

**ДОЦІЛЬНІСТЬ ОРХІЕКТОМІЇ ПРИ  
ЛІКУВАННІ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ  
НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

**Ключові слова:** рак молочної залози, орхієктомія, лікування, гормонотерапія.

**Резюме.** Наведено результати аналізу ефективності виконання орхієктомії (ОЕ) у чоловіків, хворих на рак молочної залози (РМЗ) II, III, IV стадії. Середній вік пацієнтів, яким виконували ОЕ, становив 56,8 року. Ефективність виконання ОЕ оцінювали за критерієм тривалості життя пацієнтів порівняно з такою у рандомізованих за віком і стадією захворювання пацієнтів, у яких цей метод не застосовували. ОЕ не вплинула на загальну виживаність хворих на РМЗ II стадії. При місцево-розповсюдженому РМЗ (III стадія) виконання ОЕ зумовлює покращання 5- та 10-річної виживаності (50% у групі пацієнтів, яким було проведено ОЕ, проти 19% у групі, де цей вид лікування не застосовували). При цьому різниця у виживаності між двома групами максимально наближена до достовірної ( $p = 0,053$ ). При РМЗ IV стадії виконання ОЕ недоцільне, оскільки не впливає на загальну виживаність. Вік хворих на РМЗ чоловіків не є фактором для визначення доцільності виконання ОЕ.

**ВСТУП**

За даними статистичних досліджень рак молочної залози (РМЗ) у чоловіків не є розповсюдженою патологією. У структурі чоловічої захворюваності злякисними новоутвореннями РМЗ становить у середньому 0,2% [1]. Щороку в Україні від РМЗ помирає близько 100 осіб чоловічої статі, тобто 1,3% усіх хворих, які померли від РМЗ і 0,18% усіх чоловіків, які померли від злякисних новоутворень [1].

Незважаючи на відносну рідкість даного захворювання, проблема РМЗ у чоловіків становить інтерес з кількох причин. Насамперед ця патологія маловивчена. Дотепер лікування чоловіків з РМЗ проводять на основі знань, отриманих у процесі лікування жінок з аналогічною патологією. Це стосується практично всіх складових комплексного лікування — хірургічного, променевого і особливо хіміо- (ХТ) та гормонотерапії (ГТ). Суперечливі відомості про вплив різних методів лікування на тривалість життя, частоту виникнення рецидивів і віддалених метастазів у хворих на РМЗ чоловіків.

Усе вищесказане стосується і такої складової лікування чоловіків з РМЗ, як орхієктомія (ОЕ). Дотепер не вироблено єдиного підходу щодо доцільності виконання цього заходу як у хворих з ранніми стадіями, так і при наявності місцево-розповсюдженого та метастатичного РМЗ.

До початку 70-х років ХХ ст. ОЕ виконували багатьом хворим поряд із хірургічним і променевим методами лікування [5, 10, 18]. Однак, як свідчать результати подальших досліджень, це не зумовило підвищення виживаності хворих на РМЗ чоловіків [6, 20]. Н. Kantarjian та співавтори [12] отримали статистично значиме збільшення безметастатичного періоду у хворих, яким було виконано ОЕ і які отримували різні варіанти хіміогормонотерапії (ХГТ). Водночас М. Lopez та співавтори [15] стверджують, що виконання ОЕ у комплексі з ХГТ не впливає на безметастатичну

тривалість життя. W.G. Kraubill та співавтори [13] відзначають, що пацієнти, у яких не виявлено відповіді на ОЕ, надалі краще реагували на проведення ХТ.

Щодо терапії при пізніх стадіях РМЗ у чоловіків, то ОЕ була застосована як перший вид ГТ у цих хворих [9]. У ранніх роботах, присвячених ефективності цього виду ГТ, зазначено збільшення тривалості життя хворих на РМЗ IV стадії, яким було виконано цей вид оперативного втручання. Так, у об'єднаному огляді результатів лікування із застосуванням ОЕ середній час тривалості життя чоловіків з РМЗ IV стадії становив 56 міс у групі, де виконували ОЕ проти 38 міс у хворих, де ОЕ не виконували [16]. У інших повідомленнях називають дані від 32 до 55% часткових і повних ремісій у хворих, яким виконували ОЕ з приводу РМЗ пізніх стадій [2, 11–13, 17, 19]. Багато дослідників підкреслюють, що досягнення часткової чи повної ремісії після виконання ОЕ жодним чином не підвищує чутливість до наступної ХГТ метастатичного РМЗ [3, 12, 17], хоча це правило має винятки [14].

Незважаючи на ефективність ОЕ, цей вид лікування не є першочерговим методом паліативної терапії при РМЗ у чоловіків [7, 8]. Такий стан справ, на думку авторів, склався в силу багатьох причин, найважливішими з яких є неприйняття багатьма чоловіками ОЕ, можливість післяопераційних ускладнень тощо. Вважають, що на противагу ОЕ великого значення набула також альтернативна ХГТ, яка дозволяє обійтися без хірургічних втручань [4, 11].

**ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

У дослідження включено 168 хворих на РМЗ чоловіків, які отримували лікування і перебували під спостереженням з 1946 до 2000 р. У всіх хворих діагноз підтверджено гістологічно. Середній вік пацієнтів становив  $56,1 \pm 11,2$  року. Наймолодшому хворому було 19, найстаршому — 82 роки. Розподіл хворих залежно від стадії процесу наведено в табл. 1.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ОЕ було виконано у 19 хворих на РМЗ II та III стадії. При порівнянні виживаності у групі пацієнтів, яким було виконано ОЕ, з виживаністю в групі, де ОЕ не виконували, не виявлено статистично значимої відмінності ( $p = 0,89$ ). Іншими словами, виконання ОЕ не впливає на збільшення виживаності у об'єднаній групі хворих на РМЗ II і III стадії.

Однак при аналізі впливу ОЕ на тривалість життя пацієнтів кожної стадії РМЗ окремо отримані дещо відмінні результати. Виживаність хворих на РМЗ II стадії наведено на рис. 2. Очевидна виражена відмінність у виживаності пацієнтів, яким виконували ОЕ порівняно з групою хворих, де цей вид лікування не застосовували. У групі хворих, яким проведено ОЕ, виживання гірше. Різниця у кумулятивній виживаності в обох групах не була статистично достовірною ( $p = 0,07$ ). У групі чоловіків з РМЗ III стадії результати аналізу виживаності дали діаметрально протилежні результати (рис. 3). У групі пацієнтів, які перенесли ОЕ, виживаність була суттєво вищою. 5- і 10-річна виживаність у цій групі становила  $50,48 \pm 11,23$  проти  $19,10 \pm 6,44\%$  у групі пацієнтів, яким цей вид лікування не проводили. При цьому різниця у виживаності також не була статистично достовірною, але наближалася до такої ( $p = 0,053$ ).

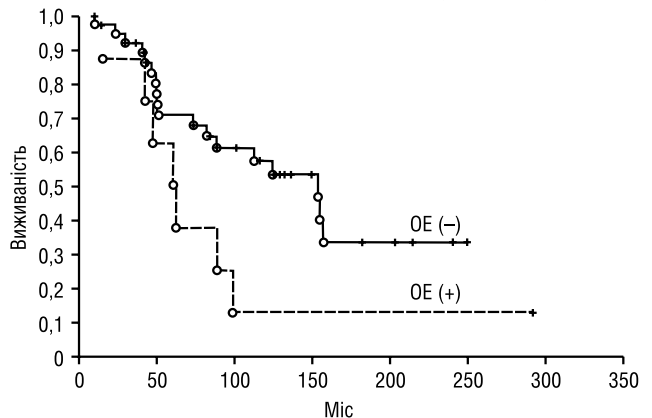


Рис. 2. Кумулятивна виживаність хворих II стадії РМЗ залежно від наявності у програмі лікування ОЕ ( $p = 0,07$  LogRank Test)

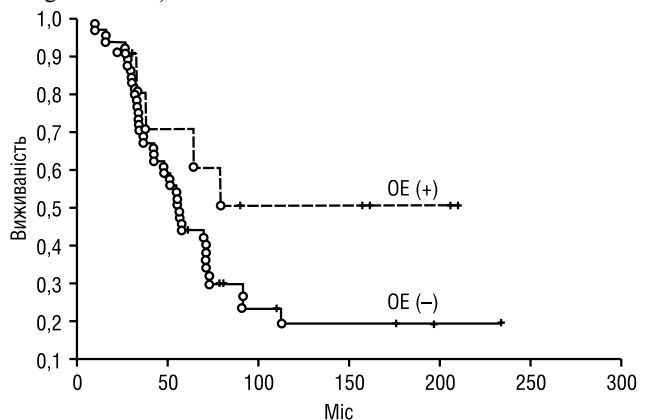


Рис. 3. Кумулятивна виживаність хворих чоловіків із III стадією РМЗ залежно від наявності у програмі лікування ОЕ ( $p = 0,053$  LogRank Test)

У деяких роботах, присвячених ефективності ОЕ, вказується на збільшення тривалості життя па-

Таблиця 1

Розподіл хворих на РМЗ чоловіків залежно від стадії захворювання

Стадія	Кількість хворих	
	n	%
0	2	1,19
I	22	13,10
II	52	30,96
III	53	31,54
IV	27	16,07
Невідома	12	7,14
Усього	168	100,0

Усього ОЕ виконано у 34 (20,24%) хворих. Середній вік пацієнтів, яким було виконано ОЕ, становив  $56,82 \pm 11,03$  року. Розподіл хворих залежно від віку (до і після 56 років) наведено у табл. 2. Пацієнтам із РМЗ I стадії ОЕ не виконували. В I хворого стадію не було встановлено. Розподіл хворих залежно від стадії РМЗ і наявності у програмі лікування ОЕ наведено у табл. 3. У 8 пацієнтів із РМЗ II стадії виконано цю операцію, що становило 24,24% усіх пацієнтів, яким було проведено ОЕ. В 11 (33,33%) хворих на РМЗ III стадії проведено ОЕ. Найбільшу питому вагу серед пацієнтів, яким було виконано ОЕ, становлять хворі з IV стадією захворювання — 42,34% (14 чоловік) (рис. 1).

Таблиця 2

Розподіл хворих, яким виконано ОЕ залежно від віку

Вік, років	Кількість хворих	
	n	%
< 56	12	35,29
≥ 56	22	64,71
Усього	34	100,0

Таблиця 3

Розподіл хворих залежно від стадії РМЗ і виконання ОЕ

Група хворих	Стадія					
	II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%
ОЕ (+)	8	15,38	11	20,75	14	51,85
ОЕ (-)	44	84,62	42	79,25	13	48,15
Усього	52	100,0	53	100	27	100

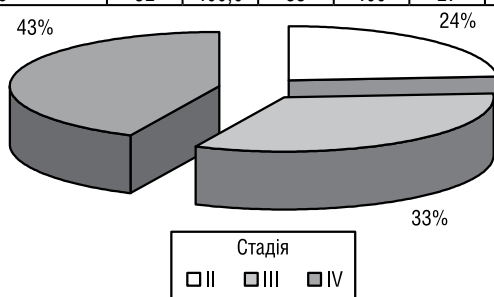


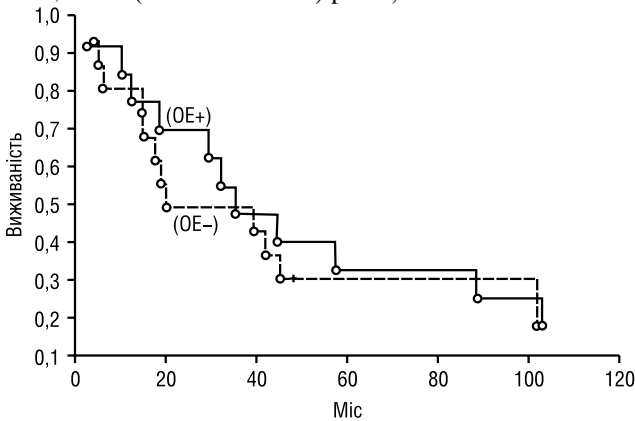
Рис. 1. Питому вагу хворих, яким виконано ОЕ, залежно від стадії РМЗ

Ефективність виконання ОЕ оцінювали за критерієм тривалості життя хворих. Тривалістю життя вважали інтервал у місяцях між початком спеціального лікування і смертю хворого (нецензуровані дані) чи датою останньої інформації про те, що хворий живий (цензуровані дані). Якщо смерть хворого наставала від інших причин (не від РМЗ), такі дані також вважалися цензурованими.

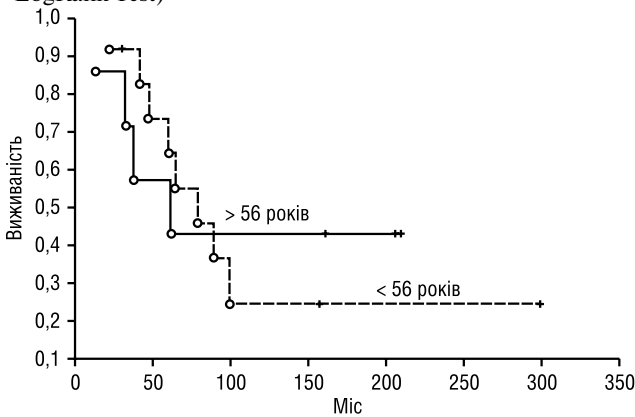
Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою прикладної програми STATISTICA'99 Edition компанії StatSoft, Inc. Для дослідження кумулятивної тривалості життя використовували методи survival analysis (аналіз виживаності). Зокрема, для двохфакторного аналізу застосовували LogRank (Mantel-Haenszel) тест із побудовою графіків по Каплану — Майєру.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

цієнтів з РМЗ IV стадії, яким виконували цей вид оперативного лікування [2, 9, 11–13, 16, 17, 19]. Однак при аналізі виживаності у спостереженій нами групі хворих на РМЗ IV стадії не виявлено впливу ОЕ на тривалість життя (рис. 4). При статистичному порівнянні кумулятивної виживаності у обох групах пацієнтів (з ОЕ та без неї)  $p = 0,55$ .



**Рис. 4.** Кумулятивна виживаність хворих з IV стадією РМЗ залежно від наявності у програмі лікування ОЕ ( $p = 0,55$  LogRank Test)



**Рис. 5.** Кумулятивна виживаність хворих II–III стадії РМЗ, яким було виконано ОЕ, залежно від віку ( $p = 0,93$  LogRank Test)

Іншим параметром, що порівнювали, був вік хворих при виконанні ОЕ. Результати аналізу свідчать, що виживаність хворих на РМЗ II–III та IV стадії не залежить від того, чи ОЕ було проведено у пацієнтів, молодших за 54 роки, або у старших (для РМЗ II–III стадії  $p_{<56 \rightarrow 56} = 0,93$ , для РМЗ IV стадії —  $p_{<56 \rightarrow 56} = 0,49$ ).

### ВИСНОВКИ

1. У чоловіків із РМЗ ранньої стадії не доцільно включати у комплекс лікування ОЕ, оскільки цей вид ГТ не вплинув на загальну виживаність хворих при його застосуванні у пацієнтів із II стадією захворювання.

2. Складається враження, що при місцево-розповсюдженому РМЗ (III стадія) у чоловіків виконання ОЕ зумовлює суттєве покращання 5- та 10-річної виживаності хворих (50% у групі пацієнтів, яким було проведено ОЕ, проти 19% у хворих, яким ОЕ не виконували). Різниця у виживаності максимальна наблизена до достовірної ( $p = 0,053$ ).

3. У чоловіків із РМЗ IV стадії проведення ОЕ не є доцільним, оскільки не впливає на загальну виживаність хворих.

4. Вік хворих на РМЗ чоловіків не є фактором для визначення доцільності виконання ОЕ.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Горох ЄЛ та ін. Рак в Україні, 2002–2003. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл Націон канцер-реєстру України. Київ, 2004; (5) 94.
2. Лєтягин ВП. Рак молочной железы у мужчин. Вестник РОНЦ им НН Блохина РАМН 2000; 4: 58–62.
3. Aisner J, Ross DD, Wiernik PH. Tamoxifen in advanced male breast cancer. Arch Intern Med 1979; 139: 480–1.
4. Bezwoda WR, Hesdorffer C, Dansey R, et al. Breast cancer in men: Clinical features, hormone receptor status, and response to therapy. Cancer 1987; 60: 1337–40.
5. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, et al. Current management of male breast cancer: A review of 104 cases. Ann Surg 1992; 215: 451–9.
6. Caton J, Ellis R. Comparison of tamoxifen side effects in men and women with breast cancer. Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol 1996; 15: A215.
7. Crichlow RW, Kaplan EL, Kearney WH. Male mammary cancer: An analysis of 32 cases. Ann Surg 1972; 175: 489–94.
8. Digenis AG, Ross CB, Morrison JG, et al. Carcinoma of the male breast: A review of 41 cases. South Med J 1990; 83: 1162–7.
9. Farrow JH, Adair FE. Effect of orchidectomy on skeletal metastases from cancer of the male breast. Science 1942; 95: 654.
10. Gough DB, Donohue JH, Evans MM, et al. A 50-year experience of male breast cancer: Is outcome changing? Surg Oncol 1993; 2: 325–33.
11. Jaiyesimi IA, Buzdar AU, Sahin AA, Ross MA. Carcinoma of the male breast. Ann Intern Med 1992; 117: 771–7.
12. Kantarjian H, Yap H-Y, Hortobagyi G, et al. Hormonal therapy for metastatic male breast cancer. Arch Intern Med 1983; 143: 237–40.
13. Kraybill WG, Kaufman R, Kinne D. Treatment of advanced male breast cancer. Cancer 1981; 47: 2185–9.
14. Lopez M, Di Lauro L, Lazzaro B, et al. Hormonal treatment of disseminated male breast cancer. Oncology 1985; 42: 345–9.
15. Lopez M, DiLauro L, Papaio P, et al. Chemotherapy in metastatic male breast cancer. Oncology 1985; 452: 205–9.
16. Meyskens FL Jr, Tormey DC, Neifeld JP. Male breast cancer: A review. Cancer Treat Rev 1976; 3: 83–93.
17. Patel JK, Nemoto T, Dao TL. Metastatic breast cancer in males: Assessment of endocrine therapy. Cancer 1984; 53: 1344–6.
18. Sandler B, Carman C, Perry RR. Cancer of the male breast. Am Surg 1994; 60: 816–20.
19. van Geel AN, van Slooten EA, Mavrunac M, Hart AA. A retrospective study of male breast cancer in Holland. Br J Surg 1985; 72 (9): 724–7.
20. Yildirim E, Berberoglu U. Male breast cancer: a 22-year experience. Eur J Surg Oncol 1998; 24 (6): 548–52.

### APPROPRIATENESS OF ORCHECTOMY IN TREATMENT OF MEN WITH BREAST CANCER

Y.S. Got'ko

**Summary.** Findings are presented of the analysis of the efficacy of orchiectomy (OE) in men with breast cancer (BC) at stages II, III, and IV. The average age of patients who were treated with OE was 56.8 years. The efficacy of OE was measured based on the life span of patients as

---

*compared to the group of patients randomized in terms of age and stage in whom this method was not applied. OE did not influence of the overall survival of BC patients at stage II. In case of locally disseminated BC (stage III), OE resulted in an improved 5- and 10-year survival rates (50% in the group of patients after OE compared to 19% in the non-OE group). The difference in the survival rates of the two groups is very close to a statistically significant one ( $p=0.053$ ). In BC patients at stage IV, OE is not recommended as it does not improve the overall survival rate.*

*The age of BC patients is not a factor for purposes of making decision on the advisability of OE.*

---

**Key Words:** breast cancer, orcheotomy, cancer treatment, hormonotherapy.

**Адреса для листування:**

Готько Є.С.

Ужгородський національний університет

E-mail: eugene@tn.uz.ua