

- 1) Gestante de 8 semanas apresenta nódulo em mama esquerda com 7 cm, associado à hiperemia cutânea e linfonodomegalia axilar. Realizou biópsia percutânea com diagnóstico de carcinoma invasivo de tipo não especial. Qual seria a melhor forma de estadiamento de metástases neste caso?
- a) PET/CT.
  - b) TC de tórax, TC de abdome e cintilografia óssea.
  - c) TC de tórax, TC de abdome, TC de crânio e cintilografia óssea.
  - d) Rx de tórax, ultrassom de abdome e ressonância magnética do esqueleto.
  - e) Não existe necessidade de estadiamento.
- 2) Homem de 68 anos apresentava lesão de aspecto benigno em mama esquerda e foi submetido à exérese simples da mesma (nodulectomia / biópsia excisional). Porém, o anatomopatológico revelou carcinoma mamário invasivo, de tipo não especial, com 2,4 cm e distando 1mm da margem mais próxima. A imunohistoquímica mostrou receptores hormonais fortemente positivos e Her-2 negativo. Sabendo que o paciente prefere não realizar mastectomia, qual das condutas cirúrgicas abaixo, qual você considera a mais adequada?
- a) Realizar biópsia de LS.
  - b) Realizar mastectomia simples.
  - c) Ampliação de margens.
  - d) Ampliação de margens e biópsia de LS.
  - e) Ampliação de margens e esvaziamento axilar.
- 3) Paciente de 42 anos foi submetida à mastectomia total (mastectomia simples) bilateral para redução de risco. Apesar dos exames iniciais serem normais, no exame histológico definitivo foi diagnosticado na mama esquerda um foco de carcinoma ductal *in situ* (CDIS), grau 3, de tipo sólido, com comedonecrose e que media 4 cm. Os receptores hormonais eram fortemente positivos. Foi realizada revisão de lâminas de maneira exaustiva e descartou-se completamente qualquer foco de invasão. Qual deve ser a sua conduta neste momento?
- a) Apenas seguimento.
  - b) Biópsia de LS.
  - c) Radioterapia.
  - d) Esvaziamento axilar.
  - e) Hormonioterapia.
- 4) Mulher de 36 anos foi submetida à cirurgia conservadora com biópsia de LS de mama esquerda por carcinoma lobular invasivo, G1, com 1,2 cm. O exame histopatológico revelou presença de carcinoma lobular *in situ*, grau 1, em toda a margem superior. Qual deve ser a conduta sobre esta margem?
- a) Ampliação de margem.
  - b) Mastectomia.

- c) Somente ampliar se a paciente não for fazer radioterapia.
  - d) Indicar realização de *boost* duplo na radioterapia.
  - e) **Nenhuma.**
- 5) Homem de 62 anos apresenta fluxo papilar hemático, uniductal e espontâneo há cerca de 2 meses. Realizou exames de imagem que identificaram lesão sólida intraductal com 0,6 cm em região retroareolar. Dentre as abaixo, qual a conduta mais correta?
- a) Mastectomia.
  - b) PAAF.
  - c) Tamoxifeno.
  - d) Anastrozol.
  - e) **Ressecção dos ductos principais.**
- 6) Menina de 14 anos é trazida ao seu consultório pela mãe por apresentar desenvolvimento mamário assimétrico. Ao exame físico nota-se que a mama direita é cerca de 2 vezes maior que a esquerda, ambas em estágio de Tanner 3. Qual deve ser a sua conduta?
- a) Reduzir a mama direita.
  - b) Indicar implante de mama esquerda.
  - c) Análogo de GnRH.
  - d) **Expectante.**
  - e) Pedir cariótipo.
- 7) Paciente de 38 anos tratada de câncer de mama há 1 ano deseja saber se pode engravidar. Sabendo que ela foi submetida à mastectomia radical modificada por carcinoma invasivo de tipo não especial, GN3, GH3, ypT0 ypN0 M0 e triplo negativo, qual deve ser a sua orientação?
- a) A gestação só pode ser liberada após 2 anos.
  - b) Os tratamentos de infertilidade, tais como FIV, estão proibidos.
  - c) A gestação só pode ser liberada após 5 anos.
  - d) A gestação deve ser evitada.
  - e) **A gestação está liberada.**
- 8) Mulher assintomática de 45 anos traz exames de imagem com cisto com septos finos em mama direita, medindo 1,0 cm. Qual a sua conduta?
- a) **Manter rastreamento normal.**
  - b) PAAF.
  - c) Biópsia percutânea com agulha grossa (core/trocarte).
  - d) Biópsia percutânea assistida a vácuo (mamotomia)
  - e) Exérese cirúrgica.
- 9) Mulher de 62 anos, com história pregressa de quadrantectomia com biópsia de LS e radioterapia há 5 anos apresenta lesão nodular na mesma mama com cerca de 6 cm. Realizou biópsia percutânea com diagnóstico de angiossarcoma. Qual deve ser a conduta?

- a) Mastectomia radical.
- b) Quimioterapia neoadjuvante.
- c) Controle clínico.
- d) Mastectomia simples.**
- e) Mastectomia e biópsia de LS.

10) Qual dos casos abaixo tem resultados mais precisos no exame patológico intraoperatório de congelação?

- a) Microcalcificações – CDIS.
- b) Nódulo – carcinoma invasivo, SOE (T1N0).**
- c) Lesão sólido-cística – papiloma.
- d) Nódulo – carcinoma lobular invasivo (ycT1 ycN0).
- e) Microcalcificações – carcinoma microinvasor.

11) Mulher de 38 anos, com história prévia de trombofilia e 2 episódios de TVP deseja orientação sobre quimioprevenção. Segundo os estudos clínicos: NSABP P-1, IBIS 1, IBIS 2, MAP 3 e NSABP P-2, qual seria a medicação ideal indicada para esta paciente?

- a) Nenhuma.**
- b) Tamoxifeno.
- c) Raloxifeno.
- d) Examestano.
- e) Anastrozol.

12) Mulher de 41 anos, saudável, faz uso de quimioprevenção com tamoxifeno. Porém, está bastante preocupada com o risco de osteoporose. Sabendo que ela está na menacme, qual a afirmativa correta sobre o assunto?

- a) O tamoxifeno melhora a densidade óssea neste caso.
- b) O tamoxifeno deve ser substituído por raloxifeno.
- c) Esta paciente deve fazer uso de bisfosfonados orais.
- d) O tamoxifeno diminui a densidade óssea neste caso.**
- e) Esta paciente deve fazer uso de bisfosfonados injetáveis.

13) Em qual das opções abaixo o esvaziamento axilar (linfadenectomia axilar) pode ser evitado com mais segurança?

- a) Carcinoma inflamatório (T4d N0 M0).
- b) Carcinoma invasivo, SOE; ypT1a (T=0,3cm) ypN1mic (1/3).
- c) Carcinoma invasivo, SOE; pT1c (T=2cm) pN1a (2/2) submetida à cirurgia conservadora.**
- d) Axila clinicamente positiva após quimioterapia neoadjuvante.
- e) Falha na identificação do LS no ato cirúrgico.

14) Paciente transexual masculino de 65 anos refere nódulo de 2 cm em região retroareolar de mama direita. Refere uso de hormônio sexual

feminino há cerca de 30 anos e cirurgia para colocação de próteses de silicone há 8 anos. Os exames de imagem revelaram nódulo irregular, com margens indistintas e orientação vertical com 1,9 cm. A biópsia percutânea revelou carcinoma lobular invasivo, tipo clássico, com subtipo compatível com luminal A. Qual das afirmações abaixo é correta?

- a) A mastectomia sempre deve ser indicada.
- b) O uso de hormônios sexuais pode ser mantido, desde que seja indicada hormonioterapia.
- c) A biópsia de linfonodo sentinela não deve ser realizada.
- d) Em casos de cirurgia conservadora, a radioterapia deve ser indicada.
- e) Existe indicação para mastectomia contralateral redutora de risco.

15) Se realizarmos a injeção de radiocolóide (fitato) em região profunda de quadrante ínfero-medial de mama direita, para onde deve ir a maior parte do material?

- a) Axila contralateral.
- b) Plexo paravertebral.
- c) Cadeia mamária interna.
- d) Linfonodos subdiafragmáticos.
- e) Axila ipsilateral.

16) Paciente com carcinoma localmente avançado em mama direita refere dificuldade para andar devido à dor em região do quadril. Qual o exame mais acurado para o diagnóstico?

- a) Rx de quadril.
- b) TC de quadril.
- c) Cintilografia óssea.
- d) Exame clínico.
- e) RM de quadril.

17) Gestante de 8 semanas, sem tratamento é diagnosticada com carcinoma invasivo de mama, compatível com subtipo Her-2 e metástase cerebral. Há 1 dia apresenta cefaleia intensa, associada a alterações de consciência e anisocoria. Dentre as abaixo, qual a conduta recomendada neste momento?

- a) Trastuzumabe.
- b) Quimioterapia com taxano e trastuzumabe.
- c) Radioterapia de SNC.
- d) Lapatinibe.
- e) Duplo-bloqueio com pertuzumabe e trastuzumabe.

18) Sobre os tumores multicêntricos de mama é correto afirmar que:

- a) A mastectomia radical modificada sempre deve ser realizada.
- b) A taxa de identificação do LS é menor.

- c) A mastectomia sempre deve ser realizada, porém é possível preservar a pele, a aréola e a papila.
- d) A multicentricidade piora o prognóstico.
- e) **A cirurgia conservadora pode ser realizada em casos selecionados.**

19) Paciente de 31 anos, com mamas volumosas realizou mamoplastia redutora com técnica de pedículo superior há 30 dias. O exame da peça cirúrgica de mama esquerda revelou presença de hiperplasia ductal com atipia, com extensão para as margens cirúrgicas. Qual a conduta recomendada?

- a) Anastrozol.
- b) **Tamoxifeno.**
- c) Ampliação de margens.
- d) Ampliação de margens e biópsia de LS.
- e) Biópsia de LS.

20) Certo hospital brasileiro realizou 200 cirurgias mamárias no ano passado e 95% dos casos eram de carcinomas triplo-negativos. Qual a principal hipótese para explicar este fato?

- a) **Manuseio inadequado da peça cirúrgica.**
- b) Se a população for de origem negra e parda o resultado é compatível.
- c) Estes tumores são mais agressivos.
- d) Se a população for de origem caucasiana o resultado é compatível.
- e) Se a população for jovem o resultado é compatível.

21) Mulher de 37 anos apresenta carcinoma invasivo de tipo não especial, GN3, GH2, RE/RP: negativos e Her-2: 3+ em mama direita. Os exames iniciais revelaram tumor com 8 cm e axila clinicamente negativa (T3 N0). Nesta fase o tumor ocupava quase 60% do volume mamário. Realizou quimioterapia neoadjuvante (4 x AC seguido por 4 x TH) com resposta clínica completa. Qual a conduta cirúrgica recomendada, sabendo que a paciente deseja preservar a mama?

- a) Mastectomia radical modificada.
- b) Mastectomia preservadora de pele (skin-sparing) e biópsia do LS.
- c) **Cirurgia conservadora e biópsia do LS.**
- d) Mastectomia radical modificada e reconstrução com TRAM.
- e) Apenas radioterapia.

22) Paciente de 55 anos apresenta hiperemia cutânea tipo "peau d'orange" em cerca de 80% da mama direita, sem nódulos palpáveis e axila normal. Realizou exames de imagem que revelaram espessamento cutâneo de toda a mama, sem outras lesões. A biópsia cutânea revelou embolização linfática maciça por carcinoma invasivo de tipo não especial, GH2, GN1, RE: 60%, RP: 40%, Her-2: negativo e Ki-67: 50%. A paciente realizou quimioterapia neoadjuvante e teve resposta clínica

completa. Realizou RM de mamas após o tratamento que estava normal. Qual a conduta cirúrgica?

- a) Mastectomia simples e biópsia do LS.
- b) Apenas radioterapia.
- c) Mastectomia preservadora de pele ("skin-sparing") e biópsia do LS.
- d) Mastectomia preservadora de pele, aréola e papila (nipple-sparing) e biópsia do LS.
- e) **Mastectomia radical modificada.**

23) Paciente de 48 anos apresentava carcinoma invasivo de tipo não especial em mama esquerda, com as seguintes características: GN1, GH1, RE:100%, RP: 80%, Her-2: negativo e Ki-67: 3%. O estadiamento inicial era T2 (T=4,5cm) N0 M0. Como a proporção tumor/mama era desfavorável, foi optado por quimioterapia neoadjuvante. Na avaliação após a quimioterapia, os exames de imagem observaram lesão residual de 2,3 cm, associada a lesões menores de características semelhantes (lesão multicêntrica). Qual deve ser a conduta?

- a) Mastectomia radical modificada.
- b) Cirurgia conservadora e biópsia de LS.
- c) Cirurgia conservadora e esvaziamento axilar.
- d) **Mastectomia e biópsia de LS.**
- e) Repetir a quimioterapia, trocando as medicações.

24) Quanto à associação entre síndrome metabólica e câncer de mama é verdadeiro:

- a) O aumento do IMC leva a maior expressão de IGF-1S.
- b) Na fase tardia do desenvolvimento tumoral as células tumorais são dependentes do ligante de IGF-1.
- c) Na fase inicial, as células neoplásicas tornam-se capazes de produzir IGF-1 (função parácrina) o que leva a um comportamento mais agressivo do tumor.
- d) **O aumento do IMC leva a uma maior expressão do IGF-1R nos tecidos mamários.**
- e) A diminuição do IMC leva a uma diminuição de IGF-1R (fator de crescimento semelhante à insulina) no próprio tecido tumoral.

25) Qual o tratamento de primeira linha para câncer de mama metastático Her-2 positivo?

- a) **Trastuzumabe + Pertuzumabe + Taxanos**
- b) Trastuzumabe + Lapatinibe
- c) Doxorrubicina + Ciclofosfamida + 5-Fluoracil
- d) Pertuzumabe + Docetaxel
- e) Docetaxel + Paclitaxel

26) Com relação à tomossíntese podemos afirmar que:

- a) A Tomossíntese avalia melhor as microcalcificações que a mamografia digital
- b) A Tomossíntese tem menos efeito estocástico de irradiação que a mamografia convencional.
- c) A Tomossíntese está mais bem indicada que a mamografia digital em pacientes com próteses.
- d) A Tomossíntese avalia melhor lesões nodulares em mamas densas que a mamografia digital
- e) A tomossíntese apresenta resultados superiores à ressonância de mama no rastreamento de alto risco.

27) Com relação ao PET-CT, assinale a alternativa correta:

- a) Avalia melhor metástases ósseas que a cintilografia óssea.
- b) Pacientes diabéticos têm pior avaliação em metástases viscerais.
- c) A sensibilidade é mais baixa nas metástases de medula óssea.
- d) As metástases do SNC são mais facilmente observadas devido ao alto metabolismo dos tecidos.
- e) As placas metálicas no organismo interferem na captação de sinais e alteram as interpretações das imagens.

28) Sobre genética e hereditariedade do câncer de mama, podemos afirmar que:

- a) Mutações nos Genes BRCA 1 e BRCA 2, que representam genes de suscetibilidade, determinam um risco muito aumentado sendo responsáveis por cerca de 80% dos cânceres de mama.
- b) O risco de uma portadora de mutação dos Genes BRCA 1 ou BRCA 2 vir a desenvolver câncer de mama ou de ovário é de 50 a 80% para o BRCA 1 e de 24 a 84% para o BRCA 2. Essa variação pode se dever à localização da mutação em questão, ao longo de cada gene.
- c) O gene BRCA 1 foi identificado no cromossomo 13q12-13 e está relacionado a risco aumentado de câncer de mama, inclusive masculino, câncer de próstata, pâncreas, laringe e ocular, além de um risco moderado de câncer de ovário.
- d) A síndrome de Cowden deriva de uma mutação germinativa no gene p53 que codifica proteína de mesmo nome, envolvida na correção de erros no DNA e na indução de apoptose. Apresenta-se como uma predisposição a vários tumores, como sarcomas, câncer de mama, leucemia, tumores adrenocorticais, câncer de cérebro, pulmão, pele e pâncreas.
- e) A síndrome de Li-Fraumeni tem padrão autossômico dominante. Apresenta-se como múltiplos hamartomas (incluindo papiloma de lábios e mucosa) e risco elevado para câncer de mama, tireoide e endométrio.

29) Sobre o carcinoma ductal *in situ* (CDIS) é correto afirmar que:

- a) Frequentemente trata-se de uma lesão homogênea sob ponto de vista histopatológico.

- b) Em geral, trata-se de lesão heterogênea, podendo constituir-se de um espectro de lesões em um mesmo caso.
- c) O grau de concordância interobservador é bastante alto, não sendo indicado fazer revisões histopatológicas.
- d) O grau histológico não tem importância na avaliação prognóstica do CDIS.
- e) O tratamento cirúrgico conservador pode ser feito na maior parte das pacientes portadoras de CDIS, sendo a radioterapia muito raramente indicada nestes casos.

30) Os genes supressores de tumores (BRCA 1 e 2) agem principalmente em qual fase do ciclo celular?

- a) G1.
- b) Síntese.
- c) G2.
- d) M.
- e) G0.

31) Os oncogenes (HER-2) são ativados por amplificação principalmente em qual fase do ciclo celular?

- a) G1.
- b) Síntese.
- c) G2.
- d) Mitose.
- e) G0.

32) Indivíduo não afetado que busca o aconselhamento genético é denominado no heredograma de:

- a) Probando.
- b) Consulente.
- c) Paciente.
- d) Consultante.
- e) Não portador.

33) Na carcinogênese mamária, a fase de promoção ocorre principalmente devido à ação:

- a) Genética.
- b) Epigenética.
- c) Enzimática.
- d) Hormonal.
- e) Amplificação.

34) Todos são genes supressores:

- a) BRCA1, BRCA2, HER-2.
- b) CDH1, PTEN, CHEK2.

- c) BRCA1, p53, c-MYC.
- d) CDH1, PTEN, int-2.
- e) p53, BRCA1, ras.

35) A perda de heterozigose do alelo CDH1 é característica dos carcinomas:

- a) Não especiais (antigos ductais).
- b) Tubulares.
- c) Metaplásicos.
- d) Medulares.
- e) **Lobulares.**

36) Em relação ao processo de apoptose é correto afirmar:

- a) **É controlado pelo oncogene bcl-2.**
- b) É inibido pelo oncogene c-myc.
- c) Está envolvido no mecanismo de resistência às drogas antitumorais.
- d) É induzido pelo oncogene HER-2
- e) Está envolvido no mecanismo de neovascularização.

37) A formação das estruturas lóculo-alveolares ocorre:

- a) Na vida embrionária.
- b) Na infância.
- c) **Após a menarca.**
- d) Na gravidez.
- e) Na lactação.

38) Paciente de 55 anos, pós-menopausa, realizou sua primeira mamografia que evidenciou um foco de microcalcificações de 0,6 cm no QSL da mama esquerda, classificado com BI-RADS 4A. Foi realizada biópsia de fragmento vácuo-assistida (Mamotomia), com retirada total das microcalcificações, confirmada com a mamografia dos fragmentos controle. O anatomopatológico evidenciou: Lesões fibroepiteliais sem atipias, sugestivo de alterações fibroadenomatóides, associadas com hiperplasia ductal usual e hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma (PASH) comprometendo às margens. Qual a sua conduta?

- a) Ressecção cirúrgica com marcação prévia.
- b) Ressecção cirúrgica com marcação prévia e radioterapia.
- c) **Rotina da idade.**
- d) Ressecção cirúrgica com marcação prévia e radioterapia seguido de tamoxifeno.
- e) Ressonância magnética para investigar outras lesões devido à alta taxa de subdiagnóstico.

39) Paciente de 55 anos, pós-menopausa, foi submetida a setor diagnóstico com marcação prévia, por microcalcificações com retirada total das mesmas. No anatomopatológico evidenciou carcinoma lobular "in situ"

variante pleomórfico com 2,0 cm de extensão, com presença de hiperplasia ductal usual nas margens. O imunoistoquímico evidenciou receptores hormonais negativos. Qual a conduta recomendada?

- a) Ampliação das margens.
- b) Ampliação das margens e radioterapia.
- c) **Radioterapia.**
- d) Radioterapia e endocrinoterapia redutora de risco.
- e) Mastectomias redutoras de riscos.

40) De acordo com as evidências atuais, as pacientes na pós-menopausa com carcinoma ductal "in situ" tratadas com cirurgia conservadora e radioterapia, poderão usar:

- a) Tamoxifeno ou raloxifeno pois os benefícios se equivalem.
- b) Exemestano ou Letrozol pois os benefícios se equivalem.
- c) Exemestano pois apresentam menores efeitos colaterais.
- d) Letrozol pois os benefícios se equivalem ao anastrozol.
- e) **Tamoxifeno ou anastrozol pois os benefícios se equivalem.**

41) O estadiamento patológico do tumor invasivo T1 (pT) apresenta quantas subdivisões?

- a) 2.
- b) 3.
- c) **4.**
- d) 5.
- e) 6.

42) Assinale a CORRETA em relação à presença de micrometástases na biópsia do linfonodo sentinela (BLS):

- a) Não muda o estadiamento.
- b) São metástases maiores que 0,2 cm e menores ou iguais a 2,0 cm.
- c) É indicativo de linfonodectomia axilar se diagnosticado na BLS em pacientes submetidas a mastectomias.
- d) **É indicativo de linfonodectomia axilar se diagnosticado na BLS após quimioterapia neoadjuvante.**
- e) É indicativo de linfonodectomia axilar se diagnosticado na BLS em pacientes submetidas à cirurgia conservadora com radioterapia.

43) A superexpressão do HER-2 é um fator de prognóstico ruim, no entanto é um fator preditivo muito bom de respostas à quimioterapia e terapias anti-HER. O Trastuzumabe e o Pertuzumabe agem respectivamente nos domínios:

- a) 4 e 1 do HER-2.
- b) 1 e 2 do HER-2.
- c) **4 e 2 do HER-2.**
- d) 1 e 4 do HER-2.
- e) 1 e 3 do HER-2.

- 44) Em relação ao Ki-67, assinale a **CORRETA**:
- a) É um marcador de proliferação celular e seu “cut off” já está bem definido e aceito.
  - b) Apresentam marcação em todas as fases do ciclo celular.
  - c) **É um marcador de proliferação dos núcleos de células em divisão.**
  - d) Os tumores luminais apresentam altos índices de marcação.
  - e) Todos os tumores basalóides apresentam altos índices de marcação.
- 45) As pacientes com lesão esclerosante complexa (cicatriz radial), quando diagnosticada nas biópsias de fragmentos têm que ser submetidas à ressecção cirúrgica devido à associação frequente com carcinoma:
- a) Mucinoso.
  - b) **Tubular.**
  - c) Papilífero.
  - d) Medular.
  - e) Lobular.
- 46) Qual carcinoma que apresenta reforço acústico posterior e que pode se confundir com cisto espesso na ultrassonografia?
- a) Lobular.
  - b) Medular.
  - c) Papilar.
  - d) Tubular.
  - e) **Mucinoso.**
- 47) O principal fator de risco para o câncer de mama no homem é a:
- a) **Mutação no BRCA 2.**
  - b) Ginecomastia.
  - c) Mutação no BRCA 1.
  - d) Síndrome de Klinefelter.
  - e) Orquite.
- 48) Em relação à superexpressão do HER-2 no câncer de mama masculino em relação ao feminino é:
- a) **Igual.**
  - b) Menor.
  - c) Maior.
  - d) Deve-se evitar a imunohistoquímica.
  - e) Não tem como ser avaliado.
- 49) Uma paciente de 32 anos apresentava um nódulo de 3.7cm na mama esquerda, a 0.6cm da pele e a 0.8cm da aréola. Uma biópsia com agulha grossa (e colocação de clip metálico) foi realizada sendo

compatível com carcinoma invasor, SOE, GIII, triplo negativo e Ki67 de 90%. A axila tinha um linfonodo palpável, único de consistência amolecida com PAAF negativo para células neoplásicas. Foi submetida à Quimioterapia neoadjuvante com resposta clínica e imagenológica completa. Qual sua conduta cirúrgica neste momento baseado em evidências?

- a) Mastectomia simples unilateral com ressecção de pele subjacente a lesão, biópsia do linfonodo sentinela e reconstrução imediata.
- b) Mastectomia simples à esquerda com ressecção de pele subjacente a lesão, biópsia do linfonodo sentinela à esquerda e adenomastectomia contralateral e reconstrução imediata.
- c) Adenomastectomia bilateral com linfonodo sentinela à esquerda e reconstrução imediata.
- d) Ressecção segmentar da área inicial do tumor (com pele subjacente e complexo aréolo-mamilar incluídos) e biópsia do linfonodo sentinela.
- e) Ressecção segmentar apenas da área do clip (sem pele adjacente) e biópsia do linfonodo sentinela.

50) Em relação ao estadiamento do câncer de mama, marque a alternativa correta:

- a) Microcalcificações agrupadas de 1.5 cm. Axila clinicamente negativa. Biópsia por agulha compatível com Hiperplasia ductal atípica - TisN0: EC-0.
- b) Nódulo palpável de 4.8cm (após biópsia). Mamografia e ultrassonografia mamária apresenta nódulo de 1.2cm. Biópsia compatível com Carcinoma Invasor, SOE, Grau II. Axila com linfonodo palpável, aumentado de volume e ultrassom e PAAF normais para células neoplásicas - T1N0: EC – I.
- c) Paciente com mama apresentando hiperemia e edema em pelo menos 2/3 de seu volume, axila clinicamente negativa e linfonodo palpável em fossa supraclavicular ipsilateral positivo para células neoplásicas. Biópsia compatível com carcinoma invasor SOE, GIII – T4dN0 : EC-III-B.
- d) Biópsia cirúrgica de uma paciente submetida à mastectomia e biópsia do linfonodo sentinela: Carcinoma Invasor, SOE, GII, medindo 1.8cm na maior dimensão. Linfonodo sentinela apresenta metástase de 1.8mm (1/3) – pT1pN1a: EC II-A.
- e) Nódulo de 2.8cm e axila clinicamente negativa com biópsia compatível com Carcinoma Invasor, SOE, GIII. Exames de estadiamento (imagem) normais. Pesquisa para células tumorais circulantes (CTCs) positiva – T2N0M1 – EC-IV.

51) Paciente de 37 anos, com IMC de 17, solicita realizar reconstrução tardia após 3 anos de tratamento de tumor triplo negativo, EC-III (mastectomia radical modificada seguida de radioterapia). Qual a melhor conduta dentre as abaixo?

- a) Indica reconstrução em 2 etapas (expansor seguido de implante).
- b) Indica reconstrução com implante direto.

c) Indica reconstrução com retalho miocutâneo do grande dorsal e implante.

d) Indica reconstrução com retalho miocutâneo do reto abdominal.

e) Contraindica reconstrução neste momento devido ao risco de recorrência.

52) Segundo o NCCN 2016.1, em relação à reconstrução mamária imediata no cenário em que há indicação de radioterapia adjuvante, podemos afirmar que:

a) A reconstrução está contraindicada.

b) Está contraindicado o uso de implantes.

c) A radioterapia no implante apresenta maior risco de perda da reconstrução do que a radioterapia do expansor.

d) Em geral, deve ser evitada a reconstrução imediata com retalho miocutâneo.

e) A reconstrução mamária neste caso não está contraindicada, mas deve-se indicar reconstrução tardia em todos os casos.

53) É muito comum nos depararmos com mulheres que apresentam mamas com implante de silicone. Em relação a esta situação, qual destas afirmações é verdadeira:

a) O uso de implante está relacionado à piora da sobrevida quando tais mulheres apresentam câncer de mama comparado a mulheres sem implantes.

b) O uso de implante está relacionado à piora do controle local quando tais mulheres apresentam câncer de mama comparado a mulheres sem implantes.

c) O uso de implantes está relacionado ao atraso do diagnóstico do câncer de mama, porém sem impacto no controle da doença comparado a mulheres sem implante.

d) A mamografia não é recomendada nestes casos, visto que sua sensibilidade é muito baixa. A ressonância magnética deve substituí-la.

e) É muito comum a identificação, no exame físico, de rupturas assintomáticas.

54) Os nomogramas são modelos matemáticos criados para avaliar a chance de linfonodos adicionais axilares comprometidos por neoplasia além do linfonodo sentinela. Qual das opções abaixo apresenta maior risco de linfonodos axilares adicionais comprometidos por neoplasia?

a) Carcinoma lobular invasivo.

b) Carcinoma SOE, Grau III.

c) Carcinoma SOE, triplo negativo.

d) Carcinoma tubular.

e) Carcinoma mucinoso.

55) Em relação ao cenário em que a axila é clinicamente positiva e se torna negativa após quimioterapia neoadjuvante, podemos afirmar em relação à técnica do linfonodo sentinela (LS) que:

- a) Não devemos realizar LS neste cenário.
- b) A taxa de falso negativo, em geral, é a mesma independente se o LS for realizado após a quimioterapia neoadjuvante ou antes.
- c) A taxa de falso negativo não é influenciada pelo número de linfonodos identificados se o LS for realizado antes da quimioterapia.
- d) Há forte evidência que a retirada aleatória de linfonodos não sentinelas melhora significativamente as taxas de falso negativo.
- e) Ainda não sabemos a importância da taxa de falso negativo neste cenário (axila clinicamente positiva que regrediu com terapia sistêmica e LS).

56) Paciente de 16 anos apresenta nódulo palpável, móvel, de crescimento rápido, com 4.8 cm no quadrante súperolateral da mama direita. A ultrassonografia evidenciou nódulo sólido regular, homogêneo com sombra acústica posterior. A biópsia com agulha grossa evidenciou hiperplasia do estroma, sendo recomendada a ressecção da lesão. O diagnóstico mais provável após a ressecção é:

- a) Tumor filóides de baixo grau.
- b) Tumor filóides de alto grau.
- c) Sarcoma.
- d) Fibroadenoma.
- e) Carcinoma, SOE.

57) A presença de carcinoma lobular in situ (CLIS) tocando a margem de uma setorectomia para Carcinoma Invasor, SOE deve ter a seguinte conduta local:

- a) Ampliação de margens.
- b) Mastectomia unilateral.
- c) Mastectomia bilateral.
- d) Reforço da radioterapia (boost) obrigatório.
- e) Nenhuma conduta adicional local.

58) A conduta apropriada após a identificação de uma micrometástase em um linfonodo sentinela realizado após quimioterapia neoadjuvante em uma paciente submetida à mastectomia é:

- a) Linfadenectomia axilar.
- b) Radioterapia com campos tangentes, sem cirurgia axilar adicional.
- c) Radioterapia axilar com campos tangentes altos, sem cirurgia axilar adicional.
- d) Radioterapia axilar com campos para cadeias de drenagem.
- e) Nenhuma conduta local adicional.

59) Segundo o NCCN 2016.1, paciente de 35 anos submetida à ressecção segmentar de um tumor de 3.2cm, triplo-negativo na mama direita revelou margem mais próxima a 0.1cm. A biopsia do linfonodo sentinela revelou 1 linfonodo sentinela positivo para macrometástase (1/1). A conduta cirúrgica apropriada neste caso seria:

- a) Dissecção axilar.
- b) Mastectomia Unilateral ou bilateral com dissecção axilar.
- c) Ampliação de margens com dissecção axilar.
- d) Ampliação de margens sem abordagem axilar.
- e) **Nenhuma conduta cirúrgica adicional.**

60) A presença de fluxo mamilar esverdeado após expressão no exame físico em uma paciente de 19 anos com história familiar de câncer de mama (mãe aos 35 com mutação genética para BRCA-1) é indicativo de :

- a) Citologia.
- b) Mamografia e ressonância magnética.
- c) Realizar teste para mutação do BRCA.
- d) Programar cirurgia profilática.
- e) **Apenas orientação.**

61) A dissecção do retalho do musculo grande dorsal requer conhecimento da anatomia do dorso. Na porção superomedial da dissecção, qual musculo tem parte de sua origem posicionado anterior ao grande dorsal e deve ser prontamente identificado?

- a) Elevadores da coluna.
- b) **Trapézio.**
- c) Romboide maior.
- d) Redondo maior.
- e) Subescapular.

62) Alguns tumores superexpressam a molécula Her-2. Em alguns casos também podem expressar receptores hormonais. Em relação a estes tumores, podemos afirmar que:

- a) Normalmente, tais tumores têm menor acometimento de linfonodos na axila comparados aos triplo-negativos.
- b) Os tumores que expressam receptores hormonais tem maior taxa de resposta à quimioterapia neoadjuvante comparados ao Her2 puro (com receptores hormonais negativos).
- c) O uso de Hormonioterapia é desnecessário, mesmo nos casos em que há positividade de receptores hormonais.
- d) **O uso do Trastuzumabe independe dos receptores hormonais.**
- e) A terapia local (mama) deve ser mais radical nesses tumores.

63) O Birads já está na 5a. edição. Qual item abaixo contempla o novo Birads ?

- a) Descrição da densidade mamária em categorias: 1, 2, 3,4.
- b) Não há necessidade de descrever a distância das lesões para o complexo aréolo-papilar.
- c) O termo densidade permaneceu para descrição de assimetrias.
- d) Lesão palpável deverá ser descrita como categoria 4, mesmo com características de imagem benigna.
- e) As microcalcificações suspeitas são divididas nas categorias 4B e 4C.

64) A taxa de falso negativo do Linfonodo sentinela (LS) após quimioterapia neoadjuvante é mais elevada que a biópsia de LS antes da terapia sistêmica, especialmente se a axila for clinicamente positiva antes do tratamento. São fatores que diminuem a taxa de falso negativo neste cenário:

- a) Dupla marcação (radioisótopo e azul), clip metálico e congelação do LS.
- b) Uso de imunoistoquímica no LS, *sampling* de linfonodos (ressecção aleatória) e congelação do LS.
- c) 3 ou mais LS ressecados, uso de imunoistoquímica no LS e dupla marcação (radioisótopo e azul).
- d) 3 ou mais LS ressecados, congelação do linfonodo sentinela e *sampling* de linfonodos (ressecção aleatória).
- e) 3 ou mais LS ressecados, repetição de linfonodo sentinela (antes e após quimioterapia) e congelação do linfonodo sentinela.

65) Sobre a droga T-DM1, podemos afirmar que:

- a) Trata-se de um anticorpo monoclonal de origem semelhante à platina, podendo ser usado nos tumores iniciais biologicamente adversos (Her2 e triplo negativo).
- b) Demonstrou maior sobrevida em mulheres com câncer de mama inicial Her-2 positivo, associado em duplo bloqueio com trastuzumabe.
- c) Foi aprovada após o resultado do estudo Emília, que demonstrou maior sobrevida global quando foi comparado com lapatinibe + Capecitabina no câncer de mama metastático Her2 positivo.
- d) Recentemente, o estudo TH3RESA evidenciou aumento da sobrevida global no câncer de mama metastático quando comparado ao tratamento de escolha do médico assistente (trastuzumabe, pertuzumabe ou lapatinibe em monoterapia com droga citotóxica).
- e) Normalmente, apesar de claro benefício em termos de sobrevida global, apresenta maior toxicidade que o tratamento padrão.

66) Em relação ao tratamento sistêmico adjuvante para tumor Her-2 superexpresso, podemos afirmar que:

- a) O uso de plataformas genômicas (Oncotype Dx, MammaPrint) já está bem estabelecido neste cenário.
- b) O duplo bloqueio adjuvante com Lapatinibe e trastuzumabe mostrou vantagem em termos de sobrevida global comparado ao bloqueio com trastuzumabe.

- c) Pacientes com tumor menor que 0.5cm e axila negativa podem prescindir de quimioterapia, mas devem fazer trastuzumabe isoladamente.
- d) O esquema TCH tem similar controle da doença comparado ao ACTH, como ficou evidenciado após análise de 10 anos do estudo BCIRG 006 apresentado em San Antônio 2015.
- e) O TCH , apesar de boa tolerabilidade, apresentou maior cardiotoxicidade comparada ao ACTH.

67) Em relação à Doença de Paget da mama, podemos afirmar que:

- a) A incidência da doença associada a Carcinoma invasor ou Carcinoma Ductal in Situ (CDIS) vem caindo nos últimos anos, diferente da DP isolada (sem carcinoma invasor ou CDIS associado) que se manteve estável
- b) A presença de células de Toker explicaria todas as formas clínicas da doença.
- c) Se caracteriza, histologicamente, pela presença de grandes células com núcleo hiper cromático e citoplasma pálido no interior da epiderme que recobre o mamilo. Tais células não exibem, na maioria dos casos, superexpressão do HER2 em reação de imunohistoquímica.
- d) A maioria das pacientes sem massas palpáveis apresentará CDIS, enquanto que o achado de massa palpável na mama (observado em mais de 50% de todos os casos de DP) é mais associado com Carcinoma invasor. A sensibilidade da mamografia e ultrasonografia para detectar Carcinoma invasor ou CDIS é semelhante.
- e) A decisão cirúrgica dependerá da doença associada e sua extensão na mama. A cirurgia conservadora ( ressecção central com radioterapia ) pode ser realizada com segurança após avaliação adequada de imagem. O uso de linfonodo sentinela é motivo de discussão, por isso contra-indicado na DP.

68) Sobre radioterapia e cirurgia reconstrutiva / plástica da mama, é correto afirmar que:

- a) Quando se utiliza expansores, a sequência correta sempre deve ser: mastectomia – expansão – radioterapia – troca do expansor por prótese.
- b) Mamoplastia após tratamento conservador para câncer de mama com radioterapia é uma contraindicação absoluta.
- c) O tratamento mais efetivo para esteatonecrose após cirurgia em mamas previamente irradiadas é a câmara hiperbárica.
- d) A radioterapia após reconstrução mamária imediata leva a pior resultado cosmético, independente do tipo e da técnica de reconstrução adotados.
- e) Radioterapia de axila não influencia a reconstrução com retalho do músculo grande dorsal.

69) Sobre os genes BRCA 1 e 2, é correto afirmar:

- a) As mutações mais frequentes são secundárias as deleções de bases de aminoácidos.

- b) Homem portador de mutação de BRCA 2 tem cerca de 6 vezes mais chance de desenvolver câncer de próstata e de 8% de risco vitalício para desenvolver câncer de mama.
- c) O padrão de herança é autossômico dominante de baixa penetrância – apenas 50% da prole pode herdar os genes alterados.
- d) As mutações de BRCA 1 e 2 estão associadas a mais da metade das neoplasias malignas epiteliais do ovário, principalmente a adenocarcinoma seroso de alto grau.
- e) O BRCA 1 está ligado à mediação de reparo de replicação de dupla hélice de DNA e o BRCA 2 a reparo do DNA e regulação do ciclo celular.

70) Quando avaliamos um artigo científico, alguns conceitos são fundamentais para adequada compreensão dos resultados. Assinale a alternativa correta:

- a) Quanto mais amplo for o intervalo de confiança, mais certeza se poderá ter sobre a magnitude do efeito real.
- b) Intervalos de confiança permitem uma melhor avaliação de determinado efeito do que a abordagem do teste de hipótese (valor  $p$ ).
- c) A diferença estatística significativa ( $p \leq 0,05$ ) quer dizer que a diferença clínica também é importante.
- d) Nos estudos de coorte os casos e os controles são selecionados pelo investigador.
- e) Nos estudos de caso-controle os sujeitos estão livres do desfecho antes da exposição e os controles não são selecionados pelo investigador.

71) Sobre patologia benigna da mama:

- a) Mastite periductal é mais comum em jovens do que em mulheres idosas
- b) A fibromatose de mama está associada à Síndrome de Gardner e apesar de manifestar-se como nódulo suspeito, apresenta aspecto muito característico na mamografia que a difere de carcinoma.
- c) Cicatriz radiada está associada a câncer de mama em até 40% dos casos e por isto a lesão deve ser totalmente excisada.
- d) A papilomatose juvenil ocorre em adolescentes e em adultos jovens e está relacionada a aumento de risco para câncer de mama.
- e) Nos papilomas intraductais infartados, pode haver alteração histológica do epitélio adjacente e maior chance de malignização.

72) Mulher de 46 anos, pré-menopausada, submetida a adenectomia e reconstrução com prótese a direita por carcinoma in situ extenso de mama. Laudo anátomo-patológico: carcinoma ductal in situ com comedo necrose, GN3, extensão de 4,8 x 3,1cm e foco de invasão com 1,1cm, tumor de tipo não especial, GH3, linfonodo sentinela livre de neoplasia. Imunoistoquímica do componente invasor: RE +, RP +, Her-2 ++++, Ki67 35%. Margens livres a 0,3cm da borda lateral da mastectomia. Assinale a alternativa em relação a adjuvância:

- a) Oncotype ou MammaPrint deveriam ser indicados para definir tratamento sistêmico.

- b) Quimioterapia (AC + T), trastuzumabe, hormonioterapia.
- c) Quimioterapia (AC + T), trastuzumabe, hormonioterapia e radioterapia.
- d) Apenas trastuzumabe e hormonioterapia.
- e) Supressão ovariana, exemestane e radioterapia.

73) Paciente com câncer de mama EC IIIB (T4aN1M0) triplo-negativo, submetida à quimioterapia neoadjuvante com esquema ACT. Apresentou resposta clínica completa e foi submetida à mastectomia com biópsia do linfonodo sentinela com técnica do azul patente. O exame de congelação mostrou ausência de neoplasia em um linfonodo sentinela. Anatomopatológico: ausência de neoplasia residual na mama e um linfonodo sentinela livre de neoplasia. Qual seria sua orientação?

- a) Linfadenectomia axilar apenas.
- b) Radioterapia em plastrão, fossa subclavicular e axila.
- c) Linfadenectomia axilar, radioterapia em plastrão e fossa supraclavicular.
- d) Radioterapia em plastrão apenas.
- e) Consideraria tratada.

74) Sobre as incidências complementares no exame de mamografia, podemos afirmar que:

- a) A incidência rolada é uma boa opção para avaliação das assimetrias visualizadas apenas na incidência crânio caudal.
- b) O perfil absoluto é a incidência de escolha para assimetrias visualizadas apenas na incidência crânio caudal.
- c) Compressão localizada sempre deve ser feita associada à magnificação.
- d) A compressão localizada deve ser feita em apenas uma incidência – crânio caudal ou médio lateral oblíqua.
- e) A técnica de Eklund é ideal para avaliação de mamas com próteses e para diferenciar lesões mamárias superficiais de lesões de pele.

75) Paciente de 45 anos, assintomática, hígida. Em exame clínico foi diagnosticado nódulo suspeito de 2,3cm em QQMM de mama direita, cadeias ganglionares livres. Biópsia de fragmento: carcinoma lobular invasor clássico, luminal A. A cintilografia óssea mostrou múltiplas metástases ósseas em esqueleto axial. Qual seria a melhor conduta, dentre as abaixo?

- a) Tratamento cirúrgico conservador seguido de quimioterapia e hormonioterapia.
- b) Quimioterapia seguida de hormonioterapia.
- c) Hormonioterapia com inibidor de aromatase e bloqueio ovariano e bisfosfonado.
- d) Radioterapia das metástases, quimioterapia e hormonioterapia.
- e) Mastectomia, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia das metástases.

76) Em relação ao PET-CT, é correto afirmar:

- a) Quando há suspeita de metástase cerebral, a pesquisa com PET-CT é superior à ressonância magnética.
- b) Tem desempenho superior na pesquisa de metástases ósseas, principalmente lesões osteoblásticas.
- c) No estágio inicial, sua utilização para o estadiamento tem indicação apenas nos tumores triplo-negativos.
- d) A alta densidade mamária é um fator associado à captação aumentada de FDG.
- e) A sensibilidade da TC de tórax é superior ao PET para avaliação de linfonodos mediastinais e cadeia mamária interna.

77) Sobre as neoplasias papilares, é correto afirmar:

- a) Biópsias percutâneas são contraindicadas na avaliação de lesão suspeita para papiloma.
- b) Na imunohistoquímica os marcadores para células mioepiteliais utilizados são p63, CD10 e citoqueratina 5.
- c) No papiloma atípico (papiloma com hiperplasia ductal atípica) não se encontram células mioepiteliais na periferia do ducto.
- d) Há indicação de biópsia de linfonodo sentinela em casos de carcinomas papilares intracísticos.
- e) Tanto o carcinoma invasivo micropapilar como o carcinoma papilar intracístico apresentam ótimo prognóstico.

78) Sobre imunohistoquímica, é correto afirmar que:

- a) Nos tumores triplo-negativos basais, pode-se encontrar expressão para CK5, P-caderina, EGFR e vimentina.
- b) Em uma lesão metastática sem sítio primário, a expressão de CK7 e CK8 descarta origem mamária
- c) Nos carcinomas lobulares invasores a pesquisa de E-caderina é positiva.
- d) CK20 e CK7 são frequentemente associadas ao carcinoma mamário.
- e) A pesquisa de AE1/AE3 é indispensável na confirmação de micrometástases em linfonodos sentinelas.

79) Sobre as cirurgias redutoras de risco para câncer de mama e/ou ovário, é correto afirmar que:

- a) Quando realizada na pré-menopausa a redução de risco para câncer de mama com a SOB chega a 90% na maioria dos estudos.
- b) Nas mulheres de alto risco, a redução de mortalidade está associada à realização da SOB e não da mastectomia.
- c) Devem ser indicadas para as portadoras de mutação de BRCA 1 e 2 assim como para portadoras de outras mutações associadas ao maior risco de câncer de mama, desde que com predomínio na família de casos de câncer de mama.
- d) Quando a pesquisa de mutação não está disponível, elas devem ser indicadas quando o risco cumulativo no decorrer da vida é alto, acima de 20%

- e) A salpingo-ooforectomia bilateral (SOB) deve ser feita mais precocemente nas portadoras de mutação BRCA 1 do que BRCA2.
- 80) Em relação à radioterapia, segundo o consenso de Saint Gallen 2015, é correto afirmar:
- a) Radioterapia hipofracionada é uma boa indicação apenas para mulheres de baixo risco, acima de 65 anos.
  - b) Radioterapia hipofracionada poderia ser indicada independente da idade e mesmo em casos de cirurgia conservadora após QT neoadjuvante.
  - c) Radioterapia adjuvante após mastectomia deve ser indicada nos casos de 1 - 3 linfonodos comprometidos.
  - d) O painel de especialistas recomenda radioterapia de axila nas pacientes incluídas nos critérios do estudo ACOZOG Z0011.
  - e) Existe forte recomendação para irradiação de cadeia mamária interna nos tumores de quadrantes mediais.
- 81) Sobre rastreamento mamográfico para câncer de mama, é correto afirmar que:
- a) Na faixa etária acima de 50 anos, há mais sobrediagnóstico em comparação com a faixa etária entre 40 e 49 anos
  - b) Há necessidade de mais biópsias nas mulheres abaixo dos 50 anos, no entanto o valor preditivo positivo é mais alto do que nas mulheres acima de 50 anos.
  - c) Os ensaios clínicos sobre rastreamento mostraram que o tempo entre o diagnóstico e o tratamento impacta nas taxas de mortalidade.
  - d) O número de mulheres rastreadas para se evitar uma morte é menor na faixa etária mais avançada.
  - e) A redução de mortalidade na faixa etária acima dos 50 anos é o triplo do que aquela observada nas mulheres entre 40 e 50 anos.
- 82) Entre os tipos histológicos abaixo, qual deles representa tumor de pior prognóstico?
- a) Carcinoma micropapilar.
  - b) Carcinoma tubular.
  - c) Carcinoma túbulo-lobular.
  - d) Carcinoma mucinoso.
  - e) Carcinoma cribriforme.
- 83) Em relação ao linfedema após o tratamento do câncer de mama, podemos afirmar que:
- a) O sinal do cacifo positivo ocorre no estágio II.
  - b) No estágio II o edema ainda é reversível espontaneamente.
  - c) No estágio I há um depósito de proteínas e o edema é reversível.
  - d) No estágio I há o aparecimento de papilomatoses.
  - e) O diagnóstico é obtido com a identificação de uma diferença maior que 1cm da circunferência do braço acometido com o outro braço.

84) Em relação à Doença de Paget, podemos afirmar que:

- a) Ocorre mais frequentemente em mulheres pré-menopáusicas.
- b) A presença de massa palpável na apresentação da doença determina pior evolução das pacientes.
- c) É extremamente baixa a incidência de HER-2 nas células de Paget associada ao carcinoma.
- d) Aproximadamente 30% dos casos ocorrem com massa palpável.
- e) É uma manifestação muito frequente do carcinoma lobular in situ.

85) Assinale a afirmativa correta:

- a) A projeção craniocaudal estendida ou de Cleópatra permite avaliar lesões que aparecem parcialmente ou não são identificadas na incidência craniocaudal convencional.
- b) Na mamografia os linfonodos com comprometimento neoplásico apresentam interior hipodenso e sem núcleo radioluscente.
- c) Até 50% dos casos de carcinoma de mama podem deixar de ser diagnosticado pelos exames de rastreamento.
- d) A mamografia digital parece ser mais precisa em mamas lipossustituídas que a mamografia analógica.
- e) A mamografia é o melhor método que dispomos para o diagnóstico precoce do câncer de mama, porém não mostrou redução da mortalidade em estudos efetuados de rastreamento.

86) Há um número crescente de pacientes submetidas à reconstrução mamária com emprego de expansores de tecido. A radioterapia (RT) complementar aumenta o risco de complicações em pacientes com reconstrução mamária. Podem ocorrer complicações imediatas com consequente perda da reconstrução, assim como complicações mais tardias, como contratatura capsular severa na prótese definitiva. Em relação a estas complicações, e a escolha entre irradiar o expansor ou a prótese definitiva, podemos afirmar que:

- a) Irradiar o expansor acarreta menos complicações imediatas e tardias.
- b) Irradiar o expansor acarreta mais complicações imediatas e tardias.
- c) Irradiar o expansor acarreta mais complicações imediatas, porém menos complicações tardias.
- d) Irradiar o expansor acarreta menos complicações imediatas, porém mais complicações tardias.
- e) Expansores com válvulas acopladas não podem ser irradiados.

87) Em relação ao tratamento oncológico em mulheres jovens, podemos afirmar que:

- a) A amenorreia ocorre frequentemente durante ou após quimioterapia e sua persistência não depende da idade.
- b) Mulheres em uso de tamoxifeno não necessitam de contracepção.

- c) O uso de anticoncepcionais orais pode ser utilizado para prevenir gravidez.
- d) O uso de análogo do GnRH durante a quimioterapia em mulheres com tumor receptor hormonal negativo pode preservar função ovariana.
- e) A gravidez esta liberada durante a terapia endócrina.

88) Mulher de 53 anos, realizou ressecção segmentar de mama com diagnóstico de carcinoma ductal in situ (CDIS) medindo 2,5cm com comedonecrose, margens livres. A indicação de radioterapia adjuvante, está:

- a) Correta, porque estudos randomizados demonstraram redução de 50% nas recidivas locais com o uso da radioterapia em pacientes com CDIS.
- b) Errada, porque nos casos de CDIS não há indicação de radioterapia e/ou hormonioterapia.
- c) Errada, porque não há estudo randomizado que comprove o benefício da radioterapia no tratamento adjuvante do CDIS.
- d) Correta, porque estudos randomizados demonstraram redução de 30% na mortalidade das pacientes tratadas com radioterapia adjuvantes em CDIS.
- e) Errada, porque CDIS com comedonecrose não tem indicação de radioterapia adjuvante.

89) Em relação ao tempo (mínimo e máximo) de fixação da peça cirúrgica para a correta análise das reações de imunoistoquímica o correto é:

- a) 1 hora e 12 horas.
- b) 24 horas e 48 horas.
- c) 3 horas e 18 horas.
- d) 6 horas e 18 horas.
- e) 6 horas e 48 horas.

90) Dois estudos apresentados em 2015 compararam o uso do anastrozol com o tamoxifeno na prevenção de recorrência após tratamento cirúrgico do Carcinoma Ductal in Situ (CDIS): o *IBIS II DCIS* e o *NSABP-B35*. É verdadeiro afirmar:

- a) No estudo NSABP-B35, o anastrozol reduziu significativamente a recidiva local em até 27% (HR: 0.73) comparado ao tamoxifeno.
- b) No estudo IBIS II DCIS, o anastrozol também reduziu a recidiva local, porém em maior magnitude que no estudo do grupo NSABP.
- c) A radioterapia adjuvante foi realizada por mais de 95% das pacientes em ambos os estudos.
- d) O uso do tamoxifeno teve taxas semelhantes de carcinoma de endométrio que o anastrozol.
- e) Houve diferença significativa de aderência ao tratamento em ambos os estudos, desfavorável ao anastrozol, possivelmente devido aos efeitos colaterais musculoesqueléticos que também foram significativos neste grupo (OR: 1.49).

- 91) A recidiva local após cirurgia conservadora vem caindo com os anos. Para pacientes na década de 1970, a taxa de recidiva em 5 anos girava em torno de 10% em muitos estudos (atualmente 2%). É correto afirmar que:
- a) É possível afirmar que melhora das técnicas de mamografia não influenciaram tal fenômeno.
  - b) A quimioterapia teve importante papel na redução da recidiva sistêmica. No estudo NSABP-B13, o grupo que realizou o tratamento teve 3.5% de recorrência em 10 anos comparado a 13.3% em mulheres não tratadas.**
  - c) A radioterapia diminuiu a recorrência, como também a mortalidade em 50% do câncer de mama, como ficou evidenciado na metanálise do EBCTCG publicada na década de 90. Podemos, portanto, afirmar que o benefício da sobrevida é mediado pela redução da recidiva local.
  - d) A hormonioterapia adjuvante não tem impacto no controle local quando é realizada radioterapia adjuvante, como ficou evidenciado no estudo NSABP-14.
  - e) A omissão de radioterapia adjuvante em certos grupos de pacientes não tem impacto na recidiva local, como ficou evidenciado no estudo CALGB 9343 realizado em mulheres abaixo de 70 anos.

- 92) Sobre os estudos que avaliaram o papel da radioterapia na cadeia de drenagem linfática no câncer de mama, MA.20 e EORTC 22922, é correto afirmar:
- a) Ambos os estudos encontraram grande benefício da sobrevida livre de doença e sobrevida global nas pacientes que realizaram irradiação das cadeias de drenagem.
  - b) Não está claro nos estudos MA.20 e do EORTC se o benefício se deve a irradiação da cadeia mamária interna ou da fossa supraclavicular.**
  - c) Os estudos de cadeia de drenagem não são contraditórios com os achados do estudo ACOZOG 011.
  - d) Não houve aumento de linfedema grau 2-3 nos estudos MA.20 e do EORTC.
  - e) O uso de Nomogramas para avaliar probabilidade de outros linfonodos axilares comprometidos não traz nenhum auxílio na decisão de irradiar cadeias de drenagem visto que não foram validados.

- 93) Estudo do grupo Dinamarquês, do grupo DBCG, apresentado em San Antonio 2015, avaliou margens e reoperações no tratamento cirúrgico conservador da mama em 11900 pacientes entre 2000 e 2009. Foi observado recidiva local em 10 anos de 5.9% nesta população. O Hazard Ratio (HR) para distância do tumor das margens e risco de recidiva local foram: 2.52 (1.02 -6.23) para margem positiva, 1.40 (0.62-3.79) entre 0 e 1mm, 1.40 (0.79-2.47) entre 1 e 3mm e 0.79 (0.39-1.62) entre 3-5mm. 11% das pacientes foram submetidas à reexcisão (ampliação ou mastectomia), sendo encontrados 20% de doença residual nestes casos. O HR para recidiva local devido à presença de

doença residual invasiva foi 2.97 (1.57-5.62). Podemos afirmar em relação aos achados destes estudos que:

- a) Diferente de estudos anteriores, esta avaliação observou que margens maiores diminuem significativamente a chance de recidiva local.
- b) Margens maiores, desde que não toquem a tinta, não influenciam a taxa de recidiva local.**
- c) As taxas elevadas de recidiva em 10 anos (5.9%), maiores que estudos prévios como o NSABP-06, foram influenciadas pela doença residual encontrada.
- d) Tumores que tocam a margem tem a mesma chance de recidiva local que margens entre 0 e 1mm.
- e) O achado de doença residual na ampliação não influenciou a recidiva local.

94) Segundo Oeffinger KC et cols., em artigo publicado no JAMA, 2015; 314 (15), qual é a diretriz de rastreamento mamográfico para a população geral da *American Cancer Society* (ACS)?

- a) Mamografia anual dos 45 aos 54 anos e bienal a partir dos 55 anos.**
- b) Mamografia anual a partir dos 40 anos.
- c) Mamografia anual a partir dos 50 anos.
- d) Mamografia bienal a partir dos 50 anos.
- e) Mamografia bienal dos 45 aos 54 anos e trienal a partir dos 55 anos.

95) Em relação ao estudo clínico, fase III chamado CREATE-X, apresentado na conferência de San Antônio (SABCS) em 2015 podemos afirmar que:

- a) O tratamento com ciclofosfamida aumentou a sobrevida livre de doença para as pacientes HER2-negativo.
- b) Não foi evidenciada melhoria da sobrevida global com adição de paclitaxel.
- c) Os efeitos colaterais da droga cisplatina foram gerenciáveis no CREATE-X.
- d) Após dois anos, a sobrevida livre de doença é significativamente melhorada com adição de capecitabina à terapia padrão.**
- e) CREATE-X envolveu trastuzumabe e não tem a ver com quimioterapia.

96) Qual dos itens abaixo representou exclusão do Estudo ACOZOG Z0011?

- a) Pacientes com mais de 70 anos.
- b) Pacientes com câncer de mama bilateral.**
- c) Apenas 1 linfonodo sentinela isolado.
- d) Pacientes com tumores maiores que 3 cm.
- e) Metástase linfo nodal maior que 10 mm.

97) Em outubro de 2015, a Revista *Times* questionou a necessidade de tratamento local (cirurgia ou radioterapia) em mulheres portadoras de Carcinoma Ductal In Situ (CDIS). Inúmeras opiniões surgiram após tal

publicação. Sobre a necessidade de tratamento do CDIS, podemos afirmar que:

- a) Já temos evidência para não realizar tratamento algum no CDIS, seja de alto grau ou baixo grau.
- b) Já temos evidência para não realizar tratamento algum no CDIS de baixo grau.
- c) Quando as pacientes realizam tratamento, a mortalidade é muito baixa no CDIS de baixo grau, porém elevada no alto grau.
- d) O Oncotype DCIS comprovou que não há diferença de recorrência local quando a radioterapia é omitida no CDIS de alto grau.
- e) Ainda não temos evidência para deixar de realizar tratamento local no CDIS, independente do grau.

98) De acordo com os estudos que mostraram benefícios com a hormonioterapia estendida por 10 anos:

- a) Após 10 anos, a redução na mortalidade específica por câncer de mama, no estudo ATLAS, foi de cerca de 50% na pré-menopausa.
- b) O estudo aTTom mostrou diferenças significativas tanto na diminuição de recorrência como na de mortalidade por câncer de mama.
- c) No estudo ATLAS houve redução do risco de recorrência e de mortalidade específica por câncer de mama.
- d) Na pós-menopausa, o uso de tamoxifeno por 10 anos apresentou os mesmos benefícios de tamoxifeno por 5 anos seguido de inibidor de aromatase por mais 5 anos
- e) No estudo aTTom a sobrevida global foi significativamente maior no grupo de hormonioterapia estendida.

99) Em relação aos nódulos mamários:

- a) Na classificação BIRADS 5ª. edição 2013, nódulo de características favoráveis, mas palpável, é BIRADS 4A, mas pode ser acompanhado.
- b) Na classificação BIRADS 5ª. edição 2013, nódulo de características favoráveis, mas palpável, é BIRADS 4A, e sempre deve ser biopsiado.
- c) Nos fibroadenomas, a diferenciação para neoplasia maligna é muito rara e o tipo histológico mais associado é o carcinoma ductal.
- d) Nódulo classificado como BIRADS 3 em mulheres na pós-menopausa sempre devem ser biopsiados.
- e) Nódulo BIRADS 3 que apresentou crescimento de mais de 20% durante o seguimento deve ser reclassificado para BIRADS 4.

100) Sobre biopsia do linfonodo sentinela (BLS) após quimioterapia neoadjuvante (QTneo), o único estudo com desfecho clínico publicado até o momento, é do grupo do Instituto Europeu de Oncologia – Milão e publicado por Galimberti e col. em 2016 no EJSO. De acordo com este estudo:

- a) A realização de BLS após QTneo em casos previamente N1 deve ser evitada pela alta taxa de recorrência axilar.

- b) Este foi um estudo prospectivo que validou a realização de BLS após QTneo em casos previamente N1 e N2
- c) Estudo retrospectivo com casos N0/1/2 pré QTneo que sugeriu que a técnica de BLS é viável quando o LS torna-se negativo após a QTneo
- d) As taxas de recorrência axilar e a distância foram semelhantes, o que mostra que a BLS após QT neo não muda a evolução clínica
- e) Não ocorreram recorrências axilares após a BLS durante todo o seguimento.