

## FEBRASGO POSITION STATEMENT

# Desafios do rastreamento do câncer de mama

Número 8 – Setembro 2023

A Comissão Nacional Especializada em Imaginologia Mamária da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) referencia este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

### Pontos-chave

- A mamografia é o método de eleição para o rastreamento do câncer de mama, sendo o único que demonstra redução de mortalidade na população de risco habitual.
- A periodicidade de realização e a idade de início do rastreamento mamográfico são um tema controverso na literatura. Entretanto, dados no nosso país apontam para uma porção significativa de neoplasia de mamas em mulheres abaixo dos 50 anos.
- A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) concordam que o rastreamento mamográfico deveria ser realizado, anualmente, por todas as mulheres a partir de 40 anos de idade.
- No Brasil, há uma distribuição desigual de mamógrafos nas várias regiões. As políticas de rastreamento devem considerar essa desigualdade.
- A grande maioria dos serviços no Brasil realiza rastreamento oportunístico para o câncer de mama. A implantação de rastreamento organizado por faixa etária e estratificação de risco pode otimizar os custos do sistema público de saúde.
- Pacientes de alto risco precisam ser rastreadas de forma diferente das pacientes de risco habitual. Essas pacientes precisam ter acesso à ressonância magnética das mamas e também iniciar seu rastreamento em idade mais precoce.
- O protocolo abreviado da ressonância magnética para rastreamento de pacientes de alto risco para câncer de mama pode melhorar a adesão e o acesso dessas pacientes ao programa de rastreamento.
- A ultrassonografia das mamas não é método de rastreamento isoladamente. Entretanto, ela tem seu papel como método complementar à mamografia e à ressonância magnética em cenários específicos, bem como em substituição à ressonância magnética em pacientes com contraindicação ao uso desse método.
- As mamas densas possuem baixa sensibilidade para o rastreamento por mamografia.

### Recomendações

- A mamografia deve ser realizada como método preferencial de rastreamento do câncer de mama para mulheres de risco habitual.
- O subgrupo de mulheres entre 40 e 50 anos com risco habitual deve ser avaliado preferencialmente com mamografia anual, considerando a prevalência de câncer de mama nessa faixa etária no Brasil.
- A ultrassonografia não deve ser usada como método isolado no cenário do rastreamento, sendo sempre complementar à mamografia ou à ressonância magnética das mamas. A ultrassonografia pode ser usada também em pacientes com alguma contraindicação à realização de ressonância magnética (alergia ao contraste, incompatibilidade com o aparelho, claustrofobia, presença de marca-passo ou outro dispositivo implantado).
- O rastreamento de pacientes de alto risco deve ser feito com ressonância e mamografia anuais. Na impossibilidade de acesso ao exame de ressonância, a ultrassonografia pode ser empregada, com ressalvas relacionadas à experiência do examinador no exame de ecografia mamária.
- O protocolo abreviado para rastreamento de pacientes de alto risco para câncer de mama deve ser considerado nos serviços que realizam ressonância de mamas, uma vez que economiza tempo e se mostrara igualmente eficaz nas séries publicadas. Além disso, esse protocolo pode aumentar a adesão das pacientes a um programa de rastreamento anual.
- A implementação de rastreamento organizado deve ser estimulada nos serviços que fazem rastreamento do câncer de mama, uma vez que essa medida otimiza os custos do programa.
- Pacientes com mamas densas são um subgrupo que deve ser avaliado com cautela, considerando a baixa sensibilidade da mamografia. Nessas pacientes, a ecografia complementar pode ser realizada, bem como a ressonância magnética de rastreamento para pacientes de risco habitual e mamas densas (considerando a disponibilidade desse recurso nas várias regiões do país).
- Pacientes de risco intermediário para câncer de mama devem ser avaliadas individualmente para a proposta de rastreamento. Algumas dessas pacientes, principalmente as com mamas densas ou lesões que aumentem o risco, podem ser candidatas à realização de ressonância anual, além da mamografia.

## Contexto clínico

O câncer de mama no Brasil é o mais prevalente entre as mulheres e a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres. No entanto, se diagnosticado no início, tem mais de 95% de chances de cura. Para isso, são fundamentais medidas de rastreamento do câncer de mama. Os avanços tecnológicos nos métodos diagnósticos, como a mamografia digital, a tomossíntese e a ressonância, associados à evolução no tratamento medicamentoso para o câncer de mama, são apontados como causa na queda da mortalidade do câncer de mama nos países desenvolvidos. Porém, no Brasil, as curvas de mortalidades por câncer de mama continuam ascendentes na maioria das regiões, como reflexo da falta de acesso ao diagnóstico e tratamento. Esses dados devem nos fazer refletir sobre os desafios do rastreamento, que vão além do uso correto dos métodos disponíveis e incluem políticas de saúde e gestão pública que permitam a detecção de uma lesão precoce e o seu diagnóstico e tratamento, de modo que o rastreamento resulte em redução da mortalidade pelo câncer de mama. Para que um programa de rastreamento de câncer seja efetivo, é preciso que pelo menos 70% da população-alvo seja envolvida. No Brasil, esses números chegam, no máximo, a 35% das mulheres. Diversos fatores contribuem para isso, como: difícil acesso ao exame (apesar de o número de mamógrafos no Brasil ser suficiente, eles estão distribuídos de forma muito desigual), medo de realizar o exame (apesar das diversas campanhas de conscientização, sobretudo o Outubro Rosa, a informação muitas vezes não é clara, simples e direta como deveria ser) e, sobretudo, o fato de no Brasil o rastreamento ser feito de forma oportunística, dependendo de a paciente procurar o médico, e não ser um rastreamento ativo na busca das pacientes. Muitos são os desafios para o êxito do programa de rastreamento. A primeira etapa a ser cumprida é garantir a qualidade da imagem e do laudo mamográfico, que pode ser alcançada por meio de programas de qualidade das mamografias. O segundo passo é garantir o acesso rápido ao diagnóstico do achado mamográfico suspeito por meio da biópsia. E, por fim, proporcionar um tratamento adequado, evitando atrasos e disponibilizando o acesso às drogas mais eficazes. Os investimentos em um programa de rastreamento mais efetivo, visando resolver esses problemas, são altos, porém são também custo-efetivos. O diagnóstico de lesões iniciais permite o descalonamento de tratamento, seja ele cirúrgico (mais cirurgias conservadoras) ou adjuvante (menor emprego de quimioterapia e radioterapia), consequentemente, aumentando as chances de cura das pacientes.<sup>(1-2)</sup>

## Qual a idade de início para o rastreamento mamográfico do câncer de mama e qual a periodicidade de realização da mamografia para mulheres de risco habitual?

De acordo com Recomendações do CBR, da SBM e da Febrasgo, publicadas em 2012 e atualizadas em 2017, o rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem deve ocorrer da seguinte forma, conforme a faixa etária:

- Mulheres abaixo de 40 anos – risco habitual; nessa faixa etária, em geral, não se recomenda a realização da mamografia;
- Mulheres entre 40 e 74 anos – nessa faixa etária, recomenda-se a realização da mamografia para todas as mulheres, com a periodicidade anual e de preferência para a técnica digital (categoria A); em locais onde a tomossíntese mamária estiver disponível, ela deve ser preferencialmente utilizada;
- Mulheres acima de 75 anos – nessa faixa etária, recomenda-se a realização do rastreamento, de preferência com a técnica digital, de forma individualizada; mulheres com expectativa de vida maior que sete anos e que possam ser submetidas a tratamento do câncer, considerando suas comorbidades, deverão continuar o rastreamento mamográfico (categoria D).

## Qual a idade de início para o rastreamento mamográfico do câncer de mama e qual a periodicidade de realização da mamografia no grupo de mulheres de alto risco?

De acordo com Recomendações do CBR, da SBM e da Febrasgo, publicadas em 2012 e atualizadas em 2017, as orientações para o subgrupo de pacientes de alto risco deve ser:

- Mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de primeiro grau com mutação provada, devem realizar o rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade (categoria B);
- Mulheres com risco  $\geq 20\%$  ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos) (categoria B);
- Mulheres com história de terem sido submetidas a irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade devem realizar rastreamento anual com mamografia a partir do oitavo ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 30 anos) (categoria C);
- Mulheres com diagnóstico de síndromes genéticas que aumentam o risco de câncer de mama (como Li-Fraumeni, Cowden e outras) ou com parentes de primeiro grau acometidos devem realizar rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico (não antes dos 30 anos) (categoria D).

É importante ressaltar que, nos dias de hoje, cada vez mais se discute o rastreamento mamográfico personalizado. Antes de iniciar esse rastreamento, é importante que a paciente tenha sua avaliação de risco feita pelo profissional que a está atendendo. Caso se configure como uma paciente de alto risco, o programa de rastreamento deverá ser intensificado. Fica claro que o futuro é adequar o rastreamento para essas populações.<sup>(1-2)</sup>

## Categorias

- Categoria A – Recomendação baseada em fortes evidências científicas, com consenso uniforme entre o

CBR, a SBM e a Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada vigorosamente

- Categoria B – Recomendação baseada em razoáveis evidências científicas, com consenso uniforme entre o CBR, a SBM e a Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada vigorosamente.
- Categoria C – Recomendação baseada em poucas evidências científicas, mas com consenso entre o CBR, a SBM e a Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada vigorosamente.
- Categoria D – Recomendação baseada em consenso de especialistas do CBR, da SBM e da Febrasgo para que essa recomendação seja apoiada.

### Qual o papel da ultrassonografia no rastreamento do câncer de mama?

A ecografia mamária, ou ultrassonografia, tem como desafios a sua qualidade e a *expertise* do examinador, não sendo um método utilizado isoladamente no rastreamento do câncer de mama, seja para pacientes de risco habitual ou de alto risco. Ela pode ser usada de maneira complementar à mamografia e à ressonância magnética e para guiar biópsias em caso de lesões suspeitas.<sup>(2)</sup> No cenário do rastreamento de pacientes de alto risco, a ultrassonografia pode ser empregada em locais onde elas não têm acesso à ressonância de mamas e ou no caso existir alguma contraindicação à realização desse exame (alergia ao contraste, incompatibilidade com o aparelho, claustrofobia, presença de marca-passo ou outro dispositivo implantado). A maior limitação da ultrassonografia é sua elevada taxa de falso-positivos e, conseqüentemente, a necessidade de realização de biópsias. Trata-se de um método altamente operador-dependente e sua eficácia aumenta quando realizado por profissional experiente no método e conhecedor de imagenologia mamária e de suas nuances em vários métodos de imagem.<sup>(2)</sup> O custo-efetividade da realização da ecografia deve ser analisado para propor a utilização desse método. A alta densidade mamária pode diminuir a sensibilidade da mamografia em 30% a 48%, uma vez que o câncer de mama é normalmente radiodenso. Além disso, densidade mamária constitui, por si só, um fator de risco independente para o câncer de mama. Apesar dos avanços obtidos com a mamografia digital e a tomossíntese, com aumento da sensibilidade de 55% para 70% (digital x convencional), alguns cânceres ainda podem não ser detectáveis em meio ao parênquima mamário denso. Nesses casos, as pacientes com mamas densas com risco habitual têm indicação de exame complementar, e a ultrassonografia é considerada a modalidade complementar de escolha. Em mulheres com risco intermediário e mamas densas, a triagem suplementar com ultrassonografia é uma opção para aumentar a detecção do câncer.<sup>(2)</sup>

### Qual o papel da ressonância magnética no rastreamento da população de alto risco?

Pacientes de alto risco geralmente compõem um grupo de pacientes mais jovens e, conseqüentemente, com ma-

mas mais densas. Nesse subgrupo específico, o uso da mamografia isoladamente tem sensibilidade reduzida. A ressonância magnética das mamas, por ser um método funcional e não puramente morfológico, não depende da densidade mamária para a sua efetividade. Por isso, seu uso nas pacientes de alto risco mostra-se mais eficaz, isoladamente ou em combinação com a mamografia.<sup>(3-5)</sup> A ressonância magnética das mamas em mulheres de alto risco mostrou ter maior sensibilidade do que a mamografia como método de rastreamento. A combinação de mamografia e ressonância magnética nessa população tem maior sensibilidade (92%) que a ressonância realizada de maneira isolada. Ainda, a realização de ressonância e mamografia combinadas tem maior sensibilidade (92,7%) do que ultrassonografia e mamografia combinadas (52%). Portanto, em mulheres de alto risco, a ressonância magnética é recomendada anualmente. O rastreio de mulheres de alto risco com ressonância magnética das mamas é custo-efetivo, e a relação custo-eficácia do rastreamento da ressonância magnética aumenta com o aumento do risco de câncer de mama. Ou seja, quanto maior o risco da população estudada, maior serão o valor preditivo positivo e a especificidade do método.<sup>(5)</sup>

### Considerações finais

Um programa de rastreamento otimizado é fundamental para reduzir a mortalidade por câncer de mama no Brasil e é custo-efetivo. Todas as mulheres deveriam ter seu risco para câncer de mama avaliados aos 30 anos, para garantir que elas não pertençam a uma minoria classificada como de alto risco. Toda mulher assintomática com risco habitual deve fazer mamografia/tomossíntese anualmente, a partir de 40 anos de idade, pois os estudos apontam redução da mortalidade por câncer de mama devido ao diagnóstico precoce, que também oferece melhores opções de tratamento cirúrgico e mais efetividade do tratamento sistêmico. A idade de término do rastreamento deve considerar as condições clínicas, as comorbidades e a expectativa de vida da paciente. Principalmente em relação às pacientes com 75 anos ou mais que serão submetidas ao rastreamento do câncer de mama, devemos discutir sobre a possibilidade de reconvocação para repetir exames ou mesmo para realizar exames adicionais, o risco de serem submetidas a biópsias desnecessárias (benignas), o risco de um *over* diagnóstico (diagnóstico de um câncer que poderia nunca se manifestar clinicamente) e, finalmente, a ansiedade gerada pelo rastreamento. Os riscos e benefícios do rastreamento para cada mulher não devem ser discutidos de maneira geral, e sim de forma individual. Para pacientes de alto risco e em algumas condições especiais, outro método diagnóstico complementar (ressonância ou ultrassonografia) deve ser considerado.

### Referências

1. Urban LA, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NM, Kefalas AL, 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 Obstetria para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras*. 2012;45(6):334-9. doi: 10.1590/S0100-39842012000600009

2. Urban LA, Chala LF, Bauab SP, Schaefer MB, Santos RP, Maranhão NM, 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 o rastreamento do câncer de mama. *Radiol Bras.* 2017;50(4):244-9. doi: 10.1590/0100-3984.2017-0069
3. Kuhl CK, Baltzer P. You get what you pay for: breast MRI screening of women with dense breasts is cost-effective. *J Natl Cancer Inst.* 2021;113(11):1439-41. doi: 10.1093/jnci/djab120
4. Kuhl CK. Abbreviated breast MRI for screening women with dense breast: the EA1141 trial. *Br J Radiol.* 2018;91(1090):20170441. doi: 10.1259/bjr.20170441
5. Kuhl CK. Abbreviated Magnetic Resonance Imaging (MRI) for breast cancer screening: rationale, concept, and transfer to clinical practice. *Annu Rev Med.* 2019;70:501-19. doi: 10.1146/annurev-med-121417-100403

**Alexandre Vicente de Andrade** 

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

**Clécio Ênio Murta de Lucena** 

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Danielle Chambô dos Santos** 

Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil.

**Eduardo Carvalho Pessoa** 

Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

**Fabio Postiglione Mansani** 

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa - PR, Brasil.

**Felipe Eduardo Martins de Andrade** 

Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP, Brasil.

**Giuliano Tavares Tosello** 

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Paulista, SP, Brasil.

**Henrique Alberto Portella Pasqualetto** 

Centro de Pesquisas da Mulher Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

**Henrique Lima Couto** 

Clínica Redimama-Redimasto de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Jose Luis Esteves Francisco** 

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

**Rodrigo Pepe Costa** 

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

**Sandra Regina Campos Teixeira** 

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campinas, SP, Brasil.

**Thais Paiva Moraes** 

Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Aginaldo Lopes da Silva Filho** 

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Conflitos de interesse:** nada a declarar.

#### **Comissão Nacional Especializada em Imaginologia Mamária da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**

Presidente:

Eduardo Carvalho Pessoa

Vice-Presidente:

Henrique Lima Couto

Secretário:

Clecio Enio Murta de Lucena

Membros:

Alexandre Vicente de Andrade

Danielle Chambô

Fabio Postiglione Mansani

Felipe Eduardo Martins de Andrade

Giuliano Tavares Tosello

Hélio Sebastião Amâncio de Camargo Júnior

Henrique Alberto Portella Pasqualetto

Jorge Villanova Biazús

José Luis Esteves Francisco

Rodrigo Pepe Costa

Sandra Regina Campos Teixeira

Thais Paiva Moraes