

Diagnostic performance of axillary ultrasound after neoadjuvant chemotherapy in initially node-positive breast cancer patients – Results from the prospective AXSANA registry trial

Desempenho diagnóstico da ecografia axilar após quimioterapia neoadjuvante em doentes com câncer de mama inicialmente com metástases linfonodais - Resultados do estudo prospectivo do registo AXSANA

Autor: Rosa Di Micco

Nos últimos anos, temos evoluído bastante no uso da ultrassonografia axilar como ferramenta para ajudar na decisão da abordagem da axila no câncer de mama. O estudo SOUND é um bom exemplo disso, mostrando que em pacientes com tumores luminiais iniciais e axila clinicamente negativa, quando a ultrassonografia dirigida não identifica doença, é possível até evitar a cirurgia axilar com segurança. Isso reforça a ideia de desescalar tratamento com base em imagem. A partir daí, surge a pergunta: será que podemos levar esse mesmo raciocínio para outros cenários, como nas pacientes inicialmente com axila positiva que fazem quimioterapia neoadjuvante?

O estudo AXSANA tenta responder exatamente isso, avaliando o desempenho da ultrassonografia axilar após a quimioterapia em pacientes inicialmente cN+. É um estudo grande, prospectivo e multicêntrico, com mais de 3.000 pacientes, o que traz bastante força e reflete bem a prática real. Por outro lado, não houve padronização da ultrassonografia entre os centros, o que aumenta a variabilidade dos resultados – mas também aproxima o estudo do que acontece no dia a dia.

Os resultados mostram um desempenho limitado do exame. A sensibilidade foi de 46%, ou seja, ele deixa passar mais da metade das pacientes que ainda têm doença na axila. A especificidade foi de 79%, o que é razoável, mas ainda com margem importante de erro. O dado mais preocupante é a taxa de falso-negativo de 53,6%. Na prática, isso significa que muitas pacientes com doença residual seriam classificadas como negativas pela ultrassonografia, o que traz um risco claro de subtratamento se esse exame for usado isoladamente. Por outro lado, cerca de um terço dos exames positivos também estavam errados, o que poderia levar a cirurgias desnecessárias.

Clube da Mama | Artigo do mês

GRUPO DE ESTUDOS DA SBM/SC

Um ponto interessante é que o desempenho da ultrassonografia varia conforme o subtipo tumoral. Nos tumores HER2 positivos e triplo-negativos, um resultado negativo tende a ser mais confiável. Já nos tumores luminais, um resultado positivo é mais confiável. Mesmo assim, as taxas de erro continuam altas em todos os grupos, o que impede o uso do exame como único critério de decisão.

Outro aspecto importante é que o exame funciona melhor quando a carga de doença é maior. Ele tem baixa capacidade de detectar doença pequena, como micro metástases, que são justamente os casos mais difíceis e onde a decisão cirúrgica é mais delicada. Ou seja, ele acerta mais quando a doença já é mais evidente e erra mais quando precisamos de maior precisão.

O estudo também mostra que alguns fatores aumentam a chance de erro. Tumores luminais, multicêntricos e a presença de doença residual na mama após a quimioterapia aumentam o risco de falso-negativo. Já tumores mais agressivos e alguns tipos histológicos aumentam a chance de falso-positivo. Isso reforça que o resultado da ultrassonografia não pode ser interpretado isoladamente, e sim dentro do contexto clínico e biológico da paciente.

Na prática, a principal mensagem do estudo é clara: a ultrassonografia axilar após quimioterapia neoadjuvante não é confiável o suficiente para definir sozinha a conduta cirúrgica. Ela pode ajudar, mas não decide. Usar esse exame de forma isolada pode tanto levar a deixar doença para trás quanto a operar pacientes desnecessariamente.

Portanto, apesar do avanço que vimos com estudos como o SOUND em cenários mais iniciais, ainda não é possível aplicar esse mesmo conceito para pacientes que eram inicialmente cN+. Nesses casos, o estadiamento cirúrgico da axila ainda continua sendo fundamental. A ultrassonografia deve ser vista como uma ferramenta complementar, que ajuda na avaliação, mas sempre integrada a outros fatores, como o subtipo tumoral e a resposta ao tratamento.

**AUTOR:****Dr. Marcelo Prade**

Membro da Comissão Científica da regional de Santa Catarina (triênio 2026 – 2028); Mastologista do corpo clínico do CEPON e preceptor da Residência em Mastologia da instituição. Professor e preceptor do ambulatório de Mastologia da UNISUL. Atua também como mastologista nas clínicas SOMA e CEOF.

Organização:  Sociedade Brasileira de
Mastologia
REGIONAL SANTA CATARINA

Apoio:  NOVARTIS  AstraZeneca