

Erkeklerde Meme Difüz Büyük B-Hücreli Lenfoması

117

Zeynep Banu AYDIN¹

GİRİŞ

Erkek Meme Maligniteleri

Tüm meme kanserlerinin %1'inden daha azı erkeklerde görülür (1). Erkek meme kanserleri kadınlara kıyasla daha geç tanı alırlar. Genelde ileri evrede ve aksiller metastaz sonrası tespit edilirler.

En sık görülen klinik bulgu ağrısız ele gelen kitledir. Ayrıca meme başında çekinti ve ülserasyon, meme başı akıntısı, ciltte kalınlaşma, ele gelen aksiller lenf nodları da klinik bulgular arasında yer alır.

Erkeklerde görülen kanserlerin %0,17'si meme kanseridir (2). Genellikle tek taraflı olup %1'den azı bilateral görülür (3). Risk faktörleri arasında ailede meme kanseri olması, genç yaşta toraks bölgesine radyasyon alınması, ileri yaş, BRCA1-2 gen mutasyonu, Klinefelter sendromu, östrojen hormon alımı yer alır (4).

Tanıda geç kalınması nedeniyle kadınlara oranla daha ileri evrede tespit edilirler. Tanı anında %50'sinde aksiller lenf nodu metastazı vardır (5). Yaklaşık olarak %80'i infiltratif duktal karsinomdur (3). Bunun dışında lobüler karsinom, daha az oranda papiller kanser ve medüller kanser görülebilir (6).

Görüntüleme yöntemleri olarak Ultrasonografi (USG), Mamografi (MG), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) kullanılır. Kalın iğne biyopsisi ile doku tanısı konur.

USG incelemede solid, hipoekoik, sınırları düzensiz, spiküle veya mikrolobüle konturlu kitle şeklinde görülür. MG'de subareolar alanda hiperdens, sınırları düzensiz, spiküle veya lobüle konturlu kitle şeklindedir. Eşlik eden mikrokalsifikasyonlar hastaların %13-30'unda görülür (7). MRG'de ise sıklıkla düzensiz şekilli, çevresel ya da heterojen kontrastlanma gösteren, ışınsal uzanımları olan kitle tespit edilir.

Memenin metastatik tümörleri arasında primer odak olarak sıklıkla melanoma, Non-Hodgkin lenfoma, akciğer kanseri, sarkom ve mide, böbrek ve prostat karsinomları yer alır.

¹ Uzman Doktor, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, zbanu1980@yahoo.com

nedenle tüm vücut görüntülemesi mutlaka yapılmalıdır. Tedavisinde ise hastaya göre farklı kemo-terapi protokolleri uygulanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Charlot M, Beatrix O, Chateau F, et al. Pathologies of the male breast. *Diagn Interv Imaging*. 2013;94(1): 26-37.
2. Günhan-Bilgen I, Bozkaya H, Üstün EE, et al. Male breast disease: clinical, mammographic, and ultrasonographic features. *Eur J Radiol*. 2002;43(3): 246-255.
3. Nguyen C, Kettler MD, Swirsky ME, et al. Male breast disease: pictorial review with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2013;33(3): 763-779.
4. Iuanow E, Kettler M, Slanetz PJ. Spectrum of disease in the male breast. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196(3): 247-259.
5. Giordano SH. A review of the diagnosis and management of male breast cancer. *Oncologist*. 2005;10(7): 471-479.
6. Mathew J, Perkins GH, Stephens T, et al. Primary breast cancer in men: clinical, imaging, and pathologic findings in 57 patients. *AJR Am J Roentgenol*. 2008;191(6): 1631-1639.
7. Shi AA, Georgian-Smith D, Cornell LD, et al. Radiological reasoning: male breast mass with calcifications. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;185(6): 205-210.
8. Eryılmaz MA, Karahan Ö, Okuş A, et al. Diffuse Large B-Cell Lymphoma case with multiple organ involvement with mass in the breast. *J Breast Health*. 2013;9: 92-95.
9. Surov A, Holzhausen HJ, Wienke A, et al. Primary and secondary breast lymphoma: prevalence, clinical signs and radiological features. *Br J Radiol*. 2012;85(1014): 195-205.
10. Wiseman C, Liao KT. Primary lymphoma of the breast. *Cancer*. 1972;29(6): 1705-1712.
11. Avenia N, Sanguinetti A, Ciocchi R, et al. Primary breast lymphomas: a multicentric experience. *World J Surg Oncol*. 2010;28(8): 53.
12. Mouna B, Saber B, El Tijani H, et al. Primary malignant non-Hodgkin's lymphoma of the breast: a study of seven cases and literature review. *World J Surg Oncol*. 2012;16(10): 151.
13. Yang H, Lang RG, Fu L. Primary breast lymphoma (PBL): A literature review. *Clin Oncol Cancer Res*. 2011;8: 128-132.
14. Jennings WC, Baker RS, Murray SS, et al. Primary breast lymphoma: the role of mastectomy and the importance of lymph node status. *Ann Surg*. 2007;245(5): 784-789.
15. Caon J, Wai ES, Hart J, et al. Treatment and outcomes of primary breast lymphoma. *Clin Breast Cancer*. 2012;12(6): 412-419.
16. Ferguson DJ. Intrethelial lymphocytes and macrophages in the normal breast. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol*. 1985;407(4): 369-378.
17. Uesato M, Miyazawa Y, Gunji Y, et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the breast: report of a case with special reference to 380 cases in the Japanese literature. *Breast Cancer*. 2005;12(2): 154-158.
18. Jia Y, Sun C, Liu Z, et al. Primary breast diffuse large B-cell lymphoma: a population-based study from 1975 to 2014. *Oncotarget*. 2017;9(3): 3956-3967.
19. Ryan G, Martinelli G, Kuper-Hommel M, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: prognostic factors and outcomes of a study by the International Extranodal Lymphoma Study Group. *Ann Oncol*. 2008;19(2): 233-241.
20. Coiffier B. Rituximab therapy in malignant lymphoma. *Oncogene*. 2007;26(25): 3603-3613.