



**REPÚBLICA DE ANGOLA**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**DIRECÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS**

<b>ESPECIALIDADE: ONCOLOGIA</b>	<b>PROTOCOLO N° 06</b>
<b>TÍTULO : PROTOCOLO CANCRO DE MAMA</b>	<b>N° de páginas: 6</b>
	<b>CID: 50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Cancro, sinónimo de tumor maligno e câncer, como tal, e o de mama em particular é considerado problema de saúde pública a nível mundial, por ser uma entidade cuja morbi-mortalidade ainda não é possível estancar, mesmo em países desenvolvidos onde as medidas de prevenção e os meios de diagnóstico e tratamento são os mais eficazes.

Para os países em desenvolvimento, constitui-se num problema maior, fruto das políticas débeis em termos de saúde, medidas de prevenção quase inexistentes e escassez ou inexistência de meios de tratamento, cujos custos oneram e restringem melhores resultados em termos de controle.

No País, câncer de mama tem sido a entidade mais diagnosticada (+ de 200 casos/ano).

O presente trabalho tem o propósito de definir condutas no Rastreio, diagnóstico, Tratamento e Seguimento dos pacientes com câncer de mama, conferindo melhor abordagem e procedimentos, qualificando desta feita todo o trabalho da equipa multidisciplinar, em termos de oncologia clínica, cirurgia oncológica, Radioterapia oncológica, patologia, Imagiologia.

## 2. DEFINIÇÃO

Cancro de mama é definido como a entidade nosológica maligna que afecta primariamente a mama feminina ou masculina, resultante de proliferação anormal de células e desenvolvimento de alterações fenotípicas com propensão a invasão, formação de novos vasos sanguíneos e metastização a órgãos distantes (mama contralateral, fígado, pulmão, osso, SNC).

## 3. EPIDEMIOLOGIA / ETIOLOGIA

Constitui-se no tumor maligno mais frequentemente diagnosticado em mulheres e em 1% em homens. A OMS, através da Agência Internacional da Pesquisa em Câncer refere que em 2020 a Incidência foi de 2 261 419 (11.7%) e mortalidade de 684 996 (6.9%). 1/4 dos casos ocorre em pessoas com menos de 50 anos e 5% em pessoas com menos 35 anos. Para Angola, a Incidência foi de 3 135 (15.4%) e mortalidade de 1 447 (11.5%).

## 4. FACTORES DE RISCO

Idade avançada, Menarca precoce: antes dos 12 anos, 1º filho após os 35 anos, Nuliparidade, Menopausa tardia: após os 55 anos, História de doença mamária benigna prévia; Hiperplasia atípica, História pessoal de câncer, Alta densidade mamária pela mamografia, História familiar: parentes de 1º e 2º grau, Reposição hormonal, Exposição a radiação ionizante durante ou após a puberdade, Factores dietéticos: obesidade, álcool, tabaco

Nos homens: ginecomastia, cirrose, radiações, história familiar, predisposição genética Exposição hormonal.

## 5. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Comumente, massa no auto-exame, Sangramento, secreção mamilar sanguinolenta ou da cor de água, :ou massa ulcerada → involução da mama, Retração mamilar. Adenopatia axilar evidente na maioria dos casos, Dor, limitação de movimentos, edema e fraqueza dos MMSS, Eritema e calor difusos, Edema da mama com aumento do tamanho. Endurecimento difuso à palpação, Pele em casca de laranja

## 6. DIAGNÓSTICO

### I. CLÍNICO

Anamnese com atenção aos sintomas presentes, status menstrual, paridade, história familiar de Câncer de mama, ovário, próstata e outros factores de risco. Exame físico enfatizando a mama, axila, região supraclavicular, abdomen.

### II. LABORATORIAL

Hemograma completo, Glicémia, Ureia, Creatinina, Ácido Úrico, TGO, TGP, FA, HIV

### III. IMAGIOLÓGICO

Mamografia bilateral; USG mamas; MRI (se mamas densas; pesquisa de tumor primário se adenocarcinoma em linfonodo axilar e carcinoma oculto da mama; diagnóstico não conclusivo por USG ou MMG); Se alterações mamográficas não palpáveis → exêrese do tecido comprometido para avaliação histológica, (previamente marcadas por USG, MMG ou implantação de clips). PET/TC: Opcional: Útil na identificação de doença nodal regional insuspeita e/ou metastases.

#### **Para o estadiamento da doença:**

Rx tórax, USG abdominal - estágio IIA

TAC: estadios  $\geq$  IIB, LFN axilares clinicamente positivos, tumores  $\geq$  5 cm, biologia agressiva, sinais clinicos, sintomas ou lab sugestivos de dça a distância, (FA  $\uparrow$ , alt. Função hepática, alterações exame físico); TC tórax, abdômen, pelve, crânio – se sintomas

LDH; FA  $\rightarrow$   $\uparrow$  Scan ósseo; Cintilografia Óssea – Se possível qdo FA  $\uparrow$  , dor óssea localizada

## IV. ANATOMO PATOLÓGICO

Indispensável. Confere o diagnóstico de certeza.

- Citológico: nódulo – PAAF; citologia líquido pleural ou ascite
- Histológico: Tru cut, Biopsia excisional, incisional ou mamotomia

### **Informações médicas requeridas na solicitação do exame histopatológico:**

História relevante, biópsias mamárias prévias, irradiação prévia a parede torácica, gravidez, características da lesão (palpáveis, microcalcificações pela MMG, clínica dos linfonodos, anomalias cutâneas, tratamento prévio (QTP, RTP)

### **Elementos necessários a serem descritos pelo patologista num exame anatomopatológico:**

Dados de identificação, data da cirurgia, descrição (macroscópica) do espécime por mensuração, presença ou ausência de CDIS, tamanho do tumor invasivo, avaliação de margens, classificação histológica, grau histológico-nuclear, invasão angiolinfática, linfonodo sentinela (se realizado), N° de linfonodos totais divididos por níveis, N° de linfonodos comprometidos presença de extravasamento extracapsular).

Havendo disponibilidade em imunohistoquímica, é de carácter obrigatório, o relato pelo patologista do estado dos: Receptores de Estrogénio, Receptores de Progesterona – Não necessário em DCIS, Ki 67.

Resultados devem ser dados em % e não reportados como positivo ou negativo

- Her 2 (somente no componente invasivo), em laboratório de ampla experiência.  
IHC: 1+ Negativo; 2+ Bordeline (solicitar FISH); 3+ Positivo

## 7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Todas as doenças benignas da mama: mastite, fibroadenoma, mastopatia quística, hematoma, papiloma intraductal, necrose de gordura, abcesso mamário, mastite, ginecomastia.

## 8. TRATAMENTO

O tratamento baseia-se no estágio clínico patológico da doença, histologia (tipos e subtipos), carga tumoral, localização, tamanho do tumor, número de lesões, idade do paciente, status menopausal, sua condição clínica e suas preferências. As opções contemplam cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia alvo e imunoterapia.

A cirurgia é a opção para os estádios mais precoces (I, II e IIIa). Pode ser conservadora (necessidade de complementar tratamento com radioterapia) ou radical. A biopsia do linfonodo sentinela quando negativa torna desnecessária a disseção dos linfonodos axilares, evitando-se o linfedema e outras morbidades significativas.

A cirurgia conservadora permite a preservação da mama sem comprometer o tratamento oncológico. No entanto, é necessário que após a ressecção, a peça cirúrgica seja orientada direccionalmente e realizada avaliação criteriosa das margens de ressecção pelo patologista, garantindo margens patológicas negativas. Se positivas, realizar ampliação de margens. Se ainda positivas, realizar mastectomia. Ainda na peça cirúrgica faz-se necessária a marcação do leito tumoral com clips para orientação posterior de radioterapia.

### **Contraindicações absolutas para cirurgia conservadora:**

- Indisponibilidade de radioterapia, Gestação que impossibilitará radioterapia imediata, Microcalcificações que pareçam difusas, suspeitas ou malignas, relação mama-tumor
- doença multicêntrica que atinge margens negativas com um resultado estético satisfatório, margens patológicas difusamente positivas
- homozigose (inativação bialélica) para mutação no gene ATM

### **Contraindicações relativas para cirurgia conservadora**

- Se RTP prévia da parede torácica ou mama, Doença activa do tecido conjuntivo envolvendo a pele (especialmente esclerodermia e lúpus), Margem patológica positiva, Mulheres com predisposição genética conhecida ou suspeita para câncer de mama:
  - podem ter um maior risco de recidiva da mama ipsilateral ou câncer de mama contralateral com tratamento conservador da mama
  - pode ser considerada para mastectomia bilateral profiláctica para redução de risco
  - pode ter síndrome de Li-Fraumeni conhecida ou suspeita

A quimioterapia Neoadjuvante é dada no contexto dos tumores localmente avançados (IIIB; IIIC) ou em estádios mais precoces IIB, IIIA com indicação cirúrgica radical pelo tamanho do tumor, mas que a paciente opta por cirurgia conservadora.

A quimioterapia, radioterapia e hormoterapia adjuvante são dadas como complemento ao tratamento cirúrgico, de forma sequencial.

Para os pacientes em estágio IV (metastático) é oferecido tratamento paliativo quer seja em termos de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia alvo ou hormoterapia, de acordo sintomatologia e performance status, visando melhoria de sua qualidade de vida, até tolerância máxima (toxicidade) ou progressão de doença. A não ser possível, oferece-se tratamento paliativo exclusivo (sintomático) para conforto.

A radioterapia e hormonoterapia podem ser oferecidas no contexto neoadjuvante, adjuvante ou paliativo. Hormonoterapia no contexto adjuvante deve ser feita por um período mínimo 5 anos.

## **9. COMPLICAÇÕES**

Derivam dos procedimentos para biopsia (dor, infecção) e do tratamento: cirúrgico (deiscência de suturas, infecção, linfedema+), quimioterapia (toxicidade hematológica, extravasamento fármacos), radioterapia (radiodermite, radioepitelite), hormonoterapia (Câncer de endométrio, TVP, rarefação óssea).

## 10. PROGNÓSTICO

O objectivo primordial da abordagem oncológica visa a cura e o controle da doença. Mas para que tal aconteça necessário de torna o diagnóstico precoce das lesões. Desta feita, a prevenção joga papel preponderante no combate a doença.

Assim, as acções de rastreio contemplam:

1. O auto exame da mamas: feitos pela mulher 8-10 dias após o período menstrual avaliando cuidadosamente suas mamas diante do espelho, procurando alterações de pele, palpando minuciosamente as mamas com a polpa dos dedos, verificando secreções mamilares e palpando também as axilas.
2. Exame clínico das mamas: feito periodicamente por um profissional de saúde, principalmente se sintomas
3. exames complementares de diagnóstico: se sintomas, ou em mulheres assintomáticas acima de 40 anos.

Ecografia (USG) mamária para mulheres < 40 anos, quando requerido; serve igualmente como exame complementar a mamografia;

- Mamografia (MMG) anual se história Familiar de câncer de mama ou de 2/2 anos em mulheres > 40 anos

Factores prognósticos: tamanho tumoral, receptores hormonais, status linfonodos axilares, subtipo histológico, grau tumoral, idade, estadio da doença: Em doença metastática a Sobrevida Global mediana é de 3 anos: em 5 anos: 25%.

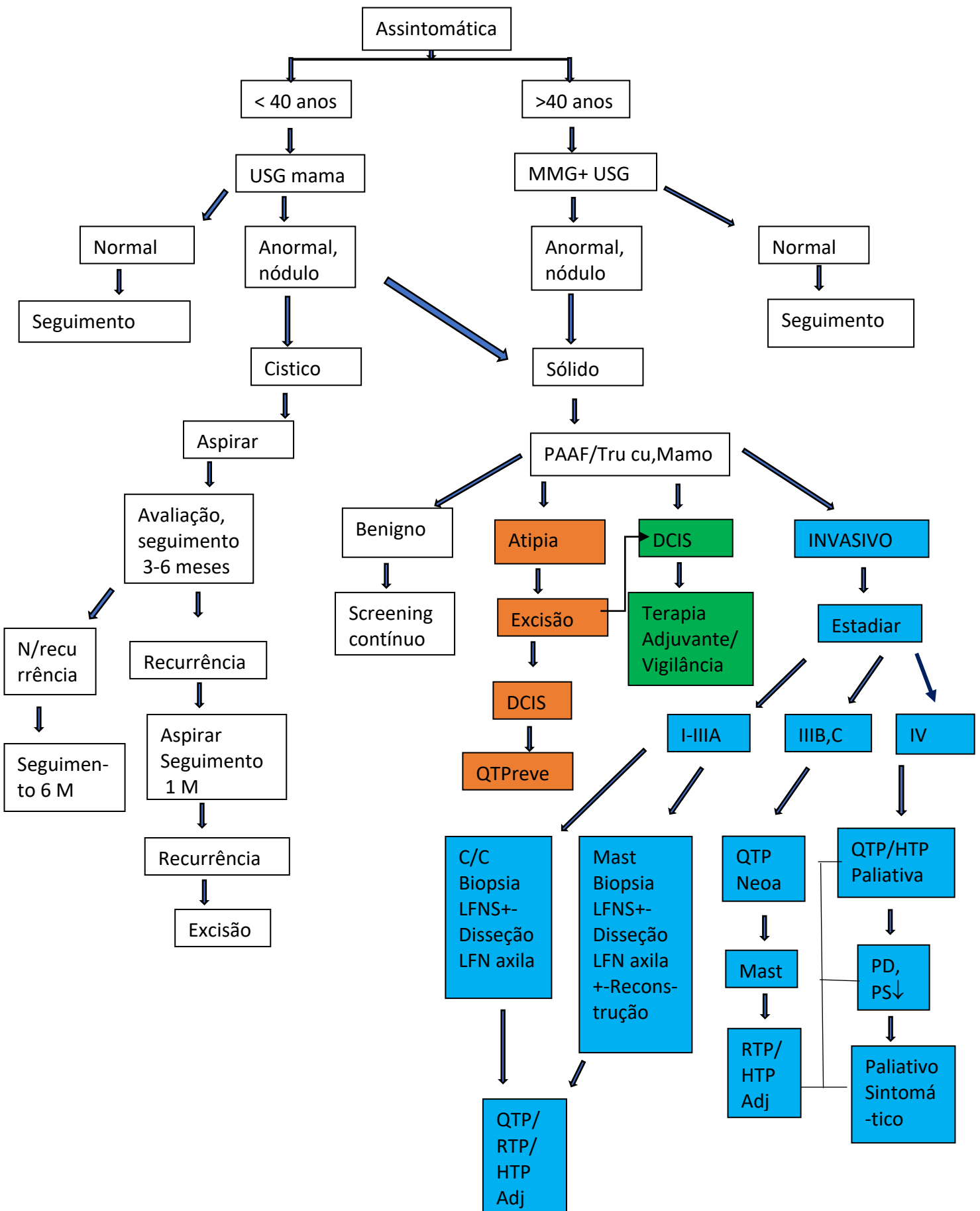
## 11. ASSINATURAS

<b>Autor(es):</b>	<b>Função</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Data</b>
1. Fernando Miguel 2. Isabel Sales Cândido 3. Lígia Vieira Lopes 4. Mantu sebastião 5. Ercília Lucamba	Cirurgião Oncologista Clínica Cirurgiã Mastologista Mastologista		20/09/21
<b>Aprovado por</b>	<b>Função</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Data</b>

<b>Revisto por</b>	<b>Função</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Data</b>
			<b>Nº Revisão:</b>

## 12. ANEXOS

### i. FLUXOGRAMA



## ii. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Melhoria na abordagem dos pacientes com câncer:

- Número de pacientes atendidos em consulta de rastreio
- Número de pacientes encaminhadas com lesões sugestivas de câncer
- Número de pacientes encaminhadas com resultados cito/histológicos
- Número de pacientes encaminhadas com exames de estadiamento
- Número de pacientes operadas satisfatoriamente
- Número de pacientes encaminhadas para tratamento adjuvante

## iii. BIBLIOGRAFIA

1. Biazús Jorge, Zucatto Ângela, De Melo Márcia, Cirurgia da mama: 2ª edição, 2012
2. Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology, 11th Edition, Chapters 78, 79 pág. 1259-1303 ©2019 Lippincott Williams & Wilkins
3. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, 2020
4. Frasson António, Novita Guilherme et al: Doenças da mama: Guia de bolso baseado em evidências, 2013
5. Global cancer statistics, Globocan 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
6. Global cancer statistics, Globocan 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/24-angola-fact-sheets.pdf>
7. Lehman Constance, Lee Amie, Lee Christophe, Imaging management of palpable breast abnormalities, 2014, CMAJ,ca/content: <https://doi.org/10.1503/cmaj.090416>
8. Perez & Brady's, Principles and Practices of Radiation Oncology, Seventh Edition, 2018
9. NCCN: Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer, 2021
10. MOC: Manual de Oncologia Clínica, Brasil, 2020

## iv. ESCALAS – AJCC/TNM 8ª Ed

Estadio	Tumor (T)	LFN (N)	Metastases	Estadio	Tumor (T)	LFN (N)	Metastases
<b>0</b>	Tis	N0	M0	<b>IIIA</b>	T0	N2	M0
<b>IA</b>	T1	N0	M0		T1	N2	M0
<b>IB</b>	T0	N1mi	M0		T2	N2	M0
	T1	N1mi	M0		T3	N1	M0
<b>IIA</b>	T0	N1	M0		T3	N2	M0
	T1	N1	M0	<b>IIIB</b>	T4	N0	M0
	T2	N0	M0		T4	N1	M0
<b>IIB</b>	T2	N1	M0		T4	N2	M0
	T3	N0	M0	<b>IIIC</b>	Qquer T	N3	M0
				<b>IV</b>	Qquer T	Qquer N	M1

### Estádio patológico Prognóstico

TNM	GRAU	HER 2	RE	RP	ESTADIO
Tis	Nenhum	Nenhum	Nenhum	Nenhum	0
T1-T4	G1-3	+ ou -	+ ou -	+ ou -	I-IV