

ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТА МУЖСКОГО ПОЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ*

Д.Р. КАЙДАРОВА^{1,2}, А.Ж. АБДРАХМАНОВА^{1,2}, М.С. ДМИТРЕНКО¹, А.Б. БАЙЖИГИТОВ¹,
Н.А. ЧИЧУА¹, К.К. СМАГУЛОВА^{1,2}, Р.З. АБДРАХМАНОВ^{1,2}, С.Н. КАЛДАРБЕКОВ²

¹АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан;

²НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: В выявлении, лечении и последующем наблюдении рак молочной железы (РМЖ) у мужчин исторически отставал от РМЖ у женщин. В целом РМЖ менее распространен среди мужчин, что ограничивает полезность скрининга, однако заболеваемость РМЖ у мужчин растет.

Цель исследования – представить результаты хирургического лечения и типовые изменения клинических и морфологических проявлений РМЖ у мужчины под воздействием химиотерапевтического и хирургического лечения.

Методы: В статье описан клинический случай пациента мужского пола с диагнозом «Рак правой молочной железы St III (T4pN0M0), отечно-инfiltrативная форма с внутрипротоковым компонентом, верхне-наружная локализация. Иммуногистохимический люминальный подтип В без экспрессии Her2neu». Состояние – после 6 неoadъювантных курсов химиотерапии.

Результаты: после шести предоперационных курсов химиотерапии УЗИ молочных желез показало, что центрально определена гипохогенное образование, с нечеткими, неровными контурами, размерами 52,5×48,2×46,1 мм, V=60,98 см³. В сравнении с данными от марта 2022 года (отмечается наличие образования правой молочной железы, лоцируемое в верхненаружном квадранте, с четкими неровными контурами размером 9,0 см с инфильтрирующим ростом) наблюдается уменьшение опухолевого образования до US BI-RADS R6, L2. Решением мультидисциплинарного консилиума было решено выполнить оперативное лечение. В августе 2022 года была произведена операция в объеме радикальной мастэктомии по Маддену справа и простой мастэктомии слева. Лечебный патоморфоз по результатам послеоперационного гистологического заключения: индекс RCB-2.233, class RCB-II.

Заключение: В данной статье продемонстрированы результаты проведенного системного и хирургического лечения у мужчины с РМЖ. Учитывая клинико-анамнестические данные, данные литературных источников, клинического протокола, решение мультидисциплинарной группы пациенту была рекомендована лучевая терапия в сочетании с адъювантной эндокринной терапией препаратом тамоксифен в течение первоначального периода в пять лет.

Ключевые слова: Клинический случай, рак молочной железы (РМЖ) у мужчин, люминальный подтип «В» без экспрессии Her2neu, мастэктомия, лечебный патоморфоз, лучевая терапия, эндокринная терапия.

Введение: В выявлении, лечении и последующем наблюдении рак молочной железы (РМЖ) у мужчин исторически отставал от РМЖ у женщин, однако заболеваемость РМЖ у мужчин растет [1]. В настоящее время РМЖ у мужчин представляет собой самостоятельную нозологическую единицу со своими биологическими, молекулярными и клиническими особенностями, требующими междисциплинарного подхода [2]. Гормональная среда мужчины является уникальной и мощной детерминантой для оценки риска, прогноза и результатов лечения [3]. Мультимодальное лечение РМЖ включает хирургию, лучевую и лекарственную терапии [4].

Цель исследования – представить результаты хирургического лечения и типовые изменения клинических и морфологических проявлений РМЖ у мужчины под воздействием химиотерапевтического и хирургического лечения.

Материалы и методы: В статье описан клинический случай пациента мужского пола с диагнозом «Рак правой молочной железы St III (T4pN0M0), отечно-инfiltrативная форма с внутрипротоковым компонентом, верхне-наружная локализация. Иммуногистохимический люминальный подтип В без экспрессии Her2neu». Состояние – после 6 неoadъювантных курсов химиотерапии (НАПХТ) [5].

Описание клинического случая

Информация о пациенте:

Пациент, А. мужчина 1958 года рождения, состояние – после шести курсов НАПХТ на базе АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (окончание химиотерапевтического лечения – июль 2022 года) [5], 2 клиническая группа. С апреля по июль 2022 года, после выполненной адекватной диагностики и установки клинического диагноза, пациенту было проведено шесть предоперационных химиотерапевтических курсов по схеме «АС» Доксорубин 60 мг/м² (СД 120 мг) + Циклофосфамид 600 мг/м² (СД 1200 мг). Планово назначено проведение инструментальных обследований для оценки лечения.

Клинические данные:

Локально: при осмотре в динамике от мая 2022 года справа ареола уплотнена, кожа утолщена преареолярно, сосок фиксирован. Сохраняется выраженный железистый компонент в обеих молочных железах. В правой молочной железе, на границе верхних квадрантов, субареолярно, бесформенное образование, незначительно уменьшилось в размерах, локально 5,0 см. (исходные размеры по данным маммографии от мая 2022 года 6,8×6,1 см). В подмышечной области справа пальпируется интрамаммарный лимфоузел размером около 1,3 см (предыдущие размеры лимфоузла – около 2,0 см). Сохраняется гинекомастия слева (рисунок 1).

*Продолжение результатов исследований, опубликованных в журнале «Онкология и радиология Казахстана», №2 (64) 2022 г.



Рисунок 1 – Рак правой молочной железы у мужчины, St III (T4pN0M0), отечно-инфильтративная форма с внутритротоковым компонентом, верхне-наружная локализация. Иммуногистохимический люминальный подтип В без экспрессии Her2neu. Состояние – после 6 курсов НАПХТ: А – вид спереди, Б – вид сбоку

Диагностика: после проведенных 6 курсов химиотерапевтического лечения пациенту была проведена предоперационная диагностика с применением инструментальных методов исследования.

МРТ головного мозга с контрастированием, август 2022 г.: была выявлена лакунарная киста в области базальных ядер слева.

УЗИ молочных желез, август 2022 г.: Описывается оценка состояния после 6 курсов химиотерапии. Центральное определяется гипоехогенное образование, с нечеткими, неровными контурами, структура неоднородная, размерами 52,5×48,2×46,1 мм, V=60,98 см³. В сравнении с представленными данными УЗИ молочных желез от марта 2022 года (отмечается наличие образования правой молочной железы, лоцируемое в верхне-наружном квадранте, с четкими неровными контурами размером 9,0 см с инфильтрирующим ростом), при сопоставлении наблюдается уменьшение опухолевого образования. Гинекомастия молочных желез с обеих сторон. US BI-RADS R6, L2.

УЗИ подмышечных лимфоузлов с обеих сторон, август 2022 г.: на границе с подмышечной областью справа визуализируется гипоехогенный узел, с четкими неровными контурами, неоднородной структуры, размером 13,2×10,9×12,1 мм, V=0,91 см³. В сравнении с представленными данными УЗИ подмышечных лимфоузлов от марта 2022 г., образование несколько уменьшилось (прежние размеры – 2,0 см³).

Контрольные билатеральные маммограммы обеих молочных желез в 2-х проекциях, август 2022 г.: в динамике от мая 2022 года сохраняется асимметричный выраженный железистый компонент в обеих молочных железах, тип плотности – С. В правой молочной железе, на границе верхних квадрантов, субареолярно лоцируется бесформенное образование высокой интенсивности с нечеткими контурами, которое уменьшилось в размерах до 5,0 см в диаметре (предыдущие размеры – 6,8×6,1 см). Более выражены признаки отека стромы. Ретромаммарно сохраняется интенсивное образование 1,3 см в диаметре (интрамаммарный лимфоузел). BI-RADS VI. Гинекомастия слева.

УЗИ шеи, август 2022 г.: данных за очаговые изменения шеи с обеих сторон не выявлено.

КТ органов брюшной полости и грудной клетки с внутривенным контрастированием, август 2022 г.: выявлены мелкие кальцинаты в печени и обоих легких, микролиты в почках.

МРТ органов малого таза с контрастом, август 2022 г.: картина гиперплазии предстательной железы (Pi-Rads1).

Лечение: Лечение пациентов с РМЖ требует мультимодального подхода. После проведенных 6 курсов НАПХТ и оценки эффективности лечения по данным инструментальных обследований тактика дальнейшего введения была обсуждена совместно с заведующими центров круглосуточного дневного стационара химиотерапии, центра опухолей молочных желез и врачами-ординаторами АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (Алматы, Казахстан). На основе протокола диагностики и лечения злокачественных новообразований Республики Казахстан, данных современных литературных источников, международных стандартов и с учётом эффективности ранее проведенных курсов химиотерапии было принято единогласное решение выполнить оперативное лечение в объеме радикальной мастэктомии по Маддену справа и простой мастэктомии слева. В августе 2022 г. в рамках подхода к оперативному лечению в асептических условиях после интубации и обработки операционного поля в положении больного на спине был произведен кожный разрез, окаймляющий молочную железу (левую/правую). Отсепарированы кожные лоскуты по общим правилам: вверх – до края ключицы, медиально – до края грудины, книзу – до края реберной дуги, латерально – до края широчайшей мышцы спины. Правую молочную железу вместе с клетчаткой подключичной, подлопаточной и подмышечной областей удалили по Маддену. Также произведено профилактическое удаление левой молочной железы (рисунок 2).

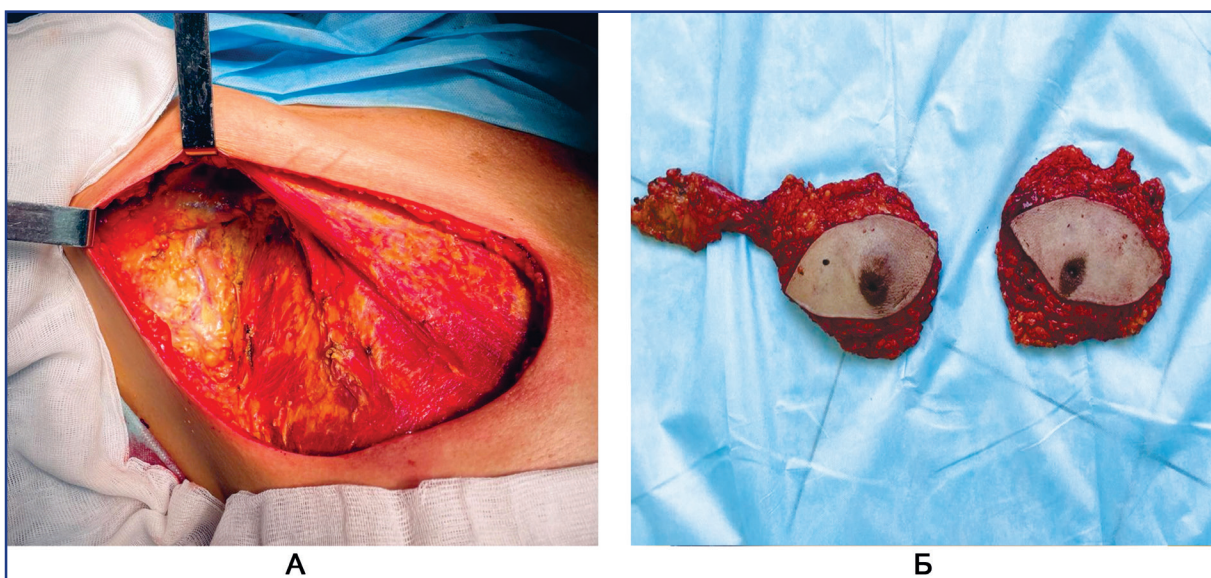


Рисунок 2 – Пациент А., 64 года. Операция в объеме радикальной мастэктомии по Маддену справа и профилактическое удаление левой молочной железы: А – вид операционного поля, мастэктомия по Маддену справа, Б – макропрепарат

Послеоперационное гистологическое заключение, август 2022 г.: № 1. Резидуальная опухоль – инфильтрирующая протоковая карцинома правой молочной железы G II размером 5,0×4,2 см с опухолевыми эмболами в сосудах, инвазией в дерму кожи. Внутрипротоковый компонент составляет 15% от опухоли, солидного крибброзного типа pGII. Опухолевая клеточность – 40%. В восьми исследованных лимфоузлах подмышечной клетчатки справа метастазов опухоли не найдено. Лечебный патоморфоз: индекс RCB-2.233, class RCB-II. Пиг-

ментированный себорейный кератоз кожи правой молочной железы. № 2. В ткани левой молочной железы определяется выраженный фиброгиалиноз стром.

В сентябре 2022 г. решением междисциплинарной группы пациенту рекомендована лучевая терапия в сочетании с адъювантной эндокринной терапией препаратом тамоксифен в течение первоначального периода в пять лет.

Временная шкала клинического случая представлена на рисунке 3.

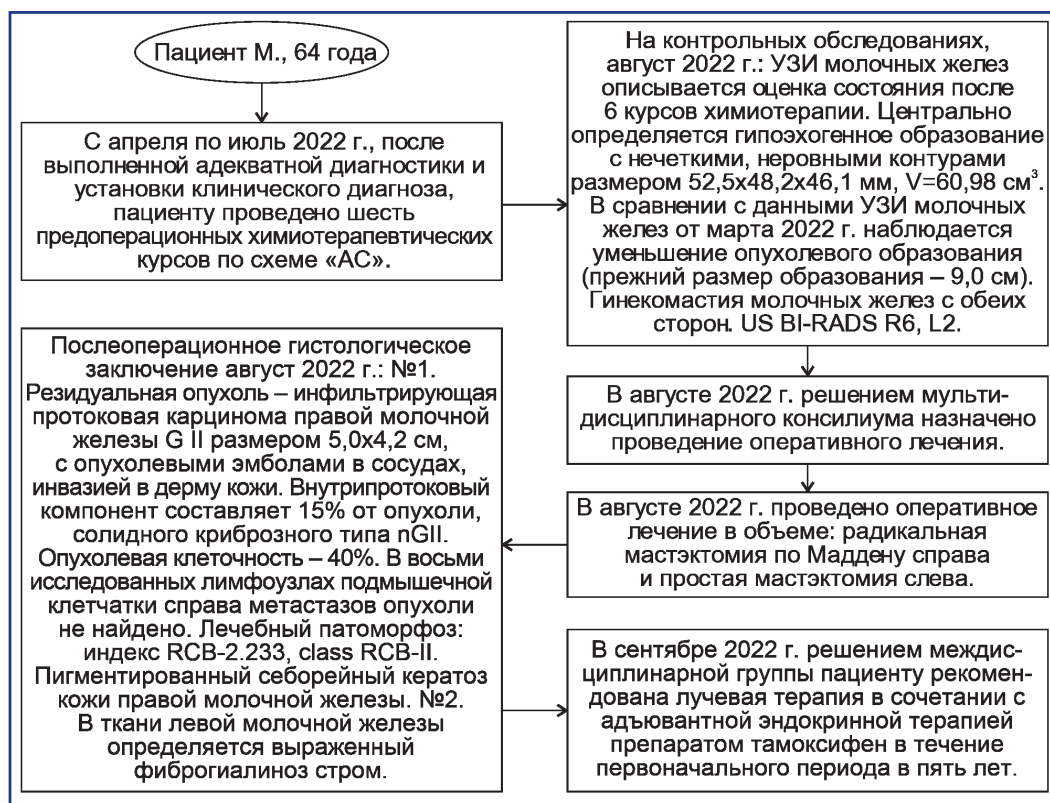


Рисунок 3 – Временная шкала описываемого клинического случая лечения пациента мужчины с диагнозом «рак правой молочной железы»

Результаты: На рисунке 4 представлена фотография пациента после комбинированного лечения, включавшего проведение 6 предоперационных химиотерапевтических курсов по схеме «АС» Доксорубин 60 мг/м² (СД 120 мг) + Циклофосфамид 600 мг/м² (СД 1200 мг) и оперативного лечения в объеме радикальной мастэктомии по Маддену справа и профилактического удаления левой молочной железы. На протяжении

всего периода лечения пациент выраженных жалоб не предъявлял, курсы химиотерапии перенес с умеренно выраженным эметическим синдромом. Пациенту начата лучевая терапия с последующей адъювантной эндокринной терапией препаратом тамоксифен в течение первоначального периода в пять лет. Отдаленные результаты лучевого и эндокринного лечения будут оценены после 3 месяцев лечения.

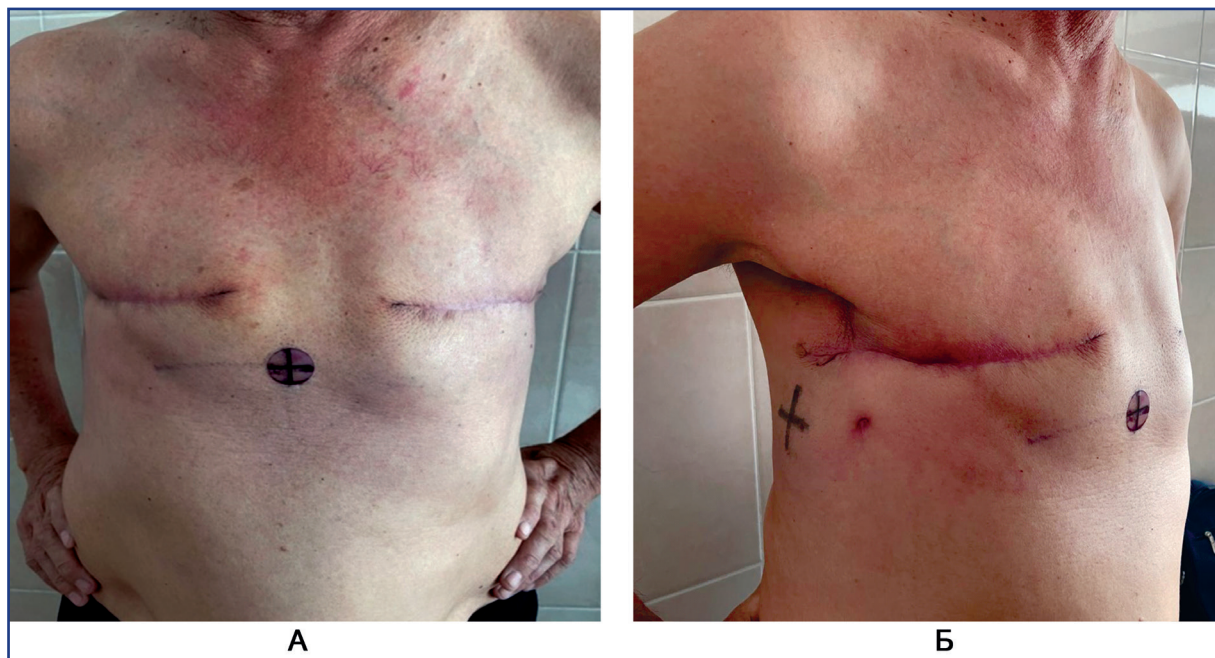


Рисунок 4 – Состояние пациента после комбинированного лечения: А – вид спереди, Б – вид сбоку

Обсуждение: РМЖ у мужчин встречается крайне редко [6]. В связи с редкой встречаемостью данного заболевания у мужчин литературные источники, современные исследования и разработки новых подходов к диагностике и лечению, клинические протоколы по РМЖ в первую очередь ориентированы на женский рак, однако при принятии решений по поводу лечения у мужчин следует учитывать биологические факторы, такие как гормональный фон [7]. Изучение современных данных показало, что средний возраст пациентов мужского пола с диагнозом РМЖ составляет 67 лет, тогда как средний возраст женщин с данным диагнозом – 62 года. Как и для многих онкологических заболеваний, риск развития РМЖ увеличивается с возрастом. Клиническим проявлением РМЖ является, прежде всего, пальпируемое образование, редко отмечаются выделения или кровотечения из сосков, ретракция кожи с изъязвлением [8]. Учитывая нечастую распространённость скрининга РМЖ у мужчин, на основе анализа современных литературных источников были сделаны следующие рекомендации: при подозрении на РМЖ у мужчин с синдромом Клайнфельтера в качестве дифференциальной диагностики, в возрасте до 25 лет необходимо проводить УЗИ молочных желез, у мужчин старше 25 лет применима маммография или цифровой томосинтез молочных желез [9]. Другие генетические нарушения были связаны с увеличением риска развития РМЖ у мужчин с синдромами Каудена (ген-супрессор опухоли РТЕН), Ли-Фраумени (ТР53) и Линча (PALB2 и гены репарации несоответствия) [10, 11]. Мужчины,

как и женщины, имеют более высокий риск развития РМЖ при наличии РМЖ в анамнезе у родственников первой или второй степени родства. Исследования показали, что наличие злокачественного заболевания молочной железы у братьев, сестёр или родителей любого пола увеличивает риск РМЖ как у мужчин, так и у женщин. Было изучено, что относительный риск (ОР) РМЖ был одинаковым у потомства, когда данным заболеванием были поражены отец или мать (ОР = 1,73 и 1,74, соответственно), но риск был немного выше у женщин, когда страдает брат, а не сестра (ОР = 2,48 и 1,39, соответственно) [12]. В дополнение к семейному анамнезу РМЖ, наличие BRCA мутации у мужчин также увеличивает риск РМЖ. Хотя у мужчин мутация BRCA встречается редко, у носителей мутации BRCA2 риск развития заболевания повышен на 6%, а BRCA1 – на 4% [11]. Как и у женщин, у мужчин применимы стандартные инструментальные обследования, толстоигольная или тонкоигольная аспирационная биопсия опухоли (ТАБ).

Около 90% всех опухолей молочной железы у мужчин являются инвазивными протоковыми карциномами. Поскольку в мужской груди отсутствуют терминальные дольки, если только она не подвергается воздействию высоких доз эндогенных и/или экзогенных эстрогенов, лобулярный гистотип составляет только 1,5% инвазивных раков, тогда как у женщин более 10% всех карцином молочной железы являются лобулярными. Поэтому, несмотря на некоторые описанные выше различия с женским раком, мужчинам с РМЖ требуется системное лечение (неoadъювантное, адъю-

вантное или метастатическое), а выбор между химиотерапией или гормонотерапией должен основываться на биологии опухоли [13, 14]. В представленном клиническом случае пациенту первым этапом было проведено 6 неoadъювантных курсов химиотерапии. Локально-регионарные подходы должны включать хирургическое и лучевое лечение. Вторым этапом пациенту была проведена операция в объеме радикальной мастэктомии по Маддену справа и профилактическое удаление левой молочной железы [15, 16].

Заключение: РМЖ у мужчин встречается редко, составляя примерно 1% всех случаев рака молочной железы и менее 1% всех неоплазий у мужчин. Представленный редко встречаемый клинический случай РМЖ у мужчины разделен на 2 части, первая статья посвящена первичной инструментальной и лабораторной диагностике, постановке клинического диагноза и проведению предоперационных курсов химиотерапии. Во второй части данного случая, демонстрируются результаты проведенного системного лечения, операции, степень лечебного патоморфоза. Учитывая клинико-анамнестические данные, данные литературных источников, клинического протокола, решением мультидисциплинарной группы пациенту была рекомендована лучевая терапия в сочетании с адъювантной эндокринной терапией препаратом тамоксифен в течение первоначального периода в пять лет. В целом статья показывает эффективность проведенного неoadъювантного химиотерапевтического и локального хирургического лечения. В связи с редкостью данного заболевания существуют острая необходимость проведения обширных исследований, скрининговых программ, повышения осведомленности мужского населения для раннего выявления и успешного лечения пациентов с данным диагнозом.

Список использованных источников:

- Cardoso F, Bartlett J. M. S., Slaets L., Van Deurzen C. H. M., Van Leeuwen-Stok E., Porter P., Linderholm B., Hedenfalk I., Schröder C., Martens J., Bayani J., van Asperen C., Murray M., Hudis C., Middleton L., Vermeij J., Punie K., Fraser J., Nowaczyk M., Rubio I.T., Aebi S., Kelly C., Ruddy K.J., Winer E., Nilsson C., Dal Lago L., Korde L., Benstead K., Bogler O., Goulioti T., Peric A., Litiere S., Aalders K.C., Poncet C., Tryfonidis K., Giordano S.H. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085 // TBCRC BIG NABCG International Male Breast Cancer Program Annals of Oncology. – 2018. – Vol. 29(2). – P. 405-417. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx651>
- Быкова А.В., Воротников И.К., Вишневецкая Я.В., Денчик Д.А., Любченко Л.Н. Проблема рака молочной железы у мужчин // Сиб. Онкол. Ж. – 2011. – №4. – С. 64-68 [Bykova A.V., Vorotnikov I.K., Vishnevskaya Ya.V., Denchik D.A., Lyubchenko L.N. Problema raka molochnoy zhelezy u muzhchin // Sib. Onkol. Zh. – 2011. – №4. – S. 64-68 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-raka-molochnoy-zhelezy-u-muzhchin>

- Brinton L.A., Carreon J.D., Gierach G.L., McGlynn K.A., Gridley G. Etiologic factors for male breast cancer in the US Veterans affairs' medical care system database // Breast Cancer Res. Treat. – 2010. – Vol. 119. – P. 185-192. <https://doi.org/10.1007/s10549-009-0379-0>
- Lin A.P., Huang T.W., Tam K.W. Treatment of male breast cancer: meta-analysis of real-world evidence // BJS. – 2021. – Vol. 108(9). – P. 1034-1042. <https://doi.org/10.1093/bjs/znab279>
- Кайдарова Д.П., Дмитренко М.С., Чичуа Н.А., Смагулова К.К., Абдрахманов Р.З., Калдарбеков С.Н., Қалмен П.Б. Клинический случай лечения рака молочной железы у пациента мужского пола // Онкология и радиология Казахстана. – 2022. – №2(64). – С. 33-37 [Kaidarova D.P., Dmitrenko M.S., Chichua N.A., Smagulova K.K., Abdrakhmanov R.Z., Kaldarbekov S.N., Kalmen P.B. Klinicheskii sluchai lecheniya raka molochnoi zhelezy u pacienta muzhskogo pola // Onkologiya i radiologiya Kazahstana. – 2022. – №2(64). – P. 33-37 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.52532/2521-6414-2022-2-64-33-38>
- Korde L.A., Zujewski J.A., Kamin L., Giordano S., Domchek S., Anderson W.F. Multidisciplinary meeting on male breast cancer: summary and research recommendations // J. Clin. Oncol. – 2010. – Vol. 28(12). – P. 2114-2122. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2009.25.5729>
- Khan N. A. J., Tirona M. An updated review of epidemiology, risk factors, and management of male breast cancer // Med. Oncol. – 2019. – Vol. 38(4). – P. 136-138. <https://doi.org/10.1007/s12032-021-01486-x>
- Munoz Carrasco R., Alvarez Benito M., Rivin del Campo E. Value of mammography and breast ultrasound in male patients with nipple discharge // Eur. J. Radiol. – 2013. – Vol. 82. – P. 478-484. <https://www.ejradiology.com/action/showPdf?pii=S0720-048X%2812%2900530-X>
- Niell B.L., Lourenco A.P., Moy L., Baron P., Didwania A.D., Heller S.L., Holbrook A.I., Le-Petross H.T., Lewin A.A., Mehta T.S., Slanetz P.J. ACR Appropriateness Criteria evaluation of the symptomatic male breast // J. Am. Coll. Radiol. – 2018. – Vol. 15(11). – P. 313-320. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1546144018311591>
- Fentiman I. Male breast cancer: a review // E Cancer medical science. – 2009. Vol. 3 – P. 140. <https://doi.org/10.3332%2Fecancer.2009.140>
- Massarweh S.A., Sledge G.W., Miller D.P., McCullough D., Petkov V.I., Shak S. Molecular Characterization and Mortality from Breast Cancer in Men // J. Clin. Oncol. – 2018. – Vol. 36(14). – P. 1396-1404. <https://doi.org/10.1200/jco.2017.76.8861>
- Bevier M., Sundquist K., Hemminki K. Risk of breast cancer in families of multiple affected women and men // Breast Cancer Res. Treat. – 2012. – Vol. 132(2). – P. 723-728. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1915-2>
- Gucalp A., Traina T.A., Eisner J.R., Parker J.S., Selitsky S.R., Park B.H., Elias A.D., Baskin-Bey E.S., Cardoso F. Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer // Breast Cancer Res. Treat. – 2019. – Vol. 173(1). – P. 37-48. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4921-9>
- Severson T.M., Zwart W. A review of estrogen receptor/androgen receptor genomics in male breast cancer // Endocr. Relat. Cancer. – 2017. – Vol. 24(3). – P. R27-R34. <https://doi.org/10.1530/ERC-16-0225>
- Тюляндин С.А., Жукова Л.Г., Королева И.А., Пароконная А.А., Семиглазова Т.Ю., Стенина М.Б., Фролова М.А. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака молочной железы // Злокачественные опухоли. – 2021. – Т. 11, №3s2-1. – С. 119-157 [Tyulyandin S.A., Zhukova L.G., Koroleva I.A., Parakonnyaya A.A., Semiglazova T.Yu., Stenina M.B., Frolova M.A. Prakticheskie rekomendacii po lekarstvennomu lecheniyu raka molochnoi zhelezy // Zlokachestvennyye opuholi. – 2021. – Vol. 11, no.3s2. – S. 119-157 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2021-11-3s2-09>
- Darkeh M.H.S.E., Azavedo E. Male breast cancer clinical features, risk factors, and current diagnostic and therapeutic approaches // Int. J. Clin. Med. – 2014. – Vol. (5). – P. 1068-1086. <http://www.scirp.org/journal/ijcm>

ТҰЖЫРЫМ

ЕР АДАМДАР АРАСЫНДАҒЫ НАУҚАСТАРДА СҮТ БЕЗІ ОБЫРЫН ЕМДЕУ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ*

Д.П. Кайдарова^{1,2}, А.Ж. Абдрахманова^{1,2}, М.С. Дмитренко¹, А.Б. Байжигитов¹, Н.А. Чичуа¹, К.К. Смагулова^{1,2}, Р.З. Абдрахманов^{1,2}, С.Н. Калдарбеков²

¹«Қазақ онкология және радиология ғылыми зерттеу институты» АҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы;
²«С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті» ҚеАҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы

Өзектілігі: Сүт безі қатерлі ісігін анықтау, емдеу және бақылау барысында ерлер арасындағы сүт безі қатерлі ісігі әйелдерге қарағанда артта қалуда. Жалты алғанда, сүт безі қатерлі ісігі ерлер арасында сирек кездеседі, бұл скринингтің пайдалылығын шектейді, бірақ ерлерде сүт безі қатерлі ісігінің жиілігі артып келеді.

Зерттеудің мақсаты – химиотерапия мен хирургиялық емнің әсерінен, ер адамда сүт безі обырының клиникалық және морфологиялық көріністерінің хирургиялық емдеу нәтижелерін, типтік өзгерістерін көрсету болып табылады.

Әдістер: Мақалада «Оң жақ сүт безінің St III обыры (T4pN0M0), интрадукталды компоненті, ісіну-инфильтративті түрі, жоғарғы-сыртқы локализациясы, Her2neu экспрессиясы жоқ иммуногистохимиялық люминальды В қосалқы түрі» диагнозы бар ер науқастың клиникалық жағдайы сипатталған. Негізгі жағдайы – химиотерапияның 6 неoadьювантты курсынан кейін.

Нәтижелері: операцияға дейінгі алты химиотерапия курсынан кейін, сүт бездерінің УДЗ өлшемдері 52,5×48,2×46,1 мм, V=60,98 см³, айқын емес жүйке контурлары бар орталықтан анықталған гипоехогендік түзіліс бар екенін көрсетті. 2022 жылдың наурыз айындағы деректермен салыстырғанда (оң жақ сүт безінің жоғарғы сыртқы квадрантында орналасқан, контуры айқын біркелкі емес 9,0 см инфильтрациялық өсумен), ісік көлемінің US BI-RADS R6, L2. дейін төмендеуі байқалады. Мультидисциплинарлық кеңестің шешімімен хирургиялық ем жүргізу туралы шешім қабылданды. 2022 жылдың тамыз айында оң жақта радикалды Madden мастэктомиясы және сол жақта қарапайым мастэктомия жасалды. Операциядан кейінгі гистологиялық қорытындының нәтижесі бойынша емдік патоморфоз: индекс РКБ-2,233, РКБ-II класы.

Қорытынды: Бұл мақалада сүт безі қатерлі ісігі бар ер адамда жүйелі және хирургиялық емдеудің нәтижелері көрсетілген. Клиникалық және анамнестикалық деректерді, әдеби деректерді, клиникалық хаттаманы ескере отырып, мультидисциплинарлық топтың шешімімен пациентке бастапқы бес жыл бойы тамоксифенмен аьювантты эндокриндік терапиямен біріктірілген сәулелік терапия ұсынылды.

Гүйінді сөздер: Клиникалық жағдай, ерлердің сүт безі қатерлі ісігі (БК), Her2neu экспрессиясы жоқ люминальды «В» субтипi, мастэктомия, терапевтік патоморфоз, сәулелік терапия, эндокриндік терапия.

* «Қазақстанның онкологиясы мен радиологиясы» журналында жарияланған зерттеу нәтижелерінің жалғасы, №2 (64) 2022 жс.

ABSTRACT

MALE BREAST CANCER TREATMENT: A CLINICAL CASE*

D.R. Kaidarova^{1,2}, A.Zh. Abdrakhmanova^{1,2}, M.S. Dmitrenko¹, A.B. Baizhigitov¹, N.A. Chichua¹,
K.K. Smagulova^{1,2}, R.Z. Abdrakhmanov^{1,2}, S.N. Kaldarbekov²

¹JSC «Kazakh Institute of Oncology and Radiology,» Almaty, the Republic of Kazakhstan;

²NAO «Asfendiyarov Kazakh National Medical University,» Almaty, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Male breast cancer (BC) has always been behind female BC in detection, treatment, and surveillance. Lower BC frequency in men limits the usefulness of screening. However, BC incidence in men is growing.

This paper demonstrates the results of surgical treatment and typical changes in clinical and morphological manifestations of male breast cancer under chemotherapy and surgery.

Methods: The article describes a clinical case of a male patient diagnosed with “Cancer in the right breast St III (T4NxM0), edematous-infiltrative form with an intraductal component, upper outer localization. Immunohistochemically luminal subtype B without Her2neu expression”; the condition – after six neoadjuvant chemotherapy courses.

Results: Ultrasonography of the mammary glands conducted after six preoperative courses of chemotherapy showed a hypoechoic formation, centralized, with fuzzy, uneven contours, 52.5×48.2×46.1 mm in size, V=60.98 cm³. Compared to March 2022 (the presence of a formation in the right breast craniolateral quadrant, with precise uneven contours, 9.0 cm in size, with infiltrating growth), the tumor formation decreased to US BI-RADS R6, L2. The multidisciplinary council prescribed surgery to the extent of radical mastectomy by Madden on the right and simple mastectomy on the left. The surgery was performed in August 2022. According to a postoperative histological conclusion, the therapeutic pathomorphism was index RCB-2.233, class RCB-II.

Conclusion: This article shares the results of systemic and surgical treatment of a man with breast cancer. Considering the clinical picture and anamnesis, literature data, and the clinical protocol, the multidisciplinary group recommended radiation therapy with adjuvant endocrine therapy with tamoxifen for an initial period of five years.

Keywords: clinical case, male breast cancer (BC), luminal subtype B without Her2neu expression, mastectomy, therapeutic pathomorphism, radiation therapy, endocrine therapy.

* Extension of the results published in *Oncology and Radiology of Kazakhstan*, No. 2 (64), 2022

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

Вклад авторов: вклад в концепцию – Кайдарова Д.Р., Абдрахманова А.Ж., Дмитренко М.С., Чичуа Н.А.; научный дизайн – Дмитренко М.С., Кайдарова Д.Р., Байжигитов А.Б.; исполнение заявленного научного исследования – Дмитренко М.С., Абдрахманов Р.З.; интерпретация заявленного научного исследования – Дмитренко М.С., Абдрахманов Р.З., Байжигитов А.Б.; создание научной статьи – Дмитренко М.С.

Сведения об авторах:

Кайдарова Д.Р. – д.м.н, профессор, академик НАН РК, Председатель Правления АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77272921064, e-mail: dilyara.kaidarova@gmail.com, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0969-5983>;

Абдрахманова А.Ж. – д.м.н, зав. отделения ЦОМЖ АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77007117379, e-mail: aabdrakhmanova66@gmail.com, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0986-1328>;

Дмитренко М.С. (корреспондирующий автор) – врач-онколог-химиотерапевт, АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, 0500000, пр-т Абая 91, тел. +77011009649, e-mail: masha_0206@inbox.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0731-6019>;

Байжигитов А.Б. – врач-онколог-маммолог, пластический хирург отделения ЦОМЖ АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77028638899, e-mail:almazyn84@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9452-7126>;

Чичуа Н.А. – д.м.н., профессор АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77778049292, e-mail: georgia0908@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7032-0331>;

Смагулова К.К. – к.м.н, заведующая отделением Дневного стационара химиотерапии АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77017615973, e-mail: akaldygu@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1647-8581>;

Абдрахманов Р.З. – к.м.н, руководитель Центра химиотерапии АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77023211031, e-mail: ramil_78@inbox.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8870-8091>;

Калдарбеков С.Н. – врач-резидент-онколог, НАО «КазНМУ», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77759043412, e-mail: samat_261294@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4950-9794>.