

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
UNIDADE DE ONCOLOGIA/HEMATOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

**ALTERAÇÕES FUNCIONAIS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O
CÂNCER DE MAMA**

PORTO ALEGRE

2016

BIANCA VIEIRA FERNANDES

**ALTERAÇÕES FUNCIONAIS APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA O
CÂNCER DE MAMA**

Artigo apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição da Escola GHC para obtenção do título de Especialista.

Ênfase: Onco-Hematologia

Núcleo: Fisioterapia

Orientador(a): Ms. Fernanda Machado Kutchak

PORTO ALEGRE

2016

RESUMO

Objetivo: identificar as alterações funcionais decorrentes do procedimento cirúrgico em mulheres com câncer de mama, para que assim, possa ocorrer adequada recuperação funcional. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, onde foram consultados 111 prontuários eletrônicos e fichas de avaliação Fisioterapêutica de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama no Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Rio Grande do Sul, que realizaram acompanhamento fisioterapêutico no ambulatório de fisioterapia no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2015. Para coleta sistemática dos dados, foi elaborada uma planilha eletrônica (Excel) onde foram registradas as informações necessárias, tais como: idade no momento do diagnóstico, tipo histológico do câncer de mama, tipo de cirurgia e tratamento realizado, momento do encaminhamento ao acompanhamento fisioterápico; e presença de complicações físicas funcionais avaliadas pelo fisioterapeuta e relatada pela própria paciente. **Resultados:** As complicações mais prevalentes foram dor (69,3%), alteração de sensibilidade (68,5%), restrição de ADM (59,4%), síndrome da rede axilar (18%), escapula alada (18%), FM diminuída em membro superior acometido (15,3%) e linfedema (12,6%). **Conclusão:** os tratamentos para o câncer de mama foram responsáveis por uma alta prevalência de complicações em membro superior homolateral à cirurgia. O ideal é que o programa de reabilitação fisioterápica tenha início o mais precocemente possível, visando prevenir o aparecimento de tais complicações.

Palavras-chave: Câncer de mama, tratamento cirurgico, alterações funcionais.

ABSTRACT

Objective: identify functional alterations resulting from surgery in women with breast cancer, so that, to take place adequate functional recovery. **Methods:** This is a descriptive, retrospective study in which were found 111 electronic records and Physical Therapy evaluation records of women undergoing surgery for breast cancer at the Hospital Nossa Senhora da Conceição, of Rio Grande do Sul, who underwent physiotherapy in the outpatient physical therapy from January 2007 to December 2015.

For systematic collection of data, a spreadsheet was developed (Excel) where the necessary information has been recorded, such as age at diagnosis, histological type of breast cancer, type of surgery and treatment performed, the time of referral to physiotherapy treatment ; and the presence of functional physical complications assessed by the physiotherapist and reported by the patient. **Results:** The most prevalent complications were pain (69.3%), abnormal sensitivity (68.5%), ADM restriction (59.4%), the axillary network syndrome (18%), scapula winged (18%), FM decreased in affected upper limb (15.3%) and lymphedema (12.6%). **Conclusion:** treatments for breast cancer accounted for a high prevalence of complications in upper limb ipsilateral to surgery. Ideally, the physical therapy rehabilitation program will start as early as possible in order to prevent the appearance of such complications.

Keywords: breast cancer, surgical treatment, functional changes.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama vem se apresentando como uma doença desafiadora, sendo o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. No Brasil, foram estimados 57.960 casos novos de câncer de mama para o ano de 2016 e as taxas de mortalidade continuam elevadas, em decorrência do diagnóstico e estadiamento tardios. Existem diferenças nas taxas de incidência da doença entre as regiões do Brasil. A região sul é a primeira região com maior incidência deste tipo de tumor, sendo estimados 74,30 casos para cada 100 mil mulheres¹. Fatores como o perfil da população e hábitos nocivos são as hipóteses para esta situação¹.

O tratamento é planejado de acordo com o estadiamento da doença e através das características individuais de cada paciente, sendo o procedimento cirúrgico a conduta habitual, que pode ser conservadora (quadrantectomia), com retirada apenas do tumor ou a mastectomia com remoção completa da mama. Podem ser empregadas, como terapias complementares neoadjuvantes ou adjuvantes, a quimioterapia (Qt), a radioterapia (rt) e a hormonioterapia².

Quanto maior a extensão da cirurgia, bem como a realização do esvaziamento axilar e o tratamento adjuvante, seja ele quimioterápico, radioterápico ou hormonioterápico, maior a possibilidade de complicações físicas e funcionais que, de forma geral, são incapacitantes e podem comprometer a recuperação, acarretando em diminuição da qualidade de vida (QV) e riscos no desempenho das atividades de vida diária (AVDS)³. As alterações mais comumente encontradas são infecção, necrose cutânea; seroma; parestesia; dor; diminuição de força muscular e amplitude de movimento (ADM) do membro envolvido; síndrome da rede axilar e linfedema como complicação tardia^{3,4,5}.

A fisioterapia desempenha um importante papel, na prevenção e no tratamento de complicações após cirurgia por câncer de mama contribuindo para o retorno às atividades de vida diária, e melhora da qualidade de vida. Sendo necessário um acompanhamento em todas as fases do tratamento, identificando as necessidades do paciente, os sintomas e suas causas^{6,7}.

Tendo em vista a importância do diagnóstico das alterações que o tratamento cirúrgico pode causar em pacientes que possuem o diagnóstico de câncer de mama, o objetivo deste estudo foi identificar as alterações funcionais decorrentes do

procedimento cirúrgico em mulheres com câncer de mama, para que assim, possa ocorrer adequada recuperação funcional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, onde foram consultados 145 prontuários eletrônicos e fichas de avaliação fisioterapêutica de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama no Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Rio Grande do Sul, que realizaram acompanhamento fisioterapêutico no ambulatório de fisioterapia no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2015. Foram excluídos do estudo os prontuários com informações incompletas, perda de seguimento e por encaminhamento ao outro serviço de fisioterapia, restando 111 prontuários. Para coleta sistemática dos dados, foi elaborada uma planilha eletrônica (Excel) onde foram registradas as informações necessárias, tais como: idade no momento do diagnóstico, tipo histológico do câncer de mama, tipo de cirurgia e tratamento realizado, momento do encaminhamento ao acompanhamento fisioterápico, sendo considerado tratamento precoce até 30 dias e tardio após este período; e presença de complicações físicas funcionais avaliadas pelo fisioterapeuta e relatada pela própria paciente. Na análise estatística, as variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, enquanto que as variáveis categóricas foram expressas em frequência e porcentual. Os dados foram analisados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 19.0. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, conforme previsto na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisados 111 prontuários, sendo observada uma média de idade de 54,4 anos, ($\pm 11,2$ anos). Com tipo histológico predominante ductal invasivo (85,6%), seguido de lobular invasivo (10,8%) e ductal in situ (3,6%). A cirurgia mais frequente foi à mastectomia com esvaziamento axilar (33,3%), seguida por quadrantectomia com

esvaziamento axilar (28,8%). Das 111 pacientes, 57,6% realizaram quimioterapia e radioterapia adjuvantes e hormonioterapia (tabela 1). As complicações mais prevalentes foram dor (69,3%), alteração de sensibilidade (68,5%), restrição de ADM (59,4%), síndrome da rede axilar (18%), escapula alada (18%), FM diminuída em membro superior acometido (15,3%) e linfedema (12,6%). Sendo 57,7% das pacientes encaminhadas ao atendimento de fisioterapia tardiamente, quando já apresentavam complicações instaladas.

Tabela 1 – Principais características clínicas das mulheres submetidas a tratamento para câncer de mama.

Variáveis	n=111 n (%)
Tipo histológico	
Ductal invasivo	95 (85,6)
Lobular invasivo	12 (10,8)
Ductal in situ	4 (3,6)
Tipo de cirurgia	
Mastectomia com LA	37 (33,3)
Quadrantectomia com LA	32 (28,8)
Quadrantectomia com biopsia LS	25 (22,5)
Mastectomia com biopsia LS	17 (15,3)
Tratamento oncológico	
Qt, rdt adjuvantes e hormonioterapia	64 (57,6)
Qt neo, rdt adj e hormonioterapia	35 (31,5)
Rrt e hormonioterapia	12 (10,8)

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram uma média de idade de 54,4 anos, variando entre 33 a 83 anos. A literatura aponta a idade como sendo o principal fator de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência aumentam

rapidamente até os 50 anos. Após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta¹. Dados similares a estes foram observados, nos estudos de Anjos⁸, que avaliando os fatores associados ao câncer de mama, com 170 mulheres de uma cidade do sul do Brasil, observou média de idade de 56,2 anos.

A prevalência de carcinoma ductal invasivo foi de 85,6% dos casos, apresentando comportamento similar no estudo de Medeiros⁹, que avaliou o perfil epidemiológico e estudo de sobrevida dos pacientes com câncer de mama atendidos em Curitiba/PR, com 5.158 pacientes, o carcinoma ductal infiltrante apareceu em (81,7%) das pacientes.

A abordagem terapêutica do câncer de mama envolve a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Geralmente, os tratamentos propostos associam duas ou mais abordagens. Nesta pesquisa, 57,6% das mulheres com câncer de mama realizaram quimioterapia adjuvante, radioterapia e hormonioterapia. Para Bergmann et al⁷, o tratamento adjuvante se sobrepõe às sequelas cirúrgicas, aumentando os riscos de complicações. A mastectomia com linfadenectomia axilar foi o procedimento cirúrgico mais realizado na população deste estudo, para Bergmann et al¹⁰, pode ser explicado pelo provável estadiamento avançado em que se encontram as mulheres no diagnóstico, o que não pode ser avaliado no presente estudo por dados indisponíveis no momento da coleta.

Quanto às alterações encontradas nas mulheres após tratamento cirúrgico para o câncer de mama, observou-se que a maioria das participantes apresentava dor. Sousa et al⁶, relataram presença de dor em 51,6% das mulheres estudadas, o que também é encontrado no estudo de Lamino et al¹¹, em que 47,2% da população da pesquisa apresentaram dor, sendo classificada como moderada e intensa. Para Ferreira et al¹², é uma complicação comum e que pode ter várias causas. A dor ocorre, frequentemente, nas regiões que foram lesionadas (axila, região medial do braço e/ou parede anterior do tórax do lado afetado) pelos tratamentos do câncer de mama. Os sintomas incluem sensações de choque, queimação, agulhada dolorosa e aperto nas regiões axilar, medial ou superior do braço e/ou no tórax. A dor é descrita também como súbita e intensa e, e pode iniciar imediatamente após a cirurgia, seis meses ou até um ano após o tratamento, persistindo com o repouso e aumentando durante as atividades diárias, respondendo muito pouco aos fármacos. Geralmente, as mulheres que desenvolvem este sintoma apresentam uma redução funcional e uma alteração emocional importante.

Outra complicação frequente observada, foi as alterações de sensibilidade ocorridas em 68,4% dos casos. Sendo geralmente associadas à lesão do nervo intercostobraquial, que inerva a face medial superior do braço e face lateral do tórax, que pode ocorrer durante o procedimento de linfonodectomia axilar e/ou ser resultado do uso de terapêuticas complementares como a quimioterapia e radioterapia e se manifestam como anestesia, hipoestesia e, em menor grau, hiperestesia¹³. Confirmando estes achados, Guedes et al¹⁴, em estudo retrospectivo e documental, identificaram a ocorrência de alterações de sensibilidade superficial e profunda em mais de 60% das mulheres com neoplasia mamária submetidas a intervenção cirúrgica.

A diminuição da amplitude de movimento (ADM) e força do membro superior homolateral à cirurgia é encontrada em, aproximadamente, 59,4% e 15,3% das mulheres. Essa complicação tem sido descrita como a mais relatada entre as pacientes, sendo influenciada por extensão da abordagem cirúrgica, linfonodectomia axilar e a realização de radioterapia. A limitação da ADM e a diminuição da força muscular provoca impacto negativo na funcionalidade, pois gera dificuldade em alcançar objetos acima da altura do ombro, em realizar o movimento de abotoar o sutiã, como também pentear ou secar os cabelo¹⁵. Jeronimo et al¹⁶, em seu estudo, mostrou que a cinesioterapia é eficaz na recuperação funcional da articulação glenoumeral de mulheres mastectomizadas. Os dados apontaram, para força muscular, melhora significativa em todos os grupos musculares ao longo de 10 e 20 sessões. Para a amplitude de movimento foi observado ganho significativo para a flexão e adução do ombro.

Em relação a síndrome da rede axilar 18% das mulheres apresentaram esta complicação. A principal hipótese que explicaria o surgimento destes cordões fibrosos seria a interrupção do fluxo linfático na axila, seja por trombose dos vasos linfáticos ou resultantes de alterações cicatriciais¹⁷. Menezes et al¹⁸, avaliaram o perfil das pacientes pós-cirurgia de câncer de mama com síndrome do cordão axilar. Das 112 pacientes avaliadas, 7,1% apresentaram cordão linfático, acarretando na restrição de amplitude de movimento do ombro e conseqüente na qualidade de vida.

A escápula alada, uma alteração cirúrgica, durante a manipulação da axila, como parte do tratamento do câncer de mama decorrente de lesão parcial ou total do nervo torácico longo ou nervo de Bell, foi encontrada em 18% das participantes. Pouco descrita na literatura, há uma variação da incidência de escápula alada de 1,5% a 12,6%. Danos nesse nervo resultam numa desestabilização de toda estrutura escapuloumeral, podendo trazer como conseqüências: alterações posturais, diminuição da amplitude de

movimento no braço operado e quadros álgicos na articulação do ombro como na região periescapular. A lesão no nervo torácico longo pode levar a uma fraqueza ou à paralisia do músculo serrátil anterior. Essa disfunção acarreta na desestabilização da cintura escapular, uma vez que o serrátil é considerado como um dos principais músculos de fixação da escápula na caixa torácica durante a elevação. O quadro clínico se dá pela limitação do ombro na elevação do braço entre 80° e 120°, principalmente na flexão, já que, quando o enfoque ocorre na abdução, a lesão é do nervo espinhal, mais conhecido como nervo acessório (inervação do músculo do trapézio). O paciente pode se queixar também de fraqueza no movimento (elevação a 90°) e presença ou não de dor, porém a característica principal é a proeminência da borda medial da escápula e a rotação do ângulo inferior na linha média¹⁹.

O linfedema foi observado em 12,6% das pacientes deste estudo. Não há consenso na literatura quanto à incidência dessa condição²⁰. É importante ressaltar que o linfedema do membro superior constitui uma sequela crônica e incapacitante, causada por obstrução linfática, que se manifesta pelo aumento do volume do membro causado por acúmulo de líquido intersticial de alta concentração protéica²¹. Os principais fatores associados ao seu aparecimento constituem a própria linfadenectomia axilar, a radioterapia na cadeia de drenagem, o índice de massa corpórea, o trauma e a infecção no braço²⁰. Sampaio et al²², observou-se uma ocorrência de linfedema em 16,9% das pacientes, e dentre as variáveis clínicas associadas, apenas a mastectomia radical com a retirada de linfonodos, mostrou-se um fator de risco para o desenvolvimento de linfedema em mulheres com câncer de mama.

O momento do encaminhamento destas pacientes à reabilitação fisioterapêutica foi em sua maioria tardia. O ideal é que o programa de reabilitação fisioterápica tenha início o mais precocemente possível, visando prevenir o aparecimento de tais complicações⁴. No entanto, esta pesquisa evidenciou que, no serviço estudado, a maior parte das pacientes é encaminhada para o tratamento com complicações já instaladas.

CONCLUSÃO

Neste estudo os tratamentos para o câncer de mama foram responsáveis por uma alta prevalência de complicações em membro superior homolateral à cirurgia.

A dor foi à alteração mais prevalente na amostra estudada, seguida de diminuição da sensibilidade e ADM. Assim, podemos concluir que o ideal é que o programa de

reabilitação fisioterápica tenha início o mais precocemente possível, visando prevenir o aparecimento de tais complicações.

REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016. Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2016.
2. ABREU A.N.P, ENDRES D, COSTA A.B, ZANINI S.C.C, MARTINI R.R, LEGUISAMO C.P. **Função Pulmonar e Força Muscular Respiratória em Pacientes Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia. Vol. 60, n. 2, p. 151-157, 2014.
3. BREGAGNOL R.K, DIAS A.S. **Alterações Funcionais em Mulheres Submetidas à Cirurgia de Mama com Linfadenectomia Axilar Total.** Revista Brasileira de Cancerologia. Vol. 56, n. 1, p. 25-33, 2010.
4. NASCIMENTO S.L, OLIVEIRA R.R, OLIVEIRA, M.M.F, AMARAL M.T.P. **Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo.** Fisioterapia e Pesquisa. Vol. 1, n. 3, p. 248-255, 2012.
5. SANT'ANNA D.K, ALMEIDA V, PETITO E.L, GUTIÉRREZ M.G.R. **Adesão a pratica de exercícios para a reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura.** Ciencia y Enfermeria. Vol. 1, p. 97-104, 2010.
6. SOUSA E, CARVALHO F.N, BERGMANN A, FABRO E.A.N, DIAS R.A, KOIFMAN R.J. **Funcionalidade de Membro Superior em Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia. Vol. 59, n. 3, p. 409-417, 2013.
7. BERGMANN A, et al. **Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA.** Revista Brasileira de Cancerologia. Vol. 52, n. 1, p. 97-109, 2006.

8. ANJOS J.C, ALAYALA A, HOFELMANN D.A. **Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil: Estudo de Caso-Controle.** Cad. Saúde Coletiva. Vol. 20, n. 3, p. 341-50, 2012.
9. MEDEIROS J.M, et al. **Perfil epidemiológico e estudo de sobrevida dos pacientes com câncer de mama atendidos no Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, PR.** Rev. Brasileira de mastologia. Vol. 26, n. 3, p. 107-12, 2016.
10. BERGMANN A, et al. **Morbidade após tratamento para o câncer de mama. Fisioterapia Brasil.** Vol.1, n. 2, 2000.
11. LAMINO D.A, MOTA D.D.C.F, PIMENTA C.A.M. **Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama.** Rev Esc Enf USP. Vol. 45, n. 2, p. 508–14, 2011.
12. FERREIRA V.T., et al. **Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama.** Rev. De Enfermagem. Vol. 18, n. 1, 2014.
13. VIEIRA R.A.C, et al. **Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama.** Rev. Brasileira de mastologia. Vol. 26, n. 3, p. 126-32, 2016.
14. GUEDES M.I.S et al. **Ocorrência de alterações de sensibilidade em mulheres com neoplasia mamária submetidas à intervenção cirúrgica.** Fisioterapia Brasil. Vol. 14, n. 4, 2013.
15. RETT M.T., et al. **Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós operatório de câncer de mama.** Rev. Ciência e Saúde. Vol. 6, n. 1, p. 18-24, 2013.
16. JERONIMO A.F.A et al. **Efeitos da cinesioterapia na força muscular e amplitude de movimento em pacientes mastectomizadas.** Fisioterapia Brasil. Vol. 14, n. 4, 2013.

17. FUKUSHIMA K.F.P, SILVA H.J, FERREIRA C.W.S. **Alterações vasculares resultantes da abordagem cirúrgica da axila: uma revisão da literatura.** Rev. Brasileira de Mastologia. Vol. 21, n. 2, p. 91-98, 2011.
18. MENEZES A.G, SAMPAIO E.A, CARVALHO C.C. **Perfil das pacientes pós-cirurgia de câncer de mama com síndrome do cordão axilar.** Rev. Bras. Mastologia. Vol. 18, n. 2, p. 48-53, 2008.
19. CERQUEIRA W.A, BARBOSA L.A, BERGMANN A. **Proposta de conduta Fisioterapêutica para atendimento ambulatorial nas pacientes com escápula alada após linfadenectomia axilar.** Revista Brasileira de Cancerologia. Vol. 55, n. 2, p. 115-120. 2009.
20. BASTION A.P, SANTIAGO S.M. **Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama.** Fisioterapia e Pesquisa. Vol. 12, n. 3, p. 30-5, 2005.
21. MARCHON R.M, et al. **Influência do apoio social na resposta terapêutica do linfedema de membro superior após o câncer de mama.** Rev. Brasileira de mastologia. Vol. 26, n. 3, p. 102-06, 2016.
22. SAMPAIO S.S.S et al. **Prevalência e variáveis de risco associadas ao linfedema em mulheres com câncer de mama.** Fisioterapia Brasil. Vol. 14, n. 4, 2013.