



DR^a. CHRISTIANNE
GOMES BARROS NEIVA

CÂNCER DE MAMA EM JOVENS

Cartilha informativa
para médicos

—
Orientador

Prof. Dr. Ariney Costa de Miranda

Coorientadora

Prof^a. Dr^a. Ana Emilia Vita Carvalho



O QUE É O **CÂNCER** **DE MAMA?**



É um tumor maligno formado pela multiplicação desordenada de células que atingem principalmente mulheres.

É um tipo raro entre os homens, representando apenas 1% do total de casos da doença.



MULHERES JOVENS

Por definição, as mulheres com 40 anos ou menos diagnosticadas com câncer são consideradas jovens. Esse quadro incomum representa menos de 7 % de todas as mulheres que desenvolvem câncer nos países desenvolvidos. Nesta faixa etária as pacientes apresentam algumas características diferentes que pretendemos abordar nesta cartilha.

SINAIS E SINTOMAS



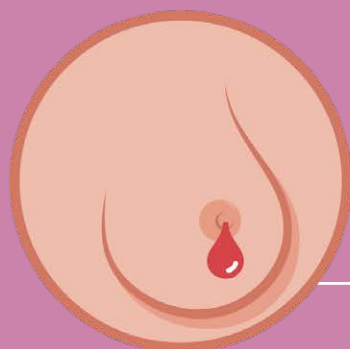
Vermelhidão e pele endurecida, abaulamento e retração nas mamas (aspecto casca de laranja)



Feridas que não cicatrizam e coceiras que não melhoram



Saída espontânea de líquido do mamilo sanguinolento ou transparente como a água



Nódulo ou local endurecido na mama, geralmente indolor



Pequenos nódulos na região axilar ou na região cervical (linfonomegalias)





ATENDI MENTO MULTI DISCIPLI NAR

O cuidado com as mulheres jovens com câncer é complexo e requer tratamento multidisciplinar

- Mastologista •
- Cirurgião plástico •
- Geneticista •
- Psicólogo •
- Esterileuta •

4

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Tumores em jovens tendem a ser mais agressivos com maior morbidade e maior taxa de mortalidade com aumento do risco de recorrência local e sistêmica. Tem maior proporção de triplo negativo e **her2** positivo (marcadores tumorais), que podem contribuir para um pior prognóstico. Há uma evolução menos favorável nos tumores endócrino-responsíveis.



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM **PARA** **ESTADIAMENTO** **E** SEGUIMENTO

Não existe um modelo claro de rotina de rastreamento para diagnóstico precoce em mulheres jovens. Recomenda-se que os exames de imagem (ressonância magnética/mamografia e ultrassom) sejam realizados nos primeiros 15 dias do ciclo menstrual para obter a melhor qualidade dos exames (dia 7 a 10).

PACIENTES DE **ALTO RISCO**



Para as pacientes com mutações BRCA1/2 e outros genes suscetíveis a câncer (e.g. RAD51C, p53, BRIP1) que não foram submetidas a salpingo-ooforectomia, é recomendado a vigilância com ginecologista a cada 6 meses, iniciando aos 30 anos. Ou 5 anos antes do caso mais jovem de doença ginecológica maligna da família.¹





Para pacientes que carregam mutações genéticas com alto risco de câncer de mama BRCA1/2 ,e.g. p53,PALB2,CHEK2,ATM , e as que tem aumento de risco por histórias pessoais de radiação terapêutica no tórax, a vigilância anual pode ser feita com ressonância magnética e mamografia com ou sem ultrassom .



CONSELHO GENÉTICO E TESTE



O teste genético é recomendado a todas as pacientes jovens acometidas por câncer de mama independente de história familiar. Deve ser oferecido antes do tratamento (cirurgia), sendo relevante para a escolha do tratamento.

Os genes a serem testados dependem da história familiar pessoal. Embora BRCA 1/2 sejam os genes mutados mais frequentes, outros genes de moderada para alta penetrância podem ser considerados.

Os painéis comerciais incluem genes de alta penetrância (BRCA1/2, p53, PTEN) e genes de moderada para alta penetrância (e.g., CDH1, CHEK2, PALB2, RAD51C, BRIP1, ATM).

As pacientes devem ser orientadas que a positividade do teste genético pode impactar o tratamento clínico e o seguimento da mesma, bem como de outros membros da família.

TRATAMENTO LOCORREGIONAL

Embora a idade jovem seja um fator de risco independente para o aumento de recorrência local, não há evidência de que a mastectomia aumente a sobrevida global.

No entanto, o consenso da ESMO (Sociedade Européia Oncologia Médica) sugere mastectomia bilateral como rotina nas pacientes jovens. Quando a mastectomia for realizada, as técnicas com preservação de pele e mamilo com reconstrução imediata podem obter adequado controle oncológico e resultado estético satisfatório.

A pesquisa do linfonodo sentinela está indicada de forma semelhante a que ocorre nas pacientes mais velhas. O tratamento loco-regional após quimioterapia neoadjuvante permanece controverso e as decisões devem ocorrer independente da idade.

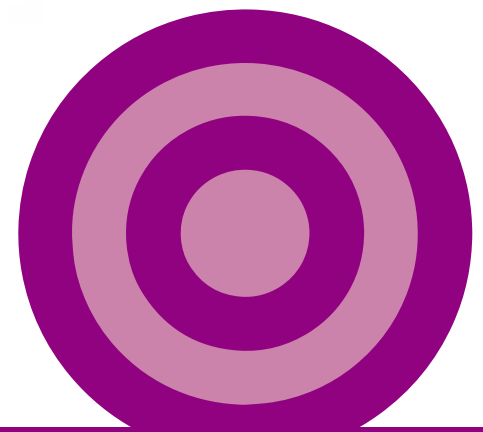


RADIOTERAPIA

GANGLIOS
LINFÁTICOS

TUMOR

As indicações de radioterapia são as mesmas das pacientes mais velhas, no entanto estudos mostram os grandes benefícios nas pacientes jovens.



TERAPIA ADJUVANTE SISTÊMICA

10

A terapia adjuvante sistêmica para carcinoma invasivo de mama deve basear-se na extensão da doença e características biológicas do tumor (tamanho, status linfonodal, receptores hormonais, expressão do HER2), comorbidades e preferências das pacientes. Antes de iniciar a terapia sistêmica, as pacientes jovens devem ser avisadas sobre os riscos e sintomas associados ao tratamento, como amenorréia e menopausa precoce. A consulta com especialista em fertilização deve ser oferecida.

HORMONIO TERAPIA

É indicada para pacientes com receptores hormonais positivos;

O tamoxifeno deve ser usado por 5 anos nas pacientes de baixo risco e deve ser substituído por inibidor de aromatase para mulheres que entraram na menopausa;

Para pacientes de alto risco, indica-se o Tamoxifeno por 10 anos;

A adição do agonista GnRh (ou retirada de ovários) ao tamoxifeno é indicado em pacientes de alto risco que continuam menstruando após a quimioterapia;

A combinação de agonista GnRh e inibidor de aromatase pode ser considerada em pacientes de alto risco.



LEGALMENTE **AMPARADAS**



ACESSO À **MAMOGRAFIA**
A PARTIR DOS 40 ANOS;

A **LEI N° 12732/12**, É AMPLA E
CONTEMPLA TODO PACIENTE
DIAGNOSTICADO COM **CÂNCER**.



No caso do câncer de mama, se diagnosticado precocemente e com início do tratamento em tempo adequado, as chances de cura podem chegar a 95%

“A informação é fundamental para que os direitos das mulheres com câncer sejam preservados”

RECONSTRUÇÃO IMEDIATA



Foto: Jairton Moura

A Lei 12.802, sancionada em 2013, garante as mulheres que se submetem à mastectomia (retirada de uma ou das duas mamas) o direito de ter suas mamas reconstruídas no mesmo ato cirúrgico. A exceção são aquelas cujo o quadro clínico não oferece condições para isso, ou seja, caso o estado da paciente ofereça riscos à sua saúde, a reconstrução não será feita imediatamente.

14

ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



AS PACIENTES JOVENS DEVEM SER ENCORAJADAS A:

- Manter IMC ≤ 25 ☉
- Realizar exercícios aeróbicos regulares (150 min de atividade moderada ou 75 min em ritmo intenso por semana) ☉
- Não fumar ☉
- Limitar ingestão de álcool ☉

RECOMENDAÇÕES ASSOCIADAS A ALGUNS DOS PRINCIPAIS GENES DE SUSCETIBILIDADE CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO

GENE	RISCO ESTIMADO DE CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO AO LONGO DA VIDA	RASTREAMENTO MAMOGRAFIA?	RASTREAMENTO RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA?	MASTECTOMIA OU SALPINGO-OFORECTOMIA?
ATM	Mama = 38% Ovário = sem aumento de risco descrito	Anual, a partir de 40 anos considerando tomossíntese	Sim, anual a partir de 40 anos	Evidências insuficientes, contudo, mastectomia pode ser considerada com base na história familiar
BRCA1	Mama = 46-87% Ovário = 40%	Anual, a partir de 30 anos considerando tomossíntese Realizar dos 25 aos 29 anos, se RM indisponível	Sim, anual a partir dos 25 aos 29 anos como único exame e a partir de 30 anos, em associação à mamografia	Sim, para ambos
BRCA2	Mama = 43-847% Ovário = 20%	Anual, a partir de 30 anos considerando tomossíntese Realizar dos 25 aos 29 anos, se RM indisponível	Sim, anual a partir dos 25 aos 29 anos como único exame e a partir de 30 anos, em associação à mamografia	Sim, para ambos
CHEK2	Mama = 28-37% Ovário = sem aumento de risco descrito	Anual, a partir de 40 anos considerando tomossíntese	Sim, anual a partir de 40 anos	Evidências insuficientes, contudo, mastectomia pode ser considerada com base na história familiar
PTEN	Mama = 25-50% Ovário = sem aumento de risco descrito	Anual, a partir 30-35 anos ou de 5 a 10 anos antes do caso mais precoce familiar Considerar tomossíntese	Sim, anual, a partir 30-35 anos ou de 5 a 10 anos antes do caso mais precoce da família	Sim, para mastectomia
Tp53	Mama = 54% Ovário = sem aumento de risco descrito	Anual, a partir de 30 anos considerando tomossíntese	Sim, anual a partir dos 20 aos 29 anos como único exame e a partir de 30 anos, em associação à mamografia	Sim, para mastectomia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Material adaptado de :NCCN Guidelines Insights: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian Version 1.2018

J Am Coll Radiol.2017; 14 (4): 561-568

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância Políticas públicas direcionadas ao controle do cancer de mama. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce#SISMAMA. Acesso em: 20 dez. 2018

PALUCH-SHIMON, S; PAGANI, O; PARTRIDGE, AH; ABULKHAIR, O, CARDOSO, MJ; DENT RA et al. ESO-ESMO 3rd internacional consensus guidelines for breast cancer in young women. Breast, v. 35, p. 203-217, Oct. 2017.

FICHA TÉCNICA

Cartilha apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

--

Design e Diagramação
Thiago Maneschy

Belém, 2019 -