

QUIMIOPREVENÇÃO DE PACIENTES COM ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA

João Pinto da Silva Neto (Bolsista da ICV/CNPq), Denise Evelyn Machado de Almeida (Colaboradora, acadêmica de medicina, UFPI), Vanessa Saraiva Leitão Viana (Colaboradora, acadêmica de medicina, UFPI), Benedito Borges da Silva (Orientador, Departamento de Ginegologia, UFPI).

Introdução

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres e representa 22% dos novos casos a cada ano. No Brasil, a estimativa de novos casos foi de 52.680 no ano de 2012. As taxas de mortalidades permanecem elevadas, sobretudo porque a doença é ainda diagnosticada em estádios avançados. Logo, constitui na atualidade um problema de saúde pública, que compromete a sobrevivência global e a qualidade de vida das pacientes acometidas (INCA,2012). As mulheres com história familiar em parentes de primeiro grau com câncer de mama, sobretudo antes dos 50 anos de idade; câncer de mama bilateral; câncer de ovário ou câncer de mama em homem são consideradas de alto risco. Para estas mulheres a quimioprevenção é uma opção que diminui o risco do desenvolvimento do câncer de mama (ARTICO, 2009).

O presente estudo avaliou o emprego da quimioprevenção com tamoxifeno e raloxifeno em pacientes de alto risco de câncer de mama da clínica Oncocentro em Teresina – Piauí.

Metodologia

Este foi um estudo retrospectivo e descritivo de 96 pacientes com alto risco para desenvolvimento de câncer de mama, atendidas em uma clínica privada de oncologia do Piauí, no período de janeiro 2002 a janeiro de 2011.

As mulheres foram consideradas de alto risco, segundo o modelo de Gail > 1,67, levando-se em consideração fatores de risco como reprodutivos (idade da menarca e idade de primeira gestação), história familiar em parentas de primeiro grau, realização de biópsia previamente e história pessoal de hiperplasia atípica. A taxa de adesão ao tratamento foi calculada através da média dos tempos de uso das medicações. As análises estatísticas foram feitas utilizando testes não paramétricos através do programa Winstat®.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 0019.0.045.000-11).

Resultados e Discussão

Das 96 pacientes estudadas, foi prescrito raloxifeno a 72% das pacientes (grupo R) e tamoxifeno a 24% (grupo T); e 4% delas foram tratadas com ambos os medicamentos. A idade variou entre 33 e 82 anos, com média de 56,4 anos. Quinze pacientes (15,6%) possuíam mais de 70 anos de idade e todas elas apresentavam risco maior que 1,7%,o que corrobora que a idade potencializa o risco de desenvolvimento de carcinoma de mama.

O risco de Gail em 5 anos variou entre 0,3 e 8,9 %. Oito pacientes não tinham esse risco maior que 1,67%, entretanto optaram pela quimioprevenção e desejaram realizar o tratamento, já que possuíam fatores de risco significativos: cinco pacientes tinham história familiar e três apresentavam hiperplasia atípica.

Oitenta (83,3%) pacientes apresentaram, pelo menos, um parente de primeiro grau com câncer de mama. Destas, 84% apresentaram apenas um parente de 1º grau, 14% apresentaram dois e 2% apresentaram três. Sabe-se que quanto maior o número de parentes de primeiro grau com câncer de mama, maior o risco para o desenvolvimento da neoplasia (BIGLIA,2004) . Das 16 demais pacientes que não possuíam antecedentes familiares de câncer de mama, 15 delas possuíam um outro importante fator de risco, o diagnóstico histopatológico de hiperplasia atípica, condição que eleva ao chance de desenvolver de câncer de mama em 3 a 4 vezes, contribuindo para a elevação do risco de Gail (BIGLIA,2004).

A idade de menarca variou entre 10 e 18 anos, com média de 13,7 anos. A menarca com 11 anos ou menos aumenta o risco de câncer , no presente estudo 6,3% das pacientes apresentaram menarca com 11 anos ou menos. Essas associações seriam consistentes com a hipótese de que o risco de câncer de mama estaria relacionado com a extensão total da atividade mitótica da mama.

Pacientes nuligestas representaram 19% da amostra. A média de idade para a primiparidade foi de 23,8 anos. A idade precoce no primeiro parto (menor do que 20 anos) diminui o risco de câncer de mama semelhantemente ao efeito da menopausa precoce. No presente estudo, apenas 17,7% das pacientes tiveram o primeiro filho com menos de 20 anos.

O seguimento do tratamento variou de 0 a 93 meses com uma média de 17 meses. Quanto à adesão ao tratamento, apenas 22% das pacientes que foram medicadas com o tamoxifeno concluíram a quimioprevenção de cinco anos, o que equivale a 5% do total das pacientes; e apenas 1% das pacientes concluiu a quimioprevenção de cinco anos com o raloxifeno, por estar usando o raloxifeno também para osteoporose há 84 meses.

No grupo T a taxa de adesão a quimioprevenção foi de 47,8% com um seguimento médio de 42 meses, enquanto que no grupo R, a taxa de adesão foi de 37,6% com um seguimento médio de 26,5 meses. Considerando o total de pacientes a taxa de adesão foi de 38,5% com um seguimento médio de 17 meses.

Do total de pacientes, 14% nem iniciaram a quimioprevenção, das quais 69% foi devido ao preço elevado da medicação e 15% devido a comorbidades como glaucoma e arritmia cardíaca; e 36% desistiram da quimioprevenção, das quais 31% foi devido ao preço elevado da medicação e 29% devido aos efeitos colaterais das drogas. Apenas 24% das pacientes relataram efeitos colaterais, sendo os fogachos o mais freqüente representando 30% dos efeitos colaterais.

Depois que iniciaram a quimioprevenção, 11% pacientes apresentaram nódulos benignos, 2% apresentaram lesões suspeitas (Birads-classe IVa- não biopsiadas), 1% apresentou carcinoma ductal in situ, mas nenhuma desenvolveu câncer invasivo. Nenhuma das pacientes que tiveram hiperplasia atípica apresentou novas lesões que necessitassem de avaliação histológica.

Atualmente o tamoxifeno custa cerca de 100 reais/mês de tratamento e o raloxifeno cerca de 180 reais/mês (ANVISA,2012). O tamoxifeno é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para Endocrinoterapia adjuvante no câncer de mama, mas não para quimioprevenção, o que inviabiliza o acesso direto ao medicamento por parte das pacientes desfavorecidas economicamente. Já o raloxifeno, usado para tratamento da osteoporose, quando solicitado para pacientes na pós-menopausa, custa a ser entregue, o que inviabiliza o segmento de um tratamento por cinco anos. Ademais, muitas destas pacientes apresentam comorbidades, sobretudo doenças cardiovasculares, que também demandam altos gastos com medicamentos. Logo, o uso de quimiopreventivos onera as despesas com fármacos e seu uso seria dificultado também pela falta de apego à noção de prevenção, pois essas não aferem benefícios visíveis a curto prazo (GADELHA,2007).

Referências

INCA-**Instituto Nacional do câncer. Mama**. 2012. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/>>. Acessado em 02/09/2012.

ARTICO LG et al. **Identificação e acompanhamento de mulheres com risco aumentado para câncer de mama**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53 (1): 52-57, jan.-mar. 2009.
BIGLIA N et al. Management of risk of breast carcinoma in postmenopausal women. *Endocr Relat Cancer* 2004; 11: 69–83.

ANVISA- **Agência Nacional de vigilância sanitária**. Camara de Regulação do mercado de medicamentos. Lista de preço de medicamentos. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/c78031004c6ec8c09328df93d95c4045/LISTA+CONF ORMIDADE_2012-08-21.pdf?MOD=AJPERES>. Acessado em 02/09/2012.

GADELHA M. I.P et al. SUS. Ministério da saúde. Sistemas de informações ambulatoriais. **Manual de bases técnicas oncológicas**. Brasília/DF-Novembro 2007 Disponível em:
<http://w3.datasus.gov.br/siasih/arquivos/Manual_Onco_07-11-2007.pdf>.

Palavras-chave: Câncer. Mama. Quimioprevenção.