

# CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA EM JOVENS.

Palestrante: Monica Morrow - Chefe do Departamento de Cirurgia Mamária no Memorial Sloan Kettering Cancer Center em New York.

Autora: Dra. Luiza Herdy Boechat Luz Tiago – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dra. Monica Morrow inicia sua apresentação mostrando que a incidência de câncer de mama não difere entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, e em ambos, o estadiamento é mais avançado em pacientes com até 45 anos, em relação a pacientes com mais de 60 anos, se relacionando também a tumores mais agressivos, maiores, com piores características genômicas e com mais linfonodos positivos, o que ela acredita estar relacionado com a falta de rastreamento adequado nessas pacientes.

Conforme dados do Mammaprint de sobrevida global, pacientes com menos de 40 anos correspondem a maior proporção de pacientes com mal prognóstico.

De acordo com os subtipos tumorais, tumores luminais A são menos frequentes nessas pacientes, em que há maior proporção de tumores HER2 e Triplo Negativos. Há também maior frequência de mutações germinativas em pacientes com até 45 anos: cerca de 12,2% para mutação BRCA 1 e 2, enquanto que pacientes entre 46 e 60 anos fica em torno de 3%, diminuindo ainda mais em pacientes com mais de 60 anos (cerca de 1,6%).

Devido a essas características, deve haver um esforço em realizar o teste genético antes da cirurgia, já que a presença da mutação gera um impacto na terapêutico dessas pacientes, como mostra o estudo Impact that Timing of Genetic Mutation Diagnosis has on Surgical Decision Making and Outcome for BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Breast Cancer, em que as taxas de mastectomia bilateral foram maiores em pacientes com mutação BRCA conhecida antes da cirurgia, entretanto, pacientes nas quais a mutação foi identificada após a cirurgia inicial frequentemente foram submetidas a reoperação mamária. Saber da mutação evita cirurgias e radioterapia de forma desnecessária.

Por se tratarem de cânceres maiores, com maior probabilidade de linfonodos positivos, e



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

se relacionarem a fenótipos mais agressivos, dos subtipos HER2 e Triplo Negativo, além de apresentarem mais comumente a presença de mutações BRCA 1/2, a quimioterapia neoadjuvante tem grande importância em mulheres jovens, com melhores desfechos, reduzindo a morbidade cirúrgica, melhorando os resultados de sobrevida, além de possibilitar a realização do teste genético antes da cirurgia.

Dra. Morrow mostra que estudos mais antigos mostravam maior taxa de recidiva local. Hoje na literatura moderna a taxa de recidiva nessas pacientes vai se relacionar principalmente a biologia tumoral. Para pacientes HER2, com o advento do Trastuzumabe e da terapia sistêmica de maneira eficaz, as curvas de recidiva se sobrepõe evitando o impacto da idade. Já para os tumores triplo negativos, o desfecho nunca se relacionou a idade, mas o que o determina é a resposta a quimioterapia neoadjuvante. Em pacientes luminais, existe disparidade potencial para o subgrupo Luminal B, embora os resultados tenham melhorado. A sobrevida é melhor, mesmo com recidiva, pela introdução de inibidores CDK4/6, mas as pacientes mais jovens tendem a evoluir de maneira pior no geral.

Ao longo dos anos os desfechos melhoram independente do tipo de cirurgia realizada. Quando avaliado o risco de recorrência após cirurgia e radioterapia, mulheres com menos de 35 anos apresentam pior desfecho, mesmo as submetidas a mastectomia e radioterapia, pela maior agressividade da doença inicial. Assim, pacientes sem mutação não apresentam melhor sobrevida se submetidas a mastectomia profilática contralateral. Essas pacientes apresentam maior taxa de mastectomia, independente do tamanho do tumor. Mulheres jovens, tem baixo risco de neoplasia secundária após a realização de radioterapia prévia.

Dra. Morrow enfatiza que uma cirurgia maior não supera uma biologia tumoral ruim, e o que vai definir o desfecho dessas pacientes é a resposta a terapia sistêmica.

É importante avaliar os cuidados psicológicos, de apoio a fertilidade e gravidez nessas pacientes, já que essas preocupações podem ter impacto na escolha do tratamento e a maior parte dessas pacientes sentem que esse tema não é abordado de forma adequada. Dra Morrow orienta que as pacientes jovens devem ser encaminhadas para o especialista em fertilidade de forma imediata ao diagnóstico para a conservação de óvulos, traz o benefício do uso da Gosserrelina durante a quimioterapia para preservação da função ovariana e reforça que o estudo POSITIVE já demonstrou que a pausa na terapia endócrina permite a gestação após o tratamento e não piora a sobrevida dessas pacientes.

Como mensagem final, ela ainda reforça a atenção para melhorar o manejo geral dessas pacientes, já que a qualidade de vida em sobreviventes jovens do câncer de mama é pior em todos os critérios em relação a pacientes idosas, apresentando maiores taxas de depressão, fadiga, impacto negativo na atividade sexual, atenção funcional, pior avaliação da própria imagem corporal, ansiedade, pior suporte social, medo de recorrência, piora da satisfação conjugal e bem estar no geral.



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

Assim, ela conclui que o câncer de mama em mulheres jovens tem um espectro de apresentações e comportamentos, relacionando-se a maior agressividade, sendo que a idade por si só não é uma indicação para mastectomia bilateral em pacientes sem mutação genética, pois a cirurgia não prolonga a sobrevida dessas pacientes.

# QUANDO A CIRURGIA AXILAR PODE SER DISPENSADA?

Palestrante: Monica Morrow - Chefe do Departamento de Cirurgia Mamária no Memorial Sloan Kettering Cancer Center em New York.

Autora: Dra. Luiza Herdy Boechat Luz Tiago – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dra. Morrow mostra que essa ideia iniciou na década de 70, através de dados do estudo NSABP B04, mas que apesar dele se manteve a realização do esvaziamento axilar já que o status nodal inicialmente era utilizado para selecionar pacientes para quimioterapia. Apesar dos esforços, a cirurgia continuou ocorrendo com a justificativa da dificuldade de identificar de forma reprodutível pacientes de subgrupos de baixo risco de acometimento axilar, pela ansiedade de médicos e pacientes que queriam informações prognósticas, além de se julgar ser o melhor método de controle local.

Já que hoje sabemos que a dissecação axilar não melhora a sobrevida em pacientes com axila clinicamente negativa, não traz benefício adicional de controle local; pode trazer informações quanto a necessidade de terapia adjuvante, mas apenas para alguns casos, Dra. Morrow questiona: por que ainda esvaziamos a axila em 2024?

O que sabemos sobre a cirurgia axilar, taxas de falsos negativos e resultados clínicos?

Os estudos NSABP B04, NSABP B32, Milan, ACOSOG Z0011 e AMAROS, mostraram que embora uma taxa de doença axilar residual fosse observada, a taxa de recorrência axilar era muito baixa, sem diferença em sobrevida. Assim, cirurgia axilar não é necessária para



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

o controle local.

Levanta-se ainda o questionamento: se a axila é clinicamente negativa, apenas com exame físico, qual a probabilidade de haver doença axilar? Dra. Morrow considerou os estudos de McCartan e Lee, sendo que 19 e 23%, respectivamente das pacientes apresentavam macrometástases, mas que após dissecação axilar apenas cerca de 4 a 6% das pacientes apresentavam dois ou mais linfonodos acometidos.

Assim, se considera a importância dessa informação de acordo com o subtipo tumoral, já que para pacientes HER2 e Triplo Negativo, muda a terapêutica. Já para paciente pós-menopausa RH positivo e HER2 negativo, conforme os estudos TAILORx e RxPONDER, o status nodal não é o principal determinante da terapia pós-menopausa, não mostrando benefício a adição de quimioterapia.

Considera-se evitar a biópsia de linfonodo sentinela (BLS) em pacientes com 70 anos ou mais, já que nesta população as características biológicas tumorais tendem a ser mais favoráveis, com uma maior proporção de receptores de estrogênio positivo, HER2 negativo e uma menor probabilidade de positividade nodal. Assim, o status nodal é menos relevante para decisões de quimioterapia sistêmica, dada a diminuição do risco geral de câncer e menor expectativa de vida.

Algumas referências ainda divergem, como as Diretrizes da Sociedade Americana de Oncologia que orienta evitar BLS em pacientes com 70 anos ou mais e tumores iniciais luminais, já o NCCN considera ser opcional.

O estudo SOUND, publicado no JAMA no final de 2023, em que pacientes cT1N0 com ultrassonografia axilar pré-operatória negativa, foram randomizadas em BLS e a não realização de cirurgia axilar. A média de idade foi de 60 anos, cerca de 88% das pacientes eram luminais HER2 negativo. No grupo submetido a BLS cerca de 14% era positivo, sendo 9% com a presença de macrometástases. Durante o seguimento de cerca de 5,7 anos a recorrência locorregional, metástases a distância e óbitos foram semelhantes nos dois grupos, sendo concluído que a omissão de cirurgia axilar não foi inferior a realização de BLS.

Outro ponto levantado: Como a omissão de avaliação cirúrgica axilar afeta a indicação de radioterapia?

Deve-se avaliar as características tumorais: tumores pequenos, RH positivo, com baixa carga nodal; avaliar a possibilidade de irradiação parcial da mama; avaliar a omissão de radioterapia em pacientes pN0 RH positivo e com baixo recurrence score no Oncotype.

E ainda, como fica a tomada de decisão pela oncologia clínica?



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

O acometimento de 4 ou mais linfonodos é determinante para mudar a terapia sistêmica. O Oncotype é quem determina a terapia sistêmica para pacientes N0 ou com 1-3 linfonodos acometidos. Dra. Morrow explica que a doença N2 é incomum em pacientes com axila clinicamente negativa e ultrassonografia axilar negativa, assim, a chance de deixar de oferecer terapia sistêmica para essas pacientes com alta carga de doença axilar é incomum.

Com o advento de novas drogas, pode-se gerar uma angústia quanto a oferta dos melhores tratamentos sistêmicos. Os dados do MonarchE com a adição de Abemaciclibe por 2 anos à terapia endócrina para pacientes com câncer de mama inicial RH positivo e HER2 negativo e alto risco de recorrência, ou seja, com 4 ou mais linfonodos positivos ou com 1 a 3 linfonodos e algum fator de risco adicional – tumores maiores que 5 cm, ou grau histológico 3, ou ainda ki67 >20% - mostrou ganho de sobrevida livre de doença invasiva e livre de doença a distância, mas ainda sem ganho em sobrevida global.

Há risco de perdermos pacientes candidatas ao Abemaciclibe?

Os estudos revelam que a adição de Abemaciclibe para pacientes de baixo risco não foi significativa. Outros ainda trazem que na pós-menopausa menos tumores são grau 3.

Assim, será que a não realização de BLS em pacientes cT1N0 privaria um número significativo de pacientes do Abemaciclibe?

No estudo SOUND, apenas 0,6% das pacientes apresentavam 3 ou mais linfonodos positivos. Já em pacientes com boa saúde e características tumorais de alto risco a BLS pode ser considerada.

Como é feito no Memorial Sloan Kettering Cancer Center:

Se omite a realização de abordagem axilar em pacientes com 50 anos ou mais, pós-menopausa, tumor grau 1 ou 2, com receptor hormonal positivo e her2 negativo, de qualquer histologia invasiva, unicêntrico/unifocal, cT1N0 e com ultrassom axilar negativo. Se realiza BLS se: ultrassonografia axilar anormal; tumores multicêntricos, grau 3; com tamanho maior ou igual a 3 cm após ressecção, de acordo com consenso multidisciplinar.

Dra. Morrow conclui que em pacientes cN0, pós-menopausa com RH positivo, HER2 negativo a cirurgia axilar adiciona morbidade, não fornece benefício de sobrevida, não é necessária para controle local, e tem impacto sobre a decisão de terapia sistêmica em uma minoria de pacientes. Para pacientes submetidas a mastectomia os dados são limitados, mas o risco de metástase nodal independe do tipo de cirurgia realizada. Para todas as pacientes, BLS é menos mórbido que a radioterapia, que acaba sendo administrada pela incapacidade de aceitar qualquer incerteza sobre o status nodal.

# TOXICIDADE FINANCEIRA DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.

Palestrante: Stephen Doral Stefani - Oncologista Clínico do grupo Oncoclínicas.

Autor: Dr. Fernando Vecchi Martins – Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina – Triênio 2023-2025.

O Dr. Stephen começa sua apresentação com uma importante frase:

“É claro que a medicina mudou, ao longo dos anos estamos empilhando uma quantidade novas de tecnologias geniais”, e embasa com uma publicação em que ele participou em 2022 na revista Nature Medicine (28, 658665 – 2022), comprovando a enorme lista de medicamentos e tecnologias incorporados ao sistema na Europa e Estados Unidos, com uma grande aceleração recente de novas medicações, surgindo quase semanalmente, como na área da imuno oncologia, que puderam aumentar a sobrevida em todos os níveis aos pacientes, mesmo com doença avançada.

A grande questão polêmica a ser discutida é: “como fazer com que tudo isso caiba dentro do nosso orçamento? Pois esse avanço caminha ao lado de medicações muito caras.”

Uma droga na Oncologia que entra no mercado custa, em média, 10 mil dólares por mês.

Segue a apresentação com uma importante publicação em que ele também participa com seu colega Dr. Vinicius K. Gonçalves: Critical Appraisal of Drug Pricing for Advanced Breast Cancer Medications Approvals in Brazil (2007 – 2022) and Comparison with Major National Economic Indicators, mostrando que o custo dos medicamentos para câncer de mama no Brasil aumentou 176% nesse período, enquanto o nosso PIB cresceu apenas 28%.

Isso tende a “elitizar” a possibilidade das pessoas em possuírem planos de saúde e cada vez dificultar a incorporação dos avanços farmacológicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ele cita publicações no Reino Unido, para fins de comparação, que gasta 8,5 vezes o valor do seu PIB em saúde e admite dificuldade de acompanhar economicamente o acréscimo de novas medicações no seu orçamento.

O grande desafio é fazer com que o paciente receba o mais moderno e melhor, com condições econômicas viáveis, independente de onde o tratamento é oferecido, seja público ou privado.

Para isso, ele cita um editorial de 2013 publicado no Lancet Oncology: “Review of the MonarchE trial suggests no evidence to support use of adjuvant abemaciclib in women with breast cancer”. Ou seja, o aspecto financeiro deve ser levado em consideração, pois o custo desses inibidores de ciclina nos Estados Unidos por dois anos é maior do que 300 mil dólares, que pode gerar várias consequências, dentre elas a incapacidade de investir coletivamente os recursos.

O que fazer para melhorar? Não há solução pronta ou mágica!

Ele apresenta uma publicação com uma lista de tarefas que podem trazer sugestões de soluções, dentre elas:

- **Necessidade de Análises de Custo-Efetividade (o ponto mais abordado durante a apresentação, que o palestrante considera mais importante):** busca eterna do mais barato e mais efetivo, o que, na Oncologia, é o maior desafio. O que devemos questionar é: quanto nós estamos dispostos a pagar para aumentar a sobrevivência das nossas pacientes? De maneira individual, essa resposta é infinita, mas, coletivamente, isso não é possível. A decisão não pode ser apaixonada, precisa ser científica. Supondo que o recurso é finito, as instituições precisam elencar os gastos, através de protocolos de tomada de decisão de prioridades, para garantir a assistência de todos. Um exemplo citado, baseado no artigo indiano Effectiveness of Immune Checkpoint Inhibitors in Various Tumor Types Treated by Low, Per-Weight, and Conventional Doses at a Tertiary Care Center in Mumbai, é por que não oferecer imunoterapia por dose por quilo, e não dose fixa? Pois nesse estudo mostrou equivalência de resultados. Inclusive, essa recomendação é fundamentada pela ESMO, que recomenda prescrever imunoterapia por faixa de peso. Se isso for adotado, há estudos mostrando economia de até 22% com Pembrolizumabe. Isso significa que, ao invés de se tratar 4 pacientes, pode-se tratar 5, um argumento incontestável para se oferecer a mais pessoas. São estratégias práticas e simples para se tratar a quem precisa;
- **Precificação:** o Brasil precisa discutir o valor dos medicamentos, pois o nosso país não coloca a sua real possibilidade de pagamento. Sugere que deveriam existir “travas” no custo das medicações que cumpram a capacidade de custeio. Será que há lógica de se investir 1 bilhão de dólares para desenvolver um medicamento que depois pode servir apenas para uma minoria? Não se pode pagar 2,5 milhões de reais em uma medicação, pois não vai haver dinheiro para fazer mamografia, por exemplo. É preciso existir outras formas mais em conta para se resolver o mesmo problema. No Brasil,

por exemplo, a medicação não muda de valor à medida em que há mudança de bula, ou seja, passam a existir mais indicações de uso do mesmo medicamento, o que naturalmente gera mais venda do produto, mas o preço não muda. Em outros países há “descontos” em valores nas drogas quando elas passam a ser mais usadas;

- Biossimilares e Genéricos: qualquer contestação para não os usar é comercial, pois não há motivos científicos para prescrever apenas as medicações de referência;
- Inclusão em Estudos Clínicos: isso desafoga o sistema pois, além de devolver à comunidade de maneira individual a possibilidade de respostas melhores daquelas que já se conhece, não se vai usar o sistema assistencial. Para isso, é preciso aumentar centros de pesquisa e estudos clínicos, o que comparado a outros países ainda é baixo;

Ele termina a apresentação citando um artigo recente do JAMA (abril de 2024): Clinical Benefit and Regulatory Outcomes of Cancer Drugs Receiving Accelerated Approval, que mostra que, das drogas que foram “aceleradas” pelo sistema para sua incorporação prática, 41% não melhoraram a sobrevida global ou a qualidade de vida em ensaios confirmatórios após mais de 5 anos de seguimento, 15% ainda não tinham resultados disponíveis mesmo após 5 anos e, entre os medicamentos convertidos para aprovação regular, 60% das conversões se basearam em medidas substitutas.

Precisamos olhar mais para decisões de coisas que não precisam ser feitas, que podem ser obtidas através de abordagens através do Choosing Wisely, por exemplo, e aumentar cada vez o conceito de medicina personalizada no Brasil, incluindo conhecer o “fenótipo” do paciente, se há quem entregue o tratamento a ele, se tem quem cuide da família enquanto o paciente está recebendo o tratamento e se o paciente consegue chegar ao local do tratamento. Esse é o verdadeiro conceito de medicina personalizada.

# HÁBITOS DE VIDA: O QUE INFLUENCIA NO RISCO DE CÂNCER DE MAMA?

Palestrante: Melissa Pilewskie - Assistant Attending Breast Cancer Surgery Service at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nova York, Estados Unidos.

Autor: Dr. Guilherme Gamba – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina – Triênio 2023-2025.

Dra. Melissa iniciou sua palestra lembrando que alguns fatores de risco para o câncer de mama não podem ser modificados, porém muitos sim e cada vez mais se estuda o impacto desses fatores na vida das pessoas e nas políticas de prevenção primária.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Americano um drink contém em média 15 gramas de álcool e dados mostram que para cada 10g de álcool consumido observamos um aumento de 5% no risco de câncer de mama em mulheres na pós menopausa e 9% na pré menopausa, e em estudo publicado no JAMA por Smith-Warner (1998) foi observado que o consumo de mais de 1 drink por dia está associado a aumento progressivo para câncer de mama, sendo este “dose dependente”. Logo após, Dra. Melissa nos apresenta uma meta análise publicada por Longnecker (1994) incluindo 38 estudos onde as pacientes que consumiam um drink diário apresentavam um risco relativo aumentado de desenvolver câncer de mama em 1.11, para 2 drinks 1.24 e para 3 drinks 1,38.

Em análise realizada por Liu (2021) avaliando fatores de risco ligados ao estilo de vida e mortalidade por câncer de mama, foi observado que as mudanças no estilo de vida são responsáveis por uma taxa de redução de mortalidade de 0,6% ao ano entre 1990 até 2017 e quando avaliamos essas mudanças isoladamente o consumo de bebidas alcoólicas apresentou o maior impacto.

Outro fator importante levantado pela Dra. Melissa é a obesidade que vem aumentando ao longo dos anos em escala global. Segundo meta análise realizada por Renehan (2008) o aumento de 5 pontos no IMC representa um incremento de 1.1 risco relativo para o desenvolvimento de câncer de mama e enfatizou que caso o IMC fosse mantido abaixo de 25 conseguiríamos reduzir aproximadamente 90.000 mortes por ano ligadas ao câncer de mama.



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

A cirurgia bariátrica apresenta seu papel na redução de risco para câncer de mama conforme relatado pela palestrante, em uma revisão sistemática realizada por Lovrics (2021) avaliando mais de 1 milhão de pacientes comparando indivíduos pós cirurgia bariátrica vs grupo controle e o risco subsequente de desenvolvimento do câncer de mama, observamos uma redução de 50% de casos de câncer de mama no grupo pós cirurgia quando comparado com o grupo controle, no entanto o estudo apresentou heterogeneidade de 88% o que é considerado alta e que análises de subgrupo seriam indicadas para avaliar essa questão.

Ainda em relação à cirurgia bariátrica, Dra. Melissa adiciona que comparando as pacientes operadas com pacientes que apresentam IMC abaixo dos 25 não foi observado diferença significativa em relação ao câncer de mama, o que mostra o benefício da cirurgia para esse grupo específico. Um dado interessante é que mesmo pacientes pós cirurgia que permaneciam com sobrepeso apresentavam risco semelhante as com IMC abaixo de 25, levantando a hipótese que outros fatores devem estar associados a redução do risco. A questão que permanece sobre a cirurgia bariátrica gira em torno das pacientes com alto risco (BRCA mutations e lesões de alto risco) se apresentam o mesmo benefício.

Sobre atividade física, em uma análise realizada por Guo (2020) com aproximadamente 175.000 mulheres do Reino Unido foi observado uma redução de risco para câncer de mama "tempo dependente". Por fim, em estudo realizado por Korn (2022) onde foram avaliados vários fatores como controle de peso, atividade física, dietas baseadas em vegetais, redução do consumo de açúcares, álcool e carnes processadas, a redução de risco de desenvolver câncer de mama é maior quanto maior o número de fatores protetores associados

Dra. Melissa termina sua aula nos resumindo que o consumo de mais de 1 drink alcoólico está associado a um maior risco de desenvolvimento de câncer de mama (RR 1,0-2,0) e que o ganho de peso está associado diretamente com o aumento de risco para câncer de mama na pós menopausa. Exercícios físicos reduzem em até 30 % o risco de câncer de mama e a maior redução é observada nos grupos que realizam mais de 6 horas por semana.



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

# A RM DE MAMAS PRÉ-OPERATÓRIA MELHORA DESFECHOS EM CIRURGIA CONSERVADORA?

Palestrante: Dra. Bruna Salani Mota – Mastologista, pós doutoranda FMUSP.  
Doutorado pela UNIFESP.

Autora: Dra. Rafaela Reis – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina – Triênio 2023 - 2025.

A Ressonância Magnética de Mamas (RM) é um exame cada vez mais solicitado no contexto pré-operatório, mas qual o racional para o seu uso? Será que ela se comporta como bandida aumentando as taxas de mastectomias e “atrapalhando” o cirurgião ou se comporta como heroína atuando na sobrevida global e sobrevida livre de recorrência local das pacientes?

Em 2010, a EUSOMA liberou um guideline para uso de RM no câncer de mama o que aumentou e muito o uso desse exame para fins de screening sendo corroborado com o DENSE trial em 2019. Em relação a avaliação pré operatória temos, até o momento, cinco estudos randomizados (Comice 2010, Monet 2011, Pomb 2014, Bruck 2018, Breast MRI Trial 2023) e duas metanálises (Houssami et al 2013 e 2017) que nos guiam para responder a perguntar chave.

A palestrante apresentou dados do trial realizado no ICESP, Brasil entre 2014-2020 intitulado Effects of preoperative magnetic resonance image on survival rates and surgical planning in breast cancer conservative surgery: randomized controlled trial – Breast MRI trial no qual foram incluídas 524 mulheres com estadiamento 0-III randomizadas de acordo com a densidade mamográfica para realizar ou não RM no pré-operatório, e será discutido a seguir:

A opção por cirurgia conservadora ou mastectomia foi baseada em alguns critérios pré-estabelecidos. Muitos achados adicionais favoreceram a mudança de conduta em prol da mastectomia, porém com uma taxa de 24% de falsos positivos e, portanto, não corroborando com os achados anatomopatológicos. Ainda em relação a essa taxa de mastectomia concluiu-se que realizar RM pré-operatória aumentou essa taxa em torno de 8,3%. Com relação as taxas de reoperação concluiu-se que fazer a RM pré-operatório não preveniu a



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

paciente de nova cirurgia ficando em torno de 8% em ambos os grupos. Com relação aos desfechos oncológicos a RM não impactou nas curvas de sobrevida global e nem de sobrevida livre de doença local.

Em comparação a literatura atual os resultados de taxa de reoperação, conversão para mastectomia e desfechos oncológicos corroboram com os achados do trial brasileiro. Com exceção do estudo Pomb que mostrou dados que a RM foi capaz de reduzir as taxas de reoperação. Outro dado importante exposto na apresentação, foi que de acordo com os trials Comice, Houssami e Pomb fazer a RM aumentou de 7 a 25% a chance dessa paciente ser submetida a mastectomia.

Quando indicamos RM no cenário pré-operatório estamos buscando melhorar o estadiamento, evitar a reoperação e impactar na sobrevida global e livre de recorrência local, porém a balança é bem desigual com baixa evidência de benefício principalmente quando avaliarmos custo-efetividade.

Dra Bruna pergunta: Será ela a bandida? Se continuarmos indicando pelos motivos citados anteriormente pensamos que sim. Mas se quisermos continuar solicitando, nosso racional deve ser modificado visando, com a RM pré-operatória, aumentar o número de diagnóstico de câncer de mama contralateral, melhorar o planejamento cirúrgico (3D) e intensificar a realização de biópsias para focos adicionais.

E quando concluímos, embasados em literatura robusta, que a RM não tem tanto espaço no cenário pré-operatório somos surpreendidos, segundo a palestrante, com uma publicação recente no THE LANCET (PROSPECT trial) que avalia a omissão da radioterapia em pacientes com câncer de mama inicial submetidas a RM pré-operatória. Após 5 anos de seguimento as taxas de recorrências locais foram semelhantes entre os grupos. Um estudo bem específico que ainda aguarda novos resultados em 2026, porém que abre espaço para um nicho importante da RM.

Heroína ou Bandida? Indaga a Dra Bruna.

Conclui que de acordo com a nossa realidade e com as evidências publicadas até o momento ela pode ser considerada bandida. É um exame interessante com indicações precisas, porém em relação aos desfechos oncológicos auxilia muito pouco. Evidências futuras para talvez, um dia, nesse cenário pré-operatório, a considerarmos heroína precisam ser publicadas.



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

# QUAL O RASTREAMENTO IDEAL PARA O CÂNCER DE MAMA?

Palestrante: Dr. Ruffo de Freitas Junior – Coordenador do Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás.

Autora: Dra. Daniela Nesello - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Santa Catarina - Triênio 2023 – 2025.

O autor inicia a palestra falando que a melhor maneira de realizar o rastreamento é através da mamografia. Precisamos identificar que cada exame tem os dois lados: o positivo (heróico) e o negativo (antiheróico) e compara com o personagem do filme Minions, o Gru, com suas duas personalidades.

O palestrante faz uma analogia à produção de mel de abelha, e a chance de ser picado pela abelha. Em 62.000 picadas de abelhas por ano, a chance de letalidade é de 0,3%; comparando com a letalidade da mama, certamente é muito menor.

Segue a apresentação: “Quais são os riscos e os benefícios do rastreamento com mamografia?” O principal ponto é identificar os riscos (contras) e os prós da mamografia. Segue citando que os riscos do rastreamento mamográfico são: sobrediagnóstico/tratamento, procedimentos desnecessários, câncer radioinduzido e mortes relacionadas ao tratamento. E os objetivos do rastreamento mamográfico são: reduzir a mortalidade por câncer (principal), reduzir taxas de tumores avançados, descalonar tratamentos e reduzir custos.

Traz as recomendações do rastreamento ideal do NCCN 2024 para o rastreamento: para as mulheres abaixo dos 40 anos, a mulher deve se conhecer e procurar seu ginecologista ou mastologista se identificar alguma alteração. Para mulheres acima dos 40 anos, deve realizar a mamografia anual, e não tem uma idade máxima limite. Se adicionarmos os fatores de riscos: pacientes com história familiar e variantes patogênicas de alta penetrância, devemos associar a ressonância magnética nessas pacientes.

Ainda segue falando sobre a mortalidade por câncer de mama em países, com diferentes estratégias de rastreamento e todos eles, principalmente os mais desenvolvidos mostram redução da mortalidade com rastreamento. O rastreamento diminui a mortalidade de cân-



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

cer, com 10 mortes evitadas por 10.000/mulheres com o rastreamento mamográfico bienal. Devido a esses novos estudos, os Estados Unidos, passaram a recomendar que a mamografia seja realizada para as mulheres a partir dos 40 anos de idade.

Foi realizado um estudo no Brasil sobre o rastreamento entre 40 e 50 anos de idade e mostrou que o rastreamento a partir dos 40 anos, o número de mortes por câncer de mama prevenidas pelo rastreamento com o rastreamento bienal de 50 a 69 anos, é de 22,8/10.000 mulheres e o rastreamento anual de 40 a 49 anos é de 22,3/ 10.000 mulheres; e a razão de vidas salvas para vidas perdidas é de 13,7/ 10.000 mulheres para rastreamento bienal de 50 a 69 anos, e de 7,9/10.000 mulheres para o rastreamento anual de 40 a 49 anos de idade, então um saldo positivo para realizar o rastreamento dos 40 a 49 anos.

Levando em consideração as guias internacionais incluindo o Brasil, com rastreamento não clássico e sim o oportunístico, o que vale é o rastreamento oportunístico. As três sociedades brasileiras de Radiologia, Mastologia e de Ginecologia e Obstetrícia promoveram juntas as recomendações para o rastreamento para mulheres usuais sendo elas: a partir dos 40 anos, anual, até os 74 anos de idade (ou expectativa > 7 anos), incluindo a tomossíntese. A ressonância magnética não é recomendada.

Segue a palestra citando: “Porque a Tomossíntese é recomendada?” Um trabalho do Dr Henrique Couto do Brasil mostrou uma economia de R\$6.000,00 por paciente com o uso da tomossíntese como rastreamento, sendo então considerada custo-efetividade.

Em relação a ressonância magnética, o trabalho apresentado pela Dra Maria Isabel Achatz mostrou que a adoção da vigilância com RM para pacientes com Síndrome de Li-Fraumeni pelo SUS brasileiro apresentou custo-benefício tanto para homens quanto para mulheres, mostrando a importância de adicionar a RM pelo Sistema Único de Saúde.

“E o rastreamento no Brasil?” A taxa de mortalidade do câncer de mama no Brasil não reduziu ao longo do tempo, diferente de outros países que tiveram redução. E o palestrante pergunta: “Onde estamos errando?” Nossas mulheres continuam tendo tumores mais avançados.

O trabalho publicado pelo Dr Cristiano Resende em 2023, mostrou que a taxa de estadia-mento entre III e IV ao diagnóstico subiu após a pandemia tanto no sistema público como no privado com aumento de 8,9% na rede pública e de 5,9% na rede privada, evidenciando que já estava ruim e teve uma piora após a pandemia.

O autor segue a apresentação falando sobre o tempo em número de dias entre o diagnós-tico e o início do tratamento, de acordo com a idade e de acordo com o estágio. Estudo publicado pelo Instituto Avon e o Observatório de Oncologia em 2024, temos o tempo de 313 dias entre o diagnóstico e o tratamento no estágio IV, com isso entendemos porque o Brasil tem apresentado casos mais avançados.



RESUMO DE AULAS DO 26º CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA  
- PORTO ALEGRE/RS 2024

Em relação aos tumores com estadiamento III e IV no Brasil em 2022, segundo DATASUS 2024, em pacientes atendidas pelo SUS foram encontrados: 59% de tumores estágio III e IV nas mulheres entre 40-49 anos, 51% dos tumores estadiamento III e IV nas mulheres entre 50 e 69 anos e 52% no estágio III e IV nas mulheres acima dos 70 anos. Em Goiás, temos 85% das pacientes diagnosticadas nos estádios III e IV entre 40-49 anos de idade. O palestrante complementa: “É uma vergonha no Brasil termos esses dados na pós-pandemia”.

O apresentador segue a aula: “Como podemos salvar as vidas dessas mulheres?” Se diminuirmos o estadiamento, diminuindo o estágio III para estágio II, salvaríamos 1.407 mulheres por ano com rastreamento efetivo. De acordo com estudo Amazonas III, o número de vidas salvas seriam 3.765 por ano, se fossemos efetivos da maneira que deveríamos ser e não somos. Nos últimos 20 anos, não passou de 25% a taxa de rastreamento no país.

“Qual é o rastreamento ideal no Brasil?” Conclui que rastreamento ideal no Brasil é a paciente ter acesso. Acesso para ter contato com agentes de saúde, para realizar seus exames, para realizar as biópsias e iniciar o seu tratamento de maneira mais rápida.

Finalizou a aula falando do Projeto ITABERAI que é uma intervenção por meio de treinamento dos agentes comunitários de saúde baseado em evidência de rastreamento em exame físico da mama. Estudo clínico, controlado e randomizado, fase III, multicêntrico, com objetivo de redução de tumores avançados de mama (EC III e IV) e redução da mortalidade por câncer de mama. Os pilares do estudo são: 1) Exame clínico da mama sistemático, realizado por agentes comunitários de saúde na residência de cada mulher. 2) Desenvolvimento e gerência de cuidados: aplicativo rosa, treinamento de enfermeiras e coordenadoras das UBSs, navegação de pacientes; descentralização das biópsias. População alvo: mulheres acima de 40 anos de idade que aceitaram participar do Projeto e assinaram o TCLE. Importante o treinamento dos agentes de saúde e manter esse acompanhamento com monitorias. Resume que precisamos envolver as Instituições Executivo, Legislativo e Judiciário para poder alcançar mais metas.

Conclui a palestra citando que precisamos dar um basta nisso, 85% de tumores de mama estágio III e IV é inadmissível.