

Câncer de Mama – Prevenção Secundária

*Sociedade Brasileira de Mastologia e Federação
Brasileira das Sociedades de Ginecologia
e Obstetrícia*

Elaboração Final: 22 de Agosto de 2002

Autoria: Kemp C, Petti DA, Ferraro O, Elias S

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

A diretriz foi elaborada com a divisão do assunto entre os autores, que desenvolveram o texto a partir de sua experiência pessoal complementada por revisão não sistematizada da literatura pertinente.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Prevenção do câncer de mama através do rastreamento populacional e diagnóstico precoce. Esta diretriz é complementada pela diretriz intitulada: Câncer de Mama – Prevenção Primária.

PROCEDIMENTOS:

- Auto-exame;
- Exame clínico das mamas;
- Mamografia – rastreamento:
 - Controle de qualidade;
 - Técnica do exame;
 - Indicações e periodicidade;
 - Sistema bi-rads.
- Métodos complementares;
- Procedimentos invasivos:
 - Baaf;
 - Bag;
 - Mamotomia.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DA MAMA

O câncer da mama é definido como precoce quando diagnosticado nos estádios clínicos I e II da União Internacional Contra o Câncer (UICC) podendo ser tratado com a conservação da mama e permitindo resultados de cura em torno de 75%, quando não há envolvimento metastático dos linfonodos axilares¹(D).

Fazem parte da detecção precoce o auto-exame das mamas, o exame clínico das mamas e o rastreamento mamográfico, métodos estes que se complementam, pois isoladamente nenhum deles é capaz de identificar as mulheres portadoras do câncer da mama. Apesar das controvérsias sobre o impacto que cada um deles exerce sobre as taxas de mortalidade, existem benefícios em relação à sobrevida, tratamentos menos mutiladores e melhor qualidade de vida²⁻⁴(A).

AUTO EXAME DAS MAMAS

Estudos realizados na Finlândia²(A) e Reino Unido⁴(A) mostraram benefícios do auto-exame, com redução das taxas de mortalidade. Estudo realizado na Rússia não mostrou qualquer benefício do AEM em relação à detecção e mortalidade, evidenciando, inclusive, maior número de pacientes procurando consulta médica³(A). Embora existam evidências de boa qualidade de que o auto-exame gera excesso de condutas indevidas e preocupações descabidas em mulheres de países como o Canadá, em que o acesso aos serviços médicos está garantido a todas as mulheres⁵(D), questiona-se o benefício, em termos de saúde pública, se auto-exame não fosse mais preconizado⁶(D), principalmente em países como o nosso, no qual o acesso aos serviços de saúde é precário.

Uma vez que a incidência do carcinoma mamário é desprezível nas duas primeiras décadas, recomenda-se a sua realização por todas as mulheres a partir dos 20 anos de idade⁷(D). A periodicidade deve ser mensal, 4 a 6 dias após o término do fluxo menstrual. Nas mulheres amenorréicas deve-se fixar uma data para a sua realização. Trata-se de um método que deve ser incentivado pelo seu custo desprezível e sua abrangência, fazendo parte integrante do processo de conscientização feminina sobre a importância do câncer da mama.

EXAME CLÍNICO DA MAMA

Deve ser realizado a cada três anos entre os 20 e 40 anos, e depois anualmente⁷(D). Sua eficácia depende da qualidade com a qual é realizado, mesmo que realizado por pessoal paramédico⁸(A). O exame clínico da mama é acessível a um menor número de mulheres quando comparado ao auto-exame da mama; pode detectar lesões menores e é mais importante em mulheres mais jovens, faixa na qual a mamografia tem limitações.

Também como acontece com o auto-exame da mama, os trabalhos da literatura colocam em dúvida a eficácia do exame clínico da mama como procedimento redutor da taxa de mortalidade. Faz exceção neste aspecto o trabalho conhecido como NBSS-2, que comparou dois grupos de mulheres, entre 50 e 59 anos, distribuídas aleatoriamente para realizar mamografia associada ao exame clínico da mama ou só o exame clínico. Os benefícios da detecção subclínica encontrados desapareceram com o passar dos anos e no final do estudo de 13 anos foi igual em ambos os grupos, com o mesmo índice de mortalidade⁸(A).

RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

A revisão das evidências induz a apoiar vigorosamente a triagem mamográfica de mulheres entre 50 e 69 anos com um intervalo nunca superior a dois anos, já que esse intervalo foi adotado na maioria dos ensaios clínicos e representou um impacto real sobre a mortalidade por câncer de mama. É razoável realizar a triagem em mulheres acima de 70 anos que tenham uma expectativa de vida favorável, condições clínicas que permitam a adequada realização do exame, já que a incidência do câncer de

mama aumenta com a idade, indo de 130 casos para cada 100.000 mulheres/ano na faixa dos 40 a 49 anos, para cerca de 400 casos em 100.000 mulheres/ano.

Sobre o rastreamento em mulheres mais jovens, entre 40 e 49 anos, não podemos ignorar o estudo de maior casuística, que demonstrou um impacto menor, porém significativo (13%) na taxa de mortalidade por câncer de mama nas mulheres entre 40 e 49 anos; sendo que este pode ainda ser melhorado (19%) caso a triagem seja realizada anualmente⁹(A).

A frequência das mamografias anormais por ocasião da primeira triagem é a mesma para os diferentes grupos etários, entretanto a probabilidade de uma mamografia anormal resultar em um diagnóstico de câncer, que é de 17% a 19% nas mulheres com mais de 60 anos, cai para cerca de 4% nas mulheres de 40 a 49 anos¹⁰(B). Não existem evidências suficientes que apoiem a recomendação generalizada de triagem em mulheres entre 40 e 49 anos. Essas mulheres deverão ser aconselhadas por profissional acerca do atual conhecimento dos riscos, benefícios e conveniência da triagem para cada mulher.

A recomendação é de se fazer triagem mamográfica anualmente a partir de 40 anos, a cada dois anos entre os 50 e os 69 anos e, de acordo com a expectativa de vida, após os 70 anos. Talvez as pacientes mais jovens com risco genético conhecido e com mamas densas à mamografia possam se beneficiar do estudo ultrasonográfico complementar, porém esta colocação ainda necessita da realização de ensaios clínicos específicos.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

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 raramente¹¹(D)¹²(C).

Há uma 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 nódulos sólidos isolados, redondo ou oval, de contornos regulares característicos pela mamografia e USG, a conduta mais apropriada é a observação a curto prazo de seis meses¹³(C). 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 consequências, as que vão se submeter a cirurgia plástica, as que têm carcinoma contra-lateral ou ipsilateral mas em outro quadrante, as de alto

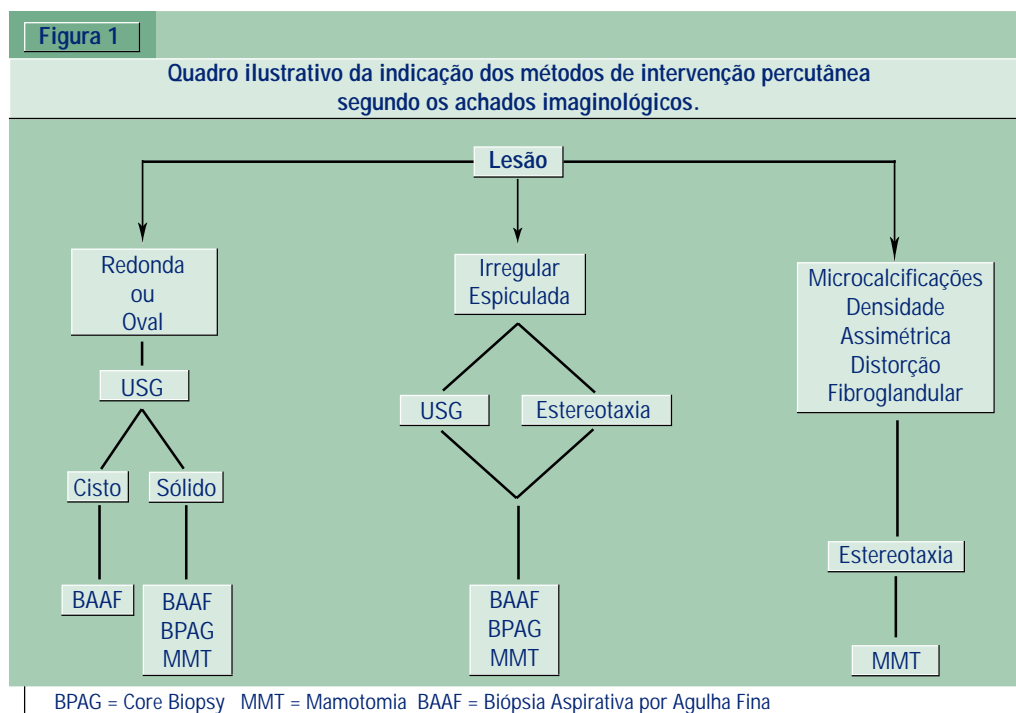
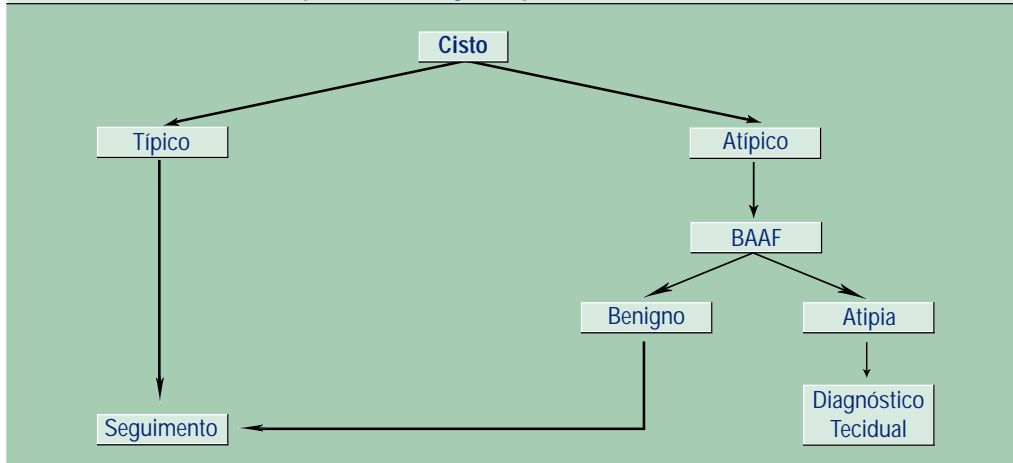


Figura 2

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



risco para câncer e, por fim, aquelas que requerem diagnóstico imediato.

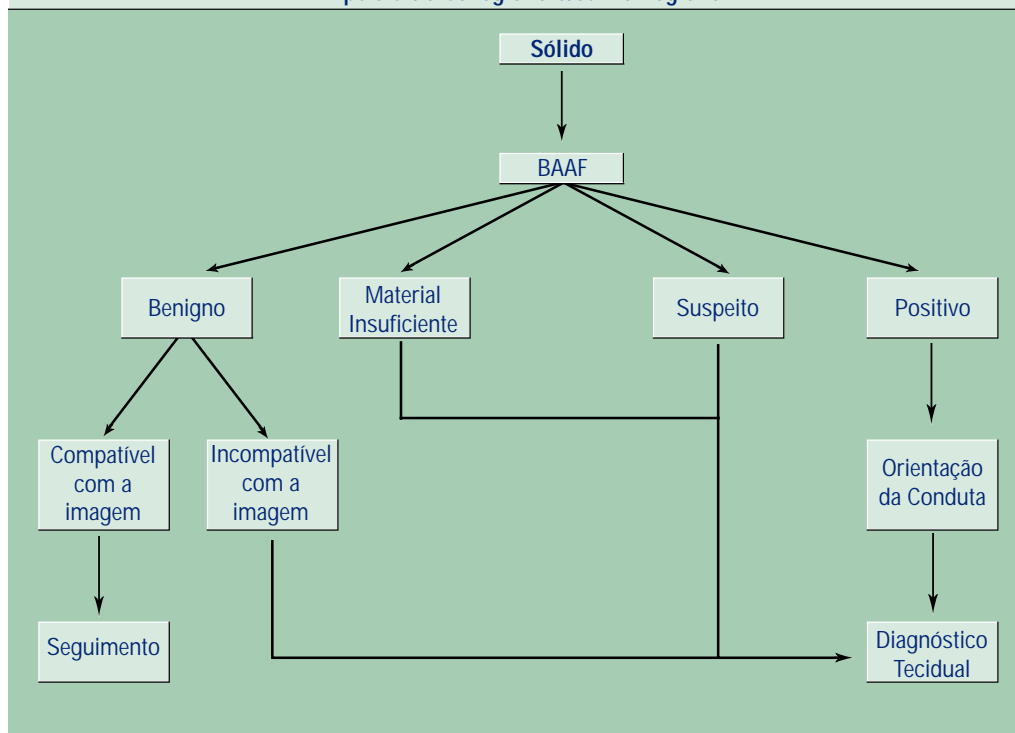
Se a lesão for hiperdensa, irregular, espiculada sugestiva de malignidade e a citologia positiva para câncer confirmando esse achado, o tríplice diagnóstico é praticamente 100% e dá segurança para ambos nessa conduta^{14,15}(B).

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 congelção e permite orientação apropriada. Se resultar benigno como o fibroadenoma, somente observação; nos malignos, orienta a conduta cirúrgica ou quimioterápica, conforme o estadiamento clínico¹⁶(B).

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 mamotomia. 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 experimentar um crescimento em controle posterior vão para cirurgia excisional temendo-se os resultados falsos-negativos. Isso pode acontecer com os fibroadenomas, por exemplo, que mais frequentemente crescem e se estabilizam em torno de 2,0 cm a 3,0 cm^{17,18}(C).

Figura 3

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



Já para as lesões do tipo microcalcificações, distorção fibroglandular e densidade assimétrica, a opção é mamotomia através da estereotaxia (Figura 1). O motivo dessa orientação é o encontro de lesões sub-estimadas em torno de 56% para hiperplasia ductal atípica e 20% para carcinoma ductal *in situ* na biópsia percutânea com agulha grossa, enquanto que na mamotomia isso ocorre próximo de 25% para hiperplasia ductal atípica e 11% para carcinoma ductal *in situ*. Além disso, lesões complexas como cicatriz radial, papilíferas e as neoplasias lobulares trazem dificuldades para patologistas na análise dos fragmentos da biópsia

percutânea com agulha grossa. Resultados falsos-negativos ocorreram em torno de 13% na cicatriz radial e 9% nas lesões papilíferas. Já na neoplasia lobular, a variedade dos achados desde hiperplasia lobular até o carcinoma lobular *in situ* e a possibilidade de sua extensão para os ductos, torna ainda mais difícil o diagnóstico dessas lesões em pequenas quantidades de tecido. Os índices de diagnóstico sub-estimados em torno de 34% e, não raramente, a dificuldade de distinção com o carcinoma ductal *in situ* tornam a escolha pela mamotomia ou até mesmo a biópsia excisional mais apropriada^{19,20}(C).

REFERÊNCIAS

1. Brady MS, Osborne MP. Las bases biológicas del tratamiento del cáncer de mama. Nuevas tendencias em oncología 1994; 3:18-24.
2. Gastrin G, Miller AB, To T, Aronson KJ, Wall C, Hakama M, et al. Incidence and mortality from breast cancer in the Mama Program for Breast Screening in Finland, 1973-1986. Cancer 1994; 73:2168-74.
3. Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA, Kharikova RS, Popova RT, et al. Interim results of a prospective randomized study of self-examination for early detection of breast cancer (Russia/St.Petersburg/WHO) Vopr Onkol 1999; 45:265-71.
4. Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatrick AE, et al. 14 years of follow-up from the Edinburgh randomised trial of breast-cancer screening. Lancet 1999; 353:1903-8.
5. Baxter N. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? CMJA 2001; 164: 1837-46.
6. Nekhyudov L, Fletcher WS. Is it time to stop teaching breast self-examination? CMJA 2001; 164:1851-2.
7. Shapiro S, Smart CR, Costanza ME, Henson DE, Holleb AI, Hutter RV, et al. Guidelines for breast cancer screening. Cancer 1992; 69:2001-2.
8. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. J Natl Cancer Inst 2000; 92:1490-9.
9. Tabar L, Vitak B, Chen HH, Duffy SW, Yen MF, Chiang CF, et al. The Swedish Two-County Trial twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up. Radiol Clin North Am 2000; 38:625-51.
10. Kerlikowske K, Grady D, Barclay J, Sickles EA, Eaton A, Ernster V. Positive predictive value of screening mammography by age and family history of breast cancer. JAMA 1993; 270:2444-50.
11. 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.
13. 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.
14. 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.

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

15. 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.
16. 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.
17. Parker SH, Klaus AJ, McWey PJ, Schilling KJ, Cupples TE, Duchesne N, et al. Sonographically guided directional vacuum-assisted breast biopsy using a handheld device. *AJR* 2001; 177:405-8.
18. Liberman L, Benton CL, Dershaw DD, Abramson AF, LaTrenta LR, Morris EA. Learning curve for stereotactic breast biopsy: how many cases are enough? *AJR* 2001; 176:721-7.
19. Liberman L, Dershaw 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.
20. Liberman L, Smolkin JH, Dershaw DD, Morris EA, Abramson AF, Rosen PP, et al. Calcification retrieval at stereotactic, 11-gauge, directional, vacuum-assisted breast biopsy. *Radiology* 1998; 208:251-60.