

ERKEKTE MEME KANSERİ

Dr. İrfan DUYGULU (*)

Dr. Hasan SOLAK (**)

Dr. İlker ÖKTEN (***)

GİRİŞ :

Erkeklerde meme kanseri nadir görülür. Ekseri vak'alarda teşhis edildiği zaman kanser ileri stadiumlardadır. Erkeklerde meme kanseri basit klinik muayenelerle gözden kaçabilir. Genellikle ileri safhalarda teşhis edildiğinden sonuçları da yetersiz kalır. Erkek ve kadın meme kanserleri aynı genel karakterlere sahiptir. Erken teşhis konulmuş vak'alarda, cerrahi müdahale kadın meme kanserlerinde olduğu gibi başarılı olabilir. Her iki meme kanserinde de tedavi prensipleri farklı değildir.

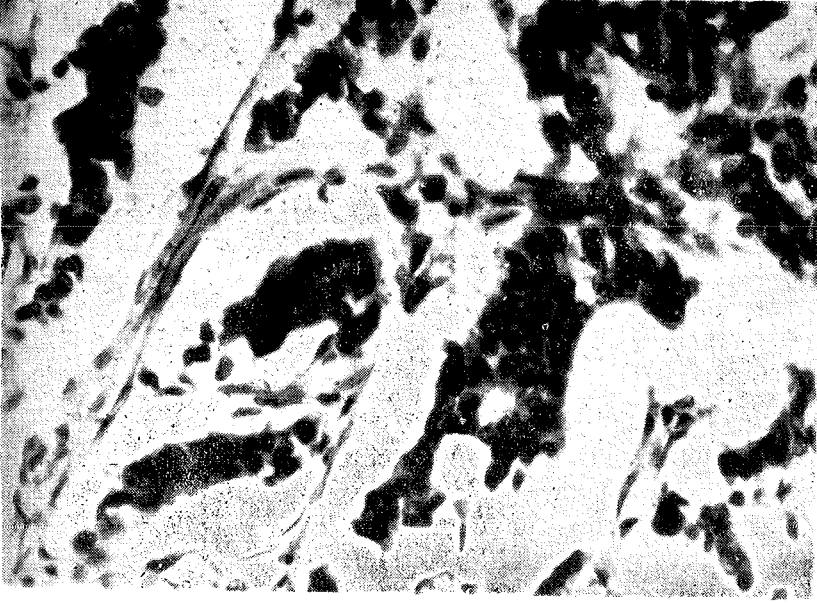
VAK'A TAKDİMİ :

M. G. 58 yaşında, Prot : 6843. Doğum : Konya (Giriş : 29.4.1974, operasyon : 13.5.1974, Çıkış : 28.5.1974). Askerlik görevi esnasında sol memesinden iğne yapılmış kısa süre sonra aynı yerde şişlik meydana gelmiş ve uzun süre devam etmiş. Son zamanlarda şişlik üzerinde ülser olmuş fistülüze olarak akmaya başlamış. Kliniğimize yatırılmadan 6 ay önce Tbc. tedavisi uygulanmış, tesirsiz kalmış. Resim I de görüldüğü gibi Thorax-akciğer filmi normal. Teşhis ve tedavi için kliniğimize yatırıldı.

(*) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kliniği Doçenti

(**) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kliniği Asistanı

(***) A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kliniği Asistanı

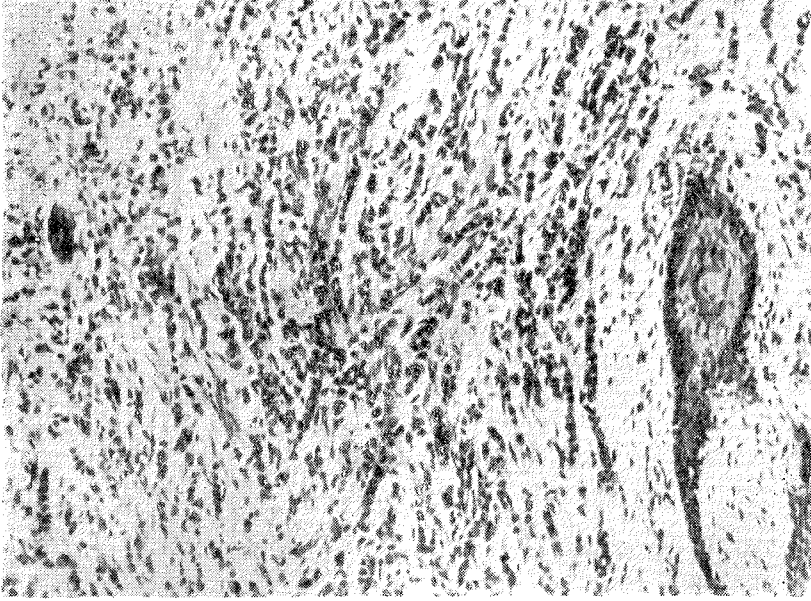


RESİM 1 : M.G. Prot No: 6843 PA Thorax grafisi : Normal

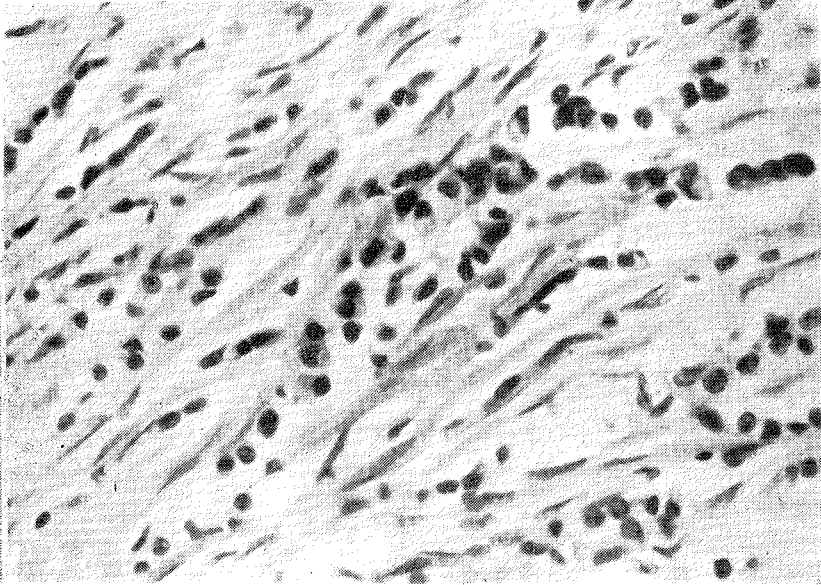
Fizik muayene : Palpasyonla son meme areeolası altında kenarları gayri muntazam, pectoral fasciaya yapışık bir kitle tesbit edildi. Meme başı içeri çekilmiş, ülserasyon ve prurigo mevcuttu.

Labratuvar Bulguları : Sedim 40 mm/1. saatte, 90 mm/2. saatte, alkalen fosfataz : merckotest 90 mm/ml. Bunun dışında labratuvar bulguları normal. Histopatolojik teşhis : İnfiltratif ductal Ca. Resim II, III, IV de görülüyor (Skiro Ca). (Prot : 3027, 13.5.1974).

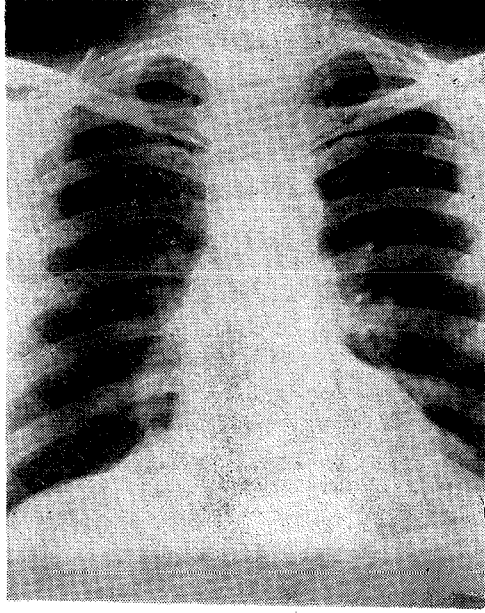
Operasyon : 13.5.1974 tarihinde sol memeye radikal mastektomi ve cilt plastigi uygulandı. Postoperatif devrede fossa axillaris 200 rad/günde, 1000 rad/haftada, Total 5000 rad şua tatbik edildi. Bugüne kadar yapılan kontrollerde klinik ve radyolojik olarak metastaz veya başka bir patolojik bulgu tesbit edilemedi.



RESİM 2 : M.G. Patoloji Prot No: 3027, Büyütme 100 X
Epitel tabakasına kadar ilerleyen tümöral infiltrasyon,
Tümör hücreleri intizamsız ve kordonlar şeklinde diziliş göstermekte.



RESİM 3 : M.G. Patoloji Prot. No: 3027, Büyütme 250 X
Hyalinize fibröz dokudan zengin stroma içinde
geniş ve açık boyanan stoplazmaya sahip tümör
hücre infiltrasyonu görülmektedir.



RESİM 4 : M.G. Patoloji Prot No : 3027, Büyütme 250 X
Tümör hücrelerinin bağ dokusu arasında solid küme-
lenmeler veya küçük gruplar oluşturduğu
görülmektedir.

TARTIŞMA :

Meme kanseri kadınlarda sık görüldüğü halde erkeklerde nadir görülür. Vak'amızda iğne nedeniyle memede meydana gelen travmadan sonra şişlik ve ülsere olan bu tümöral kitlenin son dönemdeki şikâyetlerinin prurigo ile devam etmesi karakteristiktir. Travmanın meme kanserlerindeki rolü dikkate alınırsa vak'amızda travmaya bağlı uzun süre devam eden kronik hadisenin kanserin ortaya çıkmasında rolü olduğunu kabul edebiliriz. Erkek ve kadın meme kanserlerinin yaş ortalamasında büyük bir fark yoktur. WAINWRIGHT 325 erkek meme kanseri vak'asında yaş ortalamasını 52,6 olarak hesaplamıştır. TREVES'in 146 vak'alık serisinde yaş ortalaması 52.1 dir. HUGGINS ve TAYLOR'un 75 vak'alık serisinde ise yaş ortalaması 64 dür. Tak-

dim ettiğimiz vak'a 58 yaşında idi. Literatürün gösterdiği bu ortalamalar, erkek meme kanserinin kadın meme kanserine nazaran biraz daha geç bir dönemde başladığını göstermektedir (10, 19, 20). Etyoloji ve prognostığı bakımından müellifler aynı görüşe sahiptirler. Erkek meme kanserlerinde birçok vak'alarda daha önce vuku bulmuş travmadan bahsedilebilir. TREVES ve MENDİ vak'alarının % 12 sinin anamnezinde travmadan bahsetmektedirler. Bununla beraber travma ile karsinoma başlangıcı arasında kesin bir korrelasyon kurulamamıştır. Vak'amızda da travmanın mevcudiyeti ve oluşan kitlenin ülserleşerek kansere dönüştüğünü kabul edebiliriz. Jinekomasti ile erkek meme kanseri arasında da korrelasyonun mevcut olduğu kabul edilebilir. GLEICHMANN, MEYER-LAACK, RITSHEL, SHULTZE-JENA, BOTSZTEJN, SCHINZ İkinci Cihan Harbinden sonra Avrupa ülkelerinde jinekomastinin arttığını ve buna paralel olarak meme kanserinde de bir artış olduğunu bu nedenle de jinekomasti ile erkek meme kanseri arasında bir korrelasyon olabileceğini bildiren izlenimleri mevcuttur (11, 12, 15, 16, 17, 18). Jinekomastilerin erkek meme kanserine dönüşebilmesi mümkündür. Jinekomastileri endoktrin ve hepatojen olabileceği gibi testis tümörleri veya diğer organ hastalıklarından da meydana çıkabilir. (Bununla beraber 20 yaşına kadar erkekte memenin büyümesi normal kabul edilebilir. Bu durumda bir jinekomasti söz konusu değildir). Prostat karsinomu nedeniyle östrojen tedavisi altında olan erkeklerde meme kanseri ortaya çıkabilir. Bu nedenle, bu tip tedavi altında olan erkeklerde memeyi kontrol etmek icabeder. Tek taraflı meme büyümesi östrojen kanserini düşündürmelidir. Erkek memesinde meydana gelen kanserler genellikle, meme ucunun veya areolanın alt kısmında sert ve sınırları gayrimuntazam olan bir tümör şeklinde meydana çıkar (1, 2, 3, 4, 5). Takdim ettiğimiz vak'amızda karsinomanın çıkış yeri mamillaya yakın olup göğüste bazı değişiklikler meydana getirmiştir. Mamilla içeri çökmüş, ülserasyon, prurigo ile beraber areolanın etrafını çevreleyen cilt yüzeyinde küçük nodüller meydana gelmişti. Tümör pectoral fasciaya yapışmış idi. Vak'aların büyük bir kısmında geç teşhis nedeniyle fossa axillariste ganglion metastazları görülmektedir. HUGGINS ve

TAYLOR'un 50 vak'alık serisinde % 77 oranında koltuk altı metastazı olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle operabl olan vak'alarda radikal mastektominin uygulanmasının doğru olduğu kanısındayız. Eğer klinik araştırmalarda uzak metastazlar mevcut değilse cerrahi tedavi uygundur. Erkek meme kanserlerinde kemik metastazları nedeniyle ekseri vak'alarda cerrahi tedavi uygulanmaz. Erkek meme kanseri, meme hipertrofileriyle de karışabilir. Hipertrofi buluş çağında meydana çıkar, hipertrofinin sınırları belirgindir ve kanser gibi sabitleşmemiştir. Jinekomasitler tümörden büyükçe veya yaygın olabilirse de yumuşak tabiatla oluşu ile belirgin hale geçerler. Mikroskopik olarak erkek ve kadın meme kanserleri arasında fark olmamakla beraber erkeklerde intraduktal karsinom daha sıklıkla görülür. Müellifler kadın veya erkek meme kanserinden hangisinin daha malign olabileceği hakkında kesin bir karara varamamışlardır. Genellikle yaş, klinik stadium ve indifferansiye olmanın derecesi her vak'ada ayrı ayrı rol oynar kanısındayız (6, 7, 8, 9).

WINNIWARTER'e göre ameliyat olmamış kadınların meme kanserinde hayat süresi 27 - 32 ay, erkeklerde ise 31 aydır. Erken teşhis ve buna uygun şekilde yapılacak olan radikal cerrahi tedavi ile bu hastalarda faydalı olabileceğimiz kanısındayız. Fossa axillarişte metastaz olan vak'alarda postoperatif şua tedavisinin yapılması uygundur.

TREVES, HUGGINS ve TAYLOR'unda uyguladığı gibi cerrahi tedavinin şekli radikal mastektomidir. HUGGINS ve TAYLOR'un 25 vak'asından 5 inde uyguladıkları radikal mastektomiden sonra hastalar 5 yıl hayatta kalabilmişlerdir. Erkeklerde yapılan radikal mastektomide, kadınlardan farklı olarak cilt plstğine ihtiyaç vardır. Erkeklerde hematojen yayımla bilhassa erken kemik metastazları olur. Metastaz olan vak'alarda iki taraflı kastrozyon uygulanabilir. LEUCUTIA'ya göre erkeklerdeki kastrasyon, kadınlardaki kastrasyon tedavisine nazaran daha olumlu tesir etmektedir. Hastamız bugüne kadar klinik ve radyolojik kontrolden geçirilmiş olup residiv veya metastaz söz konusu değildir. Erken teşhis edilmiş vak'alarda radikal mastektominin uygulanacak tedavi metodu olduğu kanısındayız (10, 13, 14, 20).

ERKEKTE MEME KANSERİ

ÖZET

Meme kanserinde erken teşhisin önemi büyüktür. Meme kanserinde, erken dönemlerde kemik metastazları olabilir. Böyle vak'alarda cerrahi tedavi etkisiz kalır.

Radikal mastektomi erken vak'alarda en uygun tedavi metodudur. Erkek meme kanseri; kadın meme kanserine nazaran daha nadir görülür. Etyolojik önemli bir fark yoktur.

ZUSAMMENFASSUNG
MÄNNLICHER BRUSTKREBS

Es ist bekannt dass bei Brustkrebs frühzeitige Diagnose sehr wichtig ist. Es wäre möglich am anfang Knochen-metastasen festzustellen. Besonders bei solche Fälle sind durch chirurgische Eingriff keine Erfolg zuerzielen.

Radikale Mastektomie wurde für früfestgestellte Fälle als beste und geeignete Methode anerkannt.

Es ist im vergleich männlicher Brustkrebs als weiblicher Brostkrebs sehr selten zusehen. Es gibt etiologisch fast keine Unterschied.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — BUTCHER, H. R. : Effectiveness of radical mastectomy for mammary cancer. Ann. Surg. 154 : 383, 1961.
- 2 — BYRD, B. F., STEPHENSON, - S. E., BRUCH, J. C., SAWYERS, J. L., TINSLEY, E. A. : Type of mastectomy in cancer of the breast : Analysis of 1765 cases. Ann. Surg. 163 : 746, 1966.
- 3 — CİPRUT, S., ROBERTSS, T. W., VOLK, H. : Paget's carcinoma of the male breast. Ann. Surg. 154 : 1001, 1961.
- 4 — DARGENT, M., MAYER, M., COLON, J., DUTOU, L. : A comparative survey of the result of adrenal surgery and hypophsiolis in advanced cancer of the breast 9. int. cancer Cong. Abst Tokyo P : 661, 1966.

- 5 — GRAY, S. W. SKANDALAKİS, W., MITCHELL, W. E., NOCOLSON, W. P. : Tumor size Duration of symptoms and prognosis in carcinoma of the breast Surg. 49: 143, 1961.
- 6 — GREENE, W. W., HOWARD, N. J. : Relation of trauma to lesion of the male breast. Am. J. Surg. 85: 431, 1953.
- 7 — HAMMERSHLAG, C. A., FISHER, S., DECOSSE, J., KAPLAN, E. : Breast symptoms and patients delay: psychological variables involved cancer. 17: 1480, 1964.
- 8 — HANDLEY, R. S. : The early spread of breast carcinoma and its bearing on operative treatment. Brit. J. Surg. 51 : 206, 1964.
- 9 — HERRMANN, J. B. : The effect of hormonal imbalance on advanced carcinoma of the male breast. Ann. Surg. 133 : 191, 1951.
- 10 — HUGGINS, C. Jr. TAYLOR, G. W. : Carcinoma of male breast. Arch. Surg. 70 : 303, 1955.
- 11 — LEWIN, I., SPENCER, H., RIVER, L. P., TOPE, J. CW., FOLK, F. A. Effect of newer synthetic steroid hormones in the treatment of advanced breast cancer 9. int. Cancer. Cong. Abst. Tokyo, N : 666, 1966.
- 12 — LEWISON, E. F., ALBERT, C. W., MONTAGUE, K. L. : Breast cancer treated at Hopkins Hospital 1951 - 1956. Cancer 19: 1359, 1966.
- 13 — MEGYERİ, L., GARDO, S., PAPP, Z. : Die Gynakomastie. Chir. Praxis 19: 231, 1975.
- 14 — NATHANSON, I. T. : Influence of orchiectomy on advanced cancer of the breast in the male. Internat. Union against cancer. 6: 1080, 1950.
- 15 — PYRAH, L. N. : Hormones in the treatment of cancer of the breast and prostate. Brit. J. Surg. 44: 68, 1956.
- 16 — SAEGESSER, M. : Spezielle chirurgische Therapie, Verlag Hans Huber Bern Stuttgart Wien 201, 1972.
- 17 — SARASON, E. L., PRIOR, J. T. : Pagets disease of male breast. Ann. Surg. 135: 253, 1952.
- 18 — SEDGWICK, C. S. : Radical mastectomy. Surg. Clin. North Amer. 40: 645, 1965.
- 19 — SOLAK, S., BENLİOĞLU, N. : Bir metastatik deri kanseri vak'ası, Yakın ve ortadoğu 1. kanser kongresi tutanakları S.: 539, 1965.
- 20 — TREVES, N. : Cancer of the male breast, a report of 146 cases. Cancer 8: 1239, 1955.