

## ERKEK MEME KANSERİ: 2 OLGU SUNUMU

Abdullah Özgönül<sup>1</sup>, Metin Yalçın<sup>1</sup>, M. Emin Güldür<sup>2</sup>, Muharrem Bitiren<sup>2</sup>, Hasan Çeçe<sup>3</sup>, Hüseyin Metineren<sup>2</sup>, Ali Uzunköy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>2</sup>Harran Üniversitesi, Patoloji, Şanlıurfa, Türkiye

<sup>3</sup>Harran Üniversitesi, Radyoloji, Şanlıurfa, Türkiye

Bu çalışma, Ulusal Cerrahi Kongresinde (2008) poster olarak sunulmuştur.

### ÖZET

Erkek meme kansinimleri tüm meme kanserlerinin %1'inden azını oluşturur. Kadınlardaki meme kanserlerine göre 5-10 yıl kadar daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Nadir görülmesi nedeni ile klinik olarak ayırıcı tanıda düşünülmez. Bu nedenle tanı konulduğunda olgular genellikle ileri evdedir. Kadınlarda olduğu gibi, erkeklerde de en sık rastlanan histolojik alt tip invaziv duktal karsinom olup, diğer tüm alt tipler de görülebilmektedir. Çalışmamızda biri 73, diğeri 39 yaşında iki erkek meme kanseri olguları, klinik ve patolojik özellikleri ile sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** meme kanseri, erkek cinsiyet, infiltratif duktal karsinom

### MALE BREAST CARCINOMA: A REPORT OF TWO CASES

#### ABSTRACT

Carcinoma of the male breast is an uncommon phenomenon which is observed less than %1 of all breast carcinomas. It occurs 5-10 years later than female patients with breast carcinoma. Due to a rare entity seen in men, it is not considered in differential diagnosis. Therefore, the cases are diagnosed generally in advanced stages. The most common histological sub-types such as infiltrating ductal carcinoma and all other sub-types are also seen, as it is in females. In this study two male cases with breast carcinoma whose were 73-year-old and 39-year old has been represented with clinical and pathological features.

**Key words:** breast carcinoma, male, infiltrating ductal carcinoma

### Giriş

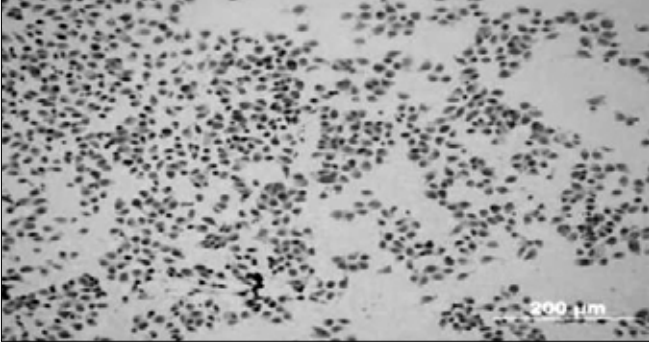
Erkeklerde görülen tüm organ kanserlerinin %1'inden azını meme kanserleri oluşturur (1). ABD'de yılda yaklaşık 1500 yeni olgu bildirilmekte ve Avrupa'da ise prevalansın 1/100.000 olduğu belirtilmektedir (2,3). Literatürde olguların en sık 60-70 yaşları arasında tanı konulduğu bildirilmesine rağmen, 30 yaş altında hatta çocukluk çağında görülen vakalara da rastlanmaktadır. Erkek meme kanserleri klinik seyir ve patolojik özellikleri açısından kadın meme kanserleri ile benzer özellikler gösterir (4,5). Sık rastlanan olgular olmaması nedeni ile bazen ayırıcı tanıda düşünülmez. Özellikle ciltte oluşturdukları iyileşmeyen deri lezyonları, benign hastalıklarla karışabilir (4). Bu çalışmada meme kansinimlerinin erkeklerde seyrek görülmesi nedeni ile klinikopatolojik özelliklerini tartışmayı amaçladık.

### Olgu 1

73 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır sağ memesinde şişlik şikâyeti ile Genel Cerrahi Polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 1 yıl önce sol inguinal operasyonu olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Fizik muayenede sağ meme areola alt kısmında yaklaşık 4 cm. boyutlarında, ağrılı, düzensiz yüzeyle, sert kitle tespit edildi. Sağ aksilla muayenesinde ele gelen birkaç adet lenfadenopati saptandı. Hematolojik ve biyokimyasal para-

metrelerinde özellik saptanmadı. Olgunun mammografisinde; sağ meme saat 6 hizasında 4 cm çapta, çevreye doğru spiküler uzanımlar gösteren, malign karakterde kitlesel lezyon izlendi. Meme ultrasonografisinde; sağ meme saat 6 hizasında heterojen hipoekoik, düzensiz konturlu, en geniş çapı 4 cm'ye ulaşan malign karakterde solid kitle lezyonu izlendi. Sağ aksiller bölgede en büyüğü 15x8 mm.lik dört adet lenfadenopati gözlemlendi. Hastanın yapılan akciğer grafisi, batin ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Lezyondan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde malign hücreler görülmesi üzerine hastaya sağ modifiye radikal mastektomi uygulandı (Şekil 1). Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta drenleri beşinci ve yedinci günde çekilerek taburcu edildi.

Materyalin postoperatif histopatolojik incelemesinde makroskopik incelemesinde kesit yüzeyinde 3 cm uzun çaplı, kirli-beyaz renkli, çevre dokuya invazyon gösteren lezyon görüldü (Şekil 2). Lezyondan alınan örneklerin mikroskopik incelemesinde fibrovasküler tümör stroması içerisinde solid adacıklar, kordonlar, düzensiz tübül yapıları halinde tümör dokusu izlendi. Tümör dokusu oval-yuvarlak şekilli, orta derecede pleomorfizm gösteren hiperkromatik nükleuslu atipik duktal hücrelerden oluşmaktaydı. Neoplastik hücrelerde 10 büyük büyütmede mitoz sayısı 5'in altında saptandı. Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda östrojen



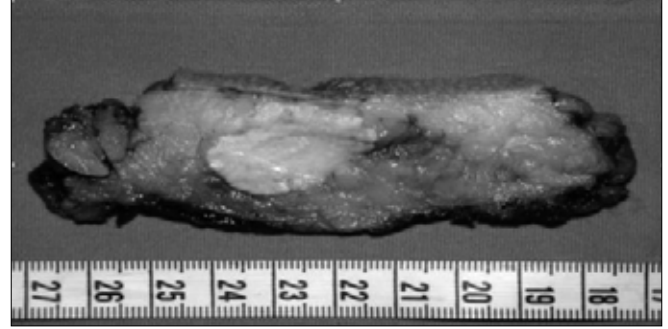
Şekil 1. Dağılmış halde eozinofilik sitoplazmalı hiperkromatik, hafif derecede düzensiz nükleer kontürlü atipik duktal hücreler görülmektedir (H&E; İA sitolojisi, x200)

ve progesteron hormon reseptörleri pozitif boyandı. Aksiller bölgeden ayıklanan 12 adet lenf nodunda tümör metastazı izlenmedi. Bu bulgular sonucunda TNM sınıflamasına göre tümör evresi T4bN0Mx olarak değerlendirildi. Hastaya ameliyat sonrası yapılan onkoloji konseyinde; adjuvan kemoterapi ve radyoterapi önerildi. Hasta halen adjuvan kemoterapi almaktadır.

## Olgu 2

Otuz dokuz yaşında erkek hasta, sağ memesinde 1 yıldır yavaş büyüyen ağrısız şişlik şikayeti ile Genel Cerrahi Polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 14 yıllık kronik böbrek yetmezliği hastası olduğu öğrenildi. Soy geçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Fizik muayenede sağ meme areolada yaklaşık 2 cm.boyutlarında, areola ve çevre ciltte çekilmeye yol açan, düzensiz sınırlı, sert kıvamlı, fiske kitle tesbit edildi. Aksiller muayenede ele gelen en büyüğü 1 cm olan birkaç adet mobil lenfadenopati saptandı. Hematolojik ve biyokimyasal parametrelerinde özellik saptanmadı. Olgunun mammografisinde; sağ meme saat 10 hizasında 2 cm çapta, düzensiz konturlu, malign karakterde kitlesel lezyon izlendi. Meme ultrasonografisinde; sağ meme saat 10 hizasında, hipoekoik, düzensiz konturlu, en geniş çapı 2 cm'ye ulaşan malign karakterde solid kitle lezyonu izlendi. Sağ aksiller bölgede en büyüğü 20x15 mm.lik multipl lenfadenopati gözlemlendi. Hastanın yapılan akciğer grafisi, batin ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Lezyondan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde malign hücreler görülmesi üzerine hastaya sağ modifiye radikal mastektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hastanın drenleri beşinci günde çekilerek taburcu edildi.

Mastektomi kesitlerinde kirli-beyaz renkli, uzun çapı 3,5 cm. ölçüsünde, meme başına invaze görünümde lezyon izlendi. Aksiller bölgeden 29 adet lenf nodu ayıklandı (Şekil 3). Mikroskopik incelemede solid adalar, kordonlar ve irregüler gland yapıları halinde iri, pleomorfik, hiperkromatik nükleuslu, dar eozinofilik sitoplazmalı atipik duktal epitelyal hücrelerden oluşan neoplazik doku dikkati çekti (Şekil 4). Olguda 10 büyük büyütmeye alanında 11 mitotik figür saptandı. Lenf nodlarından bir tanesinde tümör metastazı görüldü. İmmünohistokimyasal çalışmalarda östrojen ve progesteron reseptörleri negatif değerlendirildi. Bu bulgular sonucunda TNM



Şekil 2. Cilt altında 3 cm. uzun çapta gri-beyaz renkte, çevre yağlı dokulara invaze tümoral kitle.

sınıflamasına göre olgunun evresi T4bN1Mx şeklinde belirlendi. Hastaya ameliyat sonrası yapılan onkoloji konseyinde; adjuvan kemoterapi önerildi. Hasta halen adjuvan kemoterapi almaktadır.

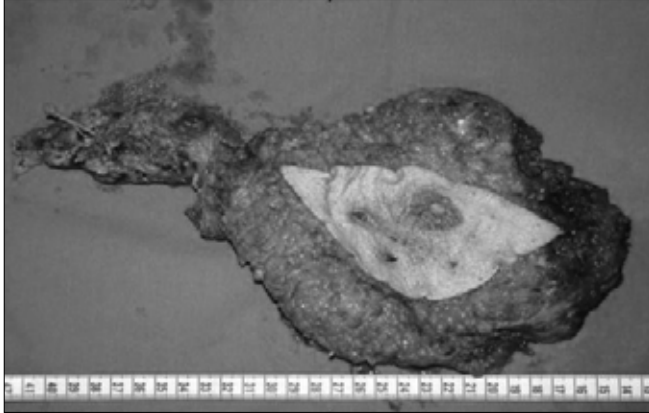
## Tartışma

Erkeklerde meme kanseri görülme olasılığı yaşla birlikte artar. Genellikle 60-70 yaşları arasında görülür. Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, erkek meme kanseri insidansında belirgin artış göstermiştir (2,4,6,7).

Olguların büyük çoğunluğunda neoplaziler tek taraflı gelişir. Bilateral görülen olgular %3'ün altındadır (5,8). Bizim olgularımızda tümör unilateral yerleşimliydi. Hastalarımızdan biri 73 yaşında, diğer hastamız ise 39 yaşında genç bir hasta idi. Literatür gözden geçirildiğinde genç yaşlarda erkek meme kanserlerinin görülebileceği bildirilmektedir. Türkiye'de Sevinç ve ark. yaptıkları 22 olguluk seride, 40 yaş altındaki vakaları %13,6 oranında bulmuştur (6).

Erkek meme kanserlerinde birçok risk faktörü belirlenmiştir. Bu faktörlerden testisle ilgili olanları inmemiş testis, orşit ve testiküller travmadır. Obesite, siroz, Klinefelter's sendromu gibi östrojen seviyesini artıran nedenler önemli etyolojik faktörlerdir. Mısır ve Zambia gibi tropikal iklimlerde yaygın olan şistosomiazis enfeksiyonlarının karaciğeri tutması nedeni ile östrojen metabolizması etkilenir. Bu durum, erkek meme kanserlerinin bu bölgelerde genel popülasyondan farklı olarak daha yüksek görülmesine neden olur. Göğüs bölgesine radyasyon uygulanması ve göğüs travmaları nedeni ile meme dokusunun tahrip olması yıllar sonra meme kanseri gelişimine neden olabilir. Erkek meme kanserlerinde histolojik olarak değişen oranlarda jinekoma izlense de, bu durumun meme kanserine yol açtığı ile ilgili yeterli kanıtlar bulunamamıştır (1,5,9). Bizim olgularımızda yukarıda bahsedilen risk faktörleri saptanamamıştır. Literatürde bu risk faktörlerine ek olarak BRCA2 gen mutasyonlarının erkek meme kanseri gelişiminde önemli olduğu belirtilmektedir (10).

Erkeklerde meme kanserleri çoğunlukla subareolar bölgede sert, fiske, sınırları düzensiz, bazen yüzeyindeki ciltte ülser oluşturan kiteller şeklinde karşımıza çıkar. Meme başında çekilme olabilir. Çok sık olmamakla birlikte kanlı ya da seroanjinoz meme başı akıntısı

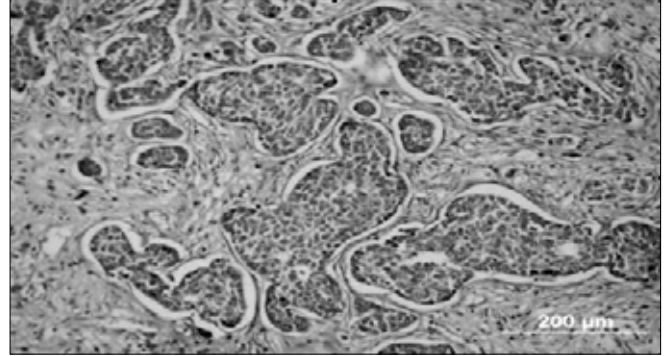


Şekil 3. İkinci olguya ait modifiye radikal mastektomi.

görülebilir. Bu bulgular erkek meme kanserlerinin jinekomasti ve bazı cilt lezyonları ile karışmasına neden olur. Bu durumda tanı gecikir (1,4,6,11). Nadir görülen bu tümörlerin geç fark edilmesi metastazlarla karşımıza çıkmasına neden olur (9). En sık aksiller bölge lenf nodlarına, akciğer, karaciğer ve kemik gibi uzak organlara yayılım görülür(5,9,12). Bizim iki olgumuz da sağ memelerinde ağrısız kitle şikayeti ile hastanemize başvurdu. Meme başı akıntısı yoktu. Her iki olgumuzda da birkaç adet aksiller bölge lenf nodunda tümör metastazı izlendi. Yapılan radyolojik görüntülemelerde uzak organlarda metastatik odak saptanmadı.

Erkek meme kanserinde tanıya öykü, fizik muayene, mamografi, ultrasonografi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Mamografi tanıda sınırlı yöntem gibi görülse de özellikle şişman bireylerde faydalıdır. Olguların patolojik açıdan değerlendirilmesinde ilk uygulanan yöntem genellikle ince iğne aspirasyon sitolojisidir. İnce iğne aspirasyon sonucunun malignite açısından negatif olarak değerlendirilmesi malign tümör varlığını hiçbir zaman ekarte ettirmez (5,9). Bizim olgularımızda da patolojik tanı için uygulanan ilk yöntem İA sitolojisi işlemi idi. Her iki olgu da aspirasyon sitolojisi ile malignite açısından pozitif kabul edildi.

Ana ve ark'nın 778 erkek meme kanseri olgusunda yapmış oldukları metastatik patern ve histolojik subtiplerin dağılımı ile ilgili morfolojik çalışmada, olguların %84,7'sinin infiltratif duktal karsinoma olduğu belirtilmiştir (2). Bizim olgularımızın patolojik



Şekil 4. Çeşitli büyüklüklerde yuvalar ve kordonlar oluşturmuş duktal neoplazik hücreler ve arada desmoplazik tümör stroması görülmektedir (H&E, x200).

tanıları da İnfiltratif duktal karsinoma olarak değerlendirildi. Fakat literatürde pek çok subtipin görülebileceğine dair yayınlar yer almaktadır. Bunlar arasında papiller karsinom, müsinöz karsinom, okkült karsinom, lobüler karsinom ve adenoid kistik karsinom sayılır (13,14,15). Erkek meme kanserlerinde immünohistokimyasal incelemelerde östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği %75-93 arasında bildirilmiştir (6). Bizim olgularımızdan birinde her iki reseptör pozitif saptanırken, genç yaştaki olgumuzda her ikisi de negatif idi.

Hastalığın evresine göre tedavi metotları değişmekte olup; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi tedavi yöntemlerinden biri ya da birkaçı kullanılabilir (5,6).

Erkek meme kanserli olgularda, genel popülasyondaki erkekler için %16 oranında ikincil primer kanser gelişme riski söz konusudur. Bu risk özellikle genç bireylerde daha yüksektir(16). Bizim olgularımızdan birisi 39 yaşında genç bir hasta idi. Erkek meme kanserli olgularda sekonder malignensilerin yüksek olması nedeni ile özellikle genç olan olguların sık takibinin yararlı olacağı kanaatindeyiz

Sonuç olarak erkeklerde nadir görülen meme kanseri olgularının özellikle daha erken evrelerde yakalanması için meme cildi ile ilgili şikayetlerde ve memede şişlik olduğu durumlarda ayırıcı tanıda düşünülmesi ve zaman kaybı olmadan tanı için gerekli yöntemlerin devreye sokulması gerekmektedir.

#### Kaynaklar

1. Bitiren M, Özardalı İ, Baba F, Eraslan H. Erkek meme kanserleri: Anadolu tıp dergisi 2003; 5(1): 35-39.
2. Burga AM, Fadare O, Lining RA, Tavassoli FA. Invasive carcinomas of histologic subtypes and metastatic patterns in 778 cases. Virchows Arch 2006; 449(5): 507-512, (PMID:17058095)
3. Kamila C, Jenny B, Per H, Jonas B. How to treat male breast cancer. Breast 2007; 16(2): 147-54.
4. Alıcı S, Kösem M, Çalka Ö, Kotan Ç, Mercan R. Erkek meme kanserinde (Olgu Sunumu). Türkderm 2003; 37(2): 17-119.
5. Tatar D, Böncü M, Yıldırım Y, Halilçolar H, Yener AG. Erkeklerde İleri Evre Meme Kanseri (Olgu Sunumu). Akciğer Arşivi 2002; 1: 37-40.
6. Sevinç Al, Canda AM, Atila K, Canda T, Harmancıoğlu Ö, Saydam S ve ark. Erkeklerde meme kanseri:22 olgu. Meme sağlığı dergisi 2007; 3(1): 4-18.
7. Akça T, Altun U, Apaydın D, Aydın S. Nadir Görülen Bir Lezyon: Erkek Meme Kanseri. Meme sağlığı dergisi 2006; 2(1): 37-39.
8. Auerschmitz GJ, Karan D, Zwiefel K, Bender HG, Mohrmann S. An Unusual Case of Advanced Bilateral Male Breast Cancer. Onkol 2008; 31(10): 542-544, (PMID:18854654)

9. Araujo DB, Gomes NH, Renck DV, Silva RB, Oliveira DS, Vieira FEN. Pulmonary Metastases In Men: Primary tumor in an unusual location. J Bras Pneumol 2007; 33(2): 234-237.
10. Tai YC, Domchek S, Parmigiani G, Chen S. Breast cancer risk among male BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 2007; 99(23): 1811-1814, (PMID:18042939)
11. Bergs EA, Tanis PJ, Steller EP. Three men with breast cancer . Ned Tijdschr Geneesk 2005; 149(10): 534-537, (PMID:15782690)
12. Guoli G, Shilin W, Xueming W, Li R, Fuxian Z. Axillary metastasis as the first manifestation of male breast cancer:a case report. Cases Journal 2008; 4(1): 285.
13. Sinha S, Hughes RG, Ryler NG. Papillary carcinoma in a male breast cyst: a diagnostic challenge. The Royal College of Surgeons of England 2006; 88:1-3.
14. Peschos D, Tsanou E, Dallas P, Charalabopoulos K, Kanaris C, Batistatou A. Mucinous breast carcinoma presenting as Paget's disease of the nipple in a man: A case report. Diagnostic Pathology 2008; 3(42).
15. Kshirsagar AY, Wader JV, Langade YB, Jadhav KP, Zaware SU, Shekhar N. Adenoid cystic carcinoma of the male breast. Int Surg 2006; 91(4): 234-236, (PMID:16967686)
16. Satram-Hoang S, Ziogas A, Anton-Culver H. Risk of second primary cancer in men with breast cancer. Breast Cancer Research 2007; 9(1): 1-7, (PMID:17254323).

---

#### İletişim

Metin Yalçın  
E-Posta : drmetinyalcin@hotmail.com