

APENAS UMA SESSÃO SEMANAL DE TREINAMENTO DE FORÇA OU COMBINADO PRESERVA A INTEGRIDADE CELULAR, A APTIDÃO CARDIORRESPIRATÓRIA E AUMENTA A FORÇA NEUROMUSCULAR EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA DURANTE A QUIMIOTERAPIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Palestrante: Dr. Rafael Ribeiro Alves

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

O objetivo do estudo foi comparar os efeitos do treinamento de força ou treinamento combinado na integridade celular, aptidão cardiorrespiratória e força neuromuscular, em mulheres com câncer de mama durante a quimioterapia neoadjuvante. Foi um ensaio clínico randomizado controlado. Até o momento foram recrutadas 19 mulheres com idade média de 45 anos. Foram divididas em 3 grupos:

- Uma sessão de treinamento de força por semana apenas;
- Uma sessão de treinamento de força por semana + sessão treinamento aeróbico no mesmo dia;
- Grupo controle que não realizou nenhuma atividade.

Foi elaborado um protocolo de treinamento com poucos exercícios, básicos e multiarticula-

res, um número de séries baixo (dose mínima), com duração de 25 a 30 minutos. O treinamento aeróbico também tinha duração de apenas 20 minutos.

Da perspectiva das avaliações foi feita a análise do Baseline, posteriormente as pacientes iniciaram o tratamento quimioterápico com antraciclinas, totalizando 12 semanas de tratamento, por fim foi realizada a análise pós tratamento.

Os parâmetros verificados foram: integridade celular (através da bioimpedância), aptidão cardiorrespiratória (avaliada através de teste na esteira) e força neuromuscular (avaliada através de teste isométrico).

Na literatura é esperado que o tratamento quimioterápico com antraciclinas reduza a integridade celular ao longo das semanas de tratamento. Porém no grupo de treinamento de força ele foi eficiente em preservar a integridade celular, apesar de não ter melhorado. No grupo do treinamento combinado (treinamento de força + aeróbico) também foi eficiente em preservar a integridade celular. Já no grupo controle teve uma redução de forma significativa, demonstrando que as pacientes realizando apenas uma sessão na semana de treinamento de força ou combinado já foi eficiente na preservação da integridade celular.

No que diz respeito a aptidão cardiorrespiratória o grupo de treinamento de força, apesar de não ter aumento significativo, também foi preservada. O grupo de treinamento combinado não teve uma diferença significativa, contudo clinicamente, vale ressaltar, que foi encontrado um aumento de 3,1ml por Kg por minuto, que é praticamente o valor de 1 equivalente metabólico (1 met), que está associado a risco diminuído cardiovascular de até 15%. No grupo controle houve uma redução significativa de 3,2 ml por Kg por min, que também é quase o valor de 1 met.

Relacionado a força neuromuscular, que foi o terceiro parâmetro avaliado, o grupo de treinamento de força aumentou de forma muito significativa, em torno de 83%, enquanto o grupo combinado teve um aumento de 84%. Já o grupo controle obteve uma redução significativa de 11%. Ressaltando que a força neuromuscular é amplamente divulgada na literatura como parâmetro inversamente proporcional a mortalidade por todas as causas, incluindo o câncer.

Após estas análises concluímos que apenas uma sessão de treinamento de força ou combinado durante 3 meses preservou a integridade celular a aptidão cardiorrespiratória e aumentou a força neuromuscular de mulheres com câncer de mama durante a quimioterapia neoadjuvante com antraciclinas.

INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS E A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO

Palestrante: Dr. Luciano Fernandes Chala e Dr. Ruffo de Freitas Junior | Debatedores: Dra. Linei Augusta Brolini Dellê Urban e Dr. Marcelo Antonini

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

Na abertura de sua apresentação, o Dr. Ruffo contextualiza a evolução da epidemiologia do câncer de mama com base em séries históricas norte-americanas. Ele destaca que, entre as décadas de 1970 e 1980, houve um aumento expressivo na detecção de casos, atribuído à implementação dos programas de rastreamento mamográfico. Já por volta dos anos 2000, observou-se uma queda nos índices, possivelmente relacionada à publicação dos resultados do estudo WHI (Women's Health Initiative).

Ao analisar a incidência entre mulheres jovens, especialmente na faixa etária de 20 a 49 anos nos Estados Unidos, entre 2012 e 2021, nota-se um aumento médio anual de 1,4% nos diagnósticos. No Brasil, o cenário é ainda mais preocupante: entre mulheres de 0 a 39 anos, a taxa de crescimento da incidência chega a aproximadamente 10% ao ano.

Diante desses dados alarmantes, Dr. Ruffo promove uma discussão entre os especialistas. A Dra. Linei sugere que o uso de anticoncepcionais pode estar relacionado ao aumento de casos nessa faixa etária, sendo um fator persistente à medida que a idade avança. Já o Dr. Marcelo enfatiza o impacto do estilo de vida, ressaltando a epidemia de obesidade no país, que, associada ao sedentarismo e ao uso de contraceptivos hormonais, constitui um conjunto de fatores determinantes para o aumento da incidência da doença.

A heterogeneidade dos tumores conforme a idade também é abordada. Em pacientes mais jovens, dados nacionais indicam maior proporção de casos diagnosticados em estágios III e IV, bem como predominância de tumores grau III. Por outro lado, os índices de carcinoma in situ permanecem estáveis há mais de duas décadas, representando cerca de 4 a 5% dos diagnósticos, enquanto os tumores em estágio IV alcançam 11,4%.

Estatísticas brasileiras revelam que, entre mulheres com menos de 49 anos, aproximadamente 60% dos casos são diagnosticados em estágios avançados (III ou IV). A Dra. Linei defende a necessidade urgente de rever as políticas públicas de rastreamento, ampliando o acesso à

mamografia para faixas etárias mais jovens. Para mulheres com menos de 40 anos, ela propõe o uso de ferramentas para avaliação de risco individual, com rastreamento personalizado.

O Dr. Luciano destaca o potencial da inteligência artificial na estratificação de risco individual. No entanto, ressalta os desafios envolvidos no treinamento de algoritmos eficazes para análise de mamografias, alertando que um sistema mal calibrado pode comprometer a qualidade diagnóstica. Segundo ele, seriam necessários mais de 50 mil casos para uma calibração adequada.

Dra. Linei comenta sobre alternativas como a utilização de unidades móveis de mamografia e a interpretação dos exames por centros de referência, além da incorporação do ABUS (Ultrassom Automático da Mama). Contudo, aponta o alto custo desses equipamentos e o valor irrisório pago por exame como obstáculos à sua adoção em larga escala. Ela destaca que os custos decorrentes de exames mal realizados são significativamente mais elevados e que essa lógica precisa ser revista.

Dr. Marcelo mostra dados de sua pesquisa recente e fala que o modelo atual de rastreamento brasileiro é falho pois depende da iniciativa da própria paciente para buscar atendimento. Ele alerta que 25% dos ginecologistas e 26% dos médicos de família não sabem realizar rastreamento mamário adequadamente. Além disso, 50% desses profissionais ainda consideram o ultrassom como método de rastreamento, e 70% dos médicos de família desconhecem a classificação BI-RADS. Ele reforça que quase metade dos casos ainda é diagnosticada em estágios localmente avançados e conclui que a ausência do exame físico adequado nos postos de saúde é uma das falhas mais graves do sistema.

Por fim, Dr. Ruffo encerra sua apresentação enfatizando que uma redução de apenas 10% nos casos de tumores avançados poderia salvar entre 1.400 e 1.700 vidas por ano no Brasil — um dado de grande relevância. Ele apresenta o Projeto Itaberaí, que será tema de apresentação oral na ASCO 2025. O projeto, já em seu terceiro ano de implementação, visa treinar agentes comunitárias de saúde para realizarem o exame físico das mamas, e começa a demonstrar resultados promissores na detecção precoce da doença. Os dados completos serão divulgados no congresso.

DECISÃO COMPARTILHADA E COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Palestrante: Dra. Mayza Lemes Duarte Frota e Dra. Solange Moraes Sanches

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

Antropólogos consideram que a ideia básica da humanidade é de que apenas os mais aptos sobrevivem, mas isso foi suplantado na ciência pela ideia de cooperação. É ela de forma recíproca que nos faz evoluir.

Dr Axelrod, cientista político, considera que os princípios de vitória incluem a cooperação e a forma clara com que são posicionados os seus ideais.

Já a Dra. Elinor Ostrom se baseia na coprodução, mecanismo no qual comunidades podem alcançar melhores soluções, mesmo em locais de poucos recursos. O Dr. Batalden traz esse conceito para a saúde, que pode se beneficiar muito da coprodução, principalmente quando organizado em um sistema, com a estruturação dos seus serviços.

Será que o conceito de coprodução não pode ser extrapolado para a relação médico-paciente em relação a decisão compartilhada, sendo uma das formas de concretizá-la?

Os ganhos que se obtém com decisão compartilhada podem suplantam os possíveis incômodos relacionados a ela. Mas é difícil de ser implementada na prática clínica.

Inicialmente na decisão compartilhada há uma assimetria de poder muito grande, já que o médico é quem detém todo conhecimento, além dos vieses que o paciente carrega de experiências próprias.

Existem várias técnicas para abordar más notícias e se ter empatia, mas elas devem ser verdadeiras e requerem humanidade.

Os três pilares: cuidado centrado no paciente, decisão compartilhada e processo de decisão centrada no paciente, fazem parte de um complexo, mas não são sinônimos. No cuidado centrado no paciente se oferece o melhor tratamento, se baseando nos valores do paciente, sendo fundamental a comunicação bidirecional – o médico fala, mas tem que saber ouvir, fazendo surgir assim o sentimento de empatia, respeito e a sensação no paciente de estar dividindo suas perspectivas e as suas expectativas.

Sem dúvidas, a decisão compartilhada é o auge desse cuidado centrado no paciente, sendo dependente da habilidade de comunicação, integrando a medicina baseada em evidência e a comunicação efetiva.

Há muitos desafios na incorporação da decisão compartilhada com os pacientes, que trazem questões relacionadas as suas experiências pregressas, do seu momento de vida ao receber um diagnóstico, e ainda do seu grau de letramento, sendo fundamental perceber qual informação que é importante para aquele paciente compreender.

Existem ferramentas que conseguem aferir a eficácia da comunicação e do processo da decisão compartilhada. Estudos observam que a decisão compartilhada e comunicação centrada no paciente muitas vezes não coexistem, havendo uma correlação muito fraca entre essas duas habilidades. As melhores habilidades de comunicação foram observadas no sexo feminino, que saberia dar notícias de uma forma um pouco mais compassiva. Piores desempenhos, tanto em comunicação como na decisão compartilhada, aconteceram com os especialistas mais velhos – uma geração formada sobre o preceito do “médico manda e o paciente obedece”.

Em situações em que há uma alta combinação de decisão compartilhada e de uma boa condução da comunicação centrada no paciente, se observa pacientes com maiores índices de satisfação.

Estudos demonstram que os pacientes mais proativos em se posicionar em relação no seu tratamento, geralmente são mais jovens e com maior nível educacional. Devemos nos atentar a transmitir as informações que realmente são importantes para o paciente, não apenas aquelas que nós médicos julgamos que sejam, se adequando, assim, a realidade daquele paciente, as transmitindo de maneira acessível e entendendo as suas preferências, que podem variar no decorrer de um tratamento. Devemos envolver todo o sistema de saúde, contando com serviços de suporte, como o psicossocial, que é de extrema importância. E por último, se atentar a situações como quando o paciente não tem condições de tomar uma decisão, ou quando o médico se sente desafiado na sua autoridade.

O diálogo franco, faz o paciente tomar a melhor decisão, independente de suas convicções prévias.

A decisão compartilhada não é só sobre decisão, não é só sobre comunicação e colaboração, mas é principalmente sobre reconhecer que cada pessoa tem uma jornada individual e existencial, sendo necessária a personalização do tratamento.

O paciente tem que estar no centro da decisão, sendo observado de todos os lados e por todos os membros da equipe, participando ativamente desse grupo, e não sendo um elemento isolado no meio dele.

OMISSÃO DA CIRURGIA AXILAR NO CÂNCER DE MAMA INICIAL COM LINFONODOS NEGATIVOS: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

Palestrante: Dra. Bárbara Bizzo Castelo

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

A abordagem terapêutica da axila em casos de câncer de mama inicial evoluiu da dissecação axilar como padrão ouro na década de 70 para a biópsia do linfonodo sentinela (BLS) em axilas clinicamente negativas a partir de 1990, depois para BLS em axilas clinicamente positivas, e mais recentemente para a investigação da omissão completa da cirurgia axilar em casos selecionados a partir dos anos 2020.

O estudo em questão realizado na UNICAMP/SP trata-se de uma revisão sistemática e metanálise sobre a omissão da cirurgia axilar em câncer de mama inicial com axila clinicamente negativa.

O objetivo do estudo foi avaliar se a omissão da cirurgia axilar em câncer de mama inicial com axila clinicamente negativa resulta em desfechos clínicos relevantes em comparação à cirurgia axilar padrão. Foram analisados 7 ensaios clínicos randomizados publicados até março 2025. Totalizou-se 8.806 pacientes comparando a não realização da cirurgia axilar com a cirurgia axilar padrão (BLS ou dissecação axilar. Aproximadamente um terço foi randomizado para não cirurgia axilar e dois terços para cirurgia axilar (4.604 submetidos à BLS e 1.287 à dissecação axilar.

Os desfechos investigados foram sobrevida global, sobrevida livre de doença e índice de recorrência axilar e os riscos de vieses dos estudos incluídos avaliados com o instrumento da Cochrane, indicando baixo risco de viés na maioria dos domínios.

Ao analisar os resultados em relação a sobrevida global tem-se que a omissão da cirurgia axilar demonstrou não inferioridade sem diferença significativa entre os grupos e a heterogeneidade dos estudos foi considerada moderada para esse desfecho. Porém, ao analisar

exclusivamente os estudos SOUND e INSEMA, a heterogeneidade foi de 0% para sobrevida global, reforçando que não há influência na sobrevida global das pacientes quando se omite cirurgia axilar nessas pacientes.

Em relação ao desfecho sobrevida livre de doença a omissão da cirurgia axilar também não demonstrou inferioridade. Na análise com os estudos SOUND e INSEMA que são mais homogêneos entre si, evidenciou-se uma heterogeneidade de 8% nesse caso. Mas mesmo assim, omitir a cirurgia axilar não aumentou a sobrevida livre de doença.

Em contraponto, houve aumento estatisticamente significativo da recorrência axilar no grupo de omissão cirúrgica tanto numa análise global como numa análise mais restrita comparando os estudos recentes SOUND e INSEMA que apresentaram taxa de recorrência axilar no grupo de omissão de 0,7% e 1,0% respectivamente. Porém essa taxa de recorrência tem diminuído ao longo do tempo e dos estudos visto que a taxa de recorrência axilar pelo estudo NSABP-B04, baseado apenas em exame clínico e com follow up de 25 anos (um dos estudos utilizados nessa revisão) é de 18,6%.

Lembrando que os estudos SOUND e INSEMA são ensaios clínicos randomizados recentes que compararam a não cirurgia axilar com a biópsia do linfonodo sentinela e utilizaram avaliação axilar por ultrassom.

Portanto, a recorrência axilar ainda é maior nos grupos que não operaram, mas de acordo com os estudos mais modernos, as taxas são muito baixas. Esses resultados reforçam que a omissão da cirurgia axilar não impacta na sobrevida global nem na sobrevida livre de doença. Recomenda-se cautela na aplicação dos resultados a subgrupos menos estudados como pacientes jovens, tumores triplo negativos ou HER2 positivos.

METANÁLISE ATUALIZADA DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS: PCR COMO MARCADOR PROGNÓSTICO DE SOBREVIDA EM CÂNCER DE MAMA TRATADO COM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Palestrante: Dr. Marcelo Antonini

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

O autor inicia a palestra afirmando que o trabalho dele é uma metanálise atualizada de ensaios clínicos randomizados, correlacionando a resposta patológica completa (pCR) como um fator de marcador prognóstico de sobrevida em paciente tratada com quimioterapia neoadjuvante para câncer de mama.

Ele segue a aula “E por que estudar a pCR no câncer de mama?” Cada vez mais temos utilizado a quimioterapia neoadjuvante no tratamento do câncer de mama, em especial em pacientes com câncer de mama inicial. Já sabemos que a pCR é uma resposta preditiva de sobrevida ao tratamento e que a pCR é um desfecho para sobrevida de longo tempo.

Duas metanálises já foram publicadas previamente. A primeira, da Patrícia Cotazar, em 2014, com 12 mil pacientes, contando com 12 ensaios clínicos randomizados, foi o primeiro estudo, que relacionou a pCR com melhora de sobrevida e também permitiu que o FDA considerasse a pCR como um desfecho para aprovação de drogas.

Já a Laura Spring, em 2020, fez uma metanálise com 52 estudos e 27 mil pacientes, na qual confirmou que a pCR está associada à melhora de sobrevida e identificou subtipos específicos que tem benefício da pCR. Entretanto, essa metanálise mistura estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados, mostrando que ela tem uma heterogeneidade muito grande nos critérios de inclusão.

O palestrante continua a sua apresentação: “Então, por que conduzir a minha metanálise?” O objetivo foi conduzir uma revisão sistemática com metanálise a respeito da pCR no des-

fecho de sobrevida livre de doença e sobrevida global, analisando exclusivamente estudos com o desfecho de pCR.

Então, o desenho do estudo é uma revisão sistemática com metanálise, seguindo os guidelines do PRISMA. As três bases de dados foram usadas: PubMed, EMBASE e Cochrane Library, no período de 1994 a 2024. Estes foram os títulos para estratégia de busca: ("breast neoplasms" ou "breast cancer") e ("neoadjuvant therapy" ou "preoperative chemotherapy") e ("survival" ou "prognosis"). Os critérios de inclusão dos estudos foram: 1) Câncer de mama tratado com quimioterapia neoadjuvante. 2) Ensaios clínicos randomizados exclusivamente no qual o desfecho primário era a pCR relacionada à sobrevida. E assim o estudo foi protocolado na Plataforma PROSPERO.

Foram encontrados, inicialmente, nas três bases de dados, 2.123 estudos e após todos os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 ensaios randomizados com 6.900 pacientes que realizaram análise exclusiva de pCR com o desfecho de sobrevida, uma taxa de pCR de 17%. Lembrar que nessa metanálise, os regimes de tratamentos são múltiplos, cada metanálise tem um tipo diferente e esses estudos avaliaram diversos subtipos de câncer de mama.

Com relação ao desfecho de sobrevida global, nós tivemos uma taxa de 5 anos, de 91% nas pacientes com pCR, e de 79% em 5 anos nas pacientes sem pCR, mostrando uma melhora da sobrevida global de 15% nas pacientes com pCR, segundo o autor.

Quando avaliamos os subtipos específicos, as pacientes triplo-negativas tem 45% de benefício e as pacientes HER-2 + tem 13% de benefício. E a heterogeneidade foi moderada de 49%. Quando avaliamos a sobrevida livre de doença em 5 anos, pCR foi de 86%; e sem pCR de 52%, colocando 45% de melhora de sobrevida livre de doença em todas as pacientes.

Colocando nas análises de subtipo, 71% das pacientes eram triplos-negativos e 23% das pacientes eram HER-2+; e a heterogeneidade foi moderada com 39%. Então, em resumo, nós tivemos a sobrevida livre de doença em 5 anos, 86% na pCR, e 52% sem pCR, uma melhora de 45%; e na sobrevida global em 5 anos foi de 91% x 79%, com um ganho de 15%, cita o autor.

Com relação a avaliação da qualidade dos estudos. O teste de Egger mostrou que não teve viés de publicação e temos uma heterogeneidade de 49% para a sobrevida global e de 39% para a sobrevida livre de doença.

O palestrante interroga: "O que torna essa metanálise diferente e importante para colaborar com o pCR como um desfecho importante de sobrevida livre de doença e sobrevida global?" Primeiro que foram todos os estudos com relação a pCR a sobrevida livre de doença e sobrevida global. Quando comparados com os estudos do Cortazar e da Laura Spring, esses estudos, que tiveram esses desfechos, porém não eram esses objetivos primários. Além disso, é um estudo que tem avaliação de sobrevida de longo tempo e todos os estu-

dos tinham que ter mais de 5 anos de avaliação de sobrevida.

O autor segue a palestra: “E qual é o impacto clínico disso?” Fortalecer que a resposta patológica completa (pCR) é um marcador de melhor prognóstico, que devemos estratificar as pacientes que não tiveram pCR para implementar terapias específicas e endossar o que o FDA recomenda, que a resposta patológica completa é um desfecho para poder aprovar drogas mais rapidamente.

Como conclusão, a resposta patológica completa melhora significativamente a sobrevida livre de doença e a sobrevida global, tem melhor benefício para as pacientes com tumores triplo-negativos e HER2+ e essa evidência mostra que a pCR é um importante marcador de prognóstico e que atingir a pCR tem que ser tomada de decisão para tratamentos adjuvantes.

CIRURGIA MAMÁRIA NO CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO: ATUALIZAÇÃO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA COCHRANE

Palestrante: Dr. Giuliano Tavares Tosello

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

Nesta palestra, o Dr Giuliano traz uma atualização sobre a revisão sistemática da Cochrane, da qual ele é um dos autores, sobre o papel da cirurgia mamária naquelas pacientes com carcinoma de mama metastático de novo, ou seja, que se apresentam com lesão metastática já no momento do diagnóstico.

O objetivo principal do estudo é avaliar os efeitos da cirurgia mamária, em mulheres com câncer de mama metastático de novo, na sobrevida global destas pacientes. Utilizando o framework PICO, o autor apresenta os tópicos:

- P (paciente / população): mulheres com câncer de mama metastático de novo
- I (intervenção): cirurgia mamária associada ao tratamento sistêmico
- C (controle): grupo de pacientes que realizaram apenas o tratamento sistêmico
- O (resultado): desejam avaliar a sobrevida global, qualidade de vida, sobrevida livre de doença e efeitos colaterais da intervenção proposta.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECRs) que avaliaram mulheres com câncer de mama metastático, comparando o tratamento sistêmico isolado versus cirurgia associada ao tratamento sistêmico. Em relação aos procedimentos cirúrgicos realizados, estes eram diversos, variando desde cirurgia conservadora ou mastectomia, linfonodo sentinela ou linfadenectomia axilar, associado ou não à terapia sistêmica e radioterapia. Conforme cita o palestrante, a maioria das pacientes avaliadas nos estudos foi submetida a mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar.

Foram cinco estudos (ensaio clínicos randomizados) incluídos nesta revisão:

1. American ECOG 2108
2. Estudo indiano do Tata Memorial Hospital (Locoregional treatment versus no treatment of the primary tumour in metastatic breast cancer: an open-label randomised controlled trial)
3. Japan - JCOG 1017 PRIM-BC (estudo japonês)
4. Turkish MF 07-01
5. Austrian ABSCG-28 (POSITIVE Trial)

Destes, os três primeiros realizaram terapia sistêmica inicialmente, com posterior randomização para cirurgia ou não, e, os dois últimos, realizaram a randomização antes de qualquer tratamento.

Dos resultados, podemos dividi-los em 5 grandes grupos:

1. **Sobrevida Global** – de maneira geral, a realização da cirurgia mamária nestas pacientes, não resultou em melhora da sobrevida (grau de evidência: moderado). Porém, ao analisarmos em subgrupos, podemos ver benefícios:
 - a. **Subgrupo tumores luminais:** corresponde a aproximadamente 60% das pacientes analisadas, considerando serem aquelas com receptor de estrogênio positivo. A cirurgia mamária foi eficaz em reduzir mortalidade em até 18%, com significância estatística (Hazard Ratio 0,82 [0,69-0,96])
 - b. **Subgrupo pacientes com metástases ósseas exclusivas (únicas ou múltiplas):** corresponde a 30% das pacientes analisadas. Embora tenha um HR de 0,83 (0,68-1,01), não houve significância estatística nesta amostra. O autor conclui: “para esse subgrupo, a cirurgia mamária pode resultar em nenhum benefício ou em um pequeno benefício”
2. **Qualidade de vida** – dois, dos cinco estudos, analisaram este tópico. Conclui-se, de maneira geral, que a cirurgia mamária não melhorou a qualidade de vida das pacientes. Grau de evidência: baixo.
3. **Sobrevida livre de progressão** – neste grupo, sim, houve uma grande redução no risco de progressão (57% de redução de risco). Mostra, portanto, que a cirurgia, associada a radioterapia, reduz o risco do cirurgião necessitar reintervir nestas pacientes no futuro. Grau de evidência: alto.

4. **Sobrevida livre de progressão à distância** – foram 3 estudos incluídos na análise, demonstrando que a cirurgia mamária não interferiu, ou seja, não melhorou mas também não piorou, na sobrevida livre de progressão (HR 1,03, com grau de evidência moderado)
5. **Toxicidade** – aqui foi considerado toxicidade, em relação ao tratamento locorregional, como mortalidade em 30 dias após a cirurgia, tendo sido tópico analisado apenas no estudo turco. Conclui-se que a cirurgia não afeta a mortalidade das pacientes nos primeiros trinta dias pós-procedimento. Grau de evidência: baixo.

Por fim, o autor apresenta as conclusões do estudo:

- O principal benefício da cirurgia é o controle locorregional, ou seja, ela diminui as chances do cirurgião de mama necessitar reintervir nesta paciente no futuro.
- De forma geral, a cirurgia não melhora a sobrevida global. Porém, o efeito pode variar, a depender do subtipo molecular do tumor, e do sítio metastático.
- O tratamento locorregional não interfere na qualidade de vida, na sobrevida livre de progressão e não aumenta a toxicidade do tratamento.