
Også menn kan få brystkreft

INVITERT KOMMENTAR

ELLEN SCHLICHTING

elschl@ous-hf.no

Ellen Schlichting er dr.med., spesialist i generell kirurgi, i gastroenterologisk kirurgi og i bryst- og endokrinkirurgi. Hun er seksjonsleder ved Seksjon for bryst- og endokrinkirurgi, Oslo universitetssykehus, og nestleder i Norsk brystkreftgruppe. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mange menn vet ikke at de kan få brystkreft. Dessverre venter de lenger enn kvinner med å søke lege ved kul i brystet.

Det har vært en svakt økende insidens av brystkreft hos menn i Norge de siste 25 årene, men forekomsten er fortsatt mindre enn 1 % av alle brystkrefttilfeller. Åtte av ti menn er over 60 år når diagnosen stilles, og de har oftere større svulster og lymfeknutemetastaser enn kvinner.

Ved fødselen er brystene like hos alle. Ved puberteten vil stimulering fra østrogen og progesteron føre til utvikling av melkeganger og kjertelvev hos jenter, mens androgener har en antagonistisk effekt på utvikling av brystvevet hos gutter. Bryst hos menn består av hud, primitive melkeganger, stroma og fettvev. Kreft kan utvikles fra epitelkomponentene i melkegangene [\(1\)](#). Histopatologisk finner man at nærmest all brystkreft hos menn er infiltrerende karsinom av uspesifikk type (invasive carcinoma of no special type, NST), mens det svært sjelden ses lobulær brystkreft, som hos kvinner utgjør ca. 20 %. Hos menn er > 90 % av alle krefttilfeller østrogenreseptor (ER)-positive og human epidermal vekstfaktorreseptor 2 (HER2)-negative [\(2\)](#). Ca. 40 % har metastaser til aksillen. Disse forskjellene fra brystkreft hos kvinner bekreftes i en studie fra Haukeland universitetssykehus basert på data fra 53 menn med brystkreft, som nå publiseres i Tidsskriftet [\(3\)](#).

Risikofaktorer for brystkreft hos menn er høy alder, overvekt, nedsatt testisfunksjon, levercirrhose, tidligere strålebehandling mot toraks og familiær disposisjon [\(4\)](#). Ca. 20 % av tilfellene antas å ha en genetisk årsak, mens

tilsvarende hos kvinner er 5–10 %. Menn med *BRCA1*-genfeil utvikler sjelden brystkreft, men ca. 10 % av menn med brystkreft har *BRCA2*-genfeil. På den annen side er det < 5 % av menn med *BRCA2*-genfeil som utvikler brystkreft i løpet av livet (5). Alle menn med brystkreft skal tilbys en gentest.

«Mange er uvitende om at menn kan få brystkreft, og flere venter en stund før de oppsøker lege. Muligens er det noe av grunnen til at diagnosen ofte stilles på et senere stadium enn hos kvinner»

Mange er uvitende om at menn kan få brystkreft, og flere venter en stund før de oppsøker lege. Muligens er det noe av grunnen til at diagnosen ofte stilles på et senere stadium enn hos kvinner. Den vanligste presentasjonen er en smertefri kul sentralt i det ene brystet, gjerne med affeksjon av brystvorten. Mastektomi har derfor tradisjonelt vært vurdert som det beste kirurgiske tilbudet til pasientgruppen. Vi ser nå at menn er blitt mer opptatt av det kosmetiske etter en operasjon og at dette kan ha betydning for livskvalitet og maskulinitet senere i livet. Der det er teknisk mulig, kan brystbevarende operasjon tilbys, men det må da informeres om behov for postoperativ strålebehandling. Dersom brystvorten må fjernes, kan pasienten få tilbud om rekonstruksjon av denne. I utvalgte tilfeller kan man utføre en subkutan mastektomi med proteserekonstruksjon. Vaktpostlymfeknuteteknikk og aksilledisseksjon benyttes etter samme prinsipper som hos kvinner.

Adjuvant anbefales 5–10 års behandling med tamoksifen. Aromatasehemmer med GnRH-analog benyttes bare der tamoksifen er kontraindisert. Aromatasehemmere alene gir ikke nødvendig suppresjon av østrogen (6). Bisfosfonater anbefales ikke. Menn kan oppleve de samme bivirkningene som kvinner med hetetokter, seksuell dysfunksjon og vektoppgang (7). Dette medfører at menn ofte avslutter adjuvant endokrin behandling (8). Strålebehandling og kjemoterapi følger de samme retningslinjene som hos kvinner. Bruk av testosteron eller androgener frarådes.

Prognosen er, som hos kvinner, avhengig av stadium, lymfeknutestatus og molekyllær subtype og er den samme for menn og kvinner i samme stadium. Ved brystbevarende operasjon eller dersom det foreligger genetisk disposisjon for brystkreft, anbefales årlig mammografikontroll i ti år avhengig av alder og allmenntilstand. Etter mastektomi hos menn uten genetisk disposisjon anbefales klinisk kontroll årlig (9).

Brystkreft oppfattes i befolkningen som en kvinnesykdom, og mange menn opplever det stigmatiserende å få diagnosen. Fysiske og psykologiske senfølger av behandlingen, som fatigue, depresjon, redusert livskvalitet og dårlig kroppsbilde, er ikke uvanlig. Brystkreftforeningen har tilbud om mannlige likepersoner og en egen Facebook-gruppe for menn som er genbærere eller har brystkreft. Pasienter bør oppfordres til å ta kontakt med disse tilbudene.

Menn har tradisjonelt vært ekskludert fra kliniske brystkreftstudier. Behandlingen baserer seg hovedsakelig på ekstrapolering av studier på brystkreft hos kvinner. Det er behov for flere prospektive studier for å få bedre forståelse av biologi, patologi og prognostiske faktorer, slik at vi kan gi optimal behandling av brystkreft hos menn.

REFERENCES

1. Chesebro AL, Rives AF, Shaffer K. Male Breast Disease: What the Radiologist Needs to Know. *Curr Probl Diagn Radiol* 2019; 48: 482–93. [PubMed][CrossRef]
2. Cardoso F, Bartlett JMS, Slaets L et al. Characterization of male breast cancer: results of the EORTC 10085/TBCRC/BIG/NABCG International Male Breast Cancer Program. *Ann Oncol* 2018; 29: 405–17. [PubMed][CrossRef]
3. Lokøy IK, Bakken IS, Wik E et al. Brystkreft hos menn – histopatologi og biomarkører. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0438. [CrossRef]
4. Bhardwaj PV, Gupta S, Elyash A et al. Male Breast Cancer: a Review on Diagnosis, Treatment, and Survivorship. *Curr Oncol Rep* 2024; 26: 34–45. [PubMed][CrossRef]
5. Accomasso F, Actis S, Minella C et al. Clinical, Pathological, and Prognostic Features of Male Breast Cancer: A Multicenter Study. *Curr Oncol* 2023; 30: 9860–71. [PubMed][CrossRef]
6. Eggemann H, Ignatov A, Smith BJ et al. Adjuvant therapy with tamoxifen compared to aromatase inhibitors for 257 male breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 137: 465–70. [PubMed][CrossRef]
7. Khan MH, Allerton R, Pettit L. Hormone therapy for breast cancer in men. *Clin Breast Cancer* 2015; 15: 245–50. [PubMed][CrossRef]
8. Rosso R, D'Alonzo M, Bounous VE et al. Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Patients. *Curr Oncol* 2023; 30: 1461–72. [PubMed][CrossRef]
9. Helsedirektoratet. Brystkreft – handlingsprogram. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft--handlingsprogram> Lest 12.3.2024.

Publisert: 27. mars 2024. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0144
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. februar 2026.