

Rastreio do Cancro da Mama - Quem são e qual a resposta dada a estas mulheres?

Ana Fortuna¹, Emilia Santos², Fernando Martins³, Cecilia Paredes³, Alvaro Teixeira³, Florbela Oliveira³
 1 – Serviço de Oncologia Médica – Centro Hospitalar Universitário do Algarve 2 – USF Modivas, ACES Grande Porto IV 3 – Serviço de Cirurgia Geral – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde



Introdução

O Cancro da Mama é o tipo de cancro mais frequente na mulher e apresenta um Programa de Rastreio, a cargo dos Cuidados de Saúde Primários, mas também da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC).

Este programa tem como principal objetivo o diagnóstico precoce de cancro da mama, preferencialmente tumores muito pequenos, não palpáveis e detetáveis por mamografia ou ecografia ou então numa fase evolutiva não invasiva, mas que permita tratamentos mais conservadores e menos traumatizantes para as mulheres. Assim, pretende-se prolongar a sobrevivência global e livre de doença.

Em Maio de 2017, um Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPVVC) começou a receber mulheres decorrentes do rastreio do cancro da Mama realizado pela LPCC nesta região e, com este trabalho, pretende-se analisar se o objetivo do rastreio está a ser cumprido e dar a conhecer o seguimento desta recente parceria entre as duas instituições.

Materiais e Métodos

Foram revistos todos os casos recebidos no CHPVVC por parte da LPCC entre o início de Maio de 2017 e o fim de Novembro de 2018.

Foram analisadas diversas variáveis, como a idade das doentes, o estadiamento inicial, a decisão terapêutica, o tipo de biópsia realizada.

Foi ainda tido em conta qual o método de marcação da lesão, a realização de exame extemporâneo, o tipo de cirurgia, o diagnóstico histológico da peça cirúrgica e o estadiamento patológico.

Resultados

No total, foram enviadas 75 mulheres, com uma idade média de 56 anos. Relativamente ao estacionamento inicial, a maioria (75%, n=59) apresentava T1, N0 (95%, n=71) e apenas 2 mulheres foram avaliadas quanto à presença de metástases à distância, revelando-se M0; assim, 78% das mulheres apresentavam-se no estádio IA (Tabela 1).

Estadiamento inicial	Percentagens
0	3% (n= 2)
IA	78% (n= 59)
IIA	17% (n=13)
IIIA	3% (n=2)

Tabela 1: Estadiamento inicial

A biópsia mamária foi realizada a todas as doentes, exceto 3 que recusaram estudo ou qualquer tratamento. Foi dirigida ecograficamente em 72% (n=51) dos casos, sendo as restantes guiadas por mamografia estereotáxica.

Cerca de 39% das biópsias revelaram ausência de sinais de malignidade e o resultado histológico mais frequentemente identificado foi o carcinoma invasor NST, em 34%, seguido de carcinoma ductal *in situ* em 8% (Tabela 2). Houve ainda a necessidade de citologia ganglionar em 4 mulheres, em que metade se revelou positiva para células malignas.

Resultado Histológico	Percentagens
Sem sinais de malignidade	39% (n=29)
Carcinoma invasor NST	34% (n=25)
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	8% (n=6)
Carcinoma lobular invasor	6% (n=4)
Carcinoma invasor NST com componente carcinoma ductal <i>in situ</i>	3% (n=2)
Carcinoma invasivo de predomínio ductal	3% (n=2)
Alterações inespecíficas com atipia	1% (n=1)
Sem lesões que justifiquem biópsia	5% (n=4)
Outros	1% (n=1)

Tabela 2: Diagnóstico histológico

A cirurgia foi realizada em 48 mulheres (Gráfico 1) e de todas as cirurgias realizadas no âmbito do rastreio, a técnica mais utilizada em 77% das mulheres foi a cirurgia conservadora sem esvaziamento ganglionar e a localização da lesão foi feita com SNOLL na maioria dos casos (Tabela 3).



Gráfico 1: Decisão terapêutica

Bibliografia:

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018; 68(6); 394-424.
- Direção Geral de Saúde. Abordagem Imagiológica da Mama Feminina. Norma da Direção Geral de Saúde 051/2011.

Técnica Cirúrgica	Percentagens	Método de Localização	Percentagens
Cirurgia conservadora sem esvaziamento ganglionar	77% (n=34)	SNOLL	75% (n=33)
Cirurgia conservadora com esvaziamento ganglionar	7% (n=3)	ROLL	12% (n=5)
Mastectomia sem esvaziamento ganglionar	11% (n=5)	Arpão	10% (n=4)
Mastectomia sem esvaziamento ganglionar	5% (n=2)	Desconhecido	3% (n=2)

Tabela 3: Técnicas cirúrgicas e métodos de localização utilizados

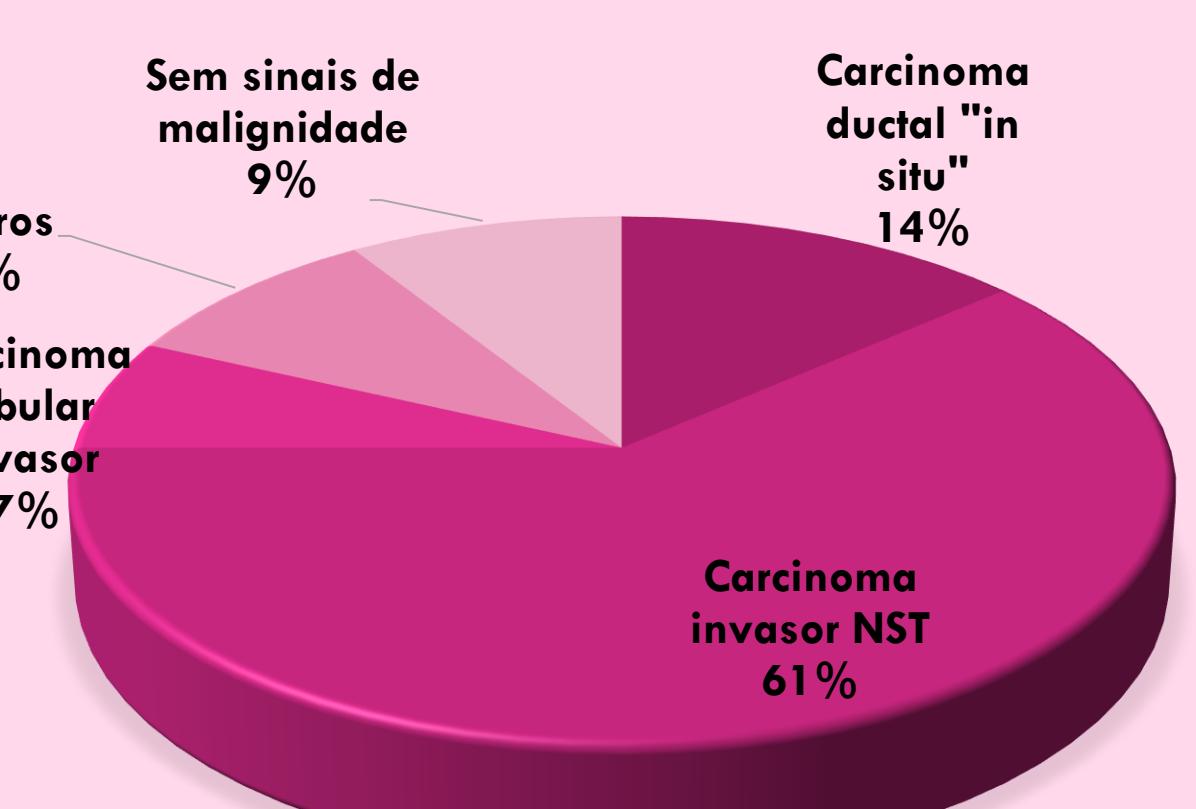
Durante a cirurgia, em 80% dos casos, houve pesquisa de gânglio sentinelas e em 96% dos casos realizou-se exame extemporâneo. Apenas 2 mulheres necessitaram de segunda cirurgia, uma para alargamento das margens e outra para transformação da técnica cirúrgica em mastectomia com esvaziamento ganglionar. As margens cirúrgicas revelaram-se R0 em 92%, mas em 3 revelaram-se R1. O diâmetro do tumor, em média, foi de 22mm.

Nas cirurgias com excisão ganglionar, foram removidos, em média, 3 gânglios, sendo que a média de invasão ganglionar foi de 1.

O diagnóstico histológico da peça cirúrgica revelou maioritariamente em 59% dos casos carcinoma invasor NST e em 15% carcinoma ductal *in situ* (Gráfico 2).

O estacionamento pTNM revelou, quanto ao tamanho do tumor, que 51% eram pT1, 24% pT2, 18%pTis e 5% pT3 e, quanto aos gânglios, 77% eram N0, 11% eram N1, 6% eram N1mic e igualmente 6% N3a.

Gráfico 2: Diagnóstico histológico da peça operatória



O tratamento adjuvante foi posteriormente decidido em consulta multidisciplinar na Unidade de Saúde Local de Matosinhos.

Conclusão

Por termos um grupo populacional de mulheres jovens, esperávamos estádios mais precoces do cancro da mama, mas ainda assim se conseguiu realizar na maioria das mulheres uma técnica cirúrgica com pouca deformação para a imagem da mulher. Ficámos surpreendidos pelos poucos casos de rejeição de estudo ou tratamento e um grupo considerável de mulheres que se manteve em vigilância, não necessitando de intervenção cirúrgica.

Além disso, ainda gostaríamos de melhorar a nossa casuística, nomeadamente na diminuição da necessidade de uma segunda cirurgia.