

Dissecção da Axila no Tratamento do Câncer de Mama

SÉRGIO LUIS FARIA^{1,3}, WERNER R. SCHLUPP¹, LUDMILA S. MEDINA DA CUNHA¹,
HONÓRIO CHIMINAZZO JR¹, JUVENAL A. DE OLIVEIRA FILHO², FERNANDO MEDINA DA
CUNHA².

Centro de Oncologia Campinas — Campinas, SP

Resumo

A dissecção da axila no tratamento do câncer da mama tem sido questionada quanto aos seus objetivos. No passado próximo a intenção era curativa; presentemente tem sido indicada principalmente para oferecer informação de extensão da doença (comprometimento de linfonodos por tumor) e tratamentos complementares, principalmente a quimioterapia adjuvante. Apenas alguns subgrupos de mulheres têm-se beneficiado realmente da quimioterapia adjuvante: as pré-menopausadas com linfonodos axilares comprometidos com tumor.

Uma vez decidida a dissecção axilar, ainda resta a questão de saber se deve ser radical, ou limitada a níveis I e II (até músculo peitoral menor). Muitos centros importantes de câncer indicam a dissecção limitada da axila, que em média retira cerca de 10 linfonodos, alegando que desta forma não há risco de edema importante do braço e conseguem boa informação prognóstica e bom controle tumoral da axila. Aqueles que indicam a dissecção radical alegam que esta é a única forma de se obter informação real da situação axilar. Algumas pacientes podem ter linfonodos livres de tumor na parte baixa da axila, mas com tumor no ápice axilar ("skip metastasis"), e a única forma de descobri-lo seria através da dissecção radical.

Como a dissecção radical da axila pode causar edema do braço, é importante questionar a real indicação da mesma. Pacientes em pós-menopausa e com axila clinicamente negativa talvez pudessem ter a alternativa de não dissecar a axila de forma radical (e com isso não correr o risco de edema do braço), sem aumentar a chance de falha de tratamento. O presente artigo discute o problema da dissecção da axila no tratamento do câncer da mama e mostra dados de 148 pacientes que fizeram tratamento conservador no Centro de Oncologia Campinas, metade das quais sem dissecção da axila.

Unitermos: câncer da mama; dissecção axilar; complicações

Introdução

O comprometimento de linfonodos (LN) da axila no câncer da mama tem sido muito estudado. Mais de meio século de mastectomias radicais, e portanto esvaziamentos radicais da axila, proporcionaram informações de todo tipo, muito valiosas e confirmadas em vários estudos. Durante estes anos, apesar da ressecção de LN da axila ter-se mantido, o motivo da sua indicação tem sofrido mudanças. Até há poucos anos, de forma quase unânime, a dissecção radical de LN axilares fazia parte do tratamento padrão do câncer da mama operável com axila clinicamente negativa ou não. Recentemente surgiram informações, vindas de grandes estudos prospectivos e randomizados, que questionam a indicação da dissecção axilar de rotina. A dissecção pode não ser fei-

ta, e se for indicada não precisa ser radical, mas limitada a uma "amostragem ganglionar".

Estas mudanças da indicação da dissecção axilar no tratamento do câncer da mama estão ligadas às novas teorias de disseminação do câncer mamário e indicações de tratamentos complementares como a radioterapia e a quimioterapia.

Considerando a importância deste assunto, este artigo faz uma revisão de informações disponíveis e sugestões de conduta com enfoque na realidade brasileira.

Dissecção da axila — Informações tradicionais

A região nodal axilar é o maior sítio de drenagem linfática no câncer da mama. Mesmo pacientes com tumores situados em quadrantes internos ou região central da mama têm maior comprometimento nos

LN da axila do que noutros sítios de drenagem¹. Aparentemente não há diferença significativa no comprometimento patológico axilar em relação ao local do tumor primário da mama (ou seja: em qualquer quadrante o tumor deverá ter disseminação semelhante para a axila²).

O comprometimento de LN da axila é o maior fator isolado de prognóstico em câncer da mama^{3,4}. Pacientes com LN positivos na axila vão evoluir nitidamente pior, tanto em recidiva local quanto em metástases à distância, em relação às pacientes com axila negativa (Tabela 1). Quase 25% das pacientes que sofreram mastectomia radical (MR) e com os LN da axila negativos tiveram recidiva, a maioria à distância.

A detecção de envolvimento axilar pelo exame físico tem taxa de 25-30% de erro nos dois lados, ou seja falso-positivo e falso-negativo² (Tabela 2).

Tabela 1

	5 anos NSABP ²⁵		10 anos- Milão ²⁶	
	N+	N-	N+	N-
Local 1.ª recidiva	N+	N-	N+	N-
Loco-regional	25%	4%	17,8%	6 %
Distância	42%	19%	42,4%	15,2%
Local + distância			9,1%	2,0%
Total	67%	23%	69,3%	23,2%

Tabela 1 — Percentagem de falha de tratamento em relação ao local da primeira recidiva após a mastectomia radical em pacientes com linfonodos positivos e negativos. N+ = Linfonodos positivos, N- = Linfonodos negativos

Tabela 2

	Butcher	Haagensen	Schottenfeld	Bucaloni
Falso + (%)	25	24	26	29
Falso - (%)	32	32	27	29

Tabela 2 — Percentagem de erro na avaliação clínica do comprometimento nodal axilar. Falso + = clinicamente pensou-se que havia linfonodos com tumor, mas após a dissecação axilar todos foram negativos: Falso - = clinicamente pensou-se que os linfonodos estavam livres de tumor mas após a dissecação axilar, alguns estavam comprometidos.

Cirurgicamente, os LN da axila têm sido divididos em três níveis: 1) LN abaixo da borda inferior do músculo peitoral menor; 2) LN diretamente abaixo do m. peitoral menor e 3) LN acima da borda do m. peitoral menor. Uma dissecação radical, que pega os 3 níveis, deve recolher mais LN que dissecações parciais (de nível 1 e/ou 2), mas não necessariamente^{5,6}. Aparentemente, a positividade axilar seria reduzida de 29% se a dissecação fosse somente até nível 1, quando comparada com uma dissecação radical⁶.

A qualidade do exame anatomopatológico da peça é importante no conjunto de informações oferecidas, particularmente quanto ao número de LN encontrados e o número de LN comprometidos por tumor. **Pickren**⁷ reviu as lâminas de 51 pacientes que na rotina tinham sido dadas como tendo axila negativa patologicamente e verificou que 11 (22%) foram positivas após melhor avaliadas.

O n.º total de LN envolvidos tem sido considerado mais importante que a proporção de LN comprometidos vs LN ressecados. Quanto mais LN estiverem comprometidos pior o prognóstico, e 4 categorias têm sido definidas: 1 a 3, 4 a 9, e 10 ou mais LN positivos⁴ (Tabela 3).

Tabela 3

LN na axila	SLD 10 anos ²⁶	SLD 10 anos ¹⁵
Axila-	72	76
1-3LN +	34	36
≥ 4LN +	16	14
Axila +	25	24

Tabela 3 — Percentagem de sobrevida livre de doença (SLD), em 10 anos de 2 autores, em relação ao comprometimento de linfonodos na axila: Quanto mais LN comprometidos, menor o índice de sobrevida.

O prognóstico também está relacionado ao nível axilar de envolvimento. Envolvimento de nível superior (nível 3) reflete um prognóstico pior que comprometimento de LN só de níveis inferiores (1 e/ou 2)⁸. Comparação entre nível de envolvimento axilar vs número de LN comprometidos foi feita para verificar qual dos dois é melhor indicador prognóstico⁶. Neste estudo verificou-se que para qualquer número de LN comprometidos a sobrevida foi independente do nível de envolvimento (1, 2 ou 3), ou seja, o prognóstico relacionou-se mais diretamente ao número total de LN envolvidos do que ao nível de envolvimento.

Teoria alternativa de disseminação tumoral

A grande importância e alta frequência do comprometimento nodal axilar, mesmo nos casos de axila clinicamente negativa, tem justificado há anos a sua dissecação radical no tratamento do câncer da mama. Inicialmente, Halsted (1907) acreditou que a disseminação para os LN axilares era direta e portanto a ressecção tumoral deveria ser "em bloco". Posteriormente Gray (1930) teorizou sobre a disseminação linfática por êmbolos tumorais. Os LN funcionariam como filtros, e depois de ultrapassados todos estes "filtros", as células tumorais desembocariam na via sanguínea e aí ocorreriam as metástases à distância.

Finalmente Fischer (1965) sugeriu que, embora a axila positiva não tratada pudesse ser fonte de posterior disseminação tumoral, deveria também haver uma disseminação à distância direta, ou seja, que não necessariamente passasse pelos LN da axila⁹.

Assim, os LN teriam importância biológica funcional, ou seja, indicariam a capacidade imunológica do organismo de destruir células tumorais, característica mais importante que a anatômica (que funciona como filtro). A Tabela 4 resume as diferenças das teorias antigas de Halsted e das novas de Fischer.

Há estudos prospectivos e randomizados com grande número de pacientes, que suportam a teoria de Fischer^{10, 11}. Mais do que isto, mostram que pacientes com axila não tratada evoluíram melhor do que se esperava, a ponto da sobrevida final não ter diferença significativa quando comparada com o grupo tratado. A Tabela 5 resume dois dos estudos onde a mastectomia simples (MS), em dissecação de LN da axila, foi comparada com outros dois grupos que trataram a axila com radioterapia (RT) ou com dissecação axilar (MR). As pacientes que tiveram a axila tratada tiveram menos recidiva local, mas a sobrevida dos 3 grupos foi praticamente a mesma, assim como a incidência de metástases à distância.

Tabela 4

<u>TEORIAS DE DISSEMINAÇÃO TUMORAL</u>	
<u>Halsted</u>	<u>Fischer</u>
— Tumores se disseminam de forma definida e ordenada, dependendo de considerações mecânicas.	— Não há um padrão ordenado de disseminação celular.
— Células tumorais invadem LN por extensão direta, justificando a dissecação "em bloco" da axila.	— Células tumorais são levadas como êmbolos pelos linfáticos e podem não passar em LN.
— LN positivo na axila é um indicador de disseminação tumoral e disseminador de doença.	— LN positivo é um indicador da relação tumor-hospedeiro (defesa imunológica) que permite o aparecimento de metástases.
— LN são barreiras à passagem de células tumorais.	— LN não são eficientes como barreira às células tumorais.
— LN têm importância anatômica (mecânica)	— LN têm importância biológica (funcional).
— Ca mama operável é uma doença loco-regional	— Ca mama operável é uma doença sistêmica.
— A extensão e detalhes da operação são os fatores dominantes no resultado final.	— Variações na terapia loco-regional não devem afetar substancialmente a sobrevida.

Tabela 4 — Teorias de disseminação tumoral em câncer da mama (modificado de ref. 9)

Tabela 5

	Nº pacientes	Extensão tumoral	Grupos de tratamento		Recidiva	Metástases	Sobrevida 5 anos	Sobrevida 10 anos
CRC ¹¹	1243	T1 ou	MS + RT	8 anos	11 %	33%	73%	—
		T2	MS		30%	35%	70%	—
NSABP ¹⁰	1665	operáveis	MR	5 anos	10.2	± 30%	68%	58%
		axila	MS		15.2	± 30%	63%	54%
		negativa	MS + RT		7.1	± 30%	75%	59%

Tabela 5 — Resultados de 2 estudos prospectivos e randomizados em pacientes com câncer da mama e axila clinicamente negativa. Nos 2 estudos compararam-se axila com tratamento *versus* axila sem tratamento. CRC = Cancer Research Campaign, NSABP = National Surgical Adjuvant Breast Project. MS = mastectomia simples; RT = radioterapia; MR = mastectomia radical.

Informações prognósticas e número de linfonodos ressecados

Apesar da dissecação radical poder retirar mais linfonodos, e portanto poder demonstrar maior comprometimento axilar¹² ela não parece oferecer melhor acuidade prognóstica do que as disseções menos radicais. Num dos protocolos do NSABP, estudou-se especificamente o número de LN examinados e sua relação com prognóstico em pacientes com câncer de mama¹³. Taxas de recidiva e sobrevida de mais de 2.000 pacientes foram correlacionadas com o número de LN obtidos e examinados. A faixa de variação dos LN ressecados chamou atenção pela grandeza, pois o número mediano variou de sete a 28. Comparação dos métodos usados para identificação dos LN das peças ressecadas não conseguiu mostrar uma correlação entre o número de LN encontrados e a técnica empregada para encontrá-los, ou seja: é possível encontrar um número tão baixo quanto sete LN mesmo após uma dissecação radical. O estudo revelou que não houve provas de que a dissecação e o exame de maior número de LN tenham sido mais importantes para o prognóstico do que a retirada de poucos LN. Cinco a dez LN negativos tiveram igual taxa de recidiva e sobrevida que 25-30 negativos. Igualmente, peças com LN positivos, contendo de um a cinco ou mais de 30 LN, tiveram taxas de recidiva e sobrevida semelhantes. Paciente com dois LN positivos de cinco examinados não teve maior risco que outra com dois LN positivos de 30 examinados.

Além do número de linfonodos, é útil lembrar o conceito de micrometástase (metástase oculta), definida como metástase nodal menor ou igual a 2mm no maior diâmetro. Aparentemente essas micrometástases não têm a conotação de mau prognóstico que têm as metástases nodais maiores que 2mm. O estudo comparou curvas de sobrevida em pacientes com LN negativos, LN com micrometástases e LN com metástases maiores que 2mm. Nos pacientes com LN negativos e nas micrometástases não houve diferença na sobrevida, mas ambos os grupos tiveram sobrevida significativamente maior do que o grupo com macrometástases (> 2mm)¹⁴.

Dissecção axilar e complicações

Infelizmente a maioria das publicações sobre resultados de mastectomias radicais (e portanto disseções radicais da axila) não traz muita informação sobre a incidência das complicações. "A morbidade associada às metástases radicais em termos de edema do braço, cicatrização e deformidade é significativa"²

A complicação que mais chama a atenção é o edema do braço, que pode aparecer a qualquer momento depois da cirurgia, mesmo após anos. Todas as pacientes com dissecação axilar têm padrões circulatórios linfáticos permanentemente alterados e a diferença entre pacientes com e sem linfedema é reflexo do grau de severidade do bloqueio linfático. Anatomicamente, a drenagem linfática axilar não é igual em todos os indivíduos, parecendo haver situações em que canais linfáticos seguem para a veia cefálica sem passar pela axila. É impossível prever quem terá edema do braço ou não. Entretanto, um estudo da Universidade de Harvard sobre a influência da extensão da cirurgia axilar (em tratamento conservador) no edema do braço revelou que somente as pacientes que tiveram dissecação radical da axila tiveram risco de edema importante (Tabela 6)⁵. Neste estudo, 105 pacientes com câncer de mama operável tratadas de forma conservadora, cujo seguimento mediano foi de 63 meses, foram divididas em

Tabela 6

Tipo de cirurgia axilar	Nº de pacientes	Risco atuarial de edema do braço em 6 anos	Nº mediano LN-resssecados
Sem cirurgia axilar.	201	4%	
Com cirurgia axilar	105	16%	
Amostragem	47	8%	4 (1-44)
Dissecção baixa	37	8%	9 (1-35)
Dissecção total	11	78%	12 (3-18)

Tabela 6 — Risco de edema do braço em relação ao tipo de dissecção axilar (baseado em ref. 5) (ver texto)

três grupos segundo a intenção do cirurgião: 1) 47 tiveram uma *amostragem axilar* (remoção de uma porção de conteúdo axilar baixo, sem limites formais, variando de uma simples biópsia de nodos à excisão de pacote gorduroso axilar); 2) 37 tiveram uma *dissecção axilar baixa* remoção do conteúdo axilar baixo com limites formais tais como "*latissimus dorsi*", cauda da mama, veia axilar, m. peitoral maior), e 3) 11 tiveram *dissecção radical da axila* (remoção de todo o conteúdo axilar com desnudamento da v. axilar). A probabilidade de detecção de LN patologicamente positivos em pacientes com axila clinicamente negativa foi, respectivamente, 24%, 21% e 22% para os três grupos, mas os riscos de edema foram, respectivamente, 8%, 8% e 78%⁵.

Dissecção da axila e quimioterapia adjuvante

No começo dos anos 70 foi revitalizado o interesse pela quimioterapia (QT) adjuvante onde o objetivo foi testar a habilidade das novas drogas citostáticas após tratamentos cirúrgicos tradicionais. A base racional para tal tratamento foi o conhecimento da alta incidência de disseminação metastática do câncer da mama, particularmente naquelas pacientes com LN axilares positivos (mais de 60%) e pelas condições favoráveis das micrometástases em relação à cinética celular¹⁵.

Em recentes revisões^{4, 15}, estudos prospectivos e randomizados revelaram melhora na sobrevida livre de doença (SLD) em subgrupos tratados com quimioterapia quando comparados com os grupos-controle, particularmente nas pré-menopausa-

das. Em relação à sobrevida, praticamente só 2 estudos demonstraram melhora, e nas pré-menopausadas com 1-3 LN positivos.

Em geral, outros tratamentos sistêmicos adjuvantes como imunoterapia e hormonioterapia não têm mostrado evidências de melhora^{4, 15}.

O maior motivo para indicação de dissecção axilar atualmente tem sido a posterior indicação de QT adjuvante. Se esta fosse barata e inócua e/ou eficiente em todos os subgrupos de pacientes com câncer da mama, aparentemente a dissecção axilar seria desnecessária pois todos receberiam a quimioterapia. Entretanto, a QT adjuvante hoje tem um custo social e econômico considerável e tem-se mostrado eficiente em alguns subgrupos que só são identificados pela dissecção axilar.

Dissecção limitada da axila

De um lado, alguns especialistas recomendam a dissecção radical da axila porque: 1) pode ser obtida contagem total de LN e portanto o máximo de informação prognóstica; 2) reduz as recidivas nesta área; 3) não há necessidade de RT pós-operatória³, embora não comentem as complicações vindas dessa dissecção. De outro lado outros especialistas recomendam a dissecção baixa da axila (nível 1 até nível 2) (distal ao m. peitoral menor) porque: 1) a dissecção radical pode causar edema do braço e mama; 2) dissecção baixa usualmente retira cerca de 10 linfonodos, suficientes para dar boa informação prognóstica; 3) não parece comprometer o controle tumoral da axila²².

A dissecção baixa da axila combinada com RT em dose moderada parece ser bem tolerada. A incidência de edema do braço não tem sido significativamente diferente daquelas pacientes que receberam só RT (Tabela 6), e tem sido menor do que naquelas que fazem dissecção radical.

A dissecação da axila pode reduzir a freqüência de recidiva axilar, mas não tem sido mostrado que ela melhora a sobrevida^{16, 17}. O estudo do NSABP—abril de 1971, compara diferentes tratamentos em pacientes com axila clinicamente negativa e câncer da mama até 4cm de diâmetro. Os tratamentos foram mastectomia radical (MR), mastectomia simples (MS) seguida de radioterapia regional, ou mastectomia simples sozinha com subsequente remoção de LN axilares somente se e quando eles se tornaram positivos. No mesmo estudo, pacientes com axila clinicamente positiva foram randomizados para MR ou MS + RT. O tempo mediano de seguimento foi de 126 meses na última publicação em 1985.¹⁰

Em pacientes com axila clinicamente negativa não houve diferença significativa quanto à falha de tratamento entre os grupos, cuja sobrevida foi de cerca de 57% em 10 anos (Tabela 5). Da mesma forma, não houve diferença significativa de sobrevida entre as pacientes com axila clinicamente positiva (SV de 38% em 10 anos).

Como este foi um estudo randomizado, e 40% do grupo tratado com MR teve evidência histológica de câncer nos LN, é razoável assumir que cerca de 40% das pacientes com axila clinicamente negativa nos outros 2 grupos também tinham LN positivos. Entretanto, somente 18% do grupo tratado só com MS requereu subsequente dissecação axilar¹⁸. É possível que a não necessidade de dissecar a axila em maior número de pacientes tratadas só com MS tenha sido devida à ocorrência de um outro evento antes da detecção do envolvimento nodal axilar (metástase, recidiva etc.), mas não se tem explicação definida sobre o fato de mais da metade (40% - 18% = 22%) dos casos de axila que teriam LN positivos não dissecados não terem evoluído para recidiva clinicamente evidente.

A não-dissecação da axila

Os objetivos da dissecação axilar têm sido: 1) obter informação sobre a extensão da doença para determinação de tratamentos complementares, particularmente a necessidade de QT; 2) reduzir a recidiva axilar; 3) manter um braço funcional como antes da cirurgia e com aparência aceitável; 4) aumentar a informação prognóstica para análise de resultados finais¹⁹. Talvez o maior argumento para dissecação radical da axila inclua a possibilidade da chamada "Skip metastasis" (LN positivos em nível III quando negativos em I) e portanto uma não indicação de QT adjuvante neste grupo de pacientes se fosse feita apenas uma dissecação limitada. Curiosamente, a freqüência deste tipo de metástase é polêmica. Segundo Haagensen, "os embolos cancerosos da axila usualmente atingem primeiro a parte central do fil-

tro axilar. Os dados mostram que os nodos do grupo central não são somente o grupo mais freqüentemente envolvido, mas também o grupo mais freqüentemente exclusivamente envolvido. Os nodos mais altos no filtro axilar, os subclaviculares, são os últimos a ser envolvidos e não têm sido, nos nossos dados, envolvidos sozinhos"²⁰. Por outro lado há quem registre 40% de freqüência de "skip metastasis"¹⁹, o que é um índice bem alto.

A tendência geral é indicar a dissecação da axila apenas como indicador de prognóstico naquelas pacientes que devem fazer quimioterapia adjuvante quando os LN são positivos. Considerando que a questão da eficácia da quimioterapia adjuvante, particularmente nas pós-menopausadas, é polêmica, fica igualmente controversa a indicação de dissecação neste grupo. Como somente mulheres pré-menopausadas parecem beneficiar-se da quimioterapia adjuvante, é razoável a opção de não operar a axila de mulheres pós-menopausadas com axila clinicamente negativa e só introduzir a quimioterapia se e quando elas metastatizarem.

Como a incidência de câncer da mama é maior em pós do que pré-menopausadas²¹, esta opção pode englobar muitas pacientes. Considerando o alto número de falhas à distância que não vão ser controladas com qualquer tratamento local, e que quanto menor o volume tumoral, pelo menos teoricamente, maior será a chance de controle, a quimioterapia adjuvante faz sentido e deve ser tentada desde que com orientação e muito critério, dentro de protocolos e não no dia-a-dia do clínico geral que trabalha só.

*"Temos que ser cautelosos em evocar razões éticas para administrar quimioterapia adjuvante. Muito poucas vidas têm sido salvas e um grande custo em gastos médicos e toxicidade tem sido despendido"*²

Bonadonna, um dos pais desta geração moderna de protocolos adjuvantes, diz que "a evidência atual indica que a quimioterapia adjuvante em câncer da mama está ainda em fase de pesquisa. Todas as formas de terapia sistêmica adjuvante não podem ser colocadas como um procedimento 'standard' de tratamento"¹⁵.

Diante destas evidências, o médico que decide um tratamento de câncer da mama pode ter duas alternativas: 1) fazer parte de um protocolo de estudo, o que seria ideal, ou 2) tratar individualmente cada paciente, pois as informações sobre o caso não ajudarão a mudar condutas. É nesta última situação que se encaixa a maioria dos médicos, particularmente no Brasil. Neste grupo, optar por não operar a axila pode ser uma alternativa e a decisão seguinte é indicar ou não algum tratamento complementar com rádio ou quimioterapia. Se a axila é clinicamente negativa e a paciente é pré-menopausada, pode-se in-

dicar QT adjuvante em todas, o que implica dizer que 60% destas pacientes a receberão sem haver convicção de sua eficiência, pois em 60% destes casos a axila será negativa patologicamente. Já se a axila é clinicamente positiva, aumenta a chance de acerto na indicação da QT adjuvante pois somente cerca de 30% dos casos terão axila patologicamente negativa. É provável que considerando-se outros fatores de risco, como grau de diferenciação celular, estágio, tempo de crescimento tumoral, marcador hormonal etc. possa haver menos erros na indicação de QT adjuvante mesmo sem a informação da situação patológica da axila.

Finalmente há quem trate pacientes com câncer da mama e axila clinicamente negativa sem dissecação axilar e sem QT adjuvante com índice de sobrevida iguais aos grupos de pacientes tratados na axila e com QT, o que apesar de incomum não deixa de ser mais uma opção²¹.

Resultados do Centro de Oncologia Campinas

Entre setembro de 1977 e dezembro de 1984, 148 pacientes com câncer da mama foram tratadas com mastectomia segmentar e radioterapia no Centro de Oncologia Campinas (COC). Em relação ao estágio inicial (pela UICC), 30 eram estágio I, 99 estágio II, 19 estágio III e uma com "CA *in situ*". A dissecação axilar, objetivo desta análise, foi feita em 75 pacientes e não foi realizada em 74 casos. Do grupo operado na axila (75), 37 tiveram LN comprometidos, sendo 26 com 1-3 LN positivos e 11 tiveram quatro ou mais LN positivos para tumor (Tabela 7). Todas as pacientes tiveram a mama irradiada e a maioria também a axila, principalmente o grupo que não a teve operada. Detalhes de doses e técnicas já foram publicados previamente^{23, 24}. O seguimento médio foi de 45 meses.

Tabela 7

Estádio	Axila não operada	Axila zero	operada-LN 1 a 3	positivos ≥ 4	Total
I	19	11	1	0	31*
II	44	27	20	8	99
III	11	0	5	3	19
Total	74	38	26	11	149

*Um caso era "CA. *in situ*"

Tabela 7 — Distribuição do número de pacientes que tiveram axila não operada e axila operada sem LN comprometidos, com 1 a 3 LN comprometidos e com 4 ou mais LN comprometidos, em relação ao estágio. Casos do COC analisados em março de 1987.

Análises univariada e multifatorial (regressão de Cox) comparando o grupo com axila dissecada *versus* o grupo com axila não dissecada não revelou diferença significativa nas sobrevidas global e livre de doença; de 5 anos (Figs. 1 e 2).

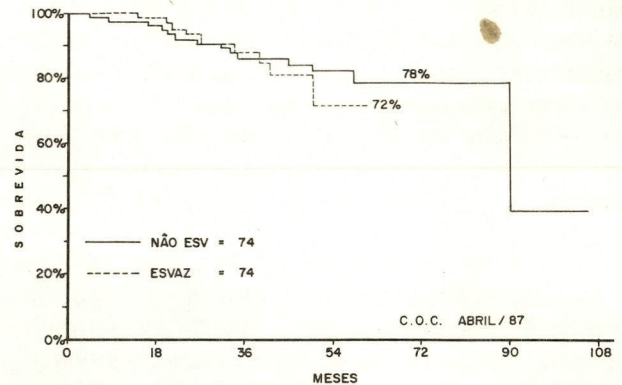


Figura 1 — Sobrevida atuarial global de 148 pacientes com câncer da mama. Metade (74) teve a axila dissecada cirurgicamente (ESVAZ) e outras 74 não a tiveram operada (Não-ESV). $p = 0,670$

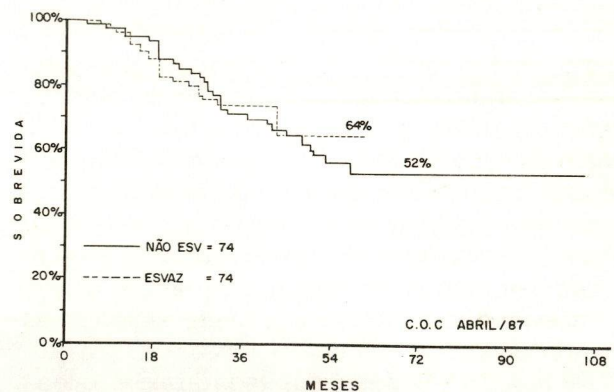


Figura 2 — Sobrevida atuarial livre de doença das mesmas 148 pacientes da figura 1. $p = 0,838$

Em relação ao edema do braço e edema da mama ("peau d'orange") pós-tratamento, em quatro pacientes estas informações não foram obtidas. Nos 145 casos restantes a situação foi a seguinte: a) *edema de braço* — dois graves (1,4%), seis moderados

(4%) e 14 leves (10%); b) *edema da mama* — um grave (0,6%), oito moderados (5,5%) e 22 leves (15%). dos oito casos com edema moderado e grave do braço, só um não foi operado, mas tratava-se de um tumor estágio III que recebeu alta dose de radioterapia na axila.

Estes dados apenas confirmam informações, já obtidas em outros estudos, de que a dissecação axilar não muda a sobrevivência e que o risco de edema do braço é maior em pacientes com axila operada.

Conclusão

A dissecação de LN da axila, que no passado era feita com intenção curativa, hoje tem sido realizada principalmente com o objetivo de oferecer informações para tratamentos complementares (particularmente QT adjuvante) e prognóstico. Entretanto, a utilidade da QT adjuvante ainda está em questão em alguns subgrupos de pacientes. Além disso, dissecações da axila, particularmente radicais, têm risco de edema do braço. Esta complicação pode ser grave, é irreversível e certamente não deve ser esquecida.

Uma mulher de 55 anos, com um nódulo tumoral de 4cm na mama (T2) e axila clinicamente negativa (N0) pode ter muitas alternativas eficientes de tratamento (estamos falando de decisão individual, onde o médico não participa de nenhum estudo cooperativo controlado, o que é a regra no nosso meio). Fazer uma quadrantectomia nesta paciente e irradiá-la em seguida pode ser melhor do que dissecar radicalmente sua axila e correr o risco de 22% de causar edema do braço¹⁹, sem aumentar significativamente seu índice de cura.

Em relação à dissecação limitada da axila, a alegação de que a dissecação radical pode indicar com maior precisão as pacientes em que a QT adjuvante vai ser mais eficiente é questionável. Ela deve ser confrontada com o risco de edema do braço, que é cerca de quatro vezes maior nas pacientes operadas radicalmente. Além disso, até o presente momento, as publicações sugerem que a dissecação limitada da axila dá informações semelhantes às obtidas com dissecações radicais em relação ao prognóstico¹⁸. É provável que uma pequena porção de pacientes com axila operada de forma limitada e LN negativos tivessem na verdade algum comprometimento de LN de nível superior (a chamada "*skip metastasis*") se fossem operadas radicalmente. Mas ainda não há provas de que estas pacientes realmente se beneficiariam desta dissecação radical, independentemente do risco de edema grave do braço.

Seria ideal se todos os casos de câncer da mama participassem de estudos controlados que pudessem definir estes pontos importantes. Enquanto isto não ocorre, deve-se ser muito criterioso na indica-

ção da dissecação axilar porque nem sempre é um procedimento inócua.

Summary

Axillar dissection and conservative treatment of breast cancer are discussed after evaluation of 148 patients referred to Centro de Oncologia Campinas. Only half of the patients underwent axillar dissection. The real need of this surgical procedure must be very well discussed, patient by patient, as treatment results could be the same without this step in surgery. Surgical risks, among other data, is evaluated, as well as chances of improving general prognosis in breast cancer patients.

Referências Bibliográficas

1. Handley RS — Carcinoma of the breast. *Ann R Coll Surg*, 1975; 53:59-66.
2. Harris JR, Hellman S, Canellos GP, Fisher B — Cancer of the Breast. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer, Principles and Practice of Oncology*, pp 1119-1177. Philadelphia J B Lippincott Co, 2nd Ed, 1985.
3. Canellos GP, Hellman S, Veronesi U — Occasional Notes — The management of early breast cancer. *New Eng J Med*, 1982; 306(23):1430-1432.
4. Consensus Conference — Adjuvant chemotherapy for breast cancer. *JAMA*, 1985; 254(24):3461-3463.
5. Larson D, Weinstein M, Goldberg I, Harris J — Arm edema is influenced by the extent of axillary surgery in patients treated with primary XRT. *Int J Radiation Oncology Biol Phys*, 1984; 10(suppl 2):78.
6. Smith JA, Gomez Araujo JJ, Gallagher HS et al — Carcinoma of the breast: Analysis of total lymph node involvement versus level of metastasis. *Cancer*, 1977; 39:527.
7. Pickren JW — Significance of occult metastasis. *Cancer*, 1961; 14:1266-1271.
8. Schottenfeld D, Nash AG, Robbins GP et al — Ten-year results of the treatment of primary operable breast carcinoma. *Cancer*, 1976; 38:1001-1007.
9. FISHER B — A commentary on the role of the surgeon in primary breast cancer. *Breast Cancer Research Treat*, 1981; 1:17-26.
10. Fisher B, Redmond C, Fisher ER, Banes M et al — Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. *N Engl J Med*, 1985; 321(11):674-681.
11. Cancer Research Campaign Working Party. Cancer Research Campaign trial for early breast cancer. *Lancet*, 1980; 2:55-60.
12. Rose CM, Botnick LE, Harris Jr et al — The use of axillary sampling to determine nodal status in patients undergoing definitive breast irradiation (abstract). *Int J Radiation Oncology Biol Phys*, 1978; 4:174.
13. Fisher B, Slack NM — Number of lymph nodes examined and the prognosis of breast cancer. *Surg Gynecol Obstet*, 1970; 131:79-80.
14. Fisher ER, Swidoss S, Lee CH et al — Detection and significance of occult axillary lymph node metastasis in patients with invasive breast cancer. *Cancer*, 1978; 42:2025-2031.
15. Bonadonna G, Valagussa P — Adjuvant systemic therapy for resectable breast cancer. *J Clin Oncol*, 1985; 3(2):259-275.
16. Baum M, Coyle PJ — Simple mastectomy for early breast cancer and the behaviour of the untreated axillary nodes. *Bull Cancer (Paris)*, 1977; 64:603-610.
17. Turnbull AR — Treatment of early breast cancer: the case for axillary clearance. *Camps Ther*, 1970; 5:7-12.
18. Fisher B, Wolmar N, Banes M, Redmond C, Geshardt M — The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histologic nodal status in carcinoma of the breast. *Sur Gynecol Obstet*, 1981; 152:765-772.
19. de Moss EU, Lichter AS, Lippman ME, Gerber NL, Reichert CM et al — Complete axillary lymph node dissection before radiotherapy for primary breast cancer. In Harris JH, Hellman S, Silen W: *Conservative Management of Breast Cancer*. J B Lippincott Co, Philadelphia 1983; Chapter 17, pg 163-182.
20. Haagensen CD — *Diseases of the Breast*, 2nd ed, Philadelphia, W B Saunders Co, 1971.
21. Baeza MR, Anaztoa, Solé J, Rodriguez R — Conservative surgery followed

- by radical radiotherapy in the management of stage I carcinoma of the breast. *Int J Radiation Oncology Biol Phys*, 1982; 8(10):1775-1780.
22. Rose CM, Botnick LE, Goodman RL, Harris JR, Findlay PA, Richter MP, Silen W, Hellman S — The role of limited axillary dissection in the treatment of breast cancer by primary irradiation. In Harris JH, Hellman S, Silen W: *Conservative Management of Breast Cancer*. J B Lippincott Co, Philadelphia 1983; Chapter 16, pg 155-162.
 23. Faria SL, Chiminazzo H — Radioterapia no tratamento conservador do câncer da mama: técnicas, complicações e resultados cosméticos. *Radiol Bras*, 1985; 18:216-220.
 24. Faria SL, Chiminazzo JR, Koseki N, Oliveira Fº JA — Cirurgia conservadora e radioterapia no tratamento do câncer da mama: resultados preliminares de 148 pacientes. *Rev Ass Med Brasil*, 1986, 32:54-60.
 25. Fisher B, Slack NM, Cavanaugh PJ et al — Postoperative radiotherapy in the treatment of breast cancer: results of the NSABP clinical trial. *Ann Surg*, 1970; 172:711-730.
 26. Valagussa P, Bonadonna G, Veronesi U — Patterns of relapse and survival following radical mastectomy. *Cancer*, 1978; 41:1170-1178.