

IL CARCINOMA DELLA MAMMELLA MASCHILE

A cura del Dott. Giacomo Antonini

In questo file è inquadrato il carcinoma mammario ed è descritto lo stato dell' arte relativo ai trattamenti.

Questa rara patologia rappresenta circa l' 1% di tutti i carcinomi mammari; pur potendosi presentare in qualsiasi periodo della vita, viene in genere diagnosticata in una fascia d' età compresa tra i 60 e i 70 anni.

Risultanti come altri fattori di rischio:

- Peso a 30 anni (> 80 Kg a 30 anni) X 2 rispetto a < 60 alla stessa età.
- Positiva correlazione tra peso e livello di estrogeni; e correlazione negativa tra peso e livelli di proteine leganti gli OO sessuali: aumento degli estrogeni liberi circolanti nei Pazienti in sovrappeso.
- Incidenza aumentata nei lavoratori della carta stampata (newspaper printing), della fabbricazione di sapone e profumi, delle ferramenta, degli immobili (real estate), dell' amministrazione statale, della sanità, degli ospedali psichiatrici, degli editori, dei giornalisti e dei segretari.
- Aumento nei lavoratori dell' industria del sapone e dei profumi.
- Ipotesi: esposizione a sostanze contenenti estrogeni (creme,..), solventi chimici (idrocarburi alogenati aromatici), esposizione a iperestrogenismo in Pazienti esposti a traumi in lavori con elevate temperature.
- Tra i fattori predisponenti si possono annoverare stati di iperestrogenismo (cirrosi, somministrazione di estrogeni, sindrome di Klinefelter), la esposizione a radiazioni ionizzanti oltre alla familiarità per il carcinoma mammario, obesità, alcool, fumo, farmaci inducenti ginecomastia, storia familiare per carcinoma mammario, esposizione a Rx, iperestrogenemia,.
- Anche se sono rari sono i carcinomi infiammatori e il carcinoma di Paget, la malattia neoplastica assomiglia a quella che colpisce il sesso femminile con le stesse caratteristiche istologiche, le modalità di diffusione metastatica, la sopravvivenza per stadio, la stadiazione.; nonostante la maggiore facilità alla diagnosi, questa è in genere più tardiva rispetto a quella del sesso femminile, probabilmente per una minore attenzione al problema carcinoma della mammella. L' 85% dei carcinomi è positiva ai recettori estrogenici e il 70% positiva anche ai recettori progesterinici
- Come per il sesso femminile, vi è un aumento della incidenza dei carcinomi nei soggetti con familiarità (anche femminile) per il carcinoma mammario, soprattutto nelle famiglie con mutazioni BRCA2 del cromosoma 13q

OPZIONI TERAPEUTICHE:

Nei pazienti con linfonodi negativi, I trattamenti adiuvanti dovrebbero essere proposti sulle premesse dei trattamenti per il carcinoma mammario femminile dal momento che non esistono evidenze che le risposte ai trattamenti siano differenti nei due sessi, con uguali sopravvivenze a parità di stadio, fattori di rischio e aspetti biologici.

L' 85% dei carcinomi maschili è ER+ e il 70% è PGR+ e questo consente di consigliare il trattamento con Tamoxifene e altri trattamenti ormonali così come accade nel sesso femminile.

Trattamento iniziale

Il trattamento standard è la mastectomia radicale modificata con linfettomia ascellare

Trattamenti adiuvanti

E' considerata utile la somministrazione di trattamento ormonale in tutti i pazienti

- Nei pazienti N0, la prognosi è buona e non sono in genere necessari trattamenti adiuvanti.
- Nei pazienti N+, come per il trattamento della malattia nel sesso femminile, è usualmente somministrata sia la chemioterapia che il tamoxifene.
- CMF: cyclofosfamide + methotrexate + fluorouracile.
- CAF: cyclofosfamide + doxorubicina + fluorouracile.

Trattamento delle recidive locali

Come per la recidiva del carcinoma mammario femminile, è raccomandata l' escissione locale ampia associata a radioterapia e chemioterapia.

Trattamento delle metastasi

Il trattamento ormonale, la chemioterapia da soli o associati sono stati impiegati con un successo paragonabile a quello per il trattamento dei tumori mammari nel sesso femminile allo stesso stadio.

Il trattamento ormonale prevede:

- orchietomia
- analoghi del LRH con o senza antiandrogeni
- Tamoxifen per i pazienti ER+
- Progesterone.
- Aminoglutetimide.

Sulla scorta dei risultati nel carcinoma mammario della donna, i pazienti sono stati sottoposti a trattamenti ormonali, chemioterapici, e radioterapici, soli o in associazione anche sequenziale con risultati talvolta incoraggianti:

- CMF
- CAF

BIBLIOGRAFIA

1. Hultborn R, Hanson C, Köpf I, et al.: Prevalence of Klinefelter's syndrome in male breast cancer patients. *Anticancer Res* 17 (6D): 4293-7, 1997 Nov-Dec.
 2. Wooster R, Bignell G, Lancaster J, et al.: Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature* 378 (6559): 789-92, 1995 Dec 21-28.
 3. Thorlacius S, Tryggvadottir L, Olafsdottir GH, et al.: Linkage to BRCA2 region in hereditary male breast cancer. *Lancet* 346 (8974): 544-5, 1995.
 4. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, et al.: Current management of male breast cancer: a review of 104 cases. *Annals of Surgery* 215(5): 451-459, 1992.
 5. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN: Breast cancer in men. *Ann Intern Med* 137 (8): 678-87, 2002.
 6. Joshi MG, Lee AK, Loda M, et al.: Male breast carcinoma: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome. *Cancer* 77 (3): 490-8, 1996.
 7. Anelli TF, Anelli A, Tran KN, et al.: Tamoxifen administration is associated with a high rate of treatment-limiting symptoms in male breast cancer patients. *Cancer* 74 (1): 74-7, 1994.
 8. Jaiyesimi IA, Buzdar AU, Sahin AA, et al.: Carcinoma of the male breast. *Annals of Internal Medicine* 117(9): 771-777, 1992.
 9. Gattuso P, Reddy VB, Green L, et al.: Prognostic significance of DNA ploidy in male breast carcinoma: a retrospective analysis of 32 cases. *Cancer* 70(4): 777-780, 1992.
 10. Harris JR, Morrow M, Bonadonna G: Cancer of the breast. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, Eds.: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia: JB Lippincott Company, 4th Edition, 1993, pp 1264-1332.
 11. Cutuli B, Lacroze M, Dilhuydy JM, et al.: Male breast cancer: results of the treatments and prognostic factors in 397 cases. *European Journal of Cancer* 31A(12): 1960-1964, 1995.
 12. Kinne DW: Management of male breast cancer. *Oncology (Huntington NY)* 5(3): 45-48, 1991.
 13. Joshi MG, Lee AK, Loda M, et al.: Male breast carcinoma: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome. *Cancer* 77(3): 490-498, 1996.
 14. Cocconi G, Bisagni G, Ceci G, et al.: Low-dose aminoglutethimide with and without hydrocortisone replacement as a first-line endocrine treatment in advanced breast cancer: a prospective randomized trial of the Italian Oncology Group for Clinical Research. *Journal of Clinical Oncology* 10(6): 984-989, 1992.
 15. Gale KE, Andersen JW, Tormey DC, et al.: Hormonal treatment for metastatic breast cancer: an Eastern Cooperative Oncology Group phase III trial comparing aminoglutethimide to tamoxifen. *Cancer* 73(2): 354-361, 1994.
 16. Ravandi-Kashani F, Hayes TG: Male breast cancer: a review of the literature. *Eur J Cancer* 34 (9): 1341-7, 1998.
-