

Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento

Breast cancer in women over 70 years of age: guidelines for diagnosis and treatment

Leandro Cruz Ramires da Silva¹, Washington Cançado Amorim², Marcus Simões Castilho³, Rodrigo Cunha Guimarães⁴, Tânia Paszternak Mata Machado Paixão⁵, Cristina Barbosa Leite Pirfo⁶

DOI: 10.5935/2238-3182.20130016

RESUMO

No Brasil, a expectativa de vida para as mulheres é de 75 anos e a população acima de 70 anos, atualmente, ultrapassa os 4,5 milhões de mulheres com previsão de crescimento para os próximos anos. Ao contrário do que se imaginava, a evolução clínica do câncer de mama parece ser semelhante em mulheres idosas quando comparadas às mais jovens. Estudos prospectivos randomizados com nível I de evidência envolvendo pacientes com mais de 70 anos portadoras de câncer de mama são escassos. O diagnóstico precoce, por meio da mamografia, proporciona tratamentos menos agressivos. Portanto, a mamografia não deve ser negligenciada em idosas. O tratamento cirúrgico é de baixa morbidade e mortalidade mesmo em idosas. Por outro lado, comorbidades, estado geral comprometido e limitada expectativa de vida são fatores que limitam o tratamento sistêmico e radioterápico nessas mulheres. Diante disso, as idosas estão mais sujeitas ao subtratamento com prejuízo para a sobrevida global e sobrevida livre de doença. Sempre que possível, a abordagem do câncer de mama nas mulheres acima de 70 de idade deve respeitar os protocolos previamente estabelecidos para as mais jovens. Comorbidades, performance *status* e expectativa de vida devem ser consideradas para a definição do tratamento individualizado.

Palavras-chave: Mulheres; Idoso; Mamografia; Neoplasias da Mama/cirurgia; Neoplasias da Mama/quimioterapia; Neoplasias da Mama/radioterapia; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

In Brazil, life expectancy among women is 75 years. The current population aged over 70 years exceeds 4.5 million, and is expected to grow even more in the coming years. Contrary to expectations, the clinical outcome of breast cancer appears to be similar in both younger and older women. Level I evidence randomized prospective studies involving patients older than 70 years with breast cancer are scarce. Early diagnosis using mammography enables less aggressive treatments. Therefore, the need for mammographies should not be overlooked in elderly women. Surgical treatment carries low morbidity and mortality even among elderly women. Nonetheless, comorbidities, impaired general health status and limited life expectancy are factors that limit systemic treatment and radiotherapy in these women. Thus, the elderly are more prone to undertreatment leading to reduced overall survival and disease-free survival. Whenever possible, the approach to breast cancer in women over age 70 should comply with protocols previously established for younger women. Comorbidities, performance status and life expectancy should be factored in planning for individualized treatment.

Key words: Women; Aged; Mammography; Breast Neoplasms/surgery; Breast Neoplasms/chemotherapy; Breast Neoplasms/radiotherapy; Women's Health.

¹ Médico(a) Mastologista. Mestrando do Programa Saúde da Mulher, Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Membro do Grupo de Estudo em Mastologia-GEMA da FM/UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico(a) Mastologista. Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia Faculdade de Medicina da UFMG. Membro do Grupo de Estudo em Mastologia – GEMA da FM/UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Médico Oncologista. Mestrando do Programa Saúde da Mulher, Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Membro do Grupo de Estudo em Mastologia – GEMA da FM/UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Médico Oncologista. Médica Residente do Serviço de Oncologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Médico(a) Mastologista. Membro do Grupo de Estudo em Mastologia – GEMA da FM/UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Médica Residente do Serviço de Oncologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Membro do Grupo de Estudo em Mastologia – GEMA da FM/UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 06/01/2010
Aprovado em: 05/04/2011

Instituição:
Grupo de Estudo em Mastologia GEMA – FM/UFMG em novembro de 2009

Autor correspondente:
Leandro Cruz Ramires da Silva
E-mail: ramiresleandro@gmail.com

INTRODUÇÃO

O relatório de Estatística Sanitária Mundial da Organização Mundial de Saúde apresentado na 60ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra em 2007 revela que a expectativa de vida das mulheres vem aumentando globalmente e, atualmente, sua média mundial é de 68 anos. No Brasil, a expectativa de vida para as mulheres é de 75 anos¹ e nos países ocidentais, para mulheres com mais de 70 e 80 anos de idade, é de 15,5 e 9,2 anos, respectivamente.²

Segundo o IBGE, a população feminina brasileira acima de 70 anos cresceu 128% nos últimos 20 anos, eram 2.082.342 e hoje são 4.750.292 mulheres. Para os próximos 20 anos espera-se crescimento de 122%, atingindo 10.545.602 mulheres.³

O envelhecimento é processo altamente individualizado e multidimensional. A idade cronológica nem sempre é capaz de prever o declínio fisiológico de um indivíduo, em parte devido ao efeito das comorbidades sobre o envelhecimento. A percepção da própria saúde, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, o fato de estar acamada e o nível funcional cognitivo são melhores indicadores da qualidade de vida em idosas do que especificamente a existência de enfermidades⁴. Com o desenvolvimento socioeconômico e cultural, a autonomia e independência são cada vez mais observadas em mulheres mais idosas.

A longevidade proporciona expressivo aumento no número de novos casos de câncer de mama nesse grupo de mulheres. Nos Estados Unidos da América (EUA), a probabilidade de se desenvolver câncer de mama até os 39, entre 40 e 59, entre 60 e 69 e acima de 70 anos de idade foi de 0,48, 3,98, 3,65 e 6,84%, respectivamente⁵. Uma em cada 225 mulheres até os 39 anos e uma em cada 14 entre 60 e 79 anos de idade tem câncer de mama nos EUA.⁶

A taxa de mortalidade geral para câncer de mama no Brasil no período de 2002 a 2006 foi de 9,3/100.000 mulheres. A taxa foi de 16,2 para pacientes entre 40 e 49 anos e de 84,1 naquelas acima de 80 anos.⁷ O aumento da idade é o fator determinante no aumento da mortalidade. Por outro lado, a evolução clínica do câncer de mama, ao contrário do que se imaginava, parece ser semelhante à encontrada nas mulheres jovens comparadas por estágio da doença. A sobrevivência livre de doença de mulheres com mais de 70 anos com axila negativa mostrou-se pior quando comparado com a de mulheres com menos de 40 anos com

axila negativa tratadas por câncer de mama. Essa observação se deveu ao fato de que o tratamento padrão para controle do câncer de mama em mulheres mais idosas foi menos realizado.⁵ Segundo o *National Cancer Institute*, nos EUA, mulheres com mais de 70 são menos submetidas ao esvaziamento axilar quando comparadas com mulheres mais jovens.⁸

Com o avançar da idade, muitas mulheres idosas acabam tendo menos acesso a programas de rastreamento, a métodos de diagnósticos mais modernos e a tratamentos mais complexos para câncer de mama. A combinação entre idade avançada e disfunção cognitiva torna essa população vulnerável ao subtratamento.⁹

A maioria dos estudos sobre rastreamento mamográfico, tratamento cirúrgico, radioterápico e sistêmico para câncer de mama exclui mulheres com mais de 70 anos de idade. Grandes estudos prospectivos e randomizados em pacientes idosas com câncer de mama, com nível I de evidência para tratamentos dessas pacientes, são escassos.¹⁰

Diante do crescimento da população feminina mundial e brasileira acima de 70 anos, da melhoria da qualidade e expectativa de vida e de elevadas taxas de incidência do câncer de mama nessas mulheres, o Grupo de Estudo em Mastologia da FM-UFMG (GEMA) propõe diretrizes para a abordagem dessa doença na mulher acima de 70 anos de idade. Neste artigo serão abordados o rastreamento mamográfico e mamografia, o tratamento cirúrgico, o tratamento sistêmico e o tratamento radioterápico.

RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO E MAMOGRAFIA

Pacientes idosas podem ser dispensadas do rastreamento mamográfico ou da mamografia?

O diagnóstico precoce, por meio da mamografia, proporciona tratamentos menos agressivos. Entretanto, ainda não existem estudos controlados que evidenciem redução de mortalidade por câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade submetidas a programa de rastreamento mamográfico. As mulheres acima de 75 anos de idade fazem menos mamografias.¹¹ Também têm menos acesso à mamografia mulheres idosas com deficiência cognitiva.¹² O estágio do diagnóstico foi semelhante ao encontrado em mulhe-

res mais jovens submetidas a rastreamento quando as mais idosas foram submetidas à mamografia periódica.¹³ A mamografia pode determinar que outros instrumentos diagnósticos sejam usados, como: exames de imagem complementares, punções biópsias por agulha fina, *core biopsy*, mamotomias (guiadas ou não por mamografia ou ultrassom, agulhamentos de lesão não papável, *Radioquided Ocult Lesion Localization* – ROLL – e biópsias a céu aberto). Muitas dessas intervenções agregam morbidades em pacientes idosas que geralmente já possuem a saúde comprometida. A escolha do melhor método complementar de diagnóstico deve ser avaliada individualmente.

Cerca de 20% das neoplasias malignas detectadas pela mamografia são carcinomas ductais “*in situ*” (CDIS) e a maioria não evolui para carcinoma invasor; portanto, não teria a capacidade de modificar a sobrevida. Não se sabe ainda quais CDIS evoluirão para um tumor invasor. A taxa de mortalidade por câncer de mama variou pouco nas décadas de 1980 e 1990, entretanto, a incidência de CDIS cresceu 750% nesse período, devido ao desenvolvimento da mamografia.¹⁴ Expressivo número de tratamentos realizados para CDIS só contribuíram para aumento na morbidade, já que muitos deles jamais proporcionariam redução da sobrevida ou aumento da mortalidade. A Figura 1 ilustra o caso de paciente com 90 anos de idade, nulípara, com índice de “*performance status*” ECOG 1, sem comorbidades importantes, portadora de CDIS, diagnosticado em mamografia de rotina e tratada somente com quadrantectomia em regime de hospital-dia e anestesia local, sem radioterapia e sem hormonioterapia. Após cinco anos de acompanhamento encontra-se livre de doença e com boa qualidade de vida.

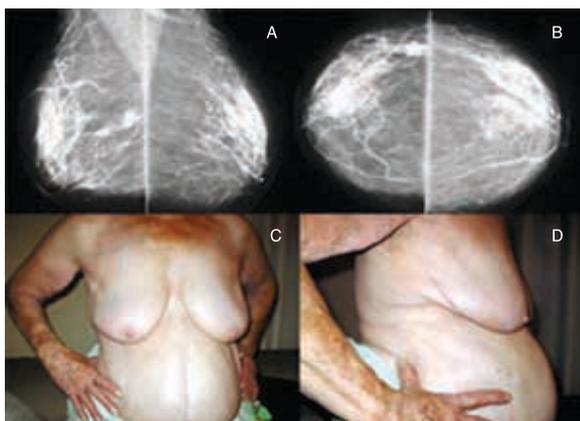


Figura 1 - Paciente com 90 anos de idade portadora de CDIS. (A) Mamografia CC. (B) mamografia OBL. (C) Visão frontal. (D) Visão lateral direita.

Pacientes com idade igual ou superior a 70 anos e que apresentam déficit cognitivo avançado ou comorbidades importantes ou expectativa de vida inferior a cinco anos devem ser desaconselhadas quanto à mamografia de rotina e ao rastreamento mamográfico. Em pacientes idosas, com exame clínico mamário normal, capazes de compreender os riscos e benefícios ou que contam com familiar ou tutor responsável, a mamografia de rotina e o rastreamento devem ser indicados após óbvia apresentação dos riscos e benefícios (Figura 2). A decisão é sempre da paciente e de sua família.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Pacientes idosas devem ser operadas conservadoramente?

O tratamento cirúrgico é fundamental no controle do câncer de mama e, na maioria das vezes, é a primeira modalidade de intervenção terapêutica que, para algumas idosas, pode ser a única. A indicação da técnica cirúrgica mais adequada está diretamente relacionada à apresentação da doença e não à idade da paciente.

A avaliação clínica geriátrica pré-operatória com controle rigoroso de comorbidades é prioritária antes da cirurgia. A visita pré-anestésica é útil para que o anestesiológico possa se informar do caso previamente e planejar a anestesia a ser usada. O acompanhamento clínico durante a internação hospitalar contribui para que a evolução pós-operatória seja adequada.

As cirurgias mamárias são procedimentos de baixa morbidade e mortalidade menor ainda. Dados coletados no *National Surgical Quality Improvement Program*, referência nacional para padrões de atendimento nos EUA, e publicados em 2007 demonstraram índices de mortalidade até o 30º. dia de pós-operatório para mastectomias e cirurgias conservadoras associadas a procedimento axilar de 0,24% e 0,0%, respectivamente, em 3.107 pacientes.¹⁵ Nesse mesmo estudo a morbidade mais frequente foi relacionada à ferida operatória ocorrendo em 3,63% dos casos. O índice de massa corporal (IMC), o hematócrito e a dosagem de albumina foram fatores mais importantes do que a idade avançada nas complicações da ferida operatória.

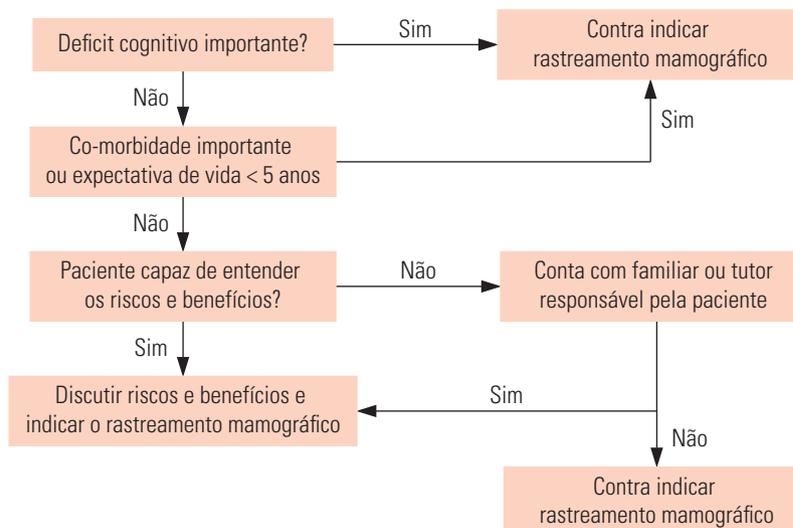


Figura 2 - Organograma para indicar a mamografia e/ou rastreamento mamográfico em mulheres acima de 70 anos de idade com exame clínico mamário normal.

Pacientes acima de 70 anos de idade, performance *status* ECOG 0, 1 ou 2¹⁶, com comorbidades controladas e expectativa de vida superior a cinco anos devem ser operadas conforme os protocolos de consenso, da mesma maneira que as pacientes mais jovens.

As idosas tendem a ser menos submetidas ao esvaziamento axilar e têm seu tratamento cirúrgico realizado muito aquém do preconizado em protocolos de consenso. Em mulheres com mais de 70 anos de idade, com axilas clinicamente negativas, tumores T1, receptores positivos para o estrogênio e tratadas com tamoxifeno, o esvaziamento axilar radical parece não trazer impacto na sobrevida quando comparadas com pacientes semelhantes que não foram submetidas ao esvaziamento.¹⁷ O impacto negativo desse recurso na qualidade de vida de pacientes idosas portadoras de artrite é muito importante.¹⁸ O esvaziamento axilar envolvendo somente os níveis I e II de *Berg* ou a exérese do linfonodo-sentinel é de baixíssima morbidade e pode ser realizados com tranquilidade em pacientes idosas.

A cirurgia conservadora e a mastectomia proporcionam sobrevida igual em mulheres de todas as idades com tumores em estágios iniciais, mas estudos têm mostrado melhor qualidade de vida em pacientes submetidas a tratamento conservador. Portanto, opções como excisão local com ou sem tamoxifeno, excisão local com ou sem esvaziamento axilar ou linfonodo-sentinel ou excisão local com ou sem radioterapia podem ser consideradas de acordo com a individualização de cada paciente do ponto de vista de risco-benefício e presença de comorbidades.¹⁸

Pacientes idosas manifestam menos interesse na reconstrução mamária quando comparadas a mulheres mais jovens. Procedimentos de reconstrução mais complexos, como o uso de retalhos miocutâneos, devem ser contraindicados, devido à elevada morbidade e mais tempo de recuperação. O uso de expansores e próteses de silicone é mais simples e apresenta menos morbidade, podendo ser oferecido e realizado em casos selecionados.

TRATAMENTO SISTÊMICO

Pacientes idosas podem ser dispensadas do tratamento sistêmico?

O tratamento sistêmico está condicionado à situação clínica da paciente. Antes de se tomar qualquer decisão sobre o tratamento sistêmico, deve ser realizada uma avaliação geriátrica abrangente, considerando o papel das comorbidades e seus efeitos na expectativa de vida.¹⁹

De maneira geral, idosas toleram mal a quimioterapia em comparação com mulheres mais novas devido à progressiva redução da função de órgãos e sistemas associada a comorbidades relacionadas à idade. Por essa razão, mulheres com mais de 70 anos foram excluídas ou sub-representadas na maioria dos estudos sobre o tratamento sistêmico do câncer de mama e acabaram recebendo tratamentos inadequa-

dos ou não testados para essa população. Por outro lado, o aumento da idade, a piora do estado cognitivo e a presença de comorbidades estão relacionados à redução da dose e interrupção da quimioterapia.²⁰

Mulheres portadoras de câncer de mama associado a três comorbidades importantes têm 20 vezes mais chances de morrer de outra causa que não o câncer de mama.²¹ Diabetes, cardiopatias, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, doenças hepáticas, tumor maligno anterior e tabagismo são significativos na predição de mortalidade precoce em mulheres portadoras de câncer de mama⁸. Doenças cardíacas de alta gravidade estão presentes em 16,4% em pacientes entre 70 e 74 anos e em menos de 6% em pacientes entre 55 e 59 anos.¹⁶

A idade exerce influência direta na farmacocinética. Absorção, distribuição, metabolismo e excreção de fármacos são prejudicados. Nas idosas, a redução da motilidade intestinal, do fluxo sanguíneo e das secreções digestivas, além da atrofia das mucosas intestinais, leva à redução na taxa de absorção. A distribuição de drogas é função da composição corporal e da concentração de proteínas plasmáticas, como a albumina e a concentração de hemácias. Nas idosas, o teor de gordura corporal dobra e o nível da água intracelular diminui quando comparado com mulheres mais jovens, o que pode determinar redução no pico de concentração plasmática e aumento da meia-vida das drogas quimioterápicas.

Particularmente benéfica para mulheres com mais de 70 anos é a correção da anemia, uma vez que o tratamento com antraciclina e taxanos depende da concentração de glóbulos vermelhos.²¹ As orientações *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*²² sugerem que um nível de hemoglobina de 12 g/dL é uma meta razoável em pacientes mais idosas para evitar a toxicidade. Embora não haja acordo sobre os efeitos relacionados à idade na capacidade de metabolização hepática, é consenso que o fígado diminui de tamanho e tem seu fluxo sanguíneo reduzido com a idade. Sistemas enzimáticos, principalmente localizados no fígado, que envolvem o citocromo P450, por exemplo, estão sobrecarregados pelo uso de outros medicamentos mais comuns nas mulheres idosas, o que pode alterar o metabolismo das drogas quimioterápicas. Paclitaxel e docetaxel não devem ser utilizados em pacientes com insuficiência hepática, por apresentarem elevada metabolização hepática²³. Devido à diminuição da taxa de filtração glomerular, a quimioterapia que é essencialmente ex-

cretada pelos rins deve ser usada com cuidado em idosas. Doses padrões podem ser muito tóxicas e ajustes individuais precisam ser feitos.

Os efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres com mais de 70 anos merecem considerações. Se a mielotoxicidade aumenta com a idade, isso ainda é um tema controverso, entretanto, a neutropenia é mais duradoura e oferece mais risco de morte em pacientes idosas. A leucopenia induzida por taxanos foi observada em 65,5% das pacientes acima de 65 anos e em 55,3% naquelas com menos de 60 anos²³. A correção precoce a partir do uso de “fatores de crescimento” deve ser considerada. Mucosites são mais frequentes em idosos. A diarreia pode ser particularmente problemática, por levar a uma rápida depleção de volume e colapso cardiovascular se não for prontamente tratada.

Tratamentos menos tóxicos como os que utilizam somente a capecitabina produzem resultados inferiores aos esquemas com ciclofosfamida, metotrexate e fluoracil (CMF) ou adriamicina e ciclofosfamida (AC).²⁴ A idade como fator único não pode ser determinante na escolha do esquema quimioterápico. O estudo NORA²⁵, que avaliou 1.042 pacientes com mais de 65 anos, demonstrou que receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP), simultaneamente positivos, aumentam com a idade. A hormonioterapia com tamoxifeno ou inibidores da aromatase pode ser o único tratamento sistêmico de escolha após tumorectomia nas mulheres idosas, com RE positivo e saúde comprometida por comorbidades importantes.

Não existe evidência de que a positividade do Her-2 varie com a idade. O trastuzumabe tem baixa morbidade e pode ser usado em pacientes idosas selecionadas.

Basicamente, pacientes com mais de 70 anos que têm expectativa de vida superior à expectativa de vida para o seu câncer de mama sem tratamento devem receber o tratamento padrão para, potencialmente, prolongar sua sobrevivência.

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

A radioterapia pode ser omitida no tratamento de mulheres idosas?

Os poucos estudos na literatura sobre o papel da radioterapia em pacientes idosas revelam a necessidade do seu uso de maneira semelhante ao realizado em

mulheres mais jovens.²⁶ A radioterapia tem papel fundamental no controle local da doença, contribuindo efetivamente para a redução da taxa de recidiva local. Na maioria dos casos, a recidiva local é a primeira manifestação de recorrência da doença e acontece logo nos primeiros meses ou anos após o tratamento cirúrgico. Portanto, se a expectativa de vida de idosas, após o tratamento para câncer de mama, é superior a dois anos, a radioterapia não deve ser omitida. Recente estudo de coorte germânico que envolveu 1.922 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos demonstrou que a omissão da radioterapia foi determinante na redução da sobrevida geral e sobrevida livre de doença nas mulheres com mais de 70 anos de idade.²⁷

Pacientes idosas com axila positiva têm mais chance de recorrência local. Quando submetidas à mastectomia, a radioterapia reduz a recidiva local entre 60 e 70% e aumenta a sobrevida geral entre 8 e 9%; quando tratadas conservadoramente, a radioterapia reduz a recidiva local de 20 a 25% para 5 a 8%.²⁸ Estudo canadense que analisou 233 mulheres com 70 anos ou mais submetidas à mastectomia, portadoras de tumores maiores do que 5 cm ou com quatro ou mais linfonodos axilares comprometidos, evidenciou redução na recidiva local de 28 para 16% em 5,5 anos de acompanhamento mediano ($p=0,03$).²⁹ Outra pesquisa realizada no Canadá que envolveu 4.836 mulheres portadoras de câncer de mama tratadas com cirurgia conservadora identificou que a radioterapia foi mais omitida com o avançar da idade. Para pacientes entre 50 e 64 anos ($n=2.398$) a radioterapia foi omitida em 7% dos casos, já para pacientes com 75 anos ou mais ($n=773$) foi omitida em 26%. Após seguimento mediano de 7,5 anos, essa omissão determinou significativa perda no controle local, na sobrevida geral em cinco anos e na sobrevida câncer-específica em cinco anos para mulheres com 75 anos ou mais.³⁰

Por outro lado, estudo italiano prospectivo com seguimento médio de 15 anos acompanhou 354 mulheres com 70 anos ou mais, portadoras de carcinoma inicial da mama com axila clinicamente negativa, submetidas a tratamento conservador sem dissecação axilar, sem radioterapia e com tamoxifeno adjuvante. Os resultados mostraram 8,3% de recorrência tumoral ipsilateral e 17% de mortalidade por câncer de mama. Durante esse acompanhamento, 268 pacientes morreram, sendo que 222 (83%) faleceram de outras causas não relacionadas ao câncer de mama. Concluiu-se que, para idosas portadoras de câncer de mama em estágio inicial com axila clinicamen-

te negativa e margens de ressecção livres, somente a cirurgia conservadora seguida de tamoxifeno sem radioterapia é tratamento seguro.³¹

Normalmente a radioterapia é bem tolerada, desde que sejam respeitados os limites da dose total e seu fracionamento. O planejamento correto e a utilização de equipamentos adequados são essenciais para a baixa morbidade. O fracionamento da dose em aplicações diárias durante cinco semanas pode ser um entrave no tratamento de idosas com dificuldade de deslocamento, principalmente para aquelas que residem longe do centro de tratamento. Mudanças no fracionamento da dose com o objetivo de reduzir o período de tempo do tratamento e novas técnicas de radiação parcial da mama como a radioterapia intraoperatória e a utilização do mammosite[®] podem ser benéficas para idosas com dificuldade de deslocamento.^{32,33}

DISCUSSÃO

O elemento mais significativo é o objetivo da terapia no contexto do estado geral da paciente. Se esse objetivo é o prolongamento da sobrevida, a remissão, a cura ou o controle paliativo da sintomatologia, ele deve ser obviamente definido. A agressividade do tumor e a disponibilidade de tratamento eficaz são outros aspectos importantes do planejamento.

O tratamento do câncer de mama em mulheres idosas deve ser precedido de avaliação geriátrica ampla e rigorosa que considere a condição física da paciente, a presença de comorbidades, a dependência funcional, condições socioeconômicas, emocionais, cognitivas e a expectativa de vida para os próximos cinco anos. Entre as inúmeras comorbidades, são as mais importantes: cardíacas (ICC, arritmias, coronariopatias e valvulopatias), respiratórias (DPOC), insuficiência renal, insuficiência hepáticas, AVC, neuropatia periférica, HAS, diabetes, colagenoses, artrites incapacitantes e outras malignidades.

A avaliação do *performance status* COG, mesmo que não apresente relação direta com a sobrevida, é útil no sentido de planejar o tratamento de pacientes idosas. Pacientes idosas com ECOG 3 ou 4 possuem importante comprometimento do estado geral, o que limita a utilização de químico ou radioterapia. Outro fator fundamental é a expectativa aproximada do tempo de sobrevida da paciente idosa. Expectativa de vida curta, devido à presença de comorbidades, limita a utilização de tratamento padrão.

Como a evolução do câncer de mama em mulheres jovens e em idosas parece ser semelhante quando pareados por estágio, a doença deve ser o ponto de referência para o tratamento, e não a idade cronológica da paciente. Subtratamentos, mais comumente realizados em idosas, determinam prejuízo na sobrevida livre de doença e na sobrevida geral. Por outro lado, tratamentos mais agressivos com muitos efeitos colaterais que determinam diminuição, mesmo que temporária, da qualidade de vida, são muito mais passíveis de abandono por parte da paciente idosa e de seus familiares.

A presença da família ou de algum tutor responsável além de um suporte de assistência social adequado é importante desde a fase do diagnóstico até no controle de seguimento das pacientes idosas. Todo procedimento a ser realizado deverá ser explicado com clareza para a paciente e seus familiares, incluindo riscos e benefícios. A responsabilidade de cada agente deve ser definida anteriormente e a assinatura de consentimento pós-informado é essencial.

O papel da clínica geriátrica é fundamental no controle prévio de alguma doença preexistente além do suporte no caso de agravamento de alguma comorbidade, induzido pelo tratamento.

Mesmo que os estudos envolvendo pacientes com mais de 70 anos portadoras de câncer de mama sejam escassos, a disponibilidade, a experiência e integração da equipe médica além do respeito, dentro do possível, aos protocolos de tratamento padrão são determinantes para melhores resultados.

Independentemente do grau de comprometimento da saúde ou da limitada expectativa de vida, a preservação da dignidade do indivíduo deve ser considerada, mesmo que seja somente por intermédio de um procedimento cirúrgico simples com meios higiênicos.

CONCLUSÃO

O tratamento do câncer de mama da mulher idosa deve ser individualizado. Os mesmos princípios que norteiam o tratamento em pacientes mais jovens devem ser considerados, uma vez que o subtratamento dessas mulheres gera um negativo impacto na sobrevida. As comorbidades e o performance *status* são fatores determinantes na indicação da quimioterapia. A radioterapia complementar, quando indicada, traz benefícios em termos de controle locorregional e sobrevida global, embora um subgrupo de pacientes com câncer de mama inicial, com tumores menores

que 2 cm, bem diferenciados e axila clinicamente negativa possa se beneficiar apenas do tratamento conservador e hormonioterapia, desde que apresentem margens cirúrgicas livres. Portanto, o tratamento oncológico da idosa portadora de câncer de mama deve ser o mais completo possível, considerando a sua expectativa de vida, porém sem negligenciar a efetividade do tratamento e seus potenciais efeitos adversos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. [Citado em 2010 jan 3]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf
2. Kimmick GG, Balducci L. Breast cancer and aging. Clinical interactions. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000 Feb; 14:213-34.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Projeção da População no Brasil por Sexo e Idade – 1980 – 2050. [Citado em 2010 jan 3]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf
4. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação sócio-econômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 7:813-24.
5. Singh R, Hellman S, Heimann R. The natural history of breast carcinoma in the elderly: implications for screening and treatment. *Cancer.* 2004 May 1; 100:1807-13.
6. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2001 [online]. [Cited 2009 Dec 13]. Available from <http://www.cancer.org/downloads/STT/F&F2001.pdf>.
7. Atlas de Mortalidade por Câncer. [Citado em 2010 jan 3]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br>
8. Yancik R, Wesley MN, Ries LA, Havlik RJ, Edwards BK, Yates JW. Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *JAMA.* 2001 Feb 21; 285(7):885-92.
9. Raik BL, Miller FG, Fins JJ. Screening and Cognitive Impairment: Ethics of Forgoing Mammography in Older Women. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Mar; 2(3):440-4.
10. Wildiers H, Kunkler I, Biganzoli L, Fracheboud J, Vlastos G, Bernard-Marty C, et al. Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. *Lancet Oncol.* 2007 Dec; 8(12):1101-15.
11. Burack RC, Gurney JG, McDaniel AM. Health status and mammography use among older women. *J Gen Intern Med.* 1998 Jun; 13:366-72.
12. Blustein J, Weiss LJ. Use of mammography by women aged 75 and older: Factors related to health, functioning and age. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Aug; 46:941-6.
13. Rudolph EM, Goodwin JS, Mahnken JD, Freeman JL. Regular mammogram use is associated with elimination of age-related

- disparities in size and stage of breast cancer at diagnosis. *Ann Intern Med.* 2002 Nov 19; 137: 783-90.
14. Fonseca R, Hartmann LC, Petersen IA, Donohue JH, Crotty TB, Gisvold JJ. Ductal carcinoma in situ of the breast. *Ann Intern Med.* 1997 Dec 1; 127:1013-22.
 15. El-Tamer MB, Ward BM, Schiffner T, Neumayer L, Khuri S, Henderson W. Morbidity and mortality following breast cancer surgery in women: national benchmarks for standards of care. *Ann Surg.* 2007 May; 245(5):665-71.
 16. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982 Dec; 5(6):649-55.
 17. El-Tamer MB, Ward BM, Schiffner T, Neumayer L, Khuri S, Henderson W. Morbidity and mortality following breast cancer surgery in women: national benchmarks for standards of care. *Ann Surg.* 2007 May; 245(5):665-71.
 18. Martelli G, Miceli R, Costa A, Coradini D, Zurrada S, Piromalli D, et al. Elderly breast cancer patients treated by conservative surgery alone plus adjuvant tamoxifen: fifteen-year results of a prospective study. *Cancer.* 2008 Feb 1; 112(3):481-8.
 19. Amorin WC, Da Silva LCR. Câncer de mama na mulher jovem e na mulher idosa. In: Sociedade Brasileira de Mastologia. Manual de doenças da mama. Diretrizes da Regional Minas Gerais da Sociedade Brasileira de Mastologia. São Paulo: Revinter; 2008.
 20. Albrand G, Terret C. Early breast cancer in the elderly: assessment and management considerations. *Drugs Aging.* 2008; 25(1):35-45.
 21. Garg P, Rana F, Gupta R, Buzaianu EM, Guthrie TH. Predictors of toxicity and toxicity profile of adjuvant chemotherapy in elderly breast cancer patients. *Breast J.* 2009 Jul-Aug; 15(4):404-8.
 22. Schrijvers D, Highley M, De Bruyn E, Van Oosterom AT, Vermorken JB. Role of red blood cells in pharmacokinetics of chemotherapeutic agents. *Anticancer Drugs.* 1999 Feb; 10(2):147-53.
 23. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer v2.2007. [Cited 2009 Dec 13]. Available from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
 24. Loibl S, von Minckwitz G, Harbeck N, Janni W, Elling D, Kaufmann M, et al. Clinical Feasibility of (Neo)Adjuvant Taxane Based Chemotherapy in Elderly Patients: An Analysis of > 4,500 Patients From Four German Randomized Breast Cancer Trials. *Breast Cancer Res.* 2008; 10(5):R77.
 25. Muss HB, Berry DA, Cirincione CT, Theodoulou M, Mauer AM, Kornblith AB, et al. Adjuvant Chemotherapy in Older Women with Early-Stage Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2009 May 14; 360(20):2055-6.
 26. Mustacchi G, Cazzaniga ME, Pronzato P, De Matteis A, Di Costanzo F, Floriani I, et al. Breast Cancer in Elderly Women: A Different Reality? Results From the NORA Study. *Ann Oncol.* 2007 Jun; 18(6):991-6.
 27. Scalliet PG, Kirkove C. Breast cancer in elderly women: can radiotherapy be omitted? *Eur J Cancer.* 2007 Oct; 43(15):2264-9.
 28. Hancke K, Denking MD, König J, Kurzeder C, Wöckel A, Herr D, et al. Standard treatment of female patients with breast cancer decreases substantially for women aged 70 years and older: a German clinical cohort study. *Ann Oncol.* 2010 Apr; 21(4):748-53.
 29. Cutuli B. Breast cancer irradiation in elderly. *Cancer Radiother.* 2009 Oct; 13(6-7):615-22.
 30. Lee JC, Truong PT, Kader HA, Speers CH, Olivotto IA. Postmastectomy radiotherapy reduces locoregional recurrence in elderly women with high-risk breast cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2005 Dec; 17(8):623-9.
 31. Truong PT, Bernstein V, Lesperance M, Speers CH, Olivotto IA. Radiotherapy omission after breast-conserving surgery is associated with reduced breast cancer-specific survival in elderly women with breast cancer. *Am J Surg.* 2006 Jun; 191(6):749-55.
 32. Martelli G, Miceli R, Costa A, Coradini D, Zurrada S, Piromalli D, et al. Elderly breast cancer patients treated by conservative surgery alone plus adjuvant tamoxifen: fifteen-year results of a prospective study. *Cancer.* 2008 Feb 1; 112(3):481-8.
 33. Dubois JB. Intraoperative radiotherapy: back to the future? *Cancer Radiother.* 2009 Sep; 13(5):423-7.
 34. Harper JL, Watkins JM, Zauls AJ, Wahlquist AE, Garrett-Mayer E, Baker MK, et al. Six-year experience: long-term disease control outcomes for partial breast irradiation using MammoSite balloon brachytherapy. *Am J Surg.* 2010 Feb; 199(2):204-9