

VI Reunião de Consenso Nacional do Cancro da Mama (Luso, 24 e 25 de Maio de 2008)

Organização

Sociedade Portuguesa de Senologia
Presidente: João Moura Pereira
Secretário: Gabriela Sousa

Comissão Executiva

Carlos F. de Oliveira (Presidente), João Moura Pereira, Helena Gervásio, Natália Amaral, José Quaresma Albano, Vítor Rodrigues, Cristina Frutuoso e Gabriela Sousa

Participantes

Jorge Soares, Anabela Costa, Fátima Vaz, Isabel Amendoeira, José Carlos Marques, Isabel Antão, Manuel Teixeira, Margarida Dias, Mário dos Santos, Teresa Martins, Teresa Almeida Santos, Abreu e Sousa, Ana Sofia Semedo, Emília Vaz Pereira, Fernando Castro, Idílio Gomes, Isabel Ferrão, M.^a Helena Pereira, M.^a Manuela Gonçalves, M.^a Teresa Santos, Odete Fontes, Paulo Figueiredo, Saudade André, Teresa Carvalho, Carlos Lopes, Margarida Barros, Fernando Schmitt, Joana Belo, João Fortuna Campos, Jorge Espírito Santo, M.^a Deolinda Pereira, M.^a Manuela Lacerda, Paulo Cortes, Sérgio Barroso, Sofia Braga, Mário Bernardo, Ana Cleto, António Borges, Fernando Lage, Gilberto Melo, M.^a Eugénia Granjo, M.^a Isabel Portela, M.^a Margarida Damasceno, M.^a Ondina Campos e Berta Sousa.

Grupo I - Cancro da Mama Familiar

Introdução

As neoplasias familiares reconhecem-se pelas seguintes características clínico-epidemiológicas: precocidade de aparecimento, elevado número de casos numa família, proximidade do parentesco entre os indivíduos atingidos, bilateralidade, multifocalidade sincrónica ou metacrónica, diversos tipos de tumores primários num mesmo indivíduo ou em vários membros de uma família e com ocorrência rara em determinado sexo (carcinoma da mama no homem).

O Cancro Familiar corresponde a 5-10% dos tumores malignos da mama e, em cerca de 50% dos casos, associa-se a mutações germinativas nos genes *BRCA1* ou *BRCA2*.

Para além das mutações reconhecidamente patogénicas, têm sido identificadas mutações de significado indeterminado que colocam problemas de vigilância clínica.

O rastreio de cancro familiar deve ser conduzido por equipas multidisciplinares que incluem especialistas de valências apropriadas.

Questões:

1. Organização da Consulta de Risco Familiar/Aconselhamento genético

- a) Mantém-se o consenso relativamente aos objectivos definidos em 2002 para este tipo de consulta - diagnóstico genético, aconselhamento e referência;
- b) A consulta deve ter como responsável, um Médico com formação e experiência em aconselhamento genético e deve ter o apoio de um profissional de enfermagem com formação específica;
- c) As características multidisciplinares da consulta devem incluir a articulação com outras especialidades, nomeadamente Imagiologia, Cirurgia, Ginecologia, Psicologia, Psiquiatria, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Oncologia Médica, Biologia Molecular e Anatomia Patológica.

2. Critérios de Referenciação para Consulta de Risco Familiar / Aconselhamento Genético

- a) Familiar de portador de mutação germinativa patogénica;
- b) Três casos de cancro da mama em familiares do 1º grau, do mesmo ramo da família e um deles diagnosticado antes dos 50 anos;
- c) Três casos de cancro da mama em familiares do 1º ou do 2º grau se a linha paterna for a afectada e um deles diagnosticado antes dos 50 anos;
- d) Dois casos de cancro da mama em qualquer idade, desde que exista no mesmo ramo da família um caso de carcinoma do ovário;
- e) Um caso de cancro da mama antes dos 45 anos e de carcinoma do ovário em qualquer idade;
- f) Cancro da mama bilateral antes dos 50 anos e um familiar com cancro da mama ou do ovário;
- g) Duas irmãs com cancro da mama antes dos 40 anos ou uma delas com cancro do ovário antes dos 50 anos;
- h) Cancro da mama ou do ovário antes dos 30 anos;
- i) Cancro da mama antes dos 40 anos com o diagnóstico histológico de carcinoma pouco diferenciado, medular ou com ausência de expressão de receptores hormonais e de HER2;
- j) Cancro da mama no homem.

3. Critérios para a pesquisa de mutações germinativas BRCA1 ou BRCA2

- a) O estudo genético deve iniciar-se pelo familiar afectado em idade mais jovem ou por um portador obrigatório (indivíduo sem doença clínica mas com *heredograma* que lhe atribui, necessariamente, a condição de portador de uma determinada mutação, caso esta exista na família);
- b) Deve realizar-se a pesquisa nas situações em que a probabilidade de mutação estimada é $\geq 10\%$ (calculada pelos modelos BRCAPRO, Myriad e, eventualmente, outros).

4. Seguimento das portadoras "saudáveis" de mutações germinativas BRCA1 e BRCA2

VIGILÂNCIA MAMÁRIA

- a) O exame clínico e os exames imagiológicos devem iniciar-se 5 a 10 anos antes da idade de diagnóstico do cancro da mama com aparecimento mais precoce na família, sendo mandatório a partir dos 25 anos;
- b) O exame clínico deve ter periodicidade semestral e os exames imagiológicos devem ter periodicidade anual;
- c) Os exames imagiológicos recomendados são a Ressonância Magnética e a Mamografia Digital;
- d) A RM deve ser realizada nas condições técnicas recomendadas internacionalmente e interpretada pelo mesmo médico radiologista que realiza a mamografia;
- e) A Ecografia mamária deve ser considerada como uma técnica complementar das anteriores;
- f) Devem existir condições técnicas para efectuar biopsias de lesões detectadas por RM quando se justificarem;
- g) É desejável que os exames imagiológicos de vigilância sejam realizados em tempos próprios, que devem ser distintos dos alocados para os exames a realizar em mulheres com patologia.

VIGILÂNCIA GINECOLÓGICA

- a) Deve iniciar-se a partir dos 35 anos, com periodicidade semestral, e incluir ecografia endovaginal com *doppler* a cores e doseamento sérico do CA 125;
- b) Estes critérios de vigilância mamária e ginecológica também se aplicam às sobreviventes de cancro da mama e/ou ovário hereditário.

5. Cirurgia profilática da mama e dos anexos uterinos

- a) As estratégias cirúrgicas redutoras de risco incluem a mastectomia e a salpingo-ooforectomia bilateral, a qual pode ser considerada a partir dos 35 anos, em função do projecto reprodutivo. A mastectomia profilática reduz em 90 a 95% o risco de cancro da mama e a salpingo-ooforectomia

bilateral reduz em 50% o risco de cancro da mama persistindo 4% de risco de desenvolver carcinoma seroso do peritoneu;

- b) A decisão sobre a realização de cirurgia profiláctica cabe à mulher, após ter sido devidamente esclarecida dos riscos, benefícios e alternativas de vigilância e prevenção;
- c) A técnica cirúrgica da mastectomia deve ser conservadora de pele, adequar-se às condições anatómicas do órgão e à vontade da doente;
- d) A reconstrução mamária deve ser imediata, sempre que possível.

6. Procedimentos anatomo-patológicos de análise das peças operatórias resultantes das cirurgias profiláticas

- a) As cirurgias redutoras de risco dão origem a peças operatórias em que não se suspeita haver lesões;
- b) Não há procedimentos standardizados sobre a colheita de amostras nas peças de mastectomia quando não se identificam alterações macroscópicas;
- c) Nestas situações recomenda-se a colheita de, pelo menos, duas amostras por quadrante mamário;
- d) Quando se identificam anomalias macroscópicas, o seu estudo histológico é mandatório;
- e) Pode considerar-se a utilidade de armazenar tecido congelado, para fins de investigação futura, se existirem as condições apropriadas (banco de tecidos e tumores);
- f) Os procedimentos de análise de peças cirúrgicas de salpingectomia devem ser considerados no âmbito do actual consenso pelo enquadramento genético e clínico comuns;
- g) Os procedimentos protocolados devem incluir o exame total das fímbrias na tentativa de identificação de lesões precursoras do carcinoma seroso da pelve, informação com implicações no seguimento.

7. Seguimento pós cirurgia profilática

- a) Na sequência da mastectomia bilateral profilática, a vigilância mamária é essencialmente clínica e, eventualmente, imagiológica (RM). A vigilância ginecológica atende aos princípios definidos atrás (ver nº 4);
- b) Na sequência da salpingo-ooforectomia, a vigilância mamária respeita os princípios definidos em 4., podendo considerar-se haver benefício de terapêutica hormonal de substituição, em mulheres com idade inferior a 50 anos.

8. Quimioprevenção

- a) Não há evidência científica sobre a eficácia da utilização de agentes de quimioprevenção, em mulheres portadoras de mutações dos genes *BRCA1* e *BRCA2*;
- b) Esta modalidade de redução de risco deve ser considerada, exclusivamente, no âmbito de ensaios clínicos.

9. Mutações BRCA de significado indeterminado

- a) Cerca de um quinto das mutações *BRCA* tem valor patogénico desconhecido (mutações de significado indeterminado) pelo que, não poderão ser usadas para diagnóstico pré-sintomático;
- b) Não há consenso quanto às medidas de vigilância que devem ser adoptadas nestes casos: ou igual à das mulheres portadoras de mutação patogénica ou de acordo com a estratificação de risco individual (modelos de *Gail*, *Claus*, *IBIS*);
- c) Estas alternativas de vigilância aplicam-se, de modo idêntico, às famílias em que não se identificou mutação no probando (teste genético negativo).

Grupo II - Abordagem Conservadora da Axila

Questões:

1. Como se avalia a axila?

- a) Avaliação clínica;
- b) Avaliação imagiológica complementar:
 - (i) Ecografia da região axilar antes de qualquer procedimento invasivo da mama/ axila;
- c) Citopunção se suspeita clínica/ imagiológica de invasão ganglionar;
- d) A TC, RM e PET não estão indicados como métodos de imagem para o estudo da axila.

Nota: O estudo inicial deve incluir mamografia e ecografia mamária com estudo da axila.

2. Em que situações se pode dispensar a abordagem cirúrgica da axila?

- a) A abordagem cirúrgica minimamente invasiva da axila (biopsia de gânglio sentinela) deve ser efectuada em todas as lesões malignas invasivas/microinvasivas, diagnosticadas por biopsia;
- b) CDIS sem critérios clínicos (não palpáveis) ou imagiológicos suspeitos de invasão (alterações da densidade, efeitos de massa ou distorções do parênquima), de dimensões <4 cm, de baixo grau ou com idade > 55 A;
- c) Doentes com mais de 75 anos, com tumores de pequenas dimensões, bem diferenciados e com receptores hormonais positivos, com indicação para terapêutica hormonal, independentemente, do *status* ganglionar;
- d) Tumores de pequenas dimensões (\leq pT1a) de tipos histológicos favoráveis (tubulares, colóides) devem ser considerados caso a caso.

3. Conduta face a uma citopunção axilar positiva

Esvaziamento ganglionar axilar se diagnóstico de carcinoma da mama homolateral, na ausência de metastização à distância.

4. Quais as contra-indicações da biopsia de gânglio sentinela?

- a) A biopsia do gânglio sentinela é recomendável em todos os doentes com carcinoma da mama em estágio inicial e com axila negativa, para evitar a morbilidade associada ao esvaziamento axilar;
- b) Contra-indicações absolutas:
 - (i) Metastização axilar confirmada;
 - (ii) Carcinoma inflamatório.
- c) Contra-indicações relativas:
 - (i) CMLA;
 - (ii) Gravidez.

5. Gânglio sentinela nas doentes com indicação para QT Primária.

- a) Não é consensual a sua realização;
- b) Pode ser considerada nas seguintes situações:
 - (i) Axila negativa;
 - (ii) Tumor móvel em relação à pele, músculo e parede torácica, independente do tamanho.

6. Que metodologia para o estudo extemporâneo do Gânglio Sentinela?

- a) Cada instituição deve estabelecer a metodologia para o estudo do gânglio sentinela;
- b) O exame extemporâneo pode incluir, além da avaliação macroscópica, a citologia por *imprint*, o esfregaço do raspado ou o corte por congelamento.

7. Qual a conduta terapêutica perante um gânglio sentinela metastizado, com micrometástases, com células tumorais isoladas (ITC) ou embolias linfáticas na cápsula?

- a) Não estão ainda definidos os critérios que nos permitam obviar o esvaziamento ganglionar axilar em doentes com gânglio sentinela com metástases ou micrometástases;
- b) Em casos particulares, a decisão terapêutica pode basear-se no conhecimento de factores preditivos de metastização de gânglios não sentinela, nas características individuais/ preferência do doente;
- c) As células tumorais isoladas (ITC) e embolias linfáticas na cápsula devem ser mencionadas, mas não devem condicionar o esvaziamento ganglionar axilar.

8. A Radioterapia é alternativa ao esvaziamento axilar? Quando? E a que preço?

- a) Na presença de micrometástases no gânglio sentinela, a radioterapia proporciona, provavelmente, uma alternativa ao esvaziamento axilar com taxas de sobrevida global e sobrevida livre de doença sobreponíveis;
- b) Os estudos indicam que a morbilidade induzida pela radioterapia parece ser superior à induzida pela cirurgia;
- c) Não é alternativa para a doença metastática ganglionar;
- d) Não existe, de momento, evidência significativa em relação ao risco-benefício a longo prazo entre as duas abordagens.

9. Gânglio Sentinela na grávida com carcinoma da mama?

- a) A segurança da biopsia de gânglio sentinela durante a gravidez não foi, ainda, completamente avaliada;
- b) Os corantes vitais não devem ser administrados;
- c) Os colóides radioactivos são, provavelmente, seguros dada a rápida absorção no sistema retículo-endotelial;
- d) Estudos recentes demonstram que a dose de radiação para o embrião / feto é mínima, permitindo o seu uso durante a gravidez.

Grupo III - Cancro da Mama Triplo Negativo e Carcinoma Lobular "In Situ" e Invasivo

A) Carcinomas Triplo Negativos

Questões:

1. Como se faz o diagnóstico do cancro da mama triplo negativo?

Definição de Triplo Negativo: carcinoma da mama negativo para RE, RP, HER2.

Grupo heterogéneo de carcinomas da mama que têm de comum o seguinte: negatividade para receptores de estrogénio; negatividade para receptores de progesterona; negatividade para HER2. São exemplos de cancro da mama triplo negativos: carcinoma adenóide cístico; carcinoma apócrino; carcinoma metaplásico; carcinoma "medular"; alguns CDIS e invasivos de alto grau; alguns carcinomas de células basais.

1.1. Que significa ser RE negativo?

a) Percentagem de núcleos com positividade imunocitoquímica inferior a 10%. Reconhece-se que não há unanimidade entre autores relativamente a este *cut-off*.

Notas: Se se utilizar o SP2 como Ac monoclonal de coelho para o RP, não deve ser feita recuperação antigénica porque podemos ter falsos positivos.

O Grupo sugere que a SPS desenvolva esforços para que a qualidade da determinação ICQ de receptores hormonais seja reprodutível entre Laboratórios. Para concretização deste objectivo, sugere-se a colaboração da SPAP (Sociedade Portuguesa de Anatomia Patológica).

1.2. Que significa ser HER2 negativo?

a) *Score* 0, 1+, ou 2+ na imunocitoquímica, sem amplificação

Nota: HER2 *borderline*: (amplificação 1,8 a 2,2 cópias do gene no cromossoma 17). Recomenda-se repetir a imunocitoquímica

2. Qual a diferença entre cancro da mama triplo negativo e tipo basal?

a) Cancro da mama triplo negativo e de tipo basal não são sinónimos, embora muitos cancros de tipo basal sejam triplo negativos. Contudo, também há carcinomas de tipo basal com HER2+ e RE+ numa percentagem pequena.

(i) CARCINOMAS DE TIPO BASAL:

- Positivos para CK 5/6, e/ou CK 14; e/ou CK 17; e/ou P-caderina; e/ou EGFR;
- RE e RP habitualmente negativos;
- HER2 habitualmente negativo.

Para efeitos práticos recomenda-se o início do estudo por CK5/6 e 14; depois P-caderina e EGFR.

3. Quais os possíveis alvos terapêuticos no cancro da mama triplo negativo? (os aparentemente mais promissores)

- a) EGFR;
- b) Angiogénese;
- c) DNA:

(i) Inibidores da PARP1 e sais de platina em doentes com mutações germinais BRCA1 e 2 e também em doentes com disfunções do BRCA.

4. Que terapêutica adjuvante para os carcinomas triplo negativos?

- a) QT e RT de acordo com *standard of care*;
- b) Incluir sempre que possível em ensaio clínico.

5. Que tratamento para os carcinomas triplo negativos metastizados?

- a) Actualmente não existe evidência suficiente para tratar de forma diferenciada estas doentes
 - (i) Incluir, sempre que possível, em ensaio clínico;
 - (ii) Devem ser tratadas de acordo com o *standard of care*;
 - (iii) Dados publicados de tratamento com derivados de sais de platina são promissores;
 - (iv) Sugere-se a formação de um Grupo de Trabalho, dentro da SPS, para elaborar linhas de conduta comuns e organizar ensaios clínicos.

B) Carcinoma Lobular “in situ”/invasivo

Questões:

1. O carcinoma lobular "in situ" é lesão de risco ou precursora? Quais os critérios e o interesse para o diagnóstico de CLIS pleomórfico?

- a) É, ao mesmo tempo, uma lesão precursora e uma lesão de risco;
- b) São critérios de diagnóstico do CLIS pleomórfico os seguintes: padrão de crescimento lobular, alto grau nuclear (3), negatividade para E-caderina.
Podem ter necrose, são frequentemente HER2 positivos e RE/RP negativos. Costumam ser positivos para c-myc e ter alto índice de Ki67;
- c) O CLIS pleomórfico é mais agressivo, tendo comportamento semelhante ao CDIS de alto grau.

2. Quais os critérios para diagnóstico CLI?

- a) Padrão de crescimento lobular infiltrativo, (fila indiana ou alveolar), perda de E-caderina. A variante pleomórfica é frequentemente HER2 positivo e RE/RP negativo.

3. Qual o tratamento cirúrgico dos CLIS e CLI?

- a) CLIS clássico:
 - (i) Se o diagnóstico surgir numa microbiopsia realizada para uma lesão identificada, justifica-se a exérese cirúrgica completa da lesão;
 - (ii) Se o diagnóstico surgir numa peça cirúrgica de exérese de outra lesão, a doente deve ser vigiada de acordo com o risco.
- b) CLIS pleomórfico: Cirurgia conservadora, ou mastectomia total (tratamento semelhante ao CDIS). O uso de radioterapia não é consensual.
Considerar a mastectomia profilática bilateral, sobretudo em mulheres de alto risco.
 - (i) O seguimento destas doentes deve ser feito através de exame clínico, mamografia e ecografia.
A utilidade de RM neste contexto não está comprovada.
- c) CLI: igual ao CDI

4. Na mastectomia profilática justifica-se GS?

Embora os estudos publicados não demonstrem benefício na pesquisa de GS nestas circunstâncias, não se chegou a consenso.

5. Quimioprevenção nas mulheres com carcinoma lobular “in situ”?

a) Está comprovado o seu benefício.

Deve considerar-se Tamoxifeno nas pré-menopausicas e Tamoxifeno ou Raloxifeno nas pós-menopausicas. O tratamento deve ser efectuado durante 5 anos;

b) Inclusão em ensaios clínicos.

Grupo IV - Cancro da Mama em Idades Extremas (<35 e >75 anos)

A) Cancro da Mama em Mulheres com Idade <35 anos

* Não se consideram neste grupo as mulheres com risco hereditário/familiar

Questões:

1. Que estratégia para o diagnóstico precoce de cancro da mama em mulheres com idade <35 anos?

a) Não se justifica a existência de programas de rastreio para mulheres deste grupo etário.

Recomenda-se que todas as mulheres devem ser estimuladas a conhecer o seu corpo;

b) No entanto, toda a mulher, deste grupo, que apresenta nódulo (s) da mama deve ser submetida, **obrigatoriamente**, a ecografia mamária:

(i) Se imagiologicamente existir suspeição, a doente deve ser encaminhada para serviço ou médico de referência;

(ii) Se existir nódulo sólido, imagiologicamente benigno, deve apenas ser feito um segundo controlo imagiológico 6 meses depois;

c) Se a lesão for imagiologicamente suspeita, devem ser feitas mamografia bilateral, sempre que possível digital, e, se indicado, biopsia (preferencialmente microbiopsia).

2. Qual o papel da RM mamária na orientação da conduta terapêutica?

Considera-se obrigatória a realização de RM, nas mulheres com <35 anos com diagnóstico de cancro da mama, antes da decisão da conduta terapêutica.

3. Cirurgia conservadora vs Mastectomia com reconstrução

a) A idade não é uma contra-indicação absoluta à realização de cirurgia conservadora. Considera-se que a multifocalidade e localização central da lesão, também não são contra-indicações absolutas à cirurgia conservadora;

b) A mastectomia com reconstrução (imediate ou diferida) é uma alternativa à cirurgia conservadora.

4. Técnicas de preservação de fertilidade

a) Não se considera contra-indicada a gravidez, dois anos após o tratamento de cancro da mama;

b) As técnicas possíveis de preservação da fertilidade nas doentes submetidas a quimioterapia são a

congelamento de tecido ovárico, ou de ovócitos e / ou a administração de análogos de Gn-Rh, antes de iniciada QT e mantida durante o tratamento.

5. Qual a melhor terapêutica adjuvante?

- a) Considera-se que a idade <35 anos é um factor de prognóstico embora, em termos genéricos, a orientação terapêutica seja igual à dos restantes grupos etários;
- b) Deve ser considerada a cardiotoxicidade da associação antraciclina e trastuzumab, sendo permitida a utilização de esquemas terapêuticos alternativos ao uso de antraciclina;
- c) Se existe indicação para hormonoterapia é de considerar a castração química, durante dois anos. Em simultâneo, será administrado tamoxifeno, que se prolonga até aos cinco anos.

6. Que metodologia para a vigilância após tratamento do cancro da mama?

- a) A vigilância clínica é igual à dos outros grupos etários;
- b) A vigilância imagiológica é igual à dos outros grupos etários devendo ser utilizada a RM se houver indicação da imagiologia, nomeadamente se se trata de mama radiologicamente densa ou se há antecedentes de tratamento conservador. Nestas circunstâncias, recomenda-se vigilância imagiológica semestral, alternando mamografia/ ecografia com RM;
- c) Não está demonstrado benefício na determinação de marcadores tumorais.

B) Cancro da Mama em Mulheres com Idade > 75 anos

Questões:

1. Avaliação da idade funcional e implicações no tratamento

Sendo o envelhecimento um processo muito individual, o melhor guia para o tratamento do doente idoso com cancro é a avaliação geriátrica aprofundada que passa por uma revisão de diversos campos, tais como o estado funcional, as co-morbilidades, as condições socio-económicas, o estado nutricional, a polimedicação e a ausência ou presença de síndromas geriátricos.

Os meios actuais não permitem que os doentes com mais de 75 anos beneficiem de uma avaliação geriátrica, antes da decisão terapêutica. A falta de geriatras vocacionados para a oncologia e o aumento da esperança de vida tornam pertinentes que uma avaliação mais simplificada seja feita por aqueles que se ocupam do tratamento das doentes nestas condições.

Dado que não existe instrumento simples de avaliação geriátrica, propõe-se que a Sociedade Portuguesa de Oncologia dinamize esta área comum à oncologia e geriatria.

Entretanto, recomenda-se que seja feita, pela equipa multidisciplinar da decisão terapêutica, uma avaliação individual contemplando os aspectos referidos.

2. Justifica-se prolongar o Programa Nacional de Rastreio para além dos 69 anos?

Entende-se que o Programa Nacional de Rastreio se deve estender aos 74 anos. Após esta idade, as mulheres não serão convidadas, mas não serão excluídas caso compareçam nas unidades de rastreio. Devem, no entanto, manter vigilância clínica adequada.

3. Qual o papel da radioterapia após cirurgia conservadora? Quando se pode evitar?

- a) As indicações da radioterapia são idênticas às dos outros grupos etários;
- b) Pode, no entanto, evitar-se a radioterapia nas doentes:
 - (i) com esperança de vida inferior a 5 anos;
 - (ii) com CDIS com margem de segurança;
 - (iii) com CDI de baixo risco (T1N0, G1, RE e RP pos, c-erb neg) com margem de segurança;

- (iv) nos sub-tipos histológicos de evolução lenta.
- c) Dever-se-á atender ainda à avaliação funcional da doente e às co-morbilidades existentes.

4. Qual o tratamento adjuvante dos carcinomas com receptores hormonais negativos nas doentes com idade > 75 anos?

Recomenda-se a avaliação individual e a possibilidade de tratamento, de acordo com esquema dos outros grupos etários.

Não há estudos nesta idade para a utilização de Trastuzumab.

5. Nas mulheres com mais de 85 anos, qual a conduta terapêutica?

- a) Sempre que possível, recomenda-se tratamento cirúrgico. Se não for exequível, recomenda-se radioterapia;
- b) Em todos os tumores hormono-dependentes, é recomendada a terapêutica hormonal.