

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.

Docteur Virginie BORDES

Département de Chirurgie Oncologique,

ICO Nantes – René Gauducheau

SFSPM 08-10 Novembre 2017

INTRODUCTION

- Objectif de la stadification ganglionnaire:
 - Impact pronostique
 - Impact sur les indications thérapeutiques
 - Impact sur le contrôle local et la survie globale
- Ganglion sentinelle (GS) = Gold standard pour tumeurs initiales à un stade précoce, évite morbidité du curage axillaire
- Tendances actuelles = désescalade thérapeutique et élargissement des indications du GS

Saint Paul de Vence 2005

- Tumeur < 2cm
- N0 clinique
- Pas de traitement pré-opératoire
- Pas d'antécédent de chirurgie mammaire
- Double détection
- Chirurgien ayant validé sa courbe d'apprentissage



ASCO 2016

- Tumeur < ou = 5 cm, N0
- Tumeurs bifocales de proximité et traitement conservateur
- Chirurgie mammaire antérieure
- Traitement néoadjuvant systémique chez patientes N0 initialement
- CCIS et mastectomie

**Récidive
locale ?**

MATERIEL ET METHODE

- Etude rétrospective, multicentrique (4 CRLCC: Nantes, Marseille, Lille et Bordeaux)
- Période d'inclusion: 2000-2015
- Critères d'inclusion:
 - ATCD de chirurgie conservatrice + GS pour CCI ou CIC
 - Récidive locale (RL) infiltrante N0, M0
 - Chirurgie radicale ou conservatrice du sein
 - 3 groupes: 2nd GS, curage axillaire ou abstention chirurgicale axillaire
- Objectif principal:
 - Comparaison survie globale et sans récurrence, entre les 3 groupes
- Objectifs secondaires:
 - faisabilité technique du 2nd GS , drainages extra-axillaires
 - taux de N+
 - analyse des traitements adjuvants
 - Récidive locale, axillaire et métastatique à 5 ans

RESULTATS (1)

- 118 patientes incluses avec à la récurrence :
 - 20 patientes (17%) : 2nd GS
 - 53 patientes (45%) : curage axillaire
 - 45 patientes (38%) : absence de geste axillaire
- Chez les 20 patientes avec 2nd GS :
 - Taux d'identification à la LSG = 66,6% (12/18) dont drainage axillaire homolatéral = 75% (9/12) et drainage extra axillaire = 25% (3/12)
 - Taux de détection chirurgicale = 90% (18/20) et nombre moyen de 2nd GS prélevé = 1.5 +/- 0.8

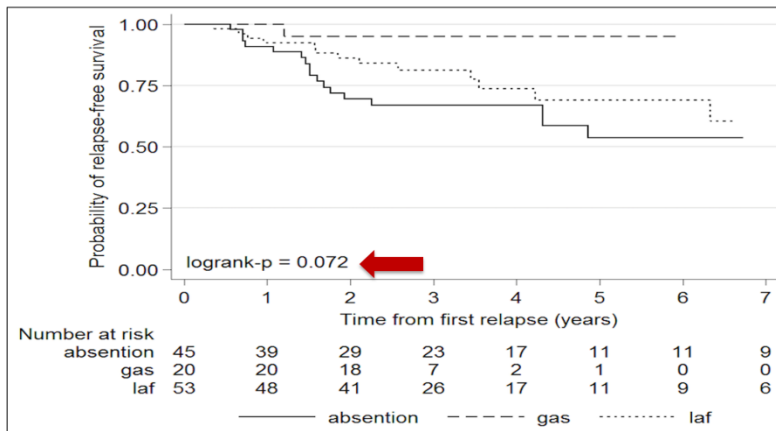
	Tumeur initiale	Récurrence			
		2 nd GS n=20	Curage n=53	Abstention n=45	*p <0.05
	n=118				
Délai moyen entre tumeur initiale – récurrence (ans)	-	6.0 ± 3.7	4.9 ± 2.9	4.6 ± 2.6	0.43
Nombre de GS prélevés à chirurgie initiale					
- 1	26 (22%)	2 (10%)	9 (17%)	15 (33.3%)	
- 2	45 (38.2%)	11 (55%)	21 (39.6%)	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%)	0.12
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%)	0.16

RESULTATS (2)

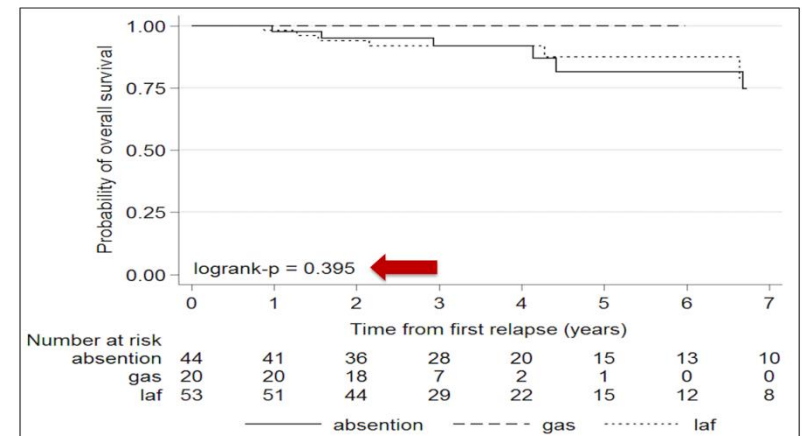
- Impact de la prise en charge axillaire sur les indications des traitements adjuvants :

	2 nd GS n=20	Curage n=53	Abstention n=45	p <0.05
Traitements adjuvants à la RL				
- Chimiothérapie				
○ Non	10 (50%)	15 (28.3%)	22 (48.9%)	0.07
○ Oui	10 (50%)	38 (71.7%)	23 (51.1%)	
- Radiothérapie				
○ Non	17 (85%)	46 (86.8%)	43 (95.6%)	0.26
○ Oui	3 (15%)	7 (13.2%)	2 (4.4%)	
- Hormonothérapie				
○ Non	5 (25%)	19 (35.8%)	22 (48.9%)	0.16
○ Oui	15 (75%)	34 (64.2%)	23 (51.1%)	

- Impact sur la survie globale et sur la survie sans récurrence :



Courbe de survie sans récurrence des populations 2nd GS (gas), curage axillaire (laf) et abstention de geste axillaire (abstention)



Courbe de survie globale des populations 2nd GS (gas), curage axillaire (laf) et abstention de geste axillaire (abstention)

DISCUSSION

- Le 2nd GS est-il faisable :
 - Taux d'identification à la LSG = 66.6% => plutôt bas, LSG examen peu pertinent non recommandé en routine dans GS initial
 - Intérêt = identifie drainage extra axillaire et offre possibilité d'analyser un ganglion non prélevé en routine
 - Taux de détection = 90% => bon
- Le 2nd GS est-il fiable :
 - Pas de taux de faux négatif dans notre étude
 - Taux de faux négatif peu documenté dans la littérature (8 à 20%)
- Intérêt de l'évaluation axillaire à la récurrence locale :
 - Pas de différence significative entre les 3 groupes pour thérapies adjuvantes
 - Méta analyse Maaskant-Braat et al. (9 études) , Breast Cancer Res Treat, 2013
 - 2nd GS = modification de la stratégie thérapeutique chez 17.9% (25/140) des patientes
 - Méta analyse de Ahmed et al. (4 études) , Br J Surg , 2016
 - 2nd GS = modification de la stratégie thérapeutique chez 7.6% (56/735) des patientes
- SSR et SG: pas de différence significative entre les 3 groupes
 - Ugras et al. n=83 , Ann Surg Oncol 2016
 - Pas de différence significative taux de récurrence axillaire, métastatique et décès entre groupe 2nd GS et abstention, suivi moyen 4.2 ans

CONCLUSION

- 2nd GS techniquement faisable, mais nécessité d'études prospectives avec évaluation de la sécurité de la procédure (taux de FN)
 - Ouverture: PHRC FIGARO
- 2nd GS > curage axillaire
 - pas de modifications sur traitements adjuvants
 - pas inférieur sur SG et SSR
- 2nd GS > abstention ?
- Hétérogénéité des pratiques : nécessité de recommandations