

ORIENTAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS AFECÇÕES MALIGNAS DA MAMA E REGIÃO MAMÁRIA

*Jaime de Queiroz Lima **

1 — CONSIDERAÇÕES

O Câncer, nos dias atuais, representa a segunda “causa mortis”, somente superada pelas doenças cárdio-vasculares.

Entre as várias modalidades, o câncer da mama é responsável por cerca de 25% dos óbitos. É o que mais vítimas faz, entre as mulheres, considerando-se assim o mais importante setor da cancerologia.

Calcula-se que uma em cada vinte mulheres, terá durante sua vida um tumor maligno da mama.

Por ser a mama um órgão acessível ao exame, tanto para o médico como para a própria paciente, é fácil o diagnóstico das suas alterações patológicas. Geralmente o câncer da mama atinge a mulher acima dos 30 anos, sendo que 75% dos casos ocorre entre 40 e 75 anos.

2 — EPIDEMIOLOGIA

No Departamento de Patologia Mamária da Clínica de Câncer do Recife, cujas atividades foram iniciadas em 1956, encontram-se matriculadas cerca de 3.000 mulheres. Entre as portadoras de afecções malignas, encontrou-se diferentes tipos de tumores, com o seguinte percentual de incidência: 95% de carcinomas, 2% de epitelomas, 0,5 a 1% de sarcomas e raros casos de linfomas.

3 — MEIOS DE DIAGNÓSTICO

Com a finalidade, de dar ênfase aos itens que interessam especificamente à patologia mamária, confeccionou-se uma ficha especial, que vem sendo usada nos Departamentos de Patologia Mamária da Clínica de Câncer do Recife e da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife.

* Chefe do Departamento de Patologia Mamária da Clínica de Câncer do Recife.

3.1 — Anamnese:

menarca
 menstruação (duração e intervalo)
 menopausa
 desenvolvimento mamário
 doenças mamárias anteriores
 lactação
 gestações (abortamento)
 gênito-urinário
 passado digestivo, respiratório circulatório
 estado mental (grau de emotividade)
 história de câncer na família
 história da doença atual.

3.2 — Exame físico geral.

3.3 — Exame físico Especial:

Mamas (região mamária e zonas habituais de drenagem linfática) com a paciente em posição sentada, analisando separadamente: pele, aréola e mamilo.

Palpação com a paciente em decúbito dorsal, destacando-se: pele e subcutâneo, glândula mamária e tumor.

Para palpação das adenopatias (axila, fossas supra e infra-claviculares), a paciente deverá voltar à posição sentada.

Transiluminação.

Punção (material para citologia).
 Mamografia.

Para orientação e uniformização de linguagem, consta na página dedicada

ao exame físico especial, uma nota explicativa onde se pode ler:

mama — tamanho: atrofica, pequena, normal, grande, muito grande;
 conformação: normal, moderadamente pêndula, muito pêndula.

mamilo — tamanho: pequeno, normal, grande;
 conformação: retraído (congenito ou adquirido) normal, muito grande.

aréola — diâmetro: em centímetros;
 coloração: hipocrômica, normocrômica.

glândula — limites: difuso, pouco nítido, nítido, pouco nítido;
 superfície: lisa, ligeiramente irregular, irregular, muito irregular;
 consistência: branda, normal, dura, muito dura.

tumor — localização: tamanho, bordos, fixação à pele, mobilidade, dor, forma, superfície, consistência, fixação aos planos profundos, edema etc.

adenopatia — localização, tamanho, mobilidade, superfície, consistência, dor.

Para diagnóstico histológico das lesões tumorais, empregamos o método imediato da congelação intra-operatória. A variedade anátomo-patológica influirá na

conduta terapêutica a ser indicada (carcinoma ou sarcoma). Os tumores da glândula mamária são catalogados de acordo com a classificação T.N.M. proposta pela União Internacional Contra o Câncer.

T — Tumor primitivo.

T1 — Tumor de 2 cm ou menos em seu maior diâmetro. Ausência de fixação à pele, salvo em casos de doença de Paget confinada ao mamilo. Ausência de fixação ao músculo peitoral. Ausência de fixação à parede torácica.

T2 — Tumor de mais de 2 cm e menos de 5 cm em seu maior diâmetro; ou com fixação incompleta à pele (depressão cutânea ou provocada); ou retração do mamilo (em caso de tumores sub-mamílares). Ausência de fixação à parede torácica.

T3 — Tumor com mais de 5 cm e menos de 10 cm em seu maior diâmetro; ou fixação completa à pele (infiltrada ou ulcerada); ou presença de pele em casca de laranja sobre a extensão do tumor; ou fixação ao músculo peitoral (incompleta ou completa). Ausência de fixação à parede torácica. Nota — A fixação incompleta ao músculo peitoral significa que a contração do peitoral limita a mobilidade

do tumor. A fixação completa ao músculo peitoral significa que a contração do músculo aboliu a mobilidade do tumor.

T4 — Tumor de 10 cm em seu maior eixo; ou invasão da pele ou pele em casca de laranja além do tumor, mas, sem ultrapassar a região mamária; ou fixação à parede torácica. Nota — A parede torácica compreende as costelas, os músculos intercostais e o músculo dentado anterior. Nesta designação não está compreendido o músculo grande peitoral.

N — Adenopatia regional.

N0 — Ausência de adenopatia homolateral palpável.

N1 — Adenopatia axilar homolateral palpável móvel.

N2 — Adenopatia axilar homolateral fixada em bloco ou a outros órgãos.

N3 — Invasão provável dos glânglios supra ou retroclaviculares, homolaterais, móveis ou fixos; ou edema do braço.

M — Metástases à distância.

M0 — Nenhuma metástase clinicamente perceptível.

M1 — Metástase ganglionar à distância.

M2 — Número reservado a uma metástase particular à localização estudada.

- M3 — Metástase pulmonar.
 M4 — Metástase heptáica.
 M5 — Metástase óssea.
 M6 — Metástase cutânea.
 M7 — Metástase cerebral.
 M8 — Metástase em outro órgão não citado acima.
 M9 — Metástases múltiplas.

4 — CONDUTA TERAPÊUTICA :

4.1 — Carcinomas

Est. I e II — Mastectomia radical; ooforectomia (em função do índice estrogênico); quimioterapia intra-operatória (prosegue-se com o esquema quimioterápico no pós-operatório); RXT pós-operatório: Esta conduta poderá ser modificada em função do estado físico do paciente.

Est. III — Mastectomia simples (em alguns casos combinada ao esvaziamento axilar); ooforectomia (em função do índice estrogênico); C060 no pós-operatório. Em alguns casos, quando há componente inflamatório, associado, indica-se RXT pré-operatório. Quimioterapia pré-operatória pode ser indicada para ambos os casos (RXT e QT), devendo haver no entanto, comprovação histológica.

Est. IV — QT sistêmica ou locoregional (embebição-tissular ET); C060 ou RXT pela técnica de Bacless ou similar;

Ooforectomia (dependendo do índice estrogênico). Dependendo dos resultados obtidos será indicada cirurgia complementar, variando esta de acordo com aquele.

Obs.: A variedade de carcinoma não altera a conduta terapêutica com o prognóstico.

4.2 — Sarcomas

Para os tumores pequenos — Mastectomia simples. Para os tumores maiores fazemos a Mastectomia radical. Usamos ainda QT intra-operatório; RXT ou C060 pós-operatório.

4.3 — Epiteliomas

4.3.1 — *Baso-celular* — Exereses da lesão ou RXT ou associação de ambos. QT loco-regional (em caráter experimental).

4.3.2 — *Epidermoide* — Para as lesões pequenas: Exereses da lesão com ampla margem de segurança; esvaziamento ganglionar imediato (axilar ou supraclavicular dependendo da localização da lesão), em presença de nódulos suspeitos clinicamente. Expectação, para posterior-linfadenectomia.

Para as lesões mais avançadas: Mastectomia radical; RXT pós-operatório sobre a sede da lesão ou a zona de drenagem linfática.

Nota: O presente esquema, é válido para os casos de *Melanoma*, associando-se aos quimioterápicos.

4.4 — Linfomas

Classe I — RXT Obliterante (ou associado a QT).

Classe II — RXT Exclusivo ou associado a QT.

Classe III e IV — QT Exclusivo ou associado a RXT.

5 — MEIOS DE TRATAMENTO :

5.1 — Cirúrgico

5.1.1 — *Mastectomia simples*: retirada total da glândula mamária, com ampla margem de segurança da pele, tecido celular subcutâneo e retro mamário, incluindo também a aponeurose do grande peitoral.

5.1.2 — *Mastectomia simples com esvaziamento axilar*: nos casos em que é possível, deve-se realizar a retirada dos nódulos axilares metastáticos,, — especialmente os proximais.

5.1.3 — *Mastectomia radical*: (Operação de Halstead-Willy Mayer). Retirada da glândula mamária, incluindo os músculos grande e pequeno peitoral, aponeurose do grande reto e o conteúdo célula-adiposo-ganglionar da axila.

5.1.4 — *Mastectomia super-radical*: (Urban-Margottini) consiste em acrescentar, à mastectomia radical, a linfoadnectomia da fossa supra-clavicular, da cadeia da mamária interna ou do mediastine anterior.

5.1.5. — Ooforectomia :

a) Profilática, que se realiza no ato da mastectomia. Exerce efeitos

variáveis, retardando o aparecimento das metástases e da recidiva. O precário resultado obtido na terapêutica do câncer da mama em pacientes na pré-menopausa; o incremento do câncer da glândula mamária dado pela gestação e pela lactação e ainda os efeitos estimulantes dos hormônios estrogênicos endógenos, impõem a castração profilática.

b) Terapêutica — quando é realizada com finalidade de melhorar as recidivas, ou as metástases (ou mesmo o tumor mamário). As pacientes castradas, têm a sobrevivida prolongada. A ablação dos ovários resulta em melhoria dos sintomas, com regressão objetiva das metástases (seja dos tecidos moles ou esqueléticos) na proporção de 52% dos casos. Os efeitos da cirurgia ablativa dos ovários são superiores aos obtidos pela castração radiológica ou química (hormonal).

5.1.6 — *Adrenalectomia* — Quando os índices estrogênicos elevam-se novamente, após a ooforectomia, indica-se a suprarenalectomia. Esta pode ser *cirúrgica ou medicamentosa* e, os efeitos conseguidos, são da ordem de 28%.

5.1.7 — *Hipofisectomia* — a glândula pituitária aumenta de tamanho, em seguida à castração (ou à adrenalectomia), elevando-se os níveis estrogênicos e estimulando o crescimento dos tumores mamários (primitivos ou metastáti-

cos). A hipofisectomia pode ser *cirúrgica* ou *actínica* e os resultados obtidos, são idênticos aos conseguidos com a adrenalectomia (28,4%).

6 — QUIMIOTERAPIA :

O uso dos Citostáticos, feito durante o ato cirúrgico, proporciona uma diminuição na incidência das recidivas e metástases. Os melhores resultados alcançados, referem-se aos casos, em que já existe metástases axilares. Os esquemas usados são os seguintes :

6.1 — *Intra-cirúrgico*

6.1.1. — A base de Thio-Tepa (segundo o SUGICAL ADJUVANT CHEMOTHERAPY GRUP organizado sob os auspícios do "NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CANCER CHEMOTHERAPY NATIONAL SERVICE CENTER).

Tipo I — 0,8 mgs. por quilo de peso corporal (dose total), sendo 0,4 mgs., dissolvido em sôro fisiológico, aplicado na veia, gota/gota, durante o ato operatório; 0,2 mgs. no primeiro e no segundo dia do pós-operatório por via intravenosa.

Tipo II — A dose de Thio-Tepa é de 0,6 mgs. por quilo de peso corporal. Aplica-se 1/3 da dose no ato operatório e o restante da dose divide-se para aplicação no 1.º e 2.º dias do pós-operatório I.V.).

6.1.2 — A base de Ciclofosfamida (segundo o DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA MAMÁRIA DA CLÍNICA DE CÂNCER DO RECIFE) 1 grama gota/gota IV, durante todo transcurso do ato operatório.

6.2 — Os esquemas pós-operatórios (imediatos ou tardios) são empregados levando-se em consideração os seguintes fatores :

Diagnóstico anátomo-patológico
Estado hematológico
Drogas
Dosagem
Vias de administração.

6.3 — *Hormônios*

6.3.1 — Andrógenos — Propinato de testosterona, o mais empregado, com resultados positivos em 21% dos casos, apresentando melhora sôbre as metástases, principalmente as ósseas.

A dose recomendada é de 10 mgs. 3 vezes por semana, sendo que a dose total, varia em função do aparecimento dos efeitos colaterais de virilização é de hipercalcemia (esta ocorre em 15% dos casos). A conversão de andrógeno em estrógeno, limita a sua aplicação, principalmente em mulheres próximo à menopausa e imediatamente depois desta.

6.3.2 — *Estrógenos* — O uso em mulheres após a menopausa (esfregaço atrófico apresenta às vezes, resultado surpreendente).

Stilbestrol em doses de 5 mgs. 3 vezes por semana é um bom esquema (dose total variável).

6.3.3 — *Progesterona* — O seu emprêgo não apresenta vantagens sôbre os anteriormente citados.

6.34 — *Andrenocorticoides* suprime a função do adrenal inibindo a secreção da corticotropina, resultando uma ação análoga a da adrenalectomia cirúrgica. CORTISONA na dose de 300 mgs. por dia, via oral, ou PREDINISONA 50 a 250 mgs. diariamente com dose total variável. Inúmeras são as contra-indicações.

7 — RADIOTERAPIA

7.1 — Como adjuvante da cirurgia, ânos casos considerados OPERÁVEIS, com finalidade de irradiar células tumorais nos nódulos linfáticos regionais e da própria área operada.

7.2 — *Paliativo* — Nos tumores disseminados. Emprega-se RAIOS X 250 Kw (convencional: C060 (Super Voltagem); Radium etc. A dose tumor varia entre 3.000 r e 8.000 r. A associação com a cirurgia pode ser feita de várias maneiras: Convencional após a Mastectomia Radical (Engstad); ou Convencional ou Super-Voltagem associada à Cirurgia (Mc Whirter).