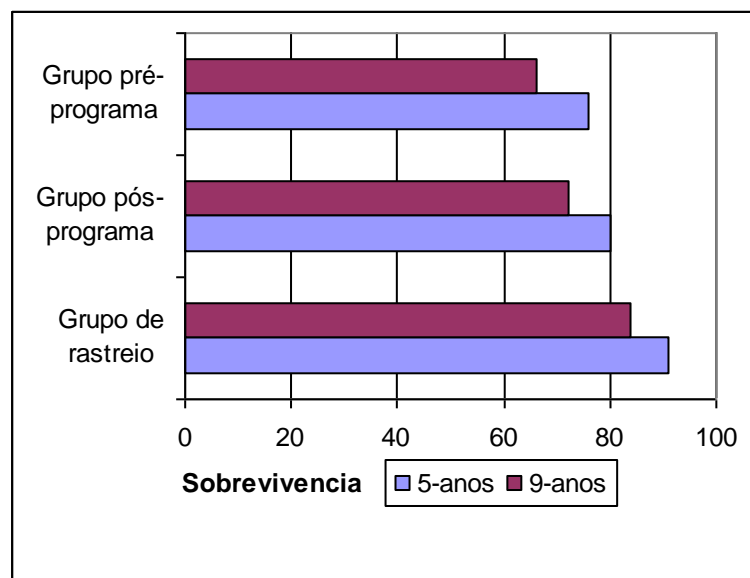


Tratamento para o Cancro da Mama

A gestão do tratamento do cancro da mama mudou rapidamente nos últimos 20 anos, recorrendo-se agora a operações menos radicais e a terapias adjuvantes que, geralmente, resultam em tratamentos de sucesso para os fases iniciais do cancro invasivo. Estudos publicados nos anos 90 na Grã-Bretanha sobre o tratamento bem sucedido do cancro da mama em fases iniciais encontrou grandes diferenças entre hospitais. Cirurgiões não-especialistas seguiam com menos frequência as orientações indicadas para o tratamento e ofereciam, menos frequentemente, terapia adjuvante após a cirurgia, reduzindo assim as probabilidades de sobrevivência do paciente em algumas áreas (1,2,3,4). Relatórios de grupos médicos especializados e de uma comissão governamental de análise levaram à introdução de centros especializados que oferecem tratamento multi-disciplinar de acordo com a orientação clínica nacional (5).

Re-organizações semelhantes realizaram-se noutros países Europeus como na Irlanda (6) e na Noruega (7). O desenvolvimento de uma rede para o tratamento de cancro na Noruega, cuidadosamente estudado, evidenciou pela primeira vez as vantagens de uma re-organização deste tipo. Antes da implementação de um programa nacional de rastreio as Unidades de Mama eram abertas em cada município. Estas unidades aderiram às orientações produzidas pelo EUSOMA e publicadas pela Comissão Europeia (8).

Os relativos 9 anos de sobrevivência de mulheres tratadas numa Unidade de Mama (grupo pós-programa) foi 6% mais elevado do que o daquelas mulheres que eram tratadas em municípios sem Unidades de Mama (grupo pré-programa). Municípios com Unidades de Mama iniciaram então um programa de rastreio para mulheres entre os 50 e os 69 anos. A taxa de sobrevivência das mulheres às quais foi diagnosticado cancro da mama após terem sido convidadas para o rastreio foi 18% superior ao do grupo pré-programa.



O que se segue é um breve resumo do que são as orientações do EUSOMA para as Unidades de Mama:

- A unidade deve ter um mínimo de 150 novos casos diagnosticados por ano para manter o nível de competência de cada elemento da equipa e para manter o trabalho da unidade rentável. Disponibilizar soluções mesmo “fora de alcance” é preferível a pequenas Unidades da Mama.
- A unidade deve tratar a doença da mama em todas as suas fases.
- Todos os elementos da equipa principal devem ter formação em cancro da mama que deve incluir:
 - 2 cirurgiões da mama que operem um mínimo de 50 novos casos por ano e assistam numa clínica de diagnóstico no mínimo uma vez por semana.
 - 2 radiologistas da mama que leiam um mínimo de 1000 mamografias por ano ou um mínimo

de 5000 para aqueles radiologistas que trabalham nos programas de rastreio.

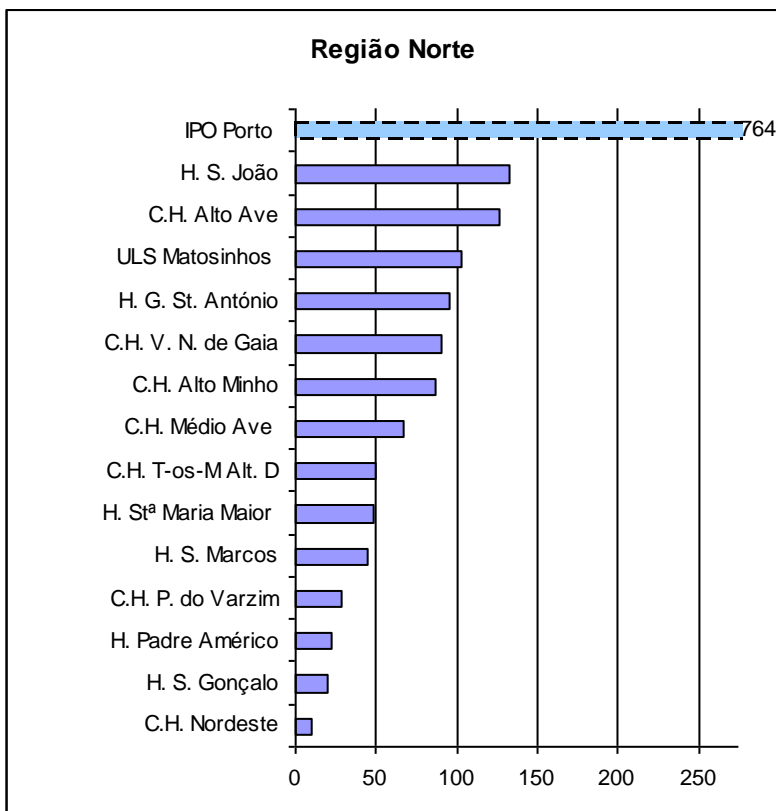
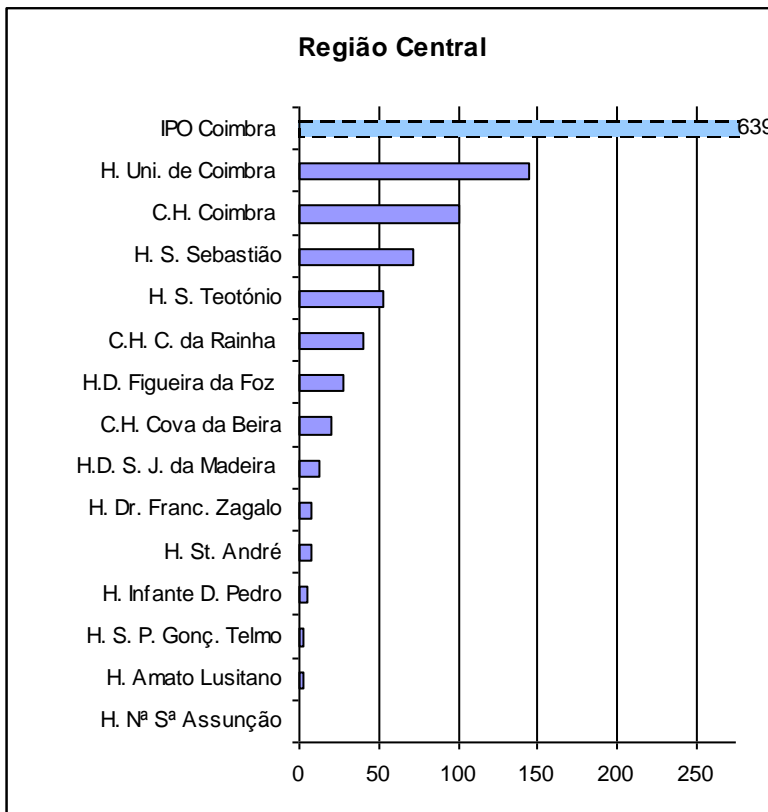
- 1 patologista da mama, 1 oncologista da mama, gestores de dados e profissionais de apoio ao paciente.

Em 2003, o Parlamento Europeu assinou a resolução que pedia a criação de redes de Unidades de Mama em todos os países da União Europeia (9). Actualmente, existem 3 unidades a operar em Portugal (listadas em www.senonetwork.org) mas estas unidades ainda não estão certificadas pela EUSOMA. Contudo, muitos pacientes portugueses continuam a ser tratados em hospitais mal equipados e por cirurgiões não especializados. Uma análise do SIGIC à lista de espera cirúrgica (10) mostra que das 5077 cirurgias realizadas em 2007 a maior parte foi realizada pelos especializados IPOs (acima de 600 cada um), mas houve também 10 hospitais a realizar 20 ou menos cirurgias. O relatório indicou que muitos destes hospitais não estão equipados para poder oferecer toda a variedade de tratamentos.

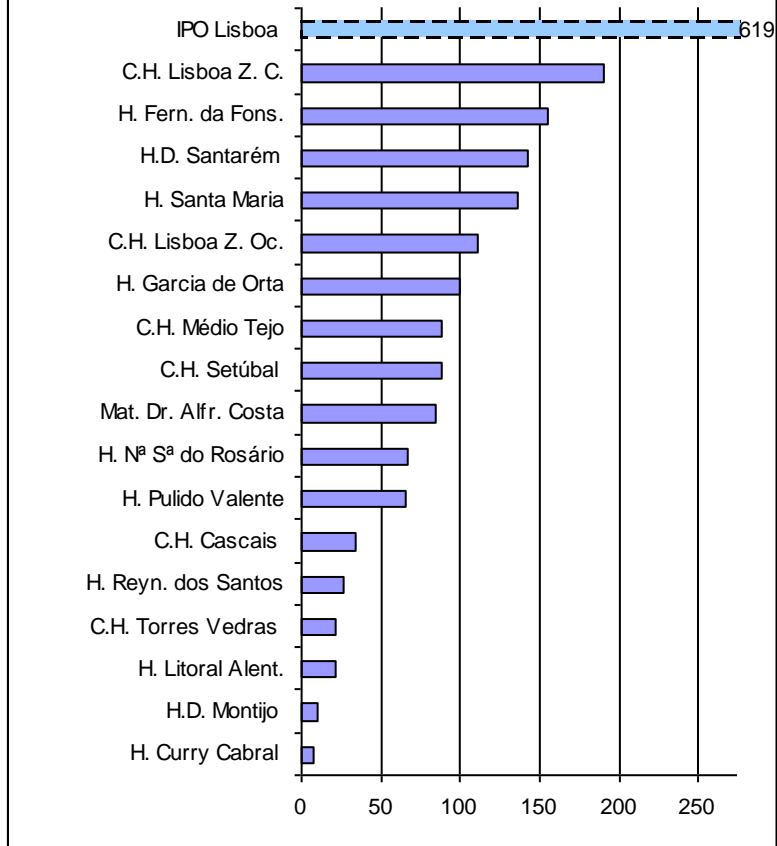
Dados provenientes dos Estados Unidos mostram ainda que a sobrevivência dos pacientes com cancro da mama é superior em hospitais que realizam mais de 125-150 cirurgias da mama por ano (11,12,13,14) e que a taxa de sobrevivência é superior se os cirurgiões realizam mais de 15 cirurgias à mama por ano (14).

Número de cirurgias da mama

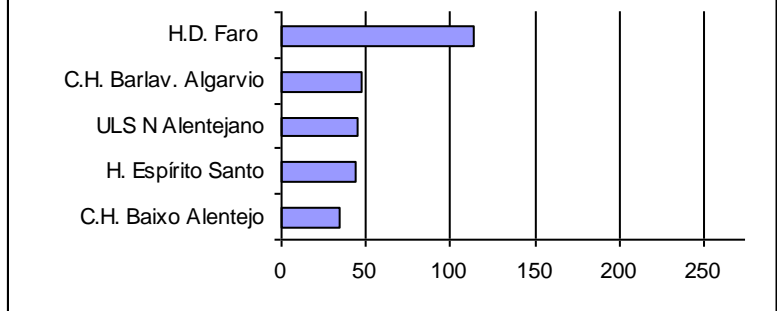
Nota: As Unidades da mama estão localizadas no IPO Porto, H. S. João Porto e no C. H. Setúbal.



Região Lisboa e Vale do Tejo



Região Algarve e Alentejo



- 1) Gillis CR, Hole DJ (1996) Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *BMJ* 312:145–148
- 2) Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Round C (1995a) Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 345: 1265–1270
- 3) Sainsbury R, Rider L, Smith A, MacAdam A (1995b) Does it matter where you live? Treatment variation for breast cancer in Yorkshire. The Yorkshire Breast Cancer Group. *Br J Cancer* 71: 1275–1278
- 4) Richards MA, Wolfe CD, Tilling K, Barton J, Bourne HM, Gregory WM (1996) Variations in the management and survival of women under 50 years with breast cancer in the South East Thames region. *Br J Cancer* 73: 751–757
- 5) Haward B (2003) Using service guidance to shape the delivery of cancer services: experience in the UK *Br J Cancer* 89: S12 – S14
- 6) Comber H, Walsh P.M. (2008) Patterns of care and survival of cancer patients in Ireland 1994 to 2004. Summary Report. National Cancer Registry, Cork.
- 7) Kalager M, Haldorsen T, Bretthauer M, Hoff G, Thoresen SO, Adami HO (2009) Improved Breast Cancer Survival Following Introduction of an Organized Mammography Screening Program Among Both Screened and Unscreened Women: A Population-based Cohort Study. *Breast Cancer Res* 11:R44.
- 8) European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th ed., European Communities, 2006.
- 9) Jöns K. European Parliament resolution on breast cancer in the European Union, 5 June 2003 (A5-0159/2003)
- 10) Relatório da Actividade Cirúrgica em Neoplasias Malignas em 2007, (2008) Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.
- 11) Gilligan MA, Neuner J, Zhang X, et al. (2007) Relationship between number of breast cancer operations performed and 5-year survival after treatment for early-stage breast cancer. *Am J Public Health* 97:539–44.
- 12) Morrow M, Stewart A, Sylvester J, et al. (2000) Hospital volume predicts outcomes in breast cancer: a national cancer database study. *Proc Am Soc Clin Oncol* 19:309.
- 13) Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS, et al. (1998) Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 88:454–7.
- 14) Skinner KA, Helsper JT, Deapen D et al. (2003) Breast cancer: do specialists make a difference? *Ann Surg Oncol* 10:606–15.