

# Yüksek Riskli Erkek Meme Kanseri Olgusunda Lokal Anestezi ile Modifiye Radikal Mastektomi

## Modified Radical Mastectomy under Local Anesthesia in High-Risk Male Breast Cancer

Elif Çolak<sup>1</sup>, Ömer Alıcı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

<sup>2</sup>Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

### ABSTRACT

Carcinoma of the male breast is responsible for less than 1% of all malignancies in men, but the prognosis is poor. Being diagnosed at an older age and advanced stage both affect the prognosis. Surgical treatment of elderly patients with co-morbid diseases is challenging. Unfortunately, these patients do not receive chemotherapy due to poor overall status. Mastectomy with local anesthesia may be an option for these patients. We aimed to present an elderly male patient who underwent successful mastectomy and axillary dissection under local anesthesia.

**Keywords:** Breast cancer, mastectomy, local anesthesia

### ÖZ

Erkek meme kanseri tüm erkek kanserlerinin %1'inden daha azından sorumlu olmasına rağmen prognozu kötü seyretmektedir. Hastaların ileri yaşlarda ve geç evrelerde tanı almaları bunda etkindir. Komorbid hastalıkları olan ileri yaşlı hastalarda cerrahi tedavide güçlüklerle karşılaşmaktadır. Maalesef bu hastalar performans düşüklüğü nedeniyle kemoterapi de alamamaktadırlar. Lokal anestezi ile mastektomi bu hastalar için bir seçenek olabilir. Başarılı bir şekilde lokal anestezi altında mastektomi ve aksiller diseksiyon uyguladığımız ileri yaşlı bir erkek hastayı sunmaktayız.

**Anahtar sözcükler:** Meme kanseri, mastektomi, lokal anestezi

### Giriş

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü iken, erkeklerde tanımlanan tüm organ kanserlerinin %1'inden azını oluşturmaktadır (1). İnsidansı 100.000 erkekte 1'dir (2). Erkek hastalar kadın hastalara göre daha ileri yaşlarda ve daha geç evrede tanı almaktadırlar (2-5). İleri yaşlı ve komorbid hastalıkları olan hastalarda cerrahi tedavi ve kemoterapi sorun oluşturmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve konjestif kalp yetmezliği (KKY) nedeniyle genel anestezi alamayan ve lokal anestezi ile modifiye radikal mastektomi (MRM) uyguladığımız erkek meme kanseri olgusunu sunmaktayız.

### Olgu Sunumu

Seksen iki yaşındaki hasta hematüri nedeniyle üroloji kliniğinde takipteyken sağ memesindeki akıntılı lezyon nedeniyle tarafımıza konsülte edildi. Hasta hikayesinde kitleyi yaklaşık 2 yıl önce fark ettiğini, kitlenin giderek büyüdüğünü ve son bir haftadır kitle üzerindeki ciltte kızarıklık ve akıntı olduğunu belirtti. Üç yıl önce prostat hiperplazisi nedeniyle spinal anestezi ile TUR-P uygulanan hasta, aralıklı hematüri şikayetleri nedeniyle üroloji polikliniğinde takipte idi. Otuz yıldır KOA ve 5 yıldır KKY tanısı olan hasta doksazosin mesilat (Cardura XL®) 8 mg 2x1, fexofenadin (Fexofen®) 120 mg 1x1, valsartan +hidroklorotiazid (Premium plus®) 160/12.5 mg 1x1, formoterole budenozide (Foradil combi®) 400 mcg 2x1, tiotropium bromide inhaler (Spirava®) 18 mcg inhaler 1x1 kullanmakta idi. Hasta efor kapasitesinin düşüklüğü nedeniyle yürüyemiyordu. Santral obesite, dispne ve alt ekstremitelerinde gode bırakan ödemi mevcuttu. Kalp sesleri aritmik, taşikardik, solunum seslerinde her iki akciğerde yaygın ronküsleri mevcuttu. Sağ memesinde cilde infiltrate 5x4 cm boyutlarında malign görünümlü lezyon gözlemlendi. Sağ aksillada en büyüğü 3x3 cm'lik 2-3 adet lenfadenopati (LAP) palpe edildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde; kan lökosit sayısı: 9790 /mm<sup>3</sup> (H), hemogloblin: 10.2 gr/dL (L), hematokrit: 35 % (L), açlık kan şekeri: 116 mg/dL (H), kalsiyum: 8,3 mg/dL (L), aspartat aminotransferaz: 50 U/L (H), karsinoembriyonik antijen: 7,96 ng/mL (H), prostat spesifik antijen (PSA): 5,94 ng/mL (H), serbest PSA: 1,1 ng/mL idi. Diğer rutin biyokimyasal parametreler ve CA 15-3 normaldi. Akciğer grafisinde aort topuzu belirgin, kalp tepe oranı artmış idi. Hastanın yapılan meme ultrasonunda sağ meme retroareolar alanda yaklaşık 50x40 mm boyutunda düzensiz lobule konturlu vaskülarizasyonu bulunan heterojen solid kitle lezyonu izlendi. Sağ aksillada büyüğü 30 mm çapında olan bir kaç adet kalın korteksli lenf nodu mevcuttu. Tru-cut biyopsi sonucu invaziv duktal karsinom (grade II / III, Bloom-Richardson) tespit edildi. Yapılan immunohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinin %90'ı ER için (+++), PR için (+++), c-erbB2 için (-) boyanma göstermişti. Ki-67 için %10'lık bir pozitiflik elde edilmişti. Yapılan tüm vücut pozitron emisyon tomografisinde sağ meme



**Resim 1.** Stewart insizyon lojuna lokal anestezi uygulanması



**Resim 2.** Stewart insizyon lojuna lokal anestezi uygulanması

retroareolar alanda 54×36 mm boyutlu kitlede patolojik FDG akümülyasyonu, prostat boyutlarında artma ve prostatda patolojik FDG akümülyasyonu mevcuttu. Bu sonuçlarla neoadjuvan kemoterapi (KT) için hasta tıbbi onkoloji uzmanına danışıldı. Ancak hasta ileri yaş ve komorbid hastalıkları nedeniyle KT için uygun görülmedi. Cerrahi tedavi için preoperatif tetkik ve muayene sonucu ASA IV olarak değerlendirildi. Bunun üzerine hastaya lokal anestezi ile MRM planlandı. Hastanın onamı alındıktan sonra intravenöz 2 mg benzodiazepin (Dormicum®) ile sedasyon sağlandı. Sağ stewart insizyon bölgesi cilt, cilt altı ve fasyal planlara 1 mg/kg prilokain (Citanest® %2) ile lokal anestezi uygulandı (Resim 1). Ardından sağ modifiye radikal mastektomi yapıldı. Aksiller lojdaki dren postoperatif 1. gün 150 cc, 2. gün 100 cc, 3. gün 50 cc ve 4. gün 30 cc drenajı oldu. Postoperatif 4. günde dren çekildi ve hematüri nedeniyle hasta tekrar üroloji kliniğine devredildi. İki gün sonra yara yerinde akıntı şikayeti olan hastadan yara yeri kültürü alındı ancak üreme olmadı. Sistit nedeniyle oral siprofloksasin 500 mg (Cipro®) 2×1 almakta olan hastanın akıntısı geriledi. Postoperatif 10. günde Üroloji kliniğinden taburcu edilen hastanın cilt dikişleri 15. günde alındı. Patoloji sonucu grade III/III (Modifiye Bloom-Richardson) infiltratif duktal karsinom olarak geldi. Tümör boyutu 5×4 cm idi ve cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Aksilladaki 13 lenf nodundan 3'ünde karsinom metastazı saptandı. Lenfovasküler invazyon mevcuttu. Perinöral invazyon izlenmedi. Fasya cerrahi sınırında ve kadranslarda tümör mevcut değildi. En büyük metastatik lenf nodu 1 cm çapında olup, ektranodal yayılım mevcut değildi. Hastaya adjuvan KT verilemedi, oral tamoksifen 10 mg (Tadex®) 1×1 başlandı. Ameliyat sonrası 3. aydaki kontrolünde hastada mastektomiye ait sorun olmadığı görüldü (Resim 2).

## Tartışma ve Sonuçlar

Erkek hastalarda meme kanserinin nadir görülmesi nedeniyle rutin meme muayenesi ve tarama programları uygulanmamaktadır. Has-

taların geç evrelerde ve kadın hastalara nazaran daha ileri yaşlarda tanı almaları hastalığın prognozunu etkilemektedir. Giordano ve ark. (2) çalışmasında erkek meme kanserli olgularda tümör büyüklüğü ve lenf nodu tutulumunun sağ kalımı etkilediği gösterilmiştir. Yine Lorfida ve ark. (6) çalışmasında hastaliksız sağ kalımın erkek hastalarda daha kısa olduğu gösterilmiştir (10 yıllık hastaliksız sağ kalım %51,7'ye %66,5; risk oranı [HR], 1,79; %95 CI, 1.19-2.68; P=.004). Madden ve ark. (7) 1337 erkek meme kanserli hastada yaptıkları çalışmada ileri yaş, ileri tümör evresi ve hormon reseptör negatifliğinin prognoza etkisi olduğunu göstermişlerdir (7).

Meme kanserinin kesin tedavisi kadın hastalarda olduğu gibi erkek hastalarda da cerrahi ile mümkündür. İleri yaş ve ek hastalıklar nedeniyle genel anestezi alamayan hastalarda bölgesel anestezi uygulanabilir. Bu amaçla yüksek torakal epidural anestezi, servikal epidural anestezi ve paravertebral blok kullanılmaktadır (8). Ancak kardiyak riski olan yüksek olan hastalarda bölgesel anestezi de risk oluşturabilmektedir. Epidural anestezi sonrası sempatik bloğa bağlı hipotansiyon, bradikardi ve kardiyak arrest görülebilmektedir (9). Pollard ve ark. (10) çalışmasında erkek cinsiyet, bazal kalp atım sayısı <60/dk, ASA III veya IV, beta-bloker kullanımı, T6 üzerinde sensoryel blok, 50 yaşın altı hasta, uzamış PR intervali epidural anestezi sırasında kardiyak arrest için risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Lokal anestezinin çok nadir görülen methemoglobinemi ve alerjik reaksiyon dışında ciddi yan etkileri bulunmamaktadır. Meme kanseri olan yüksek riskli ve ileri yaşlı hastalarda lokal anestezi ile MRM uygulanması mümkündür ancak literatürde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bunların çoğu da erken evreli meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanan hastaları içermektedir (11-12). Carlson (13) evre 4 olan dört kadın hastaya lokal infiltrasyon anestezisi ile total mastektomi uygulamıştır. Ancak bu hastalar ileri evre olup aksiller diseksiyon uygulanmayan hastalardır. Yine Oakley ve ark. (14) yüksek riskli 36 hastaya lokal anestezi ile simple mastektomi uygulamışlardır. Bunlar arasında ileri evre erkek meme kanseri olup mastektomi ve aksiller küraj uygulanan olguya rastlanmamıştır. Bu olgu bu anlamda literatüre katkıda bulunacaktır.

Sonuç olarak; genel anestezi açısından ileri riskli ve ileri yaşlı hastalara lokal anestezi altında MRM uygulanabilirliği mümkündür ve özellikle erkek meme kanserli olgularda akıldaki tutulmalıdır.

**Informed Consent:** Written informed consent was obtained from patient who participated in this study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author contributions:** Concept - E.C.; Design - E.C.; Supervision - E.C.; Funding - E.C., O.A.; Materials - E.C., O.A.; Data Collection &/or Processing - E.C., O.A.; Analysis &/or Interpretation - E.C., O.A.; Literature Review - E.C.; Writer - E.C., O.A.; Critical Review - O.A.; Other - E.C., O.A.

**Acknowledgements:** The authors would like to thank to Samsun Training and Research Hospital General Surgery staff.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the author.

**Financial Disclosure:** The author declared that this study has received no financial support.

**Hasta Onamı:** Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir - E.C.; Tasarım - E.C.; Denetleme - E.C.; Kaynaklar - E.C., O.A.; Malzemeler - E.C., O.A.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - E.C., O.A.; Analiz ve/veya yorum - E.C., O.A.; Literatür taraması - E.C.; Yazıyı yazan - E.C., O.A.; Eleştirel İnceleme - O.A. Diğer - E.C., O.A.

**Teşekkür:** Yazarlar Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi personellerine teşekkür ederler.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## Kaynaklar

1. Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, Cooper D, Gansler T, Lerro C, Fedewa S, Lin C, Leach C, Cannady RS, Cho H, Scoppa S, Hachey M, Kirch R, Jemal A, Ward E. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA Canc J Clin* 2012; 14:220-241. (PMID: 22700443) [\[CrossRef\]](#)
2. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004; 14:51-57. (PMID: 15221988) [\[CrossRef\]](#)
3. Wagner JL, Thomas CR, Koh WJ, Rudolph RH. Carcinoma of the male breast: Update 1994. *Med Pediatr Oncol* 1995; 24:123-132. (PMID: 7990761) [\[CrossRef\]](#)
4. Crichlow RW, Galt SW. Male breast cancer. *Surg Clin North Am* 1990; 70:1165-1177. (PMID: 2218826)
5. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, Potter C, Hoffmann B, Kinne DW, Osborne MP, McKinnon WM. Current management of male breast cancer: a review of 104 cases. *Ann Surg* 1992; 215:451-459. (PMID: 1319699) [\[CrossRef\]](#)
6. Iorfida M, Bagnardi V, Rotmensz N, Munzone E, Bonanni B, Viale G, Pruneri G, Mazza M, Cardillo A, Veronesi P, Luini A, Galimberti V, Goldhirsch A, Colleoni M. Outcome of male breast cancer: a matched single-institution series. *Clin Brest Cancer* 2014; 14:371-377. (PMID: 24742826) [\[CrossRef\]](#)
7. Madden NA, Macdonald OK, Call JA, Schomas DA, Lee CM, Patel S. Radiotherapy and male breast cancer: a population-based registry analysis. *Am J Clin Oncol* 2014 Apr 28. [Epub ahead of print] (PMID: 24781343)
8. Yektaş A, Ülger GÜ, Çömlekçi M, Yeter H, Gümüş F, Erkalp K, Alagöl A. A case of combined thoracic epidural anesthesia-interscalene block application in high-risk mastectomy patients: a case report. *Agri* 2014; 26:39-42. (PMID: 24481583) [\[CrossRef\]](#)
9. Andres J, Reina MA, Prats A. Epidural space and regional anesthesia. *Eur J Pain* 2009; 3:55-63. (PMID: 21989150) [\[CrossRef\]](#)
10. Pollard JB. Common mechanisms and strategies for prevention and treatment of cardiac arrest during epidural anesthesia. *J Clin Anesth* 2002; 14:52-56. (PMID: 11880024) [\[CrossRef\]](#)
11. Hirokawa T, Kinoshita T, Nagao T, Hojo T. A clinical trial of curative surgery under local anesthesia for early breast cancer. *Breast J* 2012; 18:195-197. (PMID: 22300192) [\[CrossRef\]](#)
12. Kashiwagi S, Takashima T, Asano Y, Morisaki T, Aomatsu N, Matsuoka J, Nakamura M, Kawajiri H, Onoda N, Ishikawa T, Hirakawa K. Lupectomy and sentinel lymph node navigation surgery for breast cancer under local anesthesia. *Gan To Kaqaku Ryoho* 2011; 38:2017-2019. (PMID: 22202270)
13. Carlson GW. Total mastectomy under local anesthesia: the tumescent technique. *Breast J* 2005; 11:100-102. (PMID: 15730454) [\[CrossRef\]](#)
14. Oakley N, Dennison AR, Shorthouse AJ. A prospective audit of simple mastectomy under local anesthesia. *Eur J Surg Oncol* 1996; 22:134-6. (PMID: 8608827) [\[CrossRef\]](#)