

Tratamento Conservador no Câncer de Mama Inicial

ARY FRAUZINO PEREIRA

Diretor do Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro.

MARCOS PIRES E ALBUQUERQUE

Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Oncologia — Rio de Janeiro.

SÉRGIO TKACZ

Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro.

RESUMO

Os autores propõem um Protocolo para o tratamento do carcinoma inicial da mama.

Discutem as indicações e mostram as vantagens sobre os outros métodos propedêuticos utilizados até o momento, analisando os resultados de 14 pacientes tratadas dentro desse protocolo.

UNITERMOS: *Câncer da mama; Tratamento do câncer da mama.*

INTRODUÇÃO

São muitos os protocolos propostos no tratamento do câncer precoce da mama. Este fato deve-se aos mais recentes avanços da quimioterapia e imunoterapia que permitem, a cada dia, novas combinações terapêuticas no tratamento do carcinoma da mama.

Relatamos neste trabalho a nossa conduta atual na Clínica Dr. Ary Frauzino — RJ, no tratamento do carcinoma precoce da mama utilizando um

esquema *quimioterapia-cirurgia-quimioterapia* visando um efeito cosmético satisfatório mediante a realização de uma *segmentectomia com esvaziamento axilar* combinada a um esquema quimioterápico pré e pós-operatório.

Propomos um tratamento em três fases. A fase I consta de um período curto de poliquimioterapia (Quadro 1) com cerca de três a quatro ciclos. Na fase II procedemos à segmentectomia com esvaziamento axilar, retornando à poliqui-

miotterapia na fase III.

Esta quimioterapia inicial tem por finalidade bloquear a periferia do tumor (atuando sobre a multicentricidade tumoral¹), tornando oncologicamente viável uma ressecção mais econômica.

Na prática, a quimioterapia prévia à cirurgia nos tem permitido avaliar a resposta involutiva do tumor, assim como seu grau de tolerabilidade. Os resultados na fase I algumas vezes se têm mostrado tão efetivos que a lesão pode tornar-se imperceptível ao término do quarto ciclo. É importante que tal fato não ocorra pois irá dificultar posteriormente a cirurgia na delimitação dos bordos da ressecção e o exame histopatológico da peça operatória.

O carcinoma de mama pode ser diagnosticado por suas características clínicas e mamográficas; entretanto, por ini-

ciarmos o tratamento pela quimioterapia, achamos conveniente uma biópsia por punção como medida inicial para comprovação histológica.

A segmentectomia com esvaziamento axilar é realizada na fase II, seguinte. Esta operação entretanto somente é possível nas lesões do QSE, pois é realizada em monobloco mediante uma incisão que se prolonga pelo bordo externo do músculo grande peitoral (Figura 1). Ganhando acesso à axila procede-se ao esvaziamento axilar em seus três níveis da cadeia ganglionar, principal sistema de drenagem dos tumores do QSE.

Em nosso levantamento de 148 casos de carcinoma da mama, 60% das lesões localizavam-se no QSE, percentual este coincidente com o de outros autores, permitindo a realização desta operação na grande maioria dos casos.

Procedemos sempre à realização do esvaziamento axilar pelos seguintes motivos:

- Na realidade ainda não existem meios propedêuticos capazes de avaliar pré-operatoriamente as reais condições destes gânglios regionais.
- Apesar de um exame clínico meticoloso, somente o estudo histológico mostrará realmente a presença ou não de comprometimento axilar, determinando, nos casos positivos, uma modificação no estadiamento pré-operatório.
- O estudo histológico da peça cirúrgica também nos dará conhecimento do grau de invasão ganglionar, importante fator para a sobrevida da paciente.

Reiniciamos a quimioterapia adjuntiva no pós-operatório mediato (fase III) mantendo-se agora em intervalos de

3/3 semanas de acordo com as condições hematológicas por um período de 18 meses, usando o esquema de cinco drogas proposto por Cooper (Quadro 1). Após este período, modificamos o esquema para o CMF (Quadro 2) por mais seis meses. Concomitantemente com a quimioterapia a paciente se submete a uma avaliação imunológica para tratamento imunoterápico com o BCG por escarificação.

Quadro 1

ESQUEMA QUIMIOTERÁPICO DE CINCO DROGAS Cooper — Mod. M. Santos Silva	
VCR	1 mg/m ² IV. Dose máxima 1 mg
CTX	600 mg/m ² IV. Dose máxima 1 g
5FU	600 mg/m ² IV. Dose máxima 1 g
MTX	25 mg/m ² IV. Dose máxima 50 mg
PDN	15 mg/m ² IV. Dose máxima 30 mg

Quadro 2

ESQUEMA QUIMIOTERÁPICO CMF Group Study of Eastern Cooperative Oncology	
CTX	100 mg/m ² VO x 14 dias
MTX	40 mg/m ² IV dias 1 e 8
5FU	600 mg/m ² IV dias 1 e 8

Análise dos resultados (Quadro 3)

Realizamos 14 cirurgias do tipo segmentectomia com esvaziamento axilar de acordo com este Protocolo. Todas as lesões encontravam-se no QSE.

Foram classificadas sete pacientes Estádio I e sete Estádio II, pós-operatoriamente. Todas as pacientes alcançaram uma sobrevida de mais de cinco anos. Duas pacientes faleceram após cinco anos em decorrência de manifestações sistêmicas da doença, uma do Estádio I e outra do Estádio II. As demais encontravam-se sob controle e livres de doença detectável.

Duas delas já alcançaram 10 anos de sobrevida.

COMENTÁRIOS

Alguns aspectos neste trabalho merecem ser ressaltados. Em primeiro lugar sabemos que o câncer de alguns órgãos e tecidos pode ser multicêntrico de origem. Este comportamento foi reconhecido por Gallager¹ nos tumores de ma-

ma. Mais recentemente várias publicações de Urban^{5,6} mostram que 20% de uma série de 337 mulheres com todos os tipos de carcinomas intraductais infiltrantes e não infiltrantes apresentavam tumor bilateral, o que fez com que o autor realizasse rotineiramente biópsias na mama oposta.

Sob este ponto de vista fica difícil não se proceder à mastectomia radical bilateral como alguns autores têm preconizado. Por outro lado, vários autores têm defendido um tratamento cirúrgico mais conservador, dando maior ênfase à quimioterapia adjuvante e à radioterapia.

Portanto, hoje temos duas grandes correntes com pensamentos opostos em relação ao tratamento do câncer da mama. Uma corrente radical, agressiva, tenta cirurgicamente resolver o problema de multicentricidade e a outra, com Lewison⁷, B. Fischer², Mustakalio⁴ e Porritt³, busca na cirurgia a ressecção alargada do tumor primitivo, deixando à quimioterapia adjuvante a er-

Síntese dos resultados obtidos com este protocolo de tratamento
SEGMENTECTOMIA COM ESVAZIAMENTO AXILAR

ESTÁDIO	0 - 5 a.		5 - 10 a.		10 - + a.		PACIENTES
	VIVO	MORTO	VIVO	MORTO	VIVO	MORTO	TOTAL
I		0	5	1	1		7
II		0	5	1	1		7

radicação da doença; alegam que no momento em que o câncer da mama já se tenha estabelecido clinicamente, alguns, se não todos os pacientes, apresentam doença sistêmica.

Nosso pensamento atual coincide com a conduta cirúrgica menos radical uma vez que os resultados obtidos com uma cirurgia mais conservadora, como a que propomos aqui, se têm mostrado para nós semelhantes àqueles conseguidos com as mastectomias desde que consideremos a cirurgia como uma etapa do tratamento que é multidisciplinar.

Fischer² em recente publicação enfoca o controvertido comportamento da cinética celular do câncer da mama para tentar explicar a validade das segmentectomias mamárias. Cita o trabalho de Currie⁸ de 1972 que comprova a existência de depressão imunológica e a sua conseqüente reativação após a ressecção deste tumor primitivo. Será que a presença ou ausência do tumor primitivo influencia no crescimento dos focos multicêntricos? Será a cinética destes focos similar àqueles focos de metástase a distância? Estarão elas mais suscetíveis à destruição por agentes antitumorais após a remoção do tumor primitivo?

A estas perguntas formuladas por Fischer² nós também

não temos resposta. Atualmente estamos convencidos de que estes fatores quando associados à quimioterapia adjuvante são os responsáveis pela baixa, senão ausente, recidiva tumoral na mama operada.

Mustakalio⁴, em 1972, apresenta uma avaliação de 702 casos de câncer de mama tratados com segmentectomia simples e radioterapia pós-operatória alcançando 90% de sobrevida em cinco anos e 81% em 10 anos. Porritt³, em 1964, reportou 74 pacientes tratados com segmentectomia alcançando 65% de sobrevida em cinco anos.

Nossa experiência apresenta uma modificação dos trabalhos de Porritt e Mustakalio pois utiliza a quimioterapia ao invés da radioterapia. O procedimento cirúrgico, mais alargado, denota uma maior radicalidade ao dar a atenção que nos parece devida aos linfonodos axilares.

Uma conduta cirúrgica que não venha a apresentar recidivas na mama ou axila é considerada correta sob o ponto de vista oncológico. Daí a necessidade do esvaziamento axilar associado à segmentectomia. O comprometimento axilar não detectado clinicamente é o grande motivo dos maus resultados com uma conduta cirúrgica do tipo conservadora. A tumorectomia simples, por

exemplo, nas pacientes que recusam uma cirurgia mais alargada, mostrou em nossos casos uma incidência de 28% de recidiva na mama e axila nos primeiros 12 meses de pós-operatório, sendo portanto uma técnica comprovadamente insuficiente.

Ao finalizar, podemos dizer que a segmentectomia associada ao esvaziamento axilar visa o tratamento do tumor primitivo e a quimioterapia adjuvante o tratamento sistêmico de *condição neoplásica* em que se encontra a paciente.

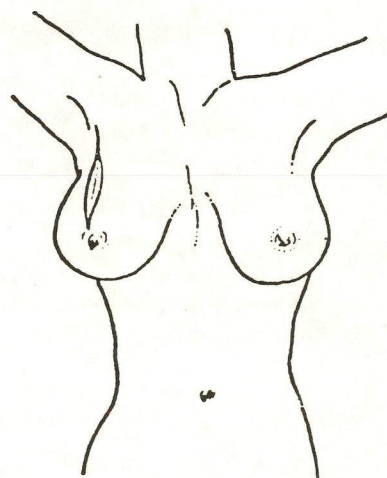


Figura 1 — Aspecto da incisão cirúrgica para a segmentectomia com esvaziamento axilar.

SUMMARY

The authors propose a protocol for the treatment of early breast cancer.

*They discuss indications, show the advantages over other prope-
deutic methods, and analyse results
in fourteen patientes treated.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GALLAGER — The study of mamary carcinoma by mamography and whole organ sectioning, *Cancer* 23: 855-873, 1969.
2. FISCHER, B. — Surgery of primary breast cancer. *Breast cancer I Advances in Research and treatment*, 1-137, Churchill Livingstone, 1977.
3. PORRITT, A. — Early carcinoma of the breast, *Br. J. Surg.* 51: 214-216, 1964.
4. MUSTAKALIO, S. — Conservative treatment of breast carcinoma-review of 25 years follow-up, *Clin. Radiol.* 23: 110-116, 1972.
5. URBAN, J.A. — Primary operable breast cancer. Current status of treatment, *Rocky Mount. Med. J.* 65: 39-46, 1968.
6. URBAN, J.A. — Biopsy of the "normal" breast in treating breast cancer, *Surg. Clin. North Am.* 49: 291-301, 1969.
7. LEWISON, E.F. — The management of the contralateral breast, *Hosp. pract.* 5: 101-106, 1970.
8. CURRIE, G.A. and BASHAM, C. — Serum mediated inhibition of the immunological reactions of the patient to his own tumour. A possible role for circulating antigen, *Br. J. Cancer* 26: 427-438, 1972.