ASPECTS CHIRURGICAUX DE LA PRISE EN CHARGE LOCO REGIONALE DU SEIN DANS CANCERS D'EMBLEE METASTATIQUES

Dr R.J.Salmon

Hôpital Privé des Peupliers

75013 Paris

Générale de santé

Nous prenons soin de vous

CANCERS du SEIN D'EMBLEE METASTATIQUES

Cancers du sein dans les pays à bas et moyen revenu LMIC

Gutnik et al. Jl Global oncology dec 2015

23% des cancers sont diagnostiqués entre15-49 ans

>50% sont des stades III-IV

> 1/3 des patientes ont la tuberculose et/ou un HIV+

Le prix d'une mammo est de 90$

Le revenu annuel est de 253$

Coût annuel du Trastu 66000$

Lapa 67000$

Pays Occidentaux

→90% des cancers sont opérables d'emblée

→Il existe en règle une couverture sociale généralisée

→Jusqu'à maintenant il n'y a pas de « limite » financière

Quelle chirurgie…?

- Le primitif est-il opérable d'emblée?
- Y a-t-il une ou plusieurs métastases, sur un ou plusieurs sites: Localisation unique ou crise viscérale
- Quel bilan pour quelle patiente?
- 1980: Radio de poumon, Cliché de bassin, Echographie hépatique, CA15-3
- 2016: TEP Scan + IRM + cellules circulantes à tout le monde?
- Biopsie du primitif évidemment, d'une ou plusieurs métas? et si oui quand?
- Par quoi on commence?

Pas de chirurgie sans réponse clinique objective ou stabilisation

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Evidence Based Medecine

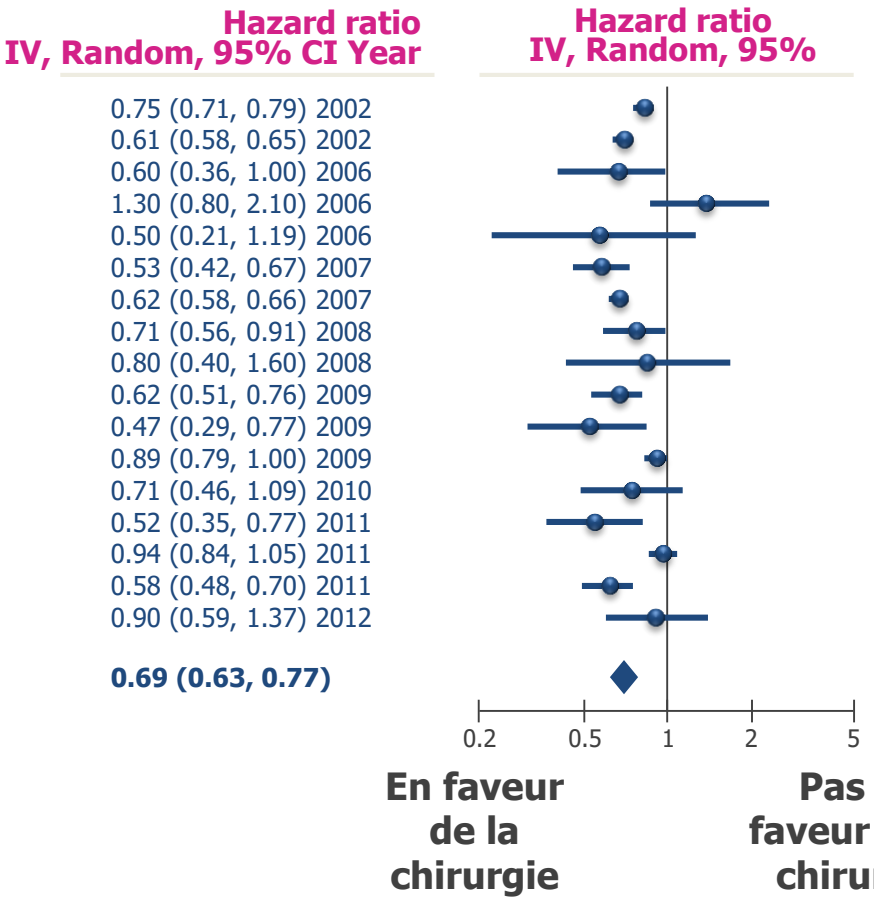
- Six essais cliniques prospectifs randomisés les deux derniers Indien et Turc clos, les 4 autres Japon, USA, Hollande, Autriche en cours
- Inclusions 300-500 patientes par étude
- 3 essais avec chirurgie première (Turc)
- 3 essais avec chimio première (Inde CAF)
- 17 Séries rétrospectives de 2002-2012
- Introduction de nouvelles »techniques loco régionales » chaque année

- Radio fréquence - Cryothérapie - Radiothérapie conformationnelle - Cyberknife- Protonthérapie….

Qui rendent les comparaisons difficiles entre les études

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Le contrôle local améliore la survie dans les séries rétrospectives



La Résection de la tumeur primitive dans les stades IV est associée à une survie plus longue qu'en l'absence de chirurgie

Overall hazard ratio 0.69 (95% CL 0.63, 0.77)

Petrelli & Barni et al., 2012

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Comparaison des deux études randomisées

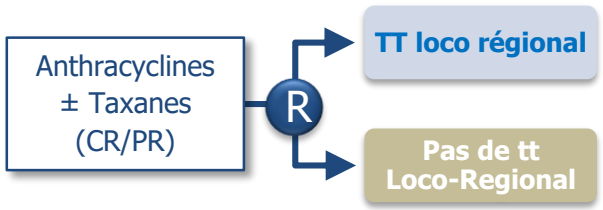
	Tata Memorial	Turkey MF 07-01
N=	350 (2005-12)	271 (2008-12)
Objectif principal	OS	OS
Bénéfice prévisible	Survie moyenne Augmentation of 18 à 24 mois	Amélioration à 3 ans 17% à 35%
Premier traitement	CAF±T	Traitement local
Stratification	ER status age Nombre et siège des métas	NA
Radiothérapie	oui	Oui
Analyse de sous groupes	Nombre et siège des métastases ER age	Age, ER/HER2/triple négatif; nombre de sites, Os seul Métastases unique ou multiples
Age moyen	48 et 48 dans chaque bras	52 dans chaque bras
Taille tumorale	NA	Plus de T3 & T4 en cas de tt médical seul
Grade	NA	Idem dans chaque bras
N+	NA	NA
ER +	51% et 49 %	Moins de ER+ et plus de triple neg dans le bras médical seul
Sites métastatiques viscéraux	+/- 3 lésions	Un seul site plus fréquent dans le bras chirurgical
OS	identique	Moins de lésions dans le bras chirurgical

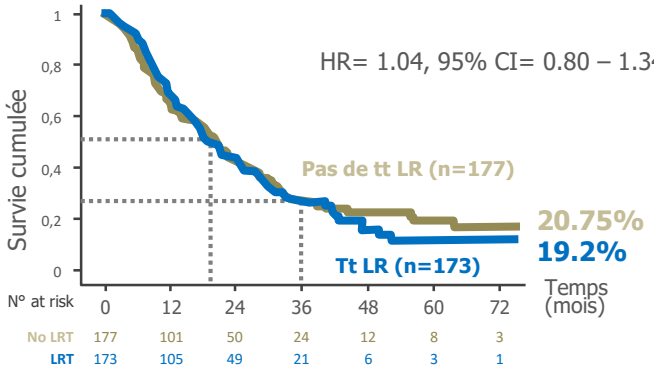
Nous prenons soin de vous

Survie

	Tata Memorial **268 décès (77%)**	Turkey MF 07-01 **88 décès (32%)**
objectif primaire		
Hazard ratio	**1.04 (95% CI 0.8-1.3), p=0.79**	**0.76 (95% CI 0.49-1.16), p=0.2**
Durée de survie	**21 mois vs. 19 mois, p=0.60**	**35 % d'amélioration de la survie dans le groupe chirurgical** (Median follow up 21 mois)
Objectifs secondaires		
Contrôle local	**HR 0.16 (95% CI 0.10-0.26)**	**NA**
Quality of life		**En cours**
Morbidity		**En cours**

Tata Memorial Overall Survival

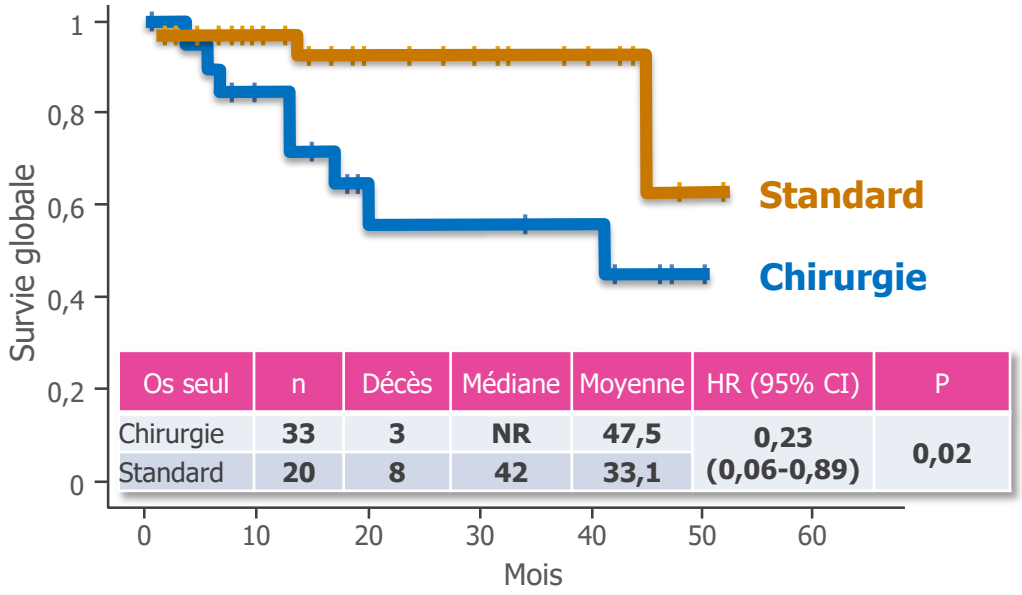




Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Dans l'étude Turque seule l'existence d'une localisation osseuse unique a une valeur pronostique

Méta osseuse unique



Os seul	n	Décès	Médiane	Moyenne	HR (95% CI)	P
Chirurgie	**33**	**3**	**NR**	**47,5**	**0,23 (0,06-0,89)**	**0,02**
Standard	**20**	**8**	**42**	**33,1**		

Soran A *et al.* SABCS 2013, S2-02

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Etude turque

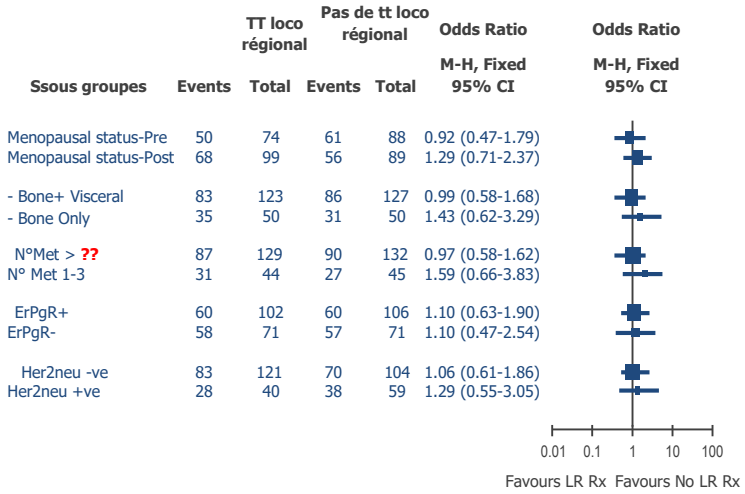
Site Métastatique	Chirurgie, % (140)	TT Systémique % (138)	P
1 organe	**76 (106)**	**65 (89)**	**ns**
>1 organe	**24 (34)**	**35 (49)**	**ns**
Os seul	**52 (73)**	**40 (55)**	**ns**
Os + autres	**24 (33)**	**27 (37)**	**ns**
Autres (no bone)	**24 (34)**	**33 (46)**	**ns**
Os Solitaire	**24 (33)**	**15 (20)**	**ns**
Os multiple	**29 (40)**	**25 (35)**	**ns**
Poumon et foie Unique	**9 (13)**	**12 (16)**	**ns**
Multiple loc Poumon et foie	**9 (13)**	**12 (16)**	**ns**

érale
anté
Nous prenons soin de vous

Turquie

- Pas de différence statistique en survie globale avec un suivi court
- Un suivi prolongé est nécessaire
- La progression loco régionale était 5 fois plus grande dans le groupe Standard Chirurgie 1 (0.7%) vs. ST 5 (3.6%)
- Il existe des différences importantes entre les sous groupes
- Les métastases osseuse isolées ont une tendance à une survie prolongée
- Les patientes jeunes (<55) ont unetendance à une amélioration de survie dans le groupe chirurgie
- Les Patientes avec un phénotype agressif bénéficient moins de la chirurgie
- Les métastases hépatiques et pulmonaires multiples ne bénéficient pas de la chirurgie initiale

Inde



CONCLUSIONS :

- Le traitement Loco-regional de la tumeur primitive en cas de métas d'emblée n'entraîne pas de bénéfice en survie et ne doit pas être proposé en routine
- L'exérèse du primitif semble donner un avantage sélectif dans la progression métastatique

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Improved survival after primary tumor surgery in metastatic breast cancer Warchkow et al ann surg 2016 263, 1198- 97

- Etude de Propension basée sur les données SEER de1998-2009

16247 Patientes Métastatiques

- Chirurgie première n=7600
- **Mastectomies n= 4884 TT conserv. n= 2826 (17,4%)**
- 8647 Pas de chirurgie (2 décès pré opératoire!)
- Chirurgie 1ère en diminution

62% en 1998

39% en 2009 p< 0.001

Générale de santé

Nous prenons soin de vous

PROPENSITY SCORES

- La chirurgie première a diminué

Mortalité globalep<0.001

Mortalité par cancer p<0.001

On observe une amélioration de:

	1998	2009
Mortalité globale HR	0,72	0.42
95% CI	0.59-0.89	0.35-0.50
Mortalité par cancer HR	0.72	0.40

Générale de santé

Nous prenons soin de vous

Questions non résolues ou sans réponse en EBM

- Mastectomie vs traitement conservateur (+/- oncoplastie)
- Curage axillaire vs GS vs Abstention – Radiothérapie seins ganglions
- **Dans notre pays la chirurgie ne se conçoit qu'après obtention d'une stabilisation ou d'une réponse objective au traitement médical d'induction.**
- **Le traitement local doit être complet pour éviter une récidive locale qui posera des problèmes stratégiques difficiles à gérer**
- La chirurgie ne DOIT pas retarder ou empêcher un traitement médical.
- Compatible avec les drogues cytotoxiques et/ou anti angiogéniques sous réserve de respecter les délais (3 semaines-1 mois CT, 6 semaines anti angiogéniques)
- Pas de problème avec l'Herceptine ni les traitements anti hormonaux
- Décision médicale partagée et validation par la RCP

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Conclusions

- **L'idée que le traitement local initial du sein améliore la survie n'est pas confirmé par les deux études prospectives randomisées publiées**
- **Ces études ne sont pas applicables dans notre pays ou une chirurgie d'emblé est devenue rare**
- **Les données de registre sont en désaccord complet avec les deux études randomisées**
- **Les études de Propension montrent une amélioration globale de la survie**
- **Les prises en charge loco régionales « non chirurgicales » des métastases sont en progrès constants et rendent les évaluations difficiles**
- **Le bilan d'extension de plus en plus sophistiqués rendent le design des futures études complexes**

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

- **Ce qui est valable pour le foie, l'est pour le poumon, le cerveau, les os, le péritoine** (lobulaire)
- **Une radio fréquence peut se faire conjointement avec les radiologues à l'aide de l'échographie per opératoire**
- **L'efficacité des traitements ciblés doit modifier notre attitude à l'égard des "patientes métastatiques"**
- **La réalisation d'essais prospectifs est difficile car les patientes ne veulent pas être randomisées**

  - **"opération vs pas d'opération"**

Générale de santé

Nous prenons soin de vous

Hepatic Metastasis

- **mean survival: 30 months**

  - > **3ème site after bone and lungs**
  - > **Rarely exclusively hepatic"10 % rule"**
  - > **One year survival without treatment decrease by 30%**
  - > **Changes induced by improvement of medical treatments**

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

I Curie series

Surgery possible

- **Exclusive hépatic metastasis**
- **In certain patients few bone mets RH+**
- **Only in case of objective response to medical treatment**

- **92 patients operated between 1988 - 2004.**
- **7 patients with stable bone mets after 6 months ER+**

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Results

Metastasis :

- **One n=58,**
- **2 or 3 n=26,**
- **> 3, n=8.**
- **Median size: 3 cm [0,4-15]**
- **R0 resection in 90 % of cases.**

No mortality Pas de mortalité post-opératoire.

Morbidity 16 % : pleural effusion (n=5),

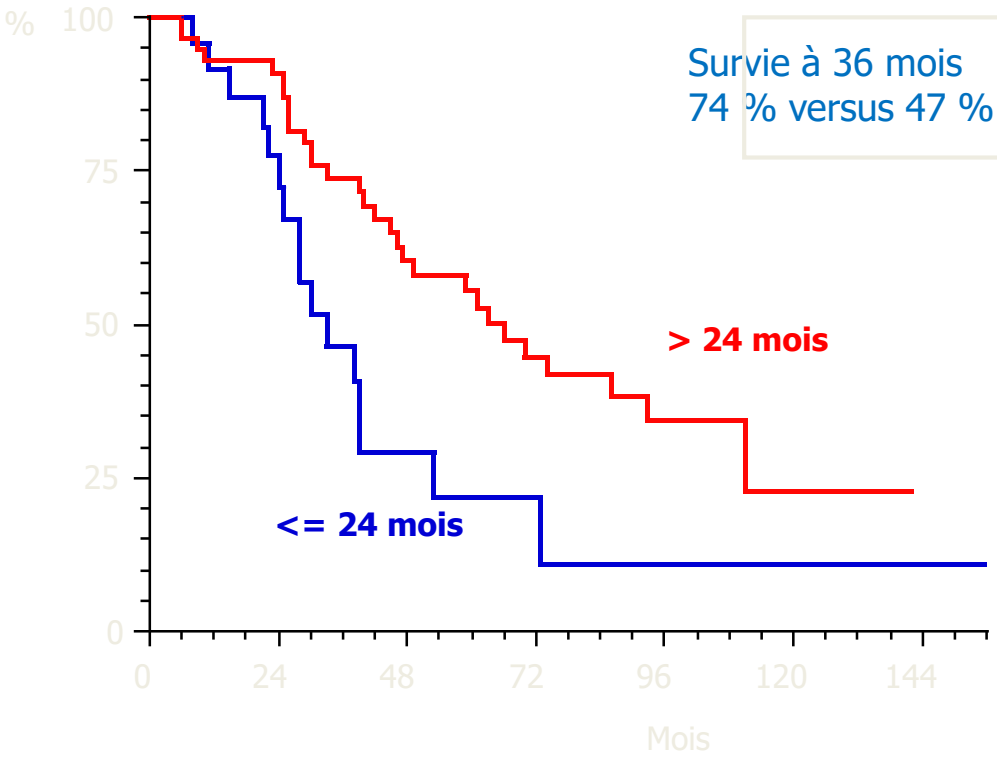
Hepatic failure (n=1), sepsis (n=1),
Réintervention pour saignement (n=1), autres (n=6).

Mean follow up 82 months [2-166].

Générale de santé

Nous prenons soin de vous

Survival according by the time between primary and metastasis



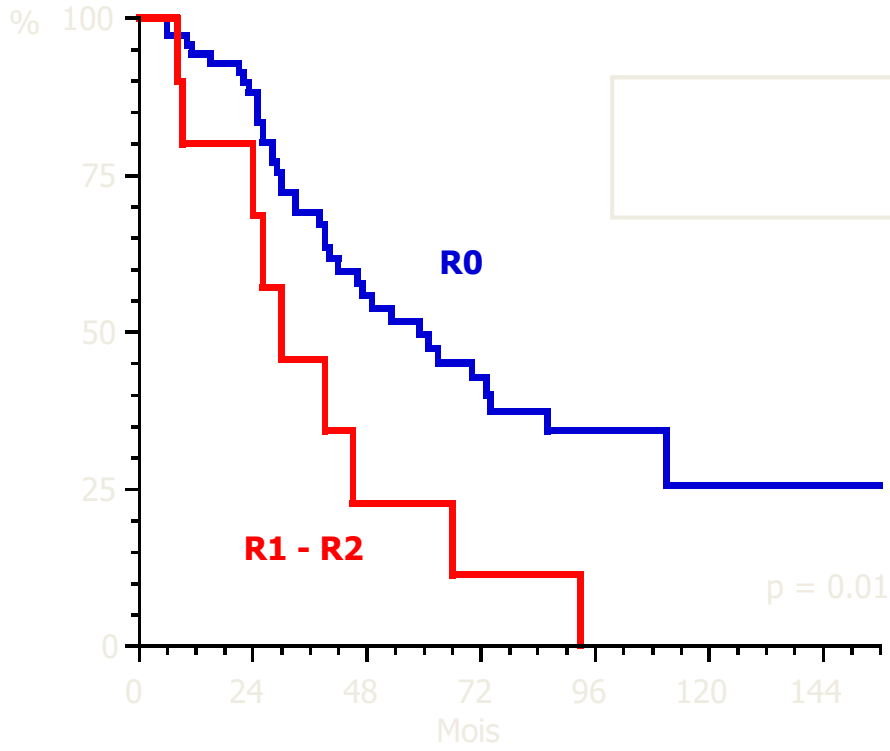
Survie à 36 mois
74 % versus 47 % (P = 0.008)

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Survival and type of resection

- Survival at 36 months
  69 % vs 45 % (P = 0.01)

Survie et type de résection



Générale de santé
Nous prenons soin de vous

- **The concept is the surgery became the adjuvant treatment**

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Conclusions

In selected patients a surgical approach is possible in visceral metastasis.

- An improvement in survival of de 46 % and DFS at 32 % at 5 years was obtained
- Better survival is obtained in ER+ patients and the presence of synchronous metastasis was a bad prognostic factor.
- Liver surgery was done only in case of local control of the breast

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

- Is there a place for surgeons in metastatic disease from breast cancer?

Dr R.J.Salmon
Hôpital des Peupliers
75013 Paris

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

There is few prospective randomized trials

Country	Periode of inclusion	N	Initial Traitement	Radiotherapy	Main Objective
Inde	**2005-12**	**350**	**CAF± Tt local**	**According with local use**	**Time to progression**
Japon JCOG 1017	2011-16	410	Systemic Treatment	NA	Surviival
USA & Canada	2011-16	368	Systemic Treatment	According with local standards in stages I-III	Survival
Turquie	**2008-12**	**281**	**Surgey first!**	**If BCT**	**Survival**
Hollande	2011-16	516	**Surgery**	If positive margins in BCT	2 years Survival
Autriche	2010-19	254	**Surgery**	According with standards in stages I-III	Survival

Générale de santé

Nous prenons soin de vous

CE QU'IL FAUT RETENIR de l'évolution de l'épidémiologie des personnes atteintes de cancer en France en 2012 dernières données disponibles L'incidence 355 000 nouveaux cas de cancer estimés en France en 2012 Incidence en hausse entre 1980 et 2005 chez l'homme comme chez la femme Augmentation considérable du nombre de nouveaux cas de cancers entre 1980 et 2012, de + 107,6 % chez l'homme et de + 111,4 % chez la femme Pour les hommes 200 000 nouveaux cas estimés par an Âge moyen au diagnostic en 2012 en France : 67 ans Taux d'incidence (standardisé monde) estimé en 2012 en France : 362,6 pour 100 000 hommes Type de cancer le plus fréquent : prostate (58 840 cas incidents par an) Pour les femmes 155 000 nouveaux cas estimés par an Âge moyen au diagnostic en 2012 en France : 66 ans Taux d'incidence (standardisé monde) estimé en 2012 en France : 252,0 pour 100 000 femmes Type de cancer le plus fréquent : sein (48 000 cas incidents par an) La mortalité 148 000 décès par cancers estimés en France en 2012 Mortalité en baisse entre 1984-1988 et 2004-2008 chez l'homme comme chez la femme Augmentation du nombre de décès par cancer de + 11 % chez l'homme et de + 20,3 % chez la femme entre 1980 et 2012 Pour les hommes 85 000 décès estimés par an Âge moyen au décès en 2012 en France : 72 ans Taux de mortalité (standardisé monde) estimé en 2012 en France : 133,6 pour 100 000 hommes Type de cancer le plus mortel : poumon (21 300 décès estimés par an) Pour les femmes 63 000 décès estimés par an Âge moyen au décès en 2012 en France : 74 ans Taux de mortalité (standardisé monde) estimé en 2012 en France : 73,2 pour 100 000 femmes Type de cancer le plus mortel : sein (11 900 décès estimés par an

ACTUALITES
dans la
PRISE EN CHARGE DU CREUX AXILLAIRE

Dr R.J.Salmon
Hôpital des Peupliers
Paris

Tunis 13 Février 2016

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Sainte Agathe

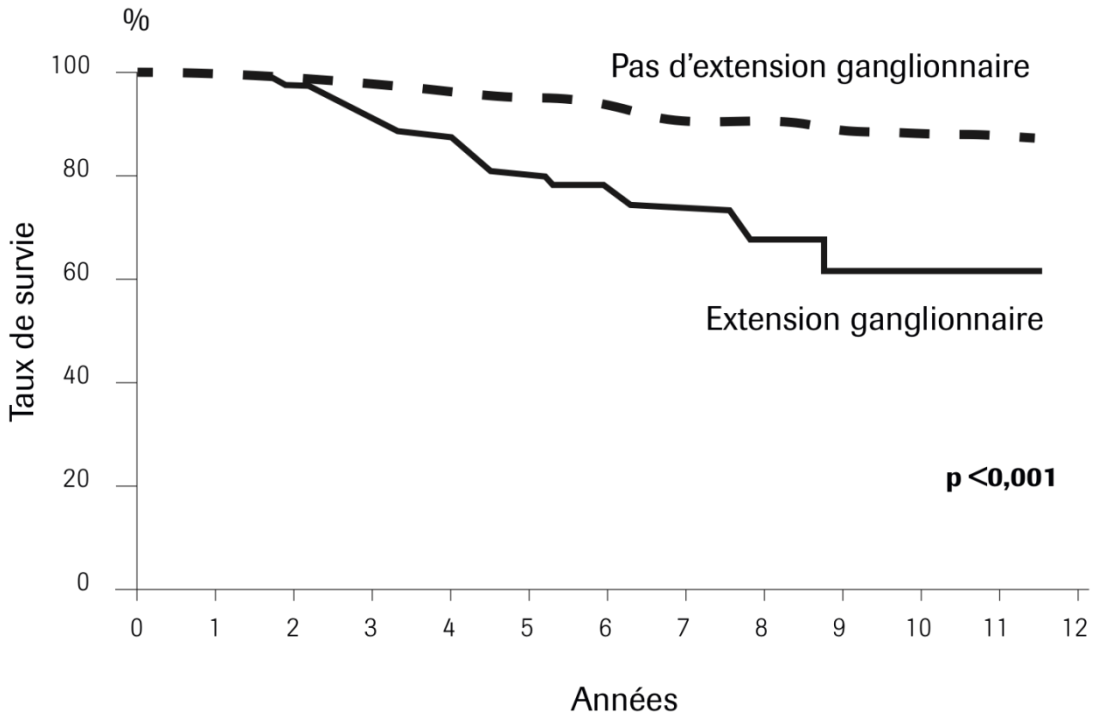
Générale de santé
Nous prenons soin de vous

- **Le curage axillaire est un geste curatif?**
- **Il est pronostique**
- **Il guide les champs d'irradiation**
- **Le ganglion sentinelle l'a rendu obsolète**

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Envahissement ganglionnaire

- L'extension ganglionnaire est un facteur pronostique puissant de décès lié au cancer [1]



Pas d'analyse du Statut HER2

- Analyse rétrospective sur registre de **2 153 patientes avec cancer invasif ≤ 10 mm** diagnostiquées entre 1984 et 1995
  - 18 % T1a, 82 % T1b
- Extension ganglionnaire chez 21 % des patientes

1. Mustafa IA, Cole B, Wanebo HJ et al. Prognostic analysis of survival in small breast cancers. J Am Coll Surg. 1998 May;186(5):562-9.

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Classifications

TNM (Morphologique)

- T= TAILLE
- T1= 0-2cm, T2= 2-5 cm, T3>5cm, T4 =Envahissement cutané

- N= Node (ganglion) N0, N1 a ou b palpable suspect ou non, N2 Fixé

- M= Métastase

MOLECULAIRE (Biologique)

Grade

Récepteurs hormonaux

KI67

HER2

TIL

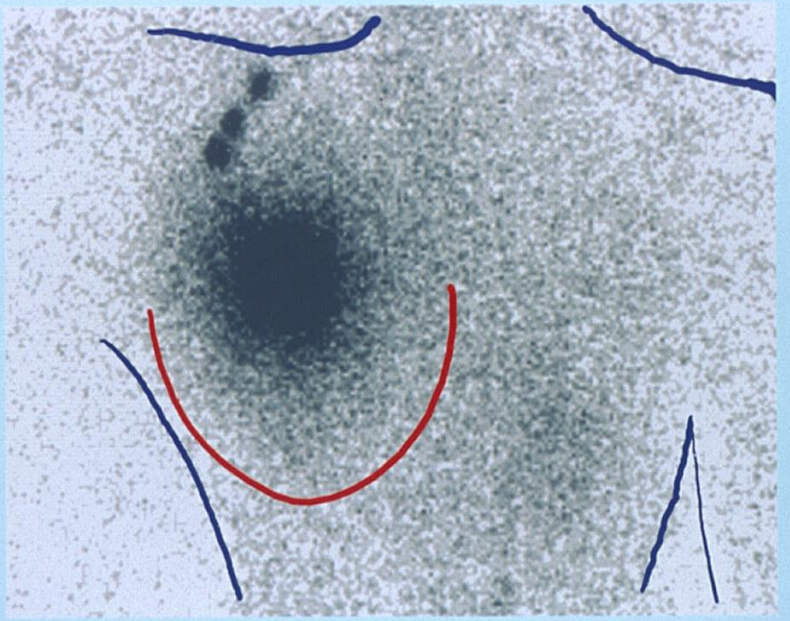
Signatures

Génomique haut débit

Décision de tt chirurgical vs Décision de traitement médical adjuvant ou Néo adjuvant

Générale de santé

Nous prenons soin de vous



Drainage axillaire exclusif: 63%

12
13
14
15
16
17

Critères d'ACOSOG Z0011

Inclusion

- **Traitement conservateur suivi d'une irradiation mammaire**
- **T1-2 N0**
- **Méta ganglionnaire mise en évidence à l'HES**
- **Traitement médical adjuvant**

Exclusion

- **Métas gg en IHC**
- **3N+ ou plus!**
- **Atteinte ganglionnaire massive et/ou extra ganglionnaire**
- **Irradiation par un champ axillaire ou irradiation partielle**

Comparaison ACOSOG-Z0011 vs IBCSG-21-03

	ACOSOG-Z0011	IBCSG 23-01
N	891 (446 GS+/ 445 GS+ avec CA)	934 (464 GS+/ 467 GS+ avec CA)
Recul médian (an)	6,3	4,8
Critères inclusions	≤ 2 GS + (HES), BCT, Tt systémiques, N0	T<3cm et 1 GSmic (2006) T<5cm ou multic. et > 1 GSmic, N0
RTX	100%	91%
Tt adjuvant	97%	95% (dont 30% CT)
Récidive Axillaire	0,5% vs 0,9%	0,9% vs 0,2%
Survie Sans Rec	83,9% vs 82,2%	88,4 vs 87,3% (p=0,48)
Survie Globale	92,5% vs 91,8%	98% vs 97,6% (p=0,35)

→ Atteinte ana path du GS:

Macro méta	Micro méta	IHC
>2 mm	<2mm	

→ Atteinte du curage complémentaire

35%	10-14%	9-14%

20 years follow up of occult axillary metastasis

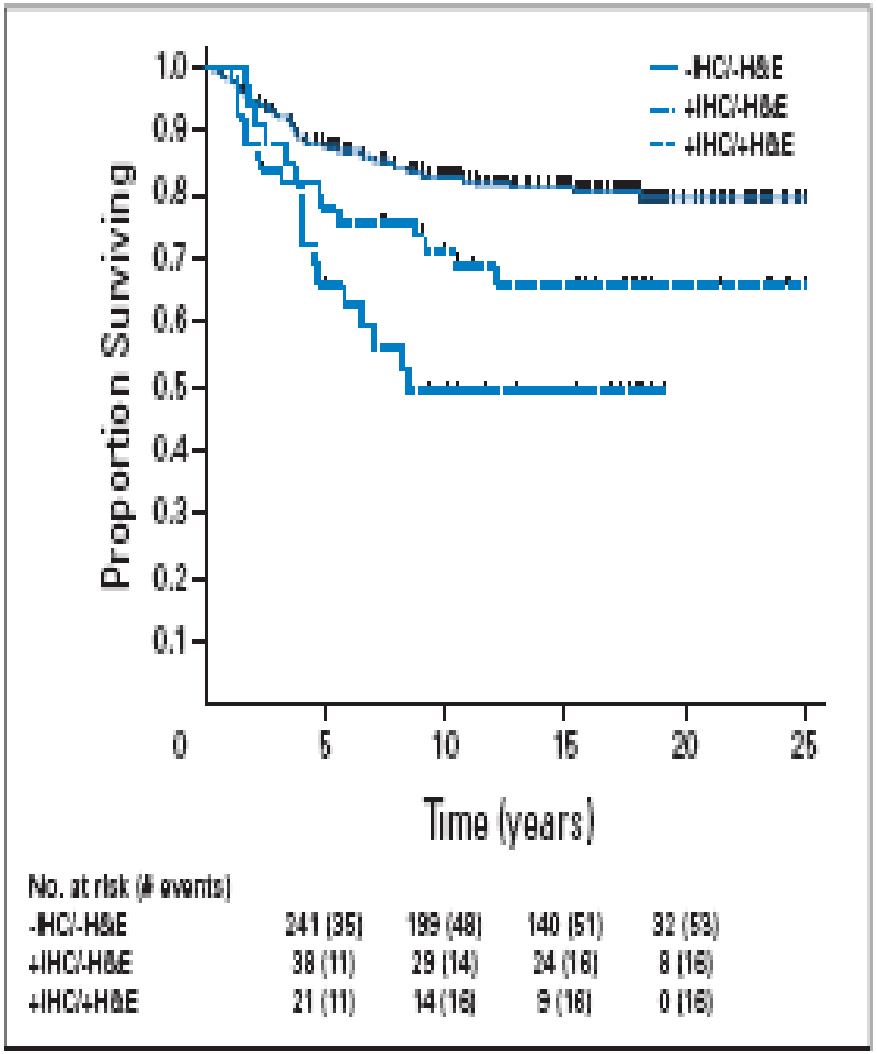


Fig 1. Disease-free survival by pattern of lymph node staining, IHC−/H&E− (n = 285) versus IHC+/H&E− (n = 60) versus IHC+/H&E+ (n = 33); $P < .001$. IHC, immunohistochemistry; H&E, hematoxylin-eosin.

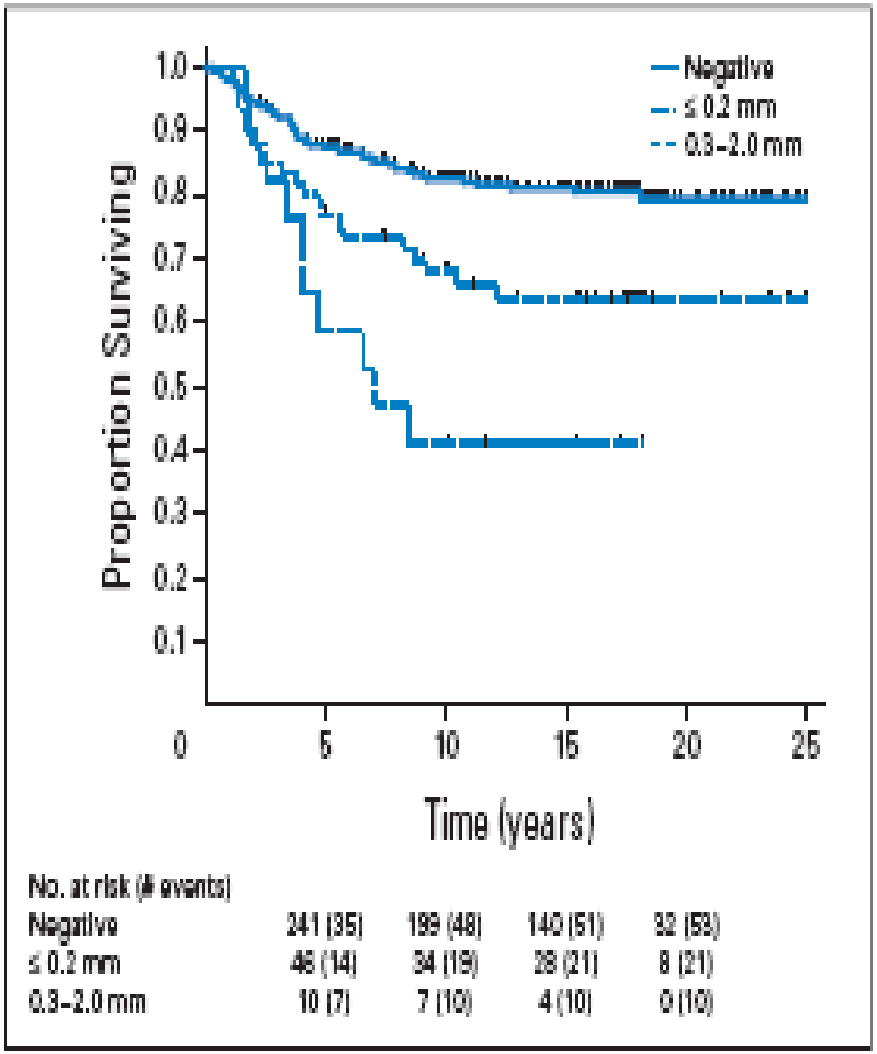


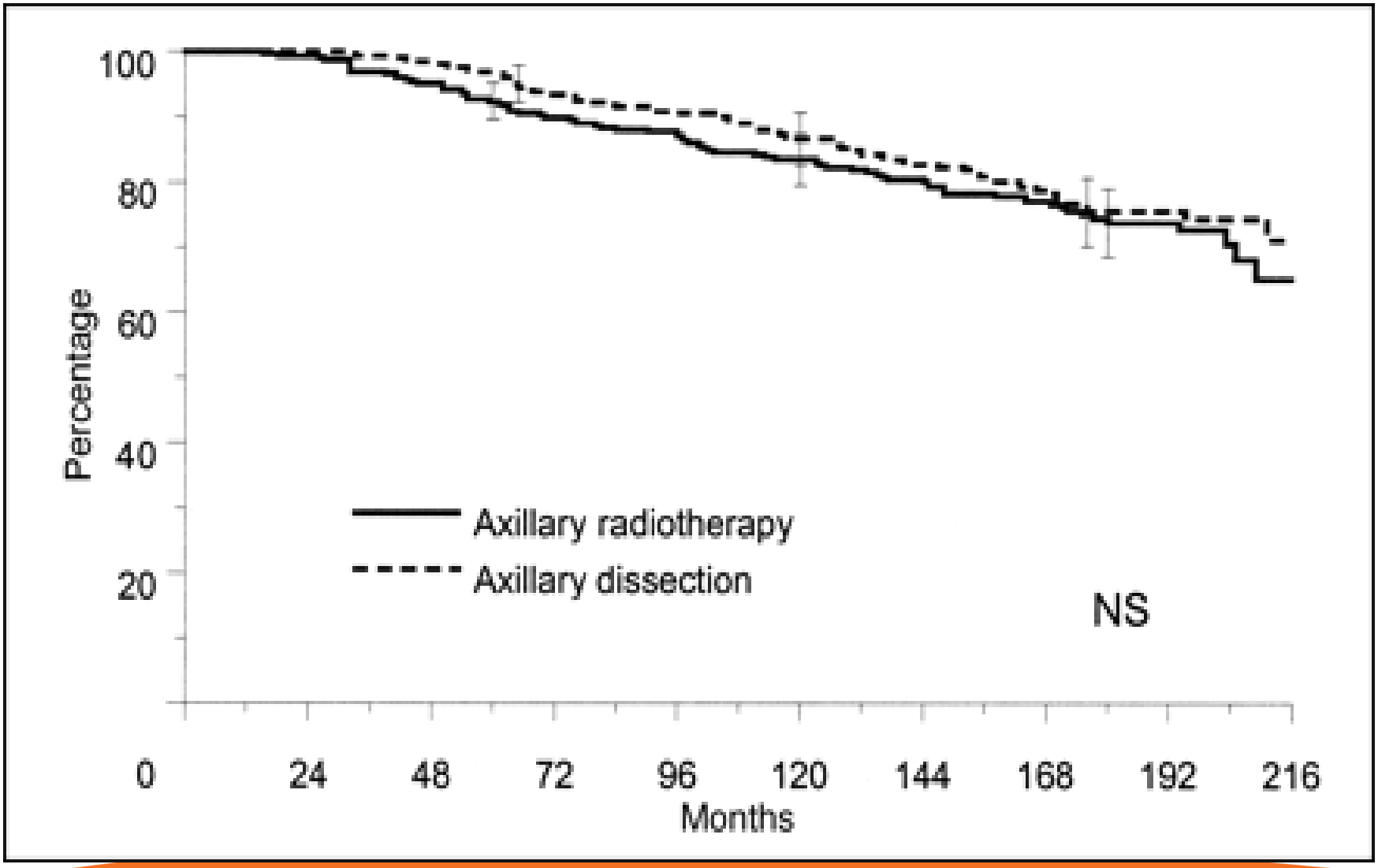
Fig 2. Disease-free survival by largest cluster size, negative (pN0, n = 285) versus ≤ 0.2 mm ($pN0_{i+}$, n = 61) versus 0.3 to 2.0 mm ($pN1_{mi}$, n = 17); $P < .001$. Results for cluster size more than 2.0 mm (pN1a, n = 5) are not shown.

GS 2012 MD Anderson

→ **Examen extemporané est passé de 100 à 62% puis à 20%**

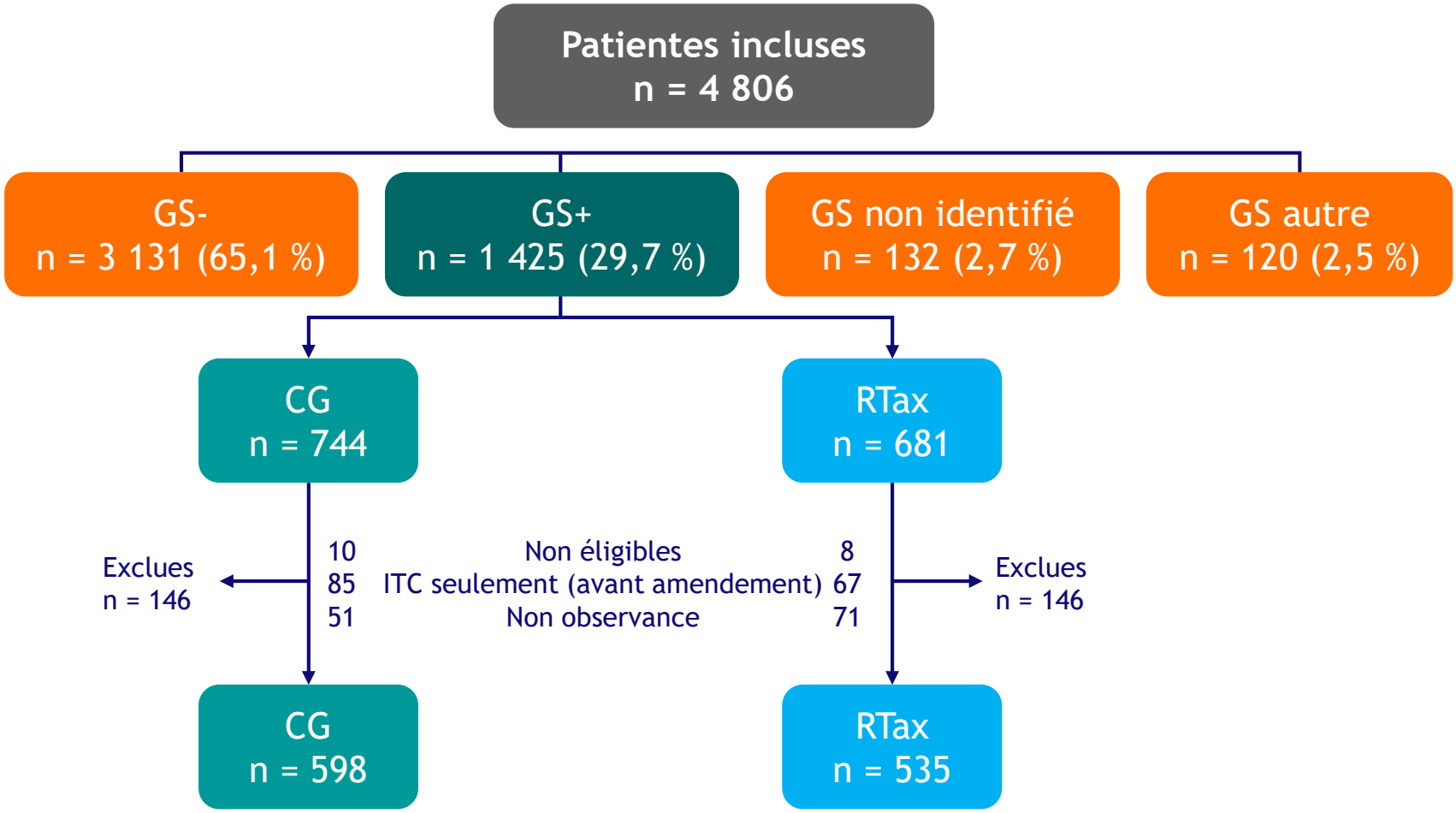
→ **Pas de différence au niveau des récidives mammaires, ganglionnaires ou métastatiques**

RESULTATS SURVIE GLOBALE S4



Étude EORTC AMAROS *(2)*

Radiothérapie ou curage en cas de ganglion sentinelle positif ?

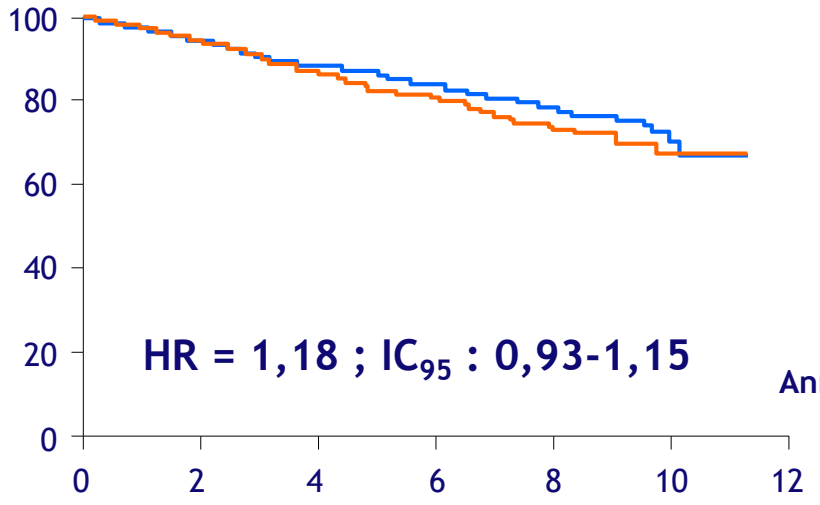


ITC : cellules tumorales immunomarquées.

Étude EORTC AMAROS *(3)*

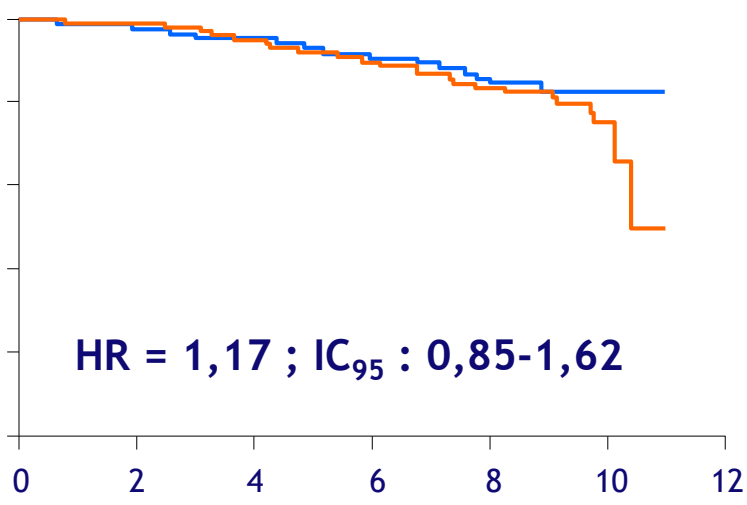
Pas de différence de SSM (survie sans maladie) ni survie globale

SSM
GS+ population ITT



O	N	Patientes (n)					
124	744	686	511	322	140	33	CA
134	681	633	468	284	131	24	RTax

Survie globale
GS+ population ITT



O	N	Patientes (n)				
71	744	708	552	352	157	38
76	681	661	505	316	151	29

ASCO® 2013 - D'après Rutgers E et al., abstr. LBA1001 actualisé

RECOMMANDATIONS ASCO 2014

GANGLION SENTINELLE (GS)

Ou le curage ganglionnaire
est-il en voie de disparition?

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Recommandation I: Peut-on éviter un curage ganglionnaire en cas de GS-

- En l'absence d'envahissement ganglionnaire (GS) prouvé, il n'y a pas d'indication à faire de curage ganglionnaire axillaire.
- 7 études prospectives randomisées
- Pas de différence en survie globale ,DFS, rec.axillaire,
- Amélioration de la Q.O.L., séromes, lymphoedéme et troubles sensitifs

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Recommandation II
Faut-il faire un curage en cas de GS +?

1

- En en cas de traitement conservateur avec irradiation post opératoire, il n'y a pas d'indication à faire un curage (1-2 GS+)
- 3 Essais prospectifs randomisés
- Pas de différence en mortalité , DFS, Récidive axillaire (2%)
- Pas de donnée claire sur l'irradiation post opératoire
- Suivi court

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Recommandation II
Faut-il faire un curage en cas de GS +?

2

En cas de mastectomie, sans irradiation post-opératoire, un curage ganglionnaire est recommandé

Recommandation faible : pas d'essai dédié à cette question spécifique

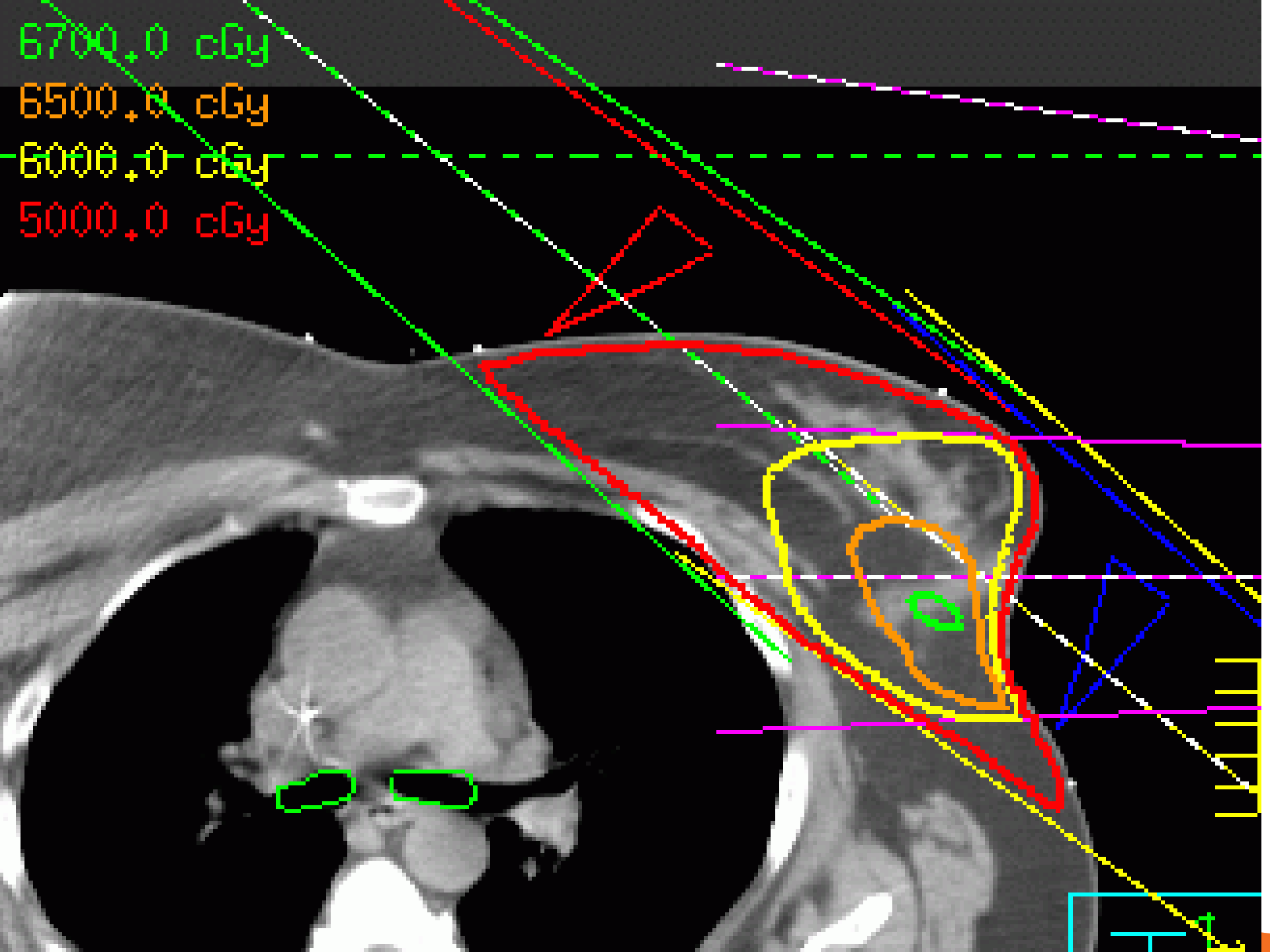
Générale de santé
Nous prenons soin de vous

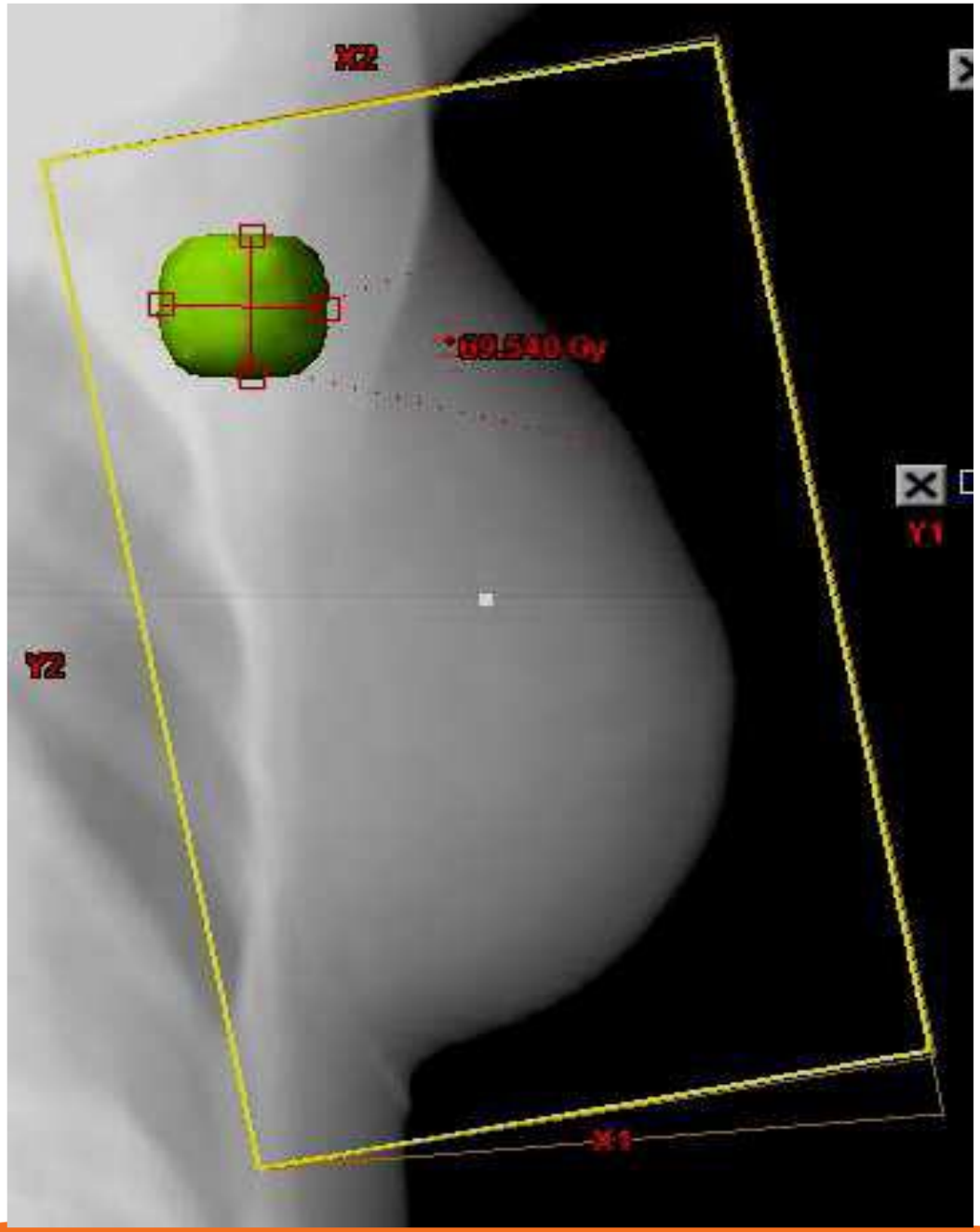
Recommandation III
Autres circonstances

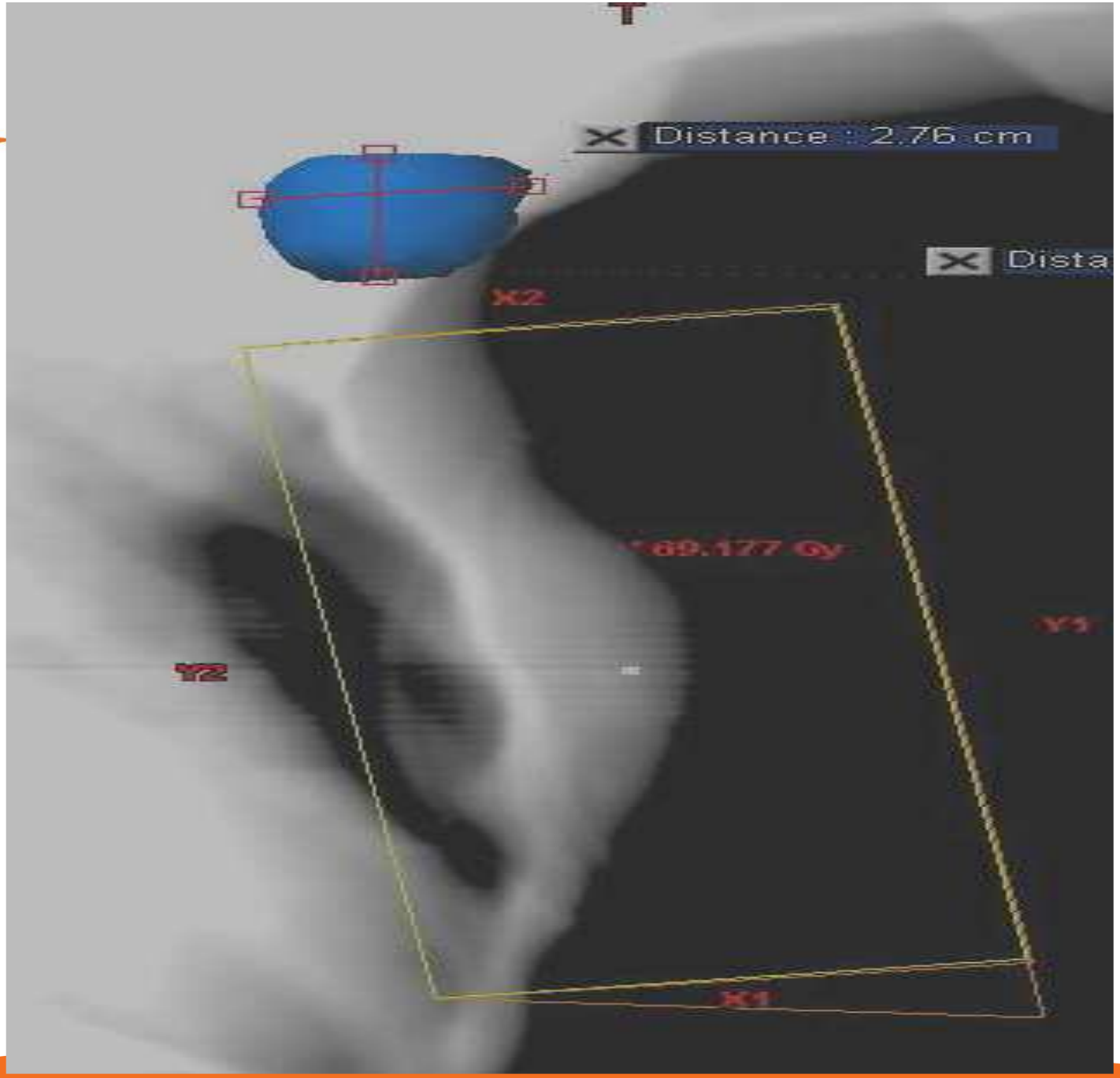
- Multicentrique
- Carcinome intra-canalaire
- Chirurgie antérieure
- Chimiothérapie néo adjuvante
- Grosses lésions, TT conservateur pour un CIC , grossesse.
- Oui au GS

MAIS PAS DE DONNEES SUFFISANTES

Générale de santé
Nous prenons soin de vous


6700.0 cGy
6500.0 cGy
6000.0 cGy
5000.0 cGy


X2
69.540 Gy
Y1
Y2


Distance : 2.76 cm
Dista
X2
69.177 Gy
Y1
Y2
X1

Que faire?

- Coopérer avec son équipe de radiothérapie
- Mettre des clips dans le lit tumoral
- Mettre un ou des clips au niveau du SNB
- Revoir ses patientes après la radiothérapie et/ou le traitement médical
- Assurer une surveillance alternée

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

GS et chimiothérapie néo adjuvante.

Lyman JCO 2015 33,232-5

Post chemo

Taux d'identification84% chez n= 695, 258 N- et 327 N+ (83,8%, 549/655 N1) et 90% (36/40 N2)

→R. C. chez 643 patientes (40,3% N1 et 50% N2)

→Dans les N+ le GS était le seul ganglion positif dans40%

→Avec deux GS, le taux de faux négatif était de 12% chez les N1 et 0 chez les N2

→Chez les 40 faux négatifs, le nombre de ganglions envahis était

→1 chez 50%, 2 chez 25%, 3 chez 10% et 4-9 chez 15%

Pre chemo

Avantage

- Pas de doute sur le statut N
- Pas d'abord axillaire en secondaire en cas de N-
- Pose du PAC dans le mêm temps

-Désavantage

→Pas d'évaluation du « down staging »

→Pas de changement du traaitement avant et après en cas de GS+No implication on the medical treatment nor help for the the decision if the nodes remains positive after chemo

→Incertitude sur le« down staging » si tous les N+ sont retirés

GS NEO ADJUVANT
ACOSOG Z1071

- Taux de faux neg si N1 et deux GS retirés
- 79% double détection,17% isotope seul, 4% Bleu seul
- Faux neg 12,6%
- 31,5% si un seul GS, 21% si 2 GS et 9% si 3 GS

- SNFNAC 8,4% faux neg sur 145 patientes

- Double détection 10,8%
- 20,3% en cas d'identification par un seul traceur
- Clip dans la biopsie du N1

GS NEO ADJUVANT
ACOSOG Z1071

756 patientes incluses

Relecture n=694

- Triple neg: 24,5%
- HER2+: 30%
- RH+ HER2-: 45,5%

Taux de conservation sein

- TN 46,8%
- HER2+ 43%
- RH+ HER2- 34,5%

pRC

- TN: 38,2%
- HER2+ : 45,4%
- RH+ HER2 –: 11,4%

Idem sein et aisselle

GS après CNA

- **Taux de Faux Négatif** *(False Negative rate)*

Table 3. Test performance measurements of SLNB after NAC in individual studies.

Séries > 100: TFN: 16,6

Author	N	IR (%)	FNR (%)	NPV (%)	Accuracy (%)
Alvarado et al.[12]	121	92	21	72	86
Boughey et al.[13]	689	93	15	82	91
Brown et al.[14]	86	m	22	67	85
Canavese et al.[15]	64	94	5	91	97
Classe et al.[16]	65	82	15	92	94
Kuehn et al.[17]	592	80	14	89	93
Lee et al.[18]	219	78	6	87	96
Newman et al.[19]	54	98	8	85	94
Ozmen et al.[20]	77	92	14	74	90
Park et al.[21]	178	95	22	76	87
Rebollo-Aguirre et al.[22]	37	84	7	94	97
Shen et al.[23]	61	92	25	62	82
Takei et al.[24]	103	m	11	92	95
Thomas et al.[25]	30	87	17	73	88
Yagata et al.[26]	95	85	16	79	90
Pooled analysis	2471	89	14	83	92

NPV= VN / VN+FN

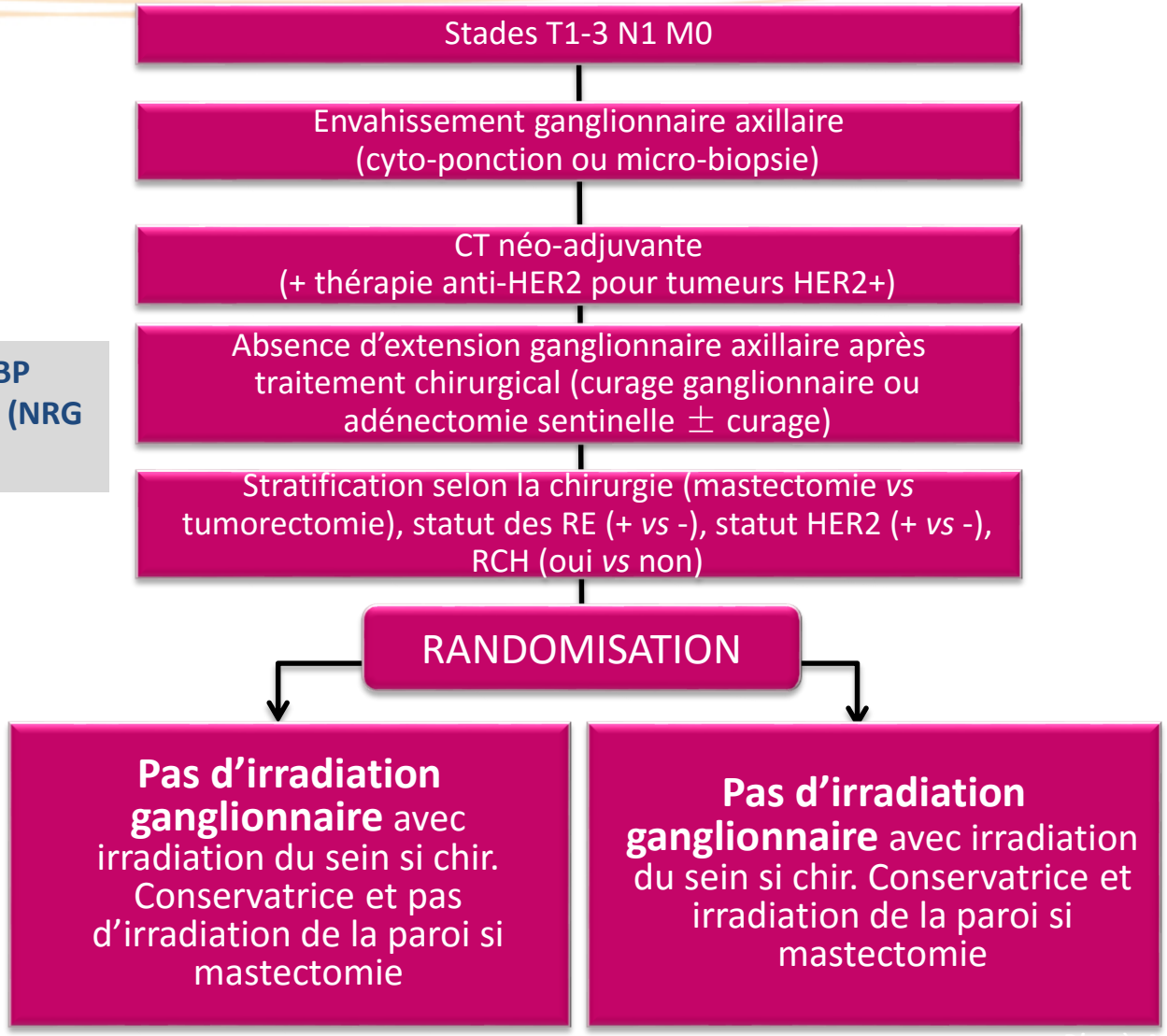
m: missing value. N = number of patients. IR: identification rate. FNR: false negative rate. NPV: negative predictive value.
doi:10.1371/journal.pone.0105316.t003

Fu et al et al, PlOs One 2014

SFCO Société Française de Chirurgie Oncologique
Nous prenons
PLoS one

Essais cliniques en cours évaluant le traitement locorégional après chimiothérapie néo-adjuvante

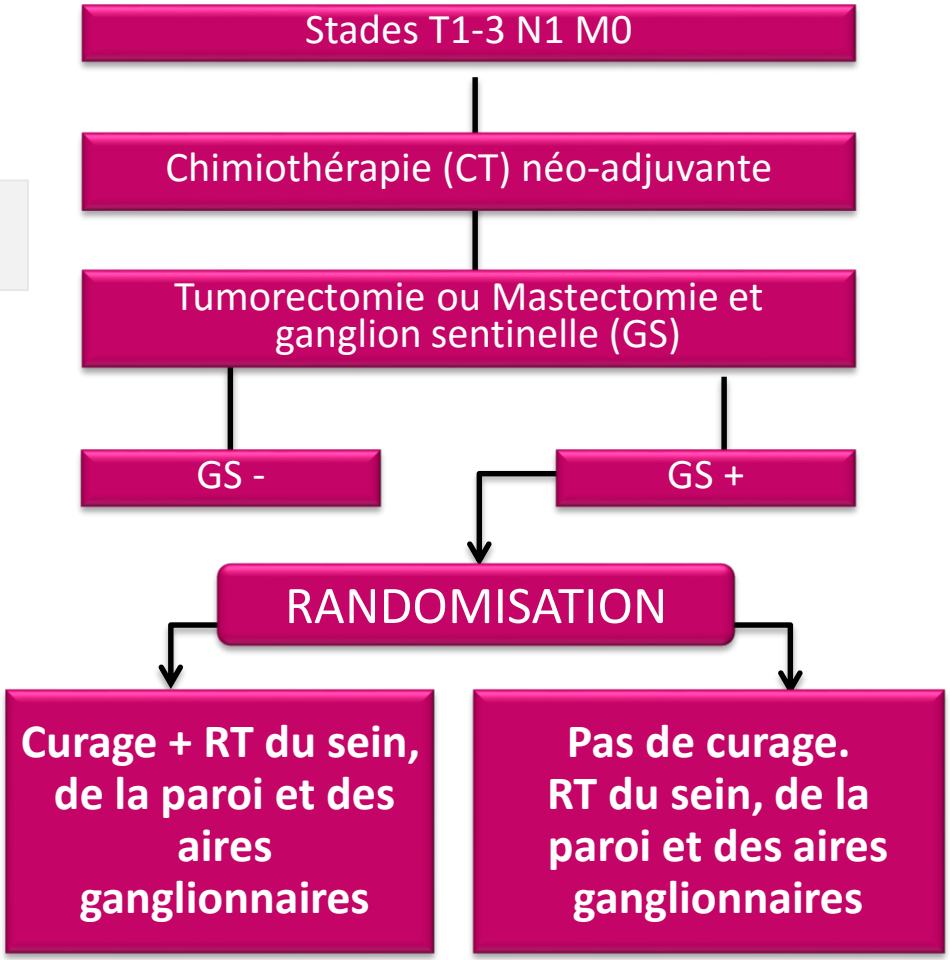
Schéma NSABP B-51/RTOG 1304 (NRG 9353)



Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Essais cliniques en cours évaluant le traitement locorégional après chimiothérapie néo-adjuvante

Schéma ALLIANCE A11202



RT : Radiothérapie

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

Targeted Axillary Dissection après tt neo adjuvant 208 N+

- GS non fait= 74
- Curage non fait= 16

GS fait = 134

Patientes évaluables = 118

Ganglion stérilisé =44 (37%) N+ =74 (63%)

GS – 7/69
GS non identifié 5

GS clippé
et GS – 1/74

Taux de faux négatif GS seul 10,1%
TAD 1,4%

- TAD non fait=112

TAD fait = 96

Curage non fait
N= 11

Patientes évaluables n=85

Ganglion stérilisé n=35 (41%)

N+ =50(59%)

GS – 5/47

GS clippé et GS négatif

GS non identifié =3

1/50

Faux négatif GS seul 10,6% TAD 2%

CONCLUSIONS I

- **On ne fait plus d'examen histologique extemporané!**
- **L'IHC n'a plus d'intérêt!**
- **La radiothérapie remplace le curage!**

Générale de santé
Nous prenons soin de vous

CONCLUSIONS II

- **L'absence d'atteinte ganglionnaire au niveau du GS devrait aider à la désescalade thérapeutique**
- **Le statut N aide à la décision des champs d'irradiation**
- **Le statut ganglionnaire axillaire ne change que très rarement l'indication du traitement médical**
- **La classification moléculaire est elle en passe de remplacer la classification TNM**
- **La prise en charge multidisciplinaire aide à définir le traitement le plus adapté et entraînant le minimum d'effets secondaires**

Générale de santé
Nous nous soins de vous