



C41 : Cancers du sein avec atteinte axillaire découverte par échographique : quelle place du curage axillaire ?

Titre

Français : Cancers du sein avec atteinte axillaire découverte par échographique : quelle place du curage axillaire ?

Anglais : breast cancer and positive ultrasound guided lymph node biopsy : a systematic lymph node dissection ?

Auteurs

Vincent TESSIER (1), Yann DELPECH (2), Magalie DEJODE (2), Yves FOUCHE (2), Emmanuel BARRANGER (2)

(1) Gynécologie-obstétrique, CHU Nice Archet 2, 151, route de saint antoine, 06200, Nice, FRANCE

(2) Chirurgie gynécologique et sénologique, Centre Anoine Lacassagne, 33 avenue de valombrese, 06189, Nice, FRANCE

Responsable de la présentation

Nom : TESSIER

Prénom : Vincent

Adresse professionnelle : 151, route de saint antoine

Code postal : 06200

Ville : Nice

Pays : FRANCE

Newsletter :

Mots clés

Français : cancer du sein, étude ACOSOG, cytoponction, curage axillaire, échographie

Anglais : breast cancer, ACOSOG trial, Lymph node biopsy, dissection, ultrasound

Spécialité

Principale : Chirurgie

Texte

CONTEXTE :

Chez les patientes présentant un cancer du sein localisé sans adénopathie clinique, la conduite à tenir de référence repose à l'heure actuelle sur la technique du ganglion sentinelle. En cas d'adénopathie découverte lors de l'échographie axillaire pré thérapeutique un curage ganglionnaire sera alors proposé. En 2011, l'étude ACOSOG Z011 a montré que celui-ci pouvait être prudemment omis pour des patientes présentant 1 ou 2 ganglions sentinelles positifs et étant traitées par radiothérapie totale du sein et traitement systémique. Cette étude s'intéressera aux différences de caractéristiques de tumeurs et d'atteinte ganglionnaire chez des patientes présentant un ganglion axillaire positif découvert par échographie et sur une éventuelle désescalade thérapeutique dans cette population, en analogie avec l'étude de l'ACOSOG Z011.

METHODE :

Notre étude a porté sur des patientes atteintes d'un cancer du sein sans atteinte ganglionnaire clinique de janvier 2014 à décembre 2016 au Centre Antoine Lacassagne à Nice. Nous avons séparé de façon rétrospective deux groupes, chacun N0 clinique : le premier groupe avec ganglion sentinelle positif et le deuxième avec cytoponction axillaire positive, N+ radiologique, tous deux complétés par un curage axillaire.

RESULTATS :

Nous avons inclus 116 patientes dans le groupe 1« ganglion sentinelle positif » et 31 patientes dans le groupe 2 « cytoponction axillaire positive ». Nos résultats ont ainsi montré de manière significative que les patientes du groupe 2 présentaient des tumeurs de plus grand volume ($p=3,7 \times 10^{-6}$), moins différenciées ($p=2 \times 10^{-4}$) et un statut HER2 positif plus fréquent ($p=0,01$). De plus, il s'agissait de tumeurs plus sujettes à la multifocalité ($p=0,01$). Nous avons également constaté un nombre significativement plus important de ganglions métastatiques dans le groupe 2 ($p=0,01$). Cependant près de la moitié des patientes dans le groupe 2 présentait une atteinte ganglionnaire anatomopathologiques N1a ($p=7,6 \times 10^{-9}$) avec 38,7% de patientes présentant jusqu'à 2 ganglions métastatiques au maximum rentrant ainsi dans les critères ACOSOG Z011.

CONCLUSION :

Les patientes présentant une atteinte ganglionnaire axillaire découverte par échographie ont des tumeurs de moins bons pronostics et des atteintes ganglionnaires plus importantes. Cependant plus d'un tiers de ces patientes présente seulement jusqu'à deux ganglions axillaires positifs et serait donc éligible à une abstention de tout geste axillaire complémentaire. D'autres études pourraient ainsi être réalisées afin d'identifier le groupe de patientes pour lesquelles un curage axillaire pourrait être omis.