

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca
Sessão Clínica – Serviço de Ginecologia

Diretora de Departamento: Dra. Antónia Nazaré

Diretor de Serviço: Dr. Silva Pereira



Tratamento Conservador do Cancro da Mama

- Bruna Ambrósio

Responsável: Dra. Helena Gaspar

- Unidade de Senologia -

30 Abril 2015



Sumário:

1. Unidade Integrada de Senologia
2. Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama
3. Casos Clínicos

1. Unidade Integrada de Senologia

Unidade Integrada de Senologia

❖ Consulta de Senologia – desde 1996 (Dra. Antónia Nazaré)

❖ 1999 → Unidade Integrada de Senologia

- Desde 2005 (Dra. Helena Gaspar)

Dra. Antónia Nazaré
Dra. Margarida Coiteiro
Dra. Marta Marum

Unidade Integrada de Senologia

❖ Área de influência:

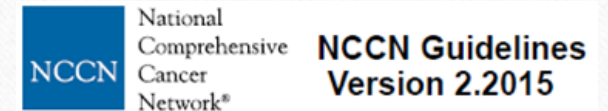
- População estimada 600000 hab.
- 52 % do sexo ♀
- Cuidados de Saúde Primários (28 UCSP/USF)



Unidade Integrada de Senologia

❖ Organização:

- Equipe multidisciplinar
- Identificação dos serviços
- Chefia
- Reuniões multidisciplinares
- Protocolos
- Programa de formação



Equipa Multidisciplinar



Unidade Integrada de Senologia

Ginecologia

Consulta de Senologia

❖ Referenciação:

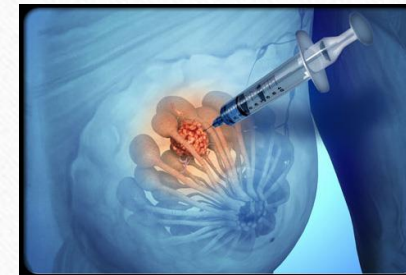
- Cuidados de Saúde Primários (Alert ou direta via telefone)
- Serviço de Ginecologia ou outros Serviços do HFF (referenciação médica interna)

Unidade Integrada de Senologia

Ginecologia

Consulta de Senologia

- ❖ História clínica e exame físico
- ❖ Exames complementares de diagnóstico
- ❖ Exames de estadiamento
- ❖ Follow-up

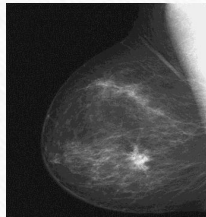


Unidade Integrada de Senologia

Imagiologia

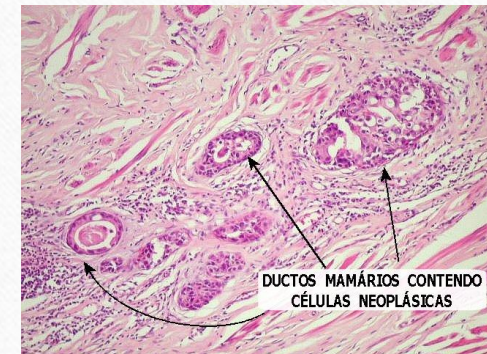
Anatomia
Patológica

Diagnóstico Cancro da Mama



- Ecografia mamária + mamografia
- Biópsias dirigidas (ecografia/estereotaxia)
- PAAF

- Confirmação diagnóstica
- **SEMPRE!!!**



Unidade Integrada de Senologia

Ginecologia

Oncologia

Imagiologia

Anatomia
Patológica

Reunião Multidisciplinar

- ❖ Periodicidade semanal
- ❖ Registos em livro de ata



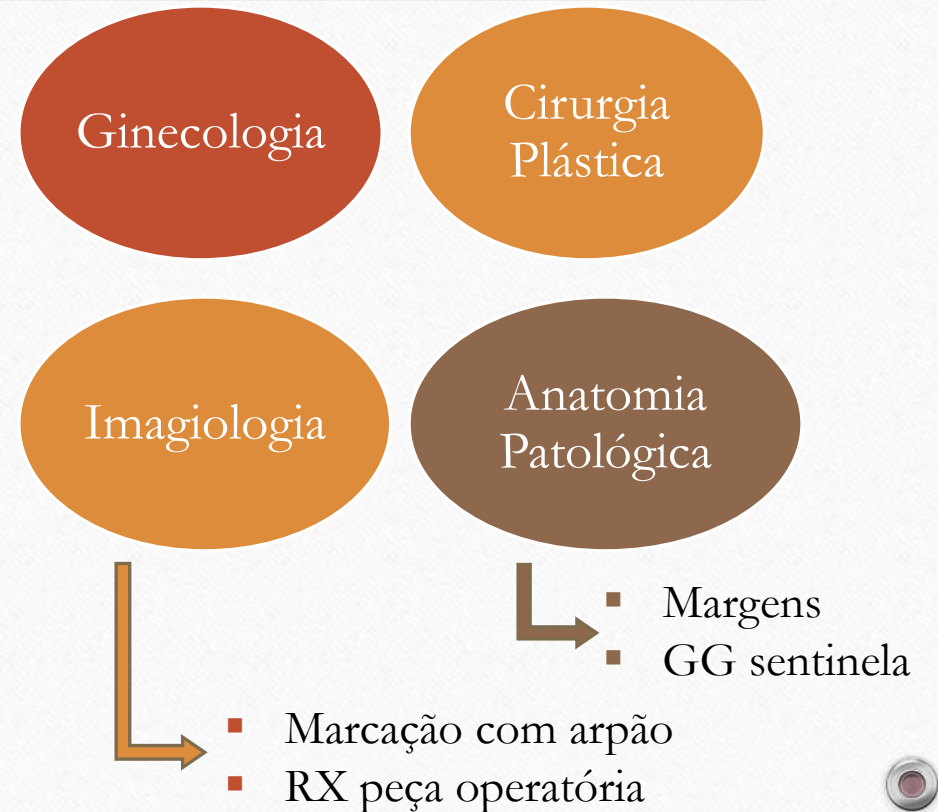
Unidade Integrada de Senologia

Tratamento

❖ Cirúrgico (conservador ou radical)

❖ Médico:

- QT (neoadjuvante/adjuvante)
- RT
- HT
- Ac's

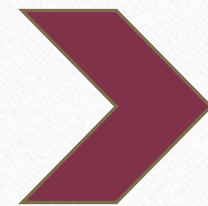


Unidade Integrada de Senologia

Anatomia
Patológica

Peça cirúrgica

- ❖ Classificação
- ❖ Estudo imuno-histoquímico
 - RE, RP
 - CerB2
 - Ki67
- ❖ Estadiamento TNM
- ❖ Margens cirúrgicas



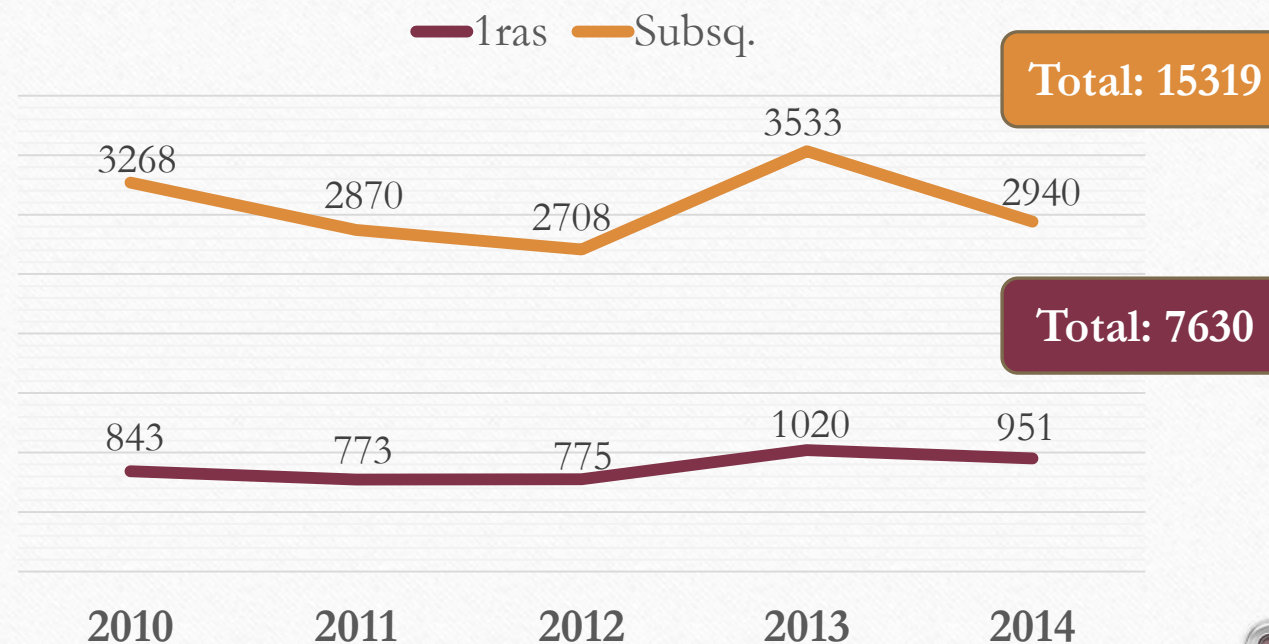
Terapêutica posterior

Unidade Integrada de Senologia

Casuística da Unidade

❖ N.º Consultas

Ano	1ras	Subsq.
2010	843	3268
2011	773	2870
2012	775	2708
2013	1020	3533
2014	951	2940



Unidade Integrada de Senologia

Casuística da Unidade

❖ N.º Cancros Mama Diagnosticados

Ano	N.
2010	167
2011	124
2012	149
2013	95
2014	122

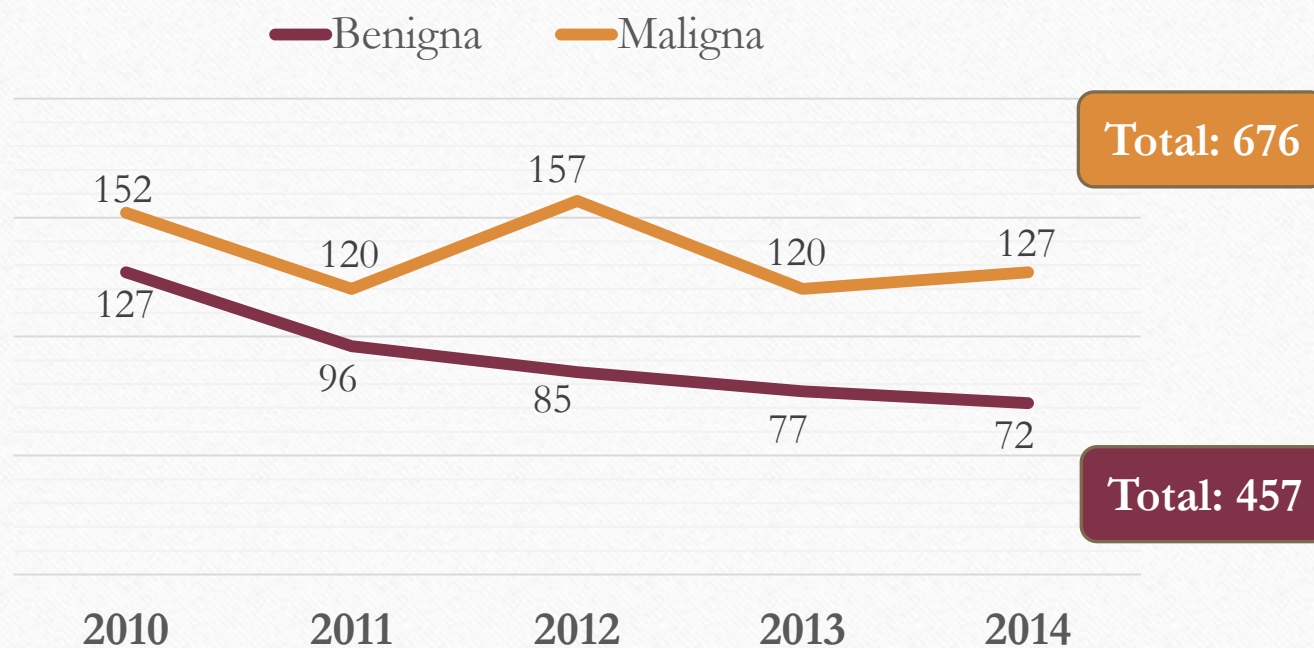


Unidade Integrada de Senologia

Casuística da Unidade

❖ N.º de Cirurgias

Ano	Benigna	Maligna
2010	127	152
2011	96	120
2012	85	157
2013	77	120
2014	72	127

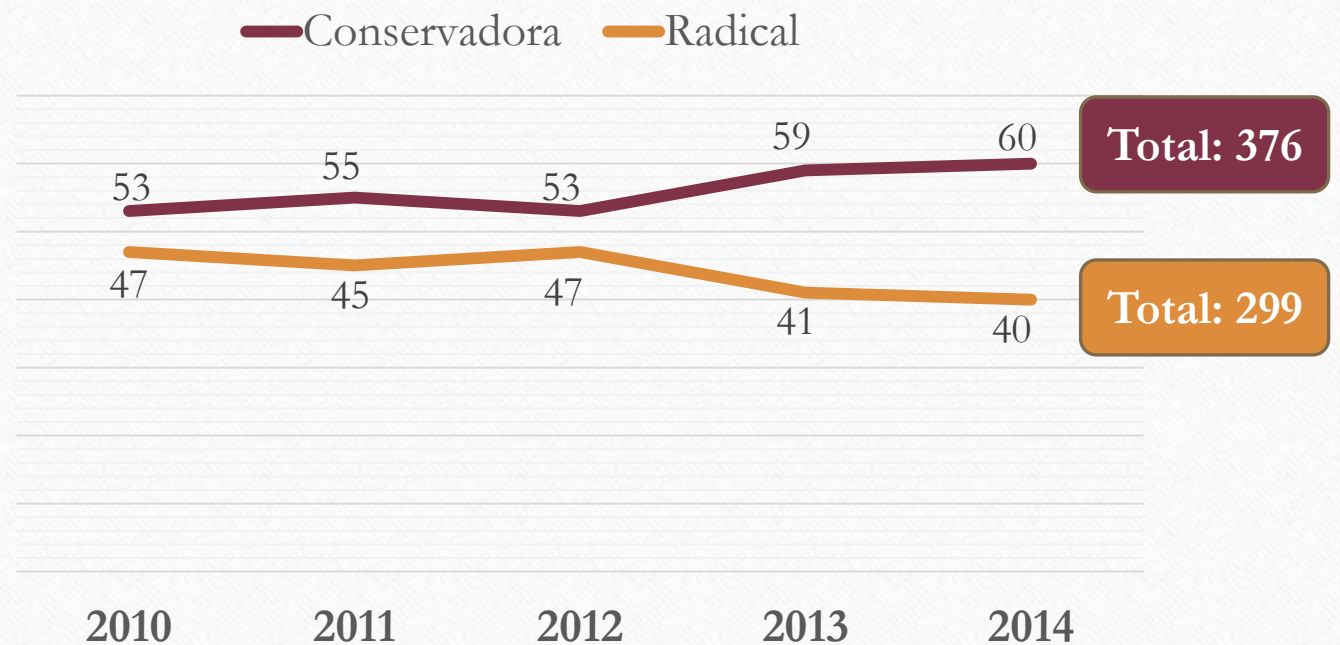


Unidade Integrada de Senologia

Casuística da Unidade

❖ Tipo Cirurgia MAMA

Ano	Total	Conservadora	%	Radical	%
2010	152	81	53	71	47
2011	120	66	55	54	45
2012	157	82	53	74	47
2013	120	71	59	49	41
2014	127	76	60	51	40

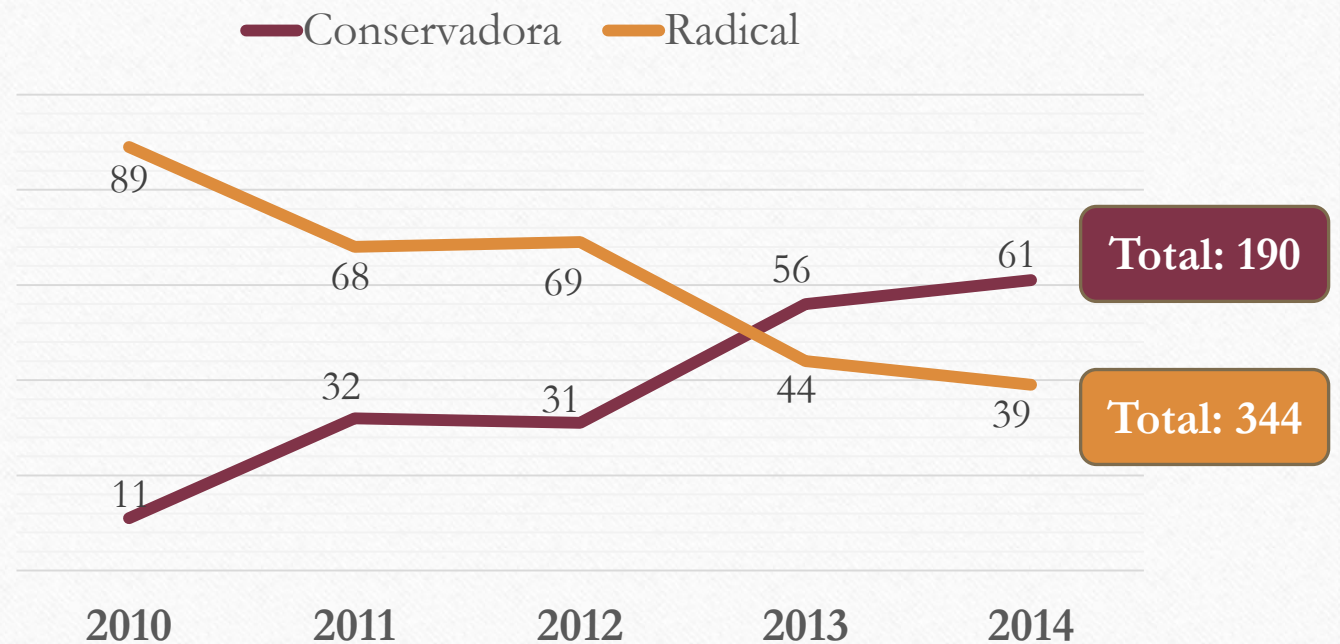


Unidade Integrada de Senologia

Casuística da Unidade

❖ Tipo Cirurgia AXILA

Ano	Total	Conservadora	%	Radical	%
2010	136	15	11	121	89
2011	99	32	32	68	68
2012	118	37	31	81	69
2013	80	45	56	35	44
2014	100	61	61	39	39

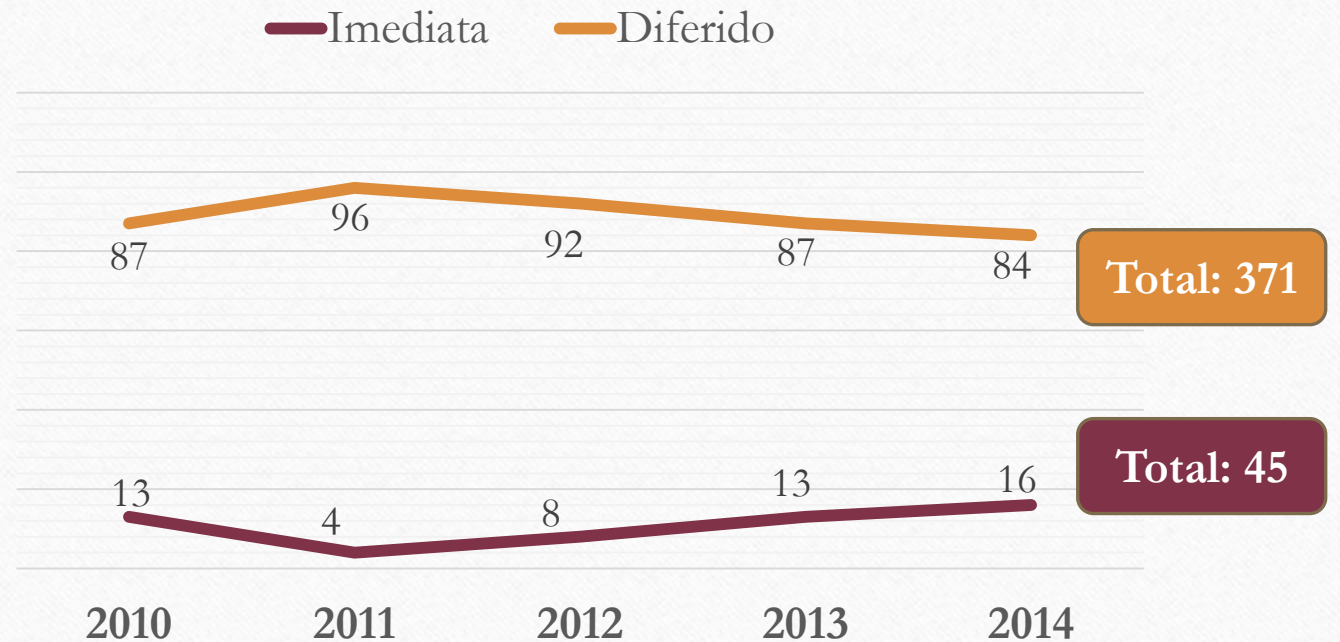


Unidade Integrada de Senologia

Casuística da Unidade

❖ Cirurgia Reconstructiva

Ano	Total	Imediata	%	Diferido	%
2010	77	10	13	67	87
2011	82	3	4	79	96
2012	80	6	8	74	92
2013	78	10	13	68	87
2014	99	16	16	83	84



2. Evolução do Tratamento

Cirúrgico do Cancro da Mama

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama



Séc. XVI - XIX

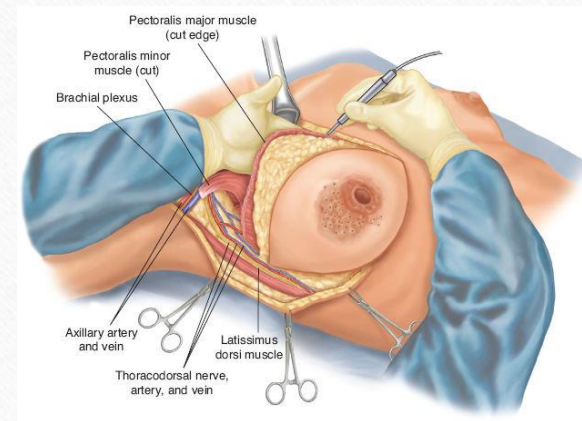
**Mastectomia
+
Dissecção Axilar**



Séc. XX (1887)

**Mastectomia
Radical de
Halsted**

- Mastectomia Total
- Ressecção dos músculos peitorais
- Dissecção axilar dos 3 níveis de Berg



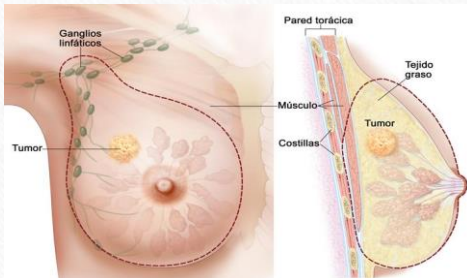
Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama



1948

Mastectomia Radical Modificada de Patey

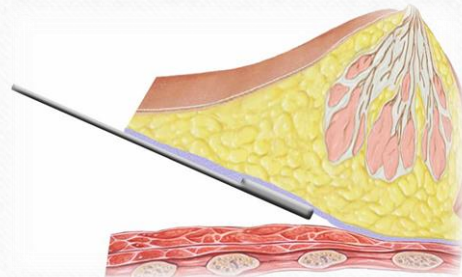
Mastectomia Total
Preserva músc grande peitoral
Dissecção axilar 3 níveis de Berg



1953

Mastectomia Radical Modificada de Madden

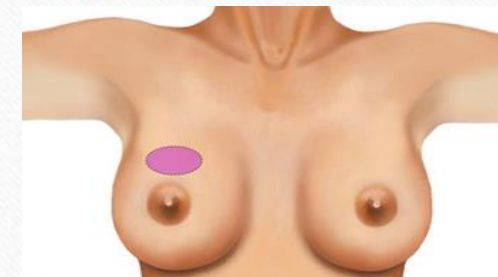
Mastectomia Total
Preserva músc peitorais
Dissecção axilar 3 níveis de Berg



1986

Cirurgia Conservadora Mama (Veronesi e Fisher)

Tumorectomia
Radioterapia
Dissecção axilar **níveis 1 e 2** de Berg



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Cirurgia Conservadora da Mama



Margens de segurança



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 2.2015

Ductal Carcinoma in Situ

[NCCN Guidelines Index](#)
[Breast Cancer Table of Contents](#)
[Discussion](#)

MARGIN STATUS IN DCIS

Substantial controversy exists regarding the definition of a negative pathologic margin in DCIS. Controversy arises out of the heterogeneity of the disease, difficulties in distinguishing the spectrum of hyperplastic conditions, anatomic considerations of the location of the margin, and inadequate prospective data on prognostic factors in DCIS.

Margins greater than 10 mm are widely accepted as negative (but may be excessive and may lead to a less optimal cosmetic outcome).

Margins less than 1 mm are considered inadequate.

With pathologic margins between 1–10 mm, wider margins are generally associated with lower local recurrence rates. However, close surgical margins (<1 mm) at the fibroglandular boundary of the breast (chest wall or skin) do not mandate surgical re-excision but can be an indication for higher boost dose radiation to the involved lumpectomy site (category 2B).

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ **Cirurgia Conservadora da Mama**



Margens de segurança



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2015

Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Breast Cancer Table of Contents](#)
[Discussion](#)

MARGIN STATUS IN INFILTRATING CARCINOMA

The use of breast-conserving therapy is predicated on achieving a pathologically negative margin of resection. The NCCN Panel accepts the definition of a negative margin as "No ink on the tumor" from the 2014 Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology Consensus Guidelines on Margins.¹ Cases where there is a positive margin should generally undergo further surgery, either a re-excision to achieve a negative margin or a mastectomy. If re-excision is technically feasible to allow for breast-conserving therapy, this can be done with resection of the involved margin guided by the orientation of the initial resection specimen or re-excision of the entire original excision cavity.

It may be reasonable to treat selected cases with breast-conserving therapy with a microscopically focally positive margin in the absence of an extensive intraductal component (EIC).² For these patients, the use of a higher radiation boost dose to the tumor bed should be considered. A boost to the tumor bed is recommended in patients at higher risk (age <50 or high-grade disease, or patients with focally positive margins). Typical doses are 10–16 Gy at 2 Gy/fx.

Margins should be evaluated on all surgical specimens from breast-conserving surgery. Requirements for optimal margin evaluation include:

- Orientation of the surgical specimens
- Description of the gross and microscopic margin status
- Reporting of the distance, orientation, and type of tumor (invasive or DCIS) in relation to the closest margin

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ **Cirurgia Conservadora da Mama**

- Margens de segurança
- Marcação pré-operatória das lesões infra-clínicas (estereotaxia/ecografia)
- Orientação e referenciação da peça operatória
- Radiografia da peça operatória
- Marcação do leito de tumorectomia com mínimo de 5 clips

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Cirurgia Conservadora da Mama – CONTRA INDICAÇÕES:

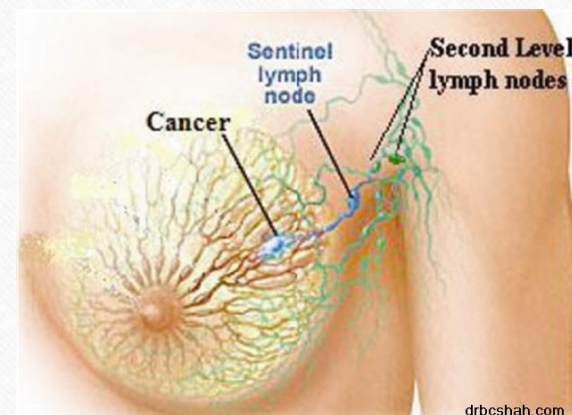
- Carcinoma inflamatório,
- Contraindicações à radioterapia,
- Multicentricidade,
- Microcalcificações difusas extensas,
- Envolvimento cutâneo (T4),
- Relação tamanho T/tamanho M,
- Margens persistentemente positivas,
- BRCA 1 e 2 positivo.

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

1990

Cirurgia Conservadora Axila
(Veronesi)

Gânglio Sentinela



95% - Axila

1º gânglio, de uma determinada região linfática, que recebe a drenagem proveniente de um tumor primário.

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

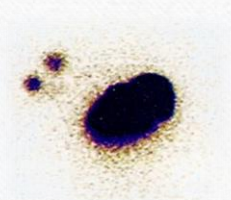
❖ Cirurgia Conservadora da Axila – GÂNGLIO SENTINELA:

▪ Técnicas de deteção:

- Rádioisótopos (^{99}Tc)
- Azul patente

DUPLA TÉCNICA

- Fluorescência com verde de indocianina
- Localização magnética



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Cirurgia Conservadora da Axila – GÂNGLIO SENTINELA:

▪ Indicações:

- **Carcinoma invasivo**
 - T1 e T2 com axila “cl clinicamente negativa”
- **CDIS**
 - Indicação para mastectomia

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Cirurgia Conservadora da Axila – GÂNGLIO SENTINELA:

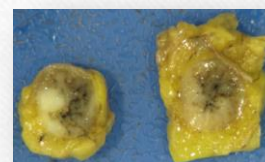
▪ Contraindicações:


- Axila positiva
- Carcinoma inflamatório
- Cirurgia ou RT axilar prévia
- Carcinoma localmente avançado

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Cirurgia Conservadora da Axila – GÂNGLIO SENTINELA:

Negativo ↔ Positivo



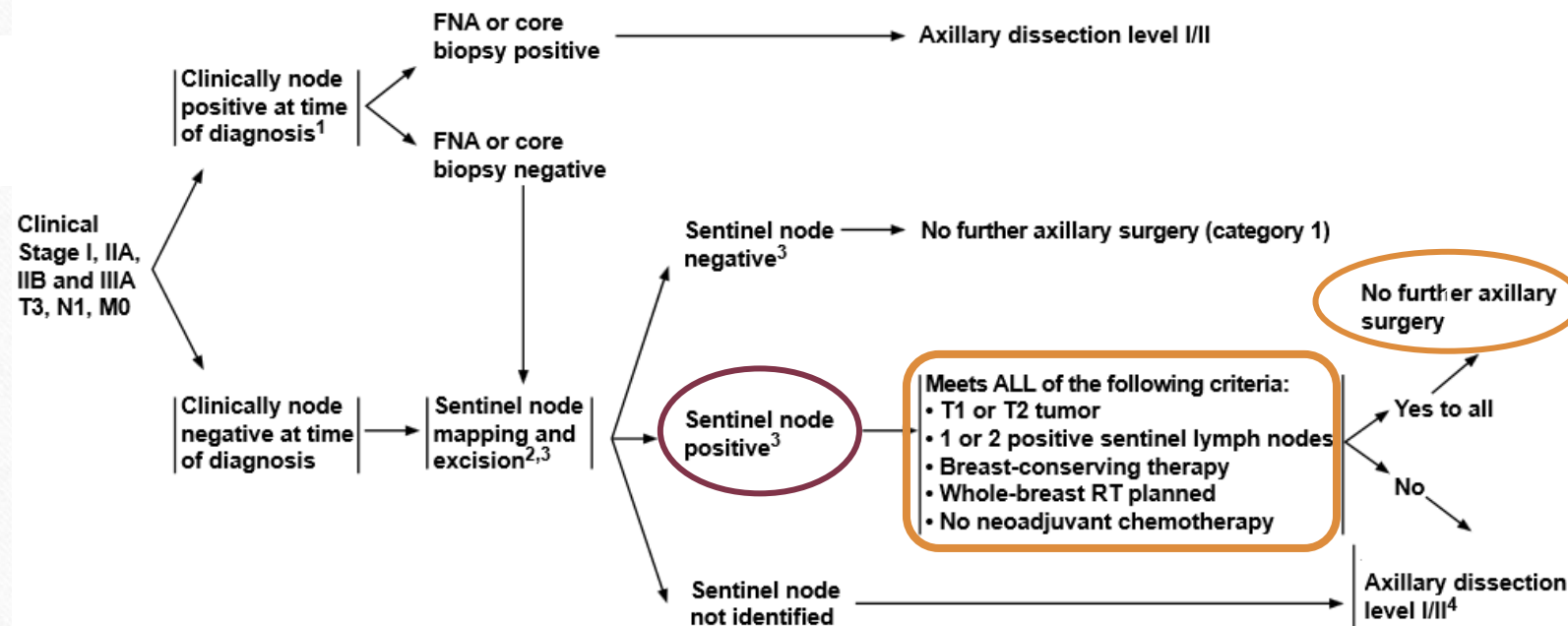
- Macrometástase (≥ 2 mm) 
- Micrometástase ($>0,2$ mm <2 mm)
- ITC (*Isolated Tumoral Cells*) ($< 0,2$ mm)

Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Cirurgia Conservadora da Axila – GÂNGLIO SENTINELA +:

SURGICAL AXILLARY STAGING - STAGE I, IIA, IIB and IIIA T3, N1, M0

NCCN Guidelines Version 1.2015
Invasive Breast Cancer



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

1996

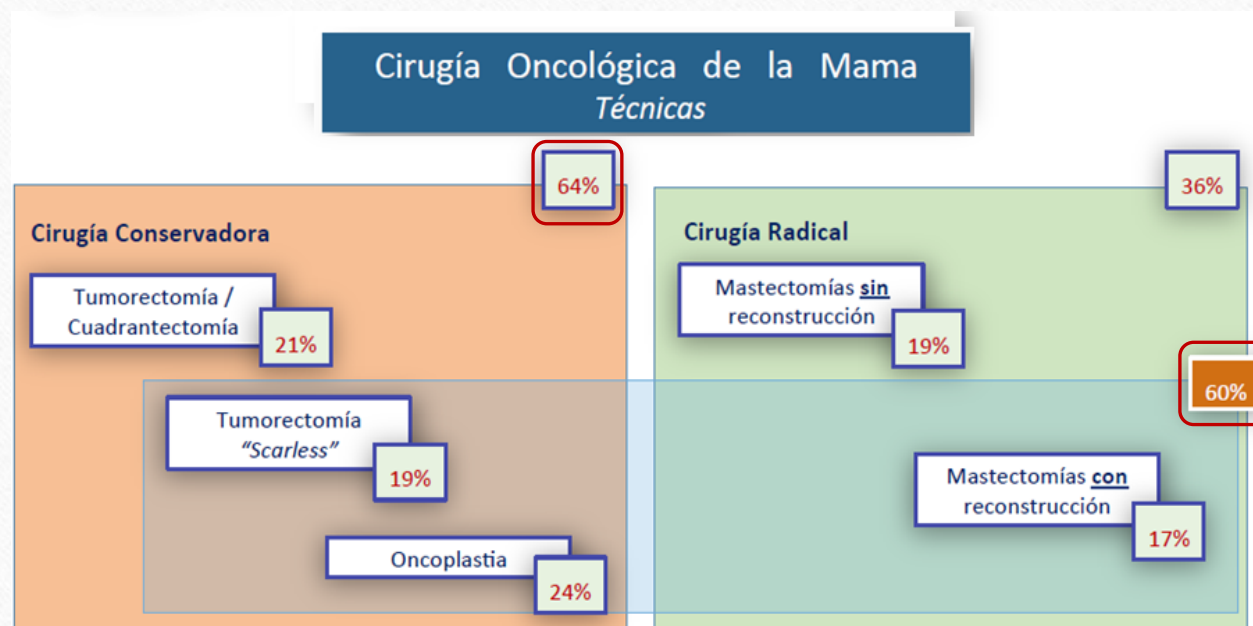
Cirurgia Oncoplástica

Tumorectomia por acessos de baixa visibilidade

Tumorectomia com remodelação mamária

Mastectomias orientadas para reconstrução

- Retalhos músculo-cutâneos
- Implantes mamários



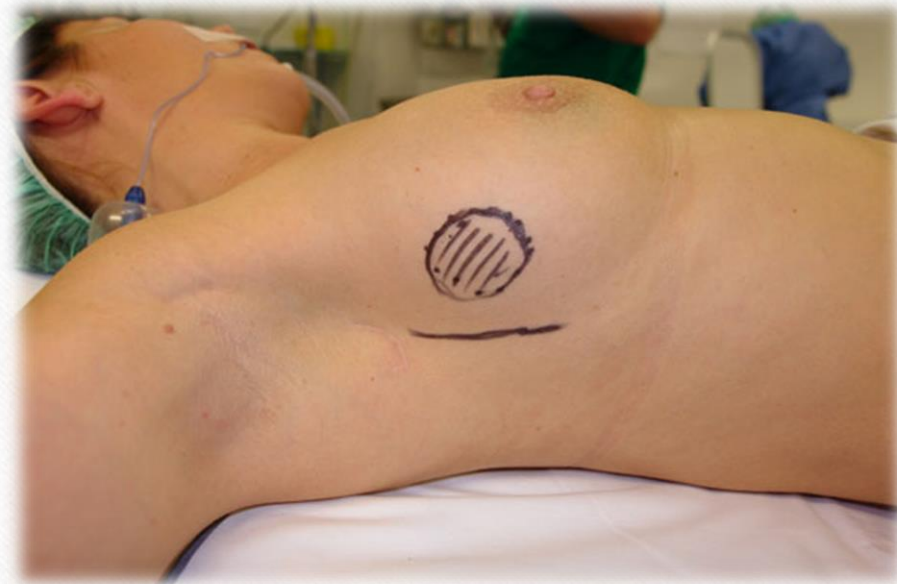
Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Tumorectomia por acessos de baixa visibilidade (Scarless):



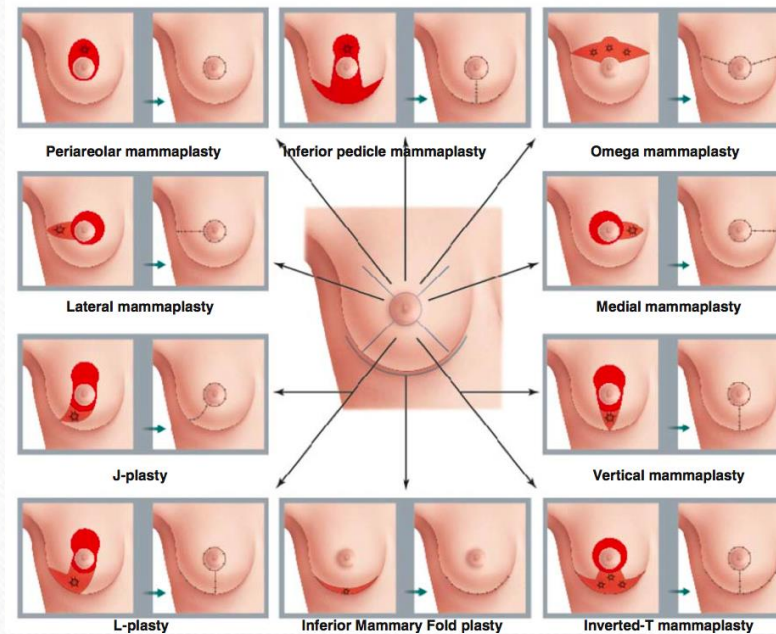
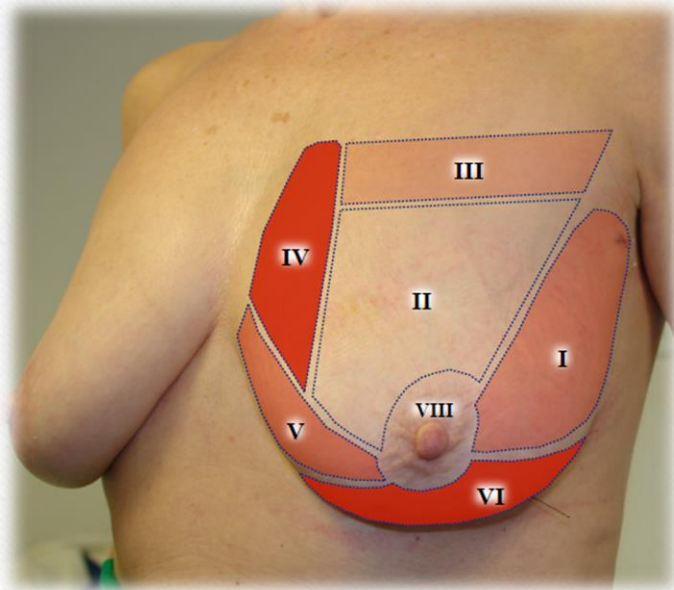
Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Tumorectomia por acessos de baixa visibilidade (Scarless):



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Tumorectomia com remodelação mamária (Oncoplastia):



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Tumorectomia com remodelação mamária (Oncoplastia):



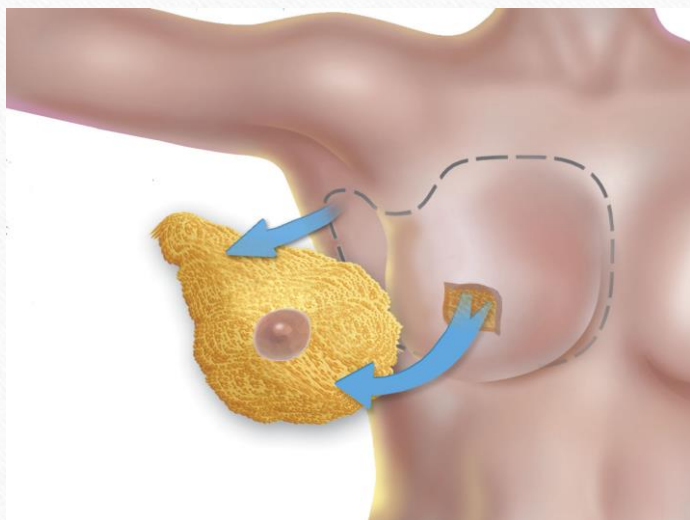
Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ **Tumorectomia com remodelação mamária (Oncoplastia):**



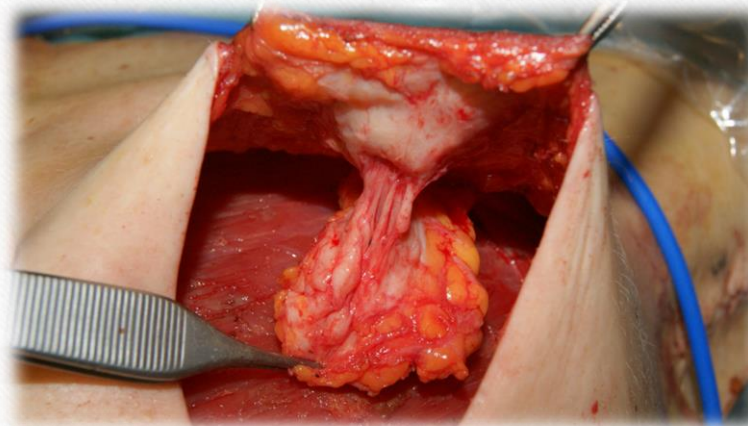
Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Mastectomias orientadas para reconstrução (poupadora de pele):



Evolução do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama

❖ Mastectomias orientadas para reconstrução (poupadora de pele e mamilo):



3. Casos Clínicos

Caso Clínico 1

❖ ♀ 62 anos

❖ **Antecedentes Pessoais:**

- Bronquite asmática e dislipidemia medicada,
- Menarca 13 anos; IO: 1001, PTE aos 26 anos, não amamentou,
- Menopausa 50 anos, fez THS durante 2 anos.

❖ **Antecedentes Familiares:**

- Irrelevantes.

Caso Clínico 1

Motivo de consulta: nódulo da mama direita de aparecimento recente.

❖ Mamografia: SD BI-RADS 3 (2 nódulos adjacentes de 17 e 12 mm heterógenos na UQS)

SE BI-RADS 2

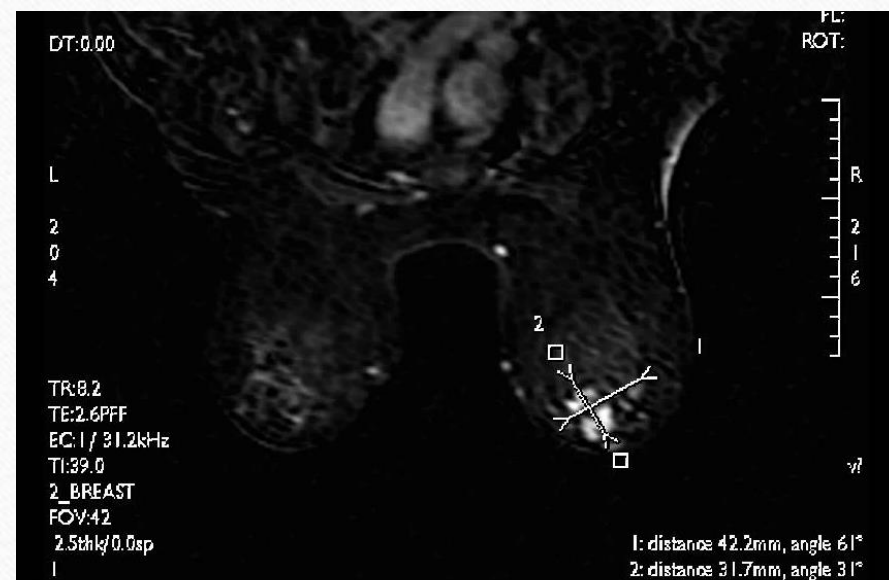
❖ **Observação:** nódulo duro supra areolar, irregular com 1,5cm.

Caso Clínico 1

❖ Biópsia eco guiada: “... **carcinoma invasivo G2**...”

❖ RMN mamária: “... área de hipersinal areolar superior na mama direita com 31 x 22mm”

❖ Ecografia axila: sem alterações



Caso Clínico 1

❖ Reunião Multidisciplinar: proposta cirurgia oncoplástica.

Tumorectomia alargada do QSI SD (margens negativas)

GG sentinela (2 negativos)

Mamoplastia bilateral

Caso Clínico 1



Caso Clínico 1

- ❖ **DH**: carcinoma invasivo de 21 mm, G2, margem supero-interna positiva
carcinoma ductal in situ, G2, margens negativas
GG sentinela negativos
RE 90%, RP 50%, C-erb 2 + (SISH negativo)

Caso Clínico 1

Alargamento supero-interno

❖ **DH**: sem tecido de neoplasia.

Caso Clínico 1



2 semanas



4 semanas



Oncología

Caso Clínico 1

➔ Oncología

❖ RT + HT adjuvante



Caso Clínico 2

❖ ♀ 36 anos

❖ **Antecedentes Pessoais:**

- Menarca 11 anos; IO: 2011, amamentou, MAC: CHC
- Quisto do ovário operada há 5 anos

❖ **Antecedentes Familiares:**

- Mãe e irmã falecidas com neoplasia do pulmão (mutação gene STK11)

Caso Clínico 2

Motivo de consulta: MICs dismórficas na mama direita.

❖ **Mamografia:** SD BI-RADS 4B

SE BI-RADS 2

❖ **Ecografia mamária:** formação sólida heterogénea de contornos irregulares com 13x9mm.

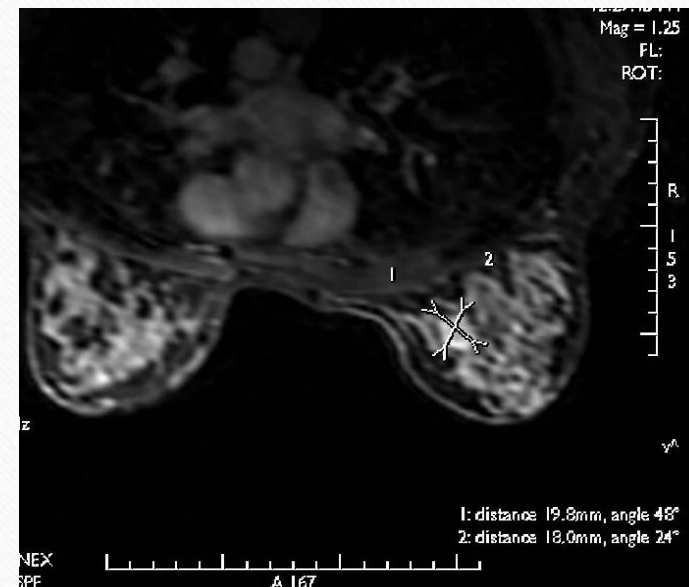
❖ **Observação:** empastamento na UQS da mama direita.

Caso Clínico 2

❖ Biópsia estereotaxia: “... carcinoma invasivo G2, com carcinoma intraductal focal...”

❖ RMN mamária: “... nódulo único de 19 x 18mm no QSID...”

❖ Ecografia axila: sem alterações



Caso Clínico 2

❖ Reunião Multidisciplinar: proposta cirurgia oncoplástica.

Tumorectomia alargada do QSI SD com marcação com arpão

GG sentinela (negativo)

Oncoplastia com reconstrução e mastopexia contra-lateral

RX da peça operatória: remoção da totalidade das MICs assinaladas.

Caso Clínico 2

❖ **DH**: carcinoma invasivo de 13 mm, G3.

componente intraductal presente em 10 a 15% da neoplasia

Margens negativas

GG sentinela positivo (células tumorais isoladas)

RE 80%, RP 100%, Ki67 20%, C-erb 2 negativo

Caso Clínico 2



2 semanas



4 semanas

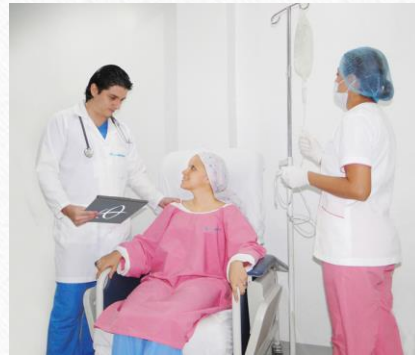


Oncología

Caso Clínico 2

→ Oncología

❖ QT + RT + HT adjuvantes



Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca
Sessão Clínica – Serviço de Ginecologia



Tratamento Conservador do Cancro da Mama

Obrigada!

