

RASTREAMENTO EM PACIENTES COM ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA - Recomendações atuais

O câncer de mama permanece como a malignidade mais frequente entre as mulheres. Apesar de ser considerado um tumor de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, suas taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil. A história familiar está associada a um aumento de cerca de duas a três vezes o risco de desenvolver esta neoplasia. Diante disto, é fundamental um rastreamento eficiente o bastante para se obter um diagnóstico precoce, e assim refletir no prognóstico das pacientes. Colocamos nesta 4ª edição do MamaNews as recomendações atuais para o rastreamento neste subgrupo de mulheres com alto risco para câncer de mama.

Definição de paciente com alto risco

Alto risco pode ser definido em termos de risco relativo (risco do indivíduo com determinado fator dividido pelo risco de um indivíduo sem o mesmo), ou através da porcentagem da mulher desenvolver a doença em um intervalo futuro (ex: risco de desenvolver câncer de mama de 2,2% em 5 anos ou risco de 44% em toda a vida). São consideradas de alto risco as pacientes com chance maior ou igual a 1,7% em 5 anos (critério estabelecido conforme modelo de Gail) e com 20% ou mais de chance de desenvolver a doença no decorrer da vida ou risco relativo maior ou igual a 4,0.

Tabela 1

PACIENTES DE ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

RISCO \geq 1,7% EM 5 ANOS

RISCO \geq 20% EM TODA A VIDA

NCCN, 2011

Com o objetivo de se definir pacientes de alto risco, foram criados modelos de cálculo baseados nos antecedentes pessoais e familiares, amplamente disponíveis na rede virtual de computadores.



Tabela 2

MODELO DE GAIL (www.cancer.gov/bcrisktool)

IDADE

RAÇA

MENARCA

IDADE NA OCASIÃO DO PRIMEIRO PARTO

NÚMERO DE PARENTES DE 1º GRAU COM CÂNCER DE MAMA (mãe, irmã e filha)

ANTECEDENTE PESSOAL DE CDIS E CLIS (carcinoma ductal e lobular in situ)

NÚMERO DE BIÓPSIAS PRÉVIAS (presença ou não de atipias)

Gail Modificado, 2009

O modelo de Gail foi o primeiro a ser desenvolvido e até o momento o único validado por trial randomizado controlado (www.cancer.gov/bcrisktool). Apresenta, no entanto, limitações na avaliação dos antecedentes familiares. O modelo de Tyrer-Cuzick, por sua vez, apresenta uma abrangência maior de informações, dando importância satisfatória tanto aos antecedentes pessoais como familiares (www.ems-trials.org/riskevaluator/).

Métodos de rastreamento Mamografia

Esta modalidade está amplamente validada por trials controlados e meta-análises para o rastreamento do câncer de mama, com impacto na redução da mortalidade específica. A idade para se iniciar a mamografia no subgrupo de alto risco permaneceu em dúvida por muitos anos. Estudos acerca da incidência de câncer de mama assim como dados sobre a biossegurança da radiação em idades precoces definiram a idade mínima de 25 a 30 anos para se iniciar a mamografia (ex: pacientes com BRCA mutado). Nos casos baseados em antecedente familiar, a mamografia deve ser iniciada 10 anos antes àquela do parente de primeiro grau acometido pela doença (ex: mãe com câncer de mama aos 38 anos a filha deve iniciar o exame aos 28 anos). O intervalo entre os exames deve ser anual e mantidos até a expectativa de vida ser inferior à 5 anos.

Tabela 3

TAXAS DE DETECÇÃO DE CÂNCER DE MAMA

FAIXA ETÁRIA	MAMOGRAFIAS	CÂNCER	TAXA DE CÂNCER A CADA 1000 EXAMES
30-39 Pacientes de alto risco	3252	11	3,4
40-49 População geral	65209	216	3,3



Figura 1: A - Paciente com 23 anos e nódulo palpável à direita. B - Mamografia revelando alta densidade do parênquima. C - No detalhe microcalcificações suspeitas. D - Biópsia revelou carcinoma ductal invasivo.

Ressonância Magnética (RM)

Estudos observacionais prospectivos tem revelado elevadas taxas de detecção de câncer de mama utilizando-se a RM. Sua sensibilidade é substancialmente maior comparada aos outros métodos diagnósticos, principalmente em pacientes jovens com mutação do gene BRCA. Quando associada à mamografia, a RM atinge sensibilidade de 92% comparado à 81% utilizando-se apenas RM e 49% utilizando-se apenas a mamografia. Os dados acerca da especificidade tem inviabilizado o uso da RM em mulheres com risco habitual. Quando se avalia o subgrupo de alto risco, no entanto, os dados favorecem este método. Estudos indicam que neste contexto a especificidade da RM é de 41%, número considerado elevado, principalmente quando comparado à especificidade da mamografia na população geral (25%).

Tabela 4

ESTUDOS PROSPECTIVOS ANALISANDO RM, MMG E US NO RASTREAMENTO DE PACIENTES DE ALTO RISCO

PAÍS	MMG Taxa de detecção de câncer (%)	US Taxa de detecção de câncer (%)	RM Taxa de detecção de câncer (%)	MMG + US Taxa de detecção de câncer (%)	MMG + RM Taxa de detecção de câncer (%)
CANADÁ	36	32	77	55	91
ALEMANHA	33	40	91	49	93
ITÁLIA	60	60	87	67	100
ÁUSTRIA	48	41	85	48	93
TOTAL	41	41	81	52	92

MMG: mamografia RM: ressonância magnética US: ultrassonografia

Ultrassonografia

Este método associado à mamografia acrescenta 3,6 diagnósticos de câncer de mama em 1000 pacientes rastreadas. Os estudos randomizados controlados, entretanto, falharam em demonstrar redução na mortalidade. Dados comparativos com a associação entre RM, mamografia e ultrassonografia não demonstraram benefício com o acréscimo deste no rastreamento de pacientes de alto risco.

O seu valor se encontra naqueles casos aonde a RM não se encontra disponível ou não é tolerada pela paciente.

Tabela 5

RECOMENDAÇÃO DE RASTREAMENTO EM PACIENTES COM ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

MÉTODO	INÍCIO	INTERVALO	FIM
Mamografia	25-30anos (10 anos antes da idade do parente de 1º grau afetado)	ANUAL (intercalado a cada 6 meses com a RM)	70 anos e/ou expectativa ≤ 5-10 anos
Ressonância magnética	25-30anos	ANUAL (intercalado a cada 6 meses com a MMG)	70 anos e/ou expectativa ≤ 5-10 anos

NCCN, 2011

Conclusão: O rastreamento em mulheres de alto risco é extremamente importante tendo em vista e elevada incidência da doença neste subgrupo de pacientes. Temos indicado o exame clínico semestral associado à mamografia e RM, intercaladas a cada seis meses. A ultrassonografia apresenta importante papel complementar aos achados apresentados nos exames iniciais, e principalmente como guia para as biópsias. O ginecologista deve estar atento aos antecedentes pessoais e familiares indicadores de risco elevado, e da mesma forma estar familiarizado aos importantes métodos diagnósticos disponíveis para este subgrupo de pacientes.



Autor: **Prof. Dr. Silvio Bromberg**

Especialização em Mastologia pelo Instituto dei Tumori di Milano - Italia

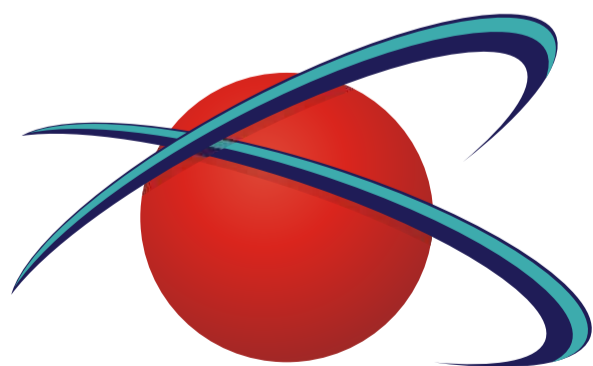
Doutor em Cirurgia pela FM – USP

Coordenador Cirúrgico da Clínica Integrada de Mastologia do Centro de Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein



Referências:

- Morrow M, Waters J, Morris E. MRI for breast cancer screening, diagnosis and treatment. Lancet. 2011 Nov 19;378(9805):1804-11. Review
- Kuhl C, Weigel S, Schrading S, Arand B, Bieling H, König R, Tombach B, Leutner C, Rieber-Brambs A, Nordhoff D, Heindel W, Reiser M, Schild HH. Prospective multicenter cohort study to refine management recommendations for women at elevated familial risk of breast cancer: the EVA trial. J Clin Oncol. 2010 Mar 20;28(9):1450-7. Epub 2010 Feb 22.
- Narod, S. A., Screening of women at high risk of breast cancer, Prev Med. 2011 Sep;53(3):127-30. Epub 2011 Jul 1.
- NCCN – National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology™, version 1.2011.
- SubhasisMisra, MD, Naveenraj L. Solomon, MD, Frederick L. Moffat, MD, Leonidas G. Koniaris, MD*Screening Criteria for Breast Cancer, Advances in Surgery 44 (2010) 87–100.
- Sickles, E. A. et al, The Use of Breast Imaging to Screen Women at High Risk for Cancer, Radiol Clin North Am. 2010.
- Berg WA. Rationale for a trial of screening breast ultrasound: American College of Radiology Imaging Network (ACRIN) 6666. AJR Am J Roentgenol. 2003 May;180(5):1225-8.



JUNDIMAGEM
CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICO

