

HOSPITAL DE ONCOLOGIA – INAMPS

*Biblioteca*



# CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

## CÂNCER DE MAMA

F  
616.99449  
B823c  
1983  
MEMOTEC

1983



Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS  
INAMPS/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Ministro de Estado — HELIO MARCOS PENNA BELTRÃO

**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA  
DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Presidente — ALOYSIO DE SALLES FONSECA

**SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO**  
Superintendente — NILDO EIMAR DE ALMEIDA AGUIAR

**SECRETARIA REGIONAL DE PLANEJAMENTO  
DO RIO DE JANEIRO**

Secretário — HENRIQUE MARTINS

**SECRETARIA REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DO RIO DE JANEIRO**

Secretário — JORGE DA MOTTA E SILVA

**SECRETARIA REGIONAL DE MEDICINA SOCIAL  
DO RIO DE JANEIRO**

Secretário — CLÁUDIO CARNEIRO DA CUNHA



## CITOPATOLOGIA

Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano  
Dra. Marina Lang Dias Rego  
Dra. Gilma Carvalho de Barros Moreira  
\* Dra. Maria Lucia Guedes P. Montenegro



## SERVIÇOS TÉCNICOS AUXILIARES

Chefia – Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano

## DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Chefia – Dra. Sandra Faulhaber

## FARMÁCIA

Chefia – Dr. Istenio Vellasco  
Dr. Paulo Regis Martins Ferreira  
Dra. Carmem Lúcia Corrêa Castelo Branco

## SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

Chefia – Lecyr Amaro Pinheiro  
Gesy de Almeida Martins Migliora  
Aracy Assumpção Pereira  
Maria Emilia M. da Silva  
Maria Nazareth de Mendonça Moraes  
Maria Lucia Oliveira da Costa  
Marilda Correia Martin

## NUTRIÇÃO

Chefia – Vera Maria Brouck Pinto  
Alice Botelho Ferreira  
Dília Augusta de Mello  
Elzen Guedes de Paiva e Mello  
João da Silva Almeida  
Maria Odete Gomes da Costa  
Maria Regina Soares Pinto Vidal

## SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Chefia – Severina T. Passos

SEÇÃO DE EXPEDIENTE

Chefia – Maria Teresa Barbosa Silva

SEÇÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

Chefia – Janisete Rosa dos Santos

SEÇÃO DE CENTRO DE MATERIAL

Chefia – Maria da Conceição Firmínio

SEÇÃO DE PACIENTES EXTERNOS

Chefia – Sebastiana Miranda de Oliveira

SEÇÃO DE TERAPIA INTENSIVA

Chefia – Maria do Carmo S. Marciano

UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Chefias – Nilton Dias Guimarães  
Luiz Carlos Dias Vasquez  
Marizete de Oliveira Santos  
Maria do Socorro Lima

SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO

Chefia – Ely dos Santos Pereira

SEÇÃO DE ORÇAMENTO

Chefia – Lucy Bezerra de Souza

SEÇÃO DE PESSOAL

Chefia – Luiz Cláudio Pires

SEÇÃO DE MATERIAL

Chefia – Maria Rita Azevedo Souza Cardoso



## SEÇÃO DE MANUTENÇÃO E REPAROS

Chefia — Antonio Santos

## SEÇÃO DE COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO E TRANSPORTES

Chefia -- Cármina Alves de Andrade

## SEÇÃO DE ZELADORIA

Chefia — Luiz Carlos Cardoso

## SEÇÃO DE ROUPARIA E LAVANDERIA

Chefia — Hely Geraldo Mageste

## SEÇÃO DE APURAÇÃO DE CUSTOS

Chefia — José Araújo

\* Responsável pelo Setor

Este trabalho foi apresentado, discutido e aprovado em sessões do CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO do HOSPITAL DE ONCOLOGIA.

*Relator Dr. João Luiz Campos Soares  
Responsável pelo Setor  
de Mastologia*

## APRESENTAÇÃO

O Manual que ora apresentamos, instituído para o Hospital de Oncologia — INAMPS, representa o roteiro das condutas seguidas na assistência aos pacientes portadores de câncer. Não obstante a larga experiência e numerosa casuística das diversas seções do Hospital, nem sempre se dispunha prontamente de uma orientação tanto quanto possível padronizada no tratamento dos diversos tipos de câncer. Isto ocorria por falta de normas escritas sobre o assunto. É indiscutível a utilidade de uma publicação reunindo as rotinas diagnósticas e terapêuticas, principalmente para instrução de estagiários e residentes e informação de todos que se interessem pelo conhecimento do que se faz neste Hospital especializado.

A fim de suprir esta carência a atual Direção do Hospital de Oncologia convocou a sua equipe médica para elaboração deste Manual que será revisto periodicamente e sempre atualizado de acordo com os progressos da medicina, em particular da Cancerologia.

José Carlos do Valle  
DIRETOR



## HOSPITAL DE ONCOLOGIA

### DIREÇÃO

Diretor – Dr. José Carlos do Valle  
Assistente Técnico – Dr. Osório Pereira Filho  
Assistente Administrativo – Milson José Adriano

CEAPES (Centro de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde)

Diretor – Dr. Osório Barbosa Pereira  
Vice-Diretor – Dr. Paulo Pimenta Alves

### CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO

Dr. José Carlos do Valle – Presidente  
Dr. Osório Pereira Filho – Secretário  
Dr. Luiz de Oliveira Neves  
Dr. Celso Werneck Ribeiro  
Dr. Alemar Roge Salomão  
Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende  
Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano  
Dr. Paulo Pimenta Alves  
Dr. Osório Barbosa Pereira

## **DIVISÃO MÉDICO-ASSISTENCIAL**

Diretor — Dr. Luiz de Oliveira Neves  
Dra. Sandra Faulhaber

### **SERVIÇO DE CLÍNICAS MÉDICO-CIRÚRGICAS**

Chefia — Dr. Celso Werneck Ribeiro

#### **MASTOLOGIA**

- \* Dr. João Luiz Campos Soares
- Dr. José Sigliano Gomes Filho
- Dr. Luiz Antonio Lopes Silveira
- Dr. Marcos Wajnberg
- Dr. Murilo de Castro Monte
- Dra. Vanna Carneiro da Cunha de Oliveira

#### **CABEÇA E PESCOÇO**

- \* Dr. Emilson de Queiroz Freitas
- Dr. José Carlos Ferreira Dutra

#### **CLÍNICA DE ONCOLOGIA — QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Chefia — Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende  
Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio  
Dr. Firmino de Azevedo Gomes Filho  
Dr. Luiz Galileu Spoladore,

#### **ENDOSCOPIA**

- \* Dr. Selmo Ávila Rondon

#### **UROLOGIA**

Dr. Humberto Fernandes de Matos

## PSICOLOGIA

Dra. Sueli da Silva Tavares

## HEMATOLOGIA

Dr. José Vitório Estevan Dias

## ANESTESIOLOGIA

- \* Dr. Hélio Roberto Diniz Moura
- Dra. Áurea Maria Nogueira de Carvalho
- Dr. José Jorge Soares Netto
- Dr. Marcial de Ávila
- Dra. Marlene dos Santos Christiani
- Dr. Marco Aurélio Monteiro de Barros Fonseca
- Dr. Orestes Paulo de Oliveira Filho
- Dr. Francisco Pedro Cortezi

## GINECOLOGIA

- \* Dra. Euridice Maria de Almeida Figueiredo
- Dr. Abrahão Gandelman
- Dr. Carlos Alberto Olivero Varillas
- Dr. Bernardo Lino Silva Souza

## CLÍNICA DE CIRURGIA DE ONCOLOGIA

- \* Dr. Alemar Roge Salomão
- Dra. Regina Lúcia de Medeiros
- Dr. Eduardo Linhares R. de Mello
- Dr. Carlos Eduardo Pinto

## UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS

Chefia — Dr. Ney Duque Estrada

### PATOLOGIA CERVICAL

- \* Dra. Regina Maria da Costa
- Dra. Ildenê Guimarães Loula



## **TRIAGEM E EMERGÊNCIA**

Plantonistas: Dr. Adilson Cortines Laxe  
Dr. Albuçacis de Castro Pereira  
Dr. Armando Rodrigo D'Alvoim Inglez  
Dr. Ilson Montezano  
Dr. Paulo Cesar Sanches Rodrigues  
Dra. Maria do Carmo T. de Mello  
Dr. Pedro Telésforo da Cunha Teixeira  
Dr. Evaldo de Abreu  
Dr. Giorgio Mário Frapiccini  
Dr. José Francisco Neto Rezende  
Dr. Jorge Gomes de Carvalho  
Dra. Zelma Alexandre Maluf  
Dr. Harley Leal Schettini  
Dr. Homero Khury Punaro Barata

## **SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Chefia — Dr. Paulo Pimenta Alves

### **PATOLOGIA CLÍNICA**

Chefia — Dra. Regina Lúcia de Medeiros

### **ANATOMIA PATOLÓGICA**

Chefia — Dr. Osório Barbosa Pereira  
Dra. Sonya Clara Feldman Pedrosa  
Dra. Eliane Francine Simon

### **RADIOTERAPIA**

Chefia: Dr. Marcos Antonio Polônia

### **RADIODIAGNÓSTICO**

Chefia — Dr. Marcos de Sá Rego Costa  
Dr. Thiers Rodrigues de Almeida  
Dr. Sérgio Antonio Baptistella

## SUMÁRIO

	PG
I – INTRODUÇÃO	1
II – CONSIDERAÇÕES GERAIS	5
III – CONDUITAS DE DIAGNÓSTICO	5
1. Fatores de Risco	5
2. Periodicidade de Exames	5
3. Objetivos das Medidas Diagnósticas	6
4. Sistema TNM	8
5. Classificação Histológica	17
IV – CONDUITAS DE TRATAMENTO	17
1. Câncer Operável	17
2. Câncer Inoperável	19
3. Formas Especiais	21

## I – INTRODUÇÃO

No presente Manual são descritas as condutas de diagnóstico e de tratamento utilizadas na assistência aos pacientes do Hospital de Oncologia.

O conjunto de ações que constituem a atenção a um paciente deve ser pesquisado e estudado para que se possam elaborar diretrizes, normas e padrões de execução dentro da mais racional e adequada operacionalidade.

Assim devem ser definidas as condições suficientes, ótimas ou ideais de realização das tarefas de atendimento em seus diversos níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e de acordo com os objetivos de prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Ao se determinarem essas condições, devem ser considerados os fatores tempo, pessoal, material, tecnologia e adequação das ações para que o tratamento seja processado em tempo oportuno, com indicação adequada, execução correta e com recursos suficientes de pessoal, materiais e tecnológicos.



## 1 – TEMPO

Diz respeito à oportunidade em que devem ser efetivadas as ações de saúde para prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Prevenção – As medidas de prevenção consistem em:

- evitar ou neutralizar os efeitos nocivos dos fatores conhecidos com cancerígenos; (oportunidade: sempre);
- divulgar conhecimentos sobre agentes cancerígenos e meios de evitá-lo e sobre exames necessários para detecção do câncer (oportunidade: aproveitar todas as chances de transmitir conhecimentos de educação em saúde);
- examinar periodicamente grupos de maior risco; (oportunidade: campanhas promocionais, programas de controle).

Detecção – As medidas de detecção consistem na utilização de exames que permitam flagrar a doença em fase inicial ainda totalmente assintomática e não suspeitada; (oportunidade: programa de controle). O tipo de câncer que melhor se presta à detecção é o câncer de colo uterino.

Diagnóstico – O diagnóstico acurado e preciso deve ser feito *o mais rápido possível* de modo a possibilitar um bom sucesso ao tratamento. Devem ser definidos para cada tipo de câncer, o tempo mínimo necessário e o tempo máximo tolerável para que se possa fazer o diagnóstico, considerados os exames essenciais.

Tratamento – O tratamento deve ser instalado imediatamente, tão logo se estabeleça o diagnóstico.

Nenhuma perda de tempo deve ser tolerada entre a 1ª consulta, a definição diagnóstica e o início do tratamento.

Tem-se dito e repetido que o tempo de espera de tratamento do paciente com câncer “deve ser contado em dias e nunca em meses”.

É ponto pacífico e incontestado que o êxito do tratamento depende da sua oportunidade: quanto mais precoce o início do tratamento, melhor o resultado.

A assistência em seu tempo oportuno é da responsabilidade do médico e da instituição. De nada vale a uma instituição utilizar os mais sofisticados equipamentos tecnológicos, se as rotinas de operacionalidade não forem orientadas com vistas ao atendimento do paciente no tempo devido, ou seja, rápido início de tratamento, quando ainda haja chance de prognóstico o mais favorável possível. Tais rotinas dizem respeito às ações médicas, de enfermagem, de complementação diagnóstica ou terapêutica e de apoio administrativo.

Considerados o período necessário para realização dos exames diagnósticos indispensáveis, e as prioridades reconhecidas, deve ser estabelecido um prazo obrigatório, a partir da data da 1ª consulta, dentro do qual, o tratamento do paciente deve ser iniciado.

Qualquer infração desse prazo, ou qualquer ocorrência que denote perda de tempo em prejuízo do paciente, constitui negligência grave e é motivo para séria investigação de suas causas e adoção de medidas corretivas.

Para assegurar a observância das normas de atendimento em tempo oportuno, faz-se mister que a instituição seja dotada em que organização de recursos técnicos e administrativos satisfatórios e possa contar com médicos capazes, interessados e dedicados, com atividades de apoio eficientes e com meios de promover o esclarecimento da clientela.

## 2 – INDICAÇÃO ADEQUADA

Os procedimentos devem ser adequados aos objetivos diagnósticos e terapêuticos e suas indicações ou contra-indicações estão relacionadas com as características da doença e condições do doente.

Os objetivos propedêuticos investigam aspectos da doença com fins de detecção, confirmação diagnóstica, determinação de tipo histológico, estadiamento, avaliação de comportamento de tumor etc. ou avaliam condições do doente — índices de alto risco, estado geral, funcional, nutricional, hematológico, patologia associada.

Os objetivos terapêuticos visam a tratamentos radicais de suporte, paliativos, complementares, higiênico-dietéticos, de casos especiais.

A capacidade de selecionar corretamente os procedimentos adequados é função da especialização técnico-científica do profissional de saúde, daí a necessidade de se definirem as qualificações indispensáveis para o pessoal envolvido nos programas de controle de câncer.

## 3 – EXECUÇÃO CORRETA

A prática das ações de maneira correta depende de todo um complexo de fatores que determinam a funcionalidade da instituição.

Em primeiro lugar sobressai a qualificação de pessoal de todos os setores, incluídos os técnicos-científicos, administrativos e de apoio, considerando-se além dos aspectos de capacidade funcional os aspectos morais do indivíduo — caráter, responsabilidade, interesse, dedicação, etc.

A qualificação do pessoal também deve ser equacionada para que haja nº suficiente, capaz de atender à demanda.

As falhas atribuíveis ao pessoal podem depender de: despreparo técnico ou imperícia, decorrente de defeitos de ensino e aprendizagem; imprudência, omissão ou negligência, relacionadas com o caráter individual; realização forçada de ações em condições impróprias, decorrente da falta de recursos ou de má organização da instituição.

Todas essas distorções devem ser investigadas e minuciosamente analisadas com a finalidade de se superarem dificuldades e evitar a repetição do erro.



A apuração das falhas não tem por objetivo descobrir um culpado passível de punição; o objetivo principal é descobrir as causas que motivaram a má qualidade de serviço e indicar medidas corretivas tomando-se em consideração as condições peculiares de cada situação: grau de desenvolvimento da região, capacidade administrativa e funcional da instituição, disponibilidade de pessoal, material e tecnologia etc.

Há que se ter cuidado na análise e julgamento da qualidade do serviço a fim de que algum pronunciamento indevido não traga conseqüências adversas ou possa criar indisposições e ferir suscetibilidades com resultados inconvenientes e indesejáveis.

#### 4 – RECURSOS HUMANOS

Seria óbvio enfatizar que sem recursos suficientes nenhuma tarefa pode ser executada de modo satisfatório.

Definidas as condutas, um eficiente sistema de avaliação e controle deve ser implantado a fim de acompanhar sua execução e detectar falhas e corrigi-las em qualquer etapa do seu processamento (seja nos passos iniciais, intermediários ou finais) assegurando que todas as ações sejam efetivadas para se obter o efeito desejado em benefício do paciente.

Estas condutas serão revistas anualmente, ou em menor período se necessário, para reformulações que se fizerem mister, de acordo com os progressos técnico-científicos proveitosos à cancerologia.



## II - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao se elaborarem as condutas deve-se ter sempre em mente que o alvo a ser atingido é o diagnóstico precoce ou seja a detecção de pequenas lesões ainda não percebidas pelas pacientes e totalmente assintomáticas. Não se pode prescindir dos programas de orientação às pacientes visando ministrar conhecimentos dos fatores de risco e da prática do auto-exame, bem como da necessidade de comparecimento ao exame médico periódico.

As condutas diagnósticas visam detectar a lesão, determinar se sua natureza é benigna ou maligna (Classificação Histopatológica), conhecer sua extensão (estadiamento – TNM), avaliar seu comportamento (ritmo, crescimento, emissão de metástases, expansão, invasão). Visam ainda analisar as condições gerais da paciente para avaliar o risco ao tratamento proposto.

As condutas terapêuticas considerando os casos operáveis, inoperáveis e formas especiais têm como objetivo a aplicação oportuna das técnicas de tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia) com fins curativos ou paliativos.

## III - CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO

### 1. FATORES DE RISCO

O câncer mamário incide com maior freqüência em determinados grupos de mulheres, sujeitas a condições que lhe aumentam o risco de incidência da neoplasia. Os grupos de alto risco incluem as que apresentam principalmente:

- 1 – História familiar de câncer mamário (especialmente quando incidindo em mãe, tias ou irmãs);
- 2 – História pregressa de câncer mamário principalmente de origem multicêntrica ou carcinoma lobular;
- 3 – Antecedentes de doença cística com hiperplasia e/ou papilomatose e ou processos displásicos proliferativos;
- 4 – Uso prolongado de estrogênio;
- 5 – Nuliparidade ou primeira gestação tardia.

### 2. PERIODICIDADE DE EXAMES PARA DETECÇÃO PRECOCE

Recomendamos exames semestrais para as mulheres de alto risco e anuais para as demais. Todas deverão ser orientadas quanto à necessidade do auto-exame, a ser realizado mensalmente, de preferência ao término das menstruações.

### 3. OBJETIVOS DAS MEDIDAS DIAGNÓSTICAS

- 1 – Detectar o tumor mamário (o mais precoce possível);
- 2 – Avaliar a extensão da doença;
- 3 – Determinar a natureza da lesão;
- 4 – Determinar, sempre que possível, o comportamento do tumor, ritmo de crescimento, emissão precoce de metástases;
- 5 -- Estudo das condições gerais da paciente.

#### 3.1 Detecção do tumor mamário;

- 3.1.1 Anamnese meticulosa investigando-se cuidadosamente fatores de risco;
- 3.1.2 Exame clínico, salientando-se a importância do cuidadoso exame de ambas as mamas;
- 3.1.3 Citologia da descarga papilar espontânea ou obtida por expressão suave. A citologia negativa não exclui a possibilidade de câncer;
- 3.1.4 Mastografia simples bilateral nos casos de dúvida clínica quanto à indicação de biópsia, valorizando os casos de alto risco e após os 35 anos;
- 3.1.5 Ductografia – usada eventualmente em descargas papilares (de valor prático limitado);
- 3.1.6 Aerocistografia – na suspeita de tumores intracísticos;
- 3.1.7 Outros métodos propedêuticos podem ser usados na detecção dos tumores mamários como a termografia, xerografia e ecografia.

#### 3.2 Avaliação da extensão da doença:

- 3.2.1 Anamnese;
- 3.2.2 Exame físico;
- 3.2.3 Mastografia;
- 3.2.4 Radiografia do tórax;
- 3.2.5 Cintilografia óssea. Radiografia das áreas suspeitas;
- 3.2.6 Fosfatase alcalina, cálcio e fósforo;
- 3.2.7 Cintilografia cerebral havendo suspeita clínica;
- 3.2.8 Ultrasonografia hepática nas suspeitas de metástase;
- 3.2.9 Outros métodos podem ser eventualmente utilizados como mielogramas, tomografias, laparoscopias.

Os casos devem ser enquadrados de acordo com o estadiamento clínico da classificação TNM proposto pela U.I.C.C.



### 3.3 Determinação da natureza da lesão:

#### 3.3.1 Histopatologia;

3.3.1.1 Tratando-se de caso operável realizamos a biópsia per-operatória com exame em congelação complementando-se com estudo da peça cirúrgica em parafina;

3.3.1.2 O exame citológico deverá ser acompanhado de confirmação histopatológica;

3.3.1.3 No carcinoma inflamatório procedemos a biópsia incisional com retirada de um segmento de pele, para exame em congelação, seguida, de imediato, do 1º ciclo de quimioterapia,

3.3.1.4 O tratamento só deverá ser iniciado após a confirmação histopatológica da lesão;

3.3.1.5 A classificação histológica é a proposta pela Organização Mundial de Saúde.

### 3.4 Avaliação do comportamento do tumor:

3.4.1 Anamnese dirigida: tempo de evolução da doença e resposta aos tratamentos realizados;

3.4.2 Exame físico: características clínicas do tumor (sinais de câncer inflamatório, edema, linfangite peritumoral, alterações da vascularização).

### 3.5 Estudo das condições gerais da paciente:

3.5.1 Clínicas: Determinação da capacidade funcional. P.S.: Segundo escala de ECOG.

PS – PERFORMANCE STATUS – CAPACIDADE FUNCIONAL

PS0 – Atividade Normal.

PS1 – Sintomático, mas sob regime ambulatorial.

PS2 – Ambulatorialmente mais de 50% do tempo; ocasionalmente, necessita de cuidados de enfermagem.

PS3 – Ambulatorialmente menos que 50% do tempo; necessita de cuidados de enfermagem.

PS4 – Restrito ao leito. Necessita hospitalização.

3.5.2 Laboratoriais: Hemograma, uréia, glicose, proteínas totais e frações, coagulograma, tipo sanguíneo e fator Rh, exame parcial de urina;

3.5.3 Avaliação clínica pré-operatória.

#### 4. SISTEMA TNM

A prática de dividir em grupos os casos de câncer de acordo com os assim chamados "Estádios", surgiu do fato de que as taxas de sobrevivência eram maiores para os casos nos quais a doença era localizada, do que para aqueles nos quais a doença se estendia além do órgão de origem. Sempre se referiu a estes grupos como "casos precoces" e "casos tardios", atribuindo-se ao tempo certa responsabilidade na evolução. Na realidade, o estágio da doença no momento do diagnóstico pode ser um reflexo não somente da taxa de crescimento e extensão do neoplasma, mas também do tipo de tumor e da relação tumor-hospedeiro.

O estadiamento do câncer está consagrado por tradição, e para o objetivo da análise de grupos de pacientes é sempre necessário usar tal método. A U.I.C.C. recomenda que haja uniformidade e exatidão no registro de informações sobre a extensão da doença, para cada localização, afim de que a descrição clínica precisa e a classificação de neoplasmas malignos possam servir a vários objetivos dentre os quais citamos:

- 1 — ajudar o clínico no planejamento do tratamento;
- 2 — dar algumas indicações sobre o prognóstico;
- 3 — auxiliar na avaliação dos resultados do tratamento;
- 4 — facilitar a troca de informações entre centros de tratamento, e
- 5 — contribuir para a continuação de investigações sobre o câncer humano;
- 6 — estabelecer comparabilidade entre os casos estudados.

Um objetivo importante da classificação dos casos de câncer baseada na extensão da doença, aceita internacionalmente, é a de servir como método de transmitir a outros a experiência clínica, sem ambiguidades.

Há muitas bases ou fundamentos de classificação, por exemplo: a localização anatômica e a extensão clínica da doença encontrada ao exame clínico; informe da duração dos sintomas ou sinais; sexo e idade do paciente; o tipo histológico e grau, etc. Todas estas bases ou fundamentos representam variáveis que influenciam no êxito do tratamento da doença.

A classificação pela extensão anatômica da doença, determinada clinicamente, é onde a atenção da U.I.C.C. esta principalmente focalizada.

A tarefa imediata do clínico é julgar o prognóstico e decidir sobre a linha mais adequada de tratamento. Este julgamento e esta decisão requerem, entre outras coisas, uma avaliação objetiva da extensão anatômica da doença. Há necessidade portanto de uma descrição precisa, com ou sem alguma forma de resumo.

Para atingir os objetivos determinados, nós precisamos de um sistema de classificação:

- 1 — Cujos princípios básicos sejam aplicáveis a todas as localizações; independente do tratamento; e ou



- 2 – Que possa ser posteriormente complementada por informações obtidas pelo exame histopatológico ou pela cirurgia.

O Sistema TNM preenche estes requisitos.

## AS REGRAS GERAIS DO SISTEMA TNM

O Sistema TNM para descrever a extensão anatômica da doença é baseado a avaliação de três componentes:

T – Extensão do tumor primário.

N – Condições dos linfonodos regionais e, em determinadas regiões, dos linfonodos justa-regionais.

M – Ausência ou presença de metástases a distância.

A adição de números a estes três componentes, indica a extensão da doença maligna, assim:

T0, T1, T2, T3, T4,                      N0, N1, N2, N3,                      M0, M1

Outros símbolos suplementares são também usados para objetivos específicos.

Efetivamente, o sistema é uma “anotação taquigráfica” para descrever a extensão clínica de um tumor maligno em particular.

As regras gerais aplicáveis a todas as localizações são as seguintes:

1 – Todos os casos devem ser comprovados histologicamente. Todos os casos não comprovados, devem ser registrados separadamente.

2 – Duas classificações são descritas para cada localização, nominalmente:

a. Classificação Clínica Pré-Tratamento, designada TNM.

É baseada em evidências obtidas antes da decisão do tratamento definitivo.

Tais evidências, originam-se de achados clínicos, radiológicos, endoscópicos e outros relevantes. Em alguns casos ela pode ser baseada adicionalmente em evidências obtidas da exploração cirúrgica, antes da decisão do tratamento definitivo.

b. Classificação Histológica Pós-Cirúrgica, designada p. TNM.

É baseada em evidências obtidas antes da decisão do tratamento definitivo, suplementadas ou modificadas por achados adicionais, encontrados na cirurgia definitiva, e no exame da peça cirúrgica, ressecada terapêuticamente. Quando a cirurgia definitiva é precedida por outro tratamento, o prefixo “y” deverá ser adicionado.

3 – As categorias TNM, uma vez estabelecidas, devem permanecer imutáveis.

4 – Na avaliação clínica do paciente, numerosas investigações devem ser feitas.

Objetivando a classificação é necessário distinguir investigações obrigatórias daquelas em que adicionam-se refinamentos para o conhecimento da extensão da doença. Portanto, para todas as localizações, os requisitos mínimos para avaliação do tumor primário, linfonodos regionais, linfonodos justa-regionais (se apropriado) e metástases à distância, são relatados na medida em que estes se aplicam à classificação clínica pré-tratamento TNM.

- 5 — Após determinação das categorias T, N e M, com seus graus de extensão, estas podem ser agrupadas em estádios clínicos.
- 6 — Enquanto o sistema T, N e M, tem sido desenvolvido como um sistema de dupla classificação (Clínica Pré-Tratamento e Histopatológica Pós Cirúrgica) e, enquanto a última pode identificar graus de extensão anatómica que diferem daqueles que podem ser observados clinicamente é a classificação clínica TNM, que é de importância predominante para os objetivos de apresentação e avaliação.
- 7 — Se há dúvidas concernentes à correta categoria T, N ou M, na qual um caso em particular, deve ser lotado, então, a categoria mais baixa (isto é, menos avançada) deverá ser a escolhida. Isto se refletirá também no estadiamento em grupos.

**CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DOS TUMORES MALIGNOS –  
MAMA (CID 0 174) –  
CLASSIFICADA – 1972 – CONFIRMADA EM 1978  
APROVADA POR:**

- CNC – The Canadian National TNM Committee
- DSK – Deutschsprachiger TNM – Ausschuss (Komitee)
- ICPR – The Internacional Commission on Stage Grouping in Cancer and the Presentation on Results the International Society of Radiology
- JJC – The Japanese Joint Committee
- AJC – The American Joint Committee

A classificação da mama foi a primeira classificação TNM, proposta pela U.I.C.C. e foi publicada em 1954. Em 1958, o Comitê publicou suas primeiras recomendações para a classificação dos estádios clínicos da mama e laringe, e para apresentação dos resultados. Uma segunda publicação em 1959, apresentou proposições revisadas para a mama, para o uso clínico e avaliação após um período de 5 anos (1960-1964). Ela recebeu aprovação geral, mas em 1972, após consulta ao AJC, ela foi alterada. Foi aceito que o tamanho do tumor primário tem maior significado prognóstico do que a extensão local. Foi convenção, também, que mínimas alterações da pele não afetam as classificações T1, T2 ou T3, e que a extensão ao fáscia ou músculo peitoral, deveria ser registrada como sub-categoria. O tamanho do tumor, determinado por mastografia, é mais exato do que a medida tomada pela régua, e aproxima-se ao tamanho patológico. Portanto, o tamanho mastográfico é perfeito; apenas em centros sem esta facilidade, a medida pela régua deverá ser registrada.

A classificação tem aprovação das organizações listadas acima e permanecerá imutável por um período mínimo de 10 anos.

Ao se descrever a região em estudo, devem ser tomados em consideração os seguintes tópicos:

- a. Regras para classificação, com um mínimo de requisitos para determinações das categorias T, N, e M.
- b. Registrar os métodos usados com a finalidade de reforçar a avaliação clínica no momento da decisão para o tratamento definitivo.
- c. Localizações anatômicas.
- d. Definição de linfonodos regionais.
- e. TNM – Classificação Clínica Pré-Tratamento.
- f. pTNM – Classificação Histopatológica Pós-Cirúrgica.
- g. Estadiamento em grupos.
- h. Sumário condensado.



## a. REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO

A classificação aplica-se somente ao carcinoma.

É necessária a verificação histológica da doença.

Todos os casos não confirmados, deverão ser registrados separadamente.

A localização anatômica de origem deve ser registrada, mas não é considerada na classificação.

Nos casos de tumores múltiplos simultâneos, o tumor com a categoria T mais alta, deverá ser identificado.

São os seguintes, os requisitos mínimos para avaliação das categorias T, N e M.

### Categoria T:

Exame clínico. Mastografia e medidas similares de diagnóstico são recomendáveis, mas não obrigatórias. A medida pela mastografia tem preferência sobre a medida tomada pela régua. O método deve ser mencionado.

### Categoria N:

Exame clínico.

### Categoria M:

Exame clínico e radiologia.

## b. SIGLAS ADICIONAIS

Quando adequado, os símbolos "y" e "r" e a categoria Fator C, devem ser acrescentados à classificação da localização.

### Símbolo "y"

Naqueles casos, nos quais a cirurgia definitiva é realizada após tratamento por outros métodos, as categorias pTNM devem ser identificadas pelo prefixo "y" exemplo ypT2, pN1, pM0.

Estes casos devem ser registrados separadamente.

### Símbolo "r"

Tumores recorrentes podem ser descritos pelo TNM, mas deverão ser identificados pelo símbolo "r", colocado antes das categorias apropriadas TNM ou pTNM.

### Fator C

Um sistema mais flexível para indicação das informações, no qual as categorias TNM estão baseadas, é recomendável para uso opcional. A utilização d



nível de certeza ou Fator C, reflete as informações disponíveis em um período de tempo de acordo com os métodos de diagnóstico aplicados.



A classificação das categorias Fator C, são as seguintes:

- C1 – Evidência procedente, somente, de exame clínico;
- C2 – Evidência procedente, de meios de diagnóstico especiais;
- C3 – Evidência procedente, somente, de exploração cirúrgica;
- C4 – Evidência de extensão da doença pós-cirúrgica definitiva, exame completo da peça cirúrgica ressecada terapeuticamente;
- C5 – Evidência de autópsia.

Exemplo:

Graus variáveis de C podem ser aplicados à categorias T, N e M. Um caso específico poderia ser descrito como: T3C1, N2C1, MOC2.

A Classificação Clínica Pré-Tratamento é portanto equivalente a C1, C2 e C3 em graus variáveis de certeza; enquanto que a Classificação Histopatológica Pós-Cirúrgica é equivalente a C4.

O mérito da classificação Fator C, posiciona-se no fato que um caso particular pode ser recategorizado, de tempos em tempos, quando novas evidências tornarem-se claras. O curso completo de malignidade de um paciente através do tempo, pode, portanto, ser expressa de uma maneira cronológica aceitável para computação.

#### c. REGIÕES ANATÔMICAS

- 1 – Papila (174.0)
- 2 – Porção central (174.1)
- 3 – Quadrante súpero-interno (174.2)
- 4 – Quadrante ínfero-interno (174.3)
- 5 – Quadrante súpero-externo (174.4)
- 6 – Quadrante ínfero-externo (174.5)
- 7 – Prolongamento axilar (174.6)

#### d. LINFONODOS REGIONAIS

Os linfonodos regionais são os axilares, supra e infra-claviculares.

#### e. TNM – CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA PRÉ-TRATAMENTO

T – Tumor primário

Tis – Carcinoma pré-invasivo (carcinoma "in situ"), carcinoma intra-ductal não infiltrante, ou doença de Paget da papila, sem tumor evidente.

NOTA: A doença de Paget, associada a tumor evidente, é classificada de acordo com as dimensões do tumor.

To — Sem evidência de tumor primário.

NOTA: Depressões da pele, retração da papila ou quaisquer outras alterações da pele, exceto aquelas de T4, podem ocorrer em T1, T2 ou T3, sem afetar a classificação.

T1 — Tumor com 2cm ou menos, em sua maior dimensão.

T1a — Sem fixação ao fáscia peitoral e/ou ao músculo.

T1b — Com fixação ao fáscia peitoral e/ou ao músculo.

T2 — Tumor maior de 2cm, porém não mais de 5cm, em sua maior dimensão.

T2a — Sem fixação ao fáscia peitoral e/ou ao músculo.

T2b — Com fixação ao fáscia peitoral e/ou ao músculo.

T3 — Tumor com mais de 5cm, em maior dimensão.

T3a — Sem fixação ao fáscia peitoral e/ou ao músculo.

T3b — Com fixação ao fáscia peitoral e/ou ao músculo.

T4 — Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele.

NOTA: Parede torácica inclui costelas, músculos intercostais e grande denteado, mas não inclui músculo peitoral.

T4a — Com fixação à parede torácica.

T4b — Com edema, infiltração ou ulceração da pele da mama (incluindo o "peau d'orange"), ou nódulos cutâneos satélites, limitados mesma mama.

T4c — Ambas acima.

NOTA: Casos de carcinoma inflamatório deverão ser registrados como um grupo separado.

X TX — Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar o tumor primário.

N — Linfonodos Regionais.

N0 — Linfonodos axilares homolaterais não palpáveis.

N1 — Linfonodos axilares homolaterais móveis.

N1a — Linfonodos considerados como não contendo tumor.

N1b — Linfonodos considerados como contendo tumor.

N2 — Linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas e considerados como contendo tumor.

N3 — Linfonodos supra ou infra-claviculares, considerados como contendo tumor ou edema do braço.

NOTA: O edema do braço pode ser causado por obstrução linfática; então, os linfonodos podem não ser palpáveis.

NX — Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar os linfonodos regionais.

M — Metástases à distância.

- MO — Sem evidência de metástase a distância.
- M1 — Evidência de metástase a distância.
- MX — Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar a presença de metástase a distância.

A categoria M1, pode ser sub-dividida de acordo com as seguintes observações:

Pulmonar:	PUL	Medula Óssea:	MAR
Óssea:	OSS	Pleura:	PLE
Hepática:	HEP	Pele:	SKI
Cérebro:	BRA	Olho:	EYE
Linfonodos:	LYM	Outros:	OTH

f. pTNM — CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA PÓS-CIRÚRGICA

pT — Tumor primário.

pTis — Carcinoma pré invasivo (carcinoma in situ).

pT0 — Nenhuma evidência de tumor é constatada no exame histológico da pela cirúrgica.

pT1a, pT1b — Correspondem a T1a, T1b e são sub-divididos assim:

I. Tumor de 0,5cm ou menos.

II. Tumor maior de 0,5cm, porém não mais de 1cm.

III. Tumor maior de 1cm, porém não mais de 2cm.

pT2a, pT2b — Correspondem a T2a, T2b.

pT3a, pT3b — Correspondem a T3a, T3b.

pT4a, pT4b, pT4c — Correspondem a T4a, T4b, T4c.

pTX — A extensão de invasão não pode ser avaliada

G — Graduação Histopatológica.

G1 — Alto grau de diferenciação.

G2 — Médio grau de diferenciação.

G3 — Baixo grau de diferenciação.

GX — O grau não pode ser avaliado.

pN — Linfonodos Regionais.

pN0 — Sem evidência de linfonodos regionais.

pN1 — Evidência de invasão de linfonodos axilares homolaterais móveis.

pN1a — Micrometástase com linfonodo (s) de 0,2cm ou menos.

pN1b — Metástase (grosseira) em linfonodos.

I. Metástase maior que 0,2cm em um a três linfonodos (menor do que 2cm em tamanho).

II. Metástase maior que 0,2cm em quatro ou mais linfonodos (menores de 2cm).

III. Metástase estendendo-se além da cápsula de um linfonodo (menor de 2cm).



IV. Linfonodo positivo de 2cm ou maior em tamanho.

pN2 – Evidência de invasão de linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros, ou a outras estruturas.

pN3 – Evidência de invasão de linfonodos supra ou infra-claviculares homolaterais.

NOTA: Evidência de invasão de linfonodos da mama interna homolateral, pode ser incluída na categoria pN3, caso seja confirmada.

pNX – A extensão de invasão não pode ser avaliada.

pM – Metástase a distância.

As categorias pM correspondem às categorias M.

### g. ESTADIAMENTO EM GRUPOS

Estádio I	T1a, T1b	N0, N1a	MO
Estádio II	T0, T1a, T1b	N1b	MO
	T2a, T2b	N0, N1a	MO
	T2a, T2b	N1b	MO
	T3a, T3b	N0, N1	MO
Estádio IIIa	T1a-b, T2a-b		
	T3a-b	N2	MO
	T1a-b, T2a-b		
Estádio IIIb	T3a-b	N3	MO
	T4a-b-c	Qualquer N	MO
	Qualquer T	Qualquer N	M1

### h. SUMARIO

M A M A	
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 – 5 cm
T3	> 5 cm
T4	Extensão à parede torácica/pele.
	a. parede torácica.
	b. pele – edema/infiltração ou ulceração.
	c. ambas (a e b)
N1	Axilar móvel.
	a. não considerado metastático.
	b. considerado metastático.
N2	Axilar fixo.
N3	Supra-clavicular/edema de braço.

Data efetiva para início de vigência da classificação retro: 1.º de janeiro de 1979.



## 5. CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA

Carcinomas:

- I – Carcinoma intraductal e intralobular não infiltrante.
- II – Carcinoma infiltrante.
- III – Variações histológicas especiais de carcinoma:
  - a. carcinoma lobular;
  - b. carcinoma papilífero;
  - c. carcinoma cribiforme;
  - d. carcinoma mucinoso;
  - e. carcinoma de células escamosas;
  - f. doença de Paget da mama;
  - g. carcinoma originado do fibroadenoma intracanalicular celular.

Sarcomas:

- I – Sarcomas originados no fibro-adenoma intra-canalicular celular.
- II – Outros tipos de sarcoma.

Carcino – Sarcoma

Tumores não Classificados.

## IV CONDUTAS DE TRATAMENTO

A pluralidade de fatores que interferem no comportamento do câncer mamário, tem nos ensinado que o seu tratamento deve ser realizado através de indicações individuais. Normas gerais, no entanto, necessitam ser estabelecidas ainda que passíveis de modificações ditadas pelo tumor e/ou pelo hospedeiro.

Os resultados inconclusivos e polêmicos aliados às informações trazidas pelas pesquisas mais recentes nos obrigam a uma constante reformulação de idéias e esquemas terapêuticos.

Procurando adequar esses novos conceitos ao tratamento do câncer da mama, na esperança de obter melhores resultados com menores mutilações, passaremos a adotar a seguinte conduta básica, subdividindo os casos em três grupos: casos operáveis, inoperáveis e especiais.

### 1. CASOS OPERÁVEIS

Para fins terapêuticos são considerados operáveis aqueles casos em que a doença está limitada à mama e/ou confinada aos linfonodos axilares sem comprometimento das estruturas vizinhas e passível de ser removida pelas técnicas cirúrgicas clássicas com ampla margem de segurança, ou seja:

Tis

Estádio I

Estádio II

Estádio III que não apresentem:

- a. edema cutâneo extenso e/ou ultrapassando a área tumoral,
- b. nódulos cutâneos metastáticos além da área tumoral;
- c. carcinoma inflamatório;
- d. tumor para esternal,
- e. metástases supra-claviculares comprovadas;
- f. edema braquial,
- g. comprometimento cutâneo que ultrapasse a área tumoral;
- h. fixação do tumor à parede costal;
- i. Linfonodos axilares fixos à pele e/ou às estruturas profundas da axila.

Conduta:

Tis. Ressecção segmentar ampla.

Estádio I

Quadrantes externos – Ressecção segmentar ampla.

Quadrantes internos – Ressecção segmentar ampla, seguida de quimioterapia (CMF).

Retroareolar – Mastectomia simples seguida de quimioterapia (CMF).

Estádio II

Quadrantes externos – Ressecção segmentar ampla com esvaziamento axilar.

Axila negativa – controle:

Axila positiva - quimioterapia (CMF).

Quadrantes internos – Ressecção segmentar ampla com esvaziamento axilar, seguida de quimioterapia (CMF).

Retroareolar – Mastectomia (Patey) seguida de quimioterapia (CMF).

Estádio III

Mastectomia a Patey ou radical.

Axila positiva – quimioterapia (CMF).

Axila negativa.

Retroareolar ou quadrantes internos -- quimioterapia (CMF).

Quadrantes externos – controle.

A mastectomia radical será realizada:

- a. Quando o tumor mamário estiver aderente ao plano músculo-aponeurótico;
- b. Quando houver dificuldades técnicas para a linfadenectomia axil

Observação: A quimioterapia adjuvante é feita pelo CMF, através de 6 ciclos com intervalos de 21 dias.

## 2. CASOS INOPERÁVEIS

Para fins terapêuticos o câncer inoperável da mama é aquele cuja propagação local e/ou à distância não recomenda sua erradicação pela cirurgia.

São assim considerados:

Estádio III (formas restantes)

Estádio IV

NOTA: Estão igualmente excluídos dessa conduta terapêutica os carcinomas inflamatórios aos quais será dedicado um capítulo especial.

Tais casos para efeito de tratamento são divididos em:

- |                               |                  |                |                |
|-------------------------------|------------------|----------------|----------------|
| a. Localmente adiantados      | — T4b e/ou       | N <sub>2</sub> | M <sub>0</sub> |
| b. Com metástases à distância | — T4a-c          | N <sub>0</sub> | M <sub>0</sub> |
|                               | — T <sub>Q</sub> | N <sub>3</sub> | M <sub>0</sub> |
|                               | — T <sub>Q</sub> | N <sub>0</sub> | M <sub>1</sub> |

NOTA: A letra Q significa "Qualquer".

### a. LOCALMENTE ADIANTADOS

Quimioterapia. Havendo, após o tratamento, condições de operabilidade, será procedida cirurgia complementar com manutenção de quimioterapia.

A radioterapia somente será indicada nos seguintes casos:

- Ausência de resposta à quimioterapia.
- Contra-indicação ao uso dos citostáticos.
- Complementação à quimioterapia nos casos de respostas parciais.

### b. COM METÁSTASES A DISTÂNCIA

Essas pacientes são subdivididas em dois grupos:

Pré-menopáusicas

Prós-menopáusicas

Os receptores hormonais serão determinados na dependência da disponibilidade laboratorial.

- Pré-menopáusicas

Castração cirúrgica nos casos com metástases ósseas ou em partes moles seguida de quimioterapia imediata (FAC).

- Pós-menopáusicas

Quimioterapia (FAC) associada aos anti-estrogênicos (nas que apresentarem receptores de estrogênios elevados).



NOTA: Nas pacientes com mais de 70 anos de idade, com metástases ósseas e/ou loco-regionais (mama, pele e linfonodos) iniciamos o tratamento pelos anti-estrogênicos. Na ausência de resposta ou quando cessarem os efeitos terapêuticos dos anti-estrogênicos, indicamos o uso de progestágenos em altas doses.

Paralelamente ao tratamento sistêmico acima mencionado, deve-se sempre proceder a terapêutica das manifestações locais ou loco-regionais da doença bem como a de amparo ao estado geral da enferma.

As metástases cerebrais e ósseas com risco de fratura ou associadas à dor, serão submetidas a tratamento pelas irradiações ionizantes.

### OBSERVAÇÕES

1. O FAC é o esquema de primeira escolha. O CMF é o esquema de segunda linha nos casos de contra-indicação do primeiro ou quando se atingir a dose máxima de Adriamicina ( $550 \text{ mg/m}^2$ ).

Esquemas propostos e descrição das drogas

#### 1.1 – FAC

5-Fluorouracil –  $500 \text{ mg/m}^2$  no 1º e 8º dia do ciclo I.V.

Adriamicina –  $50 \text{ mg/m}^2$  no 1º dia I. V.

Ciclofosfamida –  $500 \text{ mg/m}^2$  no 1º dia I. V.

Intervalo : 21 dias

#### 1.2 – CMF

Ciclofosfamida –  $600 \text{ mg/m}^2$  no 1º dia I. V.

Methotrexate –  $40 \text{ mg/m}^2$  no 1º dia I. V.

5-Fluorouracil –  $600 \text{ mg/m}^2$  no 1º dia I. V.

Intervalo: 21 dias

#### 1.3 – FAC + TAMOXIFEN (Pós-menopáusicas)

Tamoxifen – 20 mg V. O. diariamente, continuamente.

2. Para se avaliar a sensibilidade à quimioterapia, deverão ser administrados 3 ciclos e não havendo resposta, o caso será considerado resistente às drogas.

3. Os critérios de avaliação do tratamento, toxicidade e resposta, serão os usados internacionalmente.



### 3. FORMAS ESPECIAS

#### 1. CÂNCER BILATERAL

O câncer bilateral da mama pode ser sincrônico ou assincrônico.

##### SINCRÔNICO

Para fins terapêuticos, é aquele que é detectado, simultaneamente em ambas as mamas, antes da realização do primeiro tratamento.

- a. Operável — quando obedece de ambos os lados os critérios estabelecidos para o câncer operável unilateral.

CONDUTA: Idêntica à do câncer unilateral para cada mama.

- b. Inoperável — quando não obedece de um ou ambos os lados os critérios estabelecidos para o câncer operável unilateral.

CONDUTA: Idêntica à recomendada para o câncer inoperável unilateral, seja localmente adiantado de um ou de ambos os lados ou com metástases à distância.

##### ASSINCRÔNICO

Para fins terapêuticos é aquele que é detectado após o tratamento da primeira mama afetada. Pode ser primitivo ou metastático.

- a. Primitivo — é difícil estabelecer se o câncer da segunda mama afetada é primitivo ou metastático. Os critérios são variáveis, discutíveis e falhos.

São considerados primitivos os casos:

1. Com tipo histológico diferente;
2. Com tumor único;
3. Sem metástase à distância do câncer da primeira mama;
4. Sem sinais de disseminação local a partir da primeira mama afetada;
5. Cujo tumor esteja localizado no parênquima glandular e não nos tecidos de revestimento de glândula;
6. Com áreas de transição nas imediações do tumor (hiperplasias epiteliais com atipias, carcinoma in situ, etc.) exceto no carcinoma medular.

CONDUTA: Idêntica à formulada para o tratamento da primeira mama comprometida, enquadrando-a no esquema apresentado para os casos operáveis ou inoperáveis.

b. Metastáticos — quando não se enquadra nos critérios estabelecidos para o câncer primitivo.

CONDUTA: Idêntica à preconizada para o câncer inoperável da mama.

## 2. CÂNCER DA MAMA E GRAVIDEZ

### CASOS OPERÁVEIS

CONDUTA: Estádio I e II — Mastectomia a Patey  
Estádio III — Mastectomia radical.

A interrupção da gravidez será proposta até a 14ª semana de acordo com as normas deontológicas vigentes. A quimioterapia só será procedida se o parto ocorrer antes ou imediatamente após a mastectomia. Na vigência de viabilidade fetal deve-se antecipar o parto e tratar o câncer no período pós-parto com bloqueio não estrogênico da lactação. Gestações subseqüentes são desaconselhadas pelo menos a curto prazo, especialmente nos casos de pior prognóstico.

### CASOS INOPERÁVEIS

Individualmente para cada caso de acordo com o estadiamento clínico, idade de gestação, ritmo evolutivo do tumor e outros aspectos sociais, psicológicos, religiosos, podendo-se interromper a gestação ou antecipar o parto, enquadrando-se o câncer no mesmo esquema apresentado para o tratamento do câncer inoperável.

## 3. CÂNCER DA MAMA E LACTAÇÃO

CONDUTA: Interrupção da lactação, sem uso de estrogênio e tratamento do caso de acordo com a orientação seguida para o câncer operável ou inoperável.

## 4. CÂNCER INFLAMATÓRIO

O câncer inflamatório é uma forma clínica especial de câncer mamário que apresenta sinais inflamatórios, por vezes, assemelhando-se clinicamente às mastites. É de rápida evolução e mau prognóstico. Inexiste histopatologia peculiar que o diferencie dos demais tipos de carcinoma a não ser a presença de êmbolos neoplásicos nos linfáticos — cutâneos e subcutâneos. Trata-se de entidade clínica definida, cumprindo distingui-la do câncer com eventual infecção.

CONDUTA:

- a. Casos confinados à mama e axila — Quimioterapia (FAC). Havendo remissão do processo e das características agudas da doença e estando o caso enquadrado nos critérios preconizados para o câncer operável, indica-se a mastectomia radical complementando-se a seguir com a quimioterapia (FAC).

- b. Casos com metástases à distância — Quimioterapia (FAC). Cumpre proceder a terapêutica das manifestações locais e/ou loco-regionais de doença através dos demais métodos terapêuticos, além do tratamento sintomático e do amparo ao estado geral da enferma.

## 5. SARCOMAS

Em virtude da pequena freqüência e diversidade do comportamento biológico, o tratamento dos sarcomas deve ser programado com indicações individuais, baseado na história natural da doença, tipo histopatológico, fase evolutiva e condições gerais da enferma.

## 6. CÂNCER DA MAMA MASCULINA

Os critérios de operabilidade são idênticos aos já mencionados para o câncer da mama da mulher.

### CONDUTA:

- . Casos operáveis — Mastectomia radical seguida de autoplastia cutânea em virtude da escassez de pele. A quimioterapia adjuvante (CMF) obedecerá aos critérios adotados para o câncer da mama feminina.
  
- . Casos inoperáveis — Castração em qualquer idade seguida de quimioterapia (FAC).





C-433

**INCA - BIBLIOTECA**  
MEMÓRIA TÉCNICA  
Nº REGISTRO. 52  
EM 4 105 / 2010

433

~~**INCA. BIBLIOTECA**  
COMPRA   
DOAÇÃO   
PERMUTA   
Cr\$ 433  
N.º 18/10/84  
Em: 18/10/84~~

Memo 52  
27/05/2010

**CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO  
E TERAPÊUTICA**

**CÂNCER DE MAMA**

F  
61699449  
B823c



Brasil. Ministério da Previdência  
AUTOR cia e Assistência Social.

TÍTULO  
Condutas de diagnóstico e terapia  
pêutica. Câncer de mama.

Devolver em

Nome e n.º de Inscrição do leitor

21/11/85	Manuel de A. Marques
20/3/86	Rosana Augusto
05/05/86	Jocelyne da Queiroz Frote
06/05/86	Margarita S. Lima
22/9/86	<del>Ligiana</del>
6/5/87	Jose Alberto R.
01/10/87	Damiana C. de Silva
18/8/87	TAMES MPB
12/8/88	Rosalvo F. Oliveira
9/9/88	Dr. Léo Augusto D. do Carmo
28/10/88	Dr. Léo Augusto D. do Carmo

MOD. 4

F  
616.99449  
TB 823C

INca. 433/83

Devolver em

Nome e n.º de Inscrição do leitor

30/5/89

Maria Cesar Gomes

8/8/89

Luís Augusto d. do Carmo

16/8/89

Luís Augusto d. do Carmo

24/9/89

Luís Augusto d. do Carmo

7/6/90

R. 237 curaçá plástica  
Mário Agostinho da Silva

3/12/90

João Luís Costa

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social.  
AUTOR Conduas de diagnóstico e terapêutica. Câncer de mama.  
TÍTULO

**ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA ÚLTIMA DATA CARIMBADA**

21/11/85	29/9/89		
20/3/86	7/6/90		
05/05/86	3/12/90		
06/05/86			
22/9/86			
6/5/87			
01/6/87			
18/8/87			
12/8/88			
9/9/88			
28/10/88			
30/5/88			
8/8/89			
16/8/89			

MOD. 3

F  
616.99449  
13 823 C

INCa. 433/83



BIBLIOTECA DO C. E. DO I. N. Ca.

Autor .Brasil..Ministério.da..  
.Previdência.e.Assistência.Soc-  
cial. INAMPS.  
Titulo .Condução.de.diagnóstico  
e.terapêutica..Câncer.da.mama.

Nº Chamada .616.99449...F

Nº Registro 433/83.....

Prove que sabe honrar os seus  
compromissos devolvendo com pon-  
tualidade este livro à Bibliote-  
ca do C. E. do I. N. Ca.