

Clube da Mama – 15/08/2017

Sociedade Brasileira de Mastologia Regional Goiás

Aula: Abordagem Atual da Cirurgia Axilar no Câncer de Mama

Frank L. Braga Rodrigues

A cirurgia axilar faz parte do tratamento cirúrgico do câncer de mama; nenhum outro tema, como a abordagem cirúrgica da axila, sofreu tantas alterações em um curto intervalo de tempo. São muitos conceitos novos baseados na literatura atual e mudanças de técnicas cirúrgicas, que fizeram com que a abordagem cirúrgica da axila tenha mudado muito nos últimos anos. O fato é que a cirurgia diminuiu sem causar impacto na sobrevida global.

Começamos com uma revisão sobre os principais trabalhos da literatura que discutiram, sobretudo, a omissão da dissecação axilar. Essa revisão se faz necessário para entendermos de onde vieram os conceitos atuais da abordagem axilar.

O NSABP B04 foi o primeiro estudo a demonstrar a importância da radioterapia no tratamento axilar do câncer de mama e revelar que a omissão da dissecação axilar parece algo possível, sem causar impacto na recorrência à distância.

Outros estudos de bancos de dados norte americanos também demonstraram que mesmo antes dos conceitos atuais, nos EUA, a omissão da dissecação axilar já acontecia em um grupo considerado de mulheres sem causar impacto na sobrevida global e sobrevida livre de doença.

Em 2001 a biópsia do linfonodo sentinela (BLS) tornou-se válida em substituição à linfadenectomia axilar, em pacientes T1 e T2, axila clinicamente negativa e que seriam submetidos à tratamento adjuvante, reservando o esvaziamento axilar apenas às pacientes que tivessem metástases no linfonodo sentinela.

Existem espaço para não se realizar a BLS? A resposta foi sim de acordo com os trabalhos da literatura, demonstrando que em CDIS puro, a omissão do sentinela é possível sem causar impacto na sobrevida, já que a taxa de comprometimento axilar do sentinela foi da ordem de 1,4%.

Novos questionamentos surgiram após a publicação do ACOSOG Z0011, em 2011. O objetivo era determinar qual o impacto do esvaziamento axilar na sobrevida global das pacientes com metástase no linfonodo sentinela submetidas à cirurgia conservadora, radioterapia e quimioterapia adjuvante. Os resultados mostraram que não houveram diferença estatisticamente significativa na sobrevida global e sobrevida livre de doença em pacientes com 1 ou 2 sentinelas positivos em que a dissecação axilar era omitida.

Outra resposta importante após a publicação dos resultados do Z0011 é se o exame intraoperatório pode ser omitido, e os resultados realmente põe em xeque esta avaliação, portanto ,a congelação intraoperatória, perde o seu valor.

Foram apresentados os resultados do TRIAL 23-01, mostrando não haver impacto na sobrevida global ou sobrevida livre de doença a presença de micrometástase no sentinela. Portanto, pacientes submetidos à BLS com presença de micrometástase no sentinela sem dissecação axilar, a SG é muito alta e a recorrência axilar muito baixa, fato que desencoraja a realização de esvaziamento axilar nessa população.

A mais atual modificação na abordagem cirúrgica da axila é o que se refere à pacientes submetidas à quimioterapia neoadjuvante, particularmente naquelas c N1/2 que se tornaram c NO após a quimioterapia neoadjuvante. O NSABP B27 mostrou que a taxa de identificação do sentinela é alta (84%) pós quimioterapia neoadjuvante e os principais estudos da literatura demonstraram não haver diferença estatística em se realizar a BLS antes ou após a QT neoadjuvante. A informação mais precisa e atual vieram com os resultados do ACOSOG Z1071 demonstrando que a BLS é factível em pacientes com axila clinicamente positiva e negativaram após a QT neoadjuvante, sobretudo quando se realiza dupla marcação (azul e radiofármaco) e três sentinelas são avaliados, deixando as taxas de falso negativo semelhantes às taxas esperadas, conduta que inclusive já foi incorporada no Painel de Conferência de St. Gallen 2015.

A última discussão que tivemos baseados nos estudos da literatura, foi sobre o uso do clipe metálico para marcação do linfonodo sentinela em pacientes que serão submetidos à Qt neoadjuvante. É uma questão ainda nova e que a meu ver, por mais que se melhore a precisão do estadiamento, diminuindo as taxas de falso negativos, isso não traz impacto na recorrência axilar, fato que também desencoraja a sua incorporação na abordagem atual do tratamento cirúrgico da axila.