

Perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá (MT)

Epidemiological, clinical, pathological and immunohistochemical of patients with breast cancer in Cuiaba (MT), Brazil

Aguiar Farina¹, Luiza Lima Ribeiro de Almeida², Ludmila Emily Jesus de Paula², Ricardo Vilela Medeiros², Mariana Reginaldo Silva², Sílvia Barassuol Sommavilla²

Descritores

Neoplasias da mama
Epidemiologia
Imunohistoquímica

RESUMO

Introdução: O Câncer de mama (CM) é a neoplasia maligna mais comum nas mulheres, sendo a primeira em incidência, depois do câncer de pele e uma das principais causas de morte por câncer feminino. Conhecer o perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico dessa doença contribuirá para o desenvolvimento de estratégias para a prevenção e tratamento. O presente estudo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com CM, assistidas em Cuiabá (MT). **Método:** É um estudo observacional e descritivo. Os dados foram coletados em formulário específico, diretamente com as pacientes em entrevistas e dos prontuários médicos em instituições de atendimento pelo Sistema Único de Saúde e em clínica de atendimento privado e de convênios médicos entre 2011 a 2013. **Resultados:** As pacientes com CM em Cuiabá apresentam semelhança com as pacientes descritas em outros estudos brasileiros em relação à idade, estado civil, etnia, escolaridade, índice de massa corpórea, quanto à forma de percepção e sintomas, quanto à menarca, número de filhos, amamentação, uso de contraceptivo hormonal, uso de terapia de reposição hormonal, consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física e trauma emocional. **Conclusão:** As pacientes estudadas com CM em Cuiabá apresentam distribuição semelhantes às descritas em outras publicações brasileiras. Quando comparada a distribuição da etnia, comparada com aspectos clínicos, anátomo patológicos e imunohistoquímicos, não se observou diferença entre os grupos. Também não se observou diferença comparando estágio clínico com nível de escolaridade nem com peso corpóreo. Observou-se diferença na distribuição da doença quanto ao estágio clínico entre pacientes assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS) comparada com as assistidas em consultórios privados e de convênios, sendo as assistidas em sistema privado e de convênios com diagnóstico em estágio clínico menor, comparada com as assistidas pelo SUS.

Keywords

Keywords
Breast neoplasma
Epidemiology
Immunohistochemistry

ABSTRACT

Introduction: Breast Cancer (BC) is the most common malignancy in women, the first in incidence after skin cancer and a leading cause of female cancer death. Understand the epidemiological, clinical profile, anatomical pathology and immunohistochemical this disease contribute to the development of strategies for prevention and treatment. This study aims to describe the epidemiological, clinical profile, anatomical pathology and

Trabalho realizado no Hospital Geral Universitário de Cuiabá da Universidade de Cuiabá (UNIC).

¹Universidade de Cuiabá (UNIC) – Cuiabá (MT), Brasil.

²Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.

Endereço para correspondência: Aguiar Farina – Rua Santa Monica 75, casa 11 – Jardim Califórnia – CEP: 78070-355 – Cuiabá (MT), Brasil –

E-mail: aguiarfarina@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 24/11/2015. **Aceito em:** 06/01/2016

*immunohistochemical of patients with BC, assisted in Cuiaba (MT), Brazil. **Method:** It is an observational study. Data were collected in a specific form, directly to the patient interviews and medical records in care institutions by the Unified Health System and private clinical care and health insurance between 2011 and 2013. **Results:** Patients with BC in Cuiabá present resemblance to the patients described in other Brazilian studies regarding age, marital status, ethnicity, education level, body mass index, how to perception and symptoms, as to the menarche, number of children, breastfeeding, contraceptive use hormonal, use of hormone replacement therapy, alcohol consumption, physical activity and emotional trauma. **Conclusion:** The patients studied with BC in Cuiaba present distribution similar to those described in other Brazilian publications. When compared by ethnicity and clinical, anatomical and pathological immunohistochemical, there was no difference between groups. Also there was no difference comparing clinical stage with education level or with body weight. There was difference in the distribution of the disease and the clinical stage of patients assisted in the Unified Health System (SUS) compared to those receiving care at private practices and agreements, and the assisted private system and agreements with diagnosis in lower clinical stage, compared with assisted by SUS.*

Introdução

O Câncer de Mama é a neoplasia que mais acomete as mulheres em países em desenvolvimento e desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres¹.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres no Brasil. Em Mato Grosso a incidência estimada em 39,16 em 100.000 mulheres¹.

A sobrevida nos últimos 40 anos tem aumentado nos países desenvolvidos e, atualmente, é de 85% em 5 anos, enquanto, nos países em desenvolvimento, permanece com valores entre 50% e 60%. O CM é a principal causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012. É a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento¹.

Conhecer a prevalência dos fatores de risco para o CM permite identificar pacientes com maior risco de desenvolvimento dessa patologia. Apresentamos no presente estudo o perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico do CM de mulheres assistidas em Cuiabá (MT).

Método

O estudo foi realizado em pacientes atendidas com diagnóstico confirmado por exame anátomo patológico, em Cuiabá, em quatro instituições de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e uma clínica de atendimento privado e por convênio.

Os dados foram coletados em formulário elaborado especificamente para o estudo, através de entrevista com as pacientes e dos prontuários médicos das mesmas. A decisão quanto à etnia das pacientes não teve critério objetivo, foi avaliação subjetiva do entrevistador.

Para o cálculo da associação foi utilizado o teste do χ^2 com nível de significância de 95% e foram utilizados os softwares IBM SPSS statistics, versão 20 e Microsoft Excel e Word 2015.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá, sob n. 035CEP/UNIC/2007

Resultados

Foram colhidos dados de 271 pacientes com CM.

A distribuição das idades das pacientes foi de 27 a 86 anos, média de 51,8 anos, mediana 51 anos. Aproximadamente 15,3% das pacientes tiveram menos de 40 anos. A maior frequência foi entre 41 e 60 anos (63,8% dos casos) conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da frequência por idade das pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT.

| Idade (anos) | n | % |
|--------------|-----|-------|
| Até 30 | 8 | 3,0 |
| 31 a 40 | 33 | 12,2 |
| 41 a 50 | 87 | 32,1 |
| 51 a 60 | 86 | 31,7 |
| 61 a 70 | 41 | 15,1 |
| 70 e mais | 15 | 5,5 |
| Sem dados | 1 | 0,4 |
| Total | 271 | 100,0 |

A distribuição das pacientes quanto ao nascimento por região do país foi 52% do Centro Oeste, 20,3% do Sudeste, 18,5% do Sul, 4,8% do Nordeste e 0,7% do Norte e 3,7% sem dados.

Quanto ao estado civil, a maioria, 58,3% era casada, 14,4% solteiras, 11,1% viúvas, 9,2% separadas, 4,8% divorciadas e 2,2% sem dados.

A etnia predominante das pacientes foi branca em 52%, em seguida parda 34,7%, depois negra 10%, asiática 0,7% e indígena 0,7%. Sem dados 1,9%. Houve apenas duas pacientes de etnia asiática e duas de etnia indígena.

Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição em função da etnia, tipo histológico e de imunohistoquímica.

A distribuição quanto ao estágio clínico em função da etnia está mostrada na Figura 1

Quanto à escolaridade a distribuição foi 7,4% analfabetas, 32,1% ensino fundamental, 26,6% ensino médio e 31,4% ensino superior, sem dados 2,5%, mostrado na Figura 2.

O Índice de Massa Corpórea, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde, das pacientes teve a seguinte distribuição: 36% tiveram peso normal, 36,4% tiveram sobrepeso e 22,4% eram obesas e sem dados 5,2%.

A forma de percepção da doença teve a seguinte frequência: auto-exame 57,6%, mamografia 26,6%, exame médico 9,6%, ultrassonografia 3,7% dos casos, sem dados 2,5%.

Tabela 2. Distribuição da etnia quanto ao tipo histológico e de imunohistoquímica das pacientes com câncer de mama em Cuiabá MT.

| | Amarela | Branca | Indígena | Negra | Parda | Sem dados | Total |
|---------------------------------|---------|--------|----------|-------|-------|-----------|-------|
| Tipo histológico | | | | | | | |
| Adenocarcinoma | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Carcinoma de células claras | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Ductal in situ | 0 | 19 | 0 | 5 | 11 | 0 | 35 |
| Ductal invasivo | 2 | 108 | 2 | 20 | 77 | 4 | 213 |
| Ductal, lobular invasivo | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Lobular invasivo | 0 | 11 | 0 | 2 | 5 | 1 | 19 |
| Tubular de mama | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Total | 2 | 141 | 2 | 27 | 94 | 5 | 271 |
| Receptor de estrogênio | | | | | | | |
| Negativo | 0 | 58 | 1 | 10 | 35 | 1 | 105 |
| Positivo | 1 | 71 | 1 | 15 | 50 | 0 | 138 |
| Sem dados | 1 | 12 | 0 | 2 | 9 | 4 | 28 |
| Total | 2 | 141 | 2 | 27 | 94 | 5 | 271 |
| Receptor de progesterona | | | | | | | |
| Negativo | 0 | 60 | 1 | 10 | 42 | 0 | 113 |
| Positivo | 1 | 69 | 1 | 15 | 43 | 1 | 130 |
| Sem dados | 1 | 12 | 0 | 2 | 9 | 4 | 28 |
| Total | 2 | 141 | 2 | 27 | 94 | 5 | 271 |
| Her 2 | | | | | | | |
| 2+ (Intermediário) | 0 | 11 | 1 | 5 | 12 | 0 | 29 |
| Negativo | 1 | 95 | 0 | 13 | 66 | 1 | 176 |
| Positivo | 0 | 19 | 0 | 5 | 6 | 0 | 30 |
| Sem dados | 1 | 16 | 1 | 4 | 10 | 4 | 36 |
| Total | 2 | 141 | 2 | 27 | 94 | 5 | 271 |
| Ki67 | | | | | | | |
| Negativo | 0 | 41 | 1 | 5 | 26 | 1 | 74 |
| Positivo | 1 | 78 | 1 | 15 | 52 | 0 | 147 |
| Sem dados | 1 | 22 | 0 | 7 | 16 | 4 | 50 |
| Total | 2 | 141 | 2 | 27 | 94 | 5 | 271 |

Os sintomas, relatados pelas pacientes, apresentaram as seguintes freqüências, apresentadas na Tabela 3.

A maioria das pacientes (69%) não relatou antecedente familiar de CM, 27,3% relatou antecedente familiar, 0,7% desconheciam antecedente familiar e 3% sem dados. Entre as que relataram antecedente familiar, a parente mais comum

foi tia de primeiro grau, com 19,4%, depois mãe com 16,7%, em seguida, irmã com 15,3% e prima com 13,9%, demais parentescos 34,7%.

A idade da menarca foi de 10 a 18 anos, com média de 13,03 e mediana 13, a menopausa ocorreu em 52% das pacientes, 45,8% não eram menopausadas e não haviam dados em 2,2%.

Em relação ao número de parto, 11,4% eram nulíparas, 12,9% tiveram um parto, 30,6% tiveram dois partos, 42,4% tiveram três partos ou mais e 2,7% sem dados.

Em relação à idade em que tiveram o primeiro filho 12,5% tiveram até 17 anos, 69,4% tiveram entre 18 e 34 anos de idade, 3,3% tiveram aos 35 anos ou mais idosas, 14,8% estavam sem dados.

Quanto à amamentação, 19,9% não amamentaram, 74,5% amamentaram, 5,5% não tinham dados.

Em relação ao uso de contraceptivo hormonal, 33,9% não usaram, 62,4% usaram, 3,7% sem dados.

Em relação à Terapia de Reposição Hormonal, 84,5% não utilizaram, 12,2% utilizaram e 3,3% não tinham dados.

A maioria, 77,5%, relatou não consumir bebida alcoólica, 20,3% relatou consumir e 2,2% não tinham dados.

Quanto à prática de atividade física, 79,7% não praticavam, 18,1% praticavam e 2,2% sem dados.

Em relação a trauma emocional, 59,4% relataram não terem apresentado trauma emocional importante nos últimos 02 anos, 38,4% relataram terem apresentado trauma emocional nos últimos 02 anos e 2,2% não tinham dados.

O estágio clínico apresentou a distribuição conforme o gráfico na Figura 3.

A distribuição das pacientes por estádios clínicos, em grupos separados pelo tipo de assistência, pública (Sistema Único da Saúde) ou privada (convênios e particulares) é mostrada na Figura 4.

Os aspectos anátomo patológico e de imunohistoquímica são apresentados na Tabela 4.

No estudo foram avaliados 271 pacientes quanto ao tipo de assistência recebida, se pelo SUS (sistema único de saúde) ou

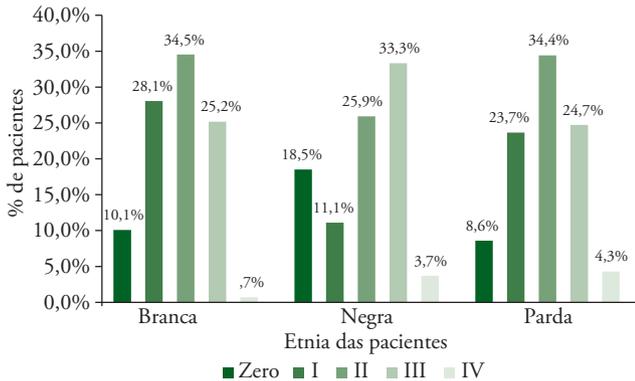


Figura 1. Distribuição do estágio clínico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT, em função da etnia.

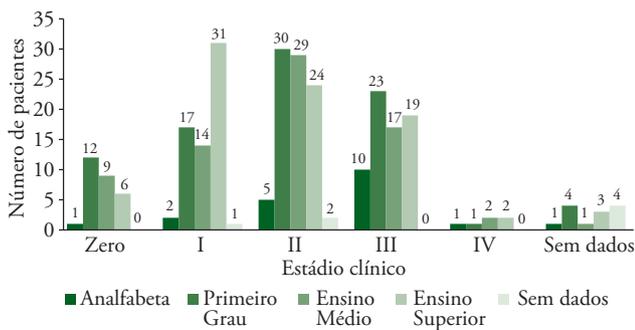


Figura 2. Distribuição das pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT em função da etnia e estadiamento.

Tabela 3. Sintomas apresentados pelas pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT.

| Sintoma | n | % |
|--------------------|-----|-------|
| Assintomática | 62 | 22,9 |
| Derrame mamilar | 1 | 0,4 |
| Dor | 9 | 3,3 |
| Ferida na mama | 4 | 1,5 |
| Microcalcificações | 3 | 1,1 |
| Nódulo | 177 | 65,3 |
| Retração mamilar | 7 | 2,6 |
| Secreção mamilar | 1 | 0,4 |
| Sem dados | 7 | 2,6 |
| Total | 271 | 100,0 |

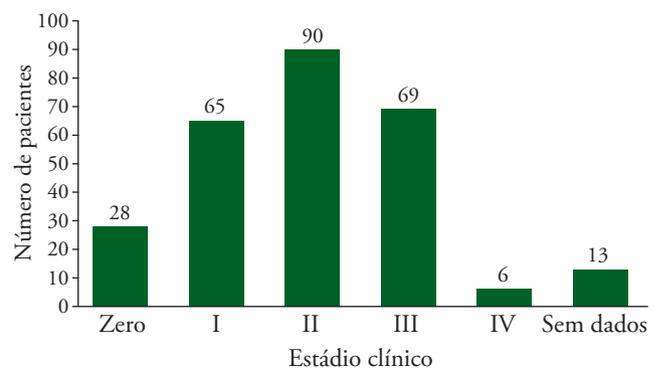


Figura 3. Gráfico da distribuição do estágio clínico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT.

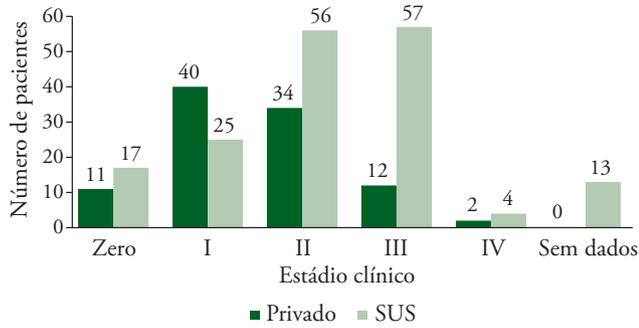


Figura 4. Gráfico da distribuição das pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT em função do tipo de assistência.

Tabela 4. Distribuição dos aspectos anátomo patológicos e de imunohistoquímica de pacientes com câncer de mama em Cuiabá, MT.

| | n | % |
|-----------------------------------|-----|-------|
| Tipo histológico | | |
| Adenocarcinoma | 1 | 0,4 |
| carcinoma de células claras | 1 | 0,4 |
| ductal in situ | 35 | 12,9 |
| ductal invasivo | 213 | 78,6 |
| ductal, lobular invasivo | 1 | 0,4 |
| lobular invasivo | 19 | 7,0 |
| tubular de mama | 1 | 0,4 |
| Total | 271 | 100,0 |
| Receptores de estrogênio | | |
| Negativo | 105 | 38,7 |
| Positivo | 138 | 50,9 |
| sem dados | 28 | 10,3 |
| Total | 271 | 100,0 |
| Receptores de progesterona | | |
| Negativo | 113 | 41,7 |
| Positivo | 130 | 48,0 |
| sem dados | 28 | 10,3 |
| Total | 271 | 100,0 |
| Her 2 | | |
| 2+ | 29 | 10,7 |
| Negativo | 176 | 64,9 |
| Positivo | 30 | 11,1 |
| sem dados | 36 | 13,3 |
| Total | 271 | 100,0 |
| KI67 | | |
| Negativo | 74 | 27,3 |
| Positivo | 147 | 54,2 |
| sem dados | 50 | 18,5 |
| Total | 271 | 100,0 |

privada (assistidos de modo particular ou por convênios para assistência suplementar de saúde), desses, 99 (36,5%) foram pelo sistema privado e 172 (63,5%) pelo SUS.

Discussão

A distribuição da idade das pacientes foi próxima ao encontrado nos relatos de pacientes brasileiras. O Grupo Brasileiro de Estudos do Câncer de Mama (GBECAM), relatou média de idade de 59,3 anos, mediana 58 anos e idade entre 21 e 100 anos². Osanai et al.³, no Rio de Janeiro em 1984, relata incidência entre 24 e 94 anos. Barros et al.⁴, em São Paulo em 1997, relata média de idade de 52,59 anos. Mendonça et al.⁵, em 1997 no Rio de Janeiro, relatam idade média de 56,6 anos. Souza et al.⁶, em Novo Hamburgo (RS), relatam média de 54 anos. Tessaro et al.⁷, em Pelotas (RS), relatam média de 47 anos. Vasconcelos et al.⁸, no Rio de Janeiro, relatam média de 56,6 anos. Amorim et al.⁹, no Rio de Janeiro, relatam média de idade de 53,1 anos. Nessa amostra a idade variou de 27 a 86 anos, média 51,8, mediana 51 e maior frequência foi entre 41 e 60 anos.

Quanto à etnia, os dados de Mato Grosso são concordantes com os dados do Grupo Brasileiro de Estudos do Câncer de Mama em que a etnia mais afetada foi a branca, seguida pela parda, negra, asiática e indígena². Uma observação importante é que a avaliação da etnia das pacientes não teve critério objetivo, foi feita subjetivamente pela percepção do entrevistador.

Quanto à escolaridade das pacientes a distribuição das pacientes observa-se que em analfabetas tem maior ocorrência do estágio III seguidos do II, I e zero. Para as pacientes com ensino de primeiro grau ocorre mais o estágio II, seguido do III, I e zero. Para as pacientes com ensino médio ocorre mais o estágio II, seguido do III, I e zero. Quanto às pacientes com ensino superior, ocorre mais o estágio I, seguido do II, III e zero.

Em relação ao índice de massa corpórea a distribuição foi insignificante estatisticamente entre as pacientes com peso normal, as com sobrepeso e obesas.

Conclui-se que as pacientes analisadas em Cuiabá, MT apresentam perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e de imunohistoquímicos semelhante ao observado nos demais estudos publicados, mesmo quando comparados por etnia.

Observou-se associação estatisticamente significativa, pelo teste do Qui-quadrado com $p < 0,0001$, quando comparado tipo de assistência, SUS ou privada e estágio clínico, notando-se aumento do estágio em pacientes atendidas pelo SUS.

Referências

1. Brasil. Instituto Nacional do Câncer - Ministério da Saúde [Internet]. [citado em 5 de out. 2014]. Disponível em from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude

2. Simon SD (Gbecan). Projeto Amazona. Dados preliminares de câncer de mama no Brasil [Internet]. [citado em 30 de set. 2015]. Disponível em: http://www.gbecam.org.br/downloads/Projeto_Amazona.pdf
3. Osanai MW. Fatores de risco de câncer de mama em pacientes do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro 1976-1977 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1984.
4. Barros ACSD. Estudo do perfil lipídico em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1996;18:201-6.
5. Mendonça GAS. Pesticidas e câncer de mama: um estudo caso-controle no Rio de Janeiro. [Tese de doutorado]. Cidade: Faculdade, Universidade; 1997.
6. Souza RM, Defferrari R, Lazzaron AR, Luciana S, Borba AA, Frasson AL. Relação da história familiar em primeiro grau com câncer de mama. *Rev Bras Mastol.* 1998;8(3):123-8.
7. Tessaro S, Béria JU, Tomasi E, Barros A. J. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(1):32-8.
8. Vasconcelos AB, Mendonça GAS, Sichieri R. Height, weight, weight change and risk of breast cancer in Rio de Janeiro, Brazil. *São Paulo Med J.* 2001;119(2):62-6.
9. Amorim LMF, Rossini A, Mendonça GAS, Lotsch PF, de Almeida Simão T, de Moura Gallo CV, et al. CYP1A1, GSTM1, and GSTT1 polymorphisms and breast cancer risk in Brazilian women. *Cancer Lett.* 2015;181(2):17-86.