

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM UM HOSPITAL DE SÃO LUIS-MA**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN A HOSPITAL IN SÃO LUIS-MA**Fernando Henrique Ribeiro Do Couto Correa¹.**RESUMO**

Introdução: Anualmente são diagnosticados aproximadamente um milhão de novos casos de câncer, existindo uma prevalência de 4,4 milhões de mulheres que padecem dessa enfermidade. A quimioterapia neoadjuvante, é definida como qualquer tratamento quimioterápico prescrito antes do tratamento cirúrgico, com base nos resultados obtidos, passou-se a indicar o tratamento neoadjuvante em pacientes com tumores operáveis, permitindo a utilização de tratamentos cirúrgicos menos invasivos e mais eficientes. Metodologia: Estudo retrospectivo, de corte transversal para avaliar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de mama sob acompanhamento do Serviço de Mastologia do Hospital do Câncer Aldenora Belo (HCAB) na cidade de São Luis-MA com uma amostragem de 56 pacientes durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2015. RESULTADOS: Os resultados referem-se a 56 pacientes com dados clínico-epidemiológicos. Conclusão: Os resultados encontrados demonstram a evolução no tratamento do câncer de mama avançado, o que é uma realidade em nossa região, devido a falta de programas de acesso ao rastreamento, principalmente no interior do Estado, o que permitiria diagnósticos precoces e tratamentos mais eficazes e menos lesivos a paciente.

Palavras-chave: Oncologia. Mama. Neoplasias.

ACESSO LIVRE

Citação: Correa FHRC (2018) Perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante em um hospital de São Luis-MA. Revista de Patologia do Tocantins, 5(2): 21-24.

Instituição: ¹Hospital do Câncer Aldenora Belo.

Autor correspondente: Fernando Henrique Ribeiro Do Couto Correa; med.fernandocorrea@gmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 08 de setembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Correa et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

ABSTRACT

Introduction: Approximately one million new cases of cancer are diagnosed annually, with a prevalence of 4.4 million women suffering from this disease. Neoadjuvant chemotherapy is defined as any chemotherapy treatment prescribed before the surgical treatment, based on the results obtained, it was indicated the neoadjuvant treatment in patients with operable tumors, allowing the use of less invasive and more efficient surgical treatments. Methodology: Retrospective, cross-sectional study to evaluate the clinical-epidemiological profile of breast cancer patients under follow-up of the Mastology Service of the Aldenora Belo Cancer Hospital (HCAB) in the city of São Luis-MA with a sample of 56 patients during the period from January 2015 to December 2015. RESULTS: The results refer to 56 patients with clinical-epidemiological data. Conclusion: The results show the evolution in the treatment of advanced breast cancer, which is a reality in our region, due to the lack of access programs to the tracing, mainly in the interior of the State, which would allow early diagnosis and more effective treatments and less harmful to the patient.

Keywords: Oncology. Mama. Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é dentre as neoplasias, a mais incidente e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres em todo o mundo¹ quando não considerado o câncer de pele não melanoma. Anualmente são diagnosticados aproximadamente um milhão de novos casos, com prevalência de 4,4 milhões de mulheres que apresentam esta patologia².

No Brasil, o câncer de mama é a principal causa de morte por câncer entre as mulheres. Sendo que o câncer em colo uterino segue sendo o mais prevalente na região norte-nordeste do país. Com números que podem se tornar maiores devido o aumento da longevidade da população³⁻⁴.

O aumento da incidência do câncer de mama não se deve somente ao aumento da expectativa de vida da população, mas também ao aumento de sua detecção, relacionada à melhora, ampliação ao acesso por programas de rastreamento³.

A estimativa para o ano de 2018 é que 59700 novos casos e 14388 mortes de câncer de mama no Brasil para o ano de 2018, representando uma taxa de incidência de 56,3 casos por 100 mil mulheres².

A etiologia do câncer de mama é multifatorial. Os principais fatores de risco estabelecidos são idade, história familiar e pessoal de câncer de mama, exposição prolongada aos hormônios femininos, irradiação torácica prévia, sedentarismo e alcoolismo³⁻⁴.

A quimioterapia neoadjuvante, é definida como qualquer tratamento quimioterápico prescrito antes do tratamento cirúrgico, inicialmente era prescrita nos casos de câncer de mama metastáticos e inoperáveis, seguindo os bons resultados de controle da doença, passou-se a realizar o tratamento neoadjuvante em casos selecionados, com objetivo de redução tumoral em tumores localmente avançados assim permitindo tratamentos cirúrgicos menos invasivos⁵.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, de corte transversal para avaliar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de mama sob acompanhamento do Serviço de Mastologia do Hospital do Câncer Aldenora Belo (HCAB) na cidade de São Luis-MA com uma amostragem de 56 pacientes durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2015. A coleta de dados consistiu em levantamento de dados em prontuários médicos de pacientes em tratamento do câncer de mama com indicação de quimioterapia neoadjuvante. Critérios de inclusão: Foram incluídas mulheres com diagnóstico de carcinoma invasivo de mama, que possuam idade igual ou superior a 18 anos, submetidas a quimioterapia neoadjuvante no HCAB. Critérios de exclusão: homens e pacientes cujos dados clínicos, cirúrgico e patológicos não estiverem disponíveis por completo nos registros hospitalares.

RESULTADOS

Os resultados referem-se a 56 pacientes, das quais a faixa etária mais prevalente foi de 40-49 anos com 41,1%

seguido da 50-59 anos com 25%. História familiar negativa para 75% das pacientes e 1,8% já haviam realizado tratamento para câncer de mama anteriormente. Em 51,8% a primeira gestação ocorreu antes dos 30 anos, 7,1% eram nuligestas e 62,5% amamentaram por mais de 6 meses. Carcinoma ductal invasivo foi o tipo histológico mais presente, com 98,2%.

No estudo mamográfico, 42,9% das pacientes apresentavam classificação BI-RADS® IV e BI-RADS® 19,6% V no momento do diagnóstico.

Em relação ao estadiamento, nível IIIa e IIIb corresponderam a 75% dos casos analisados. Em 51,8% das pacientes o tamanho tumoral era superior a 5 cm. Em 58,9% a mama acometida era a esquerda e 3,6% era bilateral. O comprometimento clínico axilar era suspeito em 75% das pacientes.

O perfil molecular luminal B com 37,5% foi o mais prevalente seguido pelo luminal híbrido com 21,4%. Receptor hormonal de estrogênio estava positivo em 62,5%, progesterona em 53,6% e HER2 superexpresso em 10,7%.

O esquema de quimioterapia neoadjuvante mais prescrito foi antraciclina, ciclofosfamida e taxano (ACT) com 85,7% dos casos, com duração média de 23,1 semanas. Obteve-se uma resposta patológica completa em 17,9% e parcial em 42,9% dos pacientes.

Todas as pacientes foram submetidas a procedimento cirúrgico, sendo que em 58,9% foram realizadas mastectomias sem reconstrução, 21,4% cirurgias conservadoras e 19,6% mastectomia com reconstrução imediata. A abordagem axilar com biopsia de linfonodo sentinela foi realizada em todas as pacientes e houve necessidade de complementação com lifadenectomia axilar em 69,6% das pacientes.

DISCUSSÃO

Estudos mostram que o aparecimento é mais comum a partir dos 40 anos, tendo maior incidência entre 50 a 69 anos, ocorrendo de forma menos frequente nas faixas etárias inferiores⁶. Dados que não foram encontrados presente estudo, no qual a faixa etária prevalente foi de 40 a 49 anos.

A história familiar da doença é, sem dúvida alguma, um fator epidemiológico de risco bem estabelecido. Porém o câncer de mama esporádico, ou seja, sem associação com o fator hereditário, representa mais de 90% dos casos de câncer de mama em todo mundo⁷. No presente estudo, 75% das pacientes negaram ter histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro e segundo grau.

Faixa etária	Frequência
< 30 anos	7,10%
30-39 anos	14,30%
40-49 anos	3 41,10%
50-59 anos	4 25%
> 60 anos	12,50%
Historia familiar	
Sim	7,10%
Não	2 75%

Ignorado	0	17,90%
Mama acometida		
Direita	3	41,10%
Esquerda	3	58,90%
Gestação		
Nulípara		7,10%
1 ou mais gestação	7	84%
Ignorado		8,90%
Mamografia (Birads)		
0		16,10%
2		1,80%
3		3,60%
4	4	42,90%
5	1	19,60%
6		1,80%
9		14,30%
Anatomopatológico		
CDI	5	98,20%
CLI		1,80%

Tabela 1

No quesito idade na primeira gestação, houve desconcordância, quando comparado com a literatura, visto que os estudos científicos demonstram que mulheres que apresentaram a primeira gestação após os 30 anos de idade possuíam o risco de desenvolver câncer de mama aumentado em 2 vezes, se comparadas com as mulheres que têm o primeiro filho antes dos 20 anos de idade⁷. A partir de nossas análises, a maioria possuía menos de 30 anos no período da primeira gestação.

Conforme Torres et al., em um trabalho que avaliou o tipo histológico mais prevalente no câncer de mama, foi identificado que 79,7% dos resultados eram compatíveis com carcinoma ductal infiltrativo (CDI), no presente estudo 98,2% eram compatíveis carcinoma ductal. Na avaliação imunohistoquímica, Cintra et al.,¹⁰ relatam o perfil molecular Luminal B com maior frequência com 41,8%, semelhante aos 37,5% encontrado neste estudo.

Sobre a avaliação mamográfica, Melo et al.⁸ encontrou em sua pesquisa 76,4% dos pacientes com BI-RADS®, em comparação, apenas 19,6% tinham esta classificação momento do diagnóstico neste estudo.

Em relação ao estadiamento clínico, o estágio III estava presente em 46,2% em estudo realizado por Nunes et al.,⁹ com 46,2% e somente 15,1% relatados por Moraes et al., números bem abaixo dos 75% deste estudo.

Estadiamento	n	Frequência
IA	0	0%

IIA	5	8,9%
IIB	7	12,5%
IIIA	23	41,1%
IIIB	19	33,9%
IIIC	2	3,6%
Perfil molecular		
Luminal A	4	7,1%
Luminal B	21	37,5%
Luminal Híbrido	12	21,4%
HER-2	9	16,1%
Triplo negativo	9	16,1%
Ignorado	1	1,8%

Tabela 2

O tratamento do câncer de mama localmente avançado é necessariamente multidisciplinar e, na maioria das vezes, envolve a administração de quimioterapia, cirurgia e radioterapia. Considera-se a quimioterapia neoadjuvante (QTNA) ou primária como tratamento inicial de escolha na doença localmente avançada. Dados compilados do M.D. Anderson Cancer Center, avaliando mais de 800 pacientes ao longo de 25 anos com doença nos estádios IIIA e B, mostram resposta objetiva (RO) em 60 a 80% dos casos, resposta completa clínica (cRC) em 15 a 20%, resposta completa patológica (pRC) em 5 a 10% e aumento da chance de cirurgia conservadora. Com tratamento local, cirurgia e/ou radioterapia, a sobrevida em cinco anos variou entre 29 e 36%, enquanto quando foi associada QTNA baseada em antracíclico a sobrevida em cinco anos subiu para 66%. Para pacientes com carcinoma inflamatório, os dados são ainda mais marcantes com aumento da sobrevida em cinco anos de 2 a 5% para cerca de 40%.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstram a evolução no tratamento do câncer de mama avançado, o que é uma realidade em nossa região, devido a falta de programas de acesso ao rastreamento, em locais de difícil acesso, permitindo assim diagnósticos precoces e tratamentos efetivos e menos lesivos a paciente.

Em conclusão, quando bem indicada, a quimioterapia neoadjuvante é uma importante ferramenta no tratamento e na avaliação do prognóstico de pacientes portadoras de câncer.

REFERÊNCIAS

- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. 2011;61(2):69-90.
- Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tipos de câncer: mama [Internet]. 2012 [cited 2012 Jun 05]. Available from: <http://www2.inca.gov.br>

- inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++
3. Paiva CE, Ribeiro BS, Godinho AA, Meirelles RSP, Silva EVG, Marques GA, et al. Fatores de risco para o câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso controle. *Rev Bras Cancerol.* 2002;48(2):231-37.
 4. Oliveira AR. Correlação dos principais fatores prognósticos no câncer de mama entre mulheres jovens e idosas atendidas no serviço de mastologia da maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/ SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
 5. Schorr MC, Pedrini JL, Reginatto AG. A new therapeutic platform for treating breast cancer: the evolution of systemic neoadjuvant treatment. *Revista brasileira de mastologia* 2015; 21-23.
 6. Tiezzi DG. Epidemiologia do câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(5):213-5.
 7. MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, et al. Age at first birth and breast cancer risk. *Bull World Health Organ.* 1970;43(2):209-21.
 8. Melo AO, Barra MC, Silva AV, Oliveira MK, Scandiuzzi D, Menezes AC. Estudo prospectivo de casos de CORE biopsia dirigida por ultra-som e revisão de literatura. *Revista brasileira de radiologia.* 2003; 36(6): 339-344.
 9. Bárbara AP, Stefanni LS, Suéllen MP, Pacheco TJ, Pessanha TO, Mendonça SB. Epidemiological profile of patients diagnosed with breast cancer in Campos dos Goytacazes (RJ), Brazil. *Rev Bras Mastologia.* 2012;22(4):117-123.
 10. Cintra JR; Teixeira MT; Diniz RW; Florentino TM; Freitas GF; Oliveira LR; Neves MT. Perfil imunohistoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(2):178-187
 11. Bonadonna G, Veronesi U, Brambilla C, Ferrari L, Luini A, Greco M, et al. Primary chemotherapy to avoid mastectomy in tumors with diameters of three centimeters or more. *J Natl Cancer Inst.* 1990;82(19):1539-45.