ONCONEWS ALAGOAS
Oncoclínica
Informativo trimestral da Oncoclínica - nº 16
oncoclinica.com | /oncoclinicaal

Outubro Rosa: um movimento pela saúde delas

Conheça um pouco mais da história

Segundo tipo mais incidente no mundo, o câncer de mama é também o mais frequente em mulheres, representando 25,2% do total de cânceres, de acordo com os dados do Relatório de Incidência de Câncer do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) de 2016. Dados alarmantes como esses fizeram surgir o movimento popular internacionalmente conhecido como Outubro Rosa.

Originado nos Estados Unidos, na década de 1990, quando o conhecido laço cor-de-rosa foi lançado pela Fundação Susan G. Komen for the Cure e distribuído aos participantes da primeira Corrida pela Cura. Desde então, a data é celebrada anualmente com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer de mama e promover a conscientização sobre a importância da detecção precoce da doença. Em 2010, o INCA começou a participar do movimento, promovendo espaços de discussão sobre câncer de mama.

A ação de iluminar de rosa monumentos e prédios públicos e particulares iniciou-se posteriormente. Não há uma informação oficial de como, quando e onde foi efetuada a primeira iluminação. O importante é que este ato impulsionou o Outubro Rosa, dando uma maior expansão ao movimento.

De forma massiva, elegante e feminina, o Outubro Rosa ganhou o mundo, motivando e unindo diversas culturas em torno de uma tão nobre causa e ajudando significativamente a alertar a importância do diagnóstico precoce para alcançar a cura.

É possível prevenir?

Evitar a obesidade, o consumo de bebidas alcoólicas e amamentar são recomendações básicas de prevenção.

Estima-se, de acordo com o INCA, que ações como a prática de atividade física regular, aliada a uma alimentação nutritiva e saudável podem reduzir em até

28%

o risco do desenvolvimento de câncer de mama.

Na realidade, a prevenção do câncer de mama não é totalmente possível, devido a fatores relacionados ao surgimento da doença, pois alguns deles, como a hereditariedade, não são modificáveis. Dessa forma, a prevenção funciona como um controle dos fatores de risco e um estímulo aos fatores protetores, especificamente aqueles considerados mutáveis.

Toda mulher deve se conhecer intimamente e ter um olhar atencioso com o seu corpo, sendo fundamental a observação de suas mamas sempre que for possível, sem técnica específica, valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. Lembre-se: o autoexame não descarta as consultas e exames periódicos, é apenas mais um aliado no combate ao câncer de mama.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia, a mamografia deve ser realizada a partir dos 40 anos. Este exame é fundamental para a detecção precoce da doença, o quanto antes houver a descoberta do tumor, maiores serão as chances de cura.

Câncer de mama é uma doença de causa multifatorial e que não aparece de um dia para o outro. Embora tenha fatores genéticos envolvidos, sabe-se que grande parte dos cânceres se relaciona fortemente com fatores ambientais e estilo de vida. Dito isso, não espere o primeiro sintoma, tenha uma vida mais saudável desde já.

Entrevista

Tratamento cirurgico no câncer de mama

Dr. Aldo Barros • CRM/AL 5522

Cirurgião Oncológico da Oncoclínica e Santa Casa de Misericórdia de Maceió.
Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – SBCO – regional Alagoas.

Câncer de mama é um dos tipos de câncer que mais se beneficiou com os avanços da medicina moderna. A implementação dos programas de rastreamento, com o diagnóstico cada vez mais precoce, as novas medicações de quimioterapia, mais específicas ao subtipo do tumor, e a alta tecnologia utilizada no tratamento da radioterapia fizeram com que as cirurgias ficassem muito mais conservadoras. Há 30 anos, o tratamento cirúrgico padrão era realizado com cirurgias mutilantes nas quais se retiravam toda a mama, os músculos e os gânglios, na chamada mastectomia radical clássica a Halsted, tratava o câncer, mas destruía a imagem e a autoestima da mulher.

O cirurgião tem um papel relevante na condução da paciente com câncer de mama, participando desde o diagnóstico, com a biópsia, na prevenção e no tratamento, com a retirada do tumor, nas reconstruções da mama, com a cirurgia plástica, e na paliação com cirurgias higiênicas. A abordagem cirúrgica é a base do tratamento, seja de forma isolada ou associada à quimioterapia ou à radioterapia.

O tipo de cirurgia pode variar de acordo com o estágio da doença, com as suas características biológicas e com as condições clínicas da paciente. Nos casos iniciais, a tendência mundial é indicar cirurgias conservadoras da mama, a chamada quadrantectomia mamária, onde é retirada apenas a parte da mama acometida pelo tumor com margens de segurança (sem tumor). Nesses casos, a paciente é obrigatoriamente submetida a sessões de radioterapia, prevenindo assim o retorno da doença no restante da mama.

Nos casos avançados, a retirada de toda a mama se faz necessária na chamada cirurgia de mastectomia radical, no entanto, com uma técnica bem menos mutilante que a usada no passado. Embora cada caso seja diferente, a maioria das pacientes que faz mastectomia pode fazer a reconstrução ao mesmo tempo que a mastectomia (reconstrução imediata) ou num momento posterior (reconstrução tardia). Tanto na cirurgia radical quanto na cirurgia conservadora, alguns médicos associam técnicas da cirurgia oncológica com as da cirurgia plástica, na conhecida cirurgia oncoplástica, envolvendo a remodelação da mama doente, como também proporcionando uma cirurgia a outra mama para torná-las simétricas. Em casos selecionados, a mastectomia radical pode ser feita sem a retirada da pele (skin sparing) ou ainda sem a retirada do mamilo (nipple sparing), apenas a retirada do tecido mamário, com segurança oncológica e excelente resultado estético.

Além do tratamento do tecido mamário, é necessário avaliar uma possível disseminação das células tumorais para os gânglios linfáticos da axila. Antigamente, em todas as pacientes, era realizada a retirada de todos esses gânglios, trazendo o controle da doença assim como algumas complicações como o chamado linfedema ("inchaço") no braço. Hoje, quando bem indicado, esta avaliação ganglionar axilar é realizada com a técnica da Biópsia do Linfonodo Sentinela (BLS), menos invasiva, onde se identifica e retira apenas o gânglio de maior probabilidade de ter a doença, diminuindo de forma substancial as complicações. No entanto, se esse Linfonodo Sentinela estiver com doença, ou ainda, quando clinicamente já se suspeita de comprometimento do gânglio axilar, a retirada de todos os gânglios da axila é mandatória. Nesses casos, deve-se associar à radioterapia.

Ainda no âmbito cirúrgico, existem também as chamadas mastectomias, poupadoras de risco ou profiláticas, que consistem na retirada das duas mamas, sem diagnóstico de câncer, naquelas pacientes consideradas de alto risco para desenvolver a doença. Além do histórico familiar, é necessária a confirmação desse alto risco com a realização de exames genéticos (pesquisa de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2).

Algumas observações devem ser pontuadas antes do procedimento cirúrgico. Como qualquer cirurgia, sempre há um risco de infecção, sangramento, hematoma ou cicatrização lenta. A retirada do gânglio da axila pode ter acúmulo de líquido sob sua pele, formigamento, dormência, rigidez, dor, fraqueza ou inchaço em seu braço. A probabilidade de essas complicações acontecerem é baixa, no entanto, todas essas informações devem ser dadas e as dúvidas esclarecidas pelo cirurgião oncológico/mastologista assistente.

A recuperação após a cirurgia normalmente é muito boa e rápida. A maioria das pacientes retorna as suas atividades habituais em média com quatro semanas. A assistência do fisioterapeuta é de grande importância para o pleno reestabelecimento.

Sempre após o tratamento cirúrgico, a paciente deve atentar para o resultado do laudo histopatológico (biópsia) e ser referenciada a um oncologista clínico ou a um radioterapêuta para avaliar um tratamento complementar.

A abordagem multiprofissional destes pacientes é fundamental. Trabalhos científicos concluem que pacientes tratados em centros de atendimento multidisciplinar têm melhores resultados terapêuticos em termos de sobrevida e qualidade de vida.

Cuidados pós-mastectomia

(retirada da mama)

O tratamento para câncer de mama está cada vez mais avançado, mas em alguns casos ainda é necessário realizar a mastectomia, cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar). Lembrando que o diagnóstico precoce pode evitar este tipo de tratamento mais radical. Confira abaixo algumas orientações do Instituto Nacional do Câncer para pacientes pós-mastectomizadas:

• Evite no braço do lado operado:
- Usar roupas ou objetos que apertem a região;
- Cortar cutícula com alicate e roer unha;
- Picadas de insetos e mordidas de animais;
- Machucados ou cortes no braço do lado operado.
- Tomar sol no braço no período das 10h as 15h sem filtro solar.

• O local operado e a outra mama devem ser examinados mensalmente. Alterações na temperatura ou na coloração da pele e o aparecimento de caroços devem ser comunicados ao médico imediatamente.

• É muito importante o exercício das atividades diárias e de lazer.

• Em caso de machucado no braço do lado da mama operada, o paciente deve fazer curativos todos os dias e manter a ferida coberta até a completa cicatrização. Se o machucado persistir, procure o seu médico.

• Após a cicatrização completa da ferida operatória, a pele deve ser hidratada com cremes.

Próteses externas só devem ser usadas quando a região estiver totalmente cicatrizada e sob orientação médica.

• A fisioterapia é fundamental para auxiliar na recuperação precoce das mulheres que possuem alguma complicação pós-operatória, reabilitando os movimentos do braço e auxiliando a diminuir a dor e a tensão.

Expediente

Endereço: Rua José Freire de Moura, nº 45 - Ponta Verde - Maceió-AL | **Telefone:** 82 3327.4659 / 3231.5754
Produção: COMSAÚDE - Comunicação, Marketing e Saúde
Jornalista responsável: Briana Meira 1110-MTE/AL
Textos: Briana Meira e Fernanda Souza
Projeto gráfico: Fabrício Casado
Diagramação: Rafael Salles

Oncoclínica

oncoclinica.com
/oncoclinicaal

Dra. Patrícia de Araújo Amorim
Diretora Técnica Médica
CRM/AL 2710 / RQE 1109