



Doentes com Mama Restante

Considerações Clínico - Imagiológicas

Cláudio Cunha¹, Francelina Fernandes², Maria João Quintela²

1. Chefe do Serviço de Radiologia do Centro de Lisboa do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.
2. Médicas do Serviço de Radiologia do Centro de Lisboa do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

R. Bras. Mast. - 2; 17 - 21, 1992

Resumo

Foram estudadas retrospectivamente 269 doentes com mastectomia unilateral por cancro da mama, que efectuaram no seu seguimento de rotina exame clínico e mamográfico à mama restante durante o ano de 1988.

Analisámos alguns aspectos clínicos e imagiológicos destas doentes com mama restante, pondo em evidência a realidade do centro de Lisboa do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG).

Interessou-nos em especial a detecção do cancro da mama contralateral que ocorreu em 18 doentes com confirmação anatomopatológica ou citológica. Destes 18 casos, 5 foram detectados apenas pela clínica, 9 pela clínica associada à mamografia e 4 apenas pela mamografia. Estudávamos em detalhe os erros da mamografia e suas causas.

Abordámos a utilidade de todas as doentes com mama restante serem não só ensinadas a efectuar mensalmente o auto exame mamário, como controladas para verificar se e como estão a efectuar este exame.

Concluímos pela indispensabilidade do ensino e verificação do auto-exame mamário nestas doentes e a realização por rotina da radiologia mamária antes de instituir a terapêutica do cancro da mama, sendo igualmente imprescindível um protocolo sistemático no seguimento destas doentes, que passa pela realização de um exame anual imagiológico de diagnóstico à mama

restante.

Palavras-Chave: Mamografia, Mama Restante, Recidiva, Cancro da Mama

Summary

Study of 269 patients treated by unilateral mastectomy for cancer of the breast and followed by mammography and clinical examination throughout 1988.

Physical examination and mammographic evaluation were available in all these patients surgically treated at the Francisco Gentil Institute (Portugal, Lisbon).

In 18 cases pathologically confirmed carcinoma of the remaining breast was found. Physical examination and mammography demonstrated carcinomas in 9 cases and the remaining 4 cases were detected by mammography alone. We have analysed the accounts for mammographic failures.

The authors studied the role of breast self examination and his close clinical supervision in all the patients with remaining breast.

It was concluded that more aggressive monitoring of the second breast by frequent self examination, mammographic evaluation before therapy and annual mammographic check up may achieve early detection of second breast cancer in patients under observation.

Key Words: Mammography, Remaining Breast, Contralateral Breast, Breast Carcinoma

Introdução

Para Foot e Stewart o mais freqüente e importante antecedente de cancro da

mama é a história de cancro na mama contralateral.

Segundo os dados da literatura, o carcinoma bilateral da mama, tem uma alta incidência, em relação à população em geral, variando os seus valores entre 6,2 e 16,5% de acordo com as séries, sendo a incidência de lesão simultânea de aproximadamente 1% (1, 2, 3, 4). Num trabalho retrospectivo de 20 anos realizado no centro de Lisboa do IPOFG em 6184 doentes estudadas com cancro da mama a lesão bilateral tinha uma incidência de 2,65% (5).

Constituindo a mama restante um altíssimo risco de cancro da mama (6), é indispensável o recurso a todos os métodos preventivos, para diagnosticar o possível cancro da mama de uma forma o mais precoce possível.

Procurámos neste trabalho avaliar como estas doentes estavam a ser seguidas no nosso centro do IPOFG.

Material e métodos

O estudo incidiu sobre 269 doentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 24 e 82 anos (idade média = 52,9±11,4).

Todas as doentes tinham sido no passado mastectomizadas por cancro da mama no centro de Lisboa do IPOFG. Efectuaram mamografia de controle ao seio restante durante o ano de 1988 também no IPOFG e apresentaram ficha indexada segundo o protocolo do Serviço de Radiologia. De referir, contudo que nem todas estas doentes que fizeram mamografia preencheram ficha indexada, sendo a per-

da por não preenchimento calculada em aproximadamente 40%.

O tempo de seguimento após a mastectomia variou de 1 a 32 anos com um valor médio de $8,6 \pm 5,2$ anos.

Avaliámos entre outros os seguintes parâmetros:

a) Intervalo de tempo entre o sintoma inicial e a vinda ao IPO.

b) Intervalo de tempo entre a vinda ao IPO e o início do tratamento.

c) Realização da mamografia antes do tratamento.

d) Periodicidade do seguimento clínico e mamográfico após a mastectomia.

O tumor inicial foi caracterizado no que respeita à sua localização, dimensões, histologia e metastização.

Estudámos a evolução do tumor inicial, tendo em conta o aparecimento de tumor na mama contralateral, adenopatias axilares e metástases à distância.

Nas doentes que apresentaram tumor na mama contralateral, foi analisado o intervalo de tempo entre o 1º e o 2º cancro, assim como os mesmos parâmetros definidos para o tumor inicial. Nestas doentes analisamos ainda retrospectivamente a periodicidade das mamografias de controle efectuadas após mastectomia.

Estudámos ainda um grupo de doentes mastectomizadas no passado por cancro da mama, que efectuaram exame mamográfico entre Julho e Setembro de 1991 no IPOFG de Lisboa (Estudo Cego), com a finalidade de avaliar a periodicidade mais actual da realização de mamografia neste grupo de doentes de alto risco e principalmente, analisar a frequência com que foi ensinada a auto-observação mamária e a sua realização mensal. Estes últimos dados foram obtidos por inquérito efectuado às doentes.

Resultados

Das 269 doentes estudadas a nuliparidade estava presente em 33%; 18 (6,7%) desenvolveram tumor na mama contralateral e 51 (19%) metástases à distância.

O intervalo médio de tempo entre o sintoma inicial e a vinda ao IPOFG foi de $5,8 \pm 9,1$ meses e o intervalo médio de tempo entre esta e o tratamento de $3,2 \pm 2,8$ meses.

A localização do tumor inicial era em 46,1% dos casos do lado esquerdo e em 53,9% à direita, sendo o quadrante mais frequentemente atingido o quadrante superior externo (Quadro 1).

Quadro 1. Localização do Tumor inicial e o da mama contralateral nos diferentes quadrantes.

	TUMOR INICIAL	TUMOR MAMA CONTRALATERAL
Q.S.E.	64,8%	57,1%
Q.S.I.	21,8%	14,3%
Q.I.E.	6,1%	14,3%
Q.I.I.	7,3%	14,3%

Na altura do diagnóstico as dimensões médias eram $3,1 \pm 1,8$ cm e o tipo histológico mais frequente o carcinoma ductal (158 doentes - 58,7%, seguido do carcinoma lobular (49 doentes - 18,2%). Estavam presentes adenopatias axilares em 41% destas doentes, sendo em 26,8% dos casos o seu número superior a 3.

A lesão tumoral inicial foi diagnosticada pela clínica em 61% dos casos, pela clínica associada à mamografia em 36% e só em 4% é que foi a mamografia isoladamente a responsável por este diagnóstico, não sendo possível analisar as dimensões médias, dessas lesões neoplásicas malignas diagnosticadas só por mamografia (fig. 1).

Apenas 173 doentes (64,3%) efectuaram mamografia prévia ao tratamento do primeiro cancro. A periodicidade da realização da mamografia de seguimento após a 1ª mastectomia variou de acordo com a data da mastectomia, tendo sido mais frequente nos casos mais recentes (quadro 2).

A disseminação metastática verificou-se em 51 doentes (19%), fazendo-se preferencialmente para:

Sistema Osteo-articular	12 doentes - 23,5%
Pulmão	10 doentes - 19,6%
Cicatriz Mastectomia	10 doentes - 19,6%
Gânglios	09 doentes - 17,7%
Outros	10 doentes - 19,6%

O tempo médio entre a mastectomia e o aparecimento da 1ª metástase foi de $4,7 \pm 3,6$ anos.

Nas doentes que desenvolveram cancro na mama contralateral (6,7%), o intervalo médio de tempo entre a mastectomia e o diagnóstico do 2º cancro foi de $6,1 \pm 7,4$ anos, sendo a idade média de aparecimento do 2º cancro de $60,1 \pm 8,3$ anos.

As dimensões médias do 2º cancro na data do diagnóstico foram $2,6 \pm 1,5$ cm, inferiores às do tumor inicial ($3,1 \pm 8$ cm), localizando-se predominantemente também no quadrante superior externo (Quadro 1).

Dos 18 casos, apenas em 13 houve confirmação histológica, tratando-se sempre de carcinoma ductal. Os restantes 5 apenas tiveram confirmação citológica. O diagnóstico do 2º cancro foi efectuado em 50% dos casos pela clínica associada a mamografia, em 25% só pela clínica e em outros 25% só pela mamografia (fig. 1). Estes dados representam um avanço significativo em relação ao diagnóstico do 1º cancro.

Nas 18 doentes com tumor na mama contralateral, 15 fizeram mamografia prévia, sendo a apresentação mais frequente a condensação localizada, por vezes, nodular do estroma (fig. 2), presente em 12 doentes (80%). Em duas doentes a apresentação foi de condensação difusa (mastite carcinomatosa) e numa outra doente microcalcificações não associadas a condensação do estroma (fig. 3).

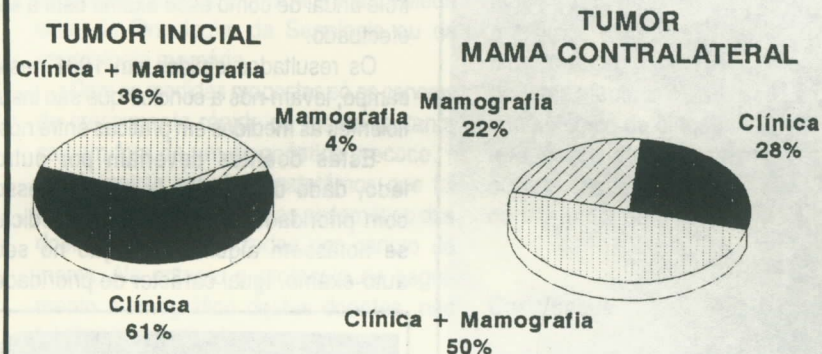
Avaliámos globalmente os erros de interpretação das mamografias em 2,6% com 2,1% de falsos negativos e 0,5% de falsos positivos.

Os erros por falsos negativos foram devidos:

1) A falta de mamograma de base -50%- (fig. 4), que motivou uma não valorização de condensação do estroma.

2) Baixa agressividade na leitura das mamografias -50%- nestas doentes de altíssimo risco, como no caso anterior e em especial no caso da fig. 5 em que se observa zona de dispersão do estroma, não presente no anterior mamograma.

Fig. 1. Diagnóstico do cancro da mama



Quadro 2. Periodicidade das mamografias de controle de acordo com a data da mastectomia.

DATA MASTECTOMIA	PERIODICIDADE MAMOGRAFIAS (Anos)
Pré 1981	7.5 ± 5.0
1981 a 1986	4.0 ± 2.4
Após 1986	2.6 ± 1.4
1991	2.2 ± 1.4

O estudo cego revelou que, neste grupo de doentes, o intervalo médio de realização de mamografia de controle foi de $2,2 \pm 1,4$ anos. Porém os aspectos fundamentais deste estudo foram:

a) Só 65,7% destas doentes mastectomizadas de altíssimo risco foram ensinadas a fazer auto observação.

b) Só 56% destas doentes confirmaram que efectuavam regularmente o auto-exame.

Discussão

Pensa-se actualmente que o carcinoma da mama não é um fenómeno local mas uma doença difusa do epitélio ductal mamário, razão pela qual doentes com carcinoma da mama têm altíssimo risco de desenvolvimento da lesão na mama contralateral (7).

Segundo Lavey e col. o carcinoma da mama contralateral representa 40 a 50%

das segundas lesões malignas nos doentes com cancro da mama (8), sendo este

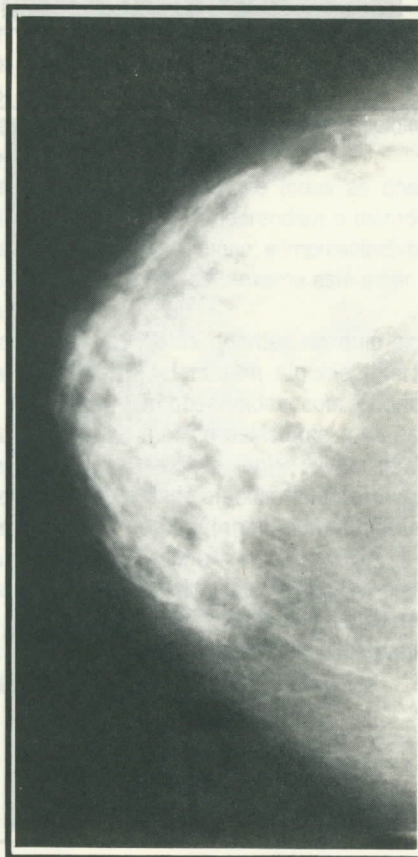


Fig.:2

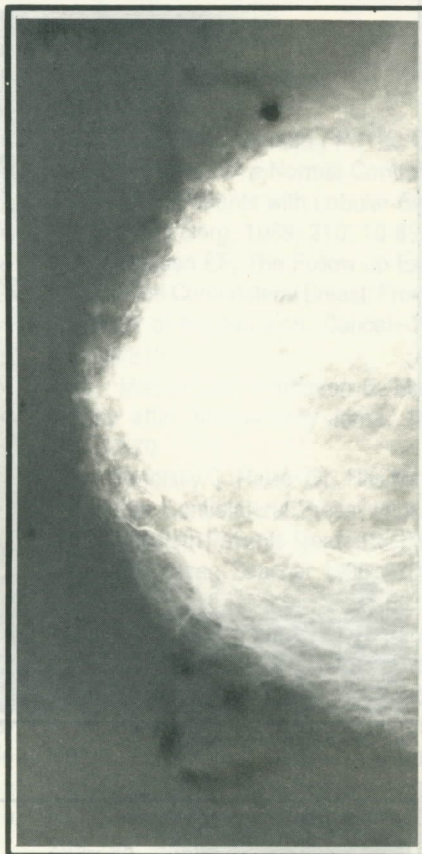


Fig.:3

mais agressivo que o 1º cancro, impondo portanto um diagnóstico mais precoce (4).

A incidência de carcinoma bilateral varia de acordo com as séries entre 6,2 e 16,5% (1, 2, 3), sendo os valores mais elevados encontrados em estudos com grande duração no seguimento ou realização de biópsias de rotina nas zonas em espelho da mama contralateral (9). O carcinoma bilateral simultâneo tem uma incidência de 1% (3). Alguns estudos revelam que com o uso sistemático de mamografia a incidência de carcinoma na mama contralateral não aumenta significativamente mas que este é detectado num estadio mais precoce (1, 2).

O seguimento clínico e mamográfico destes doentes torna-se imprescindível, sendo a mamografia o método que isoladamente melhores resultados fornece. As lesões detectadas só na mamografia são de menores dimensões e com menos adenopatias axilares do que as detectadas pela

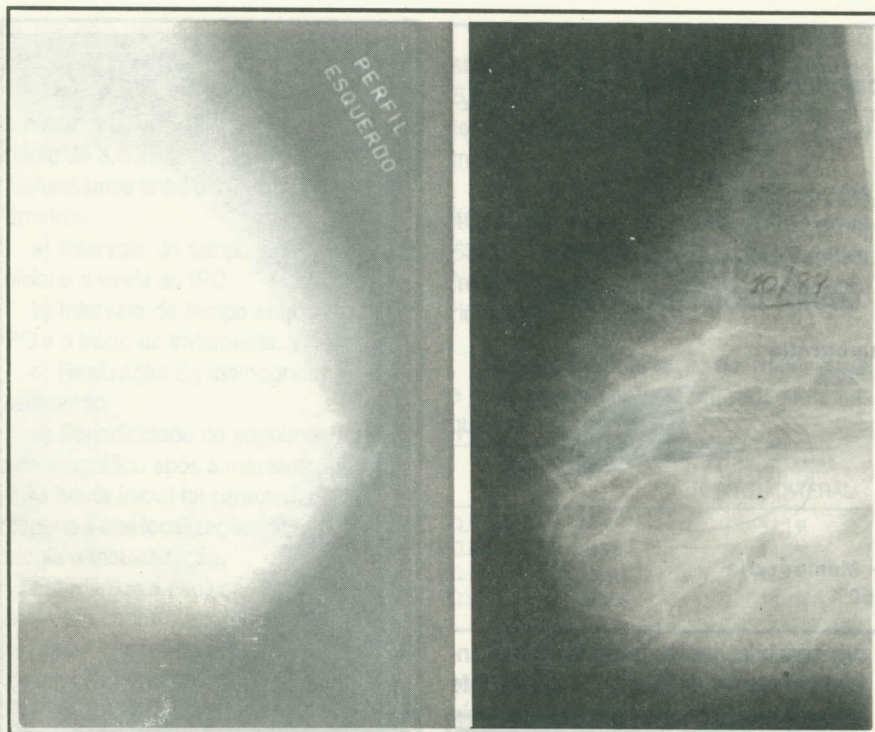


Fig.: 4 a e b (Estudo comparativo)

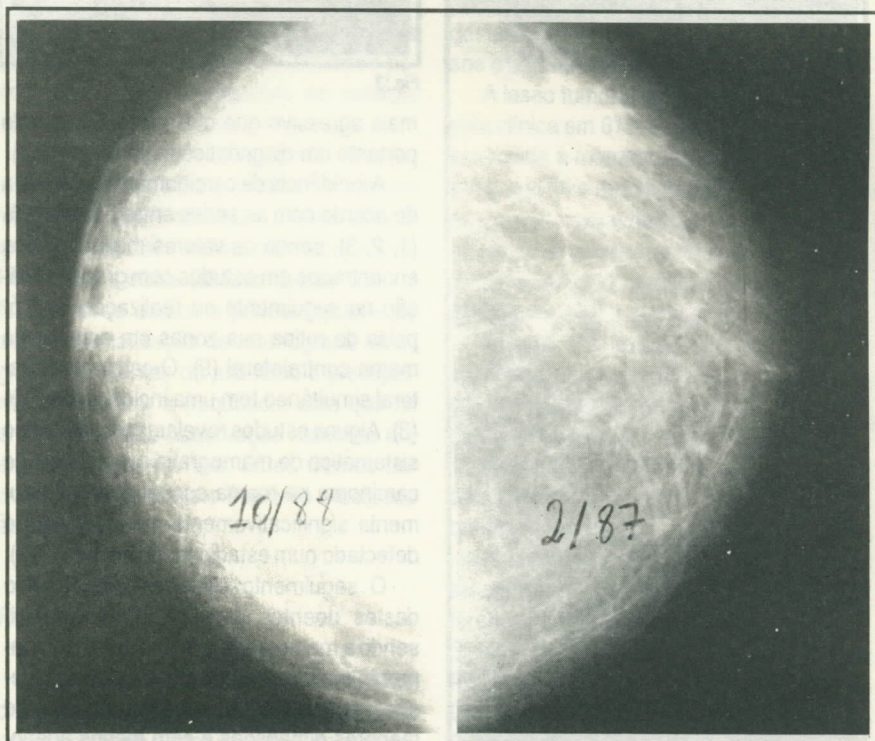


Fig.: 5 a e b (Estudo comparativo)

clínica (3), condicionando desde logo um aumento da taxa de cura após tratamento (10).

Julgamos que seria muito útil a todas estas doentes não só o ensino personalizado e sistemático da auto-observação mamária, que deverá ser mensal, como o controlo anual de como esse exame está a ser efectuado.

Os resultados obtidos em 1991 neste campo, levam-nos a concluir que são insuficientes as medidas em práticas entre nós.

Estas doentes deveriam por outro lado, dado o seu alto risco, ter acesso com prioridade a uma consulta médica, se notassem alguma alteração no seu auto-exame. Igual carácter de prioridade

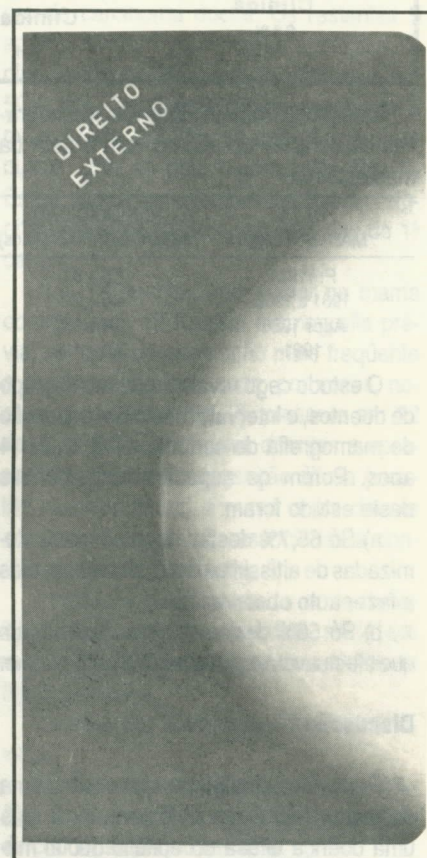


Fig.: 6

deveria ser respeitado para a realização de um exame imagiológico de diagnóstico, independente do exame anual de rotina, se o médico assistente o achasse necessário.

O cancro da mama restante deverá ser diagnosticado numa fase mais precoce e com dimensões menores que o tumor inicial, justificando-se mesmo nos nossos dias, que grande percentagem de cancros da mama restante sejam diagnosticados em fase infra-clínica (fig. 6). Se isso não acontecer deve-se a uma falência da Medicina, da Oncologia, da Senologia ou da Imagiologia mamária.

Com as medidas propostas só os cancros de crescimento rápido da mama restante caíam fora de um diagnóstico precoce.

No nosso estudo constatámos que foi feito um seguimento clínico sistemático das doentes mastectomizadas por cancro da mama. No entanto o protocolo de seguimento mamográfico destas doentes, não foi tão sistematizado.

Verificámos que a periodicidade deste exame mamográfico tem vindo a reduzir significativamente ao longo dos anos, observando-se actualmente um valor médio de $2,2 \pm 1,4$ anos, que tem tendência a diminuir. Este facto é de fácil explicação na realidade portuguesa, se tivermos em mente que no nosso País, na área de Lisboa, a dificuldade na obtenção de exames imagiológicos da mama tem diminuído nos últimos anos, à medida que mais médicos radiologistas vão sendo treinados em radiologia mamária. Os dados deste trabalho mostram mesmo que presentemente nos estamos a aproximar do ideal da realização duma mamografia de diagnóstico anual nas doentes mastectomizadas.

Comparativamente aos dados da literatura, verificamos que a incidência de cancro bilateral é sobreponível, não se tendo no entanto detectado lesão simultânea em nenhum caso. A não realização sistemática de mamografia pré-terapêutica, pode ter contribuído para este facto.

O intervalo de tempo entre a mastectomia e o aparecimento de cancro na

mama contralateral no nosso caso (6,1 7,4 anos) é mais elevado do que o referido por outros autores em que a mamografia é feita anualmente, o que contribuiu para um menor número de lesões detectadas em estado infralínico. A falta de mamograma de base contribui também para este facto. Pelo atrás exposto (melhor e maior acesso a exames mamográficos de diagnóstico em Portugal) hoje em dia já todas as doentes efectuam o indispensável exame imagiológico de diagnóstico mamário pré terapêutico até com uma clínica indiscutível de malignidade mesmo que confirmada pela citologia.

Conclusões

1) Necessidade de realização de mamografia de rotina pré terapêutica em todas as doentes com suspeita de cancro da mama.

2) As doentes mastectomizadas necessitam no seu seguimento de um protocolo clínico mamográfico rigoroso, que passa pela realização de um exame imagiológico mamário anual.

3) Justifica-se que todas as doentes mastectomizadas aprendam o método do auto-exame mamário; é imprescindível verificar se esse auto-exame está a ser bem executado.

4) Se estas doentes no auto-exame mamário detectarem alguma alteração devem ser observadas com prioridade pelo seu médico assistente e se este o considerar conveniente devem também com prioridade efectuar exame imagiológico mamário, independentemente do exame de rotina.

5) Nestas doentes, de mama restante e altíssimo risco de cancro da mama, temos de ser mais agressivos na interpretação dos mamogramas.

Referências Bibliográficas

- 1 - Baker RR, Kuhajda FP. The Clinical Management of a Normal Contralateral Breast in Patients with Lobular Breast Cancer. *Ann Surg.* 1989; 210: 10-89.
- 2 - Lewison EF. The Follow-up Examination of the Contralateral Breast: From the Viewpoint of the Surgeon. *Cancer.* 1969; 23: 809-810.
- 3 - Missakin M, Harrison E. Mammography after Mastectomy-Jama. 1965; 191: 67-70.
- 4 - Senofsky O, Raiser DL. Has Monitoring of the Contralateral Breast Improved the Prognosis in Patients Treated for Primary Breast Cancer. *Cancer* 1986; 57: 597-602.
- 5 - Duarte Pedro AL, Velez A: Carcinoma Bilateral da Mama. 9º Congresso Nacional de Cirurgia Março 1988, Lisboa (abstr).
- 6 - Cunha C. Atlas de Imagiologia da Mama. 1ª Edição. Lisboa: Centro de Senologia Dr. Ernesto Passos Angelo, Dr. Claudio Cunha. 1990. Caso 118: 295-298.
- 7 - Egan RL. Breast Imaging Diagnosis and Morphology of Breast Diseases. Philadelphia: WB Saunders Company 1988. Bilateral Breast Carcinomas: 526-549.
- 8 - Lavey R, Prosnitz L. Impact of Radiation Therapy and/or Chemotherapy on the Risk for a Second Malignancy after Breast Cancer. *Cancer* 1990; 5: 874-880.
- 9 - Prasard A, Mendal AL. Changes in mammographically Normal Contralateral Breast in Cases of Breast Carcinoma. *Cancer* 1989; 60:235.
- 10 - Gray LA. The Breast as Viewed by a Gynecologist. *cancer* 1969; 4:814-819.
- 11 - Gastrim G. Breast Cancer Control. Almquist a Wiksell International. Stockholm. 1981.