

Désescalade de la biopsie du ganglion sentinelle chez les patientes atteintes d'un carcinome canalaire in situ

*L.Nameche, J.D'Otreppe, C.Cao, S.Martin, I.Mancini, PG.Cusumano (pino.cusumano@chc.be)
Dept. Gyn Obs, CHC Montlegia – Liège (BE)*

Introduction

Les directives actuelles recommandent la réalisation d'une biopsie du ganglion sentinelle (GS) chez les patientes atteintes d'un carcinome canalaire in situ (CCIS) avec une indication de mastectomie, chez les patientes pour lesquelles l'emplacement de l'incision peut compromettre un futur GS, ou en cas de forte suspicion ou de risque d'évolution vers un cancer invasif à l'examen pathologique de la biopsie pré opératoire. La question de savoir s'il faut pratiquer une chirurgie axillaire chez toutes les patientes atteintes d'un DCIS reste controversée. Notre étude vise à évaluer le nombre de patientes atteintes de DCIS chez qui le SLNB est un surtraitement et à proposer une alternative mini-invasive par anesthésie locorégionale, pour les cas où des micro-invasions sont trouvées dans la pièce opératoire.

Matériel & Méthode

Les patientes avec un diagnostic de CCIS sur la biopsie, qui ont subi une chirurgie avec stadification axillaire entre 2018 et 2022 ont été identifiées à partir de notre base de données de pathologie, et ont été examinées rétrospectivement. Les patientes ayant subi une prise en charge chirurgicale du CCIS avec curage axillaire et celles traitées pour une récurrence locale ont été exclues.

Résultats

De 2018 à 2022, nous avons pris en charge 2 223 nouveaux cas de cancer du sein.

Parmi les 180 patientes avec un diagnostic de CCIS à la biopsie et à la chirurgie, 102 ont eu un GS concomitant (56,7%).

Une maladie invasive a été observée chez 12 patientes (6,5 %) lors de l'examen pathologique de la pièce d'exérèse finale, dont 8 avec GS.

Un seul GS positif a été identifié et complété par un curage axillaire.

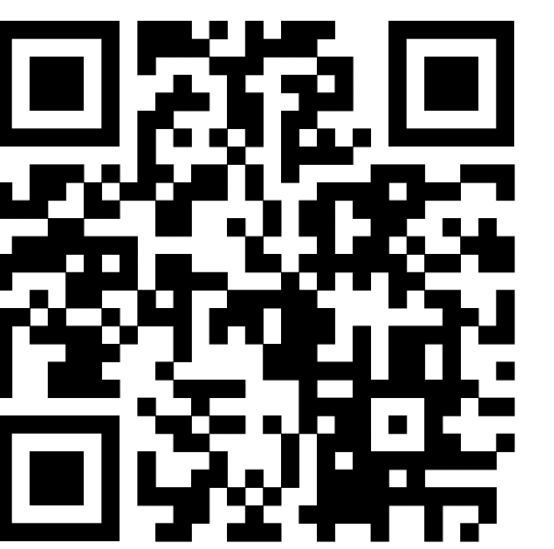
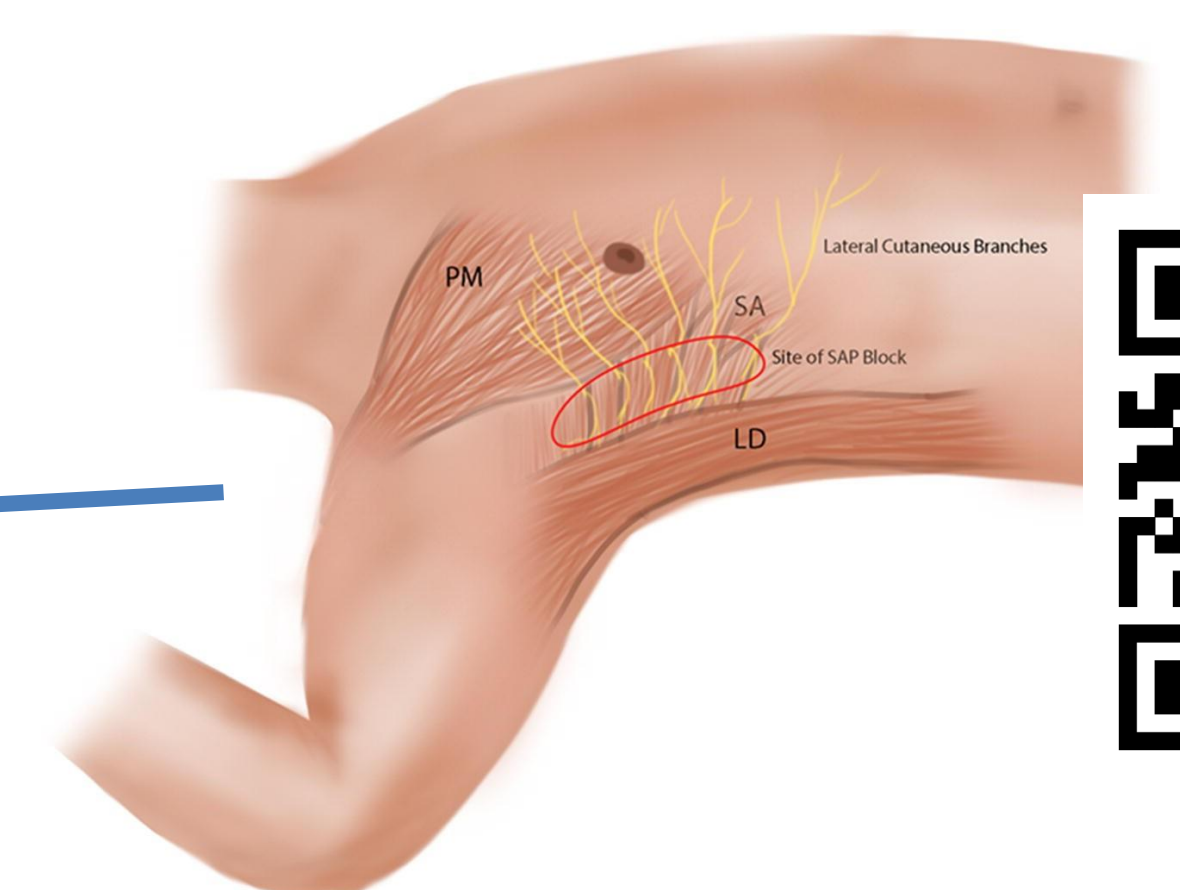
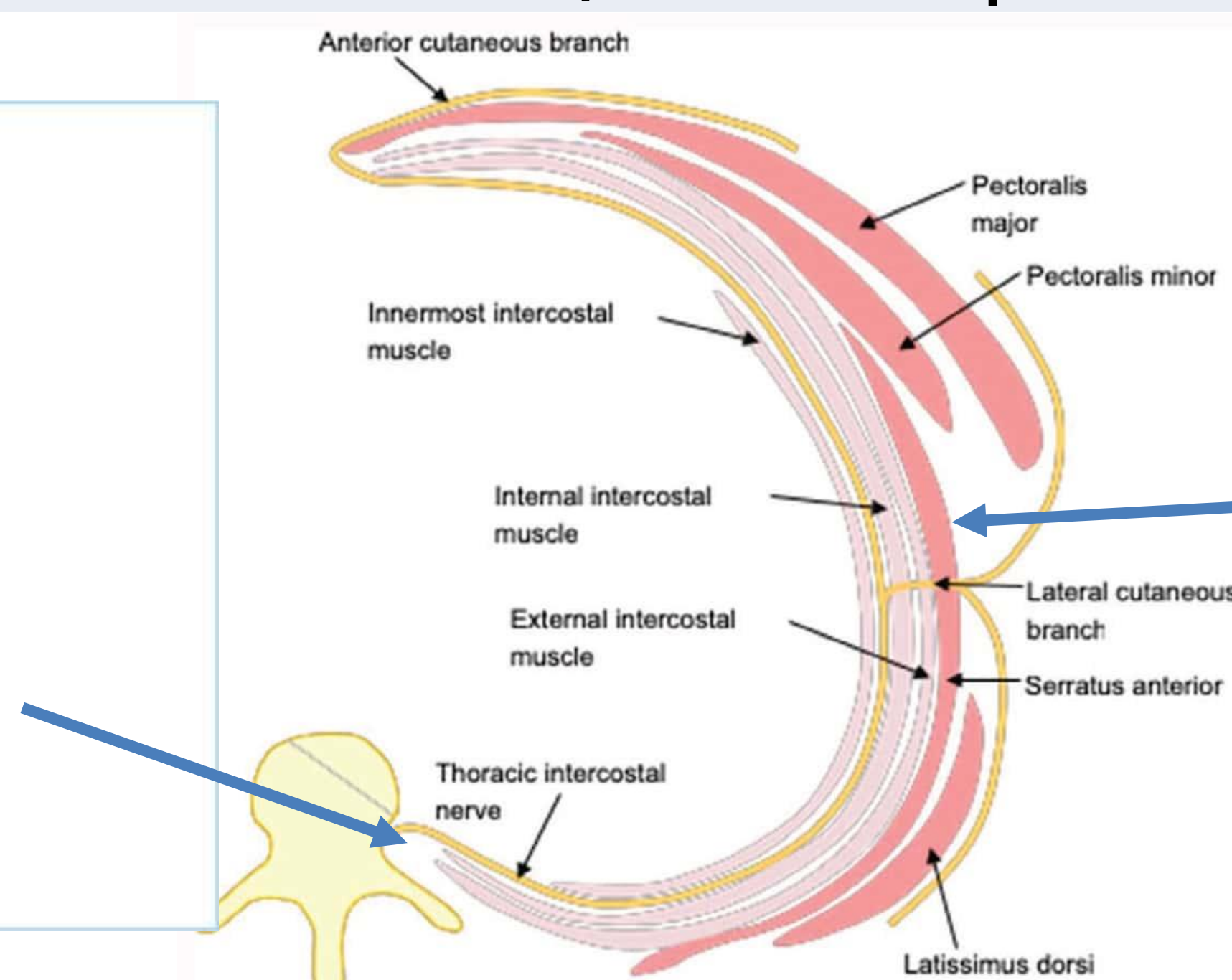
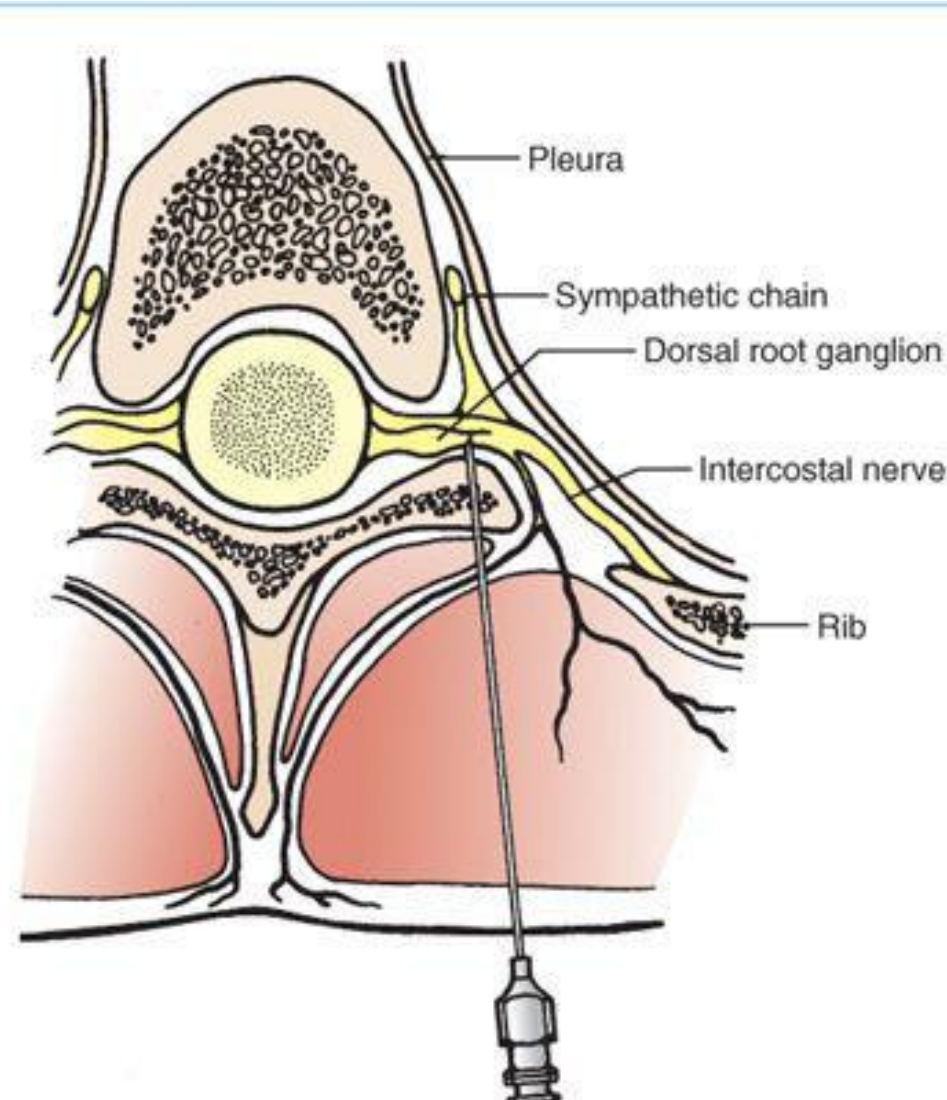
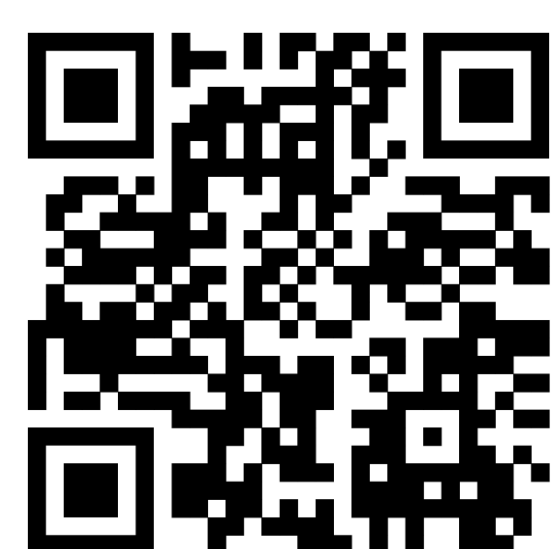
La taille des CCIS variait de 6 à 120 mm (moyenne 29 mm).

La majorité de ces CCIS avec micro-invasion étaient de haut grade avec comédonécrose.

Conclusion

Nos résultats soutiennent les possibilités actuelles de désescalade de la chirurgie axillaire chez les patientes atteintes de CCIS. Dans un sous-groupe de patientes opérées pour un CCIS, le GS peut être omis car le risque d'évolution vers un cancer invasif est faible. Les patientes présentant une masse à l'examen clinique ou à l'imagerie, une lésion étendue avec indication de mastectomie et un grade élevé à la biopsie, ont un risque plus élevé d'évolution vers un cancer invasif, pour lequel une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle doit être réalisée.

Dans la majorité des autres cas, si une micro-invasion est découverte de manière fortuite, nous proposons une GS sous anesthésie régionale en ambulatoire. (Bloc du grand dentelé et/ou bloc paravertébral)



FLASHER LES QR CODE POUR VOIR LES VIDEOS

CHC
GROUPE SANTÉ