

ERKEKLERDE MÜSİNÖZ MEME KANSERİ*

Dr.Filiz Karagöz** Dr.Bedri Kandemir*** Dr.Levent Karagöz****
Dr.Yüksel Alvur***** Dr.İ.Değer Şahin*****

ÖZET

Bu makalemizde 76 yaşında erkek hastanın sağ memesinde rastladığımız pür müsinöz tipte primer meme karsinomunu sunmaktayız. Meme kanserinin erkeklerde nadir görülmesi yanısıra primer meme kanserleri içerisinde oldukça seyrek görülen pür müsinöz tipin birarada olması nedeniyle konu ile ilgili literatür gözden geçirildi.

SUMMARY

MUCINOUS BREAST CARCINOMA IN A MAN

We reported an infrequently encountered breast carcinoma histological proven pure mucinous type in right breast of a 76 years old male patient. Relevant literature were reviewed since the breast carcinomas are infrequent in males as well as pure mucinous type of primary breast carcinomas is rather rare.

Key words : Breast, Mucinous carcinoma.
Anahtar kelimeler : Meme, müsinöz karsinom.

Meme kanserleri erkeklerde görülen tüm kanserlerin % 0.38-1.5'ini oluşturan nadir tümörlerdir¹⁻³. Literatürde yaklaşık 100 kadın meme kanserine karşılık 1 erkek meme kanserine rastlandığı bildiril-

- * Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı çalışmalarından.
** Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.
*** Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Profesörü.
**** Samsun Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı.
***** Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Doçenti.
***** Ondokuz Mayıs Üni. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

mektedir^{2,4,5}.

Kaynaklar, müsinöz karsinom, gelatinöz karsinom ve kolloid karsinomun sinonim kabul etmektedir⁶. Müsinöz karsinomun özellikleri ile ilgili tüm raporlar kadın meme kanserleri hakkındadır^{2,6-10}. Kadınların tüm primer meme kanserlerinin % 1-6'sını müsinöz tip oluşturmaktadır^{6,9}.

Crichlow¹, 1900-1970 yılları arasında yayınlanan tüm erkek meme kanseri raporlarını derleyerek elde ettiği 2217 vakayı klinik ve patolojik özellikleri açısından değerlendirdiğinde % 86.5 invaziv duktal karsinom, % 7 medüller karsinom, % 5 papiller karsinom, % 1 inflammatuar karsinom ve % 0.5 gelatinöz (müsinöz) karsinom oranları elde etmiştir. Haagensen³, 47 vakalık serisinde sadece 1 müsinöz karsinom bildirmiştir. Literatürde erkek müsinöz meme kanseri konusunda başka bir veri mevcut değildir.

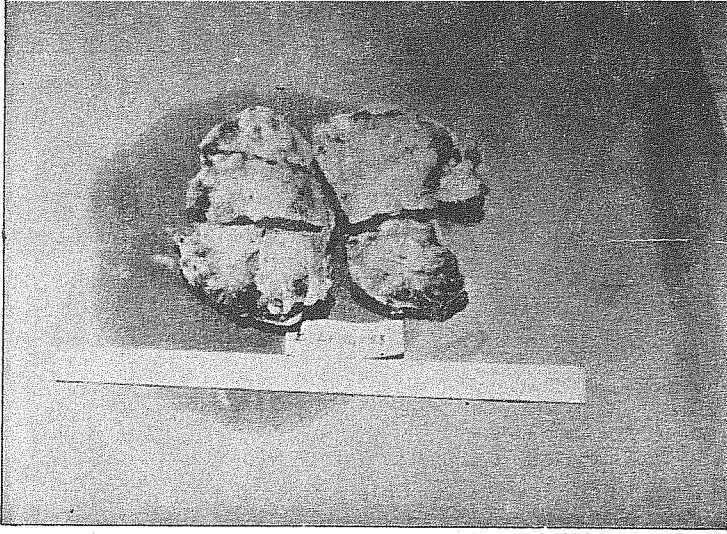
VAKA TAKDİMİ

76 yaşında, Ladik'li erkek hasta. Sağ memede kitle nedeni ile Samsun Devlet Hastanesine başvurdu. Hikayesinden, 30 yıldan beri sağ meme başı altındaki 2-3 cm'lik kitlenin son iki yıldan beri büyümeye başladığı, ağrısının olmadığı ve bu süre içerisinde meme başının tamamen içeri çekildiği öğrenildi. Travma hikayesi ve meme kanseri yönünden aile hikayesi yoktu.

Fizik muayenesinde sağ memede yaklaşık 8-9 cm çapında kitle bulunduğu ve meme başına uyan yerde sadece krut bulunduğu görüldü. Kitleyi örten deride bundan başka ülserasyon ve başka lezyon mevcut değildi. Kitle göğüs duvarı üzerinde sınırlı olarak hareket ettirilebiliyordu. Sağ aksiller lenf nodu palpe edilemedi. Sol memede herhangi bir kitle mevcut değildi. Kitle total olarak eksize edilerek Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalına gönderildi.

Materyal (B-2634-88) 8x7x4 cm boyutlarında, üzeri deri elipsi ile örtülü ve ortasında 0.5 cm'lik krutlu, ülser lezyon bulunan, hafif lobüle görünümde kitle. Kesit yüzü kirli beyaz renkte ve belirgin mukoid görünümde olup, yer yer yumuşak, yer yer de rölatif olarak solid alanlar içermekteydi (Resim 1). Deri elipsine yakın komşuluk göstermekte ancak meme başı dışında belirgin tutulumu bulunmamaktaydı. Tümörün deriye yakın bazı alanlarında siyaha yakın koyu kahve renkli odakları mevcuttu.

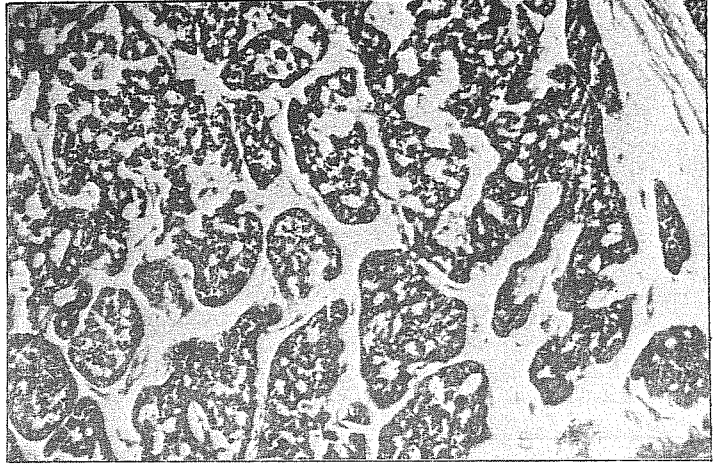
Tümörü temsil edecek tarzda alınan parçalar rutin takipten sonra bloklandı. Hazırlanan kesitler Hematoksilen-Eozin ve Alcian Blue (PH 0.5) ile boyandılar.



Resim 1. Tümörün kesit yüzeyinde belirgin mukoid görünüm.

Mikroskopisinde iyi diferansiye tümör hücrelerinin yer yer solid adalar, kribriform yapılar ve kordonlar oluşturduğu izlenmiştir. Tüm alanlarda manzaraya hakim olan ekstrasellüler ve ekstraluminal mukusun gölcükler oluşturduğu, bazı alanlarda da stroma ile direkt temas halinde bulunduğu dikkati çekmiştir (Resim 2). Tümör hücre adaları bu mukus gölçüğü içerisinde yüzer tarzda yer almakta ve bazı alanlarda tümör hücresi görülmemektedir (Resim III ve IV). Meme başında tümöral yapının epidermisi infiltre ettiği ve yüzeyin nekrotik eksüda ile örtülü olduğu izlenmekteydi. Koyu renkli görünen alanlarda ise eski ve yeni kanamaya bağlı eritrositler, fibröz doku içerisinde hemosiderin ile yüklü histiosit toplulukları ile iltihabi hücreler mevcuttu.

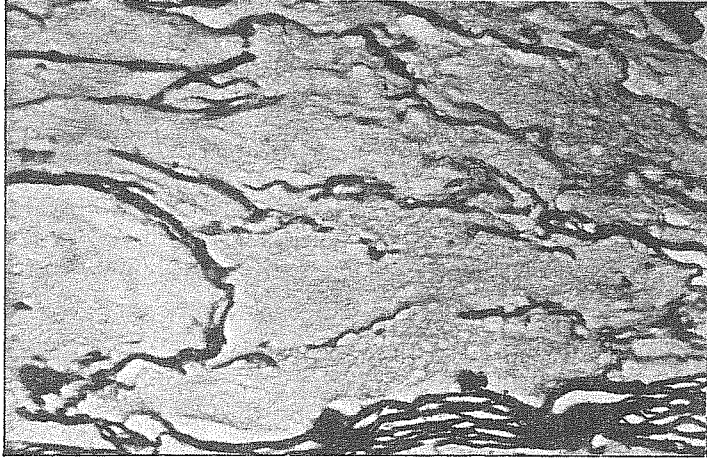
Tanının "Müsinöz Karsinom" gelmesi üzerine hastaya radikal mastektomi önerildi, ancak hasta kabul etmedi. 5 ay sonra davetimiz üzerine kontrole gelen hastada ameliyat yarasının oldukça düzgün iyileştiği, yara çevresinde nodülerite olmadığı, sağ aksiller bölgede ele gelen lenf bezi bulunmadığı görüldü. Hastaya direkt akciğer filmi, batın ultrasonografisi, kemik taraması ve karaciğer fonksiyon testleri yapıldı. Bu tetkikler neticesinde herhangi bir patoloji tespit edilemedi.



Resim 2. Mukoid madde içerisinde kribriform yapılar ve kordonlar oluşturan tümöral hücre adaları. H-E (X100).



Resim 3. Mukus gölcüğü içerisinde yüzer tarzda yer alan tümör hücre grupları. H-E (X200).



Resim 4. Tümöral hücre içermeyen mukoid alanlar. H-E (X200).

TARTIŞMA

Müsinöz meme karsinomları, duktus epitelinden kaynaklanan, nadir rastlanan ve prognozu rölatif olarak iyi seyreden primer meme karsinomudur^{1,2,6-10}. Primer erkek meme karsinomlarının patolojik tiplendirmesi lobüler karsinom hariç, kadınlardaki ile aynı kabul edilmektedir^{2,3,6}. Bu nedenle vakamızdaki bulguları hem erkek meme kanseri, hem de müsinöz karsinom özellikleri ile karşılaştırdık.

Literatürde erkek meme kanseri yaş ortalaması 60 olarak, kadın meme kanseri ise 50 olarak bildirilmektedir³. Müsinöz karsinomun da kadınlarda bir dekad daha geç görüldüğü rapor edilmiştir⁷⁻⁹. Vakamız 76 yaşında olduğuna göre ortalama erkek meme kanseri yaşından yaklaşık bir dekad daha yaşlıdır.

Erkeklerde meme kanserinin en sık yerleşim yeri olarak (% 85) areola çevresi bildirilmektedir¹¹. Müsinöz karsinomlarda da subareolar yerleşim dikkati çekmiştir⁷. Vakamızda subareolar başlamış ve tümör büyüdükçe meme başı retraksiyonu ile sonuçlanmıştır.

Jinekomasti zemininde tümör gelişimi literatürde tam açıklığa kavuşmuş değil. Ancak geniş serilerde yaklaşık % 36 oranında jinekomasti ile birlikte bulunduğu görülmüştür^{1,3,12}. Bizim vakamızda da 30 yıldan beri memede kitle hikayesi jinekomastiyi akla getirmektedir. Ancak tümöral yapı çevresinde jinekomastiye ait yapıya rastlayamadık.

Meme kanserlerinin bütün tiplerinde, en sık olarak da invaziv duktal karsinomda, değişik derecelerde müsin yapımı tespit edilmiş-

tir¹⁰. Müsinöz karsinom komponenti taşıyan mikst tiplerde prognoz değişmemekte ⁷⁻⁹, ancak pür müsinöz tip olduğu takdirde 10 yıllık yaşama şansı % 90.4 olarak bildirilmektedir⁹. Vakamızda invaziv duktal karsinom alanlarına rastlanmamış olup pür müsinöz tip olarak kabul edilmiştir.

Müsinöz karsinomların gerçek malign tümörler olmalarına karşılık diğer primer meme karsinomlarına göre daha iyi prognoz göstermeleri konusunda literatürde ortak bir görüş mevcuttur ⁷⁻⁹. Gallager⁷, bu rölatif iyi prognozun sebeplerini şu şekilde sıralamaktadır:

- 1) Çoğu vakada tümör hücreleri iyi diferansiyedir,
- 2) Neoplastik hücrelerin gerçek ağırlığı, tümörün büyüklüğünün düşürdüğünden daha azdır,
- 3) Sıklıkla palpasyona müsait yerde olduğu için erken teşhis edilir. Komaki⁹, bunlara ilave olarak kanser hücrelerinin bol mukus içerisinde yüzer durumda olması ve stroma ile temas etmesinin de iyi prognozda rolü olduğunu, mukusun barrier oluşturduğunu düşünmektedir.

Pür müsinöz karsinomlarda prognozun rölatif olarak iyi olması yanı sıra standart meme kanseri tedavisi tavsiye edilmektedir⁸.

KAYNAKLAR

1. Crichlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet* 134: 1011-1019, 1972.
2. McDivitt RW. Breast. In KIssane JM (ed). *Anderson's Pathology* Eight edition, Vol II, St Louis, Toronto, Princeton: The C V Mosby Company, 1546-1569, 1985.
3. Haagensen CD. *Disease of the Breast*. Second edition, Philadelphia, London, Toronto: W B Saunders Company, 1971.
4. Bezwoda WR, Hesdorffer C, Dansey R, et al. Breast cancer in men. *Cancer* 60: 1337-1340, 1987.
5. Panettiere FJ. Cancer in the male breast. *Cancer* 34: 1324-1327, 1974.
6. McDivitt RW, Stevart FW, Berg JW. *Tumors of the Breast* (Atlas of tumor pathology). Second edition, Vol II, Bethesda, Maryland: Armed Forces Institute of Pathology, 1968.
7. Gallager HS. Pathologic typts of breast cancer: Their prognoses. *Cancer* 53: 623-629, 1984.
8. Clayton F. Pure mucinous carcinomas of breast: Morphologic features and prognotic correlates. *Hum Pathol* 17: 34-38, 1986.

9. Komaki K, Sakamoto G, Sugano H, et al. Mucinous carcinoma of the breast in Japan. *Cancer* 61: 989-996, 1988.
10. Hanna WM, Corkill M. Mucins in breast carcinoma. *Hum Pathol* 91: 11-14, 1988.
11. Donegan WL, Perez-Mesa CM. Carcinoma of the male breast. A 30 year review of 28 cases. *Arch Surg* 106: 273-279, 1973.
12. Roth JA, Discafani C, O'Malley M. Secretory breast carcinoma in a man. *Am J Surg Pathol* 12(2): 150-154, 1988.

