

REVISTA

mamigo

Órgão Oficial de Informação da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Goiás
Acesse www.sbmgoias.com.br

JUNHO DE 2011 - ANO 10 - Nº 51

**ESTUDO 2011 DO AMERICAN
COLLEGE OF SURGEONS
ONCOLOGY GROUP É DISCUTIDO
POR ESPECIALISTAS**



Precisão e Segurança em Diagnósticos da Mama

Ressonância Magnética 1.5 Tesla
Tomografia Multislice 16 canais
Mamografia Digital

Setor Aeroporto

Av. Dr. Ismerino S. de Carvalho,
531 - Antiga Av. Z

Fone: (62) 3239 3939

 **Clínica São Camilo**
Diagnóstico por Imagem

Setor Marista

Alameda Coronel Eugênio Jardim,
244 - Próx. Parque Areião

Fone: (62) 3091 9191



Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia
Solução em Oncologia

(62) 3265 0400 / 3096 0400

www.cebrom.com.br

Excelência em Oncologia

O que existe de mais moderno contra o câncer, desde a sua prevenção e seu diagnóstico, até o tratamento com radioterapia e quimioterapia está no CEBROM.

A prevenção do câncer é importante.
O diagnóstico precoce é decisivo.



5ª avenida, nº 180 - St. Universitário.
Atendemos convênios: consulte nosso site

Diretor Técnico: Dr. Osterno Queiroz da Silva - CRM/GO 1690



JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA | PRESIDENTE DA SBM-GO

PRECISAMOS DE MUDANÇAS

Caso nossas solicitações não sejam atendidas pelo Ipagso, paralisaremos o atendimento ou promoveremos o descredenciamento coletivo da especialidade

Reafirmando o nosso compromisso com o conhecimento e com a excelência científica, esta edição da revista Mamigo traz o prestigiado trabalho do *American College of Surgeons Oncology Group*, o Trial Z0011, publicado no JAMA de fevereiro, com novas condutas no tratamento do câncer de mama inicial. Em nome da diversidade de pensamentos e da precisão científica, publicamos o resumo do trabalho e convocamos vários mastologistas para opinarem sobre o tema. Apesar do trabalho mostrar sobrevida semelhante nos dois grupos, seria prudente, na opinião da maioria dos autores, aguardarmos futuras pesquisas para mudança de conduta.

Por falar em ciência e conhecimento, estamos próximos da realização do Congresso Brasileiro de Mastologia, maior evento científico nacional de nossa especialidade. A comissão organizadora está trabalhando diuturnamente para estruturar um evento de alto nível científico, que entre para a história recente da especialidade e conte com a participação entusiasmada dos associados. Pedimos aos colegas que divulguem o congresso para que possamos atrair especialistas de todo o Brasil.

Sensíveis à insatisfação geral dos médicos frente ao Ipagso, a SBM-Goiás e a SGGO estão lutando por uma solução definitiva. Reivindicamos a adoção da CBHPM plena e o pagamento em dia dos médicos. Caso nossas solicitações não sejam atendidas, nos mobilizaremos com paralisação do atendimento ou o descredenciamento coletivo da especialidade.

Vamos à luta.

EXPEDIENTE

Jornal da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Goiás

PRESIDENTE - JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA
VICE-PRESIDENTE - WILMAR JOSÉ MANOEL
1º SECRETÁRIO - ANTÔNIO EDUARDO REZENDE DE CARVALHO
2º SECRETÁRIO - ROSEMAR MACEDO DE SOUSA RAHAL
1º TESOUREIRO - ROGÉRIO BIZINOTO FERREIRA
2º TESOUREIRO - MARCUS NASCIMENTO BORGES

Edição: Tatiana Cardoso
Redação: Ana Maria Moraes,
Ana Paula Machado e Dário Álvares
Arte: Alex Fróes, Ramon Moraes e Humberto Martins
Comercialização: Érika Bizinotto

SEDE da SBM-GO

A sede da SBM-Goiás está situada na Associação Médica, que fica na Av. Portugal, esq. com a Av. Mutirão, no 2653, St. Oeste
Telefone: 3251.7208
Venham nos visitar. Acesse nosso site: www.sbmgoias.com.br

PUBLICAÇÃO COM A QUALIDADE:
(62) 3224-3737
ARTE@CONTATOCOMUNICACAO.COM.BR



Em toda a cidade, conte com a nossa qualidade.



Sempre uma unidade perto de você.

18 unidades
Goiânia - Aparecida - Trindade
Senador Canedo - Piracanjuba
Ceres - Golanésia

Gestão de Qualidade



PADRÃO
LABORATÓRIO CLÍNICO
MEDICINA LABORATORIAL

Atendimento Preferencial: 62 3221-9000 www.padrao.com.br

Faz sentido operar com uma instituição financeira que *é sua*

- ✓ Conta corrente
- ✓ Cheque especial
- ✓ Crédito
- ✓ Aplicações
- ✓ Investimentos
- ✓ Débito automático
- ✓ Assessoria financeira
- ✓ Cartão de crédito
- ✓ Cartão de débito
- ✓ Seguros
- ✓ Serviços
- ✓ Produtos Corporativos
- ✓ Internet Banking

UNICRED CENTRO BRASILEIRA
Tel.: (62) 3221.2000
www.unicredgyn.com.br





Dissecção axilar VS não dissecção em mulheres com câncer mamário invasivo e metástase no linfonodo sentinela – Estudo clínico randomizado

Giuliano, AE; Hunt, KK; Ballman, KV; Beitsch, PD; Whitworth, PW; Blumencranz, PW; Leitch, AM; Saha, S; McCall, LM; Morrow, M.

JAMA, vol. 305 (6): 569-575

Contexto: A dissecção do linfonodo sentinela (SLND) identifica com precisão metástases linfonodais de câncer de mama inicial, mas não está claro se a dissecção linfonodal promove uma maior sobrevida.

Objetivo: Determinar os efeitos da dissecção axilar completa (LAC) na sobrevida de pacientes com metástase de câncer de mama no linfonodo sentinela (LNS).

Design, ambiente e pacientes: O estudo Z0011 do *American College of Surgeons Oncology Group*, estudo de não-inferioridade fase 3, realizado em 115 locais e pacientes admitidas a partir de maio de 1999 a dezembro de 2004. As pacientes eram mulheres com câncer de mama invasivo clínico, T1-T2, sem adenopatia palpável, e 1-2 LNS contendo metástases identificadas por exame de congelação, imprint ou fixação em hematoxilina-eosina. O alvo do recrutamento eram 1900 mulheres com análise final depois de 500 mortes, mas o estudo terminou precocemente devido a taxa de mortalidade ter sido inferior ao esperado.

Intervenções: Todas as pacientes foram submetidas à tumorectomia e irradiação tangencial da mama inteira. Aquelas com metástases no LNS identificadas por SLND foram randomizadas para submeter-se à LAC ou nenhum tratamento axilar adicional. Aquelas randomizadas para LAC foram submetidas à dissecção de 10 ou mais linfonodos. O tratamento sistêmico ficou a critério do médico assistente.

Principais resultados encontrados: A sobrevida global foi o principal end-point observado, com uma margem de risco não inferior a 1 e menor que 1,3, indicando que a SLND sozinha não é inferior à LAC. A sobrevida livre de doença foi um end-point secundário.

Resultados: As características clínicas e tumorais foram semelhantes entre as 445 pacientes randomizadas para LAC e 446 randomizadas para SLND apenas. O número médio de linfonodos removidos foi de 17 com LAC e 2 com SLND apenas. Em um seguimento médio de 6,3 anos (último seguimento, 04 março de 2010), a taxa de sobrevida global em 5 anos foi de 91,8% (95% intervalo de confiança [IC], 89,1% -94,5%), com LAC e 92,5% (95% CI, 90,0% a 95,1%) com SLND apenas. Já a taxa de sobrevida livre de doença em 5 anos foi de 82,2% (IC 95% 78,3% 86,3%) com LAC e 83,9% (95% CI, 80,2% -87,9%), com SLND apenas. As taxas de risco relacionadas com o tratamento para a sobrevida global foram de 0,79 (90% CI, 0,56-1,11) sem ajuste e 0,87 (90% CI, 0,62-1,23) após ajuste para idade e terapia adjuvante.

Conclusão: Entre as pacientes com câncer de mama e limitados SLN metastáticos tratadas de forma conservadora e terapia sistêmica, o uso da SLND isoladamente, em comparação com LAC não resultou em sobrevida inferior.

a melhor para a
saúde da mulher

CLÍNICA MATERMARIA A Clínica da mulher

Telefax: (62)3310 3600
Rua Conde Afonso Celso, 223 - Centro - CEP 75025-030 - Anápolis - GO

www.matermaria.com.br - matermaria@uol.com.br

Clínica da Mulher

Dr Élio Caetano de Assis
Dra Natália Lacerda de Assis

Tel.: (64) 3631-7272

Rua Dom Pedro II, nº 915, Centro, Jataí-GO



imen

Instituto de Medicina Nuclear

Dr. Omar Carneiro Filho
(Diretor Clínico)

Dr. Neimar Alexandre da Silva Lolli
(Médico Assistente)

Dr. Regina Claudia Diegoli
(Médica Assistente)



imen

**CIRURGIA
RADIOGUIADA**

**INOVANDO
SEMPRE**

Al. dos Buritis, 600, Centro, Goiânia
Fones: 3216 6900 - 08006437035
www.imen.com.br

Discussão

O que os especialistas brasileiros dizem sobre o estudo Z0011



DÉLIO MARQUES CONDE, SERVIÇO DE MASTOLOGIA - HOSPITAL MATERNO INFANTIL, GOIÂNIA-GO

A biópsia do linfonodo sentinela (LS) tornou-se a abordagem cirúrgica preferencial em mulheres com câncer de mama. O último consenso da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) considera aceitável a biópsia do LS em mulheres com câncer de mama e tumores T1-T2, não a recomendando nos casos com axila clinicamente positiva.

Recentemente foram publicados os resultados do estudo do *American College of Surgeons Oncology Group* (Z0011), um ensaio clínico aleatorizado, multicêntrico, fase III, cujo objetivo principal foi avaliar os efeitos do esvaziamento axilar (EA) na sobrevida global de mulheres com câncer de mama e metástases no LS. Nesse estudo, foram incluídas mulheres com câncer de mama, tumores ≤ 5 cm, axila clinicamente negativa, 1 a 2 LS com metástases, submetidas à lumpectomia com margens cirúrgicas negativas, à terapia adjuvante sistêmica e radioterapia da mama com campos tangenciais.

Mulheres com ≥ 3 LS positivos, doença extranodal macroscópica ou que receberam quimio ou hormonioterapia neoadjuvantes foram inelegíveis. Pacientes foram aleatoriamente divididas em 2 grupos: EA ou exclusivamente à biópsia do LS (BLS). A análise baseada na intenção de tratar incluiu 856 mulheres, 420 submetidas ao EA e 436 apenas à BLS. No grupo de EA, 27,3% (97/355) das pacientes apresentavam metástases em linfonodos não sentinelas. Após mediana de 6,3 anos de seguimento, a recidiva axilar foi de 0,9% no grupo BLS apenas e de 0,5% no EA ($p=0,45$). A sobrevida global em 5 anos foi de 91,8% no grupo EA e de 92,5% no grupo BLS,

não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação à recidiva local, recidiva regional e sobrevida livre de doença.

Comentário: O ensaio Z0011 adiciona dados importantes para a prática clínica relativos à abordagem da axila de mulheres com câncer de mama e tumores T1-T2. Apesar da possibilidade de metástases adicionais em linfonodos não sentinelas, mulheres submetidas apenas à BLS não apresentaram maior taxa de recidiva local-regional e nem menor sobrevida global ou livre de doença do que mulheres submetidas ao EA. Por quê? Os autores argumentam que a evolução no manejo do câncer de mama pode explicar esses achados, incluindo o aperfeiçoamento dos exames de imagem, avaliação mais detalhada do patologista, melhor planejamento cirúrgico e radioterápico e terapia sistêmica mais efetiva. Mais especificamente a radioterapia e a terapia sistêmica adjuvante seriam responsáveis pelo bom controle loco-regional e à distância.

Outro aspecto que vale lembrar é que, considerando que 27% das mulheres no grupo EA apresentavam metástases em linfonodos não sentinelas, conclui-se que em 73% delas, o EA poderia ser evitado, reduzindo a morbidade associada ao procedimento tais como linfedema, dor, parestesia e redução da mobilidade. No estudo National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B-32, em 61,4% (426/694) das mulheres com LSs positivos, os LSs foram os únicos linfonodos com metástases. Os achados do NSABP B-32 indicam que em mulheres submetidas à BLS o EA não é necessário em uma grande proporção delas, enquanto os dados do Z0011 adicionam que, mesmo em mulheres com 1-2 LSs positivos, o EA pode ser omitido em muitas delas sem alterar a sobrevida global ou livre de doença. Vale ressaltar que os achados do estudo Z0011 não se aplicam a mulheres com axila clinicamente positiva, submetidas à terapia sistêmica neoadjuvante, mastectomia ou à cirurgia conservadora e radioterapia parcial da mama. Futuros estudos poderão determinar uma abordagem cirúrgica da axila mais conservadora nessas mulheres. Concluindo, a aplicação na prática clínica dos achados do estudo Z0011 requer uma vez mais um trabalho de equipe que conte necessariamente com o mastologista, radioterapeuta, oncologista clínico e patologista.

- Mamografia Digital
- Dopplerfluximetria
- Ultrassom Morfológico
- Perfil Biológico Fetal
- Cardiotocografia Basal
- Monitorização de Ovulação
- Ultrassom Obstétrica

Ela Diagnósticos
 Rua 6-A nº 72
 St. Aeroporto - Goiânia - GO
 Fones: (62) 3202-8923 / 3202-7404
 Dr. Vardell Alves de Morais
 Diretor Técnico
 CRM 1778



ROGÉRIO BIZZINOTO, MASTOLOGISTA

A mastologia, assim com quase a totalidade das especialidades médicas, tem evoluído de forma contínua. Parece uma regra, na cirurgia mamária para tratamento do câncer de mama, que a biologia tumoral exerce um papel mais importante no desfecho das pacientes

acometidas por essa morbidade do que a agressividade e a extensão da cirurgia realizada. A evolução é evidente: desde a mastectomia radical descrita por Halsted, passando pelas mastectomias modificadas de Patey e Maden, às cirurgias conservadoras de Fisher e Veronesi, até a dissecação axilar limitada pela avaliação somente do linfonodo sentinela. A cada publicação temos novas informações consolidadas que nos direcionam em relação à necessidade de menor agressividade na manipulação cirúrgica.

O padrão de tratamento do câncer de mama inicial atual, realizado em praticamente todos os serviços do mundo, consiste em cirurgia conservadora ou mastectomia, associadas à biópsia do linfonodo sentinela em pacientes com axila clinicamente livre. Onde existe a presença de metástase no linfonodo sentinela, realiza-se a linfadenectomia axilar. Nesse trabalho do *American College of Surgeons Oncology Group*, o Trial Z0011, publicado no JAMA de fevereiro deste ano, temos a oportunidade de presenciar mais uma provável modificação na cirurgia para tratamento do câncer de mama inicial. Sendo randomizadas pouco mais de 400 mulheres em cada braço do estudo, no qual todas apresentavam carcinoma de mama com

tumores até 5 cm e 1 a 2 linfonodos sentinelas com metástase, reservando a dissecação axilar completa para apenas um grupo. O objetivo principal foi alcançado, já que demonstrou-se semelhança estatística na sobrevida dos dois grupos, nos levando a crer que a linfadenectomia axilar, e suas diversas comorbidades, terão cada vez menos espaço na nossa prática clínica.

Cabe ressaltar algumas particularidades do estudo: **não foram incluídas pacientes com três ou mais linfonodos positivos, linfonodos coalescentes, extravazamento capsular ou com quimio e/ou endocrinoterapia neoadjuvantes. Todas fizeram cirurgia conservadora e, a maioria, radioterapia total da mama. A conduta adjuvante, quimioterapia e/ou endocrinoterapia, já estava decidida, e o número de linfonodos acometidos não influenciaria essa decisão. Outra observação interessante, embora sem relevância estatística, todos os parâmetros avaliados são favoráveis à dissecação apenas do linfonodo sentinela: menor recidiva loco-regional (1,6% x 3,1%), maior sobrevida livre de doença (83,9% x 82,2%) e maior sobrevida global (92,5% x 91,8%).**

Por fim, temos um dado muito encorajador neste estudo. A sobrevida global, como colocado acima, superou os 90% em cinco anos, o que motivou a interrupção precoce do estudo, que esperava uma taxa próxima a 80%, com um total de 500 mortes (ocorreram 94 mortes). Todas as pacientes, nos dois grupos estudados, tinham linfonodos axilares positivos. Isso vem confirmar a evolução da abordagem multidisciplinar do tratamento do câncer de mama, com os novos métodos de imagem, as técnicas cirúrgicas aprimoradas, e as terapias adjuvantes associadas: quimioterapia, radioterapia e endocrinoterapia.

AUGUSTO R. GABRIEL, CANCEROLOGISTA

É gratificante poder observar quando os avanços da medicina se traduzem em benefícios para os pacientes proporcionando não apenas melhor controle de seus males, bem como menos incômodo para suas vidas.

Isso é bem observado no manejo do câncer de mama nas últimas décadas. Inicialmente, com Halsted, quando mastectomias radicais, com remoção de toda a glândula mamária, musculatura peitoral e linfonodos axilares era o padrão do tratamento cirúrgico e, atualmente com nodulectomias e dissecação dos linfonodos sentinelas. Com o avanço das técnicas de tratamento cirúrgico e também dos tratamentos adjuvantes o controle da doença foi sendo possível com menor agressão, o que trouxe menos sofrimento para as pacientes.

Já ficou demonstrado por Veronesi e colaboradores, em recente publicação, que mulheres submetidas apenas à dissecação de linfonodos sentinelas (DLS) apresentavam menos problemas relacionados à mobilidade do braço, dor crônica e risco de linfedema do que mulheres submetidas à dissecação axilar (DA), sem diferença no risco de recidiva locoregional.

Nesta publicação de Giuliano e colaboradores mais uma vez observamos a possibilidade de tratar adequadamente nossas pacientes com menor agressividade. Compararam a dissecação somente de linfonodos sentinelas com a dissecação axilar em pacientes com tumores de mama T1 ou T2 e sem linfadenomegalia axilar palpável, mas com linfonodo positivo. Todas as pacientes avaliadas

foram submetidas à nodulectomia e radioterapia adjuvante. Cerca de 96% delas ainda receberam quimioterapia adjuvante. Delas, 436 foram submetidas apenas a DLS. O principal objetivo foi a sobrevida global.

Como resultados obtidos, **a sobrevida global em cinco anos ficou em torno de 90% para uma população de alto risco (linfonodo positivo), o que por si só já é uma boa notícia. A taxa de recidiva axilar foi de 0,9% para as pacientes submetidas à DLS e de 0,5% para as submetidas à DA.** Das pacientes submetidas à DA, 27% apresentaram linfonodos comprometidos além dos sentinelas. Em um follow up médio de 6,3 anos nenhuma diferença foi observada entre os dois grupos estudados e o estado da axila não influenciou a sobrevida até o momento.

A meu ver tudo isso vem reforçar a tendência da oncologia atual, que é a busca de bons resultados com menor agressão possível aos pacientes. Não tenho dúvidas que o avanço dos regimes de quimioterapia contribuíram em grande parte para o sucesso dessas pacientes. Fica claro que devemos sempre tratar nossos pacientes em uma abordagem multidisciplinar e identificar grupos para melhor personalizarmos os tratamentos.



JOSÉ ORESTES, MASTOLOGISTA

Este estudo Z0011, de Giuliano e col., randomiza pacientes com carcinoma mamário infiltrante, tumores T1 e T2, axila clinicamente negativa, linfonodo sentinela com macrometástases, identificadas na congelação ou parafina, a serem submetidas a cirurgia conservadora, terapia sistêmica e irradiação de toda a mama. Do

total de pacientes incluídas no trabalho, 445 foram submetidas à dissecação dos linfonodos axilares (média de 17 linfonodos) e 446 não tiveram suas axilas dissecadas, somente o LS (média de 2 linfonodos).

Após seguimento médio de 6,3 anos, o estudo demonstrou taxas

de sobrevida global, sobrevida livre de doença e recorrência axilar sem diferença estatística significativa entre os dois grupos, além de comprovar um aumento expressivo de morbidade cirúrgica no grupo com axila dissecada.

Considerando o aperfeiçoamento do planejamento cirúrgico, terapia sistêmica e radioterapia, o trabalho sugere que seja revisto o tratamento "Stantard" dos tumores T1 e T2 com axila clinicamente negativa, reduzindo o ato cirúrgico à lumpectomia e dissecação apenas do linfonodo sentinela, mesmo quando este apresentar metástases, beneficiando assim, milhares de pacientes.

Penso que a maioria dos mastologistas ansiava por este resultado. Estamos dissecando axilas com a sensação de iatrogenia. As evidências mudaram; mudemos também.





ANTÔNIO FORTES DE PÁDUA FILHO, CANCEROLOGISTA-MASTOLOGISTA, TEREZINA - PI

Desde os registros mais antigos da história das doenças da mama (Papiro de Edwin Smith - Luxor - Egito - 1700 a.C.), até o final do século XIX, portanto cerca de 3600 anos, as cirurgias mamárias constituíam-se, a penas, como tentativas de controlar sintomas. Grandes tumores

com comprometimento grave da qualidade de vida eram “amputados” com todas as limitações da época (anestesia, hemorragia, infecção etc.). Com Halsted (William Stewart Halsted 1852 – 1922) os procedimentos cirúrgicos sobre a mama tomaram um aspecto mais científico e sistematizado. A mastectomia radical, por ele preconizada, tornou-se padrão mantendo-se, com suas variantes, por quase cem anos. A equipe liderada por Veronesi, nos anos 70/80, mostra e convence o mundo médico que, para tumores menores, uma quadrantectomia/segmentectomia, com esvaziamento axilar completo, é tão eficaz quanto à mastectomia radical. Logo a seguir, a margem exigida fica menor e os três níveis de dissecação axilar podem ser bem representados unicamente pelos dois primeiros. Nos anos 90, dentro desta evolução cirúrgica, surge na mastologia, a ideia do Linfonodo Sentinela (LS) que logo se firma como padrão. LS positivo era igual a esvaziamento axilar. Somos brindados, agora, com este trabalho “Axillary Dissection in Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis”, de Armando E. Giuliano, MD, Monica Morrow, MD e colaboradores.

A qualidade da equipe responsável e das instituições patrocinadoras, ao lado de mínima possibilidade de conflito de interesses, já que os procedimentos discutidos são apenas cirurgia e radioterapia, fazem-nos acreditar no valor dos dados apresentados.

Conclusão principal, de forma resumida, do trabalho: mulheres adultas com carcinoma de mama invasivo, histologicamente confirmado, clinicamente com 5 cm ou menos, sem adenopatia

palpável que foram submetidas à tumorectomia, com margens negativas (ausência de tumor na tinta). Pesquisa do LS revelando 1 ou 2 linfonodos positivos, sem aspectos agravantes, complementado o tratamento com radioterapia de toda a mama, de forma que incluísse a base da axila e adjuvância padrão com QT e Hormonoterapia, se submetidas, também, a linfadenectomia dos 2 níveis da axila, o prognóstico não muda em relação às clientes apenas submetidas ao LS.

Isto significa mesma segurança, menos trauma, menos complicações, menos custos. A recuperação é mais rápida das clientes tratadas de tumores da mama.

Duas fatores nos chamam atenção. O primeiro, embora não sendo o objetivo do trabalho, prende-se à expressão citada: “ausência de tumor na tinta”. Sobre a matéria, em 1992, no livro *A conservação da mama*, de Veronesi e colaboradores, a margem adequada proposta para o tratamento conservador era de 1 a 2 cm, passando logo a ser aceita uma margem de 2 mm e, agora, consolidando-se a ideia de que basta “ausência de tumor na tinta”. A segunda, é quando analisamos o trabalho dentro do contexto histórico e da atual tecnologia, com tumores cada vez menores, fatores preditivos e prognósticos baseados em biologia molecular e testes genéticos, qual o valor não só da linfadenectomia axilar, mas, ainda, da própria técnica do LS. Não será tudo isto apenas paradas transitórias, guiadas pela prudência, para um tratamento com abordagem axilar, quando clinicamente ou por método de imagem, houver indícios fortes de comprometimentos de linfonodos? Não seria apenas controle loco-regional de doença avançada (qualidade de vida), sem impacto significativo na sobrevida?

Estas respostas não se têm agora, mas como a ciência é uma busca sem fim, vamos aguardar novas evidências, sem esquecer que a linfadenectomia, em alguns casos, já pode ser evitada, mesmo com LS positivo. Muitas clientes agradecerão.

CARLOS INÁCIO DE PAULA, MASTOLOGISTA



A Dissecção Axilar para Linfadenectomia (ALND) tem sido parte da cirurgia do câncer de mama desde a descrição da mastectomia radical. Assim, vários ícones da mastologia mundial, desde Haslsted, a preconizaram como essencial para o controle da doença regional e para a avaliação da extensão da doença. Na nossa formação na década de 1970 a ALND era defendida como essencial por todos os grandes mastologistas da época, sendo o número de linfonodos encontrados na peça cirúrgica um atestado da boa técnica operatória. Lembremos, entretanto, que a quimioterapia, nesta época, engatinhava e a biologia molecular era pura ficção.

A ALND ao tempo em que procura o controle loco-regional da doença, promove um indiscutível risco de complicações sérias e indesejáveis como o seroma, a infecção e o linfedema.

Sempre foi objeto de polêmica a sua contribuição para o aumento da sobrevida das mulheres com câncer de mama, mesmo com trabalhos do *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group*, randomizados, concluírem que o controle local melhora a sobrevida doença-específica.

Com o advento da técnica de dissecação do linfonodo sentinela (SLND) desenvolveu-se a possibilidade de uma acurada avaliação do comprometimento axilar, com menos morbidade, sendo não necessário a ALND quando o linfonodo sentinela se mostrasse livre de metástases. Entretanto, continua recomendável a ALND nos casos em que o linfonodo sentinela está histologicamente comprometido.

Recentemente um artigo publicado no JAMA, fevereiro 2011, volume 305, No. 6, página 569, por Giuliano, A.E.

et al, envolvendo pesquisadores de importantes instituições como o Memorial de New York, M.D. Anderson do Texas, Mayo Clinic de Rochester e outras, descreve um trabalho randomizado, fase 3, com 891 pacientes com câncer de mama T1 e T2 sem linfonodos axilares palpáveis, mas com linfonodo sentinela comprovadamente comprometido, em que 445 receberam ALND e 446 somente SLND, tratadas com tumorectomia com margens livres, sem tratamento neoadjuvante, com o objetivo de avaliar os efeitos da ALND. Todos os pacientes foram submetidos a radioterapia sobre a mama e o tratamento adjuvante sistêmico ficou a critério da cada serviço. A conclusão, após seguimento de mais de seis anos, mostrou que entre pacientes com doença limitada à metástase do linfonodo sentinela, tratadas com cirurgia conservadora e terapia sistêmica complementar, o uso de SLND somente (ou seja, sem linfadenectomia axilar radical) comparado com os casos em que foi feita ALND, (ou seja linfadenectomia axilar radical), mostraram resultados de sobrevida global semelhantes.

Apesar da importância do trabalho, na minha opinião, **deveremos esperar por novas pesquisas com análise detalhada, pois não há referência do tratamento adjuvante que não foi padronizado nos casos relatados.** Evidentemente que há limitações no trial Z0011, entretanto poderá levar a importantes modificações na prática clínica, em benefício das pacientes com câncer de mama.



ROBERSON GUIMARÃES, MASTOLOGISTA

A disseção seletiva do linfonodo sentinela (SND) revolucionou a conduta cirúrgica em mulheres com câncer de mama e axila clinicamente negativa. Os resultados publicados pelo NSABP B-32 (Lancet Oncol 2010; 11: 927–33) e pelo grupo de Veronesi (N Engl J Med 2003; 349:546-553) nos

garantem que é seguro omitir a linfadenectomia axilar radical (LAR) nas pacientes cujo linfonodo sentinela estiver livre de comprometimento metastático. Contudo, nas pacientes em que o linfonodo sentinela apresenta doença metastática a conduta padrão tem sido a LAR, que proporciona excelente controle local e potencial impacto na sobrevida.

A hipótese testada pelo Trial ACOSOG Z0011 é que pacientes cujo linfonodo sentinela estivesse comprometido por metástase teriam o mesmo prognóstico caso fossem submetidas à linfadenectomia axilar radical ou não. Os resultados estabelecem a viabilidade da conduta conservadora na axila em pacientes com linfonodo histologicamente comprometido por doença metastática. O manejo conservador da axila já havia sido examinado pelo trial NSABP B-04 (N Eng J Med 2002; 347: 567-575), que randomizou mulheres com câncer de mama operável e axila clinicamente negativa em três grupos: 1) Mastectomia radical com linfadenectomia axilar; 2) Mastectomia total sem linfadenectomia axilar + radioterapia; 3) Mastectomia simples seguida de linfadenectomia axilar caso houvesse recidiva axilar. Após 25 anos de seguimento não se observam diferenças significativas na sobrevida global e na sobrevida livre de doença entre os grupos avaliados. Achados similares foram observados em outro trial randomizado conduzido pelo Instituto Curie (J Clin Oncol 2004; 22:97-101) comparando LAR e radioterapia em pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora.

Ao que parece, quanto mais se conhece a respeito da biologia do câncer de mama, mais os tratamentos cirúrgicos radicais têm sido reconhecidos como agressivos e inadequados. É sob essa ótica que devemos examinar os resultados publicados por Giuliano e colaboradores. Os

resultados desse trial não demonstram qualquer benefício para pacientes com 1 ou 2 sentinelas comprometidas que foram submetidas a LAR. Todas as pacientes foram tratadas com tumorectomia e radioterapia (esse dado é fundamental) e 95% receberam quimioterapia sistêmica. Um dado interessante e provocativo é que 27% das pacientes cujas axilas foram dissecadas apresentavam metástases adicionais em outros linfonodos, o que permite supor que pelo menos um quarto das pacientes que foram submetidas apenas à disseção do linfonodo sentinela também teriam outros linfonodos comprometidos – e não retirados. Apesar disso, a recorrência axilar foi semelhante entre os dois grupos (3,5% LAR x 2,5% SND). A alta prevalência do tratamento sistêmico adjuvante (95%) e a radioterapia de campos tangenciais opostos (realizada em todas as pacientes e que envolve o nível I e parte do nível II da axila) garantiram o ótimo controle local, mesmo nas pacientes em que se omitiu a linfadenectomia axilar.

Todavia, **é bom ressaltar que esse foi o primeiro trial a examinar a hipótese de que é seguro omitir a linfadenectomia em pacientes com sentinela positivo.** O estudo apresenta algumas limitações: esperava-se um accrual de 1900 pacientes e 500 mortes por câncer de mama, mas o estudo foi interrompido com menos da metade desses números sob a justificativa de que o número de eventos é baixo e seriam necessários mais 20 anos até que se atingisse a meta estipulada. Também não se aplica a pacientes com axila clinicamente comprometida nem a pacientes que foram submetidas a mastectomia ou que passaram por quimioterapia neoadjuvante. Essas limitações recomendam cautela ao se incorporar imediatamente à prática clínica o manejo conservador da axila nas pacientes com um ou dois linfonodos sentinelas positivos. Contudo, é inegável que, com o desenvolvimento da genômica e de outros fatores preditivos de sensibilidade à quimioterapia, caminhamos no sentido de tomar decisões terapêuticas baseadas mais na biologia tumoral do que na extensão anatômica do comprometimento pela doença. Não custa lembrar que toda a nossa ciência, comparada com a realidade, é primitiva e infantil – e, no entanto, é a coisa mais preciosa que temos. Diante de verdades que, se existem, são provisórias, o que resta é ler ciência de forma crítica.

JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA, MASTOLOGISTA

A mastologia vem apresentando grandes avanços nas últimas décadas. Passamos de uma Era Halstediana – era anatômica do tumor, no qual se acreditava que quanto maior a radicalidade cirúrgica (mastectomia), maior o índice de sobrevivência; e perdurou por décadas, cujo entendimento era de que a disseminação acontecia loco-regionalmente; para uma era de cirurgias mais conservadoras, (quadrantectomia, tumorectomia, etc.), no qual se acreditava que a disseminação ocorria desde o primeiro momento por via sanguínea (B. Fischer e Veronesi – era biológica dos tumores). Quando comparadas, estas duas eras, não houve diferença de sobrevivência entre elas, e sim melhor qualidade de vida para o grupo submetido ao tratamento conservador.

Então, entramos na era do linfonodo sentinela, que diminui, ainda mais, essa radicalidade, ou seja, pacientes cujo linfonodo sentinela encontra-se negativo para metástases, não haveria necessidade de esvaziamento axilar, procedimento este consagrado e que diminui, e muito, as comorbidades decorrentes do esvaziamento axilar.

E agora, com este trabalho, (Z0011), de alto nível

que acaba de ser publicado por Giuliano e Cols, no qual se conclui que, quando os casos de câncer de mama iniciais com linfonodos clinicamente negativos e patologicamente positivos, não há diferença estatística de quando esvaziar ou não a axila com um ou dois linfonodos sentinelas positivos, na sobrevivência e recorrência locoregional da doença. Com isso, estamos dando mais um passo para a diminuição da radicalidade cirúrgica. A pergunta que surge agora é se já podemos aplicar isto na nossa prática clínica, ou devemos aguardar outros trabalhos neste sentido.

No meu ponto de vista, com meus 25 anos nesta batalha contra o câncer de mama, **tudo que vem diminuir as comorbidades decorrentes do tratamento, sem interferir na segurança oncológica, acredito que possa ser incorporado em nossa prática diária.**





NEIMAR LOLI É MÉDICO NUCLEAR E TRADUZIU O ARTIGO

LINFONODO SENTINELA NO CÂNCER DE MAMA: A MEDICINA NUCLEAR COMO PONTO DE PARTIDA

Fatores influentes na taxa de falso negativo da biópsia do linfonodo sentinela no câncer de mama

Artigo extraído do The Journal Of Nuclear Medicine, vol 52, número 3, março de 2011

O status linfonodal axilar é o maior fator prognóstico no câncer de mama precoce. O estadiamento com biópsia do linfonodo sentinela (BLS) conduz a uma redução substancial da morbidade cirúrgica. Recentes estudos multiinstitucionais revelaram que a taxa de falso negativo da biópsia do linfonodo sentinela varia entre 5,5% a 16,7%, maior do que o alvo (<5%) estabelecido em 2005 pelo guidelines da Sociedade Americana de Oncologia Clínica. Esses dados alarmantes indicam a necessidade de otimização. O mapeamento duplo com radiotraçador e azul patente, combinando dois diferentes sítios de injeção, e rotineiramente o uso da linfocintilografia pode melhorar a acurácia. Fatores associados com reduzida sensibilidade, tais como biópsia excisional prévia ou quimioterapia neoadjuvante, deveriam ser considerados. O uso da biópsia do linfonodo sentinela em situações com uma alta prevalência de positividade linfonodal (grande tumor, multifocalidade) é controversial. O risco de doença não detectada após biópsia do linfonodo sentinela negativa varia de 1% a 4% em pacientes com tumor T1 e em cerca de 15% de pacientes com tumor T3. Com injeção peritumoral, a drenagem para mama interna é vista em cerca de 20% dos casos. Pacientes com drenagem para mama interna e linfonodo sentinela axilar positivo tem perto de 50% de probabilidade de envolvimento da mama interna. Linfocintilografia pode ser útil em selecionar pacientes nos quais a radiação da mama interna tem melhor relação risco – benefício.

O câncer de mama é a classe mais comum de câncer diagnosticado nas mulheres mundialmente. Estimativas de 2010 nos EUA foram de 209.060 novos casos de câncer de mama invasivo e 40.203 mortes. O status linfonodal axilar é o maior fator prognóstico no estadiamento precoce da doença, e essa informação é importante para determinar o tratamento.

Pelo fato de técnicas de imagem terem sensibilidade limitada, a axila deve ser explorada cirurgicamente. O estadiamento tradicional exigia dissecação de linfonodos axilares (níveis I e II) com 10 ou mais linfonodos removidos. O envolvimento axilar é encontrado em 10% a 30% dos pacientes com tumores T1 (menor ou igual a 2 cm), dependendo da dimensão. Esta taxa alcança 45% para tumores T2 pequenos (2,1 a 3 cm) e 55% a 70% para grandes tumores. Porém, a dissecação do linfonodo axilar traz o risco de linfedema, alterações sensitivas e dor crônica.

A biópsia do linfonodo sentinela é um método menos invasivo de checar o envolvimento linfonodal. A técnica do linfonodo sentinela é baseada na premissa de uma invasão linfonodal por células malignas originadas do sítio tumoral. Isso implica que a inteira cadeia estará livre de envolvimento se o primeiro linfonodo não estiver acometido. Pacientes com metástases para o linfonodo sentinela se submetem a imediata ou tardia dissecação linfonodal axilar convencional.

Com base no tamanho, uma metástase no linfonodo sentinela é designada uma macrometástase quando maior que 2 mm, uma micrometástase (PN1MI) está entre 0,2 mm e 2 mm, e grupos celulares tumorais isolados (PN0I+) com 0,2 mm ou menos não tem mais do que 200 células tumorais numa seção transversa de corte. Esta terminologia permanece seja qual for o método de detecção, ou o método de coloração clássico ou imunohistoquímica.

O procedimento da biópsia do linfonodo sentinela usa radiotraçador, azul patente ou ambos. Radiofármacos para biópsia do linfonodo sentinela são coloides marcados com ^{99m}Tc. Eles entram no sistema linfático e são tragados por células monocíticas fagocitárias do linfonodo sentinela. Eles permitem a visualização do linfonodo por meio de uma gama câmara antes da detecção intra-operatória com o probe. O linfonodo sentinela isolado concentra cerca de 1% da atividade injetada localmente. O azul se liga fracamente às proteínas intersticiais, predominantemente a albumina, e provoca a coloração azul assim que passa lentamente através do sentinela. Apesar do risco de reação alérgica ao azul patente, a maioria é a favor da dupla marcação.

Para qual mulher pode ser oferecida a biópsia do linfonodo sentinela é um assunto altamente debatido. Alguns centros usam a biópsia do linfonodo sentinela somente em pacientes com tumor unifocal menor que 2-3 cm, outros tem ampliado a aplicação a pacientes com tumores maiores T2 ou T3 (> 5 cm) ou carcinomas múltiplos ipsilaterais (multifocal/multicêntrico) ou a pacientes que tenham recebido quimioterapia neoadjuvante.



CLÍNICA
SÃO MARCELO

*Venha conhecer o
ESPAÇO MULHER,
mais conforto e privacidade
na realização de seus exames*

UNIDADE MARISTA - Al. Cel. Eugênio Jardim, nº 355
Fone: (62) 3236.6600



A MAIOR LOJA DE HISTÓRIA DE GOIÁS

www.contatocomunicacao.com.br/loja

Mais de 80 livros sobre todos nós
Faça-nos uma visitinha



CONTATO
COMUNICAÇÃO

A AL ULTRASSOM SABE O QUE É MAIS IMPORTANTE PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE

Gratidão e um sorriso no rosto são as melhores recompensas que um médico pode receber do seu paciente. A AL sabe disso, e por isso representa a EIZO, que faz os melhores monitores diagnósticos do mundo, com precisão e fidelidade de imagem a serviço de todo o conhecimento médico e, principalmente, da saúde.



AL ULTRASSOM
EQUIPAMENTOS MÉDICOS

(62)3281-2080

www.alultrasom.com.br

Rua 1124 n 346 - Setor Marista - Goiânia - GO.



LABORATÓRIO

Núcleo

REG. TEC. DE Syllus Med de Oliveira CEMUD 18019

DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Syd de Oliveira Reis

Aberto aos domingos e feriados (Matriz)

Atendimento 24h (unidade Clínica Santa Mônica).

www.labnucleo.com.br • 62 3223-5000