

## ERKEK MEME KANSERİ

Dr. Mithat Kerim ARSLAN (x)  
Dr. Erşan AYGÜN (xx)  
Dr. Burhan PİŞKİN (xxx)  
Dr. Mete KESİM (xxx)  
Dr. Metin KURTOĞLU (xxxx)

### ÖZET

*Erkeklerde bütün kanserlerin ancak % 1 ini meydana getiren meme kanserinin klinik belirtileri daha belirgin olmakla birlikte genellikle hastalar hekime daha geç geldikleri ve erken aksiller metastaz olabildiği için prognoz daha kötü olmaktadır. Erkek ve kadın meme kanserleri arasında birçok etiolajik, biolojik ve patolojik ortak yönler olup, klinik evrelendirme ve tedavi de benzer şekilde planlanır.*

### GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda sık görülen malign hastalıklar arasında olmasına karşılık erkeklerde tüm meme kanserlerinin ancak % 1 i kadardır. Birçok yönleri ile aralarında benzerlik olmasına rağmen erkek meme kanserlerinde prognoz genellikle daha kötüdür. Bu sebeplerden dolayı dikkate alınması gereken bir anti-te olup, tesbit ettiğimiz bir vaka dolayısıyla konuyu etraflıca gözden geçirmeyi uygun bulduk.

### VAKA TAKDİMİ

Hastanemize müracaat eden 63 yaşındaki erkek hastanın hikayesinden 2,5-3 yıldan beri sol memesinde şişlik olduğu, bu şişliğin son zamanlarda arttığı ve ağrılarının başlamış olduğu öğrenildi.

---

(x)	K.Ü.	Tıp	Fakültesi	Genel	Cerrahi	Anabilim	Dalı	Yardımcı	Doçenti
(xx)	"	"	"	"	"	"	"	"	Uzmanı
(xxx)	"	"	"	"	"	"	"	"	Doçenti
(xxxx)	"	"	"	"	"	"	"	"	Araştırma Görevlisi

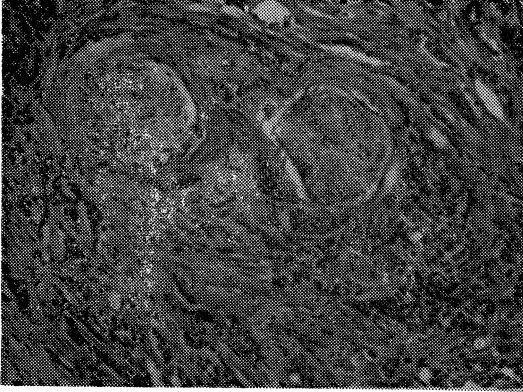
Fizik muayenede, hastanın sol memesinde areola altından başlayan saat 2-4 kadranına uzamış 3x3,5 cm lik nisbeten sert ve düzensiz kitle vardı. Kitle kısmen üzerindeki deriye yapışık ve deride ülserasyon yoktu. Aksiller lenf adenopati ve akıntı yoktu.

Diğer sistemlerin muayenesinden patolojik bir bulguya rastlanmadı.

Hastaya lokal anestezi altında meme biopsisi yapıldı. Areola altındaki çevre dokulara yapışık kısmın dışında kitle total olarak çıkarıldı. Piyesin makroskopik görünümü, 3 cm çapında nisbeten yuvarlak, dış yüzü yağ dokusu ile kaplı olup kesit yüzü beyaz ve fibrilli yapıda idi.

Mikroskopik olarak, kordon ve yığınlar yapan tek hücreler halinde stromayı, çevre dokusunu ve siniri e-filtre eden, genelde duktal yapı gösteren atipik epitel hücrelerinin meydana getirdiği neoplazm görülmüştür. Neoplazm stromasında lokal nekroz odakları ve mononükleer hücre infiltrasyonu görülmekte olup, özellikle kitle merkezine uyan bölgelerde daha yoğun olmak üzere hyalinizasyon gösteren yoğun fibrozis dikkati çekmiştir (Resim 1).

Hastaya radikal mastektomi yapılması düşünülmüş, ancak kendisi bu tedaviyi kabul etmemiştir.



Resim 1. H.E. ile boyanmış preparatın mikroskopik görünümü.

## TARTIŞMA

Meme kanseri erkeklerde kadınlara nisbeten daha seyrek görülür.

A.B.D. de bütün kanser vakalarının % 27 si meme kanseridir. Kadınların % 6 sında hayatın herhangi bir döneminde meme kanseri gelişir. Erkeklerde bütün kanser vakalarının % 1 i meme kanseri olup, bütün meme kanserlerinin de ancak % 1 i erkeklerde görülür. Haagensen 37 yılda gördüğü 6000 meme kanseri vakasından 49 unun erkekte olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde bu konuda

geniş istatistiki çalışma olmamakla birlikte Ankara Numune Hastanesinde 15 yılda görülen 592 meme kanserinden 9 unun erkekte olduğu bildirilmiştir (1). İ.Ü. Tıp Fakültesinde 10 yılda görülen 3203 meme kanserinin 24 tanesinin erkekte olduğu tesbit edilmiştir (2).

Kadınlarda meme kanseri görülme yaşı ortalama 50 olduğu halde, bu erkeklerde 60 dır ve 30 yaşın altında oldukça seyrek (3,4,5).

Bazı ailelerde kadınların birçoğunda meme kanseri vardır, bu ailelerde bir veya birkaç erkekte de meme kanseri gelişir (2,3).

Jinekomastrinin meme kanserini predispoze ettiğinin birçok klinik delilleri vardır. Ancak her meme kanserinde mutlaka jinekomastrinin bulunması gerekmez, her jinekomastride kanser gelişmesi olmaz (5).

Prostat kanseri sebebiyle östrojen tedavisi yapılan erkeklerde de meme kanseri geliştiği bildirilmiştir (4,6). Saf östrojenlerin uzun süre enjeksiyonu, evvela memede hiperplastik alveoler nodüller meydana getirir, sonra da bu zeminde meme kanseri gelişir. Yalnız bu noktada çok yönlü bir hormonal etkileşme söz konusudur.

Bilharziyasin ve karaciğer sirozunun karaciğer metabolizmasını bozduğu ve bunun da hiperöstrojenemiye sebep olduğu bilinmektedir. Bu kişilerde normalden daha fazla meme kanseri görülmektedir. Mısır'da meme kanserinin % 6 sı erkeklerde görülür. Hormon tedavisi gören (tiroid hormonları, kortikosteroid, testosteron veya östrojen) orşit, atrofik testis ve Klinefelter sendromlu erkeklerde de meme kanseri insidensi yüksektir (2,7).

Evvelce ışınlanmış memelerde de kanser geliştiği bildirilmiştir (2,8).

Travma ile meme kanseri arasında tam bir ilişki gösterilememiş ise de meme kanserli hastaların bazılarında travma hikayesi vardır (4).

İnsan meme kanserinde virüslerin rolü henüz kesinlik kazanmamıştır.

Erkek ve kadın meme kanserleri östrojen ve progesteron reseptör konsantrasyonları yönünden tamamen aynıdır. İnsan meme kanserlerinin % 83 ünün pozitif östrojen reseptörlü olduğu sanılmaktadır. Bu hastaların da % 55-60 ı endokrin tedaviye cevap verirler, ancak lenf bezi metastazları ve klinik devre ile östrojen reseptör miktarları arasında bir korelasyon bulunmaktadır (3,8,9,10).

İndifferansiye tümörlerde reseptör oranı azalır.

Patolojik özellikleri: Tümörün histopatolojisi kadınlardan farklılık göstermemektedir. Ancak lobüler kanser erkekte henüz bildirilmemiştir (8). Patolojik olarak erkek meme kanserleri sıklıkla iyi diferansiyedir. Papiller ve infiltratif duktal karsinom en sık rastlanan şekildir (3). Klinik evrelendirilme de kadınlarda olduğu gibi yapılır.

Bizim vakamız da infiltratif duktal karsinom olarak rapor edildi.

Klinik bulgular ve teşhis: Erkek meme kanserlerinin çoğu ağrısız kitle olarak ortaya çıkar. Memede kitle vakaların % 65-70 inde tek bulgudur, areola veya meme başı altında sert ve sınırları düzensiz bir tümör palpe edilir. Tümör erkenden deriye ve pektoral kaslara yapışır ve ülserleşir, koltuk altı lenf bazlerine metastaz yapar. Vakaların üçte birinde meme başı retraksiyonu ve ülserasyon vardır. % 15 vakada meme başı akıntısı vardır, bunların da % 80 i kanlıdır. Halbuki kadın meme kanserlerinin ancak % 3 ünde kanlı akıntı vardır (3,4). Kadınlara göre primer tümör daha küçük iken aksillaya metastaz yapar. Kadın hastalar genellikle 4-5 ay gibi bir zamanda hekime müracaat ettikleri halde erkek hastalar ortalama 1.5-2 yıl gibi nisbeten uzun bir zaman sonra hastalığın ilerlemiş olduğu dönemlerde tedavi için gelirler.

Erkek meme kanserlerinin en iyi teşhis vasıtaları klinik bulgular ve biopsidir. Hormon almıyan erkeklerde memede kitle ve meme başı akıntısı biopsi endikasyonu taşır. Memede kitle yapan diğer lezyon, jinekomastiden anamnezdeki hormon tedavisi, hastanın yaşı, bazen bilateral oluşu, yumuşak ve hassasiyet varlığı ve ülserasyon bulunmayışı ile ayrılabilir. Erkek meme dokusunun azlığı sebebiyle tümör erkenden pektoral fasyaya ve adeleye geçer. bu sebeble hastalar erkenden ileri devrelere geçmiş olarak bulunurlar.

Uzak metastazların meydana gelmesi yönünden kadın ve erkek meme kanserleri arasında farklılık bulunmamaktadır (11).

Tedavi: Bu vakalarda sınıflama ve cerrahi tedavi kadın meme kanserlerinde olduğu gibi yapılır. Colombia sınıflamasına göre A ve B grubuna dahil olanlarda en iyi tedavi şekli aksiller disseksiyonun da yapıldığı radikal mastektomidir (3). Lokal nüks önlenmesinde radyoterapi yapılması faydalıdır. Vakaların % 50 si hekime başvurunca operabl durumdadır. Genel durumu iyi olmayan hastalarda basit mastektomi veya lokal eksizyon ve postoperatif radyoterapi yapılabilir. Nüks veya metastatik ilerlemiş meme kanseri olan hastalarda Tamoxifen ve Clomiphene ile iyi palyasyon sağlandığı bildirilmektedir. Ayrıca dietilstilbestrol ve adrenaletomi ile de palyasyon sağlandığını çeşitli araştırmacılar belirtmektedir (8,9).

Endokrin manüplasyonlardan en iyi sonucu (% 65-70) orşiektomi sağlamaktadır. Bu remisyonun ortalama süresi 30 aydır ve kemik metastazları da orşiektomi ile düzelmektedir. Erkek meme kanserinin orşiektomiden faydalanması bu tümörlerin androjene bağımlı olması temel fikrine dayanır (12).

Trevers orşiektomi yaptığı 41 hastasının 28 inde ortalama 29 ay süre ile belirgin düzelmeye görmüştür. (4).

Ancak erkek meme kanserleri hormon bağımlılıklarını çabuk kaybederler ve kadın meme kanserlerine göre daha malign hale gelirler.

Erkeklerde yayılmış lezyonların tedavisi orşiektomi ile yapılabilir (13).

Siklofosfamid, metotrexate ve 5-fluorouracil kombinasyonu şeklinde tat-  
bik edilen kemoterapi sonuçları kadın meme kanserinde olduğu gibi henüz tar-  
tışmalıdır. (8).

Erkek meme kanserlerinde prognoz kadın meme kanserlerinden daha kötü-  
dür (14). Eğer aksiller lenf bezi tutulması yoksa prognoz iyidir. Holleb'in serisinde  
5 yıllık yaşama süresi % 80 dir (13,15).

Haagensen'in serisinde 10 yıllık yaşama süresi % 47 dir. Bu oran kadınlar-  
da % 62 dir (2,3).

## MALE BREAST CANCER

### SUMMARY

Breast cancer consists of one percent of all cancers seen in men.

Although the signs of breast cancer are prominent in males, the late admi-  
nistration of the patients to a physician and also the development of early axil-  
ler metastases make the prognosis of this disease poor in males than in females.

Breast cancer seen in men and women have common etiologic, biologic and  
pathologic factors and also the clinical staging and their treatment show simi-  
larities.

### KAYNAKLAR

- 1- Cengiz, Ö, Tercan E, Dinçtürk C: 15 senelik meme kanseri materyelimizin  
analizi. Ulusal Cerrahi Kongresi 1986.
- 2- Töre G, Budaras A: Erkeklerde meme kanseri. İ.Ü. Tıp Fakültesi mecmuası  
47: 3, 1984.
- 3- Haagensen CD: Diseases of the Breast. Philadelphia. VB Saunders Company:  
1971, pp. 779-792.
- 4- Trevers N and Halleb Aİ: Cancer of the male breast. A report of 146 cases.  
Cancer 8: 1239, 1985.
- 5- Norris HJ and Taylor HB: Carcinoma of the male breast. Cancer 23: 1428,  
1969.
- 6- O'Grady WP and Mc Divitt RW: Breast cancer in man. Arch. Path 88: 16. 1969.
- 7- El-Gazayerli MM and Abdel-aziz AS: On bilharziosis and male breast can-  
cer in Egypt. Brit. J. Cancer 17: 566, 1963.

- 8- Calabresi P, Schein Ph, Rosenberg AS: Medical Oncology. Newyork Macmillan Publishing Company, 1985, pp. 999-998.
- 9- Haskell MCh: Cancer Treatment. Second Ed. Philadelphia WB Saunders Company, 1985, pp. 171-172.
- 10- Pertuzzi A, Daidone MG, Difonze GA: Relationship among estrogen receptors proliferative activity and menopausal status in breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1: 253, 1981.
- 11- YapHY and Eckles NE: Male breast cancer. Cancer 44: 748, 1979.
- 12- Dinçtürk C: Hormonal Onkoloji. Ankara: TTK Basımevi, 1986, sayfa 364-375.
- 13- Neifeld JP, Meyskens F, Tormey DC and Javad N: The role of orchiectomy in the management of advanced male breast cancer. Cancer 37: 992, 1976.
- 14- Cortese A and Cornell GN: carcinoma of the male breast. Ann Surg 173: 275, 1971.
- 15- Holleb AI, Freeman AP and Forrow JH: Cancer of the male bereast, Part I and II. Newyork İ. Med 68: 544, 1968.