

CONTEXTE

Aujourd'hui, selon St-Gallen et l'ASCO, le curage axillaire (CA) en cas de ganglion sentinelle (GS) positif doit être évité chez les patientes qui remplissent les critères de l'essai ACOSOG Z011, 2. Les recommandations françaises de Nice St Paul de Vence de 2013 diffèrent³. Le CA est toujours recommandé en cas de macrométastase dans le GS et l'abstention chirurgicale ne doit être compensée ni par une augmentation des indications de chimiothérapie, ni par un élargissement des champs d'irradiation. Une première enquête de pratique française avait été réalisée en 2012 et montrait déjà une certaine hétérogénéité⁴

OBJECTIF-MATERIEL ET METHODES

Objectif: L'objectif de notre étude était d'évaluer l'évolution des pratiques françaises après la publication des dernières recommandations de 2013.

Méthodes: Nous avons réalisé une enquête par courriel à l'aide d'un questionnaire portant sur la technique d'analyse du GS, les indications du GS, les indications du CA en cas de GS positif et les indications de radiothérapie. 454 questionnaires ont été envoyés à deux reprises entre juin 2014 et janvier 2015 aux chirurgiens des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie des cancers mammaires.

RESULTATS

169 chirurgiens (37%) ont répondu au questionnaire. 21% des chirurgiens ne réalisent pas de CA en cas de macrométastase dans le GS, 32% ne font pas d'examen extemporané du GS. 8,4% des praticiens réalisent une biopsie du GS après chimiothérapie néoadjuvante et 14% dans le cas de tumeurs multicentriques. En cas de GS positif sans CA complémentaire, la radiothérapie est inchangée dans 34% tandis que les champs d'irradiation sont élargis dans 43% des cas. Les pratiques n'étaient pas significativement différentes en fonction du type d'établissement, de l'ancienneté du praticien ou du volume d'activité de la structure.

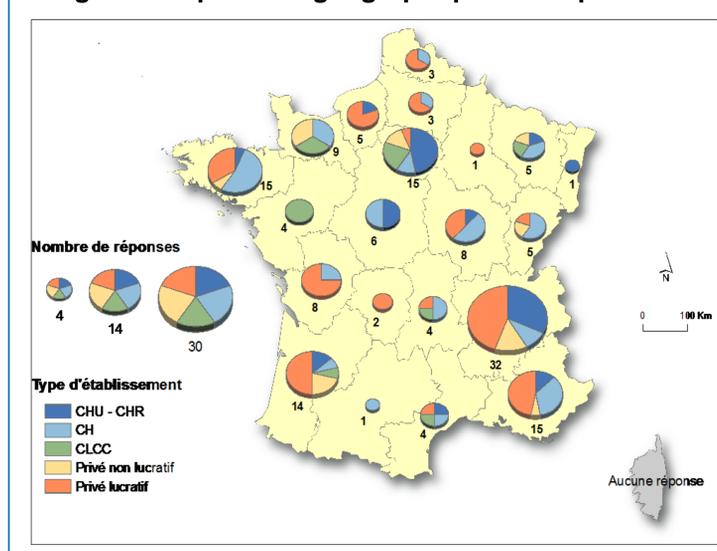
Table 2: pratiques chirurgicales

	N (%)
Méthode de détection du GS n=168	
Radioisotope + bleu	132 (78.5%)
Radioisotope seul	32 (19.1%)
Bleu seul	3 (1.8%)
Vert d'Indocyanine	1 (0.6%)
Examen extemporané du GS n=164	
Oui par apposition	75 (46%)
Oui sur coupes congelées	28 (17%)
Oui par biologie moléculaire	7 (4%)
Non réalisé	54 (33%)
Etude IHC du GS n= 167	
137 (82%)	
Indications du GS n=166	
CCI ^a ≤ 2cm	54 (32.5%)
CCI ≤ 3cm	18 (10.8%)
CCI ≤ 5cm	94 (56.6%)
CCIS ^b étendu	153 (92%)
Bifocalité	116 (70%)
Bicentricité	23 (14%)
Après CNA ^c	22 (13.25%)
Indication de CA en cas de GS positif n = 155	
Systématique (macro, micro, CTI ^d)	60 (39%)
Seulement si macrométa	34 (22%)
Si macro et microméta	25 (16%)
Seulement si le CA peut changer le traitement	5 (3.1%)
En fonction de nomogrammes	3 (1.9%)
Modification des champs d'irradiation en l'absence de CA si GS positif n= 153	
Pas de modification	53 (34.6%)
Elargissement des champs	67 (43.8%)
Ne sait pas	33 (21.6%)

Table 1: caractéristiques des répondeurs

	N (%)
Taux de réponse par type d'établissement n=454	
CHU-CHR ^a	32 / 59 (54%)
CLCC ^b	15 / 19 (79%)
CH ^c	43 / 163 (26%)
PNL ^d + PL ^e	78 / 212 (37%)
Type d'établissement n = 168	
CHU-CHR ^a	32 (19%)
CLCC ^b	15 (9%)
CH ^c	43 (26%)
PNL ^d	14 (8%)
PL ^e	64 (38%)
Ancienneté d'exercice n = 169	
< 5 ans	11 (6.5%)
5 à 10 ans	33 (20%)
> 10 ans	125 (74.5%)
Nombre de nouveaux cas de CS traités par an par l'établissement n=166	
< 100	45 (27%)
100-300	77 (46.6%)
301-600	30 (18%)
601-1000	7 (4.2%)
> 1000	7 (4.2%)

Figure 1: répartition géographique des répondeurs



DISCUSSION

Notre enquête montre que les chirurgiens sont partagés entre suivre les recommandations nationales ou suivre les recommandations internationales en appliquant les critères de l'essai ACOSOG Z011. Ce paradoxe aboutit à une pratique hétérogène avec une tendance à la désescalade qui n'est pas formalisée. Si on appliquait les critères ACOSOG Z011, environ 60 à 70% des patientes N+ feraient l'épargne du curage axillaire. Notre enquête a montré que le curage était omis chez 21% des patientes ayant un GS macrométastatique, ce qui ne correspond ni aux recommandations de l'ASCO ou St Gallen, ni aux recommandations de St Paul de Vence.

CONCLUSION

- Des discordances significatives sont observées entre les pratiques et les recommandations,
- La divergence entre les directives françaises et internationales conduit à des pratiques chirurgicales hétérogènes.
- Nos référentiels doivent certainement évoluer pour améliorer la cohérence des traitements et éviter l'émergence de nouvelles pratiques non encadrées.