

Erkeklerde İleri Evre Meme Kanseri (Olgu Sunumu)*

Dursun Tatar**, Mehmet Böncü **, Yasemin Yıldırım**, Hüseyin Halilçolar**, Ali Galip Yener***

** İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği

*** İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

ÖZET

Meme kanseri erkeklerde nadir görülür. Tüm meme kanserlerinin %1'ini ve erkek kanser ölümlerinin %0.1'den azını oluşturur. Klinik gidişi ve patolojik özellikleri kadınlardaki meme kanseriyle benzerlik gösterir.

Memede kitle yakınmasıyla başvuran ve invaziv duktal karsinom tipinde meme kanseri tanısı konan erkek olgu incelendi. Akciğer, karaciğer, yumuşak doku ve lenf bezi metastazı saptandı. Olguyu, erkekte meme kanserinin az görülmesi nedeniyle sunuyoruz.

Akciğer Arşivi: 2002; 1: 37-40

Anahtar kelimeler: Erkek, meme kanseri

SUMMARY

Advanced stage breast cancer in male (case report)

Breast cancer is rare in males. It accounts for 1 percent of all breast cancers and less than 0.1 percent of male cancer deaths. Clinical course and pathological features resemble female breast cancer.

We studied a male patient with a complaint of mass in breast who is diagnosed as invasive ductal carcinoma type breast cancer. Pulmonary, hepatic, soft tissue and lymph node metastases has been found. We present this case because male breast cancer is rarely seen.

Akciğer Arşivi: 2002; 1: 37-40

Key words: Male, breast cancer

Giriş

Meme kanseri erkeklerde nadir görülür. Tüm meme kanserlerinin %1'ini ve erkek kanser ölümlerinin %0.1'den azını oluşturur. Kliniği, patolojisi ve doğal gelişimi kadınlardaki meme kanseriyle benzerlik gösterir. Meme kanseri erkeklerde ortalama 60 yaş civarında görülür. Ancak çocuklar ve 30 yaş altı genç erişkinler de dahil olmak üzere tüm yaşlarda görülebilir (1). Erkek olguların tanısı daha çok ileri evrede konur (2). Kadınlarda olduğu gibi sol memede biraz daha sık rastlanır, ancak bunun nedeni belli değildir. Genellikle tek taraflı olup iki taraflı görülme oranı %3'ten azdır.

Memede kitle nedeniyle başvuran ve yapılan in-

celemeler sonucunda invaziv duktal karsinom tipinde meme kanseri ve akciğer, karaciğer, lomber bölgede yumuşak doku ve lenf bezi metastazı tanısı alan olguyu, erkeklerde meme kanserinin az görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Olgu

Altmış yedi yaşındaki erkek hasta, 8 ay önce sol memesinde fark ettiği giderek büyüyen şişlik, son 1 aydır olan göğsün sol tarafında ağrı, öksürük, balgam çıkarma, halsizlik ve zayıflama yakınmalarıyla başvurdu. Olgu 40 paket/yılı sigara içicisiydi. Bunun dışında öz ve soy geçmişiinde özellik yoktu.

Fizik bakışında, arteriyel kan basıncı 140/80 mmHg, nabız 76/dk ve ritmik, aksiller ateş 36.3°C olarak bulundu. Sol memede jinekoma-ti ve sol hemitoraks ön yüzünde üçüncü ve dördüncü interkostal aralıklarda, sol meme üst iç kadranında 3x4 cm boyutunda, toraks ön duva-

* Toraks Derneği 2.Yıllık Kongresi'nde sunulmuştur (6-10 Mayıs 1998, Antalya)

* Presented at the Thoracic Society 2nd Annual Congress (6-10 May 1998, Antalya)

Yazışma adresi: Dr. Dursun Tatar, İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

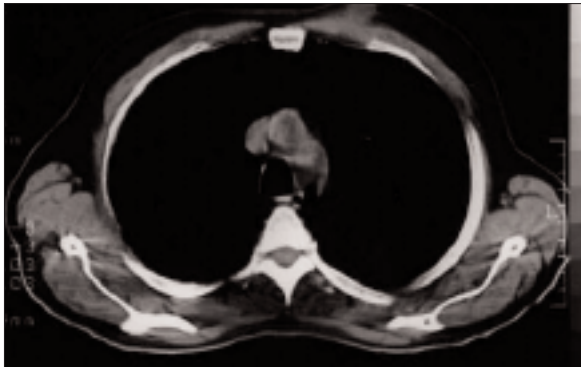
rıyla ilişkisi olmayan sert, üzeri hiperemik kitle saptandı. Sol aksiller bölgede 1.5 cm çapında bir adet lenf nodu palpe edildi. Ayrıca solda, lomber bölgede, arka koltuk altı çizgisi üzerinde 2x3 cm boyutunda oval, sert ve fikse bir kitle vardı. Akciğer oskültasyonunda, sağ akciğer bazalinde inspiratuar ve ekspiratuar raller duyuldu. Karaciğer 2 cm palpe edildi. Diğer sistem bakıları normal olarak bulundu.

Laboratuvar incelemelerinde, eritrosit sedimentasyon hızı 30 mm/saat, lökosit sayısı 12700/mm³, hemoglobin değeri 16 gr/dl, hematokrit %45.4 olarak saptandı. Balgam ve bronş aspirasyon sıvısında homojenizasyon yöntemiyle aside dirençli basil saptanmadı. Elektrokardiyografide patolojik bulgu yoktu. Diğer rutin kan ve idrar incelemeleri normal sınırlardaydı.

Posteroanteriyör akciğer radyogramında, mediasten hafif sola deviye izlendi. Her iki hilus dolgun görünümdeydi ve her iki akciğerin alt zonunda parakardiyak alanda heterojen dansite artımı vardı. Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde, amfizem bulguları ve sol memenin üst iç kadranında malignite ile uyumlu kitle saptandı (Şekil 1).

Meme ultrasonografisinde, sol hemitoraks ön duvarında cilt altı yağ dokusuna yerleşmiş, kas dokusuna infiltre görünümde 2 cm çaplı malign karakterli solid kitle lezyonu izlendi.

Bronkoskopik incelemede, orta lob bronşu hafif daralmış ve hiperemik olarak görüldü, buradan



Şekil 1: Olgunun toraks bilgisayarlı tomografi mediasten kesiti.

transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisi (TBİİAB) yapıldı. Solda üst lob bronş karinası ile segment karinaları künt ve lingula süperiyör segmenti girişinde mukoza düzensiz olarak izlendi. Buradan TBİİAB, fırça ve forseps biyopsi yapıldı. Orta lob bronşundan yapılan TBİİAB materyalinin histopatolojik incelemesinde kuşkulu malign ve linguladan yapılan TBİİAB materyalinin histopatolojik incelemesinde ise malign sitoloji bulguları saptandı.

Memeden ve sol lomber bölgedeki lezyondan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı. Memeden alınan İİAB materyalinin histopatolojik incelemesi memenin invaziv duktal karsinomu ve sol lomber bölgedeki lezyondan yapılan İİAB materyalinin histopatolojik incelemesi memenin invaziv duktal karsinom metastazı olarak bildirildi. Bakılan östojen reseptörü, C-erb-B-2 ve P-glikoprotein olumsuz bulundu.

Uzak metastaz açısından yapılan incelemelerde, batın ultrasonografisinde karaciğer sol lob lateralinde 60x46 mm boyutlarında, karaciğer dokusundan biraz daha ekojen görünümde, içinde hiperekoik odaklar bulunan kitle izlendi ve metastaz olarak değerlendirildi. Kemik sintigrafisinde, toraksta, kemik yapıyla ilgisi olmayan, yumuşak dokudaki kitleyle uyumlu olduğu düşünülen aktivite artışı saptandı.

TNM sınıflamasına göre evre IV (T2bN1M1) meme kanseri tanısı alan olgu, tedavisinin düzenlenmesi için bir genel cerrahi kliniğine sevk edildi. Olguya genel cerrahi kliniği tarafından kemo-terapi (KT) uygulandı. Olgu tanı konulduktan 5 ay sonra eksitus oldu.

Tartışma

Meme kanseri erkeklerde nadir görülür. Tüm meme kanserlerinin %1'ini ve erkek kanser ölümlerinin %0.1'den azını oluşturur (1). Kliniği, patolojisi ve doğal gelişimi kadınlarda görülen meme kanserleriyle benzerlik gösterir (Tablo 1). Erkekler tanı anında genellikle daha ileri yaşta ve evrededirler (2). Görülme yaşı kadınlardan yaklaşık 5 yaş daha yukarıdadır. Ortalama 60

yaş dolayında görülse de çocuklarda ve 30 yaş altı genç erişkinlerde de görülebilmektedir. Bizim olgumuz da ileri yaşta olup yaşı 68 idi.

Erkeklerde meme kanseri genellikle tek taraflı olup, kadınlarda olduğu gibi sol memede daha fazla görülmektedir, ancak bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. İki taraflı görülme olasılığı %3'ün altındadır. Olgumuzda da tümör tek taraflıydı ve sol memede yerleşmişti.

Erkeklerde meme kanserlerinin çoğu retroareolar pozisyonda ve santral olup ekzantrik yerleşimler özellikle üst dış kadranda tanımlanmıştır. Olgumuzda ise üst iç kadranda yerleşim izlendi. Meme kanseri gelişimi için bir çok risk faktörü vardır. Erkeklerde meme kanseriyle ilgili az sayıdaki epidemiyolojik çalışmada genetik yatkınlık ileri sürülmektedir. Musevilerde insidansın daha yüksek olduğu ve beyazlarda mortalitenin siyah ırka göre daha düşük olduğu bildirilmektedir. Siccacia ve ark. genetik faktörlerin etkisinin gidererek arttığını belirtmişlerdir (3). Ancak başka bir çalışmada hastalığın ırk, coğrafya ve meslek ile ilişkisi gösterilememiştir (4).

Erkeklerde meme kanseri östradiol ve diğer östrojenik hormon düzeylerinin artışıyla ilişkilidir. Bilharsiazis (şiştözomiazis) infeksiyonu karaciğerde hasara neden olarak östrojen düzeyini artırır. Bu hastalığın sık görüldüğü Mısır'da erkeklerde meme kanseri görülme sıklığı %6'dır (5). Klinefelter sendromu bulunan olgularda testiküler bozukluk ve jinekomasti nedeniyle meme

kanseri riski normal erkeklere göre 20 kat daha fazladır ve bunlarda meme kanseri insidansı %1-3'tür (5). Meme kanserli erkeklerin %3-4'ünde Klinefelter Sendromu vardır (1). Karsinomların %5-40'ında mikroskopik olarak jinekomasti bulguları saptanmaktadır. Ancak jinekomastideki epitelyal hiperplaziden intraduktal karsinomaya histolojik geçiş nadiren tanımlanmıştır. Bulgular jinekomastinin nadiren prekanseröz olduğunu yada kanser oluşumunda geçiş basamağı oluşturduğunu göstermektedir. Prostat kanserli olgularda tedavi amaçlı verilen östrojen erkeklerde meme kanseri riskini artırır. Daha önce kızamikçiğe bağlı orşit geçiren erkeklerde meme kanseri göreceli olarak daha sıktır (1). Bunlarda testiküler atrofi ve buna sekonder hiperöstrojenizm söz konusudur. Testiküler travma ile de ilişki gözlenmiştir. Ancak orşiektomi, inmemiş testis ve prostat hastalıklarıyla ilişki saptanamamıştır. Radyasyon maruziyeti bir diğer risk faktörüdür. Jinekomasti, lokal patolojiler veya intratorasik hastalıkların tedavisi için uygulanan radyasyon ve multipl fluoroskopik tetkiklerle ilişkisi görülmüş, fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fenotiazinler ve prolaktin düzeyinin de risk faktörü olduğu sanılmaktadır (4). Olgumuzda jinekomasti vardı. Bunun dışında herhangi bir risk faktörü saptanmadı.

Klinikte, sıklıkla saptanan ilk bulgu sert, ağrısız ve genellikle tek taraflı kitledir. Meme başı değişiklikleri sıktır (%30). Meme başında akıntı sıklık-

Tablo 1: Erkek ve Kadında Meme Kanseri Özellikleri

Özellik	Erkek	Kadın	
İnsidans (%)	1	99	
Yaş (ort)	55	60	
Klinik Bulgular	Benzer		
Lokalizasyon	Santral, retroareolar	Ekzantrik, üst dış kadranda	
Histopatoloji	Benzer (invaziv duktal karsinom)		
Prognoz	Lenf nodu (+)	5 yıllık sağkalım %60	5 yıllık sağkalım %60
		10 yıllık sağkalım %11	10 yıllık sağkalım %25
	Lenf nodu (-)	5 yıllık sağkalım %80	5 yıllık sağkalım %80
		10 yıllık sağkalım %70	10 yıllık sağkalım %70

la kanlıdır ve kadınlardakine nazaran daha fazladır (%3'e karşı %14). Primer tümör küçük boyutlardayken aksiller lenf bezlerine metastaz yapar, %50 olguda aksiller metastaz vardır. Olgumuzda memedeki kitlenin üzeri hiperemik olup, ağrıydı ve kitlede akıntı yoktu. Aksillada mobil, 1.5 cm çaplı lenfadenomegali vardı.

Tanıda öykü, fizik bakı, mammografi, ultrasonografi ve diğer görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır. Kesin tanı alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesi ile konulur. Kadınlarda görülen tüm histopatolojik tipler erkeklerde görülebilir. Erkek meme kanserlerinin %95'i infiltratif duktal karsinom, yaklaşık %5'i invaziv duktal karsinom şeklindedir (1). Erkeklerde lobüller farklılaşma seyrek görüldüğü için lobüller karsinomun varlığı şüphelidir. Olgumuzun histopatolojik tanısı invaziv duktal karsinom olarak bulundu. Crichlow'un yapmış olduğu bir çalışmada östrojen reseptörleri %85 oranında olumlu bulunmuş ve bu olgular tedaviye daha iyi yanıt vermişlerdir (6). Bizim olgumuzda östrojen reseptörü olumsuz bulundu.

Tedavide cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi veya bunların kombinasyonu söz konusudur (7).

Hastalar tanı anında genellikle ileri evrededirler. Evre I'de 10 yıllık sağ kalım %80, evre II'de %60 ve evre III'te %30 dolayındadır. Pekçok organa metastaz yapabilir. En sıklıkla akciğer (%59), karaciğer (%58), kemik (%44), lenf nodu (%72) ve deriye (%34) metastaz görülür. Olgumuzda akciğer, karaciğer, yumuşak doku ve lenf bezi metastazı saptandı.

Prognoz tanı anındaki evre, tümör boyutu ve lenf bezi tutulumuyla ilişkilidir. Kötü prognostik faktörler lenf bezi tutulumu dışında, tümör çapının 2 cm'den büyük olması ve zayıf histolojik farklılaşmadır (8).

Lenf bezi tutulumu olmayan kadın ve erkek meme kanserli olgularda tedavi sonrası 5 ve 10 yıllık sağ kalım oranları benzerdir. Aynı çalışmada

lenf bezi tutulumu olan kadın ve erkeklerde fark saptanmamış fakat 10 yıllık sağ kalım daha düşük bulunmuştur (8). On yıllık sağ kalım oranı ortalama %44 olarak saptanmış olup, bu değer hastalığın evresi ile değişiklik göstermektedir ve evre I'de %57, evre II'de %26, evre III'te %0 olarak bulunmuştur (9).

Kaynaklar

1. Rosen PP, Oberman HA. Tumors of the mammary gland. Washington: Armed Forces Institute of Pathology. 1992; 287-91.
2. Donegan WL, Redlich PN. Breast cancer in men. Surg Clin North Am 1996; 76:343-63.
3. Sciacca P, Benini B, Marinelli C et al. Cancer of the male breast. Minerva Hir 2000; 55:307-12.
4. Keller AZ. Demographic, clinical and survival characteristics of males with primary cancer of the breast. Am J Epidemiol 1967; 85:183-8.
5. Handerson IC, Harris JR, Kinne DW et al. Cancer of the breast. In De Vita VT, Helman JrS, Rosenberg SA (eds). Cancer, principal and practice of oncology. Philadelphia; The Murray Printing Company. 1989; 1197-1268.
6. Crichlow RW. Carcinoma of the male breast. Surg Gynecol Obstet 1972; 134:1011-6.
7. Scott-Conner CE, Jochimsen PR, Menck HR et al. An analysis of male and female breast cancer treatment and survival among demographically identical pairs of patients. Surgery 1999; 126:775-80.
8. Heller KS, Rosen PP, Schottenfeld D et al. Male breast cancer: a clinicopathologic study of 97 cases. Ann Surg 1978; 188:60-5.
9. de Perrot M, Deleaval J, Robert J et al. Thirty-year experience of surgery for breast carcinoma in men. Eur J Surg 2000; 166:929-31.