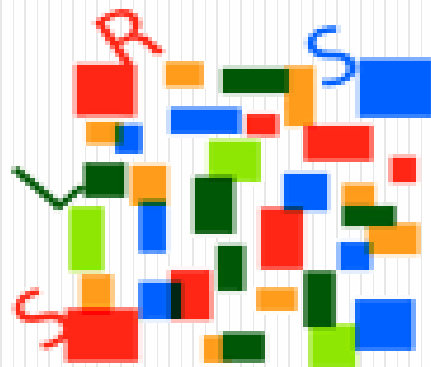


# Ganglion sentinelle: la série de Saint-Louis

Florence LEDOUX, Edwige BOURSTYN

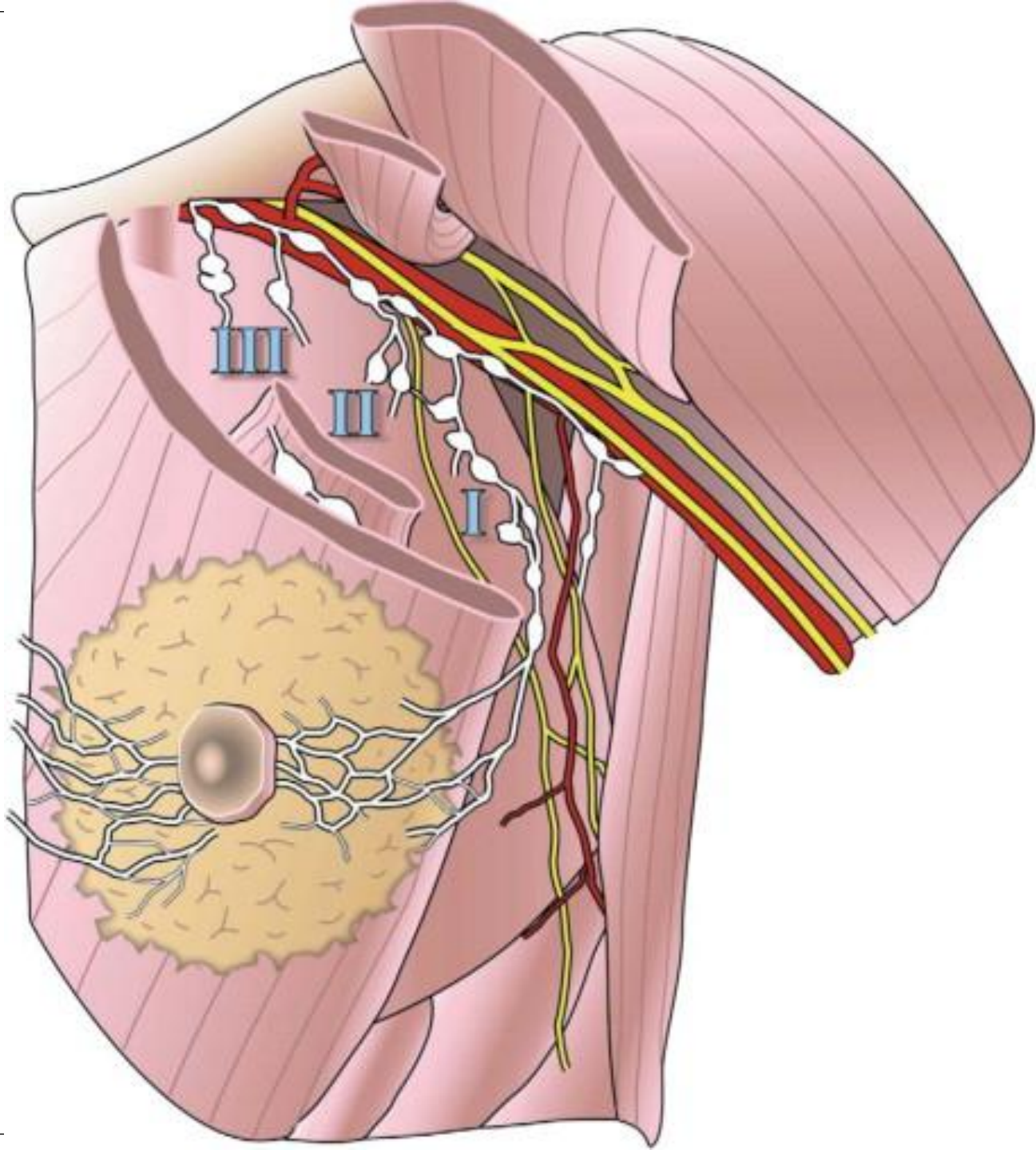
Centre des maladies du sein, Hôpital Saint Louis

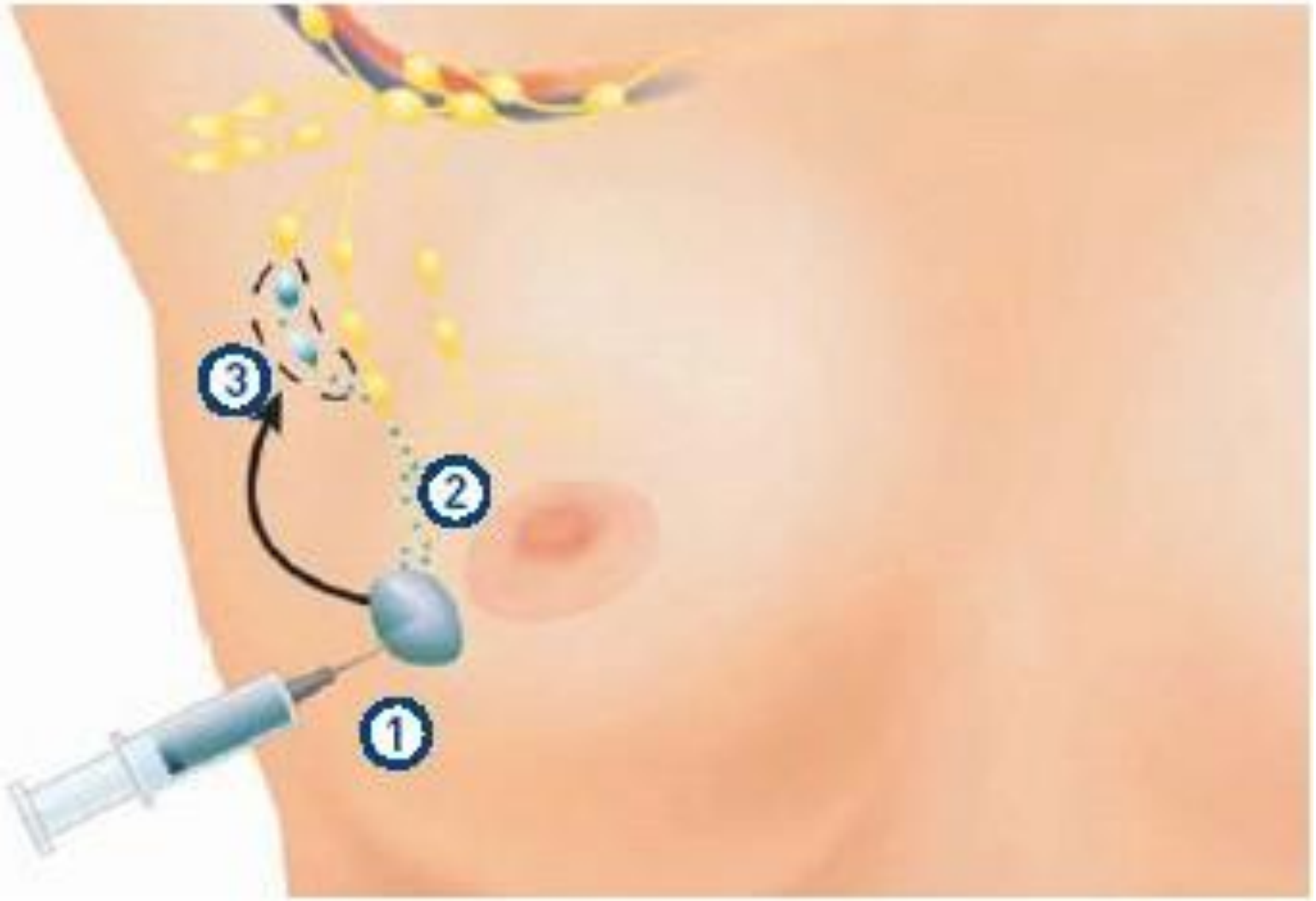


université  
**PARIS**  
PARIS 7  
**DIDEROT**

# 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

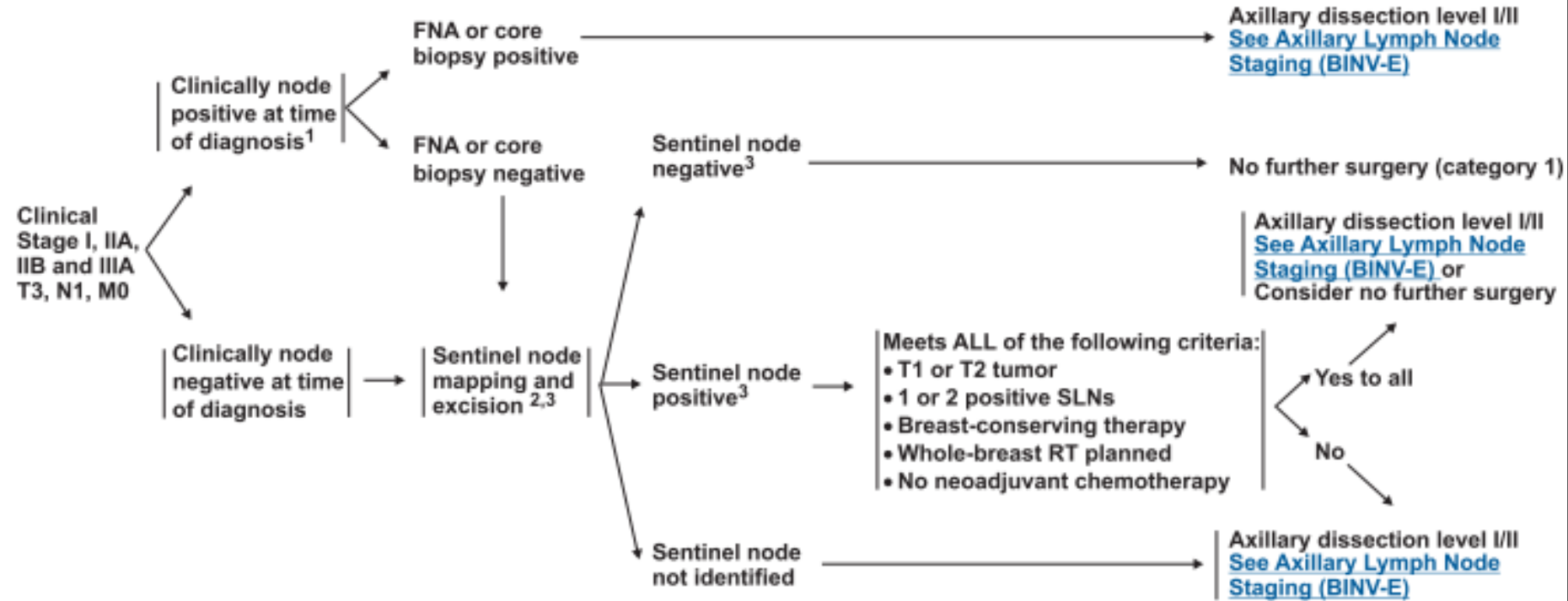
Technique de choix pour l'exploration axillaire des cancers du sein infiltrants à un stade précoce, N0 clinique

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

standard niveau de preuve 1

# NCCN Guidelines Version 3.2013 Invasive Breast Cancer

## 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  $\geq 3$  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
- Anatomo-pathologistes

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

# La série de Saint-Louis

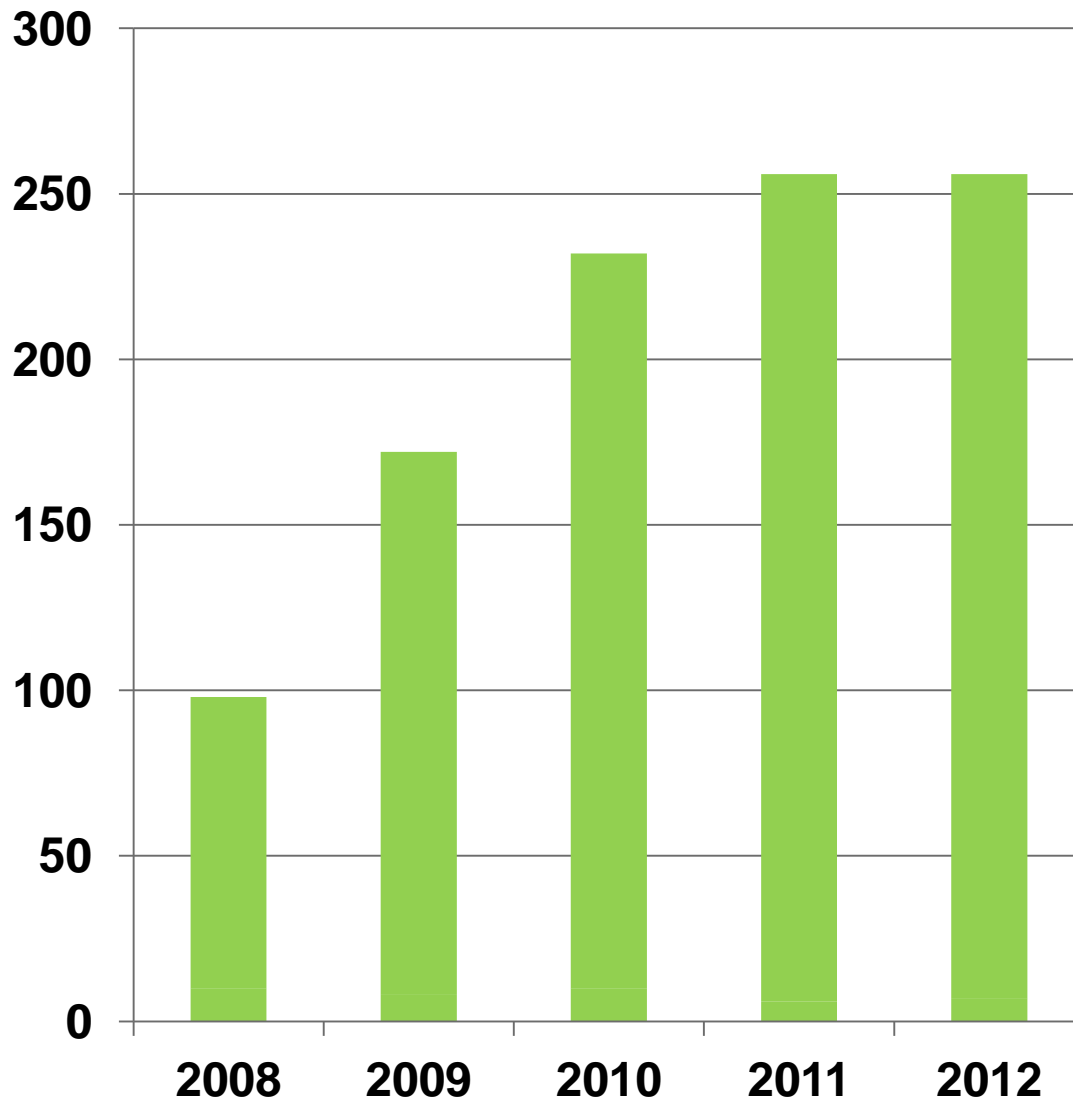
# Objectifs

- 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

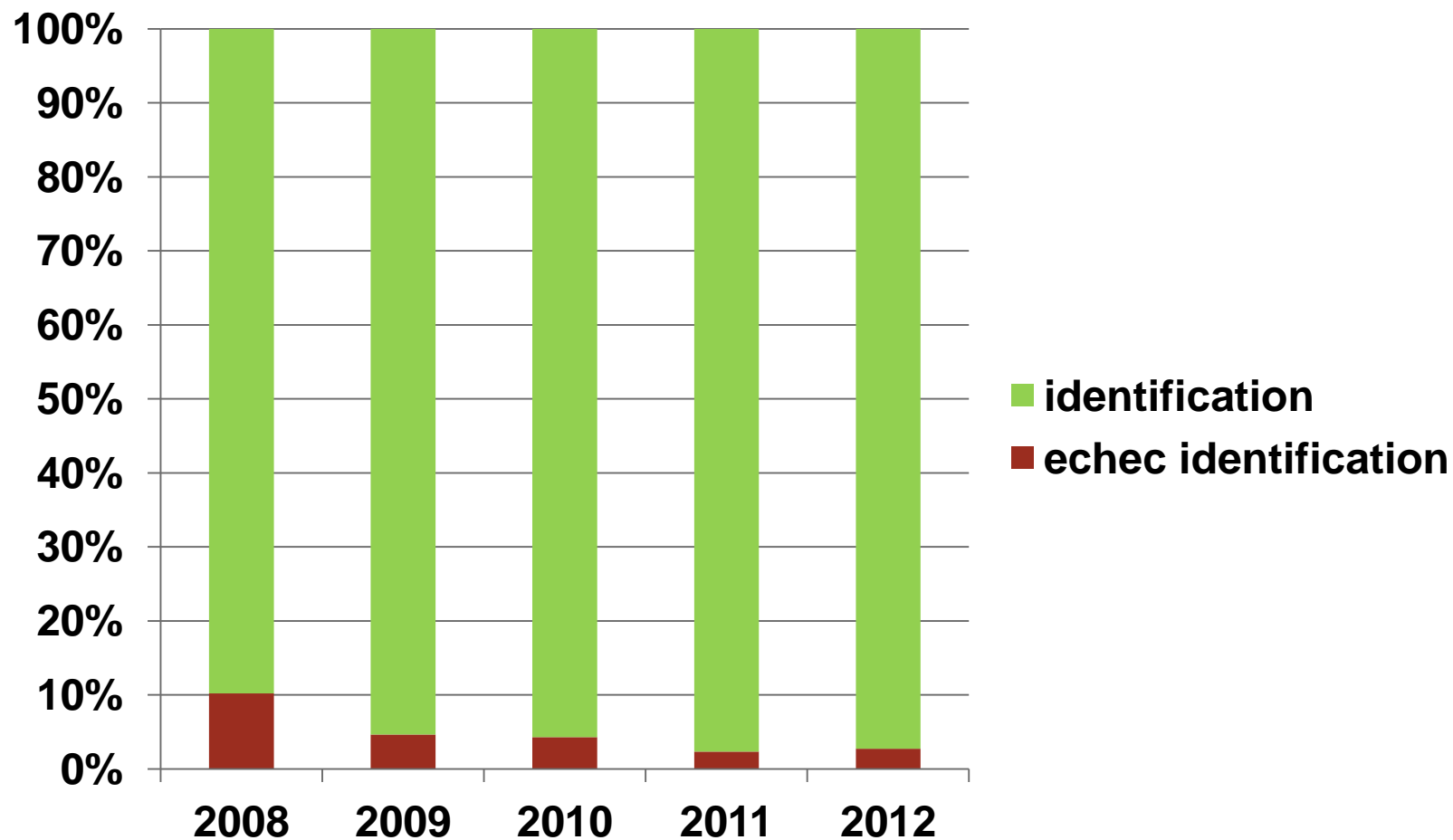
- Rétrospectif
- Patientes ayant eu une lymphoscintigraphie préopératoire entre 2008 et 2012
- Revue des dossiers informatisés de ces patientes (CR de consultation, CR anapath et CR opératoire)

# Nombre de patientes éligibles



**1002 patientes**  
**1011 procédures**

# Taux d'identification/ taux d'échec



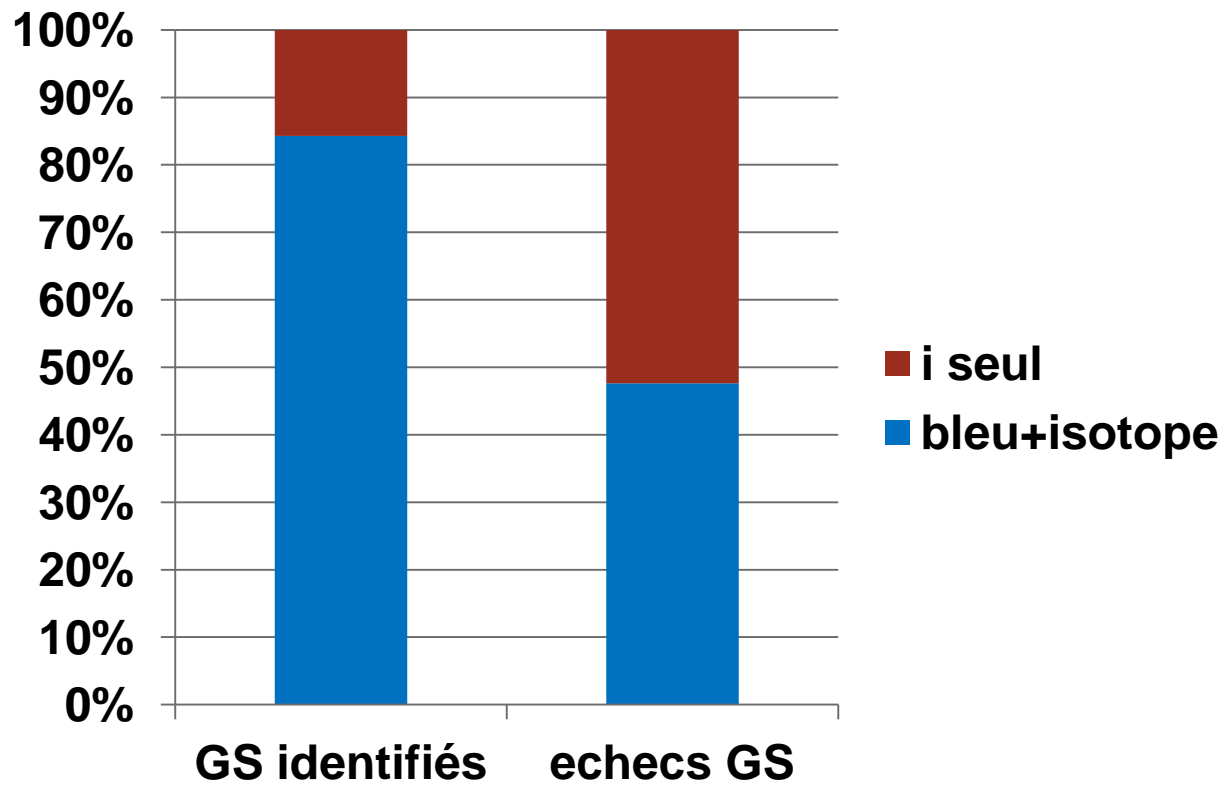
# Taux d'identification/ taux d'échec

- 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%



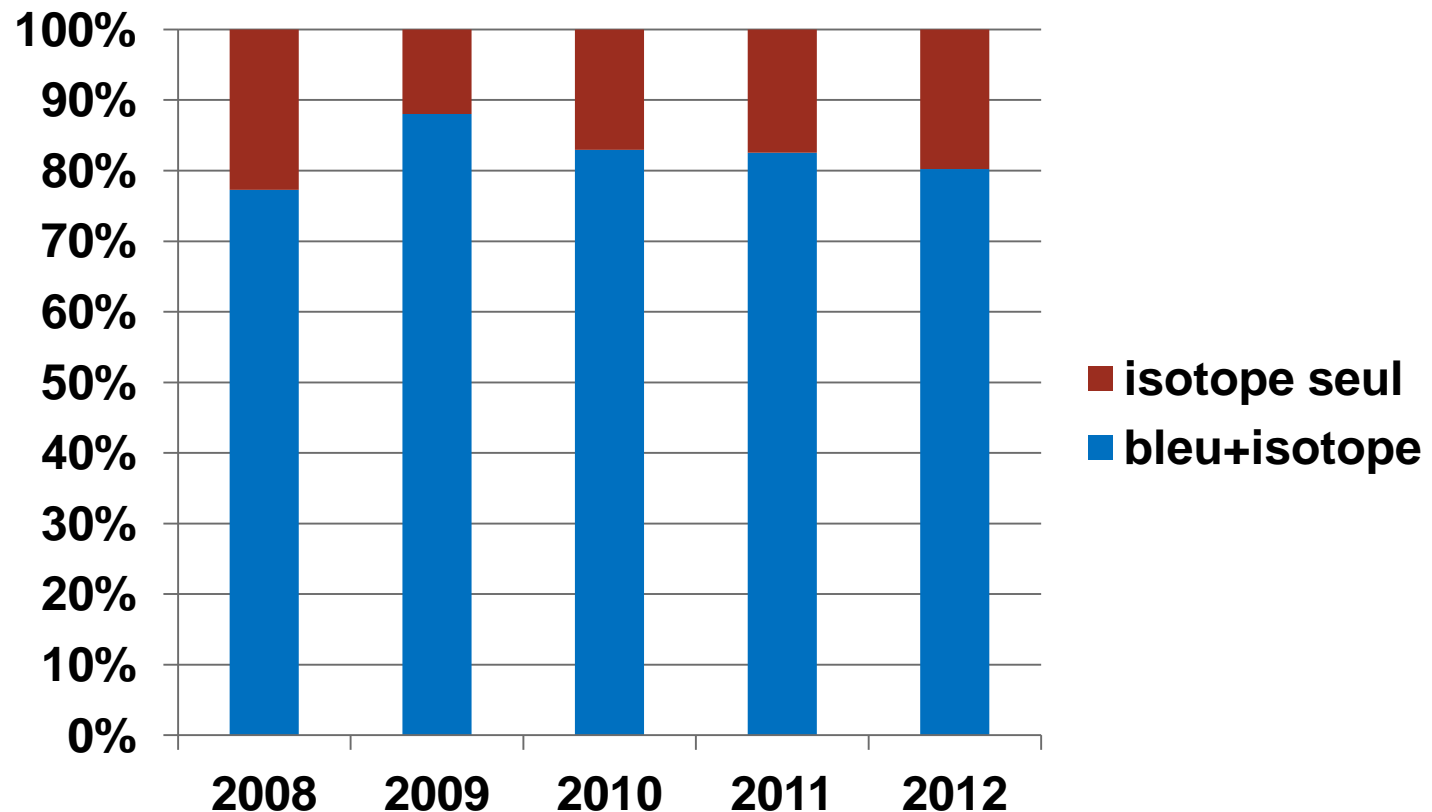
# Technique d'identification

**P=0,0002**



# Evolution de la technique

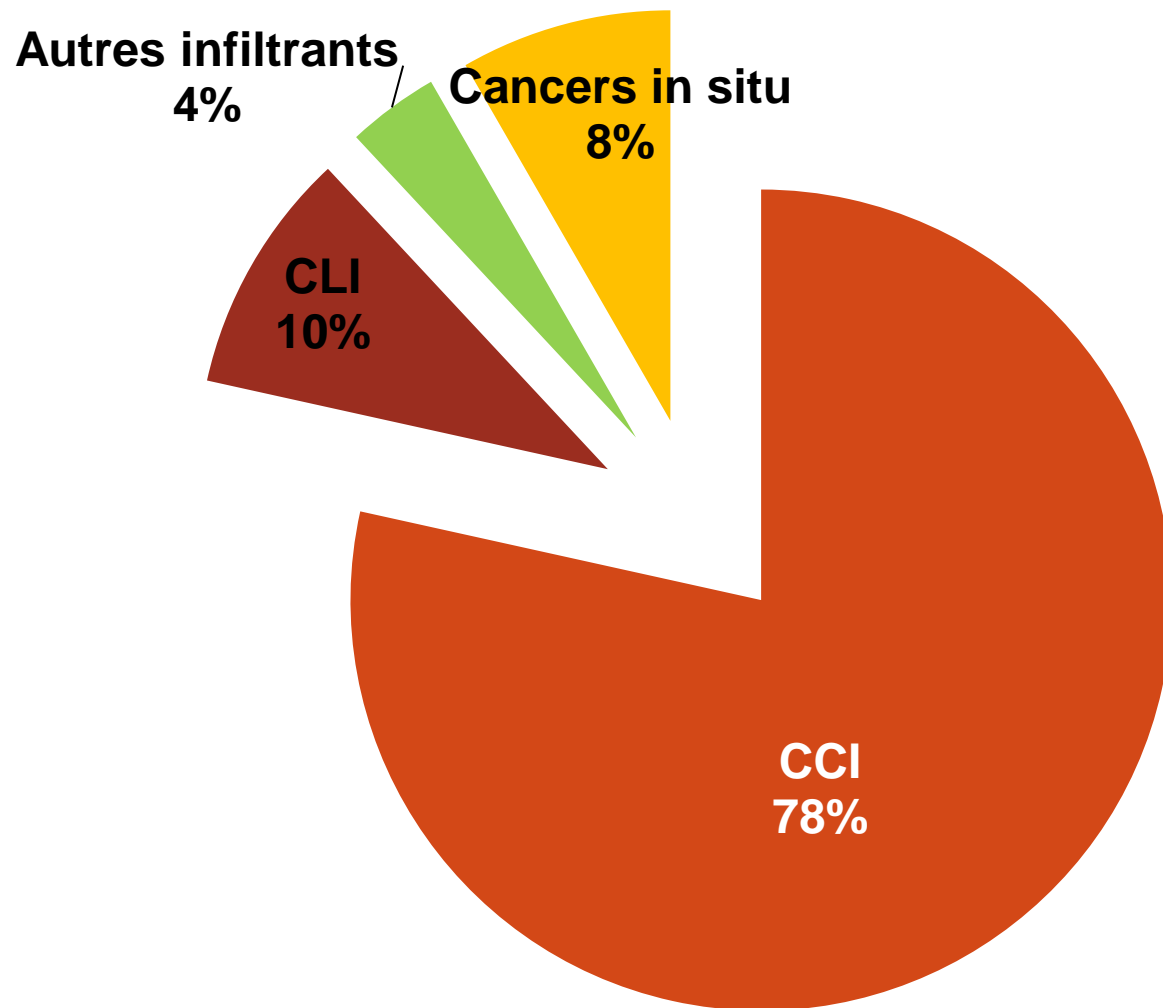
- Variabilité inter opérateur
- Pas d'évolution des pratiques au fil des années



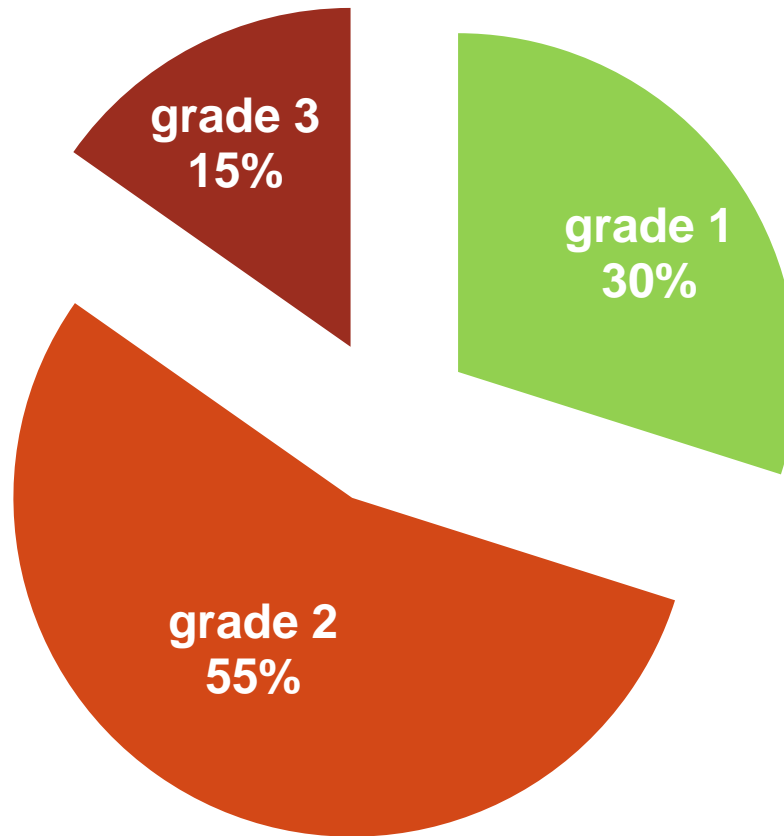
# Description de la population

- 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** ( $\pm 0,06$ )

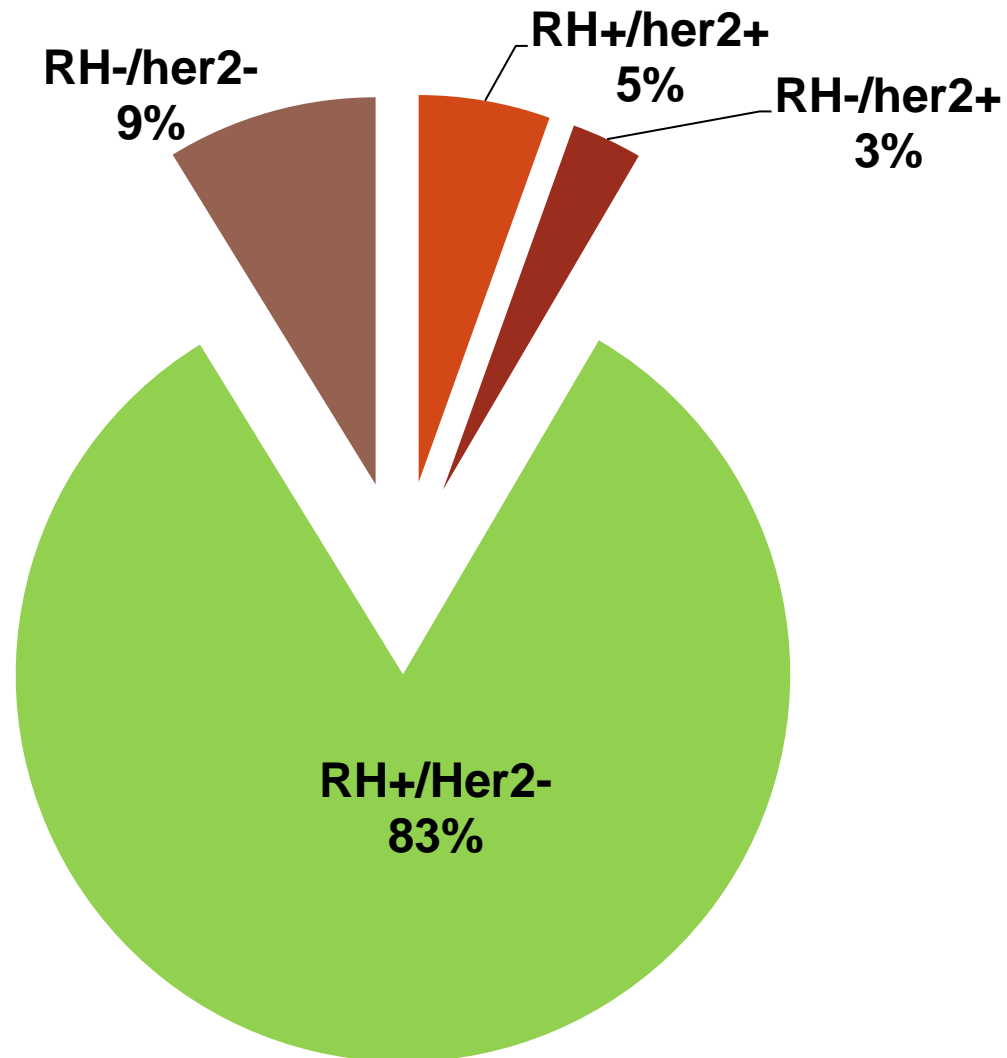
# Répartition: type histologique



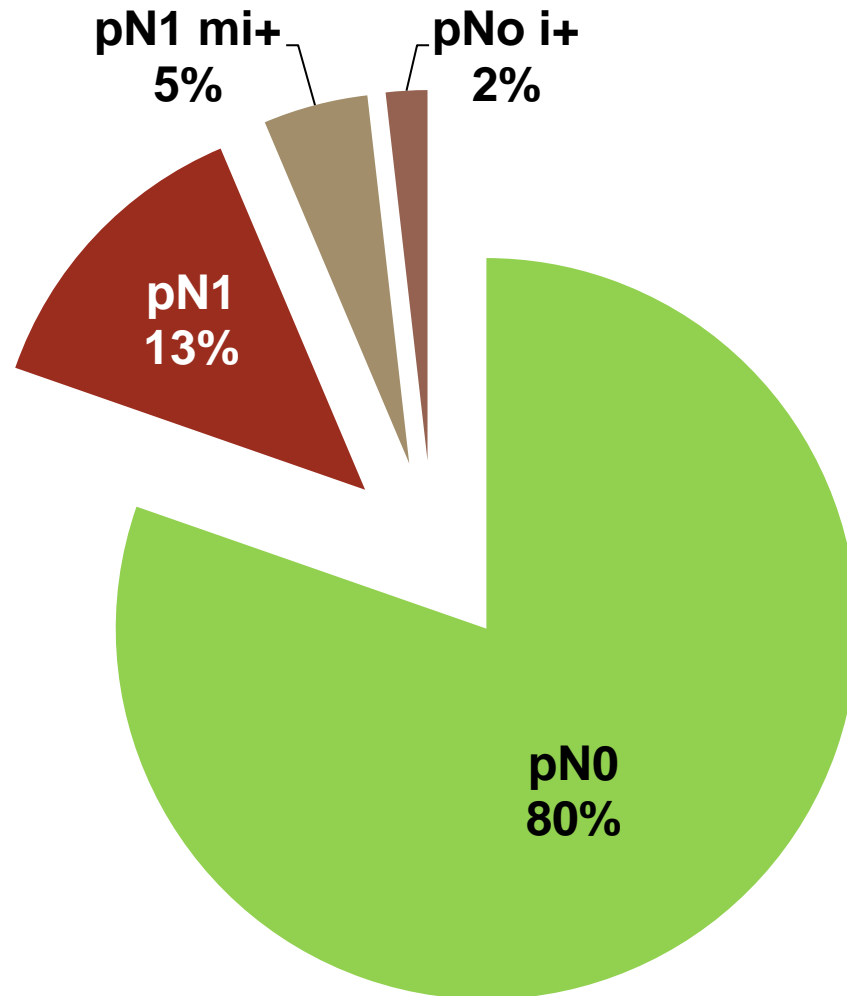
# Répartition: Grade



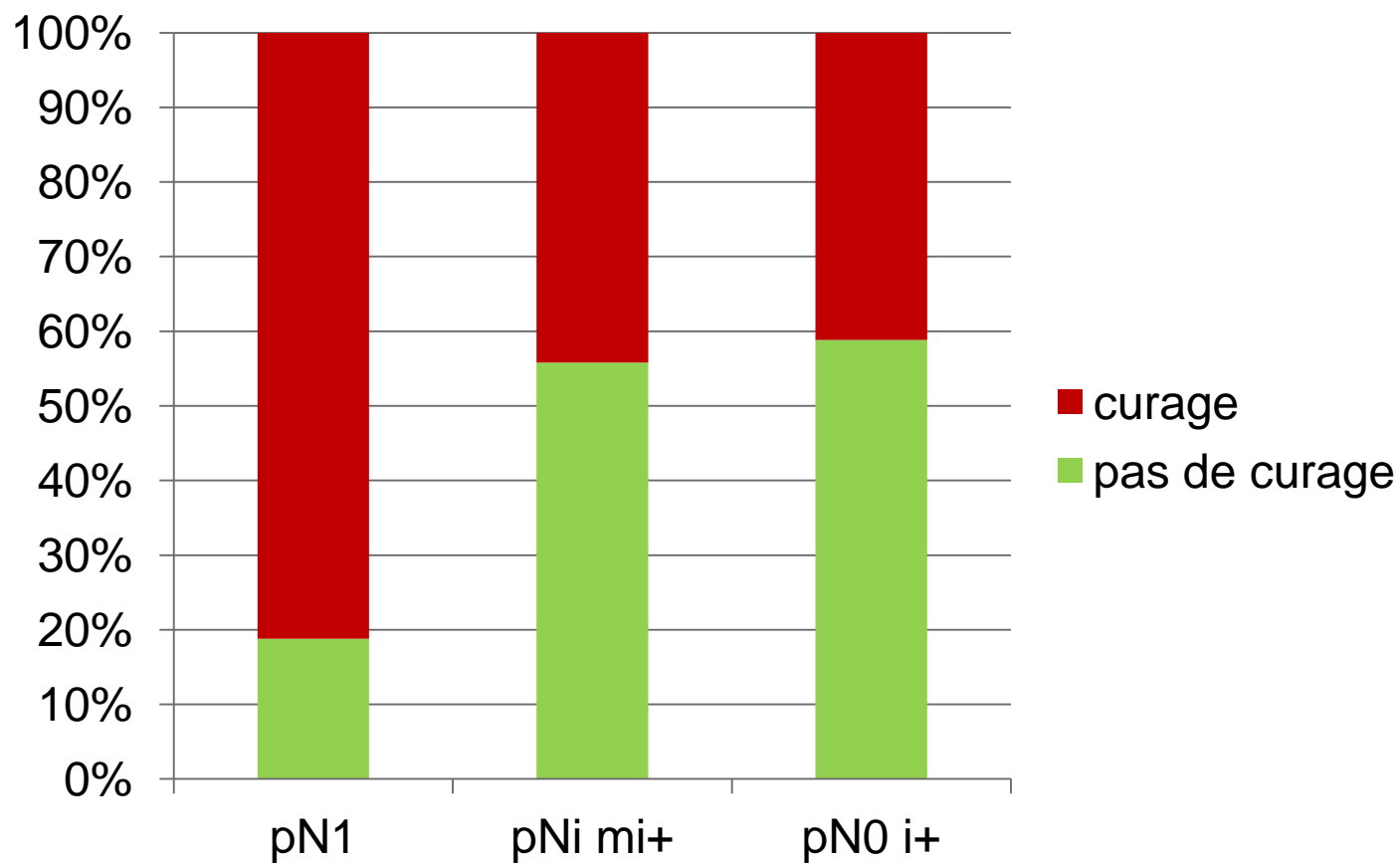
# Répartition: Phénotype moléculaire



# Répartition GS-/GS+



# Prise en charge des GS+

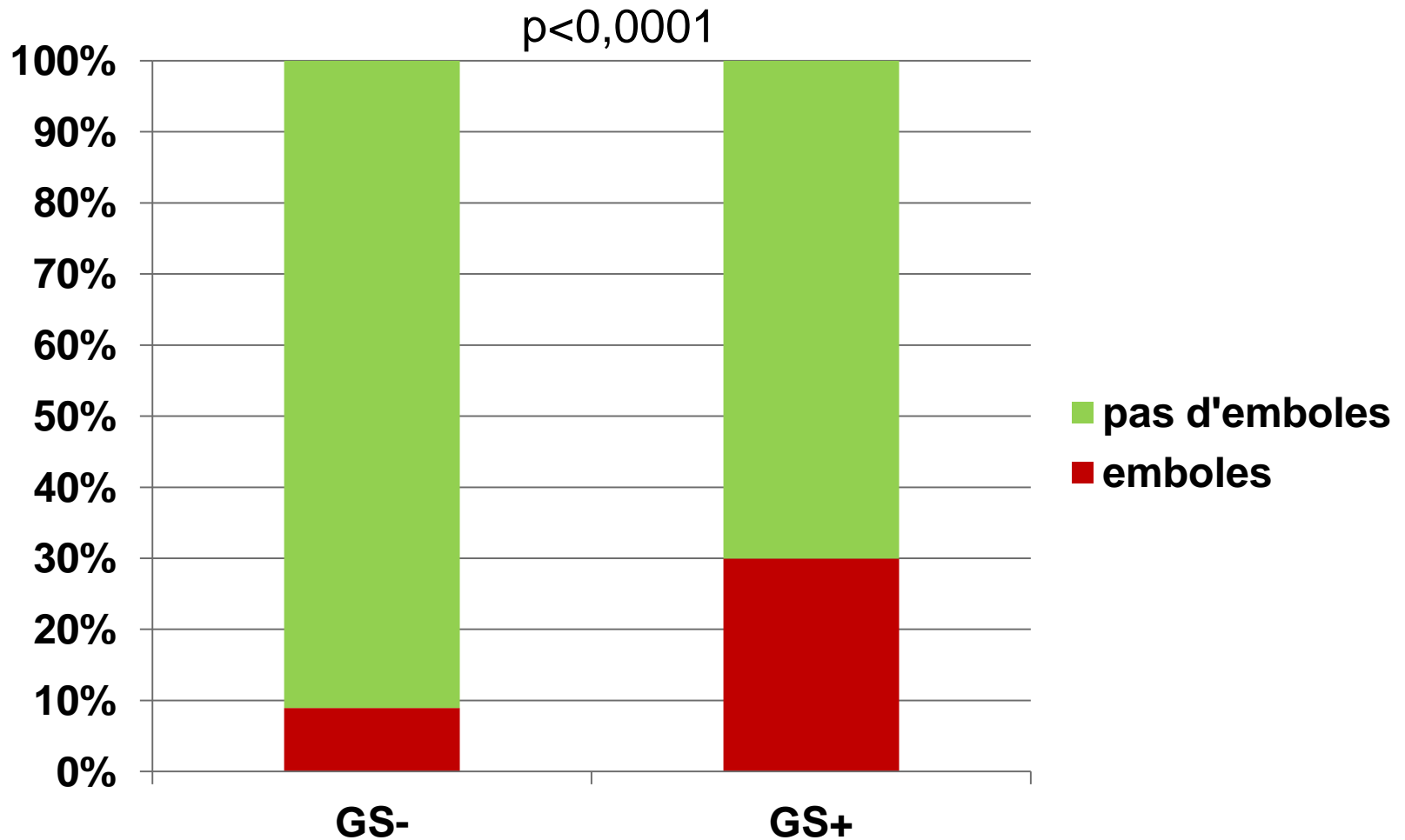




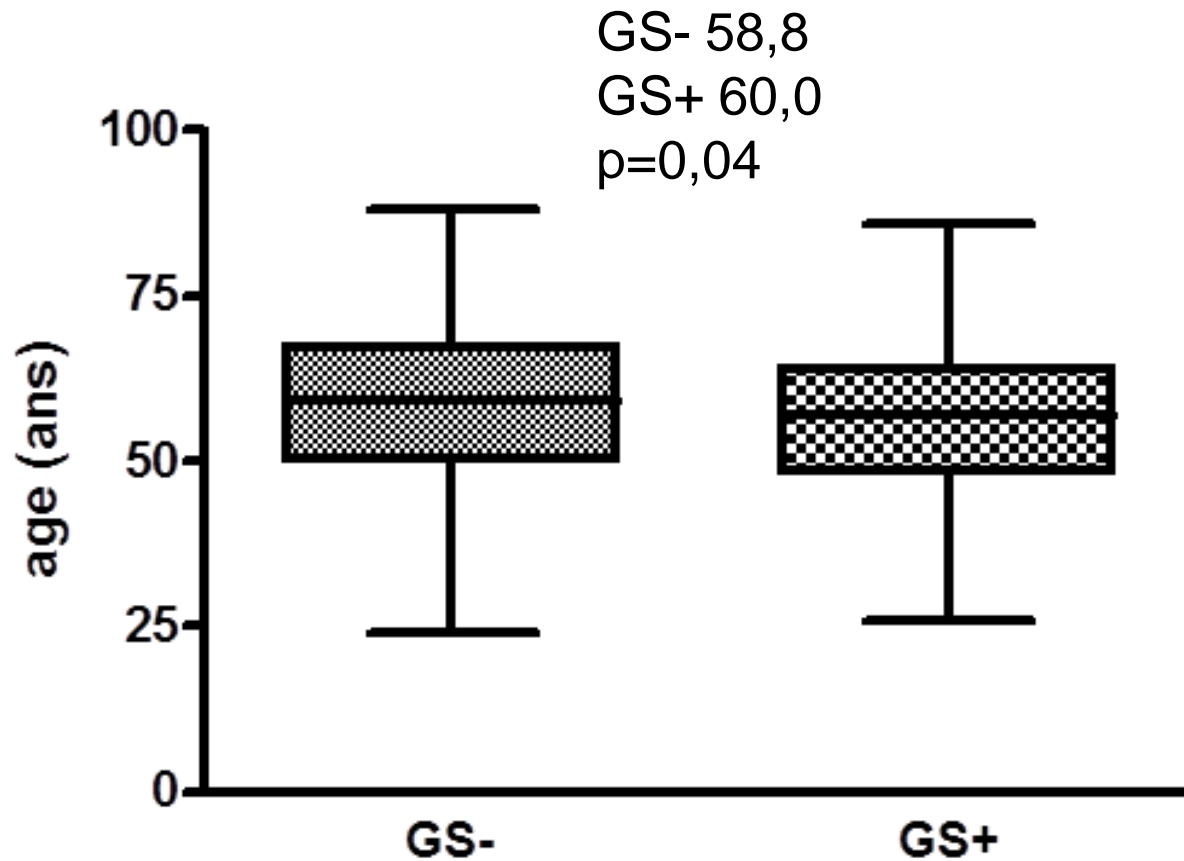
# Résultats du curage, Valeur de l'examen extemporané

- 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

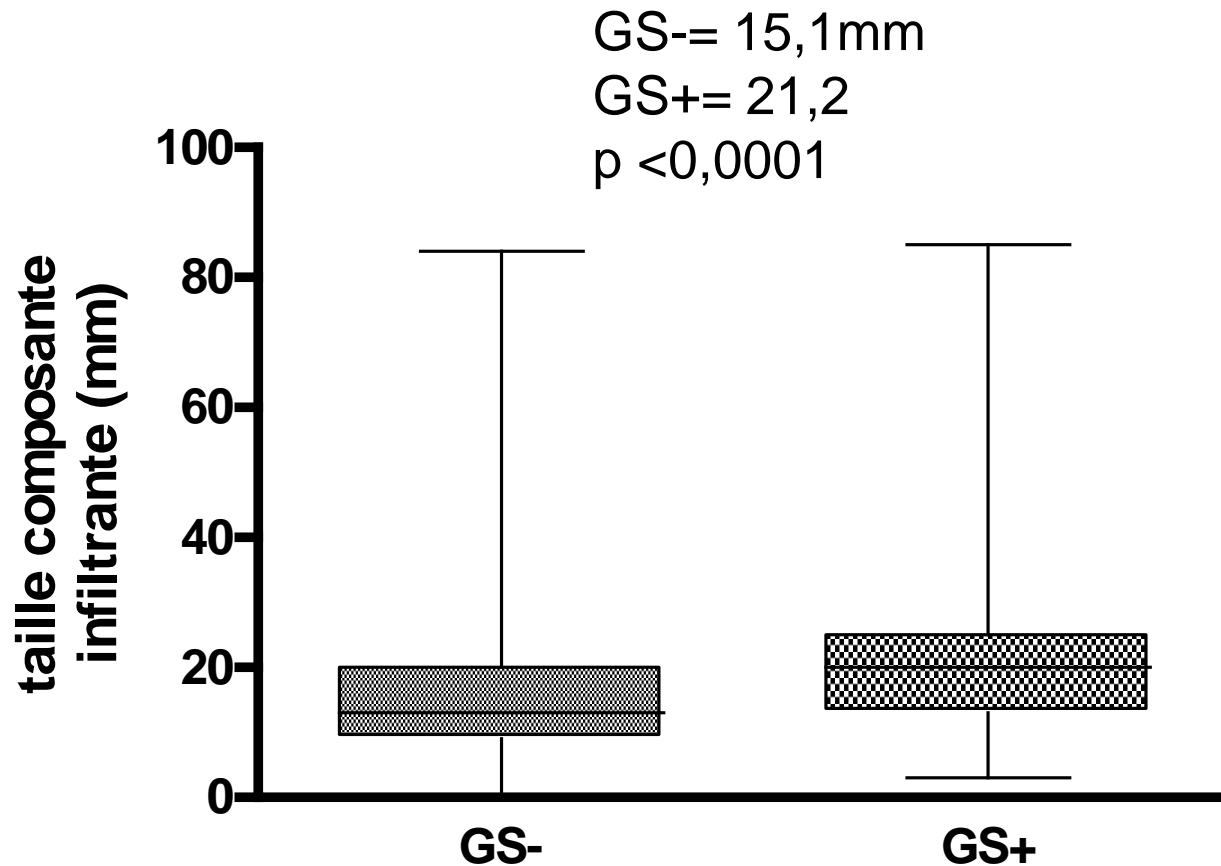


# Facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire: Age



# 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)