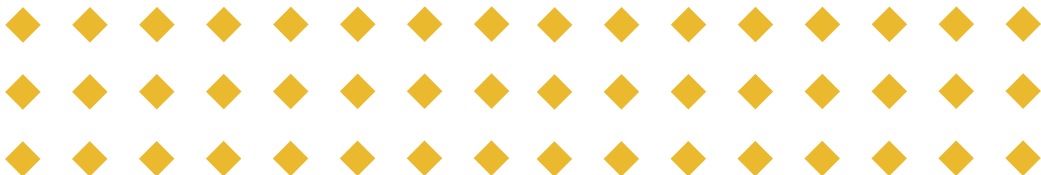


10



Tratamento da paciente com câncer de mama durante a gestação





INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer durante a gravidez é um evento relativamente incomum, ocorrendo em média em uma a cada mil gestações. O câncer de mama é o mais comum entre os tumores malignos gestacionais, correspondendo a 39% dos tumores nessa população.¹

O câncer de mama gestacional corresponde a 0,2% até 3,8% de todos os tumores malignos de mama, porém um a cada cinco cânceres de mama diagnosticados em mulheres com 25 a 29 anos são associados à gravidez.²⁻⁴

Sua incidência vem aumentando, em especial em países desenvolvidos, devido a mulheres engravidando em idades mais avançadas.²⁻⁶ Essa relação ocorre pelo aumento da incidência de câncer de mama com a idade. No nosso país, em especial nas regiões Sudeste e Sul, observa-se uma porcentagem relativamente alta de primeira gestação após 30 anos, com 8,65% das primeiras gravidezes ocorrendo em mulheres entre 30 e 35 anos.⁶

Esse tipo de câncer ou câncer de mama associado à gravidez (CMG) é definido não apenas como o câncer diagnosticado durante a gravidez, mas também durante o primeiro ano pós-parto e durante a lactação.^{4,7}

Sendo uma entidade rara e, devido à ausência de dados de estudos prospectivos nessa população e às preocupações não apenas com a paciente, mas com o feto, o câncer de mama gestacional é um desafio ao médico que diagnostica e trata essas pacientes. O objetivo desse capítulo é discutir essa situação do ponto de vista das características biológicas, as considerações sobre a apresentação clínica, o diagnóstico, o estadiamento e o prognóstico, bem como o manejo do tratamento não cirúrgico.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

O carcinoma invasivo de mama de tipo não especial (anteriormente descrito como carcinoma ductal infiltrante de mama) é o tipo de câncer de mama mais comum em mulheres, independentemente se associado ou não à gestação.^{2,4,7} Esse subtipo corresponde a 75%-90% dos CMG.⁷ Historicamente, o carcinoma inflamatório era descrito como mais comum durante a gestação, porém, estudos mais recentes apontam que a incidência desse tumor é semelhante entre mulheres grávidas e não grávidas.⁷

Diversos estudos relatam que mulheres com CMG apresentam tumores maiores, com mais linfonodos comprometidos e com mais metástase a distância no momento do diagnóstico,⁷ ou seja, essas mulheres tipicamente apresentam estadiamento mais avançado no diagnóstico.^{2,7-9} Estudos retrospectivos descrevem até 2,5 vezes mais chance de diagnóstico com doença metastática⁷. A principal explicação para esse fato é que essas pacientes apresentam atraso no diagnóstico, levando a doenças com diagnóstico mais tardio.^{7,8}

Estudos mais recentes sugerem que a frequência de tumores triplos negativos, luminal A, luminal B e HER2 positivo são semelhantes entre mulheres jovens com câncer de mama gestacional em comparação ao grupo controle de mulheres com câncer de mama não associado à gravidez.^{2,9,10} Aproximadamente 30% das pacientes apresentam câncer de mama triplo negativo e de 18% a 35% das pacientes apresentam doença HER2 positiva.⁹⁻¹¹

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A maioria das pacientes com CMG apresenta como sintoma inicial uma lesão palpável na mama e procura seu médico com essa queixa. Em pacientes lactantes, um sinal raro, mas relatado, de suspeição é a rejeição persistente do bebê em mamar na mama com um câncer oculto.¹² Alterações fisiológicas no tecido mamário durante a gravidez e, em especial, na lactação dificultam o exame físico da mama, o que leva a atrasos na identificação de uma lesão suspeita ou podem ser confundidas com alterações fisiológicas do parênquima mamário,^{1,2} contribuindo para que essas mulheres se deparem com a doença mais avançada no momento do diagnóstico.^{2,13} Nesse sentido, é importante ressaltar que alterações persistentes na mama ou nas axilas (mais do que duas a quatro semanas) devem ser avaliadas por exame de imagem adequado e, se a lesão for suspeita, deve-se realizar biópsia, apesar de cerca de 80% das biópsias nesse período serem negativas.^{2,13,14}

Uma vez diagnosticado, o CMG deve ser avaliado de forma multidisciplinar. A cooperação entre oncologista, mastologista, obstetra e neonatologista/pediatra é importante para a avaliação adequada do binômio mãe-feto/bebê.¹⁵

DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

De modo semelhante às pacientes com câncer de mama não associado à gravidez, o diagnóstico de câncer de mama deve ser feito por biópsia



(preferencialmente *core* biópsia)^{1,2,13} e o tumor deve ser estadiado de acordo com o sistema TNM. É claro que, em virtude da segurança do feto, existem limitações quanto a determinados exames de imagem que são realizados em pacientes não grávidas.^{2,15} Devemos lembrar as mulheres diagnosticadas com CMG de que, de acordo com a recomendação da National Comprehensive Cancer Network (NCCN), toda paciente com história pessoal de câncer e 45 anos ou menos, independentemente do subtipo de câncer de mama, deve ser encaminhada para aconselhamento genético para avaliação de síndromes genéticas relacionadas a câncer. Até 40% das mulheres com câncer de mama triplo negativo com menos de 40 anos podem ter mutação de BRCA1 ou 2.¹⁶

» EXAMES PARA AVALIAÇÃO DA MAMA

O exame de ultrasonografia das mamas é o preferido na gravidez, devido à ausência de contraste e radiação, à possibilidade de realização de biópsia guiada pelo método e de a maioria das lesões relacionadas ao CMG serem nódulos sólidos, avaliáveis por esse exame. Entretanto, a mamografia não é totalmente contraindicada, tendo em vista a dose de radiação do método ser baixa, em especial com o uso de escudos para proteção abdominal.^{2,7,14,15} A sensibilidade da mamografia é menor em pacientes grávidas ou lactantes, devido a alterações fisiológicas da mama nesse período, mas ainda assim é considerada suficientemente sensível caso seja necessária.^{2,7,13,15} A ressonância de mama não é recomendada, devido à potencial teratogenicidade do gadolínio, necessário para a avaliação do parênquima mamário.^{13,17,18} As mulheres com CMG no período pós-natal podem ser avaliadas por ressonância, caso o exame de ultrasonografia e a mamografia sejam inconclusivos.^{15,19}

» ESTADIAMENTO SISTÊMICO

O estadiamento sistêmico em pacientes com CMG deve ser indicado apenas se for entendido que o exame mudará a conduta médica, ou seja, em casos de suspeita clínica de metástase (sintomas ou sinais em relação ao exame físico ou laboratorial) ou de doença localmente avançada.^{2,15}

Devemos lembrar que existem alterações laboratoriais fisiológicas durante a gravidez que não devem ser encaradas como necessariamente patológicas, como o aumento da fosfatase alcalina devido à produção placentária. Isso não deve ser considerado como um indicativo de metástase óssea, por exemplo.

Nas pacientes para as quais houver indicação de estadiamento sistêmico e que estiverem grávidas, podemos realizar radiografia de tórax com escudo de proteção abdominal, ultrassonografia de abdômen e ressonância magnética não contrastada. Cintilografia e tomografias não são indicadas em pacientes durante gravidez.^{2,15}

PROGNÓSTICO MATERNO

Ao abordar uma paciente com CMG, devemos ter em mente que essas pacientes devem ser manejadas de acordo com seu estadiamento sistêmico e que esse é o principal fator prognóstico nelas. Estudos retrospectivos não relacionam ganho de sobrevida em pacientes com CMG que apresentam aborto (natural ou terapêutico).¹⁰ Nesse sentido, não existe recomendação formal de suspensão de gravidez. Assim, casos específicos devem ser avaliados de forma multidisciplinar, avaliando o risco-benefício materno e fetal.^{2,13} Pode-se discutir a interrupção da gravidez caso seja necessário para a saúde materna.

Estudos que avaliaram pacientes com CMG comparando com controles pareados não demonstraram uma pior taxa de recorrência locorregional, metástases a distância ou sobrevida global.⁹⁻¹¹ Porém, como já descrito anteriormente, essas pacientes se apresentam com doença mais avançada.^{9-11,19} Especificamente em mulheres que desenvolvem câncer após uma gestação, alguns estudos mostram um pior prognóstico.¹³

O atraso no início do tratamento parece se correlacionar, nessas pacientes, com um pior prognóstico.¹⁹ Essas mulheres, portanto, não devem ter atraso no manejo de suas doenças e devem ter o tratamento do câncer de mama,

**Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:
<http://ocacademia.com>**

