

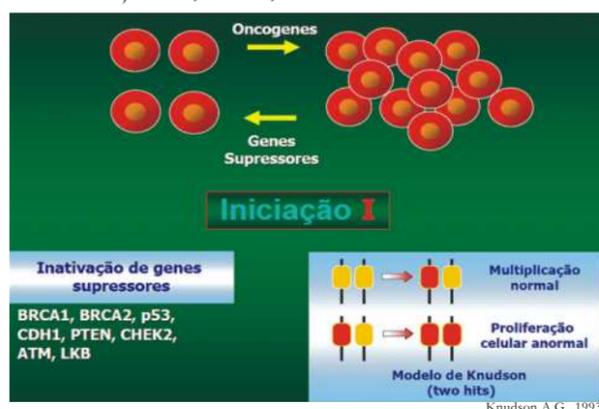
## FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

### Em quais situações o antecedente é de fato relevante

O câncer de mama é sem dúvida uma doença presente no dia-a-dia do ginecologista, seja pela sua prevalência relativamente elevada, ou pelo medo crescente das pacientes em desenvolver a doença. Estima-se que apenas 5-10% dos casos de câncer de mama sejam hereditários e 10-15% possuam história familiar positiva (câncer familiar). O diagnóstico de mulheres com risco aumentado é fundamental na prática clínica pois permite identificar casos para intervenções apropriadas e por outro lado ajuda a tranquilizar aquelas pacientes com risco habitual. Colocamos então nesta 3ª edição do MamaNews os critérios para determinação das pacientes com alto risco familiar para câncer de mama.

#### Câncer de mama hereditário - fundamentação genética

O estudo da carcinogênese ofereceu importantes respostas para características clínicas do câncer de mama hereditário. Todas as pessoas nascem com duas cópias de cada gene, uma do pai e outra da mãe. Para desenvolver a doença é necessário um dano em cada gene. As pacientes com mutação apresentam ao nascimento dano em um dos genes e portanto necessitam de apenas mais um dano para desenvolverem a doença. Este fato explica o motivo pelo qual as pacientes com câncer de mama hereditário apresentam a doença em idade jovem, isto é, abaixo dos 50 anos.



#### Fatores de risco não modificáveis

O simples fato de ser mulher é o maior fator de risco para câncer de mama. Observamos incidência 100 vezes maior nas mulheres comparada aos homens. A idade também é um fator extremamente importante. Dados do SEER norte-americano apontam risco de câncer de mama em 5 anos na faixa entre 30-34 anos de 0,1%, já entre 75-79 anos o risco é de 2,1%, isto é, 20 vezes maior.

O número de ciclos menstruais está relacionado ao risco para neoplasia maligna da mama. Observamos que pacientes com menarca precoce e/ou menopausa tardia apresentam maior frequência da doença. Mulheres com primiparidade tardia possuem unidades ductolobulares mamárias em estágio mais suscetível ao efeito carcinogênico dos hormônios e portanto possuem risco aumentado para o câncer de mama.

#### FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS PARA CÂNCER DE MAMA

SEXO FEMININO

IDADE

MENARCA PRECOCE (<12 ANOS) E MENOPAUSA TARDIA (>55 ANOS)

NULIPARIDADE

PRIMEIRA GESTAÇÃO APÓS 30 ANOS

MAMAS DENSAS APÓS A MENOPAUSA

FATORES DE RISCO GENÉTICOS (MUTAÇÕES)

Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia Ed. mesa redonda, 2008

#### Fatores de risco modificáveis

A obesidade, principalmente após a menopausa, tem sido associada a um maior risco para o câncer de mama. Tal associação se deve à produção estrogênica pelo tecido adiposo através da conversão periférica dos androgênios pela enzima aromatase. O consumo de álcool de forma dose-dependente também se associa à maior frequência da doença. A ingestão de 2-5 doses/dia pode incrementar o risco relativo em 1,5 vezes. A terapia hormonal (TH) reconhecidamente associa-se ao aumento do risco de câncer de mama. O mesmo começa com o início da terapia e pode permanecer por até 5 anos após a sua interrupção.

#### FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA CÂNCER DE MAMA

IMC > 30

CONSUMO ALCOÓLICO

TH COMBINADA

Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia, Ed. mesa redonda, 2008

#### Mamas Densas após a menopausa aumenta risco de câncer de mama?

As mamas são classificadas segundo a mamografia (BreastImagingReportand Data System - BI-RADS™) em 4 categorias: mamas adiposas (P1), mamas parcialmente adiposas (P2), mamas predominantemente densas (P3) e mamas extremamente densas (P4). Estudos observacionais demonstraram que pacientes com mamas extremamente densas após a menopausa apresentavam risco 4 a 6 vezes maior para câncer de mama quando comparadas àquelas com mamas adiposas. Tal dado, apesar de relevante, deve ser avaliado de forma cuidadosa, já que menos de 10% das mamografias são classificadas como P1 ou P4.

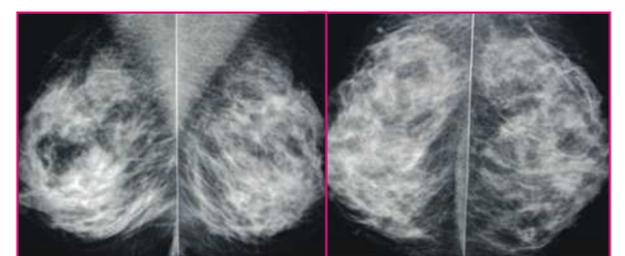


Figura 2 – Mamas extremamente densas após a menopausa.

#### Risco familiar para câncer de mama

Atenção especial deve ser dada aos antecedentes familiares para a neoplasia mamária. Os estudos direcionados a este tema revelaram que o número de parentes de primeiro grau afetados e a idade ao diagnóstico são os principais fatores a serem avaliados. Colocamos abaixo o risco relativo em cada situação e o histórico familiar considerado relevante pelas principais sociedades mundiais e brasileiras. (Tabela 4)

ANTECEDENTE FAMILIAR	RR
Câncer de mama em parente de 2o grau	1,5
Câncer de mama em parente de 1o grau após 50 anos	1,8
Câncer de mama em parente de 1o grau antes dos 50 anos	3,3
Câncer de mama em dois parentes de 1o grau após 50 anos	3,6



Figura 3 - A. Paciente de 30 anos apresentando nódulo visível em mama E. A biópsia revelou tratar-se de carcinoma ductal invasivo.

B. Homem com câncer de mama submetido à mastectomia.

## ANTECEDENTE FAMILIAR RELEVANTE PARA CÂNCER DE MAMA

**Um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama em idade < 50 anos**

**Dois parentes de primeiro grau com câncer de mama em idade > 50 anos (do mesmo lado da família)**

**Três parentes de segundo grau (avó, primas e tias) com câncer de mama em qualquer idade (do mesmo lado da família)**

**Câncer de mama em homem na família**

**Câncer de mama bilateral na família**

**Câncer de ovário com qualquer idade**

**Câncer de mama e ovário na mesma paciente com qualquer idade**

**Parente com mutação conhecida para um gene de susceptibilidade para câncer de mama**

RISCO PARA CÂNCER DE MAMA	RISCO RELATIVO (RR)
RISCO HABITUAL	1 a 1,5
RISCO MODERADO	1,6 a 2,5
RISCO ELEVADO	> 2,5

**Conclusão:** A determinação das pacientes com risco aumentado para apresentarem neoplasia mamária envolve critérios específicos que devem ser seguidos rigorosamente. Uma vez classificada como alto risco, a paciente deve ser orientada à estratégias específicas de rastreamento e possivelmente medidas redutoras de risco. Entre elas citamos a quimioprevenção com uso do tamoxifeno (na pré e na pós-menopausa) ou raloxifeno (na pós-

menopausa) que são moduladores específicos dos receptores de estrógeno (SERM), bem como o uso de examestano (na pós-menopausa) que é um inibidor da aromatase. Há também as opções cirúrgicas nas quais se incluem a mastectomia profilática associada à reconstrução imediata e a salpingooforectomia bilateral. O ginecologista, portanto, tem o dever de identificar estas mulheres e possivelmente encaminhá-las à unidades capacitadas em oferecer este acompanhamento específico.

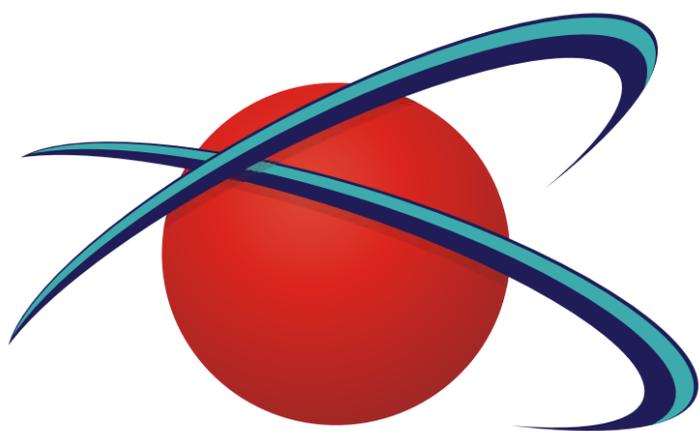
Autor: **Joaquim Teodoro de Araujo Neto**

Médico mastologista da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP e Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC



### Referências:

1. NCCN – National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology™, version 1.2011.
2. The Use of Breast Imaging to Screen Women at High Risk for Cancer, Edward A. Sickles, 2010.
3. Screening Criteria for Breast Cancer, Subhasis Misra, MD, Naveenraj L. Solomon, MD, Frederick L. Moffat, MD, Leonidas G. Koniaris, MD\*, Advances in Surgery 44 (2010) 87–100.
4. Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso, Ministério de Saúde, 2004.
5. Projeto Diretrizes – Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.
6. Doenças da Mama – Guia Prático Baseado em Evidências, Ed Atheneu, 2011. Manual de Diagnóstico e Terapêutica em Mastologia, Ed. Mesa Redonda, 2008



**JUNDIIMAGEM**  
CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICO

