***Reconstruindo a confiança: opções de cirurgia para câncer de mama***

**Orador 1** 00:02

Bill, você está ouvindo o podcast Cancer Assist , apresentado pelo Dr. Bill Evans e oferecido pelo Programa de Assistência ao Câncer. Não importa onde você esteja, estamos aqui para oferecer ajuda e esperança enquanto você navega pela prevenção, tratamento e cuidado do câncer, ajuda quando você realmente precisa.

**Dr. Bill Evans** 00:20

Bem-vindos ao podcast Cancer Assist. Sou o apresentador, Dr. Bill Evans, professor emérito da Universidade McMaster, aqui em Hamilton, Ontário, Canadá. Mencionei nossa localização porque estamos recebendo muitos ouvintes ou espectadores no YouTube do mundo todo. Portanto, vimos um aumento no número de pessoas da Alemanha, dos Estados Unidos e de Hong Kong. E, claro, com podcasts, você pode alcançar pessoas em qualquer lugar, então, de onde quer que esteja ouvindo, bem-vindos ao programa. O foco do podcast de hoje é a reconstrução mamária e outros tipos de cirurgias de reconstrução que podem ser realizadas em pacientes com câncer. E estou acompanhado por um especialista, Dr. Christopher Coronius, professor associado da Universidade McMaster. E antes de falar um pouco mais sobre Chris, gostaria de fazer alguns comentários sobre o podcast Cancer Assist, que é oferecido a vocês pelo Programa de Assistência ao Câncer aqui em Hamilton. O CAP é uma instituição de caridade que oferece uma variedade de suporte gratuito a pacientes com câncer que estão recebendo tratamento no Jurbinsky Cancer Center. Esses serviços incluem suporte nutricional, suprimentos para incontinência , perucas e outros acessórios para a cabeça, sutiãs para mastectomia e, principalmente, transporte gratuito de ida e volta para o centro de oncologia para tratamentos ou consultas. Uma das coisas muito especiais sobre o programa CAP, que não conheço nenhuma outra instituição de caridade, é fornecer empréstimos de equipamentos, como cadeiras de rodas, andadores, andadores, cadeiras higiênicas e outros equipamentos que podem ajudar a manter os pacientes em casa e em segurança. Isso é realmente especial, e tudo isso é possível graças a generosas doações do público e de eventos especiais. Se você se sentir caridoso depois de ouvir este podcast, talvez queira considerar fazer uma doação para o Programa de Assistência ao Câncer. Quero agradecer à família Hutton. O Hutton Family Trust tem apoiado o podcast de assistência ao câncer desde o início, então somos muito gratos por isso. Agora, deixe-me apresentar nosso convidado de hoje, Christopher Coronius. Como eu disse, é Professor Associado na McMaster, trabalhando no Jurvinsky Cancer Center e realizando uma variedade de procedimentos de reconstrução de câncer no hospital. Você também realiza cirurgia de trauma no Hamilton General Hospital.

**Orador 2** 02:41

Correto, sim, parte de nossas funções como cirurgiões plásticos reconstrutivos, além da minha, você sabe, minha função principal no centro de câncer é cobrir grandes cirurgias reconstrutivas nos hospitais de trauma, bem como a cobertura pediátrica em

**Dr. Bill Evans** 02:56

McMaster também. Então, você fez seu treinamento, sua residência aqui na McMaster, e depois fez sua especialização em microcirurgia naquele incrível centro oncológico em Houston, Texas, o MD Anderson Cancer Center. E também, eu acho, você é meio que única como cirurgiã, tendo um mestrado em metodologia de pesquisa em saúde na McMaster, então você obviamente está muito envolvida em fazer pesquisa, bem como na cirurgia em si. Então, seja bem-vinda. Bem-vinda ao programa. Obrigada. Obrigada por me receber. Isso é ótimo. Então, queremos falar sobre reconstrução mamária em primeiro lugar, e me impressiona que você ouve falar muito mais sobre isso, e presumo que o volume, em termos de número de mulheres que buscam reconstrução mamária, esteja aumentando. As razões para isso, eu imagino, são óbvias: as mulheres querem parecer o mais femininas possível e, depois de receberem um diagnóstico de câncer de mama, não querem acabar com uma mama amputada e desequilibrada, por assim dizer. Então , o que você está vendo agora, qual a motivação das mulheres que vêm aqui e como elas foram encaminhadas para você? Sim,

**Orador 2** 04:15

Ótima pergunta. Muitos dos meus encaminhamentos vêm de cirurgiões oncologistas, cirurgiões de mama e cirurgiões gerais que realizam mastectomias. Muitas pacientes que atendemos estão em fase de diagnóstico de câncer, então não receberam nenhum tratamento inicial e estão decidindo o momento da reconstrução. Então, essa é uma população. A segunda população de mulheres que atendemos são aquelas que teriam a reconstrução adiada, ou seja, que fizeram uma lumpectomia ou cirurgia conservadora da mama e/ou uma mastectomia e passaram por terapias adjuvantes. Elas fazem... Talvez fossem ou não candidatas à reconstrução inicial devido à gravidade da doença, ou não a buscaram na época, e agora são chamadas de reconstrução adiada, então isso será separado do momento do câncer. Então , nós, obviamente, em um hospital de câncer , vemos muitas reconstruções imediatas, mas também realizamos reconstruções adiadas para pacientes, tanto do nosso próprio centro quanto de outros centros.

**Dr. Bill Evans** 05:27

Então, a tendência na cirurgia para câncer de mama, parece-me, tem sido para cirurgias menores, tanto por causa da compreensão da biologia e do uso de terapias adjuvantes que são eficazes, mas também porque temos um programa de triagem eficaz e encontramos coisas em um estágio inicial, então esses indivíduos provavelmente não precisam de reconstrução, ou raramente precisam de reconstrução, então você está

**Orador 2** 05:51

Você está absolutamente correta sobre o aumento da proporção de câncer de mama que pode ser controlado com a conservação da mama, então uma lumpectomia, radiação, neoadjuvante, quimioterapia, imunoterapia e tumores menores, essa população, no entanto, tende a ser uma ótima candidata para o que chamamos de cirurgia oncoplástica. Portanto, se o tumor e a ressecção forem pequenos e a mama for grande, para prevenir algumas das deformidades de contorno que ocorreriam com uma lumpectomia e radiação, ou para proporcionar melhor equilíbrio e maior satisfação da paciente com a estética, contorno e aparência, podemos realizar procedimentos muito semelhantes a uma redução de mama ou um lifting de mama ao mesmo tempo em que a lumpectomia ocorre no mesmo procedimento, e a lumpectomia é incorporada a um padrão de tecido que, de outra forma, também seria removido durante uma redução de mama. A mama pode ser reduzida. Ambos os lados podem ser reduzidos. Esta é uma oportunidade nova e única, antes que a radiação ocorra, para alterar a pegada, o envelope de pele e o volume da mama.

**Dr. Bill Evans** 07:17

Isso parece muito complicado, pois me parece que a tomada de decisão envolve vários participantes, especialmente quando você mencionou a quimioterapia neoadjuvante, e para os ouvintes, isso significa administrar a quimioterapia antes de qualquer cirurgia ou radiação. Então, isso é logo no início, para reduzir o tamanho do câncer com os medicamentos. Então , você tem o papel dos radio-oncologistas, normalmente após a cirurgia, mas você precisa levar em consideração o momento da cirurgia para obter um equilíbrio e contornos o mais normais possível.

**Orador 2** 07:57

direito a ambos os seios. Você está absolutamente certa . E há pesquisas sobre este tópico que dizem que o fardo da tomada de decisão inicial para pacientes que são diagnosticadas com câncer de mama pode ser significativo. Os pacientes são forçados a tomar uma série de decisões concomitantemente, como ao mesmo tempo, estou fazendo uma lumpectomia ou uma mastectomia. Estou fazendo quimioterapia? Estou fazendo radiação? Estou fazendo cirurgia em uma mama ou nas duas mamas? Tenho predisposição genética para esse problema? Preciso de teste genético? Quanto tempo isso leva? Tenho filhos? Quero ter filhos? Sou jovem o suficiente para que minha fertilidade seja preservada? Estou trabalhando? Como estou pagando minhas contas? Quanto tempo posso me dar ao luxo de ficar longe do trabalho? Quais são meus benefícios? Eu nem sei quais benefícios tenho. Não sei quanto tempo leva para eles fazerem efeito, ou como isso funciona.

**Dr. Bill Evans** 08:51

Uma miríade de perguntas e desafios. E

**Orador 2** 08:54

Cada um, cada um , você sabe, o Centro de Câncer é um lugar incrível por causa da diversidade de especialistas que temos, mas cada um que você vê está, de certa forma, lhe entregando uma bola diferente para fazer malabarismos, proverbialmente, e agora você está tentando entender cada parte disso. Existem. Existem programas, assistentes e pessoas que ajudam, ajudam as pessoas a tomar decisões sobre isso, uma iniciativa no Jervins Gospels chamada Programa Rosa. Ele é voltado especificamente para mulheres mais jovens com câncer de mama, porque várias dessas decisões e tipos de apoio que precisam estar fora, digamos, dos oncologistas que trabalham no hospital, existem necessidades únicas que as mulheres mais jovens têm, e mais dessas, dessas...

**Dr. Bill Evans** 09:40

Bolas para conciliar, dadas as múltiplas disciplinas envolvidas no aspecto médico da tomada de decisão, isso é feito em grupo, como eu sei que temos conferências de casos multidisciplinares? É aí que grande parte dessa discussão acontecerá no setor de mama?

**Orador 2** 09:54

Grupo? Sim, você está absolutamente certo . As conferências multidisciplinares são... onde os casos serão discutidos e onde, de certa forma, uma sugestão do melhor tratamento será feita para casos limítrofes, mas para alguns casos mais rotineiros, essas discussões acontecem meio que individualmente, com o paciente ou entre os outros profissionais, para definir os cuidados que precisam ser combinados.

**Dr. Bill Evans** 10:24

Os pedidos de reconstrução são mais frequentes entre as mulheres mais jovens? E a razão pela qual pergunto isso, em parte, é porque fiquei chocada quando trabalhava em Ottawa ao ver uma mulher dizer que só queria tirar a mama, e foi tipo, "acabou com isso", tipo de coisa. E ela era uma mulher mais velha, e eu meio que entendia, mas fiquei um pouco chocada quando ouvi isso. E imaginem que as mulheres mais jovens querem parecer o mais normais possível, porque elas são... Elas são jovens, são casadas, têm relacionamentos. Sim,

**Orador 2** 10:59

É interessante, porque existem alguns dados que dizem que mulheres mais jovens gostam de qualquer coisa. Pode ser uma distribuição normal, e as mulheres no meio são, na verdade, as que buscam e fazem mais reconstrução mamária, enquanto entre as mais jovens, é uma opção mais popular atualmente do que costumava ser, ter mamas planas, fazer duas mastectomias, e esse tópico, você sabe, tendências nas mídias sociais, de ter mamas planas e ter um fechamento estético, isso quer dizer que ainda há um papel para a estética e o contorno para mulheres que escolhem essa opção, mas quando você olha para as extremidades mais jovens e mais velhas do espectro, essas mulheres são, na verdade, mais propensas a não escolher nenhuma reconstrução do que, digamos, as mulheres no meio ainda no Canadá. A maioria das mulheres que fazem mastectomia não busca nenhuma forma de reconstrução, e há uma série de razões para isso. Há problemas de acesso, preocupações com complicações, vigilância e coisas assim. Do ponto de vista do paciente, quando você olha para áreas da América do Norte, digamos, nos Estados Unidos, onde a reconstrução é provavelmente praticada tanto quanto possível, o número ainda é provavelmente cerca de 50% em muitos estudos que buscam a reconstrução, no Canadá, será menor, você sabe, nas cidades, pode se aproximar de 30%, mas de outra forma, em diferentes cenários, é provável que seja de 10 a 20% e

**Dr. Bill Evans** 12:37

Algumas das que você mencionou se devem ao acesso. Imagino que não haja muitas pessoas como você, com o treinamento necessário para fazer esse tipo de trabalho no Canadá atualmente. Isso seria correto?

**Orador 2** 12:46

É tudo relativo. Então , eu acho que são pessoas com o treinamento certo, e trabalhar em hospitais onde você pode facilmente coordenar um oncologista cirúrgico, bem como um cirurgião reconstrutivo. Então, você está certo. Existem menos ambientes que reúnem todas as peças, mas há muitos ambientes que não são Centros Regionais de Câncer que também realizam isso muito bem, como, por exemplo, Oakville, que faz um ótimo trabalho realizando um volume maior de reconstruções mamárias, apesar de não ser um centro regional de câncer que foi defendido principalmente pelo Dr. Roger Short quando começou, em termos de reconstrução de tecidos mais complexa. E agora uma das minhas colegas residentes, a Dra. Lauren Willoughby, trabalha lá. Ela também é muito ativa nas redes sociais, respondendo a muitas perguntas dos pacientes, mas eles realizam um volume muito alto de procedimentos reconstrutivos. E isso é só nesta região. Agora, você...

**Dr. Bill Evans** 13:47

Mencionei que alguns pacientes estariam preocupados com complicações. E existem certas características individuais que os colocam em maior risco de complicações, como idade ou peso?

**Orador 2** 14:01

Ou, sim, essa também é uma ótima pergunta. Este tópico é sempre abordado em nossas diretrizes e em nossas discussões. Portanto , os fatores que aumentariam o risco de alguém, digamos, ter uma complicação com qualquer tipo de cirurgia, tendem a ser os mesmos que outras comorbidades, seja por doença cardíaca ou pulmonar, seja por distúrbio hemorrágico. Para algumas das cirurgias de retalho que realizamos, fatores como fumar podem complicar ou tornar as pessoas não boas candidatas para algumas das operações. O peso que os pacientes carregam, dependendo do tipo de cirurgia que pretendemos realizar, pode aumentar o risco de certas complicações. E, obviamente, partes da terapia do câncer podem aumentar o risco de complicações em cirurgias anteriores, se você teve várias tentativas anteriores, ou se esta for uma doença recorrente, se você recebeu radiação no passado, esses são... Fatores que aumentarão o perfil de complicações para alguém...

**Dr. Bill Evans** 15:04

Estava pensando particularmente sobre quando você mencionou tratamentos anteriores, que a radioterapia, que tende a cicatrizar o tecido , deve tornar muito mais difícil a realização da cirurgia reconstrutiva adequada. Agora, não sei muito sobre os tipos de cirurgia de reconstrução. Na minha mente simples... são implantes. E então há o uso do próprio tecido da pessoa, uma espécie de movimento autólogo de tecido, sim. Então, 100%

**Orador 2** 15:33

Certo? É simples, é assim que eu digo às pessoas também, que há duas maneiras principais de reconstruir a mama. A primeira é, como você disse, basicamente um implante é usado na extremidade para reconstruir a mama, e na outra , o próprio tecido da paciente é usado para ambas. E há maneiras de usar ambos. Então , em alguns casos, o próprio tecido da paciente pode ser usado para recobrir onde a radiação foi aplicada, e então um implante é colocado por baixo para fornecer o volume da mama. Mas em uma reconstrução verdadeiramente autóloga, o próprio tecido da paciente também é usado para o volume da mama.

**Dr. Bill Evans** 16:13

E de onde vem isso? Esse volume de tecido, o

**Orador 2** 16:16

O padrão ouro disso, o mais comumente praticado na América do Norte, seria o abdômen inferior. Então, se você imaginar toda a pele entre o umbigo e onde uma cicatriz de cesárea seria a dobra acima da pélvis, ou, você sabe, aquela incisão em leque e aço, ou a dobra que todos nós temos, todo esse tecido pode ser usado para reconstruir uma mama se, se forem ambas as mamas, forem basicamente divididas. Existem maneiras de usar todo esse tecido para uma mama, se necessário. Sabe, isso começa a ficar mais complicado, mas essa é a região. Outras áreas mais comuns são a parte média da coxa, entre as pernas , que é outra área. Mas quanto mais você se afasta de tecidos com aparência e aparência semelhantes, mais as coisas mudam. Outra área é a parte inferior das costas. Obviamente, a pele do abdômen é diferente, digamos, da parte inferior das costas e dos flancos, mas, mas todas essas são opções para as pessoas

**Dr. Bill Evans** 17:21

Agora. Ele precisa estar conectado ao seu próprio suprimento sanguíneo? Como ele se mantém viável?

**Orador 2** 17:27

Sim, boa pergunta. Muitas pessoas vêm aqui e perguntam se isso é algo como o enxerto de gordura que vemos para fins estéticos, onde uma grande quantidade de lipoaspiração é feita e a gordura é simplesmente injetada, não é assim que se reconstrói uma mama inteira. Então, quando movemos um pedaço de tecido pelo corpo, não é tão simples quanto um enxerto de pele, onde um pedaço de tecido é raspado e então colocado em um novo local e meio que plantado como grama, e espera-se que se alimente dos nutrientes da ferida. Quando movemos um grande pedaço de tecido, é necessário um fluxo de entrada e saída de sangue, então você está absolutamente certo sobre isso. Então, no abdômen inferior, temos que fazer uma incisão através da fáscia, através do tecido conjuntivo, como através do espartilho que todos nós temos, que mantém nossa parede abdominal unida e o mundo externo separado do interno. Uma incisão é feita através da qual o sangue, os vasos sanguíneos, são conduzidos através dos nossos músculos abdominais. A maneira moderna de fazer isso é não retirar pedaços do músculo, o melhor que podemos com o tecido sobrejacente, e esse vaso sanguíneo é então direcionado para a pelve para obter um comprimento e calibre adequados para que possa ser movido. E uma vez que retiramos esse pedaço de tecido do abdômen ou de qualquer outro lugar de onde venha, essa artéria e veia, o fluxo de entrada e saída de sangue são então costurados a uma artéria e veia sob um microscópio e conectamos essas artérias e veias na área onde queremos colocar esse tecido sob um microscópio, e então esperamos que ele sobreviva, e isso acontece na grande maioria dos casos. Então, você sabe, as taxas de falha na América do Norte são de 1 , 1,5%.

**Dr. Bill Evans** 19:17

realmente tão baixo? Sim, acho incrível que você também consiga fazer isso comigo,

**Orador 2** 19:21

Toda vez que eu faço isso, tipo, toda vez que você pega uma artéria ou veia com cerca de dois ou três milímetros de tamanho e costura em outra, e depois tira as pinças, e funciona. É como se você... sim, você tivesse capturado um raio de novo. Tipo, é, é, é incrível, sim, eu...

**Dr. Bill Evans** 19:39

Acho que é realmente incrível. É. Então, agora, quando você faz um implante, você pega um corpo estranho e o insere em uma bolsa que você cria. E agora, às vezes, se isso for adiado, você teria que criar a bolsa, pelo que eu entendi. Você pode explicar isso? Correto?

**Orador 2** 19:58

Sim, você está absolutamente certa . Você está entendendo. Os conceitos-chave disso são: quando a cirurgia é feita de forma imediata, como após uma mastectomia na mesma operação, as bordas e o tecido da mama ainda estão presentes quando é feita de forma tardia, de modo que você passou pela mastectomia e pelo período de cicatrização, a parede torácica fica mais plana, e a área ou o bolso onde esse implante deve existir precisa ser criado. Para isso, usamos um expansor de tecido. Então , este é um dispositivo temporário. É muito parecido com um implante mamário. Ele tem uma porta, então a porta é magnética. Um expansor de tecido pode ser colocado onde uma mastectomia foi realizada através da mesma incisão. As coisas são fechadas a cada duas semanas. Você vê alguém como eu no centro de câncer e em uma clínica, e essa porta é encontrada usando um ímã. Uma agulha é inserida como qualquer outra, como qualquer porta, e este dispositivo é preenchido quando o paciente estiver satisfeito com o tamanho e o volume do dispositivo. Uma segunda cirurgia precisa ser realizada para remover o expansor e colocar um implante. Esse processo leva de seis a sete meses. Quanto tempo é esse?

**Dr. Bill Evans** 21:19

Eu tinha uma ideia de como isso funcionava, mas essa explicação é muito útil . Agora eu entendo, espero que as pessoas que estão ouvindo também entendam. Acho que esta é uma conversa muito interessante . Faremos uma breve pausa aqui e depois voltaremos para conversar mais com o Dr. Kronius. Nós...

**Orador 1** 21:35

Gostaríamos de agradecer aos nossos generosos apoiadores, o Hatton Family Fund e o estúdio criativo Banco, que tornam o podcast Cancer Assist possível. O Programa de Assistência ao Câncer está mais ativo do que nunca, oferecendo suporte essencial aos pacientes e suas famílias. Continuamos comprometidos em fornecer serviços gratuitos aos pacientes em nossa comunidade, incluindo transporte e equipamentos, empréstimos, itens de higiene pessoal e conforto, estacionamento e educação prática. Esses serviços são possíveis graças à generosidade de nossos doadores, por meio de doações únicas , doações mensais, arrecadação de fundos de terceiros, patrocínios corporativos e oportunidades de voluntariado. Visite cancerassist.ca para ver como você pode fazer a diferença na vida de pacientes com câncer e suas famílias.

**Dr. Bill Evans** 22:18

Estamos de volta com o Dr. Chris Coronius, e estamos falando sobre reconstrução mamária agora, e temos algumas perguntas adicionais que surgiram, particularmente sobre preservação do mamilo, ou sensação do mamilo e assim por diante, e talvez algumas perguntas sobre como fazer sua incisão para preservar o máximo de sensibilidade possível na mama.

**Orador 2** 22:41

Sim, esses são tópicos novos e interessantes. A capacidade de preservar o máximo de tecido durante uma mastectomia é totalmente atribuída à melhoria nas técnicas dos nossos colegas da oncologia cirúrgica, os cirurgiões gerais, os cirurgiões de mama, os oncologistas cirúrgicos, à sua capacidade de deixar pele viável, um envelope de pele viável, enquanto realizam uma mastectomia com segurança. E o que direi é que, com o passar do tempo, acho que eles se tornaram muito melhores em realizar a sua parte do procedimento do que nós na reconstrução, mas realmente fornecer e deixar uma pele bem profusa, com bom suprimento sanguíneo, que sobreviverá a uma operação, nos permitiu fazer uma série de coisas. Então , em um subconjunto de pacientes, onde é seguro, de uma perspectiva de câncer, você pode realizar uma mastectomia preservando o mamilo e a aréola. E isso é mais comumente feito e cicatrizado . E a cicatriz é mais comumente realizada no sulco mamário, que é chamado de sulco inframamário. É a dobra abaixo da mama, onde uma incisão pode ser feita e, em seguida, estendida um pouco até a parede lateral, e todo o tecido mamário pode ser removido de lá. E o fato de essa cicatriz tender a ter a melhor estética, e nossa capacidade de preservar o mamilo, influencia muito na seleção da paciente. Eu sou a paciente certa para uma cirurgia de preservação do mamilo? Em geral, a paciente seria alguém que não passou por cirurgia anterior, não recebeu radiação, não passou por nenhuma intervenção, nenhum procedimento, caso contrário, isso diminuiria o suprimento sanguíneo para o mamilo e a aréola. E, de uma perspectiva estética , não seria alguém que se beneficiaria de, digamos, um lifting de mama ou uma redução de mama. Você realmente precisa estar feliz com a camada de pele que tem na sua mama, bem como com o seu volume, porque uma vez que a glândula mamária interna é removida, você... É muito difícil mudar o formato da parte externa. Por outro lado, quando fazemos reduções de mama, é fácil mudar o formato da parte externa, porque você baseia grande parte dela na glândula interna. E isso tudo quer dizer que há muita seleção envolvida, mas esses procedimentos são bons e podem diminuir o número de procedimentos que as mulheres fazem e, em geral, assim como acontece com a terapia conservadora da mama com lumpectomias, quanto mais a anatomia e o corpo da paciente forem preservados, e quanto mais partes dela ainda forem visíveis após a cirurgia, geralmente, mais felizes ela ficará a longo prazo, o que faz sentido, e isso acompanha muitos tipos de cirurgia. O fato de podermos realizar procedimentos de preservação do mamilo em pacientes selecionadas, tanto por causa do câncer quanto por causa da anatomia , é importante para pacientes que não podem fazer mastectomias com preservação do mamilo. Os padrões das cicatrizes também são importantes e devem ser questionados. Em geral, uma mastectomia é uma incisão horizontal na altura do mamilo e da aréola. Se o mamilo e a aréola forem removidos , envolve uma incisão ali para uma mastectomia que será fechada. Isso geralmente é horizontal em formas de reconstrução imediata. Podemos converter isso em algo que se parece mais com uma redução ou elevação de mama, onde há uma área redonda no meio, e se um pedaço de tecido for usado, essa é a janela que você pode ver esse pedaço de tecido, e então o resto da prensa pode ser ajustado, semelhante a uma redução, onde há um T invertido ou um padrão tipo âncora abaixo dele. Ainda assim, para a maioria das mastectomias e a maioria das reconstruções com implantes, o que você verá é uma cicatriz horizontal ou vertical que incorporaria a área do mamilo e da aréola onde costumava estar.

**Dr. Bill Evans** 26:58

existe um tipo preferido de incisão para preservar a sensibilidade na mama,

**Orador 2** 27:04

Para cirurgias de preservação do mamilo, o sugerido tende a ser o sulco inframamário, associado ao menor número de complicações. No entanto, a sensibilidade do mamilo e da aréola, e a reconstrução, também é uma nova maneira de fazer as coisas, onde um enxerto de nervo, um pedaço da sua própria anatomia, é dissecado e movido para a mama, e um ramo de um nervo que percorre o mamilo e a aréola é então reparado em um ramo na parede torácica, seja com um enxerto de nervo próprio ou usando um conduto nervoso. E esses resultados são novos e empolgantes, e não são perfeitos, mas melhoram a sensibilidade que os pacientes têm a longo prazo.

**Dr. Bill Evans** 27:55

Acho isso incrível, porque em certo momento pensei em ser cirurgiã e pensei que continuaria igual, praticamente como era há 40 anos, mas claramente evoluiu muito. Vamos passar para um tópico que não é comum, mas talvez seja uma preocupação para mulheres que já ouviram falar sobre implantes: o desenvolvimento de malignidade como resultado da colocação de um implante, um tipo específico de malignidade chamado linfoma. Acho que é bem raro . Você conhece as estatísticas, eu não, mas, por favor, conte-nos um pouco sobre essa preocupação.

**Orador 2** 28:29

Sim, o linfoma anaplásico de grandes células associado a implantes mamários é um tópico emergente, e algo que as pacientes estão bem cientes é que está associado a implantes mamários texturizados e, mais ainda, a implantes mamários macrotexturizados. Isso significa implantes mamários mais texturizados. Mais ásperos, exatamente. Então, quando você vê esses implantes, eles parecem quase como uma lixa ou um acabamento tipo areia . A hipótese é que a inflamação criada por esses implantes texturizados causa uma degeneração no sistema, formando um linfoma de células T. E é isso que o linfoma anaplásico de grandes células é. É um linfoma de células T. Portanto, não é um câncer de mama sólido. É um problema de base fluida que as pacientes normalmente terão, sabe, de 7 a 10 anos após sua A reconstrução deles terá um grande acúmulo de fluido naquela área ou uma nova massa. E isso, essa questão está quase exclusivamente relacionada a implantes mamários texturizados, ou os registros de implantes existentes em outros países até agora não conseguiram demonstrar que um implante liso tenha causado isso isoladamente. Então...

**Dr. Bill Evans** 30:00

É um tipo específico de implante ou provavelmente não está mais sendo usado, sim,

**Orador 2** 30:04

então Que eles, eles ainda existem no mercado de alguns fornecedores, mas os que dizem que são da Allergan, foram recolhidos e retirados do mercado. Então , ainda existe como uma mistura de fatores. E o risco de câncer de mama na população é de um em oito, um em nove, dependendo de como você o divide. O risco desse linfoma em pacientes que têm implantes macrotexturizados é provável, mas um na ordem de um em 300, então talvez um em 350, dependendo dos artigos que você lê. Alguns estimaram que seja mais próximo de um em 100, mas em ordem de magnitude, é um em centenas. Não é um em milhares. Não é um em 10 mil, um em 100 mil. Como a estimativa original era quando eu era residente, como qualquer coisa, quanto mais você procura por algo, e quanto mais você sabe sobre isso, mais você encontrará.

**Dr. Bill Evans** 31:02

Mas encontrá-lo deve ser um pouco desafiador, porque encontrar algo ao redor do implante, como você mencionou, uma massa se formando, ou mais fluido se formando, ainda deve ser, em termos de diagnóstico, um pouco trabalhoso para descobrir. E então, quando você encontra...

**Orador 2** 31:17

Determinar que há algum linfoma, presumivelmente por uma biópsia, presumo, os implantes removidos e, em seguida, a abordagem correta para o linfoma, esses pacientes são diagnosticados com uma aspiração do fluido. Em seguida, é enviado para marcadores celulares. Há uma citometria e citologia, e são enviados para marcadores específicos. E se o resultado for positivo, o tratamento é a remoção não apenas do implante, mas de toda a cápsula circundante, ou seja, todo o tecido circundante ao implante, de modo que este implante seja removido em uma técnica de bloqueio para remover todas as partes da anatomia que estavam em contato com o implante. É muito, no que diz respeito à sobrevivência, é superior a 95% a longo prazo. Então, se for uma boa notícia... Correto, sim, se for identificado e tratado adequadamente, é tratável. Dito isso, não é tratável para todos. A Health Canada coletará dados sobre esse diagnóstico, e a internet refletirá isso, que há três mortes confirmadas por esse problema no Canadá. Há alguma discordância sobre o que é publicado online, e outros cirurgiões plásticos com quem converso dizem que as reuniões canadenses têm conhecimento. Digamos, um outro paciente, mas isso de certa forma aponta para a necessidade de um registro, sobre o qual também já falei antes.

**Dr. Bill Evans** 32:46

Certo? Eu também me deparei com essa doença do implante mamário lendo , mas não entendi direito. Talvez você possa explicar isso também, e se é algo raro também?

**Orador 2** 32:56

Certo? Então, a doença do implante mamário... há uma proporção crescente de mulheres relatando sintomas inflamatórios com implantes mamários. E, coletivamente, esse conjunto de sintomas é chamado de doença do implante mamário, e isso inclui coisas como dor muscular e dor nas articulações, confusão mental ou dificuldade cognitiva, fadiga, sentimentos de ansiedade e sintomas inflamatórios como erupções cutâneas, secura na boca, secura nos olhos e uma série de outros sintomas que refletem disfunção autonômica, palpitações cardíacas, suor, dificuldade para dormir, que também podem se sobrepor aos sintomas da menopausa, o que torna isso complicado. A hipótese, novamente, é que, você sabe, os implantes mamários que são de longa duração têm algum grau de degradação de sua parede, e isso e partículas, e é lógico que o mesmo processo que envolve uma degeneração do sistema imunológico para formar um linfoma de células T pode se formar, e pode causar outros problemas. Então, sabemos que a questão do LCL é verdadeira e estamos tentando descobrir o que esse outro diagnóstico é e o que significa para os pacientes. Escrevi um artigo sobre o assunto quando era bolsista no MD Anderson, onde analisamos o banco de dados da FDA sobre implantes mamários, que tinha quase 100.000 mulheres, e ele demonstrou um aumento nos problemas autoimunes e inflamatórios em mulheres com implantes mamários. Novamente, o tratamento para isso é removê-los, ou seja, remover o implante. E há discordância entre sociedades profissionais e pesquisadores sobre o que fazer para tratar a cápsula, o tecido ao redor dela, e em muitos casos, isso também é removido em uma capsulectomia completa, semelhante ao tratamento do LAGC. É diferente porque não é um câncer . Neste caso, a doença, mas todos os tecidos ...

**Dr. Bill Evans** 35:01

Removido, essas são ocorrências muito interessantes e, felizmente, relativamente raras, eu acho, de reconstrução mamária. Vamos falar um pouco sobre outras cirurgias reconstrutivas, e talvez a que seria mais interessante para os ouvintes, o nome Terry Fox, realmente deu a volta ao mundo por causa do que ele tentou fazer no Canadá e do quanto ele teve sucesso. Mas sua cirurgia não foi reconstrutiva. Mas talvez, se ele tivesse sido diagnosticado hoje, ele teria sido tratado de forma diferente e poderia ter tido seu membro preservado, certo? Como isso se tornou possível?

**Orador 2** 35:39

Ótima pergunta. Assim como em outras formas de cirurgia reconstrutiva, os avanços em outras especialidades nos permitiram realizar maiores graus de reconstrução. Sabe, o tratamento moderno de um sarcoma de tecido mole ou ósseo seria a radioterapia e, em seguida, a cirurgia e a radioterapia podem, se forem responsivas, reduzir essas massas a algo ressecável e o membro recuperável. As técnicas reconstrutivas também melhoraram, onde podemos usar a transferência de tecido, onde, novamente, você disseca um pedaço do corpo do paciente sem causar um problema secundário em uma artéria ou veia. Você move esse pedaço de tecido, seja um pedaço de pele e gordura, um músculo ou até mesmo um osso, para reconstruir o defeito existente, de onde o sarcoma foi removido. E em muitos casos, como no seu exemplo, Terry Fox, se houver uma ressecção óssea, a fíbula do paciente pode ser removida usando a veia arteriosa. Esse é o osso na parte externa da sua perna. E isso, isso pode ser removido, obviamente, deixamos as conexões que ficam no nível do tornozelo e do joelho para estabilidade articular, mas a parte do meio pode ser removida e usada para reconstruir membros, e é incrível novamente. Incrível cada vez que fazemos isso. Incrível que realmente pareça que você fez algo que, no fundo, não deveria ser possível. É incrível cada vez, e

**Dr. Bill Evans** 37:17

É um trabalho maravilhoso, e é maravilhoso porque as pessoas podem se beneficiar dele. Então, é enorme. E a microcirurgia, que faz parte do seu treinamento, você poderia falar um pouco sobre o que é? Obviamente, ela se conecta com o que estávamos falando agora, mas apenas para que os ouvintes possam entender a terminologia e como ela é aplicada.

**Orador 2** 37:38

Sim, a microcirurgia é um campo muito amplo, mas tudo se relaciona à cirurgia sob um microscópio. Microcirurgia geralmente significa costurar ou conectar artérias e veias para fornecer fluxo sanguíneo. Há a cirurgia linfática, onde os vasos linfáticos podem ser desviados para problemas de, digamos, linfedema, onde os vasos linfáticos podem ser reconstruídos ou desviados para o sistema venoso para tratar linfedema. Há também a cirurgia da mão e dos nervos. A microcirurgia é aplicada se você cortar um dos seus dedos, obviamente, espero que não, mas se um dedo for cortado, podemos tentar reconectá-lo. Se uma mão inteira for cortada, podemos tentar reconectá-la. Os nervos podem ser reconstruídos. Enxertos de nervos podem ser realizados. Transferências de nervos podem ser realizadas.

**Dr. Bill Evans** 38:30

Então todos

**Orador 2** 38:32

Isso se enquadraria na rubrica do meu... Sim, qualquer coisa em que a cirurgia ocorra sob ampliação, seja com alças que você usa nos óculos ou com um microscópio operatório. Essas são todas as facetas da microcirurgia. E a competência em microcirurgia faz parte de ser um cirurgião plástico e reconstrutivo. Agora, eu diria que é a experiência adquirida em uma residência em cirurgia plástica. Os residentes se tornam competentes na realização de algumas dessas operações, enquanto, décadas atrás, não seria o caso. Então, você tinha que ser um microcirurgião subespecializado para fazer isso. Os de maior volume, como eu , têm treinamento, têm especialização em hospitais, sejam eles no Canadá, nos Estados Unidos ou em qualquer outro lugar do mundo. E muito disso vem de centros especializados em mão e câncer.

**Dr. Bill Evans** 39:34

Existe algum papel para os robôs em tudo isso?

**Orador 2** 39:37

Sim, boa pergunta. Um dos meus mentores, o MD Anderson, trabalha atualmente no Beaumont Health em Michigan, o Dr. Jesse Selber. Ele realmente defendeu a cirurgia robótica para coleta de tecido, como o tecido abdominal inferior, por exemplo, para reconstrução mamária. Fazer um corte menor na fáscia abdominal. Você pode usar o robô. Em geral, uma cirurgia robótica acessa partes do corpo por meio de uma incisão minimamente invasiva do que a necessária, e ele é capaz de dissecar a artéria e a veia necessárias para o tecido sobrejacente por meio de um orifício muito menor no modelo e uma dissecção muito menor do músculo. E este é, este é o objetivo da cirurgia reconstrutiva, é reconstruir algo com o próprio tecido do paciente, criando o mínimo de problemas ou até mesmo uma melhora estética, às vezes na área de onde você o removeu. E a linha dele sempre foi essa, sabe, tudo isso parece distante, e você está na cabeça das pessoas, mas ele argumentava que o futuro está aqui, como se o futuro já estivesse aqui, ao nosso redor. Simplesmente não está distribuído uniformemente, como partes do que você vê acontecer em sua vida e partes do que você vê ser possível na cirurgia, por exemplo. Ou, sabe, talvez seja assim que todos farão daqui a 100 anos. E é assim que está agora. É que nem todo mundo consegue...

**Dr. Bill Evans** 41:06

fazer isso. Então , meu pensamento, há 40 anos, sobre cirurgia sempre permaneceu o mesmo, era muito, muito falho,

**Orador 2** 41:13

Sim, mas, mas talvez, talvez fosse, talvez parte disso fosse, certo, sabe, tipo, porque parte, partes das coisas que fazemos hoje existiam. É que elas simplesmente não existiam para todos. É que não é uma maneira ampla de fazer. Você pode ter visto coisas décadas atrás, que ainda fazemos agora, e que eram, que eram

**Dr. Bill Evans** 41:30

Novo, e agora nem todo mundo sabe. Então , no seu treinamento, você fez um treinamento com, eu acho, o pessoal do... eu ia dizer programa e cuidados baseados em evidências , mas isso não está totalmente certo, mas em termos de metodologia de pesquisa,

**Orador 2** 41:44

Ah, sim, minha orientadora de tese é a Dra. Melissa Brower. Ela agora se mudou, ah, sim, mudou-se para a Universidade de Ottawa, mas ela era minha orientadora de tese. Ela estava no programa de cuidados baseados em evidências no Hospital e Centro de Câncer Jurvensky. E ela estava... minha tese foi sobre pesquisa de diretrizes. Então , é um tópico que me toca profundamente e, obviamente, também o dela. Então, sim, ela foi uma grande ajuda para mim, me ajudando a aprender um lado diferente do que todos nós fazemos e como os pacientes são tratados. O argumento é que, sabe, eu posso fazer uma operação em uma pessoa, o impacto que alguém como ela pode ter, pode salvar milhares de vidas como essas, as decisões que surgem das diretrizes, que meio que colocam todos na mesma página e direcionam a maneira como o cuidado é prestado, mudam, mudam todo o sistema, potencialmente.

**Dr. Bill Evans** 42:36

Agora, percebi que você publicou bastante. Sei que você palestra em reuniões. O quê? Quais são as suas áreas de interesse em pesquisa? Áreas de

**Orador 2** 42:43

O que me interessa, voltando à segurança do paciente, é a segurança do implante mamário. Então, a segurança do implante mamário tem sido provavelmente a pesquisa de maior impacto que eu faço, e que ainda faço. Faço muitas revisões sistemáticas e meta-análises, otimizando a pesquisa disponível e colocando-a em formatos mais acessíveis para as pessoas, como pesquisas de diretrizes, formulários de acordo, para colocar os médicos na mesma página e na prestação de cuidados. E então, alguns dos assuntos mais específicos sobre os quais falo em reuniões seriam, você sabe, a necessidade de, digamos, um registro de implantes mamários que tornaria mais fácil para alguém como eu ou outra pessoa responder a uma pergunta. Se tivéssemos um banco de dados maior e melhor, com pesquisas mais granulares, acho que isso tornaria a vida de todos melhor. E, obviamente, como um tópico específico, o salvamento de membros é importante para mim. Muitas pessoas fazem reconstrução mamária, mas poucas pessoas atuam em um local que tenha todos os cirurgiões e cuidados necessários para reconstrução de sarcomas ou traumas de membros inferiores. Tenho a sorte de estar em um desses lugares, então acho que esse é um tópico importante. Da minha parte também.

**Dr. Bill Evans** 43:55

Posso dizer que Juravinski tem sorte de ter você nessa equipe. Eu

**Orador 2** 43:59

Agradeço por isso. Sim, o meu, o Hospital Gervinsky. Sou eu, e é o Dr. Ronan Abram. Ele foi um mentor para mim quando eu estava em treinamento. E agora tenho a sorte de tê-lo como parceiro, e juntos, acho que somos capazes de ajudar muitas pessoas e em muitos casos especiais.

**Dr. Bill Evans** 44:20

maneiras, e estou totalmente convencida disso. Acho incrível o que você consegue fazer pelas pessoas. Então, para encerrarmos, Chris, gostaria de saber se você poderia, talvez, dizer aos nossos ouvintes que mensagem gostaria de deixar para as pacientes com câncer de mama, principalmente em relação à reconstrução. Haverá mulheres ouvindo que tiveram um diagnóstico recente de câncer de mama e estão meio que em um dilema sobre o que fazer, e qual conselho você daria?

**Orador 2** 44:52

A reconstrução mamária é diferente para cada pessoa. É uma operação de qualidade de vida . Sim, e cirurgias de qualidade de vida significam fazer a operação certa na pessoa certa, no momento certo. Então, de modo geral, a resposta não será a mesma para todos, e tudo bem. Não se sinta pressionada por amigos, familiares, sociedade, pessoas dentro ou fora do hospital a se submeter a uma ou outra forma de reconstrução. Há muitas opções disponíveis. Você deve obter opiniões de outras pessoas e tomar uma decisão em sua própria cabeça e com pessoas que você ama sobre o que você quer fazer. Há muitas coisas diferentes que você pode fazer. Há muitas coisas diferentes que você pode fazer imediatamente. Há muitas coisas diferentes que você pode fazer de forma adiada, e alguém como eu pode apresentar todas essas opções para você e ajudá-la a tomar a decisão certa. Então

**Dr. Bill Evans** 45:49

Parece que você precisa encontrar você ou seu clone, sim, onde quer que eles estejam no mundo, ou permitir, tipo, eu sou os limites. Eu sou um clone de Ronin. Então, sim, sim. Bem, você é um recurso valioso dentro do sistema de saúde e muito apreciada, tenho certeza, por todas as mulheres que você já atendeu e pelas que atenderá no futuro. Foi um prazer conversar com você e espero que tenha sido agradável para quem está ouvindo e que você tenha adquirido novas informações que possam ser úteis para você no futuro. Sim.

**Orador 2** 46:21

Então , muito obrigado por me receber. Se os ouvintes estiverem interessados em ver o que fazemos... Muitas pessoas não querem ver, mas algumas querem. Minha conta do Instagram tem casos. É no Chris Coronius, So, C, H, R, S, CO, RON, E, OS, está no Instagram. E as pessoas, as pessoas gostam, tipo, de ver o que é possível. Então , há coisas educacionais, há casos menos rotineiros. Nós, eu e o Dr. Aram estamos tentando divulgar o máximo de informação possível.

**Dr. Bill Evans** 46:48

Podemos. Excelente. É uma boa maneira de terminar. Então, obrigado novamente. Muito obrigado.

**Orador 1** 46:56

Obrigado por ouvir o podcast Cancer Assist. Encontre mais episódios, recursos e informações em @cancerassist.ca ou siga o programa de assistência ao câncer no Facebook, Twitter e Instagram. Obrigado por ouvir. Você.