



## CARCINOMA MAMMARIO MASCHILE



Il carcinoma della mammella maschile rappresenta circa 1% di tutti i tumori mammari, con un'incidenza di circa **500 nuovi casi all'anno**.

È più frequente tra 50-60 anni.

Anche per l'uomo i principali fattori di rischio sono

- Età
- squilibri ormonali da iperestrogenismo
  - ginecomastia
  - epatopatie
  - obesità
  - s. di Klinefelter: rara malattia genetica dovuta alla presenza di un cromosoma X in più negli individui di sesso maschile, che si manifesta con un anomalo o ritardato sviluppo dei caratteri sessuali tipicamente maschili
  - terapia ormonale nei transgender
- anabolizzanti per migliorare le prestazioni sportive
- lesioni benigne mammarie
- esposizione a radiazioni
- familiarità e predisposizione genetica.

Circa il 16% dei tumori maschili presenta mutazione BRCA2 e il 4% mutazione BRCA1, sono presenti anche mutazioni del gene CHEK2 PALB2 e PETEN. È quindi **consigliato il counselling genetico a tutti i maschi con tumore mammario**.

Gli uomini con mutazione BRCA2 hanno un rischio del 6,9% di sviluppare tumore mammario, circa 100 volte superiore a quello della popolazione maschile generale e un aumentato del rischio di tumore della prostata.

Come nella donna nei soggetti sani con mutazione BRCA1-BRCA2 è previsto:

- a partire dai 35aa controllo annuale con mammografia ed ecografia mammaria
- a partire dai 45 **visita urologica annuale**, dosaggio del **PSA** (Antigene Prostatico Specifico) e del **PHI** (Prostate Health Index) per individuare la **neoplasia** prostatica in stadio precoce.

In caso di sospetto, come nella donna, si procede con esami di secondo livello, tra cui la **risonanza magnetica multiparametrica** della prostata ed eventuale **biopsia**.

Solitamente il carcinoma maschile viene diagnosticato in stadi più avanzati, **non è previsto uno screening mammografico** per l'uomo per lo scarso numero di casi che ne inficia l'efficacia; tuttavia in caso di modificazione dell'aspetto della mammella il percorso diagnostico-terapeutico segue le raccomandazioni del cancro mammario femminile.

I fattori prognostici e predittivi di risposta alle terapie, sono sovrapponibili a quelli della donna, come pure la sopravvivenza a parità di stadio ed età.

**Sono prevalentemente carcinomi duttali ormonoresponsivi HER2 negativi**, solo 9% sono HER2 positivi e meno dell'1% triplo negativi.

La terapia adiuvante standard dei carcinomi maschili ormonoresponsivi è il Tamoxifene per 5anni, per quanto meno tollerato e con maggiori interruzioni rispetto al sesso femminile per vampate di calore, disfunzione sessuale e tromboembolismo venoso.

Per la prescrizione col SSN è richiesto piano terapeutico annuale da parte dell'Oncologo.

Qualora sia indicata terapia con **inibitori dell'aromatasi (Letrozolo)**, sono approvati **unicamente in associazione a LHRH-analoghi** (Enantone, Decapeptyl), per evitare che la riduzione degli estrogeni circolanti determinata dagli inibitori dell'aromatasi provochi un aumento di FSH e testosterone con conseguente aumento indiretto degli estrogeni.

Anche in questo caso è necessario piano terapeutico.

Il follow up, come nella donna, prevede mammografia–ecografia.

In caso di mutazioni BRCA non è prevista la RM mammaria di routine ma solo come esame d'approfondimento in caso di sospetto di ricaduta.

Anche nella malattia metastatica l'iter diagnostico terapeutico è assimilabile a quello della donna con caratteristiche simili per tipo istologico, fattori prognostici, fattori predittivi di risposta terapeutica e stadio di malattia.