

# ROTINAS DE MASTOLOGIA

## I. ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

### 1) Anamnese

### 2) Exame físico das mamas:

- Descrição obrigatória dos tópicos constantes da ficha padronizada:
  - inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas, axilas e região supra-clavicular. A palpação abdominal é realizada em casos de neoplasias malignas comprovadas ou em investigação (suspeita clínica ou radiológica).

### 3) Exames Complementares:

- Mamografia (MMG):
  - Base aos 35 anos.
  - Anual após os 40 anos.

Obs.: poderá ser indicada em pacientes com menos de 35 anos quando houver indicação clínica.

- Ultra-sonografia das mamas (USG): em pacientes com indicação clínica com menos de 35 anos de idade. Após 35 anos de idade será indicada em pacientes com mamas densas mamograficamente, quando houver indicação clínica e para a diferenciação da natureza (sólida ou cística) de lesões impalpáveis.

## II. CONDUTAS POR PATOLOGIA:

### 1) Alteração Funcional Benigna das Mamas (AFBM) :

- Afastar outras patologias, principalmente as malignas
- Orientação da paciente, esclarecendo a situação, procurando assegurar-lhe a ausência de doença maligna e informando sobre a fisiologia do aparelho reprodutor e das glândulas mamárias.
- Permitido o uso de analgésicos, como acetominofem e ácido acetil salicílico em casos selecionados;
- Deve ser incentivado o uso de sutiã e pode ser indicado o uso de calor úmido sobre as mamas;

### 2) Nódulos:

#### A. Nódulos palpáveis:

Nódulo cístico: Terão indicação de punção guiada quando maiores do que 15 mm, paredes internas lisas e conteúdo anecóico.

Exérese cirúrgica em caso de: lesão residual; recidiva após menos de 90 dias; conteúdo sanguinolento à PAAF, quando o exame ultra-sonográfico for indeterminado, apresentar suspeita de malignidade ou volumosos - conteúdo superior a 50 ml.

Cistos indeterminados: Caracterizados por poucos ecos internos, com debris; separações (finas e espessas), com paredes espessadas e os aglomerados de cistos.

- \* Follow-up - com septações finas;
- \* Exame histopatológico: septações espessas  
paredes espessas

- atenção: cistos com massas no interior ou com formas irregulares - exame histopatológico.

Nódulo sólido: PAAF/ Core biópsia e exérese cirúrgica. Podem permanecer em observação clínica - nódulos pequenos, em pacientes com menos de 18 anos de idade

(pela possibilidade de recidivas freqüentes - obrigando a múltiplas cicatrizes cirúrgicas).

mamografia em casos selecionados

nódulo sólido: conduta baseada no exame triplo ( exame físico+mamografia+PAAF), ou seja:

biópsia (core ou cirúrgica) se pelo menos um dos exames o indicar; observação clínica: em pacientes com nódulo compatível com lipoma, em pacientes com fibroadenomas calcificados

(calcificações grosseiras) e em pacientes idosas em que as características são definitivamente de benignidade.

- exérese cirúrgica com margem de segurança, mesmo em nódulos considerados benignos, nos demais casos.

#### B. Nódulos impalpáveis:

- Diagnosticados por mamografia : Solicitar magnificação da lesão

a) nódulo sólido: - Nódulos com características de suspeição de malignidade têm indicação de biópsia (tipo de margens e densidade) e se as margens são ou não completamente visíveis.

- Os nódulos em que não se visualizam pelo menos 75% de suas margens, pela mamografia, têm indicação de biópsia.

- Nódulos com margens visualizadas em mais de 75% e são lisas, sem microlobulações, nem irregularidades, nem espiculações (BIRADS III) são acompanhadas por exame mamográfico semestral, durante 03 anos para confirmar a sua estabilidade, após o que voltarão ao acompanhamento habitual para a faixa etária da paciente. Os nódulos que apresentarem alterações de tamanho (crescimento) ou em suas características terão indicação de biópsia.

c) outras lesões não palpáveis:

1) Microcalcificações suspeitas : exérese por marcação estereotáxica +  
RX da peça cirúrgica

2) Distorção do parênquima : exérese por estereotaxia;

3) Densidades assimétricas

- Follow-up ou core-biópsia por estereotaxia de acordo com a lesão.

Uso ou não de TRH - decisão tomada de acordo com o grau de suspeição do laudo mamográfico.

Obs.: as decisões serão sempre tomadas levando-se em conta o laudo mamográfico, onde devem constar as categoria da lesão, de acordo com padronização recomendada pela I Reunião de Consenso da Radiologia para Padronização dos Laudos Mamográficos realizada em 19-04-1998 - CBR, SBM, FEBRASGO. Os exames realizados no Serviço de Radiologia Santa Casa, se necessário, podemos procurar o serviço para nos orientarem. Em casos de exames realizados em outros locais a decisão deverá ser tomada, preferencialmente, após contato com o serviço onde foi realizado o exame. Caso isto não for possível, a decisão deverá sair de uma reunião entre os membros da seção de Mastologia.

- Diagnosticados somente por ultra-sonografia: se os nódulos não forem mamograficamente visíveis a conduta se baseará nos aspectos descritos acima, quando descrevermos as características ultra-sonográficas dos nódulos.

### 3) Doenças Inflamatórias

- Mastites: antibioticoterapia e analgésicos
- Gelo local
- Estudo ultra-sonográfico
- Punção com agulha grossa e acompanhamento ultra-sonográfico da involução do processo;
- Drenagem com bisturi se não for conseguido êxito com a tentativa de controle descrito acima.

2. abscesso periareolar recidivante: antibioticoterapia

- Cirurgia para exérese da lesão

3. outras: tratamento específico para o caso.

### 4) Tratamento do Câncer de Mama

#### A. Operável:

- são considerados operáveis os tumores com até 05 cm de diâmetro (N0, N1 e N2) , sem comprometimento axilar importante (N0, N1) e sem metástases à distância.

- o tratamento de escolha para tumores até 03 cm é o conservador: tumorectomia alargada/esvaziamento axilar e quadrantectomia/esvaziamento axilar - sempre seguidos de radioterapia sobre a mama, com reforço no leito cirúrgico;

- as mastectomias radicais modificadas - Pattey e Madden - serão realizadas em tumores maiores ou quando não haja uma boa proporção entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama que permitam um resultado estético satisfatório;

- a mastectomia radical a Halsted só será realizada em caso de comprometimento extenso do músculo grande peitoral.

- também será realizada mastectomia radical modificada em casos em que se contra-indicam o tratamento conservador, como: presença de doenças do colágeno ou gravidez e quando as pacientes não possam permanecer em follow-up adequado;

- as pacientes e seus familiares serão informados das possibilidades terapêuticas e participarão da escolha da indicação - contando, também, com o apoio do serviço de psicologia;
- só será indicado radioterapia adjuvante em casos tratados com mastectomias quando houver comprometimentos extensos do músculo grande peitoral, ou dos linfonodos axilares - onde não for possível um esvaziamento completo.
- a quimioterapia adjuvante estará indicada em todos os casos de pacientes na pré-menopausa e até 05 anos após a menopausa.
- após 05 anos de menopausa poderá ser indicada hormonioterapia adjuvante, sem quimioterapia, em casos de axilas negativas, ou com  $\leq 4$  linfonodos comprometidos (e com outros fatores de prognóstico satisfatórios). Nos demais casos, as pacientes, também, serão encaminhados à Oncologia Clínica.
- poderá ser oferecida a possibilidade de reconstrução imediata às pacientes com indicação de mastectomia, em conjunto com a Cirurgia Plástica.
- todas pacientes com nódulos mamários (benignos ou suspeitos) devem ser encaminhados ao Serviço de Psicologia antes da cirurgia ou de tratamento para tratamento neoadjuvante. Assim como, as pacientes portadoras de neoplasias malignas são atendidas em esquema próprio pelas psicólogas.

As demais possibilidades de tratamento, principalmente para o Carcinoma in situ, Carcinoma de Paget, Carcinoma Inflamatório, Carcinomas Especiais serão analisadas em reunião do Serviço.

#### Rastreamento de Metástases:

#### Pré-operatório:

- Dosagem de fosfatase alcalina
- Bilirrubinemia
- Ultra-sonografia do andar superior do abdomen
- Raios X tórax AP/Perfil
- Raios X de bacia e coluna lombo-sacra

#### Pós-operatório:

- Exame físico: mensal ( nos primeiros três meses), trimestral (no primeiro), semestral ( após o segundo anos);
- Mamografia: anual
- Ultra-sonografia do andar superior do abdomen: anual
- Raios X tórax AP/Perfil: anual
- Exame de sangue: dosagem de fosfatase alcalina, gama glutamil transferase, bilirrubinas e Ca 15.3 (anual)

## B. Inoperável:

As pacientes serão encaminhadas para o tratamento indicado em cada caso, ressaltando-se a possibilidade de tratamento neo-adjuvante (quimioterapia) para tumores maiores de 05 cm com a finalidade de se realizar mastectomias radicais ou cirurgias conservadoras em caso de resposta eficaz (T3NOM0).

O follow-up será realizado de acordo com o tipo de metástase apresentada.

## PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CA DE MAMA

### ROTINAS PARA O TRATAMENTO

#### Estadio 0 (CDIS)

- 1) Consulta médica
- 2) Avaliação da mamografia
- 3) Nódulo palpável: biópsia cirúrgica ou core biópsia
- 4) Nódulo impalpável: biópsia guiada por mamografia (estereotaxia) ou por ultra-sonografia (se a lesão for visível por este método), ou core biópsia guiada por mamografia ou por ultra-sonografia
- 5) Exame histopatológico
- 6) Pré-operatório: hemograma, coagulograma, tipagem sangüínea, bioquímica, análise sumária de urina, radiografia simples de tórax AP/Perfil, ECG, consulta médica com cardiologista
- 7) Tratamentos possíveis: a) tumorectomia mais raditoterapia; b) tumorectomia; c) mastectomia simples
- 8) Internação: tumorectomia: 01 dia  
mastectomia simples: 02 dias

9) Observações: a escolha do tratamento pode seguir, por exemplo, o índice prognóstico de Van Nuys ( anexa). Recomendações básicas:

- Indicação absoluta de mastectomia simples: mais de 02 tumores primários na mesma mama; microcalcificações difusas aparentemente neoplásicas; persistência de margens positivas após ressecções cirúrgicas;
- Possibilidade de tratamento conservador com radioterapia: margens livres; quando não houver aparência de multicentricidade ou microcalcificações suspeitas difusas, sem comprometimento intraductal extenso por mais de 04 cm.

Nos casos de o DCIS ter sido diagnosticado por microcalcificações, uma nova mamografia deve ser realizada antes do início da radioterapia - se persistirem as microcalcificações, elas devem ser retiradas;

- Requisitos para o tratamento conservador sem radioterapia: tumor de baixo grau, de volume pequeno, com margens nitidamente livres;
- Esvaziamento axilar: não está indicado, contudo pode se realizar esvaziamento ou amostragem do nível I, durante a mastectomia simples, em casos de tumores de alto grau ou com comprometimento intraductal extenso ( pelo risco de carcinomas microinvasivos ou invasões não diagnosticadas). Os linfonodos clinicamente suspeitos devem ser retirados e

examinados histopatologicamente (de preferência por congelação), a positividade indica esvaziamento dos níveis I e II.

## Estadio I

- 1) Consulta médica
- 2) Avaliação da mamografia

### A: tumor palpável

- PAAF
- Biópsia excisional (com margens)
- Pré-operatório: hemograma, coagulograma, tipagem sanguínea, bioquímica, análise secundária de urina, raios X de tórax AP/Perfil, ECG, consulta médica com cardiologista
- Exame histopatológico
- Margens livres = tratamento : esvaziamento axilar ou mastectomia radical modificada (MRM);
- Margens comprometidas = MRM, ou:
  - re-excisão  $\Rightarrow$  margens livres  $\Rightarrow$  esvaziamento axilar
  - $\Rightarrow$  margens comprometidas  $\Rightarrow$  MRM

### B: tumor impalpável

#### 1ª opção:

- Core biópsia guiada por mamografia ou ultra-sonografia (se visível)
- Raios X da peça cirúrgica (obrigatória em microcalcificações e nódulos)
- Exame histopatológico
- Pré-operatório: idêntico ao do tumor palpável
- Tumorectomia alargada
- Histopatológico= verificação das margens cirúrgicas (preferencialmente por congelação)
- Esvaziamento axilar : em caso de margens livres, ou:
- Margens comprometidas: re-excisão  $\Rightarrow$  exame histopatológico  $\Rightarrow$



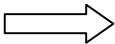
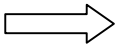
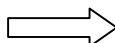
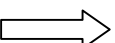
$\Rightarrow$  margens livres  $\Rightarrow$  esvaziamento axilar

$\Rightarrow$  margens comprometidas  $\Rightarrow$  MRM

- Exame histopatológico

#### 2ª opção:

- Biópsia cirúrgica guiada por mamografia ou ultra-sonografia (se visível)
- Raios X da peça cirúrgica (obrigatória em microcalcificações)
- Exame histopatológico

- Esvaziamento axilar em caso de margens livres, ou:
- Re-excisão:  com margens comprometidas  ex. histopatológico  
 margens livres  esvaziamento axilar;  
 margens comprometidas:  MRM

4) Dosagem de receptores hormonais

5) Radioterapia- nos casos de tratamento conservador

6) Tratamento sistêmico; Qt ou Ht

7) Tempo de Internação:

- Biópsia excisional ou tumorectomia: 01 dia
- Esvaziamento axilar com ou sem tumorectomia ou quadrantectomia: 03 dias
- MRM: 05 dias

Estadio IIa:

1) Exame histopatológico

2) Dosagem de receptores hormonais

3) Pré-operatório: idêntico ao do Estadio I

4) Tratamento cirúrgico: a) quadrantectomia com esvaziamento axilar

- Indispensável a obtenção de margens livres: já por ocasião da biópsia cirúrgica, ou pela quadrantectomia, ou em re-excisão após esta;

b) MRM;

5) Radioterapia: em caso de tratamento conservador

6) Tratamento sistêmico

7) Tempo de internação:

- Biópsia cirúrgica: 01 dia
- Quadrantectomia com esvaziamento axilar: 03 dias
- MRM: 05 dias

Estadio IIb:

1) Consulta médica

2) Avaliação da mamografia

3) PAAF

4) Core biópsia ou biópsia cirúrgica

5) Exame histopatológico

6) Dosagem de receptores hormonais

7) Pré-operatório: os mesmos de EI e EII, mais: cintigrafia óssea, ultra-sonografia abdominal, provas de função hepática e dosagem de CA 15.3

8) Tratamento cirúrgico: a) quadrantectomia com esvaziamento axilar (margens livres, como em IIA); b) MRM

9) Radioterapia em caso de tratamento conservador

10) Tratamento sistêmico

11) Tempo de internação: id de EIIa



### Estadio III:

- 1) Consulta médica
- 2) Avaliação da mamografia
- 3) PAAF
- 4) Core biópsia (preferencialmente), ou biópsia incisional
- 5) Exame histopatológico
- 6) Dosagem de receptores hormonais
- 7) Risco cirúrgico: id de EIIb
- 8) Qt neoadjuvante - 03 ciclos
- 9) Consulta médica
- 10) Tratamento cirúrgico (pós quimioterapia): MRM
  - Permite-se- a quadrantectomia com esvaziamento axilar (pós redução do volume tumoral por quimioterapia) em casos selecionados - em serviços especializados e com protocolos rígidos
- 11) Exame histopatológico
- 12) Qt
- 13) RXT
- 14) Internação para a cirurgia: 05 dias
- 15) Seguimento pós-tratamento – Ambulatório de Mastologia
- 16) Radioterapia – Hospital Mário Kroeff
- 17) Quimioterapia – Hospital Mário Kroeff