

Brystkreft hos menn

Forekomst: Brystkreft hos menn utgjør mindre enn 1 % av all brystkreft. I 2014 fikk 24 menn brystkreft i Norge. Det har vært en svakt økende insidens de siste 10 årene. Sykdommen opptrer hovedsakelig hos eldre menn, 8 av 10 er over 60 år. Ved diagnose er tumor oftere større og har oftere lymfeknutemetastaser, enn hos kvinner.

Risikofaktorer: Menn uten barn, med nedsatt testisfunksjon, overvekt eller familiær disposisjon (20 %) synes å ha noe høyere risiko for brystkreft (1). Omtrent 10 % av brystkreft hos menn finnes hos BRCA2 mutasjonsbærere. Alle menn med brystkreft skal derfor tilbys gentest.

Biologi: Brystkreft hos menn er biologisk ikke helt lik brystkreft hos kvinner. Nesten alle tumorer er infiltrerende duktale carcinom og østrogenreceptor positive. Trippel negative svulster forekommer sjelden.

Behandling: Det foreligger ingen randomiserte kliniske studier vedrørende behandling av denne pasientgruppen. Av denne grunn har menn med brystkreft tradisjonelt vært behandlet etter de samme retningslinjer som kvinner med brystkreft.

Kirurgisk behandling av brystkreft kan være ablatio eller brystbevarende operasjon med sentinel node eller aksilledisseksjon etter samme retningslinjer som hos kvinner med brystkreft (3,4).

Tamoxifen er gullstandard ved systemisk adjuvant endokrin behandling (5,6). Varigheten bør være 5 år (6). Østrogen hos menn produseres hovedsakelig ved bruk av aromatase (80 %) og for øvrig fra testiklene (20 %). Hos friske menn finner man en signifikant reduksjon av østrogen, samtidig med en økning av FSH, LH og testosteron ved bruk av aromatasehemmere (7). Økningen i testosteron kan begrense nytten av aromatasehemmere. GnRH analoger reduserer nivå av FSH, LH og testosteron. I en studie på metastatisk brystkreft hos menn fant man bedre klinisk nytte med kombinasjon av AI med GnRH analoger (ikke statistisk signifikant pga små tall) (7).

Strålebehandling og kjemoterapi følger retningslinjer som for brystkreft hos kvinner. Det foreligger ingen studier med bruk av zoledronsyre adjuvant ved brystkreft hos menn, og det kan derfor ikke anbefales.

1. Brinton LA, Key TJ, Kolonel LN. Prediagnostic sex steroid hormones in relation to male breast cancer risk. *J Clin Oncol* 2015;33(14)
2. Masci G, Caruso M, Caruso F et al. Clinicopathological and immunohistochemical characteristics in male breast cancer: A retrospective case series. *The Oncologist* 2015;20:586-92
3. Cloyd JM, Hernandez-Boussard T, Wapnir IL. Outcomes of partial mastectomy in male breast cancer patients: analysis of SEER, 1983-2009. *Ann Surg Oncol* 2013;20(5):1545-50
4. Zaenger D, Rabatic BM, Dasher B, Mourad WF. Is breast conserving therapy a safe modality for early-stage male breast cancer? *Clin Breast Cancer* 2016;16(2): 101-4

5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 3.2014.
www.nccn.com
6. Holm E, Ignatov A, Smith BJ et al. Adjuvant therapy with tamoxifen compared to aromatase inhibitors for 257 male breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat 2013;137:465-70
7. Zagouri F, Sergantani TN, Azim HA Jr et al. Aromatase inhibitors in male breast cancer: a pooled analysis. Breast Cancer Res Treat 2015;151:141-7