

Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer

Care physical therapy in control of secondary lymphedema treatment of breast cancer: routine Cancer Hospital III/National Cancer Institute

Erica Alves Nogueira Fabro¹, Rejane Medeiros Costa¹, Juliana Flávia de Oliveira¹, Marianna Brito de Araújo Lou¹, Daniele Medeiros Torres¹, Flavia Orind Ferreira¹, Flavia Oliveira Macedo¹, Cristiane Monteiro Carvalho¹, Maria Justina Padula Ribeiro¹, Anke Bergmann¹

Descritores

Câncer de mama
Fisioterapia
Sistema linfático
Linfedema
Prevenção

Keywords

Breast neoplasms
Physical therapy
Lymphatic system
Lymphedema
Prevention

RESUMO

O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais incidente na população feminina brasileira. Devido ao diagnóstico ainda ser realizado em estadiamentos avançados, os tratamentos precisam ser mais agressivos, o que aumenta o risco de morbidades. Dentre essas complicações, a mais frequente é o linfedema, caracterizado por insuficiência do sistema linfático decorrente da obstrução causada pelo tratamento. É uma afecção crônica que pode evoluir com importantes alterações físicas e psicossociais, afetando a qualidade de vida dessas pessoas. A fisioterapia dispõe de diferentes condutas que podem ser aplicadas em todas as fases do tratamento oncológico, potencializando as ações de prevenção primária, secundária e terciária do linfedema. O objetivo deste artigo foi divulgar as condutas adotadas no Serviço de Fisioterapia do Hospital do Câncer III, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para prevenção, diagnóstico e tratamento do linfedema de membros superiores em pacientes submetidas ao tratamento para o câncer de mama. Por meio desta divulgação, buscamos proporcionar um objeto de discussão entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção, com o intuito de colaborar para o controle do linfedema secundário ao câncer de mama.

ABSTRACT

Breast cancer is the most frequent type of cancer among women in Brazil. Because the diagnosis is still held in advanced staging, treatments need to be more aggressive, which increases the risk of morbidity. Among these complications, the most prevalent is the lymphedema, characterized by failure of the lymphatic system resulting from the obstruction caused by the treatment of breast cancer. It is a chronic disease that can evolve with significant physical changes and psychosocial affecting the quality of life of these people. Physical therapy has different behaviors that can be implemented at all stages of cancer treatment, boosting shares of primary, secondary and tertiary prevention of lymphedema. The aim of this paper is to disseminate the approaches adopted in the Department of Physical Therapy of Cancer Hospital III, in the National Cancer Institute, for prevention, diagnosis and treatment of lymphedema of the upper limbs in patients undergoing treatment for breast cancer. Through this publication, we seek to provide a subject of discussion among health professionals of different levels of care, with the goal of collaborating to control lymphedema secondary to breast cancer.

¹Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Erica Alves Nogueira Fabro – Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – CEP: 20560-120 – Rio de Janeiro (RJ),

Brasil – E-mail: efabro@gmail.inca.gov.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 16/10/2015. Aceito em: 06/01/2016

Introdução

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública, por ser o tipo de neoplasia mais incidente na população feminina brasileira, sendo esperados 57.120 casos novos para 2015. Apesar de apresentar bom prognóstico, a doença ainda é diagnosticada tardiamente, quando os tratamentos são mais radicais, levando a maiores morbidades¹.

O tratamento para câncer de mama é composto por modalidades loco-regional (cirurgia e radioterapia) e sistêmica (quimioterapia e hormonioterapia). Geralmente são associadas duas ou mais abordagens terapêuticas².

As cirurgias se dividem em conservadoras e radicais, tendo ou não abordagem axilar (linfadenectomia axilar ou biópsia do linfonodo sentinela)². As outras modalidades terapêuticas (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) são indicadas como forma de prevenir a ocorrência de metástase e/ou recidiva local e são indicadas de acordo com as características da paciente e do tumor^{2,3}.

Dentre as complicações decorrentes da evolução do câncer de mama ou do seu tratamento, o linfedema é a mais prevalente, podendo variar de 12 a 30%, dependendo dos critérios para diagnóstico adotados para a sua definição e do tempo transcorrido da cirurgia⁴. Em estudo realizado com 1.054 mulheres submetidas à linfadenectomia axilar em nossa instituição, a incidência acumulada de linfedema foi de 17% em 2 anos e 30% em 5 anos⁵.

O linfedema é uma manifestação da insuficiência do sistema linfático decorrente da obstrução ao fluxo da linfa. Pode ser definido como o acúmulo extracelular de água, proteínas plasmáticas, células sanguíneas extravasculares e produtos celulares decorrente deste transporte linfático deficiente. Está associado a outras complicações como celulite, erisipela, linfangite e, ocasionalmente, linfangiossarcoma^{4,6,7}.

Em estudo realizado em nossa população, os fatores de risco para o desenvolvimento do linfedema após a linfadenectomia axilar no tratamento para o câncer de mama foram: idade avançada, índice de massa corporal (IMC) maior ou igual a 25 (sobrepeso e obesidade), realização de radioterapia em cadeias de drenagem, ter sido submetida à aplicação venosa de quimioterápicos no membro superior (MS) homolateral ao tumor de mama, ter evoluído com seroma e edema precoce no pós-operatório⁸.

O diagnóstico do linfedema pode ser obtido por meio de critérios subjetivos e objetivos. Os critérios subjetivos incluem os sintomas relatados pelo paciente, como sensação de peso, inchaço, dor e queixa de redução da função do membro. Entre os critérios objetivos podemos citar a perimetria, volumetria, ultrassonografia, entre outros. Normalmente são solicitados exames complementares somente para o diagnóstico diferencial^{6,9,10}.

O linfedema é classificado, segundo a Sociedade Internacional de Linfologia, em três estágios. No estágio 0 ou Ia (estágio subclínico) o paciente possui o risco para o desenvolvimento do linfedema, porém não apresenta edema evidente. O estágio I representa um acúmulo precoce de fluido com conteúdo proteico relativamente alto, capaz de reduzir com a elevação do membro. No estágio II, somente a elevação do membro não reduz o edema e as alterações teciduais aumentam o risco de fibrose, infecção e lesões cutâneas. No estágio III (elefantíase), o sinal de cacifo está ausente e já são observadas alterações cutâneas mais exuberantes¹¹.

O linfedema é uma condição crônica relacionada a importantes alterações físicas e psicossociais que estão diretamente ligadas ao comprometimento da funcionalidade e à qualidade de vida dos pacientes¹², necessitando de acompanhamento contínuo e especializado^{8,13}.

O objetivo deste artigo foi divulgar as condutas adotadas no Serviço de Fisioterapia do Hospital de Câncer III, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para prevenção, diagnóstico e tratamento do linfedema de MS em pacientes submetidos ao tratamento para o câncer de mama.

Condutas fisioterapêuticas para a prevenção primária do linfedema: diminuição da exposição a fatores de risco

A prevenção do linfedema deve ser iniciada o mais precocemente possível, ou seja, a partir do diagnóstico do câncer e da definição do tratamento oncológico a ser realizado. O fisioterapeuta pode realizar a prevenção por meio de orientações quanto aos cuidados com o MS homolateral (manter hidratação, fazer uso de repelentes contra picadas de inseto, evitar traumas, queimaduras, aferição de pressão arterial e punção nesse membro) (Quadro 1) e a melhor maneira de desempenhar suas atividades usuais (domésticas, laborais e de lazer). Os hábitos de vida saudável devem ser estimulados (alimentação, atividade física, controle do peso corporal) e, quando necessário, deve ser realizado encaminhamento para outros profissionais de saúde (nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, entre outros)^{14,15}.

Visando diminuir a ultrafiltração capilar e o consequente aumento de líquido intersticial, os pacientes devem ser orientados a evitar a utilização de calor superficial ou profundo no MS ipsilateral à cirurgia, bem como a não realização de movimentos rápidos, repetitivos e com sobrecarga desse membro. A aplicação de recursos fisioterapêuticos que gerem calor superficial e/ou profundo é contraindicada no MS ipsilateral à cirurgia¹⁴.

Os exercícios com MMSS devem ser iniciados precocemente, de forma lenta, sem resistência e com poucas repetições. A contração muscular consequente dos exercícios terapêuticos promove a angiomotricidade linfática, melhora o tônus

Quadro 1. Orientações após biópsia do linfonodo sentinela e/ou linfadenectomia axilar

• Mantenha a pele hidratada e limpa. Evite e trate micoses nas unhas e no braço.
• Evite traumatismos cutâneos (cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retiradas de cutículas e depilação).
• Use luvas de proteção ao fazer as atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e contato com produtos químicos).
• Não use banheiras quentes e saunas.
• Durante viagens aéreas evite a imobilidade dos membros superiores.
• Evite apertar o braço do lado operado (blusas com elástico, relógios, anéis e pulseiras apertadas, coleta de sangue, aferir a pressão arterial).
• Fique atento aos sinais de infecção no braço (vermelhidão, inchaço, calor local).
• Evite movimentos bruscos, repetidos e de longa duração.
• Evite carregar objetos pesados no lado da cirurgia.

simpático dos linfangions, além de promover o recrutamento das vias linfáticas colaterais¹⁶.

As variações da pressão atmosférica durante viagens aéreas também podem favorecer o desenvolvimento do linfedema, sendo importante evitar a imobilidade com o MS homolateral à cirurgia durante o voo. Algumas vezes é necessária a avaliação quanto ao uso de malhas compressivas associadas à contração muscular ativa do membro durante a viagem aérea¹⁷.

Os pacientes devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas iniciais do linfedema e de processos infecciosos, para que procurem assistência especializada. Toda a equipe multidisciplinar deve estar capacitada para diagnosticar e intervir de forma precoce.

Conduas fisioterapêuticas para a prevenção secundária do linfedema: diagnóstico precoce

O diagnóstico do linfedema requer uma correta anamnese e exame físico. Relatos de sensação de peso ou de braço inchado, dor e sinais de infecção devem ser valorizados. Durante o exame físico são avaliadas as condições da pele, da textura e é realizada a perimetria dos MMSS. As medidas são realizadas tendo como ponto de referência a interlinha articular do cotovelo. A partir deste, mede-se 7 e 14 cm acima (braço) e 7, 14 e 21 cm abaixo (antebraço). Para a medida da mão, utiliza-se a circunferência da região metacarpiana distal. Considera-se linfedema quando a diferença entre o membro afetado e o contralateral for igual ou maior que 2 cm em, pelo menos, uma das medidas¹⁸.

A utilização de exames complementares, tais como ultrassonografia, doppler e linfocintilografia, é necessária eventualmente para diagnóstico diferencial, especialmente

quando se suspeita de alterações venosas ou doença em atividade^{18,11}.

Conduas fisioterapêuticas para a prevenção terciária do linfedema: tratamento

O tratamento do linfedema preconizado na atualidade é a Terapia Física Complexa (TFC) ou linfoterapia^{12,19}, que consiste na combinação de várias técnicas e a escolha destas depende da fase na qual se encontra o linfedema. A TFC é dividida em duas fases: a primeira fase do tratamento tem como principal objetivo a redução do volume do membro acometido e inclui os cuidados com a pele, a drenagem linfática manual, o enfaixamento compressivo e os exercícios miolinfocinéticos com os MMSS; a segunda fase visa a manutenção e o controle do linfedema. Nesta etapa, utiliza-se a malha compressiva, além dos cuidados com a pele, os exercícios e a automassagem linfática^{10,20-22}.

O Serviço de Fisioterapia do Hospital de Câncer III utiliza uma adaptação da TFC, dependendo do volume e das características do linfedema, como pode ser visto no Quadro 2.

Conclusão

A prevenção do linfedema deve iniciar-se a partir do diagnóstico do câncer de mama e envolve as orientações quanto ao retorno às atividades de vida diária (laboral, lazer e domésticas), tratamento para minimizar os fatores de risco do linfedema e recomendações quanto aos hábitos de vida saudável e à promoção da saúde. Os pacientes, familiares e profissionais de saúde devem estar comprometidos para a realização de diagnóstico precoce por meio dos sintomas

Quadro 2. Tratamento do linfedema de acordo com as características clínicas

Sinais e sintomas	Condutas
Sem alteração na perímetria e com relato de sintomas subjetivos de linfedema (sensação de peso no membro e/ou inchaço)	Orientações para intensificar os exercícios domiciliares. Orientações quanto aos cuidados com a pele e com as atividades de vida diária.
Diferença dos membros de 2,0 cm em até dois pontos apresentada pela primeira vez; ausência de fibrose linfoestática	Retorno em seis meses para reavaliação. Avaliar necessidade de adaptação de malha compressiva durante as atividades laborais.
Alteração da perímetria entre 2,5 e 3,0 cm em um ou mais pontos apresentada pela primeira vez; ausência de fibrose linfoestática	Adaptar malha compressiva (tamanho padrão ou sob medida); orientar uso contínuo, retirando-a apenas para o banho e o sono noturno*.
Alteração da perímetria de 2,0 a 3,0 cm apresentada pela primeira vez; com fibrose linfoestática	Enfaixamento compressivo duas vezes por semana, por um período aproximado de 30 a 60 dias*.
Diferença maior que 3,0 cm, em um ou mais pontos	Após redução máxima do volume do membro, é adaptada malha compressiva (tamanho padrão ou sob medida)*.
Linfedema refratário ao uso da malha compressiva	Retorno em seis meses para reavaliação.
Pacientes com indicação de enfaixamento compressivo, sem possibilidade de comparecer ao ambulatório para tratamento	Orientação, com o acompanhante, quanto ao autoenfaixamento que deverá ser realizado em domicílio conforme o tratamento ambulatorial (duas vezes por semana). Reavaliações a cada 30 dias até a possibilidade de adaptação da malha compressiva*.
Pacientes com linfedema por obstrução tumoral	Enfaixamento compressivo (ambulatorial ou domiciliar), desde que não haja trombos tumorais ou carcinomatoses difusas infiltrativas. Nos casos de enfaixamento domiciliar, a primeira reavaliação será em 30 dias, para avaliar a possibilidade de adaptação de malha compressiva ou manutenção do enfaixamento compressivo de acordo com características individuais. Nos casos em que a paciente apresentar indicação de continuidade do enfaixamento domiciliar, suas reavaliações serão mensais.
Pacientes em uso da malha compressiva com perímetria estabilizada	Reavaliadas a cada seis meses para adaptação de nova malha*.
Pacientes em uso de malha compressiva e com perímetria estabilizada abaixo de 2,0 cm por mais de seis meses	Início de desmame de malha compressiva*.

*Sempre realizadas orientações quanto à realização de exercícios domiciliares diariamente para membros superiores, além dos cuidados com a pele e com as atividades de vida diária.

iniciais de linfedema e encaminhamento para intervenção especializada. Devido às características de nossa população e da organização de nosso serviço, o tratamento preconizado no Hospital de Câncer III envolve a associação de compressão externa (enfaixamento compressivo ou uso de malhas compressivas), cinesioterapia ativa e cuidados com a pele.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama. Documento do Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004. [Internet] [cited 2015 Oct 13]. Available from: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>
3. American Cancer Society and National Comprehensive Cancer Network. Breast Cancer Treatment Guidelines for Patients; 2007. [Internet] [cited 2016 Jan 19]. Available from: www.cancer.org
4. Bergmann A, Mattos IE, Koifman RJ. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2004;50(4):311-20.
5. Bevilaqua JLB, Kattan, MW, Changhong Y, Koifman S, Mattos IE, Koifman RJ, Bergmann A. Nomograms for predicting the risk of arm lymphedema after axillary dissection in breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2012;19(8):2580-9.
6. Gary ED. Lymphedema diagnosis and management. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007;19:72-8.
7. Lacomba MT, Sánchez MJY, Göni AZ, Merino DP, del Moral OM, Téllez EC, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ.* 2010;340:b5396. doi: 10.1136/bmj.b5396

8. Bergmann A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
9. Rezende LF, Rocha AVR, Gomes CS. Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. *J Vasc Bras*. 2010;9(4):233-8.
10. Paiva DMF, Leite ICG, Rodrigues VO, Cesca MG. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol*. 2011;33(2):75-80.
11. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*. 2013;46(1):1-11.
12. Tambour M; Tange B, Christensen R, Gram B. Effect of physical therapy on breast cancer related lymphedema: protocol for a multicenter, randomized, single-blind, equivalence trial. *BMC Cancer*. 2014;14:239.
13. Panobianco MS, Mamede MV, Almeida AM, Clapis MJ, Ferreira CB. Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. *Psicol Estud*. 2008;13(4):807-16.
14. Lu SR, Hong RB, Chou W, Hsiao PC. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery. *Ther Clin Risk Manag*. 2015;11:319-27.
15. Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira, EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do hospital do Câncer III/INCA. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(1):97-109.
16. Foldi E, Foldi M. The lymphoedema chaos: a lancet. *Ann Plas Surg*. 1989;22:505-15.
17. Ward LC, Battersby KJ, Kilbreath SL. Airplane travel and lymphedema: a case study. *Lymphology*. 2009;42(3):139-45.
18. Bernas MJ, Askew RL, Armer JM, Cormier JN. Lymphedema: How do we diagnose and reduce the risk of this dreaded complication of breast cancer treatment? *Curr Breast Cancer Rep*. 2010;2:53-8.
19. Rodrick JR, Poage E, Wanchai A, Stewart BR, Cormier JN, Armer JN. Complementary, alternative, and other non complete decongestive therapy treatment methods in the management of lymphedema: a systematic search and review. *PM R*. 2014;6(3):250-74.
20. Camargo MC, Marx AG. Reabilitação no câncer de mama. São Paulo: Roca; 2000. 173p.
21. Szolnoky G, Dobozy A, Kemeny L. Towards an effective management of chronic lymphedema. *Clin Dermatol*. 2014;32(5):685-91.
22. Loh SY, Musa NA. Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: a review of systematic reviews. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2015;7:81-98.