

IV REUNIÃO DE CONSENSO NACIONAL PARA O CANCRO DA MAMA

25-26 Maio 2002

ORGANIZAÇÃO:

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SENOLOGIA

Presidente: Carlos Freire de Oliveira

Secretário: J. Moura Pereira

COMISSÃO EXECUTIVA:

Carlos F. Oliveira, J. Moura Pereira, Helena Gervásio, José Quaresma Albano e Natália Amaral

PARTICIPANTES:

Ana Cristina Cleto, Antónia Botte, António Azinhais, António Fráguas, António Lagoa, António Mendes Araújo, António Pelicano Borges, António Ramos Jerónimo, Carlos Abrantes, Carlos F. de Oliveira,, Carlos Santos Costa, Carlos Silva Lopes, Carlos Sousa Marques, Cláudio Cunha, Daniel Pereira da Silva, Dulce Raimundo, Elsa Abraúl, Ernesto Passos Ângelo, Eugénia Granjo, Fátima Vaz, Fernando Cortez, Fernando Jesus Fernandes, Fernando Regateiro, Fernando Schmitt, Gabriela Almeida, Graça Fernandes, Helena Gervásio, Helena Pereira, Helena Rodrigues, Hermínia Pereira, Hernâni Silva, Isabel Antão, Isabel Cristina, Isabel Monteiro Grillo, J. Guimarães dos Santos, J.C. Fortuna Campos, J.C. Nunes Marques, J. M. Meneses e Sousa, J. Moura Pereira, , J. P. Leal da Faria, Joaquim Henriques, Jorge Soares, José Cardoso da Silva, José Leão, José Manuel Pires Teixeira, José Meireles, José Quaresma Albano, Lassalette Pedro, Leonor Jorge, Luís Cruz, Luís Mestre, Lurdes Trigo, M. Antunes da Silva, M.J. Freire dos Santos, Manuela Teixeira, Manuela Gonçalves, Manuela Lacerda, Margarida Dias, Margarida Ribeiro da Cunha, Maria do Amparo Rito, Maria João Cardoso, Mário Alberto Oliveira, Mário Bernardo, Maurício Chumbo, Miguel Jacobetty, Natália Amaral, Nuno Abecassis, Odete Real, Ondina Campos, Paula Soares, Paulo Figueiredo, Rosa Begonha, Rui Borralho, Rui San-Bento, Teresa Osório, Teresa Simões Silva, Tomé Fernandes, Vera Tomé, Vítor Rodrigues, Vítor Veloso

LOCAL: Luso

DATA: 25-26 Maio 2002

TEMA 1 – CANCRO HEREDITÁRIO E FAMILIAR

1. Caracterização da natureza hereditária e esporádica do cancro

- a) Características das condições tumorais hereditárias:
Precocidade do aparecimento, elevado número de casos numa família, proximidade do parentesco entre os indivíduos atingidos, bilateralidade, multifocalidade sincrónica ou metacrónica, diversos tipos de tumores primários (pertencentes ao espectro) num mesmo indivíduo ou nos membros de uma família, e maior risco de ocorrência em indivíduos de sexo em que o tumor é raro.
- b) Características das condições tumorais esporádicas:
Variação inter-regional da incidência (significativa), modificação da incidência com a mudança de residência, influência dos hábitos alimentares, ausência de risco significativo para familiares; Influência dos hábitos sociais, e influência das condições socioeconómicas.

2. Enquadramento geral

Trata-se de uma problemática muito controversa que envolve uma avaliação probabilística de risco para cancro da mama, com todas as reservas que qualquer cálculo envolve. Verifica-se uma falta de enquadramento geral.

Há que considerar as implicações psico-sociais da mulher e toda a família.

A avaliação dos casos tem que ser revestida de extremos cuidados quanto à confidencialidade e protecção dos dados pessoais.

Os locais onde são estudados devem ser objecto de condições particulares para garantir aquele desiderato, os aspectos éticos e o envolvimento adequado.

A informação rigorosa, cuidadosa, e não alarmista constitui a base fundamental para que a mulher assuma as decisões de forma esclarecida.

As consultas dedicadas a este efeito devem ser multidisciplinares e inseridas no âmbito dos grupos de patologia mamária.

3. Candidatas a Consulta de Genética Tumoral

a) Factores Pessoais

Das doentes com cancro da mama: idade inferior a 35 anos, bilateralidade, carcinoma medular, ductal G3, ERB B2 – e RE, e carcinoma da mama e do ovário, um dos quais diagnosticado antes dos 50 anos.

Das mulheres assintomáticas: idade superior a 25 anos (e com 1 dos Factores Familiares). Para a idade máxima não houve consenso.

b) Factores Familiares (numa das linhas familiares)

Familiar com cancro da mama e do ovário, um dos quais diagnosticado em idade inferior a 60 anos, ou cancro bilateral da mama;

Dois ou mais familiares do 1º grau com cancro da mama e do ovário, independentemente da idade de apresentação da neoplasia;

Dois familiares do 1º grau com cancro da mama, um deles diagnosticado em idade inferior a 45 anos.

Dois familiares do 1º grau com cancro do ovário.

Dois familiares do 1º grau – com cancro do ovário e outro com cancro da mama na pré-menopausa.

Homem com cancro da mama, independentemente da idade.

Qualquer familiar com mutação em BRCA.

4 – Consulta de Genética Tumoral

a) Objectivos:

Diagnóstico genético, aconselhamento e referência

b) Constituição mínima da equipa:

Geneticista ou Médico Consultor em Genética

Psicólogo (para apoio)

Enfermeira com treino específico

5- Controlo das mulheres com mutação em BRCA

Auto-exame mensal da mama

Exame clínico semestral/anual

Mamografia + ecografia: anual, a partir dos 25 anos

Não houve consenso quanto às indicações da RM

6- Registo das Mulheres com Alto Risco

Criação de base de dados nacional

7- Medidas Preventivas:

a) Cirurgia

Mastectomia bilateral: Pode reduzir significativamente o risco de cancro da mama hereditário; não altera o risco de cancro do ovário; não altera o genoma das filhas; tem indicação a partir dos 35 anos ou 5 anos de idade do familiar em que o cancro da mama ocorreu mais precocemente. A mastectomia poupadora de pele tem merecido uma aceitação crescente. O tecido excisado deverá ter avaliação anatomo-patológica exaustiva.

Salpingo-ooforectomia: estudos recentes indicam uma redução significativa do risco de cancro da mama, com benefícios na redução do risco de cancro do ovário e trompa. Tem indicação a partir dos 35 anos ou 5 anos antes da idade do familiar em que o cancro da mama ocorreu mais precocemente.

b) Tratamento Médico

A experiência acumulada não permite concluir que haja benefício de qualquer tratamento médico.

TEMA II – TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO INVASIVO NAS LESÕES NÃO PALPÁVEIS

Consideram-se, fundamentalmente, as seguintes técnicas para diagnóstico das lesões não palpáveis:

- Citologia
- Microbiopsia (core)
- Biopsia excisional/Macrobiopsia (ABBI)

1. Citologia Aspirativa por Agulha Fina

Não distingue as lesões invasivas das lesões não invasivas. Pode distinguir as lesões benignas das malignas. Permite estudos de imunocitoquímica. Ajuda a planear a terapêutica.

Indicação absoluta: ideal para abordar as lesões axilares suspeitas.

Indicações relativas: lesões superficiais, lesões subaureolares, lesões muito posteriores, intolerância da doente à imobilização, e doentes com próteses mamárias.

Tipo de Lesões: quistos suspeitos (não puros e de paredes septadas ou espessadas), nódulos sólidos bem definidas (BI-RADS3), e lesões sólidas espiculadas.

Limitações: mama irradiada, microcalcificações isoladas, e imagem radiaria de núcleo não denso.

Vantagens: resposta rápida, menos onerosa, pouco dolorosa, não altera a imagem da lesão, e poucas complicações.

Técnica de Realização:

A técnica de colheita e interpretação requer equipa citologista/imagiologista com experiência.

Ultra-sons – utiliza o ecógrafo e sondas de alta frequência (mínimo de 7/10 MHz).

Estercotaxia – mecânica ou digital.

Material a utilizar: agulhas 22 a 25 Gauge com canhão transparente + seringa + punho; lâminas de vidro.

A técnica de fixação deverá ser combinada previamente com a citologista.

2. Microbiopsia (“core”)

Permite: na amostra colhida, um diagnóstico histológico; geralmente, diferenciar da benignidade/malignidade; poder fazer o diagnóstico de carcinoma invasivo; a determinação do grau de diferenciação e a caracterização imunohistoquímica dos factores de prognóstico.

O diagnóstico de carcinoma “in situ” não exclui a presença de carcinoma invasivo.

Ajuda a planear a terapêutica.

Indicações: Todas as lesões imagiológicamente suspeitas (BI-RADS 4 e 5); nos BI-RADS3, considerar caso a caso; e nas discordâncias entre a citologia e a imagiologia.

Contra-indicações:

Em relação ao doente: problemas físicos (nerológicos, reumatológicos, etc.); problemas psíquicos; alterações da coagulação; mama de pequenas dimensões, e prótese mamária;

Em relação com a técnica: lesão periférica; lesão próxima do mamilo; localização muito posterior; e experiência do radiologista e material adequado.

Em relação à imagem: imagens espiculadas sem centro denso e foco de microcalcificações suspeitas < 1 cm, a menos que seja possível deixar uma referência no local.

Vantagens: confirmar a benignidade de uma lesão com critérios de benignidade; confirmar malignidade de uma lesão suspeita ou duvidosa observada em imagiologia; fazer a prova de multicentricidade de uma lesão evidente, quando acompanhada de outra lesão suspeita; e fazer o diagnóstico de recidiva local após tratamento de um cancro da mama.

Desvantagens: mais onerosa; menos rápida; e pode ter complicações (hemorragia, infecção), embora a frequência seja baixa.

Técnica de Realização:

Ultra-sons - utiliza a pistola automática de 14/18 G

Mamografia – utiliza a estereotaxia com pistola automática c/ agulhas de 11/18 G

TAC e RMN – para orientação de estercotaxia (nos casos não definidos por outros meios)

Os fragmentos biopsados de lesões com microcalcificações têm de ter confirmação radiológica.

É indispensável a correlação clínica/radiológica/cito-histológica.

Nos casos discordantes ou de suspeição está indicada a biopsia cirúrgica.

3. Biopsia excisional

Sempre que se pretende e se pode retirar totalmente uma lesão para fins de diagnóstico.

Pode ser realizada por macrobiopsia excisional (ABBI) ou biopsia cirúrgica orientada por imagiologia.

Indicações: todas as lesões não diagnosticadas por outros meios, nomeadamente hiperplasia ductal atípica, imagem radiária e lesões papilares. Biopsias inadequadas ou discordância de diagnóstico.

(a) Macrobiopsia excisional (ABBI)

É utilizada em todas as indicações anteriores desde que as lesões tenham dimensões < a 1,5 cm.

Vantagens: realiza-se sob anestesia local e em regime ambulatorio; não utiliza o bloco operatório; menor morbilidade cirúrgica e anestésica do que a biopsia cirúrgica; e assegura eficácia de diagnóstico com menor volume de tecido colhido.

Desvantagens: necessita de sutura; pode obrigar a uma segunda intervenção; obriga a equipamento dispendioso, necessitando de sala própria.

Técnica de Realização:

Utiliza uma cânula cortante que varia de 5 a 20 mm de diâmetro, introduzida após incisão cutânea com anestesia local.

Prévia localização por estereotaxia.

Tratamento digitalizado da imagem.

Contra-indicações: lesões > 1,5cm, localizações sub-arcolares ou junto à parede torácica; mamas pequenas e atróficas com uma espessura após compressão < 3 cm; presença de próteses mamárias; alterações da coagulação; doenças pulmonares crónicas obstrutivas; obesidade excessiva; gravidez, alterações estáticas graves do raquis.

(b) Biopsia cirúrgica dirigida por imagiologia

Indicações: todas as lesões não biopsadas ou esclarecidas por outros métodos.

Vantagens: permite biopsia de qualquer lesão; pode permitir tratamento cirúrgico definitivo da lesão na mama, quando após estudo histológico exaustivo as margens estão livres e o relatório final revelar carcinoma ductal “in situ”; se estiver indicado exame extemporâneo, permite realizar no mesmo acto, o tratamento cirúrgico definitivo.

Desvantagens: exige cirurgia aberta; maior de infecção e hemorragia; utiliza tempos de bloco operatório; é mais onerosa.

Técnica de realização:

- Marcação por arpão ou carbono (a menos de 1 cm da lesão) no serviço de radiologia, orientado por ecografia, estereotaxia ou prato perfurado;
- Incisão cirúrgica o mais próxima da lesão;
- Orientação da lesão com suturas;
- Coloração da superfície da peça;
- Radiografia da peça em todos os casos.

Aconselha-se mamografia de controlo até 6 meses, após excisada a lesão.

TEMA III – TRATAMENTO CONSERVADOR DO CANCRO DA MAMA

O tratamento conservador do cancro da mama consiste na cirurgia conservadora em radioterapia, com o objectivo de conservar a mama, assegurar a exérese completa do tumor, evitar o aparecimento de novos tumores e conseguir resultados estéticos aceitáveis.

O tratamento conservador do cancro da mama engloba, portanto, duas componentes:

- 1 – Cirurgia conservadora;
- 2 – Radioterapia.

Na planificação da terapêutica conservadora e na sua proposição a uma doente, a equipa médica deve assegurar que as duas componentes do tratamento ser realizarão nos tempos apropriados. Não é aceitável iniciar um tratamento conservador por cirurgia quando não está assegurada a radioterapia em tempo útil (máximo 4-6 semanas e no caso de QT as 8-10 semanas).

Nomenclatura para a cirurgia conservadora:

Tumorectomia		Termos usados na literatura e nem sempre com o mesmo sentido
Tumorectomia alargada		
Segmentectomia		
Quadrantectomia		

A definição de cirurgia conservadora proposta é a seguinte: exérese completa do tumor, conservando a mama; Presença de margem de tecido “norma” em torno de todo o tumor (margem de segurança); Resultado estético aceitável.

1. Indicações do tratamento conservador

A) Carcinoma ductal “in situ”

Avisar a doente da eventual necessidade de reintervenção.
Diagnóstico pré-operatório, com microbiopsia

Apenas cirurgia:
Tamanhos < 1cm, margem de segurança 1cm, grau baixo

Exérese + radioterapia:
Qualquer tamanho até 3 a 4 cm (não houve consenso no tamanho máximo) com qualquer grau

B) Carcinoma invasor

Estadio I – T1N0M0

Estadio II – T2N0M0

T1N1M0

T2N1M0 (Diâmetro máximo 3 cm)

Embora se aceite que, na generalidade dos casos, o tamanho do tumor não deva exceder os 3 cm, a relação tamanho do tumor/tamanho da mama deve ser levada em conta.

Para estudo das margens:

Consulta anatomo-patológica intra-operatória – facultativa

Radiologia intra-operatória – facultativa excepto nas lesões com microcalcificações

Macroscopicamente e radiologicamente – margens laterais > 1 cm

Definição histológica das margens: dizer no relatório histológico a distância do tumor à margem, medida na lâmina e a extensão em superfície.

2. Esvaziamento axilar

Abordado no tema IV

3. Localização tumoral

Não há localizações tumorais que contra-indiquem a cirurgia conservadora.

Nos tumores retro-arcuolares (incluindo a D. de Paget) a principal contra-indicação ao tratamento conservador é a dificuldade na obtenção de um resultado estético aceitável. Este resultado é mais difícil nos tumores centrais quando a mama é pequena e o tumor está localizado perto do mamilo.

Atenção à margem de segurança na sua relação de proximidade com o mamilo e a aréola. Quanto o tumor está próximo (< 2 cm), considerar a exérese do complexo.

Pode haver necessidade de colaboração com cirurgia plástica.

4. Tipos histológicos e factores de prognóstico

A cirurgia conservadora pode fazer-se em qualquer tipo histológico de carcinoma da mama.

O resultado da anatomia patológica da peça cirúrgica em cortes definitivos pode, contudo, influenciar algumas decisões ulteriores. Por exemplo, o carcinoma lobular invasivo, que é de muito difícil avaliação clínica e radiológica e pode obrigar a reintervenções mais frequentes.

Factores de prognóstico relacionados com a doente:

História familiar – cirurgia conservadora ou não?

Na mulher jovem (< 35 anos)?

(Estes factores, por si só, não contra-indicam a decisão de fazer tratamento conservador)

Factores relacionados com o tumor:
Tamanho (relação tamanho do tumor/tamanho da mama)
Estado ganglionar
Grau de diferenciação
Receptores hormonais (factor preditivo de tratamento)
Cerb2 – só no âmbito de ensaios clínicos (protocolos específicos)

Componente intraductal extenso (Ca intraductal periférico > 25%):
O componente intraductal extenso atinge a margem cirúrgica (deve ser referido)
O componente intraductal extenso modifica a atitude conservadora?
Não modifica a atitude conservadora já que não é esse componente que determina o prognóstico da doente. Contudo, obriga, sim, a aumentar a dose do “boost” da radioterapia.

5. Radioterapia:

Da mama remanescente:
Na mama – Dose total de 48-50 Gy
Boost no leito tumoral – 10 a 20 Gy

Das cadeias:
Abordado no Tema IV

6. Multifocalidade / Multicentricidade

Termos que geram alguma controvérsia e confusão dada a dificuldade (impossibilidade) em definir limites dos quadrantes ou dos segmentos.

Assim, parece preferível individualizar os tumores em que, radiologicamente e/ou histologicamente, se identifiquem dois ou mais focos que distem entre si, 3 ou mais centímetros. Nestes tumores a cirurgia conservadora está contra-indicada.

7. Contra-indicações relativas e absolutas do tratamento conservador

(a) Absolutas

Vontade da doente
Lesões múltiplas e distantes entre si (mais de 3 cm)
Radioterapia prévia da região mamária
Gravidez (contra-indicação RT). Possível cirurgia no 3º trimestre seguida de RT pós-parto. A gravidez é uma situação particular que deve ser avaliada caso a caso.

(b) Relativas

Doença do “colagénio”? (contra-indicação absoluta: LED-activo, esclerodermia)
Relação tamanho do tumor / tamanho da mama

8. Tratamento das recidivas locais:

Não houve consenso em relação à mastectomia como o tratamento escolhido em todas as situações.

9. Follow-up

Clínico: 3 em 3 meses no primeiro ano, de 6 em 6 meses até aos 5 anos e anualmente a partir dessa altura.

Mamográfico: aos 6 meses e anualmente a partir daí.

Não houve consenso nos restantes exames de follow-up (marcadores, Rx, cintilograma, função hepática, etc.)

TEMA IV – ESVAZIAMENTO AXILAR NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA

1. Valor prognóstico e preditivo dos gânglios axilares

É o factor prognóstico e preditivo mais importante, como factor isolado.

2. Avaliação clínica e imagiológica da axila

A avaliação clínica da axila é fundamental e obrigatória no correcto estadiamento do Ca da mama.

A imagiologia (nomeadamente a ecografia com Doppler da axila) poderá proporcionar dados complementares na avaliação clínica da axila.

3. Indicações para o esvaziamento axilar:

(a) Carcinoma ductal “in situ”

Não tem indicação para esvaziamento axilar. Considera-se excepção a esta regra os casos em que existam gânglios axilares palpáveis (excisão). A excepção discutida dos tumores de alto grau (grau nuclear III) com dimensões superiores a 4 cm, não obteve consenso.

(b) Carcinoma invasivo

Esvaziamento axilar sempre, excepto nas situações de avaliação ganglionar com o recurso da biopsia do gânglio sentinela.

4. Modalidades de abordagem da axila:

(a) Esvaziamento axilar

Número mínimo de 10 gânglios excisados

(b) Amostragem

(c) Excisão até 4 gânglios, dos diferentes níveis, considerados suspeitos à palpação. Não é prática corrente em Portugal

5. Biopsia do gânglio sentinela

O grande progresso cirúrgico no tratamento do cancro da mama nos últimos 20 anos é a técnica da biopsia do “gânglio sentinela”.

(a) Indicações

Axila negativa

(b) Recomendações

Recomenda-se que esta técnica só seja aplicada se: estiverem disponíveis técnicas de linfocintigrafia e corante azul vital, bem como técnica de imunohistoquímica; for programada uma curva de aprendizagem, por cirurgião, com um mínimo de 30 casos, com um a taxa de sucesso de 90% e com falso negativos tendencialmente inferiores a 10%.

6. Informação do Patologista

(a) Esvaziamento

Número total de gânglios excisados / número de gânglios metastizados

Invasão cápsula e/ou gordura axilar adjacente

Dimensão da maior metástase de acordo com classificação do TNM

(b) Gânglio sentinela

Avaliação intra-operatória, que excluirá estudo histológico protocolado em caso de gânglio positivo.

Secccionamento segundo o maior eixo (longitudinal), e em planos paralelos de 3 em 3mm, com processamento total do gânglio.

Quatro secções histológicas de cada amostra coradas por H&E, e com pesquisa de imunoactividade anti-citoqueratinas.

Relatório elaborado com os parâmetros do estadiamento TNM em vigor.

(c) Avaliação intra-operatória

Exclusiva no procedimento metodológico no protocolo do gânglio sentinela.

Estudo histológico subsequente desse gânglio.

7. Radioterapia

(a) Indicações

Esvaziamento incompleto (menos de 10 gânglios excisados): n/consenso

Não houve consenso em relação ao número de gânglios invadido ($N \leq 4$ Gânglios +)

Extensão extracapsular

N2

(b) Técnicas

(c) Não houve consenso em relação às técnicas

(d) Não houve consenso quanto à irradiação adjuvante da axila com metastização entre 1 a 3 gânglios.

8. Complicações dos tratamentos da axila e sua prevenção

(a) Seroma

Prevenção: hemostase eficaz, drenagem aspirativa e mobilização controlada da abdução do membro até 30°.

Tratamento: punções aspirativas de repetição até à resolução definitiva e drenagem cirúrgica. Não foi consensual o enfaixamento.

(b) Linfedema

Prevenção: mobilização precoce do ombro e manutenção do deslizamento da pele da axila, ensino e realização de massagem de drenagem linfática domiciliária e controlo ponderal. Contenção elástica em casos seleccionados.

Tratamento: massagem de drenagem linfática manual (por segmentos, com início proximal), pressoterapia, contenção elástica e drenagem cirúrgica.

(c) Plexopatia braquial

Prevenção: boa prática cirúrgica e boa prática de radioterapia.

Tratamento: fisioterapia adequada ao tipo de lesão e abordagem cirúrgica

TEMA V – TRATAMENTO MÉDICO NEO-ADJUVANTE DO CANCRO DA MAMA

1. Objectivos

Proporcionar redução das dimensões tumorais permitindo a Cirurgia conservadora
Erradicar micrometástases
Avaliar resposta à quimioterapia como valor preditivo
Avaliar os factores biológicos de prognóstico

2. Indicações da quimioterapia

a) Carcinoma inicial

Estadio I: deve ser efectuada apenas no contexto de ensaios clínicos

Estadio II:

(i) Pré-menopáusicas:

Estadio IIA: cT₂N₀

Factores a considerar: idade < a 35 anos; tamanho tumoral > a 3 cm; relação tumor/mama; vontade expressa da doente; factores biológicos tumorais (G3, receptores hormonais negativos”.

Em função dos factores enumerados não houve consenso quanto à realização de quimioterapia primária.

Estadio IIB:

cT₁₋₂N₁ - Não houve consenso quanto a realização de quimioterapia primária.

cT₃N₀ - Houve consenso quanto à realização de quimioterapia primária.

(ii) Pós-menopáusicas

Factores a considerar: idade; tamanho tumoral > a 3 cm; invasão ganglionar; factores tumorais biológicos; relação tumor / mama; vontade expressa da doente.

Não houve consenso quanto a realização de quimioterapia primária nas doentes com Tumor > 3 cm, com ou sem invasão ganglionar.

b) Carcinoma localmente avançado

É consensual a realização de quimioterapia primária para as doentes pré e pós-menopáusicas.

c) Carcinoma inflamatório

Foi consensual atribuir a esta identidade um item independente (ver ponto 10)

3. Esquemas de quimioterapia e número de ciclos

a) Esquemas de quimioterapia

Sempre que possível, devem ser utilizados esquemas combinados de citostáticos contendo uma antraciclina.

Os taxanos devem ser apenas usados no contexto de ensaios clínicos.

b) Número de ciclos

(i) Carcinoma inicial:

Não houve consenso sobre o número de ciclos, sendo recomendável o mínimo de 3 ciclos.

(ii) Carcinoma localmente avançado:

Não houve consenso sobre o número de ciclos, sendo actualmente defendido que se deve continuar até obtenção de resposta máxima clínica / imagiológica.

Houve consenso que o esquema utilizado deva ser suspenso se após 3 ciclos não houver resposta e ser reavaliada a orientação terapêutica.

4. Quimioterapia com intensificação de dose

- a) Carcinoma inicial
Não tem indicação a hormonoterapia como tratamento primário
- b) Carcinoma localmente avançado
 - (i) Pré-menopáusicas
Não tem indicação a hormonoterapia como tratamento primário
 - (ii) Pós-menopáusicas
Mulheres idosas (>75 anos) com receptores hormonais positivos podem ser submetidos a hormonoterapia

5. Medicamentos hormonais

É consenso que o fármaco de eleição é o tamoxifeno – 20mg/dia.
A utilização dos inibidores da aromatase apenas no contexto de ensaios clínicos em doentes pós-menopáusicas com receptores hormonais positivos.

6. Critérios de avaliação da resposta à quimioterapia ou hormonoterapia

Os critérios utilizados para avaliação da terapêutica neo-adjuvante, quer clínicos quer imagiológicos, devem obedecer à nova classificação RECIST (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*).
A resposta patológica, sendo considerada actualmente um factor de prognóstico na sobrevivência, deve ser avaliada segundo a classificação de Chevallier.
Resposta máxima: melhor resposta registada desde o início do tratamento até progressão/recorrência (tomando como referência para doença progressiva a medida mais pequena desde o início do tratamento).

7. Marcação tumoral

- a) Carcinoma inicial
É consensual a marcação do tumor previamente ao início da terapêutica neo-adjuvante
- b) Carcinoma localmente avançado
A marcação do tumor previamente ao início da terapêutica neoadjuvante deve ser efectuada nas doentes incluídas em ensaios clínicos com objectivo de realização da Cirurgia conservadora.

8. Papel da radioterapia

- a) Carcinoma inicial
Apenas em casos excepcionais deve ser feita como terapêutica neo-adjuvante, nomeadamente em casos de contra-indicação da quimioterapia ou recusa da doente a fazer quimioterapia, tendo em vista a vontade da doente de efectuar cirurgia conservadora.
- b) Carcinoma localmente avançado
Radioterapia apenas a realizar em casos de contra-indicação ou recusa da doente à quimioterapia.
Contempla-se a realização de radioquimioterapia concomitante no contexto de ensaios clínicos.

9. Cirurgia conservadora no carcinoma localmente avançado

Apenas deve ser efectuada em doentes incluídas em ensaios clínicos.

10. Carcinoma inflamatório

É consensual a realização de quimioterapia primária, não estando definida a sequência terapêutica ideal (cirurgia/radioterapia) e o número de ciclos. Sempre que possível, devem ser utilizados esquemas combinados de citostáticos contendo uma antraciclina. Os taxanos e a intensificação de dose devem ser apenas usados no contexto de ensaios clínicos.