

Erkeklerde meme kanseri : Olgu sunumu

Şakir TEKİN, B. Şükrü ÖZER, Adnan KAYNAK
S.Ü.T.F.Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Kliniğimize 1985-1998 yılları arası başvuran üç erkek meme kanseri olgusunun muayene bulguları ve tedavi sonuçları sunulmaktadır. Bir hasta 13 yıldan, diğer iki hasta iki yıldan fazla süre takip edildi. Meme hacminin az olması, pektoral fasyaya yakınlığını göz önüne alarak, erkek meme kanserinde radikal mastektomi tercih ettik.

Anahtar Sözcükler: Erkek meme kanseri, radikal mastektomi.

SUMMARY

Mammary cancer in males: Case report

Between 1985 and 1998 three men with breast cancer were treated in our department, Physical examination and treatment results of these patients are presented. Follow up period was 13 years in one patient, more than two years in the other two patients. We preferred radical mastectomy in these three patients because of the small volume of the breast, and the close location of the pectoral fascia in men.

Key Words: Male breast cancer, radical mastectomy

Meme kanseri erkeklerde nadir görülen ve halen tedavisinde tartışmalar süren bir hastalıktır. Erkeklerde tüm maligniteler içinde % 1'in altında saptanır (1). Ender görülmesi ve erken saptanabilmesi oranda yüz güldürücü sonuçların olması nedeniyle 1985-1998 yılları arasında tanı koyarak tedavi ettiğimiz 3 erkek meme kanseri olgusunu sunmayı uygun gördük.

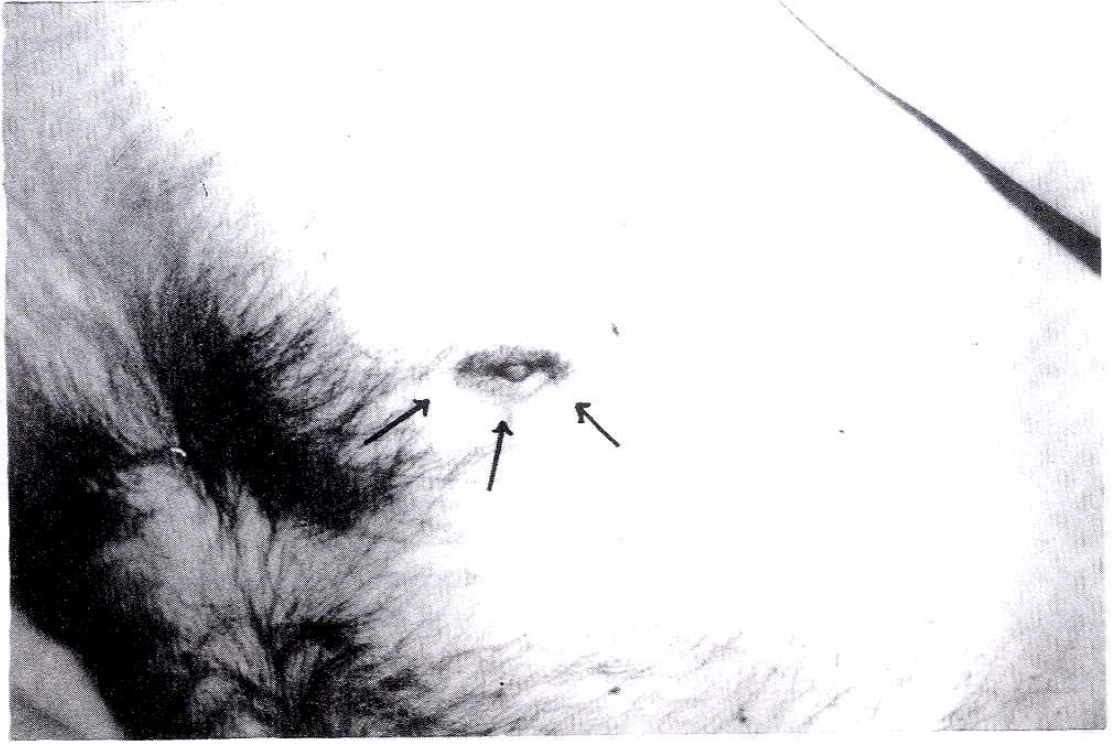
OLGULAR

OLGU 1. 68 yaşında, 21.2.1985 tarihinde sol memede kitle ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Anamnezde risk faktörleri tespit edilmedi. Fizik muayenede sol meme areola altında, yaklaşık 2x3x3 cm boyutlarında, pektoral kasa ve deriye yapışık olmayan sert, yüzeyi düzgün olmayan ağırlı mabil bir kitle, ayrıca aksillada iki adet birbirine yapışık olmayan hareketli lenfadenopati (LAP) vardı. Kemik, karaciğer, santral sinir sistemi, intra torasik, vb. uzak metastaz saptanmadı. Yapılan açık biyopside infiltratif duktal karsinom tespit edildi. Biyopsiden yedi gün sonra radikal mastektomi yapıldı ve deri defekti tam kalınlıklı deri grefi ile kapatıldı. 25 adet koltuk altı lenf bezinin

5'inde metastaz tespit edildi. Postoperatif radyoterapi uygulandı (Günlük 2 Gy'lik fraksiyonlarla toplam 50 Gy). İlk yıl üçer aylık, ikinci yılda altı aylık aralarla takip edilen hastada 10. yılda plevral effüzyon tespit edildi. Torasentez ve plevra biyopsi ile yapılan sitolojik inceleme tümör hücresi saptanmadı; buna rağmen cylophosphamide, methoteraxete ve 5 FU (CMF) ile kemoterapi ve tamoksifen (20 mg/gün) başlandı. Hasta 1996 yılında yaygın metastazlar nedeniyle kaybedildi.

OLGU 2. 57 yaşında, 22.1.1996 da sol memede şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sol meme alt dış kadranda meme başından üç cm uzakta deriye ve pektoral adeleye yapışık olmayan yaklaşık 2 x 2.5 x 3 cm boyutlarında yüzeyi düzgün olmayan, mobil, ağrısız sert kitle mevcuttu. Koltuk altı lenf nodu ve uzak metastaz saptanmadı. Tru-cut biopsi sonucunda infiltratif duktal karsinom tespit edildi. Radikal mastektomi yapılarak defekt tam kalınlıklı deri grefti ile kapatıldı. 11 aksiller lenf bezinden iki'sinde metastaz vardı. Postoperatif radyoterapi, tamoksifen başlandı. 24 aylık sürede lokal nüks ve uzak metastaz bulguları saptanmadı (Şekil 1).

Haberleşme Adresi: Dr. Şakir TEKİN, S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA.



Şekil 1. İkinci olgunun preoperatif görünümü. Sol meme başında ve areolada horizontal eksende çekinti mevcuttur. Makroskopik olarak çoğu zaman klinik belirti vermeyen meme tümörleri, bu olguda olduğu gibi sadece meme bölgesinde dikkatli bir fizik muayene ile saptanabilen minör bulgular verir.

OLGU 3. 51 yaşında, 16.5.1996 tarihinde sol memede şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede areola altında 2.5 x 3.5 x 3 cm boyutlarında deriye ve pektoral adeleye yapışık olmayan, sert, ağırlı kitle mevcuttu. Aksillada lenfadenopati ve uzak metastaz tespit edilmedi. Tru-cut iğne biyopsi sonucunda infiltratif duktal karsinom tesbit edildi. Sol radikal mastektomi uygulandı, deri primer kapatıldı. 22 adet lenf beziden dördünde metastaz bulundu. Postoperatif radyoterapi ve tamoksifen tedavisi uygulandı. 24 aylık sürede nüks, metastaz saptanmadı.

TARTIŞMA

Erkek meme kanserlerinde prognozun, kadın meme kanserlerinin prognozundan daha kötü olduğu kabul edilmektedir (1). Hastaların çoğunda, erken belirtileri hasta da hekim de yanlış yorumladığından tanı konduğunda II ve III üncü evreye gelinmiş olurlar. Olsson birinci derecede kadın akrabalarında meme kanseri olan erkeklerde, riskin artabileceğini vurgulamıştır (1). Sunulan olguların kadın akrabalarında meme kanseri anamnezi alınamamıştır.

Cassagrande hayatın erken dönemlerinde aşırı vücut ağırlığını da suçlamaktadır (1). Literatürde sosyo ekonomik seviyesi yüksek olan bireylerde daha sık görüldüğü bildirilirken, bizim olgularımızın sosyoekonomik seviyeleri düşüktü. Kadınlardaki meme kanseri ve kolorektal kanserler arasındaki ilişki, erkeklerde bulunamamıştır. Literatürde erkek meme kanserinin kadın meme kanseri ortalama yaşının beş yıl ilerisinde tepe yaptığı belirtilmiştir (60-65 yaşlar arası) (1). Sunulan olgularda yaş ortalaması 58.67 (standart sapma \pm 8.62) dir.

Sunulan olguların üçünde memede kitle mevcuttu. Bir olguda göğüs ağrısı, birinci olguda aksiller lenfadenopati (LAP) varken iki ve üç no'lu olgularda LAP yoktu. İki olguda kitle yerleşimi literatüre uygun olarak santral lokalizasyondaydı ve ortalama kitle çapı 2.5 x 3 x 3.5 cm idi (2,5). Borgen meme tümörlerinin % 5 olguda bilateral olabileceğinden bahsetmektedir (2). Sunulan olgu sayısı henüz az olduğu için kesin bir oran veremiyoruz. Literatürde sol memede daha fazla görüldüğü, % 40-45 olguda

başvuruda metastazı düşündüren aksiller LAP olabileceği belirtilmiştir (1). Her üç olgunun sol memede görülmesi literatür verileriyle uyumludur. Başvuruda LAP'nin bir olguda olması sayının az oluşu ile değişebilirse de literatürle uyumludur. Literatüre göre vakaların % 60'ından fazlasında histolojik olarak aksiller nodlarla metastaz bulunmaktadır. Sunulan her üç olguda da histolojik metastaz vardı. İnvaziv duktal karsinom başta olmak üzere (% 84-93), kadınlarda rastlanan meme kanserinin tüm histolojik tipleri erkeklerde bulunmuştur (1). Hastalığın "evreleri" seriler arasında çok farklılık gösteriyorsa da TNM'e göre yaklaşık:

Evre 0: % 0-10, evre 1: 10-40, evre 2: % 15-45, evre 3: % 20-40, evre 4: % 5-15 dir (1,3). Sunulan olgular evre III'e girmektedir. Evre ve aksiller lenf nodu durumunun en önemli prognostik kriterler olduğu belirtilmektedir (1,4).

Yapılan biyopsilerde sitolog olmadığı için Tru-cut iğne biyopsisini tercih ettik. Tüm şüpheli lezyonlarda biyopsi ile doku alınmalı, histolojik tetkikten başka östrojen ve progesteron reseptör (ER-PR) ölçümleri için doku elde olmalıdır. Reseptör çalışması önemlidir. Çünkü pozitif reseptör durumlarında hor-

monal manuplasyon alınacak cevaba yön gösterecektir (4). Hastaların % 80'e yakını, ER pozitif bulunmaktadır. Literatürde ER (+) hastalarda kemoterapi + Tamoksifen, ER (-) hastalarda ise sadece kemoterapiyi önerilmektedir (1). Tamoksifene erkekler iyi tahammül gösterirler (1-2 yıl günde 20 mg). Saç dökülmesi, deri döküntüleri ve impotans gibi yan etkiler bizim olgularımızda görülmedi.

Adjuvan kemoteropide CMF (Cyclophosphamide, methoraxete ve 5 FU) veya FAC (5FU, doxorubicin, cylophosphamide) kullanılmaktadır. Nötropeni, mukozitis, hemorajik sistite dikkat edilmelidir.

Metastazlarda ve palyatif tedavide, tamoksifen başka olmak üzere son yıllarda hormonal manüplasyonlar önerilmektedir. Cyproterone acetate, anti androjenler, buserelin, gonotropin releasing hormon agonist analogları, anti androjen flutamide gibi ilaçlar tek veya kombine kullanılmaktadır (1).

Literatürde birçok yazar gibi bizde erkek meme kanserinde loko-rejional nüks diğer cerrahi girişimlerden daha az görüldüğü için radikal mastektomi tercih ettik.

KAYNAKLAR

1. Donegan WL, Redlich PN. Breast cancer in men. Surg Clin North Am, 1996; 76: 343-58.
2. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, Potter C, Hoffmann B, Kinne DW et al. Current management of male breast cancer: A review of 104 cases. Ann Surg, 1992; 215: 451-9.
3. Ambrogetti D, Ciato S, Catarzi S, Muraca M G. The combined diagnosis of male breast lesions: a review of a series of 748 consecutive cases. Radiol Med, 1996; 91: 356-9.
4. Joshi MG, Lee AK, Loda M, Camus MG, Petersen C, Heatley GJ, et al. Male breast carcinoma: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome. Cancer, 1996; 77: 490-8.
5. Couch FJ, Farid LM, DeShano M.L, Tautigan SV, Calzone K, Campeau L. BRCA2 germline mutation in male breast cancer and breast families. Nat Genet, 1996; 13: 123-5.