

## Câncer de mama: Informações aos pacientes e familiares

### 1- Introdução

É o câncer mais frequente na mulher brasileira, sendo estimado que ocorrerão mais de 60 mil novos casos em 2023. Portanto, é um problema de saúde importante. Apesar de todo o avanço no diagnóstico precoce, ainda diagnosticamos um percentual significativo de pacientes com tumor em estágio avançado.

Nosso objetivo é dar informações que deixem as mulheres em condições de lutar e enfrentar o câncer de mama, juntamente com a equipe que as assiste nesta árdua jornada, pois informação qualificada é fundamental.

### 2- Fatores de Risco

O principal fator de risco é ser mulher, já que o câncer de mama em homem é raro. Outros fatores sabidamente associados ao aumento da incidência do câncer de mama são: primeira menstruação precoce; início tardio da menopausa; ter o primeiro filho depois dos 30 anos de idade; não amamentar; história familiar de câncer de mama, ovário e cólon; biópsia prévia de mama com diagnóstico de hiperplasia atípica; uso de reposição hormonal por longos períodos; sedentarismo; aumento de peso; alimentação rica em gorduras saturadas, consumo de bebidas alcoólicas. No entanto, cada fator destes isolado tem uma importância pequena.

Embora o câncer de mama seja uma doença genética, ou seja, surge a partir da alteração no material genético (DNA), vários fatores (citados acima) aumentam o risco de desenvolver a doença. Embora nosso organismo esteja o tempo todo sofrendo mutações que podem levar ao desenvolvimento do câncer, existem vários mecanismos que também trabalham para evitar que estas mutações sigam em frente e o câncer se desenvolva.

É fundamental mudar o estilo de vida para diminuir os riscos de câncer. As mudanças mais importantes são: manter uma atividade física regular; manter o peso ideal; não fumar; não ingerir bebidas alcoólicas; meditar; controlar o estresse; manter uma alimentação rica em fibras, vegetais, legumes, verduras, peixes e carnes brancas.

Cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama são hereditários, ou seja, passam dos pais para os filhos. Nas famílias onde ocorre esta situação é comum existirem três ou mais casos de câncer de mama e geralmente essas mulheres têm menos de 50 anos de idade quando são diagnosticadas. Nestes casos está indicada a coleta de exame de saliva ou sangue para pesquisa de alterações no material genético (DNA) e aconselhamento genético.

### 3- Sintomas

O principal sintoma do tumor de mama é a presença de nódulo de consistência endurecida, de bordas irregulares e geralmente indolor. Outros sintomas são: inchaço na pele da mama, aumento do volume da mama, sangue pelo “bico” do peito, coceira persistente no “bico” do peito, caroços na axila e vermelhidão da mama.

O surgimento de coceira no bico do peito, persistente e associada à descamação, sangramento ou ferimento deve ser avaliado imediatamente, pois pode ser um tipo de câncer raro, chamado doença de Paget.

No entanto, é fundamental que o diagnóstico seja realizado em uma fase em que a paciente não apresente nenhum sintoma. Daí a importância da realização de uma consulta anual com mastologista, principalmente a partir dos 30 anos de idade, mesmo que não haja sintomas ou casos de câncer de mama na família. Para as que têm casos de câncer de mama na família esta avaliação deve começar aos 25 anos de idade.

### 4- Diagnóstico

O exame padrão para o diagnóstico do câncer de mama precoce ainda é a mamografia. A ultrassonografia é realizada quando surgem dúvidas na mamografia, ou seja, não tem indicação de ser realizada em todas as pacientes. Pode inclusive aumentar as taxas de biópsias desnecessárias.

A ressonância magnética das mamas também está indicada em algumas situações específicas, mas não está indicada de rotina. Atualmente é indicada principalmente para avaliar integridade de próteses mamárias, nos casos de suspeita de recidiva após tratamento conservador do câncer de mama e na avaliação da resposta à quimioterapia neoadjuvante (aquela feita antes da cirurgia na mama). Em pacientes com mutação que predispõe ao câncer de mama o rastreamento também inclui a ressonância magnética, além da mamografia.

A ressonância de mamas realizada de rotina após a paciente receber um diagnóstico de câncer de mama não encontra respaldo na literatura médica. Existe um aumento das taxas de mastectomias superior a 10% quando se adota este método de forma rotineira. E o aumento das taxas de mastectomias não é acompanhado do aumento das taxas de cura, ou seja, ocorre um aumento do número de mulheres que irão perder suas mamas de forma desnecessária. **É prudente questionar seu médico porque ele está solicitando uma ressonância!** Ao contrário do que normalmente se pensa, o aumento da taxa de detecção de lesões adicionais com a ressonância não aumenta a chance de cura da paciente. A radioterapia que é realizada após a cirurgia de retirada conservadora dos tumores com preservação da mama, elimina estes focos adicionais identificados pela ressonância. Lembrar que a mastectomia com reconstrução é uma cirurgia maior e com mais complicações do que a cirurgia em que a mama é preservada.

Uma vez identificada uma lesão mamária suspeita de câncer, é feita uma biópsia orientada pela mamografia e/ou ultrassonografia. A biópsia é a retirada de um fragmento da lesão suspeita, geralmente é realizada pelo radiologista ou mastologista utilizando anestesia local, sem necessidade de internação. Em alguns casos, entretanto, as pacientes necessitam de uma biópsia realizada em centro cirúrgico, principalmente quando persistem dúvidas após a realização de uma biópsia orientada por ultrassonografia ou mamografia.

A Sociedade Brasileira de Mastologia indica a mamografia anualmente, a partir dos 40 anos de idade, nas mulheres assintomáticas (exame de rastreamento). O Ministério da Saúde do Brasil recomenda o rastreamento por mamografia partir dos 50 anos de idade como medida de saúde pública. Ao fazer o rastreamento (mamografia em mulheres assintomáticas) a diminuição da mortalidade é da ordem de 30% para as pacientes acima de 50 anos de idade. Para as mulheres dos 40 aos 50 anos, a diminuição da mortalidade é inferior a 20%.

## 5- Tratamento

O tratamento do câncer de mama é multidisciplinar, ou seja, é necessária a participação de vários profissionais. Os principais profissionais envolvidos no tratamento são: médico mastologista, médico oncologista clínico (quimioterapia), médico radioterapeuta (radioterapia), cirurgião plástico, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, etc. Cada um deles com uma missão muito importante, ajudando as pacientes a superar o desafio do tratamento do câncer de mama.

Quanto mais precoce o diagnóstico mais simples é o tratamento. Os tumores de mama se dividem em dois grandes grupos. O primeiro grupo é dos carcinomas chamados "in situ", que são tumores pequenos, geralmente diagnosticados pela mamografia de rastreamento e a paciente não apresenta queixas. Estes tumores não apresentam metástase, ou seja, disseminação da doença para outros órgãos distantes, portanto, as chances de cura são praticamente de 100%. Os carcinomas in situ podem ser lobulares ou ductais. O carcinoma lobular in situ é considerado um marcador para câncer de mama, não exige radioterapia.

O outro grande grupo é o dos tumores chamados invasivos, mas mesmo estes tumores são curáveis na maioria dos casos, se o diagnóstico é realizado numa fase em que o tumor ainda não se disseminou para a axila (linfonodos - gânglios linfáticos). Portanto, é fundamental que todas as mulheres, principalmente aquelas acima de 30 anos de idade procurem o mastologista para seu exame anual, pois o diagnóstico precoce aumenta muito as chances de cura. Atualmente a recomendação para o rastreamento do câncer de mama feita pela maioria das sociedades médicas mundiais é a realização da mamografia digital anual a partir dos 40 anos de idade. No entanto, temos visto cada vez mais pacientes abaixo de 40 anos com câncer de mama, então é importante fazer um exame físico detalhado da mama para tentarmos detectar o mais precocemente possível. Nas pacientes que tiveram

mãe, irmã ou filha com câncer de mama, deve-se realizar a mamografia a partir dos 35 anos de idade.

Mulheres com mutação de BRCA ou risco de Gail superior a 25% (calculado pelo mastologista) a ressonância das mamas deve ser realizada a partir dos 25 anos de idade ou 10 anos antes da idade da paciente mais jovem da família que teve câncer. Não está claro, do ponto de vista científico, se deve ser realizada anualmente ou cada seis meses.

### 5.1 - Hormonioterapia

Em algumas mulheres o desenvolvimento do câncer de mama é estimulado pelo hormônio chamado estrogênio. Então estas pacientes recebem uma medicação que inibe a ação deste hormônio.

As pacientes que apresentam os dois resultados do exame chamado receptores hormonais positivo (receptor de estrogênio e progesterona), recebem um remédio para bloqueá-los, geralmente, durante cinco anos. Os principais remédios utilizados são o tamoxifeno, anastrozol, letrozol dentre outros. Os remédios são ingeridos por via oral, uma vez ao dia.

### 5.2 - Quimioterapia

A quimioterapia é a administração de remédios na veia, geralmente realizada através de um cateter que é colocado debaixo da pele. Este cateter permite a preservação das veias do braço, pois a quimioterapia é muito irritante para as veias periféricas. Quando termina o tratamento, o cateter é retirado. Geralmente a quimioterapia é administrada por quatro meses a um ano, dependendo das características do tumor.

Existe uma série de medidas e medicamentos que são utilizados para diminuir as temíveis complicações da quimioterapia. As principais complicações da quimioterapia são a baixa da imunidade, diminuição das células de defesa; anemia; náuseas e vômitos; inflamação da mucosa da boca; dormências nas mãos e pés.

A queda de cabelo ocorre na maioria das pacientes, mas após o término da quimioterapia o cabelo nasce novamente. Talvez seja importante “raspar” a cabeça ao iniciar a quimioterapia, pois a queda progressiva ou rápida (de uma vez) gera ainda mais sofrimento para a paciente.

Atualmente utiliza-se uma medicação chamada trastuzumab (anticorpo monoclonal) em pacientes com exame HER-2-NEU positivo, o que ocorre em cerca de 20% das pacientes com câncer de mama.

## 6 - Câncer de Mama: Curativos após a cirurgia

Após a cirurgia, no local das suturas, deixa-se uma fita de micropore (é um tipo de fita adesiva mais delicada) que deve ser trocada se ficar “suja” com secreções sanguinolentas. Neste caso retira-se o curativo e limpa-se a ferida com soro fisiológico, depois enxuga-se com uma gaze estéril e coloca-se

novamente uma gaze seca fixada com micropore. Normalmente não há pontos para serem retirados, a maioria das suturas são feitas com pontos internos (chamados intradérmicos) com fios chamados absorvíveis, que o próprio organismo absorve. O curativo só deve ser trocado após 48 horas, não recomendamos molhá-lo nas primeiras 48 horas

## 7 - Câncer de Mama: cuidados com o dreno de sucção

Após a realização de alguns tipos de cirurgia não se utilizam drenos. Na cirurgia com conservação da mama, associada ou não a mamoplastia redutora, geralmente não se utilizam drenos. Os drenos são necessários em pacientes que se submetem à mastectomia com ou sem reconstrução mamária, especialmente quando se implanta prótese ou se utilizam retalhos como o do músculo grande dorsal (“que fica nas costas”) ou quando é realizada a retirada de todos os “gânglios” da axila (esvaziamento axilar).

O dreno utilizado é um dreno de sucção por pressão negativa. Este dreno é um reservatório, que coleta o sangue, e é conectado a uma mangueira cuja ponta é colocada na mama e ou na axila através de um furo na pele. O reservatório que coleta o sangue funciona por sucção (tem forma de uma sanfona), portanto deve ser sempre mantido com a “sanfona” comprimida. É fundamental esvaziá-la quantas vezes for necessário e mantê-la sempre comprimida. Na mangueira que se conecta ao reservatório há uma presilha (geralmente azul) que permite fechá-la quando for realizar o descarte do sangue. Depois a presilha deve ser aberta para desprezar o sangue. Nunca se deve lavar o reservatório, pois é normal ficar um pouco de sangue. Após o esvaziamento, faça uma compressão na sanfona (peça ajuda, se não conseguir fazer sozinha) para que ela fique o mais comprimida possível, então feche-a. Em seguida abra novamente a presilha. Sempre que a sanfona não estiver comprimida este procedimento deve ser repetido. Deve ser anotado o volume de sangue desprezado no período de 24 horas para que possamos decidir o momento mais adequado de retirar o dreno. Geralmente retiramos quando a drenagem é inferior a 50ml em 24 horas ou sete a dez dias após a cirurgia.

Se sair um pouco de secreção sanguinolenta no ponto em que a mangueira está conectada à pele, não se preocupe, coloque uma gaze e passe um micropore (fita adesiva para curativos – encontrada nas farmácias).

Se não estiver saindo nenhuma secreção verifique se a sanfona está bem comprimida; se a presilha não está fechada; ou se há coágulos no dreno.

Na presença de coágulos obstruindo o dreno, uma pessoa pode tentar desobstruí-lo. Para isso deve pegar a presilha da mangueira e fechá-la (basta um clique) próximo à saída da pele, e então arrastá-la com firmeza e cuidado em direção à sanfona, direcionando os coágulos para ela. Esta operação deve ser repetida algumas vezes até a desobstrução.

Tenha cuidado ao se movimentar e ao dormir para o dreno não sair. Pode ser colocado micropore (fita adesiva) envolvendo a mangueira, fixando-a na pele, deixando uma alça folgada, para assim diminuir o risco de saída do dreno. Se o dreno sair acidentalmente, não há motivo para desespero. Faça um curativo com gaze e micropore no local onde saiu e entre em contato com o

médico assistente para orientá-la e marcar um retorno ao consultório para aspiração de possíveis secreções que se acumulem.

## 8- Prevenção do Câncer de Mama

As medidas que podem contribuir para diminuir os riscos de câncer de mama são as mudanças nos hábitos de vida: atividade física regular, limitação consumo de gorduras saturadas, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, alimentação adequada e meditar.

Às pacientes de alto risco, cujas famílias apresentam vários casos de câncer de mama ou que possuam alterações genéticas confirmadas podem ser oferecidas duas opções: a utilização de remédios, atualmente existem duas drogas aprovadas com esta indicação (tamoxifeno e raloxifeno). A outra opção, sobretudo para as pacientes que apresentam alterações genéticas (chamadas mutação BRCA 1 e BRCA 2), são as cirurgias redutoras de risco como a retirada das duas mamas com reconstrução imediata e a salpingooforectomia profilática (retirada dos ovários e trompas), pois estes procedimentos diminuem drasticamente o risco do desenvolvimento de câncer de mama e ovários nestas mulheres. As pacientes que apresentam mutação de BRCA 1 e BRCA 2 apresentam um risco de até 60 % de desenvolverem câncer de mama ao longo da vida. A retirada das duas mamas não é uma cirurgia de urgência e só deve ser realizada após uma ampla discussão dos riscos e benefícios. Ressalte-se que há ainda a opção da utilização de remédios que atuam como quimiopreventivos (tamoxifeno) e acompanhamento com exames de imagem frequentes (mamografia, ultrassonografia e ressonância das mamas) que também aumentam as taxas de sobrevida.

A retirada das duas mamas e reconstrução com próteses está associada a complicações psicológicas e físicas e muitas pacientes precisarão ser reoperadas por problemas com as próteses.

Outras mutações têm sido identificadas e para as pacientes de alto risco é necessário estimarmos o risco de desenvolver câncer de mama e decidirmos quais testes genéticos devem ser realizados.