

I REUNIÃO DE CONSENSO NACIONAL PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CANCRO OPERÁVEL DA MAMA

25-26 de Setembro de 1993

ORGANIZAÇÃO:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SENOLOGIA

(Presidente: Cardoso da Silva; Secretário: Victor Veloso)

GRUPO COOPERATIVO DE CANCRO DA MAMA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE INVESTIGAÇÃO ONCOLÓGICA

(Presidente: Carlos F. Oliveira; Secretário: Helena Gervásio)

COMISSÃO EXECUTIVA:

Carlos F. de Oliveira, Helena Gervásio, Carlos Marques, Elsa Abraúl, José Albano, Jorge Gordilho, M. J. Freire dos Santos e Natália Amaral

PARTICIPANTES:

António Azinhais, António Fráguas, Antero Torres, Antunes da Silva, Aurora Aroso Dias, Cândida Azevedo, Cardoso da Silva, Carlos Lopes, Carlos Marques, Carlos de Oliveira, Cláudio Cunha, Correia Campos, Cunha Leal, Daniel serrão, Dário Cruz, Élio Vieira, Elsa Abraúl, Fernando Cortez, Fernando Fernandes, Fernando Lage, Freire dos Santos, Gerardo Millan, Guimarães dos Santos, Helena Gervásio, Henrique Miguel Oliveira, Ivone Rebelo, João Oliveira, João Pereira, Joaquim Gouveia, Jorge Gordilho, Jorge Soares, José Albano, José Amarante, José Meireles, Lassalette Pedro, Manuela Lacerda, M. Emília Pereira, M. Irene Martins, M. Júlia Amaral, M. João Queiróz, M. Lurdes Garcia, M. Lurdes Orvalho, M. Teresa Lino, Mário Bernardo, Mário Rego, Meneses e Sousa, Moreira Campos, Moura Pereira, Natália Amaral, Odete Real, Passos Ângelo, Pessoa Monteiro, Pinto Ferreira, Ramiro Valentim, Ramos Jerónimo, Rocha Alves, Rosa de Almeida, Rui Borralho, Saudade André, Tavares de Castro, Teresa Osório, Tomé Fernandes, Victor Rodrigues e Victor Veloso.

LOCAL: CURIA

DATA: 25-26 DE SETEMBRO DE 1993

1 – RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

O rastreio de massas é um subnível da prevenção secundária.

Como teste de rastreio do cancro da mama utiliza-se somente a mamografia.

Não existem actualmente condições para a existência de um programa “nacional” de rastreio de cancro da mama em Portugal e conseqüentemente, as autoridades nacionais deverão ter, sobretudo, um papel de apoio a iniciativas regionais exequíveis e com qualidade, desencorajando, por um lado, a existência e manutenção de rastreios “oportunistas”, através de normas e/ou recomendações, como expressas neste consenso.

A prevenção primária, virtualmente não existe, e na prevenção secundária devem considerar-se os seguintes aspectos:

- Sensibilização das mulheres (desde idades jovens) para detecção precoce e para efectuarem o auto-exame mamário;
- Sensibilização dos profissionais de saúde;
- Sensibilização das autoridades (políticas e de saúde);
- Formação vocacionada de profissionais de saúde, dirigida a grupos de risco;
- Análise de qualidade global e recursos económicos da zona de desenvolvimento do programa de rastreio;

Num rastreio de massas por mamografia a definição da população-alvo é primordial. Os limites etários, inferior e superior, deverão ser os 50 a 65 anos. Não foi atingido o consenso em relação ao grupo etário dos 40 aos 50 anos. No entanto, este grupo etário e o dos 66 aos 69 anos deverão ser excluídos em absoluto, devido aos indícios actualmente existentes e aos estudos em curso. As mulheres com idade superior a 65 anos que se apresentem voluntariamente ao rastreio não deverão ser recusadas.

As mulheres mastectomizadas, operadas de cancro da mama ou de hiperplasia atípica, com próteses ou com antecedentes de cancro familiar da mama, após a primeira mamografia, devem ser excluídas do programa de rastreio, merecendo um atendimento personalizado.

A periodicidade do rastreio deverá ser de 2 em 2 anos (entre os 50 e os 65 anos).

Relativamente a alguns aspectos metodológicos do rastreio, entende-se que:

- a) A escolha do tipo de unidade de rastreio – fixa ou móvel – depende de aspectos unidades de rastreio fixas deverão preferencialmente não ficar situadas em instituições hospitalares.
- b) As incidências da mamografia de rastreio, em casos de pouca experiência por parte dos imagiologistas em rastreio, deve ser dupla na primeira “volta” e eventualmente simples nas “voltas” seguintes.
- c) A leitura radiológica exige uma dupla leitura cega por radiologistas treinados em mamografia de rastreio.
- d) É obrigatória a consulta de aferição do rastreio para as mulheres com mamografias de rastreio não negativas. A aferição deve ser pluridisciplinar e centralizada, integrando um imagiologista, um clínico com experiência em patologia mamária e um citopatologista.
- e) Deve prever-se a possibilidade de tratamento das doentes que o rastreio revele e a aferição confirme em instituição ou instituições que garantam uma terapêutica adequada e em tempo útil. É imprescindível a recolha de todos os dados clínicos de modo a ser possível uma avaliação global do rendimento do rastreio e uma análise de custos-benefícios.
- f) Há necessidade de avaliação da eficácia do rastreio (ex. estudos de sobrevivência, estudos caso-controlo, etc.)

O controlo de qualidade, em qualquer rastreio de cancro da mama, é indispensável. Em relação à mamografia recomenda-se a adopção das medidas expressas no “*European Guidelines For Quality Assurance In Mammography Screening*”. A qualidade da execução da mamografia e a concordância nos critérios de leitura dos imagiologistas são outros aspectos a considerar.

Como indicadores globais de rendimento recomenda-se entre outros:

- Taxa de participação (atenção ao modo de cálculo);
- Taxa de chamadas de aferição;
- Valores preditivos de aferição;
- Valores preditivos de biopsia;
- Taxa de detecção;
- Percentagem de cancros de pequenas dimensões e “in situ” e envolvimento axilar;
- Taxa de cancro intervalar.

Para o êxito de qualquer programa de rastreio do cancro da mama é indispensável a participação activa do clínico geral ou do médico de família:

- Na sensibilização das mulheres;
- Na inscrição das mulheres;
- E no acompanhamento da mulher que o rastreio/aferição revele ter patologia mamária.

Em relação aos factores de risco e rastreio do cancro da mama, considera-se que nenhum factor de risco justifica um rastreio. No entanto, o estudo dos factores de risco na população rastreada deve ser incentivado.

Os programas de rastreio deverão ser regionais, geometricamente localizados, e aprovados pelas entidades coordenadoras nacionais. A centralização organizacional e técnica já referida como desejável, permitirá uma centralização operacional responsável por todas as fases do processo de rastreio.

A divulgação dos dados deverá ser tarefa da entidade organizadora.

É essencial a existência de um registo de cancro regional, pois a sua participação em tempo útil, será imprescindível no processo de avaliação da eficácia do rastreio.

O grupo coordenador mínimo responsável por um programa de rastreio deverá incluir: um director do projecto, um director técnico, um epidemiologista, uma assistência social e um técnico de informática.

Finalmente pretende-se salientar que há necessidade de uma forte e adequada sensibilização da população a preceder o rastreio.

O acompanhamento social e ou psicológico da mulher que participa ou participou no rastreio (sem ou com patologia) é extremamente importante, destacando-se aqui o papel da assistente social e das instituições, nomeadamente de solidariedade social. Neste contexto não deve ser esquecido o impacto sobre a mulher que podem ter os falsos resultados positivos, exigindo-se por isso o maior rigor em todas as fases do rastreio, da aferição e do diagnóstico.

2- DIAGNÓSTICO DOS TUMORES NÃO PALPÁVEIS (TUMORES INFRA-CLÍNICOS)

Considera-se um tumor da mama infraclínico, aquele que não tem tradução clínica e apenas é detectado pela mamografia. Relativamente à possibilidade de outros exames (ex.:

O rastreio do cancro da mama é primordial na detecção dos tumores não palpáveis e o diagnóstico é feito em estádios cada vez mais baixos à data do tratamento, salientando-se que a sobrevivência aos 20 anos nos tumores disseminados é de 0%, nos tumores N+ de 23%, nos tumores N- de 62% e nos tumores inferiores a 1cm de 93%.

Na mamografia os aspectos morfológicos e a distribuição das microcalcificações exigem uma avaliação rigorosa e houve consenso na adopção da “classificação de Mme Le Gall” (Quadro I) e na “classificação de Daniel Kopans modificada” (Quadro II).

QUADRO I – classificação das microcalcificações Mme Le Gall

TIPO I	Calcificações anelares de centro claro
TIPO II	Calcificações punctiformes regulares
TIPO III	Calcificações muito finas, bem precisas e de forma exacta (poeira)
TIPO IV	Calcificações punctiformes irregulares, em grão de sal
TIPO V	Calcificações vermiculares

QUADRO II – análise dos aspectos mamográficos – Classificação de Daniel Kopans modificada – Potencial de malignidade

ASPECTOS	BENIGNO	PROVAVELMENTE BENIGNO	INDETERMINADO	ALTAMENTE SUSPEITO	SUSPEITO
"EM NINHO"				X	
LINEAR					X
SEGMENTAR				X	X
REGIONAL				X	
DISPERSAS/DIFUSAS		X			
MULTIPLoS GRUPOS	X		X		

Em relação à análise mamográfica do aspecto das massas e seu potencial de malignidade aceitam-se, também, os critérios de Daniel Kopans, representados no Quadro III.

QUADRO III – potencial de malignidade – análise do aspecto das massas

ASPECTOS	BENIGNO	PROVAVELMENTE BENIGNO	INDETERMINADO	ALTAMENTE SUSPEITO	SUSPEITO
<u>FORMA</u>					
REDONDA		X			
OVAL		X			
LOBULAR			X		
IRREGULAR					X
<u>CONTORNO</u>					
CIRCUNSCRITO		X			
MICROLOBULADO			X		
ESFUMADO			X		
MAL DEFINIDO			X		X
ESPICULADO				X	
<u>DENSIDADE</u>					
ALTA					X
IGUAL		X	X		
BAIXA		X			
CONTEUDO ADIPOSEO		X			
<u>CASOS ESPECIAIS</u>					
DUCTO SOLITÁRIO DILATADO		X			
NODULO LINFÁTICO INTRAMAM.		X			
ASSIMETRIA DO TECIDO MAMARIO		X	X		
DENSIDADE FOCAL ASSIMET.			X		
DISTORÇÃO ARQUITECTURAL					X

Ainda em relação à mamografia salientou-se que todas as lesões duvidosas deverão ser estudadas com incidências complementares.

Relativamente à ecografia e outros métodos para estudo das lesões infraclínicas conclui-se:

- ECOGRAFIA – Diagnóstico de lesões circunscritas;
- TERMOGRAFIA – Sem interesse;
- TRANSILUMINAÇÃO – Sem interesse;
- TAC – Precisar uma melhor localização da lesão, mas sem interesse diagnóstico;
- RM – Sem interesse e apenas utilizado em casos pontuais;
- PET – Determinação dos R:E: com 18 – fluoroestradiol (F-18 E.S.).

Está, em fase de investigação, prevendo-se um interesse significativo a curto prazo.

A avaliação das lesões suspeitas em imagiologia exige a realização de uma biopsia aspirativa com agulha fina nas seguintes situações:

- Lesão sólida e suspeita com mais de 1cm;
- Se o diagnóstico pré-operatório é suficiente para alterar a técnica cirúrgica a empregar e/ou a avaliação anatomo-patológica.

A biopsia estereotáxica múltipla com pistola com agulha de 14 “gauge” está indicada:

- Em lesões com calcificação tipo “casting”;
- Em lesões tumorais circunscritas;
- Na distorção do estroma sem núcleo tumoral.

Em relação ao exame extemporâneo, como elemento de diagnóstico não se considera indispensável nas seguintes situações:

- Lesões inferiores ou iguais a 0,5 cm;
- Microcalcificações;
- Lesões estreladas.

Em termos histológicos e de extensão as lesões não palpáveis da mama, quanto ao prognóstico, podem classificar-se como se apresenta no QUADRO IV.

QUADRO IV – Classificação histológica e de extensão das lesões não palpáveis da mama.

	TIPOS HISTOLÓGICOS	EXTENSÃO
FAVORÁVEIS	DCIS	INTRADUCTAL < 25mm
	TUBULAR	
	MUCINOSO	
	PAPILAR	
	CRIBIFORME	
	INVASOR	
NÃO FAVORÁVEIS	OS RESTANTES	INTRADUCTAL > 25mm MULTIFOCAL

A digitalização da mamografia ainda não sujeita na prática clínica. Está em fase de investigação com três formas de aplicação:

- Digitalização directa;
- Digitalização indirecta;
- Possibilidade de transmissão da imagem à distância.

É indispensável a multidisciplinaridade no diagnóstico das lesões não palpáveis da mama conjugando a participação interactiva e corresponsabilizadora do radiologista, do cirurgião e do patologista na “avaliação diagnóstica” deste tipo de lesões. Entende-se por “avaliação diagnóstica das lesões não palpáveis” o conjunto dos exames radiológicos e cito/histopatológico, a localização pré-operatória e a radiografia da peça operatória.

3 – DIAGNÓSTICO DOS TUMORES PALPÁVEIS

Considera-se como tumor palpável da mama, toda a massa tumoral que pelas suas dimensões ou características se torna palpável, independentemente do seu volume.

O diagnóstico de um tumor da mama deve ser combinado incluindo sempre o exame clínico, a imagiologia e a citopunção aspirativa (para um melhor esclarecimento do diagnóstico).

O exame clínico corresponde; à história clínica, à inspecção e à palpação, seguindo-se a elaboração de hipóteses clínicas que condicionam os exames complementares.

Em toda a massa palpável é indispensável o estudo imagiológico. Até aos 30 anos, se não houver suspeita clínica de malignidade, a mulher deverá submeter-se, unicamente, a um exame por ultra-sons e a mamografia será feita como complemento, só com indicações precisas. Depois dos 30 anos, ou se houver suspeita clínica de malignidade, deverá realizar-se sempre uma mamografia complementada se necessário por ecografia.

O valor da citopunção aspirativa deve ser considerado como elemento importante no diagnóstico combinado (clínico e radiológico) do tumor da mama, podendo contribuir significativamente para o diagnóstico, permitindo reduzir os actos cirúrgicos (benefício da relação melhoria/custo).

A extensão clínica de um tumor da mama deve ser feita de acordo com a classificação TNM, podendo haver ajustamentos.

A avaliação das dimensões do tumor (T) é clínica mas, no entanto, deve ser aferida pela imagiologia.

A avaliação ganglionar (N) é clínica.

Na avaliação do “M” a clínica é suficiente.

Nos casos de M0 clínico os exames complementares propostos são os seguintes:

- Bioquímica;
- RX tórax;

- Cintigrafia óssea (na impossibilidade desta deverá fazer-se um estudo radiológico dos ossos mais frequentemente sede a metástases: crânio, coluna dorsal e lombar, bacia superior dos fêmures e grelha costal)
- Ecografia abdominal
- Marcadores tumorais

Nos casos de M1 clínico, para além dos exames anteriores, propõe-se:

- Biopsias cirúrgicas;
- Biopsias dirigidas;
- Citologia aspirativa
- Outros exames de acordo com a clínica

No caso de um tumor classificado em T1 só devem ser realizados os exames relacionados com o acto cirúrgico (avaliação hematológica e bioquímica pré-operatório), um estudo radiológico do tórax e o marcador CA-15.3.

Os marcadores tumorais são importantes na avaliação inicial do doente, como ponto de referência, assim como no controlo evolutivo (recidiva loco-regional e metastização à distancia). Neste particular, consideram-se importantes, pela sua especificidade o CA-15.3 ou o MCA.

As biopsias cirúrgicas do tumor primitivo podem ser de tipo incisional (“drill” biopsia e biopsia clássica) ou excepcional. A biopsia incisional está indicada nos tumores localmente avançados da mama para caracterização histológica e determinação de receptores hormonais. A biopsia excisional é aconselhável nas outras situações.

Em relação à biopsia extemporânea pode ser efectuada nos tumores palpáveis passíveis de cirurgia primária.

De acordo com a classificação TNM, os tumores da mama podem ser divididos em: carcinomas operáveis, carcinomas localmente avançados e carcinomas disseminados. Consideram-se como tumores operáveis da mama:

- Os M0;
- Todos os T1 e T2, N0 e N1;
- Alguns tumores T3N0 (em função da relação tamanho do tumor/tamanho da mama)

4 – FACTORES DE PROGNÓSTICO

Gerando-se, por vezes, uma certa confusão entre factores de risco e factores de prognóstico entende-se necessária a sua definição.

Consideram-se “factores de risco” as circunstâncias que predispõem o tecido mamário para a transformação neoplásica, tanto de ordem clínica como biológica, e que fazem com que a incidência real do cancro mamário seja significativamente mais elevada nas mulheres com estes factores do que nas que os não apresentam. Por outro lado, define-se tratamento primário, dá uma informação sobre a provável evolução clínica; deve estar relacionado com um paradigma do desenvolvimento tumoral.

Dividem-se os factores de prognóstico em dois grupos: os morfológicos e os laboratoriais. Consideram-se como factores morfológicos os seguintes:

- Dimensão máxima do tumor;
- Tipo histológico, segundo a classificação da OMS.

Gradação histológica com referência ao critério seguido

- Presença de invasão linfática e/ou venosa extra-tumoral (Não se alcançou consenso em relação à invasão linfática)
- Número de gânglios metastizados (menos de 10 gânglios excisados, quando negativos, não dão informação prognóstica)
- Determinação dos receptores para estrogénios e progesterona
- Determinação da percentagem de células em fase S, índice mitótico e marcadores imuno-histoquímicos de proliferação celular.
- Determinação imuno-histoquímica da catepsina D ou doseamento bioquímico.

Consideram-se como factores laboratoriais os seguintes:

- Doseamento bioquímico de receptores hormonais, estrogénicos e progesterónicos
- Doseamento da catepsina D
- Estudo DNA por citometria de fluxo

Em fase experimental, portanto, sem justificação bastante para uso sistemático consideram-se os seguintes factores:

- cErb B2
- P53
- EGFR
- NM23
- HRas
- Antígeno relacionado com o factor VIII
- Anticorpo anti-CD31
- PTA
- PS2
- Srp27
- C-myc

Em relação ao conjunto de todos estes factores de prognóstico entende-se que, com os conhecimentos actuais, é imprescindível para a orientação do tratamento de um cancro da mama o conhecimento dos seguintes factores:

- Dimensão do tumor;
- Tipo histológico;
- Gradação histológica;
- Número de gânglios metastizados (esta informação só é válida no caso de N0, se o número de gânglios estudados for igual ou superior a 10);
- Determinação dos receptores hormonais.

5 – TERMINOLOGIA RADIOLÓGICA E ANATOMOPATOLÓGICA DA DOENÇA PROLIFERATIVA E CARCINOMA DA MAMA

Reconhece-se que na linguagem há vários domínios de aplicação.

Concretamente na linguagem utilizada na patologia benigna e maligna da mama podem considerar-se a componente “descrição” e a componente “interpretação” sendo desejável que na elaboração de qualquer relatório tanto os especialistas da imagiologia como os anatomopatologistas procedem à descrição das lesões e, em seguida, procurem chegar a uma conclusão interpretativa do significado das mesmas, tão objectiva quanto possível e, portanto, não susceptível de mais que uma leitura ou interpretação.

Não é aceitável que a mesma lesão possa ter mais que uma designação com significado qualitativamente diferente em função das diversas especialidades, do mesmo modo que a mesma designação também não deve ser aplicada a diferentes lesões. Aceita-se, contudo, que na área do domínio de aplicação, possa haver termos próprios de acordo com a metodologia utilizada por cada especialista para o seu estudo. Assim, por exemplo, a radiologia pode designar uma determinada imagem mamográfica e/ou ecográfica como “lesão maligna” enquanto a anatomia patológica, baseada em cortes histológicos, designa a mesma lesão por “carcinoma ductal invasivo”.

Em Senologia não se devem utilizar termos de significado pouco objectivo e de reprodutibilidade duvidosa como, por exemplo, displasia, distrofia ou mastose.

Considera-se, a seguir, que lugar e significado dar aos seguintes termos, todos de uso relativamente popular em Senologia: mastose, mastodínia, displasia mamária, fibroadenoma, quisto, carcinoma, doença benigna de risco, carcinoma tubular, carcinoma ductal invasivo grau 3, alteração estrutural, empastamento, placa de mastose, doença fibroquística, doença proliferativa, adenose, calcificações suspeitas e não suspeitas, tumor filóide e ginecomastia.

Os termos mastose, displasia mamaria, placa de mastose, distrofia e doença fibroquística não devem ser utilizados na linguagem senológica. Em sua substituição propõem-se as seguintes alternativas tanto para as ciências de imagem como para a anatomia patológica (QUADRO V)

QUADRO V – Terminologia imagiológica e anatomo-patológica

IMAGIOLOGIA	
ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS DE PADRÃO:	
FIBROSO HOMOGÉNEO	
FIBROSO HETEROGÉNEO	
PROEMINÊNCIA DUCTAL	
MICRONODULAR	
MACRONODULAR	
NATUREZA DA LESÃO:	
BENIGNIDADE EVIDENTE = não necessita de estudos complementares	
BENIGNIDADE PROVÁVEL = seguimento e eventualmente citologia aspirativa ou biópsia	
MALIGNIDADE PROVÁVEL = exigindo estudo cito-histológico	
MALIGNIDADE EVIDENTE = obrigatoriedade de estudo cito-histológico	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
ALTERAÇÕES DE TIPO INVOLUTIVO	
ALTERAÇÕES DE TIPO FIBROQUÍSTICO	
LESÕES ESCLEROSANTES:	
ADENOSE ESCLEROSANTE	
CICATRIZ RADIAL OU RADIAL	
LESÕES PROLIFERATIVAS:	
HIPERPLASIA DUCTAL:	ATÍPICA
	NÃO ATÍPICA
HIPERPLASIA LOBULAR:	ATÍPICA
	NÃO ATÍPICA
HIPERPLASIA DUCTAL NÃO ATÍPICA:	SIMPLES
	FLORIDA

Os termos quisto ou cisto podem ser usados indistintamente.

Não há consenso relativamente ao uso da designação ANDI.

Em linguagem imagiológica pode utilizar-se os termos quisto/cisto, fibroadenoma, lipoma, hamartoma, quisto oleoso e esteatonecrose, porquanto existem critérios radiológicos relativamente seguros para sua identificação.

O termo adenoso pode ser usado tanto em linguagem imagiológica como anatomo-patológica, mas deve ser sempre quantificado (Ex: Adenose esclerosante).

Em relação à patologia neoplásica maligna, nomeadamente carcinomas, só a morfologia histopatológica permite a sua subclassificação, pelo que só a anatomia patológica deverá qualificar os carcinomas como tubulares, lobulares ou ductais invasivos, por exemplo.

Aceita-se, contudo, que existem critérios radiológicos que permitem sugerir os seguintes tipos de carcinoma: comedo, medular, inflamatório, papilar intracístico e colóide/mucinoso.

Designações como doença benigna com ou sem risco não alcançaram consenso. Aceita-se porem que cada patologista, em nota adicional, possa dar essa informação, sempre que possível percentualmente quantificada no que diz respeito ao grau de risco.

Há consenso relativamente ao termo ginecomastia.

Relativamente à designação tumor filóide, há consenso para o seu uso. Contudo deve ser expressamente mencionada a presença ou ausência de critérios de malignidade. A designação cistossarcoma filóide não deve ser utilizada.

Há consenso para a utilização do termo hamartoma da mama cujo diagnóstico pode ser afirmado tanto por imagiologia como por anatomia patológica.

Em linguagem radiológica, as microcalcificações devem ser descritas referindo se são únicas ou múltiplas; dispersas ou agrupadas; focais, de zona ou difusas; isoladas ou associadas a outras alterações estruturais (distorção ou desorganização de estoma, nódulos, etc.). No que respeita à sua natureza, é consensual a utilização da seguinte classificação: com características de benignidade; provavelmente benignas; de malignidade duvidosa e provavelmente malignas. As classificações como de malignidade duvidosa ou provavelmente malignas obrigam necessariamente a estudos morfológicos adicionais: biopsia aspirativa e/ou cirúrgica.

As designações cancro mínimo e cancro precoce não devem ser usadas.

Não há consenso sobre a utilidade da introdução do termo carcinoma microinvasivo. Entendeu-se que se deve aguardar por estudos de seguimento para avaliar a sua utilidade. Os patologistas devem medir o tamanho dos tumores de maneira a proceder à sua classificação em TNM.

A designação cancro oculto da mama deve ser empregue no seu sentido biológico geral, isto é, carcinoma de existência desconhecida cuja localização primitiva não é detectada na abordagem diagnóstica, e cuja primeira manifestação é a metástase (geralmente ganglionar).

Define-se como cancro infraclínico a neoplasia que ainda não apresenta sinais e/ou sintomas clínicos e que pode ser detectada, por exemplo, por mamografia.

6 – TRATAMENTO DOS TUMORES NÃO PALPÁVEIS

A localização de um tumor não palpável deve fazer-se com o controlo imagiológico – arpão ou carbono (estereotaxia, mão livre, prato perfurado).

Na maioria das lesões a marcação obriga à sua realização sob controlo mamográfico, ou por ecografia, quando imperativo (exemplos: imagem só identificada por ecografia no caso de mamas densas; quando identificada por mamografia e ecografia e o imagiologista preferir a ecografia). É aconselhável o diálogo prévio entre o radiologista e o cirurgião.

A excisão cirúrgica da lesão tem fins de diagnóstico e eventualmente terapêuticos. A excisão deve ser total e com confirmação imagiológica imediata (radiografia da peça operatória).

O estudo anatomo-patológica é operacional e permite colocar as seguintes hipóteses:

- Lesão benigna: a atitude é diagnóstica e terapêutica (sujeita a confirmação);
- Carcinoma invasivo: terapêutica a definir;
- Carcinoma “in situ”: garantida a totalidade de excisão por imagiologia, aguardar-se-á a confirmação de margens de tumor, decidindo posteriormente a estratégia terapêutica definitiva;
- Informação anatomo-patológica inconclusiva ou insuficiente: uma vez garantida a excisão total por imagiologia, aguardar resultados definitivo no prazo de 24 a 48 horas.

Para os carcinomas ductal “in situ”, excepto o comedo extenso, a excisão total da lesão é recomendável.

A cirurgia conservadora, por ter demonstrado, nos T1 e T2 N0, complementada por RT, proporcionar a mesma taxa de sobrevivência que a cirurgia radical, com baixa percentagem de recorrência local, é aconselhada, desde que se obtenham resultados estéticos bons ou aceitáveis.

A existência de algumas contra-indicações impõe, no entanto, critérios de selecção entre a cirurgia conservadora e a radical, mesmo nos estádios referidos. Entre outras citam-se as seguintes contra-indicações para a cirurgia conservadora:

- Factores imagiológicos – ninhos de microcalcificações suspeitas em diferentes áreas da mama (multifocalidade ou multicentricidade);
- Lesões centrais da mama;

- Alguns factores histológicos – comedocarcinoma: carcinoma invasivo de alto grau de malignidade; carcinoma lobular invasivo associado a factores de risco; G3 (?);
- Doente grávida (primeiro trimestre);
- Idade da doente (contra-indicação relativa na mulher muito jovem ou idosa);
- Relação entre tamanho do tumor e tamanho da mama;
- Situação anatómica inadequada para uma radioterapia eficaz (áreas críticas);
- Impossibilidade de acesso atempado a uma radioterapia de qualidade (imperativo);
- Vontade expressa da doente devidamente informada.

O tratamento do carcinoma lobular “in situ” (CLIS) compreende uma das seguintes hipóteses:

- Excisão local + vigilância (mamografia anual e vigilância clínica de 6 em 6 meses até 5 anos);
- Mastectomia total + reconstrução (imediate ou diferida);
- Mastectomia total bilateral (se associado a factores de risco) + reconstrução imediata ou diferida.

O tratamento do carcinoma ductal “in situ” (CDIS) compreende uma das seguintes hipóteses:

- Tumorectomia alargada com comprovação anatomo-patológica das margens livres de lesão. A radioterapia complementar é objecto de ensaios randomizados e não é consensual.
- Mastectomia total (nos tumores com mais de 2,5 cm ou nos tumores multifocais) + esvaziamento axilar (nível 1 inferior). Se a axila é positiva, trata-se com o estágio II.

Nos casos de carcinoma invasivo define-se como cirurgia radical a mastectomia radical modificada (Pattey ou Madden) e incisão de Stuart, sempre que possível. Não se justifica a biopsia dos gânglios da mama interna nos tumores dos quadrantes internos ou central.

Por outro lado, a cirurgia conservadora – tumorectomia alargada – consiste na excisão de um segmento mamário com margens de segurança, incluindo pele (opcional), aponevrose do grande peitoral e tecido mamário sub-areolar. Deve marcar-se com clips a área da excisão e proceder-se ao esvaziamento axilar dos níveis 1 e 2.

Quando se recorre à cirurgia conservadora, o controlo imagiológico após tratamento, compreende a realização de mamografia aos 6 meses e aos 12 meses e, posteriormente, com um ritmo anual.

Em relação ao papel da radioterapia, entende-se que é obrigatória na sequência da terapêutica cirurgia conservadora do carcinoma invasivo. Deve proceder-se à radioterapia externa da glândula mamária, eventualmente associada a uma braquiterapia do leito tumoral. Nos tumores com axilas negativas não há consenso em relação à radioterapia das cadeias ganglionares, na medida em que dados colhidos na bibliografia não provam a sua utilidade ficando, assim, a conduta ao critério das instituições. Nos tumores localizados aos quadrantes internos ou região central deve proceder-se à irradiação dos gânglios da cadeia mamária interna. Nos tumores com invasão ganglionar axilar deve proceder-se à irradiação da axila, para além de uma terapêutica sistémica indispensável.

Quanto ao papel da radioterapia nos tumores submetidos a cirurgia radical, quer se trate de tumores com axilas negativas ou com axilas positivas, não há consenso quanto ao seu benefício, pelo que o recurso à radioterapia adjuvante fica ao critério das instituições.

Relativamente ao tratamento médico adjuvante nos tumores não palpáveis da mama, a conduta é idêntica à adoptada para os tumores palpáveis N- ou N+.

7 – TRATAMENTO DOS TUMORES INVASIVOS COM AXILAS HISTOLOGICAMENTE NEGATIVAS (N-)

Para se afirmar que um tumor é N-, devem ser excisados no mínimo 10 gânglios e todos eles estudados anatomo-patologicamente.

A terapêutica cirúrgica destes tumores foi objecto de análise no ponto 6.

A orientação da terapêutica adjuvante depende da avaliação de prognóstico, considerando-se indispensáveis, o conhecimento:

- Do tamanho do tumor;
- Dos receptores de estrogénios;
- Do grau de diferenciação celular (Scharff e Bloom);
- Da situação hormonal da doente (pré e pós-menopausa).

Considera-se ter, eventualmente, interesse, o tipo histológico.

Define-se como pós-menopáusicas a mulher que teve a última menstruação há pelo menos 2 anos. Chama-se à atenção para a necessidade de cada instituição ter, permanentemente, actualizados, os valores a partir dos quais se consideram os receptores hormonais positivos.

O tratamento médico adjuvante está expresso nos QUADROS VI e VII.

QUADRO VI – TRATAMENTO MÉDICO ADJUVANTE EM DOENTES N-

PRÉ-MENOPÁUSICAS:

BAIXO RISCO:

T < 1cm

RE+

G1

Estas doentes não devem fazer o tratamento adjuvante

MÉDIO RISCO:

T=1-2cm

RE+

G1-2

Estas doentes devem fazer tamoxifeno (20mg por dia), 5 anos

ALTO RISCO:

T > 1cm com RE-

T > 2cm

G3

Estas doentes devem fazer quimioterapia independentemente dos RE

As doentes com RE+ poderão eventualmente fazer hormonoterapia após quimioterapia (tamoxifeno = 20mg/dia), durante 5 anos

QUADRO VII – TRATAMENTO MÉDICO ADJUVANTE EM DOENTES N-

PÓS-MENOPÁUSICAS:

BAIXO RISCO:

Estas doentes não devem fazer terapêutica adjuvante

MÉDIO RISCO:

Estas doentes devem fazer tamoxifeno (20mg por dia), 5 anos

ALTO RISCO:

RE+= Tamoxifeno 20mg/dia durante 5 anos

RE- = Quimioterapia nas doentes com idade inferior a 70 anos

Relativamente ao regime de quimioterapia adjuvante a empregar nas doentes N- ele deve conter, sempre que possível, antraciclínas.

Nas doentes que tenham indicação para quimioterapia e hormonoterapia, o tamoxifeno deverá ser feito logo após a quimioterapia. A posologia da terapêutica hormonal isolada ou sequencial deverá ser de 20 mg/dia, durante 5 anos.

São conhecidos em termos gerais os efeitos secundários das terapêuticas adjuvantes. O importante é que, perante esta realidade, o seguimento da doente seja feito tendo em conta as diversas situações.

Quanto ao papel da radioterapia na terapêutica adjuvante as conclusões são idênticas às referidas no ponto 6.

No que diz respeito à castração, não há indicação para a sua realização com objectivo terapêutico nos tumores N-.

A gravidez numa mulher que teve um cancro da mama não é aconselhável. No caso de uma mulher jovem pretender engravidar, recomenda-se medidas contraceptivas eficazes, não estroprogestativas, nos 5 anos que se seguem ao fim da quimioterapia.

A terapêutica substitutiva na pós-menopausa em doentes que tiveram um cancro da mama não é aconselhada.

8 – TRATAMENTO DOS TUMORES INVASIVOS COM AXILAS HISTOLOGICAMENTE POSITIVAS (N+)

No que diz respeito à conduta cirúrgica nestes tumores, as considerações são sobreponíveis às relatadas no ponto 6.

Em relação aos factores de prognóstico orientadores do tipo de terapêutica adjuvante, apesar da proliferação de novos factores de prognóstico, conclui-se que só o número de gânglios axilares metastizados, o tamanho do tumor, a idade ou o status menopáusicos, o grau de diferenciação histológico, a permeação venosa, e o status dos receptores de estrogénios devem ser usados de rotina. Outros factores, como a fase S, a Catepsina D, etc., ainda são objecto de investigação.

Fundamentados nos factores de prognóstico, pode considerar-se dois grupos de doentes N+, como se expressa no QUADRO VIII.

QUADRO VIII – grupos de prognóstico nos tumores N+

FACTORES DE PROGNÓSTICO	BOM	MAU
Menopausa	pós	pré
nº Gânglios	1 a 3	>3
Tamanho T	≤2cm	>2cm
RE	positivos	negativos
Grau diferenciação	1	02-Mar
Catepsina D	<30	>60

O tratamento médico adjuvante nas doentes pré-menopáusicas e pós-menopáusicas pode ser resumido no QUADRO IX.

QUADRO IX – Tratamento médico adjuvante nos tumores N+

	RE-	RE+
PRÉ MENO	QUIMIOTERPIA	QUIMIOTERAPIA ± TAMOXIFENO
PÓS MENO	QUIMIOTERPIA ± TAMOXIFENO	TAMOXIFENO ± QUIMIOTERPIA

No que se refere ao tipo de citostáticos a empregar, aceitam-se os critérios definidos para os tumores N- (ponto 7).

Em relação ao papel da radioterapia adjuvante, entende-se que todas as doentes tratadas com cirurgia conservadora devem fazer radioterapia, de acordo com os critérios definidos no ponto

6. A radioterapia deverá ser concomitante com a quimioterapia, a iniciar até às 4 (quatro) semanas ou então efectuada em “sandwich”.

No que diz respeito à cirurgia radical não há consenso em relação ao papel da radioterapia adjuvante nos tumores N+.

A castração não tem lugar no tratamento destas doentes fora do contexto de ensaios clínicos. A castração cirúrgica e médica com agonista LHRH são equivalentes do ponto de vista biológico, dependendo a escolha de consideração do custo e preferência da doente.

A intensificação da dose com suporte por factores de crescimento hematopoiéticos ou transplantação autóloga de medula óssea não é recomendada fora do contexto de ensaios clínicos.

O uso de factores de crescimento hematopoiéticos deve ser considerado para manter a intensidade de dose programada nas terapêuticas adjuvantes.

O seguimento das doentes tratadas com tumores N+ deve consistir na observação clínica de 4 em 4 meses no 1º ano, depois de 6 em 6 meses até ao 5º ano e, posteriormente deve ser anual.

O controlo destas doentes consiste:

- Mamografia – 6 meses após o final do tratamento e, depois, anualmente;
- Rx Tórax (2 planos) anual;
- Cintigrafia óssea e/ou Rx do esqueleto e ecografia hepática, de acordo com a clínica;
- Análises hematológicas e bioquímicas, em cada consulta;
- CA 15.3 ou MCA, em cada consulta.

Em relação aos efeitos secundários do tratamento médico adjuvante pode afirmar-se que os benefícios do tratamento excedem os efeitos secundários, que são bem conhecidos.

9 – O PAPEL DA CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

A Cirurgia Plástica e Reconstructiva fazem parte integrante do tratamento multidisciplinar do cancro da mama. O cirurgião plástico poderá ser útil para qualquer plano cirúrgico, se estiver presente na consulta de decisão terapêutica.

As indicações e contra-indicações para a reconstrução mamária são as seguintes:

- Indicações: vontade e motivação da doente, devidamente informada;
- Contra-indicações: médicas e cirúrgicas globais, carcinoma inflamatório e carcinoma localmente avançado (contra-indicação relativa – decisão depende da consulta de grupo).

Relativamente à questão reconstrução imediata “versus” diferida, verificou-se não haver consenso. Os cirurgiões plásticos entendem que, sempre que possível é preferível reconstrução imediata com a coordenação das duas equipas, porque é menos traumatizante psicologicamente para a doente, exige só um internamento, o que é menos oneroso, o prognóstico e curso da doença não se alteram, e a reabilitação é mais fácil, familiar, social e profissionalmente.

A reconstrução diferida é aconselhada nas doentes que não foram reconstruídas de imediato, por falta de informação ou porque não quiseram e a requereram depois.

No que diz respeito à cirurgia paliativa, a colaboração do cirurgião plástico poderá permitir alargar as indicações de operabilidade, pela possibilidade de reconstrução do revestimento, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da doente.

Não está demonstrado cientificamente relação directa causa-efeito entre a utilização de próteses de silicone e o desencadear ou alterar a evolução de doença cancerosa, nem foi demonstrada relação directa causa-efeito entre silicone e doenças auto-imunes. A introdução de prótese não perturba a história natural da doença e não impede a quimioterapia. Em relação à radioterapia não há consenso na possível interferência de uma prótese com o tratamento com radiações.

A reconstrução mamária com prótese deverá ser sujeita a um protocolo de que deverão fazer parte:

- Identificação:
 - Da doente;

- Do cirurgião
- Da prótese

As próteses podem ser de soro ou de gel de silicone, texturadas.

As próteses estão indicadas na reconstrução imediata ou na diferida, em situações com condições locais que o permitam e com o acordo da doente.

Quanto à questão próteses e/ou retalhos, ambos os métodos são igualmente válidos se utilizados sob indicação própria a cada caso, conforme as condições locais e gerais da doente.

Os retalhos mais utilizados são o retalho do grande recto abdominal e o grande local, com o consentimento informado da doente e na existência de contra-indicações para prótese.

A quimioterapia e a radioterapia não impedem a reconstrução; a quimioterapia não faz adiar a expansão; a radioterapia poderá alterar o plano, o tempo e o resultado final da reconstrução.

Os critérios de avaliação da reconstrução mamária devem ter em consideração o conceito da doente e o critério do cirurgião.

A satisfação em relação a parâmetros de simetria, forma, consistência e complexo areolo-mamilar pode ser classificada em: BOM; ACEITÁVEL; INSUFICIENTE E MAU. Os resultados devem ser referidos após a reconstrução, aos 6 meses, ao ano, e aos 5 anos.