

Tipos de biopsias

Há dois tipos principais de biopsias utilizadas no diagnóstico do cancro da mama:

- 1) **Biopsias por agulha** – Existem dois tipos de biopsia por agulha, **punção biopsia aspirativa por agulha fina (PAAF)** e **biopsia com agulha grossa**. Neste tipo de biopsias o médico retira uma porção de tecido ou células com uma agulha.
- 2) **Biopsias cirúrgicas** – Existem dois tipos de biopsias cirúrgicas – **biopsia incisional** e **biopsia excisional**. Neste tipo de biopsia o cirurgião faz uma incisão na mama para remover os tecidos.

O seu médico irá determinar qual o tipo de biopsia que é mais aconselhado no seu caso para confirmar o diagnóstico. Muitas vezes é realizada inicialmente a biopsia por agulha.

Cada um dos tipos de biopsia tem os seus prós e contras. A escolha do tipo a utilizar depende da sua situação. O seu médico irá considerar os seguintes fatores: baixa ou alta suspeita de malignidade do tumor, o tamanho, a sua localização na mama, quantos tumores existem, outros problemas médicos que possa ter e as suas preferências pessoais. Pode querer falar com o seu médico acerca dos prós e contras dos diferentes tipos de biopsia disponíveis.

PUNÇÃO BIOPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF)

Uma PAAF é um procedimento simples, que é normalmente realizado no mesmo local onde faz as suas mamografias e ecografias mamárias.

Se ainda tiver menstruação (mulheres pré-menopausicas), é provável que saiba que os nódulos na sua mama podem aparecer e desaparecer com o seu ciclo menstrual. Se tiver um nódulo na mama que precisa de ser verificado, o médico irá primeiro recolher a sua história clínica, realizar um exame mamário e depois marcar uma mamografia e/ou ecografia mamária. Se o nódulo não desaparecer ou se a informação recolhida através dos exames não for clara é possível que o médico lhe peça para fazer uma **punção biopsia aspirativa por agulha fina (PAAF)** para ver se é um quisto (mole com conteúdo líquido) ou um nódulo duro (tumor). Se for realizada a aspiração e o nódulo desaparece depois de ter sido drenado, significa geralmente que se tratava de um quisto e não de um cancro. A maioria dos nódulos na mama não é cancro.



Na **punção biopsia aspirativa por agulha fina (PAAF)**, o médico (patologista, radiologista ou cirurgião) utiliza uma agulha muito fina ligada a uma seringa de forma a aspirar uma pequena quantidade de tecido da área suspeita. Este tecido é depois examinado ao microscópio. A agulha usada na PAAF é mais fina que a utilizada para fazer colheitas de sangue quando vamos fazer análises.

Se a área que necessita de biopsia puder ser sentida, o médico localiza o nódulo ou a área suspeita e guia a agulha até lá. Se o nódulo não se conseguir sentir o médico pode usar a ecografia para ver a agulha num monitor à medida que a mesma se move em direção ao nódulo – a esta técnica chama-se **biopsia guiada por ecografia**. O médico pode também utilizar

um método chamado **biopsia estereotáxica** para guiar a agulha. Para uma estereotaxia o computador mapeia a localização exata do nódulo, utilizando uma mamografia retirada de dois ângulos, o que ajuda a guiar a agulha para o local exato.

O médico pode usar um anestésico, mas a administração da anestesia poderá ser tão ou mais incómoda do que a agulha da biopsia.

Assim que a agulha estiver no local é retirado líquido ou tecido. Se o líquido que for retirado for transparente é mais possível tratar-se de um quisto benigno (não ser cancro). Líquido ensanguentado ou turvo pode significar tanto um quisto benigno ou menos frequentemente ser cancro. Se o nódulo é sólido, são retiradas pequenas amostras de tecido. Posteriormente o médico patologista irá examinar o tecido ou o líquido ao microscópio e perceber se se trata ou não de um cancro.

Uma **punção biopsia aspirativa por agulha fina (PAAF)** pode por vezes deixar escapar um cancro se a agulha não apanhar uma amostra de tecido ou células da área onde está localizado o cancro. Se não der um diagnóstico claro ou o seu médico ainda tiver dúvidas, pode ser solicitada uma segunda biopsia ou deve ser feita um tipo diferente de biopsia.

Fale com o seu médico acerca do tipo de biopsia que é mais aconselhável para si e do que pode esperar ao realizar um destes procedimentos.

É raro, mas pode acontecer sentir-se mal durante ou depois do procedimento, por exemplo com a sensação que vai desmaiar. A isto chama-se uma reação vagal e nesta situação pode necessitar de se deitar, elevar os seus pés e descansar um pouco.

BIOPSIA COM AGULHA GROSSA ou CORE-BIOPSIA

Uma core-biopsia é um procedimento simples, que é normalmente realizado no mesmo local onde faz as suas mamografias e ecografias mamárias.

Uma **biopsia com agulha grossa ou core-biopsia** é muito semelhante à PAAF. Uma agulha maior e oca é usada para retirar pequenos cilindros de tecido da área anómala da mama. A biopsia por agulha grossa é realizada com anestesia local. A agulha é inserida 3 a 6 vezes para retirar as amostras. Este procedimento é mais demorado do que o da PAAF, mas é mais provável que os seus resultados sejam mais claros uma vez que é retirado mais tecido para poder ser examinado. Deve poder sair logo que acabar o exame, mas é conveniente que o resto do seu dia seja mais tranquilo. A core-biopsia pode causar mais hematomas (nódoas negras) mas normalmente não deixa cicatriz dentro ou fora da mama.

O médico que realiza a core-biopsia normalmente insere a agulha na zona a avaliar com recurso a ecografia ou RX para se assegurar que a agulha está no local exato. Mas se a área é facilmente palpável num exame clínico a agulha pode ser guiada para o local através da apalpação do nódulo.

Core-biopsia com ecografia

Durante uma **core-biopsia com ecografia**, estará deitada de costas e antes do procedimento o médico irá usar um anestésico para anestesiar o local.



O médico irá colocar a sonda na sua mama para analisar o local e as imagens que recolhe irão ajudar a guiar a agulha à medida que esta vai alcançando a área suspeita. A agulha é inserida e retirada rapidamente e pode sentir na sua mama a empurrar e puxar, o que lhe pode causar desconforto.

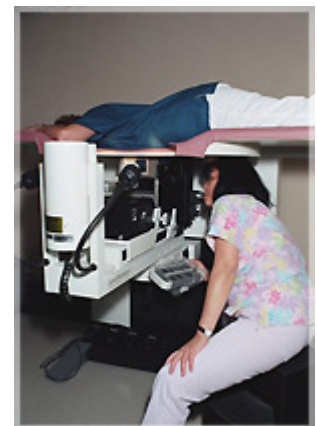
Core-biopsia por estereotaxia



A **core-biopsia por estereotaxia** utiliza equipamento RX e um computador para analisar as imagens (incidências RX). O computador assinala exatamente o local onde a ponta da agulha tem de entrar. Este procedimento é geralmente efetuado para analisar microcalcificações suspeitas (pequenos depósitos de cálcio) quando não é palpável ou visível numa ecografia nenhum nódulo.

Durante uma **core-biopsia por estereotaxia** ficará deitada de barriga para baixo numa marquesa especial com uma abertura onde é colocada a mama, durante cerca de 45 min.

Antes do procedimento o médico irá usar um anestésico no local e a sua mama será comprimida como é numa mamografia e várias imagens serão tiradas. A agulha é inserida e retirada rapidamente e pode sentir na sua mama a empurrar e puxar, o que lhe pode causar desconforto.



Biopsia Assistida por Vácuo

A **biopsia assistida por vácuo** é também uma core-biopsia, realizada com o auxílio de sistemas como o Mammotome ou similares.

Para estes procedimentos a mama é anestesiada e é feito um pequeno corte, onde se insere uma pequena sonda oca que é guiada para a área da mama a analisar utilizando a ecografia, RX ou Ressonância Magnética. Uma amostra de tecido é então puxada para dentro da sonda e removida.

Com este método é possível a recolha de múltiplas amostras através de uma única pequena incisão. É também possível recolher mais tecido do que numa core-biopsia standard. A **biopsia assistida por vácuo** é feita em ambulatório, ou seja, não é necessário ficar internada. Também não são necessários pontos e geralmente não ficam marcas da cicatrização.



Biopsia guiada por Ressonância Magnética (RM): Por vezes a biopsia é guiada através da realização de uma RM. Nesta situação será necessário ficar deitada de barriga para baixo numa marquesa especial com uma abertura onde é colocada a mama. Depois com a ajuda de um computador é localizado o tumor, traçada a sua localização e colocada a sonda na direção do tumor. Este

exame é particularmente útil para mulheres cuja área suspeita só pode ser vista através de RM.

É raro, mas pode acontecer sentir-se mal durante ou depois do procedimento, por exemplo com a sensação que vai desmaiar. A isto chama-se uma reação vagal e nesta situação pode necessitar de se deitar, elevar os seus pés e descansar um pouco.

BIOPSIAS CIRÚRGICAS

A maioria das vezes o médico irá tentar perceber a causa da alteração da mama através de uma biopsia por agulha mas em alguns casos uma biopsia cirúrgica pode ser recomendada.

Uma biopsia cirúrgica é realizada fazendo uma abertura na mama para retirar todo ou parte do nódulo para que possa ser analisado ao microscópio.

A biopsia cirúrgica é a maioria das vezes realizada no hospital, no bloco operatório, com anestesia local e demora cerca de 1 hora. Pode também ser utilizada anestesia geral de forma a não sentir qualquer dor. É feita em ambulatório, mas poderá necessitar de algum tempo no recobro. Em alguns casos poderá ter de ficar uma noite no hospital.

Existem dois tipos: biopsia incisional (parcial) e biopsia excisional (total).

biopsia incisional (parcial) – remove somente parte da área suspeita, a suficiente para realizar o diagnóstico.

biopsia excisional (total) – remove a totalidade da massa ou área anómala com ou sem margem de tecido normal (depende da razão da biopsia excisional).

O cirurgião pode usar uma técnica chamada localização pré operatória por arpão para realizar uma biopsia cirúrgica quando as lesões não são palpáveis. Para este procedimento a mama é anestesiada localmente e uma agulha fina é inserida na mama com o auxílio de RX e através

desta é colocado um fio metálico com um pequeno arpão na ponta que o mantém no local. A agulha é depois removida e o arpão mantém-se para conduzir o cirurgião à área suspeita. Durante a cirurgia este fio é retirado.

Na biopsia cirúrgica são necessários pontos e pode deixar uma cicatriz visível. Quanto maior for a quantidade de tecido removido maior a probabilidade de notar uma alteração na forma da sua mama. O seu médico irá dizer-lhe como cuidar do local da biopsia e o que pode ou não fazer enquanto cicatriza.

Todas as biopsias podem causar hemorragia e inchaço e isto pode fazer parecer que o nódulo na mama é maior depois da biopsia. Não precisa de se preocupar se este for o caso e a hemorragia e o inchaço desaparecem rapidamente na maioria dos casos.

Uma biopsia cirúrgica é a forma de diagnóstico mais precisa para o diagnóstico de cancro da mama e através da qual se obtém informação mais completa acerca do tumor. Contudo é mais invasiva que a biopsia por agulha. Uma vez que a core-biopsia é precisa no diagnóstico do cancro da mama e não envolve cirurgia é muitas vezes o método preferencial de biopsia.

Na maioria das biopsias cirúrgicas, toda a área suspeita e alguma margem de tecido normal são removidas da mama (biopsia excisional), mas em alguns casos quando a área a remover é extensa é retirado só parte do tecido (biopsia incisional).

O tecido retirado é testado e se for diagnosticado cancro podem ser realizados testes adicionais para ajudar a planear o tratamento.

Apesar do objetivo da biopsia excisional ser o diagnóstico de cancro, por vezes o cirurgião pode ser capaz de remover o cancro na totalidade. Nestes casos uma biopsia excisional pode ser a única cirurgia à mama que vai necessitar para tratar o cancro.

COMO LER O RELATÓRIO DA SUA BIOPSIA



Existem três possibilidades de achados nas biopsias – benigno (não é cancro), maligno (é cancro) ou insatisfatório. Neste último, é possível que o médico tenha retirado só parte da lesão e que o patologista tenha encontrado hiperplasia atípica – quando são encontradas células a mais e muitas destas não são normais - que existe muitas vezes quando há cancro. Se for este o caso, o médico terá de

voltar a recolher tecido para ter a certeza que não há mesmo células cancerígenas.

Os três elementos diagnósticos têm de ser concordantes para determinar que a lesão é benigna – o exame físico, a mamografia e o relatório patológico têm de coincidir.

Mesmo quando o médico diz que o nódulo é benigno é importante saber exatamente o que era. Benigno não é suficiente – deve pedir para ver o seu relatório de anatomia patológica.

O relatório terá duas partes. A primeira parte descreve o tecido mamário antes de ser visto ao microscópio. Esta secção do relatório é denominada descrição bruta ou macroscópica e pode incluir: Tamanho, peso e aparência do tecido, em que local da mama se encontrava antes de ter sido removido, como foi preparado para a leitura no microscópio. Se tiver feito uma biopsia devido a microcalcificações estas não serão identificadas aqui, uma vez que o patologista não as consegue ver ser recurso a um microscópio.

A segunda parte descreve a aparência do tecido ao microscópio. A descrição microscópica indica todas as características do tecido vista ao microscópio e pode ser detalhada incluindo o aspeto das células, como era o tecido circundante, etc. Por último aparece um resumo com as conclusões, por vezes numa lista, no fim do relatório.

É muito importante se tiver feito uma biopsia devido a uma lesão encontrada numa mamografia que faça uma nova mamografia de referência um mês ou dois depois do procedimento. Se o médico não lhe disser para fazer novo exame, fale com ele acerca do assunto. Por vezes quando são retiradas calcificações não se retiram todas, se for benigno não tem qualquer problema, mas é bom que fique documentado para que um ano depois se fizer uma mamografia não pareça que tem novas calcificações. Da mesma forma, quando remove algum nódulo, a mama irá parecer diferente porque existe cicatrização. Um ano depois pode parecer alguma coisa nova e alarmante, a não ser que haja uma mamografia de referência feita relativamente cedo para comparação.

Lembre-se que toda a informação no relatório é considerada quando se estuda qual o melhor tratamento para si. Nunca deve ser considerada apenas uma informação de forma isolada.

Deve guardar a sua cópia do relatório, uma vez que pode ser relevante para si mais tarde.

UM BIOPSIA PODE DEIXAR ESCAPAR UM CANCRO?

Em alguns casos a biopsia pode deixar passar um cancro da mama.

Como é que uma biopsia por agulha pode deixar passar um cancro da mama?

Com as biopsias por agulha, pode acontecer não ser diagnosticado um cancro se a agulha recolhe uma amostra de tecido ou células de uma área onde não está localizado o cancro ou se existe algum problema com a amostra. Mesmo quando a amostra é retirada do local correto podem ocorrer resultados falsos negativos se o patologista diagnosticar erradamente células ou tecidos como benignos quando são de facto cancro.

Como é que uma biopsia cirúrgica pode deixar passar um cancro da mama?

Com as biopsias cirúrgicas é menos provável deixar escapar um cancro da mama, mas isto pode acontecer se a área de tecido removido não é a correta. O uso da localização por arção antes da biopsia e RX das amostras de tecido depois da biopsia ajudam a limitar este problema.