

Lokal İleri Erkek Meme Kanseri ve Pediküllü Muskülokütanöz Latissimus Dorsi Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Locally Advanced Male Breast Cancer And Reconstruction With Pedicled
Musculocutaneous Latissimus Dorsi Flap
Genel Cerrahi

Başvuru: 04.11.2020
Kabul: 30.11.2020
Yayın: 04.12.2020

Ahmet Karayiğit¹, Dursun Burak Özdemir¹, İ. Burak Karakaya¹, Ümit Özdemir¹, Hayrettin Dizen¹

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Erkeklerde meme kanseri görülme sıklığı yaklaşık %1'in altında olup oldukça nadirdir. Kadınlardan farklı olarak yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır. 76 yaşında erkek hasta sağ memede üzeri nekrotik dev kitle ile başvurdu. Aksillada klinik olarak fikse lenf nodu mevcuttu. Tümör boyutu nedeniyle modifiye radikal mastektomi ve latissimus dorsi flebi kullanılarak göğüs duvarı rekonstrüksiyonu yapıldı. Patoloji sonucunda invaziv solid papiller karsinom olarak gelen hastanın aksilladan 1 adet metastatik, 19 adet reaktif lenf nodu diseke edildi. Hasta sorunsuz taburcu edildi. Adjuvan kemoterapi ve hormonoterapi tedavisi almaktadır. Erkek meme kanseri nadir görüldüğü, jinekomasti gibi benign hastalıklarla karışabildiği, bulgular hastalar ve hekimler tarafından önemsenmeyebildiği için geç fark edilir ve bu nedenle de tanı konduğunda sıklıkla ileri evrede karşılaşılabilmektedir. Lokal olarak büyük tümörlerde defekt primer kapatılamayacaksa rekonstrüksiyon seçeneklerinden pediküllü muskülokütanöz latissimus dorsi flebi güvenle kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: erkek meme kanseri, latissimus dorsi flebi, onkoplastik cerrahi

Abstract

The incidence of breast cancer in men is less than 1%. Unlike women, its incidence increases with age. A 76-year-old male patient presented with a necrotic bulky mass in the right breast. On physical examination, ipsilateral axillary fixed lymph nodes were present. Due to the large size of the tumor modified radical mastectomy and chest wall reconstruction using latissimus dorsi flap was performed. Pathological examination revealed breast invasive solid papillary carcinoma, and 1 metastatic 19 reactive lymph nodes were dissected from the axilla. The patient was discharged without any problem. He is receiving adjuvant chemotherapy. Male breast cancer is very rare and can be interfused with benign diseases such as gynecomastia. Since it may be ignored by patients and physicians, it is usually noticed late and therefore is often diagnosed at an advanced stage. If the defect cannot be closed primarily in locally large tumors, pedicled musculocutaneous latissimus dorsi flap can be used safely, among the reconstruction options.

Keywords: male breast cancer, latissimus dorsi flap, oncoplastic surgery

Giriş

Erkeklerde nadir olarak görülen meme kanseri tüm meme kanserli hastaların yaklaşık %1'ini ve erkeklerde görülen kanserlerin %0.2'sini oluşturur¹. Erkeklerde saptanan meme kanseri genellikle tek taraflı olup bilateral olma olasılığı ise %2'den daha azdır^{2,3}. Kadınlarda olduğu gibi sol memede biraz daha sık rastlanır, ancak bunun nedeni belli değildir³. Sık görülmediği için erkek meme kanseri ile ilgili randomize çalışmalar yapılmamıştır. Bilgilerimizin olgu sunumları ve retrospektif çalışmalarla sınırlı kalması nedeniyle, tedavi önerileri de çoğunlukla kadın hastalar üzerinde yapılmış çalışmalara dayandırılmıştır⁴.

Bu çalışmamızda görülme insidansı oldukça düşük olan erkek meme kanserinin cerrahi tedavisinde literatürde de sadece birkaç olgu sunumuna rastlayabildiğimiz pediküllü muskülokütanöz latissimus dorsi flebi ile yapılan rekonstrüksiyonu yine literatür bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

Sorumlu Yazar: Ahmet Karayiğit, Eskişehir
drkarayigitahmet@gmail.com

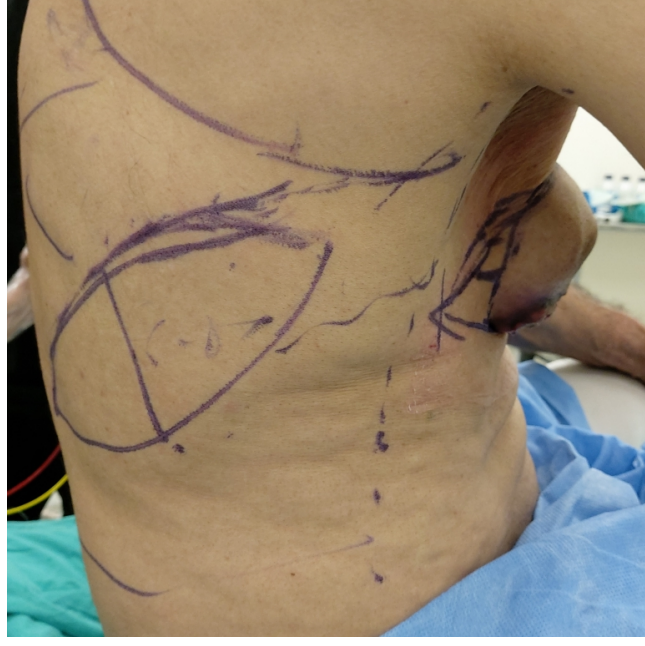
Karayiğit A ve ark. Lokal ileri erkek meme kanseri ve pediküllü muskülokütanöz latissimus dorsi flebi ile rekonstrüksiyonu. CausaPedia. 2020; 9(3): 123-131.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 3 yıldır sağ memesinde ele gelen kitle şikayeti olan 76 yaşında erkek hasta bir yıl önce genel cerrahi kliniğine yatırılmış fakat her türlü tedaviyi red ederek taburcu olmuştu. Hasta bir yıl sonra geldiğinde sağ meme retroareolar yerleşimli üzeri nekrotik, kötü kokulu yaklaşık 8x8 cm boyutunda bir meme kitlesi mevcuttu. Yapılan fizik muayenede sağ aksiller bölgede fiks lenf nodları da mevcuttu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hasta klinik olarak malign düşünülerek ve her ne olursa olsun palyatif bir rezeksiyon gerekeceğinden biyopsi yapılmadan PET-BT yapıldı. PET-BT’de sağ memede 67 x 44 mm boyutunda santralinde nekrozla uyumlu hipoaktif görünümde hipermetabolik lezyon izlendi(SUV Max: 6.48). Aksillada level-1 seviyesinde en büyüğü 14 mm boyutunda (SUV Max: 3.74) olmak üzere birkaç adet hipermetabolik lenf nodu izlendi. Rutin biyokimyası ve tümör markerları normal olup CEA düzeyi 2,9 ng/mL olarak tespit edildi. Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde mastektomi defektinin primer kapatılamayacağı düşünülerek pediküllü musklokütanöz latissimus dorsi flebi ile rekonstrüksiyon yapılması planlandı ve preoperatif çizimleri yapıldı(Şekil 1A,1B).



Şekil 1A : Preoperatif görünüm ve ameliyat planlaması



Şekil 1B : Preoperatif görünüm ve ameliyat planlaması

Operasyonda modifiye radikal mastektomiye takiben latissimus dorsi flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı(Şekil 2A,2B).



Şekil 2A : Peroperatif görünüm



Şekil 2B : Peroperatif görünüm

Postoperatif 3. gün sorunsuz taburcu edildi(Resim 3A,3B).



Şekil 3A : Postoperatif 3. Gün görünümü

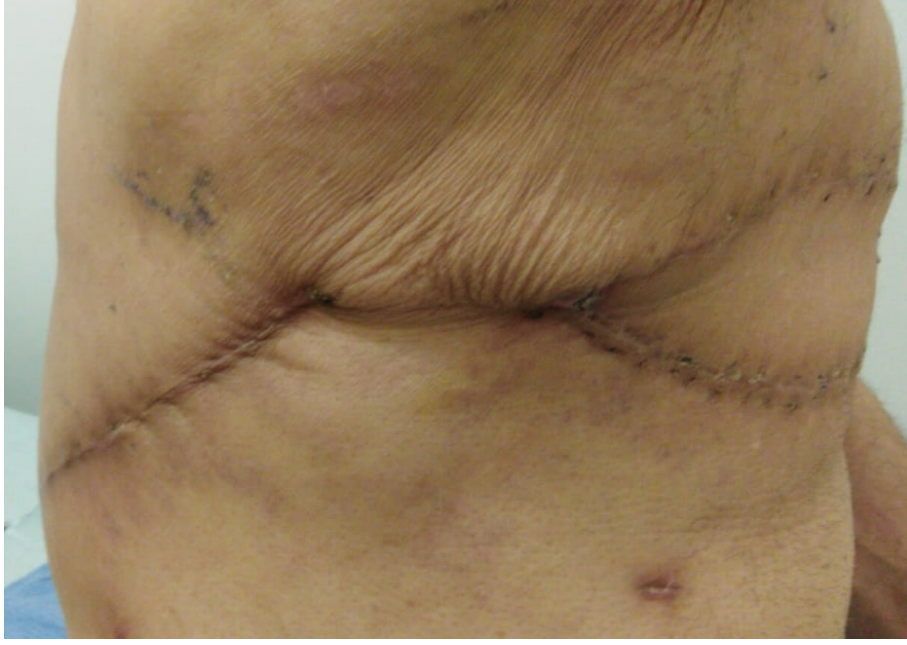


Şekil 3B : Postoperatif 3. Gün görünümü

Patoloji sonucu invaziv solid papiller karsinom olarak gelen hastanın 1 adet en geniş yerinde 3,6 cm ölçülen konglomere görünümlü metastatik lenf nodu ve 19 adet reaktif lenf nodu izlendi. Tümör boyutu 74 mm X 76 mm olarak tespit edildi. Histolojik derecesi 3 ER %85 (3+), PR %60 (3+), cerb b2 (2+), ki-67 proliferasyon indeksi %35, sinaptofizin negatif, kromogranin A negatifti. Hasta adjuvan kemoterapi ve hormonoterapi almaktadır. Hastanın birinci ay kontrolü sorunsuz gerçekleşti(Resim 4A,4B).



Şekil 4A : postoperatif 30. gün görünümü



Şekil 4B : postoperatif 30. gün görünümü

Tartışma

Erkek meme kanseri görülme sıklığı %1'in altında olan bir hastalıktır. Erkekler tanı anında genellikle daha ileri yaşta ve evrededirler. Görülme yaşı ortalama erkeklerde 67, kadınlarda 60 olup kadınlardan 5-7 yaş daha ileridir⁵. Meme kanseri kadınlarda en sık erken premenapozal dönemde görülmesine karşın erkeklerde yaş ile birlikte sıklığı artmaktadır⁶. Son 25 yılda görülme sıklığında % 26 dolayında bir artış meydana gelmiştir. Aynı zaman aralığında kadınlarda görülen meme kanseri artışı ise % 52 civarındadır . Meme kanseri tanısının erkeklerde, kadınlara oranla daha geç evrelerde konulmasının nedeninin erkeklerin belirtileri önemsememelerinden dolayı olduğu düşünülmektedir⁷. Meme kanseri olan erkek hastalarda sağ kalımın kadın hastalardan daha kısa olduğu düşünülse de hastalığın evresi, tümör boyutu, lenf bezi metastazı ve hormon reseptör durumuna göre hastalar karşılaştırıldığında erkek ve kadın hastalar arasında belirgin bir fark saptanmamıştır⁸.

Erkek meme kanserinin etiyolojisi belirsizdir ancak hormon düzeylerinin hastalığın gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Risk faktörleri; ileri yaş, göğüs duvarı ışınlaması, aile öyküsü, testis anomalilerine bağlı hiperöstrojeni, eksojen östrojen maruziyeti, travma, meme başı akıntısı ve Klinefelter sendromu olarak bildirilmiştir⁹. Olgumuzda bu risk faktörlerinden hiç birine rastlanılmamıştır.

Erkeklerde meme kanserinin nedenlerinden bazıları da genetik nedenlerdir. Özellikle BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyonlar erkek meme kanseri için risk artışına neden olmaktadır. BRCA1/2 genlerinde meydana gelen mutasyonlar bayanlarda meme ve over kanserleri ve erkeklerde de meme ve prostat kanserleri için risk artışına neden olmaktadır. Erkeklerde BRCA2 mutasyonları daha sık görülmektedir. BRCA2 geni için taşıyıcı olan bir erkekte ömür boyu meme kanseri gelişme riski yaklaşık %7'dir. Bu da normal topluma göre 80-100 kat risk artışı anlamına gelmektedir. Erkek meme kanseri olan hastalarda yapılan çalışmalarda BRCA2 geninde %4-40 oranında mutasyon saptanmıştır. Bu oran BRCA1 için yaklaşık %4'tür. BRCA1/2 genlerinin herhangi birinde mutasyon olan bireylerin çocuklarına aktarma oranı yaklaşık %50'dir; bu oran kız ve erkek çocuklar için aynıdır^{10,11}.

Erkek meme kanserlerinde en sık klinik prezentasyon şekli subareolar bölge yerleşimli, sert, düzensiz sınırlı ve ağrısız bir kitle varlığıdır. Karşılaşılabilecek diğer şikayet ve bulgular arasında meme başı akıntısı, meme başı

retraksiyonu, kitle üzerindeki ciltte kanamalı erozyon ve ülserler, nadiren de lenf nodu metastazlarına bağlı olarak ele gelen aksiller kitle sayılabilir¹². Olgumuzda subareolar yerleşimli oldukça büyük ve ciltte ülserasyona neden olacak şekilde bir meme kitlesi ve aksiller bölgede fikse olan lenf nodları mevcuttu.

Erkek meme kanserinde tanı öykü, fizik muayene, radyolojik yöntemler ve histopatolojik incelemeler ile konulmaktadır. Erkek memesinin anatomik yapısı nedeniyle veya ağırlı ve ülser lezyon varlığında mamografik inceleme her zaman yapılamayabilir. USG incelemesinin erkek meme kanseri tanısında klinik olarak uygulanabilirliği daha yüksektir. Ancak anatomik uygunluk, klinik olarak kitlenin genellikle kolay belirlenebilir ve kolay ulaşılabilir olması nedenleriyle bazen radyolojik incelemelere gerek duyulmadan yapılan biyopsiler (ince iğne aspirasyon biyopsisi, kor iğne biyopsisi veya insizyonel biyopsi) ile tanı koyulmaktadır^{12,13,14}. Bizim olgumuzda histopatolojik tanıya gerek duyulmamasının nedeni ise hastanın her ne olursa olsun palyatif rezeksiyon gerekecek bir tümörünün bulunmasıdır.

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 belirtilmiştir¹⁵. 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 (16). Bizim olgumuzun da patolojik tanısı invaziv tip solid papiller karsinom olarak değerlendirildi. Erkek meme karsinomlarında immünohistokimyasal incelemelerde östrojen ve progesteron reseptör pozitifliği %75-93 arasında bildirilmiştir¹⁷. Bizim olgumuzda her iki reseptör pozitif saptandı.

Erkeklerde tümörün genelde subareolar yerleşimli ve meme dokusunun az olması nedeniyle meme koruyucu cerrahi uygulama olanağı kısıtlıdır. Önceki çalışmalarda %8,5-10 arasında değişen meme koruyucu cerrahi oranları bildirilmiştir, ancak lokal nüks oranları da %20-40 arasında değişmektedir¹⁸. Bu nedenlerle, modifiye radikal mastektomi en yaygın uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir¹⁹. Tümörün pektoral kaslara yayılım gösterdiği olgularda ise cerrahi sınırlar negatif olacak şekilde kas eksizyonu da cerrahiye eklenir. Uzak metastazı olan ancak memedeki tümörün ülserli ve kanamalı olduğu olgularda palyatif amaçlı basit mastektomi tercih edilmelidir. Meme kanseri cerrahisinde aksilladaki lenf bezlerine yaklaşım sentinel lenf bezi biyopsisinin (SLNB) yaygınlaşması ile değişim göstermiştir. Klinik ve radyolojik olarak aksillada lenf bezi saptanmayan kadın hastalarda SLNB %90-95'in üzerinde saptama ve %5'ten az yanlış negatiflik oranları ile güvenle uygulanmaktadır. Buna karşın, erkek hastalarda SLNB uygulamalarını bildiren az sayıda çalışma mevcuttur. Gentilini ve ark.'larının 32 erkek meme kanserli hastayı bildirdikleri çalışmada sentinel lenf bezi %100 oranında bulunmuş ve altı hastada metastaz saptanmıştır^{20,21}. Çalışmamızdaki olguda klinik olarak ve PET-BT'de patolojik görülen lenf nodları olduğu için aksiller diseksiyon yapıldı.

Erkek meme kanserinde mastektomi sonrası genellikle defekt primer olarak kapatılmaktadır. Nadiren defekt primer kapatılmayıp rekonstrüksiyon gerekmektedir. Chastel ve arkadaşları, tatmin edici bir sonuçla modifiye radikal mastektomiye takiben iki erkek için Limberg fleplerini kullandı²². Spear ve Bowen, transvers rektus abdominis (TRAM) flebin sadece deri ve yağın yerini almakla kalmayıp, aynı zamanda normal erkek göğüs derisine benzer tüylü örtü sağladığını iddia etmiştir²³. Göğüs duvarı defekti ile mastektomiye ihtiyaç duyan zayıflamış bir hastada başka bir yaklaşım, delto-pektoral flep (DP) flepidir²⁴. Latissimus dorsi (LD) flebi, mastektomi ve rekonstrüksiyon geçiren kadınlarda en önemli rekonstrüksiyonlardandır ve bu teknik, büyük ve sınırdan ameliyat edilebilen meme kanseri olan erkeklerde başarıyla kullanılmıştır^{25,26}. Bir dezavantaj, LD flebi sonrası omuz işlevinin azalmasıdır. Bu uzun vadeli morbiditenin, kanserin lokal kontrolü sağlanacaksa kabul edilmesi gerekebilir. Olgumuzda yapılan modifiye radikal mastektomi sonrası göğüs ön duvarında oluşan defektin preoperatif dönemde de düşünüldüğü gibi primer kapanmayacağı izlendi. Hastamızda en uygun rekonstrüksiyonun pediküllü muskulokütanöz latissimus dorsi flebi olacağı düşünülerek bu rekonstrüksiyon uygulandı.

Kadınlarda olduğu gibi, erkek meme kanserinin adjuvan tedavisi radyasyon tedavisi, endokrin tedavisi,

kemoterapi ve HER2 hedefli tedaviyi içerebilir. Endokrin tedavisi bağlamında, bir aromataz inhibitörü yerine tamoksifen kullanılması önerilir²⁶.

Erkek meme kanserleri insidansı artsa da nadir bir hastalıktır, çalışmalarda vaka sayısı düşüktür. Nadir görüldüğü, jinekomasti gibi benign hastalıklarla karışabildiği, bulgular hastalar ve hekimler tarafından önemsenmeyebildiği için geç fark edilen ve tanı konduğunda ileri evreye ulaşabilen erkek meme kanserleri konusunda dikkatli davranılmalıdır. Bu konuda hasta sayısının fazla olduğu, tedaviyi, prognozu, tümör biyolojisini ve sağ kalımı etkileyen parametreleri tartışan çok merkezli çalışmalar yapılmalıdır.

Referanslar

1. Dimitrov NV, Colucci P, Nagpal S. Some aspects of the endocrine profile and management of hormone-dependent male breast cancer. *Oncologist*. 2007; 12: 798-807.
2. Agrawal A, et al. Male breast cancer: a review of clinical management. *Breast Cancer Res Treat*. 2007; 103: 11-21.
3. Tatar D, ve ark. Erkeklerde ileri evre meme kanseri (olgu sunumu). *Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi*.2002; 3(1), 37-40.
4. Akça T, ve ark. Nadir görülen bir lezyon: Erkek meme kanseri: Olgu sunumu. *Meme sağlığı dergisi*.2006; 2(1), 37-9.
5. Giordano SH, et al. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004; 101: 51-57.
6. Greenfield LJ, Mulholland M. Male breast cancer. *Greenfield's Surgery*. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia 1997; 1411-12.
7. Zeren S, ve ark. Erkek Meme Kanseri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2011; 27(2), 110-113.
8. Atalay C, Doğan L, Karaman N. 23 Yıl Arayla Tanı Konulan Bilateral Metakron Erkek Meme Kanseri. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2009; 5(2).
9. Krause W. Male breast cancer-an andrological disease: Risk factors and diagnosis. *Andrologia*. 2004; 36: 346-54.
10. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male breast cancer. *The Lancet*. 2006; 367(9510), 595-604.
11. Temelli Ö, Ekici C, Ekici K. Erkeklerde Meme Kanseri ve Tedavi Özellikleri. *J Kartal TR*. 2015; 26(1):42-46.
12. Gündoğdu K, ve ark. Erkek meme kanseri-3 olgu sunumu. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2013; 35(4), 22-26.
13. Özgönül A, ve ark. Erkek meme kanseri: 2 olgu sunumu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2010; 6(1).
14. Hanavadi S, Monypenny IJ, Mansel RE. Is mammography overused in male patients? *Breast*. 2006; 15: 123-6.
15. Burga AM, et al. Invasive carcinomas of histologic subtypes and metastatic patterns in 778 cases. *Virchows Arch*. 2006; 449(5): 507-512.
16. Patten DK, Sharifi LK, Fazel M. New approaches in the management of male breast cancer. *Clinical breast cancer*. 13(5), 309-314.
17. Sevinç Aİ, ve ark. Erkeklerde meme kanseri:22 olgu. *Meme sağlığı dergisi* 2007; 3(1): 4-18.
18. Goss PE, et al. Male breast carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955-1996. *Cancer*. 1999; 85: 629-639.
19. Al Awayshih MM, Nofal MN, Yousef AJ. Modified Radical Mastectomy for Male Breast Cancer. *The American journal of case reports*. 2019; 20, 1336.
20. Fentiman IS. Surgical options for male breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2018; 172(3), 539-544.
21. Gentilini O, et al. Sentinel lymph node biopsy in male patients with early breast cancer. *Oncologist*. 2007; 12; 512-515.
22. Michel P, et al. Importance of the Limberg triple flap in the surgical treatment of cancer of the breast in

the male. *Acta Chir Belg.* 1984; 84:138–143.

23. Spear SL, Bowen DG. Breast reconstruction in a male with a transverse rectus abdominis flap. *Plast Reconstr Surg.* 1988; 102:1615–161.
24. Nakao A, et al. Deltopectoral flap for reconstruction of male breast after radical mastectomy for cancer in a patient on hemodialysis. *Anticancer Res.* 2002; 22:2477–1479
25. Yamamura, et al . Male breast cancer originating in an accessory mammary gland in the axilla: a case report. *Case Rep Med.* 2012; 286210.
26. Banys-Paluchowski M, et al. Male papillary breast cancer treated by wide resection and latissimus dorsi flap reconstruction: a case report and review of the literature. *World J Clin Oncol.* 2016; 7:420–424.