

Tumeurs plurifocales infiltrantes: peut-on faire un ganglion sentinelle?

S.Giard

Dpt de Sénologie

Centre O.Lambret -Lille

Soyons Pragmatiques!.....

SFSPM - Dijon 16-18 nov 2016

Tumeurs MULTIPLES infiltrantes de diagnostic PRE-OPERATOIRE: peut-on faire un ganglion sentinelle?

S.Giard

Dpt de Sénologie

Centre O.Lambret -Lille

Tumeurs MULTIPLES infiltrantes de diagnostic PRE-OPERATOIRE: peut-on faire un ganglion sentinelle?

S.Giard

**DPI: IP de l'étude IGASSU
sinon RAS**

IGASSU 0502

- Essai **prospectif** français **multicentrique** de faisabilité du GS dans les cancers du sein multiples synchrones unilatéraux

- GS+ CA systématique:
 - au moins 2 foyers invasifs (clinique et/ou en imagerie)
 - cliniquement N0
 - opérés d'emblée
 - GS : injection subaréolaire, technique ad libitum
 - ex GS: HES, coupes sériées, IHC (pas d'extempo)

IGASSU 0502

(Ann Oncol 2010)

- Essai **prospectif** français **multicentrique** de faisabilité du GS dans les cancers du sein multiples synchrones unilatéraux

- 211 patientes évaluables (16 institutions, 2006-2007)
TI = 93.4%
tx de N+ : 54%

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

D'où les reco françaises

(Nice-St Paul 2011)

- *« dans les tumeurs multiples de diagnostic pre-op, le curage axillaire reste l'attitude standard pour l'évaluation ggl, même pour les tumeurs de petite taille »*

niveau de preuve 1, gr A

MAIS.....

Reco ASCO 2014

- « *la pratique du GS est possible pour les tumeurs invasives multicentriques* »

NP intermédiaire, force modérée

Pourquoi cette différence?

Reco ASCO 2014

→ Sécurité du GS à « long terme »

5 études observationnelles

FU médian: 42 à 60 mois

TX de Recidives axillaires: 0 à 2.4%

Moody LC 2012

Reco Nice/St Paul (2011)

- Faisabilité du GS: tx de FN
11 études GS+CA : TFN= 0 à 33.3%

- Revue Mosbah 2015
10 études retro (n= 863)
→ TFN my = 4.2% (tjrs <10%)
10 études prospectives (n = 597)
→ **TFN my= 12.3%** (>10% ds 5 et)

Pourquoi un TFN élevé dans les TM?

Pourquoi un TFN élevé dans les TM?

- Les modalités de réalisation de la technique?
 - produit utilisé ?
 - Il faut des isotopes
 - le site d'injection?
 - NON

(Houvenaeghel 2015, Brouwer 2012)

Pourquoi un TFN élevé dans les TM?

□ La prévalence des N+ dans les TM?

OUI

- TM : **+ 10 à 20%** de N+ que TU (sur taille de la plus grosse tum)
- *Mais même risque de N+ qd somme des tailles*

(Houvenaeghel 2015)

**Et donc ...diminuer le risque de TFN
en diminuant la prévalence des N+!**

→ meilleure évaluation axillaire pre-op

US axillaire +cyto/B si suspect

(voire PET scan si indic + de bilan extension)

Que faire si TM avec GS+?

- Aucune évaluation de GS+ sans CA dans les TM
- Risque de GANS (+) ds TM > TU

(Spillane 2011)

→ Dans les TM avec **GS + : faire CA**
quelque soit le type de méta

Conclusion:

**Peut-on faire un GS
dans les Tumeurs MULTIPLES infiltrantes de diagnostic
PRE-OPERATOIRE et opérées d'emblée?**

OUI

SI:

- évaluation pre-op axillaire clinique et **imagerie (US)**
- injection avec au moins **radio-isotopes** (mais sans site prioritaire)
- **CA systématique si GS+** quelque soit taille de la méta ggl

Merci de votre attention
