

Clube da Mama – Grupo de Estudos da SBM/ SC

Long-term standard sentinel node biopsy after neoadjuvant treatment in breast cancer: a single institution ten-year follow up

Padrão de biópsia de linfonodo sentinela em câncer de mama após terapia neoadjuvante: seguimento de dez anos em uma instituição única

O aumento do uso de terapias neoadjuvantes tem tornado possível reduzir a extensão da cirurgia da mama assim como da axila. No entanto, enquanto na mama há ampla aceitação da cirurgia conservadora, na abordagem axilar o tema permanece controverso. Hoje, a biópsia de linfonodo sentinela (BLS) em pacientes cN0 previamente a terapia neoadjuvante é o padrão ouro, visto que as taxas de falso negativo (TFN) - aproximadamente 10% - são similares às pacientes que realizam BLS em cirurgia upfront. Já em pacientes cN+ observamos TFN superiores, conforme estudos prospectivos Z1071 e SENTINA (12,6% e 14,2% respectivamente).

Após 16th St. Gallen passou a ser aceito a realização de BLS após neoadjuvância desde que exérese de ao menos três linfonodos associados a dupla marcação, o que torna a TFN similar, 8%. Por acreditar que essa redução da TFN não interfere na melhora do prognóstico no seguimento de longo prazo esse estudo tem como objetivo avaliar recorrência axilar, sobrevida livre de doença a distância e sobrevida global em pacientes que cN0 e cN1/2 que permaneceram ou converteram para cN0 após terapia neoadjuvante, independente da dupla marcação ou número de linfonodos avaliados.

O estudo retrospectivo avaliou 688 pacientes no período 2000-2015. Foram incluídas pacientes com câncer de mama primário cT1-3, cN0/1/2 com idade superior a 18 anos e elegíveis para neoadjuvância. Foram critérios de exclusão: pacientes com metástases a distância, concomitância ou história prévia de outros tipos de câncer, cT4 e contra-indicações farmacológicas ao tratamento. Todas as mulheres do estudo foram submetidas a exame físico e Us de axilas, sendo encaminhadas para PAAF ou PET-CT se linfonodo suspeito. A escolha da neoadjuvância foi de acordo com a biologia tumoral. Após a neoadjuvância as

pacientes foram avaliadas com exame físico e imagem conforme avaliação inicial. Linfocintilografia foi a técnica usada para marcação BLS. Radioterapia não era mandatória.

Entre as pacientes, 222 eram previamente cN1/2 (cN2 – 11 pacientes), demais 466 eram cN0. Média de idade foi 47 anos cNo e 45 anos cN1/2. 92,3% dos pacientes eram cT2/3. Foram retirados em média 2 linfonodos, menos que 3 linfonodos em 77,7% e 74,3% (cN0 e cN1/2 respectivamente). A pCR em paciente cN1/2 foi de 30,2% comparada a 19,5% em cNo (p 0.002). O esvaziamento axilar (EA) em cN0 foi realizado em 80,7% das pacientes com BLS positivo e, não foi em casos de micrometástases e tumores em células isoladas, 9,2 anos nenhuma recidiva axilar foi observada.

Entre as 222 pacientes cN1/2 que após neoadjuvância evoluíram para cN0, 123 apresentaram BLS negativo e apenas duas apresentaram recidiva axilar; entre as 99 que apresentaram BLS positivo, 90 foram submetidas a EA. Entre todas cN1/2 apenas 4 apresentaram recidiva axilar (1,8%). Pacientes submetidas a EA obtiveram piores resultados e relação a sobrevida global e sobrevida livre de doença a distância. Àquelas com melhor resposta em relação à terapia neoadjuvante evoluíram melhor em relação à sobrevida livre de doença a distância.

Pacientes ypN+ apresentaram chance 2 a 5 vezes maior de morte em relação àquelas ypN0 (p 0,0001). Sobre recidiva axilar, encontramos 1,7% cN0 e 2,1% cN1/2, num seguimento 10 anos. Nas pacientes que não foram submetidas a EA a RDT reduziu taxa recorrência axilar (9,4% vs 2,3%). O estudo não apresentou diferenças entre SG e SLDD em 9 anos comparando cN0 e cN1/2, mesmo não considerando TFN. Formas de diminuir TFN, entre elas retirar 3 ou mais linfonodos nem sempre são factíveis. É evidente que pCr após terapia neoadjuvante é um forte preditor de resultados e que a sobrevida é melhor em pacientes pN0, confirmando valor prognóstico axilar.

Após dez anos de seguimento concluímos que TFN não devem guiar a decisão sobre BLS pós neoadjuvância, já que não são suficientes para demonstrar prognóstico clínico. Concluindo BLS para pacientes que progrediram para cN0 após terapia neoadjuvante pode ser indicado, principalmente para aquelas com pCR

(destacam-se pacientes Her2 e TN), independente do número de linfonodos e da dupla marcação.

S. Kahler-Ribeiro-Fontana, E. Pagan, F. Magnoni et al., Long-term standard sentinel node biopsy after neoadjuvant treatment in breast cancer: a single institution ten-year follow-up, *European Journal of Surgical Oncology*, <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.10.014>