



Erkek Meme Lezyonlarında Histopatolojik Tanı Spektrumu: 77 Olgunun Retrospektif Analizi

Histopathological Diagnostic Spectrum of Male Breast Lesions: A Retrospective Review of 77 Cases

Jamal MUSAYEV^{1,2} , Leyla İSAYEVA³ , Bahadır ABBASOV¹ , İlahə KARİMOVA³

¹Bakü Patoloji Merkezi, Bakü, Azərbaycan,

²Qarabağ Üniversitesi, Tıp və Sağlq Bilimleri Fakültesi, Hankendi, Azərbaycan

³Azərbaycan Tıp Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bakü, Azərbaycan

Bu çalışma, 12–16 Kasım 2025 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen 34. Ulusal Patoloji Kongresinde poster başı sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada erkek hastalarda saptanan meme lezyonlarının histopatolojik özelliklerinin değerlendirilmesi, tanısal dağılımının ortaya konulması ve malignite oranının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya, sorumlu yazarın 2011-2025 yılları arasında farklı kurum ve laboratuvarlarda değerlendirdiği, erkek hastalara ait toplam 77 meme lezyonu olgusu dahil edilmiştir. Olgular geriye dönük olarak incelenmiş; hastaların demografik verileri ve patolojik tanıları yeniden gözden geçirilerek analiz edilmiştir.

Bulgular: Olguların yaşları 3 ile 79 yıl arasında değişmekte olup ortalama yaş $39,2 \pm 20,8$ yıl idi. Lezyonlar 24 (%31,2) olguda sağ memede, 26 (%33,8) olguda sol memede ve 24 (%31,2) olguda bilateral yerleşimliydi. Üç olguda (%3,9) lezyonun lokalizasyonu belirtilmemişti. Toplam 14 olguda (%18,2) malign tümör saptandı. Malign olguların birinde diffüz büyük B hücreli lenfoma, birinde müsinöz karsinom, birinde kribriform karsinom, kalan 11 olguda ise özel tip belirtilmemiş (no special type) invaziv meme karsinomu tespit edildi. Malignite belirlenen olgularda yaş aralığı 58-79, yaş ortalaması ise $65,4 \pm 5,8$ idi. Benign lezyon saptanan 63 olguda (%81,8) yaş aralığı 3-77, yaş ortalaması $33,4 \pm 18,3$ olarak bulundu. Malign ve benign olguların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Benign olgularda en sık gözlenen lezyon jinekomasti olup, toplam 46 olguda (%73,0) tespit edildi.

Sonuç: Erkek meme lezyonlarının büyük çoğunluğunu benign lezyonlar oluşturmakla birlikte, olguların yaklaşık beşte birinde malignite saptanmıştır. Malign lezyonlar ileri yaş grubunda belirgin olarak daha sık görülmüş ve en yaygın tanı invaziv meme karsinomu olmuştur. Erkeklerde meme lezyonlarının değerlendirilmesinde malignite olasılığı göz önünde bulundurulmalı, ayrıca lenfoma gibi nadir maligniteler ayrıncı tanıda dikkate alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Erkek meme lezyonları, Jinekomasti, Meme karsinomu, İnvaziv duktal karsinom, Diffüz büyük B hücreli lenfoma

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the histopathological features of breast lesions detected in male patients, determine their diagnostic distribution, and assess the malignancy rate.

Material and Methods: A total of 77 male breast lesion cases, evaluated by the corresponding author across different institutions and pathology laboratories between 2011 and 2025, were retrospectively reviewed. Demographic data and pathological diagnoses were re-evaluated and analyzed.

Results: Patient ages ranged from 3 to 79 years, with a mean age of 39.2 ± 20.8 years. Lesions were located in the right breast in 24 cases (31.2%), the left breast in 26 cases (33.8%), and were bilateral in 24 cases (31.2%). The lesion location was unspecified in three cases (3.9%). Malignant tumors were identified in 14 cases (18.2%). Among these, individual cases of diffuse large B-cell lymphoma, mucinous carcinoma, and cribriform carcinoma were diagnosed, while the remaining 11 cases were identified as invasive breast carcinoma of no special type (NST).

(J Curr Pathol. 2026;10(2):79-85)

Geliş Tarihi : 18.06.2026 Kabul Tarihi : 03.08.2026

İletişim: Jamal Musayev

Bakü Patoloji Merkezi, Bakü, Azərbaycan,

E-posta: patolog.jamalmusaev@gmail.com



In patients with malignant lesions, the age ranged from 58 to 79 years, with a mean age of 65.4 ± 5.8 years. Among the 63 patients (81.8%) with benign lesions, the age ranged from 3 to 77 years, with a mean age of 33.4 ± 18.3 years. The difference in mean age between patients with malignant and benign lesions was statistically significant ($p < 0.001$). Gynecomastia was the most frequent benign lesion, observed in 46 cases (73.0%).

Conclusion: Although the majority of male breast lesions were benign, malignancy was detected in approximately one-fifth of cases. Malignant lesions occurred significantly more frequently in older patients, with invasive breast carcinoma representing the most common diagnosis. In the evaluation of male breast lesions, the possibility of malignancy must be considered, and rare malignancies such as lymphoma should be included in the differential diagnosis.

Keywords: Male breast lesions, Gynecomastia, Breast carcinoma, Invasive ductal carcinoma, Diffuse large B-cell lymphoma

GİRİŞ

Erkek meme lezyonları, kadın meme lezyonlarına kıyasla daha az görülmekle birlikte, benign değişikliklerden primer malign tümörlere ve nadir hematolenfoid neoplazilere kadar uzanan geniş bir histopatolojik spektrum gösterebilir. Erkek memesinde terminal duktalobüler ünitelerin gelişiminin sınırlı olması nedeniyle lobüler neoplaziler, fibroadenom ve bazı proliferatif lezyonlar kadınlara göre oldukça nadir izlenmektedir (1,2). Jinekomasti, erkek memesinde en sık görülen benign lezyon olup puberte, yaşlanma, hormonal dengesizlikler, ilaç kullanımı ve çeşitli sistemik hastalıklarla ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir (2,3).

Erkek meme kanseri ise tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur ve genellikle ileri yaş grubunda saptanır (4,5). Klinik olarak erkek meme lezyonları sıklıkla kitle, meme başı değişiklikleri, ağrı veya büyüme yakınmaları ile değerlendirilmektedir. Kadın meme patolojilerinden farklı anatomik ve hormonal özellikler nedeniyle erkek meme lezyonlarının tanınma dağılımı da farklılık gösterebilir.

Literatürde erkek meme kanserine ilişkin klinik ve patolojik özellikleri inceleyen çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, erkek hastalarda görülen meme lezyonlarının tamamını kapsayan ve benign ile malign lezyonların birlikte değerlendirildiği histopatolojik seri çalışmaları görece sınırlıdır (1,3,6). Özellikle farklı yaş gruplarında görülen lezyonların dağılımı, malignite oranları ve nadir tümörlerin sıklığına ilişkin veriler hâlen kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı, erkek hastalarda saptanan meme lezyonlarının histopatolojik spektrumunu ortaya koymak, benign ve malign lezyonların dağılımını belirlemek ve bu lezyonların yaş ile lokalizasyon özelliklerini retrospektif olarak değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmaya, sorumlu yazarın 2011-2025 yılları arasında farklı kurum ve patoloji laboratuvarlarında değerlendirdiği erkek hastalara ait meme bölgesi lezyonları dahil edildi.

Patoloji arşiv kayıtları geriye dönük olarak taranarak erkek hastalara ait meme lezyonu tanısı alan olgular belirlendi. Patolojik tanısı mevcut olmayan veya tanınan bilgiye ulaşamayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Aynı hastaya ait birden fazla materyal bulunması durumunda, örneğin ince iğne aspirasyonu

veya tru-cut biyopsi sonrası eksizyon ya da rezeksiyon materyali değerlendirilmişse, bu kayıtlar tek olgu olarak kabul edildi ve aynı hasta birden fazla kez sayılmadı.

Olgulara ait yaş, lezyon lokalizasyonu ve patolojik tanı bilgileri arşiv kayıtları ve patoloji raporları üzerinden yeniden gözden geçirildi. Rapor tanıları genel olarak yeterli kabul edildi; ancak raporda belirtilmeyen, eksik veya net olmayan parametreler için mevcut lamalar tekrar değerlendirildi. Lezyonlar benign ve malign olarak iki ana grupta sınıflandırıldı. Malign olgularda tümör tipi ayrıca kaydedildi.

Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistiklerle analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve yaş aralığı, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve yüzde olarak ifade edildi. Benign ve malign lezyon saptanan olguların yaş ortalamaları bağımsız örneklem t testi ile karşılaştırıldı; $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 77 erkek meme lezyonu olgusu dahil edildi. Olguların yaş aralığı 3-79 yıl olup, yaş ortalaması $39,2 \pm 20,8$ yıl olarak bulundu. Lezyonların yerleşimi 24 olguda (%31,2) sağ memede, 26 olguda (%33,8) sol memede ve 24 olguda (%31,2) bilateral olarak belirlendi. Üç olguda (%3,9) lezyon lokalizasyonu belirtilmemiştir.

Olguların 63'ünde (%81,8) benign lezyon, 14'ünde (%18,2) malign tümör saptandı. Malign tümör saptanan olgularda yaş aralığı 58-79 yıl, yaş ortalaması $65,4 \pm 5,8$ yıl idi. Benign lezyon saptanan olgularda ise yaş aralığı 3-77 yıl, yaş ortalaması $33,4 \pm 18,3$ yıl olarak bulundu. Malign tümör saptanan olguların yaş ortalaması benign lezyon saptanan olgulardan anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$).

Benign lezyonlar içinde en sık görülen tanı jinekomasti olup 46 olguda (%73,0) saptandı. Diğer benign lezyonlar arasında 7 olguda (%11,1) non-spesifik fibrotik ve inflamatuvar değişiklikler, 6 olguda (%9,5) epidermal kist, 2 olguda (%3,2) olağan tip duktal hiperplazi, 1 olguda (%1,6) intraduktal papillom ve 1 olguda (%1,6) hemanjiyom izlendi.

Malign tümör saptanan 14 olgunun 13'ü karsinom, biri ise diffüz büyük B hücreli lenfoma idi. Karsinom olgularının 11'i özel tip olmayan invaziv meme karsinomu (Şekil 1A), biri mü-

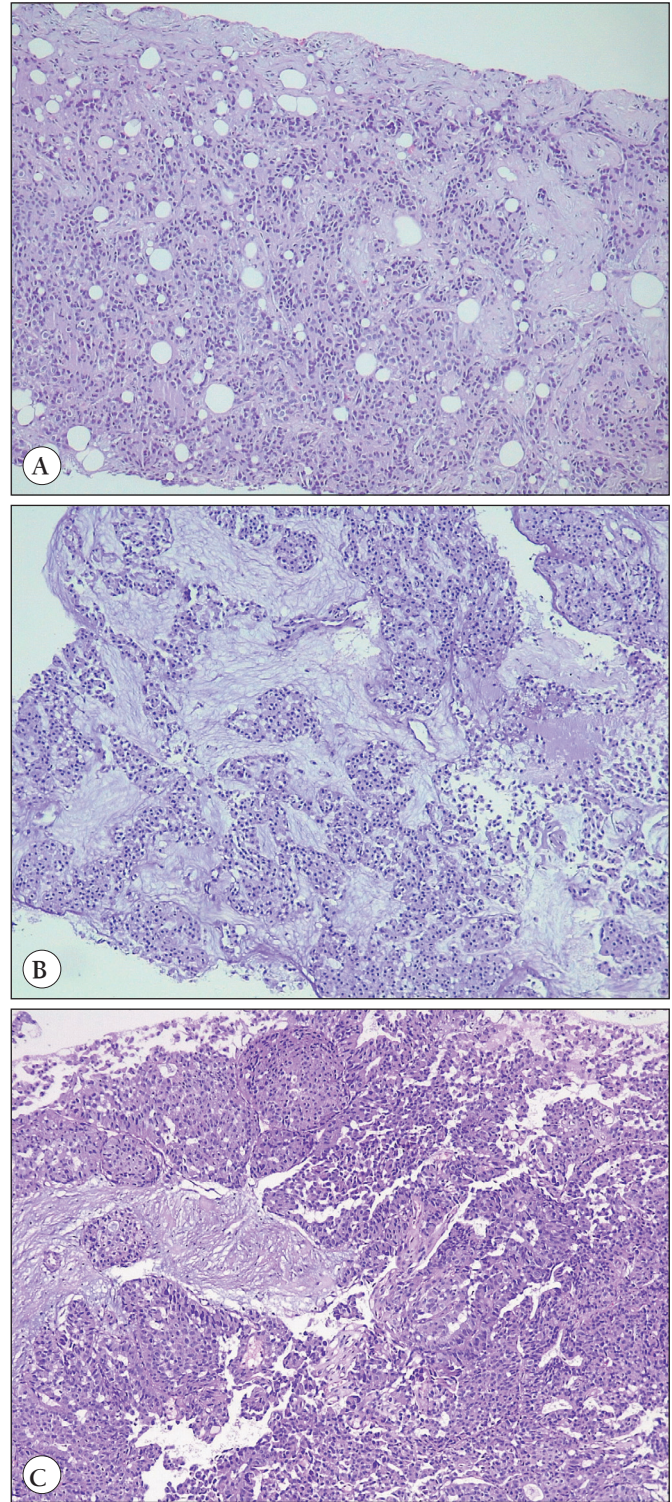
sinöz karsinom (Şekil 1B) ve biri kribriform karsinom (Şekil 1C) olarak değerlendirildi. Karsinom tanısı alan olguların yaş aralığı 58-79 yıl, yaş ortalaması $65,3 \pm 6,0$ yıl idi. Histolojik derece dağılımı değerlendirildiğinde iki olgu grade 1, dokuz olgu grade 2 ve iki olgu grade 3 olarak sınıflandırıldı. Tüm karsinom olgularında östrojen ve progesteron reseptörü (ER ve PR) pozitifliği saptandı (Şekil 2A,B). HER2 pozitifliği üç olguda saptandı. Bu olguların ikisinde immünohistokimyasal skor 3+ olup doğrudan pozitif kabul edilirken (Şekil 2C), immünohistokimyasal skoru 2+ olan bir olguda SISH yöntemiyle HER2 gen amplifikasyonu gösterilerek pozitiflik doğrulandı. Ki-67 proliferasyon indeksi %6 ile %42 arasında değişmekte olup ortalama $20,0 \pm 12,3$ idi (Şekil 2D). Cerrahi rezeksiyon materyali bulunan dört olguda pTNM değerlendirmesi yapılabildi. Karsinom olgularına ait klinikopatolojik ve immünohistokimyasal özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı alan olgu 67 yaşında olup, sağ memede kitle ön tanısıyla alınan tru-cut biyopsi materyali ile belirlendi (Şekil 3A). Immünohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde CD20 (Şekil 3B), CD45, MUM1, vimentin ve CD99 pozitifliği saptandı. CD3, CD5, CD10, CD23, BCL2, BCL6, Cyclin D1, PanSK, sinaptofizin, kromogranin, desmin ve NSE negatifti. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %65 idi. Tanı sonrasında yapılan klinik değerlendirmede aksiller ve servikal lenf nodlarında büyüme saptandığı öğrenildi. Bu nedenle olgu primer meme lenfoması olarak değil, meme tutulumu ile saptanan diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak değerlendirildi.

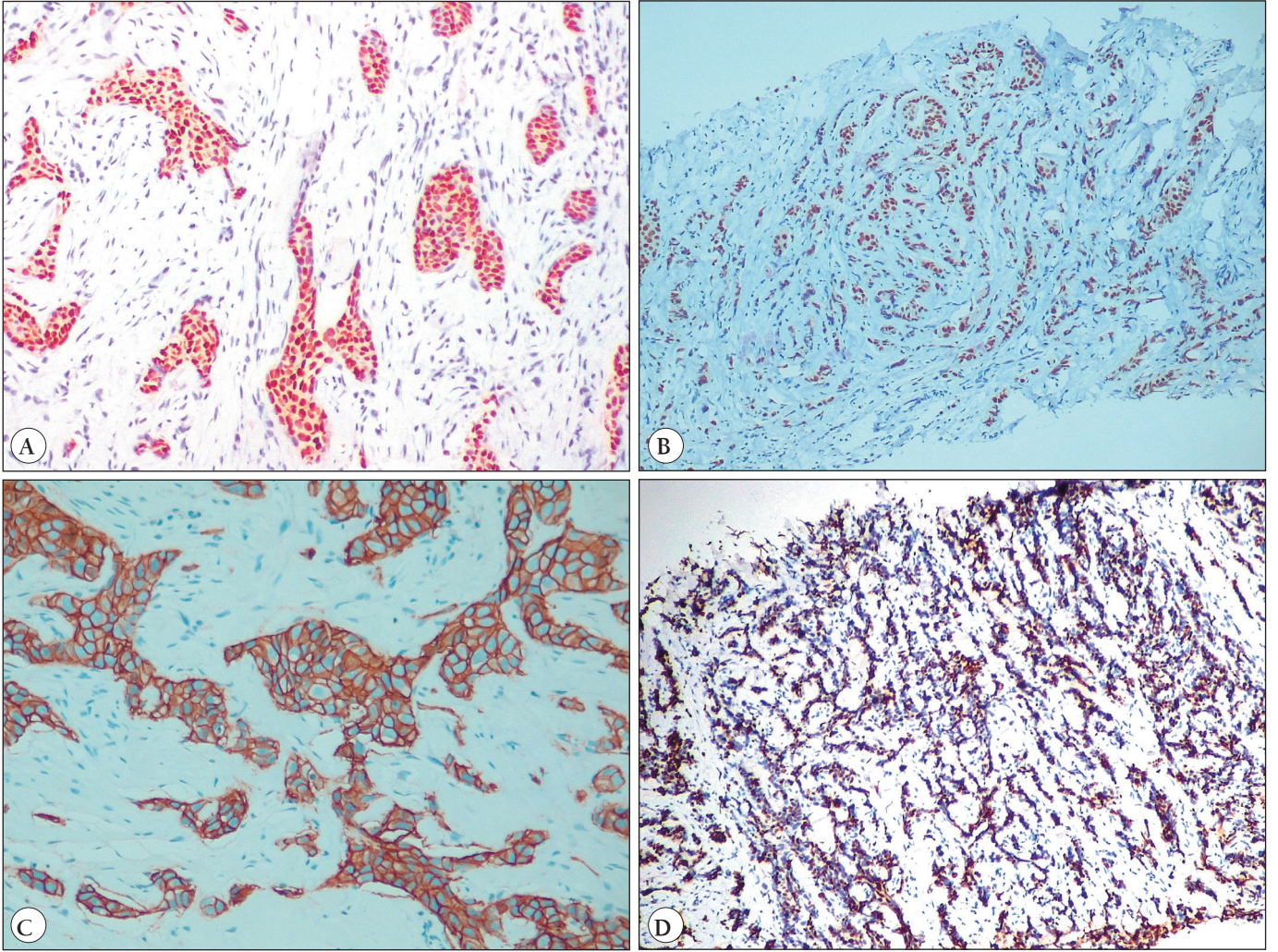
TARTIŞMA

Erkek meme lezyonlarının klinik değerlendirmesinde ilk sorun, benign ve malign olguların çoğu zaman benzer yakınmalarla başvurabilmesidir. Erkek hastalarda meme büyümesi, ele gelen kitle, ağrı, hassasiyet, meme başı değişiklikleri ve daha nadiren meme başı akıntısı başvuru nedeni olabilir (1,2). Jinekoma genellikle retroareolar yerleşimli, diffüz veya nodüler büyüme şeklinde izlenirken; ileri yaşta ortaya çıkan, tek taraflı, sert, eksantrik yerleşimli kitleler malignite açısından daha dikkatli değerlendirilmelidir (2,4,5). Özellikle meme başı çekintisi, deri tutulumu, ülserasyon, kanlı meme başı akıntısı ve aksiller lenfadenopati varlığı karsinom şüphesini güçlendiren bulgulardır (4,7). Bu nedenle erkek meme lezyonlarında klinik değerlendirme, yalnızca kitlenin varlığına değil; hastanın yaşı, lezyonun yerleşimi, eşlik eden meme başı/deri bulguları ve aksiller durumla birlikte yapılmalıdır.

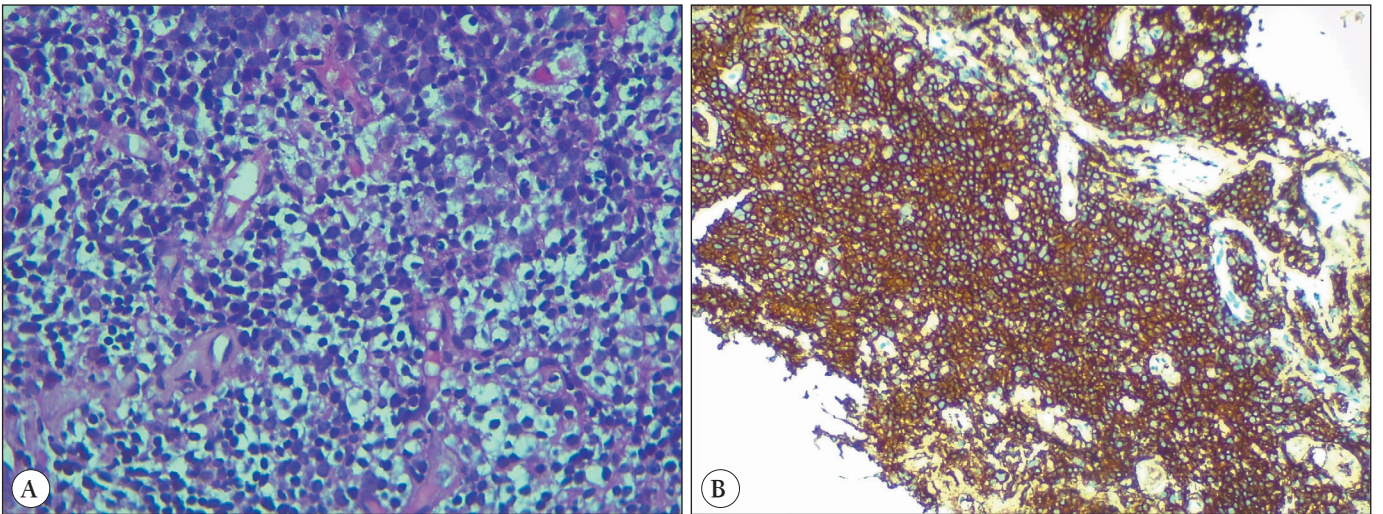
Tanısal yaklaşımda kullanılan yöntemler büyük ölçüde kadın meme lezyonlarındaki yaklaşıma benzer; ancak erkek memesinde doku hacminin az olması ve lezyonların çoğu zaman retroareolar bölgede yerleşmesi değerlendirmeyi bazı yönlerden farklılaştırır (2,8). Mammografi ve ultrasonografi, jinekoma ile kitle oluşturan lezyonların ayırımında yararlıdır; ancak görüntüleme bulguları her zaman kesin tanı için yeterli değildir (2,7). Bu noktada tru-cut biyopsi, özellikle malignite kuşku-



Şekil 1: Erkek meme karsinomlarının histopatolojik özellikleri. (A) Desmoplastik stroma içerisinde düzensiz adalar ve kordonlar oluşturan özel tip olmayan invaziv meme karsinomu (NST). (B) Geniş ekstrasellüler müsin gölcükleri içerisinde yüzen tümör hücre kümeleri ile karakterize müsinöz karsinom. (C) Düzenli kribriform yapılar oluşturan invaziv kribriform karsinom (A-C, hematoxilen-eozin; A-C 200).



Şekil 2: Erkek meme karsinomlarında immünohistokimyasal bulgular. Tümör hücrelerinde A) Östrojen reseptörü (ER) pozitifliği, B) Progesteron reseptörü (PR) pozitifliği, C) HER2 Skor 3+ membranöz pozitif reaksiyon, D) Yüksek Ki-67 proliferasyon indeksi.



Şekil 3: Diffüz büyük B hücreli lenfoma. A) Diffüz yerleşim gösteren iri atipik lenfoid hücreler (hematoksilen-eozin). B) Tümör hücrelerinde yaygın membranöz CD20 pozitifliği.

Tablo I: Karsinom tanısı alan erkek meme lezyonlarının klinikopatolojik ve immünohistokimyasal özellikleri.

Yaş	Histolojik tip	Histolojik derece	ER	PR	HER2	Ki67 (%)	pTNM*
59	NST	G 3	Pozitif	Pozitif	Negatif	38	-
79	NST	G 3	Pozitif	Pozitif	Negatif	25	-
73	NST	G 1	Pozitif	Pozitif	Negatif	9	-
58	Kribriform	G 2	Pozitif	Pozitif	Negatif	15	-
67	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Negatif	8	-
61	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Pozitif	23	pT2 N1a
65	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Pozitif	42	-
60	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Negatif	8	pT2 N0
63	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Negatif	18	-
64	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Negatif	14	pT4b N1a
68	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Negatif	37	ypT4b N2a**
70	NST	G 2	Pozitif	Pozitif	Pozitif	17	-
62	Müsinöz	G 1	Pozitif	Pozitif	Negatif	6	-

NST: Özel tip olmayan invaziv meme karsinomu; **ER:** Östrojen reseptörü; **PR:** Progesteron reseptörü; **HER2:** Human epidermal growth factor receptor 2; **Ki-67:** Proliferasyon indeksi; **TNM:** Tümör, lenf nodu ve metastaz sınıflaması. “-” işareti pTNM değerlendirmesi yapılamayan olguları göstermektedir.

* pTNM değerlendirmesi yalnızca cerrahi rezeksiyon materyali bulunan olgularda yapılmıştır.

** Cerrahi rezeksiyon materyali neoadjuvan kemoterapi sonrasında değerlendirildiğinden evreleme ypTNM olarak verilmiştir.

su bulunan olgularda histolojik tip, invazyon paterni ve immünohistokimyasal profilin değerlendirilebilmesi açısından önemli avantaj sağlar (8). İnce iğne aspirasyonu ise hızlı ve daha az invaziv bir yöntem olmakla birlikte, erkek meme lezyonlarında sitolojik tuzaklar ve sınırlı materyal nedeniyle her zaman histolojik tanının yerini tutmayabilir (6,9). Aksiller lenf nodlarının klinik, radyolojik ve gerektiğinde patolojik olarak değerlendirilmesi de hem evreleme hem de tedavi planı açısından önemlidir (4,7).

Erkek meme lezyonlarında önemli tanısal problemlerden biri, benign lezyonların klinik veya radyolojik olarak maligniteyi taklit edebilmesidir. Jinekomasti en sık benign tanı olmakla birlikte, asimetrik veya nodüler görünüm gösterdiğinde klinik olarak kitle kuşkusu oluşturabilir (1,2). Epidermal kist, lipom, yağ nekrozu ve inflamatuvar-fibrotik lezyonlar da özellikle sınırlı klinik bilgi ile değerlendirildiğinde malignite ön tanısıyla örneklenebilir (10). Adölesan erkeklerde meme kitlelerinin büyük bölümü benign süreçlerle ilişkili olmakla birlikte, bu yaş grubunda da klinik ve radyolojik görünümün doğru yorumlanması gereklidir (3). Erkek memesinde fibroadenom gibi bazı benign fibroepitelyal lezyonların son derece nadir olması ise ayrı bir tanısal dikkat gerektirir; bu tür tanımlar konulurken lezyonun gerçekten meme parankimi ile ilişkili olup olmadığı ve morfolojik kriterlerin yeterliliği gözden geçirilmelidir (11). Jinekomasti tüm olgularımızın %59,7'sini oluştur-

muş ve bilateral yerleşimin serimizde büyük ölçüde (%31,2) jinekomasti olgularıyla ilişkili bulunmuştur. Serimizde jinekomastinin baskın benign tanı olması beklenen bir bulgudur; ancak epidermal kist, olağan tip duktal hiperplazi, intraduktal papillom ve hemanjiyom gibi tanıların da yer alması, erkek meme materyallerinin tek bir benign tanı grubuna indirgenmemesi gerektiğini göstermektedir.

Malignite oranını yorumlarken en önemli nokta, çalışmanın hangi hasta grubunu temsil ettiğidir. Erkek meme kanseri tüm meme kanserleri içinde düşük oranda görülür; ancak patoloji laboratuvarına ulaşan erkek meme materyalleri, toplumdaki erkek popülasyonunu değil, klinik olarak örnekleme kararı verilmiş seçilmiş bir grubu temsil eder (4,5). Serimizdeki %18,2'lik malignite oranı, tüm erkek meme lezyonlarını değerlendiren Celepli ve arkadaşlarının bildirdiği %14 oranından yüksek, yalnızca tek taraflı kor biyopsilerin incelendiği serideki %24,3 oranından ise düşüktür; bu farklılık olgu seçimi ve materyal türüyle ilişkili olabilir (1,8). Nitekim literatürdeki çalışmalar da hasta seçimine göre farklı sonuçlar vermektedir: bazı çalışmalar yalnızca erkek meme kanseri olgularını ele alırken (4,7,12,13), bazıları daha geniş erkek meme lezyonu spektrumunu değerlendirmektedir (1,3,6). Serimizde malign olgularımızın yaş ortalaması 65,4 yıl olup, erkek meme kanseri serilerinde bildirilen yaklaşık 62–63 yıllık ortalama yaş değerleriyle uyumludur (4,7,12). Çalışmamızın sonuçları ve

literatür bilgileri patolojik incelemeye gönderilen, özellikle ileri yaş grubundaki erkeklere ait meme lezyonları içinde malignite olasılığının göz ardı edilemeyecek düzeyde olduğunu gösteriyor.

Erkek meme kansinonlarının histopatolojik spektrumu, erkek memesinin anatomik özellikleriyle yakından ilişkilidir. Terminal duktalobüler ünitelerin sınırlı gelişimi nedeniyle lobüler neoplaziler ve lobüler kansinonlar oldukça nadirdir; buna karşılık özel tip olmayan invaziv meme kansinomu en sık histolojik tiptir (5,14,15). Bizim serimizde de kansinonların büyük kısmının özel tip olmayan invaziv meme kansinomu olması bu biyolojik zeminle uyumludur. Bununla birlikte erkek meme kansinonları tamamen tek tip bir grup değildir. Literatürde papiller, intrakistik papiller, müsinöz, kribriform ve diğer özel tip kansinonlar bildirilmiştir (16-18). Serimizde müsinöz ve kribriform kansinon olgularının bulunması, erkek meme kansinonlarında nadir histolojik alt tiplerin de tanınması spektrumunda yer aldığını göstermektedir.

İmmünohistokimyasal incelemede erkek meme kansinonlarında da ER, PR, HER2 ve Ki-67'den oluşan standart prediktif panelin uygulanması önemlidir. Bu olguların çoğu hormon reseptör pozitif tümörlerdir ve bu özellik farklı serilerde vurgulanmıştır (4,5,7). Serimizde de tüm kansinon olgularında ER ve PR pozitifliği saptanmıştır. HER2 pozitifliği farklı serilerde değişken oranlarda bildirilmiştir. Hasbay ve ark. literatürdeki HER2 pozitiflik oranının %3-28 arasında değiştiğini belirtmiş ve kendi serilerinde bu oranı %22,2 olarak saptamıştır (4). Şahin ve ark. olgularının %12'sini HER2-pozitif olarak sınıflandırırken (7), Dizen ve ark. %38 oranında HER2 pozitifliği bildirmiştir (12). Serimizde HER2 pozitifliği 13 kansinon olgusunun üçünde (%23,1) saptanmıştır ve bu oran literatürdeki birçok çalışmanın sonuçları ile örtüşmektedir.

Erkek memesinde en sık görülen malign tümör kansinom olmakla birlikte, nadiren lenfomalar, sarkomlar ve diğer organlardan metastaz yapan tümörler de meme tutulumu ile karşımıza çıkabilir (19-26). Bu nedenle erkek meme lezyonlarının değerlendirilmesinde kansinom dışı maligniteler de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Serimizde de bir olguda diffüz büyük B hücreli lenfoma saptanmıştır.

Çalışmamızın temel sınırlılığı retrospektif tasarımıdır. Olguların farklı kurum ve laboratuvarlardan toplanmış olması, klinik bilgi, radyolojik bulgular, materyal türü ve takip verileri açısından heterojenliğe yol açmıştır. Bu nedenle çalışma, erkek meme lezyonlarının toplumdaki gerçek prevalansını veya malignite riskini belirleyen epidemiyolojik bir çalışma olarak yorumlanmamalıdır. Ayrıca malign olguların bir bölümünde yalnızca tru-cut biyopsi materyali bulunduğundan tüm olgularda cerrahi evreleme yapılamamıştır. Buna karşın çalışma, patoloji pratiğinde karşılaşılan erkek meme lezyonlarının yalnızca jinekomasti ve kansinomdan ibaret olmadığını; benign, epitelyal malign ve epitelyal dışı malign lezyonları içeren geniş bir spektrum oluşturduğunu göstermektedir. Bu nedenle

erkek meme materyalleri değerlendirilirken klinik yaş grubu, lezyonun lokalizasyonu, görüntüleme bulguları, histomorfoloji ve immünohistokimyasal profil birlikte ele alınmalıdır.

SONUÇ

Erkek meme lezyonları çoğunlukla benign karakterde olmakla birlikte, patolojik incelemeye gönderilen olgularda malignite olasılığı göz ardı edilmemelidir. Bu çalışmada jinekomasti en sık benign lezyon, invaziv meme kansinomu ise en sık malign tümör olarak saptanmıştır. Özellikle ileri yaş grubundaki erkek meme kitlelerinde malignite olasılığı dikkate alınmalı; tanınal değerlendirme klinik, radyolojik, histopatolojik ve gerektiğinde immünohistokimyasal bulgular birlikte yorumlanarak yapılmalıdır. Karsinom dışı nadir maligniteler de ayırıcı tanı kapsamında değerlendirilmelidir.

Bildirimler

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma, anonimleştirilmiş patoloji arşiv kayıtlarının ve mevcut tanınal materyallerin geriye dönük olarak değerlendirilmesine dayanmaktadır. Hastalara yönelik herhangi bir ek girişim uygulanmamış ve çalışma kapsamında doğrudan hasta teması kurulmamıştır. Bu nedenle çalışma retrospektif arşiv çalışması niteliğinde değerlendirilmiş ve etik kurul onayından muaf tutulmuştur.

Araştırma Desteği: Bu araştırma için herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

Veri Güvenliği ve Verilerin Sorgulanması: Veri güvenliği ihlali yaşanmamıştır. Mevcut çalışma sırasında oluşturulan ve/veya analiz edilen veri setleri, makul talep üzerine sorumlu yazardan temin edilebilir.

Çıkar Çatışması: Yazarların çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKILARI

Çalışmanın fikri veya tasarımı: JM

Veri toplama: JM, BA

Veri analizi ve yorumlama: JM, LI, BA

Makale taslağının hazırlanması: JM, LI

Makalenin kritik revizyonu: JM, IK

Diğer (çalışma denetimi, fonlar, gereç, vb...): JM, LI

Tüm yazarlar sonuçları gözden geçirmiş ve makalenin son halini onaylamıştır.

KAYNAKLAR

1. Celebli P, Celebli S, Bigat I, Hücümenoğlu S. Erkek meme lezyonlarının patolojisi: Vaka serisi ve literatür tarama. Akd Tıp D. 2021;7:301-306. DOI: 10.53394/akd.959029
2. Koplay M, Kıvrak AS, Polat P. Erkek meme hastalıkları. Türkiye Klinikleri Radyoloji - Özel Konular. 2010;3:47-51.
3. Cesur Ö, Benli AR. Adolesan erkeklerde meme kitleleri. J Clin Anal Med. 2015;6:50-52. DOI: 10.4328/JCAM.3255.
4. Hasbay B, Aka Bolat F, Aytac HÖ, Kus M, Pourbagher A. Male breast cancer: Clinicopathological, immunohistochemical and radiological study. Turk Patoloji Derg. 2020;36:211-217. PMID: 32525214. DOI: 10.5146/tjpath.2020.01490.

5. Fox S, Speirs V, Shaaban AM. Male breast cancer: an update. *Virchows Arch.* 2022;480:85-93. PMID: 34458944. DOI: 10.1007/s00428-021-03190-7.
6. Rosa M, Masood S. Cytomorphology of male breast lesions: diagnostic pitfalls and clinical implications. *Diagn Cytopathol.* 2012;40:179-184. PMID: 22246937. DOI: 10.1002/dc.21601.
7. Sahin C, Ucpinar BA, Mut DT, Yilmaz O, Ucak R, Kaya C, Tanik C. Male breast cancer with radiological and histopathological findings. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2020;54:375-379. PMID: 33312039. DOI: 10.14744/SEMB.2020.01643.
8. Bicchierai G, Nori J, Livi L, De Benedetto D, Vanzi E, Boeri C, Bianchi S, Becherini C, Meattini I. Core needle biopsy for the assessment of unilateral male breast lesions. *Eur J Surg Oncol.* 2017;43:680-682. DOI: 10.1016/j.ejso.2016.07.144.
9. Rosen DG, Laucirica R, Verstovsek G. Fine needle aspiration of male breast lesions. *Acta Cytol.* 2009;53:369-374. PMID: 19697719. DOI: 10.1159/000325335.
10. Battal B, Kocaoglu M, Örs F, Üçöz T, Somuncu I, Gülhan S. Erkek hastada kalsifiye yağ nekrozu içeren dev bir meme lipomunun radyolojik bulguları. *Gülhane Tıp Derg.* 2006;48:50-52.
11. Agarwal P, Kohli G. Fibroadenoma in the male breast: truth or myth? *Ulus Cerrahi Derg.* 2016;32:208-211. PMID: 27528814. DOI: 10.5152/UCD.2015.3120.
12. Dizen H, Karayigit A, Özdemir DB, Özdemir Ü, Karakaya IB, Cengiz BP, Ulaş M, Ünal B. Erkek meme kanserinde klinik ve patolojik özellikler: 16 olgunun incelenmesi. *Ankara Egt Arş Hast Derg.* 2021;54:321-325. DOI: 10.20492/aeahtd.932468.
13. Tatar C, Erözgen F, Akıncı M, Benek S, Kızılkaya C. Erkek meme kanserinde prevalans ve klinik deneyimlerimiz. *Haseki Tıp Bülteni.* 2013;51:99-101. DOI: 10.4274/Haseki.1000.
14. Doebar SC, Slaets L, Cardoso F, Giordano SH, Bartlett JM, Tryfonidis K, Dijkstra NH, Schröder CP, van Asperen CJ, Linderholm B, Benstead K, Dinjens WN, van Marion R, van Diest PJ, Martens JW, van Deurzen CH. Male breast cancer precursor lesions: analysis of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International male breast cancer program. *Mod Pathol.* 2017;30:509-518. PMID: 28084333. DOI: 10.1038/modpathol.2016.229.
15. Verschuur-Maes AH, Kornegoor R, de Bruin PC, Oudejans JJ, van Diest PJ. Do columnar cell lesions exist in the male breast? *Histopathology.* 2014;64:818-825. PMID: 24267518. DOI: 10.1111/his.12333.
16. Pant I, Joshi SC. Invasive papillary carcinoma of the male breast: report of a rare case and review of the literature. *J Cancer Res Ther.* 2009;5:216-218. PMID: 19841568. DOI: 10.4103/0973-1482.57132.
17. Wang B, Wang L, Zhao Z, Xu X. Cystic encapsulated papillary carcinoma with ductal carcinoma in situ in the male breast: a clinicopathologic feature with a diagnostic challenge: A case report and review of literature. *Medicine (Baltimore).* 2023;102:e34388. PMID: 37933028. DOI: 10.1097/MD.00000000000034388.
18. Singh PK, Rehman F, Rathod V, Sinha L, Jha CK. Intracystic papillary carcinoma of the male breast: Dilemmas in diagnosis and management. *Breast Dis.* 2020;39:105-107. PMID: 32039836. DOI: 10.3233/BD-190421.
19. Duman BB, Sahin B, Güvenç B, Ergin M. Lymphoma of the breast in a male patient. *Med Oncol.* 2011;28:S490-493. PMID: 20830532. DOI: 10.1007/s12032-010-9675-0.
20. Huang F, Ruan Y, He X, Lian H, Yang J. Clinicopathologic and mutational profiles of primary breast diffuse large B cell lymphoma in a male patient: case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2023;21:342. DOI: 10.1186/s12957-023-03234-z. Erratum in: *World J Surg Oncol.* 2023;21:382. PMID: 37884941. DOI: 10.1186/s12957-023-03259-4.
21. Bozkaya Y, Oz Puyan F, Bimboga B. Primary bilateral breast lymphoma in an elder male patient. *Breast J.* 2019;25:1008-1009. DOI: 10.1111/tbj.13394. Erratum in: *Breast J.* 2025:9821303. PMID: 31187574. DOI: 10.1155/tbj/9821303.
22. Ruiz Pardo J, López López V, Blanquer Blanquer M, Cabezas Herrera J, Piñero Madrona A. Mantle cell lymphoma involving the breast in a male patient. *Cir Esp.* 2017;95:170-172. PMID: 27453218. DOI: 10.1016/j.ciresp.2016.06.007.
23. Xiao S, Chen H, Xu J, Fang N, Ke Z, Yu M. Giant low-grade myofibroblastic sarcoma of the male breast: case report and literature review. *Pol J Pathol.* 2024;75(4):362-367. PMID: 39849879. DOI: 10.5114/pjp.2024.143232.
24. Niepokój-Czopnik A, Aporowicz M, Hao , Maciejczyk A, Matkowski R. Low-grade fibromyxoid sarcoma of a male breast: a uniquely rare case report. *Pol Arch Intern Med.* 2021;131(7-8):724-726. PMID: 34060775. DOI: 10.20452/pamw.16021.
25. Jagmohan P, Almaskeen HSH, Pillay PG, Goh Y, Singh P, Tay LE, Putti TC, Quek ST. Malignant phyllodes tumor of the male breast. *Breast J.* 2020;26(5):1050-1051. PMID: 31876033. DOI: 10.1111/tbj.13710.
26. Gur EO, Onak C, Bayar EE, Yazıcı A, Kokulu I, Hacıyanlı S, Dilek ON. Rectum mucinous adenocarcinoma metastasis to bilateral breast in a male patient: A case report. *Breast J.* 2020;26(3):517-519. PMID: 31541514. DOI: 10.1111/tbj.13580.