

Linfedema após o câncer de mama – Da epidemiologia ao tratamento

Lymphedema after breast cancer – From epidemiology to treatment

José Luiz B. Bevilacqua¹, Anke Bergmann², Mauro Figueiredo Andrade³

¹Presidente do Departamento de Assistência Multidisciplinar de Recuperação e Qualidade de Vida da Sociedade Brasileira de Mastologia. Mastologista do Hospital Sírio-Libanês, São Paulo, SP.

²Secretaria do Departamento de Assistência Multidisciplinar de Recuperação e Qualidade de Vida da Sociedade Brasileira de Mastologia. Fisioterapeuta do Instituto Nacional do Câncer, Hospital das Clínicas III, Rio de Janeiro, RJ.

³Cirurgião vascular, doutor do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Endereço para correspondência: José Luiz Barbosa Bevilacqua. Rua Barata Ribeiro, 414, cjs. 51-52, 01308-000 São Paulo, SP, e-mail: bevilacqua@hsl.org.br

Recebido em: 13/8/2008. Aceito após modificações em: 1/10/2008

Palavras-chaves

Câncer;
Mama;
Linfedema;
Risco;
Prevenção.

Keywords

Cancer;
Mama;
Lymphedema;
Risk;
Prevention.

RESUMO

O linfedema é uma condição incurável e incapacitante e afeta aproximadamente 5 mil novos pacientes com câncer de mama ao ano no Brasil. Além do impacto social e psicológico, essa morbidade tem grande impacto na saúde pública em consequência de sua elevada prevalência e do bom prognóstico do câncer de mama. Mesmo sendo uma morbidade de seqüela do tratamento oncológico, o linfedema, de certa forma, infelizmente, tem sido negligenciado pelos profissionais da saúde. Essa desconsideração por essa indesejável doença causa atrasos no diagnóstico, discordâncias na abordagem terapêutica e consequentemente pior prognóstico do linfedema. Este artigo de revisão ressalta os aspectos mais relevantes sobre o linfedema pós-linfadenectomia.

ABSTRACT

Lymphedema is an incurable and disabling condition. In Brazil, it affects approximately 5000 new breast cancer patients per year. Despite its social and psychological impact, it has a major impact in public health care, because of its high prevalence and the good prognosis of breast cancer patients. Nevertheless lymphedema is a morbidity associated with the surgical treatment; it has been unfortunately disregarded by health professionals. This negligence causes delayed diagnoses, discrepancies in treatment approaches and consequently a poorer prognosis of the lymphedema. This review highlights the most relevant aspects of the post-lymphadenectomy lymphedema.

Introdução

O linfedema de membro superior após linfadenectomia é uma condição incapacitante crônica e incurável e continua representando uma das principais seqüelas após o tratamento do câncer de mama. Além dos problemas físicos, o linfedema frequentemente causa problemas sociais e psicológicos^{1,2}.

Nas últimas décadas, houve extraordinários avanços no tratamento do câncer de mama, tanto na cirurgia como nos tratamentos adjuvantes. Porém, hoje no Brasil ainda assim 30% a 50% das pacientes necessitarão de linfadenectomia axilar clássica como parte do tratamento cirúrgico. Se fizermos um cálculo baseado nas estimativas de câncer de mama no Brasil³, cerca de 3 mil a 5 mil pacientes ao ano com câncer de mama desenvolverão linfedema. Se o linfedema é uma doença crônica e incurável e se o câncer de mama,

em geral, é de bom prognóstico (sobrevida prolongada), podemos sem dúvida classificar o linfedema como um sério problema de saúde pública que vem sendo, de certa forma, menosprezado pela sociedade e pelos médicos.

Linfedema é uma manifestação clínico-patológica de insuficiência do sistema linfático e de um desarranjo do transporte de linfa¹.

Fisiopatologicamente, o linfedema caracteriza-se pela diminuição de transporte linfático abaixo do normal necessária para absorver déficit do filtrado sanguíneo da microvascularização (capilares arteriais e venosos) que se acumula normalmente no interstício necessário para transportar as macromoléculas e líquidos excedentes da filtração capilar. Esse filtrado é composto principalmente de água, proteínas e algumas células. Numa fase inicial, o edema (inchaço) é decorrente exclusivamente do acúmulo no espaço extracelular de fluidos (água), proteínas plasmáticas filtradas, células extravasadas do sangue e produtos celulares do parênquima. Numa segunda fase, existe a proliferação de elementos parenquimatosos e estromais com excessivo depósito de substâncias matriciais extracelular¹.

Entretanto, nem todas as mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama desenvolvem linfedema, em decorrência da instalação de mecanismos compensatórios entre o sistema linfático e sanguíneo⁴. Algumas características relacionadas à mulher, às complicações pós-operatórias, às atividades desenvolvidas e à exposição a traumas e temperaturas elevadas podem desencadear o desequilíbrio entre esses sistemas⁵.

Após a linfadenectomia axilar no tratamento do câncer de mama, a prevalência de linfedema tem variado entre 6% e 49% (Tabela 1) e a incidência, entre 0% e 22%

(Tabela 2). Nas tabelas 1 e 2, pode-se observar a grande variabilidade de prevalência e incidência de linfedema pós-linfadenectomia. Tais diferenças podem ser justificadas pelas diferenças metodológicas desses estudos, como os critérios de definição e de mensuração de linfedema adotados; os tratamentos realizados (radioterapia, cirurgia e quimioterapia); o tempo transcorrido entre a cirurgia e a avaliação; e as características da população estudada⁶.

A biópsia do linfonodo sentinela tem apresentado estimativas significativamente menores de ocorrência de linfedema, aproximadamente 5% para a biópsia do linfonodo sentinela e 20% para a linfadenectomia axilar, ou seja, quatro vezes menor (Tabela 3).

O conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento do linfedema é primordial para o estabelecimento de condutas preventivas, sejam elas pré, intra ou pós-operatórias. Vários fatores de risco para linfedema já foram descritos e estão resumidos na tabela 4.

Recentemente, foi proposta uma excelente classificação de linfedema chamada CEAP, que leva em conta aspectos Clínicos (C), Etiopatogênicos (E), Anatômicos (A) e Patofisiológicos (P). Essa classificação tem como premissas: o fácil entendimento e aplicação clínica; a não necessidade de métodos (exames) diagnósticos; ser completa e estar correlacionada com a severidade e o prognóstico; e não depender da etiopatogenia do linfedema. Basicamente tal classificação utiliza a avaliação clínica de extensão por meio da inspeção (número de articulações envolvidas) e o dano tecidual mediante palpação (presença ou ausência do sinal de Godet, ou seja, edema compressível em região ulnar ou pré-tibial)⁵³. Essa classificação está resumida na tabela 5.

Tabela 1. Prevalência de linfedema pós-linfadenectomia – Revisão sistemática (2000-2006).

Estudo	Ano	N	Tempo médio de acompanhamento	Prevalência de linfedema
Edwards ⁷	2000	201	37 meses	11-23%
Kuehn <i>et al.</i> ⁸	2000	396	34 meses	22%
Hojris <i>et al.</i> ⁹	2000	84	9 anos	14%
Johansen <i>et al.</i> ¹⁰	2000	266	7,6 anos	11%
Petrek <i>et al.</i> ¹¹	2001	263	20 anos	49%
Freitas <i>et al.</i> ¹²	2001	109	ND	14%
Ververs <i>et al.</i> ¹³	2001	400	3 meses a 5 anos	17%
Meric <i>et al.</i> ¹⁴	2002	294	1 a 120 meses	14%
Almeida <i>et al.</i> ¹⁵	2002	99	3 a 170 meses	38%
Beaulac <i>et al.</i> ¹⁶	2002	151	4,8 anos	28%
Rampaul <i>et al.</i> ¹⁷	2003	677	ND	6%
Deutsch e Flickinger ¹⁸	2003	265	61 meses	7%
Schijven <i>et al.</i> ¹⁹	2003	393	2 anos	7%
Yap <i>et al.</i> ²⁰	2003	370	3,3 anos	15%
Goffman <i>et al.</i> ²¹	2004	240	1,5 ano	8%
Deo e Kuru ²²	2004	299	2,5 anos	34%
Ozaslan <i>et al.</i> ²³	2004	240	18 a 43 meses	37%
Armer <i>et al.</i> ²⁴	2004	100	28 meses	43%
van der V <i>et al.</i> ²⁵	2004	245	ND	24%
Bergmann ^{26;27}	2004	394	59 meses	12%-31%