

## سرطان השד אצל הגבר

מ.א.ץ. יצחק רוזמן, צבי גימון, דרויאן ברק  
המחלקה לכירורגיה א', בית חילוץ א', עין כרם, ירושלים

בשנים 1960 – 1979 חולו בישראל 187 גברים, שהם 1.6% מוחלי סרטן השד, והשכיחות הגבוהה היא בקרב יהודים יידיים אסיה ואפריקה [7].

سرطان השד תופס 0.1% – 0.2% מטף כל סיבות המוות מסרטן אצל הגבר. הסרטן מצוי בשכיחות נמוכה ביפן ובפינלנד ובשכיחות גבוהה באיטליה, איטליה [5, 6] ובארה"ב. בארא"ב נפטרים מדי שנה כ-300 גברים מהמחלה [4, 8]. בהשוואה לשכיחות נעה בין 0.66% – 4.6% [9]. דוחה על שכיחות גבוהה של סרטן השד אצל הגבר בקרב הזרים בחו"ל, הדומים במנגנוןם ובأولادם חיהם למוטלמים בכך, שהם מקיימים קשרי נישואין בין קרוביהם משפחתי. במצרים שכיחות סרטן השד אצל הגבר מגיעה ל- 6.4% [9]. שכיחות גבוהה ביותר של 10% קיימת בקרב שחורי עור באזורי שוננים באפריקה, ובזמבה 15%. כמו כן דוחה על חמותה גבוהה מסרטן השד אצל הגבר בקרב ג്രושים ואלמנים בהשוואה לרווקים, ועל שכיחות נמוכה יותר בין נשותים ובאותו לילדים [10].

גיל החולמים במחלת זו נע בין 6 שנים על פי Hartman [11] לבין 93 לפि Charache [12]. ממוצע הגילים על פי Modan ו-Modan [13] הוא 61.9 שנים. הסרטן שכיח בשדר شمال יותר מאשר ימין [2, 4, 14] כפי שנמצא גם אצל נשים.

Chrichlow [4] ציין, שיש 552 חולמים לקל' בטרטן שד ימין ו-590 בעד שמאל, ביחס של 1:1.07. לעומת דיווחו בשכיחות של פי 1.7 בהשוואה לגברים פרוטטנטים וקתולים Hochman ו-Walach [10] על 41 חולמים בטרטן שד: 62% בשדר

נחלח סרטן השד אצל גבר היה מחלת לא שכיחה, ובדרך כלל האבחנה נקבעה באיתור. לכארורה האיבחון פשוט, הן מבחינות החוללה והן מבחינות הרופא, אולם הערנות והמודעות לכך מועטות ביותר, משום הדעה הקדומה והמוסעת הגורשת, כי סרטן השד מופיע רק אצל נשים.

את התאורו הראשון של סרטן השד אצל הגבר מכר הירוג האנגלי John Arderene מ-1307 ב-[1]. המחללה מוארה בຄומר והכירורג ההירושאי קיבל יקבול כל טיפול, ובכלל זה טיפול של גלב (barber), שמא יביא הדבר לומותו. בヵורות הבאות תארו Ambroise Paré (1573 – 1493) ciscus Arcaeus ו-Dies Fabrichius Hildanus (1619 – 1537) חוללי רומיים. ב-1842 תאר R. Stern [2] ארכבעה כמרמים שחלו במחלת ומתו ממנה. את התאורו הקליני המפורט הראשון חיבר Poirier [3]. מאו תארו את המחללה מתרבירים אחרים, בהם De Souza ו-Chrichlow [4].

**נפיכות סרטן השד אצל הגבר:** סרטן השד אצל הגבר נדיר, יחסית ותופס 0.38% – 2% מכלל השאטמה הממאירה בגברים [4], [5] בהשוואה ל- 23% אצל נשים, והמהווה ב- 1.7% – 2.4% מכלל השאטמה הסרטניות של השדר. שכיחות סרטן השד אצל הגבר היהודים השכיחות גבורה יותר: 1/100,000 לשנה ואילו אצל גברים היהודים השכיחות גבורה יותר: 2.3/100,000 [6, 4]. בסקרים אחרות צוין, כי סרטן השד בגוףו של הגבר היהודי מופיע בשכיחות אחת צוין, כי סרטן השד בגוףו של הגבר היהודי מופיע בשכיחות של פי 1.7 בהשוואה לגברים פרוטטנטים וקתולים [4].

קיים קשר בין מתן אסטרוגנים לתקופה ממושכת לבן התהווות סרטן השד. תוארו שני גברים בני 30 עם מיבנה כרומוזומי תקין, שאצלם הופיע סרטן שד CD-5 שנים לאחר שנערכו בהם ניוחחים לשינוי מין;

כל אותה העת קיבלו טיפול רפואי מושלב באסטרוגנים [17].

כבר, ב-1946 העבירה הסתדרות הרפואית האמריקנית שלדי-נים ל-150 אודולוגים שטיפלו באסטרוגנים ב-5,000 חוליות סרטן הערמוני, ו록 ובשניים אוכחן סרטן השד בעקבות הטיפול. Benson [18] טען, שהחוליות סרטן הערמוני המטובלים באסטרוגנים השתת בשרותים היא גורחת מהערמוני ולא ראשונית של הסרטן השד, מפאת הטיפול האסטרוגני. המימצא היסטולוגי בערמוני היה infiltrating well differentiated adenocarcinoma undifferentiated carcinoma in a medullary pattern —

2. גינוקומסטיה: גם חשיבות הגינוקומסטיה כגורם מקדים של סרטן שד נחונה במחולקת. יש המעדיכים, שגינוקומסטיה ודוחה בכ-0% – 20% מהחולמים כממצא קודם לסרטן שד אצל הגבר או מימצא ברזמני [5].

[3] מצא, שמtron 47 חוליות סרטן השד, היה לא מ-9 מהם Gilbert גיל 139 חוליות סרטן שד שנוכחות ב-1974 – 1937 לא מצא אף Haagensen [16] מחזק אף הוא בדעה זו, ותואר חוליה סרטן שד. שוכנעם, שכן עם גינוקומסטיה, שכעבור 7 שנים להה

בسرطان השד.

אליבא ד-Geel Van [2]

Donegan [19] גינוקומסטיה בלבד אינה גורם מקדים לסרטן שד אצל הגבר. גם [20] בסקרים Ramantantis (מהגדלות בספרות ממושך אחד) על Hel-anticancer Institute lenic Institute בשנים 1974 – 1937 לא מצא אף לא חוליה אחד עם גינוקומסטיה או תיסמנות קלינינפלטר או חוליות של הקרונה קדומה.

3. תיסמנות קלינינפלטר: את התיסמנות תארו לראשונה ב-1942 קלינינפלטר וחבי [21] והיא מורכבת seminiferous tubule, dysgenesis, testicular hypoplasia, malformations, and gonadal dysgenesis. הקרייג' אספרטומוניות וגינוקומסטיה. הקרייג' ראהה היא YXX. השדים עם תיסמנות קלינינפלטר מראים היפרטרופיה, לעיתים עם תמונה היסטולוגית המ' קובלת בנשים. שכיחות התהווות סרטן השד אצל חוליה עם התיסמנות היא בדיווחים שונים י' 20 עד פ' 66.5 [2, 22]. נמצא, שהחוליות הלוקים בחיס-מנות קלינינפלטר מלאה בגינוקומסטיה גוטים לחוליה בסרטן השד יותר מaż-רים [22].

4. חבלה: גם באשר לאטיולו-לוגיה של חבלה באורור בית החזה

ימין ו-38% בשד שמאל. סרטן שד דו-צדדי דוחה אצל הגבר שכיחות של 1.4% [4] ו-2.5% [5].

### גורםים אטיאולוגיים של סרטן השד אצל הגבר

לא ניתן להצביע על אטיאולוגיה ברורה לסרטן השד אצל הגבר, אך בעבר הועלו כמה השערות המבוססות על האורי מקרים ונפיצות סרטן השד בנסיבות סיכון מסוימות.

1. חילוף חומרים לקוי של אסטרוגן: הפרעה בחילוף החומרים ההורמוניים גורם לסרטן שד אצל גבר העולה בראשונה על-ידי Stern ב-1882 [2]. במצרים נערך סקר בשנים 1950 – 1959 על-ידי

El-Gazayerli וחבי [9] בקרוב 218 חוליות סרטן שד ובهم 14 (6.4%) בגברים. 7 מהם חולו במהלך הבילהרציה, ועל פי ההנחה נבע הדבר מהיפראסטרוגנים משוני לצמוך הסרטן.

אין תמיינות דעתם באשר לשאלת, האם מתן אסטרוגנים אקסטוגניים גורם להופעת סרטן השד אצל הגבר. ב-1935 קבע Burrows

[14], שלאחר מתן אסטרוגנים אקסטוגניים מופיע סרטן שד אצל עכברים. Schlappack וחב' [15] דיווחו על 19 גברים חוליות סרטן השד. שני חוליות טיפולו באסטרוגנים ב-12 השנים האחרונות מחללה, בغالל סרטן הערמוני. Haagensen, אכן

טבלה מס' 1: אפירטולוגיה ואטיאולוגיה: השוואת בין סרטן שד אצל גבר לבין סרטן שד אצל אשה

	אשה	גבר	
(1) שכיחות	סרטן השד [5]	סרטן השד – 2.4% – 1.7%	טווח איבחון
רפואי נע בין הגילאים:	חוליות סרטן השד מתן 100,000 נשים מדי שנה.	98 – 22 ממוצע: 60.6	71.2 51 – 86
(2) גורמים אטיאולוגיים אפשריים	א. סיפורי משפחתי ב'. ניידים ג'. גורמים של מבנה גוף: וות גיגנטומורט הפקת וות מאוחרת ולדנות הולדת התינוק הראשון לאחר גיל 30 ה'. סיפורי עבר של חבלה מיבנה גוף שמן תולדות עבר על חבלה בבית החזה ד'. הרקינה [23] – 29.6% [20] 11.1% מצב אנדורייני ה'. דראטה ח'. הקינה ט'. מחלת שד קודמת מן אסטרוגנים בשל אוסטואופורוזיס ז'. מיזינה אץ ליריה י'. שליכה סוציאו-אנטומית נבואה ט'. סיפור של סרטן ראשון בשלה או באנדרומטרים [53, 52].	א. חילוף חומרים לקו' [9] ב'. מות אסטרוגנים [2] ג'. מות אסטרוגנים וות גיגנטומורט הפקת וות מאוחרת ולדנות הולדת התינוק הראשון לאחר גיל 30 ה'. סיפורי עבר של חבלה מיבנה גוף שמן תולדות עבר על חבלה בבית החזה ד'. הרקינה [23] – 29.6% [20] 11.1% מצב אנדורייני ה'. דראטה ח'. הקינה ט'. מחלת שד קודמת מן אסטרוגנים בשל אוסטואופורוזיס ז'. מיזינה אץ ליריה י'. שליכה סוציאו-אנטומית נבואה ט'. סיפור של סרטן ראשון בשלה או באנדרומטרים [53, 52].	

הפרשה מהפיטמה, ב-3 חולמים הינה הפרשה נסיבית ובס-<sup>15</sup> חולמים — דמית. Haagensen [16] כח, שכבי"ח Columbia-Presbyterian מתחם 62 חולמים היה ל-12% (16%) הפרשה מהפיטמה. כמו כן תאר שלושה מצבים, שבהם מתחנן הפרשה מהפיטמה אצל גבר: השכיחה ביותר היא הגינוקומסטית המתפתחת בחולי סרטן העורמונית המטופלים באסטרוגנים; במצב זה תהיה הפרשה נסיבית מועטה מהפיטמה. מצב שני אצל חולמים המכילים אנדרוגנים. מצב שלישי נדרה הוא良性 solitary intraductal papilloma, שבו שבי נصفית הפרשה נסיבית או דמית.

**ההילך הפאטורולוגי:** כל הטוגים ההיסטולוגיים הקיימים בסרטן שד אצל האשה תוארו בגבר, פרט ל-lobular carcinoma.

טבלה מס' 2: סימנים וחותמים בסרטן השד:

	אשה	גבר	
בממוצע 3 חולדים עד מחצית שנה בממוצע עפ"י Crichlow [4] יש המציגים פ"י שונים מאשר עצל אשה. יחס שד שכאל למין 1.07 +/- 1 [16]	בין מחצית שנה לשנתיים לקביעת האבחנה [10]	(1) התסמינים עד השאלה ניכר בשידורם של סדרות שלמות תולדות משפחחה של סרטן השד. לעומתם, Everson וחב' [25] דווח על רים בשתי משפחות. Rim [16] דווח על 4 משפחות עם סרטן השד בעבר.	
ב-47.4% ברביעים הפנימיים [32]	השאלה ניכרת בשנייה בשער שמאל 66.7% ב-7.7% מרכז ב-19.2% בצד ב-67.8% בצד ב-7.6% בצד ב-2.4% בצד ב-20.3% בצד ב-10.4% בצד ב-7.9% בצד ב-4.4% בצד ב-25.3% בצד רוב השאותה — 1-2	(2) השד הנגוע כשתאי בצקת השדר 31.6% בצקת השדר 5.3% אורוד השדר 10.5% מעורבות עור השדר 78.9% ב-20% Satellites ב-7.4% בצקת הורווע ב-36.7% מעורבות החיתולית (פסציה) העמויקה הפרשה דמית 13.7% ההיפרזה 16% ב-16% ב-7.7% ב-7.7% גוררות מעל לעוצם הבריח גוררות מרווחות דריג בעת האייחון סוגי השאותה 25.9% אין סוג היסטולוגי של קרצינומה אוניות קרצינומה ולקחתה שכיחה יותר בגברים — 2%	
1.4%, (46) 0.4%, 0.27%, ב-2.2% ב-	(3) מקום הנגוע ב-85.7% מרכז ב-11.1% בצד ב-22% בצד ב-19.2% בצד ב-67.8% בצד ב-7.6% בצד ב-2.4% בצד ב-20.3% בצד ב-10.4% בצד ב-7.9% בצד ב-4.4% בצד ב-25.3% בצד רוב השאותה — 1-2	(4) התכיפות בשד בצקת השדר 31.6% אורוד השדר 10.5% מעורבות עור השדר 78.9% ב-20% Satellites ב-7.4% בצקת הורווע ב-36.7% מעורבות החיתולית (פסציה) או מכויבות גוררות מעל לעוצם הבריח גוררות מרווחות דריג בעת האייחון סוגי השאותה 25.9% אין סוג היסטולוגי של קרצינומה אוניות קרצינומה ולקחתה שכיחה יותר בגברים — 2%	
		(5) 2.5%, [4] נורו יתר מאשר אצל האשה (34, 32) 85% — 80%	(6) שכיחות הקרצינומה החולקת سرطן דר' צורי שאת ואשווית נווכת קרלטן לאסטרוגן

כגולם סרטן השד אצל הגבר נטוש וכיוה בספרות. Crichlow ציין, שرك ב-30 מתחם 532 חוללי סרטן השד (6%) נמצא אירוע קודם של חבלה. Ramantanis [20] ציין בסידורתו, שرك 9 מתוך 138 חוללי סרטן השד דווחו על חבלה בבית החולים ולא נמצא כל קשר ישיר בין חבלה לבין סרטן השד. Haagensen [16] דווח ספק ובבקשר בין התהווות סרטן שד לבין חבלה בבית החולים.

5. **הקרונה:** במחקרים שונים דוחה על קשר בין הקרונה לבית החזה בעבר לבן סרטן השד [23].

6. **דלקת האשך זיהומית:** מכמה פירוסמים דוחה על קשר בין דלקת האשך לבין סרטן השד. ההנחה היא, לדלקת האשך גורמת להפרעה באיזון ההורמוני [4].

7. **חרושה:** נטוש וכיוה באשר לה. שפהה תורשתית הסרטן השד אצל הגבר. Norris & Taylor [24] לא מצאו בסדרות שלהם תולדות משפחחה של סרטן השד. לעומת זאת, Everson וחב' [25] דווחו על ממאירות נדירות, שם בין 479 חוללי סרטן השד היו 44 מהם שאמות ממאירות נספנות על אלו שבגדה. Holleb וחב' [6] דווחו, שב-7.5% מהחולמים היו שאמות באזוריים אחרים בגוף.

8. **ממאירות נדירות:** Crichlow ציין, שם בין 479 חוללי סרטן השד היו 44 מהם שאמות ממאירות נספנות על אלו שבגדה. Holleb וחב' [6] דווחו, שב-7.5% מהחולמים היו שאמות באזוריים אחרים בגוף.

9. **סימנים וחסמים:** הסימן הראשי הוא גוש קשה, חורי-צדדי או כאבים מתחת לפיטמה או מתחת להילח, עם גבורת לחות לא בזרורים. Treves & Holleb [26] מסרו על 146 חולמים שישמן זה אומנם נצפה במסרו על 252 חוללי סרטן שד נמצאה ב-67.4%, גודל הגוש יכול להיות כ-4"מ, אך פורסמו תאים של ארקומה בגודל של 12 ואפילו 16 ס"מ. Crichlow [4] כתוב, שב-52% מתחם 252 חוללי סרטן שד נמצאה מעורבות של קרשי הלימפה בעקבות השחי בעת הבדיקה הראשונית. Haagensen [16] דווח, ששאת ראשונית עשויה להיות קטנה, אך התפשטות הגוררות לבית השחי יכולה להיות ניכרת, כך למשל, שאת בגודל 5 מ"מ החבשתה ל-16 מתחם 33 קשיים בבית השחי. סימן שני הוא חריגות הפיטמה, כגון אידידיות שללה עם התכיפות ב-28%, encrustation, עם או ללא כאבים, הפרשות נזול נסוביידמי, לעחים וריעה של הפיטמה ולעתים נפיחות בבית השחי. בסידורה של 131 חולמים עם סרטן שד תארו [27] Treves & Robbins

### בדיקות עור לאיבחוּן

המוגראפיה יכולה לעזור באבחנה מבדלת בין גינוקומסטיה ובין סרטן. Kalisher & Peyster [35] העלו ארכעה מדדים לגינוקומסטיה כפי שהם נראים במוגראפיה:

1. צינוריות מוגראפית.
2. שיגשוג הצינוריות המתקשרות אדרנויס.
3. צינוריות קטנות עם שיגשוג המשותה.
4. החלפה בריקמת שומן בלבד.

מצאה קרצינומה סטוחה בשד השני, שלא מושה בבדיקה יידנית.

### אבחנה מבדלת

אבחנה מבדלת של גוש כשר אצל הגבר היא בין מצב של גינוקומסטיה ובין קרצינומה. גינוקומסטיה היא נפיחות מתחת הלילה, לעיתים מלוה בכاكتים, ויכולת להיות חרדי או דוד-צדדי. הגוש הוא מרכזי ונמצא במשור האמצעי של הפטיטה. גינוקומסטיה מופיעה על-פיירורוב בגל צעיר וגורמי אנים יודעים. Nydick [37] ציין, שנגינוקומסטיה הוא תוליך המוגבל בעצמו ונמשך כ-6 חודשים. היא תוארה כ-38.7% מהן 1,855 נשים ונשים וב-75% מהן הייתה דו-צדדית.

קבוצה שנייה היא של גינוקומסטיה יאטרוגנית מתורופות, כמו: ריגיטאליס, תיאזידים, סטרואידים, טיפילו הורמוני אחריו מהן stilbestrol, צמקת הכבד או הפטיטה, אי ספיקת כלויות כרונית, שאחות של האשכים, ובמיוחד קרצינומה אמברוניית וכוריוקראצינומה, העולות לגורם גינוקומסטיה ולעתים הפרשה לבנה דמיית הלב מהפטיטה. גינוקומסטיה עלולה לנבוע מקרצינומה של הטוחה, מאנדינה ביותרת המוחה ומהיפרתריאו-אידיום. סיבות אחרות הגורמות לגינוקומסטיה הן היסמנות קליניפלטר ולקווית במערכת אכרי המן וודרכי השתן. תוארה גינוקומסטיה אצל חוליות סרטן הריאיה, שחפת ומימגלת. כמו כן תוארה גינוקומסטיה בחולי צרעטן. מכחינה פאחולוגית זהו שיגשוג יסודות תקין של ריקמת השד ושל הצינוריות, אך kali יצירת אבוביות. קיימת הגברה במשתית עם איזורום שומני. נדירה מאד הפרשה מהפטיטה.

לעומת זאת, קרצינומה השד אל הגבר היא מרכזית, לאחר מכן, נוקשה ואינה מלוה בכاكتים. נסיפות התיכיות של השאתה, הגבולות אינם ברורים וקיים הפרשה דמית או נסובית [4]. בשלב מתקדם של המחללה אפשר לצפות בשיעורות קשיי ליפמה אוזוריים עם שינויים בעור. באבחנה מבדלת יש לכלול גושים כיסיים מתחת לפיטה ונקראים sebaceous cysts. מכל גוש חזוד מן הצורך לבצע ביזופסיה מהט.

### טיפול

#### הטיפול הניתוחית

Haagensen [16] טען בניגוד ל-Erlichman [8], שיש לטפל בסרטן השד אצל הגבר באופן רדיקלרי. Erlichman בדעה, שההמליך הטיבען של סרטן השד אצל הגבר דומה לו זה של האשה, ובכיוון הסרטן השד אצל הגבר נידי יהשית, יש להמליך על טיפול המבוסס על מספר רב של מקרים. דהיינו, על מידע שהותוסף לטיפול בסרטן השד אצל אשה.

מחברים שונים ממליצים על כריתה ורדיילית של השד, שבה כוראים את שריריו החזה וקשריו הלימפה בבית השחי [5].

המיון והסיווג ההיסטולוגי זהים לאלה שבasha. החלוקת ההיסטולוגית היא ל-3 דרגות:

- well differentiated — דרגה I.
- moderately differentiated — דרגה II.
- undifferentiated — דרגה III.

Crichlow [4] הביא בסקירה של 469 חולים מי-4 פדרות שונות:

טיפול אחר:	
invasive or duct carcinoma	86.5%
papillary carcinoma	5%
medullary carcinoma	7%
inflammatory carcinoma	1%
gelatinous or mucoid	0.5%

בסידרה של Haagensen [16], היו 19 מתוך 60 חולים ב-*inflammation*, Treves [28] ציין, שהסוג-*tory carcinoma* בטידרתו היה כ-2% והוא מעט יותר שכיה בגברים מאשר בנשים. Haagensen [16] תאר חוליה בן 43 במחלה Paget ממוקמת של השד. החולה נזח על ידי נכרתו השד ו-28 שנים לא הייתה עורת להישנות מקומית אצל החולה, אך גם Haagensen ציין שלא דוח על היותרות כדי 10 שנים של חוליה סרטן עם מהלה של השד.

סוג אחר הוא הסארכומות, התופעות 2% מכלל שאותה סרטן השד אצל הגבר [5]. Geist [29] סקר 435 חולים עם סארכומיות השד ומתחום 9 היו גברית. סוגים נוספים הם: small cell carcinoma, [5] myxoliposarcoma, [16] cell carcinoma, [30] cystosarcoma phylloides apocrine, [5] cell sarcoma [16] carcinoma . [5] fibrosarcoma [16] carcinoma .

### קובלנים לאסתטוגניים

Jensen וחב' [31] מצאו קובלנים לאסתטוגניים ביציטוזול במח齐יה החולות בסרטן השד. הגורת הקובלנים שייפה את היכולה להזות חולות סרטן השד עם גורמות שכילות להגביל לטיפול ההורמוני. החוגבה היא כ-60% בחולים עם קובלנים ו-5% בחולים ללא קובלנים. נמצא, שקובלנים לאסתטוגן בגבר החולה בסרטן השד מצויים ב-80% מהחולים, ואלו בחולות סרטן השד, Everson [32] צייר, שמתוך 38 חוליות, ש-35% Ruff [33] צייר ב-28 חולים (85%) קובלנים. בסידורה של Ruff [33] היו לכל 14 חוליות סרטן השד קובלנים. ההסביר לתוצאותיו של Ruf בהשוואה לעבודתם של Everson וחב' הוא ברגשות שיטת Everson, ציין, שרמת הקובלנים מתחום ל-30/פמול/מ"ג אלבון אינה כרוכה בתגובה כלשהו או שהיא אינה ממשונית לתגובה קלינית. ככל שהרמה גבוהה יותר, התגובה טוביה יותר. עבודתו של Ruff [33] צייר 64% עם ערכיהם של מעל 30/פמול/מ"ג. Friedman וחב' [34] ציינו, שambilן 47 חולים עם סרטן השד, היו 32 חולים קובלנים.

גם הקולtan לפורוגסטרון נמדד בסרטן השד אצל הגבר. Everso [32] מצא, ש-9 מתוך 14 חולים (64%) היו בעלי קולtan פורוגסטרון. בעבורתו של Ruff [33] היו 8 מתוך 12 חולים (67%) בעלי קולtan לפורוגסטרון. חוליה עם סרטן השד בשלב מתקדם הואolla עם שתת הרגישה להורמוניים, וכך בנשים קיימת אפשרות לתגובה טובה לריפוי ההורמוני.

שקיים התפשטות השאות לבית החזי. לעומת Hudson וחכ' [41] 50 חוליות סרטן השד שטופלו בשנים 1938 – 1983 בבי' ח' אוניברסיטת Iowa. הם ציינו, שבממוצע עברו 21 חודשים בין הופעת החסמים הראשוניים לבין הטיפול, כשהחותמה נע בין חודש ל-158 חודשים. היותרות בחיים אחרי כריתה שד פשוטה יתור מטיפולים ראשוניים לא מועצת – 70 חודשים, אחרי כריתה שד רדיוקלית מעוצבת – 61 חודשים ואחרי כריתה שד רדיוקלית – 78 חודשים.

הישנות מקומית ב-25% מהחוליות נצפתה בלבד כל קשור לסוג הניהות. לדעתם, כריתה שד מעוצבת היא שיטת הניהות הטובה ביותר. בירטור בסרטן השד אצל גבר, אף על פי שלאחר כריתה שד רדיוקלית פשוטה הייתה יותר גבוהה – 78 חודשים.

**טיפול אונקוּלגי**  
 הטיפול האונקוּלגי לאחר הניהות תלוי בדריגת המחלת, ומסוג לרדיותרפי, כימותרפי וההורמוני.  
רדיותרפי: טיפול זה ניתן לפני הניהות, אך ברוב המקרים לאחריו. על פי דיווחים שונים הוא מקטין את ההישנות המקומית [43 – 44].  
**טיפול כימותרפי מסיע** בסרטן השד אצל הגבר כולל: cyclophosphamide methotrexate, Bagley C.M.F., 5-fluorouracil וחב' [45] דיווחו על היותרות בחיים של 80% לאחר 5 שנים, שהוא גבוה ביחס למוקובל בספרות (30%). כאשר הקשיות מסווגת ב-44% וההיותרות בחיים היה של 40%.

**טיפול ההורמוני:** זהו טיפול משלים הכלול מתן tamoxifen עם תגובה לטיפול שלcitrate Patterson וחב' [46] טיפלו בחברים בז' 40% וחו' על 31 גברים חוליות סרטן השד בטופול ב-tamoxifen כ-16 מרוכבים עם תגובה מלאה או חלקית ב-48% מהחולים. תッシュיר נסף, שהוכנס לשני מושט בטיפול ההורמוני משלים וראשוני, Megestrol acetate והוא השם ציינו תגובה חביבת אובייקטיבי בית ב-40% של החולים [49].

**טיפול בסרטן שד מפותש**  
פיזור הגוררות בסרטן שד אצל הגבר זהה לזה של האשה. Hochman & Walach [10] הדגישו את הסדו הזה בהתקפשות הגוררות: 18.5% לדיות, 29.5% לעצמות, 19.0% הישנות מקומית, 9.5% לכבד, 5%

Haagensen [16] הוסיף לכך רחבה של העור ועם סיום בירחת השד התקנת שטל עוזר, המונע סיבוכים מקומיים בשל המתח על פני העור שנוצר, וממעיט את הסיכומים להישנות מקומיות. Ramantanis [20] הדגיש על סך 120 חוליות שבמיעקב (18%) שכריתה שד רדיוקלית בסרטן שד אצל הגבר מניבה תוצאות נשרו, שכריתה שד רדיוקלית באלה שד אצל הגבר מנגינה תוצאות טובות יותר מטיפולים ראשוניים אחרים, כפי שטוענים אחרים [4], הנמנונים בחוות מושגים לא בורות. שיורי היותרות בחיים: 5%. לאחר כריתה שד רדיוקלית או מעוצבת – 42.9%, לאחר כריתה שד פשוטה – 40.7% ולאחר לפקטומיה – 35%. גם בחולים של Nakagoe וחב' [38] בוצעה כריתה שד רדיוקלית או כזו לאחד מודיפיקציה. אחרים, כגון Liechty Greening [40], המליצו, בחולים מבוגרים, כגון Donegan [19] ציין, שאם השאת הבלוטת והטיה, או במקורה של מחלת Paget של השד ללא גוש קטנה ושיחתית, או במקורה של מחלת Patey [16] מושך מהחולה לטיפול הניהוני וחזר על בבר Haagensen [4]: כריתה ורדיוקלית ממשית. יש מקרים אשר לאוור לפני כריתה השד ולآخر, אך יש כאמור, המקרים את האוור רק במירה מנסכם את הטיפול הניהוני וחזר על בבר.

כריתה ורדיוקלית נרחבת היא מומלצת בהנחה, שבוצעה כריתה שד רדיוקלית ממשית. יש מקרים אשר לאוור לפני כריתה השד ולآخر, אך יש כאמור, המקרים את האוור רק במירה מינימלית לטיפול הניהוני וחזר על בבר.

טבלה מס' 3: טיפול ופרוגנזה בסרטן השד:

	אשה	גבר
1) גישה ניתוחית	כריתה שד רדיוקלית או מעוצבת – 60% לעומת 83% יעל ב- לפקטומיה וכריתה קשיי הלימפה מבית השדי ואס השאת מצעיה ברביעת החיצונית. קרינה וכימותרפי לפיס פוטיליכל מקובל).	
2) שימוש הטיפול הכימותרפי	דרגה I 5 שנים – 77.9% 10 שנים – 56.3% 15 שנים – 32.0% דרגה II 5 שנים – 64.2% 10 שנים – 39.4% 15 שנים – 19.0% דרגה III 5 שנים – 50.6% 10 שנים – 33.3% 15 שנים – 10.0% סיווג I 5 שנים – 67.6% 10 שנים – 47.4% סיווג II 5 שנים – 55.7% 10 שנים – 34.7% סיווג III 5 שנים – 47.9% 10 שנים – 26.5%	דרגה I 5 שנים – 55% 10 שנים – 39% דרגה II 5 שנים – 54% 10 שנים – 9% דרגה III 5 שנים – 5% אין כל חיים ב-10 שנים סיווג I 5 שנים – 66.9% 10 שנים – 28.4% סיווג II 5 שנים – 58.2% [2] 33.1% סיווג III 5 שנים – 33.1% אין חיים ב-10 שנים עם או בלי קשיית ליפזה גנווות [16] היפזה ארכונית יתור כריתה שחלות בנשים לפני חידשת האורת.
3) היחס שבין הדירוג החיסטולוגי ובין היותרות בחיים		
4) תקופת ההפוגה לאחר כריתה אשככים		

והרפואי נדרי יותר, זאת בגיןה הטובה יחסית אצל האשא [50]. בסרטן השד אצל האשא, התכיבות מורידת את תוחלת החיים מ-45% ל-36% – 5 שנים. אצל הגבר נתון זה אינו ידוע [16]. אפשר לאבחן סרטן השד אצל הגבר, בתנאי שהחוליה והרופא המתפלל יהיו ערוניים לאפשרות קיומו. איכחן מוקדם מגיבד את סיכוי ההיענות לטיפול.

## 5 פרוטו:

- 1) Treves N. Paget's disease of the male mamma: a report of two cases. *Cancer*, 7: 325, 1954; 2) Van Geel AN, Van Slooten EA, Mavrunac M & al. A retrospective study of male breast cancer in Holland. *Br J Surg*, 72: 724, 1985; 3) Gilbert JB. Carcinoma of male breast with special reference to etiology. *Surg Gynecol Obstet*, 57: 451, 1933; 4) Crichtlow RW. Carcinoma of the male breast. *Surg Gynecol Obstet*, 134: 1011, 1972; 5) Holleb AI, Freeman HP & Farrow JH. Cancer of the male breast, Part I and Part II. *NY J Med*, 68: 544, 656, 1968; 6) Mahuchi K, Bros DS & Kessler H. Risk factors for male breast cancer. *J Natl Can Inst*, 74: 371, 1985; 7) Steinits R, Katz L & Ben Hur M. Male breast cancer in Israel: selected epidemiological aspects. *Isr J Med Sci*, 17: 816, 1981; 8) Ertlichman C, Murphy KC & Elhakim T. Male breast cancer: a 13 year review of 89 patients. *J Clin Oncol*, 2: 903, 1984; 9) El-Gazayerli MM & Abdel-Aziz AS. On Bilharzirosis and male breast cancer in Egypt: a preliminary report and review of literature. *Br J Cancer*, 17: 566, 1963; 10) Walach N & Hochman A. Male breast cancer. *Oncol*, 29: 181, 1974; 11) Hartman AW & Magrish P. Cancer of Breast in Children. Case report: six-year old boy with adenocarcinoma. *Ann Surg*, 141: 792, 1955; 12) Charache H. Tumors of the male breast. *Surgery*, 7: 889, 1940; 13) Modan B, Mintz U & Finkelman J. Male breast cancer in Israel. Selected epidemiological and clinical aspects. *J Chronic Dis*, 23: 55, 1970; 14) Burrows H. Carcinoma mammae occurring in male mouse under continued treatment with oestrin. *Am J Cancer*, 24: 613, 1935; 15) Schlappack OK, Braun O & Maier U. Report of two cases of male cancer after prolonged estrogen treatment for prostatic carcinoma. *Cancer Detect Prev*, 9: 319, 1986; 16) Haagensen CD. Carcinoma of the male breast in Haagensen (III): Diseases of the Breast. Philadelphia WB Saunders Co, 1986, pp 976–990; 17) Symmers SC. Carcinoma of breast in trans-sexual individuals after surgical and hormonal interference with the primary and secondary sex characteristics. *Br Med J*, 2: 83, 1968; 18) Benson WR. Carcinoma of the prostate with metastases to breasts and testis: critical review of the literature and report of a case. *Cancer*, 10: 1235, 1957; 19) Donegan WL & Perez-Mesa CM. Carcinoma of the male breast. A-30 Year Review of 28 Cases. *Arch Surg*, 106: 273, 1973; 20) Ramantanis G, Besbeas S & Garas JG. Breast cancer in the male: a report of 138 cases. *World J Surg*, 4: 621, 1980; 21) Klinefelter HF Jr, Reinfsenstein EC Jr & Albright F. Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without aleydigism and increased excretion of follicle-stimulating hormone. *J Clin Endocrinol*, 2: 615, 1942; 22) Jackson AW, Muldal S, Ockey CH & al, Carcinoma of the male breast in association with the Klinefelter syndrome. *Br Med J*, 5429: 223, 1965; 23) Thompson DK, Li FP & Cassady JR. Breast cancer in a man 30 years after radiation for metastatic osteogenic sarcoma. *Cancer*, 44: 2362, 1979; 24) Norris HJ & Taylor HB. Carcinoma of the male breast. *Cancer*, 23: 1428, 1969; 25) Everson RB, Li FP, Fraumeni JF Jr & al, Familial male breast cancer. *Lancet*, 1: (7949), 1976; 26) Treves N & Holleb AI. Cancer of the male breast. A report of 146 cases. *Cancer*, 8: 1239, 1955; 27) Treves N, Robbins GF & Amoroso WL Jr. Serous and serosanguineous discharge from the male nipple. *Arch Surg*, 73: 319, 1956; 28) Treves N. Inflammatory carcinoma of the breast in the male patient. *Surgery*, 34: 810, 1953; 29) Geist SH & Wilensky AC. Sarcoma of the breast. *Ann Surg*, 62: 11, 1915; 30) Johansson L & Balldin G. Malignant cystosarcoma phyllodes in a man treated with polyestradiolphosphate. Case report. *Acta*

למוח. הגוררות בעצמות הן אוסטאוכולסטיות, אם כי דוח על חוליות שלקו בגוררות אוסטאוכולסטיות בעבר. שנמצאו גוררות אצל הגבר היה הטיפול והראשוני כריתה אשכימ. בסקריהם של Holleb ו- [5] ח' Meyskens הראה הפוגה של 3 עד 40 חודשים. אצל 9 מהן 17 חוליות ארעה הפוגה של שנה ו יותר. Meyskens [50], בסכמו מהספרות 70 חוליות הייתו הוגרתו בחים של 6.7% – 22 חודשים. אלה שהגיבו ליתוח הדגימות היוו הוגרתו בחים של 65 חודשים, ואילו אלה שלא הגיעו לכריית האשכים – 38 חודשים ממוצע.

[16] Haagensen הציע על הוגרתו בחים כדי 36.8 חודשים אצל 8 חוליות, שערכו כריתה אשכימ. המחבר ציין, שגרר עם סרטן השד אינו מוגלה רצין לעכבר ניוטוק לכריית אשכימ. הקינה נאותה דיה כל עוד המחלת מוגמתה. כעבור בוצעה כריתה טוחנת דו-צדדית בטיפול הסרטן שד מפושט אצל גבר. Dao [51] דיווח על חוליה עם סרטן שד מפושט שהגיע לכריית טוחנות בקעולם הוגרתו ביריות לאחר שביצוע כריתה האשכים לא עוזר.

נמצא, שישור התגובה לאחר כריתה אשכימ וטוחנה הסרטן השד אצל גבר הוא פי שניים מאשר כריתה שלחולות וטוחנה הסרטן השד של האשא. כעבור בוצעה גם כריתה יותרת המוח, ניוטוק או הקנהית, בחוליות עם סרטן מפושט [5], אך שיטה זו ננטשה. בכמה דיווחים הוגנסה הקלה בחוליה עם טיפול חרופתיזורומוני משלימים סרטן שד אצל גבר עם גוררות. דוח על הקלה בחוליה עם גוררות מסרטן שד שטוף ב-*17 alpha hydroxyprogesterone (delalutin)*, המרכיב הפרשtn גונאדויזוטופינס מיתרת המות.

[50] Meyskens [52] דיווח על חוליה, שהגיע במשך 12 חודשים תנוכה סובייקטיבית טובה לטיפול משולב ב-*cytoxan*, *adriamycin* ו-*5-fluorouracil*. דוח גם על שימוש ב-*calusterone* תכשיר סינתטי אנדרוגני הנימן אחת לשבע, וכן על טיפול ב-*diethylstilbestrol* בשאותה השד.

## 프로그램

מקובל להניח, סרטן השד אצל הגבר מצוי בשלב מתקדם יותר בעקבות קיבוע האבחנה מאוחר סרטן השד אצל האשא [16]. כמה מחברים [בדיעzza], שהפרוגנזה של סרטן השד אצל הגבר גורעה יותר בהשוואה לו אצל האשא ותלויה בשאלת, אם קשיית הלימפה נגועות.

משמעות גיל הגבר החולה הסרטן השד הוא כ-10 עד 15 שנים בגובה יותר מאשר ממוצע גיל האשא חולות סרטן השד. לפיכך, אם הנזונים מעדכנים גם לגולם הנגל, הרי שרוב המחברים מגיעים לפרוגנזה זהה או גורעה מזו של האשא. גם Van Geel [2] הגיעו למסקנה, שהפרוגנזה אצל הגבר היא גורעה בהשוואה לסרטן השד אצל האשא, וזאת מושם שאצל גבר ההסתנה השאית בעור שיכחה יותר. כ-80% מיקום השאת הוא במרכז השד ולפיכך קיימת נטייה לזריעת גוררות ל-*internal mammary nodes*. מיקום מרכז של הגוש הסרטני אצל האשא בעל פרוגנזה של 38% ל- 10 שנים, בעוד שבמקרים לטרלי – הפרוגנזה היא כדי 52% ל- 10 שנים.

לסוג carcinoma Paget(carcinoma Paget) גורעה בגבר. רוב החולים עם מחלת מוגת עם גוררות תוך 5 שנים מקביעה האבחנה,

- Chir Scand, 152: 781, 1986; 31) Jensen EV, De Sombre ER & Kindblu PW, Estrogen receptors in hormone responsive tissues and tumors. In: Wissler RW, Dao TL & Wood S Jr (eds), Endogenous Factors Influencing Host Tumor Balance. Chicago: University of Chicago Press, 1966, pp 15-30; 32) Everson RB, Lippman ME, Thompson EB & al, Clinical correlations of steroid receptors and male breast cancer. Cancer Res, 40: 991, 1980; 33) Ruff SJ, Bauer JE, Keenan EJ & al, Hormone receptors in male breast carcinoma. J Surg Oncol, 18: 55, 1981; 34) Friedman MA, Hoffman PG Jr, Dandolos EM & al, Estrogen receptors in male breast cancer: clinical and pathologic correlations. Cancer, 47: 134, 1981; 35) Kalisher L & Payster RG, Xerographic manifestations of male breast disease. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med, 125: 656, 1975; 36) Dershaw DP, Male mammography. AJR, 146: 127, 1986; 37) Nydick M, Bustos J, Dale JH & al, Gynecomastia in adolescent boys. JAMA, 178: 449, 1961; 38) Nakagoe T, Shimizu T, Ifunku M & al, Four cases of male breast cancer including one synchronously combined with gastric cancer. Gann No Rinsho, 32: 1475, 1986; 39) Lichy RD, Davis J & Gleystein J, Cancer of the male breast: forty cases. Cancer, 20: 1617, 1967; 40) Greening WP & Aichroth PM, Cancer of the male breast. Br J Cancer, 19: 92, 1965; 41) Hudson GR, Urdaneta LF, Al Jurf AS & al, Male breast carcinoma. Am J Surg, 51: 47, 1985; 42) Johnson TJ, Tomek CS, Patterson KB & al, Paget's disease of the male breast. Nebr Med J, 72: 10, 1987; 43) Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M & al, Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breasts. N Engl J Med, 305: 6, 1981; 44) Rostom AY, Pradhan DG & White WF, Once weekly irradiation in breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 13: 551, 1987; 45) Bagley CS, Wesley MN, Young RC & al, Adjuvant chemotherapy in males with cancer of the breast. Am J Clin Oncol, 10: 55, 1987; 46) Yap HY, Tashima CK, Blumenschein GR & al, Chemotherapy for advanced male breast cancer. JAMA, 243: 1739, 1980; 47) Manni A, Tamoxifen therapy of metastatic breast cancer. J Lab Clin Med, 109: 290, 1987 (Review); 48) Patterson JS, Battersby LA & Bach BK, Use of tamoxifen in advanced male breast cancer. Cancer Treat Rep, 64: 801, 1980; 49) Aisner J, Tchekmedyan NS, Moody M & al, High dose megestrol acetate for the treatment of advanced breast cancer, dose and toxicities. Semin Hematol, 24 (2 suppl 1) 48: 55, 1987; 50) Meyskens FL Jr, Tormey DC & Neifeld JP, Male breast cancer: a review. Cancer Treat Rev, 3: 83, 1976; 51) Dao TLY, Symposium on applied physiology in modern surgery: cancer of the male breast treated by adrenalectomy. Surg Clinic N Am, 35: 1663, 1955; 52) Miller AB & Bulbrook RD, The epidemiology and etiology of breast cancer. N Engl J Med, 303: 1246, 1980; 53) Kelsey JL & Berkowitz GS, Breast cancer epidemiology. Cancer Res, 48: 5615, 1988.