

Considerações sobre uma estratégia personalizada para o rastreamento do câncer de mama em pacientes de alto risco

Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior¹

A estratégia escolhida para abordar o rastreamento em pacientes de alto risco para câncer de mama frequentemente se baseia em dados escassos. Proponho uma reflexão personalizada e adaptada à realidade do nosso meio para estabelecer a estratégia ideal para cada paciente.

A estratificação do risco de câncer de mama já mostra alguma dificuldade. Há poucas publicações sobre o ponto de corte das faixas de risco. A conhecida norma da *American Cancer Society* para rastreamento por ressonância magnética em pacientes de alto risco¹ estratifica o risco em 3 faixas: 20 a 25% ou maior, 15 a 20% ou menos de 15%, risco esse avaliado por meio de uma das várias fórmulas matemáticas existentes, com Gail, Claus, Tyrer-Cuzick, etc. Pela imprecisão do ponto de corte e a aceitação de diferentes fórmulas nota-se certo grau de arbitrariedade. Uma portadora de mutação BRCA será sempre considerada como de alto risco, mas uma paciente com alguns tipos de antecedentes familiares pode ou não ser incluída na faixa de risco, dependendo do critério adotado.

O estudo ACRIN 6666 usou critérios semelhantes, especificando as fórmulas de Gail ou Claus para o risco em todo o tempo de vida da paciente (ponto de corte $\geq 25\%$) e a fórmula de Gail para o risco nos 5 anos subsequentes (ponto de corte de 2,5 ou 1,7% na presença de mamas extremamente densas), também pontos de corte não baseados em dados sólidos².

A combinação entre essa relativa arbitrariedade na estratificação do risco de câncer de mama e as distorções na percepção de risco que as pacientes tendem a ter³ faz com que a comunicação do risco à paciente seja um motivo grande atenção na consulta sobre estratégia de rastreamento.

Falemos agora sobre os diferentes métodos de rastreamento.

Mamografia

Tem sido habitual recomendar o início do rastreamento mamográfico em mulheres com antecedentes familiares em uma idade dez anos menor do que a idade em que ocorreu o diagnóstico na sua familiar. Surpreendentemente, essa popular recomendação é totalmente empírica e não baseada em dados sólidos, e já foi inclusive criticada⁴. Proponho aqui uma variação da conduta tradicional. Aqui proponho que se realize a mamografia dez anos antes da idade da familiar, mas, caso o exame constate mamas extremamente densas ou heterogeneamente densas, interrompa-se a mamografia até pelo menos os 40 anos, dando-se ênfase a um rastreamento por ultrassonografia ou ressonância magnética. Isso por dois motivos: a mamografia tem menor sensibilidade em mamas densas e a mulher mais jovem é potencialmente mais sensível ao efeito carcinogênico da radiação ionizante (vale lembrar que em mamas mais densas o mamógrafo automaticamente administra uma dose maior de radiação)⁴.

Ultrassonografia

São vários os trabalhos que têm mostrado boa capacidade de detecção de cânceres relevantes com o rastreamento ultrassonográfico^{2,5}. A grande crítica a esse método é que ele aumenta o número de falsos positivos². No entanto, raramente é citado que os falsos positivos gerados pela ultrassonografia são de manejo fácil, pouco invasivo e barato por meio das biópsias percutâneas orientadas pela ultrassonografia, diferente das biópsias orientadas pela mamografia ou res-

¹Médico radiologista do CDE Diagnóstico por Imagem – Campinas (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior – Avenida Barão de Itapura, 933 – CEP 13020-430 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: h.camargo@uol.com.br

sonância magnética. Outro fator que favorece o rastreamento ultrassonográfico é sua grande disponibilidade. No entanto, a qualidade nem sempre ideal da ultrassonografia mamária e a falta de critérios para avaliação dessa qualidade são desvantagens. A proposta deste artigo é que se use mais intensivamente o rastreamento ultrassonográfico em pacientes de alto risco, inclusive considerando um ponto de corte mais baixo para o risco. Proponho, no entanto, atenção para o controle da qualidade dessa ultrassonografia, com registro compulsório dos falsos positivos e negativos. Além disso, devemos estar atentos, ainda, ao desenvolvimento da ultrassonografia automatizada, já em operação em outros países, que pode potencialmente diminuir a dependência do operador no desempenho do exame.

Ressonância magnética

O já citado trabalho de Saslow¹ estratificou razoavelmente bem as faixas de risco e é o método no qual há orientações com melhor embasamento. Não reproduzirei aqui todas as recomendações do trabalho por serem bem conhecidas. No entanto, alguns pontos merecem ser citados. O rastreamento do câncer de mama por ressonância magnética requer um comprometimento do serviço. É importante que ele seja envolvido intensivamente com diagnóstico mamário, tenha aparelhos adequados, condições de oferecer biópsia orientada por ressonância magnética no próprio endereço ou em serviço associado de encaminhamento fácil e principalmente controle de qualidade epidemiológico (apuração dos falsos positivos e negativos). Várias publicações suportam as recomendações acima, com destaque para a da Eusoma⁶. Algumas publicações relatam que ao se adotar o rastreamento por ressonância magnética não se deve fazer rastreamento ultrassonográfico e uma autora propõe considerar até abandonar o rastreamento mamográfico quando se utilizar a ressonância magnética⁷. É opinião desse artigo, consoante com a recomendação do CBR⁸, que não se deve abandonar nesse momento, nesse país, o rastreamento ultrassonográfico nesses casos.

Uma rápida consideração sobre o uso da tomossíntese. Múltiplos trabalhos têm mostrado que a sua sensibilidade é maior do que a da mamografia. Seu custo maior pode ser aceitável em um grupo de alto risco, em que benefícios maiores são esperados. Restam algumas questões, entretanto. Uma delas é a comparação da sensibilidade tomossíntese com a da mamografia+ultrassonografia, que já é uma prática habitual, e eventualmente com tomossíntese+ultrassonografia. Será que o incremento de sensibilidade da tomossíntese sobre a mamografia se dá à custa dos mesmos casos que a ultrassonografia detecta? Outra questão é aplicar a tomossíntese, que tem dose um pouco maior do que a da mamografia, em grande escala e em uma população jovem. Finalmente, assim como a ressonância magnética, precisamos ter certeza de que a tomossíntese realizada em nosso meio de forma generalizada tem os mesmos resultados que os publicados por grandes centros.

Com tantos recursos da propedêutica tecnológica, é importante não se esquecer de ter uma conversa franca com a paciente sobre a importância da autopalpação e do autoconhecimento.

Concluindo, a estratégia diferenciada de rastreamento em pacientes de alto risco baseia-se, em grande parte, em hábitos desprovidos de evidências sólidas e em opiniões de especialistas, e cabe uma atitude mais reflexiva e menos dogmática para escolher uma estratégia personalizada para cada paciente. Para ajudar o mastologista a estabelecer sua estratégia própria, este artigo traz algumas recomendações que são pouco mencionadas na literatura:

1. explicar cuidadosamente à paciente qual o seu risco estimado de câncer de mama e as dificuldades do cálculo desse risco, levando também em conta a tendência de a paciente ter essa percepção distorcida;
2. não realizar mamografia para rastreamento em mulheres de alto risco antes dos 40 anos caso a primeira mamografia mostre mama muito densa;
3. não dispensar o rastreamento ultrassonográfico adicional à mamografia em portadoras de mamas densas em qualquer idade;
4. não dispensar o rastreamento ultrassonográfico adicional à ressonância magnética até que tenhamos dados epidemiológicos de avaliação do desempenho da ressonância magnética em nosso meio;
5. considerar rastreamento ultrassonográfico em mulheres de alto risco antes dos 40 anos (a partir de 25 anos?);

Referências

1. Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman C, et al. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin.* 2007;57(2):75-89.
2. Berg W, Blume JD, Cormack JB, Mendelson EB, Lehrer D, Böhm-Vélez M, et al. Combined Screening With Ultrasound and Mammography vs Mammography Alone in Women at Elevated Risk of Breast Cancer. *JAMA.* 2008;299(18):2151-63.
3. Watson M Lloyd S, Davidson J, Meyer L, Eccles R, Ebbs S, Murday V. The impact of genetic counselling on risk perception and mental health in women with a family history of breast cancer. *Br J Cancer.* 1999;79(5-6):868-74.
4. Hall FM. Mammographic screening in younger women at high risk. *Am J Roentgenol.* 2009;193:1188.
5. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology.* 2002;225(1):165-75.
6. Sardanelli F, Boetes C, Borisch B, Decker T, Federico M, Gilbert FJ, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer.* 2010;46(8):1296-316.
7. Kuhl CK, Schrading S, Leutner C, Morakkabati-Spitz N, Wardelmann E, Fimmers R, et al. Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(33):8469-76.
8. Urban LABD, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NMA, Kefalas AL, et al. *Radiol Bras.* 2012;45(6):334-9.