

QUAL É O MELHOR PLANO PARA RECONSTRUÇÃO COM IMPLANTES?

PREPEITORAL - EDUARDO GONZALES (ARG)

Perguntaram para o palestrante: “Qual a técnica você prefere?” O palestrante responde que a reconstrução mamária com implante prepeitoral sem tela (malha) em pacientes com anatomia favorável. Antigamente, utilizavam-se essa técnica com tela, porém houve uma evolução da técnica e não a utiliza mais.

Existe uma dicotomia entre a reconstrução prepeitoral e a subpeitoral, em que se deve considerar as vantagens e as complicações. Deve ser considerado para a escolha da técnica: complicações, resultados estéticos, radioterapia, tipos de implantes e a colocação de telas.

Em 2016, iniciamos a fazer a técnica prepeitoral e no início tínhamos contraindicações, que após foram desaparecendo, devido aos tratamentos neoadjuvantes.

Para realizar a técnica prepeitoral devemos seguir os seguintes critérios de segurança: boa vascularização dos retalhos e do complexo areolopapilar durante a cirurgia, pedículo adiposo tipo 2-3, não tabagistas, sem radioterapia prévia, diabetes controlada, e IMC < 30-40. Na experiência do palestrante, 94% das pacientes foram reconstruídas com implantes prepeitorais.

Mostrou casos cirúrgicos, inclusive de uma paciente não favorável para reconstrução prepeitoral devido a seu panículo adiposo ser muito fino, e foi utilizado um expansor. Ainda mostrou outro caso cirúrgico utilizando tela biológica acelular porcina após radioterapia prévia.

Apresentou um estudo mostrando as diferentes telas e as complicações:

Tela biológicas - risco de infecção: 22%, Perda de implante: 8%

Tela sintética - risco de infecção: 26% Perda do implante: 10%

Prepeitoral - risco de infecção: 26% Perda de implante: 7%

Segunda parte da apresentação: "Como evitar as complicações, como necroses e isquemias? "

Para fazer a técnica prepeitoral precisamos ser meticolosos, com cuidado para evitar necrose de pele. Pode ser utilizado a dissecação de CO2 antes de realizar a mastectomia para melhorar a dissecação do plano. E ainda pode ser usado LA-ICGA - angiografia com verde indocianina fluorescente laser assistido para identificar a vascularização do retalho. Apresentou o estudo da Austria, falando de complicações entre reconstrução prepeitoral e subpeitoral, mostrando que a técnica subpeitoral está associada a um aumento significativo de complicações.

Apresentou o estudo realizado por ele juntamente com o Dr Cícero Urban falando do uso de implantes prepeitoral na reconstrução da mama após mastectomia sem tela ou matriz dérmica acelular, mostrando taxas de complicações como rippling e contratura capsular após radioterapia com taxas mais baixas de complicações.

Cita novamente seu trabalho publicado com Dr Cícero sobre radioterapia após mastectomia poupadora de mamilo e areola com o uso de implante prepeitoral: Foram selecionadas 47 pacientes PP (sem ADM ou telas) e tiveram como resultados: volume médio dos implantes: 440cc (225 - 620cc), perda de prótese 10%, necrose do retalho - 4% (sem necrose do CAP), grau 4 de rippling - 2,7%, contratura capsular: Baker 1 (13,9%), Baker 2 (22%), Baker 3(16,6%), sem contratura capsular - 36%.

Comenta que outro elemento importante foi o avanço nos implantes. Citando o estudo Espanhol "Reconstrução mamária imediata prepeitoral com implante de poliuretano" com taxas mais baixas de complicações do que com outros implantes.

Finaliza a apresentação mostrando: "Quando não reconstruir a mama com técnica prepeitoral", cita os critérios: panículo adiposo tipo 1 ou com dúvida relacionada a vitalidade do retalho intraoperatório, necessidade de ressecção de pele, dúvida na negatividade das margens cirúrgicas com a possibilidade de ressecção de pele mesmo após a biópsia definitiva. Nesses casos devemos realizar a técnica subpeitoral.

Conclusões do palestrante sobre a Técnica Prepeitoral:

As complicações cirúrgicas são similares para séries com ADM, outras telas ou reconstrução subpeitoral.

- # As taxas de rippling não são maiores do que em outras técnicas.
- # As taxas de contratura capsular não são maiores do que outras técnicas.
- # Contratura capsular associada com radioterapia não é superior comparado com outras técnicas.
- # Implante de poliuretano na mama após radioterapia tem uma boa sobrevida.
- # Além do mais, não tem a mama animada.
- # Essa técnica é promissora, segura e pode ser economicamente vantajosa para o estágio 1, evitando o uso de ADM e telas.

QUAL O MELHOR PLANO PARA RECONSTRUÇÃO COM IMPLANTE?

RETROPEITORAL - FABRÍCIO BRENELLI (BRA)

inicia a aula falando: " O que realmente é melhor? Será que a técnica retropeitoral é melhor?"

" Será que realmente existe o que é melhor? " Na cirurgia, vai depender do meio que estamos.

Estamos mudando de paradigma, viemos das reconstruções dos retalhos para o uso dos implantes, viemos da reconstrução prepeitoral para subpeitoral. E após, passamos para prepeitoral porque tivemos um desenvolvimento dos implantes e uma melhora na técnica da mastectomia. Por outro lado, ainda temos outro paradigma: aumenta a naturalidade da cobertura da pele porém tem um implante artificial (não é mais o retalho autólogo).

Cita que tentamos buscar sempre o melhor resultado das reconstruções de mama, e o resultado estético é: aparência, beleza, simetria, estabilidade ao longo do tempo e também a funcionalidade da mama, como sensibilidade, textura e animação.

Tivemos uma evolução nos últimos 40 anos, com diferentes técnicas retropeitorais, com resultados muito bons, porém a mama fica com efeitos de animação. Então, o próximo passo é retirar o efeito de animação, e passar o implante para prepeitoral.

Vantagens da técnica prepeitoral: sem animação da mama, com ptose natural, cirurgia mais rápida e menos dolorosa.

Em 1960 / 70, já havia alguns casos utilizando a técnica prepeitoral, porém não evoluíram devido aos implantes e as terapias adjuvantes não satisfatórias e atualmente estamos voltando para a técnica prepeitoral.

Condições ótimas para reconstrução prepeitoral: retalho de pele viável, espessura do subcutâneo espesso, suficiente para segurar o implante e a possibilidade de esconder esse implante (tecido adiposo tipo II).

Desvantagens da Técnica Prepeitoral: rippling, assimetrias importantes, ptose, novas cirurgias com colocação de telas ou troca do implante para subpeitoral; exposição e perda dos implantes.

Critérios de seleção para prepeitoral:

Retalho do subcutâneo espesso > 2 cm no pólo da mama (mama tipo 3) terá um boa cobertura. # Perfil da mama: mamas maiores, com ptose.

Em mamas pequenas, com pele muito fina, prefere fazer a técnica retropeitoral. Mostra um artigo publicado pelo Dr Gonzales, mostrando sobre quais são as melhores características para colocar um implante subglandular: pinch > 2 cm no polo superior e > 0,5 cm no pólo inferior, fora essas condições, seria melhor um dual plane ou plano retropeitoral.

Complicações da técnica prepeitorais: contratura capsular com menor taxa e rippling. Descreve um estudo do IEO, randomizado, comparando prepeitoral e retropeitoral, e fizeram uma coorte pareada em características das pacientes, e os resultados: mais infecções na prepeitoral, mais seromas e menos contratura capsular e mais perda de implante, quando não tem a seleção adequada da paciente.

Em relação a contratura capsular e radioterapia, tem menos contratura na prepeitoral, com menos grau de contratura.

Em relação a satisfação das pacientes, um resultado melhor, melhor habilidade do membro superior.

Chama atenção para não realizar a técnica prepeitoral e deixar tecido espesso com risco de recidiva tumoral.

Conhecer bem as pacientes e definir a melhora técnica para cada uma.

MASTECTOMIA PROFILÁTICA CONTRALATERAL (MASTECTOMIA REDUTORA DE RISCO) PARA PACIENTES APROPRIADOS

SIM – Palestrante: Jill Dietz (USA)

A mastectomia profilática contralateral (MPC) é uma abordagem efetiva em reduzir o risco de câncer de mama contralateral em até 90-95%.

Nos Estados Unidos, as taxas de MPC tem aumentado nas últimas décadas, principalmente nas mulheres mais velhas, acima de 40 anos, de alto nível socioeconômico e com acesso aos planos de saúde. Isso aconteceu também devido às mudanças que aconteceram em 1998, quando uma nova lei foi desenvolvida dizendo que essa MPC deveria ser feita juntamente com a correção da simetria, então a quantidade aumentou. É importante saber que essa lei não necessariamente ajuda todas as pacientes que não têm cobertura de plano de saúde. Alguns estudos mais recentes vêm mostrando as taxas aumentadas de MPC. Quando olhamos outros países, como Canadá (Estudo ONTARIO), vemos que teve aumento de 6 vezes entre 1991 e 2013. Os dados no Reino Unido e na Europa são menores, os estudos mostram que o uso dessa técnica nessa década está estável, porém no Reino Unido e na Romênia as taxas de MPC estão aumentando. Então, por que estão aumentando as taxas de MCP?

Os estudos mostram que a opinião dos cirurgiões recomenda aos pacientes e isso impacta na escolha dos pacientes, isso também mostra que quando os cirurgiões que têm menos conhecimento para entender os riscos de desenvolver câncer de mama contralateral, eles indicam mais a MPC.

- # Incentivação dos médicos
- # A opinião dos cirurgiões é importante
- # Melhores técnicas cirúrgicas
- # Ressonância magnética aumenta as taxas de mastectomia
- # Aumento dos testes genéticos
- # Efeito Angeline Jolie (mastectomia bilateral)

“A pergunta mais importante: “Quem é o paciente ideal para a MCP?”

A ASBrS (Sociedade Americana de Cirurgiões da Mama) fez um consenso falando que a MPC deve ser considerada para pacientes com risco significativo de câncer de mama contralateral: Portadoras de BRCA 1 e 2, história familiar forte, mesmo não sendo submetida a teste genético e história de radiação torácica antes dos 30 anos.

Mostrou um estudo citando o benefício da MPC em paciente com mutação em BRCA 1 de 48% na redução na mortalidade de câncer de mama. Complementa mostrando um estudo de várias instituições, mostrando uma melhoria na sobrevida livre de doença e também na sobrevida geral para a MPC. Ainda comenta sobre outro estudo que mostra MPC em BRCA comparando cirurgia x observação e em 15 anos, teve vantagem de 12% em sobrevida para as pacientes que fizeram a MPC. Além disso, outro estudo falando das pacientes que fizeram radioterapia torácica para tratamento de Linfoma de Hodgking e o risco de câncer de mama ao longo do tempo.

A palestrante retoma a Declaração do Consenso ASBrS para a MPC, mostrando que a MPC pode ser considerada para aquelas com baixo risco de CMC: não portadoras dos genes BRCA (ex: CHECK 2, PALB2, TP53, CDH1); história familiar forte, paciente BRCA negativa e sem membros da família com BRCA conhecida. Comenta sobre a penetrância de mutações não-BRCA: PTEN, TP53, PALB2, CDH1, STK1, CHECK2, ATM E RAD51C depende da história familiar, deve ser importante para tomada de decisão.

“Continuando no Consenso ASBrS para MPC deve ser considerada:”

Rastreamento de mama contralateral limitada (como mamas densas)

- # Para melhorar a simetria da mama reconstruída.
- # Para gerenciar a aversão ao risco
- # Para gerenciar a ansiedade (isto pode ser o melhor manejo através de estratégias de suporte psicológico)

“Outros fatores que as pacientes podem considerar a MPC como a Vigilância:”

- # Mulheres de alto risco precisam fazer a mamografia mais cedo (muitas são inefetivas devido a densidade mamária)
- # Ressonâncias magnéticas precoces
- # Muitas reconvocações e falsos positivos.
- # Biópsia adicionais
- # Falha na vigilância
- # Custos

Complementa mostrando um estudo que afirma que a MPC é menos dispendiosa e traz mais qualidade de vida para as pacientes de alto risco (BRCA positivo) em qualquer idade. Em termos de simetria, a MCP melhora os resultados cosméticos, e mostra um caso cirúrgico.

Comenta em relação à satisfação pessoal, mostrando um estudo que usou o BREAST-Q antes e um ano após a cirurgia. Aquelas pacientes que tinham escores baixos de satisfação, tiveram uma melhora na satisfação da mama e na questão sexual pós-operatória (p=0.001 e 0.003). Então, conclui que pacientes no pré-operatório com baixa satisfação podem ser candidatas para a MPC.

Ainda comenta sobre o medo das pacientes de ter câncer de mama na outra mama e mostrou um estudo com 129 mulheres cujas razões para realizar a MPC era multifatorial: evitar rastreamento, evitar biopsias, evitar cirurgia, anestesia, quimioterapia e radioterapia novamente. E a principal razão era que não queriam passar por isso novamente.

A chave para realizar o procedimento de MPC é a paciente apropriada, e segue falando do Consenso ASBrS, e quando deve ser desencorajada a cirurgia:

- # Mulher com risco médio de câncer de mama unilateral.
 - # Mulheres com estágio de câncer avançado (ex: Câncer de mama inflamatório, doença T4 ou N3, doença no estágio IV).
 - # Mulheres com alto risco para complicações cirúrgicas (ex: pacientes com comorbidades: obesidade, tabagistas, diabetes).
 - # Mulher testada com BRCA negativa com a família portadora de BRCA positiva.
 - # Câncer de mama em homens, incluindo portadores BRCA.
- Cita ainda um artigo publicado no Jornal Europeu de Câncer (EJC) e eles recomendam que todos os países reembolsem uma mastectomia contralateral profilática.

Conclui que devemos escutar as nossas pacientes!

MASTECTOMIA PROFILÁTICA CONTRALATERAL (MPC) - NÃO

Palestrante: Ashuutosh Kothari (UK)

DEFINIÇÃO: Cirurgia de remoção da mama saudável em uma pessoa sem um risco significativamente aumentado de câncer de mama contralateral de quem teve ou tem câncer de mama já operada.

É vital que nós como clínicos não olhemos esse procedimento redutor de risco o qual deveria ser oferecido para as mulheres com aumento do risco de câncer de mama contralateral, ex: portadoras de mutações.

O palestrante lembra que a mastectomia profilática contralateral é diferente da mastectomia redutora de risco.

O autor mostra um gráfico, mostrando que nos Estados Unidos houve um aumento do câncer de mama in situ e invasivo nas duas últimas décadas. A proporção das mulheres nos estágios I e II de CM que se submeteram a MPC aumentou de 1,8% em 1998 a 12,7% em 2012.

Os estudos mostram que a opinião dos cirurgiões recomenda aos pacientes e isso impacta na escolha dos pacientes, isso também mostra que quando os cirurgiões que têm menos conhecimento para entender os riscos de desenvolver câncer de mama contralateral, eles indicam mais a MPC.

- # Incentivação dos médicos
- # A opinião dos cirurgiões é importante
- # Melhores técnicas cirúrgicas
- # Ressonância magnética aumenta as taxas de mastectomia
- # Aumento dos testes genéticos
- # Efeito Angeline Jolie (mastectomia bilateral)

“Decisões que motivam a paciente a realizar a mastectomia:”

As razões que as mulheres optam por realizar cirurgia mais radical são multifatoriais. Mostra um slide com uma pessoa perguntado para o oráculo: “Oráculo, como eu posso viver para sempre!”. Faz os questionamentos: A MCP vai aumentar a sobrevida específica de câncer de mama. A MCP vai reduzir o risco de câncer de mama contralateral! E comenta que a família vai fazer o máximo que puder para reduzir o risco.

“Risco reduzido de câncer de mama contralateral:”

Depois do câncer de mama esporádico unilateral, o risco de desenvolver um novo maligno na mama contralateral varia baseado na biologia do tumor: idade do diagnóstico e a história familiar.

Devido à terapia endócrina adjuvante as taxas de câncer de mama contralateral têm diminuído desde 1985.

Atualmente, depois do CM primário, o risco de desenvolver CMC varia dentre 0,25 a 0,4% ao ano para pacientes com tumores receptores de estrogênio positivos tratados com tamoxifeno e entre 0,45 a 0,6% ao ano para tumores RE negativos.

A redução de risco no CMC com terapia endócrina é vista em todas as faixas etárias, inclusive para mulheres mais jovens com diagnóstico aos 30 anos, o risco absoluto de CMC em 10 anos varia entre 3-8% de acordo com o status dos receptores do tumor primário.

Quimioterapia citotóxica tem mostrado uma redução de risco de CMC em 30%. Um estudo populacional da Holanda, relatou uma redução de risco de CMC em 43% com combinação de truzumabe e poliquimioterapia comparada com terapia adjuvante.

Embora a MPC seja extremamente efetiva em reduzir o risco de CMC, com redução do risco relativo de 96%, na população com baixo risco de desenvolver CMC, o benefício absoluto é muito baixo, como em mulheres com tumores RE positivos e risco de CBC em 20 anos de 5-8%, MPC pode evitar apenas o desenvolvimento de CMC de 2-3/1000 mulheres tratadas.

Entretanto, para a maioria dos pacientes com câncer de mama primário, o risco de metástase a distância excede o risco de desenvolvimento de câncer de mama contralateral. 10 a 12% das mulheres tratadas de câncer de mama primário tem recorrência a distância durante o seguimento de 5 anos.

“Aumento da sobrevida global:”

Estudos retrospectivos têm mostrado resultados contraditórios em termo de sobrevida. Entretanto, nesses estudos sugerem um benefício pra CMC. O benefício da sobrevida é melhor do que a incidência de CMC no grupo controle, indicando uma seleção de pacientes mais saudáveis de baixo risco para o procedimento.

Bedrosian et al. encontraram 4,8% de redução absoluta na mortalidade de câncer de mama com a MPC em mulheres de 18-49 anos de idade nos estágios I e II câncer RE negativos, mesmo que a incidência de CMC no grupo controle foi de apenas 0,9%.

Para eliminar os potenciais vieses de seleção, Portschnv et al. desenvolveram o Modelo de Markov para estimar o benefício de sobrevida com a MPC. Entre mulheres com estágios I e II esporádicos de câncer de mama, o benefício absoluto de sobrevida em 20 anos para a MPC foi < 1% entre todas as idades, status RE, e grupos de estágios de câncer.

A Revisão Cocharane conclui que atualmente, existem evidências insuficientes que a MPC melhora a sobrevida.

“Simetria e Qualidade de Vida – Resultados Psicológicos e Preocupação de Câncer”

Parket et al. relataram os resultados psicológicos com 288 mulheres que submeteram a cirurgia de câncer de mama unilateral hereditário. Antes da cirurgia, aquelas que se candidataram a MPC (n=50), tinham grande preocupação de câncer, mais sofrimento, e mais preocupações com a imagem corporal de quem se submeteu a mastectomia unilateral (MU). Em 6, 12 e 18 meses após a cirurgia, as destinadas a MPC ainda têm uma alta preocupação de câncer e preocupações com a imagem corporal do que aquelas que não se submeteram a cirurgia, e ainda possuem mais baixa qualidade de vida.

Em contrapartida, em um estudo de coorte transversal que avaliou qualidade de vida com questionário BREAST-Q na mediana de 4 a 6 anos após a cirurgia, Hwang et al. encontraram que as mulheres que se submeteram a MPC com reconstrução tiveram mais alta satisfação com suas mamas e alto bem-estar psicológico do que as mulheres que se submeteram a mastectomia unilateral. Entretanto, as diferenças entre os grupos são pequenas e provavelmente não são clinicamente significativas.

Koslow et al compararam os dados do BREAST-Q em uma mediana de 51.9 meses de pós-operatório entre mulheres que se submeteram a MPC e MU (ambos com reconstruções baseados em implantes) e ainda encontraram que as mulheres que tinham MPC têm grande satisfação com as mamas, mas não diferença nos domínios de qualidade de vida.

Rosenberg et al relataram que entre uma coorte de jovens (idade < 40 anos) as sobreviventes de câncer de mama que se submeteram a MPC, 42% tiveram um pior desempenho sexual do que elas esperavam e 31% tiveram mais autoconsciência sobre sua aparência do que elas esperavam.

Embora a MPC com reconstrução aumenta a simetria e a satisfação com a mama, o impacto na qualidade de vida não está completamente entendido, e as pacientes deveriam ser informadas sobre isso.

E o autor ainda questiona sobre o que diz os guidelines e nesse momento comenta sobre o NCCN (USA), ASBrS (USA) e Marchester Guidelines (Reino Unido).

“Ainda o palestrante, comenta sobre as justificativas das pacientes para realizar a MPC:”

- # Pode a MPC reduzir o risco de mortalidade! Não.
- # A MPC reduz o risco de câncer de mama contralateral! Não
- # Posso evitar um rastreamento no futuro com a MPC! Sim
- # Posso ter uma melhor simetria da mama após a MPC! Não sei.

Conclusão:**MPC pode ser considerada por outras razões:**

- # Rastreamento de mama contralateral limitado (mamas densas, falhas na vigilância)
- # Para melhorar a simetria da reconstrução de mama
- # Para gerenciar a aversão ao risco
- # Para gerenciar a ansiedade (isto pode ser o melhor manejo através de estratégias de suporte psicológico)

“MPC deve ser desencorajada:”

- # Mulher com risco médio de câncer de mama unilateral.
- # Mulheres com estágio de câncer avançado (ex: Câncer de mama inflamatório, doença T4 ou N3, doença no estágio IV).
- # Mulheres com alto risco para complicações cirúrgicas (ex: pacientes com comorbidades: obesidade, tabagistas, diabetes).
- # Mulher testada com BRCA negativa com a família portadora de BRCA positiva.
- # Câncer de mama em homens, incluindo portadores BRCA.

“Ainda o palestrante comenta que existe uma influência do cirurgião:”

Em um estudo, quando os cirurgiões recomendaram contra a MPC, apenas 6,1% das pacientes se submeteram ao procedimento comparado com 57,5% das mulheres quando cirurgiões não foram contra o procedimento. Em outro estudo, apenas 4% das pacientes cujos cirurgiões foram relutantes em realizar a MPC e fortemente a favor da conservação da mama realizaram a MPC, comparadas às 34% das pacientes cujo cirurgiões tinham a visão oposta.

“Tomada de decisão compartilhada e auxílio ao paciente:”

A tomada de decisão compartilhada tem sido reconhecida como importante na literatura sobre cirurgia do câncer da mama. É um processo de quatro etapas:

- O qual começa com um profissional informando o paciente que a necessidade da decisão deve ser tomada e a opinião do paciente importa.
- Próximo, o profissional explica sobre as opções disponíveis e os prós e contras.
- Após a discussão sobre a preferência do paciente e deliberação, eles discutem sobre o paciente que deve ter a decisão, fazer ou adiar a decisão, e discutir o seguimento.
- No entanto, essas etapas não estão ainda amplamente implementadas na prática clínica.

Uma revisão sistemática encontrou que o auxílio à decisão do paciente estava associado com mais percepções de risco de precisão e melhoraram os escores de conflito de decisão. E termina a apresentação com a frase: “Uma pessoa esperta resolve um problema. Uma pessoa sábia, evita-os”.

QUE INFORMAÇÃO O ESTUDO VENUS PODE ADICIONAR AO ESTUDO SOUND EM TERMO DE ABORDAGEM AXILAR?

GIULLIANO DUARTE (BRA)

O palestrante inicia a aula falando que tem conflito de interesse porque ele é o responsável pelo Estudo VENUS.

Inicia falando o que é o Estudo SOUND? É um estudo randomizado, controlado, multicêntrico, de não inferioridade, aberto. Critérios de seleção: pacientes de qualquer idade, com câncer de mama invasivo < 2 cm, axila clinicamente e “ultrassonograficamente” negativa e/ou um linfonodo suspeito com PAAF negativa; e candidatas à cirurgia conservadora e radioterapia. Essas pacientes foram randomizadas em dois grupos: um grupo (n=708) submetidas à biopsia de linfonodo sentinela (tratamento padrão-ouro) e o outro grupo (n=697) selecionadas para não realizar cirurgia na axila. Esse estudo foi iniciado em 2012 com Dr Veronesi na Itália que iniciou com essa ideia de reduzir a cirurgia axilar.

Foi criado então, em 1970 o estudo NSABP B-04, e nessa época não tinha quimioterapia, hormonioterapia, somente cirurgia e radioterapia. Selecionaram as pacientes: com axilas clinicamente positivas x grupo das axilas clinicamente negativas. Nas axilas negativas, foram randomizadas para realizar: mastectomia com linfadenectomia axilar, mastectomia sem axila ou mastectomia com radioterapia. No grupo axila positiva, faziam a mastectomia com linfadenectomia axilar ou mastectomia com radioterapia. Após 20 anos de seguimento, os resultados do estudo mostraram: não houve diferença em sobrevida global e sobrevida livre de doença entre os grupos de axilas positivas ou negativas. Então, o tratamento na axila não impactou, nem cirúrgico e nem radioterápico.

Em 1990, iniciou a técnica de linfonodo sentinela (BLS) com linfonodo axilar clinicamente negativo. Nos estudos de validação do BLS, o linfonodo sentinela se mostrou uma excelente acurácia, porém com taxas de falsos negativos de 10%, e essa taxa foi considerada aceitável, e a partir desses dados, o tratamento foi considerado padrão. O Estudo NSABP B32 ratificou esses dados, no qual comparou BLS com linfadenectomia axilar, e não mostrou diferença em sobrevida livre de doença e em sobrevida global. E as taxas de recorrência axilares em ambos os grupos foram baixas e semelhantes. Nesse cenário, já existiam os tratamentos adjuvantes, como quimioterapia e hormonioterapia para ajudar no tratamento da axila e não têm impacto na sobrevida global.

Evoluindo na cirurgia axilar, em 2000, aventou-se a possibilidade de evitar a dissecação axilar onde o linfonodo sentinela é positivo. O Estudo IBCSG 23-01 randomizou mulheres com carcinoma T1/2, N0, M0, para qualquer cirurgia na mama + BLS, e foram identificados micrometástase no BLS e foram selecionadas a dissecação axilar (n=464) e não realizar cirurgia axilar (n=467). Seguidas de terapia adjuvante sistêmica e radioterapia. Após 10 anos de seguimento, não houve diferença em sobrevida global e sobrevida livre de doença entre os dois grupos.

O Estudo ACOSOG Z0011 – que selecionou mulheres T1/T2, cN0, M0, cirurgia conservadora na mama + BLS, com BLS positivo com macrometástase (1-2) e foram randomizadas para Linfadenectomia axilar (n=420) e não realizar cirurgia (n=436), seguidas de terapia adjuvante sistêmica e radioterapia. Após 10 anos de seguimento, não houve diferença na sobrevida livre de doença e na sobrevida global. Concluímos que hoje, em uma paciente com linfonodo sentinela positivo, 1 a 2 linfonodos, que irá ser submetida a cirurgia conservadora, não precisa realizar dissecação axilar.

Em relação as taxas de recorrência axilar, qual a taxa de ter doença na axila com linfonodo sentinela positiva? As taxas de recorrências são muito baixas.

Para avaliar melhor a axila, pode-se utilizar a ultrassonografia (UGS). É um exame fácil, barato, tem parâmetros pré-estabelecidos. Quando o UGS é negativo (não tem doença), a chance de isso ser verdade é 85% e quando ele falha é devido a baixo volume de doença na axila. É um excelente exame para identificar mulheres com axilas clinicamente negativas ou com pouca doença na axila.

Lembrando que a técnica de BLS, também não é isenta de morbidades, com risco de linfedema em 5%, perda sensorial de 11%, infecção de 11%, e devido esses riscos vieram novos estudos.

ESTUDOS SOUND foi criado para omitir o linfonodo sentinela.

ESTUDO VENUS: É um estudo randomizado, multicêntrico (15 centros do Brasil), de não inferioridade, aberto, que selecionaram paciente de qualquer idade, com tumores < 5 cm (até T2), com axila clinicamente negativa e UGS negativa ou com PAAF ou core biopsia negativos e foram randomizados para realizar BLS ou não fazer cirurgia.

“O que o ESTUDO VENUS tem de informação a mais em relação ao estudo SOUND?”

O estudo SOUND não contempla algumas perguntas: é possível omitir a BLS nos seguintes casos: tumores > 2 cm, mastectomia, neoadjuvância, triplo negativo / Her-2, e pacientes jovens foram subamostrados. Nessas situações, podemos omitir a BLS?

O estudo VENUS vai agregar alguns tópicos:

Tumores > 2 cm até 5 cm. Qual o problema com o tamanho do tumor? Quanto maior o tumor maior a probabilidade de doença na axila. Por isso a capacidade do UGS de identificar essa axila.

Neoadjuvância: “Após neoadjuvância posso omitir a BLS? E se ficar doença residual na axila?”. Essas foram as perguntas que fizemos antes de iniciar o estudo VENUS. Se eu tenho pCR na mama, provavelmente tenho pCR na axila também. Posso determinar a adjuvância somente com a resposta da mama. Então, posso pensar se tenho redução na mama provavelmente tenho na axila, então posso omitir a BLS.

Mastectomia: “Posso omitir a BLS na mastectomia? “

Quando se faz cirurgia conservadora se faz radioterapia e se perguntaram se essa radioterapia faria impacto no tratamento da axila?

ACOSOG Z0011 – 11% das pacientes não receberam radioterapia.

IBCSG 23-01: 9% fizeram mastectomia e 30% receberam radioterapia parcial da mama, não atingindo a axila.

NSABP B-04: a radioterapia da axila não traz impacto na sobrevida

Então, podemos pensar que o quanto essa radioterapia possa tratar essa axila seja muito pouco.

“Conclusões:”

O que o estudo VENUS traz de informação em relação ao Estudo SOUND? Na possibilidade de omitir a BLS para tumores > 2 cm até 5 cm, nas pacientes mastectomizadas, nas pacientes que irão fazer neoadjuvância e na população brasileira.

E questiona: Será que podemos omitir a BLS, no nosso contexto, onde não temos acesso a algumas medicações e temos atraso no tratamento?

Nessa década, teremos muitos estudos trazendo informações de não abordar a axila.

REDUZINDO OS EFEITOS COLATERAIS DA TERAPIA SISTÊMICA COM EXERCÍCIOS FÍSICOS. COMO E QUANDO?

Rodrigo Pepe (BRA)

Inicia a aula falando do Panorama de câncer de mama e exercícios físicos e mostra que os estudos iniciam suas publicações em 2010, e especificando qual o tipo de exercício, selecionando resistência, temos publicações a partir de 2022 e ainda muitos estudos sem respostas.

A maioria dos estudos mostram os estudos com as pacientes em tratamento da doença, e muito poucos estudos falando sobre antes do tratamento e o que acontece ao longo de tempo.

Quais são os sintomas relatados pelas pacientes em tratamento: ansiedade, cardiotoxicidade, sintomas depressivos, fadiga, qualidade de vida, indicadores de força. Nessas perspectivas, devemos pensar quais benefícios a atividade física traz para esses desfechos.

Precisamos responder: “Será que é seguro fazer exercício físico? O que temos de evidências?”

Uma primeira publicação, em 2010 e mostrou os efeitos dos exercícios, embora alguns riscos, mas fazer atividade física é seguro. Novos estudos publicados em 2019, concluem:

O exercício é seguro para os sobreviventes de câncer, e esses deveriam “evitar a inatividade”. Doses específicas de treinamento aeróbico, resistido e/ou combinado, podem melhorar sintomas comuns relacionados ao câncer, incluindo ansiedade, sintomas depressivos, fadiga, função física e qualidade de vida relacionada a saúde.

Ainda em 2019, outro estudo mostra com forte evidência que o exercício físico reduz os níveis de ansiedade, sintomas depressivos, melhora a fadiga relacionada ao câncer, melhora a qualidade de vida e a condição física geral.

Em 2017, foi publicado o estudo sobre efeitos crônicos dos exercícios nas sobreviventes de câncer de mama sobre o treinamento resistido e foram feitas perguntas: “É melhor treinar musculação ou não treinar?” Foram encontrados os resultados: melhora a força muscular, e a força muscular é uma variável importante para longevidade, as pessoas vivem mais, quando apresentam melhores indicadores de força muscular. Sobre a composição corporal, alguns estudos mostram que encontraram alterações na composição corporal e outros não encontraram. Muitas vezes, faltam acompanhamento, um controle dietético ao longo dessas intervenções.

Conclusões desse estudo:

Protocolos de treinamento: 2 a 3 vezes / volume: 2-3 séries 8 a 12 repetições de musculação

Intervalo de repouso: não reportaram

Cadência (velocidade da execução): não reportaram

Supervisão: melhora adesão com supervisão, é descontinuada após 3 meses, se não tiver supervisão.

Aumento da intensidade dos exercícios – melhora da adesão

A maioria dos estudos mostrou que não tem alterações na composição corporal.

E se as pessoas treinassem uma vez na semana? E fizemos a pergunta: “Qual é o efeito de uma vez na semana?” Foi realizado um estudo, controlando as variáveis, com alta supervisão 1:1, treinos com carga de 10RM e foi trabalhado com carga máxima até a falha voluntária da paciente. Foi publicado esse estudo em 2019, e avaliando o efeito de uma sessão semanal de treino sobre os indicadores de força muscular. Foram selecionadas as pacientes, realizadas medidas de baseline, avaliamos diferentes desfechos e separamos as pacientes: grupo controle (não iriam se exercitar) e grupo treinamento e após 8 semanas as pacientes foram reavaliadas. Avaliamos: força de pressão palmar, força de 10 repetições máximas no legpress e no supino. O que identificamos: para a melhora da força muscular, todas as pacientes que treinaram melhoraram diferentemente do grupo controle com uma sessão semanal de treino. Conclui: “Então, é melhor fazer alguma coisa do que não fazer nada”. Quando olhamos para os níveis de força: temos um aumento de 34% de melhora na força muscular dos membros inferiores, semelhante aos outros estudos, porém os outros estudos mostram a frequência de pelo menos 2-3 vezes na semana, e o nosso estudo, refere-se a uma vez na semana. Conclui a importância dessas pessoas se movimentarem. Para membro superior apresentou um menor ganho (20%) comparado aos encontrados com outros estudos, mostrando que algumas pacientes têm medo de exercitar o membro comprometido, operado. Conclusão do estudo: devemos estimular as mulheres a realizar exercícios físicos pelo menos uma vez na semana.

Publicamos novo estudo em 2021, analisando os mesmos desenhos, mas avaliando os desfechos: ansiedade, fadiga e qualidade de vida. O que identificamos: grupo controle (não exercitou) x grupo que treinou. Os resultados do que treinou: reduziram os níveis de ansiedade e ansiedade, melhorou a fadiga, melhorou a capacidade funcional, melhora do estado geral. Conclusão: treinando uma vez na semana comparada a quem não treina, conseguimos melhorar vários desfechos na saúde da paciente.

Fizemos um novo estudo (efeitos dos diferentes protocolos de treinamento muscular para mulheres sobreviventes ao câncer de mama). “Será que as pacientes se adaptam aos altos volumes de carga?”. Selecionamos em alto volume de treino (12 -15 repetições) e baixo volume de treino (6-8 repetições). Intervenção por 8 semanas e as pacientes foram reavaliadas. Resultados: 1) Capacidade funcional como sentar e levantar – grupos de baixo e alto volume – melhora em relação ao baseline. 2) Teste: levanta, caminha 3 metros e retorna – ambos os grupos baixo e alto – melhora para essa variável. 3) Força muscular para membros superiores e inferiores – tanto alto ou baixo volume – melhora significativa em relação ao baseline. Conclusão: Ao trabalhar com baixo ou alto volume de treino as pacientes suportam bem essas intervenções.

Publicamos o estudo: “Qual o efeito da quimioterapia sobre a força muscular, qualidade de vida, fadiga e ansiedade nas pacientes com câncer de mama”. Avaliamos as pacientes entre 3-4 ciclos de quimioterapia comparadas com as pacientes sem câncer e observamos uma séria de piora: limitações físicas, queda nos aspectos social e emocional. Ainda diferenças entre os níveis de ansiedade e fadiga entre os grupos. Ainda existe uma produção menor de força comparado ao grupo controle.

“Conclusões:”

Quais e quando realizar exercícios físicos? Seria interessante combinar as atividades:

Exercícios aeróbicos entre 2-3 vezes na semana – 20 e 40 min de duração, com intensidade moderadas até vigorosas;

Exercícios resistidos entre 2 e 3 vezes na semana (1 vez também melhora) – 2 vezes, 3 séries entre 8 e 12-15 repetições.

“Exercício X mortalidade:”

A dose necessária de atividade física para reduzir a mortalidade específica por câncer ainda não é conhecida; no geral, mais atividade parece levar a uma melhor redução de risco.