

Nível de estadiamento das mulheres submetidas a tratamento do câncer de mama

J. A. Aragão¹; F. P. Reis²; A. C. Marçal¹; M. R. V. Santos³; E. C. Cardoso⁴;
L. M. F. Xavier⁵; L. L. Nascimento⁶

¹*Departamento de Morfologia, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-Se, Brasil*

²*Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, 49032-490, Aracaju-Se, Brasil*

³*Departamento de Fisiologia, Universidade Federal de Sergipe, 49100-000, São Cristóvão-Se, Brasil*

⁴*Núcleo Enfermagem do CENAC de Itabaiana, Itabaiana-Se, Brasil*

⁵*UTIN, Hospital Santa Isabel, 49065-770, Aracaju-Se, Brasil*

⁶*Departamento de Medicina, Universidade Tiradentes, 49032-490, Aracaju-Se, Brasil*

adervalufs@gmail.com

Foi realizado um estudo transversal, com base nos prontuários de 244 mulheres com o diagnóstico prévio de câncer de mama no período de 2003 a 2005, desses cinco foram excluídos por falta de dados. As variáveis estudadas foram: o nível de estadiamento do câncer de mama, diagnóstico histopatológico, tipo de tratamento adotado, tempo do diagnóstico, início do tratamento, idade, procedência e profissão. Dos 239 prontuários analisados: 81 corresponderam ao ano de 2003, 88 a 2004 e 70 ao ano de 2005. Foi encontrada uma maior ocorrência do câncer de mama nas faixas etárias de 41 – 60 anos. Quanto ao nível de estadiamento do câncer de mama foram encontrados 120 no estágio II, 69 no III, 36 no IV e apenas 14 no estágio I. Entre os tipos histológicos dos 239 casos analisados predominaram o carcinoma: ductal infiltrante, lobular infiltrante e o medular. A maioria do diagnóstico do câncer de mama foi realizado nos estádios II e III. O tipo de tratamento mais frequentemente utilizado foi o cirúrgico associado à quimioterapia.

Palavras-chaves: Estadiamento do câncer; câncer de mama; mulheres

We conducted a transversal study based on records of the Oncology Center, Hospital Governador João Alves Filho, of 244 women diagnosed with breast cancer in the period 2003 to 2005. Five records were excluded due to missing data. The variables studied were: the level of breast cancer staging, histopathological diagnosis, type of treatment used, time of diagnosis, initiation of treatment, age, origin and profession. The 239 charts analyzed corresponded : 81 the year 2003, 88-2004 and 70- 2005. There was a higher incidence of breast cancer in the age groups 41 to 60 years. Regarding the level of staging of breast cancer were found in 120 stage II, 69 in III, IV and only 36 in 14 in stage I. Among the histological types of the 239 cases analyzed predominated carcinoma: infiltrating ductal, infiltrating lobular and medullary. Most of the diagnosis of breast cancer was carried out in stages II and III. The type most frequently used treatment was surgery associated with chemotherapy.

Key-words: Staging of the cancer; breast cancer; women

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um conjunto de alterações genéticas que ocorre no tecido glandular mamário [1]. É a neoplasia maligna que mais frequentemente acomete a mulher brasileira após os 40 anos de idade, entretanto mundialmente tem aumentado sensivelmente a sua incidência em faixas etárias mais jovens [2]. Aproximadamente 49.000 novos casos de câncer de mama são diagnosticados anualmente, com cerca de 10.000 óbitos [3].

A idade tem sido considerada como o fator de risco de maior contribuição para a gênese do câncer de mama, na mulher, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos [4]. No Brasil, dados de incidência dos Registros de Câncer de Base Populacional das cidades de Goiânia, e Manaus, correspondentes ao período de 1996 e 2000, indicaram que 60 a 70% dos casos novos ocorreram na faixa etária compreendida entre os 40 e 69 anos de idade. No que diz respeito à mortalidade por câncer de mama, dados disponíveis do período de

1996 a 2000 mostraram que 91% dessas mortes ocorreram entre as mulheres com mais de 40 anos de idade [5,6,7]. Embora o câncer de mama possa ocorrer entre os homens, a doença é cerca de 100 a 150 vezes mais freqüente entre as mulheres, o fato tem sido admitido que seja devido possivelmente à maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e à sua exposição ao estrogênio endógeno [8,9].

Apesar de sua origem desconhecida, os autores têm inferido importância para alguns fatores que tornam as mulheres com maior probabilidade de desenvolver o câncer de mama. THULER [10] destacou entre esses fatores: pertencer ao sexo feminino, em quem a doença é cerca de 100 a 150 vezes mais freqüente; a predisposição genética, observando-se um risco aumentado em mulheres com casos da doença em familiares próximos; mulheres com história de menarca precoce, primeiro filho em idade avançada, obesidade na pós-menopausa, câncer de ovário, densidade mamária benigna, exposição ao tabaco, a radiação ionizante e pesticidas / organoclorados.

O nível de estadiamento do câncer de mama tem sido um importante parâmetro utilizado para escolha do melhor tipo de tratamento com o objetivo de proporcionar um bom prognóstico às pacientes de câncer de mama. O estadiamento clínico do câncer de mama envolve o cálculo aproximado do tamanho do tumor e a estimativa do envolvimento dos linfonodos axilares pelo exame físico e a mamografia. Assim os tumores podem ser classificados em: Estágio I (tumores < 2cm e confinados à mama), Estágio II (tumores < 5cm com envolvimento ou não dos linfonodos axilares móveis), Estágio IIIa (tumores > 5cm, acompanhados ou não por enfartamento de linfonodos axilares), Estágio IIIb (lesões mais avançadas) e Estágio IV (todos os tumores com metástase à distância [1].

A sobrevida de câncer de mama nos Estados Unidos no período de 1985 a 1995 em relação aos estádios 0, I, II, III e IV foi de 95%, 88%, 66%, 36% e 7% respectivamente (National Cancer Data Base, 1999). No Brasil de acordo com dados de registros hospitalares o diagnóstico de câncer de mama tem ocorrido na maioria das vezes nos estádios mais avançados [11].

De acordo com o INCA [12], em 1996 dos estimados 6450 óbitos em mulheres por carcinoma mamário, 15% deles ocorreram principalmente devido ao avançado estadiamento da doença. O estudo destacou que em geral, 50% dos casos foram diagnosticados nos estádios III e IV, demonstrando que o diagnóstico tardio é um problema nacional, não restrito ao câncer de mama denotando o baixo grau de diagnósticos clínicos feitos no sistema de saúde brasileiro.

Na ausência, até o presente, de métodos específicas para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama, o estadiamento vem a se tornar um destacado e fundamental um método para o diagnóstico, tratamento e prognóstico do câncer de mama. Por esses fatos procuramos realizar um estudo sobre o nível de estadiamento dos pacientes que iniciam o tratamento de câncer de mama no Centro de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, com base nos prontuários de 244 mulheres que tinham o diagnóstico prévio de câncer de mama no período de 2003 a 2005, documentado de acordo com o Centro de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho. Dos 244 prontuários, cinco foram excluídos devido à falta de dados, dessa maneira o estudo envolveu 239 prontuários. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinque e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, de acordo com o protocolo 051106 de 2006. Foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência. As variáveis estudadas foram: o nível de estadiamento do câncer de mama, diagnóstico histopatológico, tipo de tratamento adotado, tempo do diagnóstico e início do tratamento, idade, procedência e profissão. Os dados obtidos foram armazenados em uma planilha do Microsoft Excel, e analisados através de estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 244 prontuários de mulheres com diagnósticos de câncer de mama no Centro de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho, cinco foram excluídos por insuficiência de dados. Dos 239 prontuários analisados: 81 correspondiam ao ano de 2003, 88 a 2004 e 70 ao ano de 2005.

A idade das pacientes variou de 21 a 90 anos de idade, com uma média de 58,19. A figura 1 representa a distribuição da ocorrência do câncer de mama por ano e faixa etária.

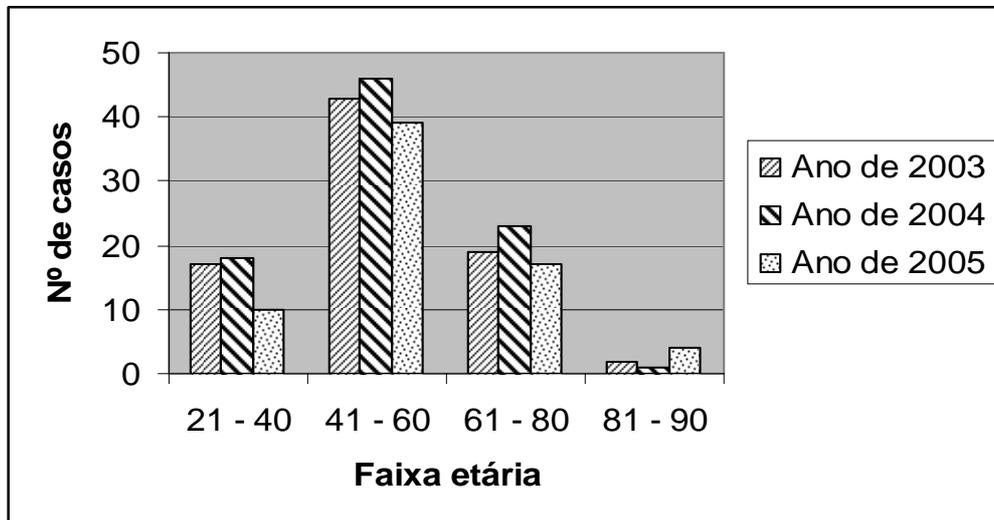


Figura 1: Distribuição do câncer de mama por faixa etária.

No nosso estudo predominou a faixa etária dos 41 a 60 anos de idade. Este achado é semelhante ao descrito pela maior parte da literatura quando destaca o papel do envelhecimento um conhecido fator de risco para o câncer de mama [4,5,6,7]. BASÉGIO, KOCH [13], observaram que na região do planalto do Rio Grande do Sul, o câncer de mama foi presente em 12,5% das pacientes abaixo dos 40 anos de idade e em 31,8% antes dos 45 anos. Outros autores chamaram atenção para esses resultados, ressaltando a possível dificuldade no diagnóstico precoce do câncer de mama dessas pacientes.

Quanto à procedência, 142 eram provenientes do interior do estado e 97 da capital. BORGHESAN et. al., [14], chamaram atenção sobre a relação entre a sobrevida do câncer de mama com a procedência das pacientes. Os autores chegaram a admitir que, as pacientes procedentes da capital além de realizarem um diagnóstico precoce podem apresentar uma maior taxa de sobrevida. Em nossos achados a maioria das mulheres com câncer de mama atendidas no Centro de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho, eram procedentes do interior dos Estados de Sergipe e de Alagoas.

Quanto à atividade ocupacional foi grande a diversidade, entretanto, um número acima de 50% estava distribuído entre: 126 pacientes que se dedicavam ao lar, 30 eram aposentadas, 10 lavradoras e nove funcionárias públicas.

O início do tratamento após o diagnóstico foi imediato para 110 pacientes. As demais tiveram o início do seu tratamento após: um mês (37), uma semana (22), dois meses (14), 10 dias (14). As demais 42 pacientes tiveram seu tratamento iniciado, após o diagnóstico, em períodos que variou de 2 dias a 22 meses.

O nível de estadiamento do câncer de mama ao iniciarem o tratamento foi de: 120 no estágio II, 69 no III, 36 no IV e apenas 14 no estágio I (Figura 2).

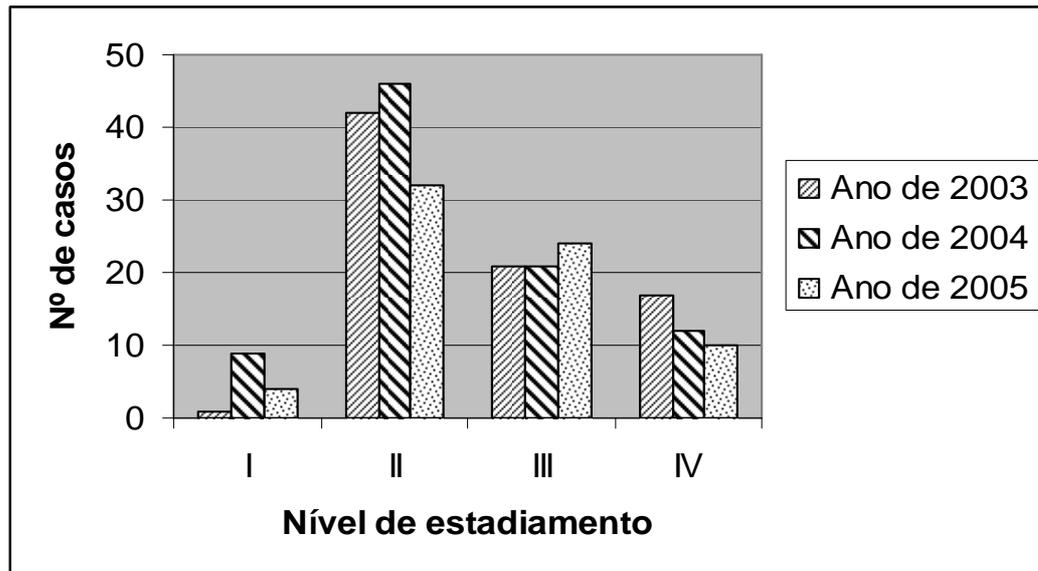


Figura 2: Nível de estadiamento do câncer de mama.

Dados sobre o câncer de mama no Brasil foram apresentados por PEREIRA, KOIFMAN [15]. Para estes autores apesar das dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, bem como a lenta expansão de cobertura dos serviços de diagnóstico precoce, predominou o diagnóstico do câncer de mama nos estádios III e IV.

Nos Estados Unidos, BARRY, BREEN [16] analisaram mais de 12.000 casos de câncer de mama e observaram que apenas 7,9% das mulheres foram diagnosticadas nos estádios IIIB ou IV. Por outro lado, FREGENE, NEWMAN [17], ao sintetizar os dados sobre a ocorrência do câncer de mama entre as mulheres subsaarianas, referiram-se que, naqueles países, 70 a 90% dos casos, eram diagnosticados nos estádios III ou IV. No Brasil, THULER, MENDONCA [18] observaram que o diagnóstico do câncer de mama ocorreu nos estádios III e IV. Estes autores destacaram ainda ter ocorrido ao longo dos últimos anos uma discreta redução do número de casos de câncer de mama, que passou de 50,6% dos casos em 1995 para 45,3% em 2002. O presente estudo mostrou que o diagnóstico do câncer de mama, com maior frequência ocorreu ao nível dos estádios II e III. Vale aqui destacar os dados de BERGMAN [11] que encontrou uma sobrevida das pacientes de câncer de estádios II e III, em torno de 88% e 66%, respectivamente.

Histologicamente, dos 239 casos de câncer de mama predominaram os tipos de carcinoma: ductal infiltrante (CDI), lobular infiltrante (CDIV) e medular (CN) (Figura 3).

De acordo com KEISENBERG, KOIFMAN [19], o ductal infiltrante clássico além de ser o tipo de tumor maligno mais comum da mama, é também o de pior prognóstico, principalmente aqueles de alto grau histológico. O carcinoma lobular infiltrante é o segundo tipo mais frequente, tendo um prognóstico um pouco melhor do que o ductal. O que esta de acordo com os tipos histológicos encontrado em nosso estudo, onde foi mais frequente o ductal infiltrante, lobular infiltrante e medular.

BERGMANN, MATTOS, KOIFMAN [20] estudando o tratamento do câncer de mama em 394 mulheres através de entrevista, exame físico e revisão de prontuários concluíram que, a maioria das pacientes foi submetida à mastectomia radical modificada, enquanto um pouco mais da metade a tratamento radioterápico pós-cirurgia. Em nosso estudo encontramos que a conduta terapêutica predominante para o tratamento do câncer de mama foi o cirúrgico associado à quimioterapia. Foram ainda empregadas várias condutas: cirurgia; quimioterapia; e cirurgia com quimioterapia e radioterapia.

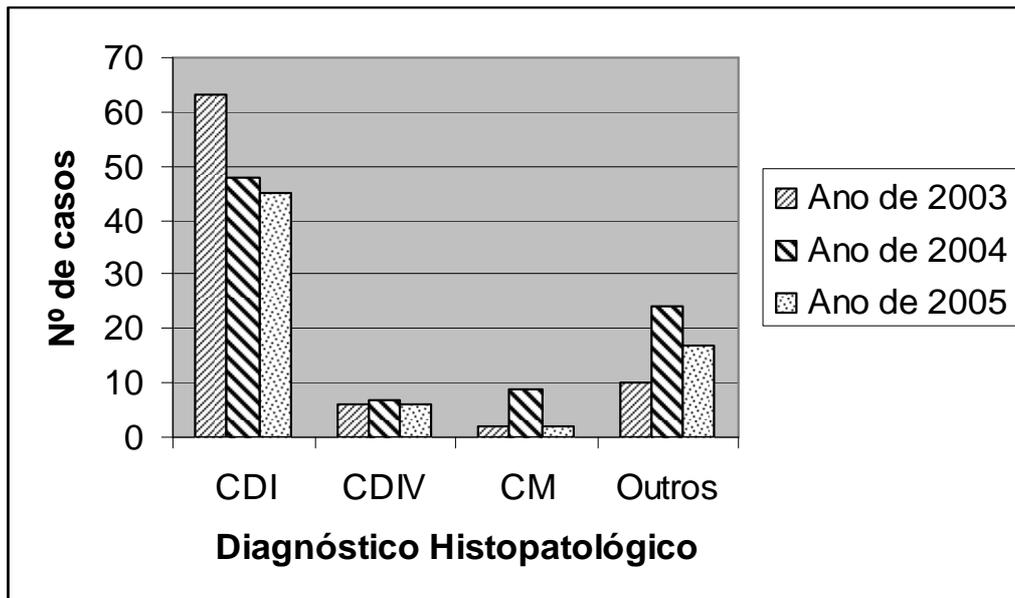


Figura 3: Diagnóstico histopatológico do câncer de mama.

4. CONCLUSÃO

O estudo sobre o estadiamento do câncer de mama das mulheres atendidas no Centro de Oncologia do Hospital Governador João Alves Filho revelou que a maioria do diagnóstico do câncer de mama foi realizado nos estádios II e III; o tipo de tumor de maior ocorrência foi o ductal infiltrante; e a faixa etária predominante foi de 41 a 60 anos de idade.

1. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (2002).
2. FREITAS, F. et al. Rotinas em Ginecologia. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, (1997).
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2005. www.inca.gov.br. (2005).
4. FRIEDENREICH, C.; ARONSON, K.J.; DEKONING, K.; GOLDBERG, M.; HEISEY, R.; HEPBURN, V.; MANDEVILLE, R.; PIM, C.; WYNNE-EDWARDS, K. et al. Summary Report: Review of lifestyle and environmental risk factors for breast cancer. Ministry of Public Works and Government Services Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cbci-iccs01/pdf/cbci_summary_report.pdf (2001).
5. ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS (Brasil). Registro de câncer de base populacional de Goiânia. Câncer em Goiânia: tendências (1988 - 1997). Goiânia, (2000).
6. FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (Brasil). Incidência de câncer no município de São Paulo, Brasil: 1997-1998. Mortalidade de câncer no Município de São Paulo, Brasil: tendência no período 1969-1998. São Paulo (2001).
7. FCECON - FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO AMAZONAS (Brasil). Registro de câncer de base populacional de Manaus: dados de 1999. Manaus: FCECON, (2002).
8. MEISTER, K.; MORGAN, J. Risk factors for breast cancer: a report by the American Council on Science and Health. New York: The Council, (2000).
9. FLETCHER, S.W.; ELMORE, J.G. Clinical practice. Mammographic screening for breast cancer. *N Engl J Med.* 348(17):1672-80 (2003).
10. THULER, L.C.S. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 49(4):205 (2003).
11. BERGMAN, A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 156p. (2000).

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: INCA, (2002).
13. BASÉGIO D.L.; KOCH H.A. Formas de diagnóstico do câncer de mama na mulher gaúcha. *Rev Bras Mastol.* 8: 64–71 (1998).
14. BORGHESAN, D.H.P. et al. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Revista Maringá.* 25(1):104-105 (2003).
15. PEREIRA, W.M.M.; KOIFMAN, S. Tendências da mortalidade por câncer de mama no Estado de Pará. Tese de mestrado da Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 90p. (2001).
16. BARRY, J.; BREEN, N. The importance of place of residence in predicting late – stage diagnosis of breast or cervical cancer. *Heath Place.* 11(1): 15-29 (2005).
17. FREGENE, A.; NEWMAN, L.A. Breast cancer in sub-Saharan Africa: how does it relate to breast cancer in African-American women? *Cancer.* 103(8):1540-50 (2005).
18. THULER, L.C.S.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 27(11):656-60 (2005).
19. KEISENBERG, A.K.A.; KOIFMAN, S. Aspectos gerais dos adenocarcinomas de mama, estadiamento e classificação histopatológica com descrição dos principais tipos. *Revista Brasileira da Cancerologia.* 46(1):63 –77 (2000).
20. BERGMANN, A.; MATTOS, I.E.; KOIFMAN, R.J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 50(4): 311-320 (2004).