

II REUNIÃO DE CONSENSO NACIONAL PARA O TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA

Coimbra, 19 e 20 de Outubro de 1996

ORGANIZAÇÃO:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SENOLOGIA

(Presidente: Mário Bernardo; Secretário: Victor Veloso)

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

(Presidente: Cândida Azevedo; Secretário: Moura Pereira)

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:

Aires Fernandes, Alcino Moreira Campos, Ana Cleto Leão, Antonello Vaz, António Azinhais, António Fráguas, Antero Torres, Antunes da Silva, Cândida Azevedo, Cardoso da Silva, Carlos Lopes, Carlos Marques, Carlos de Oliveira, Cordeiro Ferreira, Costa Marques, Cunha Leal, Daniel Pereira da Silva, Luís Cruz, Dulce Raimundo, Élio Vieira, Elsa Abraúl, Fernando Cortez, Fernando Fernandes, Freire dos Santos, Gerardo Millan, Guimarães dos Santos, Helena Gervásio, Henrique Miguel Oliveira, Isabel Cristina, João Pereira, Joaquim Gouveia, Jorge Gordilho, José Albano, José Amarante, José Meireles, Laranja Pontes, Lassalette Pedro, Leal da Silva, Lurdes Trigo, Manuel Meirinho, Manuela Gonçalo, Manuela Lanhoso, M. Carmo Pinto, M. Irene Martins, M. Júlia Amaral, Mário Bernardo, Mário Rego, Meneses e Sousa, Moura Pereira, Nascimento Costa, Natália Amaral, Neves e Castro, Ondina Campos, Óscar Candeias, Passos Coelho, Paulo Figueiredo, Pinto Ferreira, Ramos Jerónimo, Ribeiro de Carvalho, Ricardo da Luz, Rui Borralho, Teresa Osório, Tomé Fernandes, Vera Tomé, Victor Rodrigues e Victor Veloso.

TEMA 1: TRATAMENTO DO CARCINOMA *IN SITU*

O carcinoma *in situ* da mama é aquele em que não se evidencia invasão do estroma através da membrana basal. Pode ser ductal (CDIS), lobular (CLIS) ou misto (CDLIS) consoante as células do tumor se diferenciam no sentido ductal, lobular ou ambos.

A classificação do carcinoma ductal *in situ* da mama pode ser feita segundo as suas características morfológicas e o seu comportamento biológico.

Segundo o padrão morfológico, o CDIS divide-se em cribiforme, micropapilar, papilar, sólido, comedo e misto.

O grau de agressividade pode ser avaliado segundo critérios arquiteturais e citológicos (Escola Europeia), ou critérios citológicos de necrose (Escola Americana). Em ambas as situações, o CDIS é subdividido em 3 grupos: baixo grau, grau intermédio e alto grau (Escola Americana) ou bem, moderadamente e pouco diferenciado (Escola Europeia)

O CDIS comedo é sempre de alto grau e o cribiforme puro é sempre de baixo grau. No caso dos tumores mistos, a classificação é feita segundo o grau mais elevado.

O diagnóstico de CDIS é sempre histológico e obtido a partir de cortes de parafina da totalidade da peça cirúrgica.

A suspeição do diagnóstico de CDIS é habitualmente radiológica – lesão infraclínica - (microcalcificações, distorções ou lesões circunscritas) e só excepcionalmente clínica (nódulos, corrimentos mamilares ou alterações mamilares)

É essencial a marcação pré-operatória para localização das lesões infraclínicas e radiologicamente suspeitas. A marcação deverá ser feita preferencialmente por arpão. Após exérese, deve ser realizada a radiografia da peça operatória.

O estudo anátomo-patológico por cortes de congelação nunca permite o diagnóstico definitivo de CDIS. No estudo macroscópico da peça, quando as lesões têm diâmetro inferior a

1cm ou não são palpáveis, não se deve recorrer a estudo por cortes de congelação. Em lesões com diâmetro igual ou superior a 1cm é aceitável a realização de cortes de congelação (no caso de não haver diagnóstico morfológico pré-operatório) o que permite detectar a presença de invasão e possibilitar uma terapêutica cirúrgica definitiva imediata.

São considerados factores de prognóstico as dimensões, os graus de agressividade e a multifocalidade / multicentricidade da lesão.

O significado prognóstico do estado das margens cirúrgicas de ressecção não está bem definido. Contudo, deve medir-se sempre a distância entre o tumor e a margem; se esta tiver neoplasia, deverá proceder-se à re-excisão, que, eventualmente, poderá levar a uma mastectomia.

Modalidades terapêuticas

As modalidades terapêuticas devem sempre ser discutidas e acordadas com a doente.

CLIS:

É sobretudo um indicador de risco de carcinoma invasivo. Na abordagem desta situação aceita-se: vigilância (Follow-up) clínica e imagiológica ou mastectomia bilateral profilática.

CDIS:

Consideram-se, como consenso e na ausência de informações inequívocas de ensaios actualmente em curso, duas modalidades terapêuticas:

- a. Tumorectomia seguida ou não de radioterapia (por não haver consenso) – CDIS de baixo grau;
- b. Mastectomia simples: CDIS de alto grau de agressividade;
- c. Nos CDIS de grau intermédio a terapêutica deverá ser individualizada.

É consensual que a terminologia “microinvasivo” não deve ser usada. Quando existe invasão, deverá utilizar-se a terminologia “*invasivo com... mm e componente intraductal extenso*”.

Seguimento pós-terapêutica

- a. Tumorectomia – exame clínico e mamográfico aos 6 meses e posteriormente anual
- b. Mastectomia simples – exame clínico e mamográfico anuais.

TEMA 2: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CONSERVADOR E RADICAL) DO CANCRO INVASIVO DA MAMA

1- Indicações para Terapêutica Conservadora *versus* Mastectomia Radical Modificada

a. CIRURGIA CONSERVADORA:

- T1N0M0
- T2N0M0 ≤ 3cm diâmetro
- Vontade expresso da doente para cirurgia conservadora
- Bom resultado cosmético previsível
- Garantia de follow-up correcto

b. CIRURGIA RADICAL:

- T1N1M0
- T2>3cm N0M0
- T2N1M0
- T3 ≤ 7cm N0M0
- Gravidez do primeiro e segundo trimestre
- Irradiação prévia da parede torácica
- Sexo masculino

- Tumores multicêntricos
- Microcalcificações ou grupos de microcalcificações dispersos e suspeitos
- Impossibilidade de acesso a radioterapia qualificada
- Vontade expressa da doente devidamente informada
- Mulheres com BRCA₁ ou BRCA₂ positivo
- Doenças de colagénio e outras contra-indicações para radioterapia
- Extenso componente intra-ductal

Não foram consensuais, o tratamento cirúrgico das lesões centrais da mama e a importância do tipo histológico na decisão da terapêutica cirúrgica inicial.

2. Contra-Indicações para a Terapêutica Conservadora

a) Relacionadas com o tumor:

- T>3cm e N1
- Relação do tamanho do tumor/mama, não compatível com bom resultado estético
- Tumor superficial da região central da mama
- Irradiação prévia da parede torácica
- Multifocalidade ou multicentricidade

b) Relacionadas com a doente:

- Rejeição da doente devidamente informada
- Medo da recorrência local
- Opção da doente pela cirurgia com reconstrução mamária

As localizações críticas para radioterapia (sulco inframamário e região para-esternal) não são consensuais.

3. Terapêutica Conservadora no Carcinoma Localmente Avançado

Não houve consenso sobre a terapêutica conservadora no carcinoma localmente avançado. Esta modalidade terapêutica é aceitável em ensaios clínicos que incluam terapêutica neoadjuvante.

4. Influência do Componente Intra-Ductal na Terapêutica Conservadora

LUGAR DOS ESTUDOS EXTEMPORANEOS POR CONGELAÇÃO.

O componente intra-ductal só condiciona a terapia cirúrgica quando esta é feita em dois tempos.

O exame extemporâneo não permite a avaliação da extensão do componente intra-ductal.

5 – Modalidades Cirúrgicas para a Terapêutica Conservadora

a) TUMORECTOMIA

Excisão do tumor com margem circulante de segurança ≥ 2 cm (lumpectomia é um anglicismo que corresponde à tumorectomia).

b) SEGMENTECTOMIA ou TUMORECTOMIA ALARGADA

Excisão losângica de um ou mais segmentos glandulares, com ou sem pele, com margem de segurança ≥ 2 cm, incluindo os galactóforos centrais correspondentes.

c) QUADRANTECTOMIA

Excisão de um quadrante de mama.

d) MASTECTOMIA PARCIAL

Toda a excisão mamária que não envolva a globalidade da mama.

Foi consenso que as únicas designações válidas e oncológica e clinicamente correctas são a tumorectomia e a tumorectomia alargada.

A cirurgia conservadora implica sempre esvaziamento ganglionar axilar de preferência e, sempre que possível, com incisões separadas.

6 – Papel da Radioterapia no Tratamento Conservador

Faz parte do tratamento conservador do cancro da mama.

As doses usadas são de 50 GY na mama, incluindo o prolongamento axilar, e 20 GY de *boost* no leito tumoral, previamente marcado com clips.

Não houve consenso em relação à irradiação da axila.

7 – Esvaziamento Axilar

O esvaziamento axilar, com fins curativos e de estadiamento, deve ser completo, incluindo os três níveis.

O esvaziamento axilar deve conter pelo menos 10 gânglios, contados e estudados. Se o número de gânglios for inferior, a doente deverá ser reoperada ou fazer radioterapia da axila no período de 4 a 6 semanas.

8 – Tratamento das Recidivas Locais após Tratamento Conservador

Recidivas locais, após cirurgia conservadora, devem ser tratadas por mastectomia.

9 – Controlo Imagiológico após Tratamento Conservador ou após Mastectomia

a) MAMOGRAFIA:

TRATAMENTO CONSERVADOR:

i) Mama Operada:

- 1ª mamografia antes da radioterapia.
- 2ª mamografia seis meses após a radioterapia.
- mamografia anual a partir do 1º ano.

Não foi consensual este “follow-up”. Foi defendida a mamografia, de 6 em 6 meses, nos 3 primeiros anos.

ii) Mama Contralateral:

- Mamografia anual

TRATAMENTO RADICAL:

- mamografia anual

b) RX DO TORAX

Anual

c) CINTIGRAMA OSSEO E/OU ECOGRAFIA HEPÁTICA

Só quando há suspeita clínica ou laboratorial.

10 – Intervalo Recomendado entre o Diagnóstico e a Terapêutica Cirúrgica

Realizado o diagnóstico, o tratamento cirúrgico deve ser executado no intervalo mais curto. Quando é feita uma biopsia excisional, que o diagnóstico de cancro, o tratamento cirúrgico definitivo deve ser executado no prazo máximo de 2 semanas.

TEMA 3: TRATAMENTOS ADJUVANTES DO CARCINOMA INVASIVO PORERAVEL

1- Papel da radioterapia pós-mastectomia radical modificada, quando se justifica e como se articula com o tratamento adjuvante sistémico?

Nos tumores dos quadrantes internos e subaureolares N- não houve consenso quanto às indicações da radioterapia pós-operatória ficando ao critério das Instituições.

Nos quadrantes externos N- não deverá fazer-se radioterapia, salvo em situações específicas de alto risco de recorrência local.

Nos tumores N+ a radioterapia deverá ser efectuada desde que haja 3 ou mais gânglios invadidos e sempre que haja rotura da cápsula ou situação de alto risco de recorrência local.

Em relação à articulação da radioterapia com a quimioterapia, aceita-se diferir o início da radioterapia desde que não sejam ultrapassados os 3 meses.

2 - Tratamento Sistémico Adjuvante nos Tumores N-

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

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

Considera-se ter eventual interesse o tipo histológico.

Define-se como pós-menopausa 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.

Consideram-se também fiáveis as determinações dos receptores hormonais por métodos imunohistoquímicos.

No quadro 1 definem-se as doentes de alto risco de acordo com o consenso de St. Gallen/95.

QUADRO 1: DEFINIÇÃO DAS DOENTES DE ALTO RISCO COM GANGLOIOS NEGATIVOS (ST. GALLEN 1995)

FACTORES	BAIXO RISCO	RISCO MODERADO	ALTO RISCO (*)
TAMANHO	< 1 CM	1 - 2 CM	> 2 CM
ER	+	+	-
GRAU	1*	(1-2)	(2-3)
IDADE > 35	-	-	-

* sem relevância nos tumores < 1 cm

(*) é suficiente um factor

O tratamento médico adjuvante proposto está expresso no Quadro 2.

QUADRO 2: TRATAMENTO ADJUVANTE EM DOENTES COM GANGLIOS NEGATIVOS (ST. GALLEN 1995)

GRUPO	BAIXO RISCO	RISCO MODERADO	ALTO RISCO
PRE-MEN/ER+	0 vs TMX	TMX*	QT ± TMX**
PRE-MEN/ER-	-	-	QT
POS-MEN/ER+	0 vs TMX	TMX	TMX ± QT
POS-MEN/ER-	-	-	QT ± TMX
IDOSAS/ER+	0 vs TMX	TMX	TMX
IDOSAS/ER-	-	-	QT ± TMX

* em estudo: castração/QT/análogos de GnRH

** em estudo: castração/análogos de GnRH

3 – Tratamento Sistémico Adjuvante nos Tumores N+

Em relação aos factores de prognósticos orientados do tipo de terapêutica adjuvante, apesar de 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 menopáusico”, o grau de diferenciação histológico, a permeação vascular e o “status” dos receptores de estrogénios devem ser usados de rotina.

Para os tumores N+ aceita-se a proposta de consenso de St. Gallen (Quadro 3).

QUADRO 3: TRATAMENTO ADJUVANTE EM DOENTES COM GANGLIOS POSITIVOS (ST. GALLEN 1995).

GRUPO	TRATAMENTOS
PRE-MEN/ER+	QT ± TMX ; CASTRAÇÃO ± TMX Em estudo : GnRH análogos QT ± castração ± TMX
PRE-MEN/ER-	QT
POS-MEN/ER+	TMX ± QT
POS-MEN/ER-	QT ± TMX
IDOSAS/ER+	TMX
IDOSAS/ER-	QT ± TMX

4 – Esquemas e número de Ciclos de Quimioterapia Adjuvante Recomendados

Indica-se como tempo ideal de início de tratamento, um máximo de 3-4 semanas, após cirurgia.

Em relação aos esquemas de tratamento, recomenda-se: CMF(1-8), FEC, AC – Quatro a seis ciclos de acordo com o esquema a utilizar.

5 – Hormonoterapia na Pós-Menopausa: Modalidades e sua Duração

Nas doentes que tenham indicação para quimioterapia e hormonoterapia, o Tamoxifeno deverá ser administrado logo após a quimioterapia.

A posologia da terapêutica hormonal isolada ou sequencial deverá ser de 20mg/dia, Com duração de 2 a 5 anos.

6 – Hormonoterapia na Pré-Menopausa: Ovariectomia? Inibidores? Tamoxifeno?

Nas doentes com tumores N- recomenda-se o Tamoxifeno ou abstenção terapêutica.

Nas doentes com tumores N+, sem prejuízo das indicações expostas anteriormente para a quimioterapia adjuvante, deverá fazer-se castração cirúrgica (eventualmente inibidores de LHRH) ± Tamoxifeno.

7 – Indicações da Quimioterapia Neo-Adjuvante até T3NOMO Inclusive

Só a título de investigações em ensaios terapêuticos.

8 – Papel Das Antraciclínas e dos Taxanos na Quimioterapia Adjuvante e Neo-Adjuvante

Taxanos – só em ensaios clínicos.

Antraciclínas – sempre que possível.

9 – Controlo Pós-Tratamento das Doentes Assintomáticas

Já anteriormente definido, não havendo consenso em relação aos marcadores tumorais.

TEMA 4: TRATAMENTO DOS CARCINOMAS LOCALMENTE AVANÇADOS INCLUINDO O INFLAMATORIO

1 – Definição de Carcinoma Localmente Avançado (CMLA) e de Carcinoma Inflamatório (CIM)

CMLA

Tumor primário e/ou doença ganglionar regional extensa sem evidência de metastização à distância. Esta definição inclui os tumores nos estádios IIb (apenas T3 NO MO), IIIa e IIIb (excepto T4d).

Esta definição enquadra-se na classificação AJCC/TNM sem ter em conta qualquer eventual estratégia terapêutica (M1-regional).

CIM

Tumor localmente avançado (T4 com qualquer N e MO), altamente agressivo e com características próprias- eritema localizado ou generalizado, edema e calor com ou sem tumor palpável.

2- Colheita para Diagnóstico Histopatológico

CMLA

Caracterização por biopsia aspirativa ou biopsia incisional.

CIM

Caracterização obrigatória com colheita de tecido dérmico – biopsia com trocarter nos tumores palpáveis ou biopsia da pele nas lesões difusas.

3 – Factores de Prognostico

Biológicos; grau de diferenciação, receptores hormonais, ploidia, fase S, cathepsina D.p53 e C-erb2.

Ligados ao tratamento; resposta à terapêutica inicial.

Considera-se obrigatória a determinação dos receptores hormonais e do grau de diferenciação. Aconselha-se a realização dos restantes factores biológicos, recorrendo, se necessário, a protocolos ou acordos com outras Instituições.

4 – Tratamento do Carcinoma da Mama Localmente Avançado e do Carcinoma Inflamatório

Tratamento do CMLA:

O tratamento do CMLA deve incluir as três modalidades terapêuticas.

O tratamento inicial consiste numa quimioterapia primária (4 ciclos, incluído preferencialmente uma antraciclina ou o mitoxantrone).

Havendo resposta clínica (exame clínico e mamografia opcional) à quimioterapia primária (R.C., R.P.), a doente deve ser submetida a cirurgia radical (não houve consenso em relação à cirurgia conservadora).

Após cirurgia, quer os gânglios seja positivos ou negativos, a doente deve fazer quimioterapia adjuvante (4-6 ciclos) + radioterapia ± hormonoterapia (se RH+).

No caso de não haver resposta à quimioterapia primária a doente fará radioterapia (+ hormonoterapia se RE+) ± cirurgia.

De acordo com os dados da literatura actual, não houve consenso relativamente à sequência ideal da quimioterapia e radioterapia adjuvantes.

O tratamento por radiação consiste na radioterapia externa convencional.

Tratamento do CIM:

O tratamento inicial deve ser uma quimioterapia primária (4 ciclos, incluindo uma antraciclina ou o mitoxantrone).

Após esta terapêutica, se se verificar o desaparecimento dos sinais inflamatórios, a doente fará cirurgia (radical e/ou de redução tumoral) + quimioterapia e radioterapia (não houve consenso em relação à sequência quimioterapia/radioterapia). Se houver persistência dos sinais inflamatórios a doente fará radioterapia ± cirurgia + quimioterapia.

A hormonoterapia (2 a 5 anos – 20mg/dia de Tamoxifeno) será sequencial à quimioterapia nos tumores com RH+.

O tratamento por radiações consiste na radioterapia externa convencional.

5 – Papel dos Taxanos na Terapêutica Sistémica

Não existem actualmente dados científicos conclusivos que justifiquem os taxanos como terapêutica de primeira linha. A sua utilização deverá ser reservada a protocolos de investigação.

TEMA 5: INDICAÇÕES DA QUIMIOTERAPIA DA ALTAS DOSES

1 – Definição de Intensificação de Dose/Altas Doses

Define-se intensificação de dose de quimioterapia – a administração de esquema de quimioterapia que, devido ao aumento de dose por ciclo ou encurtamento de duração dos ciclos em relação às doses convencionais, resulta num aumento de dose administrada expressa em mg/m²/semana. A quimioterapia de alta dose é um caso particular de intensificação de dose.

Define-se quimioterapia de altas doses como aquela que por apresentar toxicidade medular extrema (mielosupressão/mieloablação), necessita de concomitante suporte hematopoiético autólogo (transplante de medula óssea/transplante de células progenitoras hematopoiéticas periféricas – PBPC). Associa-se ainda a toxicidade extra medular e implica a necessidade de internamento.

2 – Indicações da Quimioterapia de Altas Doses no Cancro da Mama

a) CARCINOMA OPERÁVEL DA MAMA N+:

Enquanto se aguardam os resultados dos protocolos randomizados em curso e com base nos resultados dos estudos Fase III já efectuados, aconselha-se, em doentes com $N+ \geq 10$ gânglios, quimioterapia de altas doses com suporte de ATMO/PBPC após quimioterapia adjuvante.

Para controlo loco-regional aconselha-se Radioterapia após a quimioterapia de altas doses.

Nas doentes com $N+ < 10$ gânglios ou pN_2 a quimioterapia de altas doses é considerada investigacional.

b) CARCINOMA DA MAMA NO ESTADIO IIIB:

As doentes com estes tumores são elegíveis para protocolos de quimioterapia de altas doses (com suporte hematopoiético autólogo). No entanto, por estarem habitualmente incluídas em estudos em que a maioria das doentes tem doença metastática, é difícil de determinar a sua eficácia terapêutica.

c) CARCINOMA DA MAMA METASTÁTICO:

A experiência acumulada de quimioterapia de altas doses em doença metastática demonstrou que:

- Não há benefício terapêutico em doentes que não obtenham pelo menos RP com quimioterapia convencional;
- Em doentes com doença quimiosensível é possível com quimioterapia de altas doses obter $\pm 60\%$ RC com uma duração média da remissão equivalente à obtida com quimioterapia convencional;
- 10 a 20% das doentes, com estágio IV em RP ou RC à data da transplantação, mantêm-se vivas e sem recorrência 3 a 8 anos após quimioterapia de altas doses, identificando-se provavelmente um subgrupo de doentes que poderá beneficiar de tratamento com altas doses de quimioterapia;
- Dado que com a quimioterapia convencional só 3% das doentes com Estadio IV se mantêm em remissão 5 anos após o tratamento, é de considerar a quimioterapia de altas doses em doentes que obtenham RP ou RC com a quimioterapia convencional.

3 – Suporte Hematopoiético

O suporte hematopoiético implica:

- A administração de componentes de sangue irradiados e desleucocitados em doentes candidatas a transplantação;
- A capacidade de realização de transplante autólogo de medula pelos métodos convencionais ou PBPC.

4 – Protocolos de Quimioterapia de Altas Doses

Os resultados publicados com múltiplas associações de citotóxicos não mostraram significativas diferenças de eficácia, mas padrões diferentes de toxicidade extra-medulares. Assim, não se destaca nenhum protocolo pela sua clara vantagem. Recomenda-se que cada instituição adopte o esquema terapêutico que lhe pareça mais adequado à sua experiência e vocação.

5 – Protocolo de Mobilização para a Colheita de Progenitores Hematopoiéticos no Sangue Periférico

Os actuais resultados dos estudos de mobilização de células estaminais, não permitem concluir por um protocolo de mobilização preferencial. No entanto, destacam-se duas alternativas: a utilização exclusiva de factores de crescimento, como agentes mobilizadores, ou em associação com agentes citotóxicos.

6 – Requisitos Mínimos para Estabelecimento de um Programa de Altas Doses:

- a) Numero mínimo de 20 doentes neoplásicos tratados por ano na instituição com quimioterapia de altas doses;
- b) Experiencia no tratamento e suporte de doentes com mielosupressão prolongada;
- c) Capacidade de suporte de doentes em estado crítico (nomeadamente acesso a ventilação mecânica e hemodiálise);
- d) Capacidade de mobilização/colheita de progenitores hematopoiéticos (medula óssea ou PBPC), sua quantificação e crioconservação;
- e) Capacidade de assegurar suporte transfusional.

7 – Estimativa de Quantificação Nacional de Candidatos Potenciais à Quimioterapia de Altas Doses no Cancro da Mama:

Dada a incidência de carcinoma da mama em Portugal de 54/100000 mulheres, calculam-se 2700 novos casos por ano. Assumindo que 40% das doentes têm <60 anos à data do diagnóstico, que 50-60% são operáveis e destas 1/3 têm gânglios axilares positivos (10% com ≥ 10 gânglios), estima-se ± 70 casos/ano para quimioterapia de consolidação em doentes com ≥ 10 gânglios positivos.

Assumindo que 50% das doentes com carcinoma da mama acabaram por ter doença metastática e destas 60% obtêm remissões objectivas com quimioterapia convencional, calcula-se que cerca de 300 casos/ano são elegíveis para autotransplantes (doença metastática quimiosensível).

8 – Experiencia Nacional no Cancro da Mama

IPO – LISBOA

Programa iniciado há dois anos.

18 Doentes transplantadas; 6 como protocolo de terapêutica adjuvante.

HUC

Programa iniciado em Junho/96

4 Doentes transplantadas – 3 como protocolo adjuvante e 1 com doença metastática.

1 Doente em fase de mobilização.

IPO – PORTO

Programa iniciado há 14 meses.

3 Doentes transplantadas (todas terapêutica adjuvante)

5 Doentes em fase de mobilização (todas terapêutica adjuvante)

IPO – COIMBRA

4 Doentes em protocolo de terapêutica adjuvante – enviadas para transplante para o IPO de Lisboa.

HOSPITAL DE SANTA MARIA

Dados desconhecidos

Nº total de doentes submetidas a quimioterapia de altas doses já transplantadas:
26 doentes: 12 com terapêutica adjuvante + 14 com doença metastática

TEMA 6 – CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

1- Participação do Cirurgião Plástico na Terapêutica

A Cirurgia Plástica e Reconstrutiva fazem parte integrante da abordagem multidisciplinar da doente com cancro da mama. A todas as doentes deverá ser facultada a informação sobre as possibilidades de reconstrução.

A equipa de tratamento, a não ter possibilidade da presença de um cirurgião plástico, deve facultar às doentes o acesso a uma consulta de Cirurgia Plástica.

2- Quando Reconstruir: Imediata – Diferida

Sempre que possível, e desde que não haja contra-indicação, é preferível a reconstrução mamária imediata com a coordenação das 2 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 (familiar, social e profissional) é mais fácil.

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

3- Como Reconstruir: Retalhos – Implantes

Ambos são válidos se utilizados sob indicação própria a cada caso, conforme as condições locais e gerais da doente, factos que tornam necessária a presença do Cirurgião Plástico nesta decisão.

4- Retalho/Implante Antes Ou Após Radioterapia

A radioterapia influencia o plano, o tempo e o resultado final da reconstrução. Sempre que esta estiver prevista a reconstrução deve ser preferencialmente realizada com tecidos autólogos.

5- “Timing” Para Reconstrução Diferida

Quando a doente o desejar, tendo em conta as condições gerais e oncológicas da doente.

6- Complicação Dos Implantes (Silicone)

As complicações dos implantes de silicone são locais. Não está provada cientificamente a relação directa causa-efeito entre a utilização de próteses de silicone e o desencadear de alterações da evolução da doença cancerosa. Não está demonstrada a relação directa causa-efeito entre silicone e doenças auto-imunes. A introdução de próteses não perturba a história natural da doença e não impede a quimioterapia nem radioterapia.

7- Retalhos Com Microcirurgia

O retalho livre apresenta-se como mais um método para reconstrução mamária e não é consensual a sua hierarquização entre os métodos disponíveis.

8- Mama Contra-Lateral. Quando Intervir?

Quando for necessário para estabelecer o equilíbrio morfológico em relação à mama reconstruída.

TEMA 7 – CONTRACEPÇÃO HORMONAL, THS E CANCRO DA MAMA

Este tema refere-se aos possíveis riscos do Cancro da Mama relacionados com terapêuticas hormonais tanto na contraceção como na compensação pós menopausa. Por esse motivo as respostas às questões baseiam-se em análise benefício/risco que contribua para que estas terapêuticas não só evitem a doença, mas sobretudo promovam a Saúde Global da Mulher.

1 – Contraceção Oral em Mulher Jovem

Sob o ponto de vista oncológico, no que se refere à contraceção hormonal, há a destacar no aspecto epidemiológico, na mulher que a iniciou muito precocemente e por período de tempo prolongado, um ligeiro aumento do risco de cancro da mama, sem relevância clínica significativa.

A esta observação contrapõe-se uma reconhecida e muito significativa redução de incidência de Cancro do Ovário e do Endométrio.

A existência de padrões de risco familiar (cancro da mama na pré-menopausa) constitui um critério importante de selecção da contraceção hormonal em relação a outros métodos contraceptivos que possam eventualmente utilizar-se com motivação e segurança. Os benefícios clínicos ultrapassam largamente os possíveis riscos, pelo que não há razão para que se não continue a administrar com segurança a contraceção oral.

2 – Qual a Contraceção Oral com Menor Risco?

Sob o ponto de vista oncológico não há dados que permitam estabelecer diferenças de risco quer entre os contraceptivos estroprogestativos, quer com progestativos isolados nem tão pouco à quantidade dos esteróides utilizados.

3 – Contraceção Oral na Mulher que Tem/Teve um Cancro da Mama

Tendo em vista que não está indicada a gravidez na mulher que teve ou tem cancro da mama é aconselhável uma contraceção altamente eficaz.

Se bem que não haja dados que ponham em evidência os riscos da contraceção hormonal nessas mulheres, a atitude contraceptiva recomendável é a laqueação tubar ou, em alternativa, o DIU.

4 – A THS justifica-se por um período superior a 5 anos em mulheres saudáveis? Que THS em mulheres de alto risco de cancro de mama?

Em mulheres saudáveis, excepto naquelas que apresentam alto risco de cancro da mama, justifica-se uma THS por períodos superiores a 5 anos desde que sujeitas à habitual vigilância clínica e mamográfica.

Nas mulheres de alto risco (familiar directo com cancro da mama na pré-menopausa, antecedentes de hiperplasia atípica da mama ou primeira gestação após os 30 anos) depois do seu correcto esclarecimento é admissível uma THS, com vigilância apertada: exame clínico semestral e exame imagiológico mamário anual.

5 – Em que situações a THS em mulher tratada a um cancro de mama? Quando iniciar a THS numa mulher tratada a um cancro de mama? Que THS na mulher sem e com cancro de mama?

Nas mulheres que tiveram cancro da mama considerado clinicamente curado, há estudos recentes que sugerem efeitos benéficos da THS no que se refere a recidivas e sobrevida. No entanto, ainda não existem dados suficientes que permitam certezas nesta área, pelo que devem ser estudadas individualmente em função da gravidade de cada caso, tendo sempre em vista o seu bem-estar global.

6 – Deve iniciar-se a THS em mulheres com mais de 60 anos?

A THS em mulheres com mais de 60 anos pode estar indicada, quando se justifica a prevenção terciária (aparelho cardiovascular e SNC).

7 – Na mulher sem útero justifica-se a THS com progestativo?

A THS que inclua um progestativo só se justifica em mulheres com útero.