

CARCINOMA DE MAMA EM MULHERES JOVENS

EXPERIÊNCIA PESSOAL

*Breast carcinoma in young women
Personal experience*

RACSO YULE QUEIROZ*

No período de fevereiro de 1986 a julho de 1996, 22 mulheres com 23 carcinomas de mama foram submetidas a tratamento cirúrgico. Todas tinham idade igual ou inferior a 40 anos (média = 35,7). Dezoito (78,3%) neoplasias eram palpáveis e 5 (21,7%) foram impalpáveis. O estadiamento clínico (UICC 1987) foi: E.C. I, 8 (34,8%); E.C. II, 8 (34,8%); E.C. III, 1 (4,3%); E.C. IV, 1 (4,3%); e Tx (biópsia prévia), 5 (21,8%) casos. A cirurgia realizada foi: ressecção segmentar com linfadenectomia axilar, 13 (56,5%); Madden, 2 (8,7%); Patey, 3 (13,1%); Halsted, 3 (13,1%); e Madden reconstrução mamária imediata, 2 (8,7%) casos. Dentre as 23 linfadenectomias, a axila esteve comprometida em 7 (30,4%). Todas foram seguidas de 2 a 125 meses. Houve 3 (23%) recidivas locais em 13 cirurgias conservadoras. Dezesesseis (72,7%) pacientes estão vivas e sem evidência de doença em atividade. O autor sugere que mulheres jovens recidivam localmente com maior frequência após conservação da mama.

Unitermos: Câncer de mama, carcinoma, mulheres jovens, idade.

Keywords: Breast neoplasms, carcinoma, young women, age.

Trabalho realizado no Setor de Mastologia do Hospital Santa Lúcia - Brasília - DF.

* Mastologista do Hospital Santa Lúcia. Membro do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Mastologia. Títulos de Especialista em Mastologia e Oncologia.

Introdução

O carcinoma de mama é o principal diagnóstico de neoplasia maligna e a segunda causa de óbito por câncer na população feminina da América do Norte. Em 1994, esta doença foi diagnosticada em aproximadamente 183 mil mulheres norte-americanas e foi responsável por cerca de 46 mil óbitos (3). No Brasil, estima-se que no período de 1990 a 1993 tenham sido diagnosticados cerca de 35 mil a 40 mil novos casos a cada ano (10). A despeito de sua alta incidência, usualmente é uma doença de mulheres pós-menopausadas. Mulheres de até 40 anos são responsáveis por menos de 10% dos casos diagnosticados.

Alguns estudos têm mostrado que mulheres jovens com carcinoma de mama têm prognóstico pior que as mais idosas. Existem dúvidas se isto é devido a doença mais avançada quando do diagnóstico ou a diferenças na biologia tumoral.

Este artigo relata uma experiência pessoal com o tratamento do carcinoma de mama em mulheres com idade igual ou inferior a 40 anos.

Endereço para correspondência: Dr. Racso Yule Queiroz - CSA 2 - lote 18 - apto 102 - CEP 72015-025 - Taguatinga (Brasília) - DF.

Material e métodos

No período de fevereiro de 1986 a julho de 1996, 100 pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico por carcinoma de mama. Destas, 22 tinham idade menor ou igual a 40 anos. Todas foram do sexo feminino e com idade variando de 26 a 40 anos, com uma média de 35,7 anos. Uma paciente apresentou tumores bilaterais metacrônicos.

Os procedimentos cirúrgicos realizados foram: ressecção segmentar com linfadenectomia axilar; mastectomia radical modificada com preservação de ambos os músculos peitorais (Madden); mastectomia radical modificada com preservação do músculo peitoral maior (Patey); mastectomia com retirada dos músculos peitorais ou radical "clássica" (Halsted); e mastectomia radical modificada (Madden) seguida de reconstrução mamária imediata com o retalho miocutâneo do reto-abdominal (TRAM).

O seguimento foi calculado a partir da data da cirurgia, variando de 2 a 125 meses. Quatorze pacientes tiveram um seguimento clínico superior a 2 anos. O acompanhamento consistia de exame clínico a cada 3 meses durante 2 anos, semestral depois de 2 anos e anual após 5 anos de cirurgia. A mamografia contralateral em mastectomizadas era realizada anualmente e, quando de cirurgias conservadoras, era bilateral e semestral nos 2 primeiros anos e anual a partir de então. Outros exames complementares eram feitos sempre que necessários.

Resultados

A mama direita foi acometida em 13 (56,5%) e a esquerda em 10 (43,5%) casos. Os tumores foram palpáveis em 18 (78,3%) pacientes e impalpáveis, ou seja, detectados mamograficamente em 5 (21,7%). A dosagem dos receptores de estrógeno no tumor primário foi desconhecida na maioria das pacientes. A positividade (RE+) esteve presente nas duas que a realizaram.

A localização do tumor primário encontra-se na tabela 1. O estadiamento clínico (UICC 1987) mostrou que aproximadamente 70% dos casos encontravam-se nos estádios I e II (tabela 2). Não houve nenhum caso no EC0 (carcinoma "in-situ").

Quanto à histologia dos neoplasmas, todos foram infiltrantes, sendo 21 ductais, 1 lobular e 1 medular. Dos 21 tumores do tipo ductal infiltrante, a presença do componente intraductal extenso (CIE+) ocorreu em 3 casos.

A cirurgia foi realizada em todos os casos (tabela 3). A conservação da mama foi possível na maioria (56,5%) e, dentre essas, houve somente 1 caso de margem cirúrgica localmente comprometida. Uma paciente submeteu-se a conservação bilateral por carcinoma metacrônico em ambas as mamas. Já

Tabela 1 - Localização do tumor primário

<i>Quadrante</i>	<i>N (23)</i>	<i>% (100)</i>
<i>Súpero-externo</i>	6	26,0
<i>Súpero-interno</i>	9	39,1
<i>Ífero-externo</i>	3	13,1
<i>Ífero-interno</i>	2	8,7
<i>Central</i>	3	13,1

Tabela 2 - Estadiamento clínico (UICC 1987)

<i>Estadiamento</i>	<i>N (23)</i>	<i>% (100)</i>
<i>I</i>	8	34,8
<i>II</i>	8	34,8
<i>III</i>	1	4,3
<i>IV</i>	1	4,3
<i>Tx</i>	5	21,8

Tabela 3 - Tipo de cirurgia realizada

<i>Cirurgia</i>	<i>N (23)</i>	<i>% (100)</i>
<i>Ressec. segm. + linfad. axilar</i>	13	56,5
<i>Madden</i>	2	8,7
<i>Patey</i>	3	13,1
<i>Halsted</i>	3	13,1
<i>Madden + reconstrução</i>	2	8,7

nas 10 mastectomias, duas foram seguidas de reconstrução mamária imediata com o retalho miocutâneo do músculo reto-abdominal (TRAM) e duas foram realizadas em caráter emergente devido a hemorragia arterial em tumores volumosos e ulcerados. A cirurgia foi precedida de quimioterapia neoadjuvante em 5 (22,7%) pacientes.

A linfadenectomia axilar, realizada em todos os casos, mostrou 414 linfonodos dissecados, perfazendo uma média de 18 por axila. Houve 7 (30,4%) axilas comprometidas e o número total de linfonodos positivos foi de 33 (8% do total). O comprometimento axilar em função do estadiamento clínico encontra-se na tabela 4.

A terapêutica pós-cirúrgica encontra-se na tabela 5. A radioterapia da mama foi realizada em todos os casos de cirurgia conservadora. Em geral, foram feitos 5.000 cGy na mama operada. Algumas pacientes receberam dose de reforço (1.000

Tabela 4 - Comprometimento axilar segundo o estadiamento clínico

Estadiamento	Dissecadas	Comprometidas	
	N (23)	N	%
I	8	1	12,5
II	8	2	25,0
III	1	1	100,0
IV	1	1	100,0
Tx	5	2	40,0

Tabela 5 - Tratamento após cirurgia

Terapêutica	Conservação (12)	Mastectomia (10)
Radioterapia	12	4
Quimioterapia	11	8

Tabela 6 - Situação atual das 22 pacientes

Situação atual	N (22)	% (100)
VIVAS		
Sem doença	16	72,7
Com doença	2	9,1
ÓBITO		
Câncer de mama	3	13,6
Outra causa	1	4,6

a 2.000 cGy) em leito do tumor primário. Já nas 10 mastectomizadas, a irradiação pós-operatória foi feita em apenas 4. Quanto ao tratamento sistêmico, foi realizado com quimioterapia antineoplásica após 11 conservações e 8 mastectomias. Em geral, utilizou-se o esquema CMF (ciclofosfamida, metotrexate e fluorouracil) para axilas negativas ou com até 3 linfonodos comprometidos. Nos casos com 4 ou mais linfonodos positivos, era feita quimioterapia com um esquema contendo antraciclina (adriamicina ou epirrubicina).

Todas as pacientes tiveram um seguimento clínico que variou de 2 a 125 meses, sendo superior a 2 anos em 14 casos. Houve 3 (23%) recidivas locais nas 13 conservações da mama, sendo possível a mastectomia "de resgate" em 2 casos. No outro caso, a mastectomia não foi realizada devido à falta de condições técnicas para tal. A situação atual das pacientes, por ocasião do levantamento, encontra-se na tabela 6.

Discussão

O câncer de mama é uma doença que acomete predominantemente mulheres na pós-menopausa. Devido às dificuldades na análise dos dados de mulheres jovens com carcinoma de mama, o efeito prognóstico da idade jovem em relação à sobrevida e recorrência tumoral permanece controverso (1,5). Chung e cols. relataram recentemente que mulheres abaixo de 40 anos têm uma pior sobrevida específica para câncer, quando comparadas às de idade mais avançada (4). Esta pior sobrevida não é reflexo de doença mais avançada, pois as pacientes foram analisadas de acordo com o estadiamento clínico.

Alguns investigadores têm sugerido que o pior prognóstico de mulheres jovens é devido a fatores patológicos e não à idade das pacientes. Mulheres jovens têm mostrado, com maior frequência, invasão linfática (11), componente intraductal extenso associado ao carcinoma invasor (9), tumores receptores de estrógeno negativos (12) e neoplasmas indiferenciados histologicamente (8). É possível que estes fatores histológicos contribuam para uma maior agressividade biológica dos carcinomas em mulheres jovens. Também é possível que estes marcadores de pior prognóstico possam estar a nível molecular sem que ocorram diferenças histopatológicas significativas.

A distribuição do câncer de mama de acordo com o estadiamento clínico é diferente para mulheres jovens, quando comparadas às mais idosas. Em mulheres de até 40 anos, a maioria dos casos está no estágio II da doença (2, 4). Tem sido sugerido que esta diferença é ocasionada por um atraso no diagnóstico do câncer de mama em mulheres jovens. A mamografia da jovem mostra mamas densas e de difícil interpretação, sendo que a sensibilidade deste exame é de somente 68% abaixo dos 40 anos e de 91% acima dos 50 anos (7). No presente estudo, não houve diferença no número de casos nos estádios I e II, com um percentual de 34,8% para cada um.

Alguns relatos têm sugerido que mulheres jovens são mais propensas à recidiva local, quando tratadas com conservação da mama. Freitas Jr. e cols. mostraram que a idade (menor que 40 anos) e o tamanho clínico (maior que 3 cm) foram as variáveis que estiveram associadas a um maior risco de recidiva local (6). Kurtz e cols. relataram que mulheres com idade inferior a 40 anos tiveram uma taxa de recidiva local duas vezes maior que as mais idosas, sendo que isto se deveu à prevalência de certas características histopatológicas, principalmente o componente intraductal extenso associado ao carcinoma invasor, maior reação estromal, grau histológico 3 e margens cirúrgicas insatisfatórias (9). No nosso material, tivemos 3 (23%) recidivas locais em 13 conservações. Era uma paciente no E.C. I e duas no E.C. II. Todas apresentavam

margens cirúrgicas livres, não havia a presença do componente intraductal extenso e apenas uma tinha linfonodos axilares comprometidos. A mastectomia "de resgate" foi realizada em duas pacientes, sendo que em uma este procedimento não foi tecnicamente exequível.

A presente experiência pessoal sugere que mulheres jovens têm maiores taxas de recidiva local após terapêutica conservadora para câncer de mama. Já em relação ao prognóstico, o tempo de seguimento ainda é exíguo, sendo que futuramente teremos uma resposta a esta dúvida clínica.

Summary

From February 1986 to July 1996, 22 women with 23 breast cancer were submitted to surgical treatment. All had aged 40 years or younger (median = 35,7). Eighteen (78,3%) tumors were palpable, and 5 (21,7%) were nonpalpable. TNM classification (UICC 1987) was: E.C. I, 8 (34,8%); E.C. II, 8 (34,8%); E.C. III, 1 (4,3%); E.C. IV, 1 (4,3%); and Tx (previous biopsy), 5 (21,8%) cases. The performed surgery was: segmentectomy with axillary lymph node dissection, 13 (56,5%); Madden, 2 (8,7%); Patey, 3 (13,1%); Halsted, 3 (13,1%); and Madden with immediate breast reconstruction, 2 (8,7%) cases. All the patients had axillary dissection, and nodal metastases were found in 7 (30,4%). All submitted to follow-up ranged 2 to 125 months. There were 3 (23%) locoregional failure in 13 breast conservation. Sixteen (72,7%) patients are alive without evidence of tumor. The author suggests that very young women are especially prone to local recurrence after breast conservation.

Referências bibliográficas

- 1 - ADAMI, H. O. et al. - *The relation between survival and age at diagnosis in breast cancer.* N Eng J Med., 315:559-63, 1986.
- 2 - BENNETT, I. C.; FREITAS Jr. R.; FENTIMAN, I. S. - *Diagnosis of breast cancer in young women.* Aust N Z J Surg., 61:284-9, 1991.
- 3 - BORING, C. C. et al. - *Cancer statistics 1994.* Ca-A Cancer J Clin., 44:7-26, 1994.
- 4 - CHUNG, M. et al. - *Younger women with breast carcinoma have a poor prognosis than older women.* Cancer, 77:97-103, 1996.
- 5 - DE LA ROCHEFORDIERE, A. et al. - *Age as prognostic factor in premenopausal breast carcinoma.* Lancet, 341:1039-43, 1993.
- 6 - FREITAS Jr., R.; CHAUDARY, M.; FENTIMAN, I. S. - *Fatores clínicos e risco de recidiva local após conservação mamária para câncer de mama.* Rev Col Bras Cir., 19:143-7, 1992.
- 7 - LANNIN, D. R. et al. - *Difficulties in diagnosis of carcinoma of the breast in patients less than fifty years of age.* Surg Gynecol Obstet., 177:457-62, 1993.
- 8 - KINGSLEY PILLERS, E. M. - *Histological grade of breast cancer in younger women.* Lancet, 339:1483, 1992, Letter.
- 9 - KURTZ, J. M. et al. - *Why are local recurrences after breast-conserving therapy more frequent in younger patients?* J Clin Oncol., 8:591-8, 1990.
- 10 - Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer - *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional.* Rio de Janeiro, Programas de Controle de Câncer, 1993.
- 11 - NIXON, A. J. et al. - *Relationship of patient age to pathologic features of the tumor and prognosis for patients with stage I or II breast cancer.* J Clin Oncol., 12: 888-94, 1994.
- 12 - TSANGARIS, T. N.; KNOX, S. M.; CHEEK, J. H. - *Tumor hormone receptor status and recurrences in premenopausal patients with node-negative breast carcinoma.* Cancer, 69:984-7, 1992.