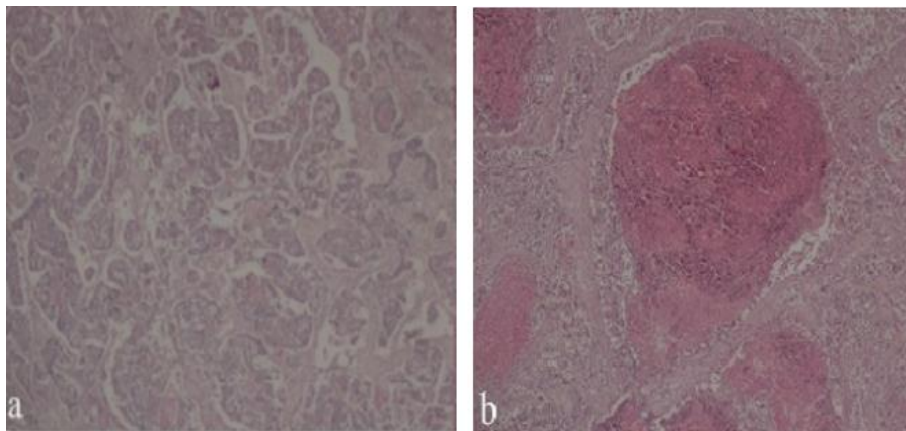
Olgu sunumu

Olgu 1

Seksen iki yaşında erkek hasta, sol memede bir yıldır mevcut olan fakat son 3 aydır hızla büyüyen kitle şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede; sol meme areola lokalizasyonunda 4x5 cm boyutunda, sert, ülser, kanamalı, ağrılı bir kitle ve sol aksillada 1 cm çaplı sert lenfadenopati saptandı (Resim 1). Mamografik inceleme yapılamayan hastanın meme ultrasonografi (USG) incelemesinde; sol meme areola altında hipoekoik, düzensiz konturlu, en geniş çapı 4,5 cm olan malign karakterde solid kitle ve aksillada en büyüğü 11 mm çaplı multipl lenfadenopatiler saptandı. Memedeki lezyondan yapılan tru-cut biyopsi sonucunda invaziv duktal karsinom saptandı ve Herceptine/4 seans uygulanmasını takiben MRM uygulanan hasta ameliyat sonrası 5. gün sorunsuz taburcu edildi. Histopatolojik incelemede invaziv duktal karsinom [tümör çapı: 5x4x6cm, histolojik grade (HG): 3, nükleer grade (NG): 3, östrojen reseptörü (ER): %30 pozitif, progesteron reseptörü (PR): %15 pozitif, Cerb-B2: Negatif, meme başında ve meme cildinde tümör infiltrasyonu mevcut] saptandı ve aksilladan diseke edilen 13 lenf nodunda metastaz saptanmadı (T3N0/Evre IIB) (Resim 2). Adjuvan kemoterapi planlanan hasta takiplerinin 3. ayında sorunsuz olarak izleniyor.



Resim 1. Seksen iki yaşında erkek hasta, sol meme areola lokalizasyonunda 4x5 cm boyutunda, sert, ülser, ve kanamalı kitle izleniyor.



Resim 2. a; dezmozoplazmik stroma içerisinde kribriform yapılar oluşturan, iri pleomorfik nükleuslu ve eozinofilik sitoplazmalı atipik epitelyal hücrelerden oluşan tümöral doku izleniyor (H&Ex10). b; ortaları nekrotik tabakalar şeklinde gelişim paterni gösteren, iri, pleomorfik, hiperkromatik nükleuslu ve eozinofilik sitoplazmalı atipik epitelyal hücrelerden oluşan malign tümöral infiltrasyon izleniyor (H&Ex10).

Olgu 2

Seksen yaşında erkek hasta, sağ memede üç yıldır mevcut olan kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede; sağ memede areolayı infiltre etmiş, ülser, 3x2 cm boyutunda sert, ağrılı kitle (Resim 3) ve sağ aksillada en büyüğü 1,5 cm çaplı multiple lenfadenopatiler saptandı. Meme USG incelemesinde; sağ meme areola lokalizasyonunda hipoekoik, düzensiz sınırlı, en geniş çapı 32 mm olan malign karakterde kitle ve sağ aksillada en büyüğü 14x22 mm boyutlu multipl lenfadenopatiler saptandı. Memedeki kitleden yapılan tru-cut biyopside invaziv duktal karsinom saptandı ve sağ MRM ameliyatı uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz seyreden hasta 2. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede invaziv duktal karsinom [tümör çapı: 3,5 cm, HG: 3, NG: 3, ER: %15-20 pozitif, PR: %15-20 pozitif, Cerb-B2: Skor 1, meme başında tümör infiltrasyonu mevcut] saptandı ve aksilladan diseke edilen 17 lenf nodunun 16'sında metastaz saptandı (T2N3/Evre IIIC). Adjuvan kemoterapi planlanan hasta ameliyat sonrası 1. ayda kardiyovasküler nedenler sonucu ex oldu.



Resim 3. Seksen yaşında erkek hasta, sağ memede areolayı infiltre etmiş, ülser, 3x2 cm boyutunda ve sert kitle izleniyor.

Olgu 3

Seksen bir yaşında erkek hasta sağ memede yaklaşık 4 aydır ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede; sağ meme retroareolar bölgede 3x2cm boyutunda, sert, göğüs duvarına fikse kitle ve aksillada çok sayıda palpabl lenf nodları saptandı. Meme USG incelemesinde; sağ meme retroareolar bölgede 27x17mm solid düzensiz sınırlı kitle, aksillada en büyüğü 15x10mm olan multiple lenf nodları saptandı. Memedeki kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) malign hücreler saptanması üzerine hastaya sağ MRM ameliyatı yapıldı. Histopatolojik incelemede invaziv duktal karsinom [tümör çapı: 3,5x2,8 cm, HG: 3, NG: 3, ER: %40 pozitif, PR: %20 pozitif, Cerb-B2: negatif, meme cildinde tümör infiltrasyonu mevcut] saptandı ve aksilladan diseke edilen 16 lenf nodundan 8'inde metastaz saptandı (T2N2 / Evre IIIA). Fizik performansının kötü olması nedeniyle klinik takip kararı verilen hasta post-operatif 4. ayda ex oldu.

Tartışma

Erkeklerde meme kanseri oldukça nadir olmakla birlikte yaşla birlikte insidansı artmaktadır. Genellikle 60-70 yaş arasında karşılaşılmaya rağmen daha genç yaş grubundaki hastalarda da görülebilmektedir. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte kadın meme kanserlerinden farklı olan bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri arasında: Testisle ilgili (inmemiş testis, orşit ve testiküler travma), östrojen seviyesini arttıran nedenler (obesite, siroz ve Klinefelter's sendromu), lokal nedenler (göğüs bölgesine radyasyon uygulanması ve göğüs travmaları) sayılabilir [2]. Olgularımızın hepsi geriatrik yaş grubundaydı ve sayılan risk faktörlerinden hiçbirini taşıyorlardı.

Erkek meme kanserlerinde en sık klinik prezentasyon şekli; subareolar bölge yerleşimli, sert, düzensiz sınırlı ve ağrısız bir kitle varlığıdır. Karşılaşılabilecek diğer şikayet ve

bulgular arasında; meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu, kitle üzerindeki ciltte kanamalı erozyon ve ülserler, nadiren de lenf nodu metastazlarına bağlı olarak ele gelen aksiller kitle sayılabilir [3]. Olgularımızın hepsinde başvuru şikayeti 4 ay ila 3 yıl arasında değişen süredir mevcut olan ele gelen kitleydi. Tüm olgularda başvuru anında aksillada palpabl lenf nodları mevcuttu, iki olguda (Olgu 1 ve 2) memedeki kitle üzerinde cilt ülserasyonları mevcuttu.

Erkek meme kanserinde tanı; anamnez, fizik muayene, radyolojik yöntemler ve histopatolojik incelemeler ile konulmaktadır. Erkek memesinin anatomik yapısı nedeniyle veya ağrılı ve ülsere lezyon varlığında mamografik inceleme her zaman yapılamayabilir. USG incelemesinin erkek meme kanseri tanısında klinik olarak uygulanabilirliği daha yüksektir. Ancak anatomik uygunluk, klinik olarak kitlenin genellikle kolay belirlenebilir ve kolay ulaşılabilir olması nedenleriyle bazen radyolojik incelemelere gerek duyulmadan yapılan biyopsiler (ince iğne aspirasyon biyopsisi, kor iğne biyopsisi veya insizyonel biyopsi) ile tanı koyulmaktadır [4]. Olgularımızın hiçbirine mamografik inceleme yapılamadı. USG incelemesi sonrası 2 olguda tru-cut, 1 olguda İİAB ile malignite tanısı koyuldu.

Erkek meme kanserinin tedavi planlaması kadın meme kanserlerinden edindiğimiz bilgi ve deneyime göre yapılmaktadır. Erkek meme kanserlerinde meme koruyucu cerrahi uygulamaları ve sonuçlarını bildiren çalışmalar olmakla birlikte, malignitenin genellikle subareolar yerleşimli olması ve meme dokusunun miktarının az olması nedenleriyle sıklıkla uygulanan cerrahi girişim modifiye radikal mastektomi (MRM) olmaktadır. Başvuru anında sistemik metastaz saptanan ve ülsere-kanamalı lezyonu olan hastalarda palyatif amaçlı basit mastektomi diğer bir cerrahi seçeneğidir. Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) uygulamaları ise başvuru anında aksillada palpabl lenf nodu olmayan hastalarda uygulanmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir [5]. Olgularımızda başvuru anında saptanan kitle çaplarının büyük olması ve aksillada palpabl lenf nodları saptanması nedeniyle SLNB uygulamadan MRM seçeneğini tercih ettik.

Erkek meme kanserlerinde adjuvan tedavi planlaması hakkında randomize klinik çalışmalar yoktur, fakat metastatik erkek meme kanserlerinde klinik süreç ve tedaviye yanıt genel olarak kadın meme kanserleri ile benzerdir. Bu nedenle erkek meme kanserlerinin de adjuvan tedaviden fayda göreceği düşünülmekte ve kadın meme kanserlerindeki prognostik faktörler kullanılarak tedavi planlaması yapılmaktadır [6]. Östrojen reseptör pozitifliği yüksek olduğu için (%80-90) tamoksifen bir tercih olmakla birlikte, kadınlardaki kadar iyi tolere edilemeyebilir [7]. Aromataz inhibitörlerinin kullanımı ise yaygın değildir. Tedaviye radyoterapi (RT) eklenmesi konusunda ise; kadın meme kanserlerinde tedaviye RT eklenmesinin lokal nüksü azalttığı ve uzun süreli sağkalım üzerine olumlu etkisinin olduğu bilgisi baz alınmaktadır [8]. İlk olgumuz erken postoperatif dönemde sorunsuz izlenmekle birlikte diğer iki olgumuz yine erken postoperatif dönemde kanser dışı nedenlerle kaybedildi.

Sonuç olarak; meme kanseri erkeklerde nadir görülen bir kanser türü olmasına rağmen başvuru anında genellikle ileri evre hastalık saptanmaktadır. Prognoz açısından aynı evre kadın meme kanserlerinden farkı olmadığı için, erken tanının tedavi başarısını etkileyecek en önemli faktör olduğu hatırlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Akca T, Altun U, Apaydın D, Polat A, Aydın S. Nadir görülen bir lezyon: Erkek meme kanseri: Olgu sunumu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2: 37-9.
2. Krause W. Male breast cancer-an andrological disease: Risk factors and diagnosis. *Andrologia* 2004; 36: 346-54.
3. Sevinç Aİ, Canda AE, Atilla K. Erkeklerde meme kanseri; 22 olgu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 14-18.
4. Hanavadi S, Monypenny IJ, Mansel RE. Is mammography overused in male patients? *Breast* 2006; 15: 123-6.

5. Gentilini O, Chagas E, Zurrida S. Sentinel lymph node biopsy in male patients with early breast cancer. *Oncologist* 2007; 12: 512-5.
6. Erođlu A, Ersöz Ő. Erkek meme kanseri. *Yeni Tıp Dergisi* 2010; 27: 202-7.
7. K¼c¼k A. Erkek meme kanserli hastaların retrospektif incelenmesi. Tıpta uzmanlık tezi. T. C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul 2008.
8. İren S, Yirmibeřođlu E, Bora H, Akmansu M, Pak Y. Erkek meme kanserinde postoperatif adjuvan radyoterapi: Retrospektif değerlendirme. *Meme Sağlığı Dergisi* 2010; 6: 22-5.