

Quelle prise en charge axillaire en cas de récurrence infiltrante homolatérale d'un cancer du sein initialement traité par chirurgie conservatrice et ganglion sentinelle ? : Résultats d'une étude rétrospective multicentrique portant sur 118 patientes.

Joly J¹, Bordes V¹, Tunon de Lara C², Renaudeau C³, Bannier M⁴, Classe JM¹, Brillaud-Meflah V¹, Dravet F¹, Selmes G¹, Champion L⁵, Boiffard F¹.

1 Service d'oncologie chirurgicale, ICO Gauducheau, Nantes, 2 Service d'oncologie chirurgicale, Institut Bergonié, Bordeaux, 3 Service d'oncologie chirurgicale, Centre Oscar Lambret, Lille, 4 Service d'oncologie chirurgicale, Institut Paoli Calmette, Marseille, 5 Département de biostatistiques, ICO Gauducheau, Nantes

INTRODUCTION

La biopsie du ganglion sentinelle (BGS) est devenue la procédure standard pour la prise en charge initiale des patientes atteintes d'un cancer du sein débutant. De nombreuses études ont confirmé la faisabilité de la technique et sa sécurité comparée au curage axillaire (CA). La chirurgie mammaire conservatrice est également un traitement standard pour les patientes atteintes d'un cancer du sein précoce. Toutefois, 10% de ces patientes présentent un risque de récurrence locale, une mastectomie ou une nouvelle chirurgie conservatrice est alors généralement effectuée. Il n'y a pas de recommandations spécifiques concernant la prise en charge axillaire dans le cadre de ces récurrences locales (RL), le risque de métastases ganglionnaires axillaires chez ces patientes étant de 26%. En outre, la réévaluation axillaire peut être utile pour l'indication d'un traitement adjuvant. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer, l'impact sur la survie globale et sans récurrence d'une seconde BGS comparée à un curage axillaire et à l'abstention de nouveau geste chirurgical axillaire chez des patientes présentant une récurrence locale infiltrante d'un cancer du sein initialement traité par chirurgie conservatrice et BGS.

MATERIEL ET METHODE

Etude rétrospective, multicentrique incluant des patientes avec un antécédent de cancer du sein infiltrant ou in situ traité par chirurgie conservatrice et BGS entre 2000 et 2015, présentant une récurrence locale infiltrante. Cette étude descriptive/observationnelle classe les patientes en 3 groupes selon la prise en charge axillaire réalisée lors de la récurrence : réalisation d'une seconde BGS, curage axillaire ou absence de geste chirurgical axillaire. Quatre centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC) ont participé : Nantes, Marseille, Lille et Bordeaux.

RESULTATS

118 patientes ont été prises en charge initialement pour un cancer infiltrant ou in situ avec traitement chirurgical conservateur et BGS et ont présenté une récurrence locale infiltrante. A la récurrence, 20 patientes (17%) ont bénéficié d'un 2nd GAS, 53 patientes (45%) d'un curage axillaire et 45 patientes (38%) de l'absence de geste axillaire.

Les patientes ayant réalisé une radiothérapie adjuvante à la RL étaient, dans le groupe 2nd GAS, curage axillaire et abstention, respectivement de 15%, 13% et 5% (p=0.26). Pour la chimiothérapie et l'hormonothérapie, les chiffres étaient respectivement de 50%, 72% et 51% (p=0.07) et de 75%, 64% et 51% (p=0.16).

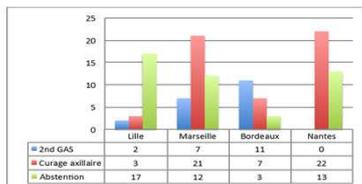


Figure 1 : Répartition des patientes

Parmi les 20 patientes du groupe 2nd GAS, seules 2 patientes n'ont pas eu de lymphoscintigraphie pré-opératoire. Le taux d'identification à la lymphoscintigraphie pré-opératoire est de 50% (9/18). 33.3% (6/18) des patientes ont une lymphoscintigraphie blanche. Le taux de drainage extra-axillaire seul est de 16.7% (3/18). Nous n'avons pas observé dans cette série de drainage axillaire homolatéral associé à un drainage extra axillaire.

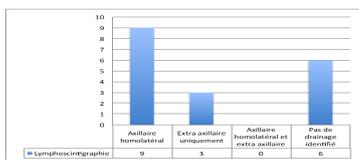


Figure 2 : Identification du 2nd GAS à la lymphoscintigraphie

Chez les patientes ayant bénéficié d'une seconde BGS, le taux de détection était de 90%. A propos de l'envahissement ganglionnaire à la RL, il n'existe pas de différence significative entre les groupes 2nd GAS et curage axillaire: une macro-métastase (5%) a été mise en évidence dans le groupe 2nd GAS versus 12 (23%) dans le groupe curage axillaire (p=0.16).

Tableau 1 : Envahissement ganglionnaire en fonction du type de PEC axillaire

	Récurrence			*p <0.05
	2 nd GAS n=20	Curage n=53	Abstention n=45	
Délai moyen entre tumeur initiale - récurrence (ans)	6.0 ± 3.7	4.9 ± 2.94	4.6 ± 2.6	0.43
Nombre de GAS prélevés à chirurgie initiale				
1	26 (22%)	2 (10%)	9 (17%)	15 (33-3%)
2	45 (28-27%)	11 (55%)	21 (39-6%)	13 (28-9%)
3 ou plus	46 (39%)	6 (30%)	23 (43-4%)	17 (37-8%)
Inconnu	1 (0.8%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
Envahissement ganglionnaire				
absence de métastase	113 (95.8%)	17 (85%)	40 (75.5%)	-
micro-métastases isolées	5 (4.2%)	0 (0%)	0 (0%)	-
macro-métastases	0 (0%)	1 (5%)	12 (22.6%)	-
non évalué	0 (0%)	2 (10%)	1 (1.9%)	45 (100%)

*p comparaison des données à la récurrence pour les 3 groupes : 2nd GAS, curage, abstention

Tableau 2 : Traitements adjuvants et récurrence en fonction du type de PEC axillaire

Traitements adjuvants à la PEC initiale	2 nd GAS n=20	Curage n=53	Abstention n=45	p <0.05
Traitements adjuvants à la PEC initiale				
- Chimiothérapie	17 (85%)	34 (64.2%)	23 (51.1%)	
o Non	3 (15%)	19 (35.8%)	22 (48.9%)	0.03
- Radiothérapie	1 (5%)	2 (3.8%)	2 (4.4%)	
o Non	19 (95%)	51 (96.2%)	43 (95.6%)	0.99
- Hormonothérapie	9 (45%)	24 (45.3%)	18 (40%)	
o Non	11 (55%)	29 (54.7%)	27 (60%)	0.86
Traitements adjuvants à la RL				
- Chimiothérapie	10 (50%)	15 (28.4%)	22 (48.9%)	
o Non	10 (50%)	38 (71.7%)	23 (51.1%)	0.07
- Radiothérapie	17 (85%)	46 (86.8%)	43 (95.6%)	
o Non	3 (15%)	7 (13.2%)	2 (4.4%)	0.26
- Hormonothérapie	5 (25%)	19 (35.8%)	22 (48.9%)	
o Non	15 (75%)	34 (64.2%)	23 (51.1%)	0.16
Taux récurrence à distance				
- Taux récurrence axillaire homolatérale 5 ans % 95%CI	0	6.8 [1.6-26.8]	15.5 [6.3-35.2]	0.16
- Taux récurrence locale homolatérale 5 ans % 95%CI	0	8.7 [2.6-26.7]	23.9 [10.7-48.5]	0.14
- Récurrence métastatique 5 ans % 95%CI	5.0 [0.7-30.5]	24.5 [13.5-42.2]	37.8 [8.5-56.7]	0.11
- toutes récurrences confondues 5 ans % 95%CI	5.0 [0.7-30.5]	31.0 [18.0-50.0]	46.3 [30.6-65.2]	0.07

Le suivi moyen est de 3.27 ans (95% CI 2.97-3.94). La courbe de survie sans récurrence indique une différence non significative (p=0.072) entre les groupes 2nd GAS, curage axillaire et abstention de geste axillaire. La probabilité de survie sans récurrence reste proche de 100% pour la population 2nd GAS. La comparaison en survie globale ne met pas en évidence de différence significative entre les 3 groupes (p=0.395). La probabilité de survie globale est également proche de 100% pour la population 2nd GAS.

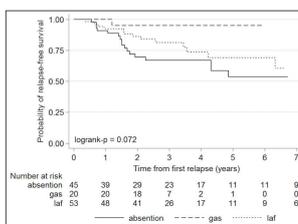


Figure 3 : courbe de survie sans récurrence des populations 2nd GAS (gas), curage axillaire (laf) et abstention de geste axillaire (abstention)

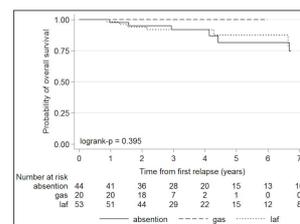


Figure 4 : courbe de survie globale des populations 2nd GAS (gas), curage axillaire (laf) et abstention de geste axillaire (abstention)

CONCLUSION

Notre étude n'a pas montré de bénéfice en termes de survie en faveur d'une 2nd BGS par rapport à une absence de re-stadification ganglionnaire axillaire. Des études prospectives sont nécessaires pour préciser les modalités et les bénéfices d'une réévaluation de l'aire axillaire à la RL.

Références : Vugts G, Maaskant-Braat AJG, Voogd AC, van Riet YEA, Roumen RMH, Luiten EJT, et al. Improving the Success Rate of Repeat Sentinel Node Biopsy in Recurrent Breast Cancer. Ann Surg Oncol. 2015 Dec;22 Suppl 3:529-35. Ugras S, Matsen C, Eaton A, Stempel M, Morrow M, Cody HS. Reoperative Sentinel Lymph Node Biopsy is Feasible for Locally Recurrent Breast Cancer, But is it Worthwhile? Ann Surg Oncol. 2016 Mar;23(3):744-8.