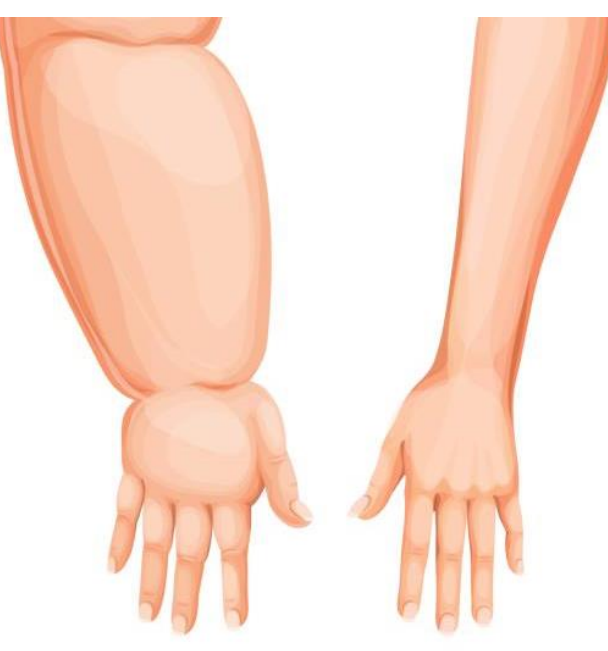


Micrométastase au ganglion sentinelle (GS) après chimiothérapie néo-adjuvante (CNA) dans le cancer du sein de stade précoce sans atteinte ganglionnaire initiale : peut-on éviter le curage axillaire (CA)?

Elise Boulland¹, Marie-Cécile Le Deley², Séverine Risbourg² Violette Mesdag¹,
Marie-Pierre Chauvet¹, Clothilde Petitnicolas¹

¹ Département de chirurgie sénologique, Centre Oscar Lambret, Lille, France.
² Département de biostatistiques, Centre Oscar Lambret, Lille, France



Introduction

- Traitement du creux axillaire ➡ tendance à la désescalade chirurgicale / morbidité du curage
- Possibilité de se passer du CA en cas de faible atteinte tumorale au GS après chirurgie première (ACOSOG Z0011)
- En situation de CNA** réalisation d'un CA pour les patientes cN0 avec métastase au GS
 - ➡ **Mais** : peu de données dans la littérature concernant un résidu micrométastatique (ypn1mi), pas d'essai randomisé.
 - Étant donnée la morbidité du curage axillaire, son intérêt semble discutable dans ce groupe de patientes à faible résidu tumoral.

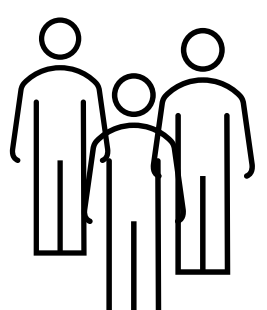
Objectifs

- Principal** : estimer la proportion de patientes présentant un envahissement ganglionnaire résiduel au CA parmi les patientes ayant un cancer du sein infiltrant non métastatique, traitées par CNA, de stade cN0 clinique et radiologique avant chimiothérapie et avec un GS micrométastatique.
- Secondaire** : décrire les caractéristiques, la prise en charge thérapeutique et le devenir oncologique de ces patientes

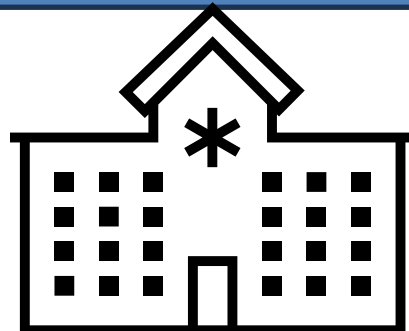
Méthodes et Résultats

2016

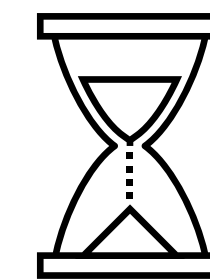
2023



43 patientes



Centre Oscar Lambret
UNICANCER HAUTS-DE-FRANCE



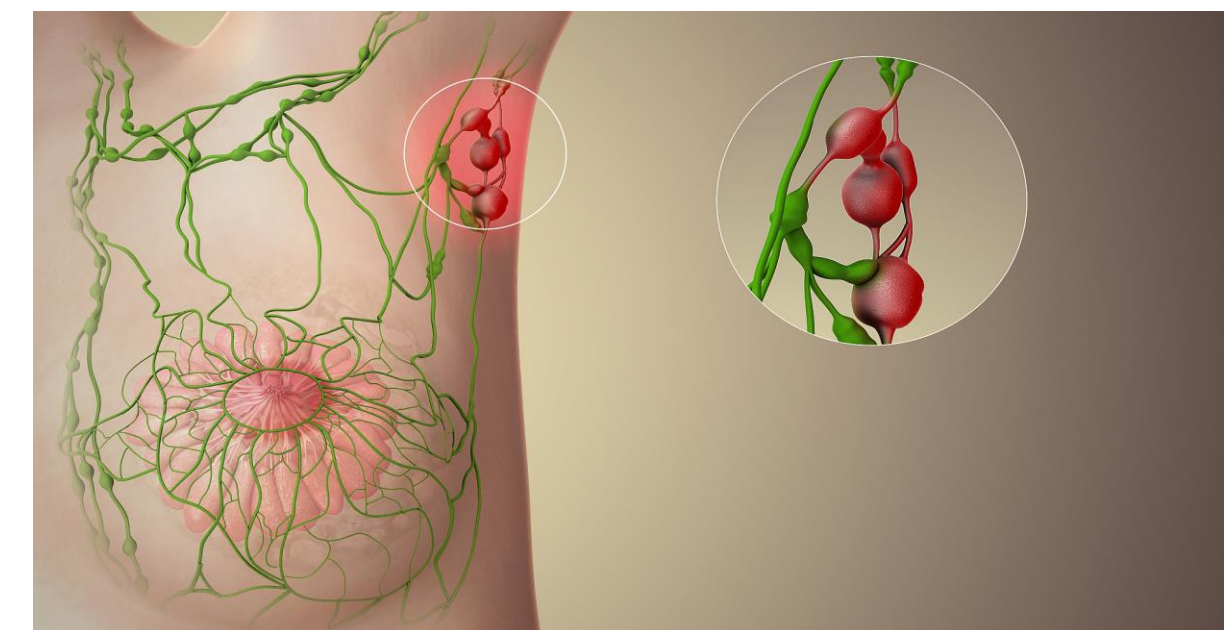
Suivi médian = 46,7 mois

Caractéristiques de la maladie

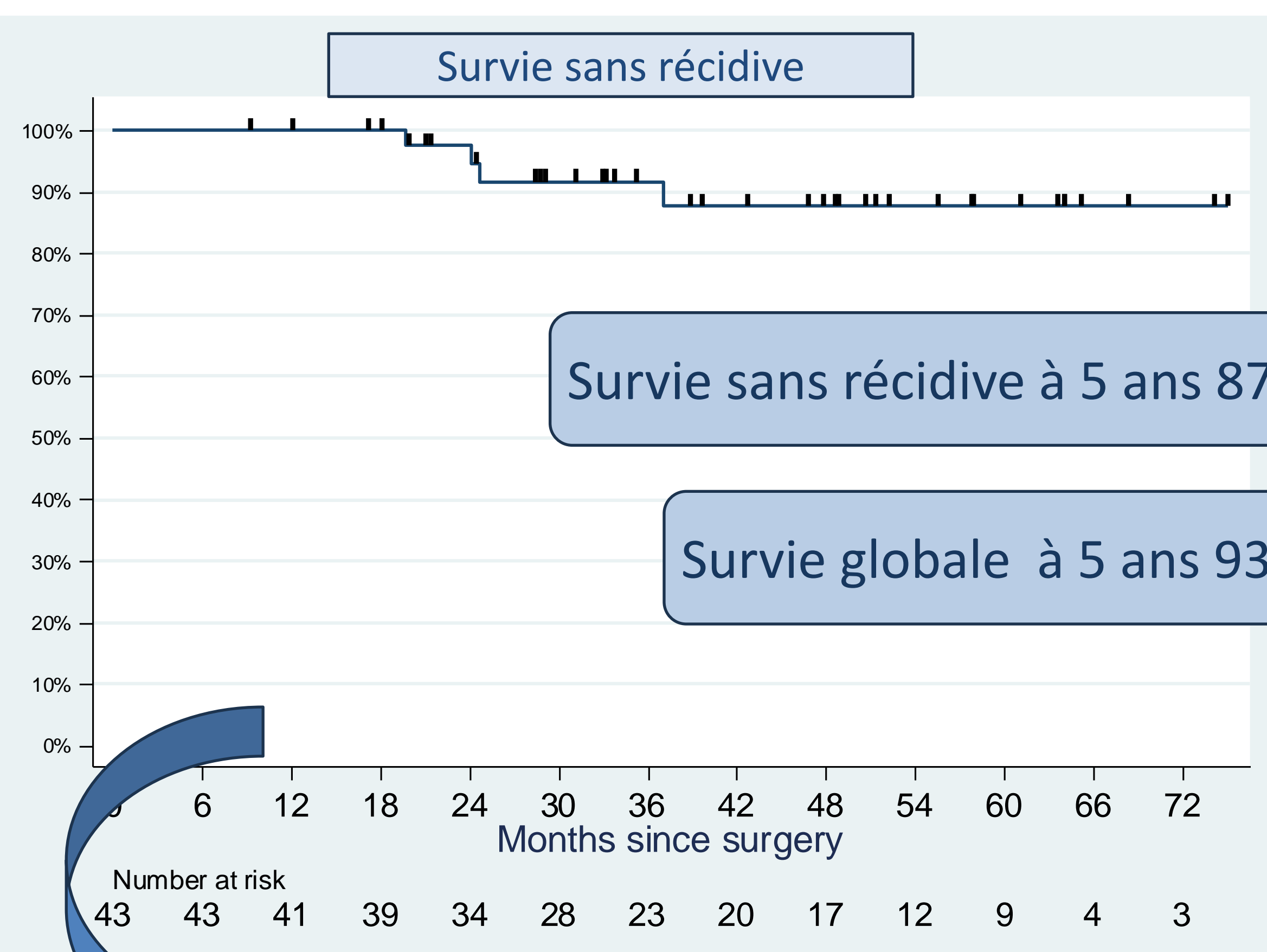
	N = 43	%
HER 2 surexprimé	12	27,9%
Récepteurs Hormonaux positifs	22	51,2%
Sous-type de cancer		
Luminal	11	25,6%
Triple négatif	20	46,5%
HER 2 positif	12	27,9%
Grade Histopronostique		
Grade II	25	58,1%
Grade III	18	41,9%
Type histologique		
Carcinome non spécifique	40	93%
Carcinome lobulaire	2	4,7%
Autre	1	2,3%
Evaluation initiale		
TEP-TDM	37	86%
Hypermétabolisme axillaire		
Non	31	83,8%
Peu spécifique	6	16,2%
IRM		
Stade cT		
T0	1	2,3%
T1b	2	4,7%
T1c	5	11,6%
T2	31	72,1%
T3	4	9,3%
Stade cN clinique		
N0	37	86%
Suspect	5	11,6%
Palpable	1	2,3%
Stade cN échographique		
N0	39	90,7%
Suspect	4	9,3%
Biopsie axillaire		
Négative	4	

Prise en charge chirurgicale

	N = 43	%
Détection du GS		
Bleu de Méthylène	1	2,3%
Technétium	42	97,7%
Nombre de GS collectés		
Moyenne	2	(1 ; 5)
Curage axillaire	43	100%
Nombre de ganglions - moyenne	9	(2 ; 19)
Ganglion - au curage	38	88,4%
Ganglion + au curage	5	11,6%
Micrométastase	2	
Macrométastase	3	6,98%



un seul ganglion micrométastatique au curage



Récidives

Une récurrence mammaire

Deux récurrences métastatiques (décès)

Conclusion

Cette étude va dans le sens de la tendance actuelle de désescalade chirurgicale du creux axillaire en cas de faible résidu tumoral sur le GS après CNA chez les patientes cN0 initial, malgré le manque de données prospectives et la difficulté d'envisager un essai prospectif randomisé étant donné le peu de patientes concernées.