

Chirurgie des cancers du sein :

Ganglion sentinelle : indications actuelles et évaluations en cours



INDICATIONS ACTUELLE DU GS

- Cancer infiltrant, unifocal, taille \leq à 2 cm
- Aisselle cliniquement indemne (N0)
- Sans aucun trt pré-opératoire (ni CT, ni RT, ni HT)
- Sans aucune chirurgie préalable
- Chirurgien ayant validé sa courbe d'apprentissage

AMIFORM

- * **Conférence de Consensus . Cancer 2002, 94 (10)**
- * **XXV emes Journées Nationales de la SFSPM en 2003**
- * **St Paul de Vence . 2005**

INDICATIONS « PRUDENTES »

CAR

- **La technique n'a pas une fiabilité de 100%**
- **Nécessité de formation des chirurgiens**
- **Absence de résultats à long terme**

SÉRIES DESCRIPTIVES : GS SUIVI D'UN CURAGE

Méta-analyse à propos de 69 séries soit 8059 patientes

- Taux de faux négatifs de **7,3 %** (0 à 29 %) !!

Kim T. *Cancer* 2006; 106(1):4-16.

! : technique opérateur dépendante

RÉSULTATS DES ÉTUDES RANDOMISÉES GS VERSUS CURAGE AXILLAIRE

	N de patientes	% de faux négatifs
IEO (Italie) U. Véronesi	259	8,8%
ALMANAC (GB) R. Mansel	326	6%
NSABP B –32 (USA) D. Krag	2800	9,7%
SNAC (Australie) G. Gill	477	7 %
GF-GS 01 (France) JY. Bobin	?	

GS : ÉTUDE PROSPECTIVE GS SEUL

= Très peu de récidives diagnostiquées

Séries		n	Recul	Récidive axillaire
Veronesi	2005	953	58 Mois	3
Cox C	2004	941	48 mois	2
Curie	2004	763	24 mois	1

≠ mélanome

CONSÉQUENCES DES BONS RÉSULTATS : LES INDICATIONS S'ÉLARGISSENT

➤ Indications

- Grosses tumeurs et GS Pré Chimiothérapie
 - GS Post chimio
 - Cancers multicentriques
 - Post tumorectomie / Post plastie mammaire
 - Récidives sur sein irradiés
- | | |
|--|-------------|
| | Contre |
| | Indications |
| | Relatives |

- ## ➤ Reprise par curage en cas de GS N+ ou micrométastatique.

A part : les cancers intra canauxaires

ANALYSE DES CONTRE-INDICATIONS RELATIVES



1/ GROSSES TUMEURS ET GS PRÉ CHIMIOTHÉRAPIE

Étude de Amsterdam

Série de 25 patientes T2N0 traitée par CT néoadjuvante

Nombre moyen de GS prélevé = 2 (1-4)

44 % de GS N+ (Curage)

56 % de GS N- surveillées, pas de récurrence à 18 mois de suivi

Conclusion : GS procédure possible pour les T2 N0 avant CT néoadjuvante

Nieweg O. Ann Surg Oncol 2006 13 (4): 575-9

Mais, pas de bénéfice si évident selon C Cox car chez les patientes cN0 , le GS évite le CA que dans 15 % des cas

Cox CE, Ann Surg Oncol 2006, 13(4):483-90:

2 / GS POST CHIMIO

Auteur		n	% identification	% Faux négatifs
Nason	2000	15	87	33
Tafra	2001	29	93	0
Vignario	2003	37	97	28
Mamounas	2003	428	85	11
Shimazu	2004	47	94	12
Le bouedec	2006	74	92	14
Total (18 études)		1044	89	10

Conclusion : GS possible post CT chez les patientes initialement N0

3/ LE CANCER MULTICENTRIQUE

Etude de EIO (Milan) Série de 42 patientes (2001-2004)

Taille moyenne des tumeurs: la plus grosse 1,8 cm (0,6-4-3cm)
somme des tailles 3,6 (0,9- 6,5 cm)

Nombre moyen de GS prélevé= 1.55 (1-5)

50 % de GS N+ (Curage)

50% de GS N- surveillés, pas de récurrence à 24 mois de suivi

Conclusion: GS procédure standard pour les cancers multicentriques
N0

Veronesi U. Eur J Surg Oncol 2006 Juin 32(5): 507-10

3/ CANCER MULTICENTRIQUE

Auteur	n	% GS +	Suivi	Conclusion
M. Knauer JCO 2006	142	60 %		Taux de FN : 4% Indication retenue
U.Véronesi 2006	42	50%	24 mois	Indication retenue

4/ GS POST TUMORECTOMIE / PROTHESE

Auteur	Technique	n	
Heuts EM 2005	Excisional biopsy	88	Taux de FN :0 % Pas de Contre indication
Jacub JW 2004	Pose d'implants (14 ans de recul moyen)	76	Pas de récurrence chez les GS N-

5/ GS POUR RÉCIDIVE SUR SEIN IRRADIÉ

Étude de New York

Série de 15 patientes présentant une récurrence sur sein RT et prélèvement initial d'un GS

Lymphoscintigraphie : drainage axillaire dans 5 cas 1 GS Meta
 drainage extra axillaire dans 5 cas
 drainage controlatéral dans 3 cas 2 GS Métas

Conclusion: La recherche lympho-scintigraphique des GS permet d'identifier des métastases ganglionnaires qui seraient passées inaperçues

Taback B. Ann Surg Oncol 2006 13 (8): 1099-104.

**LE PROBLÈME
DES RÉ-INTERVENTIONS
POUR GS PN1, PN1(MI), PN0(I+)**



RÉINTERVENTION APRÈS GS ATTEINT

GS	GNSmétastatique
Macro métastatique	Environ 50 %
μ méta ≤ 2 mm	Environ 14 %
Sub μ méta $\leq 0,2$ mm	ou moins ???
Indemne	Environ 7 %

RÉ-INTERVENTION APRÈS GS MICRO-MÉTASTATIQUE

Revue française rétrospective et multicentrique sur 700 cas

Taux de GNS métastatiques après GS μ métastatique : 13,4 %

Houvenaghe G. JCO 2006 24(12) 1814.

CONCLUSION :

Pas de différence entre μ métas HES et IHC (μ méta et sub μ méta..)

Ré intervention inutile

si GS μ méta médullaire

pT1a

pT1a,b sans embols

pT1a,b,c tubuleux, colloïde,

Re intervention +++++

1

Métastase



Re intervention recommandée +++

μ metastase (HES)

< 2 mm



Sub μ métastases(IHC)

Certaines équipes ne réopèrent plus

Nieweg O Cancer 2006 (Risque de 4 %)

Giuliano Am J Surg 2005 (Risque : 1,6 %)

A PART : LE CANCER SUPPOSÉ INTRA CANALAIRE

➤ Les cancers intra-canalaire étendus (diagnostiqués par macro-biopsie) et nécessitant une mammectomie sont une bonne indication au GS à cause du risque de sous-estimation de la micro-biopsie ou de la macro-biopsie

➤ Le cancer strictement intra-canalaire n'est pas une indication au GS
Risque exceptionnel d'atteinte du GS

Veronesi P, Breast 2005 , 508 cas 1,8 % de méta et micrometa HES

Cox CE: 2005 am j surg 2005 559 cas 1,7 % de méta et micrometa HES et
3,3 % Celllules immuno marquées.

Devant un foyer de micro- calcifications avec diagnostic de CIC, comment savoir si un prélèvement de GS est utile ?

Facteurs de risque de sous-estimation

- Présence d'une tumeur palpable ou d'un nodule échographique
- Taille du CIC > 4 cm
- micro-biopsie / macrobiopsie
- CIC de haut grade
- Age < 55 ans

*Yeh TW J Am Coll Surg 2005
Dillon MF , J Surg Oncol 2006
Cox CE: 2005 Am J Surg 2005*

CONCLUSION

- **Il semble logique d'attendre les résultats des essais randomisés sur l'impact sur la survie à long terme avant d'étendre les indications**

Comment étendre les indications de façon progressive et consensuelle ?