

Erkek Meme Karsinomu (Olgu Sunumu)

Süleyman Alıcı*, Mustafa Kösem**, Ömer Çalka***
Çetin Kotan****, Rıdvan Mercan*****

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

**** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

***** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Özet

Bu yazıda akciğer metastazı ile birlikte meme kanseri tanısı alan 65 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Hastanın 4 yıl önce ortaya çıkan meme lezyonu, bu sürede farklı hekim ve merkezlerce pek çok kez infeksiyon tanısı alarak izlenmiştir. Erkeklerde meme kanseri nadir olmakla birlikte, erkek memesinde gelişen ve iyileşmeyen deri lezyonlarında erken tanı için biyopsi ve histopatolojik tetkik yapılmasının önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Erkek meme kanseri, deri tutulumu

Alıcı S, Kösem M, Çalka Ö, Kotan Ç, Mercan R. Erkek meme karsinomu (olgu sunumu). TÜRKDERM 2003; 37: 117-119

Summary

In this report, a 65 year-old man diagnosed as breast cancer with lung metastasis is presented. The patient was misdiagnosed as infection many times for the previous 4 years. Although breast cancer is rare in males, the importance of biopsy and histopathologic examination in nonhealed infiltrative skin lesions of male breast, is emphasized.

Key Words: Male breast cancer, skin involvement

Alıcı S, Kösem M, Çalka Ö, Kotan Ç, Mercan R. Male breast cancer (Case report). TÜRKDERM 2003; 37: 117-119

Erkek meme kanseri nadir bir hastalıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kadınlarda tüm kanserler içinde meme kanseri görülme sıklığı %32 iken ülkemizde bu oran %15'tir¹. ABD'nde kadınlarda tüm kanser ölümlerinin %18'inden meme kanseri sorumludur. Ülkemizde ise bu oran %13'tür¹. Tüm meme kanserlerinin %1'inden daha azı erkeklerde meydana gelir². Ülkemizde 1992 yılında tüm hastane kayıtlarına dayanılarak yeni teşhis edilmiş kanserli hasta sayısı 91290 olarak bildirilmiştir. Bu hastaların 53286'sı erkek, 38004'ü de kadındır. Kadın meme kanserli olgu sayısı 1992 yılında 5559 (%14,6) iken erkek meme kanserli olgu sayısı 253 olarak saptanmıştır¹. Ülkemizde erkek meme kanseri görülme sıklığı 1992 yılında %0,47 olarak bildirilmiştir¹. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1988'de 1600 yeni olgu teşhis edilmiş ve 400 hasta bu hastalıktan kaybedilmiştir³. Erkek meme

kanseri tüm yaş gruplarında görülmesine rağmen, ortalama teşhis yaşı 60 ile 70 yaş arasındadır. İnfiltratif duktal karsinom en sık görülen tümör tipidir⁴. Erkek meme kanseri nadir görülen bir tümör olmasından dolayı, olgumuzda sol meme başındaki cilt lezyonu ve kitleye rağmen birçok kez farklı doktorlara gittiği halde erkek meme tümörü düşünülmemiştir. Sol servikal "bulky" lenf bezi metastazı ile aksiller lenfadenopati saptandığı döneme kadar oyalanan bir erkek meme kanseri olgusunu sunarak nadir de olsa meme başı ve çevresinde görülen lezyonlarda erkek meme kanserinin düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Olgu

Altmış beş yaşında erkek hasta, sol meme başı etrafında gelişen ülsere bir lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden

Alındığı Tarih: 19.11.2001- **Kabul Tarih:** 04.09.2002

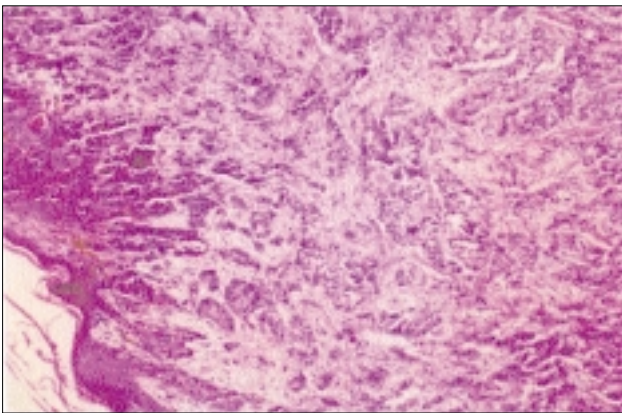
Yazışma Adresi: Yard.Doç.Dr.Süleyman Alıcı, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Van 65200 Tel: 04322155051, e-posta:suleymanalici@yahoo.com

bu lezyonların ilk kez 4 yıl önce aynı bölgede ancak daha küçük bir alanda meydana geldiği öğrenildi. Mevcut cilt lezyonu ve meme başı altında yer alan tahminen 2x1 cm çapındaki kitle nedeniyle farklı uzmanlık dallarında görev yapan doktorlara başvurmuş. Mevcut lezyonun cilt enfeksiyonu olabileceği söylenerek farklı tedaviler uygulanmış. Ancak zaman içerisinde lezyonda gerileme olmadığı gibi boyutlarında artma olmuş. Mevcut şikayetin gerilememesi ve giderek lezyon çapının genişlemesi nedeniyle tekrar hekime başvuran hastaya bunun normal olduğu ve verilen ilaçlarla geçebileceği ifade edilmiş. Kliniğimize başvurmadan 4 ay önce yine aynı şikayet nedeniyle bir devlet hastanesinde yatırılarak tetkik edilen hasta yine antibiyotik tedavisi önerilerek taburcu edilmiş. Bir hafta önce boynunda ve sol koltuk altında şişlik ve ağrı hisseden hasta tekrar doktora müracat etmiş. Meme başı ve etrafında tanımlanan lezyonların ortaya çıkmasından 4 yıl sonra hastada yeni lezyonların gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Hasta aile öyküsünde herhangi bir malinite tanımlamıyordu. Önceden radyasyona da maruz kalmadığını ifade ediyordu.

Fizik muayenede sol servikal bölgede yaklaşık 4x5 cm çapında sert, fikse ve ağrısız kitle mevcuttu. Sol aksiller bölgede de 3 adet yaklaşık 2x3 cm boyutlarında lenf adenopati saptandı. Sol pektoral bölgede meme başı ve areolayı içine alan 4x5 cm boyutlarında keskin ama düzensiz kenarlı zemini hafif eritemli, üzerinde siyah nekrotik alanlar ve sarımsı krutlanmalar bulunan alt dokulara yapışık endüre plak lezyon mevcuttu. Ayrıca lezyonun periferinde 4-5 adet satellit papülo-nodüler lezyonlar izlenmekteydi (Şekil 1-2). Sol meme başı ve etrafında tanımlanan lezyona eksizyonel biyopsi yapıldı. Histolojik muayenede dermis içerisinde epidermise kadar uzanan, fibröz stroma içinde kordonlar ve kümeler oluşturmuş tümör hücreleri gözlemlendi (Şekil 3). Büyük büyütmede tümör hücrelerinin hiperkromatik nükleuslu, belirgin ve tek nükleollü oldukları, ortada derecede sitoplazmaya sahip oldukları ve nisbeten uniform bir görünüm oluşturdukları dikkati çekti. Mitoz, 10 büyük büyütme sahasında birden azdı. Östrojen ve progesteron reseptörleri immün histokimyasal olarak pozitif boyandı (Şekil 4). Biyopsi sonucu invazif duktal karsinom idi. Toraks



Şekil 1-2: Sol meme başı ve areolayı içine alan, çevresinde satellit lezyonlar bulunan ülsero-nodüler plak.



Şekil 3. Epidermise kadar uzanan, fibröz stroma içinde kordonlar ve kümeler oluşturmuş tümör hücreleri (H-E x 125).

Şekil 4. Östrojen ile tümör hücrelerinde kuvvetli pozitif boyanma (İmmünperoksidaz x 125).

tomografisinde akciğer metastazı saptanan hasta viseral organ metastazı yapmış ileri evre erkek meme kansinomu olarak değerlendirildi. Hemogram ve rutin biyokimyasal tetkikleri, tüm vücut kemik taraması ve üst batin ultrasonografisi normal idi. Hastaya tedavi amacıyla antrasiklin içeren bir kemoterapi protokolu başlandı.

Tartışma

Meme kanseri aile hikayesi meme kanserli erkeklerin %30'unda mevcuttur⁵. Bizim hastamızda aile hikayesi yoktu. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda BCRA2 geninin germ-line mutasyonlarının erkek meme kanseri riskinde artış ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Erkek meme kanserinin artışı ile ilişkili diğer faktörler "Klinefelter" sendromu, hepatik "schistosomiasis" ve radyasyon maruziyetini kapsar⁶. "Klinefelter" sendromlu hastalar hariç, jinekomastinin mevcudiyeti meme kansinomu riskinin artışı ile ilişkili değildir.

Erkek meme kanseri tipik olarak meme başı ve areola altında bir kitle olarak ortaya çıkar². Meme başının ülserasyonu sık bir bulgudur. Hastamızın ilk semptomları meme başı ve areola etrafında başlangıçta küçük bir kitle ve ülsera bir lezyon olarak başlamış. Ancak yıllar içinde lezyonun yapılmış olan çeşitli tedavilere rağmen gerilemeyip ilerlemesine rağmen bu lezyonun habis olabileceği düşünülerek herhangi bir biyopsi örneği alınmamış. Hastanın dört yıl gibi uzun bir süre geçtikten sonra, metastatik evrede onkoloji kliniğine sevk edilmesi oldukça önemlidir.

Diğer bulgular olmaksızın izole meme başı akıntısı nadir bir bulgudur. Olgumuz 65 yaşında olup histopatolojik tanısı invazif duktal kansinom olarak saptandı. Östrojen ve progesteron reseptörleri pozitif idi. Hastamızın klinik semptomları ve histopatolojik tanısı, erkek meme kansinomlarının literatürde en sık bildirilmiş olan formlarındandı. Erkek meme kansinomu olgular literatürde bildirilmiş olmasına rağmen yine de hekimlerin dikkatinden kaçabilmektedir⁷. Meme başının Paget hastalığı ve enfamatuvar meme kansinomu da erkeklerde bildirilmiştir⁴. Lobüler kansinoma insitu ise erkeklerde görülmemiştir. İnfiltratif lobüler kansinom erkeklerde oldukça nadirdir². Erkek meme kansinomlarının %80'inden daha fazlasında hormon reseptörleri pozitifdir. Kadınlarda olduğu gibi erkek meme kansinomu hastalarda da yaş ile reseptör pozitifliği arasında ters bir ilişki vardır⁸. Erkek meme kansinomunda standart lokal tedavi mastek-

tomidir. Tümör pektoral kaslara fikse değilse modifiye radikal mastektomi yapılabilir. Eğer sınırlı kas tutulumu varsa, kısmi rezeksiyon yapılabilir. Pektoral kasın yaygın tutulumu mevcutsa, radikal mastektomi gerekebilir. Erkek meme kansinomunda meme koruyucu tedavi için hastalar nadiren uygundur. Bu tedavi yaklaşımı subareolar lokalizasyonlu ve tümör çapı küçük olan hastalarda uygun bir tedavi seçeneği olabilir⁴. Erkek meme kanserinde sağkalım oranları kadın meme kanserine benzerdir. Lenf nodu negatif olan hastalarda prognoz iyidir ve adjuvan tedavi gerekmez. Lenf nodu pozitif olan hastalarda adjuvan tedavi olarak kemoterapi ve tamoksifen önerilebilir. Bu tedavi, kadın meme kanserinde olduğu gibi benzer oranlarda sağkalım artışı sağlayabilir. Tüm erkek meme kanserlerinin %85'inde östrojen reseptörü, %70'inde de progesteron reseptörü pozitifdir⁹. Hastamız ileri evre meme kansinomu idi. Tedavi olarak viseral organ tutulumunun olması ve reseptörlerinin de pozitif bulunması nedeniyle antrasiklinli bir kemoterapi rejimi ile birlikte tamoksifen tedavisi başlandı.

Sonuç olarak, erkek meme kansinomu tüm meme kanserleri içinde literatürde %1¹, ülkemizde ise %0,48 oranında bildirilmiş¹ nadir görülen bir tümör olması nedeniyle erkek hastalarda meme lokalizasyonlu kitle ve cilt lezyonlarında meme kansinomu düşünülmeli ve vakit geçirilmeden uygun biyopsi alınarak tanıya gidilmelidir.

Kaynaklar

1. Firat D, Hayran M. Cancer statistics in Turkey and in the world. Ankara:İz Matbaacılık, First Edition,1995, 1-77.
2. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, et al. Current management of male breast cancer: a review of 104 cases. *Annals of Surgery* 1992; 215(5):451-459.
3. Landis SH, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics, 1998. *Ca-A cancer journal for Clinicians* 1998; 48(1):6-29.
4. Harris JR, Morrow M, Norton L: Malignant tumors of the breast. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, Eds.: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia:LB Lippincott Company, 5 th Edition, 1998, pp 1557-1616.
5. Weber B, Garber J. Familial breast cancer. In: Harris J, Lippman M, Morrow M, Hellman S, Eds. *Disease of the breast*. Lippincott-Raven, 1996:168.
6. Eldar S, Nash E, Abrahamson J. Radiation carcinogenesis in the male breast. *Eur J Surg Oncol* 1989; 15:274.
7. Onsun N, Atılanoğlu U, Kural YB, Nişancı P, Arda N. Male breast cancer with skin invasion. *J Eur Acad Dermatol & Venerol* 1997;8:54-55.
8. Friedman M, Hoffman P, Dandolos E. Estrogen receptors in male breast cancer: clinical and pathologic correlations. *Cancer* 1981; 47:134.
9. Jaiyesimi IA, Buzdar AU, Sahin AA, et al. Carcinoma of the male breast. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117(9):771-777.