



## **Avaliação da qualidade de vida no pós-operatório tardio de mulheres com câncer de mama, em função do tipo de cirurgia realizada.**

**Palavras-Chave:** neoplasia da mama, oncologia cirúrgica, qualidade de vida

**Autores:**

**Aluno:** Milena Yonamine, FCM/Unicamp

**Co-orientador:** Prof. Dr. Cássio Cardoso-Filho, Tocoginecologia, FCM/Unicamp.

**Orientadora:** Profa. Dra. Diamo Bhadra Vale, Tocoginecologia, FCM/Unicamp.

### **INTRODUÇÃO:**

As técnicas cirúrgicas para o tratamento do câncer de mama estão sendo aprimoradas progressivamente, tornando-se menos radicais e mais conservadoras, observando o impacto psicológico e na autoimagem após o tratamento. A reconstrução mamária com o uso de implantes e/ou retalhos miocutâneos e as técnicas de oncoplastia visam melhorar o resultado estético, garantida a segurança oncológica.<sup>1</sup> A indicação e escolha da técnica é baseada no estágio da doença e na morfologia do tumor, nas características físicas da paciente, no prognóstico do câncer e nos recursos institucionais disponíveis.<sup>1,2</sup>

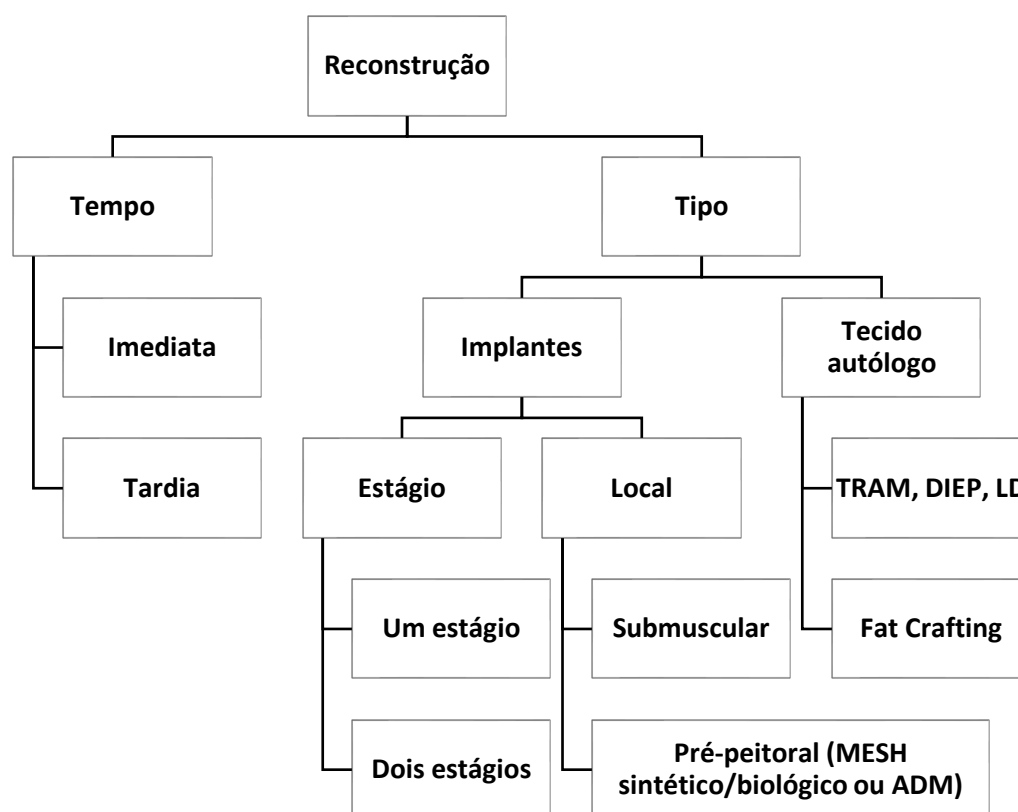
As evidências sobre o impacto das novas técnicas cirúrgicas na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama são controversas. O objetivo geral foi realizar uma revisão integrativa sobre a qualidade de vida no pós-operatório tardio em mulheres com câncer mama em função do tipo de técnica cirúrgica empregada. A seleção da técnica cirúrgica é frequentemente orientada pela segurança oncológica do procedimento. Espera-se que os resultados possam agregar informações para que essa seleção também considere mais fortemente a qualidade de vidas dessas mulheres.

### **METODOLOGIA:**

Esta foi uma revisão integrativa cuja pergunta norteadora foi “Qual técnica cirúrgica proporciona melhor qualidade de vida no pós-operatório tardio de mulheres com câncer de mama?”. As bases de dados escolhidas para este estudo foram: PubMed PMC, BVS/BIREME e Cochrane Library. Os descritores foram selecionados e aplicados nas bases de dados para filtragem dos artigos e em seguida foram exportados via EndNote® à plataforma Rayyan®. Foram incluídos os estudos que tivessem como sujeitos mulheres com câncer de mama não metastático e submetidos à cirurgia, e que avaliassem o impacto da técnica cirúrgica na qualidade de vida no pós-operatório não imediato (mais de dois anos). Foram excluídos estudos que não descrevessem a técnica cirúrgica empregada, que abordassem na mesma outras doenças que não o câncer de mama, artigos de revisão e artigos publicados há mais de 10 anos. No processo de seleção participaram três

observadores independentes: dois observadores que selecionaram os artigos e o terceiro que decidiu os casos discordantes. Para sistematização dos dados foi elaborada uma classificação das técnicas cirúrgicas empregadas para o tratamento do câncer de mama, baseada em artigos de revisão sobre o tema.<sup>3,4,5,6,7</sup>. Uma descrição esquemática da categorização pode ser observada na figura 1.

Cirurgia radical x conservadora			
Sem reconstrução	Com reconstrução	Com oncoplastia	Mista (com ou sem nipple sparing)



**Figura 1.** Sistematização das técnicas cirúrgicas e tipos de reconstrução para o tratamento do câncer de mama. *Legenda: Retalho do Músculo Reto Abdominal (TRAM); Retalho Perfurante da Artéria Epigástrica Inferior Profunda (DIEP); Grande Dorsal (LD); Malha (MESH); Matriz Dérmica Acelular (ADM).*

## RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A partir da metodologia empregada foram encontradas nas bases de dados 3.018 artigos. Após eliminação dos duplicados e análise dos três observadores foram incluídos 241 artigos. Após a leitura dos resumos, foram excluídos aqueles que não obedeciam aos critérios de inclusão, restando 148 artigos. O quadro 1 apresenta uma análise dos artigos selecionados.

<b>Quadro 1.</b> Análise dos 241 artigos selecionados para revisão integrativa sobre técnica cirúrgica para câncer de mama e qualidade de vida.	
	<b>Artigos Incluídos (n = 148)</b>
<b>Data de publicação</b>	2010 a 2015: 54; 2016 a 2020: 94
<b>País de origem</b>	EUA/Canadá: 35; Am. Latina: 21; Europa: 68; Ásia: 20; Outros: 4
<b>Local da pesquisa</b>	Instituições hospitalares: 55; Centro de pesquisa: 23; Universidade: 70
<b>Nível de evidência</b>	Ib: 6; II: 135; III: 7
<b>Motivos para exclusão (n=93)</b>	Técnica cirúrgica não indicada; outras doenças adicionadas; artigos de revisão ou publicados há mais de 10 anos.

### 1) Comparação entre tipos de cirurgia, radical x conservadora:

A mastectomia radical mostrou as piores taxas sobre qualidade de vida, porém quando associada às cirurgias reconstrutivas apresentou desfechos semelhantes ou até melhores em relação às cirurgias conservadoras da mama. Sobre a abordagem do mamilo, a técnica conservadora (nipple sparing), em comparação a técnica de conservação da pele (skin sparing) apresentou melhores resultados sobre qualidade de vida no aspecto de bem-estar psicossocial, sexual e físico e satisfação com os seios, além de apresentar menor taxa de necrose do complexo papilar.

### 2) Comparação entre tipos de cirurgias conservadoras:

A técnica de setorectomia pode tratar lesões maiores com maior acometimento linfonodal e obter desfechos semelhantes à lumpectomia, tanto cosméticos quanto oncológicos e não houve diferença estatística entre as duas técnicas sobre a qualidade de vida, o que amplia as opções de operações conservadoras.

### 3) Comparação de cirurgias com a inclusão de técnicas de oncoplastia:

Oncoplastia resultou em melhores resultados cosméticos e funcionais em comparação à cirurgia conservadora, sobretudo nas pacientes que possuíam mamas mais volumosas, ao empregar técnica de mastopexia. No entanto, pode apresentar maiores taxas de complicações cirúrgicas devido ao maior tempo cirúrgico. Em relação à mastectomia radical com reconstrução imediata, a oncoplastia quando também obteve melhor desempenho em recuperação, satisfação com os seios e bem-estar psicossocial comparado à mastectomia radical com reconstrução imediata, apesar da necessidade de radioterapia adjuvante.

### 4) Comparação entre tipos de reconstrução:

Sobre as técnicas de reconstrução com tecido autólogo e qualidade de vida, os retalhos retoabdominal (TRAM) e grande dorsal (LD) e não apresentaram diferenças. O Retalho Perfurante da Artéria Epigástrica Inferior Profunda (DIEP) se mostrou superior ao LD e ao TRAM.

Os implantes de silicone proporcionam maior satisfação com os seios comparado aos implantes de salina. Considerando aspectos como maciez e formação de ondulação, os implantes lisos conferem melhores resultados. Já os implantes microtexturizados provam ser melhores em delineamento dos seios. Posição subpeitoral do implante obteve maior número de complicações como deslocamento da prótese, contratura capsular e necrose, porém não apresentou diferença sobre a qualidade de vida a longo prazo. A posição pré-peitoral apresentou menor intensidade de dor e vantagens significativas sobre a funcionalidade dos membros superiores. Desse modo, a posição pré-peitoral parece a alternativa cirúrgica com menor morbidade.

A cirurgia em um tempo parece conferir pior desfecho cirúrgico, porém consegue manter a qualidade de vida equivalente às reconstruções em dois tempos. Na abordagem do uso de telas, observou-se superioridade do uso de telas sintéticas quando comparadas às telas biológicas, com menor risco de perda de implantes e falha da reconstrução mamária. O tempo escolhido é outro aspecto importante que deve ser considerado ao abordar a qualidade de vida na cirurgia reconstrutiva da mama. A reconstrução tardia reportou pior desfecho cosmético, pior imagem corporal e angústia comparado à reconstrução imediata. Tal resultado foi devido ao fato de que a reconstrução imediata poupar as pacientes de um período de dúvidas e inseguranças, o que impacta no bem-estar psicossocial, boa imagem corporal e bem-estar sexual. Porém, a reconstrução tardia foi associada a menores taxas de complicações cirúrgicas e proveu qualidade de vida semelhante à reconstrução imediata.

A técnica “fat crafting” melhora o resultado estético final, o bem-estar sexual e psicossocial, o que contribui com o aprimoramento da qualidade de vida das pacientes.

Vale acrescentar que escolher não reconstruir a mama pode ser uma opção adequada para atingir uma boa qualidade de vida, pois há pacientes evidenciaram uma nova visão e aceitação de imagem corporal e ressignificação. Isso mostra que cada mulher possui o direito de decidir a forma como irá enfrentar o câncer de mama, respeitando assim sua autonomia e sua dignidade.

##### **5) Comparação entre técnicas de reconstrução e outras (exceto oncoplastia)**

Comparando as técnicas de reconstrução (tecido autólogo x implantes), as reconstruções com tecido autólogo possuem melhor desempenho sobre a qualidade de vida em relação à reconstrução com implantes. Entretanto, o bem-estar físico da região abdominal se mostrou baixo, o que deve chamar atenção ao escolher a reconstrução com tecidos autólogos

#### **CONCLUSÕES:**

No tratamento cirúrgico do câncer de mama, a qualidade de vida no pós-operatório tardio foi superior quando realizadas cirurgias conservadoras do que cirurgias radicais; cirurgias com oncoplastia do que cirurgias conservadoras; implantes de silicone do que com solução salina; reconstrução imediata do que tardia. Desde que respeitada a segurança oncológica, a abordagem conservadora, implementação de técnicas reconstrutivas

e a oncoplastia devem ser sempre ofertadas às pacientes com câncer de mama, a fim de proporcionar a melhor qualidade de vida possível, preservando-se sua saúde e bem-estar como um todo.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Claro Jr. F. et al. Complicações em reconstrução mamária total em pacientes mastectomizadas por câncer de mama: análise comparativa de longo prazo quanto a influência de técnica, tempo de cirurgia, momento da reconstrução e tratamento adjuvante. *Ver. Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2013;28(1):85-91.
2. Petit JY, Botteri E., Lhsiriwat V. et al. Locoregional recurrence risk after lipofilling in breast cancer patients. *Ann Oncol*. 2012;23:582-8.
3. Weber WP, Soysal SD, Fulco I, Barandun M, Babst D, Kalbermatten D, Schaefer DJ, Oertli D, Kappos EA, Haug M. Standardization of oncoplastic breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2017 Jul;43(7):1236-1243. doi:10.1016/j.ejso.2017.01.006. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28214053.
4. Bertozzi N, Pesce M, Santi P, Raposio E. One-Stage Immediate Breast Reconstruction: A Concise Review. *Biomed Res Int*. 2017;2017:6486859. doi: 10.1155/2017/6486859. Epub 2017 Oct 2. PMID: 29098159; PMCID: PMC5643043.
5. Kopkash K, Clark P. Basic Oncoplastic Surgery for Breast Conservation: Tips and Techniques. *Ann Surg Oncol*. 2018 Oct;25(10):2823-2828. doi: 10.1245/s10434-018-6604-5. Epub 2018 Jul 2. PMID: 29968024.
6. Agha RA, Al Omran Y, Wellstead G, Sagoo H, Barai I, Rajmohan S, Borrelli MR, Vella-Baldacchino M, Orgill DP, Rusby JE. Systematic review of therapeutic nipple-sparing *versus* skin-sparing mastectomy. *BJS Open*. 2018 Dec 19;3(2):135-145. doi: 10.1002/bjs5.50119. PMID: 30957059; PMCID: PMC6433323.
7. Rolph R, Mehta S, Farhadi J. Breast reconstruction: options post-mastectomy. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2016 Jun;77(6):334-42. doi: 10.12968/hmed.2016.77.6.334. PMID: 27269748.