



Conduta Terapêutica no Carcinoma de Mama Estádio Clínico II

*Trabalho Apresentado como Tema Oficial do
XII Congresso Brasileiro de Cancerologia
Fortaleza, Ceará – Novembro de 1991*

Antonio Franco Montoro

Diretor – Presidente da Fundação Oncocentro de São Paulo.
Chefe do Serviço de Mastologia do Hospital Oswaldo Cruz

Endereço para correspondência: Praça Amadeu Amaral
47 - 9º andar – CEP 01327 – São Paulo, SP – Brasil

R. Bras. Mast. – 2; 23 – 25, 1999

Resumo

Em casuística de 663 pacientes, tratadas pessoalmente entre 1975-1990, foram selecionadas 268 catalogadas no Estádio Clínico II.

A conduta terapêutica local, regional e sistêmica utilizada nesses casos é relatada e discutida.

Os índices de sobrevida e de controle da doença aos 10 anos foram 46% e 62% respectivamente.

Palavras Chave: Câncer de mama
Estádio clínico

Summary

A report of 268 breast cancer patients, restricted to clinical stage II, and personally treated between 1975 and 1990 is presented.

The therapeutic approach given to these patients is discussed on the different levels of local, regional and systemic therapy.

The survival and control of disease after 10 years were respectively 46% and 62%.

Key words: Breast cancer stage II
Therapy

Introdução

Situa-se no Estádio Clínico II um contingente significativo de pacientes portadoras de câncer de mama, assim catalogadas porque, no momento do seu tratamento inicial, são consideradas como tendo a doença circunscrita à mama e suas regiões linfáticas tributárias, ambas em moderado estado de desenvolvimento.

A estas pacientes, administra-se, prioritariamente, tratamento cirúrgico de caráter loco-regional e, acessoriamente, terapêutica sistêmica de finalidade preventiva.

Casuística

Entre 1975 e 1990, cuidamos pessoalmente de 663 pacientes portadoras de carcinoma de mama, das quais 268 (40,5%) estavam situadas no estágio clínico II. Os percentuais dos demais casos podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1: Carcinoma de Mama Estádios Clínicos em 663 Pacientes Operáveis

EC	%
0	2,4
I	16,5
II	40,5
III	22,3
X	18,8

Suas categorias distribuíam-se nas seguintes proporções: cerca de 2/3 das pacientes (65,6%) exibiam T₂N₁M₀; 25% T₂N₀M₀, e 9,4% enquadravam-se como T₁N₁M₀, conforme preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (1). As faixas etárias, os tipos histológicos e a incidência de bilateralidade dos casos são apresentadas nas Tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2: Carcinoma de Mama Estádio Clínico II Faixa Etária

Idade	%
30 - 39	9,4
40 - 49	23,2
50 - 59	25,7
60 - 69	25,7
70 - 79	13,8
80 - 89	1,3

Tabela 3: Carcinoma de Mama Estádio Clínico II Histologia

Tipo	%
Ductal	93,7
Lobular	4,3
Outros	1,8

Tabela 4: Carcinoma de Mama Estádio Clínico II

Bilateralidade	em %
Total	5,9
Lobular	42,0

Todas as pacientes receberam tratamento cirúrgico cuja amplitude variou da mastectomia radical clássica tipo Halsted (2) em 2%, 72% foram tratadas pela mastectomia radical modificada (3), com ou sem a preservação do músculo peitoral e 26% receberam o tratamento pela quadrantectomia (4).

O tratamento complementar à cirurgia constou de radioterapia, hormonioterapia e/ou quimioterapia. De caráter único, os percentuais foram respectivamente 8%, 22% e 21%. No total dos 268 casos, administramos as três modalidades de forma associada em 86% das pacientes.

Discussão

Nosso percentual de cirurgia não mutilante, que globalmente representa uma em cada quatro das operações praticadas, pode ser corrigido para 35% nos últimos 10 anos, ou seja uma para cada três, se levarmos em conta que adotamos a alternativa de mastectomia parcial pela quadrantectomia a partir de junho de 1980. Se considerarmos apenas o último quinquênio, esta proporção atinge uma relação de quase 1 para 1 entre os tratamentos não mutilantes e radicais.

Explica-se esse crescimento na taxa das mastectomias parciais pelo rigor assumido nos primeiros anos de prática das quadrantectomias. Inicialmente restringíamos nossa conduta às pacientes com tumor até 2cm de diâmetro, com axila clinicamente não comprometida e neoplasia afastada da aréola, em consonância com o trabalho pioneiro de Veronesi e cols. (5). Estas discriminações atualmente não mais subsistem. Mais significativo do que o diâmetro próprio da neoplasia, o que importa é a sua proporção com o volume mamário. Nestas condições, 2 cm de diâmetro, pode ser proibitivo numa mama pequena, e mesmo 4 cm, será compatível para uma quadrantectomia numa mama volumosa. O comprometimento axilar não invalida a prática da cirurgia não mutilante. Sua dissecação, desde que bem executada, não promove recidivas nos linfonodos. Quanto

à aréola, deve-se recordar que ela é somente pele pigmentada. Apenas a papila (ou mamilo) é glândula e, como tal, deve ser respeitada.

Entre as pacientes que receberam cirurgia mutiladora, o que corresponde a cerca de 74% das pacientes tratadas neste período, um percentual significativo recebeu reconstrução mamária (6). O total de cirurgias reparadoras atingiu a 11% deste lote de pacientes, oito por cento das quais em fase tardia do tratamento inicial. A reconstrução simultânea foi realizada em 7,4% se considerarmos apenas o período 85-90, época em que iniciamos a prática de reparação da mutilação de forma simultânea.

Quanto ao tratamento complementar à cirurgia, a radioterapia, de forma seletiva e regional, foi administrada nas pacientes que sofreram mastectomias, radical ou modificada, apenas naquelas cujas neoplasias situavam-se nos quadrantes mediais, quando a actinoterapia foi aplicada pós-operatoriamente à região mamária interna e fossa supra clavicular. Todas as pacientes que receberam quadrantectomia tiveram complementação radioterápica exclusivamente na mama residual, exceto nas condições já referidas, quando o tumor ocupava os quadrantes mediais da mama e a irradiação abrangia também a cadeia mamária interna e linfonodos supraclaviculares. A axila não é irradiada. Consideramos esta região como atribuição exclusiva da cirurgia. Nunca tivemos recidiva axilar.

Em função do tratamento sistêmico complementar, seja de natureza hormonal ou quimioterápica, duas informações dirigiram as nossas indicações: o estado menstrual exibido pelas pacientes na época do

tratamento, e a condição dos receptores hormonais, cujas dosagens são executadas em nosso serviço de forma rotineira. O estado menstrual revelou que 61% das nossas pacientes estavam em pós menopausa, cerca de 1/3, em pré menopausa, e 6,8% em transmenopausa. Em termos de receptores hormonais nossas dosagens indicaram que 63% eram positivas e 37% exibiam condição de negatividade para os receptores hormonais. Deve ser enfatizado que o nosso conceito de positividade para os receptores hormonais aponta para um mínimo de 40 fm/mg de tecido para a conceituação de positividade, tanto para os receptores de estrógenos como para os receptores de progesterona. (7)

A hormonioterapia foi dada preferência nas pacientes em pós menopausa ou naquelas que exibissem positividade em termos de receptores hormonais, em qualquer idade. Ela foi executada como única terapêutica complementar em 22% das pacientes e associada à radioterapia em 34% das pacientes. Quanto à quimioterapia, foi administrada de maneira preferencial, às pacientes em pré menopausa que, segundo os trabalhos da Escola de Milão (8), indicam ser o grupo etário que melhores resultados exhibe. Via de regra foi usado o esquema CMF, habitualmente, em 6 ciclos. Excepcionalmente, quando o índice de agressividade tumoral demonstrada pela termografia mamária era intenso (9), ou o comprometimento axilar inquietante, usamos um esquema alternado de CMF com Epirubicina. A quimioterapia foi utilizada de maneira única em 21% das pacientes e associada à radioterapia, em 27% dos casos.

Tabela 5: Carcinoma de Mama Estádio Clínico II Seguimento em % de 663 Pacientes

Estado	3 A (85,7)	5 A (82,0)	10 A (80,0)
Assintomática	63,5	50,5	46,0
Viva Com Doença	3,6	3,2	4,0
Morte Por Doença	23,3	32,9	34,0
Morte Por Outra Causa	9,4	13,0	16,0
Ignorado	14,3	18,0	20,0
Doença Controlada	73,0	64,0	62,0
Doença Não Controlada	27,0	36,0	38,0

Conclusão

Quanto aos resultados, em acompanhamento realizado após 3,5 e 10 anos, a Tabela 5 revela que as condições de vida e assintomática prevaleceram depois de 10 anos em 46% das pacientes. Em termos de controle da doença, levando em conta não apenas as assintomáticas mas as mortes por outras causas, os nossos resultados atingiram a 62% após 10 anos de seguimento.

Referências Bibliográficas

1. UICC - Union Internationale Contre le Cancer. TNM - Classification of Breast Cancer. Geneva, 1982

2. Halsted W.S. - The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889 to January 1894. Ann. Surg. 20:497, 1984.

3. Montoro A.F. - Mastectomia radical modificada. Rev. Ass. Med. Bras., 19:61, 1973.

4. Montoro A.F.; Rivera J.S.; Montoro F.F. & Barros A.C. - Carcinoma mamário tratado pela quadrantectomia, dissecação axilar e radioterapia da mama residual: observação após 6 anos em 81 pacientes. Femina 15:651, 1987.

5. Veronesi U.; Caccozzi R.; Del Vecchio M. e cols. - Comparing radical mastectomy with quadrantectomy axillary dissections and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. N. Engl. J. - Med., 305:6,

1981

6. Melega J.M.; Caceres E.; Psillakis J.M. e cols. - Alternativas de reconstrução mamária in Montoro A.F. e cols. Alternativas Diagnósticas e Terapêuticas no Câncer de Mama. Ed. Bradepca - CNPq. S. Paulo, 1987 p. 263.

7. Montoro A.F. - Importância Clínica dos Receptores Hormonais nos Carcinomas de Mama. Oncologia Atual, Vol. 2 nº 2, Pg. 15, 1992

8. Bonadonna G.; Valagussa P.; Rossi A. e cols. - Ten-year experience with CMF-based adjuvant chemotherapy in resectable breast cancer. Breast Cancer Treat. Rep. 5:95, 1985

9. Montoro A.F. - Os quatro predicados da Termografia Mamária. Femina 19:902, 1991.

SCHERING
Divisão BERLIMED



Terapia Endócrina

PRIMOLUT-NOR

O PROGESTOGÊNIO ORAL



- ☐ Acetato de noretisterona, o progestogênio oral da Berlimed - Divisão da Schering.
- ☐ Dose de transformação endometrial 50 mg.

INDICAÇÕES:

- ☐ Hemorragias disfuncionais
- ☐ Profilaxia de recidivas após hemorragias disfuncionais
- ☐ Síndrome pré menstrual, mastopatia crônica cística
- ☐ Adiantamento da menstruação em caso de ciclo normal
- ☐ Amenorréia primária e secundária de longa duração

FLEXIBILIDADE POSOLÓGICA:

- ☐ Exclusivo comprimido biranhurado permitindo doses de 10,5 ou 2,5 mg

APRESENTAÇÃO:

Primolut-Nor 10 mg: Frasco com 30 comprimidos de 10 mg



Para informações detalhadas consulte a
Schering do Brasil, Química e Farmacêutica Ltda.
R. Canconeiro de Évora, 255 - Fone: (011) 240-4611 - Brooklin - São Paulo - SP