

Perfil de Pacientes com Câncer de Mama em Quimioterapia Paliativa e uso de Cateter Venoso Central Totalmente Implantado: estudo retrospectivo

Carolina Santamaría González, Lailah Maria Pinto Nunes e Juliano dos Santos

OBJETIVOS

Objetivo geral: Descrever o perfil de mulheres com câncer de mama, em quimioterapia paliativa endovenosa e uso de Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVC-TI).

Objetivos específicos: Descrever o perfil das pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico paliativo em relação à idade, raça, variáveis antropométricas (peso e altura), hábitos e estilo de vida (tabagismo e etilismo) e comorbidades. Traçar o perfil das pacientes com câncer de mama em tratamento paliativo em relação às variáveis relacionadas à doença e às modalidades terapêuticas e variáveis relacionadas às características do acesso venoso ao longo dos diferentes momentos terapêuticos (neoadjuvância e/ou adjuvância e na palição).

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo longitudinal, com pacientes com câncer de mama em uso de cateter venoso central e submetidas a quimioterapia paliativa, atendidas na central de quimioterapia do Hospital do Câncer III do Instituto Nacional do Câncer (INCA) na Cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio de análise documental, a partir dos prontuários das pacientes, com vistas a obter informações sociodemográficas e relacionadas à doença e ao tratamento, nos diferentes momentos terapêuticos até a inserção de um cateter venoso central. Foram incluídas pacientes com diagnóstico de câncer de mama, que foram submetidas a inserção de Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVC-TI) em 2017 e que realizaram tratamento quimioterápico com finalidade paliativa, antecedido por quimioterapia neoadjuvante e/ou adjuvante.

O estudo foi aprovado (parecer nº 3.467.496) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida. Durante os meses de agosto a outubro de 2019 foram verificados os prontuários de todas as pacientes submetidas à inserção de CVC-TI durante o ano de 2017. No universo populacional de 100 pacientes que colocaram o dispositivo, 39 pacientes atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados por meio de instrumento próprio e contemplou variáveis sociodemográficas (idade, raça/cor), antropométricas (peso e altura), que permitiu calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), hábitos e estilo de vida (tabagismo e etilismo) e comorbidades; variáveis relacionadas à doença (diagnóstico histológico, estadiamento clínico, grau de diferenciação, perfil imuno-histoquímico – HER 2, receptores de estrógeno e progesterona e índice de proliferação celular Ki67 – tratamentos prévios (hormonioterapia e radioterapia), variáveis relacionadas à neoadjuvância e adjuvância, variáveis relacionadas a cirurgia (tipo, linfedema e linfadenectomia) e variáveis relacionadas a quimioterapia paliativa.

Foi realizada análise descritiva dos dados e calculadas médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas, bem como as frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas.

RESULTADOS

Tabela 1. Distribuição de pacientes (n=39) com câncer de mama em quimioterapia paliativa, segundo características sociodemográficas e da doença. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Variáveis sociodemográficas e relacionadas à doença	n	%
Idade (em anos): Média (DP)	53,1 (12,2)	
20-29	1	2,6
30-39	5	12,8
40-49	9	23,1
50-59	11	28,2
≥ 60	13	33,3
Raça		
Branca	16	41,0
Não branca	23	59,0
Índice de Massa Corporal - IMC: Média (DP)	29,5 (5,2)	
Eutrófico	8	20,5
Sobrepeso	14	35,9
Obesidade	17	43,6
Excesso de peso (Sobrepeso + Obesidade)	31	79,5
Tabagismo	15	38,5
Etilismo	14	35,9
Hipertensão arterial	13	33,3
Diagnóstico histopatológico		
Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI)	37	94,9
Carcinoma Lobular Infiltrante (CLI)	2	5,1
Estadiamento clínico no momento do diagnóstico		
Inicial	5	12,8
Localmente avançado	34	87,2
Grau de Diferenciação (N=38)		
Grau I	1	2,6
Grau II	18	47,4
Grau III	19	50,0
Her 2 positivo (N=36)	8	22,2
Receptor de estrógeno positivo (N=38)	26	68,4
Receptor de progesterona positivo (N=38)	22	57,9
Tumor triplo negativo (N=38)	6	15,8
Ki67 (N=27): Média (DP)	49,8 (22,4)	
Segundo tumor primário de mama	7	17,9
Câncer de mama bilateral	7	17,9

Tabela 2. Distribuição de pacientes (n=39) com câncer de mama em quimioterapia paliativa, segundo variáveis relacionadas ao tratamento e às características do acesso venoso. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Variáveis relacionadas ao tratamento	n	%
Radioterapia	32	82,1
Hormonioterapia	23	59,0
Quimioterapia intravenosa neoadjuvante		
Realizou neoadjuvância*	29	74,4
Iniciou a neoadjuvância por acesso venoso periférico (N=29)	29	100,0
Indicação de cateter venoso central na neoadjuvância (N=29)	29	100,0
Inserção de cateter venoso central na neoadjuvância	2	6,9
Quimioterapia neoadjuvante e cirurgia (N=29)	25	86,2
Protocolos utilizados na neoadjuvância		
AC+TXT	15	51,7
AC+TXT+HCP	4	13,7
FAC+TXT	3	10,3
AC+TAXOL	1	3,4
FAC3+TXTx3 (Neosamba)	3	10,3
Outros**	4	13,7
Cirurgia	35	89,7
Cirurgia conservadora (N=35)	11	31,4
Reabordagem com cirurgias não conservadoras (N=11)	4	36,4
Linfadenectomia (N=35)	34	97,1
Linfedema (N=34)	14	41,2
Quimioterapia intravenosa adjuvante		
Realizou adjuvância	14	35,9
Iniciou a adjuvância por acesso venoso periférico	12	85,7
Indicação de cateter venoso central na adjuvância (N=14)	10	71,4
Inserção de cateter venoso central na adjuvância	1	7,1
Quimioterapia adjuvante e cirurgia	14	100,0
Protocolos utilizados na adjuvância		
HCP	3	21,4
AC+TXT	3	21,4
AC	2	14,2
AC+TXT+HCP	2	14,2
CTX+TXT	1	7,1
CMF	1	7,1
ADM+CMF	1	7,1
ADM	1	7,1
Características do acesso venoso		
Visualização do acesso venoso periférico no 1º ciclo de quimioterapia (N=38)		
Visível	27	71,1
Difícil visualização	11	28,9
Indicação de cateter venoso central no 1º ciclo de quimioterapia	38	97
Total de ciclos de quimioterapia por acesso venoso periférico (Neoadjuvância e Adjuvância) (N=39): Média (DP)	8,9 (4,5)	
Total de ciclos de quimioterapia por cateter venoso central (Neoadjuvância e Adjuvância) (N=3): Média (DP)	10,0 (1,7)	

* 4 pacientes realizaram neoadjuvância e adjuvância.
** Taxel (n=2); AC = Taxel (n=3); FAC = Taxel + HCP (n=1)

Tabela 3. Distribuição de pacientes (n=39) com câncer de mama, segundo variáveis relacionadas à quimioterapia paliativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017.

Variáveis relacionadas a quimioterapia paliativa intravenosa	n	%
Iniciou a palição por acesso venoso periférico (N=39)	29	74,4
Total de ciclos de quimioterapia paliativa por acesso venoso periférico (n=29): Média (DP)	7,4 (5,7)	
Indicação de cateter venoso central durante a quimioterapia paliativa (N=39)	26	66,7
Inserção de cateter venoso central na palição (N=39)	36	92,3
Total de ciclos de quimioterapia paliativa por acesso venoso central (N=39): Média (DP)	8,9 (10,1)	
Intervalo entre o último tratamento quimioterápico e a data do óbito (N=28): Média em dias (DP)	55,5 (37,9)	
Total de linhas de tratamento quimioterápico paliativo: Média (DP)	4,0 (2,0)	
Óbito (N=39)	29	74,4

DISCUSSÃO

Em consonância com a literatura, que evidencia mulheres a partir de 50 anos estão mais propensas a desenvolver o câncer de mama, no presente estudo, a maior parte das pacientes tinham 60 ou mais anos e a média de idade foi de 53 anos. Assim como outros tipos de câncer, o risco de desenvolver câncer de mama aumenta com o avançar da idade, fator de risco não modificável.¹ Outros fatores comportamentais e/ou ambientais de risco para o câncer de mama tais como o sobrepeso/obesidade após a menopausa, o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas são considerados modificáveis e devem ser evitados.¹ Neste sentido, as altas prevalências de excesso de peso e tabagismo chamou atenção e podem ser considerados achados importantes, visto que estão relacionados à história natural da doença. A obesidade está relacionada à morbimortalidade relacionada à doença², aumentando o risco de recorrência e diminuindo a sobrevida.³ Pode-se inferir que o perfil de obesidade observado entre os indivíduos estudados provavelmente reflete a tendência observada na população geral brasileira quanto à obesidade. No que tange ao tabagismo, a prevalência foi maior do que a observada nos inquéritos populacionais brasileiros, que têm evidenciado quedas significativas. Similarmente, às neoplasias, a hipertensão arterial sistêmica também apresenta uma incidência crescente com a idade, de tal forma que ambas as doenças compartilham de alta associação e algumas drogas antineoplásicas podem induzir ou agravar quadros hipertensivos.⁴ No presente estudo, a prevalência dessa comorbidade foi de 33,3%, taxa superior à observada na população brasileira.

A raça/cor negra está associada a pior prognóstico, barreiras no acesso aos serviços de saúde, diagnóstico tardio, maior morbimortalidade, atrasos no itinerário terapêutico e, conseqüentemente, aumento nos custos dos serviços de saúde.^{5,6} A maioria das pesquisadas era não brancas.

Estima-se que 80% a 90% dos casos de câncer de mama são do tipo histológico Carcinoma Ductal Infiltrante (CDI).⁷ Este foi o mais prevalente no estudo, contemplando quase a totalidade (94,9%) das pacientes estudadas. É importante destacar que esse tipo histológico está associado a um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico.^{8,9}

Na população estudada, 87,2% das pacientes apresentaram doença localmente avançada ao diagnóstico (estadiamento III) e em consonância com esse achado, predominou a realização de quimioterapia neoadjuvante e cirurgias radicais, enquanto apenas 35,9% realizaram quimioterapia adjuvante e apenas 31% cirurgias conservadoras. Portanto, considerando a taxa de doença localmente avançada, a alta prevalência de tratamento neoadjuvante era esperada, assim como a alta prevalência de cirurgias radicais (mastectomias). Após a neoadjuvância, 86,2% das pacientes foram submetidas a cirurgia, evidenciando citorredução tumoral e provavelmente uma cirurgia menos agressiva. Contudo, das pacientes que foram submetidas a cirurgia conservadora, 36,4% foram reabordadas posteriormente com procedimentos cirúrgicos radicais, evidenciando provável recidiva local¹⁰.

A quimioterapia adjuvante é indicada para pacientes portadoras de doença de mama em estágio inicial e/ou com alto risco de recorrência da doença.¹⁰ Refletindo a alta prevalência de doença localmente avançada, essa modalidade terapêutica contemplou apenas 35,9% dos sujeitos da pesquisa.

Em consonância com as diretrizes do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) para o tratamento de tumores invasivos, os esquemas terapêuticos mais usados na neoadjuvância e adjuvância foram aqueles que continham antraciclina e taxanos na sua composição, tais como a Doxorubicina e o Docetaxel respectivamente, seguidos por Trastuzumabe para tratamento das pacientes com superexpressão do oncogene Her2.

A totalidade das pacientes do estudo realizou quimioterapia paliativa, modalidade terapêutica onde não há intenção de cura, mas controle de sintomas e promoção da qualidade de vida. Observou-se grande variação nos protocolos quimioterápicos paliativos e esse achado reflete o fato de não existir um protocolo padrão ouro, sendo a escolha dependente de uma combinação de fatores clínicos, radiológicos, histopatológicos relacionados ao tumor, entre outros.^{2,11}

Considerando as características físico-químicas dos medicamentos que compuseram os protocolos prescritos e as recomendações da *Infusion Nurses Society* (INS), a maioria das mulheres pesquisadas (97,0%) teve indicação de CVC a partir do primeiro ciclo de quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante. Todas as pacientes que receberam quimioterapia neoadjuvante tinham indicação para inserção de Cateter Venoso Central (CVC), no entanto, contrariando essas recomendações, todas as pacientes iniciaram a neoadjuvância por acesso venoso periférico e apenas 6,9% implantaram cateter durante esse momento terapêutico. Padrão similar foi observado na adjuvância, onde 71,4% tinham indicação de CVC e apenas 7,1% realizou a inserção deste dispositivo. Na quimioterapia paliativa 74,4% das pacientes tinham indicação de CVC, no entanto 92,3% foram submetidas a inserção, evidenciando um padrão diferente do observado na neoadjuvância e adjuvância. Esse achado nos permite inferir que para a população estudada, o critério de elegibilidade utilizado para definir o momento da inserção do CVC foi a deterioração da rede venosa e não as características dos medicamentos. Os enfermeiros oncologistas têm papel primordial na escolha do sítio de punção periférica ideal e do dispositivo mais apropriado para administração de quimioterapia, prevenção de complicações relacionadas à infusão e identificação de pacientes que podem se beneficiar de um CVC.¹² No cenário da enfermagem oncológica vem crescendo a discussão sobre criação de times de acesso vascular, caracterizado como um grupo estruturado de profissionais de enfermagem que possuem conhecimento avançado para práticas seguras relacionadas à terapia infusional.¹³ Sendo assim, com o objetivo de promover assistência de enfermagem segura, reduzir o estresse e o sofrimento dos usuários e profissionais de saúde, reduzir o índice de complicações e melhorar a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde e, mediante o perfil das pacientes em quimioterapia paliativa atendidas na instituição da pesquisa, recomenda-se a criação de um time de terapia infusional que com base na realidade institucional e nas necessidades das pacientes possa estabelecer os critérios, bem como o momento terapêutico oportuno para inserção de CVC.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA) 2020.
2. Doenças da mama. Guia Prático baseado em Evidências. Ed. Atheneu. São Paulo, 2011.
3. Berlitz G, LIS, Price KN, et al. Body mass index as a prognostic feature in operable breast cancer: The International Breast Cancer Study Group experience. *Ann Oncol*, 2004; 15: 875-884.
4. Cardioncologia na prática clínica. Ed. Manole, 2020.
5. S. G. K. and G. K. O. Jemal A. AO - Singh. Socioeconomic and racial/ethnic disparities in cancer mortality, incidence, and survival in the United States, 1950-2014: over six decades of changing patterns and widening inequalities. *J. Environ. Public Health* 2017; 2819372, 2017. <http://orcid.org/0000-0002-7820-0323>
6. STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). *World Cancer Report 2014*. Lyon: IARC, 2014.
7. Fundação Oswaldo Cruz em A mulher e o câncer de mama no Brasil 2 edição. Link: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>
8. Adair F, Berg J, Joubert L, Robbins GF. Longterm follow-up of breast cancer patients: the 30 year report. *Cancer* 1974;33:1145-50. IN: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revissao.pdf
9. Ketterhagen JP, Quakenbush SR, Haushalter RA. Tumor histology as a prognostic determinant in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1984;158:120-3. IN: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revissao.pdf
10. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Diretrizes para Carcinoma de Mama. 2017. <https://www.sbc.org.br/diretrizes-sbc-publico/item/carcinoma-de-mama>.
11. KATZ, Artur; et al. *Oncologia Clínica. Terapia Baseada em Evidências. Tumores Sólidos. Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês*. 3ª edição. Hospital Sírio Libanês. São Paulo, 2017.
12. Difficult intravenous access tool in patients receiving peripheral chemotherapy: A pilot-validation study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388915300077>
13. INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion therapy standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*, v. 39, n.15. Supplement to January/February, 2016.