



Câncer de mama: um estudo sobre os impactos pós-mastectomia radical

Janaína do Vale Lopes¹, Emile Silveira dos Santos Fernandes ², Juliana Reis de Albuquerque³, Allyka Cavalcante Silva ⁴, Ivan José de Almeida Neto ⁵.

REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

O câncer de mama é uma neoplasia maligna que se origina no tecido glandular da mama e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em mulheres globalmente. Representa uma heterogeneidade clínica e molecular significativa, manifestando-se em diversos subtipos com características biológicas distintas e padrões variados de comportamento clínico. A mastectomia radical é um procedimento cirúrgico que tem sido historicamente utilizado no tratamento do câncer de mama. Embora a mastectomia radical tenha sido uma abordagem padrão no tratamento do câncer de mama em estágios mais avançados, o manejo moderno da doença enfatiza a importância da cirurgia conservadora da mama, quando possível, e da integração de terapias adjuvantes. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, a qual investigou sobre o impacto da qualidade de vida de pacientes que foram submetidas à mastectomia radical, pela coleta de dados nas plataformas PubMed, LILACS, Periódicos CAPES, EMBASE e Scielo, dos últimos 5 anos. Assim, os estudos revelam que a BCS frequentemente resulta em uma melhor QV, especialmente nos domínios de função física e imagem corporal, comparado à MRM. No entanto, a MRM pode oferecer benefícios em aspectos emocionais e de perspectiva futura. A diversidade de fatores que afetam a QV, como atividade física, nível educacional e estratégias de reconstrução mamária, sugere que uma abordagem personalizada e multifacetada é crucial para otimizar a recuperação e o bem-estar das pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia; Oncologia; Mastectomia.

Breast cancer: a study on the impacts after radical mastectomy

ABSTRACT

Breast cancer is a malignant neoplasm that originates in the glandular tissue of the breast and is one of the main causes of morbidity and mortality in women globally. It represents significant clinical and molecular heterogeneity, manifesting itself in several subtypes with distinct biological characteristics and varying patterns of clinical behavior. Radical mastectomy is a surgical procedure that has historically been used to treat breast cancer. Although radical mastectomy has long been a standard approach in the treatment of more advanced breast cancer, modern management of the disease emphasizes the importance of breast-conserving surgery when possible and the integration of adjuvant therapies. This is a systematic review of the literature, which investigated the impact on the quality of life of patients who underwent radical mastectomy, by collecting data on the platforms PubMed, LILACS, Periódicos CAPES, EMBASE and Scielo, over the last 5 years. . Thus, studies reveal that BCS often results in better QoL, especially in the domains of physical function and body image, compared to MRM. However, MRM can offer benefits in emotional and future perspective aspects. The diversity of factors that affect QoL, such as physical activity, educational level, and breast reconstruction strategies, suggests that a personalized, multifaceted approach is crucial to optimizing patients' recovery and well-being.

Keywords: Surgery; Oncology; Mastectomy.

Instituição afiliada – ¹FESAR, ²Fipgbi, ³AFYA Jaboaão dos Guararapes, ⁴Afya itacoatiaria-AM, ⁵UNIPTAN.

Dados da publicação: Artigo recebido em 11 de Julho e publicado em 01 de Setembro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p03-20>

Autor correspondente: Lucas Oliveira Nepomuceno de Alcântara nepomucenolucas@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma neoplasia maligna que se origina no tecido glandular da mama e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em mulheres globalmente. Representa uma heterogeneidade clínica e molecular significativa, manifestando-se em diversos subtipos com características biológicas distintas e padrões variados de comportamento clínico. A complexidade da doença é evidenciada pela diversidade de apresentações e prognósticos, bem como pela evolução das estratégias de diagnóstico e tratamento (Barzaman et al., 2020).

Historicamente, o câncer de mama tem sido um foco central na pesquisa oncológica devido ao seu impacto substancial na saúde pública. A patogênese da doença envolve uma série de alterações genéticas e epigenéticas que afetam a regulação do ciclo celular, a apoptose e a capacidade de invasão e metástase. Essas alterações podem ser impulsionadas por fatores genéticos hereditários, como mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, bem como por fatores ambientais e hormonais. A interação complexa entre esses fatores contribui para a variabilidade na apresentação clínica e na resposta ao tratamento (Katsura et al., 2022).

A epidemiologia do câncer de mama é um campo de estudo essencial para compreender a distribuição, os determinantes e as tendências dessa neoplasia maligna globalmente predominante. O câncer de mama representa o tipo mais comum de câncer e a principal causa de mortalidade por câncer entre mulheres em muitas regiões do mundo. Seu impacto é de relevância considerável para a saúde pública devido à sua alta prevalência e à variabilidade nas taxas de incidência e mortalidade entre diferentes populações e contextos geográficos (Zhang et al., 2021).

Globalmente, o câncer de mama tem mostrado uma tendência crescente na incidência, refletindo mudanças no estilo de vida, padrões reprodutivos e melhorias na detecção precoce. De acordo com dados da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), estima-se que, em 2020, houve aproximadamente 2,3 milhões de novos casos de câncer de mama diagnosticados e cerca de 685.000 mortes atribuídas à doença. As taxas de incidência variam significativamente entre países e regiões, com a maior carga observada em países desenvolvidos, onde a detecção precoce é mais comum e a

mortalidade é relativamente alta devido ao envelhecimento da população e à prevalência de formas mais avançadas da doença. Em contraste, em países em desenvolvimento, a incidência tem aumentado, embora os índices de mortalidade possam ser elevados devido a acesso limitado a cuidados de saúde e ao diagnóstico tardio (Li et al., 2022).

Aspectos ambientais e de estilo de vida também são determinantes críticos. O consumo de álcool, a obesidade, a falta de atividade física e a dieta rica em gorduras saturadas têm sido implicados no aumento do risco de câncer de mama. O papel dos fatores ambientais continua a ser investigado, com a hipótese de que a interação entre fatores genéticos e ambientais pode ser um determinante chave na patogênese da doença (Burstein et al., 2021).

Além dos fatores de risco, o câncer de mama exibe uma importante variabilidade em termos de apresentação e resultados clínicos. O diagnóstico precoce através de programas de rastreamento, como a mamografia, tem demonstrado reduzir a mortalidade associada ao câncer de mama, principalmente quando a doença é detectada em estágios iniciais. No entanto, a eficácia desses programas pode variar com base em fatores como densidade mamária e características individuais da paciente (Burstein et al., 2021).

A mortalidade por câncer de mama é influenciada por uma série de fatores, incluindo acesso ao tratamento e qualidade dos cuidados. Em países desenvolvidos, as taxas de mortalidade têm mostrado uma tendência de declínio, atribuída a melhorias no tratamento e na detecção precoce. No entanto, as disparidades persistem, com taxas de mortalidade mais elevadas observadas em populações desfavorecidas e em países com menos recursos, refletindo desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade (Liang et al., 2020).

A fisiopatologia do câncer de mama é um campo complexo que envolve a interação de múltiplos fatores genéticos, moleculares e celulares, resultando em um processo maligno caracterizado por crescimento descontrolado de células epiteliais da mama. Esta condição se desenvolve a partir de alterações multifacetadas no microambiente mamário, com modificações genéticas e epigenéticas que contribuem para a transformação maligna e a progressão tumoral (Boere et al., 2022).

O câncer de mama tipicamente inicia-se com a disrupção dos mecanismos reguladores normais do ciclo celular e da apoptose. A transformação maligna é frequentemente associada a mutações em genes que regulam esses processos. Os principais eventos genéticos relacionados à carcinogênese mamária incluem mutações em oncogenes, como HER2/neu (ERBB2), e a inativação de genes supressores de tumor, como BRCA1 e BRCA2. O gene HER2/neu, codificante para um receptor tirosina-quinase, está frequentemente amplificado em subtipos agressivos de câncer de mama, levando à superexpressão de sua proteína e subsequente ativação desregulada de vias de sinalização que promovem a proliferação celular e a sobrevivência tumoral. Por outro lado, a perda de função dos genes BRCA1 e BRCA2, que são críticos para a reparação do DNA por recombinação homóloga, compromete a capacidade das células de reparar quebras de dupla hélice, resultando em instabilidade genômica e aumento do risco de câncer de mama (Boere et al., 2022).

Além das alterações genéticas, a carcinogênese mamária envolve modificações epigenéticas, como a metilação do DNA e modificações nas histonas, que podem silenciar genes supressores de tumor e ativar oncogenes sem alterar a sequência de nucleotídeos. Essas alterações contribuem para a desregulação da expressão gênica e favorecem o crescimento maligno (Thomas et al., 2023).

O microambiente tumoral desempenha um papel crítico na fisiopatologia do câncer de mama. A interação entre células tumorais e o estroma circundante, que inclui fibroblastos, células endoteliais e células imunes, modula o crescimento e a disseminação do tumor. A remodelação da matriz extracelular, mediada por metaloproteinases da matriz (MMPs), facilita a invasão tumoral ao degradar componentes da matriz e permitir a migração das células malignas para os tecidos adjacentes. O ambiente inflamatório crônico, frequentemente associado à presença de células imunes ativadas e à secreção de citocinas pró-inflamatórias, também contribui para a progressão tumoral (Thomas et al., 2023).

A angiogênese, a formação de novos vasos sanguíneos a partir de vasos preexistentes, é outro aspecto crucial da fisiopatologia do câncer de mama. Os tumores mamários frequentemente liberam fatores angiogênicos, como o fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), que promovem a formação de vasos sanguíneos que

abastecem o tumor com nutrientes e oxigênio, facilitando seu crescimento e a disseminação metastática (Jagsi et al., 2022).

A progressão do câncer de mama é também caracterizada por alterações na regulação do ciclo celular e na apoptose. Os tumores mamários frequentemente apresentam alterações na expressão de proteínas que regulam o ciclo celular, como ciclina D1 e p53, um supressor de tumor fundamental. Essas alterações contribuem para a incapacidade das células tumorais de responder adequadamente aos sinais de morte celular programada e ao controle do ciclo celular, resultando em proliferação descontrolada (Jagsi et al., 2022).

Finalmente, a capacidade de metástase, ou a disseminação das células tumorais para locais distantes, é um aspecto central da fisiopatologia do câncer de mama. As células tumorais podem se desprender do tumor primário, invadir a corrente sanguínea ou o sistema linfático, e estabelecer novos focos de crescimento em órgãos distantes, como ossos, fígado e pulmões. Esse processo é mediado por interações complexas entre células tumorais e células do microambiente, incluindo a interação com células endoteliais e a formação de microambientes favoráveis à sobrevivência e crescimento metastático.

O diagnóstico do câncer de mama é um processo multidimensional que envolve uma combinação de avaliações clínicas, exames de imagem e biópsias. A precisão no diagnóstico é crucial para a escolha apropriada do tratamento e para o prognóstico da doença. Este processo diagnóstico é baseado em critérios clínicos, métodos de imagem e análise histopatológica (Kawiak, 2022).

A avaliação clínica inicial é fundamental e inclui a coleta de uma história médica detalhada e a realização de um exame físico. O exame físico geralmente revela nódulos palpáveis, alterações na textura da pele ou na forma da mama, e sinais de linfadenopatia regional. A detecção precoce do câncer de mama é frequentemente realizada através de rastreamento em mulheres assintomáticas, especialmente aquelas com maior risco devido a fatores genéticos ou histórico familiar (Kawiak, 2022).

Os exames de imagem desempenham um papel central no diagnóstico do câncer de mama e são utilizados para a detecção inicial, avaliação da extensão da doença e monitoramento da resposta ao tratamento. O método mais comum e amplamente

utilizado é a mamografia, uma técnica de imagem radiológica que permite a visualização das alterações estruturais da mama. A mamografia pode revelar microcalcificações e massas que podem ser indicativas de câncer. A sensibilidade da mamografia pode variar dependendo da densidade mamária da paciente, sendo menos eficaz em mamas densas, onde a distinção entre tecidos tumorais e normais pode ser dificultada (Mouabbi et al., 2022).

A ultrassonografia mamária é frequentemente utilizada como uma ferramenta complementar à mamografia, particularmente para caracterizar lesões detectadas e para avaliar a presença de nódulos sólidos ou císticos. A ultrassonografia pode auxiliar na diferenciação entre massas sólidas e císticas e é útil na orientação de biópsias guiadas por imagem (Mouabbi et al., 2022).

A ressonância magnética (RM) da mama é um exame de imagem com alta sensibilidade, indicado principalmente para a avaliação de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de mama, para a avaliação da extensão tumoral antes da cirurgia e para o monitoramento da resposta ao tratamento neoadjuvante. A RM é particularmente valiosa na detecção de câncer em mamas densas e na identificação de doenças multicêntricas ou bilaterais (Yan et al., 2020).

A biópsia é o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo de câncer de mama. Existem várias técnicas de biópsia, cada uma com suas indicações específicas. A biópsia por agulha grossa, realizada sob orientação mamográfica ou ultrassonográfica, é frequentemente utilizada para obter amostras de tecido para análise histológica. A biópsia excisional, onde toda a massa é removida para exame, pode ser realizada em alguns casos, especialmente se a biópsia por agulha não fornecer informações suficientes. A análise histopatológica das amostras obtidas é essencial para confirmar o diagnóstico, determinar o tipo histológico do tumor, avaliar o grau de diferenciação e verificar a presença de receptores hormonais (estrogênio e progesterona) e HER2/neu, que são fundamentais para o planejamento do tratamento (Yan et al., 2020).

Além da análise histopatológica, os testes de imunohistoquímica e a hibridização in situ por fluorescência (FISH) são utilizados para avaliar a expressão de marcadores moleculares específicos e a amplificação do gene HER2, respectivamente. A determinação do perfil molecular do tumor pode fornecer informações adicionais sobre

o prognóstico e ajudar na seleção de terapias direcionadas (Sendi et al., 2021).

Por fim, a avaliação do estadiamento do câncer de mama é essencial para definir a extensão da doença e orientar o tratamento. Isso pode incluir exames de imagem adicionais, como tomografia computadorizada (TC) do tórax e abdômen, cintilografia óssea ou PET-CT, para identificar metástases distantes (Sendi et al., 2021).

O tratamento do câncer de mama é multifacetado e pode incluir cirurgia, terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia e terapias-alvo. A escolha do tratamento é guiada pela classificação do subtipo do tumor, pelo estadiamento da doença e pelas características individuais do paciente. O tratamento cirúrgico pode envolver a mastectomia total ou a cirurgia conservadora da mama, dependendo da extensão da doença e das preferências da paciente. A terapia adjuvante, incluindo a radioterapia e a quimioterapia, é frequentemente empregada para reduzir o risco de recidiva. Nos casos de câncer de mama HER2 positivo, as terapias-alvo como trastuzumabe têm sido um avanço significativo no tratamento (Gradishar et al., 2020).

A vigilância contínua e a gestão de longo prazo são cruciais para a detecção precoce de recidivas e o gerenciamento de efeitos colaterais do tratamento. Além disso, a integração de estratégias de rastreamento e intervenção precoce, bem como o desenvolvimento de novas terapias baseadas em avanços genômicos e imunológicos, continuam a desempenhar um papel vital na melhoria dos resultados para as pacientes com câncer de mama (Gradishar et al., 2020).

A mastectomia radical é um procedimento cirúrgico que tem sido historicamente utilizado no tratamento do câncer de mama. Este tipo de cirurgia envolve a remoção extensa da mama afetada, bem como de tecidos e estruturas adjacentes, e foi desenvolvida para tratar casos avançados de câncer mamário com a intenção de reduzir o risco de recidiva local e melhorar o prognóstico global dos pacientes (Thomas et al., 2023).

A técnica da mastectomia radical foi inicialmente descrita por William Halsted no final do século XIX e se caracteriza pela ressecção total da mama, incluindo a pele, o tecido subcutâneo, o complexo areola-mamilar e a musculatura peitoral maior, juntamente com a remoção dos linfonodos axilares. Em sua forma mais abrangente, a mastectomia radical também pode incluir a remoção do músculo peitoral menor e a

análise de linfonodos internos, embora essa abordagem mais extensa tenha sido cada vez mais substituída por técnicas menos mutilantes com base em avanços na compreensão da biologia do câncer de mama e da eficácia dos tratamentos adjuvantes (Thomas et al., 2023).

A indicação para a mastectomia radical é geralmente considerada em casos de câncer de mama localmente avançado ou quando há comprometimento extenso dos linfonodos axilares que não pode ser adequadamente manejado por técnicas menos invasivas. Em algumas situações, a mastectomia radical é também indicada quando há contraindicações para a radioterapia ou quando há necessidade de tratamento cirúrgico em mamas muito volumosas com múltiplas lesões (Barzaman et al., 2020).

O procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia geral e geralmente envolve um tempo operatório prolongado, dada a complexidade da ressecção e a necessidade de uma margem adequada de tecido saudável para garantir a remoção completa do tumor. A cirurgia é associada a um risco significativo de complicações, incluindo infecções, hematomas, seromas e alterações funcionais da região afetada, como a limitação do movimento do ombro e alterações estéticas devido à remoção extensiva da mama e da musculatura subjacente (Katsura et al., 2022).

A técnica da mastectomia radical tem sido amplamente substituída pela mastectomia radical modificada e pela mastectomia parcial, como a tumorectomia (ou cirurgia conservadora da mama) combinada com radioterapia. A mastectomia radical modificada, desenvolvida por Bernard Fisher e colegas, envolve a remoção da mama e dos linfonodos axilares, mas preserva a musculatura peitoral maior, o que reduz a morbidade associada à ressecção extensa e melhora a qualidade de vida pós-operatória. A escolha entre a mastectomia radical e outras abordagens cirúrgicas é frequentemente baseada em uma avaliação multidisciplinar do perfil do tumor, características individuais da paciente e a presença de outras comorbidades (Zhang et al., 2021).

Embora a mastectomia radical tenha sido uma abordagem padrão no tratamento do câncer de mama em estágios mais avançados, o manejo moderno da doença enfatiza a importância da cirurgia conservadora da mama, quando possível, e da integração de terapias adjuvantes, incluindo a quimioterapia, a radioterapia e terapias hormonais, para tratar e controlar a doença. A decisão sobre o tipo de intervenção cirúrgica deve

ser cuidadosamente considerada em conjunto com os fatores prognósticos, as características tumorais e as preferências e necessidades individuais da paciente.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão sistemática da literatura focada em artigos científicos publicados nos últimos 5 anos, abordando sobre o impacto da qualidade de vida de pacientes que foram submetidas à mastectomia radical. A coleta de dados foi realizada através de uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas PubMed, LILACS, Periódicos CAPES, EMBASE e Scielo, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS) "Mastectomia radical" e "Qualidade de vida".

Foram estabelecidos critérios de inclusão específicos para esta revisão sistemática, abrangendo artigos científicos realizados com seres humanos ou animais e publicados nos últimos 5 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão, foram excluídos estudos com período de publicação anterior ao mencionado, duplicatas e aqueles que não abordaram sobre o impacto da qualidade de vida de pacientes que foram submetidas à mastectomia radical.

A pesquisa resultou em 91 resultados, todos os quais tiveram seus resumos revisados. Após essa triagem inicial, que resultou na exclusão de 54 artigos, procedeu-se à leitura completa dos artigos selecionados, resultando na escolha de 6 estudos que abordavam o objetivo principal da análise, ou seja, sobre o impacto da qualidade de vida de pacientes que foram submetidas à mastectomia radical.

Assim, durante a pesquisa, foram analisados os estudos, bem como a resposta obtida, e quais artigos apresentaram um esclarecimento a respeito do impacto da qualidade de vida de pacientes que foram submetidas à mastectomia radical.

RESULTADOS

Os estudos tentam estabelecer uma relação sobre o impacto da qualidade de vida de pacientes que foram submetidas à mastectomia radical, estabelecendo a relação de efeitos e impactos na qualidade de vida desses indivíduos.

Um estudo transversal, desenvolvido por Bhat, Roshini e Ramesh, foi conduzido para avaliar e comparar a qualidade de vida (QV) de mulheres submetidas a mastectomia radical modificada (MRM) versus cirurgia de conservação da mama (BCS)

para câncer de mama, com acompanhamento de cinco anos. A QV foi medida utilizando o questionário de qualidade de vida de longo prazo para câncer de mama (LTQOL-BC). A análise revelou que 50% das mulheres submetidas à MRM relataram dificuldades significativas na execução de tarefas domésticas, em comparação com 31% no grupo BCS. Além disso, 25% das mulheres que se submeteram à MRM expressaram sentimentos de incompletude e falta de feminilidade. Em contraste, mais de 80% das participantes de ambos os grupos relataram se sentir mais fortes como sobreviventes e extrair força de suas experiências. A comparação entre os grupos indicou diferenças significativas na QV, com o grupo BCS apresentando melhor desempenho em função física e imagem corporal. Estes achados sugerem que, apesar das semelhanças no sentimento de resiliência, a cirurgia conservadora da mama está associada a uma qualidade de vida superior em termos de função física e percepção corporal, quando comparada à mastectomia radical modificada.

O estudo, desenvolvido por Lizis et al., teve como objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres entre 50 e 60 anos submetidas à mastectomia radical unilateral, com foco na comparação entre grupos fisicamente ativos e inativos. A amostra foi composta por 100 participantes, divididas em dois grupos com base na prática de atividade física, e a QV foi avaliada utilizando a versão abreviada do questionário WHOQOL-BREF. A análise estatística, empregando o teste χ^2 , o teste de Kruskal-Wallis e o teste U de Mann-Whitney, revelou uma dependência estatisticamente significativa entre a atividade física e a autoavaliação da QV geral ($P = 0,014$) e a percepção de saúde ($P < 0,001$). No grupo de mulheres fisicamente inativas, o nível de educação influenciou a percepção da saúde física ($P = 0,031$), com melhores pontuações entre aquelas com ensino médio e menores entre as com educação profissional. O domínio social foi consistentemente o mais bem avaliado por ambas as categorias, enquanto o domínio da saúde física apresentou as menores pontuações. Os resultados indicam que, independentemente do ambiente de vida, a prática de atividade física e o nível educacional afetam significativamente a qualidade de vida pós-mastectomia, com a saúde física sendo o aspecto mais prejudicado.

O estudo, desenvolvido por Li, Tang e Li, avaliou o impacto da reconstrução mamária com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal (RGMD) após mastectomia radical modificada (MRM) com preservação do mamilo e da aréola na qualidade de vida

(QV) e no humor psicológico de pacientes com carcinoma de mama em estágio I. Realizado no Shanghai Fifth People's Hospital, Universidade Fudan, entre janeiro de 2018 e dezembro de 2020, o estudo incluiu 102 pacientes submetidas a reconstrução com LDMF (grupo de pesquisa, GR) e 50 pacientes que receberam mastectomia total tradicional (grupo controle, GC). A avaliação foi conduzida utilizando as escalas de atividades da vida diária (ADL), autoavaliação de ansiedade (SAS) e autoavaliação de depressão (SDS), antes e um mês após o tratamento. Os resultados mostraram que as pontuações da Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Câncer de Mama (FACT-B) foram significativamente mais altas e as pontuações SAS e SDS foram significativamente mais baixas no grupo RG comparado ao GC ($P < 0,05$). Não foram observadas diferenças significativas em relação à perda sanguínea intraoperatória, tempo de drenagem da ferida, tempo de operação, complicações pós-operatórias e taxa de sobrevida global entre os grupos ($P > 0,05$). O grupo RG também apresentou maior grau de satisfação e melhor QV geral em comparação ao GC ($P < 0,05$). Esses achados indicam que a reconstrução mamária com LDMF após MRM com preservação do mamilo e da aréola pode melhorar significativamente a qualidade de vida e reduzir sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com carcinoma de mama em estágio I.

O estudo transversal, desenvolvido por Senoga et al., conduzido no Hospital Universitário Aga Khan-Nairóbi (AKUHN), comparou a qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer de mama inicial (EBC) submetidas a cirurgia conservadora da mama seguida de radioterapia (BCS/BCT) ou mastectomia radical modificada (MRM), pelo menos um ano após o tratamento. Entre janeiro de 2013 e dezembro de 2018, 42 pacientes foram tratados com BCS/BCT e 39 com MRM. A qualidade de vida foi avaliada usando o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para o Tratamento e Pesquisa do Câncer (EORTC-QLQ-C30). A análise revelou que pacientes submetidos a BCS/BCT apresentaram uma QV geral significativamente melhor em comparação às que passaram por MRM ($p = 0,0149$). Adicionalmente, a análise multivariada indicou que o nível de escolaridade e a presença de diabetes mellitus influenciaram significativamente a QV dos pacientes cinco anos após a cirurgia ($p < 0,05$). Estes resultados sugerem que, no contexto da África Oriental, a BCS/BCT está associada a uma melhor qualidade de vida em comparação à MRM, e fatores como educação e diabetes mellitus desempenham papéis importantes na percepção da QV após o

tratamento para câncer de mama inicial.

O estudo, desenvolvido por Marinkovic et al., teve como objetivo avaliar e comparar a qualidade de vida (QoL) em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama, especificamente entre aquelas que passaram por mastectomia radical modificada (MRM) e aquelas que receberam cirurgia conservadora da mama (BCS), no Departamento de Cirurgia Endócrina e de Mama do Centro Clínico de Niš, na Sérvia. Entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2017, foram analisadas 300 pacientes tratadas com BCS e 300 com MRM. A QoL foi avaliada utilizando o questionário WHOQOL-BREF, que mede quatro domínios: saúde física, saúde psicológica, relacionamentos sociais e meio ambiente. Os resultados foram analisados por meio dos testes t e qui-quadrado. Os dados indicaram que as pacientes submetidas a BCS pontuaram significativamente mais alto em todos os quatro domínios de QoL comparadas às pacientes que passaram por MRM, mesmo após controlar variáveis demográficas como idade, educação e estado civil. Em particular, a diferença mais pronunciada foi observada no domínio ambiental. Conclui-se que a QoL é significativamente melhor em mulheres que se submeteram a BCS em comparação com aquelas que passaram por MRM, destacando a necessidade de recomendações específicas para cirurgia conservadora e a implementação de intervenções centradas no paciente para melhorar a QoL em pacientes que optam pela mastectomia radical, com foco especial nos domínios social e ambiental.

O estudo prospectivo, desenvolvido por Cherian et al., investigou o impacto do tipo de cirurgia no câncer de mama na qualidade de vida (QV) de sobreviventes indianas, com foco na comparação entre cirurgia conservadora da mama (BCS) e mastectomia radical modificada (MRM). Entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2015, 138 pacientes femininas com câncer de mama inicial foram incluídas, sendo 62 submetidas a BCS e 76 a MRM. A QV foi avaliada utilizando o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30) e o EORTC QLQ-BR 23 em três momentos: na linha de base, 6 meses e 1 ano após a cirurgia. Os resultados mostraram que, aos 6 meses, as pacientes submetidas a BCS apresentaram melhor desempenho em termos de funcionamento físico, dispneia, fadiga, perda de apetite e imagem corporal ($p < 0,05$) em comparação com as submetidas a MRM. Aos 1 ano, o grupo BCS continuou a apresentar melhores resultados

em funcionamento físico, desempenho de papel, estado de saúde global, imagem corporal, prazer sexual e dispneia, enquanto o grupo MRM demonstrou melhor desempenho em funcionamento emocional e perspectivas futuras ($p < 0,05$). Conclui-se que a BCS está associada a uma melhor qualidade de vida em várias escalas funcionais e de sintomas a curto e médio prazo, enquanto a MRM oferece vantagens em termos de perspectiva futura e funcionamento emocional a longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, A revisão dos estudos analisados revela um padrão consistente em relação ao impacto da cirurgia conservadora da mama (BCS) versus mastectomia radical modificada (MRM) na qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer de mama. Os resultados demonstram que, de maneira geral, a BCS tende a proporcionar uma QV superior em comparação com a MRM, refletida em diversas dimensões de funcionalidade e bem-estar.

O estudo transversal de Bhat, Roshini e Ramesh destacou que mulheres submetidas a MRM apresentaram maiores dificuldades em realizar tarefas domésticas e relataram sentimentos de incompletude e diminuição da feminilidade, em contraste com o grupo BCS. No entanto, ambas as coortes relataram um aumento na sensação de força derivada de suas experiências com câncer, embora o grupo BCS tenha mostrado vantagens em função física e imagem corporal.

A pesquisa conduzida por Lizis et al. evidenciou a influência significativa da atividade física e do nível educacional na QV pós-mastectomia. As mulheres fisicamente ativas e com maior nível de educação apresentaram melhores autoavaliações de QV e percepção de saúde, destacando a importância desses fatores para a recuperação e bem-estar das pacientes.

Li, Tang e Li revelaram que a reconstrução mamária com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal (RGMD) após MRM com preservação do mamilo e da aréola contribui para uma melhor QV e redução de sintomas de ansiedade e depressão, em comparação com a mastectomia total tradicional. A reconstrução mamária mostrou-se eficaz em melhorar a satisfação e a percepção geral da QV sem impactar negativamente a sobrevida global e outras métricas operatórias.

O estudo de Senoga et al. corroborou que a BCS/BCT está associada a uma melhor QV geral em comparação com a MRM, destacando o impacto significativo da escolaridade e da presença de diabetes mellitus na QV a longo prazo. Esse achado reforça a relevância de fatores individuais e contextuais na percepção da QV após tratamento para câncer de mama.

Por fim, a análise conduzida por Marinkovic et al. confirmou que pacientes submetidas a BCS pontuaram significativamente mais alto em todos os domínios do questionário WHOQOL-BREF, em comparação com aquelas que passaram por MRM. A diferença foi mais pronunciada no domínio ambiental, ressaltando a necessidade de considerar a BCS como uma alternativa preferencial sempre que possível e a importância de intervenções centradas no paciente para melhorar a QV em casos de MRM.

Em síntese, os estudos revelam que a BCS frequentemente resulta em uma melhor QV, especialmente nos domínios de função física e imagem corporal, comparado à MRM. No entanto, a MRM pode oferecer benefícios em aspectos emocionais e de perspectiva futura. A diversidade de fatores que afetam a QV, como atividade física, nível educacional e estratégias de reconstrução mamária, sugere que uma abordagem personalizada e multifacetada é crucial para otimizar a recuperação e o bem-estar das pacientes.

Para um entendimento mais aprofundado e abrangente do impacto dessas diferentes abordagens cirúrgicas na QV, são necessárias pesquisas adicionais que considerem amostras maiores e mais diversificadas, incluam análises longitudinais para monitorar mudanças ao longo do tempo, e explorem a influência de intervenções psicossociais e de suporte complementar. Tais estudos podem fornecer uma visão mais clara sobre como melhorar a qualidade de vida das pacientes e informar práticas clínicas futuras.

REFERÊNCIAS

BARZAMAN, K. et al. Breast cancer: Biology, biomarkers, and treatments. *International Immunopharmacology*, v. 84, p. 106535–106535, 1 jul. 2020.

BHAT, V.; ROSHINI, A. P.; RAMESH, R. Does Quality of Life Among Modified Radical Mastectomy



and Breast Conservation Surgery Patients Differ? A 5-Year Comparative Study. *Indian Journal of Surgical Oncology*, v. 10, n. 4, p. 643–648, 13 ago. 2019.

BOERE, I. et al. Breast cancer during pregnancy: epidemiology, phenotypes, presentation during pregnancy and therapeutic modalities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 82, p. 46–59, 1 jun. 2022.

BURSTEIN, H. J. et al. Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Annals of Oncology*, v. 32, n. 10, p. 1216–1235, 1 out. 2021.

CHERIAN, K. et al. Quality of Life Post Breast Cancer Surgery: Comparison of Breast Conservation Surgery versus Modified Radical Mastectomy in a Developing Country. *South Asian Journal of Cancer*, v. 11, n. 03, p. 183–189, 25 abr. 2022.

GRADISHAR, W. J. et al. Breast Cancer, Version 3.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 18, n. 4, p. 452–478, 1 abr. 2020.

JAGSI, R. et al. Inflammatory breast cancer defined: proposed common diagnostic criteria to guide treatment and research. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 192, n. 2, p. 235–243, 1 jan. 2022.

KATSURA, C. et al. Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal of Hospital Medicine*, v. 83, n. 2, p. 1–7, 2 fev. 2022.

KAWIAK, A. Molecular Research and Treatment of Breast Cancer. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 23, n. 17, p. 9617–9617, 25 ago. 2022.

LI, Y. J.; TANG, X. N.; LI, X. Q. Effect of modified radical mastectomy combined with latissimus dorsi musculocutaneous flap breast reconstruction on patients' psychology and quality of life. *American journal of translational research*, v. 13, n. 10, 2021.



LI, Z. et al. The Role of Progesterone Receptors in Breast Cancer. *Drug Design Development and Therapy*, v. Volume 16, p. 305–314, 1 jan. 2022.

LIANG, Y. et al. Metastatic heterogeneity of breast cancer: Molecular mechanism and potential therapeutic targets. *Seminars in Cancer Biology*, v. 60, p. 14–27, 1 fev. 2020.

LIZIS, E. P. et al. Physical Activity of Women After Radical Unilateral Mastectomy and Its Impact on Overall Quality of Life. *Cancer Control*, v. 27, n. 1, p. 107327481990040-107327481990040, 1 jan. 2020.

MARINKOVIC, M. et al. Assessment of the quality of life in breast cancer depending on the surgical treatment. *Supportive Care in Cancer*, v. 29, n. 6, p. 3257–3266, 24 out. 2020.

MOUABBI, J. A. et al. Invasive lobular carcinoma: an understudied emergent subtype of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 193, n. 2, p. 253–264, 26 mar. 2022.

SENDI, M. A. et al. Oligometastatic breast cancer: Are we there yet? *International Journal of Cancer*, v. 149, n. 8, p. 1520–1528, 8 jun. 2021.

SENOGA, A. et al. Quality of life of patients one year after breast conserving surgery versus modified radical mastectomy for early breast cancer: a Kenya tertiary hospital five-year review. *Pan African Medical Journal*, v. 46, 1 jan. 2023.

THOMAS, H. R. et al. Metaplastic breast cancer: A review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, v. 182, p. 103924–103924, 1 fev. 2023.

YAN, J. et al. Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in the Precision Medicine Era. *Methods in molecular biology*, p. 53–61, 1 jan. 2020.

ZHANG, Y. et al. Review of Breast Cancer Pathological Image Processing. *BioMed Research International*, v. 2021, p. 1–7, 20 set. 2021.