

Ganglion sentinelle

les limites des indications:

*Taille tumorale,
multifocalité,
après tumorectomie,
après traitement préopératoire,
en cas de récurrence*

S.Giard

Centre O.Lambret -Lille

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale		
multifocalité		
Après tumorectomie		
Après trmt preop		
Lors de récurrence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	
multifocalité		
Après tumorectomie		
Après trmt preop		
Lors de récidence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité		
Après tumorectomie		
Après trmt preop		
Lors de récidence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité	OUI (NP limité)	
Après tumorectomie		
Après trmt preop		
Lors de récurrence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité	OUI (NP limité)	NON
Après tumorectomie		
Après trmt preop		
Lors de récidence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité	OUI (NP limité)	NON
Après tumorectomie	OUI (NP limité)	
Après trmt preop		
Lors de récurrence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité	OUI (NP limité)	NON
Après tumorectomie	OUI (NP limité)	NON
Après trmt preop		
Lors de récurrence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité	OUI (NP limité)	NON
Après tumorectomie	OUI (NP limité)	NON
Après trmt preop	NON (oui si avt trmt)	
Lors de récurrence	SFSPM - Strasbourg 2010	

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	Oui T1-T2 (5cm)	Oui T1 (2cm)
multifocalité	Oui (NP limité)	NON
Après tumorectomie	oui (NP limité)	NON
Après trmt preop	NON (oui si avt trmt)	NON
Lors de récidence		

Recommandations pour le GS

	Asco 2005	St Paul 2005
Taille tumorale	OUI T1-T2 (5cm)	OUI T1 (2cm)
multifocalité	OUI (NP limité)	NON
Après tumorectomie	OUI (NP limité)	NON
Après trmt preop	NON (oui si avt trmt)	NON
Lors de récurrence	NON SFSPM - Strasbourg 2010	NON

Et ils avaient pourtant les mêmes études à lire!.....

- Pour faire bouger les choses en France:



les **G**anglions **A**xillaires **TRI**als

Fiabilité (TFN) du GS dans une situation
définie, en prospectif, multicentrique
(GS+ CA systématique)

Ganea 1 et 2, iGAssu, GAs2+, GATA.....

GS et taille tumorale

RPC St Paul 2005:

$T \leq 2 \text{ cm}$

GS et taille tumorale

- Revue Barranger 2009:
7 études , n = 2046 T2- T3
TFN = 4 à 9%
- TFN non différent T1 vs T2- T3
- MAIS: définition de la taille?
- Facteurs de récurrence axillaire après GS (-):
GHP III, absence de chimio
mais pas la taille

GS et taille tumorale

- En théorie, $\nearrow$ FN avec $\nearrow$ prevalence de N+
1000 patientes avec TFN = 10%
si risque de N+ = 10% $\rightarrow$ 10 FN
si risque de N+ = 50% $\rightarrow$ 50 FN
- $\rightarrow$ mieux pré-sélectionner les patientes N0:
 - évaluation axillaire preop : echo±pction
 - évaluer le risque de N+ (GHP, EV, âge..)

(sentinel lymph node metastasis nomogram/MSKCC)

- Attendre les résultats de GAS2+



GS et tumeurs multiples

RPC St Paul 2005:
NON

GS et tumeurs multiples

- Revue 2010:

12 études , n = 648

TFN= 6.9% (extrem: 0 – 33%)

Ozmen 2002, Tousumis 2003, Kumar 2003, Goyal 2004, Knauer 2006, Ferrari 2006, D'Eredita 2007, Holwitt 2008, Kim 2008, Cipolla 2008, Lo 2009, Fearmonti 2009

- iGAssu:

16 centres, n = 211

TFN= 13.6 % (IC95: 7- 20%)

GS et tumeurs multiples

- Discordance?
tumeurs multiples pré ou postopératoire
- Risque de FN ?
 - taux de N+: 49% ds la revue
54% ds igassu
 - facteurs de FN:
 - taille tum dans certaines études
 - dans igassu: localisation externe



Alors?

Au total: GS et tumeurs multiples

- Multifocalité histologique post-opératoire:
→ pas de reprise en CA si GS (-)
 - Tumeurs multiples préopératoires:
Prudence???
- GS à réserver à petite(s) tumeur(s)
sans masse tumorale externe importante ?

GS après tumorectomie

RPC St Paul 2005:

NON

GS après tumorectomie

- Revue 2010:
 - 3 études, n = 2394

TFN = 11.35%

Wong 2002, Celebioglu 2007, Krag 2008

- Comparaison chirurgie diagnostique/ biopsie percutanée sur TFN:
 - 5 études (n= 3094) : non significatif
 - 2 études (n=5503) : significatif
- 2 études (*Tafr 2001, Haig 2000*) :
 - pas de différence sur TFN selon biopsie incisionnelle ou tumorectomie large

GS après tumorectomie

Est-ce encore une question quand généralisation des biopsies percutanées?

Risque de sous-estimation CCIS/ invasifs: 18%

8 à 10% de ces invasifs seront N+

dont la moitié: micrometa

(revue Cohen 2009)

Au total: GS après tumorectomie

- La découverte d'un foyer invasif après tumorectomie doit faire discuter en RCP l'intérêt d'une reprise pour évaluation ganglionnaire:
 - risque de N+ méconnu (*nomogramme MSKCC*)
 - conséquences thérapeutiques
 - Si indication d'évaluation ganglionnaire après tumorectomie → curage axillaire
- ...En attendant les résultats de GATA



GS et traitement préopératoire

RPC St Paul 2005:
GS après chimio 1^{ère}: NON

GS APRES chimiotherapie préopératoire

- Meta-analyse Xing (2006):

21 études, n= 1273 avec CA systématique

TFN= 12% (IC95: 9-16%)

- Revue Van Deurzen (2009):

27 études, n= 2148 avec CA systématique

TFN = 10.5% (IC95: 8.1- 13.6%)

- GANEA 1:

12 centres (2003-2005), n=195

TFN = 11.5% (6/52)



ALORS ?

Problème en suspens

N+ initial avant chimio: facteur de FN?

- discordance ds littérature
- Dixon 2010: 19 études, n= 793 avec N1 initial

TFN= 11%

- GANEA 1:

N0 → TFN = 9.4% N1 → TFN = 15% (p=0.66)

N+ AVANT chimio et GS après si N-

- 3 essais en cours:
 - évaluation axillaire initiale US± pction
 - si N1 initial négatif après chimio:
GS+ CA
- ACOSOG Z1071, SENTINA, GANEA 2

Autre stratégie pour limiter le risque de FN?

→ Faire le GS avant la chimio

GS avant chimio neoadjuvante

- Connaître le statut N initial (pour les champs d'irradiation)
- 20 à 40% des N+ initiaux négativés par la chimio auront un CA
- Procédure opératoire supplémentaire
(*avec chambre implantable*)
- Validité du GS pour les grosses tumeurs?

GS avant chimiothérapie neo-adjuvante

- 3 études publiées avec CA systématique:
n = 134

TFN = 0%

(Papa 2008, Schrenk 2008, Menard 2009)

- Étude française EVA:
→ attente des résultats



Au total : GS et chimiothérapie 1ère

- Le GS est réalisable après chimiothérapie néo-adjuvante avec abstention du CA si GS –
- en limitant les indications aux patientes N0 initial
- L'échographie axillaire initiale avec ponction des adenopathies suspectes est conseillée pour sélectionner les candidates au GS post chimio
- Le GS réalisé avant la chimiothérapie adjuvante n'est pas validé actuellement

GS lors de récurrence (locale)

RPC St Paul 2005:

NON

Standard: pas d'évaluation ggl si RL isolée avec CA
initial

Si RL invasive après CCIS initial: CA

GS lors de récurrence locale

- Risque de N+ quand RL isolée?
4 études (Cox 2008, Intra 2007, Schrenk 2008, Port 2007)
Tx de N+: 13.5% (35/259)
- Pas de donnée sur le risque de N+ en fonction du geste axillaire initial
- Faisabilité du GS en cas de récurrence?
5 études, n= 422
TI= 78%
si GS ant: TI= 66%, si CA ant: TI= 37%
(Palit 2008, Cox 2008, Schrenk 2008, Koizumi 2008, Tasevski 2009,
- Pas de donnée sur TFN en cas de RL sans geste axillaire initial
- Drainage erratique: 28%
dont 1/4 en axillaire controlatéral
47 % des ggl axillaires controlat sont N+
- Impact de la connaissance de N+ occulte ??????

Au total: GS lors de recidive locale

- Actuellement pas d'indication de nouvelle exploration axillaire quand RL N0
- Evaluation du N0 par US $\pm$ ponction
- Si RL invasive sans explo ggl initiale (RL invasive après CCIS):
 - risque de N+ ?
(sentinel lymph node metastasis nomogram MSKCC)
 - si evaluation ggl décidée: Curage

En conclusion....

Evaluer la pertinence

- d'une exploration ganglionnaire par rapport à l'absence d'évaluation si risque faible de N+
(*RL, après tumorectomie*)
- Du GS par rapport au CA si risque important de N+
(*grosse tumeur, tumeur multiple, qd trmt systemique 1^{er}*)

→ évaluation du risque de N+:

sentinel lymph node metastasis nomogram MSKCC

→ évaluation de aisselle par echo± ponction

Merci de votre attention

GS après hormono neoadjuvante

- Reitsamer 2010

n = 22, TFN = 10%