



SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Regional São Paulo

ANO XIII - Nº 71 - MAIO 2008

Embora o câncer de mama seja a principal afecção em Mastologia, pela sua potencial letalidade, as doenças benignas são muito freqüentes, correspondendo a cerca de 80% das consultas na especialidade. O espectro das afecções é extenso, incluindo a mastalgia, a alteração funcional benigna, os cistos mamários, as hiperplasias, os tumores fibroepiteliais e fusocelulares, os processos inflamatórios/infecciosos, as neoplasias epiteliais e as anomalias do desenvolvimento, entre outras.



Neste boletim, destacaremos os tumores fibroepiteliais e fusocelulares e convidamos os debatedores da reunião científica de Maio de 2008 para discorrer sobre alguns temas controversos em relação aos procedimentos diagnósticos e no tocante à terapêutica. Optamos por discutir em profundidade estas afecções e deixar para as reuniões vindouras, o debate sobre outras doenças benignas. Os artigos foram apresentados de maneira prática e esperamos que subsidie o leitor para a discussão na APM ou pela internet.

Afonso Celso Pinto Nazário

*Professor Associado Livre-Docente e Chefe do
Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM
1º Secretário da SBM Regional São Paulo*

editorial



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

FIBROADENOMA

Quando indicar a conduta expectante no fibroadenoma?

Gilberto Uemura

Professor Doutor do Centro de Avaliação em Mastologia (CAM) da UNESP

Indica-se a conduta expectante em nódulo mamário compatível com fibroadenoma pelo diagnóstico tríplice (exame clínico, imagem e punção aspirativa), em pacientes com idade inferior a 35 anos, assintomáticas e se as dimensões do nódulo indicarem estabilidade ou regressão (Figura 1). Outro aspecto relevante é o desejo da paciente.

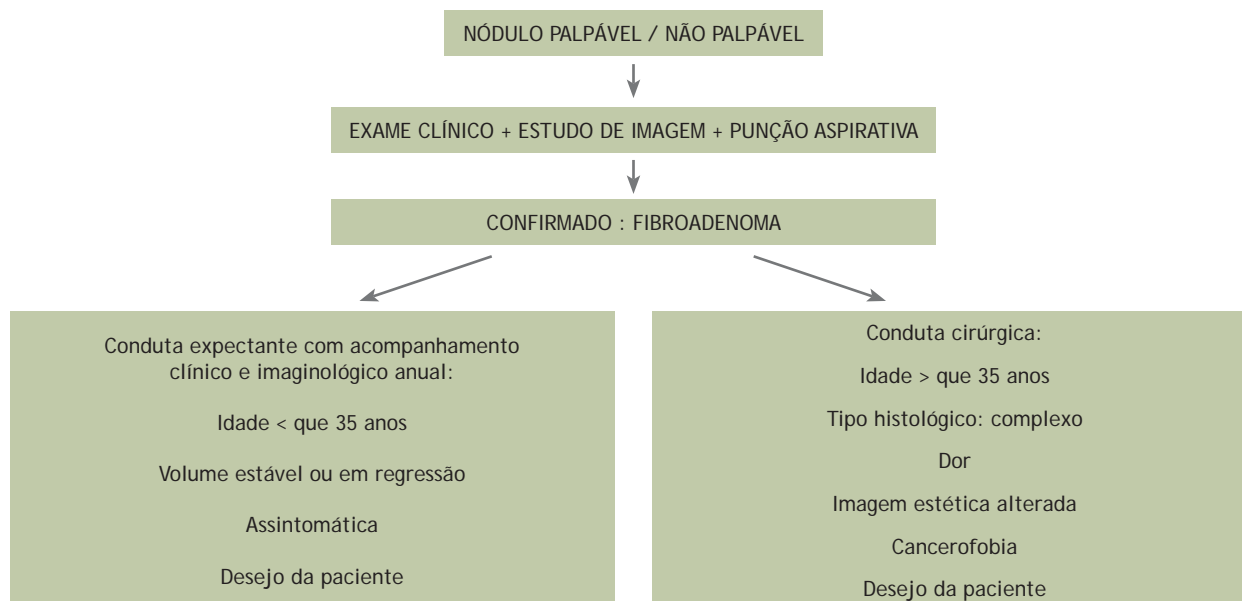
Em paciente acima de 35 anos, sintomáticas (dor ou imagem estética alterada) e quando os exames de citologia e/ou imagem sugerirem a forma complexa de fibroadenoma, damos preferência à exérese cirúrgica. Ainda como parâmetros a nortear a conduta cirúrgica, alinham-se a cancerofobia e o desejo da paciente (Figura 2).

Figura 1 Principais critérios para conduta expectante no fibroadenoma

Centro de Avaliação em Mastologia - CAM - UNESP

- Tríplice diagnóstico (clínico, imaginológico e punção aspirativa).
- Idade menor que 35 anos.
- Desejo da paciente pela conduta expectante (mesmo acima dos 35 anos).
- Assintomática (sem dor, sem alterações estéticas).
- Volume estável ou em regressão (se houver aumento durante o seguimento indicada a exérese).
- Não ser do tipo complexo.

Figura 2 Fluxograma de conduta no fibroadenoma



Bibliografia

- Alle, KM et al, *Conservative management of fibroadenoma of the breast, British Journal of Surgery, 1996, 83.*
- Al Salamab, SM, *Do all fibroadenomas needs surgical excision, Practitioner, 2006, 13, 75-77.*
- Nazário, ACP et al, *Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos e conduta, RBGO, 2007*

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Procedimentos invasivos em cistos e nódulos impalpáveis BI-RADS 3: Seguimento ou PAAF?

Cláudio Kemp

*Professor Associado Livre-Docente e
Chefe da Disciplina de Mastologia da UNIFESP-EPM*

Para usufruir dos procedimentos invasivos dirigidos pela ultra-sonografia ou estereotaxia, há de observar criteriosamente suas indicações e a escolha do método que será o mais indicado (Figura 1).

Como se observa na Figura 2, para os cistos típicos faz-se apenas controle de rotina e quando resultam cistos atípicos deve-se realizar a biópsia aspirativa por agulha fina, objetivando surpreender o câncer, o que ocorre raramente^{1,2}.

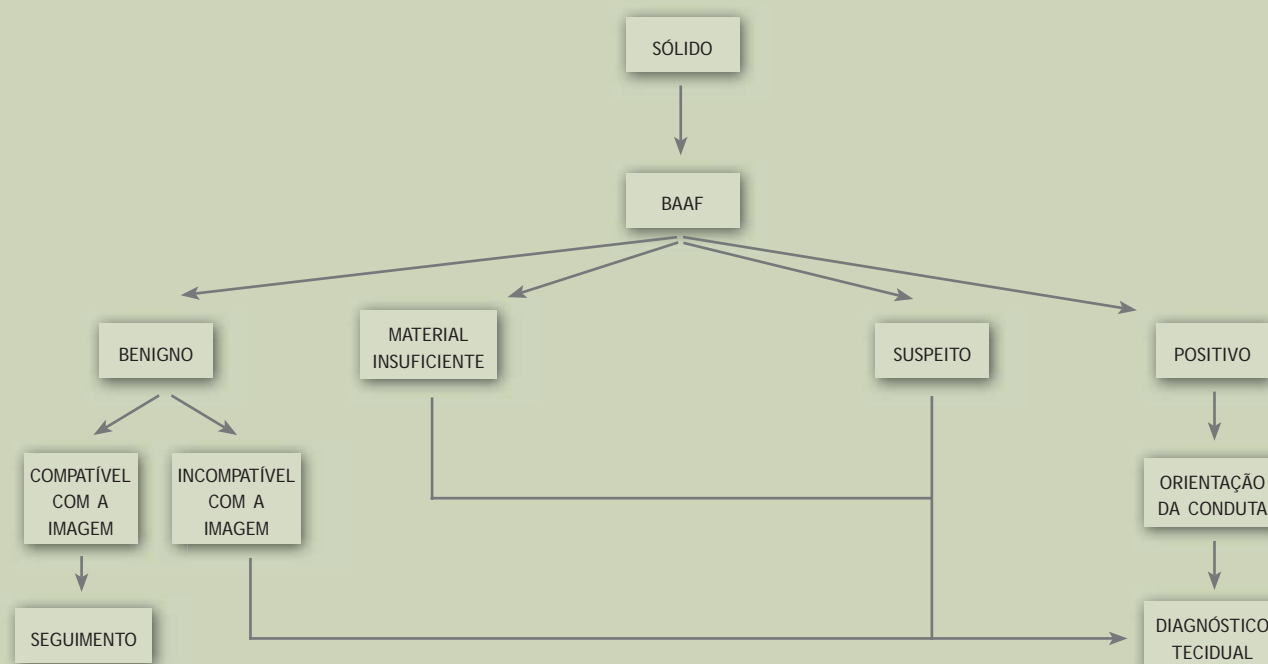
Há superposição dos métodos quando se trata de nódulos sólidos (Figura 1). Essa escolha depende, além dos aspectos técnicos, da interação médico-paciente. Na presença de nódulo sólido isolado, redondo ou oval, de contornos regulares carac-

terísticos pela mamografia e ultra-sonografia (USG), a conduta mais apropriada é a observação a curto prazo de seis meses³. No entanto, para as pacientes mais ansiosas ou aquelas que necessitam mais consistência para essa conduta, o método menos agressivo é a biópsia aspirativa por agulha fina.

Essa necessidade inclui pacientes com dificuldade de fazer controle pelas condições geográficas, aquelas desejosas de gravidez e com receio das alterações gravídicas e suas conseqüências, as que vão se submeter a cirurgia plástica, as que têm carcinoma contra-lateral ou ipsilateral mas em outro quadrante, as de alto risco para câncer e, por fim, aquelas que querem diagnóstico imediato.

FIGURA 1

Algoritmo dos procedimentos invasivos segundo as características da lesão determinadas pela ultra-sonografia e/ou mamografia



Se a lesão for hiperdensa, irregular, espiculada sugestiva de malignidade e a citologia positiva para câncer confirmando esse achado, o tríplice diagnóstico é praticamente 100% e dá segurança para ambos nessa conduta^{4,5}.

Nos casos de citologia incharacterística, material inadequado, suspeito ou seu resultado incompatível com a imagem, é preferível as biópsias percutâneas com agulha grossa (Figura 3), assim também para a paciente que exigir o método mais seguro. Dá o diagnóstico histológico, evita exame por congelação e permite orientação apropriada. Se resultar benigno como o fibroadenoma, somente observação; nos malignos, orienta a conduta cirúrgica ou quimioterápica, conforme o estadiamento clínico⁶.

O tamanho da lesão pode servir de limite na indicação entre as duas técnicas: biópsia percutânea com agulha grossa e mamotomia. Nódulos maiores que 2,0 cm, preferir biópsia percutânea com agulha grossa; aqueles menores eleger a mamotomia. A razão dessa medida é porque nódulos menores que 2,0 cm podem ser quase ou totalmente extirpados pela

mamotomia⁷. Nessas circunstâncias, é mais apropriado optar por um método que retire toda a lesão. Por outro lado, lesões menores que 1,0 cm podem trazer dificuldades na avaliação pela biópsia percutânea com agulha grossa. Além disso, esses nódulos, mesmo com resultado benigno, se apresentarem crescimento em controle posterior, serão submetidos à cirurgia excisional, temendo-se os resultados falsos-negativos. Isso pode acontecer com os fibroadenomas, por exemplo, que mais freqüentemente crescem e se estabilizam em torno de 2,0 cm a 3,0 cm^{8,9}.

REFERÊNCIAS

The uniform approach to breast fine needle aspiration biopsy. A synopsis. Acta Cytol 1996; 40:1120-6; discussion 1119. 12. Kemp C, Elias S, Borrelli K, Narvaiza DG, Kemp CG. *Punção aspirativa por agulha fina orientada por ultra-sonografia em lesões não-palpáveis. Rev Brasil Ginecol Obs* 2001; 23:321-7.

Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, Dennis MA, Parker SH, Sisney GA. *Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology* 1995; 196:123-34.

Dixon JM, Anderson TJ, Lamb J, Nixon SJ, Forrest AP. *Fine needle aspiration cytology, in relationships to clinical examination and mammography in the diagnosis of a solid breast mass. Br J Surg* 1984; 71:593-6.

Di Pietro S, Fariselli G, Bandieramonte G, Coopmans de Yoldi G, Guzzon A, Viganotti G, et al. *Systematic use of the clinical-mammographic-cytologic triplet for the early diagnosis of mammary carcinoma. Tumori* 1985; 71:179-85.

Parker SH, Burbank F, Jackman RJ, Aucreman CJ, Cardenosa G, Cink TM, et al. *Percutaneous large-core breast biopsy: a multi-institutional study. Radiology* 1994;193:359-64.

Parker SH, Klaus AJ, McWey PJ, Schilling KJ, Cupples TE, Duchesne N, et al. *Sonographically guided directional vacuumassisted breast biopsy using a handheld device. AJR* 2001; 177:405-8.

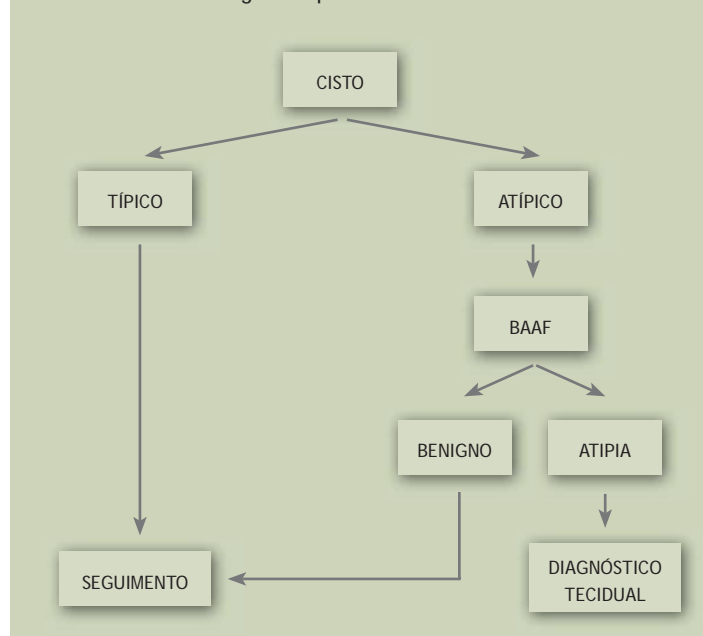
Fine, Richard E, Whitworth, Pat W, Kim, Julian A, Harness, Jay K, Boyd, R.N, Burak Jr., William E, et al. *Low-risk palpable breast masses removed using a vacuum-assisted hand-held device. The American Journal of Surgery* 186 (2003) 362-367.

Lieberman L, Benton CL, Dersbaw DD, Abramson AF, LaTrenta LR, Morris EA. *Learning curve for stereotactic breast biopsy: how many cases are enough? AJR* 2001; 176:721-7.

Lieberman L, Dersbaw DD, Glassman JR, Abramson AF, Morris EA, LaTrenta LR, et al. *Analysis of cancers not diagnosed at stereotactic core breast biopsy. Radiology* 1997; 203:151-7.

FIGURA 2

Algoritmo dos procedimentos invasivos, segundo as características da lesão determinadas pela ultra-sonografia quando se trata de cistos.



Locus
ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLOGIA

- Exame anatomopatológico
- Exame intraoperatório por congelação
- Citologia geral e vaginal
- Colposcopia
- PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina)
- Imuno-histoquímica

RUA AMBROSINA DE MACEDO, 226 – VILA MARIANA – 04013-030
SÃO PAULO, SP – FONE: 5539-5637 – FAX: 5575-8955
www.locus.med.br

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

UDDO
Diagnósticos Médicos

Central de agendamento:
11 3254-6800 - www.uddo.com.br

Horário de atendimento: segunda à sexta-feira, das 8h às 18h /sábado, das 8h às 12h
Rua Itapeva, 366, cjo 83/84 - e-mail: atendimento@uddo.com.br

DIAGNÓSTICO

FIBROADENOMA: O DIAGNÓSTICO TRÍPLICE É OBRIGATÓRIO?

Guilherme Novita

Médico Mastologista do Serviço de Mastologia da Disciplina de Ginecologia da FMUSP.

O diagnóstico tríplice consiste na realização de exame clínico, imagem e biópsia. Teoricamente esta etapa é obrigatória em todos os casos de nódulo palpável de mama. No entanto, a incidência de nódulos benignos é bastante freqüente, principalmente a ocorrência de fibroadenomas em mulheres jovens. Realizar procedimentos invasivos para diagnóstico de todas as pacientes é algo considerado bastante agressivo, mas o risco de deixar um câncer de mama sem diagnóstico causa sempre angústia nos mastologistas e nas pacientes. A pergunta a ser feita é: qual o grupo de pacientes em que se poderia evitar a biópsia?

O grande problema é que mesmo pacientes jovens podem ter câncer de mama. Para dificultar ainda mais a situação, os tumores neste grupo são geralmente do tipo basalóide, cuja morfologia pode se assemelhar a nódulos benignos. Como diferenciar estes nódulos?

Para facilitar a caracterização dos nódulos benignos, alguns pesquisadores desenvolveram critérios ultra-sonográficos de benignidade. O modelo mais conhecido é o de Stavros. No Brasil, Chala *et al* desenvolveram método semelhante após analisarem resultados de 229 exames de nódulos com ultra-som e biópsia. Segundo estes autores, os nódulos de forma redonda, elipsóide ou com até 3 lobulações, margens circunscritas, relação altura/largura menor que 1 e ausência de sinais de malignidade (hipoecogenicidade acentuada, sombra acústica, microcalcificações ou alterações no parênquima adjacente) podem ser considerados provavelmente benignos (RR<2%). Com a instalação destes critérios, 42% das biópsias de massas poderiam ser evitadas.

Recentemente, autores ingleses avaliaram resultados de 357 pacientes com menos de 25 anos e diagnóstico ultra-sonográfico de fibroadenoma e encontraram apenas um caso de câncer. Após revisar as imagens deste nódulo maligno, concluíram que o laudo de fibroadenoma tinha sido incorre-

to. A conclusão desta publicação é que o exame de ultra-som com características de benignidade em pacientes jovens pode evitar a biópsia. Todavia, a qualidade do exame é fundamental para que se evite falsos-negativos.

A última revisão do NCCN™ (National Comprehensive Cancer Network) afirma que pacientes com menos de 30 anos e características ultra-sonográficas de benignidade podem ser acompanhadas a cada 6 meses com exame clínico e de imagem por 1 a 2 anos. Caso a lesão permaneça estável neste período, a paciente pode ser seguida de acordo com as normas de rastreamento normal.

Outros autores sugerem que a idade limite para evitar-se a biópsia poderia ser 35 anos, mas outros já indicam que talvez fosse melhor usar a idade de 30 anos ou até 25 anos. No Brasil, a carência de dados epidemiológicos nos leva a ter que seguir os padrões internacionais. Portanto, o mais recomendável seria realizar biópsia em todas as pacientes maiores que 30 anos.

Leitura recomendada:

Breast Cancer Screening and Diagnosis Guidelines. V.I.2007 (NCCN). Available at: www.nccn.org. Bevers TB, Anderson BO, Bonaccio E, Buys S, Dempsey PJ, Farrar WB, et al.

Abmed I, Nazir R, Chaudbary MY, Kundi S. Triple assessment of breast lump. J Coll Physicians Surg Pak, 2007; 17(9):535-8.

Smith GEC, Burrows P. Ultrasound diagnosis of fibroadenoma – is biopsy always necessary? Clinical Radiology, 2008; 63,511-15.

Chala L, Endo E, Kim S, de Castro F, Moraes P, Cerri G, de Barros N. Gray-scale sonography of solid breast masses: diagnosis of probably benign masses and reduction of the number biopsies.

B I Ó P S I A

Qual o valor da PAAF, da biópsia percutânea com agulha grossa e da biópsia de congelação no tumor phyllodes?

Cleverson Teixeira Soares

Patologista do Instituto de Anatomia Patológica de Bauru (ANATOMED) e do Instituto Lauro de Souza Lima.
Doutor em Medicina pela UNESP-Botucatu

Os tumores fibroepiteliais da mama formam um grupo heterogêneo de neoplasias compostas por um componente epitelial e outro mesenquimal. São divididos em duas grandes categorias: fibroadenomas e tumor phyllodes. O fibroadenoma é subdividido em fibroadenoma comum e a variante juvenil. Já o tumor phyllodes é subdividido em benigno (fibroadenoma filodes), borderline e maligno. A diferença entre eles dependerá do padrão de disposição do componente epitelial associado às características do componente estromal. O fibroadenoma apresenta menor proliferação de ambos os componentes e ausência de sinais de malignidade. O tumor phyllodes maligno apresenta o componente epitelial proliferado com o característico padrão em “folha” e o componente estromal constituído por um sarcoma de alto grau. Os demais estão em posição intermediária do espectro. Distinguir um fibroadenoma comum de um tumor phyllodes maligno, do ponto de vista anatomopatológico, não é difícil; entretanto, diferenciar fibroadenomas com maior celularidade estromal de tumor phyllodes de baixo potencial de malignidade (borderline) pode ser muito difícil, principalmente quando dispomos somente de esfregaços de material de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou material de biópsia por agulha grossa, na qual há representação de pequena parte da lesão em relação à sua totalidade.

O diagnóstico pré-operatório é essencial para o planejamento cirúrgico e o diagnóstico pós-operatório para definição do diagnóstico e avaliação de fatores preditivos e prognósticos. A recorrência local ocorre tanto nos tumores benignos quanto nos malignos, porém os índices de recorrência e de metástases locorregionais e/ou à distância estão diretamente relacionados com o grau de atipia destas neoplasias. A recorrência também está diretamente relacionada com o comprometimento ou distância das margens de ressecção.

Em material de PAAF, na maioria dos casos, o patologista é capaz de distinguir um fibroadenoma de um tumor phyllodes. Naqueles em que há maior celularidade, deve-se ressaltar a possibilidade de que pode se tratar de um fibroadenoma celular ou tumor phyllodes (benigno e/ou borderline), já que os padrões citológicos e histológicos destas neoplasias podem se sobrepor. Em nossa opinião, quando os dados obtidos por PAAF são correlacionados com os dados clínicos e imaginológicos, o diagnóstico pode ser definido em quase todos os casos. Por ser um método de menor custo e pouco invasivo, a PAAF deveria ser o primeiro procedimento de escolha para o diagnóstico.

A biópsia por agulha grossa (“core needle biopsy”) também apresenta bons índices na distinção entre fibroadenoma e tumor phyllodes. A maioria dos trabalhos mostra melhores resultados obtidos por biópsia do que por PAAF e outros equivalentes entre os métodos. Entretanto, mesmo o patologista avaliando múltiplos fragmentos do tumor, como no material obtido por “core biopsy”, o diagnóstico de tumor phyllodes é subestimado. Há relatos de que até 25% dos tumores phyllodes foram previamente diagnosticados como fibroadenoma em material de “core biopsy”. Esta discrepância deve-se a heterogeneidade destas lesões.

O papel do exame intra-operatório em cortes de congelação para o diagnóstico destas neoplasias é limitado. Sua principal função é avaliar as distâncias das margens de ressecção, já que a distância da mesma é fator independente para a recorrência. A distância entre a neoplasia e as margens de ressecção permanece controversa, com a maioria recomendando entre 1 e 2 cm. Outros fatores também são importante para avaliação do comportamento biológico destas neoplasias, entre eles: tamanho, celularidade e atipia estromal, atividade mitótica e presença de elementos heterólogos.

Referências:

- 1) *Scolyer RA, McKenzie PR, Achmed D, Lee CS. Can phyllodes tumours of the breast be distinguished from fibroadenomas using fine needle aspiration cytology? Pathology. 2001 Nov;33(4):437-43.*
- 2) *Veneti S, Manek S. Benign phyllodes tumour vs fibroadenoma: FNA cytological differentiation. Cytopathology. 2001 Oct;12(5):321-8.*
- 3) *Florentine BD, Cobb CJ, Frankel K, Greaves T, Martin SE. Core needle biopsy. A useful adjunct to fine-needle aspiration in select patients with palpable breast lesions. Cancer. 1997 Feb 25;81(1):33-9.*
- 4) *Komenaka IK, El-Tamer M, Pile-Spellman E, Hibshoosh H. Core needle biopsy as a diagnostic tool to differentiate phyllodes tumor from fibroadenoma. Arch Surg. 2003 Sep;138(9):987-90.*
- 5) *Lee AH, Hodi Z, Ellis IO, Elston CW. Histological features useful in the distinction of phyllodes tumour and fibroadenoma on needle core biopsy of the breast. Histopathology. 2007 Sep;51(3):336-44.*
- 6) *Chen WH, Cheng SP, Tzen CY, Yang TL, Jeng KS, Liu CL, Liu TP. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: retrospective review of 172 cases. J Surg Oncol. 2005 Sep 1;91(3):185-94.*

CIRURGIA

Tratamento cirúrgico do tumor phyllodes benigno, maligno e nas recidivas

Joaquim Teodoro de Araujo Neto

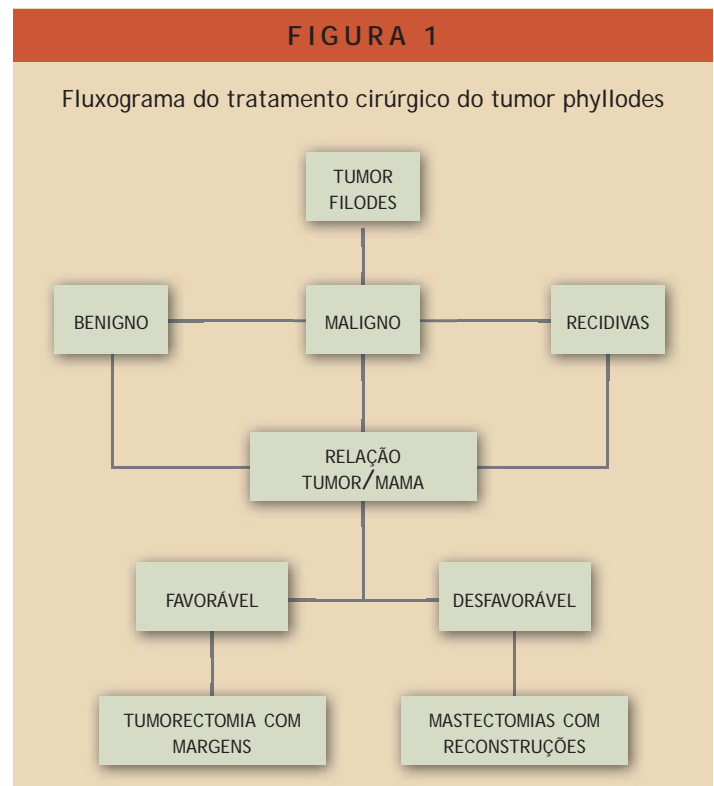
Mestre em Ginecologia pela UNIFESP-EPM e Coordenador do Setor de Doenças Benignas da Disciplina de Mastologia do Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM

Descrito inicialmente com o nome de Cystossarcoma Phyllodes por Joahannes Muller em 1938, o tumor filodes ou phyllodes é uma neoplasia fibroepitelial rara, representando aproximadamente 0,3 a 0,9% dos tumores mamários. Apresenta semelhanças histológicas com o fibroadenoma, diferenciando-se pela hiper celularidade do componente estromal. A classificação histológica pela Organização Mundial de Saúde é: benigno, intermediário (“borderline”) e maligno, não sendo muito aceita por muitos patologistas, que o preferem classificá-lo em benigno, maligno de baixo grau e maligno de alto grau. Os critérios usados para essas classificações são: contagem de mitoses, atipias celulares, comprometimento das margens e a celularidade do estroma, sendo a hiper celularidade do estroma no campo de pequeno aumento chamado de “stromal overgrowth” ou predomínio estromal um dos critérios de pior prognóstico nos tumores filodes.

No diagnóstico diferencial com os fibroadenomas, chama atenção a faixa etária de maior incidência, sendo de 30 a 55 anos no tumor filodes, aproximadamente duas décadas mais tardia que os fibroadenomas, o crescimento rápido atingindo tamanho superior a 3,0 cm e as recidivas. Em relação aos procedimentos invasivos, na punção aspirativa com agulha fina e na biópsia percutânea por fragmento, os materiais coletados não são suficientes para o diagnóstico diferencial entre os tumores filodes e os fibroadenomas, sendo necessária a análise de todo o tumor para a sua correta diferenciação e classificação.

O principal critério de avaliação para o tratamento cirúrgico do tumor filodes é a relação do tamanho do tumor com o volume da mama, pois o princípio básico é a ressecção do tumor com margens de aproximadamente de 1,0 cm. A classificação histológica não é usada para avaliar o tratamento cirúrgico, ou seja, em alguns tumores filodes benignos teremos que realizar mastectomias e em outros malignos conseguiremos o tratamento ideal com tumorectomia com margens, não sendo necessário em nenhuma ocasião o estudo da axila, pois sua via de disseminação metastática é exclusivamente hematogênica. Nas recidivas, o mesmo princípio é mantido, ou seja, a excisão com margens, sendo em algumas ocasiões necessária a mastectomia simples devido às inúmeras recidivas e a impossibilidade de conseguir margens livres. Nas indicações de mastectomias, poderão ser realizadas as

subcutâneas com preservação do complexo aréolo-papilar e reconstrução imediata (Figura 1).



Referências Bibliográficas:

Jeanne AP. Phyllodes tumors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellan S, editors. *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 863-9

Haagensen CD. *Disease of the breast*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1986.

Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R et al. Surgical treatment of phyllodes tumor of the breast. *Cancer*. 1989; 63(12):2532-6

Taira N, Takabatake D, Aogi K et al. Phyllodes tumor of the breast: stromal overgrowth and histological classification are useful prognosis-prediction factors for local recurrence in patients with a positive surgical margin. *Jpn J Clin Oncol* 2007; 37(10): 730-6.

RADIOTERAPIA

Tumor Phyllodes da Mama: Indicações de Radioterapia

Julio César Narciso

Doutor em Ciências Médicas pela UNICAMP e Professor Adjunto Doutor da PUC de Campinas

O tumor phyllodes é classificado como neoplasia fibroepitelial rara da mama. De acordo com a Organização Mundial de Saúde desde 1981 são subdivididos em variedades benigna (35% a 64%), borderline (18%) e maligna (18%).

A variedade maligna caracteriza-se por comportamento biológico agressivo com rápido crescimento, altas taxas de recidiva local e capacidade de produzir metástases à distância (1).

O tratamento primário tradicional da variedade maligna é representado pela mastectomia total. Entretanto, estudos recentes mostram que a excisão local com ampla margem de segurança ($\geq 3\text{cm}$) pode ser uma opção segura com taxas de recidiva sistêmica semelhantes à mastectomia(2) (3). Por outro lado, o tratamento conservador traz a preocupação com risco aumentado de recidiva local.

Com o intuito de diminuir a chance de recorrência local, alguns autores propõem a utilização de radioterapia adjuvante. Em um estudo recente, foram avaliadas 443 mulheres com tumor phyllodes, das quais 79 com variedade maligna. Das quais com variedade maligna, 39 receberam radioterapia adjuvante. Após seguimento de 106 meses o grupo com radioterapia mostrou taxas significativamente menores de recidiva local($p=0,02$).(4). Outros estudos, entretanto, não concordam com esses resultados mostrando que a radioterapia adjuvante não tem nenhum impacto na taxa de recorrência local (2) (3). Dessa forma, não podemos afirmar que o tratamento adjuvante com radioterapia possa ser usado em todos os casos de tumor phyllodes maligno com a finalidade de diminuir a chance de recorrência local quando as margens cirúrgicas forem livres.

Quando as margens cirúrgicas estão comprometidas não existe nenhuma evidência de que a radioterapia adjuvante tenha qualquer valor no sentido de diminuir a taxa de recidiva local.

A radioterapia pode ser utilizada após excisão local da recorrência, com resultados satisfatórios segundo revisão recente. (5)

O pequeno número e a heterogeneidade dos casos envolvidos nos estudos publicados não constituem evidências seguras do benefício da radioterapia pós-operatória no tratamento do tumor phyllodes maligno.

Dessa forma, o tratamento de cada caso deve ser absolutamente individualizado.

Referências:

Parker S J, Harries AS. Phyllodes tumors. Postgrad Med J. 2001; 77:428-435 Links

Chaney A W, Pollack A, et al. Primary Treatment of Cystosarcoma Phyllodes of the Breast. Cancer 2000; 89: 1502-1511- Links

Macdonald K O, Lee M C, et al. Malignant Phyllodes tumor of the female breast. Cancer 2006; 107(9): 2127-2133

Belkacemi Y et al. Phyllode tumor of the breast-Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2008 Feb 1; 70(2):492-500

Telli M L, Horst K C, et al. Phyllodes tumor of the breast: natural history diagnosis and treatment-J Natl Campbr Canc Netw, 2007 Mars; 5(3):324-350



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO
SETOR DE MASTOLOGIA**

Experiência e Atualização

- 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

Av. Chibará, 779 - CEP 04076-004 - Indianópolis - São Paulo - SP - PABX: (011) 5052-3900 / 5052-3892



**Centro de Diagnóstico
Schmillevitch**

AGULHAMENTO MAMÁRIO
BIÓPSIA PERCUTÂNEA
ESTEREOTAXIA
MAMOGRAFIA
PAAF
ULTRA-SONOGRAFIA EM GERAL 3D E 4D.

UNIDADES

Angélica:	3828-8800
Morumbi:	3721-7737
Paraíso:	3828-8800
Penha:	3828-8800
Santa Catarina:	5678-4210
Santana:	3828-8800
Sumaré:	3872-4686

QUIMIOTERAPIA E HORMONIOTERAPIA

Indicações da quimioterapia e hormonioterapia no tumor phyllodes maligno e no sarcoma

Eduardo Carneiro de Lyra

Médico Mastologista e Coordenador de Ensino da Residência de Mastologia do IBCC

Célia Tosello

Doutora em Medicina pela FMUSP

Chefe do Departamento de Oncologia Clínica e Coordenadora do Centro de Pesquisa Clínica do IBCC

Eloá Muniz de Freitas

Patologista do Departamento de Patologia do IBCC

Os tumores phyllodes são lesões proliferativas mistas, epiteliais e estromais, que têm variável potencial de malignidade (benignos, borderline e malignos). Este é avaliado através de três principais fatores do componente estromal (relação estroma-glândula, atipias e índice mitótico) sendo o de maior importância o índice mitótico

A disseminação para linfonodos axilares é rara, estimada em menos de 5%. A recorrência de doença geralmente é local e no caso de disseminação metastática, é feita para os pulmões, como nos sarcomas. O uso de tratamento sistêmico no tumor phyllodes maligno é baseado nos mesmos esquemas terapêuticos preconizados para os sarcomas.

São tumores mistos de crescimento rápido e em geral as pacientes referem na história nódulos palpáveis; ao exame físico podem ser móveis e na mamografia apresentam-se como lesões nodulares. Na ultra-sonografia podem ser confundidos com o fibroadenoma e apresentar cavidades císticas. O tratamento é cirúrgico e a recidiva pode ser na forma de sarcoma.

Tratamento dos sarcomas

O tratamento dos sarcomas depende do tamanho e da localização do tumor, grau, subtipo, disseminação e o performance status da paciente. Na maioria dos casos, deve existir consenso entre o cirurgião, radioterapeuta e o oncologista clínico para decidir qual é o melhor tratamento para aquele paciente.

A cirurgia é o tratamento mais indicado. Se o tumor não pode ser removido pela cirurgia, pode-se considerar a indicação de radioterapia. Nos casos de tumores muito volumosos de difícil acesso cirúrgico, preconiza-se a quimioterapia prévia ou neo-adjuvante com a intenção de reduzir o tumor para posterior cirurgia.

A quimioterapia sistêmica leva através da corrente sanguínea, as drogas anti-neoplásicas e com isso podem ser reduzidas também as metástases à distância que já estejam presentes.

Entre as drogas que podem ser utilizadas isoladas ou em combinação estão a doxorubicina, a ifosfamida, a gencitabina, o docetaxel, a dacarbazina e o paclitaxel.

A quimioterapia é hoje utilizada quase que exclusivamente nos casos de tumores já metastáticos. Sarcomas com fração de crescimento muito elevada podem ser tratados com quimioterapia prévia à cirurgia em casos especiais – performance status do paciente bom e tumores de difícil acesso cirúrgico. A recomendação é de 3 a 4 ciclos de tratamento com quimioterapia de associação de drogas e posterior cirurgia.

Por fim, a hormonioterapia não está indicada.

MÉTODOS DE IMAGEM

Aspecto do Fibroadenoma e Do Tumor Phyllodes Pelos Métodos De Imagem

Guilherme Rossi

*Radiologista pelo Colegio Brasileiro de Radiologia
Médico Radiologista da Nova Medicina Diagnóstica*

Fibroadenoma

O aspecto clássico do fibroadenoma é de nódulo circunscrito, ovalado ou ovóide, com largura maior que a altura (orientação horizontal). Esta apresentação é encontrada em cerca de 40% a 50% dos fibroadenomas. Na forma clássica, tal nódulo apresenta porcentagem de 2% de chance de malignidade, sendo considerado BI-RADS 3. Este aspecto morfológico é comum a todos os métodos de imagem, variando apenas algumas características específicas aos métodos.

Mamografia

Devido a sua densidade ser semelhante ao parênquima mamário, pode muitas vezes ter seu contorno parcial ou totalmente obscurecido pelo tecido fibroglandular adjacente. Durante o processo involutivo dos fibroadenomas, podemos identificar a presença de calcificações, sendo as “em pipoca” consideradas patognomônicas de fibroadenomas hialinizados – BI-RADS 2.

Obviamente nem todos os fibroadenomas exibem seu aspecto clássico na mamografia, podendo-se encontrar muitas vezes nódulos espiculados, com margens angulares, ou com múltiplas boceladuras. Podemos ainda encontrar calcificações amorfas ou pleomórficas como único achado na mamografia, devendo-se neste caso proceder-se a investigação; BI-RADS 4.

Ultra-som

As características relevantes aos fibroadenomas ao ultra-som, são de nódulos isoecogênicos ou hipoecogênicos em relação à gordura, presença de fina cápsula, mobilidade e compressibilidade durante a realização do exame.

Quanto às formas não clássicas de apresentação devemos considerar os nódulos lobulados (mais que três lobulações) ou microlobulados, presença de margens angulares e orientação vertical (BI-RADS 4).

Ressonância Magnética

Na fase T1 pré-contraste, apresenta-se como nódulo iso-intenso ou levemente hipointenso em relação ao parênquima adjacente, sendo, portanto muitas vezes difícil sua identificação.

Na fase T2, apresenta-se de forma variável, de acordo com o predomínio de seu componente celular; o componente epitelial apresenta-se como nódulo hiperintenso, sendo muitas vezes difícil o diagnóstico diferencial com cistos. Quando há o predomínio fibrótico, apresenta-se como nódulo iso-intenso ou levemente hipointenso em relação ao parênquima adjacente.

Na fase de T1 com contraste, novamente observamos variedade de apresentações de acordo com seu componente celular; predomínio do componente epitelial apresenta-se com intenso realce, geralmente contínuo, porém podendo atingir platô (curvas tipo I e II). O fenômeno de “wash-out” (curva tipo III) ocorre raramente (menos que 1% dos fibroadenomas). Nódulos com predomínio fibrótico muitas vezes não apresentam realce significativo.

A presença de septos no interior do nódulo na fase dinâmica apresenta valor preditivo positivo para fibroadenoma em torno de 97%.

Tumor Phyllodes

Muitas vezes o aspecto por imagem nos tumores phylloides é semelhante ao observado nos fibroadenomas. Alguns tumores phyllodes malignos podem se apresentar com margens espiculadas ou angulares, presença de componente cístico ao ultra-som e na ressonância magnética, denota-se a presença de necrose; contudo, a ausência de tais características não exclui a possibilidade de malignidade. De acordo com Liberman *et al*, o diâmetro do nódulo é talvez o melhor indicativo para o diferencial da variante maligna, sendo que nódulos maiores que 3 cm apresentam chance estatisticamente significativa maior de serem malignos.

RESUMO DE TESE

Título da tese: **Prevalência de fibroadenomas mamários em pacientes transplantadas renais em uso de ciclosporina A**

Nível: **Mestrado**

Instituição: **UNIFESP-EPM**

Pós-graduando: **Janine Martins Machado**

Orientador: **Prof. Dr. Afonso Celso Pinto Nazário**

Co-Orientador: **Gil Facina**

Resumo **OBJETIVO: Definir a prevalência de fibroadenomas em pacientes submetidas a transplante renal em uso de ciclosporina A.**

MÉTODOS: Cinquenta mulheres transplantadas renais usuárias de ciclosporina A, cinquenta e uma mulheres transplantadas renais não usuárias de ciclosporina A e cento e oitenta e uma mulheres não transplantadas renais (grupo controle) foram avaliadas através de anamnese, exame físico e ultrasonografia. Quando diagnosticado o fibroadenoma foi procedida biópsia.

RESULTADOS: Os grupos foram homogêneos quanto a idade, status menstrual e história familiar progressiva de câncer de mama. Foram encontrados 14% de fibroadenomas no grupo de pacientes transplantadas renais em uso de ciclosporina A, contra 2,0% no grupo de pacientes transplantadas renais não usuárias de ciclosporina A e 2,8% no grupo controle. Os achados de multiplicidade, bilateralidade, e maiores dimensões foram mais frequentes em pacientes transplantadas renais em uso de ciclosporina A, porém não houve significância estatística.

CONCLUSÃO: Fibroadenoma é mais prevalente no grupo de pacientes transplantadas renais usuárias de ciclosporina A.

Mamógrafo:
tecnologia digital
de segunda geração

Equipe:
coordenada pelo Prof.
Dr. Cláudio Kemp

Qualidade: padrão
Salomão & Zoppi.
ONA acreditado pleno

 **SALOMÃO & ZOPPI**
medicina diagnóstica

Qualidade certificada pela ONA e
coordenada por profissionais consagrados

Central de Atendimento: (11) 5576-7878
www.lsz.com.br

Centro Especializado em Mama

REUNIÕES MENSAIS

Caros colegas,

Novamente temos a honra de relatar mais uma das reuniões mensais. O tema desta vez foi CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO, cuja incidência infelizmente ainda é elevada no país. Portanto, o conhecimento das novas diretrizes sobre o assunto é bastante importante para o profissional brasileiro.

Como sempre, o formato deste boletim está baseado nas pesquisas de opinião e conhecimentos feitas pela internet (www.spmastologia.com.br) e as questões estão divididas de acordo com o assunto principal.

A forma de apresentação é a seguinte:

QUESTÃO COM ALTERNATIVA CORRETA (OBS.: exceto para os casos com resposta pessoal ou controversa).
REVISÃO SISTEMÁTICA – RESUMO.
LITERATURA RECOMENDADA.
NOTAS SOBRE OS DEBATES.

A finalidade desta seção é transmitir a opinião da Regional-SP sobre os assuntos abordados, sempre nos baseando na literatura médica vigente e nas opiniões dos debatedores.

A reunião foi coordenada pelo Dr. José Ricardo Paciência Rodrigues e teve a participação dos seguintes debatedores:

Dr. Antônio Carlos Buzaid - Graduado pela Universidade de São Paulo. Prêmio Fundação Rockfeller de Melhor Aluno de Cadeiras Básicas; Fellowship em Hematologia e Oncologia na Universidade do Arizona. Prêmio Eleanor B Connel de Melhor fellow; Ex-professor Assistente da Universidade de Yale e Diretor Médico do Centro de Melanoma e Co-Diretor do Centro de Câncer de Pulmão desta Universidade por quatro anos; Ex-professor Associado do Hospital MD Anderson Câncer Center e Diretor Médico do Centro Multidisciplinar de Melanoma e Câncer de Pele por cinco Anos; Atual Diretor Geral do Centro de Oncologia do Hospital Sírio Libanês.

Dr. Carlos Eduardo Bacchi - Diretor e Patologista Chefe da Consultoria em Patologia

Dr. Cláudio Rossi - Médico da Nova Medicina Diagnóstica

Dr. José Francisco Rinaldi - Chefe da Clínica de Mastologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Dr. Jurandyr Moreira de Andrade - Professor Titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Coordenador da Divisão de Mastologia e Oncologia Ginecológica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da USP.

Dr. Luiz Brondi Professor Titular do Departamento de Cirurgia – Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba; Responsável pelo Ambulatório de Mastologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Dr. Robson Ferrigno Médico Radio Oncologista do Hospital Israelita Albert Einstein; Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo; Presidente do Setor de Radioterapia da Sociedade Paulista de Radiologia.

Dr. Silvio Kurbet - Pós-Doutor pela Universidade de São Paulo; Professor do Departamento de Mastologia da Unisa

Boa leitura e até o próximo mês!!!

Autores:

Dr. Guilherme Novita (HCFMUSP).

Dr. Renato Torresan (UNICAMP).

Dr. André Varella Katz (Oncologista - Hospital Ipiranga-SP).

Dr. José Ricardo Paciência Rodrigues (UNESP).

SAÚDE PÚBLICA

QUESTÃO 1

1. A quem você atribuiria a responsabilidade pelo carcinoma localmente avançado da mama (CLAM) se tivesse que optar apenas por uma alternativa:

[59] - (72,84%) Políticas governamentais de saúde;

[5] - (6,17%) médicos;

[17] - (20,99%) pacientes.

REVISÃO

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais fre-

quente entre as mulheres brasileiras, com expectativa de 49400 casos novos em 2008. Algumas análises epidemiológicas nacionais relataram que a incidência de CLAM está acima de 15%. Apesar de alguns estudos demonstrarem que o tamanho médio dos tumores decaiu nas últimas décadas, ainda não há motivos para comemoração. Aliás, longe disto, já que dados americanos demonstram prevalência de 4,6% para tumores no estágio III e apenas 1,3% para o carcinoma inflamatório.

Todos que trabalham na área têm alguma responsabilidade neste quadro. Todavia, o maior ônus é do gestor nacional de saúde. O rastreamento ativo com mamografia proporciona redução importante na mortalidade com pequeno custo adicional quando comparado ao diagnóstico por exame clí-

nico. Além disso, vários estudos já demonstraram o benefício econômico com o diagnóstico precoce, pois o tratamento do CLAM é mais custoso que do câncer inicial.

Estimativas 2008: Incidência de câncer no Brasil. INCA, 2007. Disponível em www.inca.gov.br.

De Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, de Medeiros LR. *Survival study of breast cancer patients treated at the hospital of the Federal University in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. Cad Saude Publica, 2006; 22(10): 2219-28.*

Mendonça GA, Silva AM, Caula WM. *Tumor characteristics and five-year survival in breast cancer patients at the National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saude Publica 2004; 20(5): 1232-9.*

Menke CH, Poblmann PR, Backes A, Cericatto R, Oliveira M, Bittelbrunn A et al. *Tumor size as a surrogate end point for the detection of early breast cancer: a 30-year (1972-2002), single-center experience in southern Brazil. Breast J, 2007; 13(5): 448-56.*

Anderson WF, Chu KC, Chang S. *Inflammatory breast carcinoma and non-inflammatory locally advanced breast carcinoma: distinct clinicopathologic entities. J Clin Oncol 2003; 21: 2254-59.*

Eniu A, Carlson RW, Aziz Z, Bines J, Hortobagyi GN, Bese NS et al. *Breast cancer in limited-resource countries: treatment and allocation of resources. Breast J, 2006; Suppl 1: S38-53.*

DEBATE

Houve unanimidade que o maior motivo da grande incidência de CLAM no nosso país é a política governamental de saúde. As mulheres devem ser informadas da necessidade do controle constante das suas mamas pelo auto-exame, exame clínico periódico e principalmente pela realização de mamografia anual a partir dos 40 anos.

DEFINIÇÃO DE CLAM

QUESTÕES 2, 5 e 22

2. [81] Total de votos (para essa questão) -

Os critérios utilizados na definição do CLAM incluem tumores maiores que 5cm, envolvimento linfonodal extenso, axila fixa ou supra-clavicular ipsilateral, envolvimento de pele ou parede torácica e carcinoma inflamatório. Você utiliza os mesmos critérios:

[78] - (96,30%) sim

[3] - (3,70%) não

5. [80] Total de votos (para essa questão) -

O diagnóstico correto do carcinoma inflamatório é por:

[23] - (28,75%) embolização neoplásica dos linfáticos da derme (carcinoma inflamatório oculto)

[18] - (22,50%) hiperemia de pele, carcinoma infiltrativo na biópsia do parênquima mamário e, sem necessidade de embolização neoplásica dos linfáticos da derme

[39] - (48,75%) hiperemia de pele e necessidade de embolização neoplásica dos linfáticos da derme

REVISÃO

O termo câncer de mama localmente avançado (CLAM), inicialmente descrito por Haagensen em 1943, caracteriza os tumores de mama no estágio III, segundo a última edição da

AJCC (2002). Todavia, as neoplasias maiores que 5cm (T3N0) acabam também sendo incluídas neste grupo, mesmo não preenchendo os critérios.

Na tabela a seguir descreve-se o estadiamento clínico dos carcinomas mamários segundo a edição de 2002:

Estádio 0	Tis	N0	M0
Estádio I	T1	N0	M0
	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
Estádio IIIB	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1, N2	M0
Estádio IIIC	Qualquer T	N3	M0
Estádio IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Vale ressaltar que a presença de neoplasia em doença supraclavicular não é mais considerada metástase à distância. Esta situação será mais bem discutida a seguir.

Já o carcinoma inflamatório, descrito inicialmente por Bell em 1814, pode ser considerado como outra entidade de CLAM. Esta divisão deve-se ao perfil mais agressivo deste subgrupo, levando à pior evolução clínica. O diagnóstico clínico é obtido pela presença de eritema e edema cutâneo (peau d'orange) em um terço ou mais da mama, associado a espessamento palpável próximo ao eritema. Este quadro decorre da embolização dos linfáticos da subderme pelo tumor. Embora a biópsia seja obrigatória no diagnóstico, a simples presença de embolização linfática não caracteriza o tumor como inflamatório. Tampouco a ausência deste quadro pode excluir esta possibilidade.

Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz A, Balch CM, Haller DG et al. *AJCC Cancer staging manual, 2002; 6th ed.*

Haagensen CD. *Inflammatory carcinoma. In: Diseases of the breast. PP 448-98. Philadelphia, WB Saunders 1956.*

DEBATE

Os debatedores realmente concordaram com o resultado da enquete, sendo os critérios para o diagnóstico de CLAM aqueles contemplados pelo estágio III da AJCC, incluindo também os tumores maiores do que 5cm, mesmo que com axila clinicamente negativa (T3N0 – IIB).

Ficou claro que a característica mais importante no diagnóstico do carcinoma inflamatório é a "hiperemia da pele". Pelos critérios anátomo-patológicos há a necessidade de visualização da embolização para os linfáticos da derme na maioria dos casos uma vez que o exame é feito por amostragem (Dr. Bacchi).

DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

QUESTÕES 3, 4 e 6

3. [81] Total de votos (para essa questão) -

Os CLAM são facilmente palpáveis e até mesmo visíveis. Mas em alguns casos se apresentam como uma infiltração difusa,

sem massa dominante. Nestes casos qual exame de imagem você escolheria:

- [13] - (16,05%) mamografia;
- [38] - (46,91%) mamografia e ultra-sonografia;
- [22] - (27,16%) mamografia e ressonância;
- [1] - (1,23%) mamografia e cintilografia de mama;
- [7] - (8,64%) ressonância;

4. [81] Total de votos (para essa questão) -

Para estabelecer o diagnóstico anátomo-patológico do CLAM, com exceção do carcinoma inflamatório :

- [0] - (0%) PAAF
- [1] - (1,23%) PAAF com "cell block"
- [61] - (75,31%) Punção percutânea com agulha grossa
- [19] - (23,46%) Biópsia incisional

6. [81] Total de votos (para essa questão) -

A pesquisa de metástases nos CLAM deve ser por :

- [41] - (50,62%) Exames bioquímicos gerais, marcadores tumorais, radiografia de tórax, ultra-sonografia de abdômen e cintilografia óssea
- [21] - (25,93%) Exames bioquímicos gerais, marcadores tumorais, tomografia de tórax e abdômen total e cintilografia óssea
- [14] - (17,28%) Exames bioquímicos gerais, marcadores tumorais, tomografia de tórax e abdômen total, tomografia ou ressonância magnética de crânio e cintilografia óssea
- [5] - (6,17%) Apenas PET-CT

REVISÃO

A avaliação da glândula mamária no CLAM é controversa. Vários autores relataram aumento do diagnóstico de doença multicêntrica com o acréscimo da RNM aos exames convencionais (MMG e USG). Todavia, o benefício clínico deste exame ainda não foi demonstrado. Inclusive, recentes estudos retrospectivos não demonstraram nenhum benefício da RNM no aumento da sobrevida e nem na diminuição de recidivas locais pós-cirurgia conservadora em tumores iniciais. Portanto, o uso de MMG e USG de mamas pode ser considerado adequado. No carcinoma inflamatório, a RNM não irá acrescentar nenhuma informação que modifique a abordagem da paciente. Em casos com suspeita de invasão da parede torácica, a TC pode contribuir no planejamento da cirurgia.

O diagnóstico histopatológico é fundamental para o início da terapia neo-adjuvante. O método de escolha é a biópsia percutânea por agulha grossa ou biópsia de pele (punch), no caso de suspeita de invasão da pele. Todos os focos suspeitos vistos nos exames de imagem devem ser avaliados antes do início de qualquer terapia sistêmica.

A punção por agulha fina é insuficiente, pois não permite o diagnóstico do subtipo do carcinoma e nem do perfil imunistoquímico. Vale lembrar que existe a possibilidade de resposta completa e o exame prévio será fundamental para delinear o restante da terapia sistêmica. A PAAF, associada ao USG, tem validade na avaliação de linfonodos suspeitos, com especificidade de até 97%, quando positiva. Porém, o exame negativo não exclui a presença de comprometimento linfonodal. Já a biópsia incisional deve ser evitada sempre que possível.

O estadiamento sistêmico do CLAM deve ser mais rigoroso que nos casos de tumores menores, pois a possibilidade de metástases é maior. As diretrizes internacionais, baseadas

em informações com nível de evidência baixo, sugerem a realização de TC de tórax e abdome, cintilografia óssea, marcadores tumorais e bioquímicos séricos (TGO, TGP, FA, CA 15-3 e HMG). A PET-CT tem demonstrado ser promissora, mas ainda carece de estudos que avaliem o real benefício clínico.

Solin LJ, Orel SG, Hwang W, Harris EE, Schanll M. Relationship of breast magnetic resonance imaging to outcome after breast conservation treatment with radiation to women with early stage invasive breast cancer or ductal carcinoma in situ. J Clin Oncol, 2008; 26(3): 386-91.

Carlson RW, Allred DG, Anderson BO, Burstein HJ, Carter WB, Edge SB et al. Practice guidelines in oncology – v.2.2008. Disponível em www.nccn.org.

Buchholz TA, Lebman CD, Harris JR, Pochaj BA, Khouri N, Hylton NF. Statement of the science concerning locoregional treatments after preoperative chemotherapy for breast cancer: a national cancer institute conference. J Clin Oncol, 2008; 26(5): 791-97.

DEBATE

Houve consenso que os melhores métodos de diagnóstico por imagem no CLAM são a mamografia e ultra-sonografia. A Punção percutânea com agulha grossa (core biopsy) é o padrão ouro para o diagnóstico do CLAM.

Em relação a pesquisa de metástases no CLAM, metade dos mastologistas que responderam a enquête, consideraram importantes o Rx de tórax, a cintilografia óssea, o US de abdômen e marcadores tumorais. Foi colocado pelos debatedores que realmente estes exames não devem ser substituídos pelos mais complexos, com exceção aos marcadores tumorais que não têm mostrado validade no rastreamento de metástases, sendo inclusive esta a recomendação da ASCO.. (Dr. Jurandy, Dr. Rinaldi, Dr. Cláudio Rossi, Dr. Buzaid). Questão importante foi colocada pelo Dr. Buzaid, questionando o seguimento destas pacientes com os exames supra-citados. Foi salientado que a literatura nos mostra até o momento ganhos muito pequenos e questionáveis com o seguimento armado e que quando a paciente realmente compreende seu problema e a evolução de sua doença, o seguimento com exames não necessitaria ser realizado.

QUIMIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE

QUESTÕES 7, 8, 9, 10 e 12

7. [80] Total de votos (para essa questão) -

A quimioterapia neo-adjuvante deve ser rotina nos casos operáveis e que irão necessariamente para tratamento radical?

- [44] - (55,00%) sim
- [36] - (45,00%) não

8. [81] Total de votos (para essa questão) -

Quantos ciclos de quimioterapia neo-adjuvante temos que esperar para decidir em continuar, trocar o esquema terapêutico ou operar imediatamente?

- [1] - (1,23%) 1
- [33] - (40,74%) 2
- [38] - (46,91%) 3
- [9] - (11,11%) 4

9. [80] Total de votos (para essa questão) -

Deve se administrar todo o tratamento quimioterápico antes da cirurgia se ocorrer resposta favorável nos primeiros ciclos.

[59] - (73,75%) sim

[21] - (26,25%) não

10. [79] Total de votos (para essa questão) -

Há evidências suficientes para estabelecer como padrão o emprego do trastuzumabe na neo-adjuvância em pacientes HER-2 positivas

[39] - (49,37%) sim

[40] - (50,63%) não

12. [78] Total de votos (para essa questão) -

Como avaliar a resposta a quimioterapia neo-adjuvante:

[13] - (16,67%) exame clínico

[7] - (8,97%) exame clínico e mamografia

[29] - (37,18%) exame clínico, mamografia e ultra-sonografia

[6] - (7,69%) exame clínico, mamografia, ultra-sonografia e cintilografia

[23] - (29,49%) exame clínico e ressonância magnética

REVISÃO

A quimioterapia neoadjuvante (QT NEO) revolucionou o tratamento do CLAM. Antes desta opção terapêutica, a maioria dos tumores era considerada inoperável e o prognóstico sombrio.

Mieog et al., 2007, realizaram revisão sistemática dos 14 principais ensaios clínicos randomizados de QT NEO comparada à QT adjuvante. Concluíram que ambas apresentavam a mesma sobrevida global, mas no grupo da QT NEO a taxa de mastectomia foi 30% menor (RR: 0,71; IC: 0,67-0,75). Também observaram que a taxa de recidiva local e de complicações foi semelhante.

A candidatas a receber QT NEO devem ser principalmente aquelas com impossibilidade de realizar cirurgia conservadora (devido à proporção tumor/mama desfavorável) ou aqueles tumores com características de bons respondedores (ausência de receptores, alto grau, não-lobular, alto Ki-67). Alguns centros sugerem que mesmo pacientes com neoplasias menores e passíveis de cirurgia conservadora também podem iniciar o tratamento pela QT, desde que haja a certeza que este tratamento seria empregado na adjuvância.

Os regimes ideais são aqueles contendo antraciclina e taxanos (associados ou em seqüência). Estes esquemas apresentam taxas de resposta clínica completa (rCC) de cerca de 30% a 40% e resposta histopatológica completa (rPC) de cerca de 17 a 30%. As pacientes com rPC apresentam sobrevida maior do que as outras (HR: 0,48; IC: 0,33-0,69).

Devido à elevada possibilidade de desaparecimento da neoplasia, a remoção do local do tumor primário com cliques metálicos ou tatuagem da pele é fundamental para dirigir a cirurgia na ausência de sinais clínicos.

Nos casos com boa resposta (cerca de 80%), toda a quimioterapia deve ser realizada na neo-adjuvância. Desta forma, otimizam-se ainda mais as taxas de cirurgias conservadoras e de rPC. O tumor deve ser considerado como mau respondedor se não há resposta (ou até progressão) após 6 a 9 semanas do início da terapia. Obviamente, outra alternativa deve ser empregada (outro fármaco ou cirurgia) evitando-se

assim toxicidade desnecessária.

O emprego de terapias-alvo na neo-adjuvância ainda é controverso. Sabe-se que o uso de trastuzumabe concomitante com antracíclico deve ser evitado devido ao risco cardíaco. Alguns estudos clínicos de fase II demonstraram elevadas taxas de resposta patológica completa e alguns autores sugerem o uso desta substância concomitante ao taxano e à epirubicina. Todavia, ainda não existem dados conclusivos sobre o assunto.

A monitorização da resposta por exames de imagem é controversa. Balu-Maestro et al., 2002, demonstraram maior acurácia da RNM (63%) na predição de resposta do que o exame físico (52%), USG (43%) ou a MMG (38%). Porém, o elevado número de falso-negativos deste exame ainda exige a complementação com cirurgia e avaliação histopatológica. Novamente, o exame clínico, associado à MMG e ao USG de mamas parece ser suficiente para a avaliação da paciente. A RNM deve ser reservada para casos com resultados ambíguos, doença multicêntrica ou alguns lobulares.

Kaufmann M, Minckwitz G, Bear HD, Buzdar A, McGale P, Bonnefoi H et al. Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: new perspectives 2006. Ann Oncol 2007, 18: 1927-34.

Mieog JSD, van der Hage JA, van de Velde CJ. Neoadjuvant chemotherapy for operable breast cancer. Br J Surg, 2007; 94: 1189-200.

Heys SD, Hutcheon AW, Sarker TK, Ogston KN, Miller ID, Payne S et al. Neoadjuvant docetaxel in breast cancer: 3-year survival results from the Aberdeen trial. Clin Breast Cancer, 2002; Suppl 2: S69-74.

Balu-Maestro C, Chapellier C, Bleuse A, Chanalet I, Chauvel C, Largillier R. Imaging in evaluation of response to neoadjuvant breast cancer treatment benefits of MRI. Breast Cancer Res Treat 2002; 72(2): 145-52.

DEBATE

A mesa deixou claro que a grande vantagem da QT neo-adjuvante para os casos operáveis é aumentar as taxas de cirurgia conservadora, sem contudo alterar taxas de sobrevida. Por isso mesmo, deve ser opção oferecida às mulheres que desejam a preservação da mama. As taxas de conversão da mastectomia para cirurgia conservadora são altas, principalmente nos casos estágio II (chegando a 75%) e pouco inferiores nos estádios III (em torno de 1/3 dos casos). Foi ressaltado também que a regressão do tumor seria um bom marcador para avaliação do tratamento por parte não só do médico assistente, mas também da paciente (Dr. Buzaid, Dr. Brondi, Dr. Silvio, Dr. Jurandir). Em relação ao momento da cirurgia, ficou claro que a avaliação inicial seria após o 2o. ciclo, no entanto, a tendência de tratamento nestes casos seria já iniciar a quimioterapia com as drogas que têm mostrado melhor eficácia também na adjuvância. Esta postura é melhor do que aquela onde se troca para esquemas mais agressivos mediante avaliação insatisfatória de resposta (Dr. Buzaid). Atualmente o conceito de se fazer toda a quimioterapia antes da cirurgia (quando há resposta na regressão tumoral) é melhor do que o esquema "sanduíche", muito utilizado no Brasil até então. Foi ressaltado também que muitas vezes a cirurgia após 2 ou 3 ciclos pode interferir com um tratamento que estava mostrando bons resultados, principalmente quando há

complicações cirúrgicas (por exemplo nas reconstruções mamárias), o que levaria a prejuízo do planejamento terapêutico (Dr. Buzaid, Dr. Silvio).

Uma questão interessante foi levantada quanto ao uso do trastuzumab na neo-adjuvância para as pacientes Her2 positivas. Não há consenso entre os participantes que responderam a enquete (50% dos votos para utilização e 50% dos votos para a não utilização). Segundo Dr. Buzaid, esta droga deve ser incorporada na neo-adjuvância, pois a lógica é que se a droga demonstra boa eficácia na adjuvância também deveria mostrar na neo-adjuvância. Citou trabalhos com taxas de resposta de mais de 50%. Esta postura também foi sustentada pelo Dr. Jurandy e Dr. Brondi.

Dr. Buzaid citou outras drogas que talvez tenham papel na neo-adjuvância, como Lapatinibe, Capecitabina e Bevacizumab. Quando questionado pelo Dr. Bacchi se haveria algum grupo de paciente que responderia melhor a Bevacizumab, a resposta foi de que provavelmente os tumores triplo negativos.

Foi levantado qual a importância do PET-SCAN na avaliação de resposta a QT-neo-adjuvante. Por ser um exame que avalia metabolismo celular, poderia fornecer informações outras que não somente o tamanho da lesão (Dr. Nazário e Dr. Buzaid). A grande parte dos mastologistas e oncologistas ainda utiliza a mamografia e ultra-sonografia para avaliar as taxas de resposta., mesmo porque são exames mais acessíveis. A ressonância nuclear magnética de mama teria também um papel importante, podendo substituir os exames clássicos e fornecer mais informações por ser exame morfológico e funcional (Dr. Cláudio Rossi).

HORMONIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE

QUESTÃO 11

11. Em relação a hormônio terapia neo-adjuvante em mulheres após a menopausa, portadoras de CLAM, receptores hormonais positivos, nas quais o tratamento quimioterápico está contra-indicado pode-se afirmar que:

A TAXA DE REMISSÃO PATOLÓGICA COMPLETA É BAIXA

REVISÃO

Algumas pacientes, principalmente aquelas com idade mais elevada, não podem ser submetidas à quimioterapia devido ao risco de complicações. Pierga et al. relataram que apenas 3% das pacientes acima de 70 anos usaram quimioterapia.

Paralelamente, dados da revisão do EBCTCG sobre 15 anos de quimioterapia sugerem declínio do benefício da mesma com o passar dos anos, além do aumento de efeitos colaterais. Poucos estudos compararam terapia quimioterápica primária com a terapia endócrina neo-adjuvante neste subgrupo, mas os dados disponíveis demonstram benefício semelhante.

A terapia endócrina neo-adjuvante padrão sempre foi realizada com tamoxifeno. Dixon, 2002, demonstrou 76% de resposta objetiva à terapia primária com este fármaco. Mas, sugere que o tempo ideal do tratamento é de 6 meses, pois pode haver aumento na resposta (aumento de 4%).

Recentemente, surgiram ensaios clínicos que comparam

os inibidores de aromatase (IA) de 3ª geração com o tamoxifeno. Todos os estudos demonstraram benefício no uso de IA. Os dados destas pesquisas podem ser vistos na tabela a seguir:

IA	Resposta clínica			
	Tamoxifeno			
PO24	Letrozol	55%	36%	<0,001
IMPACT	Anastrozol	37%	36%	0,87
PROACT	Anastrozol	49,7%	39,7%	0,08
Semiglazov, 2005	Examestano	76,3%	40%	0,05

Apesar da aparente vantagem do letrozol, não é possível afirmar que este fármaco é melhor do que os outros. Infelizmente, não há ensaio clínico randomizado comparando diferentes tipos de IA na neo-adjuvância.

O tempo ideal do tratamento é de 3 a 4 meses, sempre em mulheres pós-menopausadas e com tumores com receptores hormonais positivos. As taxas de resposta completa variam entre 35 a 50%. Ainda não há dados sobre o uso de terapia endócrina primária em pacientes na pré-menopausa.

Macaskill EJ, Renshaw L, Dixon JM. Neoadjuvant use of hormonal therapy in elderly patients with early of locally advanced hormone receptor-positive breast cancer. Oncologist, 2006; 11: 1181-88.

Pierga JY, Girre V, Laurence V et al. Characteristics and outcome of 1775 operable breast cancer in women over 70 years of age. Breast, 2004; 13: 369-375.

Dixon JM. Neoadjuvant therapy: surgical perspectives. In: Miller WR, Ingle JN Eds. Endocrine therapy in breast cancer. New York: Marcel Dekker, 2002: 197-212.

Eiermann W, Paepke S, Apfelstaedt J et al. Preoperative treatment of postmenopausal breast cancer patients with letrozole: a randomized double-blind multicenter study. Ann Oncol, 2001; 12: 1527-1532.

Smith I, Dowsett M, on the behalf of IMPACT Trialists. Comparison of anastrozole vs tamoxifen alone and in combination as neoadjuvant treatment of estrogen receptor positive operable breast cancer in postmenopausal women: the IMPACT trial. Breast Cancer Res Treat, 2003; 82(suppl 1):S6.

Cataliotti L, Buzdar A, Noguchi S et al. Efficacy of preoperative anastrozole compared with tamoxifen in postmenopausal women with hormone receptor positive breast cancer. Presented at the 4th European Breast Cancer Conference, Hamburg, Germany, March 17, 2004.

Semiglazov VF, Semiglazov VV, Ivanov VG et al. Neoadjuvant endocrine therapy: exemestane vs tamoxifen in postmenopausal ER+ breast cancer patients (T1-4, N1-2, M0). Proc Am Clin Oncol, 2005; 23: 11s. Abstract 530.

DEBATE

A taxa de respostas nestes casos geralmente é baixa apenas com hormonioterapia, mas segundo Dr. Buzaid, pode ser suficiente. O tempo de utilização é de no mínimo, 3 a 6 meses e estudos têm mostrado que o tamoxifen tem ação inferior quando comparado aos inibidores da aromatase. Foi também comentada a possibilidade, ainda em estudo, da associação da hormonioterapia com trastuzumabe na neo-adjuvância, cuja melhor, neste momento, indicação seria para as pacientes com contra-indicações para quimioterapia.

CIRURGIA

QUESTÕES 13, 14, 15 e 20

13. [78] Total de votos (para essa questão) -

São critérios de eleição para cirurgia conservadora no CLAM(exceto o inflamatório): resolução completa do edema da pele, tumor residual menor que 5cm, não evidencia de lesões multicêntricas ou de microcalcificações extensas.

[42] - (53,85%) sim

[36] - (46,15%) não

14. [78] Total de votos (para essa questão) -

Solicita e acredita na congelação de margens após quimioterapia neo-adjuvante quando pretende realizar cirurgia conservadora?

[42] - (53,85%) sim

[36] - (46,15%) não

15. [77] Total de votos (para essa questão) -

Em pacientes com CLAM, com axila clinicamente negativa, a biópsia do linfonodo sentinela pode ser realizada:

[63] - (81,82%) antes da quimioterapia neo-adjuvante

[14] - (18,18%) após a quimioterapia neo-adjuvante

20. [73] Total de votos (para essa questão) -

O tratamento cirúrgico radical na presença de grande extensão de edema de pele mesmo após a quimioterapia neo-adjuvante deve

[26] - (35,62%) ser substituído pela radioterapia.

[41] - (56,16%) envolver a retirada de toda pele comprometida pelo edema, com rotação de grandes retalhos para o fechamento da ferida operatória.

[6] - (8,22%) envolver a retirada de pele no limite para se conseguir o fechamento primário da ferida, sem rotação de retalhos, mesmo que sobre um pouco de pele com edema.

REVISÃO

A cirurgia conservadora após QT NEO é permitida. Inicialmente, acreditava-se que era necessária a ressecção de toda a área ocupada previamente pelo tumor. Todavia, estudos mais recentes demonstraram segurança na retirada apenas da lesão residual com margem de segurança.

Vários estudos validaram a cirurgia conservadora após QT primária, com números aceitáveis de recidiva local. Na tabela abaixo se destacam os principais, com as respectivas características e resultados:

VER TABELA ABAIXO

				Taxa de Cir. Cons		Recidiva local (%)	
				QT neo	QT pós	QT neo	QT pós
Institut Bergonie	272	II-III A	124	63%	0%	8%	5%
Institut Curie	414	IIA-III A	66	82%	77%	24%	18%
Royal Marsden	309	I-III B	48	89%	78%	3%	4%
NSABP B-18	1493	I-III A	108	60%	68%	10,7%	7,6%
EORTC 10902	698	I-III A	56	22%	21%	10%	9%

Chen et al. avaliaram 340 pacientes submetidas à QT neo e cirurgia conservadora no MD Cancer Center. Relataram que as únicas variáveis significativas para maior risco de recidiva local foram tumor residual maior que 2 cm e tumor residual multicêntrico, com valores de 13% e 10% respectivamente. Os tumores T3-T4 e os N2-N3 apresentaram maiores taxas de falha local (7% e 10% respectivamente), mas os autores creditaram este fato às características biológicas mais agressivas dos tumores maiores.

Em nosso meio, Kurbet et al. relataram taxas aceitáveis de controle local em cirurgia conservadora com avaliação intra-operatória de margens após QT neo-adjuvante.

Nos casos avançados, o ideal é que se consiga a ressecção de toda a lesão. Todavia, nem sempre a margem de pele será livre, principalmente no carcinoma inflamatório. Paliativos, como radioterapia e terapias sistêmicas, podem ajudar no controle da doença, mas não são tão eficazes. O uso de retalhos para fechamento da lesão permite cirurgias mais extensas. Mas o mastologista deve sempre estar ciente que existem tumores bastante avançados, onde não haverá vantagem numa abordagem mais agressiva, devendo-se optar por terapias que afetem menos a qualidade de vida da paciente.

O estudo do linfonodo sentinela (LS) após QT primária sempre gerou bastante polêmica, pois havia o medo de esterilização errática da doença linfonodal, causando números proibitivos de falso-negativos.

Alguns autores sugerem que a biópsia do LS seja feita antes da quimioterapia e apenas em casos de axila clinicamente negativa. Apesar de parecer mais eficaz, esta opção é bastante criticável. Pois haverá necessidade de 2 procedimentos cirúrgicos, o início da quimioterapia será postergado e evita-se a chance de erradicação da doença linfonodal, que ocorre em 20% a 40% da vezes.

Recentes estudos demonstraram que a realização da biópsia de LS após a quimioterapia neo-adjuvante é segura. Dados do NSABP B-27, com 428 pacientes, demonstraram falso-negativo de 10,7%, resultados comparáveis a vários estudos multicêntricos.

Finalmente, uma metanálise de 21 estudos, com 1273 pacientes que fizeram biópsia de LS e esvaziamento axilar após QT neo, demonstrou taxa de identificação de 91%, sensibilidade de 88% e falso-negativo de 12%. Como estes números são semelhantes às pacientes sem terapia primária, os autores consideram seguro a realização de pesquisa de LS após QT neo.

Vale lembrar que a biópsia de LS no carcinoma inflamatório é contra-indicada, mesmo em casos de boa resposta à

QT neo. O assunto foi pouco estudado e aparentemente tem taxas de falso-negativo superiores a 30%.

Chen AM, Meric-Bernstam F, Hunt KK, Thames HD, Oswald MJ, Outlaw ED et al. Breast conservation after neoadjuvant chemotherapy: the MD Anderson cancer center experience. J Clin Oncol, 2004; 22(12): 2303-12.

Charfare H, Limongelli S, Purusbotham AD. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. Br J Surg, 2005; 92: 14-23.

Kurbet S, de Barros AC, Pinotti JA. The safe association of intraoperative evaluation of surgical margins and neoadjuvant chemotherapy in breast cancer larger than 3 centimeters. Tumori, 2006; 92(1): 21-5.

Mamounas EP, Brown A, Anderson S, Smith R, Julian T, Miller B. Sentinel node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in breast cancer: results from NSABP B-27. J Clin Oncol, 2005; 23(21): 2694-702.

Xing Y, Foy M, Cox DD, Kuerer HM, Hunt KK, Cormier JN. Meta-analysis of sentinel lymph node biopsy after preoperative chemotherapy in patients with breast cancer. Br J Surg, 2006; 93(5): 539-46.

DEBATE

Em relação aos critérios de eleição para cirurgia conservadora nos CLAM tratados com QT neo-adjuvante, foram colocadas as contra-indicações clássicas como lesões multicêntricas, tumores extensos, relação entre tamanho do tumor e tamanho da mama (Dr. Jurandyr e Dr. Brondi). Como a regressão tumoral pode não ser homogênea, a ressonância nuclear magnética poderia auxiliar muito o planejamento cirúrgico e solicitada sempre que possível (Dr. Rinaldi). Outra questão interessante foi sobre a congelação das margens durante a cirurgia conservadora nestes casos. A princípio deveria ser feita sempre (Dr. Jurandyr e Dr. Silvio), no entanto foi levantado pelo Dr. Nazário que o resultado negativo não necessariamente indica que toda a lesão da mama foi retirada. Neste ponto, Dr. Robson salientou a ação da radioterapia na mama restante e seu papel no tratamento das lesões residuais não diagnosticadas. Dr. Bacchi salientou que o patologista não deveria participar de avaliações no momento da cirurgia nos casos de Ca inflamatório, tendo em vista a grande probabilidade de não conseguir definir a questão o status correto das margens nos exame de congelação.

Em relação a biópsia do linfonodo sentinela, Dr. Jurandyr e Dr. Brondi salientaram que deveria ser sempre realizada antes da quimioterapia, tendo em vista as altas taxas de resultados falso-negativos da BLS nos casos de CLAM.

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

QUESTÕES 18 e 19

18. [73] Total de votos (para essa questão) -

A reconstrução mamária no CLAM deve ser:

[3] - (4,11%) contra-indicada

[52] - (71,23%) tardia

[18] - (24,66%) imediata

19. [73] Total de votos (para essa questão) -

A reconstrução mamária no carcinoma inflamatório é contra-indicada na grande maioria das vezes

[59] - (80,82%) sim

[14] - (19,18%) não

REVISÃO

A reconstrução mamária imediata (RMI) tem importante papel na diminuição do trauma psicológico causado pelo tratamento cirúrgico radical. Vários pesquisadores já demonstraram que esta técnica não prejudica o tratamento da doença e nem a sobrevida global.

Porém, a radioterapia pós-operatória, recomendada no CLAM, pode afetar significativamente o resultado da cirurgia estética, principalmente com o uso de implantes, ocorrendo mais fibrose e contraturas.

O uso de tecidos autólogos (TRAM, grande dorsal) parece apresentar menores taxas de complicações, porém alguns autores também relataram resultados adversos após a RT neste tipo de cirurgia, como fibrose e diminuição de volume do retalho.

Alguns radioterapeutas sugerem ainda, maior dificuldade na RT adjuvante em pacientes com reconstrução. Outros autores notaram retardo no início da quimioterapia adjuvante, sem piorar o controle local. Obviamente, estas afirmações não são unanimidades.

Pode-se concluir que, apesar da reconstrução tardia ser menos arriscada, a RMI não está contra-indicada no CLAM. Todavia, a paciente deve estar ciente dos riscos de resultados inesperados. Uma boa integração da equipe multidisciplinar é fundamental para a melhor condução de cada caso.

Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK et al. Feasibility of immediate breast reconstruction for locally advanced breast cancer. Ann Surg Oncol, 1999; 6: 671-5.

Tran NV, Chang DW, Gupta A et al. Comparison of immediate and delayed free TRAM flap breast reconstruction in patients receiving postmastectomy radiation therapy. Plast Reconstr Surg, 2001; 108: 78-82.

DEBATE

Pareceu consenso de que a reconstrução mamária deveria ser realizada de forma tardia, sendo a reconstrução imediata indicada até o estágio clínico IIIA (Dr. Rinaldi, Dr. Brondi).

Nos casos de onde existe edema de pele mesmo após a QT neo-adjuvante a indicação de tratamento seria a radioterapia e não a cirurgia (Dr. Rinaldi).

Os efeitos da radioterapia na mama reconstruída, principalmente nos casos de reconstrução com próteses foram abordados. Dr. Robson comentou sobre diferentes maneiras de efetuar o planejamento e ajuste de doses de radiação na pele na tentativa de minimizar efeitos indesejáveis sobre a mama reconstruída.

TERAPIA ADJUVANTE

QUESTÕES 17, 21 e 22

17. [73] Total de votos (para essa questão) -

Os campos de tratamento da radioterapia no CLAM, nos casos que ocorreram resposta favorável a quimioterapia neo-adjuvante, devem incluir:

[6] - (8,22%) a extensão da doença após o tratamento sistêmico

[67] - (91,78%) a extensão original da doença

21. 71] Total de votos (para essa questão) -

Quando está tratando de paciente com câncer de mama estágio IIB, 42 anos, T=3cm, axila + 3/20, grau 3 nuclear, submetida a cirurgia conservadora; receptores de estrogênio e progesterona negativos e HER-2 positivo três cruzes você orienta tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia. Quanto a terapêutica com anticorpos monoclonais tipo trastuzumabe, sendo essa paciente carente (SUS) ou com convênio que não dá direito a esse tipo de tratamento, qual é a sua postura?

[12] - (16,90%) fico com o coração ardendo, ignoro esse fato (HER-2 +++), não explico a existência dessa outra droga para a paciente e familiares e, sigo o tratamento com os recursos que a minha instituição tem em mãos.

[3] - (4,23%) explico a existência e os benefícios do trastuzumabe; oriento a via crucis de conseguir o tratamento via mandato judicial, mas peço para pedir a receita com "outro colega".

[56] - (78,87%) explico a existência e os benefícios do trastuzumabe; oriento a via crucis de conseguir o tratamento via mandato judicial e dou a receita "com meu carimbo com nome e CRM"

[71] Total de votos (para essa questão) -

As pacientes com CLAM submetidas a quimioterapia neoadjuvante terão seu prognóstico estabelecido:

[54] - (76,06%) pelo estadiamento inicial

[17] - (23,94%) pelo estadiamento após a quimioterapia

REVISÃO

O impacto da radioterapia na sobrevida global das pacientes com CLAM ainda está em aberto e inclui questões referentes aos campos de tratamento, momento ideal em relação a cirurgia e benefícios principalmente nos casos onde há doença residual na mama mas linfonodos negativos. McGuire et al mostraram que em 106 de 226 pacientes que obtiveram resposta completa após a QT neoadjuvante e submetidas a mastectomia, radioterapia demonstrou aumento significativo no controle locoregional e sobrevida global nos estádios III (clínico). Bristol et al mostraram que a associação da radioterapia no tratamento adjuvante dos carcinomas inflamatórios de mama aumentou as taxas de controle local, sendo este benefício associado a doses de 60 a 66Gy, em casos com resposta pobre a quimioterapia, idade inferior a 45 anos e margens próximas ou comprometidas pela neoplasia.

McGuire SE, Gonzales-Angulo AM, Huang EH et al. Post-mastectomy radiation improves the outcomes of patients with locally advanced breast cancer who achieved pathologic complete response to neoadjuvant chemotherapy. Int J Radiation Oncology Biol Phys. 2007, 15: 1004-9.

Bristol IJ, Woodward WA, Strom EA. Locoregional treatment outcomes after multimodality management of inflammatory breast cancer. Int J Radiation Oncology Biol Phys. 2008, April in press.

DEBATE

Quanto aos campos da radioterapia no CLAM, Dr. Robson salientou que devem incluir toda a extensão original da doença e fossa supra-clavicular.

Em relação ao prognóstico estabelecido nos casos de CLAM submetidos a QT neoadjuvante ficou claro que tanto

o estágio clínico como o patológico são importantes e devem ser considerados, principalmente quando ocorre remissão completa onde sabe-se que o prognóstico é melhor (Dr. Juradyr e Dr. Buzaid).

A questão do comportamento do médico frente ao caso levantado no item 21 gerou certo desconforto entre os debatedores, mas a idéia central é que a paciente deve ter acesso as informações necessárias para seu tratamento, independente das implicações práticas e/ou legais que possam ser desencadeadas.

ABORDAGEM DO N3

QUESTÃO 16

16. Qual a sua conduta em N3? RADIOTERAPIA.

REVISÃO

Esta questão refere-se a N3 – linfonodo supra clavicular clinicamente suspeito ou com confirmação de acometimento neoplásico. Há diversos estudos mostrando que a evolução das pacientes com metástase em linfonodo supra-clavicular se comporta de maneira diferente daquelas com metástases a distância. A última edição do estadiamento AJCC insere estes casos no estágio III e não mais como estágio IV. Chen et al., estudando 3170 pacientes com câncer de mama, compararam a evolução de 63 que evoluíram com metástase unicamente para linfonodo supraclavicular com 151 pacientes que apresentaram recorrência local e 599 com metástases a distância. A sobrevida global em 5 anos foi de 33,6%, 34,9% e 9,1% respectivamente. O diagnóstico foi realizado com PAAF 19 pacientes, biópsia excisional em 15 e linfadenectomia supraclavicular (nível IV e V) em 29. Estas pacientes foram tratadas com quimioterapia (51) e/ou radioterapia (25). Em estudo retrospectivo o grupo do MD Anderson avaliou o tratamento das pacientes que apresentavam metástases supraclaviculares no momento do diagnóstico do câncer de mama. Foram 71 pacientes, todas tratadas com QT neoadjuvante, cirurgia) mastectomia ou cirurgia conservadora) e radioterapia. Após 5 anos, as taxas de controle supraclavicular, controle locoregional, sobrevida livre de doença e sobrevida global foram de 90%, 77%, 30% e 47% respectivamente, mostrando importante papel da radioterapia no controle loco-regional da metástase em linfonodo supraclavicular,

Chen SC, Chang HK, Yung-Chang L et al. Prognosis of breast cancer after supraclavicular lymph node metastasis: not a distant metastasis. Annals of Surgical Oncology 2006 13(11):1457-65.

Huang EH, Strom EA, Valero V et al. Locoregional treatment outcomes for breast cancer patients with ipsilateral supraclavicular metastases at diagnosis. Int J Radiation Oncology Biol Phys. 2007;67:490-6.

DEBATE

Esta questão foi comentada pela mesa e a conclusão foi de que a melhor conduta seria a confirmação diagnóstica (preferencialmente com PAAF), seguida de radioterapia. A conduta cirúrgica estaria excluída nesta situação (Dr. Juradyr, Dr. Robson).

“Programe-se para nossas próximas reuniões científicas”

**Local: anfiteatro nobre do 9º andar da Associação Paulista de Medicina.
Rua Brigadeiro Luis Antonio nº 278.**

15/05/2008

Doença benigna da mama

Coordenador

Afonso Celso Pinto Nazário
nazarioafonso@botmail.com

Professores convidados: Cláudio Kemp, Cleverson Teixeira Soares, Eduardo Lyra, Gilberto Uemura, Guilherme Novita, Joaquim Teodoro de Araújo Neto, Julio Cesar Narciso

- Mastalgia cíclica, acíclica e extramamária. Conduta?
- Cisto recidivado, quando operar?
- Cisto espesso: seguimento ou PAAF? Cisto com conteúdo sólido, BAG ou cistectomia?
- Fibroadenoma. O diagnóstico tríplex é obrigatório?
- Quando a BAG indica fibroadenoma complexo, é necessária a enucleação? Quando optar pelo tratamento cirúrgico ou pelo seguimento clínico?
- O uso de SERMs é eficaz?
- Tumor filóides. Valor preditivo da BAG?
- A margem de segurança é sempre obrigatória?
- Existem novos fatores preditivos de recidiva?
- Papiloma único. A ductografia ainda tem indicação?
- Qual a melhor forma de diagnóstico: BAG ou exérese eletiva de ducto?
- Conduta nas mastites periareolares recidivantes.
- Ginecomastia. Qual a propedêutica mínima para avaliação etiológica?
- Qual o melhor método de diagnóstico por imagem?
- A hormonioterapia é eficaz?
- Qual a melhor abordagem cirúrgica?

05/06/2008

Linfonodo Sentinela e situações especiais

Coordenador

Rubens Athayde Prudêncio
mamarias@uol.com.br

Professores convidados: Alfredo Carlos S. D. Barros, Cid Ricardo Abreu Buarque de Gusmão, Jairo Wagner, Maria do Carmo Guedes A. Assunção Queiroz, Marianne Pinotti, Nassif Alexandre Galeb Júnior e Vicente Tarricone Júnior.

- Azul patente, tecnésio ou ambos?
- Dose do azul e tempo entre a injeção e o encontro do sentinela?
- Valor e obrigatoriedade da linfocintilografia?
- Linfonodos palpáveis e pouco suspeitos
- Situações especiais: gravidez; quimioterapia neo-adjuvante; CDIS; lesões multicêntricas; mama interna; cirurgias anteriores como implantes, setorectomia e mamoplastia redutora
- Após recidiva em cirurgias conservadoras
- Micrometástases.

14/08/2008

Oncoplástica

Coordenador

Vilmar Marques de Oliveira
vilmarmarques@uol.com.br

- A responsabilidade e treinamento do mastologista
- Técnicas para melhores resultados em cirurgias conservadoras
- Reconstrução com retalho autólogo
- Complicações