

PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES SUBMETIDAS A “CORE BIOPSY” EM CUIABÁ - MT

PREVALENCE OF THE BREAST CANCER IN SUBMITTED WOMEN HER IT "CORE BIOPSY" IN CUIABÁ - MT.

RITAMARIS DE ARRUDA REGIS-BORGES¹, ARLINDO ABURAD², LAURAMARIS DE ARRUDA RÉGIS-ARANHA³, EDSON MENDES BORGES⁴.

1. Médica. Mestre em Saúde Coletiva, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Cuiabá, Supervisora da Residência Médica do Hospital Universitário Júlio Muller/Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil; 2. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia, Docente do Centro Universitário Cândido Rondon, Cuiabá, MT, Brasil; 3. Cirurgiã dentista. Doutor em Odontologia, Docente da Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde (UEA/ESA), Manaus, AM, Brasil; 4. Cirurgião Dentista, Especialista em Ortodontia, CENTER CLIN e Clínica Santa Felicidade, Cuiabá, MT, Brasil.

* Av. Constantino nº 2525, Parque dos Ingleses, Bloco 8B, Ap. 404, Chapada, Manaus, Amazonas, Brasil. CEP: 69.050-001. laura_regis@hotmail.com

Recebido em 21/08/2013. Aceito para publicação em 20/09/2013

RESUMO

O câncer de mama vem aumentando, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Este estudo tem por finalidade descrever pacientes submetidos a “core biopsy” de nódulos mamários guiados por Ultrassonografia mamária em Cuiabá correlacionando a faixa etária com o resultado anatomopatológico em 2009. Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com pacientes com idade entre 17 e 84 anos. A coleta de dados foi feita através das fichas dos pacientes. Foram analisados 278 exames de “core biopsy” e destes, 23% (64/278) tiveram resultado como sendo tumor maligno e 77% (214/278) com resultado de tumor benigno. O padrão observado em Cuiabá é semelhante ao observado em países mais desenvolvidos como Estados Unidos, Austrália e Reino Unido.

PALAVRAS-CHAVE: Ultrassonografia Mamária, biópsia, epidemiologia.

ABSTRACT

Breast cancer has been increasing, both in developed and in developing countries. This study aims at describing patients undergoing "core biopsy" of mammary nodules guided by mammary Ultrasound in Cuiabá correlating age with pathological result in 2009. Descriptive study, retrospective, with patients with age between 17 and 84 years. Data collection was done through patient charts. Analyzed 278 tests "core biopsy" and of these, 23% (64/278) tested as malignant and 77% (214/278) with the result of a benign tumor. The pattern observed in Cuiabá is similar to that observed in more developed countries like the United States, Australia and the United Kingdom.

KEYWORDS: Ultrasonography mammary, biopsy, epidemiology.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama vem aumentando, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento¹. Além disso, é o mais frequente e a principal causa de

morte por câncer entre as mulheres em todo o mundo^{2,3}.

No Brasil, o câncer de mama é considerado um problema de saúde pública⁴. A incidência dessa patologia vem aumentando, pois para 2010 foram esperados 49.240 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Já em 2012, foi estimado em 52.680, com risco de 52 casos a cada 100.000 mulheres. Além disso, existe variação entre as regiões do país. Em 2012, na região Sudeste o risco foi de 69/100.000, Sul 65/100.000, Centro-Oeste 48/100.000, Nordeste 32/100.000 e Norte 19/100.000 mulheres^{3,5}. Outrossim, existem diferenças quanto à faixa etária, observando-se taxa específica de 4 casos a cada 100.000 mulheres entre 40 e 49 anos e 5 casos a cada 100.000 mulheres com idade superior a 50 anos³.

O prognóstico do câncer de mama é relativamente bom se diagnosticado nos estágios iniciais^{6,7}. A taxa de mortalidade permanece elevada no Brasil, possivelmente por ser diagnosticado em estágio avançado⁷.

O histórico familiar, a idade, a menarca precoce, a menopausa tardia (após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, a nuliparidade, a ingestão regular de álcool e o processo de urbanização da sociedade constituem fatores de risco para o câncer de mama. Portanto, ações de educação em saúde, promoção, prevenção e formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos são ações necessárias para o enfrentamento dessa patologia^{2,3,5}.

As ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos do câncer de mama foram regulamentadas através da Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de Dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica⁸.

Segundo consenso da Sociedade Brasileira de Mas-

tologia⁹, os métodos de rastreamento do câncer de mama são: autoexame das mamas, exame físico das mamas, mamografia, ultrassonografia como método complementar da mamografia e ressonância magnética cuja indicação será em associação ou em alternância com a mamografia, somente em pacientes de alto risco genético.

Por sua vez, a Comissão Nacional de Mamografia recomenda os seguintes critérios para o rastreamento por imagem do câncer de mama no Brasil: no grupo de paciente entre 50 e 69 anos, recomenda o rastreamento mamográfico para esses grupos de mulheres; para as mulheres abaixo de 40 anos, que não são classificadas como alto risco, não recomenda o rastreamento mamográfico; para mulheres entre 40 e 49 anos, recomenda a mamografia; e para mulheres com 70 anos ou mais, sobretudo acima dos 75 anos, os dados disponíveis ainda são escassos¹⁰.

A mamografia permite o diagnóstico do câncer de mama em estágio precoce, levando a tratamentos cirúrgicos mais conservadores e à redução da taxa de mortalidade. No entanto, a sua falta de especificidade levou a necessidade de procedimentos complementares invasivos para diagnóstico de certeza¹¹.

Atualmente, os procedimentos complementares mais utilizados são a biópsia por agulha grossa, conhecida por “*core biopsy*”, e a Punção Biópsia Aspirativa com Agulha Fina (PBAAF)^{12,13}. A “*core biopsy*” tem sido utilizada em larga escala por permitir a obtenção de resultado histológico definitivo e cirurgias desnecessárias, em caso de apresentar um diagnóstico de benignidade¹².

É imprescindível ressaltar a importância da biópsia por agulha grossa orientada por ultrassonografia. Esse instrumento tem sido cada vez mais utilizado para o diagnóstico inicial do câncer de mama, pois, além de ser um procedimento relativamente mais barato, menos invasivo e guia procedimentos em lesões não palpáveis, possibilita análise histopatológica do tumor, ao contrário da punção por agulha fina, que possibilita apenas a análise citopatológica do material obtido^{14,12,13,15}. Além disso, dados da literatura indicam que a “*core biopsy*” possui sensibilidade e especificidade superiores às da punção biópsia aspirativa, tanto para o diagnóstico de lesões benignas quanto para o diagnóstico de lesões malignas^{12,13}.

No entanto, para Ribeiro-Silva (2012)¹⁶ e Galhardo *et al.* (2012)¹⁷ a “*core biopsy*”, mesmo sendo um bom método para se diagnosticar o câncer de mama, ela tende a subestimar a agressividade do tumor, principalmente em relação ao grau tumoral e a invasão linfocelular. Para Melo *et al.* (2003)¹² apresenta limitações.

Considerando os limitados dados epidemiológicos existentes, este trabalho tem por objetivo descrever a “*core biopsy*” de pacientes com nódulos mamários guiados por ultrassonografia, em Cuiabá, Mato Grosso, de

acordo com a faixa etária e resultado anatomopatológico. Os dados obtidos poderão auxiliar a vigilância epidemiológica em sua atuação, bem como o planejamento e desenvolvimento das políticas de saúde da população do município de Cuiabá e do Estado do Mato Grosso.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá – UNIC em 2010, registrado sob o número 195CEP/UNIC – protocolo número 2010-195 em 24/09/2010, que autorizou o início da realização da pesquisa a partir de setembro de 2010.

Por meio de um mapeamento da cidade de Cuiabá - MT, identificou-se um total de quatro Instituições de diagnóstico por imagem, sendo duas da rede pública e duas da rede privada.

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo dos prontuários das quatro instituições de diagnóstico por imagem, no período de janeiro a dezembro de 2009, em Cuiabá, Mato Grosso.

Tiveram como critérios de inclusão todas as pacientes do gênero feminino, maiores de 17 anos e submetidas previamente à ultrassonografia mamária com imagens nodulares suspeitas. Portanto, pacientes do gênero masculino, menores de 17 anos, exames de PAAF (Punção Aspirativa com Agulha Fina) e mastotomia foram excluídos do estudo.

Todas as pacientes foram submetidas ao “*core biopsy*” guiado por ultrassonografia mamária e somente após indicação do mastologista. As biópsias foram realizadas por uma médica radiologista com experiência no método em lesões palpáveis e não-palpáveis (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Ultrassonografia mamária com nódulo sólido hipoeico de contornos discretamente lobulados, localizados na mama esquerda.

As pacientes foram submetidas, primeiramente, à antissepsia local, anestesia local com 5 ml de solução de xilestesin/ sem vasoconstritor, seguido da introdução na mama de uma agulha com calibre 14X8 gauge, acoplada à pistola Pro-Mag 2.0 cm de excursão. O aparelho de

ultrassonografia utilizado foi da marca Medison, versão 8.800, com transdutor linear e Preset específico para mama, variando de 10 a 12 MHz. A critério da médica radiologista foram retirados, no mínimo, três fragmentos do nódulo, variando de três a cinco. Os fragmentos foram fixados em formol a 10% e encaminhados para exame histopatológico.



Figura 2. Ultrassonografia mamária com agulha da “core biopsy”(A) e (B).

Foram realizados 278 “core biopsy” em 267 pacientes entre 17 e 84 anos de idade, sendo que 11 pacientes, entre 17 e 84 anos de idade, realizaram duas vezes o exame por apresentarem dois tumores. O resultado anatomopatológico desses fragmentos colhidos foi incluído na categoria benigna ou maligna.

Para a realização da análise estatística utilizou-se o programa estatístico SPSS 17.0. Análises descritivas foram feitas através de medidas de posição e variação. Para as medidas de associação entre as variáveis dependentes e independentes foi usado o teste de qui-quadrado, com o intervalo de confiança de 95 % e nível de significância 5% ($p \leq 0,05$).

3. RESULTADOS

Um total de 278 exames de ultrassonografia mamária com “core biopsy” foram incluídos neste estudo. Duzentos e sessenta e nove (96,76%) são das instituições de diagnóstico por imagem da rede privada e nove (3,24%) provenientes das instituições de diagnóstico por imagem da rede pública.

Conforme mostra a Tabela 1, observa-se uma predominância de diagnóstico anatomopatológico benigno.

Tabela 1. Distribuição de frequência para a variável resultado do exame de “Core Biopsy” em pacientes de Cuiabá- MT no ano de 2009.

Resultado do exame	Frequência	%
Maligno	64	23,0
Benigno	214	77,0
Total	278	100,0

Dividindo a idade em quartil, pode-se observar uma quantidade maior de exames realizados na faixa etária entre 41 e 56 anos. Através do teste de qui-quadrado, houve uma associação significativa em nível de 5% ($p < 0,005$) entre idade e resultado maligno do exame anatomopatológico (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência e análise de qui-quadrado para câncer de mama com resultado maligno no ano de 2009 em Cuiabá-MT.

Resultado do exame	≤ 40 anos	De 41 a 48 anos	De 49 a 56 anos	≥ 57 anos	X ²
Maligno	3 (3,8%)	11 (14,7%)	17 (28,8%)	33 (50,8%)	0,001*
Benigno	76 (96,2%)	64 (85,3%)	42 (71,2%)	32 (49,2%)	
Total	79 (100%)	75 (100%)	59 (100%)	65 (100%)	

*Teste de qui-quadrado significativo ($p < 0,005$)

4. DISCUSSÃO

Apenas nove (3,24%) dos 278 exames de “core biopsy” são provenientes das instituições de diagnóstico por imagem da rede pública, em Cuiabá MT, no ano de 2009. Tal constatação precisa ser levada em consideração pelas autoridades em saúde, para que o diagnóstico precoce do câncer de mama não fique apenas ao alcance de uma pequena parcela da sociedade, aquela com melhor condição socioeconômica¹⁸.

Tal constatação corrobora com estudo realizado por Bim *et al.* (2010)¹⁸ em que foi identificada uma associação entre realização da mamografia com escolaridade e renda. Assim, quanto menor o nível de formação e a renda, mais escasso é o acesso ao exame de mamografia.

O diagnóstico precoce para o câncer de mama constitui um importante aliado para prevenir e também reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer. No caso de lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico, que pode ser citológico, por meio de Punção Aspirativa

por Agulha Fina (PAAF), ou histológica, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional⁷.

Há um consenso no sentido de a “*core biopsy*” ser um método de alta acurácia para o diagnóstico de câncer de mama^{19,20}. Quando comparado à excisão cirúrgica (biópsia cirúrgica), é um procedimento menos invasivo, obtido com maior facilidade, realizada em tempo real, complicações pouco frequentes, baixo custo de implantação, representando uma economia de 50% em relação à biópsia por excisão cirúrgica^{21,12,22}. Logo, é importante ressaltar a importância da ultrassonografia como ferramenta imprescindível neste procedimento, particularmente para identificar e guiar procedimentos em lesões não palpáveis¹⁵.

Observou-se no presente estudo que 23% das pacientes apresentaram um diagnóstico anatomopatológico maligno. Isso confirma os achados encontrados por Giannotti *et al.* (2003)²³, em que 20,3% dos casos submetidos à biópsia por agulha apresentaram um diagnóstico de carcinoma. No entanto, os achados deste estudo diferem daqueles encontrados por Camargo Júnior *et al.* (2007)²², que, dentro de um espectro de 90 biópsias, 54,4% tiveram um diagnóstico de neoplasia maligna. Martins *et al.* (2009)¹⁵ avaliaram 84 biópsias guiadas por ultrassonografia, sendo 51% malignas.

Em relação ao diagnóstico anatomopatológico maligno, observou-se uma maior prevalência (50,8%) em pacientes com ≥ 57 anos de idade, o que corrobora as recomendações da Comissão Nacional de Mamografia para o rastreamento por imagem do câncer de mama, para mulheres entre 50 a 69 anos¹⁰. Por sua vez, havendo lesões suspeitas deve-se buscar a confirmação do diagnóstico citológico, ou histológico, ou biópsia cirúrgica convencional⁷.

Estudo realizado em Presidente Prudente - SP apontou maior prevalência de diagnóstico anatomopatológico maligno em pacientes entre 40 e 59 anos de idade²⁴. Giannotti *et al.* (2003)²³ encontraram em pacientes com 50 anos de idade. Martins *et al.* (2009)¹⁵ constataram em pacientes com idade média de 49 +/- cinco anos. Portanto, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco para o câncer de mama, pois a taxa de incidência é relativamente baixa em mulheres até os 40 anos. A partir dessa faixa etária as taxas aumentam, ficando mais elevadas a partir dos 50 anos^{25,2,5}.

5. CONCLUSÃO

O número de exames de ultrassom mamário com “*core biopsy*” realizados na rede privada é bem maior que os realizados na rede pública, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2009, em Cuiabá, Mato Grosso.

Cerca de 64 (23%) dos 278 exames de ultrassom mamário com “*core biopsy*” apresentaram um diagnóstico anatomopatológico maligno para câncer de mama, e

214 (77%) apresentaram resultado benigno. Isso enfatiza a importância de se chegar ao diagnóstico preciso, utilizando-se de método não tão invasivo, rápido e relativamente seguro como a “*core biopsy*” guiada por ultrassom mamária, selecionando assim, somente os casos que efetivamente apontam para a necessidade de procedimento cirúrgico, além de auxiliar no planejamento cirúrgico.

A faixa etária está diretamente relacionada à prevalência do câncer de mama em mulheres, pois quanto maior a faixa etária, maior o risco de patologia maligna da mama, pois neste estudo confirmou que 50,8% das “*core biopsy*” guiadas por ultrassom mamária obtiveram resultado histopatológico de malignidade na faixa etária ≥ 57 anos de idade.

REFERÊNCIAS

- [1] Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM *et al.* Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *The Lancet* 2011; 378(9801):1461-84.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro-RJ: INCA, 2009.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro-RJ: INCA, 2011.
- [4] Instituto Nacional de Câncer. Magnitude do Câncer no Brasil: Incidência, Mortalidade e tendência. Informativo Vigilância do Câncer. 2012;3:1-28.
- [5] Instituto Nacional de Câncer. Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer de mama. Informativo Vigilância do Câncer. 2012;2:1-12.
- [6] Hallal ALC, Gotlieb SLD, Latorre MRDO. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Rev Bras Epidemiol* 2001; 4(3):168-77.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama. Documento de consenso. Rio de Janeiro-RJ: INCA. 2004. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2013.
- [8] Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-81.
- [9] Sociedade Brasileira de Mastologia. Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso Sociedade Brasileira de Mastologia: Rastreamento do Câncer de Mama na mulher Brasileira. São Paulo, SP: SBM; 2008. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2008.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2013.
- [10] Urban LABD, Schaefer MB Duarte DL *et al.* Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação

Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. Radiol Bras 2012; 45(6):334-9.

[11] Clímaco FMS, Tourinho EK, Reis AFF *et al.* Biópsia Percutânea Estereotáxica no Diagnóstico das Lesões Mamárias Subclínicas. Rev Bras Ginecol Obstet 1999; 21(2):69-76.

[12] Melo ALKO, Barra MFC, Silva AV *et al.* Estudo prospectivo de 100 casos de "core" biópsia dirigida por ultra-som e revisão da literatura. Radiol Bras 2003; 36(6):339-44.

[13] Barra AA, Gobbi H, Rezende CAL *et al.* A comparison of aspiration cytology and core needle biopsy according to tumor size of suspicious breast lesions. Diagn Cytopathol 2008;36(1):26-31.

[14] Parker SH, Burbank F, Jackman RJ *et al.* Percutaneous large-core breast biopsy: a multi-institutional study. Radiology 1994; 193(2):359-64.

[15] Martins EC, Soares A, Guimarães CM *et al.* O uso da agulha de 16 G na core biopsy guiada por ultrassonografia em lesões mamárias. Rev Col Bras Cir 2009; 36(4):312-5.

[16] Ribeiro-Silva A. *Core biopsy*: uma técnica confiável para o diagnóstico histopatológico do câncer de mama? J Bras Patol Med Lab 2012; 48(1):8-9.

[17] Galhardo CAV, Ribeiro R, Dallagnol JC *et al.* Concordância entre *core biopsy* e exame anatomopatológico da peça cirúrgica em pacientes com câncer de mama. J Bras Patol Med Lab 2012; 48(1):59-65.

[18] Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB *et al.* Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4):940-6.

[19] Dillon MF, Hill ADK, Quinn CM *et al.* The accuracy of ultrasound, stereotactic and clinical core biopsies in the diagnosis of breast cancer, with an analysis of false-negative cases. Ann Surg 2005; 242(5):701-7.

[20] Verkooijen HM. Core Biopsy After Radiological Localisation (COBRA) Study Group. Diagnostic accuracy of stereotactic large-core biopsy for nonpalpable breast disease: results of a multicenter prospective study with 95% surgical confirmation. Int J Cancer 2002; 99(6):853-9.

[21] Martorelli Filho B. Câncer de mama: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In: Halbe H. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000.

[22] Camargo Júnior HSA, Camargo MMA, Teixeira SRC *et al.* Biópsia de fragmento em nódulos mamários suspeitos com até 10 mm. Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 29(6):317-23.

[23] Giannotti IA, Giannotti Filho O, Scalzaretto AP *et al.* Correlação entre diagnóstico por imagem e histologia de lesões não palpáveis de mama. Revista Brasileira de Cancerologia 2003; 49(1):87-90.

[24] Almeida AMPT, Marquini HR, Leite RM *et al.* Prevalência de câncer de mama e associação com seus fatores prognósticos e preditivos. Colloquium Vitae 2012; 4(1):27-37.

[25] Gonzalez AB, Reeves G. Mammographic screening before age 50 years in the UK. British Journal of Cancer. 2005;93(5):590-6.

