

Autores: Da Silva, J. L.; Barbosa, K. J; De Paula, B. H. R.; Thuler, L. C. S.; De Melo, A. C.

Instituição: Instituto Nacional do Câncer

## OBJETIVOS

Avaliar diversos biomarcadores em câncer de mama triplo-negativo localmente avançado (CMTNLA): 1. Determinar a prevalência de um grande painel imunohistoquímico (AR, EGFR, CK5 / 6, CK14, CK17, CD117, p53, nível de Ki67, PD-L1 e PD-L2 na membrana de células tumorais e a descrição de infiltração tumoral mono-linfócitos PD-1 +, FOXP3 +, CD4 +, CD8 +, CD3 +, CD56 +, CD68 + e / ou CD14 +), antes e depois da quimioterapia neoadjuvante. 2. Relacionar os biomarcadores com Sobrevida Livre de Doença (SLD), Sobrevivência Global (SG) e Resposta Patológica Completa (RPC). 3. Avaliar se a negativação dos biomarcadores pós-quimioterapia influencia SLD e SG. 4. Verificar se existe alguma associação entre variáveis sociodemográficas com OS, DFS e CPR.

## MÉTODOS

Coorte com dados retrospectivos em prontuário; avaliação patológica e imuno-histoquímica da core biopsy e da peça cirúrgica; análise estatística por SPSS.

## RESULTADOS

Alguns dados sociodemográficos descritivos serão apresentados. 236 pacientes elegíveis, média de idade 49,68a, brancos (47,03%), escolaridade inferior a 8 anos (44,06%), distância média domiciliar de 36,12 Km (DP ± 42,9). 235 casos de CDI, G3 (60,16%), cT3-4 (86,44%), LFN+ (74,5%), Ec III (85,16%). 94,04% foi exposta a regime com taxane-antracíclico, média 6,97 ciclos (DP ± 1,21). 10 pacientes receberam platina (média de 3 ciclos, DP ± 0,20), 6 foram expostas à capecitabina (média 3 ciclos, DP ± 1,60) e 11 pacientes submetidas à radioterapia. Cirurgia radical realizada em 230 e disseção axilar em 205. Tempo médio para início do tratamento 62,29 dias (DP ± 58,04), tempo médio de tratamento 140,2 dias (DP ± 38,58) e tempo médio de término da quimioterapia para cirurgia 82,67 dias (DP ± 180,06). A taxa de RCP foi de 20,76%. 92 (38,98%) recaíram e 85 (36,01%) morreram até o momento.

## CONCLUSÕES

Esse é o primeiro painel brasileiro de biomarcadores em de CMTNLA. As análises patológicas, imuno-histoquímicas e de sobrevida ainda estão em andamento.

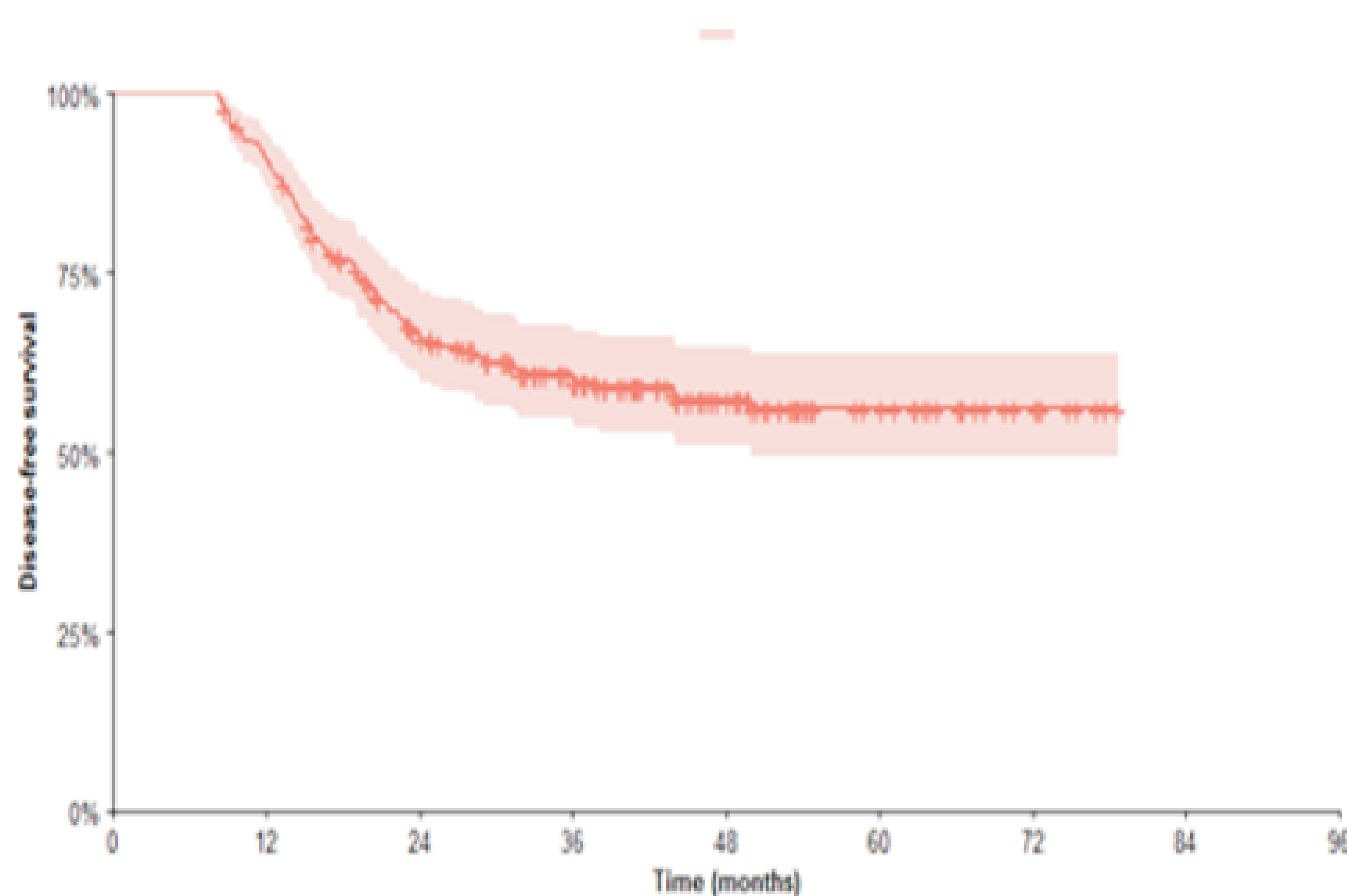


Fig.1 – DFS (all patients)

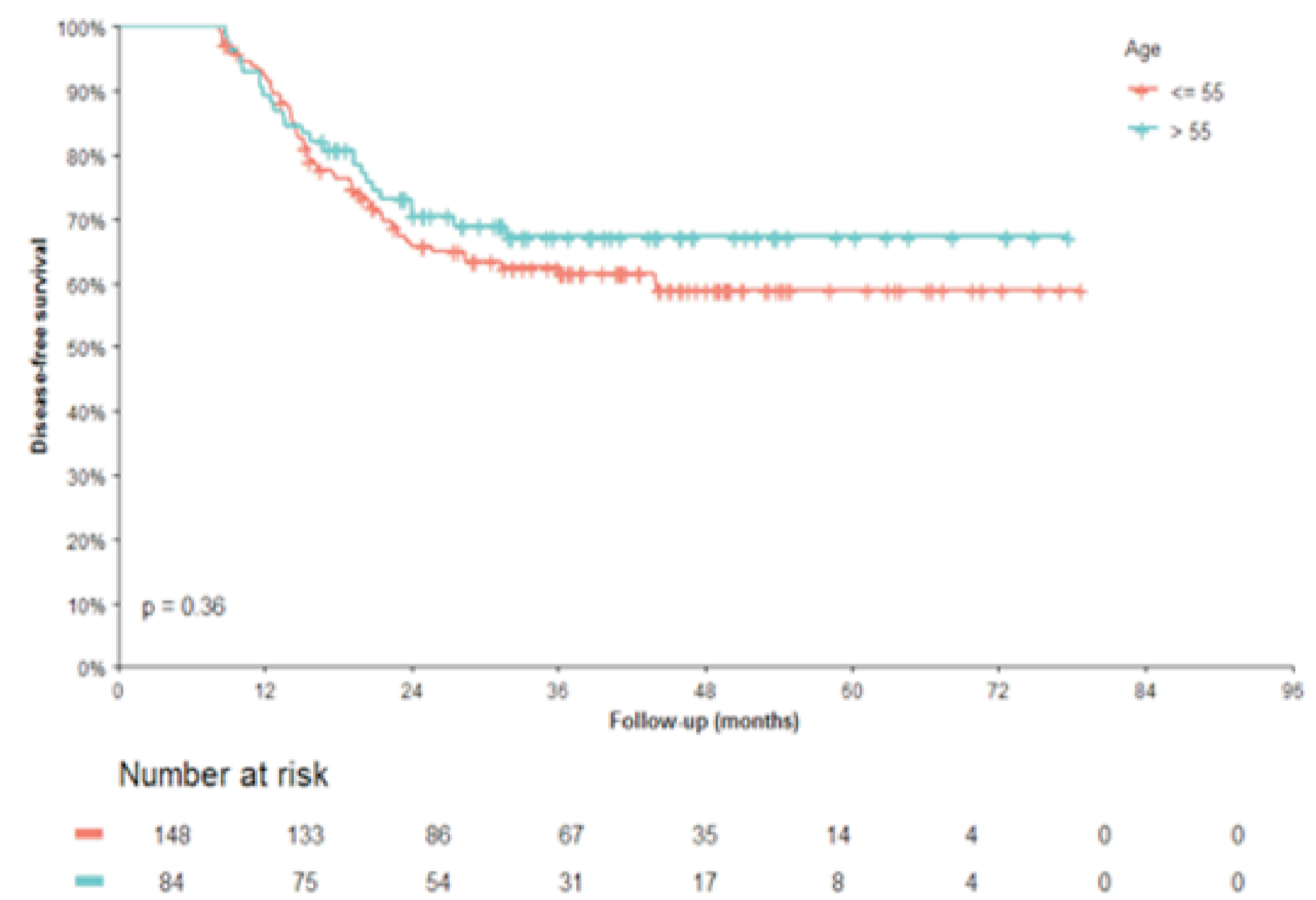


Fig.2 – DFS by age

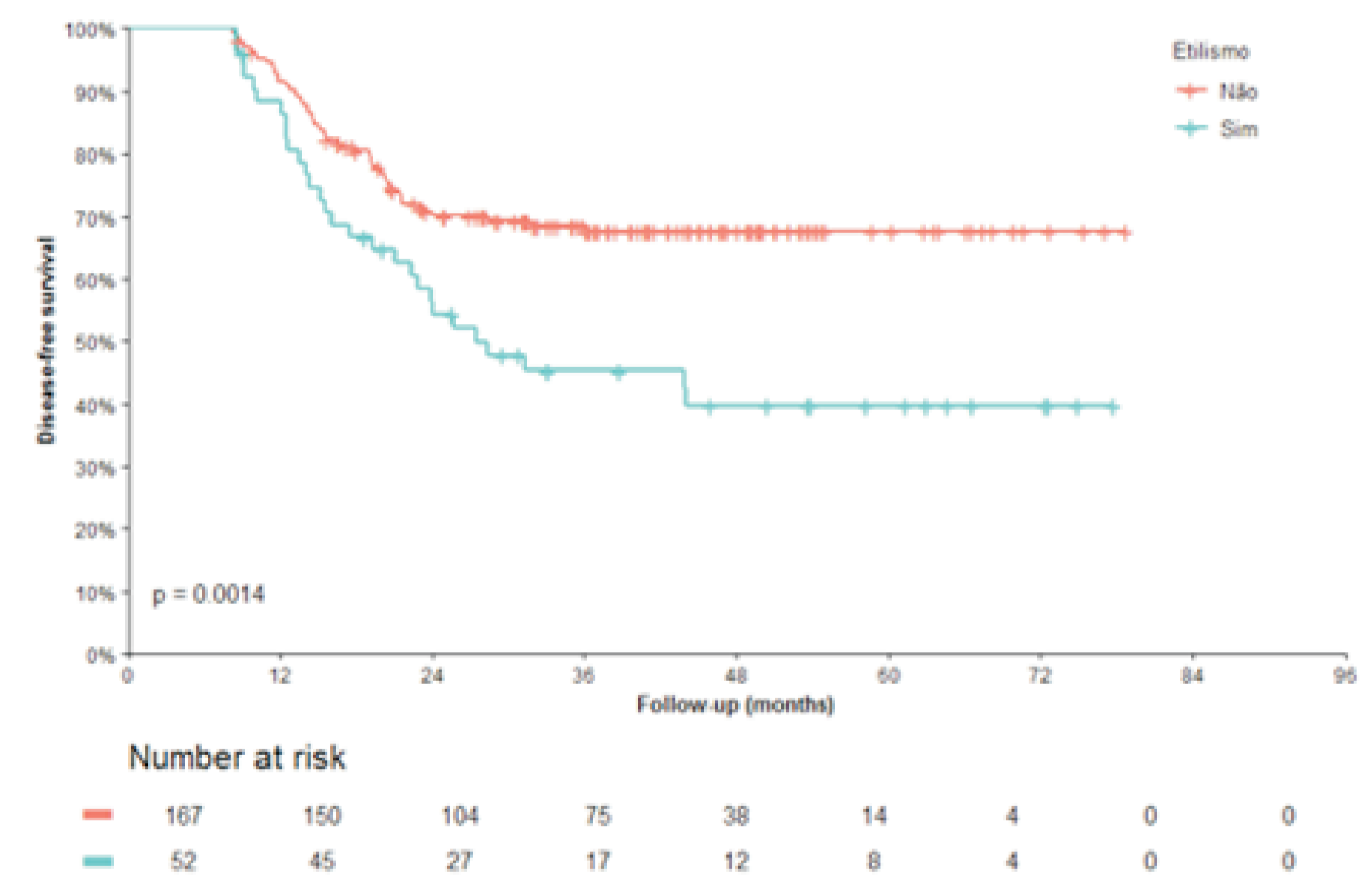


Fig.3 – DFS by alcoholism status

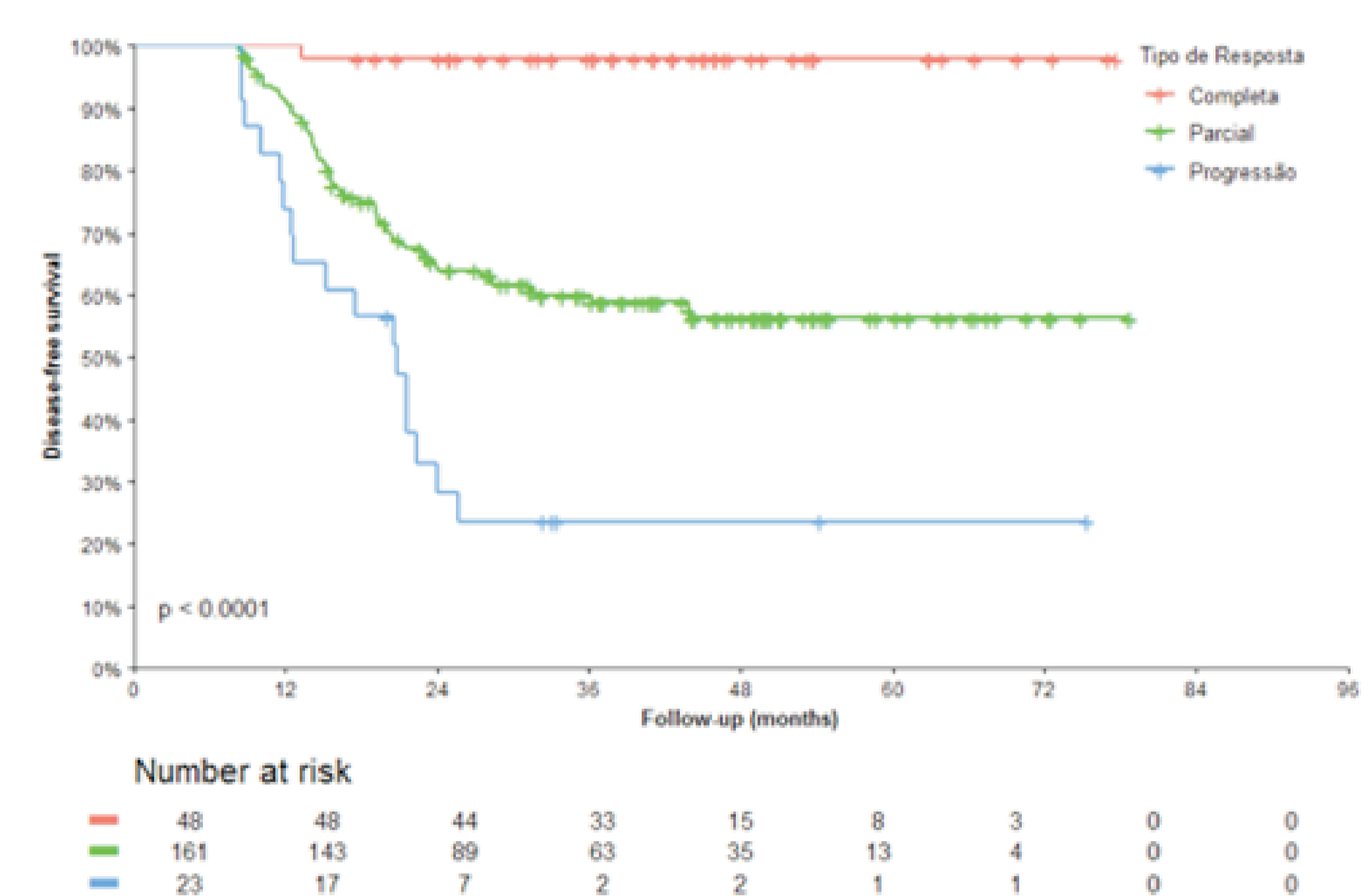


Fig.4 – DFS by reponse type

## REFERÊNCIAS

- Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61:69.
- Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- Perou C, Sorlie T, Eisen MB, et al: Molecular portraits of human breast tumors. Nature 2006;747-752, 2000
- Dent R, et al. Triple-negative breast cancer: clinical features and patterns of recurrence. Clin Cancer Res. 2007;13:4429–34.
- Carey LA, et al. The triple negative paradox: primary tumor chemosensitivity of breast cancer subtypes. Clin Cancer Res. 2007;13:2329–34.
- Tischkowitz M, et al. Use of immunohistochemical markers can refine prognosis in triple negative breast cancer. BMC Cancer. 2007;7:134.
- Bauer KR, et al. Descriptive analysis of estrogen receptor (ER)-negative, progesterone receptor (PR)-negative, and HER2-negative invasive breast cancer, the so-called triple-negative phenotype: a population-based study from the California cancer registry. Cancer. 2007;109:1721–8.