

# NADİR GÖRÜLEN BİR LEZYON: ERKEK MEME KANSERİ: Olgu Sunumu

Tamer Akça<sup>1</sup>, Uđur Altun<sup>1</sup>, Demir Apaydın<sup>2</sup>, Ayşe Polat<sup>3</sup>, Süha Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Mersin, Türkiye

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Mersin, Türkiye

<sup>3</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Mersin, Türkiye

Erkek meme kanseri nadir görülen malignitelere aittir. Erkeklerde görülen meme kanseri tüm meme kanseri olgularının yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Belirtilerin ve tanının gecikmesinin nedeni genelde hastalığın nadiren akla getirilmesidir.

Biz bu yazımızda meme kanseri tanısı ile tedavi ettiğimiz 57 yaşındaki bir erkek hastamızı sunmayı amaçladık.

## A RARE LESION: MALE BREAST CANCER

Male breast malignancies are rare. Cancer of the male breast accounts for about 1% of all breast cancers. Poor level of awareness often results in late presentation and delayed diagnosis. We aimed to present a case report of a 57-year-old man who has breast cancer

Erkek meme kanseri nadir görülen ancak agresif bir hastalıktır. Tüm dünyada görülme sıklığı %1'in altındadır (1, 2). İleri yaş ve tümörün büyüklüğünde artış prognoza kötü yönde katkı yapmaktadır (3). Sık görülmediği için erkek meme kanseri ile ilgili randomize çalışmalar yapılamamıştır. Bilgilerimizin olgu sunumları ve retrospektif çalışmalarla sınırlı kalması nedeniyle, tedavi önerileri de çoğunlukla kadın hastalar üzerinde yapılmış çalışmalara dayandırılmıştır. Tedavisinde modifiye radikal mastektomi ve gerektiğinde adjuvan tedaviler öncelikli seçenekler olmaya devam etmektedir. Ancak görülme sıklığında ortaya çıkan artış, bu hastalığın ayırıcı tanıda hatırlanması gerektiğini de beraberinde getirmektedir (1).

Biz de bu yazımızda, literatür bilgileri ışığında karşılaştığımız bir erkek meme kanseri olgusunu sunmayı amaçladık.

## Olgu sunumu

Yaklaşık 4 senedir sol memesinde şişlik ele gelen 57 yaşındaki erkek hasta, kitlenin son 1 yıldır giderek büyümesi üzerine kliniğimize başvurdu. Alınan anamnezinde öz geçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Rutin biyokimyasında herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde sol memede retroareolar bölgede yaklaşık 2 cm.lik ağrısız, sert, düzensiz yüzeysel kitle, meme başında çekinti ve sol aksillada fiske lenfadenopati saptandı (resim 1). Mammografisinde; sol meme retroareolar bölgede, çevreye doğru spiküler uzanımlar gösteren 2 cm. çapında opasiter artışlar izlendi ve bulgular malign kitle ile uyumlu olarak değerlendirildi (resim 2). Meme ultrasonografisinde; solda retroareolar bölgede lobüle, düzensiz konturlu 15x15x20 mm. boyutlarında, izoekojen görünümde, maligniteyi düşündürülen solid kitle lezyonu izlendi. Sol aksiller bölgede en büyüğü 15x8 mm.lik 7-8 adet lenfadenopati gözlemlendi. Hastanın yapılan

akciğer grafisi, batin ve pelvis ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Lezyondan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde malign hücreler görülmesi üzerine hastaya sol modifiye radikal mastektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta postoperatif üçüncü günde aksiller dreni çekilerek taburcu edildi. Postoperatif histopatolojik inceleme-sinde 2.2 cm.lik grade 2 (Scarff Bloom Richardson) invaziv duktal karsinom saptandı. Dermal lenfatiklerde yaygın tümör trombusu, perinöral invazyon, vasküler invazyon mevcuttu. Aksilla seviye I ve II'den örneklenen 15 lenf nodunda metastaz gözlemlendi. Hastanın östrojen reseptörleri %90, progesteron reseptörleri %60 pozitif idi. C-erb B-2 negatif, Ki-67 %30 pozitif olarak saptanırken p53 negatif idi. Hastaya ameliyat sonrası yapılan onkoloji konseyinde; adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi önerildi. Hasta halen adjuvan kemoterapi almaktadır.

## Tartışma

Erkek meme kanseri görülme sıklığı %1'in altında olan bir hastalıktır. Görülme yaşı ortalama 67 olarak bildirilmiştir. Ancak son 25 senede görülme sıklığında %26 dolayında bir artış meydana gelmiştir (1, 4). Aynı zaman aralığında kadınlarda görülen meme kanseri artışına ise %52 civarındadır. Hastaların belirtileri önemsememeleri hastalığa kadın hastalara oranla daha geç evrelerde tanı konulmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ancak genel olarak kadın ve erkek meme kanserinde prognoz benzerdir (5). Aynı şekilde Joshi ve arkadaşları evre evre değerlendirdiklerinde erkek meme kanseri prognozunun kadın olgulardan belirgin farkları olmadığını belirtmektedirler (6). Bizim olgumuz ise başvurduğunda 57 yaşındaydı ancak şikayetleri yaklaşık 4 seneden beri devam etmekteydi. 1999'dan beri kliniğimizde meme kanseri tanısı almış toplam 158 hastadan sadece iki tanesi erkekti (%1.2). Diğer hasta tanısı konduktan sonra başka bir merkezde tedavi görmüştü.



**Resim 1.** Meme başında çekinti yapan lezyonun klinik görünümü.

Erkek meme kanseri için suçlanan risk faktörleri arasında inmemiş testis, orşit, infertilite, artmış prolaktin seviyeleri, kemoterapötik alımları, jinekomasti ve pozitif aile hikayesi bulunmaktadır (1, 6-9).

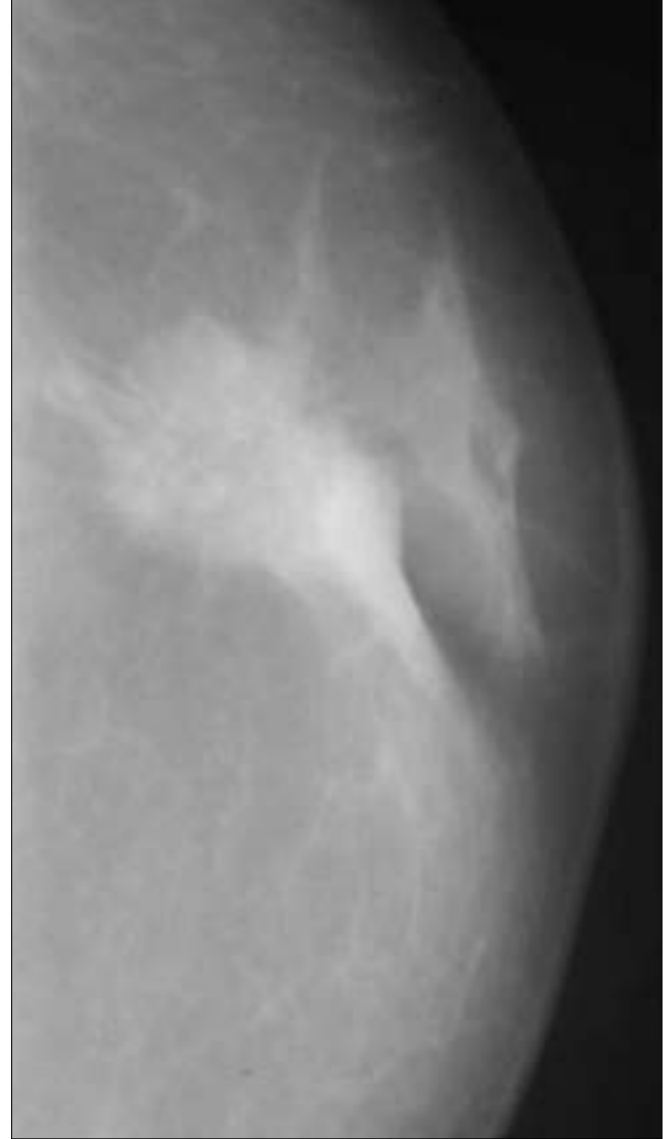
Benign meme hastalıkları, göğüs duvarına alınan radyasyon, alkol alımı, karaciğer hastalıkları ve şişmanlık gibi bir çok faktör de suçlanmaktadır (10-11). Olgumuzda herhangi bir patolojik laboratuvar bulgusuna rastlanmadığı gibi, öz geçmişinde veya aile geçmişinde herhangi bir özellik bulunmuyordu.

Sınırlı bir bilgiye sahip olursa da bazı erkek meme kanserli hastalarda ailesel geçişten bahsedilmektedir. Meme kanserli erkeklerin yaklaşık %10'unda saptanan BRCA 2 mutasyonları bu düşünceyi desteklemektedir. Ancak BRCA 1 geni ile yapılan çalışmalarda bu risk tam olarak ortaya konulamamıştır (12).

En sık ortaya çıkan semptomlar ağrısız subareolar kitle, meme başı çekintisi ve meme başından kanlı akıntı gelmesidir. Sıklıkla sağlıklı erkeklerin yaklaşık %35'inde de karşılaşılabilen jinekomastidir (1, 8, 10). Olgumuzda ağrısız, sert kitle ve meme başı çekintisi mevcutken meme başı akıntısı yoktu. Hastanın anamnezinde jinekomasti bulunmuyordu.

*Tanı genellikle ince iğne biyopsisi veya açık biyopsi yöntemleri ile konmaktadır (13). Mamografi de jinekomasti ile ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Bizim olgumuzda tanı klinik şüpheli takiben kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konmuştur. Mamografik görüntü ise Bİ-RADS kategori 5 olarak değerlendirilmiştir. Yapılan metastaz araştırmalarında ise herhangi bir patolojik bulguya rastlanılmamıştır.*

Erkek meme kanserlerinde yaklaşık %90 oranında saptanan patolojik tip bizim olgumuzda da olduğu gibi invaziv duktal karsinomadır. Tümörlerin çoğunluğu papiller ve kribriform büyüme özelliklerine sahiptirler (1). Olguların %90'ında östrojen, %80'inde ise progesteron reseptörleri saptanırken, her2-neu ekspresyonun-



**Resim 2.** Spiküler uzanımlar gösteren lezyonun mamografik görünümü.

daki artış daha az oranlardadır (14). Bizim olgumuzda da östrojen ve progesteron pozitiflik oranları yüksek düzeydeyken C erb B-2 negatif olarak değerlendirilmiştir.

Giordano ve arkadaşları tümör büyüklüğü ve lenf nodu tutulumunun prognozu etkileyen en belirgin faktörler olduğunu bildirmişlerdir. Tümör boyutu 2-5 cm. arasında olan erkek meme kanseri olgularında, tümör boyutu 2 cm.nin altındaki hastalara oranla ölüm riskinin %40 arttığı saptanmıştır (1). Olgumuzda tümör boyutu 2.2 cm. ve metastatik tutulum gösteren aksiller lenf nodu sayısı 15 olarak rapor edilmiştir. Kadınlarda olduğu gibi artmış aksiller lenf nodu tutulumu prognozu kötü yönde etkilemektedir (15).

Cerrahi tedavi sıklıkla modifiye radikal mastektomi olmaktadır. Radikal mastektomi de önerilmekle birlikte çoğu erkek hasta bizim

olgumuzda da olduğu gibi modifiye radikal mastektomi ile tedavi edilmektedir (5). Aksiller lenf nodu diseksiyonu prognozu ve tedavi protokolünü etkilediği için önem arz etmektedir. Bu aşamada geniş karşılaştırmalı seriler olmamakla birlikte günümüzde klinik olarak NO olgularda sentinel lenf nodu biyopsisi uygulanması önerilmektedir (16). Bizim olgumuzda fizik muayene ve radyolojik görünüm olarak aksiller tutulum şüphesi olduğu için standart aksiller lenf nodu diseksiyonunu tercih ettik.

Yine geniş çalışmaların mevcut olmamasına rağmen adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapinin erkek meme kanserinde kullanılmasına devam edilmektedir (14).

Sonuç olarak erkek meme kanseri nadir görülen 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 şikayetlerle gelen erkek hastaların ayırıcı tanıda meme kanserini de göz önünde tutarak ayrıntılı olarak değerlendirilmeleri gerektiği kanaatindeyiz.

### Kaynaklar

1. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004; 101: 51-57. (PMID: 15221988)
2. Donegan WL, Redlich PN, Lang PJ, Gall MT. Carcinoma of the breast in males: a multiinstitutional survey. *Cancer* 1998; 83: 498-509. (PMID: 9690543)
3. Frangou EM, Lawson J, Kanthan R. Angiogenesis in male breast cancer. *World J Surg Oncol* 2005; 3:16 (e-pub). (PMID: 15743520)
4. Hodgson NC, Button JH, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS. Male breast cancer: Is the incidence increasing? *Ann Surg Oncol* 2004; 11: 751-755. (PMID: 15289238)
5. 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: 775-780. (PMID: 10520928)
6. Joshi MG, Lee AK, Loda M, Camus MG, Pedersen C, Heatley GJ, Hughes KS. Male breast carcinoma: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome. *Cancer* 1996; 77: 490-498. (PMID: 8630956)
7. Krause W. Male breast cancer – an andrological disease: risk factors and diagnosis. *Andrologia* 2004; 36: 346-354. (PMID: 15541050)
8. 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: 629-639. (PMID: 10091736)
9. Yıldırım E, Berberoğlu U. Male breast cancer: a 22-year experience. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 548-552. (PMID: 9870732)
10. Lyng E, Afonso N, Kaerlev L, Olsen J, Sabroe S, Ahrens W, Eriksson M, Guenel P, Merletti F, Stengrevics A, Suarez-Varela M, Costa-Pererra A, Vyberg M. European multi-centre case-control study on risk factors for rare cancers of unknown aetiology. *Eur J Cancer* 2005; 41: 601-612. (PMID: 15737566)
11. Sorensen HT, Friis S, Olsen JH, Thulstrup AM, Mellekjaer L, Linet M, Trichopoulos D, Vilstrup H, Olsen J. Risk of breast cancer in men with liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 231-233. (PMID: 9468249)
12. Ottini L, Masala G, D'Amico C, Mancini B, Saieva C, Aceto G, Gestri D, Vezzosi V, Falchetti M, De Marco M, Paglierani M, Cama A, Bianchi S, Mariani-Costantini R, Palli D. BRCA1 and BRCA2 mutation status and tumor characteristics in male breast cancer: a population-based study in Italy. *Cancer Res* 2003; 63: 342-347. (PMID: 12543786)
13. Jaiyesimi IA, Buzdar AU, Sahin AA, Ross MA. Carcinoma of the male breast. *Ann Intern Med* 1992; 117: 771-777. (PMID: 1416579)
14. 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: 389-392. (PMID: 11720677)
15. Guinee VF, Olsson H, Moller T, Shallenberger RC, van den Blink JW, Peter Z, Durand M, Dische S, Cleton FJ, Zewuster R. The prognosis of breast cancer in males. A report of 335 cases. *Cancer* 1993; 71: 154-161. (PMID: 8416712)
16. 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: 74-77. (PMID: 15112248)

### İletişim

Tamer Akça  
Tel : 0324 337 43 00  
Fax : 0324 337 43 05  
E-mail : takca@mersin.edu.tr