

BIÓPSIA PERCUTÂNEA LESÕES CONTROVERSAS QUANDO INDICAR A CIRURGIA

LUCIANO FERNANDES CHALA

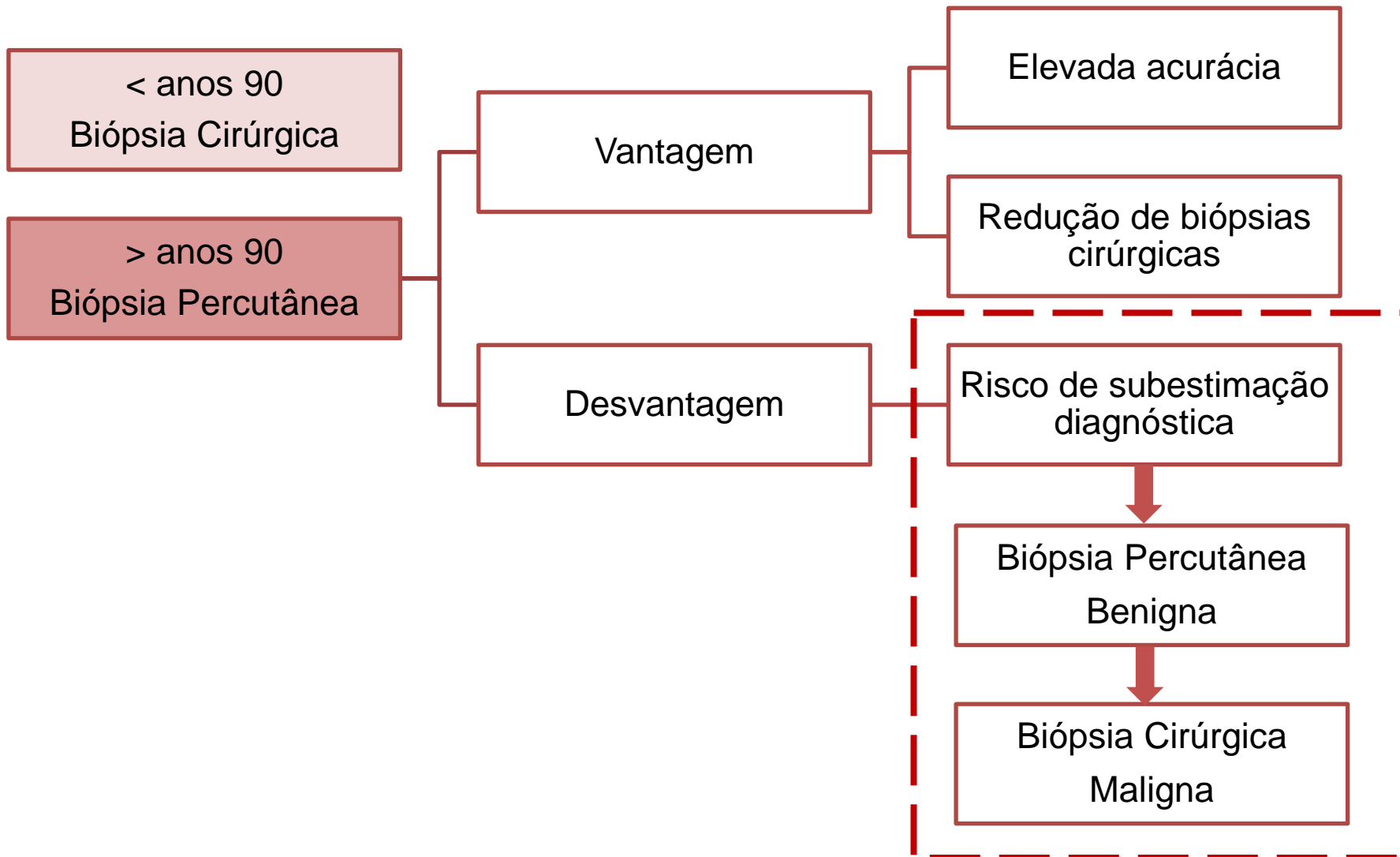
TÓPICOS

- *Background*
- *Upgrade* para câncer e conduta
- *Upgrade* para lesões de alto risco
- Papel da ressonância magnética
- Mensagens

TÓPICOS

- *Background*
- *Upgrade* para câncer e conduta
- *Upgrade* para lesões de alto risco
- Papel da ressonância magnética
- Mensagens

LESÕES MAMÁRIAS INVESTIGAÇÃO



SUBESTIMAÇÃO CAUSAS

- Erros na amostragem:
 - Não inclusão da lesão maligna coexistente
- Dificuldade para diagnóstico histológico:
 - Fragmentação da amostra
 - Representação incompleta da lesão

LESÕES COM RISCO DE SUBESTIMAÇÃO

Grupo heterogêneo de lesões benignas se destacou pelo elevado risco de subestimação nos estudos iniciais e a excisão cirúrgica era a conduta padrão

**HIPERPLASIA
DUCTAL ATÍPICA**

**HIPERPLASIA
LOBULAR ATÍPICA**

**CARCINOMA
LOBULAR IN SITU**

**ATÍPIA EPITELIAL
PLANA**

PAPILOMA

CICATRIZ RADIAL

**LESÃO TIPO
MUCOCELE**

MUDANÇA DE CONDOTA

- Estudos recentes - redução no *upgrade* para todas essas lesões
- Excisão cirúrgica de todas elas não é mais a conduta padrão
- Controvérsia é quando indicar a excisão cirúrgica ou a vigilância

↓ **RISCO DE *UPGRADE* RAZÕES**

- Introdução da biópsia a vácuo (BAV)
- Correlação anatomoradiológica (AR)
- Melhor interpretação histológica

BIÓPSIA A VÁCUO

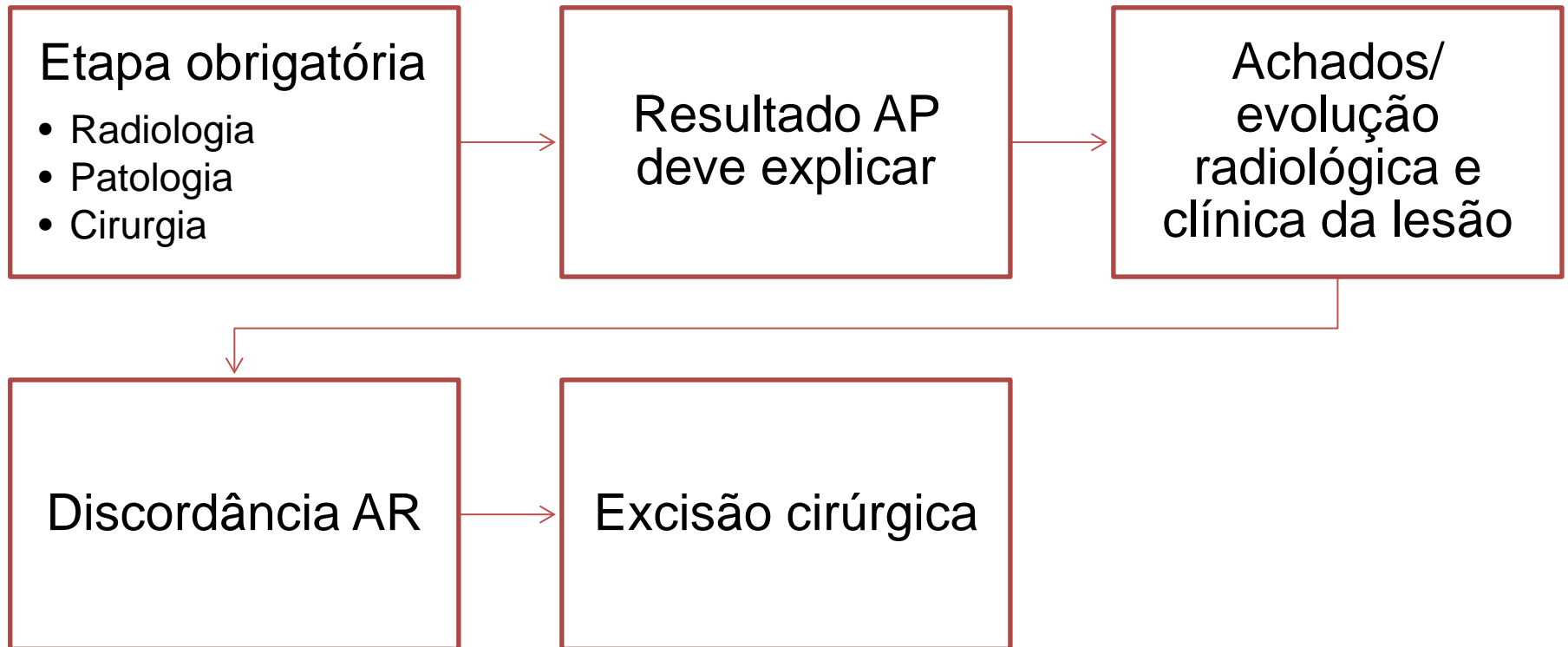
- Maior amostragem:
 - Agulhas com ↑ calibre (9 a 11G)
 - ↑ taxa de remoção completa da lesão
- Obtenção contínua das amostras
- Reduz efeito da fragmentação da lesão

BIÓPSIA A VÁCUO

107 papilomas benignos

TIPO DE <i>UPGRADE</i>	<i>Automated Gun Core Biopsy (BPA)</i>	BAV
CÂNCER	8,5%	1,6%
HDA – HLA - CLIS	10,6%	3,3%

CORRELAÇÃO AR **ATIVA**



EXCISÃO OU VIGILÂNCIA?

- Atualmente é impossível estabelecer um *guideline* baseado em evidência científica amplamente aceito
- Mas é possível definir opções de conduta e auxiliar o processo de decisão de cada caso

VIGILÂNCIA

PRÉ-REQUISITOS GERAIS

- Remoção de toda/quase toda lesão
 - Uso da BAV com agulhas maiores
 - Lesão "pequena"
- Concordância AR

VIGILÂNCIA

PRÉ-REQUISITOS GERAIS

Se não for possível cumprir esses dois pré-requisitos, as opções de vigilância clínico - radiológica ficam muito restritas

TÓPICOS

- *Background*
- *Upgrade* para câncer e conduta
- *Upgrade* para lesões de alto risco
- Papel da ressonância magnética
- Mensagens

TÓPICOS



- Hiperplasia ductal atípica
- Neoplasia lobular
- Atipia epitelial plana
- Cicatriz radial
- Papiloma
- Lesão tipo Mucoccele

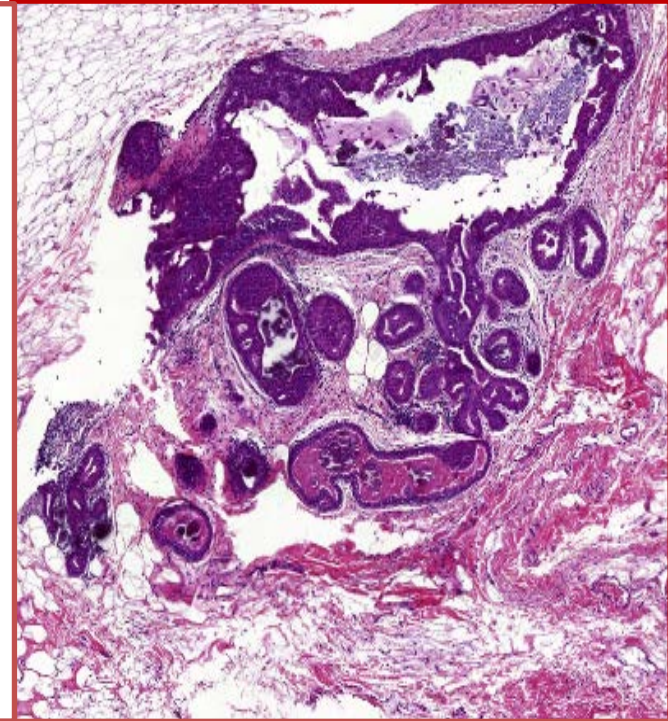
HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

CRITÉRIOS HISTOLÓGICOS

Proliferação epitelial intraductal com atipia citológica e arquitetural de baixo grau.

Distinção com CDIS é baseada na extensão

- CDIS: ≥ 2 ductos ou > 2 mm
- HDA: < 2 ductos ou ≤ 2 mm



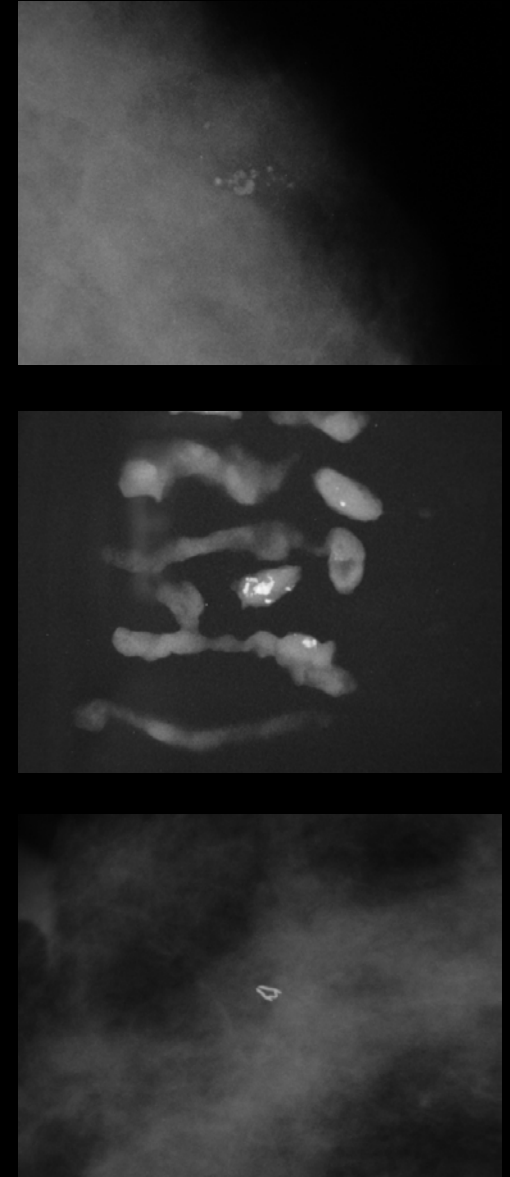
Limítrofe entre HDA e CDIS - recomenda-se classificar como HDA ou proliferativa intraductal atípica e a excisão cirúrgica

MAMOGRAFIA

CALC AGRUPADAS

BAV 11G – REMOÇÃO COMPLETA
HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

CONDUTA: EXCISÃO OU VIGILÂNCIA ?



When Does Atypical Ductal Hyperplasia Require Surgical Excision?

Jennifer M. Racz, MD, MBA, Amy C. Degnim, MD*

Tem se buscado subgrupos com baixo risco nos quais a excisão cirúrgica poderia ser substituída pela vigilância clínico - radiológica

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

ESTUDOS RECENTES

ESTUDO	TIPO DE BIÓPSIA	UPGRADE GERAL	GRUPO DE BAIXO RISCO	UPGRADE
PENA <i>et al</i> Breast Cancer Res Treat 2017;164 : 295–304	BAV 9/11G	16%	>1 foco de HDA + remoção de ≥95% das calcificações	5%
			1 foco de HDA + remoção de ≥50% das calcificações	5%
NGUYEN <i>et al</i> Ann Surg Oncol 2011; 18:752–761	BAV 9/11G	11%	Remoção de 95% das calcificações	2,4%
			HDA envolvendo ≤ 2 UDLT	6,2%
KOHR <i>et al</i> Radiology 2010; 255:723–730	BAV 9/11G	20%	Ausência de calcificações residuais e < 3 focos de HDA	12%

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

FATORES RISCO DE *UPGRADE* <5%

- Remoção de $\geq 95\%$ das calcificações
- Ausência de nódulos
- Concordância AR
- Envolvimento de ≤ 2 UDLT
- Ausência de necrose

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

CONDUTA

- Embora esses critérios sejam promissores, eles precisam ser melhor validados
- Maioria mantem a recomendação da excisão cirúrgica de todas as HDA diagnosticadas na biópsia percutânea

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

CONDUTA

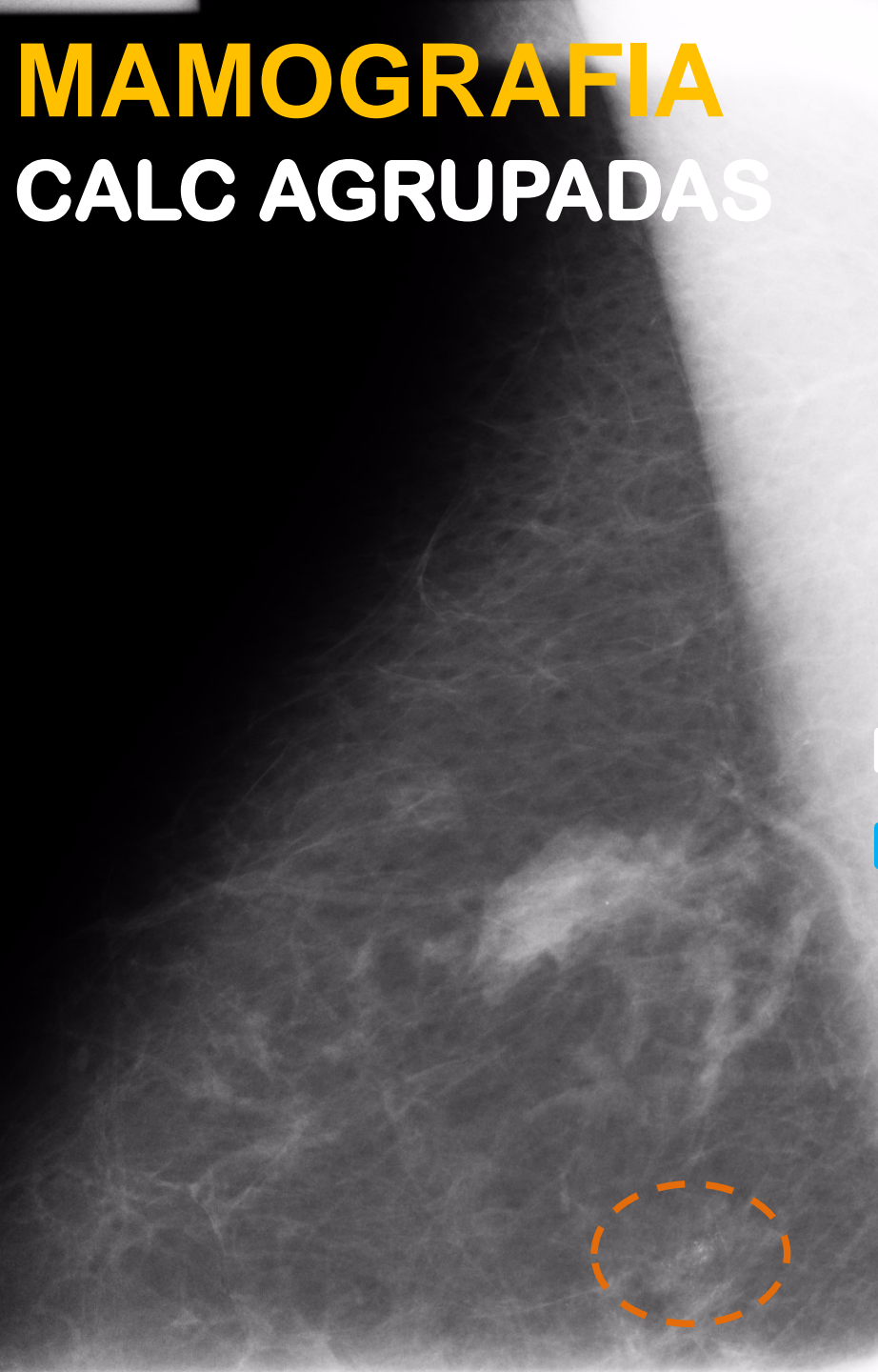
Alguns sugerem considerar o seguimento
clínico - radiológico em alguns casos

American Society of Breast Surgeons. Acesso 04/2018

Lesion	Recommendation	Exceptions / Notes
ADH	Surgical excision	Small volume ADH if completely excised on CNB may be observed based on risk factor assessment and multidisciplinary input

MAMOGRAFIA

CALC AGRUPADAS



BAV 11G

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

EXCISÃO CIRÚRGICA

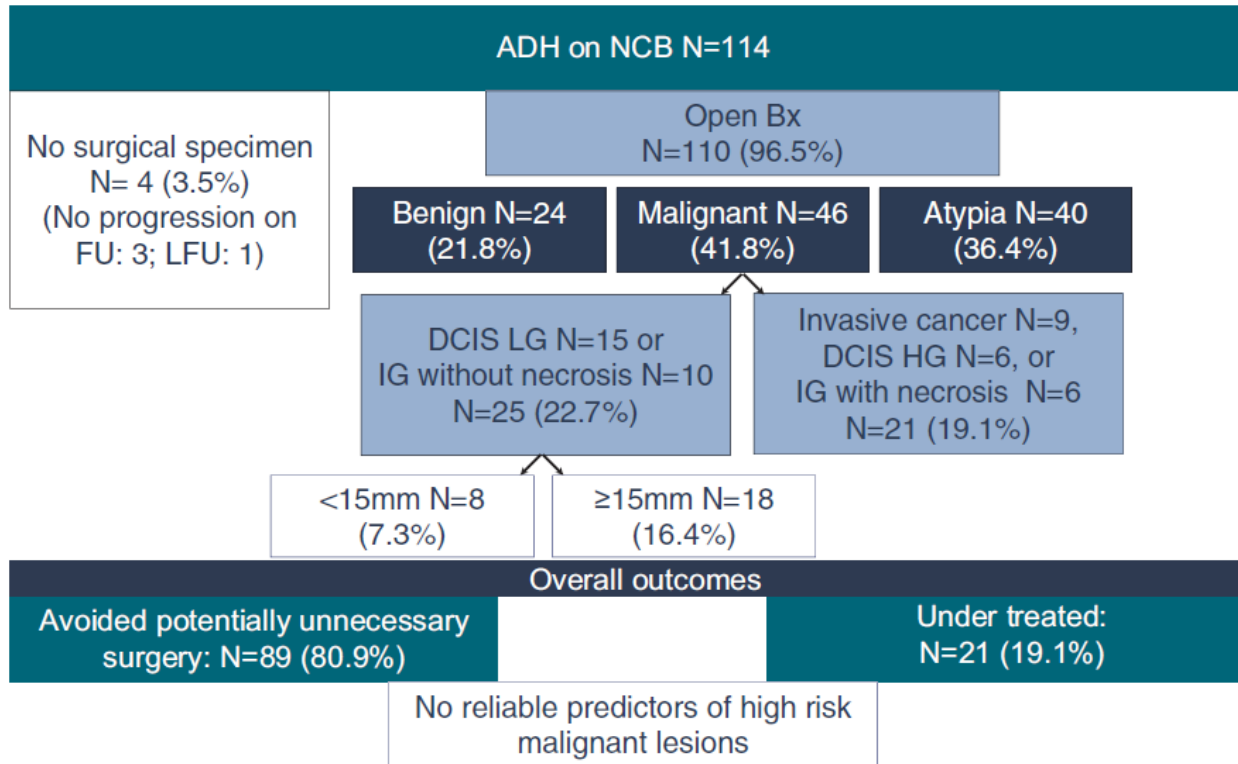
CDIS DE ALTO GRAU

Calhoun BC, Collins LC. Histopathology 2016; 68, 138-151

83,5% para CDIS
16,5% para Invasivo

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

CONDUTA



LG= *low grade*

IG = *intermediate grade*

HG = *high grade*

CDIS baixo risco (LG ou IG sem necrose) - 70% dos CDIS

Carcinomas invasivos eram: < 1 cm, linfonodos negativos e RE positivo

Concluem que não é possível predizer quais mulheres poderiam optar com segurança pelo seguimento anual

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

OPINIÃO

- Recomendo que na prática clínica, toda a HDA diagnosticada na biópsia percutânea deve ser submetida a excisão cirúrgica
- Essa conduta deverá ser modificada nos próximos anos com estudos que indique de maneira segura quais pacientes podem ser submetida à vigilância

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

FATORES ↑ RISCO DE *UPGRADE*

- Idade ≥ 50 anos
- Sintomas clínicos
- Uso da *BPA* e agulha $\geq 14G$
- Remoção incompleta da lesão
- Discordância AR
- Presença de nódulos, assimetrias ou distorções
- Lesão BIRADS 5
- ≥ 3 focos de HDA

HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA

UPGRADE NÓDULO

- *Upgrade* na HDA diagnosticada na biópsia percutânea guiada pela US (nódulos) é maior (até 65%) e mais frequentemente para carcinoma invasivo (31% a 54%)

TÓPICOS

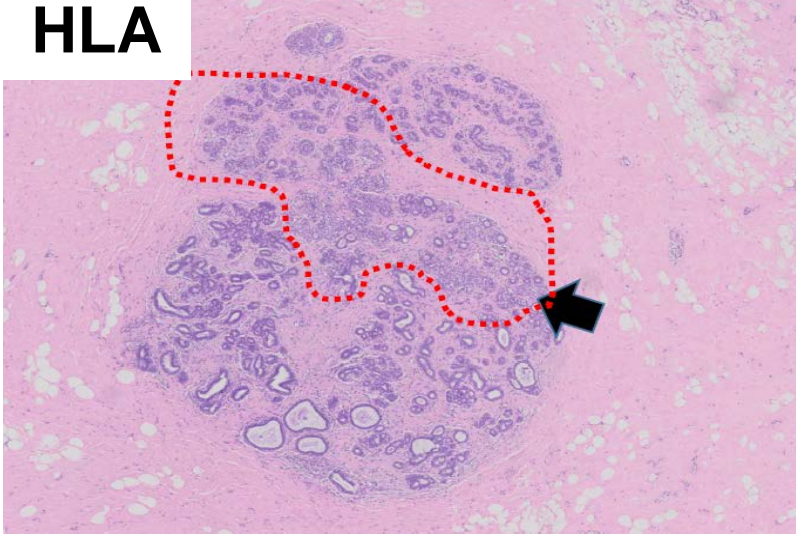
- Hiperplasia ductal atípica
- **Neoplasia lobular**
- Atipia epitelial plana
- Cicatriz radial
- Papiloma
- Lesão tipo Mucoccele

NEOPLASIA LOBULAR

CRITÉRIOS HISTOLÓGICOS

Engloba HLA e o CLIS clássico. Proliferação epitelial com células poucos coesas e distensão acinar

HLA



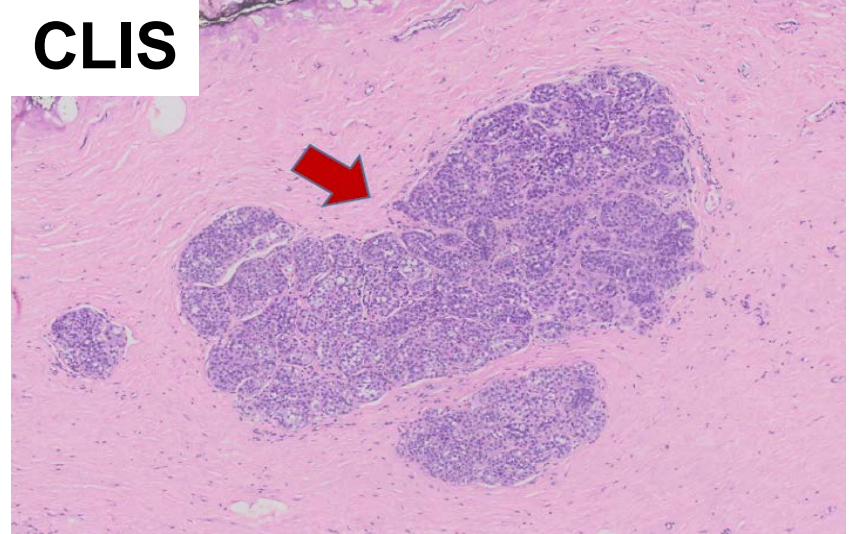
MENOS EXTENSA

ENVOLVE < 50% das UDLT

MÍNIMA DISTENSÃO ACINAR

LÚMEN VISÍVEL

CLIS



MAIS EXTENSA

ENVOLVE ≥ 50% das UDLT

DISTENSÃO ACINAR

LÚMEN NÃO VISÍVEL

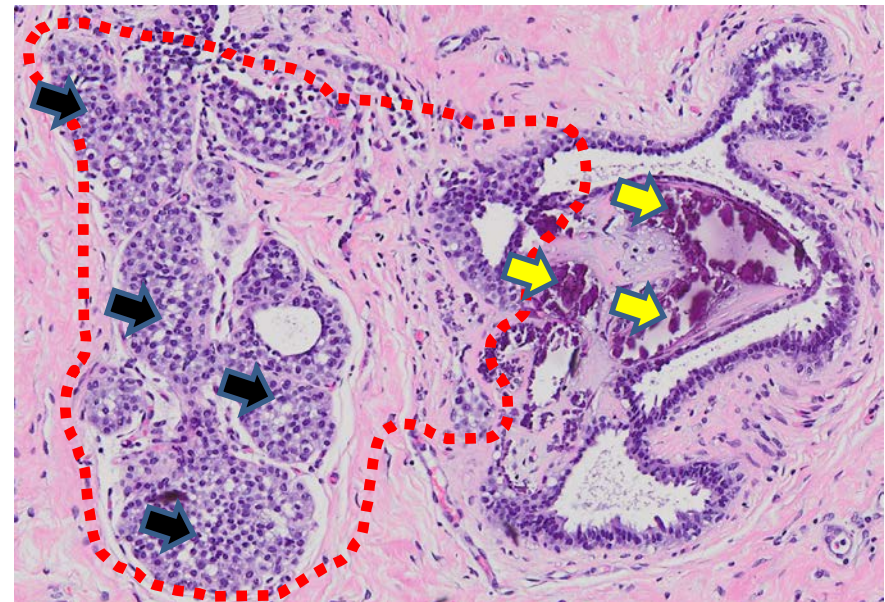
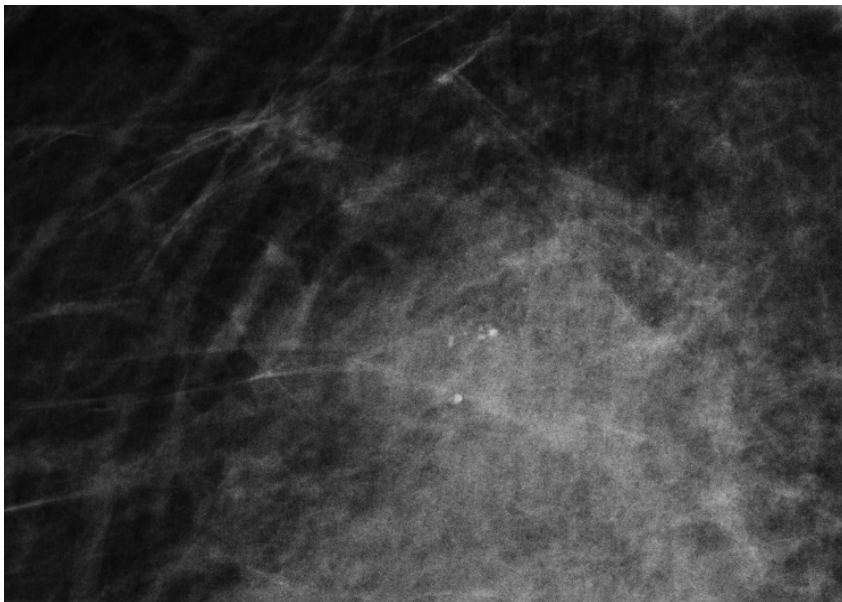
NEOPLASIA LOBULAR

ACHADOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS

Assintomática

Maioria - achado incidental associada à lesão - alvo

Ocasionalmente manifesta-se como calcificações redondas/ amorfas



NEOPLASIA LOBULAR

CONDUTA

- Estudos iniciais mostraram *upgrades* de até 43% na HLA e até 60% no CLIS clássico e embasaram a excisão cirúrgica de rotina
- Estudos recentes com cuidadosa correlação AR tem demonstrado *upgrade* de cerca de 3% para HLA e CLIS incidentais

NEOPLASIA LOBULAR

ESTUDOS RECENTES

ESTUDO	<i>Upgrade</i>
Atkins <i>et al</i> 2013	0%
Shah-Khan <i>et al</i> 2012	1%
Muller <i>et al</i> 2018	1,6% (apenas HLA)
Sen <i>et al</i> 2016	3,5% (apenas HLA)

Atkins KA et al. Radiology 2013; 269:340-347
Shah-Khan MG et al. Ann Surg Oncol 2012; 19:3131-3138
Muller KE et al. Arch Pathol Lab Med. 2018;142:391-395
Sen LQC et al. AJR 2016; 207:W1-W14

NEOPLASIA LOBULAR

CONDUTA

Muitas instituições recomendam a vigilância clínico - radiológica da HLA e CLIS clássico incidentais identificados na biópsia percutânea com concordância AR, sem outras indicações para excisão

NEOPLASIA LOBULAR

CONDUTA

Excisão é recomendada:

- Amostragem limitada
- Neoplasia lobular multifocal ou extenso (> 4 UDLT)
- Discordância AR
- Presença de nódulo, exceto se corresponder por ex. a um fibroadenoma e a HLA for incidental
- Câncer concomitante

CLIS CLÁSSICO

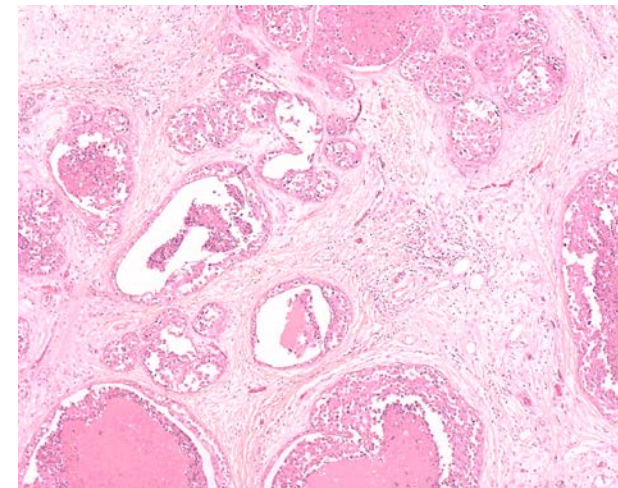
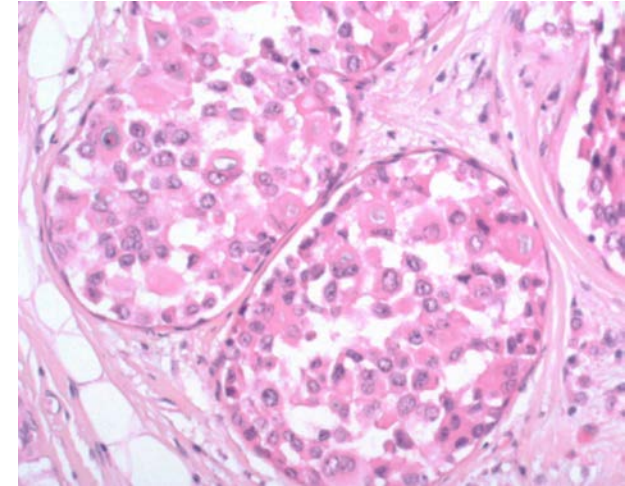
CONDUTA

- Muitos, ainda, recomendam a excisão cirúrgica para todos os CLIS identificados na biópsia percutânea
- Sen *et al* mostrou *upgrade* de 8,4% para CLIS clássico, mesmo com concordância AR

CARCINOMA LOBULAR *IN SITU*

VARIANTE PLEOMÓRFICA

- Variante mais relevante
- Células pleomórficas e maiores
- Distensão acinar
- Comedonecrose e calcificações
- Elevada taxa de *upgrade* (30-60%)
- Consenso - excisão cirúrgica



MAMOGRAFIA

CALC AGRUPADAS

BAV 9G

CLIS PLEOMÓRFICO



Manifesta-se mais frequentemente como calcificações, muitas vezes pleomórficas

Giorgian-Smith D, Lawton TJ. AJR 2012; 198:256-263

TÓPICOS



- Hiperplasia ductal atípica
- Neoplasia lobular
- **Atipia epitelial plana**
- Cicatriz radial
- Papiloma
- Lesão tipo Mucocele

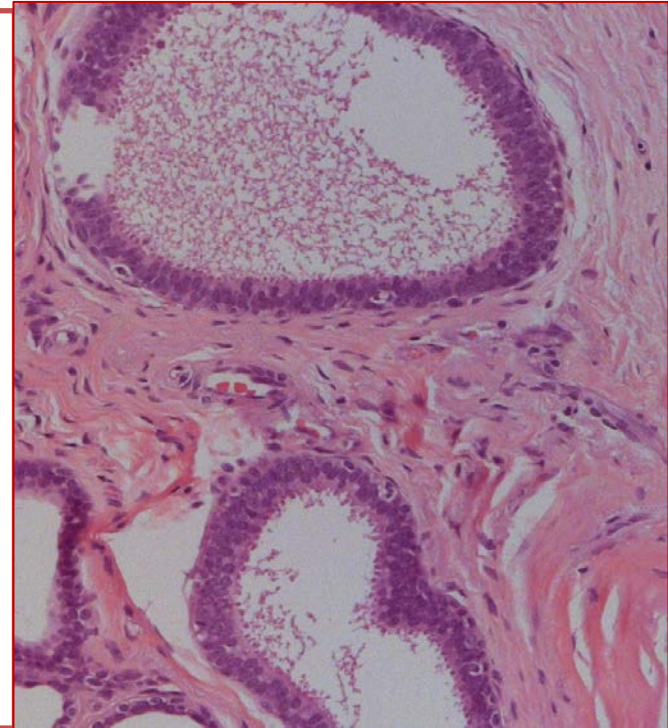
ATIPIA EPITELIAL PLANA

CRITÉRIOS HISTOLÓGICOS

ACHADOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS

Graus variados de dilatação acinar

Substituição de epitélio acinar por 1 ou + camadas de células epiteliais com atipia citológica de baixo grau, sem atipia arquitetural (``flat``)

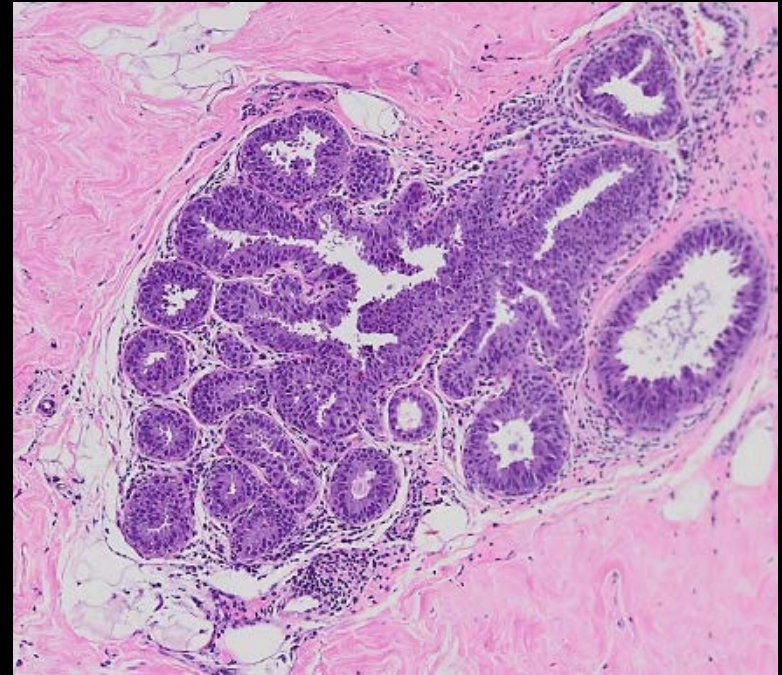


Assintomáticas - Calcificações suspeitas no rastreamento >80% dos casos -

Calcificações situam-se na AEP - Outras apresentações são raras

MAMOGRAFIA

CALC AGRUPADAS



BAV 9G

ATIPIA EPITELIAL PLANA

ATIPIA EPITELIAL PLANA

UPGRADE PARA CÂNCER DE MAMA

- Análise agrupada: 11,1% (0% a 42%)
- Maior nos estudos com casos anteriores a 2003 (definição da lesão pela OMS): 22,3% versus 7,2%
- Estudos com melhor qualidade e casos a partir de 2003: 7,5%
- Cerca de 5% para CDIS e 3% para carcinoma invasivo

ATIPIA EPITELIAL PLANA

UPGRADE PARA CÂNCER DE MAMA

- Estudos recentes sugere que AEP isolada com concordância AR pode estar associada com taxa de *upgrade* ainda menor (<3%)

ATIPIA EPITELIAL PLANA

CONDUTA

Vigilância clínico - radiológica é aceitável:

- Remoção de toda/quase toda lesão
 - Alguns sugerem remoção $\geq 75\%$
- Concordância AR
- Ausência de nódulos associados

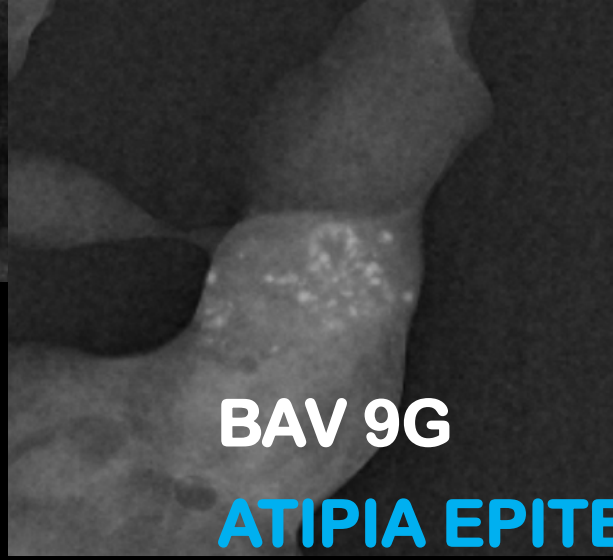
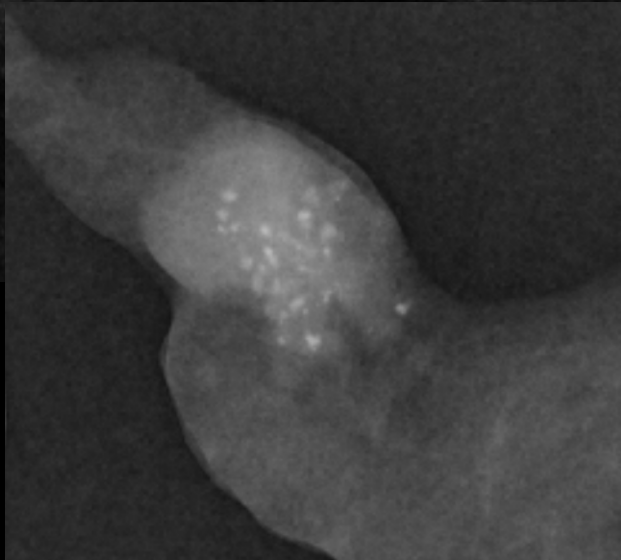
ATIPIA EPITELIAL PLANA

CONDUTA

A excisão cirúrgica deve ser realizada:

- Associação com lesão de alto risco
 - HDA, HLA, CLIS
- Discordância AR
- Nódulo associado
- Amostragem limitada

MAMOGRAFIA CALC AGRUPADAS 2,5 cm



BAV 9G

ATIPIA EPITELIAL PLANA

ESPÉCIME CIRÚRGICO



BIÓPSIA CIRÚRGICA

ATIPIA EPITELIAL PLANA DE 3,5 CM

TÓPICOS

- Hiperplasia ductal atípica
- Neoplasia lobular
- Atipia epitelial plana
- **Cicatriz radial**
- Papiloma
- Lesão tipo Mucocele

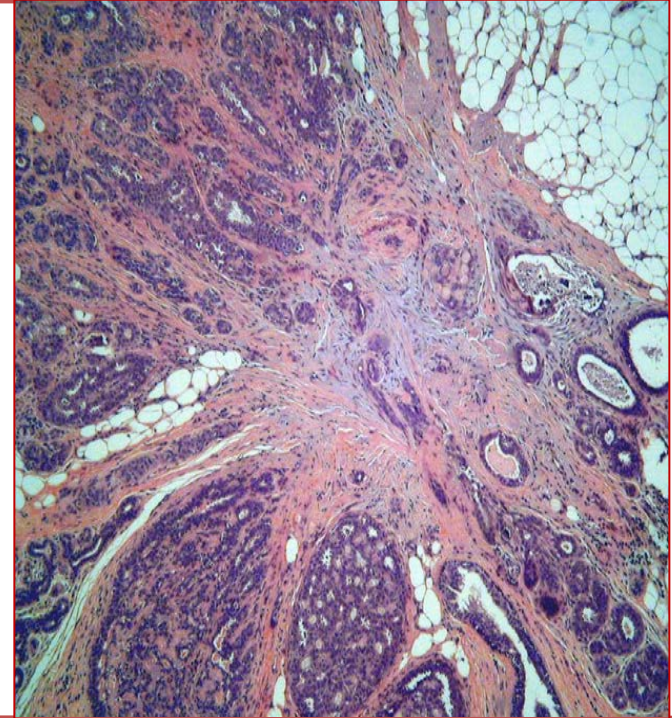


CICATRIZ RADIAL

CRITÉRIOS HISTOLÓGICOS

Centro fibroelástico do qual irradiam ductos e lóbulos que podem apresentar alterações proliferativas diversas

Maioria é microscópica e incidental



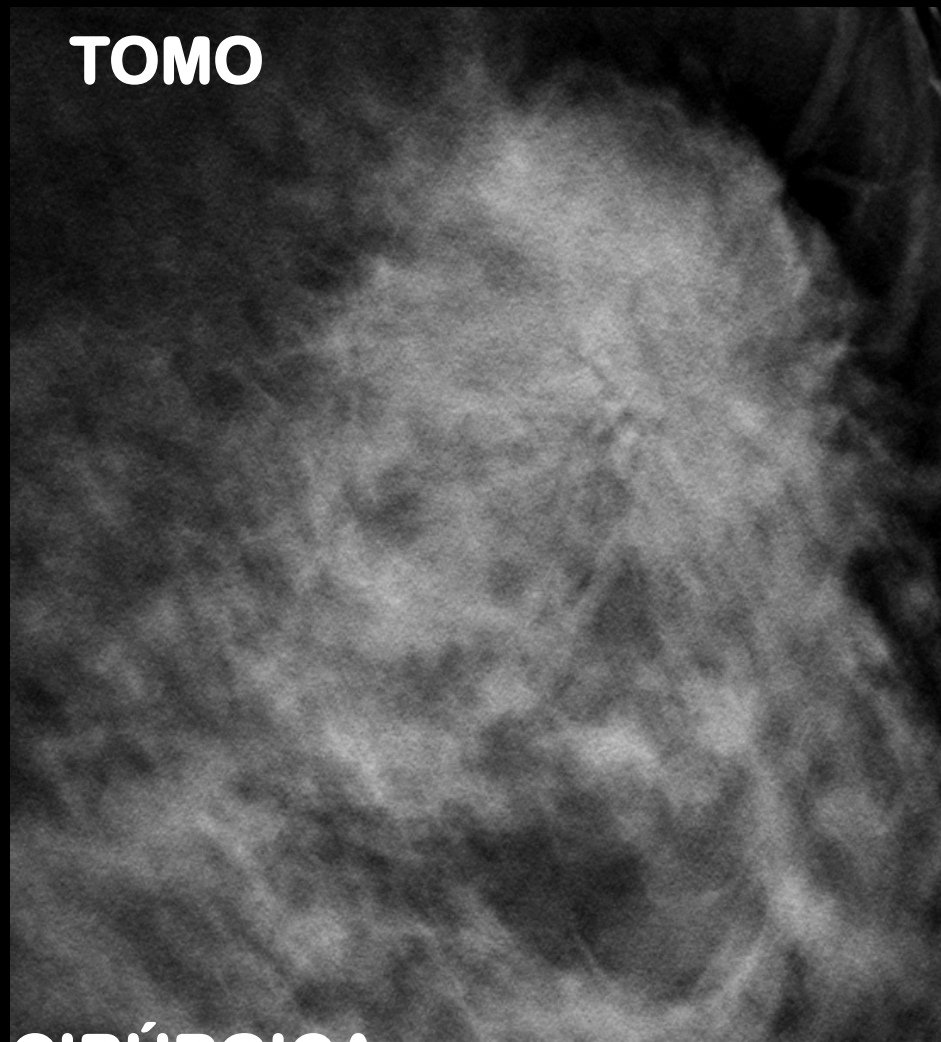
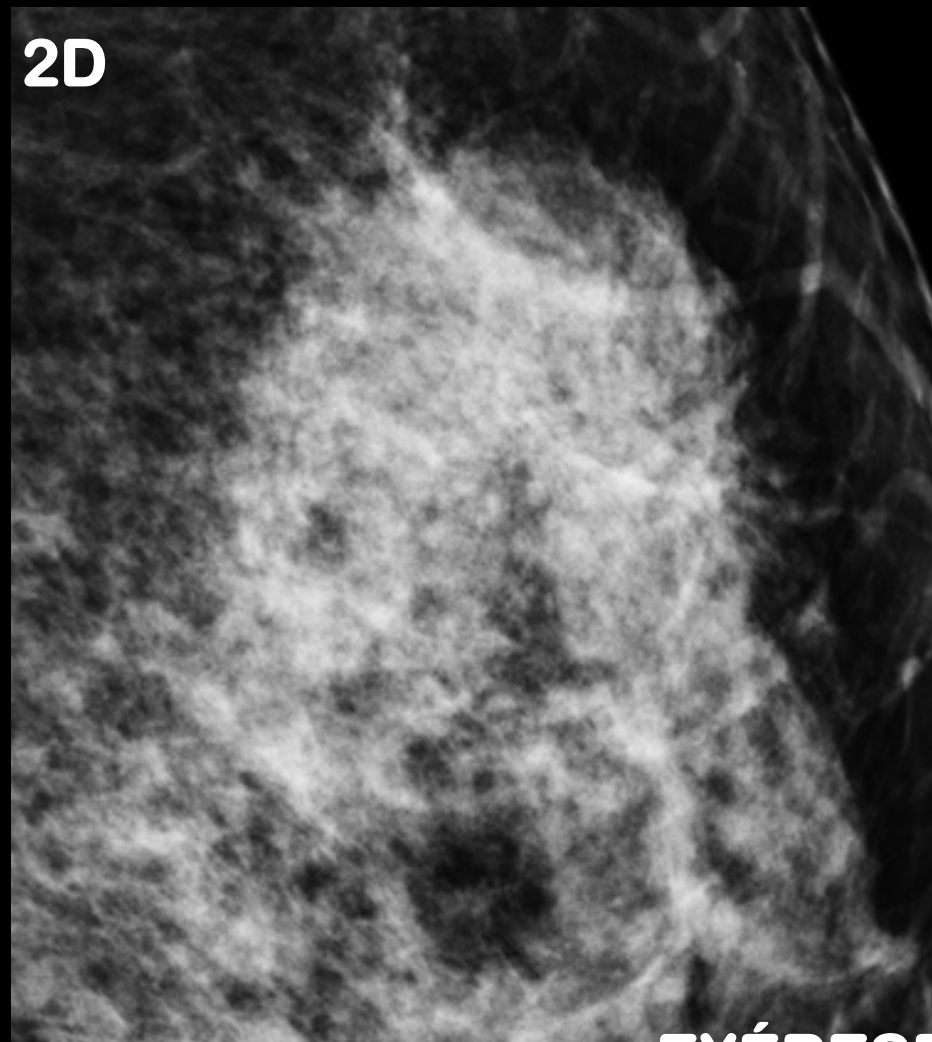
Pode atingir maior tamanho e serem visualizadas nos métodos de imagem. Se > 1 cm - Lesão esclerosante complexa

CICATRIZ RADIAL

ACHADOS CLÍNICOS-RADIOLÓGICOS

- Assintomática e detectadas no rastreamento
- Introdução da TOMO aumentou a detecção
- Aspecto radiológico reflete a CR e as alterações proliferativas associadas:
 - MG: Distorção Arquitetural e Calcificações
 - US: Nódulos Irregulares Não-Circunscritos
 - RM: Realces Nodulares e Não Nodulares

MAMOGRAFIA DISTORÇÃO ARQUITETURAL



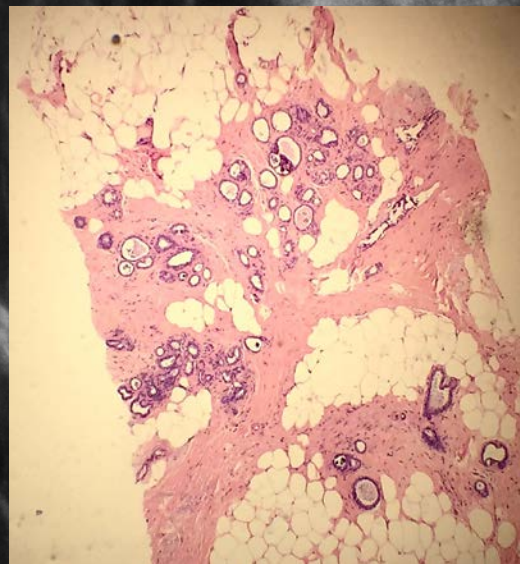
EXÉRESE CIRÚRGICA

LESÃO ESCLEROSANTE COMPLEXA

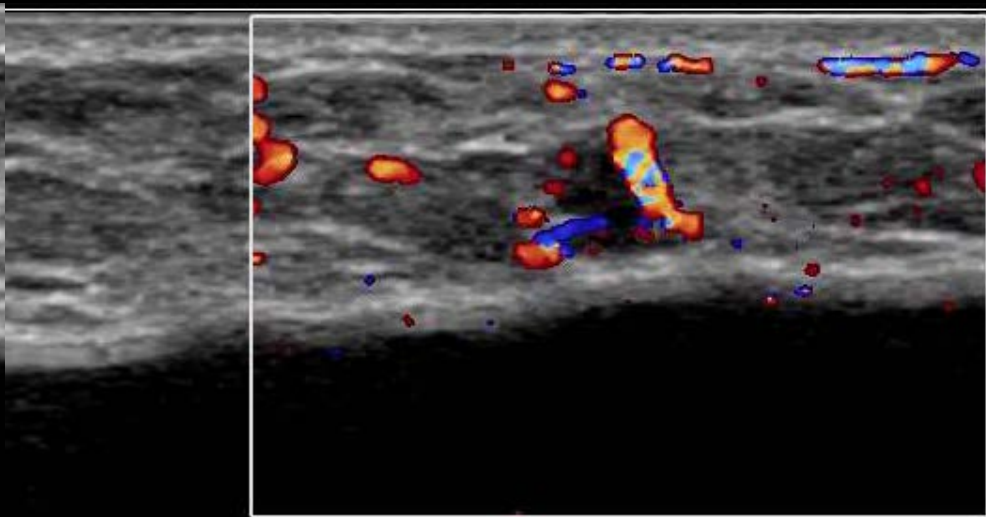
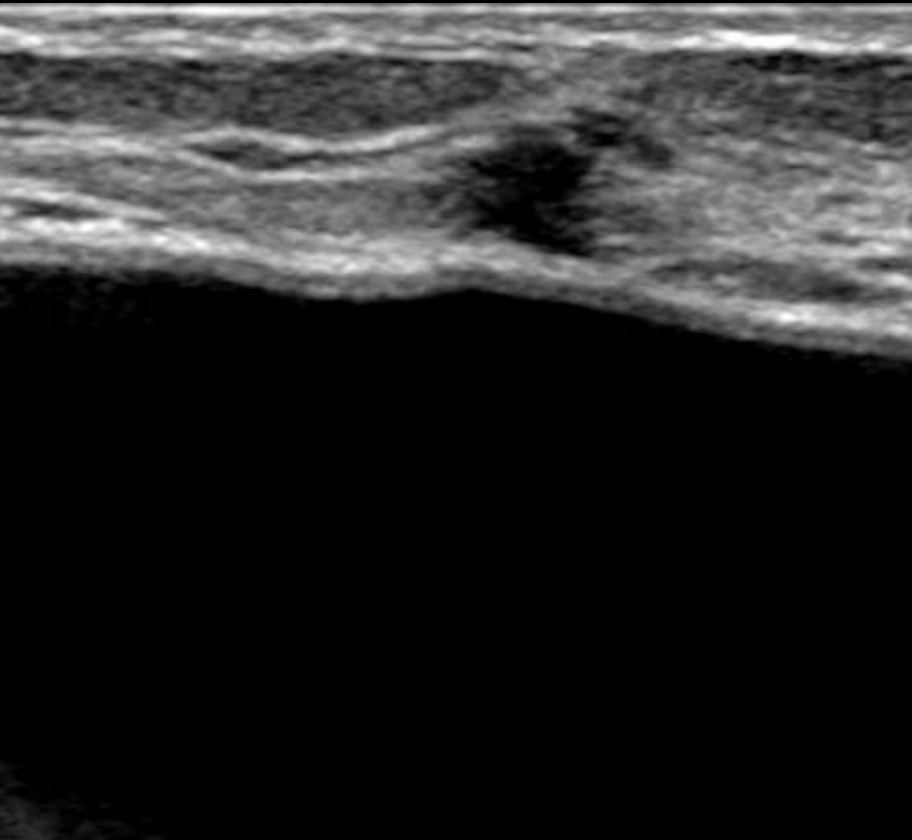
MAMOGRAFIA CALC AGRUPADAS

BAV 12G

CICATRIZ RADIAL



US NÓDULO



BAV 12G

CICATRIZ RADIAL

CICATRIZ RADIAL

UPGRADE PARA CÂNCER DE MAMA

- 0% a 43% dependendo dos critérios de inclusão e maiores nos estudos iniciais
- Estudos recentes mostram *upgrades* \leq 2% para CR sem atipia e com concordância AR

CICATRIZ RADIAL

ESTUDOS RECENTES

Estudo	Inclusão	Upgrade
Matrai <i>et al</i>	≤5 mm (incidentais ou lesão-alvo) com concordância AR	0%
Conlon <i>et al</i>	Incidentais ou lesão-alvo, com concordância AR	2% (lesão-alvo)
Muller <i>et al</i>	Incidentais ou lesão-alvo, com concordância AR	0%

Matrai C et al. Arch Pathol Lab Med. 2015 Sep;139(9):1137-42

Conlon N et al. Am J Surg Pathol 2015;39:779–785

Donaldson AR et al. Breast 2016; 30: 201-207

CICATRIZ RADIAL

CONDUTA

Amostragem é especialmente crítica na CR, pois os cânceres, em geral, estão na periferia da lesão, por isso é especialmente importante a remoção completa ou quase completa da lesão

CICATRIZ RADIAL

CONDUTA

Vigilância clínico - radiológica é aceitável se

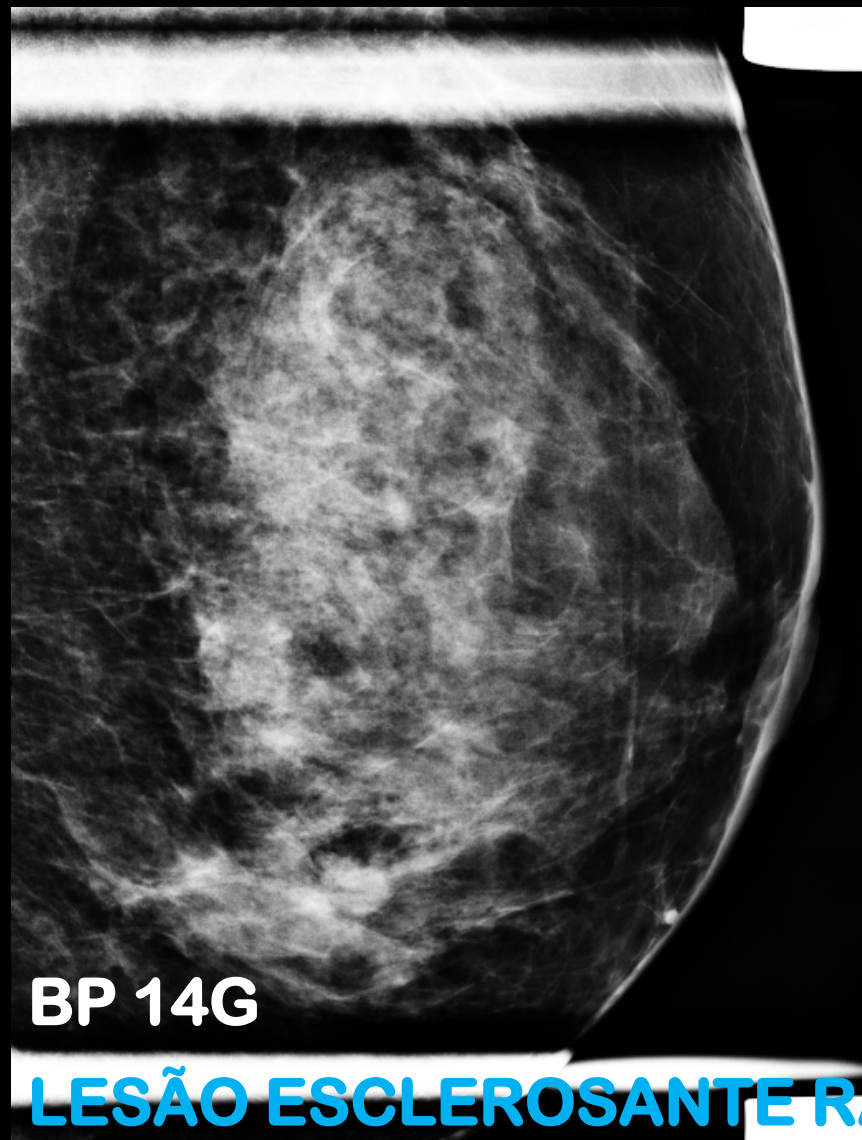
- CR incidentais em biópsias realizadas para outra lesão que foi adequadamente amostrada e tem concordância AR
- $CR \leq 1$ cm com amostragem suficiente e concordância AR

CICATRIZ RADIAL

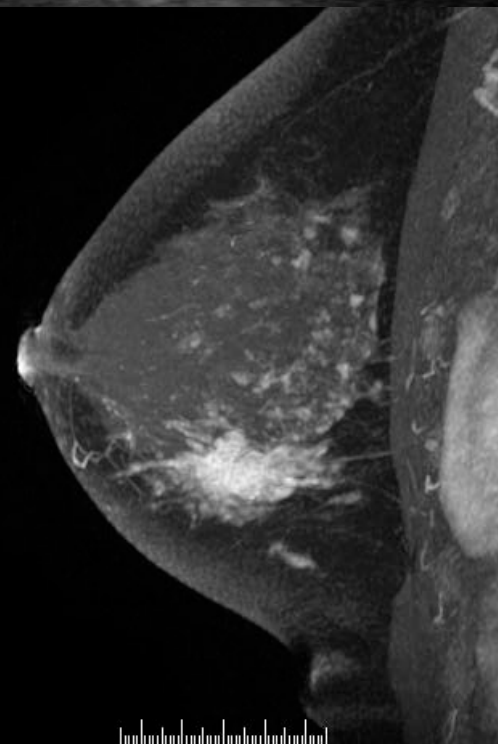
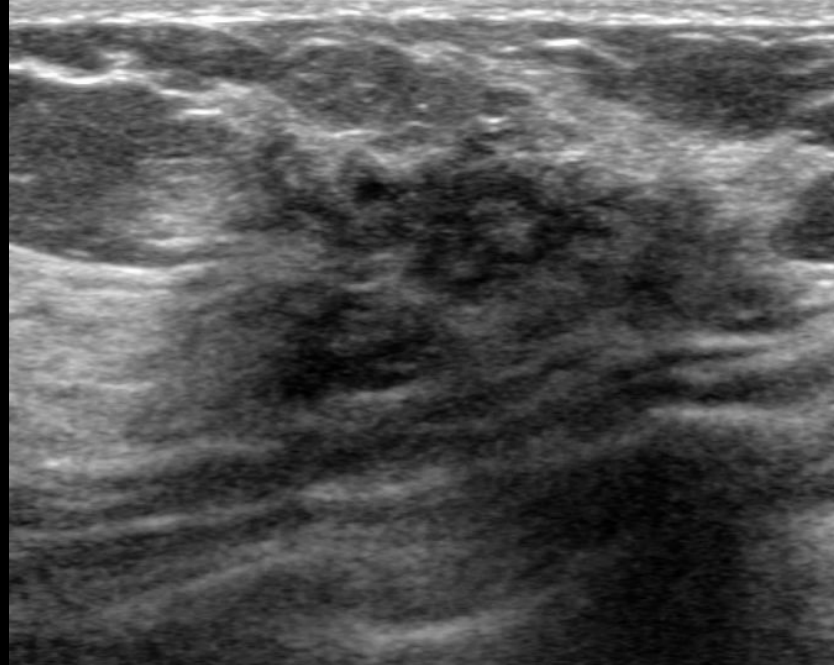
CONDUTA

A excisão cirúrgica deve ser realizada:

- Associação com lesão de alto risco
- Discordância AR
- Palpável
- CR > 1 cm
 - Exceto se remoção completa/quase completa
- Amostragem limitada



BP 14G



LESÃO ESCLEROSANTE RADIAL

EXCISÃO CIRÚRGICA

LESÃO ESCLEROSANTE RADIAL + CDIS

TÓPICOS



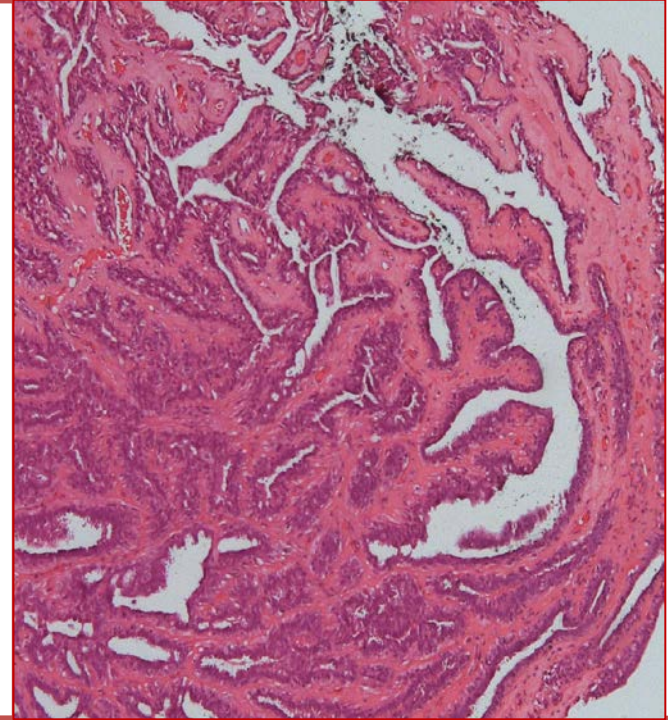
- Hiperplasia ductal atípica
- Neoplasia lobular
- Atipia epitelial plana
- Cicatriz radial
- **Papiloma**
- Lesão tipo Mucocele

PAPILOMA

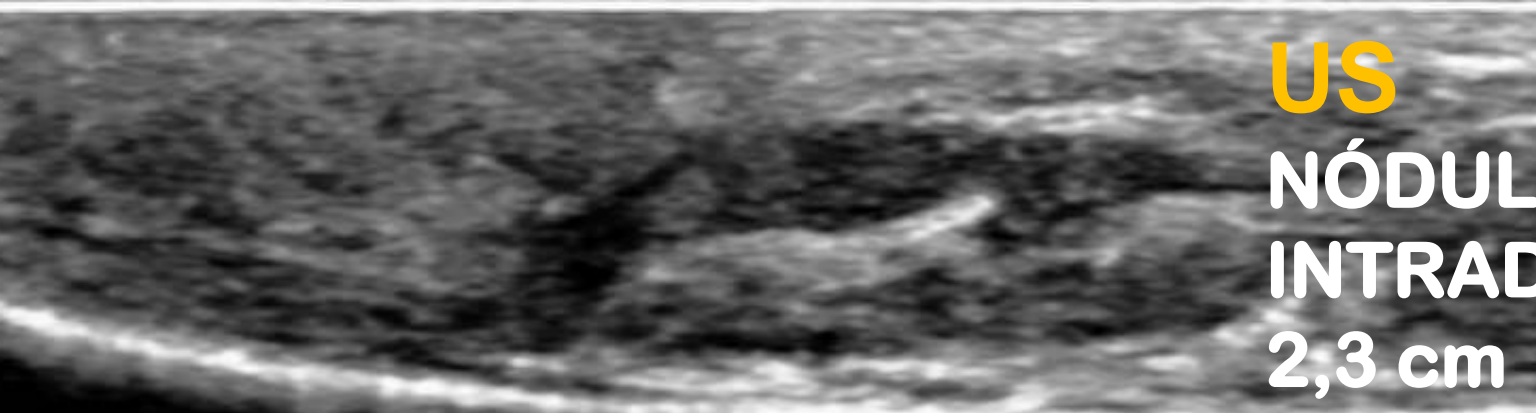
CRITÉRIOS HISTOLÓGICOS

Racz JM et al. Ann Surg Oncol. 2017 Oct;24(10):2842-2847

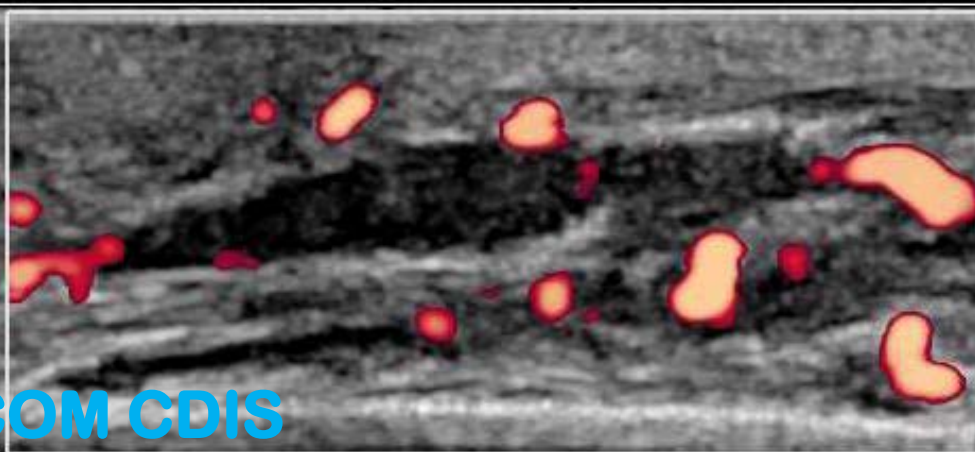
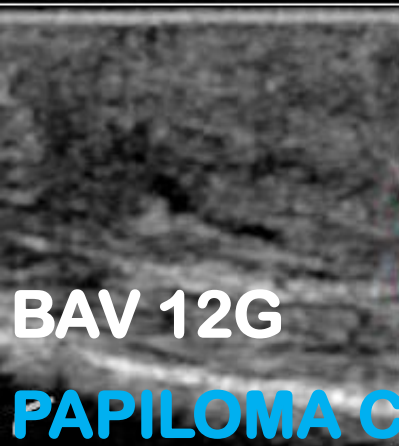
Projeções intraductais arborescentes revestidos por células epiteliais e mioepiteliais apoiados em um centro fibrovascular. Esclerose estromal com calcificações são relativamente comuns



Pode apresentar HDA, HLA, CLIS e CDIS no interior ou adjacente (mais comum). Diferença entre CDIS de baixo grau e HDA no interior é baseada na extensão. Se ≥ 3 mm é classificado como CDIS

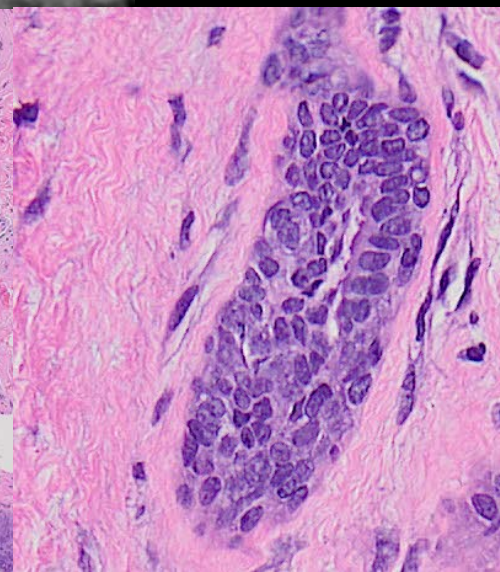
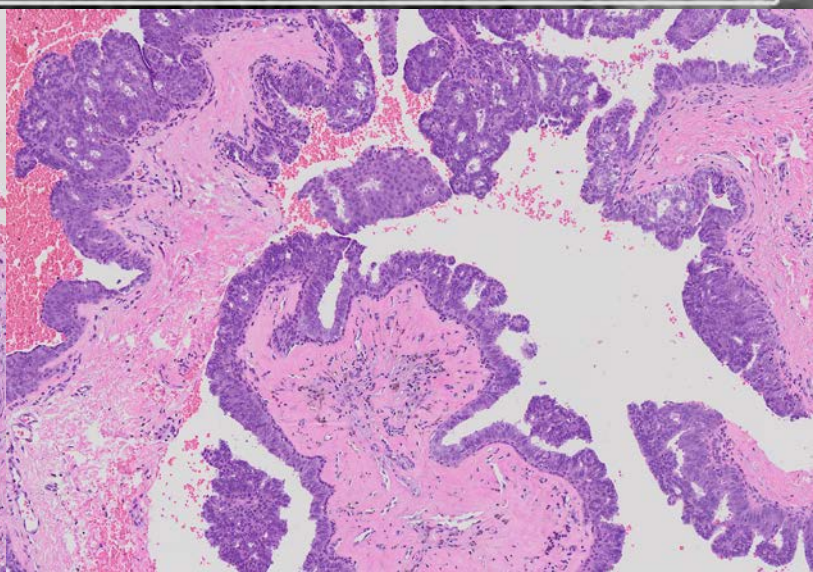
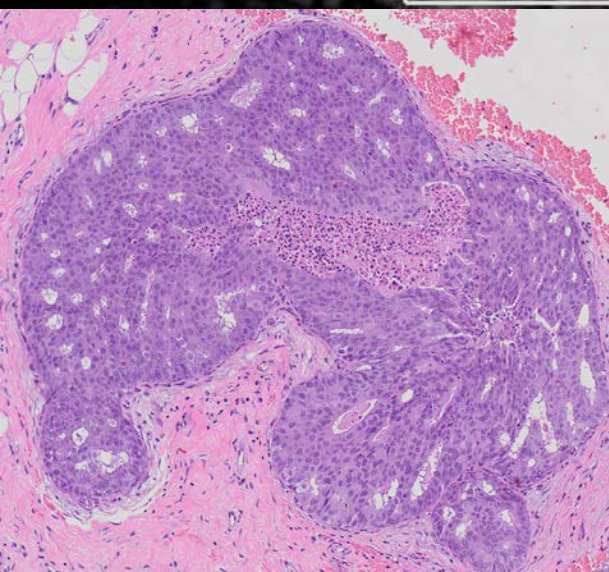


US
NÓDULO
INTRADUCTAL
2,3 cm



BAV 12G

PAPILOMA COM CDIS



PAPILOMA COM ATÍPIAS

CONDUTA

- Excisão cirúrgica é um consenso devido ao elevado risco de *upgrade* para câncer estimado em 37% em uma metanálise

PAPILOMA BENIGNO SEM ATIPIAS

UPGRADE PARA CÂNCER

- Estimado em 7% em uma metanálise
- Tendência de redução a partir de 2005
 - Introdução da BAV
 - Maior uso da imunoistoquímica

US

**NÓDULO INTRADUCTAL
7 MM**



BAV 12G

PAPILOMA SEM ATIPIAS

PAPILOMA **IMUNOISTOQUÍMICA**

The background of the slide is a histological micrograph of tissue, likely from a glandular organ such as the prostate. It shows several glandular units with irregular, cribriform architecture. The glandular epithelium is stained with hematoxylin and eosin (H&E), showing purple nuclei and pink cytoplasm/extracellular matrix. Superimposed on this is brown immunohistochemical staining (likely DAB), which highlights specific cells or structures within the glands, possibly indicating the presence of certain markers used in the immunohistochemistry process.

Ajudar diferenciar papilomas
benignos de lesões papilíferas
atípicas ou malignas

PAPILOMA BENIGNO SEM ATIPIAS

ESTUDOS RECENTES

ESTUDO	UPGRADE
Swapp RE et al. Ann. Surg. Oncol. 2013; 20; 1900-1905	0%
Glenn ME et al. Ann Surg Oncol. 2015;22:1133-9	4,7%
Pareja F et al. Cancer. 2016 ;122:2819-27	2,3%
Nakhliis F et al. Ann Surg Oncol. 2015;22:1479-82	2,2%
Tatarian T et al. Ann Surg Oncol. 2016;23:2501-7	2,7%
Ko D et al. Clin Breast Cancer 2017; 17: 367-72	2,3%
Khan S et al. Breast J. 2017; 00:1-6	4,2%
Ahn SK et al. EJSO 2018; 44: 53-58	6,8%

PAPILOMA BENIGNO SEM ATIPIAS

CONDUTA

Vigilância é aceitável:

- Papilomas incidentais (< 2 mm)
- Papilomas com concordância AR e mínima ou nenhuma lesão residual

PAPILOMA BENIGNO SEM ATIPIAS

CONDUTA

Excisão cirúrgica deve ser considerada:

- Idade > 54 anos
- Discordância AR
- Presença de sintomas (palpável ou fluxo papilar)
- Câncer ipsilateral concomitante
- Tamanho \geq 10-15 mm
- Lesão residual significativa
- Localização periférica

Swapp RE et al. Ann. Surg. Oncol. 2013; 20; 1900-1905

Pareja F et al. Cancer. 2016 Sep 15;122(18):2819-27

Ahn SK et al. EJSO 44 (2018) 53-58

Racz JM et al. Ann Surg Oncol. 2017 Oct;24(10):2842-2847

Papillomas of the breast: factors associated with underestimation

Gabriela Boufelli^a, Marcelo A. Giannotti^c, Carlos A. Ruiz^a, Nestor de Barros^b, Luciano F. Chala^b, Jonathan Y. Maesaka^a, Rodrigo Goncalves^a, Bárbara H. Bresciani^b, Paula Vianna^c, José M. Soares Jr^a, Edmund C. Baracat^a and José R. Filassi^a

The distinction between benign and malignant papilloma of the breast through percutaneous needle biopsy can be difficult because of limited samples; the underestimation rate can be up to 25%. The aim of this study is to identify clinical and histological factors associated with underestimation, invasive ductal carcinoma, or ductal in-situ carcinoma (DCIS) of the breast found in surgical specimens from papillary lesions. This may contribute toward selection of patients for a follow-up strategy without the need for surgical excision. From a database of 3563 patients, we identified 85 with intraductal papilloma between 2007 and 2013 who had undergone breast-imaging studies, percutaneous needle biopsy, and surgical resection of the lesion. Central papillomas normally present with a palpable mass, whereas peripheral papillomas generally do not have clinical manifestations (microcalcifications); both central and peripheral papillomas were related to atypical lesions, 13.5 and 15.4%, respectively. Among the 59 cases of central papillomas, there were four cases of underestimation, three DCIS and one invasive ductal carcinoma (6.8%). Among the 26 cases of peripheral papillomas, there was one case of

DCIS (3.8%), with a total underestimation rate of 5.8%; all underestimated lesions measured more than 1 cm. The median size was 11 mm at mammography and 19 mm at ultrasound. Our data suggest that lesions less than 1 cm in size, without atypia and concordant imaging and clinical findings, may not require surgical resection. *European Journal of Cancer Prevention* 00:000–000 Copyright © 2017 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

European Journal of Cancer Prevention 2017, 00:000–000

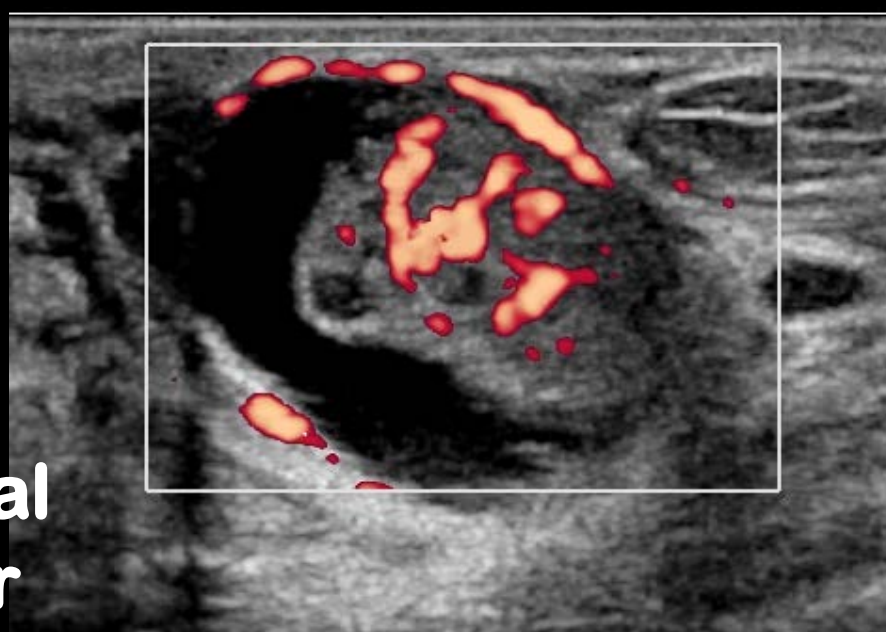
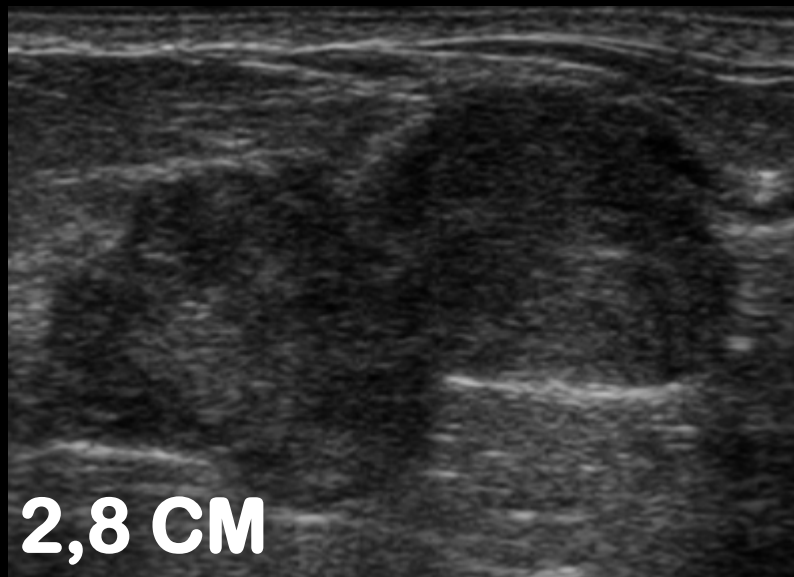
Keywords: breast cancer, clinical, intraductal papilloma, radiologic

^aDepartment of Gynecology and Obstetrics, ^bDepartment of Radiology and ^cDepartment of Pathology, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil

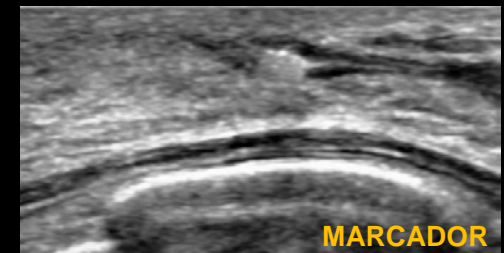
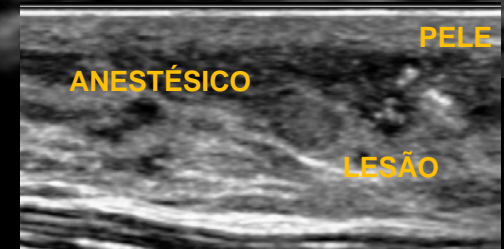
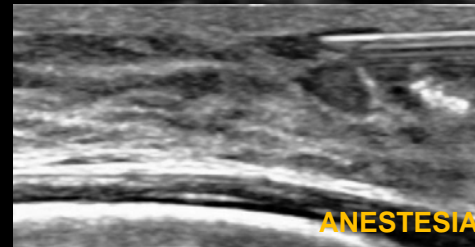
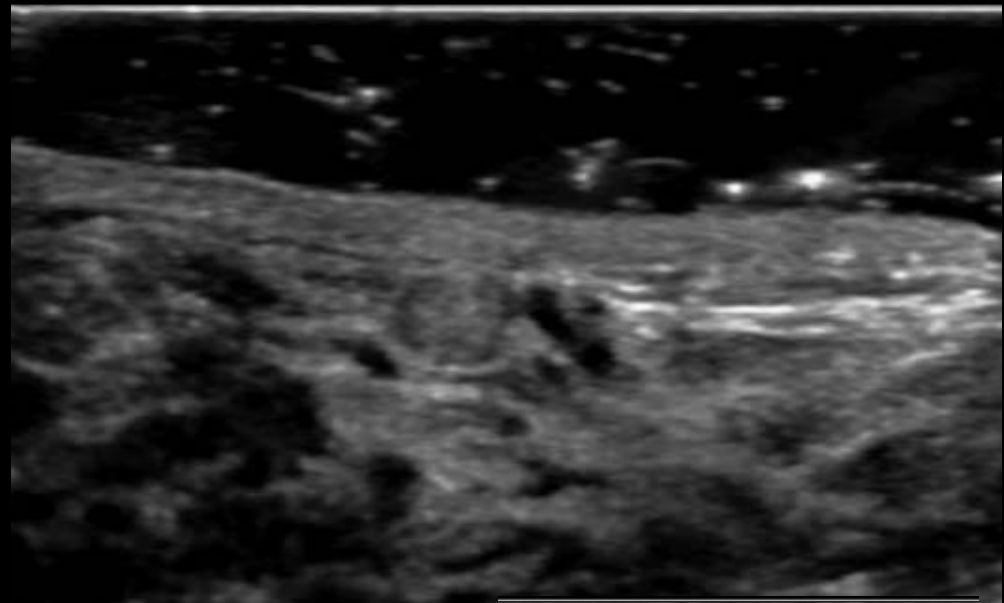
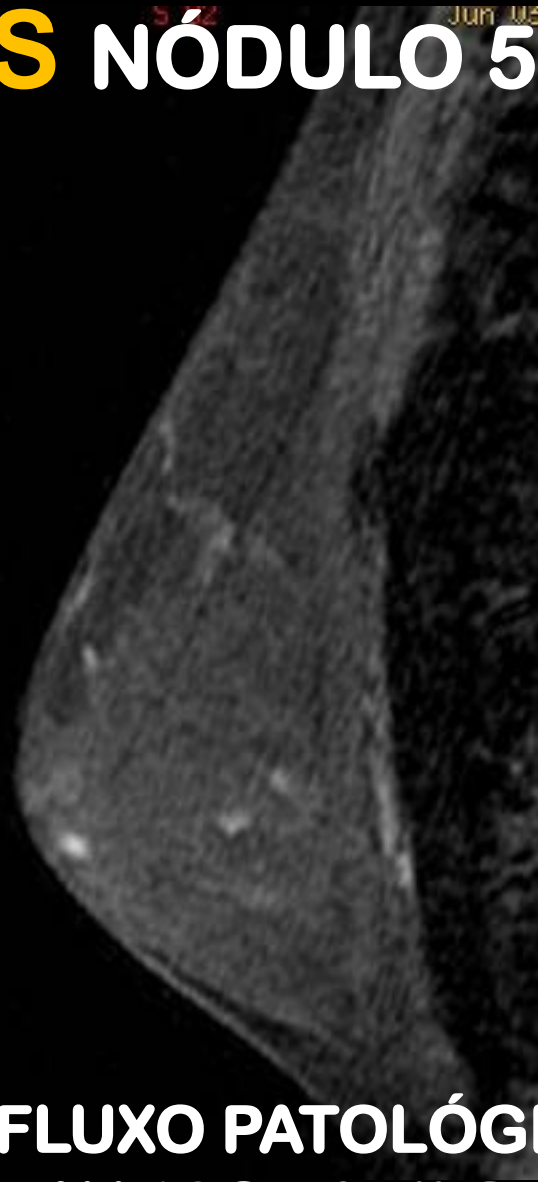
Correspondence to Gabriela Boufelli, MD, Department of Gynecology and Obstetrics, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Av. Dr Enéas Carvalho de Aguiar, 255-10th floor ICHC, 05403-000 São Paulo, Brazil
Tel: + 55 11 2661 7621; fax: + 55 11 2661 6000;
e-mail: gboufellifreitas@gmail.com

Received 16 October 2016 **Accepted** 13 February 2017

PAPILOMAS SEM ATIPIAS



US NÓDULO 5MM



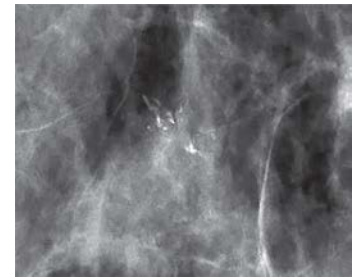
FLUXO PATOLÓGICO
BAV 12G PAPILOMA SEM ATIPIAS
RESOLUÇÃO DO FLUXO PAPILAR

TÓPICOS

- Hiperplasia ductal atípica
- Neoplasia lobular
- Atipia epitelial plana
- Cicatriz radial
- Papiloma
- Lesão tipo Mucocele



LESÃO MUCOCELE - LIKE



- Ductos dilatados preenchidos por mucina que pode extravasar para o estroma
- Muitos indicam excisão cirúrgica devido ao risco de *upgrade* para câncer, especialmente o carcinoma mucinoso

LESÃO MUCOCELE - LIKE

- *Upgrade* para câncer:
 - Lesões com atipias: 16%
 - Lesões sem atipias: 3%
- Recomenda-se a vigilância clínico-radiológica das lesões sem atipias com concordância AR

TÓPICOS

- *Background*
- *Upgrade* para câncer e conduta
- *Upgrade* para lesões de alto risco
- Papel da ressonância magnética
- Mensagens

LESÕES COM RISCO DE SUBESTIMAÇÕES	LESÃO PRECURSORA	AUMENTO RISCO FUTURO DE CÂNCER DE MAMA
HIPERPLASIA DUCTAL ATÍPICA	SIM	SIM 0,6% a 1,7% / ano
HIPERPLASIA LOBULAR ATÍPICA	SIM	SIM (4x)
CARCINOMA LOBULAR IN SITU	SIM	SIM (8-10x)
ATÍPIA EPITELIAL PLANA	SIM	NÃO
PAPILOMA BENIGNO	NÃO	NÃO
CICATRIZ RADIAL	NÃO	NÃO
LESÃO TIPO MUCOCELE	NÃO	NÃO

Cohen MA, Newell MS. AJR 2017; 209:1-10

King TA, Reis-Filho JS. Surg Oncol Clin N Am 2014; 23: 487-503

Calhoun BC. Surg Pathol Clin. 2018 Mar;11(1):1-16

Menes TS, et al. JAMA Oncol 2017; 3(1):36-41

Degnim AC et al. Cancer 2016;122(19):3087-

Hartmann LC et al. N Engl J Med 2015;372(1):78-89

Coopey SB et al. Breast Cancer Res Treat 2012;136(3):627-33

Calhoun BC, Collins LC. Histopathology 2016; 68, 138-151

Racz JM et al. Ann Surg Oncol. 2017 Oct;24(10):2842-2847

Said SM et al. Cancer. 2015 May 15;121(10):1548-5

LESÕES DE ALTO RISCO

IMPORTÂNCIA CLÍNICA

- Necessário decidir a respeito da quimioprevenção e estratégia para vigilância clínico - radiológica
- *Upgrade* para lesão de alto risco pode modificar a estratificação de risco e justificar a excisão cirúrgica em alguns casos

LESÕES DE ALTO RISCO

UPGRADE PARA HDA, HLA E CLIS

- Atipia epitelial plana: 27%

Rudin AV et al. Ann Surg Oncol. 2017 Nov;24(12):3549-3558

- Cicatriz radial: 13% a 22%

Racz JM et al. Ann Surg Oncol. 2017 Oct;24(10):2842-2847

- Papiloma: 17% a 21%

Glenn ME et al. Ann Surg Oncol. 2015 Apr;22(4):1133-9

Tatarian T et al. Ann Surg Oncol. 2016 Aug;23(8):2501-7

Pareja F et al. Cancer. 2016 Sep 15;122(18):2819-27

- Lesão tipo mucoccele: 16%

Zhang G et al. Breast J. 2017 Oct 11

CONDUTA

CR, AEP, Papiloma e Lesão Tipo Mucocele – Adequada para Vigilância

Upgrade Alto Risco

Modificar a conduta clínica

SIM – Excisão

NÃO – Vigilância

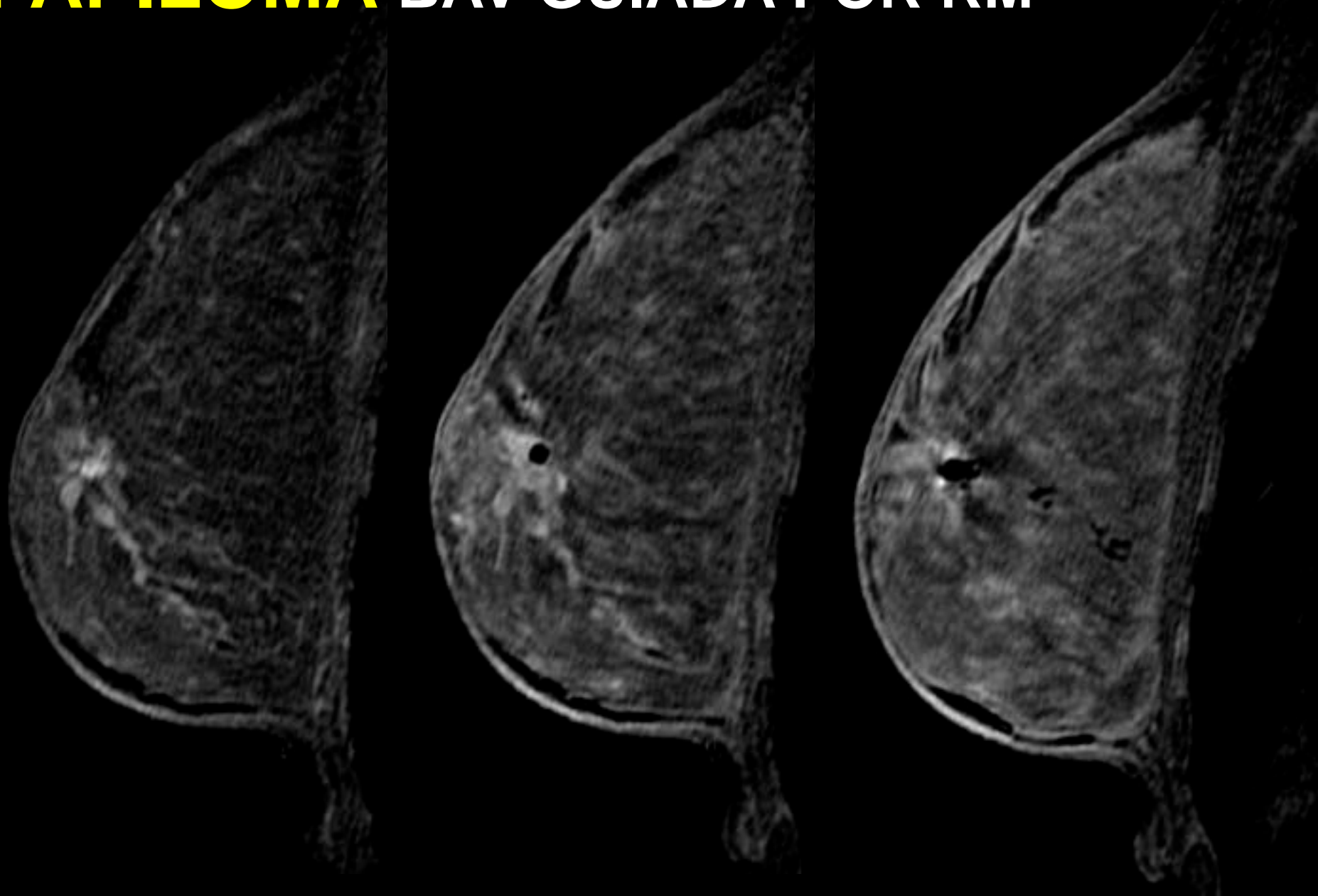
TÓPICOS

- *Background*
- *Upgrade* para câncer e conduta
- *Upgrade* para lesões de alto risco
- Papel da ressonância magnética
- Mensagens

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- *Upgrade* nas biópsias guiadas pela RM
- Uso da RM na seleção para vigilância
- *Screening* após o diagnóstico de lesões de alto risco (*fora dos objetivos de aula*)

PAPILOMA BAV GUIADA POR RM



BIÓPSIA GUIADA POR RM

UPGRADE

- Poucos estudos :
 - Hiperplasia ductal atípica: 32% a 38%
 - Neoplasia lobular: 22% a 29%
 - Papiloma sem atipias: 5% a 7%
 - Cicatriz radial: 23% a 24%
- Sugere-se conduta similar às previamente descritas, mas há singularidades
 - Dificuldade de verificar a remoção da lesão
 - Muitas pacientes tem câncer de mama ou alto risco para doença

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

SELEÇÃO PARA VIGILÂNCIA

- Método de triagem para decidir entre excisão e vigilância
- Estudos são promissores:
 - Cicatriz radial:
 - Ausência de realces na RM teve VPN de 98% e 100
 - HDA
 - Tsuchiya avaliou a RM em 17 casos
 - Sensibilidade 100%, VPP: 90% e VPN de 100%

TÓPICOS

- *Background*
- *Upgrade* para câncer e conduta
- *Upgrade* para lesões de alto risco
- Papel da ressonância magnética
- Mensagens

TAKE HOME MESSAGE 1

Estudos contemporâneos mostram que é excisão cirúrgica não é mais a conduta padrão para todos casos de HLA, CLIS, AEP, papilomas, CR e lesões tipo mucoccele diagnosticadas na biópsia percutânea

TAKE HOME MESSAGE 2

Variabilidade e a heterogeneidade dos estudos limitam consensos, muitas vezes as decisões são caso-a-caso e há divergência de opiniões

TAKE HOME MESSAGE 3

Alguns fatores são os principais responsáveis pela redução do *upgrade*:

- Introdução da BAV e agulhas maiores
- Avaliação ativa da concordância AR
- Melhor interpretação histológica

TAKE HOME MESSAGE 4

Menores *upgrades* ocorreram quando houve interação ativa entre patologistas, radiologistas e cirurgiões.

Em situações / locais em que não é possível a abordagem multidisciplinar, a vigilância pode não ser adequada

TAKE HOME MESSAGE 5

O impacto do *upgrade* para lesões que aumentam risco futuro de câncer deve ser considerado na decisão sobre a conduta