



# SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Regional São Paulo

**Impresso  
Especial**

7220994390-DR/SPM  
Soc. Bras. de  
Mastologia

/// CORREIOS ///

FECHAMENTO AUTORIZADO  
PODE SER ABERTO PELA ECT



ANO XV - Nº 87 - MAIO 2010

## Editorial



**Afonso Celso P. Nazario**

1º Secretário da SBM Regional São Paulo

Professor Associado Livre Docente e Chefe do Departamento de Ginecologia UNIFESP/EPM

Caro Associado,

O tema do Boletim de maio de 2010 é o rastreamento do câncer de mama. Quando iniciar o rastreamento e quando suspendê-lo? Em pacientes submetidas à reconstrução mamária após mastectomia, é necessário indicar exames de imagem para rastrear a recidiva? Muito já se discutiu sobre o padrão mamográfico denso como fator de diminuição de sensibilidade da mamografia. Recentemente, a densidade mamária elevada tem sido apontada como fator de risco para

o câncer de mama, pois refletiria a manutenção da atividade do parênquima mamário em época que deveria já ter involuído. Neste aspecto, o polimorfismo dos genes envolvido na biossíntese e no metabolismo dos esteróides sexuais vem sendo muito estudado, tema também abordado. Por fim, discute-se nesta edição as diretrizes gerais de como planejar programa de rastreamento populacional e quais as perspectivas no rastreamento do câncer de mama, como a tomossíntese e a cintilografia mamária. Boa leitura!

**Maio 2010**



SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA REGIONAL SÃO PAULO

Presidente: Dr. Ivo Carelli Filho; Vice – Presidente: Dr. César Cabello dos Santos; 1º Secretário: Dr. Afonso Celso Pinto Nazário;

2º Secretário: Dr. Vilmar Marques de Oliveira; 1º Tesoureiro: Dr. Rubens Murilo Athayde Prudêncio;

2º Tesoureiro: Dr. José Ricardo Paciência Rodrigues

Editores: Anastasio Berritini Jr., Carlos Ruiz, Fábio Bagnoli, Giuliano Mendes Duarte, Guilherme Novita, Gustavo Zucca Matthes, Renato Torresan Rogério Fenile

# RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

## Com que idade iniciar e suspender o rastreamento mamográfico?

Alguns aspectos epidemiológicos são relevantes para compreendermos a política de rastreamento do câncer de mama. Este é um tumor raro antes dos 25 anos e após este período sua curva de incidência constantemente se eleva até a menopausa. Após a menopausa sua incidência atinge um pico por volta dos 55 ~ 60 anos quando então esta curva gradualmente começa a cair. Este padrão é mais comum para os países ocidentais quando comparados às nações do oriente. A idade mínima recomendada para o rastreamento mamográfico de mulheres (sem antecedentes familiares e/ou sem lesões de risco e/ou mutações genéticas) é de 40 anos. Este fato é baseado em resultados de grandes estudos populacionais randomizados, tais como: HIP (New York), Malmö, Edinburgh, Stockholm e outros. Outras evidências científicas, como de Shapiro e cols (1988), afirmam que cerca de 33% das mortes prematuras



**Gilberto Uemura**

PROF. DR. DO CENTRO DE AVALIAÇÃO EM MASTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

de pacientes portadoras de câncer de mama ocorrem em diagnóstico inicial destes tumores na faixa etária entre 40 e 49 anos reforçando a importância de iniciar o rastreamento aos 40 anos de idade.

A recente polêmica provocada pelo órgão norte-americano US Preventive Services Task Force (USPSTF) em novembro/2009 – de recomendar o rastreamento mamográfico a partir dos 50 anos de idade foi alvo de grandes

críticas, até mesmo para o renomado Professor Daniel B. Kopans (Harvard Medical School) que criticou fortemente tal orientação. Da mesma forma, a nossa Sociedade Brasileira de Mastologia, continua recomendando o início do rastreamento mamográfico aos 40 anos.

Apesar dos importantes estudos populacionais de rastreamento mamográfico indicarem a idade de 70 anos para suspender o rastreamento mamográfico, as principais sociedades relacionadas ao câncer de mama publicam em suas diretrizes (guidelines) que não há limite de idade para interromper o rastreamento mamográfico, ou seja, enquanto a mulher gozar de boa saúde, ela deve ser candidata ao rastreamento. Esta recomendação foi fundamentada em estudos que levaram em consideração o aumento de expectativa de vida e índices de comorbidades limitadores da qualidade de vida de mulheres ocidentais (vide tabela)

Idade	American Cancer Society	American College of Radiology	National Cancer Institute
Atualização	2007	2004	1997
20-39 anos	Não recomendado	Não recomendado	Não recomendado
40 anos +	anual	anual	1 a 2 anos
Idade para cessar o rastreamento	Sem limite	Sem limite	Sem limite



O Tamoxifeno é um dos medicamentos analisados pelo AmpliChip® CYP450.

### AmpliChip® CYP450

Exame com tecnologia *microarray* capaz de verificar 28 polimorfismos nos genes metabolizadores CYP2D6 e CYP2C19: genes que metabolizam 25% dos fármacos existentes. Inovação Salomão & Zoppi.



Mais informações:  
[www.lsz.com.br](http://www.lsz.com.br)  
Central de Atendimento: (11) 5576.7878

## Perspectiva no Rastreamento do Câncer de Mama: Tomosíntese e Cintilografia mamária

O rastreamento do câncer de mama na população geral é baseado na realização periódica da mamografia. Atualmente, a maioria das sociedades médicas recomenda o rastreamento mamográfico anual para todas as mulheres após os 40 anos de idade. A mamografia, entretanto, apresenta limitações e não permite a detecção de todos os cânceres. A sensibilidade da mamografia nos programas de rastreamento nos Estados Unidos foi de 75%, ou seja, a cada 100 mulheres com câncer de mama, a mamografia falhou na detecção em 25 delas. A sensibilidade mamográfica é menor em mulheres jovens, com mamas densas ou com alto risco para câncer de mama, especialmente naquelas com mutação no gene BRCA1.

Isto motivou estudos avaliando o uso da ultrassonografia (US) e da ressonância magnética (RM) como métodos suplementares no rastreamento do câncer de mama em mulheres com mamas densas e naquelas com alto risco para o câncer de mama. Os dados destes estudos resultaram na indicação da RM como método suplementar nas mulheres com alto risco para câncer de mama, sobretudo, naquelas, cujo alto risco é baseado na história familiar ou na presença de mutações genéticas. Neste cenário, a tomosíntese e a cintilografia mamária surgem como métodos cujo papel no rastreamento, no diagnóstico e no planejamento terapêutico do câncer de mama ainda está em investigação.

A tomosíntese da mama consiste na aquisição tridimensional de dados, que são transformados em imagens nos planos convencionais por meio de algoritmos similares aos empregados na tomografia computadorizada. A tomosíntese da mama tornou-se possível com o desenvolvimento da mamografia digital. Existem sistemas sendo desenvolvidos que permitem a realização tanto da mamografia digital quanto da tomosíntese. Atualmente não há uma tecnologia universal para a tomosíntese e as técnicas de exame variam quanto à movimentação do tubo de raios X e em relação ao número, à espessura e ao ângulo de obtenção das imagens.



**Luciano Fernandes Chala**

a. Médico Assistente do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
b. Médico Radiologista da DI Diagnóstico por Imagem no Hospital Alemão Oswaldo Cruz e no Hospital do Coração – São Paulo – SP

A tomosíntese ajuda a mitigar os efeitos da sobreposição de tecido mamário na detecção do câncer de mama e na geração de resultados falso-positivos. Assim, ela tem o potencial de refinar a caracterização dos achados mamográficos, reduzir as taxas de reconvocações, elevar o valor preditivo positivo das biópsias e aumentar as taxas de detecção do câncer de mama, sobretudo, em mulheres com mamas densas. A dose de radiação é similar à da mamografia. As potenciais desvantagens da tomosíntese incluem artefatos de movimentação ou causados por grandes calcificações, maior tempo para interpretação e pouco impacto na caracterização de lesões bem visualizadas na mamografia.

A cintilografia mamária preconiza, atualmente, a utilização de câmeras à cintilação dedicadas com configuração mamográfica e de alta resolução. O procedimento é simples e as imagens podem ser obtidas minutos após a injeção do radiofármaco. As mamas são levemente comprimidas entre dois detectores nos planos cranio-caudal e médiolateral oblíquo facilitando a comparação com a mamografia. Os estudos tem mostrado que a cintilografia mamária apresenta elevada sensibilidade para detecção de carcinomas ductais e lobulares invasivos e carcinomas ductais in situ e que o tipo histológico não parece ser mais um fator limitante. Quanto ao tamanho da

**Carlos Alberto Buchpieguel**

a. Professor Associado do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
b. Médico Nuclear da DI Diagnóstico por Imagem no Hospital Alemão Oswaldo Cruz e no Hospital do Coração – São Paulo – SP

lesão, verificou-se nos últimos anos que as melhorias tecnológicas nas câmaras à cintilação, mitigou parcialmente o problema da detecção de lesões pequenas. Entretanto, a sensibilidade da cintilografia continua sendo influenciada pelo tamanho da lesão. A sensibilidade geral é estimada em 90%, mas é reduzida para 82% em lesões menores do que 1 cm e é menor para aquelas  $\leq 5$  mm. Em um estudo, a sensibilidade geral foi de 91%, mas foi de 69% para tumores  $\leq 5$  mm. Alguns pesquisadores tem relatado que a sensibilidade da cintilografia mamária é comparável à da RM e é maior do que a da mamografia. Ela fornece imagens funcionais da mama que parecem ser complementares às imagens fornecidas pelos métodos anatômicos tais como a mamografia, a RM e a US.

Concluindo, a tomosíntese e a cintilografia mamária tem despertado enorme interesse, mas, no presente, não são recomendadas no rastreamento do câncer de mama na população geral ou em qualquer subgrupo específico de mulheres. A principal razão para isto é a falta de estudos que comprovem seu benefício na mortalidade, mesmo por meio de "surrogate end points", e que avaliem a extensão dos efeitos adversos em comparação com o cuidado padrão. Os estudos realizados até o momento, são restritos e seus resultados não podem ser transpostos para o rastreamento do câncer de mama.

# RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

## Quais exames de imagem solicitar no “rastreamento” de recidivas em mamas reconstruídas?

**A**tualmente, as taxas de mastectomia atingem de 35 a 47%, e o número de mulheres submetidas a reconstrução varia de 27 a 65%, o que pode ser atribuído, entre outros, pelo acesso facilitado e variadas opções de reconstrução. Nos EUA, em 2008, quase 80.000 mulheres foram submetidas mastectomia seguida de reconstrução, sendo que 30% com retalho autólogo.

Conseqüentemente, houve um significativo aumento de uma população de mulheres de alto risco com características peculiares. Assim, com a difusão das técnicas de reconstrução mamária, surgiu uma variação significativa de protocolos de vigilância, onde os benefícios do seguimento imagiológico não estão bem estabelecidos.

Apesar de a incidência de recidiva locorreional (RLR) não ter aumentado com a reconstrução mamária imediata (independente da técnica aplicada - implante ou retalho autólogo), considerações clínicas importantes devem ser feitas.

Rotineiramente, os implantes são colocados atrás do músculo peitoral maior, o que desloca anteriormene o sítio da mastectomia. Então é esperado que a RLR ocorra mais superficialmente e que seja mais facilmente detectável ao exame clínico. Assim, o exame cuidadoso da pele e da parede torácica é muito efetivo. Ainda, nessas mulheres a mamografia está muito limitada, pois existe o mínimo de tecido entre o plano muscular e a pele a ser visibilizado. Ao contrário, a reconstrução com tecido autólogo institui um volume sobre o sítio da mastectomia. Tanto a técnica que utiliza o músculo grande dorsal combinado com o implante como a técnica do TRAM esta-



**Simone Elias**

- I. COORDENADORA DO SETOR DE DIAGNÓSTICO EM MASTOLOGIA DA UNIFESP/EPM
- II. 2 - PÓS-DOUTORADO EM RADIOLOGIA CLÍNICA
- III. TÍTULO DE HABILITAÇÃO EM MAMOGRAFIA PELO CBR/FEBRASGO/SBM

belece uma barreira entre a pele e o sítio da mastectomia. Estima-se que a RLR geralmente incida na periferia do sítio da mastectomia e que na metade das vezes ocorra na parede torácica e metade na pele, raramente ocorrendo dentro do retalho. Na pele, geralmente são notadas como nódulos palpáveis, alterações na cicatriz, ou alterações cutâneas e, na parede torácica, a recorrência pode resultar em sintomas inespecíficos, como dor ou desconforto.

Determinar o real papel da vigilância imagiológica - mamográfica ou com RM - em mamas reconstruídas é importante para entender como essa população específica deva ser acompanhada. Nessa situação o termo “rastreamento” já não se aplica adequadamente, pois um dos objetivos do rastreamento é influenciar positivamente o desfecho final da doença, reduzindo sua mortalidade. De fato, embora 3/4 das mulheres com RLR sejam candidatas ao tratamento cirúrgico para o manejo local, mais da metade delas morrerão da doença 1,2 anos após a detecção.

Ainda, para que a mamografia apresente seu melhor desempenho é necessário um contraste entre a lesão e o tecido mamário (agora não mais presente) e o mesmo ocorre na RM, onde a presença do tecido mamário denso (inexistente nessas mulheres) auxilia na detecção de lesões suspeitas.

Nas mulheres mastectomizadas sem reconstrução, a taxa de RLR oscila entre 2,5 e 10%, e o exame clínico minucioso da parede torácica permanece como o protocolo mais efetivo. Esse risco é dependente de inúmeros fatores, como as características do tumor, comprometimento linfonodal e resposta a quimioterapia.

Pode parecer razoável selecionar mulheres com mamas reconstruídas com retalho autólogo e que apresentem menor risco de RLR para submetê-las a uma vigilância mais rigorosa, mas não existem evidências que apoiem essa prática.

Do mesmo modo, convém ressaltar que mulheres de alto risco submetidas a mastectomia profilática não mais se enquadram nas diretrizes que orientam rastreamento com RM anual.

Assim, não se observam benefícios e não existem evidências suficientes para estabelecer a mamografia ou a RM de rotina em todas as mulheres com reconstrução. A decisão de implementar uma rotina de vigilância imagiológica deve avaliar ainda o impacto dos efeitos adversos sobre a qualidade de vida dessas mulheres, decorrentes dos resultados falsos-positivos e ansiedade provocados.

# RASTREAMENTO MAMOGRAFICO

## Quais são os fatores anatomopatológicos e genéticos que predisõem o padrão mamográfico denso?

Dra. Maria Antonieta Longo Galvão

MÉDICA DA SANTA CASA DE SÃO PAULO  
MÉDICA DO LABORATÓRIO CDB

A importância do estudo da densidade mamária baseia-se em dois aspectos: no aumento do risco para câncer de mama e na diminuição da sensibilidade e especificidade da mamografia. O aumento da incidência do câncer de mama em pacientes com tecido mamário denso não se dá apenas pela dificuldade de interpretação da imagem, mas também por fatores associados ao aumento da densidade. Mulheres cujo tecido mamário denso conta mais que 75% da mama têm risco para o câncer de quatro a seis vezes em comparação às mulheres com mamas lipossobstituídas. O padrão mamográfico denso requer outras análises como ressonância magnética, que pode evidenciar tumores malignos não detectados na mamografia, e a ultra-sonografia também é alternativa nos casos em que a mamografia apresenta menor sensibilidade. Mamas densas estão presentes em pacientes jovens ou mais velhas que tenham tendência genética para tal. Segundo Wolfe os padrões P2 (padrão ductal proeminente ocupando mais de ¼ do volume da mama) e DY (parênquima denso, obscurecendo um padrão ductal proeminente), são os que apresentam maior densidade mamográfica e são considerados de alto risco para o desenvolvimento de câncer. A densidade mamária sofre modificações em função da idade, estado menopausal, paridade, altura, peso corpóreo e uso de terapia de reposição hormonal. Pacientes

de alto risco apresentam alterações genéticas comprovadas, história familiar, parentes de primeiro grau que tiveram o tumor quando jovens, ou que foram submetidas à irradiação indireta da mama por conta de outros tratamentos anteriores. Dentre os aspectos genéticos, 10% a 15% dos cânceres de mama têm história familiar para a doença, sendo que apenas 5% são explicados pelas raras, mas de grande penetrância, mutações genéticas BRCA1 e BRCA2. Possivelmente, ocorram outras variações genéticas, de baixa penetrância, que influenciam na predisposição a esta neoplasia. Estudos apontam para três grupos principais de genes potenciais candidatos a este papel: aqueles que codificam proteínas envolvidas no metabolismo dos hormônios esteróides (CYP17, CYP19), outros relacionados à expressão de enzimas envolvidas no processo de carcinogênese (CYP1A1, CYP2D6, CYP2E1, GSTM1, GSTT1, NAT1, NAT2), e os genes com alelos comuns, têm sido identificados através de estudos familiares (TP53). O sistema GST exerce papel importante no metabolismo dos estrogênios e a menor atividade enzimática decorrente da deleção do gene GSTM1 com GSTT1 presente, poderia explicar a associação observada entre esta deleção e padrão mamográfico denso, em câncer de mama esporádico. Além desses, também níveis aumentados do fator de crescimento insulina-like I parecem estar associados à densidade ma-

mária em mulheres na pré-menopausa. A evidência da expressão gênica em micro-arranjos de DNA, indicam a presença de subtipos moleculares de câncer de mama sugerindo ser esta neoplasia uma doença molecular heterogênea. Foram identificados cinco subtipos moleculares diferentes para câncer de mama: Receptor de estrógeno positivo/ luminais A e B, basal simile, Erb-B2-positivo e mama normal. Nas mulheres jovens (abaixo de 35 anos) ocorre com maior frequência os carcinomas basais-símiles (10% a 15%). Estes têm sido relacionados à mutação do BRCA1, se apresentam, em geral, com contornos macroscópicos circunscritos, alto grau histológico, necrose extensa, alta atividade proliferativa e intenso infiltrado linfocitário e com padrão mamográfico denso. O perfil imunistoquímico triplo-negativo com expressão de citoqueratinas basais e/ou expressão do receptor de fator de crescimento epidérmico (HER1) tem especificidade de 100% e sensibilidade de 76% na previsão do perfil genético basal-símile. Nos estudos genéticos, os tipos luminais correspondem a 60% a 70% dos casos, enquanto o tipo HER2, a 20% a 25%. A mutação do BRCA 2 em mulheres jovens pode ocorrer durante a gestação, também relacionada ao padrão mama densa. A assinatura genética nos tumores de mama permitirá prever com confiabilidade o diagnóstico, prognóstico e possivelmente, tratamentos mais efetivos.

PARA SER PRECISO,  
O DIAGNOSTICO  
TEM QUE SER HUMANO.

DRA. CLAUDIA ACCIOLY  
DR. CLAUDIO ROSSI  
DRA. CRISTINA ROSSI LONGO  
DR. GUILHERME ROSSI  
DRA. PAULA SORIANO

DRA. LISANDRA STEIN BERNARDES  
DR. FRANCISCO LAGES  
DRA. ELIANA BOZZA  
DR. LUIS RENATO M. DE CASTRO

**NOVA**  
MEDICINA DIAGNÓSTICA

Av Antônio Joaquim de Moura Andrade, 265 | Vila NovaConceição | São Paulo | 11 3052.0602 | www.nova.med.br

# RASTREAMENTO MAMOGRAFICO

## Quais são os fatores clínicos que predispoem o padrão mamográfico denso?

O progresso observado no diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos últimos 50 anos trouxe melhores resultados oncológicos e qualidade de vida as mulheres vítimas desta doença. Hoje, combinando conhecimentos sobre o processo neoplásico e sua etiologia, surgem novos e estimulantes avanços terapêuticos: vacinas, quimio-prevenção, associação dessas drogas a “carreadores” que concentram seus efeitos no tumor, tratamentos com anti onco-genes ou com anti angiogênicos. O que maravilha, entretanto, é a possibilidade de já podermos manipular o código genético, indo ao fulcro do problema e criando um marco histórico de interferência nas leis de Darwin da seleção genética.

Paralelamente a discussão sobre prevenção primária, que será a “real” prevenção, e não a secundária, nossa melhor arma até hoje. Haverá espaço para ela no que tange o câncer de mama? Quais são os fatores de risco que importam? Podemos dizer a uma paciente que mantendo seu peso ideal, diminuindo ingestão de gorduras, evitando terapia hormonal, amamentando prolongadamente, tendo muitos filhos e etc. ela não terá câncer de mama? E as mamas densas?

O assunto que discutimos se insere num universo de fatores de risco para câncer de mama, muito estudados e pouco entendidos. Comprovadamente a densidade mamária alta é fator de risco para câncer de mama que pode multiplicar em até sete vezes sua predisposição à doença. Está relacionada a vários outros fatores: idade, paridade, índice de massa corpórea e menopausa. Mais recentemente pesquisadores vêm estudando a relação entre densidade mamária e fatores hereditários notaram que ela reflete a variação do tecido adiposo relativamente ao estromal e epitelial mamário, e é regulada por vários genes, portanto os genes que controlam a densidade mamária podem ter influência indireta no risco para câncer.

Uma questão ainda não respondida é a forma de medir densidade mamária que sempre foi qualitativa, subjetiva e na realidade o ideal é que fosse quantitativa, ou seja, exata. Os dois métodos já foram utilizados de várias maneiras e os estudos mostram que há relação com risco em ambos.



### Marianne Pinotti

- Mastologista, Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo
- Médica Da Clínica Prof J A Pinotti
- Diretora Do Centro De Pesquisa Clínica Da Escola Ginecologia E Mastologia Prof Pinotti
- Diretora Do Programa De Controle De Cancer De Mama Hospital Oswaldo Cruz/ Egimajap
- Assistente Do Grupo De Filantropia Em Cancer De Mama Hospital Sirio Libanes

A hipótese de controle genético de densidade mamária foi baseada em três pilares, história familiar, estudos com gêmeos e agregação familiar, análise de segregação (Modelo Mendeliano).

Dois “approaches” foram usados para identificar os genes relacionados à alta densidade mamária: hipótese-dependente em guias biológicos e hipótese-livre no genoma.

A seleção dos genes-candidatos se deu através da relação daqueles que controlam os esteróides e/ou a proliferação celular, e dos fortemente ligados ao risco para câncer de mama: IGF, BRCA1/BRCA2, XPD, XRCC3 e ERBB2.

Kelemen et al. publicaram recentemente uma revisão na Revista Nature relatam que, em se tratando dos polimorfismos o COMT Val158Met e IGF-I rs6220 3' UTR tiveram influência na porcentagem de mamas densas em mulheres na pré-menopausa, as variantes ESR1 (Xba I e Pvu II) relacionam-se com mulheres na pós-menopausa em uso de terapia hormonal. Outras análises e a avaliação genômica (GWAS - Genome Wide Association Studies) levaram a identificação de outros possíveis genes ligados ao processo, destaca-se uma série de 45 genes no cromossomo 5p. Os autores concluem que os estudos são ainda pouco evidentes, mas é uma área interessante e promissora.

No Brasil, Moura Ramos e colaboradores (2009), avaliaram a associação entre as ca-

### Rafaela Cecílio Sahium

Mastologista, Assistente Projeto de Sustentabilidade em Câncer de Mama EGIMAJAP/ HAOC, Membro da Diretoria da EGIMAJAP

### Luiz Fernando Guimarães dos Santos Filho

Mastologista, Assistente Projeto de Sustentabilidade em Câncer de Mama EGIMAJAP/ HAOC, Vice-Presidente da EGIMAJAP

racterísticas clínicas e polimorfismos Haelll, Msp1 e Xba1 do receptor de estrógeno alfa versus densidade mamográfica em mulheres na pós menopausa, os resultados demonstraram que o polimorfismo Xba1 está fortemente relacionado à densidade mamária.

Cabe a ciência nos encaminhar para conclusões que possam transformar esta realidade, às vezes arcaica, do diagnóstico precoce. Hoje o moderno é poder evitar as doenças e não esperar que o tumor apareça para que possamos tratá-lo.

### Principais trabalhos citados:

1. Boyd NF, Martin LJ, Rommens JM, Paterson AD, Minkin S, Yaffe MJ, Stone J, Hopper JL. Mammographic density: a heritable risk factor for breast cancer. *Methods Mol Biol.* 2009; 472: 343-60 Ontario - Canada

2. de Moura Ramos EH, Martinelli S, Silva I, Nazario A, Facina G, Costa A, Carvalho C, Souza N. Association between estrogen receptor gene polymorphisms and breast density in postmenopausal women. *Climacteric.* 2009 Jul 31:1-12. [Epub ahead of print] Department of Gynecology, Universidade Federal de Sao Paulo, Escola Paulista de Medicina, Sao Paulo, Brazil.

3. Linda E Kelemen<sup>1</sup>, Thomas A Sellers<sup>2</sup>, and Celine M Vachon<sup>3</sup>. Can genes for mammographic density inform cancer etiology? *Nat Rev Cancer.* Author manuscript; available in PMC 2010 February 9. Department of Population Health Research, Alberta Cancer Board, 1331 29th Street NW, Calgary, AB, T2N 4N2, Canada. H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute, 12902 Magnolia Drive, Tampa, FL 33612, USA. Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic College of Medicine, 200 First Street SW, Rochester, MN, 55905 USA.

# RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

## Como planejar um programa de rastreamento populacional?

René Aloísio da Costa Vieira

Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária

O rastreamento mamográfico consiste em uma das principais metodologias relacionadas a diminuição da mortalidade por câncer de mama<sup>1</sup>. Este pode ser oportunístico ou populacional. No rastreamento oportunístico as pessoas são convidadas a realizar determinado exame, e nesta população avaliam-se os resultados dos exames em relação ao número de casos diagnosticados. No rastreamento populacional avalia-se uma coorte finita, e sobre esta se desenvolvem medidas para a realização de uma cobertura populacional, isto é, estratégias para realização de um exame de maneira regular<sup>2</sup>. Hoje o rastreamento mamográfico organizado é uma realidade em diversos países, porém cada país, deve avaliar os recursos disponíveis para sua realização<sup>3</sup>. Merece destaque na literatura nacional a experiência de Porto Alegre<sup>4</sup>, numa coorte definida, e a experiência de Barretos, numa área geográfica<sup>5,6,7</sup>.

Segundo o padrão Europeu um programa de rastreamento populacional deve atender a uma população mínima de 20.000 mulheres, fazendo-se necessários vários parâmetros de controle de qualidade<sup>8,9</sup>. Consideramos importante para um projeto de rastreamento mamográfico cuidados no planejamento, execução e manutenção, a saber:

### Planejamento

- Dimensionamento do projeto: população de risco (40-69 ou 50-69 anos), intervalo dos exames (anual ou bianual), dimensionamento baseado na população do censo (IBGE);
- Avaliar metodologia de acesso e adesão das mulheres ao exame de mamografia
- Ter disponibilidade de equipamentos de Mamografia, Estereotaxia Mamária e Ultra-sonografia Mamária;
- Adequação do Sistema de referência e contra-referência na oferta de exames
- Discussão com Gestor Municipal, Estadual, visando disponibilidade de profissionais, bem como teto financeiro;
- Treinamento da equipe participante do projeto. O "Guideline Europeu" preconiza treinamento de toda a equipe de profissionais que atuará no projeto<sup>8,9</sup>, devendo os profissionais envolvidos terem formação específica;
- Adequação de software visando controle, avaliação e seguimento das pacientes.

Jacó Saraiva de Castro Mattos

Departamento de Prevenção

### Execução

- Oferecer o exame de mamografia em larga escala, ágil, com sistema de referência e contra-referência adequado para os casos alterados;
- Controle de qualidade radiológica;
- Metodologia adequada e fluxo organizado para convocação, atendimento e realização de exames adicionais nas lesões BI-RADSTM 0;
- Sistema de referência para diagnóstico (por imagem ou através de cirurgia ambulatorial) e encaminhamento das lesões BI-RADSTM IV e V;
- Adequação de processos internos (mamografia, laudo, convocação, biópsia core, biópsia cirúrgica, diagnóstico anatomopatológico) visando diminuição de tempo entre mamografia e diagnóstico final;
- Adequação de ambulatório de Mastologia, visando absorção e tratamento dos casos suspeitos e seguimento dos casos positivos;
- Avaliação de processos internos (diagnóstico cirúrgico, exames de estadiamento, pré-operatório, tratamento cirúrgico definitivo) visando diminuição do tempo entre exames, diagnóstico e tratamento;
- Adequação de sistema de referência para quimioterapia e radioterapia;
- Equipe Multiprofissional com reuniões regulares semanais, visando discussão dos casos, composta no mínimo de Radiologistas, Mastologistas e Patologistas<sup>8,9</sup>.

### Manutenção e Aprimoramento de Processos

- Aprimoramento da Equipe Multidisciplinar;
- Adequação de sistema de re-convocação de pacientes que já realizaram a mamografia, isto é, oferecer o exame de mamografia na mesma população a cada dois anos;
- Avaliação de população refratária a adesão, e metodologias de intervenção comunitária;
- Aprimoramento de metodologias de Educação das pacientes;
- Aprimoramento de processos de controle de qualidade, sendo um bom modelo de atuação o modelo Europeu<sup>8,9</sup>.
- Participação de programas de auditoria interna e externa<sup>8,9</sup>.

Raphael Luiz Raikel Junior

Hospital de Câncer de Barretos

### Bibliografia

1. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Eng J Med*. 2005; 353 (17): 1784-92.
2. Clark RA, Reintgen DS. Principles of cancer screening. In: *Cancer Screening*. Reintgen DS and Clard RA eds. Mosby ed. 1996. p.1-20.
3. Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith RA, Yip CH, Bese NS, et al. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 guidelines. *Breast J*. 2006;12 Suppl 1: S3-15.
4. Caleffi M, Ribeiro RA, Duarte Filho DK, Ashton-Prolla P, Bedin JR AJ, Skonieski GP, et al. A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil. (Porto Alegre Breast Health Intervention Cohort). *BMC Public Health*. 2009; 9:83
5. Mauad EC: Efetividade da Unidade Móvel para rastreamento de câncer de mama e do colo uterino. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina/UNIFESP; 2007
6. Lourenço TS. Primeiro rastreamento organizado regional no Brasil: Barreiras relacionadas à realização do exame de mamografia. [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina/UNESP; 2009.
7. Lourenço TS, Vieira RAC, Mauad EC, Silva TB, Costa AM, Peres SV. Barreiras relacionadas a adesão ao exame de mamografia em rastreamento mamográfico na DRS-5 do Estado de São Paulo. *Rev Bras Mastol*. 2009;19:2-9.
8. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. *European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. Fourth edition. European Breast Cancer Network Coordination Office. International Agency for Research on Cancer. 2006.
9. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. *European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. Fourth edition – summary document. *Ann Surg Oncol*. 2008; 19:614-22.

# RESUMO REUNIÃO ABRIL

## Lesões precursoras – câncer de mama

O tema da discussão no mês de abril foi “Lesões precursoras – câncer de mama”. A reunião foi coordenada pelo Dr. José Ricardo P. Rodrigues e contou com a participação dos colegas Dra. Ana Paula Torres Schor, Dr. Cláudio Rossi, Dr. Décio Roveda Jr, Dra. Edna Cappa Maia, Dr. Gustavo de Souza, Dr. Mario Mourão e Prof. Dr. Paulo Roberto Pirozzi.

O primeiro caso discutido foi de uma senhora de 38 anos, que em 1984 foi submetida à mamoplastia redutora sendo que o diagnóstico anatomopatológico do produto da ressecção à esquerda foi carcinoma lobular *in situ*. O Dr. Mario Mourão não concordou com a nomenclatura Carcinoma Lobular *in situ* (CLIS), por se tratar de uma lesão precursora, não devendo estar associado à conotação de carcinoma. O Dr. Gustavo de Souza também não concorda com a nomenclatura, pois advoga que esta é uma lesão marcadora de risco e independente da sinonímia utilizada, deve-se atentar ao risco de desenvolvimento de carcinoma, seja na mama ipsilateral ou na mama oposta. O Dr. Paulo Roberto Pirozzi acredita que a nomenclatura mais adequada é a proposta pela Profa. Tavassoli. A Dra. Edna Cappa Maia acredita que se deve denominar lesão precursora de risco. A Dra. Ana Paula Schor, expôs

a classificação utilizada pelos patologistas atuais. A neoplasia intra lobular engloba o que antes era denominada hiperplasia lobular *in situ* e carcinoma lobular *in situ*. Trata-se de uma lesão marcadora de risco, pois além de apresentar maior risco de aparecimento de neoplasia invasiva na mesma mama, existe uma chance de aparecimento na mama contralateral. A neoplasia intra lobular (NIL) é dividida didaticamente em NIL 1, NIL 2 e NIL 3. Na neoplasia intra lobular 1 (NIL1) ocorre na presença de lesão e atipia em menos de 50% dos ácinos. Na NIL 2, os ácinos estão acometidos em mais de 50% e na NIL 3 ocorre distensão acinar acentuada. Com relação ao painel imuno histoquímico, essas lesões costumam apresentar positividade para receptores de estrogênio e progesterona e negatividade para a proteína Her 2.

O próximo ponto de discussão foi a característica imagenológica destas lesões. O Dr. Décio Roveda e o Dr. Cláudio Rossi enfatizaram que não existe imagem patognomônica para as neoplasias intralobulares e a Ressonância Nuclear Magnética não apresenta protocolo para avaliação destas lesões. Eles acreditam que o aspecto desta lesão é multivariado, ocorrendo então subestimação e sub-diagnósticos.

No tópico de condutas, o Dr.

Gustavo indica ressecção da lesão em casos de neoplasia intra lobular; o Dr. Mário discute as opções existentes: hormonioterapia, cirurgia e rastreamento; a Dra. Edna discutiria os riscos com a paciente de cada opção e compartilharia a decisão terapêutica com a paciente. No caso acima, a paciente foi submetida à mastectomia radical modificada e o diagnóstico anatomopatológico apresentou focos de carcinoma ductal *in situ*, carcinoma lobular invasor e carcinoma lobular *in situ*, com 21 linfonodos negativos. A Dra. Ana Paula explicou a importância da dosagem de E-caderina nos casos de carcinoma lobular invasivo, pois a E-caderina é uma molécula de adesão que está ausente na maioria dos carcinomas lobulares invasivos, porém em 10 a 15% das vezes ela encontra-se presente. Na tentativa de aprimorar o diagnóstico de carcinoma lobular, alguns estudos avaliaram a eficácia da catenina, que também é uma molécula de adesão e juntamente com a E-caderina poderiam melhorar o diagnóstico das lesões lobulares.

Após dois anos de seguimento, a paciente apresentou nódulo em quadrante súpero lateral de mama direita, sendo submetida à *core biopsy*, com diagnóstico de carcino-

• MAMOGRAFIA • BIÓPSIA PERCUTÂNEA • BIÓPSIA CORE • PESQUISA DE LINFONODO SENTINELA • LOCALIZAÇÃO RADIOGUIADA ROLL • AGULHAMENTO MAMÁRIO  
• ULTRA-SONOGRAFIA • DENSITOMETRIA ÓSSEA



Central de agendamento:  
11 3254-6800 - [www.uddo.com.br](http://www.uddo.com.br)

Horário de atendimento: segunda à sexta-feira, das 8h às 18h / sábado, das 8h às 12h  
Rua Itapeva, 366, c/pto 83/84 - e-mail: [atendimento@uddo.com.br](mailto:atendimento@uddo.com.br)



\* MAMÓGRAFO LORAD – ALTA RESOLUÇÃO  
\* MESA DIGITAL DEDICADA PARA ESTEREOTAXIA  
\* PUNÇÃO POR AGULHA FINA E AGULHA GROSSA  
\* CORE E MAMOTOMIA  
\* AGULHAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO  
\* ULTRA SONOGRAFIA DE ALTA RESOLUÇÃO

FONE: (11) 5052-3900

AV. CHIBARÁS, 779 - CEP 04076-004 - MOEMA - SP

[www.ucd.com.br](http://www.ucd.com.br)

ma ductal invasivo. Foi submetida à mastectomia radical modificada com presença de carcinoma ductal invasivo e carcinoma lobular *in situ* sem comprometimento axilar.

O caso número dois ilustrou uma paciente de 50 anos que procurou atendimento médico para rastreamento. O exame clínico estava normal e a mamografia apresentava microcalcificações difusas e suspeitas em mama esquerda. A discussão baseou-se na conduta: biópsia por agulha grossa ou ressecção segmentar após localização. O Dr. Mário preconiza biópsia percutânea por agulha grossa; a Dra. Edna admitia possibilidade de biópsia percutânea ou ressecção segmentar após localização esteotóxica. Foi realizada ressecção segmentar após localização com fio metálico e o diagnóstico foi de carcinoma ductal *in situ* (CDIS) tipo comedo extenso. A Dra. Ana Paula comentou sobre a divisão do CDIS em: sólido, papilar, micropapilar, plano e cribriforme. Houve uma tentativa de classificação do CDIS baseados nas características citonucleares, grau de diferenciação arquitetural e atividade mitótica (classificação de Nottingham) e foram divididas em três subclasses: CDIS bem diferenciados, moderadamente diferenciados e pouco diferenciados. Porém esta classificação tornou-se pouco reproduzível e não houve consenso na sua aplicabilidade. Uma classificação mais aceita no meio prático foi proposta por Tavassoli, que denomina Neo-

plasia intra epitelial ductal (DIN): DIN 1A (atipia epitelial plana), DIN 1B (hiperplasia ductal atípica), DIN 1C (carcinoma ductal *in situ* de baixo grau), DIN 2 (carcinoma ductal *in situ* grau intermediário) e DIN 3 (carcinoma ductal *in situ* de alto grau).

Estudos de biologia molecular evidenciaram alta relação entre as lesões precursoras e o advento de carcinoma invasor ipsilateral: no caso de hiperplasia ductal atípica a frequência é de 40% e no carcinoma ductal *in situ* é de 80%. Com relação à classificação molecular do carcinoma ductal *in situ*, a frequência é semelhante a do carcinoma ductal invasivo, na mesma proporção (subtipos luminal, basal e Her2).

Discutiu-se a necessidade de avaliação imuno-histoquímica após diagnóstico de CDIS. O Dr. Paulo Pirozzi acredita na importância deste exame para determinação de terapia adjuvante; a Dra. Edna, o Dr. Gustavo e o Dr. Mário concordam. Esta paciente apresentou receptores de estrogênio e progesterona negativos e positividade intensa de Her 2.

Com relação ao tratamento, o Prof. Gustavo indicaria ressecção da lesão com margem de segurança, que neste caso seria a mastectomia simples com seguida de biópsia de linfonodo sentinela, associado à cirurgia reparadora imediata. Segundo a Dra. Ana Paula, este tipo histológico de carcinoma ductal *in situ*, tipo comedo, costuma apresentar extensão papilar, o que dificultaria

a preservação do complexo aréolo-papilar. O Dr. Mourão, o Prof. Paulo e a Dra. Edna concordaram com a conduta do Prof. Gustavo. Neste caso, a cirurgia realizada foi adenomastectomia com preservação de complexo areolar e biópsia de linfonodo sentinela. O diagnóstico anatomopatológico foi de Carcinoma intra ductal *in situ* residual sólido de alto grau tipo comedo e cribriforme, com margens livres de comprometimento neoplásico e linfonodo sentinela livre.

No que tange o acompanhamento após este tipo de cirurgia, o Prof. Décio indicaria mamografia e ressonância magnética associados. Após três meses, esta paciente foi submetida à mamografia, com presença de microcalcificações retroareolares. Foi indicada biópsia excisional, com diagnóstico de carcinoma ductal *in situ* de alto grau comedo e cribriforme, com margens livres. Após três meses foi realizada nova mamografia com persistência das microcalcificações e então se optou por ressecção do complexo aréolo papilar. Como aprendizado, o Dr. Cláudio cita a necessidade de mamografia e complementações adequadas para devida mensuração da lesão. Quando possível, a ressonância é de grande valia nestes casos.

Para finalizar, a Dra. Ana Paula exemplificou as lesões colunares, que tendem a serem lesões precursoras de hiperplasia ductal atípicas.

O LABORATÓRIO LOCUS ESTÁ FAZENDO 20 ANOS COM EXCELÊNCIA EM QUALIDADE E REALIZANDO OS SEGUINTES EXAMES:

- ▶ EXAME ANATOMOPATOLÓGICO
- ▶ PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF OU BAAF)
- ▶ EXAME CITOLÓGICO
- ▶ EXAME INTRA-OPERATÓRIO POR CONGELAÇÃO
- ▶ IMUNO-HISTOQUÍMICA
- ▶ HIBRIDIZAÇÃO MOLECULAR "IN SITU" PARA HPV
- ▶ CISH (CHROMOGENIC IN SITU HIBRIDIZATION) PARA PESQUISA AMPLIFICAÇÃO DE HER2



WWW.LOCUS.MED.BR | TELEFONE: 11 5539 5637

# PROGRAMA JPM 2010



## 25 a 27 novembro 2010



Centro de Convenções Frei Caneca - São Paulo - SP

### Inscrivam-se

#### 5ª feira – 25/11/2010

8:00 – ABERTURA

#### MESA REDONDA – MASTOLOGIA GERAL

8:10 - New trends in the treatment of DCIS.

*Speaker: Monica Morrow - EUA*

8:30 – Loco-regional treatment after neoadjuvant chemotherapy.

*Speaker: Monica Morrow - EUA*

8:50 - The axillary surgery in the new era.

*Speaker: Monica Morrow - EUA*

9:20 – DISCUSSÃO

9:50 - INTERVALO

#### MESA REDONDA – MARGENS CIRÚRGICAS

*Moderador: Monica Morrow - EUA*

10:20 – Impact of surgical margins on local recurrence in breast conservation therapy for invasive cancer.

*Speaker: Nehmat Houssami - AUSTRALIA*

10:35 – Avaliação intraoperatória de margens cirúrgicas - aspectos histopatológicos.

10:50 – DISCUSSÃO

DEBATE CLÍNICO

#### O PAPEL DA RM DE MAMAS NO PREPARO DE CIRURGIAS CONSERVADORAS

*Moderador: Nehmat Houssami - AUSTRALIA*

CASO CLÍNICO: Paciente de 41 anos, mamas densas, com nódulo de 1,2 cm em QSL de mama E, MMG e USG de mamas BIRADS 5 e sem outras lesões detectáveis. Realizou biópsia de mama com diagnóstico de carcinoma lobular invasor, G1, RE/RP+. A RM de mamas é imprescindível antes da cirurgia conservadora?

11:20 – A favor da necessidade de RM de mamas:

11:35 – Contra a necessidade de RM de mamas: Monica Morrow - EUA

11:50 DISCUSSÃO

12:20 ALMOÇO

#### MESA REDONDA – NOVA MEDICINA DIAGNÓSTICA

14:00 – Breast cancer detect only by image: total curability?

*Speaker: Nehmat Houssami - AUSTRALIA*

14:15 – Rastreamento após câncer de mama

14:30 – MRI in the contralateral breast

*Speaker: Nehmat Houssami - AUSTRALIA*

14:45 – Análise crítica da RM de mamas.

15:00 – Core-needle showing DCIS: underestimation of invasive cancer.

*Speaker: Nehmat Houssami - AUSTRALIA*

15:15 – DISCUSSÃO

15:45 - INTERVALO

#### MESA REDONDA – NOVA MEDICINA DIAGNÓSTICA – PARTE 2

16:15 - SESSÃO INTERATIVA: ONDE FOI QUE EU ERREI?

Sessão interativa com apresentação de casos clínicos reais e com diagnóstico errado, mostrando as limitações que prejudicaram o diagnóstico e como evitá-las no futuro.

17:00 – Atualização em procedimentos invasivos.

17:15 – Novos métodos de imagem em Mastologia.

17:30 – DISCUSSÃO.

18:00 – ENCERRAMENTO DO DIA.

#### 6ª feira – 26/11/2010

#### MESA REDONDA – GENÉTICA E BIOLOGIA MOLECULAR

8:00 – NSABP Breast Cancer Clinical Trials: Recent Results and Future Directions.

*Speaker: Eleftherios Mamounas -EUA*

8:15 – A nova classificação TNM

8:30 – Genomic profiling and loco-regional recurrence.

*Speaker: Eleftherios Mamounas -EUA*

DEBATE CLÍNICO

#### MASTECTOMIA CONTRALATERAL

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 anos, com nódulo de mama esquerda de 1,2cm, cuja biópsia revelou carcinoma ductal invasivo, grau nuclear 3, triplo negativo e com expressão de citoqueratinas basais. Os exames de imagem (MMG, USG de mamas e RM de mamas) não encontraram outras lesões mamárias. A paciente quer saber se não é melhor fazer a retirada de toda a mama e da outra mama também.

8:45 – A favor de cirurgia conservadora

9:00 – A favor de mastectomia

9:15 – DISCUSSÃO.

9:45 – INTERVALO.

10:15 – SIMPÓSIO PATROCINADO.

#### MESA REDONDA – ONCOLOGIA CLÍNICA

10:45 – Hormonioterapia: o estado da arte.

11:00 – Atualizações em terapias alvo.

11:15 – Pé no freio: quimioterapia e qualidade de vida.

# PROGRAMA JPM 2010

11:30 – DISCUSSÃO.

12:00 – ALMOÇO.

## MESA REDONDA – ONCOLOGIA CLÍNICA – PARTE 2

13:30 – Uso dos bisfosfonatos em pacientes com câncer de mama.

13:45 – Is there a role for local surgery on stage IV disease?  
*Speaker: Georges Vlastos - SUIÇA*

14:00 – Farmacoeconomia aplicada ao tratamento do câncer de mama.

14:15 – DISCUSSÃO

14:45 – THE SPECIALIST AND THE AUDIENCE  
*Speaker: Monica Morrow - EUA*

15:15 – INTERVALO.

15:45 – SIMPÓSIO PATROCINADO.

## MESA REDONDA – ALTO RISCO

16:15 – Mitos e verdades: o que causa e o que evita câncer de mama?

16:30 – Medidas farmacológicas para reduzir o risco de câncer de mama.

16:45 – Risk reduction surgery for breast cancer prevention.  
*Palestrante: Georges Vlastos - SUIÇA*

17:00 – DISCUSSÃO

17:30 – THE SPECIALIST AND THE AUDIENCE  
*Speaker: Georges Vlastos - SUIÇA*

18:00 – ENCERRAMENTO DO DIA.

## Sábado – 27/11/2010

### MESA REDONDA – MASTOLOGIA GERAL

8:00 – Infertilidade e câncer de mama.

8:15 – Manejo clínico das hiperplasias mamárias.

8:30 – Cirurgia mamária contralateral: como usar corretamente?

8:45 – Sobrevivendo ao câncer com sexualidade.

9:00 – DISCUSSÃO.

9:30 – INTERVALO.

10:00 – SIMPÓSIO PATROCINADO.

### MESA REDONDA – MASTOLOGIA GERAL

10:30 – Incorporating genomic profiling in early-stage breast cancer.  
*Speaker: Eleftherios Mamounas - EUA*

10:45 – Estamos conservando demais?

11:00 – Primary Surgical Considerations in Breast Cancer.  
*Speaker: Eleftherios Mamounas - EUA*

11:15 – DISCUSSÃO.

11:45 – THE SPECIALIST AND THE AUDIENCE  
*Speaker: Eleftherios Mamounas - EUA*

12:15 – ALMOÇO.

### MESA REDONDA – MASTOLOGIA GERAL

13:45 – Oncoplastic approaches: progress?  
*Speaker: Georges Vlastos - SUIÇA*

14:00 – Minimally invasive approaches in the treatment of early breast cancer.  
*Speaker: Georges Vlastos - SUIÇA*

14:15 – Uso habitual da adenomastectomia como alternativa à mastectomia

### DEBATE CLÍNICO RADIOTERAPIA APÓS ADENOMASTECTOMIA

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 anos, com lesão multicêntrica em mama E, com o maior foco em JQI (4cm) e outro com em QSL (1cm) e presença de MC caminhando em direção à papila. Realizou core-biopsy dos 2 focos com AP: CD1, GN3, GH3, RE/RP: neg/neg, e Her-2:3+/3+. Realizou quimioterapia neoadjuvante (4 x AC → 4 x T) com resposta clínica completa. Realizou adenomastectomia com preservação de pele (retalho de 0,5 a 1,0 cm) e complexo aréolo-papilar (congelamento intraoperatória negativa). O resultado definitivo foi: CDIS residual, com 1,2cm, margens livres, 1 linfonodo com micrometástase em 9 dissecados (ypTis ypN1mic). A RT adjuvante é necessária?

14:30 – A favor de irradiar:

14:45 – Contra irradiar:

15:00 – DISCUSSÃO

15:30 – INTERVALO

16:00 – SIMPÓSIO PATROCINADO

### MESA REDONDA – ONCOPLÁSTICA

16:30 – Mamoplastias redutoras (simetrização)

16:45 – Pedículos (ou retalhos locais)

17:00 – SESSÃO INTERATIVA: TALVEZ EU NÃO DEVERESSE TER RECONSTRUÍDO  
Sessão interativa com apresentação, por cirurgiões oncoplásticos consagrados, de casos clínicos reais e que tiveram complicações após a cirurgia e o conselho dos especialistas sobre como manejar os problemas e como evitá-los no futuro.

17:30 – DISCUSSÃO

18:00 – ENCERRAMENTO DO CONGRESSO

	De 21/05 a 11/08	De 02/08 a 31/10	após dia 31/10 apenas no local
( ) Sócios	350,00	450,00	550,00
( ) Não Sócios	450,00	550,00	600,00
( ) Residentes	250,00	300,00	350,00
( ) Estudante de Graduação	170,00	220,00	250,00
( ) Radiologistas	200,00	250,00	300,00

OBS: Para participarem do curso os radiologistas terão que enviar comprovação de especialistas, caso o mesmo queira participar do congresso inteiro pagará o preço normal indicado na tabela.

# PRÓXIMAS REUNIÕES

## 12 DE AGOSTO

CASOS CLÍNICOS – CÂNCER DE MAMA EM MULHER JOVEM.

Responsável:	Carlos Alberto Ruiz
Co-responsável:	Gustavo Zucca MAtthes

## 16 DE SETEMBRO

CASOS CLÍNICOS DE ONCOPLASTIA – RECONSTRUÇÃO  
COM TECIDO AUTÓLOGO E IMPLANTES.

Responsável:	Vilmar Marques de Oliveira
Co-responsável:	Fábio Bagnolli

## 21 DE OUTUBRO

CASOS CLÍNICOS DE ALTO RISCO.

Responsável:	José Roberto Filassi
Co-responsável:	Giuliano Mendes Duarte