



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL JÁ É UMA REALIDADE?

Palestrante: Dra. Ana Racy

Autor: Dr. Fernando Koenig - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dra. Ana começa sua palestra demonstrando dois conceitos importantes no ramo da inteligência artificial (IA), sendo eles o Machine Learning e o Deep Learning. Tratam-se de estratégias diferentes nas camadas da IA, com diferentes propósitos. O primeiro usa algoritmos para analisar dados, aprender com estes dados e dar respostas baseadas naquilo que aprendeu. Já o Deep Learning é um sistema mais complexo, devendo ser alimentado com dados novos para que o próprio programa crie algoritmos, estabeleça padrões e tome decisões próprias. Fazendo um paralelo com a mamografia, o Machine Learning poderia dizer se uma determinada imagem é um nódulo ou não; já Deep Learning consegue analisar o nódulo, suas características e potencial de malignidade, sendo, por isso, este o método mais usado na IA da mama atualmente.

Hoje, existem mais de 20 aplicativos aprovados pelo FDA para imagem em mama, a maioria para mamografia. Ainda não dispomos de softwares para tomossíntese e tampouco para paciente com implantes, aprovados pela Anvisa. Diversas são as funções destes softwares, abrangendo desde detecção/diagnóstico, avaliação da densidade mamária, controle de radiação, avaliação do posicionamento, predição de risco e elaboração de laudos.

Em se tratando de detecção de lesões, Dra Ana cita um artigo (International evaluation of an AI system for breast cancer screening - DOI: 10.1038/s41586-019-1799-6) onde é demonstrado uma performance da IA superior à média da performance dos radiologistas, na detecção de tumores invasivos. Já um outro artigo mencionado (Evaluation of combined artificial intelligence and radiologist assessment to interpret screening mammograms - doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.0265), demonstra uma melhor especificidade do exame quando há a combinação da leitura do exame pelo software da IA, associado a leitura do radiologista. Portanto, ainda não há uma definição sobre qual a melhor forma de usar os softwares de IA disponíveis, devendo ser adequado a cada serviço de imagem.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

Baseado em estudos e trabalhos realizados em seu hospital, a palestrante nos mostra que a IA apresenta funcionalidades que melhoram o workflow do serviço, otimizando o trabalho da equipe médica.

Inserindo a IA na rotina do serviço, é possível priorizar laudos de acordo com achados. Por exemplo: aqueles exames analisados pelo software e que possuem resultado alterado, devem ser laudados com maior urgência; aqueles não alterados, podem ser analisados na rotina. Também no seu serviço (Hospital Israelita Albert Einstein), mamografias com padrão de densidade tipo D, analisadas por IA, são automaticamente convocadas para RM das mamas para complementar o rastreamento.

Outro uso da IA é na educação continuada é auxiliar o trabalho das técnicas em radiologia. Quando detectados achados positivos, o próprio software demonstra para esta profissional qual local necessita realizar uma incidência adicional (compressão localizada ou magnificação). O correto posicionamento das mamas, pelas técnicas em radiologia, também pode ser avaliado através da IA.

Para elaboração de laudos, também é possível usar a IA. No início deste ano, o InRad lançou um software, batizado de GAL (Gerador Adaptativo de Laudos), que permite a estruturação automática de laudos radiológicos, levando em conta os dados disponíveis no prontuário eletrônico. Estes dados vêm compilados no cabeçalho do exame, fazendo com que o radiologista possa elaborar um laudo com maior rapidez e com o máximo de informações disponíveis.

Um estudo recente sobre o software Mirae (Multi-Institutional Validation of a Mammography-Based Breast Cancer Risk Model - DOI: 10.1200/JCO.21.01337), mostra que esta IA pode prever qual o risco da paciente desenvolver um câncer de mama nos 5 anos seguintes, baseado em um exame de mamografia. Ainda faltam dados, mas poderá ser uma ferramenta que auxilie no descalonamento/individualização na solicitação de exames mamográficos de rotina.

Quando avaliamos a IA associada à ultrassonografia de mamas, vemos softwares utilizados tanto para detecção, avaliação das características da lesão (e, portanto, predição de malignidade) e descrição das lesões segundo o léxico do Birads. Ainda não há aprovação pelo FDA para uso.

Já em relação à ressonância magnética, a IA é utilizada para quantificação do realce de fundo do parênquima, interpretação e reconstrução de imagens, e predição de resposta em terapia neoadjuvante. Também ainda não são aprovados pelo FDA.

Por último, Dra Ana cita uma plataforma chamada CARPL. Esta atua como um marketplace para os diferentes softwares de IA disponíveis, compilando todos em um único local, onde também é possível realizar a aquisição dos mesmos.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

Como conclusão:

- IA já é uma realidade, com grande potencial de crescimento;
- Existem diferentes opções para implementar, devendo ser escolhidas de acordo com as necessidades e características de cada serviço;
- Devemos encará-la como uma ferramenta aliada e crescer junto com seu desenvolvimento;



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

SEGUIMENTO DAS PACIENTES APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA

Palestrante: Dr. Virgílio Sacchini.

Autora: Dra. Rebeca Heinzen - 1º secretária da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Santa Catarina (triênio 2023-2025).

Dr. Sacchini iniciou sua aula lembrando como o seguimento das pacientes com câncer de mama (CM) é um desafio no cotidiano do mastologista, principalmente frente ao desejo das pacientes em realizarem exames em comparação com as recomendações das principais sociedades médicas e guidelines.

Um dos primeiros trabalhos abordando este tema, foi em 1985 e, comparou 2 grupos de pacientes: um que não realizava exames (observação) e outro que realizava exames (ativo) como RX de tórax, cintilografia óssea e ultrassom abdominal, não demonstrando benefício em sobrevida global (SG) com relação ao grupo observacional. Uma revisão extensa da literatura demonstrou que com relação ao acompanhamento ativo x observacional a SG de 5-10 anos não teve diferença, corroborando a importância de investigar apenas conforme a queixa da paciente.

Com relação ao risco de 2º tumor (recidiva), a Sociedade Europeia de Radiologia recomenda que as pacientes com histórico prévio de CM, sejam acompanhadas com mamografia (MMG) anualmente e, para paciente com alto risco de 2º tumor e nas mamas densas em >50 anos adicionar ressonância (RM) das mamas ou MMG contrastada. Um artigo recém-publicado, demonstrou que a tomossíntese (MMG 3D) é melhor que a MMG no impacto da detecção de CM precoce, principalmente para tumores lobulares. Todavia, estes trabalhos não trazem dados de sobrevida.

Uma crítica a estes estudos são que a grande maioria dos dados em relação à sobrevida são de uma época em que havia uma radiologia mais rudimentar e menos terapias para o tratamento da doença metastática.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

A ideia de identificar o câncer em seu estágio mais inicial, remonta do passado, através da teoria proposta pelo Dr. Peter Norwell, que demonstrou que quanto maior o tempo para detectar uma célula cancerígena, mais mutações capazes de causar resistência ao tratamento poderiam ocorrer. Baseado nesta teoria, surgiu no século XXI, a biópsia líquida, capaz de identificar o DNA mutado antes da doença clínica manifesta.

Atualmente, aguardamos mais dados com o objetivo de determinar a validade clínica da biópsia líquida e seu significado prognóstico. No futuro, a ausência de ctDNA vai permitir o de-escalamento no seguimento destas pacientes e, a positividade, uma possibilidade de troca precoce da terapia sistêmica.

Lembrando que o ctDNA possui uma alta sensibilidade, ideal para o de-escalamento de exames e terapia e uma alta especificidade, podendo ser útil para o escalonamento precoce do tratamento. Portanto, provavelmente em breve, será o ctDNA que guiará o acompanhamento das pacientes após o tratamento com câncer de mama, podendo ser realizado um controle mais rigoroso nas pacientes que persistem com ctDNA positivo após o tratamento cirúrgico ou sistêmico.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

PARTICULARIDADES DO TRATAMENTO LOCO-REGIONAL.

Manejo do Linfonodo Sentinela em cirurgia upfront: ainda existem dúvidas após o Estudo SENOMAC?

Palestrante: Dr. Eduardo Millen.

Autora: Dra. Alessandra Carolina Chiarello - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Eduardo inicia citando sobre a importância do estudo Z011, publicado em Setembro de 2011, e dizendo que foram oito estudos até chegar ao SENOMAC. É impossível falar de SENOMAC sem falar de Z011, que é o estudo que traz à tona toda essa discussão. O Z011 randomizou próximo de 900 pacientes comparando naquelas com linfonodo positivo, se a omissão da linfadenectomia era inferior a linfadenectomia. Foi um dos estudos que mais gerou discussões, dentre elas o tempo de seguimento de cinco anos, considerado curto por alguns, o baixo recrutamento de pacientes, e o fato de que a maioria era doença inicial (T1). A primeira resposta, sobre o tempo de seguimento o próprio Z011 deu, com a publicação em 2017 de 10 anos, que não mostrou nenhuma diferença da publicação inicial. Vários outros estudos foram publicados para responder perguntas menores, dentre eles AMAROS e OTOASOR, que avaliaram a radioterapia axilar versus linfadenectomia axilar. O estudo Italiano, SINODAR ONE, que foi apresentado há 2 anos, incluiu somente as pacientes com macrometástases e permitia mastectomia, porém foram somente 3 anos de seguimento e um N pequeno. Até aí ainda existiam os questionamentos sobre a omissão da linfadenectomia.

O SENOMAC vem então para esclarecer estas dúvidas ainda existentes. É um estudo Suécio, multicêntrico, prospectivo, tendo como objetivo principal a sobrevida global, e como objetivos secundários a sobrevida livre de doença, mortalidade específica por câncer de mama e qualidade de vida. Diferente dos estudos anteriores foram incluídas as pacientes T3, N0 – sendo obrigatório ultrassom de axila, macrometástase em < ou = 2 linfonodos (mi-



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

cro e ITC não exclui). Foi realizada cirurgia upfront (cirurgia conservadora ou mastectomia + BLS) e randomização para linfadenectomia axilar e omissão da cirurgia axilar. O estudo contemplou aproximadamente 2.600 pacientes, destas 85% com macrometástase, 35% com extensão extracapsular e micrometástases adicionais em 10%. Do total, 920 pacientes realizaram mastectomia. Não houve diferença no tratamento adjuvante nos dois grupos assim como não houve diferença na sobrevida livre de doença.

Nas análises dos subgrupos, por exemplo, avaliando a recorrência regional nas pacientes T3 e com macrometástase foi de 0.4% em 5 anos de seguimento (muito pequeno), pacientes jovens (menos de 65 anos), extensão extracapsular, tumores lobulares subtipos histológicos, enfim nenhum subgrupo demonstrou diferença.

O estudo respondeu quase todas as questões que ainda estavam em questionamento, e ainda nos responde uma dúvida que não deve mais existir: Precisa fazer linfadenectomia para saber qual paciente será candidata a oncotype ou abemaciclibe? É necessário realizar 8 linfadenectomias para identificar 1 paciente que seja candidata a abemaciclibe, e 104 linfadenectomias para evitar 1 recorrência da doença por benefício do abemaciclibe em 5 anos. Desse dano serão geradas 9 pacientes com limitação severa ou muito severa em membro superior, 13 pacientes irão necessitar tratamento para linfedema clínico e 17 linfedema severo.

Com esses dados Dr. Eduardo finaliza citando que não existem mais dúvidas, que menos é mais. O SENOMAC é o sétimo estudo randomizado com as mesmas publicações, já é guideline do NCCN. Em 2021 foi feito um levantamento de 10 anos pós Z011, com os mastologistas e 20 % ainda dissecavam a axila, o que não pode mais ser aceito. Encerra com a citação do Dr Pimentel: se a dissecação axilar fosse uma droga o FDA não aprovaria.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA COM PRÓTESES: PORQUE NÃO FAÇO RETROPEITORAL.

Palestrante: Dr. Cícero Urban.

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

Porque o músculo peitoral prejudica a reconstrução mamária com prótese e o que impacta nos resultados é a qualidade da mastectomia, diz Cícero.

Na opinião do especialista, nenhuma técnica de reconstrução mamária pode suplantiar a reconstrução pré peitoral em uma mastectomia bem feita com preservação de mamilo e pele. A maioria das publicações não leva em consideração a qualidade da mastectomia. E isso faz toda a diferença na reconstrução mamária.

Quando devemos mudar uma técnica por outra? Quando a nova técnica é mais barata, mais rápida, mais segura, mais fácil e mais bonita.

Por que eu acho que a técnica pré peitoral é o novo padrão? Simplesmente por que funciona para a maior parte dos tipos de mama e com resultados satisfatórios. Para todas, não!

Na série de casos Multicentric cohort of 280 prepectoral mastectomies with direct-to-implant IR without ADM (Urban, 2023) foram avaliadas mamas de todos os tamanhos, como por exemplo, as pequenas e médias sem ptose ou médias e grandes com ptose sendo os principais resultados: 34% grandes e volumosas com ptose grau 2 e 30% de implantes acima de 500cc.

E as tão temidas mamas previamente irradiadas? Também apresenta excelentes resultados após mastectomia com implantes abaixo da pele. Lembrando de nesses casos atentar-se a



não deixar um retalho tão fino.

De acordo com o artigo Prepectoral Direct-to-Implant Breast Reconstruction without Placement of Acellular Dermal Matrix or Mesh after Nipple-Sparing Mastectomy (Urban, 2022) algumas complicações são avaliadas. Em relação a extrusão de prótese ocorreu em apenas 9-11% dos casos sem diferença em ambas as técnicas. Mas quando comparamos o uso de implantes lisos e texturizados a diferença aumenta para 9% de extrusão com as texturizadas versus 2,3% com os lisos. Uma das justificativas pode estar no grande potencial da formação de seroma com o uso de implantes texturizados. Além do que necrose com seroma gera infecção aumentando mais o risco de perda de prótese. Portanto, nosso grande inimigo, na reconstrução mamária, na fase inicial, não é a posição do implante e sim o seroma.

Uma outra complicação é o rippling que pode acontecer tanto nas mastectomias pré peitorais quanto nas retropeitorais e a correção com lipofilling é a opção mais indicada.

Outro aspecto importante a ser abordado é o risco de contraturas capsulares em pacientes submetidas a radioterapia pós mastectomia com reconstrução imediata pré peitoral. Na série de casos descrita anteriormente, 30% das pacientes não apresentaram contratura capsular, porém ao somarmos aquelas com contratura de Baker 1 e 2 o percentual sobe para 71,9%. Sem contar que o defeito da contratura capsular é completamente diferente em ambas as técnicas, sendo o degrau na retropeitoral bem mais evidente e não corrigível com lipofilling, como feito em alguns casos de contratura pré peitoral.

Quando a retropeitoral é a melhor opção na opinião do especialista? Quando colocar ADM em pré peitoral? Em resumo, de acordo com o especialista, não se tem resposta para ambas as perguntas. Aguardamos novos estudos.

Portanto, as reconstruções pré peitorais sem ADM são seguras. As complicações agudas e crônicas são pelo menos semelhantes à pré peitoral com ADM e retropeitoral. As incidências de ondulações são possivelmente semelhantes e a correção é fácil com lipofilling. ADMs nem sempre são necessárias na reconstrução pré peitoral.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA COM PRÓTESES: PORQUE NÃO FAÇO PRÉ-PEITORAL.

Palestrante: Dr. Vilmar Oliveira.

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

O palestrante inicia a aula falando que seu grande conflito de interesse é que ele é cirurgião. Na década de 70, quando surgiram as reconstruções mamárias, elas eram realizadas subcutâneas, e era rotina, porém tivemos altas taxas de complicações e péssimos resultados a longo prazo. Os estudos mostraram isso com taxas de extrusão, em torno de 20%, taxa de encapsulamento em torno de 30-40%. Frente a isso, na década de 80, foi mudado o plano, e começaram a esconder o implante atrás do músculo peitoral maior de forma completa para entregarmos o melhor resultado para nossas pacientes e começamos a evoluir na confecção do pocket retromuscular, para que fosse atingido o estado da arte da reconstrução mamária. Começamos a fazer o pocket completo com músculo peitoral maior todo solto inferiormente preso apenas pela fáscia e uma camada gordurosa. Esse músculo tem distensibilidade e assim consegue-se fazer a projeção do cone mamário. Mas tiveram ônus, principalmente deformidade e animação. Com isso, surgiram as matrizes, com o objetivo de consertar ou corrigir esses defeitos, melhorar a distensão do polo inferior e a projeção do implante. As matrizes, as ADMs, poderiam ser utilizadas ao redor de todo o implante ou apenas no polo inferior para preenchimento do mesmo. Porém, os ADMs trouxeram grande ônus que foi o aumento de infecção, seroma e de necrose, ao redor de 40%.

Em 2010, começamos a mudar o plano, trazer esse implante para pré-peitoral, porém na maioria dos estudos as reconstruções eram pré-peitorais com ADMs e dessa forma, os implantes eram envelopados totalmente, e ainda tinham as taxas de 40% de infecção, seroma e necrose. A partir de 2017, tivemos uma reversão nas taxas de reconstrução, e passou a ser mais utilizado o plano pré-peitoral e menos o retropeitoral. De maneira em geral, a maioria dos colegas estão reconstruindo de forma pré-peitoral.



O palestrante fala que agora fechamos esse ciclo e voltamos a década de 70 / 80, fazendo as reconstruções pré-peitoral e preferencialmente sem ADMs porque é a técnica mais simples e mais barata.

Em um estudo publicado pelo Colégio Americano de Cirurgiões, foi realizado um questionário para os colegas que faziam reconstruções e eles observaram que 48% dos colegas faziam reconstrução pré-peitoral, e desses, a grande maioria tinha menos de quinze anos de experiência. Vinte e cinco por cento (25%) responderam que na minoria dos casos faziam pré-peitoral e esses tinham mais de quinze anos de experiência. Concluindo, então, que quanto maior a experiência, mais eles escondem o implante e quanto menos experiência, mais eles deixam o implante no subcutâneo. Os autores, foram questionados, o porquê da escolha. Eles responderam que a reconstrução pré-peitoral traz como benefício que em 76% há uma menor deformidade e animação porém também há maior potencial de complicação da cicatriz e efeito ripling, que gira em torno de 50%, e ainda mais infecções.

O palestrante traz um Estudo do Kristhna B. Clough, com uma série de 970 pacientes reconstruídas de forma retromuscular em 92% dos casos. Ele mostrou uma taxa de complicação de 6% e taxa de extrusão de 1,9% e não tinha atraso na adjuvância, nem na radioterapia e nem na quimioterapia. Outro Estudo interessante é do Peter Cordeiro, com uma série de 3.500 pacientes operadas por ele, e mostra a evolução dessas pacientes ao longo de doze anos. E esse Estudo mostrou que os resultados estéticos dessas pacientes foram satisfatórios frente ao BREAST-Q Score ao longo dos anos, mesmo na paciente com radioterapia. Em relação a contratura capsular, o estudo mostrou uma baixa taxa de contratura ao longo dos doze anos. Quando observamos o grau de satisfação, este estava extremamente elevado no BREAST-Q Score. Avaliando o Bem-Estar Psicossocial e o Bem Estar Sexual, estes também estavam elevados. São dois estudos importantes com dois cirurgiões renomados que fazem reconstrução retromuscular.

Recentemente, foram publicados dois Estudos, em 2020 e 2022, com três coortes de reconstrução de mama, uma submuscular, uma dual-plane e outra pré-peitoral. Observaram apenas que a taxa de extrusão submuscular era de 1,8%, igual do Kristhna B. Clough, e na pré-peitoral foi 10%, (5 vezes maior nessa técnica). Outro Estudo publicado em 2020-2024, comparou a reconstrução pré-peitoral com submuscular, e a taxa de necrose, na pré-peitoral foi menor do que a submuscular (4,1% x 10,3%), porém se analisarmos a taxa de extrusão do implante na pré-peitoral foi de 23%, contra 5% na retromuscular, igual a taxa na década de 70. O autor concluiu que as taxas são extremamente elevadas, quer seja de seroma e infecção na pré-peitoral assim como a extrusão dos implantes.

O palestrante conclui a aula falando que a decisão do plano da reconstrução precisa ser colocada em uma balança e vai dar preferência a reconstrução retropeitoral com animação da mama e deformidade. Finaliza dizendo que prefere essa deformidade, porque é proporcional a qualidade do retalho da mastectomia e do preparo do pocket, e você con-



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

segue devolver um polo superior da mama que as mulheres brasileiras gostam. Finaliza dizendo que precisamos ponderar a decisão: “eu quero deformidade?” eu quero alteração de rippling?” Ou pior, “ a extrusão do implante”. E que frente a extrusão, a paciente precisa rodar um retalho miocutâneo. Então, colocando na balança, o palestrante prefere a reconstrução retropeitoral. Ainda afirma que a técnica é operador dependente e na mão de um bom cirurgião qualquer via ficará com um bom resultado.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

QUALIDADE DE VIDA SEM HORMÔNIOS: UM POUCO DA MINHA PRÁTICA CLÍNICA.

Palestrante: Dra. Ana Luísa Baccarin .

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

Dra. Ana Luísa Baccarin inicia sua aula apresentando um caso clínico de uma paciente de 43 anos que, em 2019, tratou um câncer de mama com receptor hormonal positivo e, em 2023, apresentou progressão óssea, confirmada por biópsia na coluna lombar. A paciente estava em uso de ribociclibe, zoladex e femara. Durante a pré-consulta, a paciente relatou uma péssima qualidade de vida e uma relação insustentável com a medicação, mencionando que havia desistido do tratamento.

Em relação ao perfil das pacientes com câncer de mama, observamos que a maioria das usuárias de hormonioterapia são falsas magras, têm dificuldade em perder gordura e ficam sarcopênicas. Como primeiro passo, a Dra. Ana Luísa explica que costuma submeter as pacientes a uma avaliação nutro-metabólica, pois, devido à interação com as medicações, a taxa metabólica basal pode variar significativamente. No caso em questão, o basal seria de 1538 kcal/dia, mas, devido à supressão ovariana, a taxa da paciente era de apenas 599 kcal/dia.

Na abordagem da atrofia vaginal sintomática, uma opção não hormonal é o uso do gel de ocitocina, que demonstrou eficácia em um ensaio clínico randomizado. A palestrante comenta que observa melhores resultados quando utiliza o gel manipulado com ácido hialurônico, vitamina D e vitamina E.

Outro ponto importante na fisiologia do hipoestrogenismo é que o estrogênio atua no equilíbrio de neurotransmissores, especialmente serotonina, dopamina e acetilcolina. Por isso, observamos uma piora no sono, na cognição e na promoção de um ambiente pró-inflamatório, uma vez que o estrogênio regula a via NFKbeta, estimula a IL10 e inibe citocinas pró-inflamatórias.



RESUMO DE AULAS 18ª EDIÇÃO DO CONGRESSO
CÂNCER DE MAMA - GRAMADO / RS 2024

Devido a essas interações, a palestrante afirma que não acredita ser possível uma mulher com hipoestrogenismo severo ter uma boa qualidade de vida sem o uso de psicofármacos. Para casos mais sintomáticos, boas opções iniciais seriam pregabalina e escitalopram, visando trabalhar a ansiedade, a qualidade do sono e a redução de fogachos. Outra opção não farmacológica seria a acupuntura, que atua eficazmente nos calorões.

A suplementação com Cherry Pure e extrato de cereja amarga (tart cherry) melhora a artalgia induzida por inibidores da aromatase e, além disso, contribui para a redução da fadiga e para a recuperação pós-exercício.

Para o manejo da sarcopenia, o ômega 3 é uma excelente opção, sendo necessário, normalmente, o uso de doses diárias elevadas para esse controle. A suplementação com vitamina B12 pode ter um impacto cognitivo positivo para essa paciente, com níveis ideais situados entre 500 e 700 ng/L. Já para a vitamina D, recomenda-se elevar os níveis para no mínimo 30, sendo o ideal entre 40 e 60 ng/mL.

Como resumo, Dra. Ana Luísa enfatiza que, para uma boa condução desses casos, é necessário regular o ciclo circadiano da paciente, gerenciar o estresse, modular o perfil inflamatório, manejar a composição corporal com foco em hipertrofia, corrigir deficiências nutricionais comprovadas laboratorialmente e tratar a dispareunia e o ressecamento vaginal.

Para avaliação das interações entre suplementos e drogas oncológicas, ela recomenda o uso do NATMED PRO, que é a maior plataforma com dados científicos sobre suplementos e drogas oncológicas.