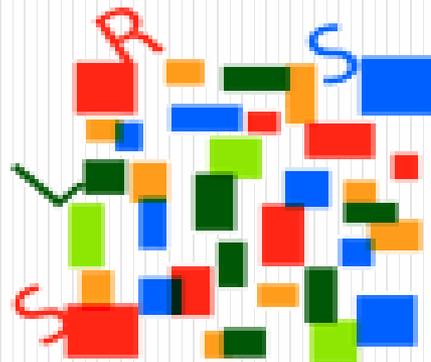


Ganglion sentinelle: la série de Saint-Louis

Florence LEDOUX, Edwige BOURSTYN

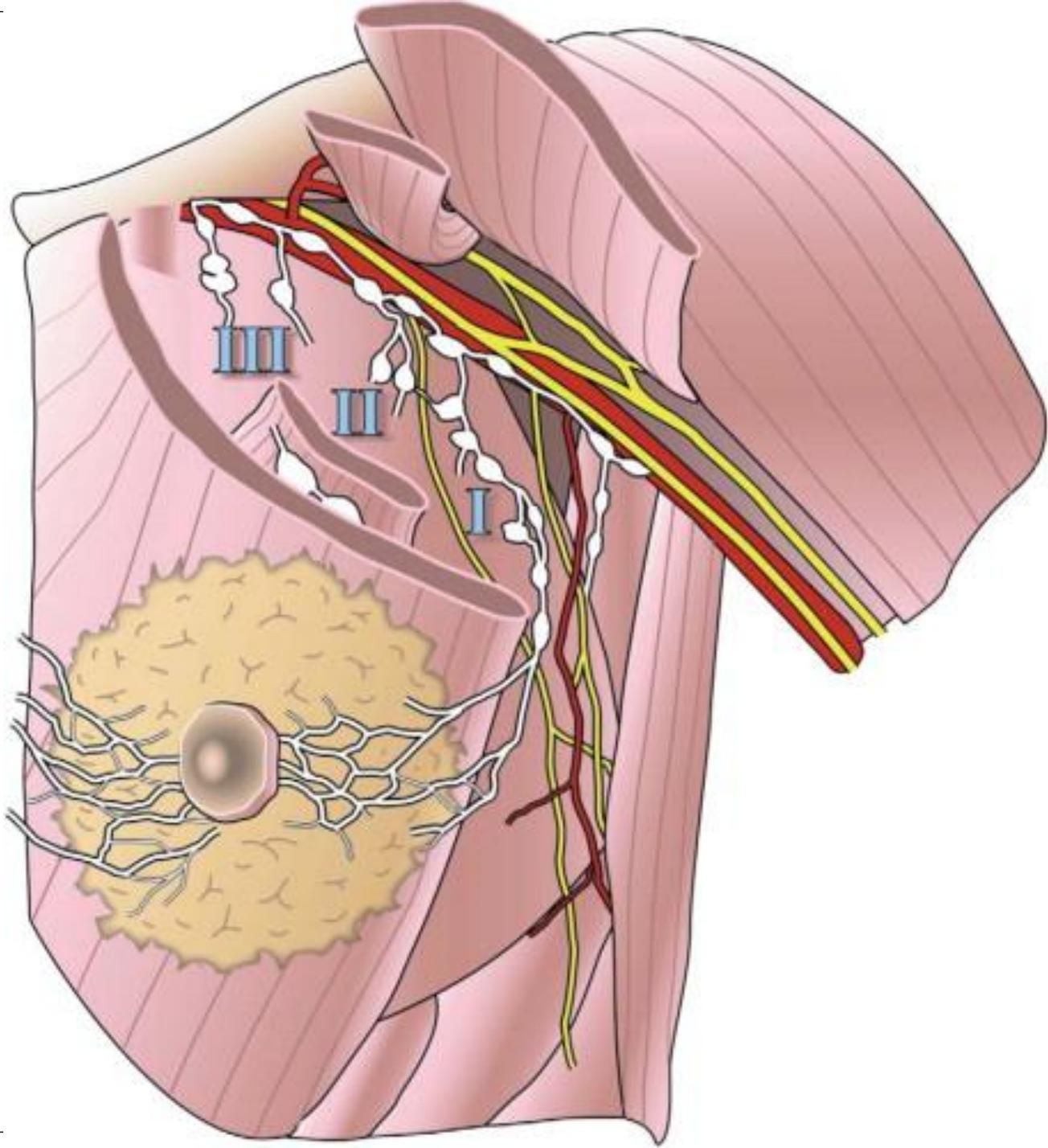
Centre des maladies du sein, Hôpital Saint Louis

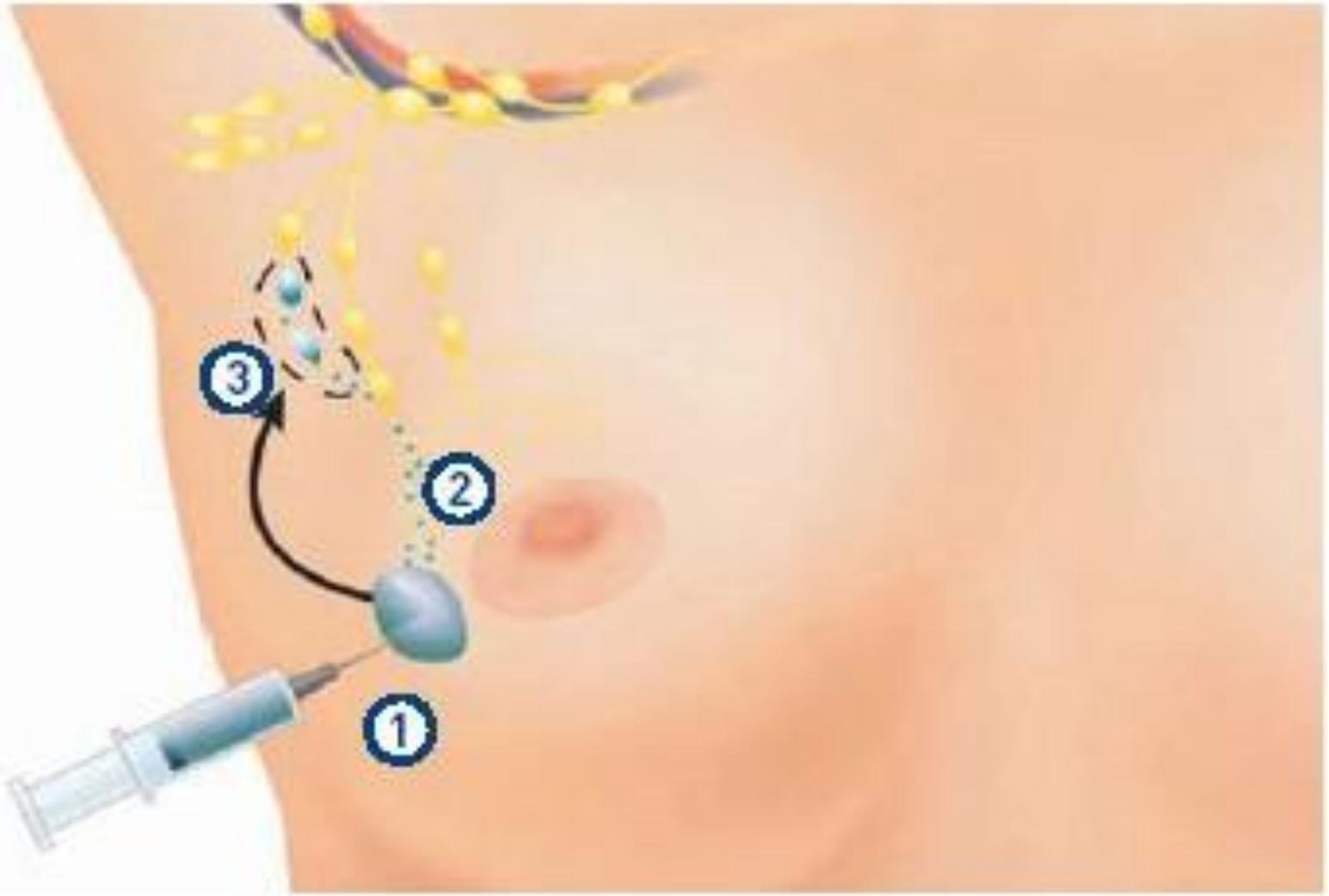


université
PARIS
PARIS 7
DIDEROT

Technique du ganglion sentinelle (GS)

- Le GS est le premier ganglion recevant le drainage lymphatique d'une tumeur
- Identifier le statut ganglionnaire
- =
- Facteur le plus puissant de la rechute et de la survie





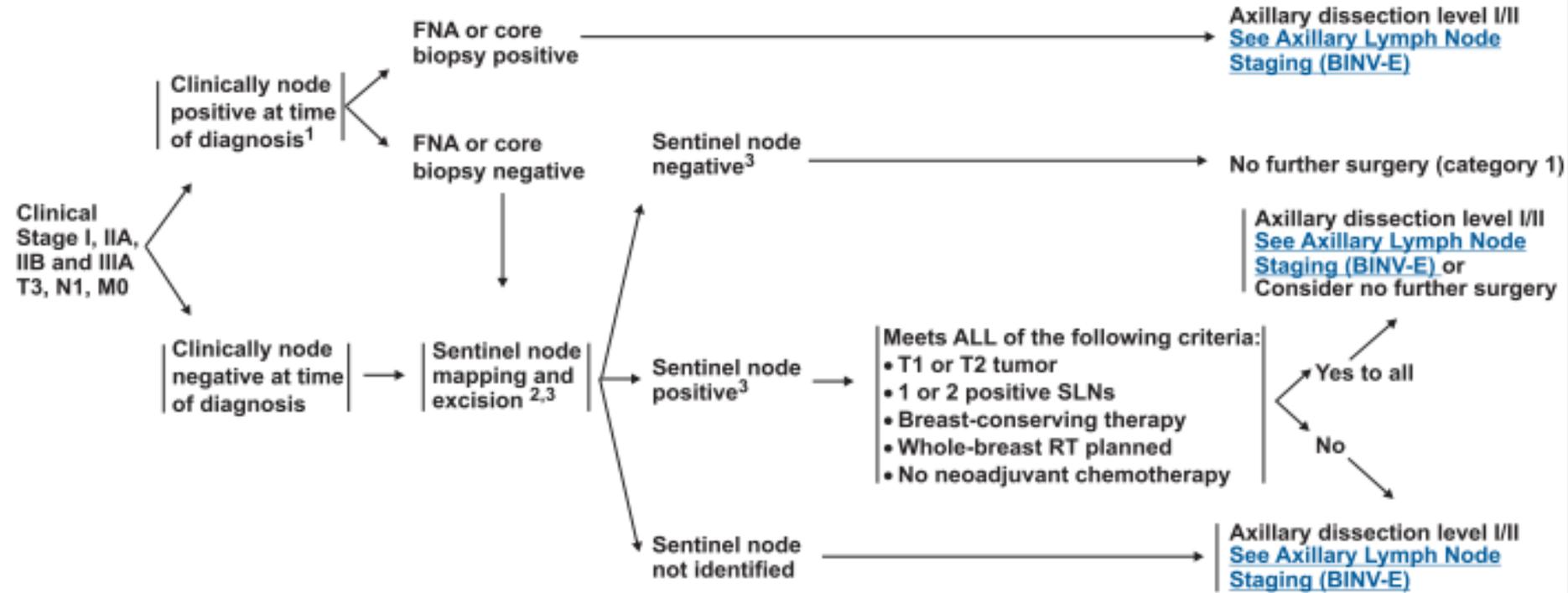
BGS: ce qui est acquis en 2013

Technique de choix pour l'exploration axillaire des cancers du sein infiltrants à un stade précoce, N0 clinique

- NCCN mars 2013
- ASCO septembre 2005
- ESMO aout 2013

standard niveau de preuve 1

SURGICAL AXILLARY STAGING - STAGE I, IIA, IIB and IIIA T3, N1, M0



Ce qui est consensuel en 2013

- Cancer histologiquement prouvé en préopératoire (macro ou micro biopsies)
- Double détection (+ 10 à 15 % d'identifications)
- Contre-indications:
 - ADP palpables
 - les ATCD de chirurgie axillaire,
 - CIC lorsqu'une mastectomie n'est pas prévue

Ce qui fait débat en 2013

élargissement des indications

- Grossesse
- Après une chimiothérapie néoadjuvante;
- Pour les tumeurs ≥ 3 cm (mais chimio neoadj)
- Pour les tumeurs multifocales
- Après une chirurgie mammaire large non oncologique (plastie mammaire)
- Récidive (patiente ayant eu ou non une BGS)

prise en charge des GS+

- Toujours faire un CA?
- Eviter le CA dans une population sélectionnée?

BGS : protocole Saint-Louis

- Tumeurs uni focales, de moins de 3 cm, N0 clinique
- Micro biopsie ou macro biopsie pré-opératoires
- Radio colloïde (Tc 99) + bleu patenté
- CA si extemporané positif
- ATCD PM de réduction , CT première, multifocale
> à discuter en RCP
- Formation des chirurgiens par tutorat
- Information
- Enregistrement des patients et évaluation

Multidisciplinarité des équipes

La BGS n'est pas une technique chirurgicale pure elle implique

- Chirurgiens
- Oncologues, sénologues et radiothérapeutes
- Médecine nucléaire
- Anatomico-pathologistes

Les contrôles de qualité et l'évaluation des pratiques sont indispensables

La série de Saint-Louis

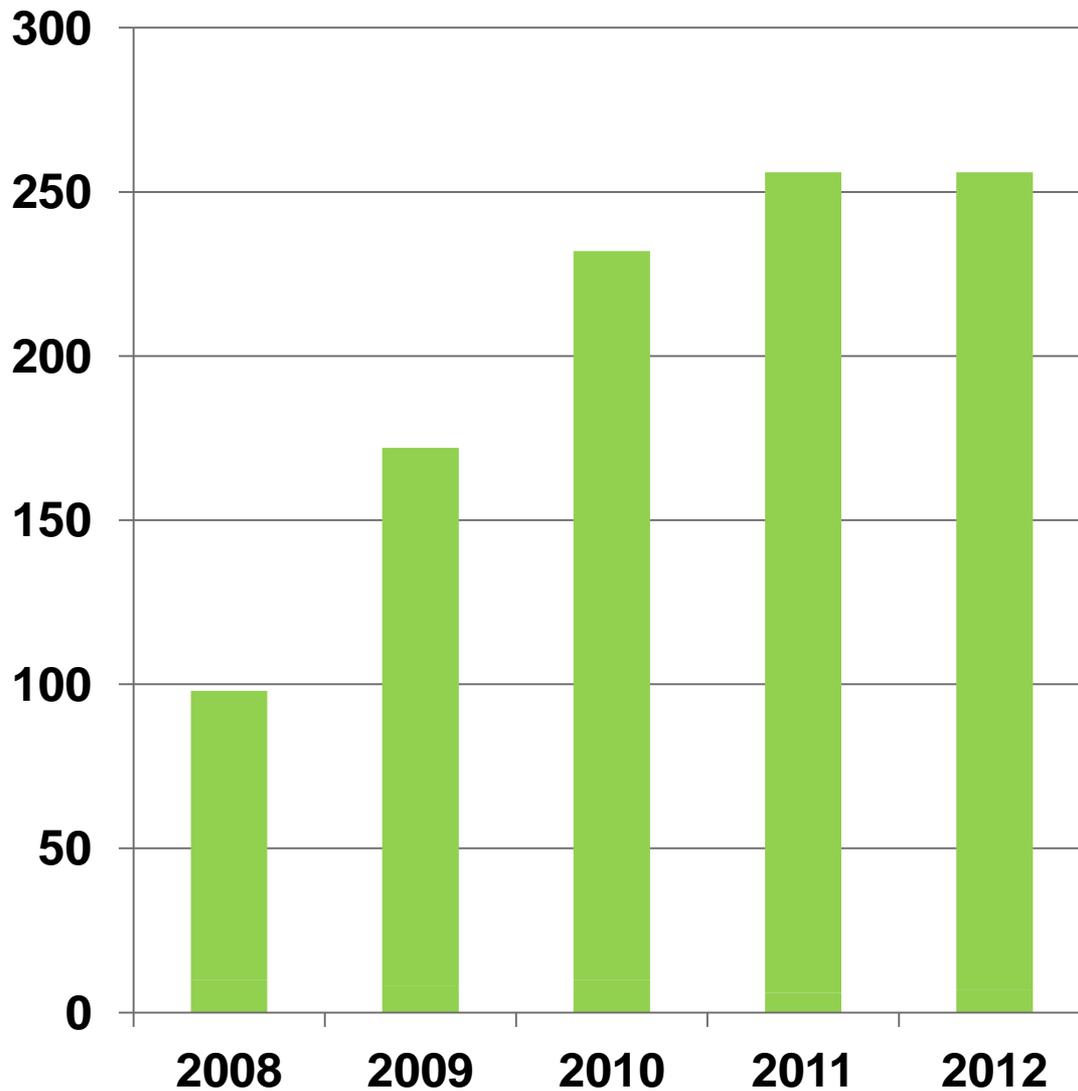
Objectifs

- Décrire la population de patients ayant bénéficié d'une BGS
- Dégager les pratiques et leur évolution
 - indications
 - technique, taux d'échec
 - prise en charge des GS+
- Identifier les facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire
- Fiabilité de la technique dans les indications particulières

Patients et méthodes

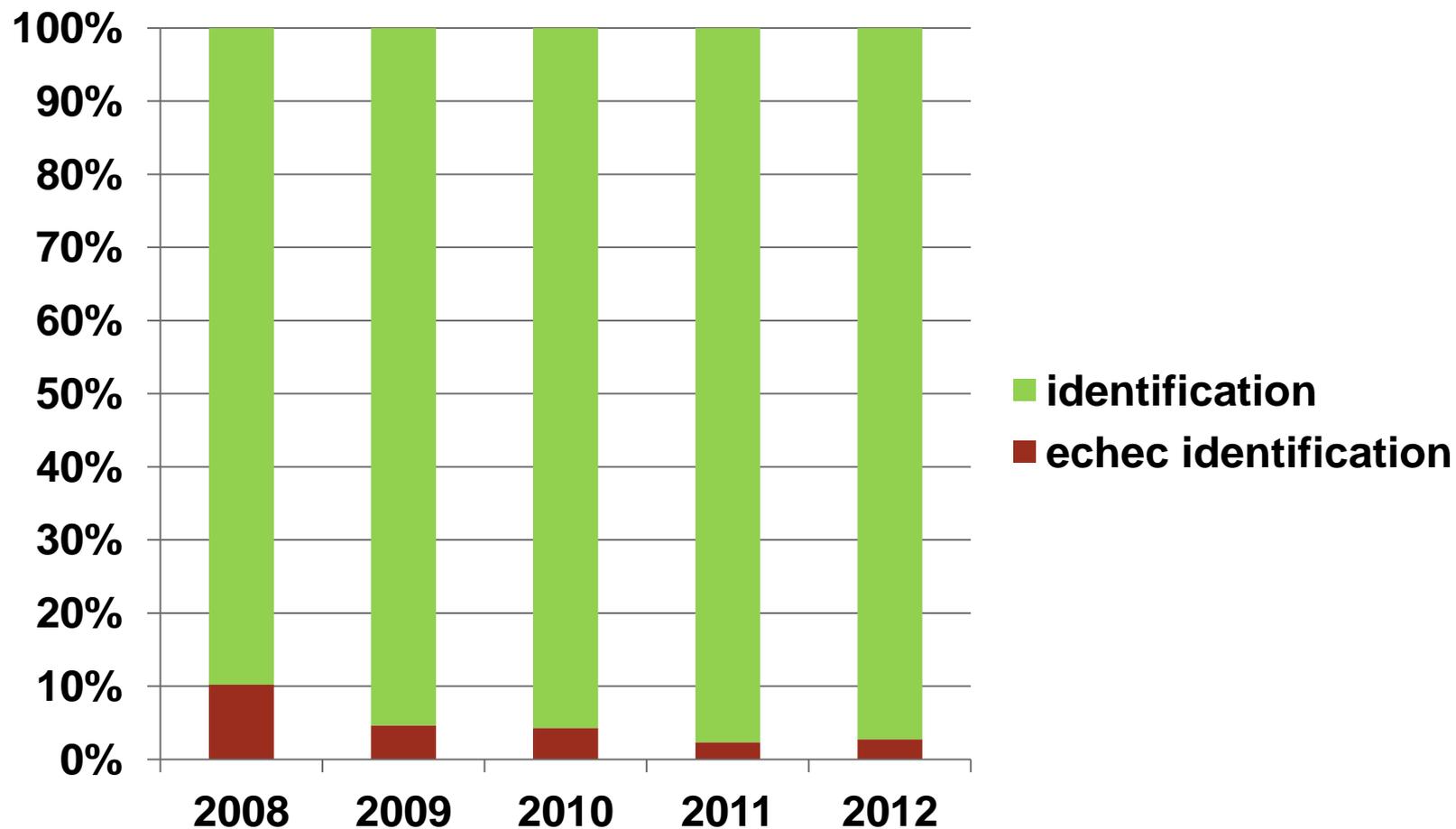
- Rétrospectif
- Patientes ayant eu une lymphoscintigraphie préopératoire entre 2008 et 2012
- Revue des dossiers informatisés de ces patientes (CR de consultation, CR anapath et CR opératoire)

Nombre de patientes éligibles



1002 patientes
1011 procédures

Taux d'identification/ taux d'échec

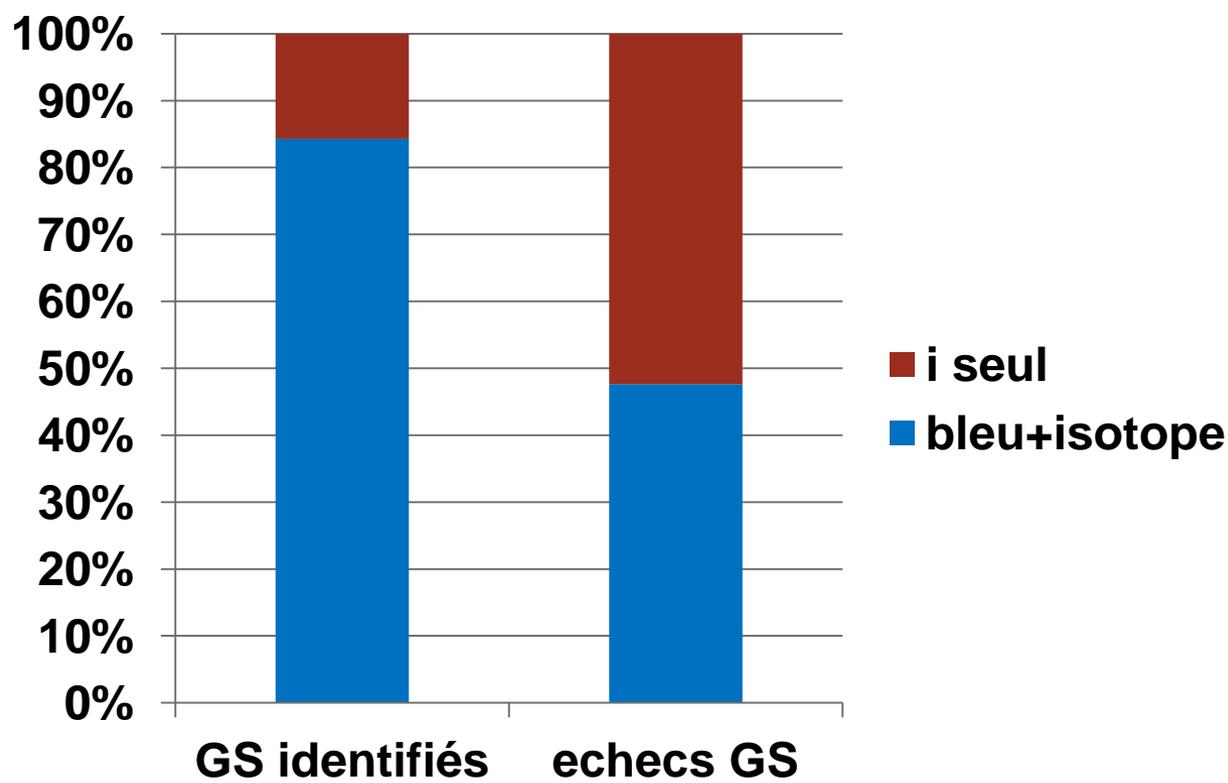


Taux d'identification/ taux d'échec

- Diminution du taux d'échec au cours des années
- En moyenne sur les 5 années: 4,4%
- En 2008: 10,1%
- En 2012: 2,8%

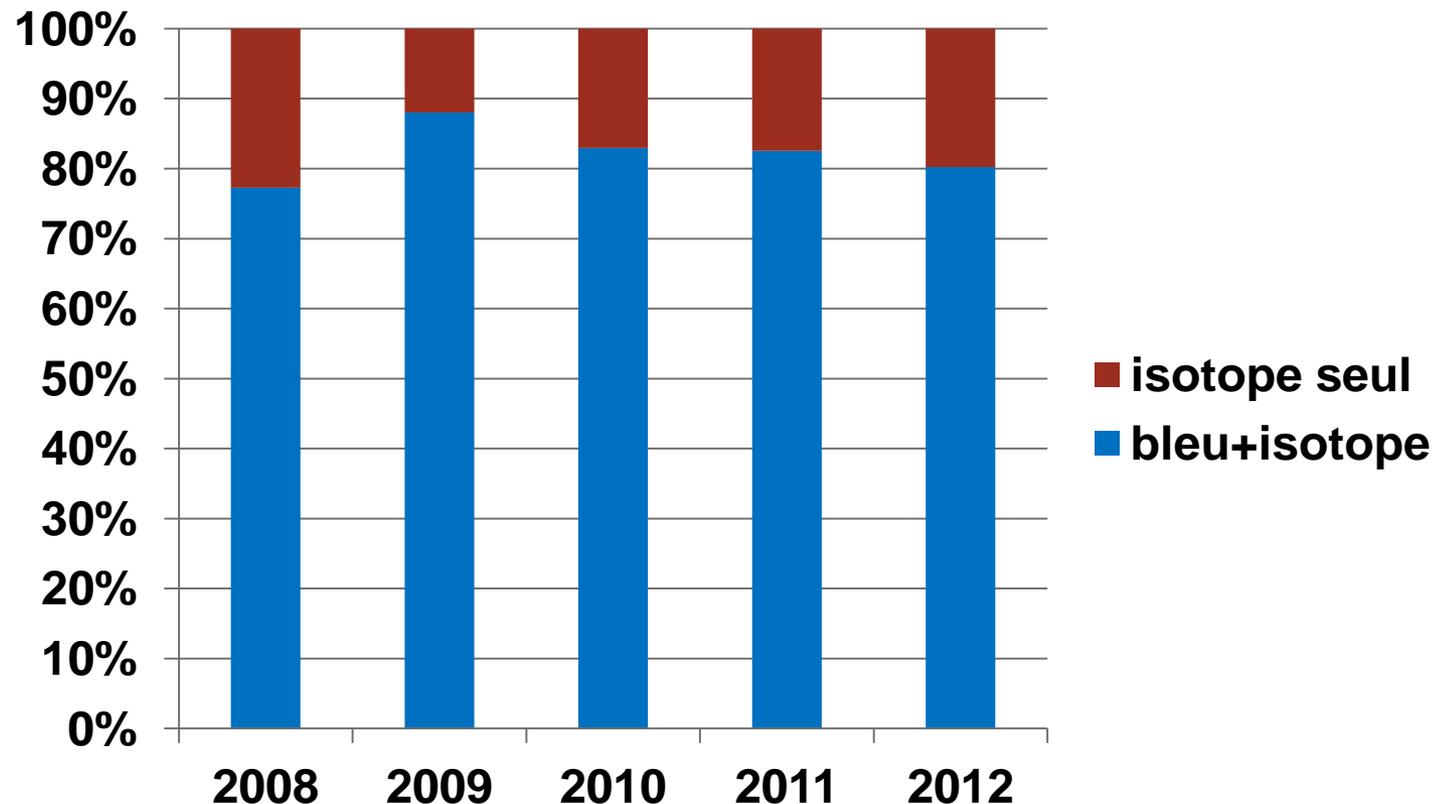
Technique d'identification

P=0,0002



Evolution de la technique

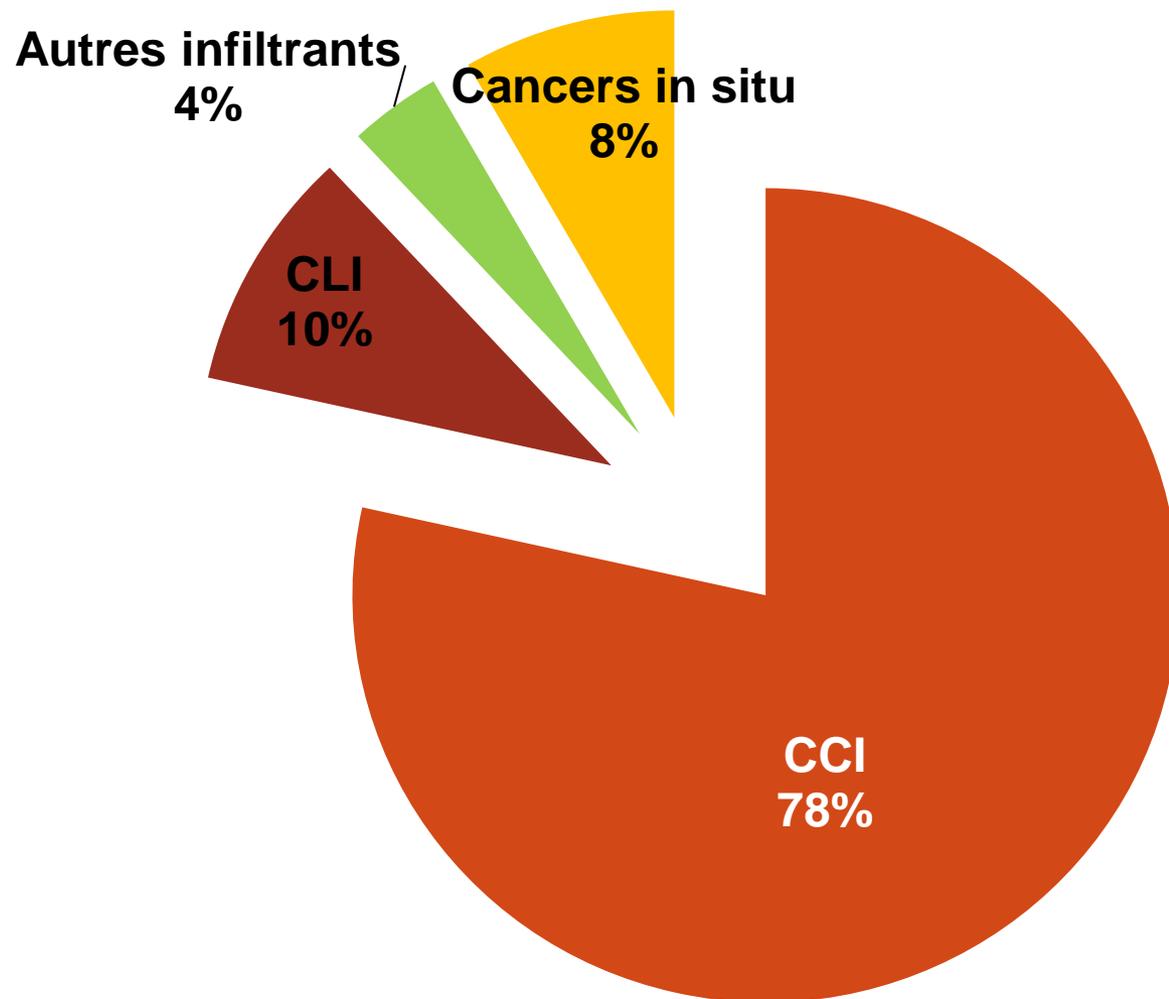
- Variabilité inter opérateur
- Pas d'évolution des pratiques au fil des années



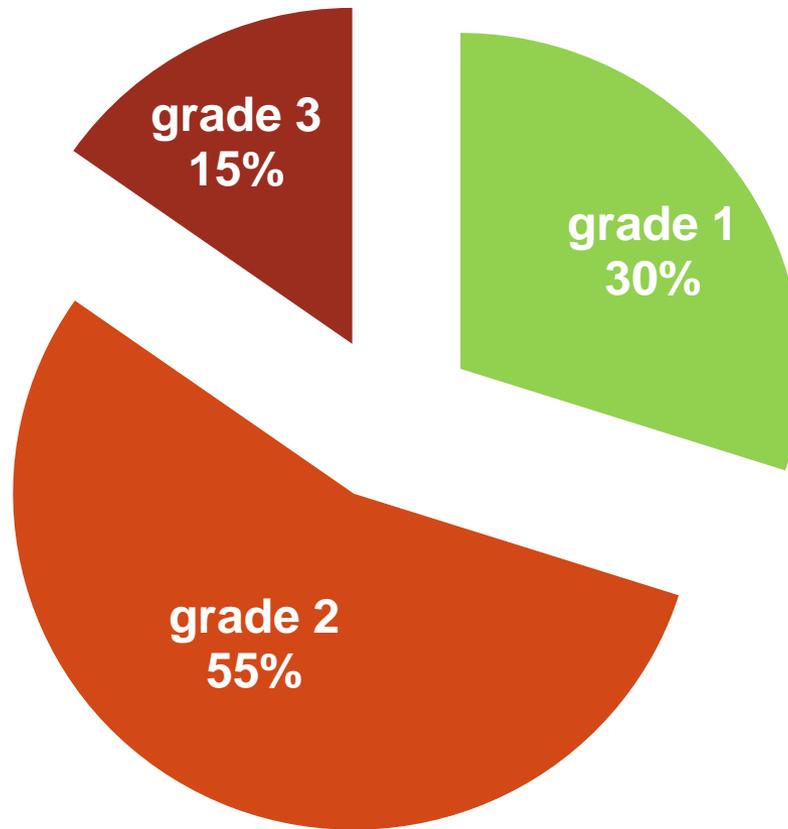
Description de la population

- Age: **58,2 ans** ($\pm 0,6$) de 24 à 88 ans
- Taille des tumeurs (composante infiltrante)
16,5mm ($\pm 0,6$)
- Indications particulières:
 - 5 hommes
 - 56 avec ATCD de chirurgie mammaire homolatérale
 - 16 avec ATCD de plastie mammaire
 - 25 avec après tumorectomie première
 - 10 BGS après chimio néoadjuvante
- Nombre de GS prélevés: **2,3** ($\pm 0,06$)

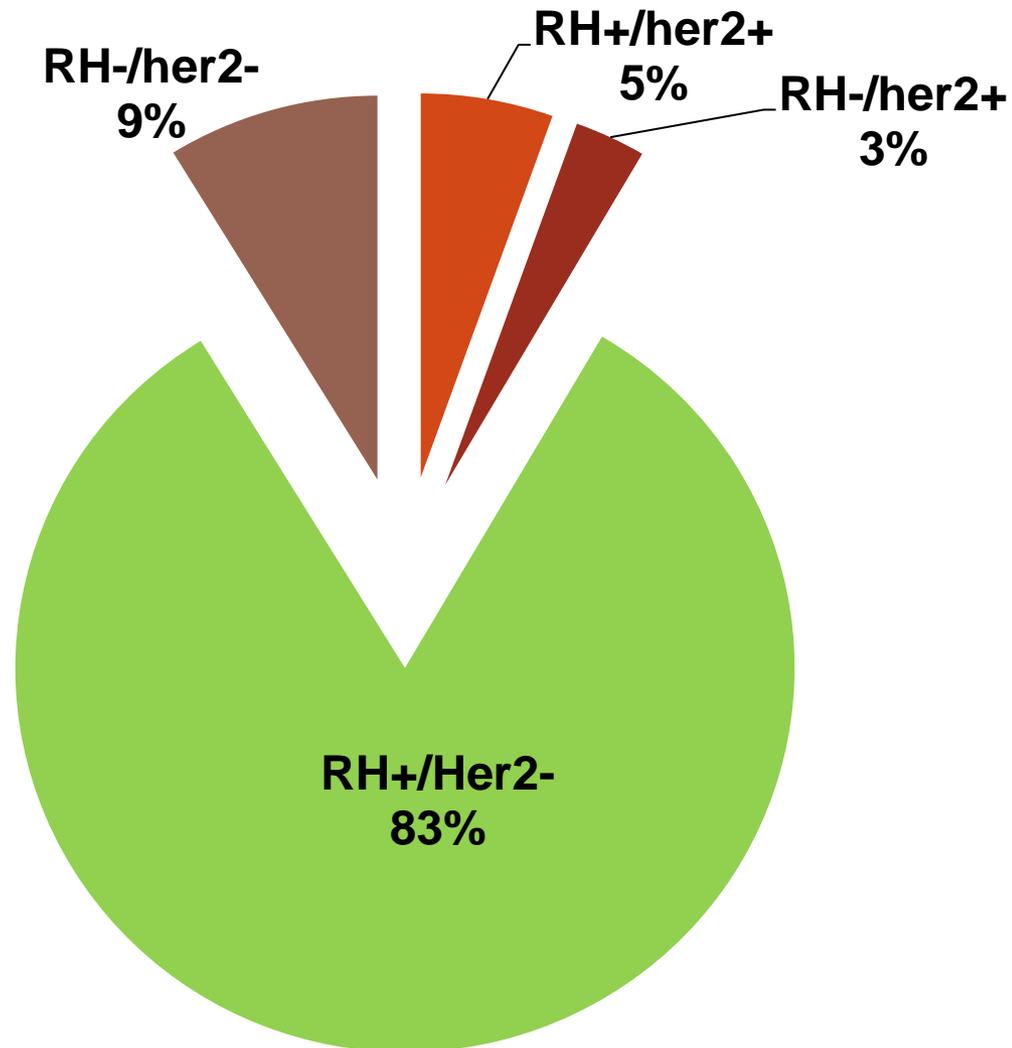
Répartition: type histologique



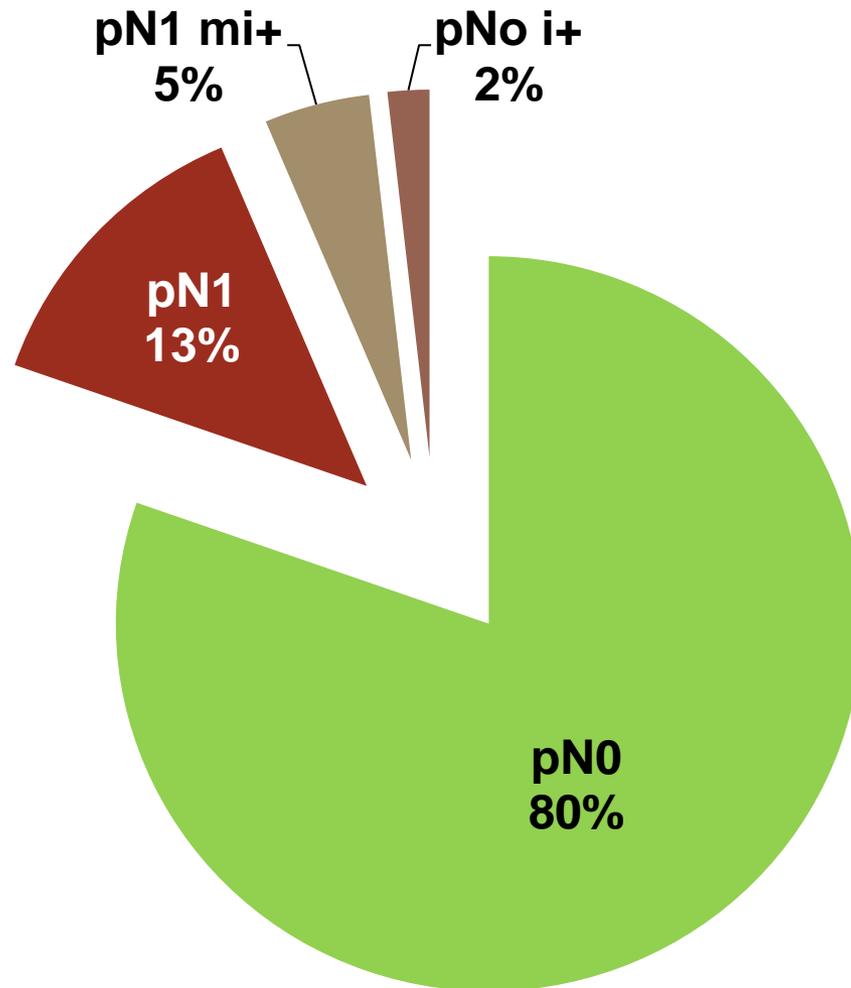
Répartition: Grade



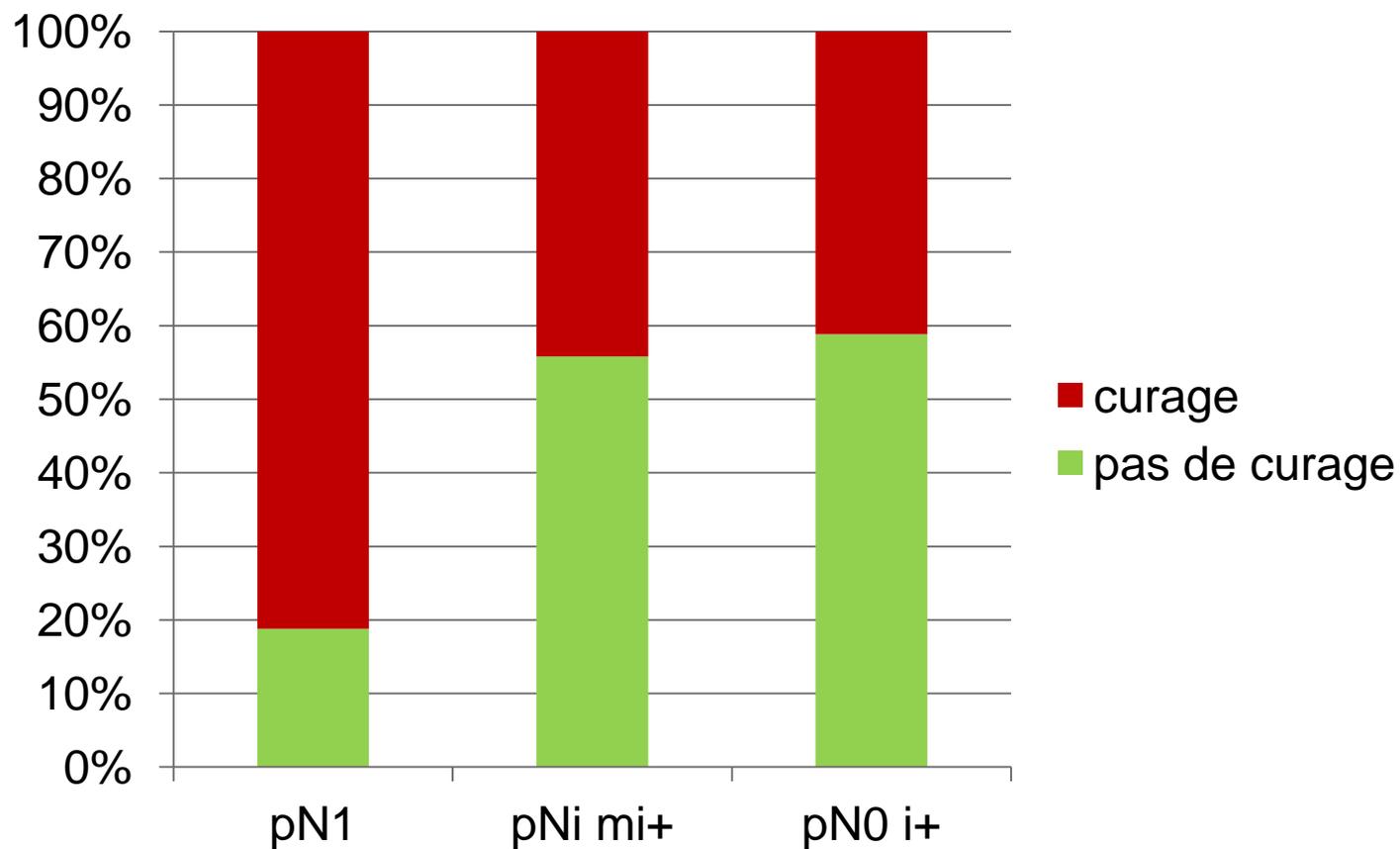
Répartition: Phénotype moléculaire



Répartition GS-/GS+



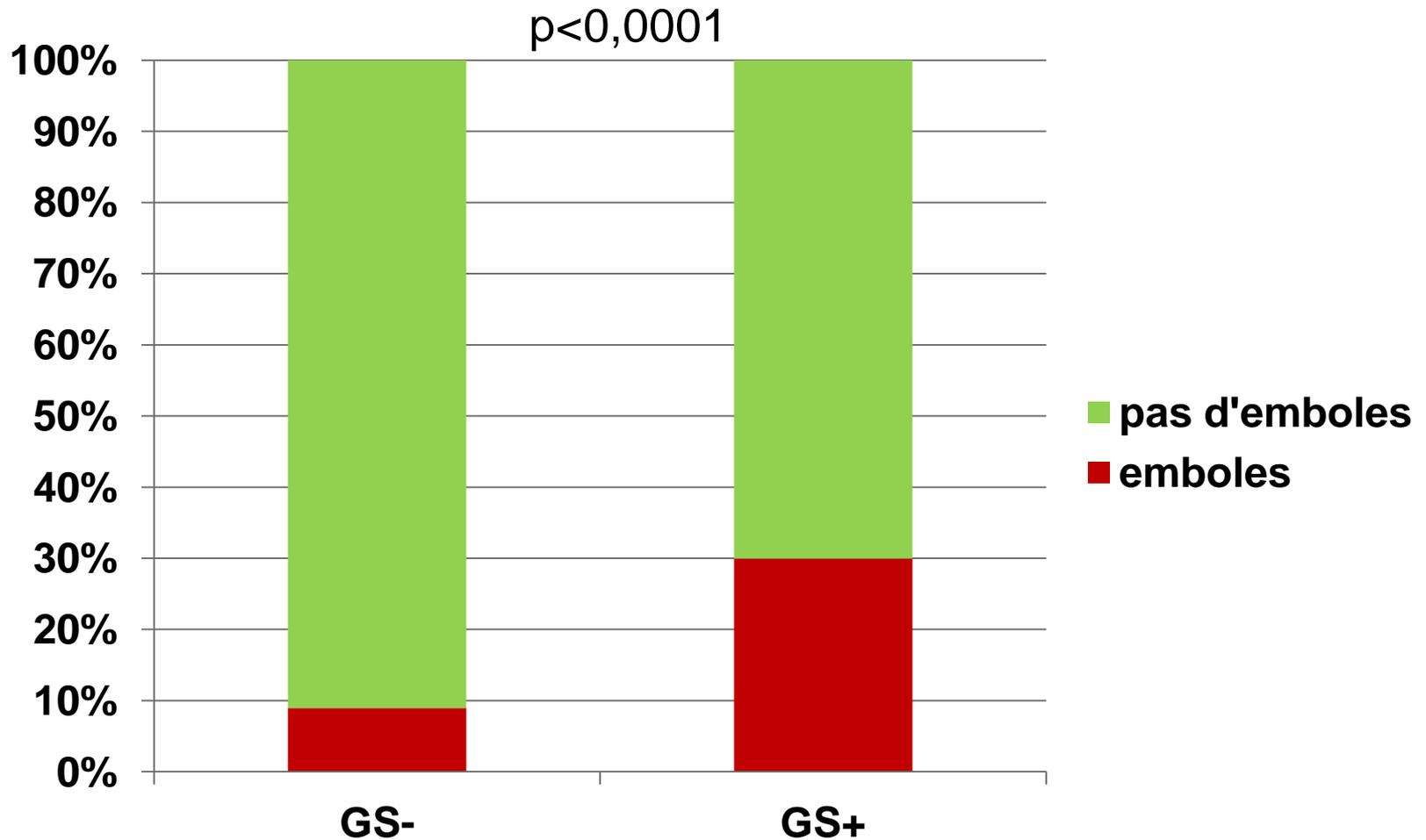
Prise en charge des GS+



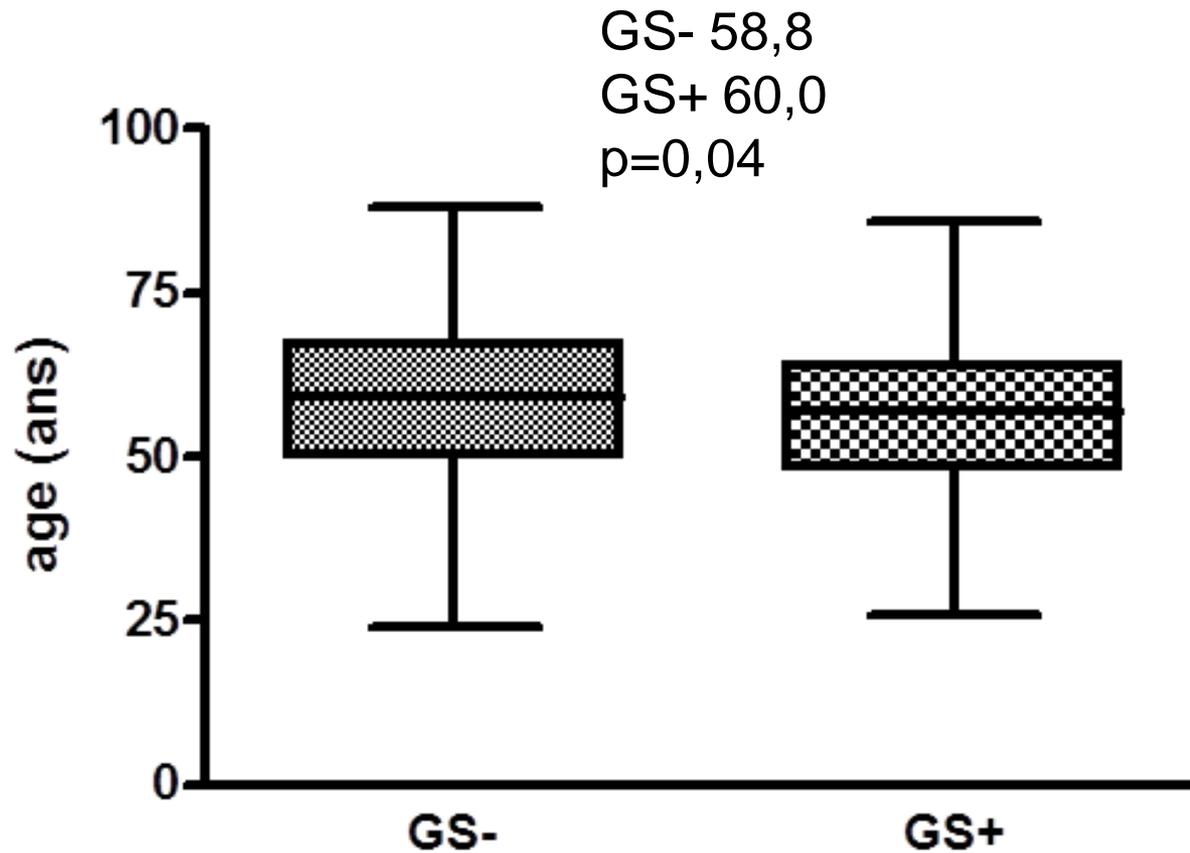
Résultats du curage, Valeur de l'examen extemporané

- 90% d'examen extemporanés
- Macrometastase
 - Curage positif dans 26,8% des cas
 - Extemporané positif dans **53,6%** des cas
- Micrométastase
 - Curage positif dans 44,2%
 - Extemporané positif dans 4,6% des cas
- CTI
 - Curage positif dans 23,5% des cas
 - Extemporané positif dans 0% des cas

Facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire: Emboles tumoraux

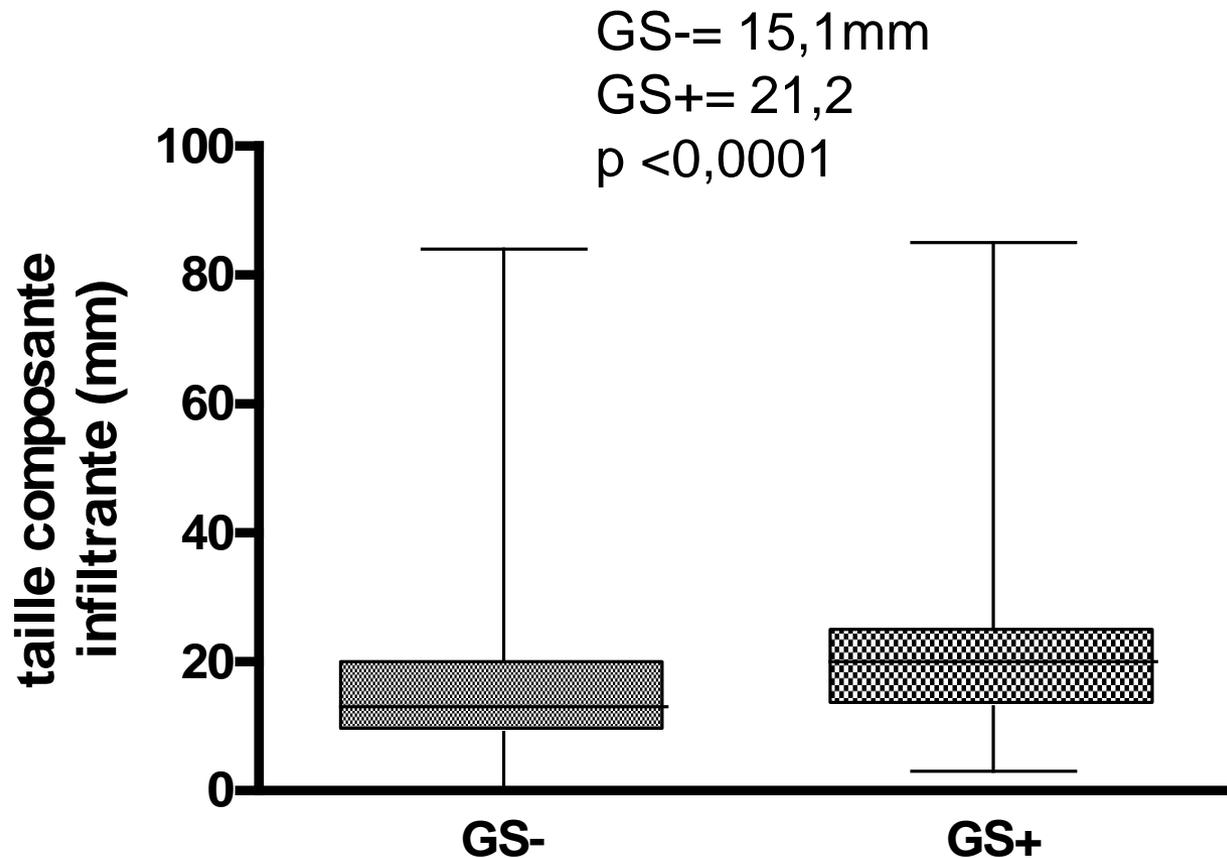


Facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire: Age



Facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire:

Taille de la composante infiltrante



Carcinomes in situ et GS+

- 2 GS positifs parmi les 85 in situ (2,6%)
- Un micropapillaire et un micoinfiltrant

Cas particuliers > faisabilité et fiabilité de la BGS

- **Hommes (n=5):**
 - 2 GS+ soit 40%, pas d' échec
- **Après chimiothérapie néoadjuvante (n=10)**
 - 1 GS+ soit 10%, pas d' échec
- **ATCD tumorectomie homolatérale (n=72)**
 - 7 GS+ soit 9,7%, 2 échecs soit 2,8%
- **ATCD de plastie mammaire (n=16)**
 - 1 GS+ soit 6,3%, pas d' échec
- **GS après tumorectomie première (n=25)**
 - 2 GS+ soit 8%, pas d' échec

Conclusion

- Taux d' échec acceptable
- Amélioration des pratiques
- Indications à élargir (taille+++)
- Facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire:
 - âge
 - taille de la composante infiltrante
 - emboles
- Prise en charge des GS+: variable (RCP)
- Valeur médiocre de l'examen extemporané

Perspectives

- Améliorer les contrôles qualité et l'harmonisation des pratiques
- Améliorer la performance de l'extemporané
- Participer aux études pour
 - CAT en cas de GS+, évaluer les scores
 - valider la faisabilité et la fiabilité de la technique dans les indications particulières (Chimio néoadjuvante, rechutes)