

Bilateral Mastectomy and Breast Cancer Mortality

Mastectomia bilateral e mortalidade por câncer de mama

Vasily Giannakeas

IMPORTÂNCIA

O benefício da mastectomia bilateral para mulheres com câncer de mama unilateral em termos de mortalidade por câncer de mama não foi demonstrado.

Muitas mulheres com câncer em uma das mamas, incluindo as que têm carcinoma ductal in situ (CDIS), optam pela mastectomia bilateral como tratamento inicial. A justificativa para a escolha da mastectomia bilateral inclui a redução do risco de um segundo câncer primário, na esperança de que isso reduza a possibilidade de morte. Para algumas mulheres, espera-se que a reconstrução após a mastectomia bilateral proporcione uma aparência mais simétrica.

Está estabelecido que a remoção da mama não afetada reduz a incidência de segundo câncer primário, mas os estudos realizados até o momento não demonstraram uma diminuição da mortalidade por câncer de mama. A ausência de benefícios em termos de sobrevivência deve-se provavelmente ao fato de o câncer de mama contralateral ser um acontecimento raro para se verificar um efeito e/ou por ser detectado precocemente através do rastreamento. Em teoria, o benefício esperado da mastectomia contralateral pode ser previsto pelo risco de desenvolver câncer de mama contralateral e pela medida em que a ocorrência de um câncer de mama contralateral aumenta a mortalidade por câncer de mama.

Recentemente, demonstramos que o risco de câncer de mama contralateral é de aproximadamente 0,4% por ano durante 20 anos após o diagnóstico. O conhecimento personalizado do risco de câncer contralateral e do benefício da mastectomia bilateral pode facilitar o aconselhamento das mulheres que estão considerando a mastectomia bilateral para o tratamento do câncer de mama contralateral.

OBJETIVOS

Estimar o risco cumulativo de câncer de mama contralateral e a mortalidade por câncer de mama em 20 anos entre as mulheres com câncer de mama unilateral em estágio 0 a estágio III tratadas com lumpectomia versus mastectomia unilateral versus mastectomia bilateral. Os dados foram analisados entre outubro de 2023 a fevereiro de 2024.

DESENHO, GRUPOS E PARTICIPANTES

Este estudo de corte utilizou a base de dados de registro do Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) para identificar mulheres com câncer de mama unilateral (carcinoma invasivo e ductal in situ), em estágio 0 a estágio III (de acordo com o American Joint Committee on Cancer Staging Manual, oitava edição), que foram diagnosticadas de 2000 a 2019. Três cortes de tamanho igual foram geradas usando correspondência 1: 1: 1 de acordo com a abordagem cirúrgica. Os cortes foram seguidos durante 20 anos.

Foram excluídas mulheres com qualquer câncer anterior; mulheres que foram diagnosticadas com menos de 30 anos ou com mais de 80 anos; câncer de mama com falta de informações clínicas (por exemplo, estadiamento, tamanho, estatus linfonodal, lateralidade) ou com estadiamento estando fora do proposto entre 0 e IIIc; câncer de mama invasivos ou in situ com achados histológicos que não eram do subtipo ductal, lobular ou misto; e meses de seguimento em falta ou inexistentes. Também excluíram mulheres que não tinham cirurgia registrada, cirurgia desconhecida ou que tinham feito uma mastectomia com uma lateralidade não especificada. Excluíram as mulheres com qualquer evento de câncer nos 6 meses seguintes ao diagnóstico inicial.

Os pacientes foram acompanhados a partir de 6 meses após o diagnóstico (do primeiro câncer de mama) até a morte por qualquer causa, perda de acompanhamento ou o final do período do estudo (novembro de 2021).

RESULTADOS

A amostra do estudo incluiu 661 270 mulheres com câncer de mama unilateral, idade média 58,7 anos. 564 062 casos de câncer de mama invasivo (85,3%) e 97 208 casos de CDIS (14,7%). A maior parte do corte (70,6%) foi submetida a cirurgia conservadora da mama, 23,4% a uma mastectomia unilateral e 6,0% a uma mastectomia bilateral. A maioria das participantes recebeu radioterapia (61,9%) e 37,1% receberam quimioterapia. As doentes submetidas a mastectomia eram mais jovens do que as que foram submetidas a lumpectomia, tinham maior probabilidade de ter um câncer de mama lobular ou misto e tinham maior probabilidade de apresentar características clínicas desfavoráveis (elevado grau tumoral, maior dimensão e maior envolvimento linfonodal).

Após o emparelhamento, havia 36 028 mulheres em cada um dos 3 grupos de tratamento semelhantes em termos de variáveis demográficas, clínicas, de tratamento e escore de propensão.

Durante o seguimento de 20 anos, foram observados 766 cânceres de mama contralaterais no grupo da lumpectomia (2,1% corte), 728 cânceres de mama contralaterais no grupo da mastectomia unilateral (2,0%) e 97 cânceres contralaterais no grupo da mastectomia bilateral (0,3%). O risco anual de câncer de mama contralateral nos grupos lumpectomia e mastectomia unilateral foi 0,3% e o risco cumulativo em 20 anos foi de 6,9%. A mortalidade cumulativa por câncer de mama foi de 32,1% aos 15 anos após o desenvolvimento de um câncer contralateral e foi de 14,5% para as mulheres que não desenvolveram um câncer contralateral. A mortalidade cumulativa em 20 anos por câncer de mama foi de 16,3% para as mulheres do grupo da lumpectomia, 16,7% para as do grupo da mastectomia unilateral e 16,7% para as do grupo da mastectomia bilateral. Em doentes com câncer lobular, a mastectomia bilateral foi associada a uma redução significativa da mortalidade por câncer de mama em comparação com a lumpectomia.

DISCUSSÃO

As taxas de mastectomia profilática contralateral e de mastectomia bilateral estão aumentando entre as mulheres com câncer mama unilateral e esporádico. Isto acontece apesar das diretrizes de consenso que desencorajam o procedimento em mulheres de risco médio. É possível que muitas mulheres que optam pela mastectomia bilateral sobrestimem o seu risco de desenvolver um câncer de mama contralateral e possam sobrestimar o benefício em termos de redução das mortes por câncer de mama. Isto enfatiza a necessidade de dispor de informações exatas sobre os riscos para permitir o aconselhamento médico e melhorar a educação das pacientes.

Os resultados deste estudo indicam que o risco de câncer contralateral é de 6,9% 20 anos após o diagnóstico e que a ocorrência de um câncer contralateral aumenta em 4 vezes a probabilidade de morte subsequente. No entanto, a prevenção do câncer contralateral através de cirurgia preventiva não parece reduzir o risco de morte no período de 20 anos.

LIMITAÇÕES

Existem muitos fatores de risco para o câncer de mama contralateral, incluindo a utilização de tamoxifeno, quimioterapia, mutações genéticas, escores de risco personalizados e história familiar que não foram considerados.

CONCLUSÕES E RELEVÂNCIA

Este estudo de corte indica que o risco de morrer de câncer de mama aumenta substancialmente após a ocorrência de um câncer de mama contralateral. As mulheres com câncer de mama tratadas com mastectomia bilateral tiveram um risco muito reduzido de câncer de mama contralateral; no entanto, tiveram taxas de mortalidade semelhantes às das doentes tratadas com lumpectomia ou mastectomia unilateral.

REFERÊNCIA

Giannakeas V, Lim DW, Narod SA. Bilateral Mastectomy and Breast Cancer Mortality.

JAMA Oncol. 2024 Sep 1;10(9):1228-1236. doi: 10.1001/jamaoncol.2024.2212. PMID: 39052262; PMCID: PMC11273285.



Dr. Rodrigo De Jesus Lenharte

2º Secretário da SBM-SC (triênio 2023 – 2025)