

Perfil de pacientes submetidas à quimioterapia neoadjuvante por Câncer de Mama em clínica privada

Profile of patients undergoing neoadjuvant chemotherapy for Breast Cancer in a private clinic

DOI:10.34119/bjhrv6n4-188

Recebimento dos originais: 03/07/2023

Aceitação para publicação: 04/08/2023

Gabriela Sulzbach Solanho

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: gsolanho@gmail.com

Deborah Kureski

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: dkureski@gmail.com

Isabela de Assis

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: isabelabaptistadeassis@hotmail.com

Mariane Keppel

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: marianekeppel@hotmail.com

Lara Leonel Ferreira

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: laraleonel63@gmail.com

Ana Gabriela dos Santos

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: ag25121999@gmail.com

Kátia Sheylla Malta Purim

Especialista em Dermatologista

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Cidade Industrial de Curitiba, Curitiba - PR, CEP: 81290-000

E-mail: kspurim@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico e clinicopatológico de pacientes submetidas a quimioterapia neoadjuvante por câncer de mama em uma clínica privada em Curitiba- Paraná. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo realizado através de coleta de dados em 134 prontuários. A amostra de conveniência foi definida tendo como critérios de inclusão mulheres submetidas a quimioterapia neoadjuvante para carcinoma mamário nessa instituição, no período de 2016 a 2019. A análise estatística executada com auxílio do programa SPSS 17,0 através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas foram expressas com média \pm desvio-padrão. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e comparadas, de acordo com apropriado, p valor $< 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** O perfil observado no trabalho foi constituído por mulheres brancas, na faixa etária média de 42 anos, que tiveram como principais fatores de risco: histórico familiar de câncer de mama e história pessoal de sobrepeso e/ou obesidade. A maioria não tabagistas e com filhos, portadoras de adenocarcinoma ductal invasivo, subtipo molecular estadiado em IIA, tratada com quimioterapia neoadjuvante, mastectomia, retirada do linfonodo sentinela, complementado com radioterapia, sem necessidade de esvaziamento axilar. O subtipo Luminal B representou maioria no esvaziamento axilar e no linfonodo sentinela positivo. **Conclusão:** O perfil dos casos foi similar a literatura diferindo quanto ao tabagismo e nuliparidade. Importante conscientizar sobre o controle dos fatores de risco, detecção e tratamento precoce que pode ser mais assertivo com auxílio da imuno-histoquímica.

Palavras-chave: neoplasias da mama, epidemiologia, fatores de risco, Câncer, saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological and clinicopathological profile of patients undergoing neoadjuvant chemotherapy for breast cancer in a private clinic in Curitiba-Paraná. **Methods:** This is a retrospective study carried out by collecting data from 134 medical records. The convenience sample was defined having as inclusion criteria women undergoing neoadjuvant chemotherapy for breast carcinoma at this institution, from 2016 to 2019. Statistical analysis performed with the aid of the SPSS 17.0 program through the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro tests -Wilk. Continuous variables were expressed as mean \pm standard deviation. Categorical variables were expressed as percentages and compared, as appropriate, p value < 0.05 was considered significant. **Results:** The profile observed in the work consisted of white women, in the average age group of 42 years, whose main risk factors were: family history of breast cancer and personal history of overweight and/or obesity. Most non-smokers and with children, carriers of invasive ductal adenocarcinoma, molecular subtype staged in IIA, treated with neoadjuvant chemotherapy, mastectomy, removal of the sentinel lymph node, complemented with radiotherapy, without the need for axillary dissection. The Luminal B subtype represented the majority in axillary dissection and positive sentinel lymph node. **Conclusion:** The profile of the cases was similar to the literature, differing in terms of smoking and nulliparity. It is important to raise awareness about the control of risk factors, detection and early treatment that can be more assertive with the help of immunohistochemistry.

Keywords: breast neoplasms, epidemiology, risk factors, Cancer, women's health.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tumor mais incidente no mundo, contabilizando mais de 2 milhões de novos diagnósticos anualmente, e ocupando o quinto lugar no ranking de mortalidade em ambos os sexos (1).

Diversos fatores de risco podem impactar no desenvolvimento da neoplasia mamária. Raça, idade, hereditariedade, perfil hormonal, reprodutivo e presença de doenças benignas na mama são considerados intrínsecos ao indivíduo e não modificáveis (2). Por outro lado, estilo de vida, comportamentos sociais, exposição ambiental, reposição hormonal, obesidade, tabagismo, alimentação, radiação ionizante, exercícios físicos e amamentação podem modificar-se com o transcorrer do tempo (3). Sendo assim, notável a relevância da avaliação e conhecimento com os mesmos, figurando-se como uma estratégia epidemiológica de baixo custo quando comparada a novas estratégias de diagnóstico, afim de auxiliar no desenvolvimento de ações de rastreio, especialmente no contexto de atenção primária à saúde em populações expostas (4,5).

Clinicamente, a neoplasia mamária é comumente associada à forma assintomática. Todavia, podem ser observados sinais e sintomas como: presença de nodulações em território mamário ou em axila; dor mamária; alterações na coloração da pele que recobre a mama; abaulamentos ou retrações. No que se refere à localização, é mais comumente detectado no quadrante superior externo e no hemisfério esquerdo (6).

Acerca dos tipos histológicos, o carcinoma ductal infiltrante não especificado é o tipo mais comum (70 a 80%) seguido do carcinoma lobular infiltrante (5 a 15%) sendo que os demais subtipos compõem o percentual restante dos tumores (7,8).

O perfil molecular tumoral, definido pela sua expressão gênica é extremamente importante para a escolha do método terapêutico adequado, de acordo com o prognóstico estimado da doença e a resposta do tumor aos tratamentos propostos. Na prática clínica é definido através de técnicas de imunohistoquímica, que apresentam custo mais acessível e maior disponibilidade de uso prático em relação aos testes genômicos. Os principais marcadores avaliados na imunohistoquímica são a expressão dos receptores hormonais, expressão de Ki67 e expressão de HER2 (9). De acordo com Amin et al. 17, a classificação molecular dos tumores da mama, atualmente utilizada na prática clínica divide os tumores nas seguintes categorias: Luminal A; Luminal B; HER 2 enriquecido; Triplo-negativo (10).

O TNM 7^a edição é outra ferramenta extremamente importante para o auxílio diagnóstico, este avalia o estadiamento prognóstico clínico e patológico, além do estadiamento anatômico. Nesta forma de classificação são avaliados o grau histológico e a presença ou ausência de receptores de progesterona, estrogênio e HER-2 (11).

O tratamento da neoplasia da mama envolve diversas modalidades terapêuticas, determinadas através da avaliação dos fatores prognósticos e preditivos da doença, incluindo o estadiamento e a classificação molecular tumoral realizada por imunohistoquímica. O tratamento pode ser classificado como sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia, terapia alvo molecular), cirúrgico (conservador ou radical), ou radioterápico. Além disso, é possível classificar o tratamento com base na sua finalidade: curativa ou paliativa (em casos de doença metastática)(12).

É importante salientar que quando diagnosticada precocemente e tratada a neoplasia de mama apresenta bom prognóstico, com diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida. Apesar das inúmeras pesquisas, desenvolvimento de novas tecnologias e do aprimoramento de diagnóstico, estadiamento e tratamento, a mesma ainda é considerada um câncer de comportamento dinâmico, ou seja, em constante transformação (12). Embora existam cada vez mais informações a seu respeito, ainda há desconhecimento acerca de determinados fatores de risco, por exemplo. A heterogeneidade tumoral e as características individuais dos organismos também contribuem para tal cenário (13).

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional descritivo e retrospectivo realizado através da revisão de prontuários de pacientes atendidas em serviço privado de oncologia na cidade de Curitiba-PR. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Positivo (CAAE: 46311421.6.0000.00)

A amostra foi composta por mulheres, maiores de 18 anos, submetidas a quimioterapia neoadjuvante por carcinoma mamário invasor entre 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. Os prontuários foram revisados no período de maio de 2021 a junho de 2022, e excluídos da análise aqueles incompletos, ou seja, que não possuíam pelo menos 75% das informações sobre as variáveis do estudo. Todas as pacientes do estudo foram submetidas à avaliação do subtipo molecular após o diagnóstico de carcinoma invasor, realizada por imunohistoquímica no material da biópsia, e na sequência realizaram exames de imagem para estadiamento conforme o estadiamento clínico e as diretrizes internacionais. A quimioterapia neoadjuvante foi indicada conforme protocolo do National Comprehensive Cancer Network de 2016 com o

objetivo de reduzir o tamanho do tumor, proporcionar cirurgias menos agressivas e/ou evitar esvaziamento axilar desnecessário.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade da paciente ao diagnóstico, raça, estado civil, quantidade de gestações; fatores de risco para câncer de mama: tabagismo, etilismo, peso, altura, histórico familiar de câncer de mama; variáveis relativas ao tumor: tamanho tumoral, tipo histológico, subtipo molecular por imunohistoquímica, estadiamento clínico inicial; variáveis em relação ao tratamento: tipo de cirurgia na mama, tipo de cirurgia na axila (por exemplo: pesquisa de linfonodos sentinela e/ou esvaziamento axilar) e realização do procedimento.

Foi utilizado como referência o estadiamento do 7^a TNM e os dados de imunohistoquímica foram obtidos através de laudos emitidos pelo mesmo serviço de patologia médica, durante a época do diagnóstico.

A análise estatística foi realizada com auxílio do programa SPSS 17.0 através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade do dado. As variáveis contínuas foram expressas com média \pm desvio-padrão e comparadas com o teste ANOVA. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e comparadas com o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, de acordo com apropriado, considerando valor de $p \leq 0,05$.

3 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 134 mulheres sendo a maioria da raça branca (92,1%), na faixa etária média de 42 anos (DP \pm 9), não tabagistas (80,9%), não etilistas (86,1%), com sobrepeso ou algum grau de obesidade (51,3%) e que já haviam passado pela experiência da gestação (71,1%) quando receberam o diagnóstico de câncer de mama (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos casos e fatores de risco para câncer de mama na população estudada

Perfil dos casos e fatores de risco (n = 115)		
Tabagismo (n = 115)		
	n	%
Não tabagistas	93	80,9
Ex tabagistas	12	10,4
Tabagistas	10	8,7
Etilismo (n= 72)		
	n	%
Não etilistas	86,1	86,1
Etilismo social	9	12,5
Etilistas	1	1,4
Índice de massa corporal (n= 107)		
	n	%

Magreza	1	0,9
Eutrófica	51	47,7
Sobrepeso	36	33,6
Obesidade grau 1	13	12,1
Obesidade grau 2	6	5,6
Número de gestações (n = 114)		
	n	%
Nulípara	33	28,9
1 Gestação	35	30,7
2 Gestações	33	28,9
3 Gestações	12	10,5
4 Gestações	1	0,9

Fonte: pesquisa do autor (2022).

O tipo histológico mais comum foi carcinoma ductal (92,3%), já no que tange o subtipo molecular, luminal B (54%). Em relação ao estadiamento clínico, a classificação predominante foi T2 (57,4%), N0 (47,2%) e M0 (97,3%), sendo o estágio mais frequente IIA com 34,9% dos casos observados. Em sequência, o segundo estágio mais comum foi o IIB com 32,1% da amostra, seguido dos estádios IIIA e IA. (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipo histológico e subtipo molecular dos casos de câncer de mama da amostra (n=126)

Tipo Histológico (n = 130)			
	n	%	
Ductal	120	92,3	
Ducto-lobular	4	3,1	
Lobular	3	2,3	
Epiteliode diferenciado	não 1	0,8	
Histicitoide diferenciado	pouco 1	0,8	
Micropapilar	1	0,8	
Subtipo Molecular por Imunohistoquímica (n = 126)			
	n	%	
Luminal A	10	7,9	
Luminal B	68	54	
HER2 enriquecido	9	7,1	
Triplo Negativo	39	31	
Classificação TNM (n = 106)			
	Estadiamento clínico	N	%
Tumor (T)	0	2	1,9
	1	21	19,4
	2	62	57,4
	3	18	16,7
	4	5	4,6
Linfonodo (N)	0	51	47,2
	1	50	46,3
	2	4	3,7
	3	3	2,8
Metástases (M)	0	110	97,3
	1	3	2,7
Estadiamento Clínico (n = 106)			
	n	%	

0	2	1,9
IA	12	11,3
IB	1	0,9
IIA	37	34,9
IIB	34	32,1
IIIA	13	12,3
IIIB	4	3,8
IIIC	2	1,9
IV	1	0,9

Fonte: pesquisa do autor (2022).

Ao correlacionar idade, tamanho tumoral e comprometimento de linfonodos aos subtipos moleculares verificou-se que a média de idade das pacientes HER 2 foi de 47 anos, com predomínio de T2 (55,6%) e N1 (55,6%). Em relação ao Luminal A, apresentou idade média de 42 anos, T1 (50%) e N0 (60%). O Luminal B também apresentou idade média de 42 anos, predomínio de T2 (56,9%) e N1 (56,9%). O Triplo Negativo demonstrou idade média de 40 anos, T2 (62,1%) e N0 (62,1%). (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlação entre subtipos moleculares e estadiamento clínico na amostra (n=126)

Correlação entre subtipos moleculares, idade, e estadiamento clínico (n = 126)

		Luminal A	Luminal B	HER 2	Triplo Negativo
T	0	0%	1,7%	0%	3,4%
	1	50%	15,5%	0%	24,1%
	2	40%	56,9%	55,6%	62,1%
	3	10%	19%	44,4%	6,9%
	4	0%	6,9%	0%	3,4%
N	0	60%	41,4%	22,2%	62,1%
	1	40%	56,9%	55,6%	27,6%
	2	0%	1,7%	11,1%	6,9%
	3	0%	0%	11,1%	3,4%
M	0	90%	100%	100%	93,5%
	1	10%	0%	0%	6,5%
Idade	Média ± DP	42 ± 4,1	42 ± 9,2	47 ± 11,1	40 ± 8,6

Fonte: pesquisa do autor (2022).

Na maioria dos casos o tratamento cirúrgico realizado foi mastectomia (63,6%), retirada do linfonodo sentinela (92%), sem necessidade de esvaziamento axilar (72,6%), sendo complementado com radioterapia (59,2%).

Ao correlacionar o método terapêutico com o subtipo molecular, as pacientes com câncer de mama do subtipo HER2 foram as mais submetidas a mastectomia (88,9%), seguido do subtipo Luminal B (70%), Luminal A (60%) e triplo negativo (59%), respectivamente. (Tabela 4)

Tabela 4 – Correlação entre tipo de tratamento cirúrgico realizado e subtipos moleculares na amostra (n= 126)

		Luminal A	Luminal B	HER 2	Triplo Negativo
Cirurgia	Mastectomia	60%	70,1%	88,9%	59%
	Setorectomia	40%	29,9%	11,1%	41%
Esvaziamento axilar	Sim	28,6%	37,9%	0%	12,5%
	Não	71,4%	62,1%	100%	87,5%

Fonte: pesquisa do autor (2022).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em centro privado de referência em mama em Curitiba-Paraná, com adequada estrutura e capacidade resolutiva para conhecer aspectos epidemiológicos e clinicopatológicos de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante, e comparar com outros estudos já publicados.

Encontrou-se predomínio de mulheres brancas (92,1%), dado compatível com as características populacionais do estado e da região sul do país. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 73,2% da população residente na região sul se autodeclarava branca, em 2019. (15)

O câncer de mama resulta de diversos eventos genéticos, hormonais e ambientais, tendo como principais fatores de riscos: idade, história reprodutiva, contraceptivos hormonais, ausência de filhos, primeira gravidez após 30 anos, menarca antes de 12 anos e menopausa após 55 anos, obesidade, sedentarismo e consumo de álcool, além de fatores hereditários (2).

Com relação à idade, sabe-se que esse é um dos principais fatores de risco relacionados ao câncer de mama, portanto, a probabilidade de desenvolver a neoplasia é diretamente proporcional a idade (16). Ao comparar o presente estudo com a literatura pode-se confirmar essa relação, visto que idade acima de 40 anos se mostra estatisticamente significativa como fator de risco não modificável para o câncer de mama (17,18). De acordo com Silva e Riul (2011) a média de idade acometida é de 49,66 anos, variando de 30 a 66 (desvio padrão de 11,42, de 38,24 a 61,08), sendo que a grande maioria, 15 pacientes (83,33%), possuía 40 anos ou mais. Neste estudo a faixa etária média acometida foi de 42 anos (DP \pm 9), mostrando-se compatível com a literatura e corroborando o avanço da idade como um fator de risco para a doença (19).

A despeito do índice massa-corporal, a obesidade é sabidamente um fator de risco para diversas doenças, incluindo as neoplasias de modo geral. A atual análise revelou que 51,3% das pacientes com neoplasia de mama possuíam algum grau de sobrepeso ou obesidade, o que demonstra um resultado significativo condizente com Arafat et al. (18).

A história familiar se encontra em uma privilegiada posição na lista de fatores de risco não modificáveis, aumentando em 1,80 vezes as chances de desenvolvimento do câncer da mama (20). No presente estudo 50,9% das pacientes com câncer de mama possuíam histórico familiar positivo apontando a relevância deste fator.

No que diz respeito à gestação, apenas 28,9% das pacientes eram nulíparas ao diagnóstico de câncer de mama contra 71% que passaram previamente por uma ou mais gestações. Portanto, neste estudo a nuliparidade não demonstrou estar associada a aumento do risco de câncer de mama, resultado antagônico a dados da literatura atual (21), dado provavelmente explicado pela diferença de contexto social e econômico presente neste estudo.

Com relação ao tabagismo, foi observado que 80,9% das pacientes não eram tabagistas, 10,4% eram ex tabagistas e apenas 8,7% eram tabagistas, de um total de 115 respostas coletadas referentes ao tabagismo. De acordo com Macacu et al., os resultados demonstram que para ex-tabagistas o risco relativo para câncer de mama foi de 1.10 (IC 95 % 1.09 - 1.12). Já para tabagistas ativas, o risco relativo foi de 1.13 (IC 95 % 1.09 - 1.17) em 27 estudos prospectivos e 1.08 (IC 95 % 0.97 - 1.20) em 22 estudos retrospectivos (22). Muito embora o tabagismo represente aumento no risco para o desenvolvimento de câncer de mama, a pesquisa em questão demonstrou pequeno percentual de tabagistas, o que pode apontar maior conscientização da população por parte de campanhas antifumo nacionais, por exemplo, contribuindo para a redução do hábito tabagista (22).

Da mesma maneira ocorre com o etilismo, visto que somente 1,4% das pacientes observadas apresentavam consumo diário de álcool e 12,5% o etilismo social. A ingestão de bebidas alcoólicas aumenta o risco de câncer de mama devido a ação direta do etanol no nível de estrogênio, aumentando sua disponibilidade nas membranas celulares do epitélio mamário, especialmente nas mulheres antes da menopausa e que bebem mais de três doses por dia. (23).

No que tange ao subtipo histológico, os resultados obtidos na literatura são muito semelhantes a este estudo, predominando o carcinoma ductal invasor (92,3%). De acordo com Correa, et al., foi observada prevalência de 67,1% de carcinomas ductais invasivos dentre os demais subtipos (24).

O estadiamento é um método utilizado para determinar a extensão, taxa de crescimento e localização dos tumores, e podem variar de grau I a IV. O sistema de estadiamento mais utilizado é o TNM de Classificação de Tumores Malignos. Nas análises de Santos et al. e Li et al. o estadiamento mais frequente foi o IIA, presente em 30,4% e 25,3% das pacientes, respectivamente, sendo que Li et al. encontra-se como segundo estadiamento mais comum o IA (22,9) (25,26). Na presente investigação, 34,9% da amostra encontrava-se em estágio IIA, o

segundo estágio mais comum foi o IIB. Logo, o estadiamento IIA foi predominante nos três estudos analisados, enquanto os demais estadiamentos tiveram discrepância. Isto pode ser justificado pela variação da população analisada, tal como assistência médica fornecida ao paciente. É importante ressaltar que o estadiamento constitui importante fator no prognóstico da doença, uma vez que pacientes que têm um diagnóstico precoce são submetidas a tratamentos menos invasivos (25).

No trabalho de Sarturi, Junior e Moraes, onde se avalia um total de 119 pacientes, o subgrupo predominante de câncer de mama foi o Luminal A (62,18%), enquanto que o subtipo Luminal B representou apenas 9,24% (27). Tais achados diferem dos encontrados nesta pesquisa, que obteve maior frequência para o subgrupo Luminal B (54%). Isso se deve provavelmente ao fato da amostra haver selecionado exclusivamente pacientes que foram submetidas a quimioterapia neoadjuvante e que apresentam, portanto, uma biologia tumoral de maior replicação e agressividade.

No que se refere aos tipos de tratamento, em Dhakal et al., o tratamento cirúrgico mais frequentemente utilizado foi a mastectomia, incluindo 70% das pacientes, enquanto 30% realizaram cirurgia conservadora, mostrando similaridade com os resultados obtidos nesta pesquisa (28). Atualmente a cirurgia conservadora é a cirurgia de preferência para o tratamento do câncer de mama por apresentar a mesma eficácia que a mastectomia, desde que seja seguida de radioterapia. Neste estudo, observa-se uma inversão dessa proporção, com um número maior de mastectomias realizadas, isto se deve provavelmente ao fato de que a indicação da mastectomia depende tanto do prognóstico da doença, quanto da proporção entre o volume do tumor e volume da mama.

No que se refere ao esvaziamento axilar, o presente estudo mostrou que de 100 prontuários analisados a respeito desse tema, nenhum caso do subtipo HER 2 realizou esvaziamento axilar, sendo que do Luminal A foram 28,6% (2 pacientes), Luminal B 37,9% (22 pacientes) e Triplo Negativo 12,5% (4 pacientes). Portanto, casos do Luminal B representaram maioria no esvaziamento axilar, em concordância com Inic et al, que demonstrou maior percentual de acometimento linfonodal (54,9%) no subtipo Luminal B quando comparado a outros subtipos histológicos. Nesse artigo o acometimento linfonodal do subtipo Luminal A representa apenas 10,7%, o que, provavelmente, deve-se ao fato de que em subtipos luminais a probabilidade de uma axila com linfonodos positivos prévios a quimioterapia neoadjuvante tornar-se negativos após este tratamento sistêmico é muito baixa. Por outro lado, tanto o HER2 quanto o triplo negativo apresentam maiores índices de resposta patológica

completa após o tratamento quimioterápico neoadjuvante, por conseguinte isto diminui a necessidade de esvaziamento axilar nesses subtipos. (29)

5 CONCLUSÃO

O câncer de mama, uma doença multifatorial, trata-se do tumor maligno mais comum em nível tanto nacional, quanto global. Diante disto, há inúmeras diferenças envolvendo sua apresentação, diagnóstico, tratamento e seguimento.

Por se tratar de um estudo retrospectivo com análise descritiva, uma limitação importante deste trabalho foi a dificuldade de coleta de dados da história da doença atual, história pregressa, condições de hábitos de vida, em especial uso de tabaco e álcool, e história mórbida familiar em vigência de prontuários médicos incompletos. Outra limitação é o viés de seleção em um grupo de mulheres restrito a uma clínica particular na capital do Paraná, o que pode justificar as diferenças entre os dados estatísticos deste trabalho e de estudos de outros países expostos na discussão devido a diferenças no perfil epidemiológico, socioeconômico e clínico.

Por outro lado, o presente estudo identificou que existem fatores de semelhança envolvendo os dados estudados. No que se refere aos fatores de risco, por exemplo, mulheres com idades mais avançadas, IMC acima de 25, história mórbida familiar de câncer de mama possuem maior risco de desenvolver tumores mamários.

No que tange à relação entre terapêutica utilizada e o subtipo tumoral, o tratamento cirúrgico radical, o mais optado dentre todas as classificações deste estudo, também foi visualizado nos dados apresentados em literatura. Além disso, a retirada cirúrgica de linfonodo sentinela e o esvaziamento axilar também entraram em sintonia com os demais trabalhos apresentados.

Apesar das adversidades apresentadas, um fato permanente é a necessidade da realização de estratégias de saúde, a fim de prevenir a doença com rastreamento precoce, divulgação de informação e de conhecimento para a população em geral, permitindo o acesso ao serviço de saúde, o que invariavelmente ajuda no diagnóstico precoce, na redução dos índices de mortalidade e na melhora da qualidade de vida das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Global Cancer Observatory [Internet]. Iarc.fr. 2018. Available from: <https://gco.iarc.fr>
2. BERNARDO, Á. C. et al. Perfil e fatores de risco para câncer mamário de mulheres atendidas no ambulatório previna / Profile and risk factors for breast cancer in women attended in the previna ambulatory. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 80468–80481, 12 ago. 2021.
3. CATHCART-RAKE, E. J.; RUDDY, K. J.; JOHNSON, R. H. **Modifiable Risk Factors for the Development of Breast Cancer in Young Women**. Disponível em: <www.journalppo.com>. aug 2021.
4. BRITT, K. L.; CUZICK, J.; PHILLIPS, K. A. Key steps for effective breast cancer prevention. **Nature Reviews Cancer**, v. 20, n. 8, p. 417–436, 1 ago. 2020.
5. MORAES, D. C. DE et al. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 14–21, 2016.
6. SILVA, P. A. DA S.; RIUL, S. DA S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1016–1021, 2011.
7. LAKHANI, S. et al. WHO Classification of Tumours of Breast. Geneve: **International Agency for Research on Cancer**, 2012. v. 4
8. THOMAS, M. et al. Invasive lobular breast cancer: A review of pathogenesis, diagnosis, management, and future directions of early stage disease. **Seminars in Oncology** W.B. Saunders. 1 abr. 2019.
9. PERUZZI, C.P.; ANDRADE, V.R. M. Análise dos marcadores imunohistoquímicos associados com câncer de mama em mulheres na Região de Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n.4, p 181-185, 2016.
10. AMIN, M. B. et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 67, n. 2, p. 93–99, mar. 2017.
11. HORTOBAGYI, G. N.; EDGE, S. B.; GIULIANO, A. New and Important Changes in the TNM Staging System for Breast Cancer. **American Society of Clinical Oncology**, p. 457–458, 2019.
12. ALLEMANI, C. et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **The Lancet**, v. 391, n. 10125, p. 1023–1075, 17 mar. 2018.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. v. 1

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p

14. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Division of Cancer Control & Population Sciences, abril. 2022. DevCan version 6. 7. 9. – **Probability of Developing or Dying of Cancer**. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/devcan/> Acesso em: 07 de out. De 2022.
15. NINDREA, R. D. et al. Breast cancer risk from modifiable and non-modifiable risk factors among women in Southeast Asia: A meta-analysis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 18, n. 12, p 3201-3206, 2017.
16. ARAFAT, H. M., et al. Breast Cancer Risk From Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors among Palestinian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 22, n.7, p. 1987–199, 2021.
17. SILVA, P. A. DA S.; RIUL, S. DA S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1016–1021, 2011.
18. SHAMSHIRIAN, A. et al. Breast cancer risk factors in Iran: A systematic review & Meta-analysis. **Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation**, v. 41, n. 4, p 20200021, 2020.
19. MANOUCHEHRI, E. et al. Menstrual and Reproductive Factors and Risk of Breast Cancer in Iranian Female Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 13, n. 26, p. 23, fev. 2022.
20. MACACU, A.; AUTIER, P.; BONIOL, M.; BOYLE, P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 154, n. 2, p. 213-224, 2015.
21. BAZAR, N. O.; HERNÁNDEZ, C. B.; BAZAR, L. V. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 36, n. 2, p. 1–13, 2020.
22. CORREA, J. L. et al. Trends in breast cancer surgery in private patients under opportunistic screening. **Mastology**, v. 29, n. 2, p. 79–85, jun. 2019.
23. SANTOS, J. C. M. et al. Perfil epidemiológico e clínico de mulheres com câncer de mama na região oeste do Paraná. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, 2019.
24. LI, J., CHEN, Z.; SU, K.; ZENG, J. Clinicopathological classification and traditional prognostic indicators of breast cancer. **International Journal of Clinical and Experimental Pathology**, v. 8, n. 7, 2015
25. Sarturi PR, Cunha Júnior AD, Moraes CF. Perfil imunohistoquímico do câncer de mama de pacientes atendidas no Hospital do Câncer de Cascavel – Paraná. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica** 2012;29(8):121-124.

26. DHAKAL,R.;NOULA, M.; ROUPA, Z.; YAMASAKI,E.N. A Scoping Review on the Status of Female Breast Cancer in Asia with a Special Focus on Nepal. *Breast Cancer: **Targets and Therapy***, v. 14, p. 229–246, 2022.
27. INIC, Z. et al. Difference between Luminal A and Luminal B subtypes according to Ki-67, tumor size, and progesterone receptor negativity providing prognostic information. *Clinical Medicine Insights: Oncology*, v.8, p. 107-111, 2014.