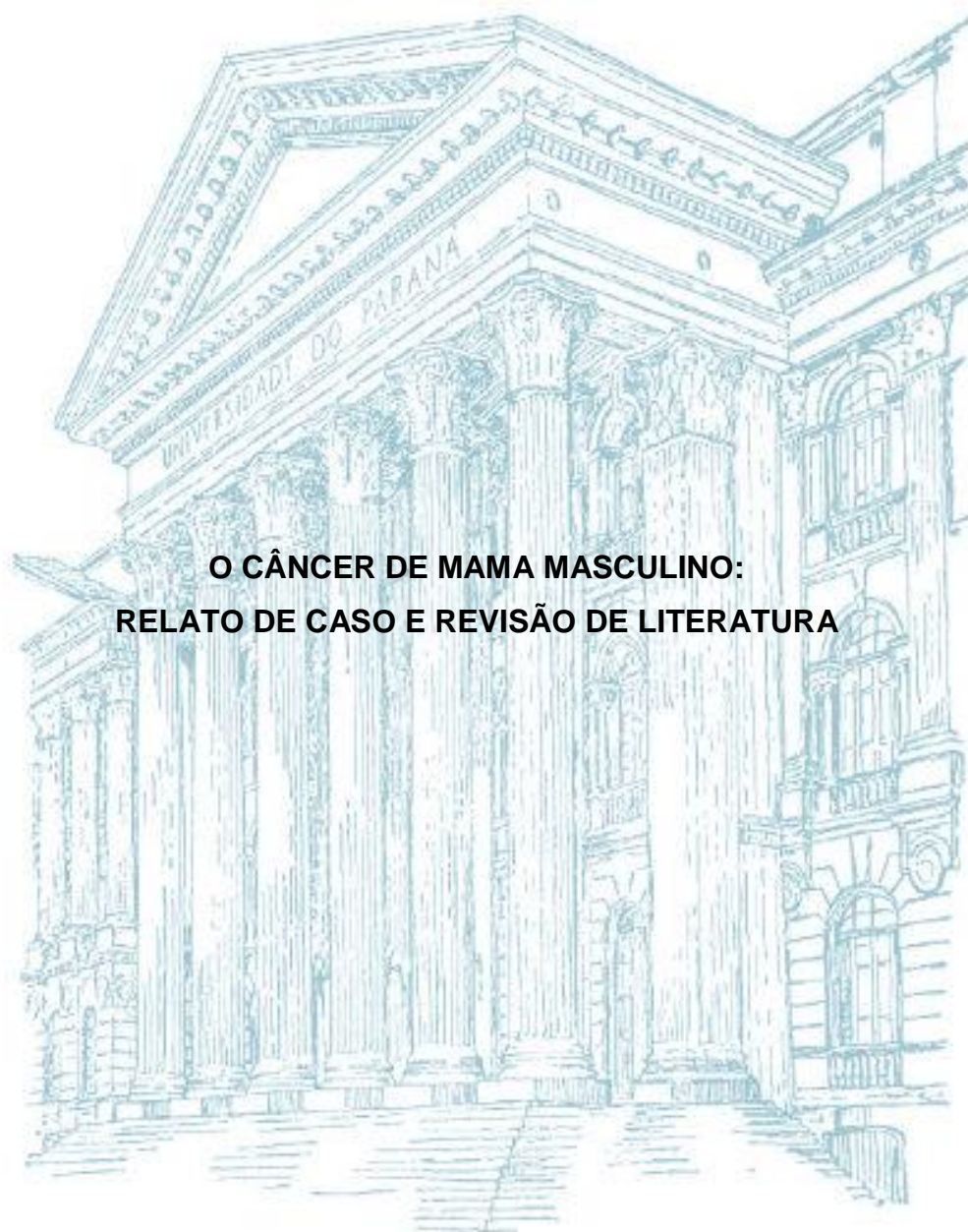


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR LITORAL
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA
MARLENE FERREIRA DA SILVA
MARRIMÃ XAVIER

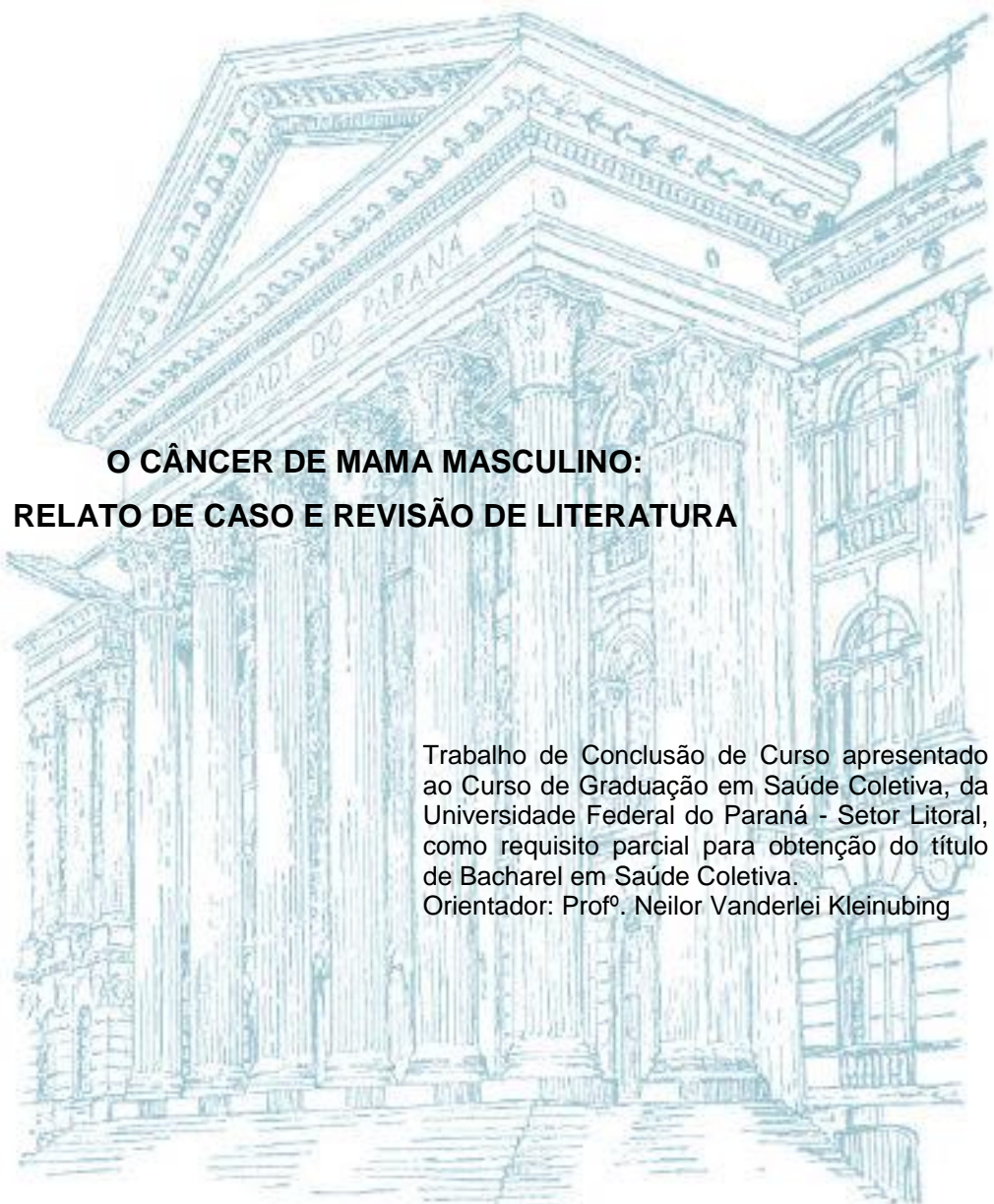


**O CÂNCER DE MAMA MASCULINO:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

MATINHOS

2018

MARLENE FERREIRA DA SILVA
MARRIMÃ XAVIER



**O CÂNCER DE MAMA MASCULINO:
RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral,
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Saúde Coletiva.
Orientador: Profº. Neilor Vanderlei Kleinubing

MATINHOS
2018

O CÂNCER DE MAMA MASCULINO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Marlene Ferreira Da Silva
Marrimã Xavier

RESUMO

Este trabalho tem como propósito apresentar uma pesquisa realizada a partir de uma revisão bibliográfica e divulgar o assunto do câncer de mama masculino. O tema é pouco discutido, devido ao baixo número de incidências, pois o câncer de mama masculino atinge 1 homem para cada 1.000 mulheres, representando menos de 1% de todos os cânceres em homens nos EUA, e é responsável por 0,1% da mortalidade dos homens por câncer. Ainda, neste trabalho é relatado o caso de um homem de 56 anos, com nódulo em mama direita, com laudo da ultrassonografia BI-RADS categoria IV e com resultado da biópsia de Neoplasia – CID: 50. Este caso evidencia a relevância da divulgação/conscientização da população masculina sobre a patologia e a importância de seu diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Câncer de mama masculino; conhecimento; divulgação.

ABSTRACT

This work aims to present a research carried out from a bibliographic review and to divulge the subject of male breast cancer. The issue is little discussed because of the low number of incidents, as male breast cancer affects 1 man for every 1,000 women, accounting for less than 1% of all cancers in men, accounting for 0.1% of men for cancer. The case of a 56-year-old man with a right breast nodule with a BI-RADS category IV ultrasound report and a biopsy result of Neoplasia - CID: 50 was reported. This case shows the relevance of the dissemination / awareness of the male population about the pathology and the importance of its early diagnosis.

Keywords: Masculine breast cancer; knowledge; popularization.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um assunto muito necessário, que deve ser informado, discutido e apresentado para a população ter total ciência dessa doença, porém, é pouco mencionado na promoção de saúde à sociedade, e muito menos os homens têm conhecimento que esta enfermidade pode afetá-los.

Nota-se que a patologia câncer é muito divulgada em relação às mulheres, sendo o câncer de mama, através do autoexame principalmente, nas

campanhas através das mídias, material impresso e outras formas de propaganda.

O câncer de mama em homens é uma patologia relativamente incomum.

Atinge 1 homem para cada 1.000 mulheres (1), representa menos de 1% de

todos os casos de câncer em homens nos EUA e é responsável por 0,1% da mortalidade por câncer no sexo masculino (LEME, 2006).

Alguns estudos indicam que a incidência desse tumor vem aumentando para 1,08 por 100.000 (ARCH, 2006). Esta prevalência da patologia no homem aumenta com a idade (DIAS, et. al., 1994).

No Brasil, não houve redução nas taxas de mortalidade por câncer de mama masculino, a taxa de mortalidade, nos últimos anos tem a maior incidência nos estados do sul do país, destacando-se o Rio Grande do Sul (INCA, 2014). Dentre os continentes, a Ásia supera os demais, enquanto a América do Sul e Central apresentam os menores índices. (SAVI, 2008).

2. RELATO DE CASO

Paciente masculino de 56 anos, com nódulo em mama direita, apresentou laudo da ultrassonografia: BI-RADS categoria IV e resultado da biópsia: Neoplasia- [CID:50](#), com histórico de evolução há 7 anos, refere que:

- "... durante muito tempo percebia manchas com coloração amarelada quase transparente na altura do meu peito, do lado direito e sempre pensava que aquilo era suor devido aos treinamentos intensivos que eu tinha diariamente".
- "Com o passar do tempo, sempre que encostava no peito saía um líquido em forma de jato, com o passar do tempo foi ficando com a coloração mais escura".
- "...quando comecei a perceber determinadas alterações em meu corpo não dei a devida atenção, achando que aquilo era normal".
- " Após sete anos, em 2015, quando fui agraciado com um título de personalidade da cultura, resolvi colocar uma camisa branca e temendo manchar e as pessoas percebessem, resolvi colocar um esparadrapo no mamilo, quando retornei para casa, uma dor muito intensa já me incomodava e durante a noite a febre foi constante. No dia seguinte o lado direito do peito estava bem crescido (inchado) e muito dolorido fazendo com que procurasse apoio médico imediatamente, pois a dor era intensa e a situação tinha se complicado".
- Ainda, relata "que muitas vezes no banho, sentia uma bolinha na mama mas achava que aquilo era normal no homem e a medida que o tempo se passava a situação ia se agravando".

A ultrassonografia mamária de 23/6/2015, apresentou o laudo de nódulo com contornos e limites mal definidos, conteúdo anecóico com áreas de permeio hiperecongênicas, medindo aproximadamente em seus maiores diâmetros 3,7cmx1;5cm. BI-RADS categoria IV.

O resultado da biopsia foi de Neoplasia maligna, CID: C50.

Em 15/10/2015, no hospital Erasto Gaertner foi realizada uma mastectomia da mama direita, e na sequência, a indicação de hormonioterapia por 05 anos, assim relatados pelo paciente:

“ O tratamento iniciou três meses após a mastectomia, durante este espaço de tempo entre outubro de 2015 e janeiro de 2016, passei por muitos exames e após estudos de vários médicos, optou-se pelo tratamento através da hormonioterapia, dispensando o tratamento a base de quimioterapia e radioterapia”.

“Ao iniciar o tratamento com a hormonioterapia, já estava levando a vida normalmente (estudando, trabalhando, atuando em meus projetos). Hoje, estou muito bem, faço exames periódicos e segundo os médicos, tenho apresentado bons resultados.

“ Procuro sempre que tenho oportunidade em algum evento público, expressar a minha trajetória de vida, frisando a importância dos exames preventivos, tanto para as mulheres como para os homens e quanto mais cedo o câncer for diagnosticado maior será a chance de cura”.

“Hoje com 59 anos de idade me sinto muito bem, disposto para as atividades do cotidiano, chegando ao ponto de contrariar os efeitos da medicação que prevê muito repouso”.

3 REVISÃO DE LITERTAURA SOBRE O CÂNCER

Câncer é o conjunto de mais de 100 patologias que causam o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos, dividindo-se rapidamente, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. A causa do câncer pode ser externa ou interna ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. De todos os casos de câncer, 80% a 90% estão associados a fatores externos como meio ambiente e maus hábitos de vida (INCA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2014) estimou que para o ano de 2030, 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas portando a doença. Dentre os tipos de cânceres mais incidentes, tem se o câncer de mama e estimou-se cerca de 580 mil casos novos de câncer por ano (INCA, 2014).

Ainda, segundo o mesmo autor, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, correspondendo a 22% dos casos novos a cada ano. Embora raro, o câncer de mama pode, sim, afetar os homens, correspondendo a menos de 1% do total de casos de câncer de mama. A neoplasia de mama em homens é diagnosticada com base em uma alteração na mama (fig.1), geralmente notada pelo próprio paciente, já que não existe rastreamento de câncer de mama em homens (KALIKS, 2010).

Fig. 1 – 12 SINTOMAS DE CÂNCER DE MAMA



Fonte: <https://blogmaisbio.com.br/2014/10/22/sinais-e-sintomas-do-cancer-de-mama/>

De um modo geral, o diagnóstico do câncer é feito com base em achados de história clínica e exame físico, associados a exames complementares tais como mamografia, ultrassonografia, exames citopatológicos e biópsias (INCA, 2014).

As taxas de prevalência do câncer de mama em homens variam geograficamente, sendo maiores na África, entre 05 e 15 casos a cada 100 mil habitantes, onde causas infecciosas endêmicas causam danos hepático e hiperestrogenismo secundário (FENTIMAN, FOURQUET, HORTOBAYGI, 2006).

Segundo o mesmo autor, a frequência está entre 01 para cada 100 mil habitantes nos países da Europa e dos Estados Unidos.

O Japão apresenta o menor número de casos de câncer de mama em homens, sendo cinco casos por um milhão de habitantes (FENTIMAN, FOURQUET, HORTOBAYGI, 2006).

A etiologia do câncer de mama masculino é desconhecida, porém são conhecidos fatores associados a maiores riscos para desenvolver esse tipo de câncer como os fatores genéticos, hormonal, ocupacional e sedentarismo. Em relação ao fator genético, a história familiar positiva em parentes de primeiro grau está presente em 20% dos homens com câncer de mama e a predisposição genética está associada ao do câncer de mama aumentando até 2,5 vezes as chances de o homem desenvolver a doença (FENTIMAN, FOURQUET, HORTOBAYGI, 2006). Ainda, segundo os autores, o uso de estrogênio exógeno aumenta o risco de tumores em situações como, por exemplo, no tratamento hormonal do câncer de próstata e seu uso por transexuais.

Os fatores de riscos ambientais relacionados à atividade ocupacional apresentam maior frequência no aumento do câncer de mama em homens, principalmente se há exposição diária às altas temperaturas e trabalhos em indústrias químicas, por exemplo, na indústria de sabão ou perfumes (MEGUERDITCHIAN, FALARDEAU, MARTIM, 2002).

Outros fatores predisponentes é a exposição à radiação, falta de atividades físicas, obesidade, consumo excessivo de fumo, e ingestão de bebidas alcoólicas, que contribuem gradativamente para o surgimento da patologia (Kaliks, 2010).

Os fatores prognósticos do câncer de mama masculino são similares aos das mulheres, incluindo: tamanho do tumor, grau histológico, estado dos linfonodos axilares e presença de receptores hormonais. Devido à falta de rastreamento, casos de câncer de mama em homens acabam sendo diagnosticados, em média, mais tarde que em mulheres. A média da idade do diagnóstico do câncer de mama masculino é de 67 anos de idade, contra 61 anos de idade entre as mulheres. Também pela falta de rastreamento, os casos em homens acabam sendo diagnosticados quando o tumor já está maior e como maior nível de comprometimento dos tecidos adjacentes (KALIKS, 2009).

Homens que desenvolvem câncer de mama têm um risco aumentado de desenvolver um segundo tipo câncer ao longo da vida, com 20% de chances.

Desta reincidência de casos de câncer, os mais comuns são câncer de próstata, cólon e bexiga (KALIKS, 2009). Os fatores mais importantes para o prognóstico é o estadiamento da doença e o comprometimento axilar. As taxas de sobrevida, em geral, estimadas para o câncer de mama masculino, são de aproximadamente 40% a 65% em cinco anos e de 17% a 50% em 10 anos (FENTIMAN, FOURQUET, HORTOBAYGI, 2006).

Os tratamentos oferecidos aos homens com câncer de mama baseiam-se frequentemente nas mesmas recomendações utilizadas para o tratamento em mulheres. Assim como nas mulheres, além do exame físico, realiza-se mamografia e eventualmente ultrassonografia de mama. A mamografia pode identificar um nódulo ou microcalcificações suspeitas, embora estas sejam mais raras em tumores em homens que nas mulheres (KALIKS, 2009). Quanto ao tratamento, ao longo do século 20, o procedimento cirúrgico padrão recomendado tradicionalmente foi a mastectomia radical.

3.1 SOBRE A ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO.

De acordo com Silva et al., (2010) os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) justificam a pouca procura do homem pelas ações de Atenção Básica devido a questões culturais.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer, face aos padrões de fortaleza e virilidade em decorrências dos estereótipos de gênero. Soma-se a isso, no Brasil, a concepção que as Unidades Básicas Saúde oferecem serviços de assistência à saúde exclusivamente para categorias populacionais considerados vulneráveis como mulheres, crianças, adolescentes e idosos, o que torna a inclusão do homem na promoção de saúde uma tarefa desafiadora (ALBANO; BASILIO; NEVES, 2010).

Como ressalta Schraiber et al., (2010), a forma organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, apresenta pouco favorecimento ao homem, mostrando maior relevância no atendimento da Atenção básica aos grupos, de fato, considerados vulneráveis, por meio de ações planejadas e

programadas e essa afirmativa se torna nítida quando se analisa as campanhas e programas de autocuidado.

Diante disso o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), instituída no âmbito do SUS, pela Portaria Nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, reduzindo-lhe a morbidade e mortalidade, facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde, minimizando as fragilidades do sistema (BRASIL, 2013).

Os homens com câncer de mama têm as piores taxas de sobrevida global em relação às mulheres, provavelmente pela idade avançada no momento do diagnóstico, que corresponde também à fase mais avançada de apresentação da doença, bem com as maiores taxas de morte por comorbidade da doença. A prevenção e o diagnóstico precisos são as melhores estratégias para melhorar a qualidade de vida e sobrevivência do paciente com essa neoplasia.

Neste sentido, semelhante às mulheres, cabe aos profissionais de saúde realizarem ações preventivas junto aos homens como orientação quanto à realização do auto-exame da mama, mamografia realizada regularmente conforme preconiza o Ministério da Saúde, realização de trabalhos em grupos no intuito de conscientizar a população masculina quanto a existência desta patologia também em homens, objetivando obtenção de diagnósticos precoces, atuando também na orientação para conhecimento e redução dos fatores de risco para câncer e estimulando os ACS a realizarem busca ativa por meio de visitas domiciliares a população de maior risco (KALIKS, 2009).

3.2 SOBRE CLASSIFICAÇÃO ACR BI-RADS

O termo BI-RADS, que é um acrônimo em inglês para *Breast Image Reporting and Data System*, é uma classificação desenvolvida em 1993 pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) com intuito de padronizar os relatórios mamográficos, de forma a minimizar os riscos de má interpretação dos laudos da mamografia e facilitar a comparação de resultados para futuros estudos clínicos.

O ACR BI-RADS, portanto, é uma forma padronizada de relatar os achados radiológicos da mamografia, o que reduz em muito o risco de interpretações subjetivas de laudos puramente descritivos e impede que um mesmo achado seja interpretado de forma diferente entre o médico radiologista que realizou o exame e o médico assistente da paciente que solicitou o exame.

A classificação BI-RADS também ajuda o médico assistente a saber quando a investigação de um nódulo suspeito deve ser complementada com outros métodos e quando ela pode ser satisfatoriamente interrompida apenas com o resultado da mamografia. Ele ajuda também a padronizar as condutas médicas.

Inicialmente proposta como uma classificação para os relatórios da mamografia, o BI-RADS atualmente também tem sido usado para descrever laudos de ultrassonografia mamária e de ressonância magnética das mamas.

Ao fazer uma mamografia e apresentar alguma lesão suspeita, seja ela um nódulo, um cisto, uma calcificação ou uma lesão claramente maligna, é importante que o laudo desta mamografia seja o mais direto e compreensível o possível. Para que todos os médicos, independentemente das suas especialidades, possam entender e interpretar os resultados da sua mamografia de modo uniforme, o radiologista precisa sintetizar os achados mamográficos usando uma das 6 categorias da classificação de BI-RADS. Através desta classificação, o médico poderá facilmente distinguir a probabilidade da sua lesão ser maligna ou benigna.

A seguir estão as 6 categorias de classificação do BI-RADS (critérios atualizados em novembro de 2015 pelo Colégio Americano de Radiologia):

- BI-RADS categoria 0 – Exame inconclusivo: Quando o radiologista classifica o resultado como BI-RADS 0, isso significa que ele considerou o exame inconclusivo ou incompleto. As causas para um BI-RADS 0 incluem fatores técnicos, tais como imagens de baixa qualidade, que podem ser devidos ao posicionamento inadequado da mama ou à movimentação da paciente durante o exame. O BI-RADS 0 também pode ser atribuído quando há dúvida sobre a

existência ou não de uma lesão, havendo necessidade da realização de outro exame de imagem para tirar a prova.

A disponibilização de laudos de mamografia anteriores para que o médico radiologista possa comparar imagens antigas com as imagens atuais diminui o risco da mamografia ser classificada como BI-RADS 0. Por exemplo, uma lesão de difícil avaliação, mas que existe há vários anos e nunca mudou de aspecto, fala claramente a favor de uma lesão benigna. Com o auxílio de resultados anteriores, o médico pode mudar a classificação de BI-RADS 0 para BI-RADS 2.

Portanto, um BI-RADS 0 não indica nem que a lesão é provavelmente benigna nem que é provavelmente maligna. BI-RADS 0 é um exame inconclusivo que deve ser repetido.

- BI-RADS categoria 1 – Exame normal ou exame negativo: Quando o radiologista classifica o resultado como BI-RADS 1, isso significa que a mamografia não apresenta nenhuma alteração. O exame é completamente normal. As mamas são simétricas e não foram visualizadas massas, distorções de arquitetura ou calcificações suspeitas.

O risco de lesão maligna em um exame classificado como BI-RADS 1 é de 0%.

- BI-RADS categoria 2 – Exame com achados certamente benignos: Quando o radiologista classifica o resultado como BI-RADS 2, isso significa que ele encontrou alguma alteração na mamografia, mas que as características da lesão permitem afirmar que ela é benigna.

Entre as lesões que costumam ser encontradas em exames com classificação BI-RADS 2, podemos citar:

- Fibroadenomas calcificados.
- Cistos simples da mama.
- Linfonodos intra-mamários.
- Calcificações vasculares.
- Lipomas.
- Implantes de silicone.
- Cicatriz cirúrgica.

Para ser classificado como BI-RADS 2, o médico precisa ter segurança para afirmar que a lesão é de origem benigna. Se o médico tiver dúvidas, o

resultado não pode ser classificado como BI-RADS 2, mas sim como BI-RADS 3.

Portanto, na prática, um resultado BI-RADS 2 tem o mesmo valor clínico de um BI-RADS 1. O risco de lesão maligna é de 0%.

- BI-RADS categoria 3 – Exame com achados provavelmente benignos: Quando o radiologista classifica o resultado como BI-RADS 3, isso significa que ele encontrou alguma alteração na mamografia, que provavelmente é benigna, mas que ele não tem 100% de segurança. Por mais que o médico tenha quase certeza que a lesão é benigna, se ele tiver a mínima dúvida, a classificação deve ser BI-RADS 3.

Quando o exame é classificado como BI-RADS 3, a conduta sugerida é repetir a mamografia após 6 meses. Se o novo exame também for BI-RADS 3, uma nova mamografia é repetida após mais 6 meses (12 meses após a primeira). Se nessa mamografia o resultado for o mesmo, uma última reavaliação mamográfica deve ser realizada após mais 1 ano (2 anos após o resultado inicial). Se após 2 anos, a lesão permanecer igual, o radiologista pode passar a considerá-la um BI-RADS 2.

Por outro lado, se em algum momento do seguimento a lesão mudar de características e se tornar mais suspeita, a classificação deve ser mudada para BI-RADS 4 e a lesão deve ser biopsiada. Vários estudos já mostraram que esse seguimento semestral não acarreta risco para a paciente. Mesmo nos raros casos em que a lesão muda de característica e passa a haver a suspeita de malignidade, a espera não traz prejuízos à saúde da paciente.

Portanto, um resultado BI-RADS 3 indica uma lesão com baixíssimo risco de malignidade, que não precisa ser inicialmente biopsiada, mas que, por prudência, deve ser seguida de perto ao longo dos próximos 2 anos.

O risco de lesão maligna do BI-RADS 3 é de apenas 2%, ou seja, 98% dos casos são mesmo lesões benignas.

- BI-RADS categoria 4 – Exame com achados suspeitos: Quando o radiologista classifica o resultado como BI-RADS 4, isso significa que ele encontrou alguma alteração na mamografia, que pode ser um câncer, mas que não necessariamente é um câncer. Todas as pacientes com um resultado BI-RADS

4 devem ser submetidas à biópsia da lesão para que o diagnóstico correto possa ser estabelecido.

A classificação BI-RADS 4 costuma ser dividida em 3 sub-categorias de acordo com o risco de câncer:

BI-RADS 4A – Lesão com baixa suspeita de malignidade – 2 a 10% de risco de câncer.

BI-RADS 4B – Lesão com moderada suspeita de malignidade – 11 a 50% de risco de câncer.

BI-RADS 4C – Lesão com elevada suspeita de malignidade – 51 a 95% de risco de câncer.

Independentemente da sub-categoria de BI-RADS 4, todos os casos devem ser submetidos à biópsia. A diferença é que na paciente com BI-RADS 4A, o esperado é que a biópsia confirme uma lesão benigna, enquanto no BI-RADS 4C, o esperado é que a biópsia confirme o diagnóstico de câncer.

- BI-RADS categoria 5 – Exame com elevado risco de câncer: Quando o radiologista classifica o resultado como BI-RADS 5, isso significa que ele encontrou alguma alteração na mamografia, que quase com certeza é derivada de um câncer da mama. Lesões de mamas com típicas características de câncer incluem nódulos densos e espiculados, calcificações pleomórficas, lesões com retração da pele ou distorções da arquitetura da mama ou calcificações lineares finas dispostas num segmento da mama.

Todas as lesões BI-RADS 5 devem ser biopsiadas. O risco de lesão maligna em um exame classificado como BI-RADS 5 é maior que 95%.

- BI-RADS categoria 6 – Exame com lesão maligna previamente conhecida: A classificação BI-RADS 6 é utilizada apenas em pacientes que já têm o diagnóstico de câncer de mama estabelecido e acabam por fazer uma mamografia para acompanhamento da doença, como por exemplo, após início da quimioterapia. Essa classificação serve apenas para confirmar ao médico que a lesão maligna identificada na mamografia é a mesma já conhecida anteriormente.

3.3 ESTADIAMENTO DO TUMOR DE MAMA (CID-50)

A prática de se dividir os casos de câncer em grupos, de acordo com os chamados estádios, surgiu do fato de que as taxas de sobrevivência eram maiores para os casos nos quais a doença era localizada, do que para aqueles nos quais a doença tinha se estendido além do órgão de origem. O estágio da doença, na ocasião do diagnóstico, pode ser um reflexo não somente da taxa de crescimento e extensão da neoplasia, mas também, do tipo de tumor e da relação tumor-hospedeiro.

A classificação do tumor maligno tem como objetivos:

- Ajudar o médico no planejamento do tratamento.
- Dar alguma indicação do prognóstico.
- Ajudar na avaliação dos resultados de tratamento.
- Facilitar a troca de informação entre os centros de tratamento.
- Contribuir para a pesquisa contínua sobre o câncer humano.

O sistema de classificação *TNM - Classificação of Malignant Tumours*, desenvolvido pela *American Joint Committee on Cancer*, é um método aceito e utilizado para classificação dos tumores:

- T** (tumor), a extensão do tumor primário.
- N** (linfonodo), a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais.
- M** (metástase), a ausência ou presença de metástase à distância.

A adição de números a estes três componentes indica a extensão da doença maligna. Por exemplo: T0, T1, T2, T3, T4 / N0, N1, N2, N3 / M0, M1

3.3.1 Regras para classificação:

A classificação é aplicável somente para carcinomas, tanto para mama feminina quanto masculina. Deve haver confirmação histológica da doença. A sub-localização anatômica de origem deve ser registrada, mas não é considerada na classificação.

Os procedimentos para avaliação das Categorias T, N e M são os seguintes:

- Categorias T: Exame físico e diagnóstico por imagem.
- Categorias N: Exame físico e diagnóstico por imagem.
- Categorias M: Exame físico e diagnóstico por imagem.

Regiões e sub-regiões anatômicas:

- Mamilos (C50.0).
- Porção central (C50.1).
- Quadrante superior-interno (C50.2).
- Quadrante inferior-interno (C50.3).
- Quadrante superior-externo (C50.4).
- Quadrante inferior-externo (C50.5).
- Prolongamento axilar (C50.6).

Linfonodos regionais:

Os linfonodos regionais são os seguintes:

1. *Axilares* (homolaterais): linfonodos interpeitorais (Rotter) e os linfonodos ao longo da veia axilar e suas tributárias, que podem ser divididos nos seguintes níveis:

- Nível I (axilar inferior): linfonodos situados lateralmente à borda lateral do músculo peitoral menor.
- Nível II (axilar médio): linfonodos situados entre as bordas medial e lateral do músculo peitoral menor e os linfonodos interpeitorais (Rotter).
- Nível III (axilar apical): linfonodos apicais situados medialmente à margem medial do músculo peitoral menor, incluindo aqueles designados como subclaviculares, infraclaviculares.

2. *Infraclaviculares* (subclaviculares) (homolaterais).

3. *Mamários internos* (homolaterais): linfonodos localizados nos espaços intercostais, ao longo da borda do esterno, na fáscia endotorácica.

4. *Supraclaviculares* (homolaterais).

Qualquer outra metástase em linfonodos é classificada como metástase à distância (M1), incluindo os linfonodos, os cervicais ou mamários e os internos contralaterais.

CÂNCER DE MAMA	
ESTÁDIOS	DESCRIÇÃO
Estádio 0	Carcinoma <i>in situ</i> : carcinoma intraductal, ou carcinoma lobular <i>in situ</i> ; ausência de metástase em linfonodos regionais; ausência de metástase à distância.
Estádio I	Tumor de 2 cm ou menos em sua maior dimensão; ausência de metástase em linfonodos regionais; ausência de metástase à distância.
Estádio IIa	Tumor de mais de 2cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão; ausência de metástase em linfonodos regionais; ausência de metástase à distância.
Estádio IIb	Tumor de mais de 5cm em sua maior dimensão; ausência de metástase em linfonodos regionais; ausência de metástase à distância.
Estádio IIIa	Tumor de mais de 5cm em sua maior dimensão; presença de metástase em linfonodos; presença de metástase em linfonodos axilares, homolaterais móveis ou fixos uns aos outros ou a outras estruturas; ausência de metástase à distância.
Estádio IIIb	Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica (inclui costelas, músculos intercostais, músculo denteado anterior, mas não inclui o músculo peitoral) ou à pele; carcinoma inflamatório; presença de metástase em linfonodos mamários internos homolaterais; ausência de metástase à distância.
Estádio IV	Tumor de qualquer tamanho e/ou carcinoma inflamatório; com presença ou ausência de metástases de linfonodos regionais, mas com metástase à distância em outros órgãos ou tecidos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mas, e os homens? Será que a população e órgãos públicos de saúde estão dando devida atenção a esse problema que também vem atingindo as pessoas do sexo masculino?

O assunto nas mídias é pouco visto, quase não se vê divulgação a respeito e muito menos na população, principalmente para àqueles menos favorecidos de acesso à informação, que desconhecem a possibilidade de acometimento desta patologia em homens, e que não raro, são pegos de surpresa, ao receberem a informação/resultado de um diagnóstico positivo para a câncer de mama. Quase não se vê campanhas de prevenções, realização de exames para o público masculino. A melhor forma de se prevenir de um câncer de mama é ter uma boa qualidade de vida. Isso requer mudanças em hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, uma vida profissional satisfatória, boas relações familiares, entre outras medidas preventivas, tais como:

1. Manter o peso ideal;
2. Alimentação saudável: como sempre de três em três horas;
3. Consumo de frutas, verduras e legumes, ricos em antioxidantes;
4. Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
5. Evitar o cigarro.

E por mais que os índices de câncer de mama masculino, sejam baixos, é indispensável que os dados sejam divulgados à população, para que, o homem ao receber a confirmação diagnóstica, saiba enfrentar a situação e recorrer ao tratamento nos locais apropriados, com especialistas e em condições de orientá-lo e realizar o tratamento adequadamente, evitando os “tratamentos milagrosos”, a automedicação e outras formas não reconhecidas cientificamente para o tratamento.

A partir dessas divulgações, também é necessário a distribuição de cartazes informativos em postos de saúdes e em hospitais, também em forma de folhetos para ser dado ao povo que transita pelas ruas. A noção de que a doença existe devia e pode ser encaminhada para todos os públicos para maior alcance de esclarecimentos.

REFERÊNCIAS

BURGA AM, Fadare O, Lininger RA, Tavassoli FA. Invasive carcinomas of the male breast: a morphologic study of the distribution of histologic subtypes and metastatic patterns in 778 cases. *Virchows Arch* (2006) 449:507-512

DIAS EN, Fonseca MCA, Azaro MGA. Cancer de mama no homem. In: Dias EM, Caleffi M, Silva HMS, Figueira Filho ASS. *Mastologia atual*. Rio de Janeiro: Revinter. 1994; cap 36, p. 343-9.

FENTIMAN, I.S.; FOURQUET A, HORTOBAYGI, G.N. Cancro da mama masculino; *Lancet*; v. 367, n. 9510, p: 595-604, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). A situação do câncer no Brasil; Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento.

KALIKS, R.A. Tratamento sistêmico do câncer de mama. *Âmbito Hospitalar*, v. 194, p. 6- 12, 2009.

KALIKS, R.A. Câncer de mama - Resenha. *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro)*, v. 67, p. 19, 2010.

LEME LHS, Souza GA. Câncer de Mama em Homens: Aspectos Epidemiológicos, Clínicos e Terapêuticos. *Rev Cienc Med*. 2006; 5(15):391- 8.

MEGUERDITCHIAN, A.N; FALARDEAU, M; MARTIM, G; Carcinoma Masculino de mama. *J Can Chir*, v 45, p: 296-302, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Estimativas 2014: incidência de câncer no Brasil; 2014.

SCHRAIBER L, B et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.5, Rio de Janeiro, May 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2010000500018