

1 NÃO FAÇA BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA PARA HIPERPLASIA ATÍPICA

O linfonodo sentinela (LS) é o primeiro linfonodo a receber a drenagem linfática da região das mamas e, na maior parte das vezes, se encontra na axila. Pode ser analisado, na abordagem do câncer de mama, na tentativa de evitar cirurgias mais extensas e diminuir o risco de complicações. No entanto, as hiperplasias mamárias com atipias não são câncer de mama e não recebem a mesma abordagem. Conferem um aumento do risco de câncer de mama e, por isso, são acompanhadas de forma especial. A biópsia do LS deve ser reservada para casos com confirmação diagnóstica de câncer.

2 REFLITA MUITO ANTES DE MASTECTOMIA TOTAL EM TUMORES PASSÍVEIS DE TRATAMENTOS MAIS CONSERVADORES

A cirurgia conservadora da mama consiste na retirada do tumor com margens de segurança e preservação de parte dela, facilitando preservação da estética corporal. Diversos estudos já evidenciaram que a cirurgia conservadora da mama, associada à radioterapia, apresenta taxas semelhantes de controle local de doença e sobrevida global maior quando comparada à mastectomia total. Portanto, o tipo de cirurgia não irá alterar significativamente o risco de recidiva à distância e, conseqüentemente, de morte por câncer de mama, favorecendo a escolha mais conservadora.

3 NÃO REALIZE ESTADIAMENTO COM PET-CT NO SEGUIMENTO DE MULHERES ASSINTOMÁTICAS APÓS CÂNCER DE MAMA INVASIVO INICIAL

O seguimento de pacientes tratadas para câncer de mama invasivo inicial é, na maioria das vezes, suficientemente realizado por meio da história clínica, exame físico e exames complementares como mamografia e ultrassom de mamas. Rotineiramente, o PET-CT não traz informação incremental sobre a doença em mulheres assintomáticas. O exame pode gerar resultados falso-positivos, causando ansiedade e estresse às pacientes, além de elevar outros custos, como através de procedimentos desnecessários. Sendo assim, o PET-CT é contra-indicado como rotina no seguimento pós-câncer, e está reservado para casos específicos como: pacientes sintomáticas ou com suspeita na consulta clínica.

4 NÃO REALIZE MASTECTOMIA CONTRALATERAL REDUTORA DE RISCO EM PACIENTES COM CARCINOMA UNILATERAL LOCALMENTE AVANÇADO E DE MAU PROGNÓSTICO

A mastectomia contralateral redutora de risco (MCRR) é a cirurgia de retirada da mama que não está acometida com câncer. Sabemos que essa cirurgia diminui o risco de câncer de mama contralateral, mas não há evidência de melhora na sobrevida. Sendo assim, devemos individualizar os casos considerando os seguintes fatores de risco: mutação genética como nos genes BRCA1/2, idade ao diagnóstico, prognóstico global deste e de outros cânceres como o de ovário, comorbidades e expectativa de vida. Não devemos indicar a MCRR em mulheres que possuem carcinoma unilateral avançado e de mau prognóstico, pois ela não aumenta a sobrevida e pode aumentar a morbidade.

5 NÃO REALIZE ESVAZIAMENTO AXILAR DE ROTINA EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA CONSERVADORA E RADIOTERAPIA COM ATÉ 2 LINFONODOS SENTINELAS POSITIVOS

O esvaziamento axilar acarreta complicações, como inchaço, dor e redução da sensibilidade do braço, que contribuem para diminuição da qualidade de vida das pacientes que passam por esse tipo de cirurgia. Sendo assim, pacientes que apresentavam tumores menores de 5 cm, sem linfonodos axilares palpáveis e que seriam submetidas a cirurgia conservadora (retirada parcial da mama) e radioterapia, com até 2 linfonodos sentinelas positivos, foram avaliadas com o objetivo de não realizarem o esvaziamento axilar (Estudo Clínico ACOSOG Z0011). Após seguimento dessas mulheres por 10 anos, os resultados favoreceram abordagem conservadora e correspondem à melhor evidência disponível.

6 NÃO REALIZE MARCADORES TUMORAIS (CEA E CA 15.3) PARA RASTREAMENTO OU PARA SEGUIMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Marcadores tumorais são macromoléculas de tumores que podem ser detectadas no sangue. No caso do câncer de mama, os marcadores mais solicitados são CEA e CA15.3. Infelizmente, esses marcadores não são bons exames para rastreamento ou seguimento do câncer de mama e seu uso rotineiro não é indicado pelas principais diretrizes, como ASCO e NCCN. Isso acontece porque nem sempre se elevam de forma precoce quando a mulher apresenta o câncer e podem se elevar em outros cânceres e até em condições benignas, podendo assim dificultar a interpretação médica e gerar angústia desnecessária para a paciente.

7 NÃO REALIZE MASTECTOMIA DEVIDO A VARIANTE DE SIGNIFICADO INCERTO (VUS) EM PAINEL GENÉTICO HEREDITÁRIO

VUS é um resultado possível em painéis genéticos, cujos objetivos devem ser tornar possível o emprego de ações preventivas comprovadas ou detecção precoce do câncer nas pacientes que apresentarem mutações de alto risco. Entretanto, o significado específico da VUS ainda é incerto. Não está esclarecido se há maior risco de doença e, por isso, não é indicativo, por si só, de mastectomia redutora de risco.

8 NÃO REALIZE NOVA CIRURGIA PARA AMPLIAÇÃO DE MARGENS SE A MARGEM COMPROMETIDA FOR A PROFUNDA E A CIRURGIA TIVER RESSECADO ATÉ A FÁSCIA DO MÚSCULO PEITORAL

O princípio fundamental da cirurgia conservadora da mama é a retirada de todo o tumor com margens livres, ou seja, presença de tecido sadio entre o tumor e a borda da ressecção. Caso as margens estejam positivas, isto é, haver tumor na borda, existe necessidade de nova cirurgia para ampliação de margens. Porém, o limite profundo da mama é o músculo peitoral. Sendo assim, não há necessidade de ampliar as margens nesta direção.

9 NÃO REALIZE Esvaziamento Axilar por MICROMETÁSTASES NO LINFONODO SENTINELA

A cirurgia para retirada do linfonodo sentinela (LS) é indicada para todas as pacientes com câncer de mama que não têm indício de doença axilar antes da cirurgia. Micrometástases axilares são pequenos depósitos (entre 0,2 e 2 mm) de células de câncer em linfonodos. Atualmente, baseado em grandes estudos científicos, está estabelecido que é dispensável indicar esvaziamento axilar (limpeza completa dos gânglios da axila) se for encontrada apenas micrometástases no LS. Outro estudo recente mostrou que, para esse tipo de paciente, o tratamento complementar com radioterapia é suficiente, sem perda de sobrevida. Estes dados não são validados para pacientes que fizeram quimioterapia antes da cirurgia.

10 NÃO REALIZE MASTECTOMIA TOTAL SE BASEANDO APENAS NA HISTOLOGIA LOBULAR

O carcinoma lobular invasivo é o segundo tipo mais comum de carcinoma de mama, cerca de 15% dos casos. Na quase totalidade dos casos, apresenta receptores hormonais positivos, o que o torna muito responsivo à terapia anti-hormonal. A cirurgia do carcinoma lobular invasivo consiste na retirada de todo o tumor, com margens livres. Nos casos com lesão pequena (ou com boa proporção entre o tumor e a mama) a cirurgia preferencial é a cirurgia conservadora da mama. Afinal, este tratamento tem a mesma eficiência da mastectomia total, porém menor dano físico e psicológico. A mastectomia deve ser reservada para lesões extensas ou múltiplas.

* Metodologia:

A diretoria SBM trabalhou vinte recomendações para que todos os mastologistas do Brasil escolhessem as dez principais que consideram mais prejudiciais aos pacientes. Nosso objetivo final é explicar, com base nas melhores evidências da especialidade, os motivos de porquê essas intervenções devem ser cuidadosamente discutidas nos consultórios médicos e, provavelmente, evitadas pelos pacientes.