

Erkek Meme Karsinomları

Carcinomas of the Male Breast

Dr.Süheyla CUMURCU, Dr.Hürriyet TURGUT,
Dr.Rafet BEYHAN, Dr.Ümit BAYOL, Dr.Fatma Nur AKTAŞ

SSK Tepecik Hastanesi,
Patoloji Bölümü,
İZMİR

ÖZET: Laboratuvarımızda 12 yıllık sürede (1983 - 1994) meme karsinomu tanısı almış olan toplam 880 olgunun 10'unu (%1-2) erkek hastalar oluşturmaktaydı. Olguların yaş ortalaması 62 olup, 6'sı sağ, 4'ü sol memede lokalize ve lokalizasyonu bilinen 8 olgunun 4'ü santral, 3'ü üst dış kadran (ÜDK), 1'i üst iç kadran (ÜİK) yerleşimlidir. Olguların ikisinde total tümör eksizyonu, 8'inde ise MRM uygulanmış olup ortalama tümör çapı 3 cm'dir. 3 olguda aksiller lenf nodu tutulumu, iki olguda ise lokal nüks saptandı. 7 olgu infiltratif duktal karsinom, 1 olgu papiller karsinom, 1 olgu malign deri eki tümörü, 1 olgu prostat karsinom metastazı niteliğindedir. Prostat karsinom metastazlı ve malign deri eki tümürlü olgu ilk tanıda primer meme karsinomu olarak yorumlandığından modifiye radikal mastektomi (MRM) geçirilmişlerdir.

Erkeklerde ender görülen meme karsinomlarının ayırıcı tanısında metastatik tümörler büyük önem taşımaktadır. Rutin konvansiyonel histokimyasal yöntemler sıklıkla ayırıcı tanıda yetersiz kalmakta ve immünohistokimyasal yöntemlere gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Erkek meme karsinomları, Papiller meme karsinomları, Ektrin karsinoma, Memede prostat karsinomu

SUMMARY: 10 out of 880 mammary carcinoma cases diagnosed at our laboratory between 1983-1994 were male patients (%1.2). Median age was 62. Tumor localization was; right in 6 and left in 4 cases. 8 cases in whom detailed localization were known 4 central, 3 upper outer quadrant and 1 upper inner quadrant. Median tumor size was 3 cm. Total tumor excision were performed in 2 patients and remaining 8 patients and undergone modified radical mastectomy. Lokal recurrence and positive axillary lymph nodes were detected in 2 and 3 patients. Histologic types were: Invazive ductal carcinoma (7 cases), papillary carcinoma (1 case), malign skin appandage tumor (1

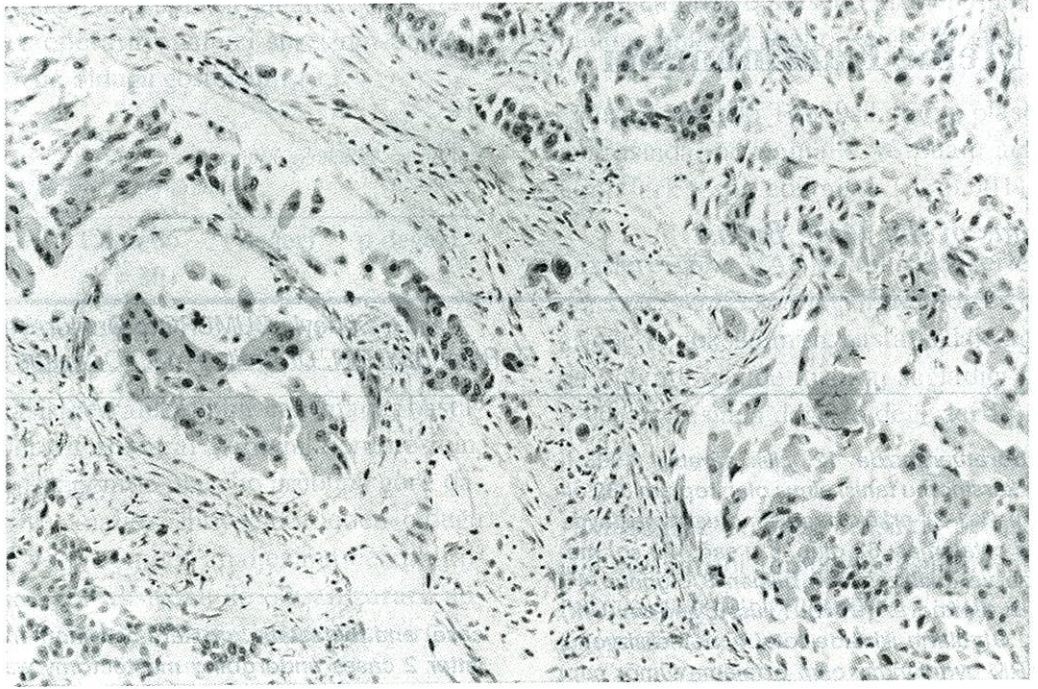
YAZIŞMA ADRESİ: Süheyla Cumurcu
SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Bölümü,
35120 İZMİR

case) and metastatic prostate carcinoma. Reason for latter 2 cases undergoing mastectomy was the initial incorrect interpretation behalve primary mammary carcinoma.

Metastatic carcinoma has the most importance in differential diagnosis considering the rarity of primary mammary carcinoma in males. Routine and conventional histochemical methods remains unsatisfactory in several cases and need arises for immunohistochemical methods.

Key Words: Male breast carcinomas, Papillary carcinoma of the breast, Malign skin appandage tumor, Metastatic prostate carcinoma of breast

Erkek meme karsinomları ender görülen tümörler olup tüm meme malignitelerinin %0.2 - 0.38'ini oluştururlar. Çoğu yayınlarda bu oran yaklaşık 100 kadın meme karsinomuna karşılık 1 erkek meme karsinomu şeklindedir.^{1,2,3,4,5,6} Kadınlara göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkar ve yaş ortalaması 60'dır.^{7,8,9,10,11,12} Meme karsinomlu erkeklerin çoğunda ilk semptom tek taraflı, ağrısız, areola altında veya üst dış kadranda lokalize kitledir. Kanlı meme başı akıntısı, ülserasyon ve meme derisinde çekilmeler de görülebilir. Bilateralite oranı (%1.2 - 2.5) düşüktür.^{6,7,13} Ender olarak erkek meme karsinomları enflamatuvar karsinom kliniği verebilir. Erkeklerde meme hacmi küçük olduğundan tümör cilde ve alttaki kas dokusuna yakındır. Her ikisine de



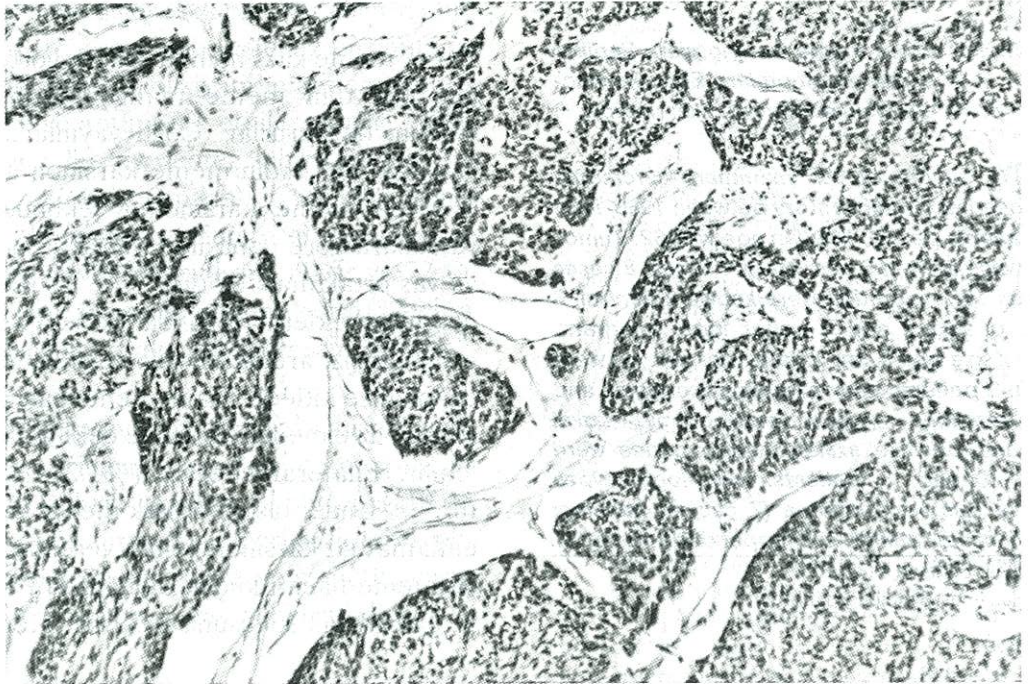
RESİM 1: İnvaziv duktal karsinom HEx275

hızla infiltre olur. Sıklıkla santral lokalizasyonlu olduklarından kolayca internal mamarial vene ve lenfatiklere direne olurlar. %20-25 oranında lokal nüks ve başta akciğerler olmak üzere (%16) uzak metastazlar bildirilmiştir.^{5,6,14}

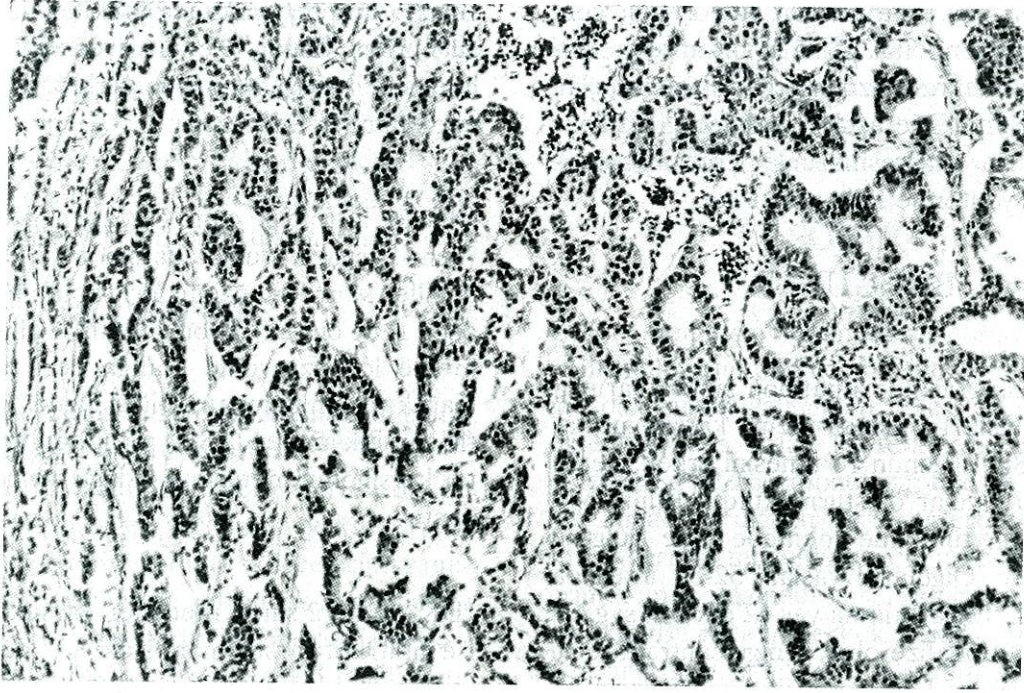
Erkek meme karsinomlarında predispozan faktörün endojen ve ekzojen kaynaklı hiperöstroje-

nizm olduğu bilinmektedir.¹⁵ Meme karsinomlarının %27-42'sinde komşu meme dokusunda jinekomasti saptanmasına rağmen jinekomastinin karsinoma değişiminin histolojik delilleri gösterilememiştir.

Son çalışmalar jinekomastinin meme karsinomu için risk faktörü olmadığı görüşüne ağırlık



RESİM 2: Deri eki tümörü HEx275



RESİM 3: *Prostat karsinomu metastazi HEx275*

kazandırmaktadır.^{2,4,6,8,14} Erkek meme karsinomlarının tanısında meme başı akıntısı sitolojisi ve ince iğne aspirasyon (İİAB) tekniği erken ve kesin tanı sağlar.¹⁷ Erkeklerde cilt altı dokusu az olduğu için İİAB uygulaması kolaydır. Bu yöntem ayrıca malign lezyonları ayırt etmekle kalmayıp jinekomasti gibi benign lezyonlarda da başarı ile kullanılabilir.^{4,6}

Erkek meme karsinomlarında steroid reseptörler (östrojen ve progesteron) yüksek oranda pozitif bulunduğundan reseptör tayini, tedavi planlaması ve prognoz yönünden önemlidir.^{16,18,19,20} Ayrıca erkek meme karsinomlarında yüksek oranlarda nöroendokrin granüllerin varlığı gösterilmişse de bu özellik anlamlı bulunmamıştır.^{16,18}

Erkek meme tümörlerinde yapılmış DNA analizlerinde bu tümörlerin kadınlardakine göre daha anaploid olduğu gösterilmiştir. Bu da hızlı büyüme, erken yayılım ve tedaviye dirençle karakterizedir.^{2,3}

Kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de meme karsinomlarının büyük çoğunluğu (%85) duktal kökenlidir. Daha az olmakla birlikte lobüler, kolloid, sekretuar karsinomlara da rastlanır. Erkek memesinde primer olarak memede lokalize tü-

mörler arasında deri eki tümörleri, benign ve malign mezankimal tümörler de sayılabilir.^{4,5,6,8,10}

Erkek memesine en sık prostat karsinomunun (%5) metastaz yaptığı bilinmektedir. Prostat karsinomu metastazlarının primer tümörden ayrılması zorluklar gösterebileceğinden immünohistokimyasal olarak spesifik antijenlerin (PAP ve PSA gibi) gösterilmesi gerekebilir (lit?).

Erkek meme karsinomlarında bugüne değin öncelikle seçilen tedavi şekli cerrahi simple mastektomi ve modifiye radikal mastektomi (MRM) olmuştur. Cerrahi tedavi kemoterapi, radyoterapi veya hormonoterapi ile tamamlanabilir.^{4,5,6,7,10,21} Erkekde meme karsinomları kadınlara oranla daha kötü seyredir. 5 yıllık yaşam oranları %55'in altındadır. Lenf bezi tutulumu negatif olgularda 5 yıllık yaşam %75, 10 yıllık yaşam %60 iken, lenf nodu pozitif olgularda 5 yıllık yaşam %60, 10 yıllık yaşam %10-25 olarak bildirilmektedir.^{4,5,6,7,22,23} Erken tanı prognozu olumlu yönde etkiler.^{6,17}

GEREÇ ve YÖNTEM

1983-1994 yılları arasında laboratuvarımızda tanı almış olan 10 erkek meme karsinomu olgusu

histolojik tip, yaş, lokalizasyon, tümör çapı, cerrahi materyalin niteliği, lokal invazyon ve metastaz açısından tekrar gözden geçirildi ve sonuçlar tabloda toplandı. Metastatik olabileceği düşünülen bir olgu parafin kesitlerinde peroksidaz-anti-peroksidaz yöntemle PSA araştırıldı.

BULGULAR

SSK Tepecik Hastanesi patoloji laboratuvarında 1983-1994 yılları arasında meme karsinomu tanısı almış 880 olgunun 10 tanesini erkek meme karsinomlu olgular oluşturmaktadır. Klinik olarak olguların tümünde memede kitle bulgusu saptanmıştır. Olguların yaşları 52-80 arasında dağılmakta olup ortalama yaş 62'dir. 6'sı sağ 4'ü sol memede lokalize olup, 4 olgu santral 3 olgu ÜDK, 1 olgu ise ÜİK yerleşimli ve 2 olguda lokalizasyon bilinmiyordu. Tümör çapları 0.8-5 cm (ortalama 3 cm) arasında değişmektedir. Ol-

guların ikisinde yalnızca total kitle ekzizyonu uygulanırken 4'ünde önce insizyonel biopsi ve daha sonra MRM, 4 olguda ise doğrudan MRM uygulanmıştır.

Olgular histolojik olarak gözden geçirildiğinde 7'sinde invaziv duktal karsinom (İDK), 1'inde papiller karsinom özellikleri saptanmıştır. Daha önce İDK olarak rapor edilmiş 2 olgudan birisi meme lokalizasyonlu malign deri eki tümörü olarak yorumlanmıştır. Diğer olguda ise, prostatik spesifik antijen (PSA) pozitif bulunarak prostat karsinomu metastazı olduğu sonucuna varılmıştır.

İDK'lardan 2'sinde medüller karsinom, birinde ise infiltratif karsinom morfolojisi hakimdi. Olgulardan 3'ünde lenf nodülü metastazı 2'sinde çevre yağ dokusu, 1'inde pektoral kas, 1'inde ise meme başı invazyonu saptandı.

TABLO: Olguların klinik - morfolojik özellikleri

Olgu	Yaş	Lokalizasyon	Çap	Tanı	Tedavi şekli	Aksiller metastaz	Nüks	Kas inv.	Cilt inv.	Jine-komasti	Yağ doku inv.
4506/83 4830/84	66	ÜDK	2 cm	İDK	TE	-	+	-	-	-	-
5301/84	58	ÜİK	4 cm	İDK	MRM	-	-	-	-	-	-
3604/91 6064/93	62	Santral	5 cm	İDK	MRM	-	+	+	-	-	+
4328/87	58	ÜİK	4 cm	İDK	MRM	-	-	-	-	-	-
1437/92 1896/92	57	?	3.5 cm	İDK	MRM	-	-	-	-	-	-
4591/83	55	ÜDK	2 cm	İDK	MRM	+	-	-	-	-	-
617/87	52	?	3 cm	İDK	MRM	+	-	-	-	+	-
6995/89 7120/89	75	ÜDK	3 cm	ekrin karsinom	MRM	-	-	-	-	-	-
240/90 438/90	80	Santral	3 cm	Prostat ca met.	MRM	-	-	-	-	-	-
5255/84	67	Santral	3.5 cm	Papiller	TE	-	-	-	-	-	+

(İDK): İnvaziv duktal karsinom, (MRM): Modifiye radikal mastektomi, (TE): Total ekzizyon

2 olguda tümöre komşu alanlarda jinekomasti görüldü. 1 olguda apokrin karsinoma insitu (papiller tip) saptandı. İnvaziv duktal karsinomların tümünde stromada belirgin lenfoplazmositer yanıt ile yoğun desmoplastik reaksiyon dikkati çekti. 2 olguda lokal nüks (1 yıl ve 2 yıl sonra) görüldü. 3 olguda ise aksiller metastaz saptandı.

TARTIŞMA

Erkek meme karsinomları tüm meme malignitelerinin yaklaşık %1'ini oluştururlar.^{1,3,4,5,6,7,9,11,12} 880 meme karsinomluk küçük serimizde bu oran %1-2 olup diğer serilerden yüksektir, bu da kadın meme tümörlerinde sadece primer meme karsinomu olgularının gözönüne alınması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kaynaklarda yaş ortalaması 60 olarak verilmekte olup olgularımızın yaş ortalaması 62'dir.^{4,6} Erkek meme karsinomlarının en sık santral ve ÜDK lokalizasyonlu oldukları ve en sık ağrısız kitle şeklinde kendilerini gösterdikleri bilinmektedir. 10 olgumuzun 7 tanesi santral ve ÜDK yerleşimlidir. Tümünde klinik bulgu ağrısız kitledir. Yayınlarında erkek meme karsinomlarının çoğunluğunun küçük çapta olduğu (ortalama 3 cm) belirtilmektedir.^{5,6} Bizim olgularımızda da ortalama çap 3 cm'dir.

10 olgudan 3'ünde lenf nodu metastazı mevcuttu (%30), 2 olgu lokal nüks gösterdi (%20). Yayınlarında aksiller metastaz oranları %50-60, lokal nüks oranları da %20-25 olarak verilmektedir.^{4,5,6,7,8,9,10,14} 10 olgudan birinin prostat karsinomu metastazı, birinin de malign deri eki tümörü olduğu düşünülürse primer meme tümörü sayısı 8 kabul edilebilir. Bu durumda aksiller metastaz oranını (3/8) yaklaşık %40, lokal nüks oranını da %25 olduğu gözlenebilir. Bu da literatür verileri ile uyumluluk göstermektedir.

Kaynaklarda kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de en sık görülen meme karsinom tipi İDK'dir.^{4,5,6} İncelediğimiz 8 olgudan 7'si İDK görüntüsündedir. 8 olgudan 2'sinde (%25) komşu meme dokusunda jinekomasti bulguları saptanmıştır. Kaynaklarda tümöre komşu olanlarda %25 olguda jinekomasti varlığından söz edilmektedir.^{19,20} Daha önce primer meme karsinomu (adenokarsinom) tanısı almış olan 2 olgumuzdan

biri yeniden değerlendirilmede bu kez meme lokalizasyonlu malign deri eki tümörü, diğeri ise PSA pozitifliğinin saptanması üzerine prostat karsinom metastazı olarak değerlendirildi. Bu iki olguda MRM ile tedavi edilmiştir.

SONUÇ

Erkek meme karsinomları çok ender görülen malign tümörler olmakla birlikte erkeklerde meme dokusunun azlığından dolayı genellikle geç evrelerde tanı alırlar. Bu tedaviyi olumsuz yönde etkilese bile hormonoterapi ile de çok iyi sonuç alınabilen olgular vardır. Gereksiz ve agresif bir cerrahi tedaviden kaçınmak için tümörün primer mi? sekonder mi? olduğunun bilinmesi gerekir. Bu nedenle erkek meme lezyonlarının tanısında morfolojik düzeyde rutin yöntemlerin yanı sıra immünohistokimyasal çalışmalar da yapılmalıdır. Tanı yöntemi olarak İİAB (FNAB) açık biopsiden önce düşünülmesi gereken bir yöntemdir. Bu yolla elde edilen materyallerde de immünohistokimyasal çalışmalar yapılarak hastanın sağaltımı başlangıçta en iyi şekilde yönlendirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Davis SL, et al: Male breast carcinoma. J Am Path 1992; 92:1013.
2. Casagante JT et al: A case control study of male breast cancer. Cancer Res 1988; 48:1326.
3. Bezwoe WR, et al: Breast cancer in men. Cancer 1987; 60:1337.
4. Bland KI, Copeland EM: The breast. Philadelphia, WB Saunders 1991; 1030.
5. Haagensen CD: Disease of the breast. Philadelphia, WB Saunder; 1986:976.
6. Tavassoli FA: The pathology of the breast. Connecticut Appleton&Lange 1992:637.
7. Silverberg SG: Principles and practice of surgical pathology. New York: Churchill Livingstone 1990:361.
8. Rozai J Ackerman's Surgical Pathology. St Louis:CV Mosby 1989:1254.
9. Cotran RS: Pathologic basis of disease. Philadelphia: WB Saunders 1989:1202.
10. Harris JY: Breast disease. Philadelphia: JB Lippincott 1987:577.
11. Jaiyesimi IA, et al: Carcinoma of the male breast. Ann Intern Med 1992; 117:771.
12. Akimov OV: The mitotic regiment of the breast cancer in men. Uopr Oncol 1992; 38:699.
13. Dencock SS, Ohri SK: A case of synchronous bilateral separate primary male breast carcinoma. Br J Clin Prac 1991; 45:152.
14. Siddiqni TA, et al: Cancer of the male breast with prolonged survival. Cancer 1988; 62:1632.
15. Olsson H, et al: Population-based cohort investigation of the risk for malign tumors in first-degree relatives and wives of men with breast cancer.

- of men with breast cancer. *Cancer* 1992, 71:1273.
16. Alm AP, et al: Neuroendocrine differentiation in male breast carcinoma. *APMIS*: 1992, 100:720.
 17. Koss LG: *Diagnostic cytology*. Pennsylvania:JB Lippincott 1992:1296.
 18. Papotti M, et al: Arygrophilic neuroendocrine carcinoma of the male breast. *Ultrastruct Pathol* 1993, 174:125.
 19. Fox SB, et al: Estrogen receptor and epidermal growth factor receptor expression in male breast carcinoma. *J pathol* 1992, 166:13.
 20. Rogers S, et al: Expression of cathepsin d and estrogen receptor in male breast. *Hum Pathol* 1993, 24:148.
 21. Caballero JL, Rios B: Breast cancer in male *Rev Med Panama* 1992, 17:57.
 22. Adahri HO, et al: The survival pattern in male breast cancer. *Cancer* 1992, 64:1177.