

CASEA : Cancer invasif du sein de grade 1 avec envahissement axillaire : série rétrospective de cas

Romane Bassi^{1,4} ; Julien Viot² ; Christine Devalland³ ; Yolande Maisonnette-Escot⁴ ; Catherine Gay¹

1 : Institut du sein, département de gynécologie obstétrique, Hôpital Nord Franche-Comté, 101 route de Moval, 90400 Trévenans (France)

2 : Département d'oncologie, Centre Hospitalier Régional Universitaire Jean Minjoz, 3 Boulevard Alexandre Fleming, 25000 Besançon (France)

3 : Service d'anatomopathologie, Hôpital Nord Franche-Comté, 101 route de Moval, 90400 Trévenans (France)

4 : Département de gynécologie obstétrique, Pôle Mère-Femme, Centre Hospitalier Régional Universitaire Jean Minjoz, 3 Boulevard Alexandre Fleming, 25000 Besançon (France)

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le premier cancer de la femme en terme d'incidence. Aujourd'hui, l'objectif principal des traitements est de « cartographier » la tumeur afin de proposer une prise en charge individualisée à chaque femme, en fonction de son cancer.

Le grade histologique (SBR modifié par Elston & Ellis) d'un cancer du sein permet d'exprimer son degré de différenciation cellulaire. Le grading d'une tumeur est directement en lien avec la survie globale.

Le cancer du sein est un cancer fortement lymphophile. Le prérequis à la plupart des traitements est d'évaluer le statut ganglionnaire axillaire, ce qui permettra d'avoir une valeur pronostic et de guider les thérapeutiques post-chirurgicales.

On suppose donc que les cancers ayant le plus grand potentiel d'invasion (les moins différenciés ; de grade III) seront ceux chez qui les patientes présenteront un envahissement ganglionnaire axillaire (1).

L'objectif principal était de décrire les paramètres cliniques et anatomopathologiques des patientes présentant un cancer du sein de grade I avec envahissement ganglionnaire axillaire et de les comparer à un groupe de témoins sans envahissement ganglionnaire axillaire.

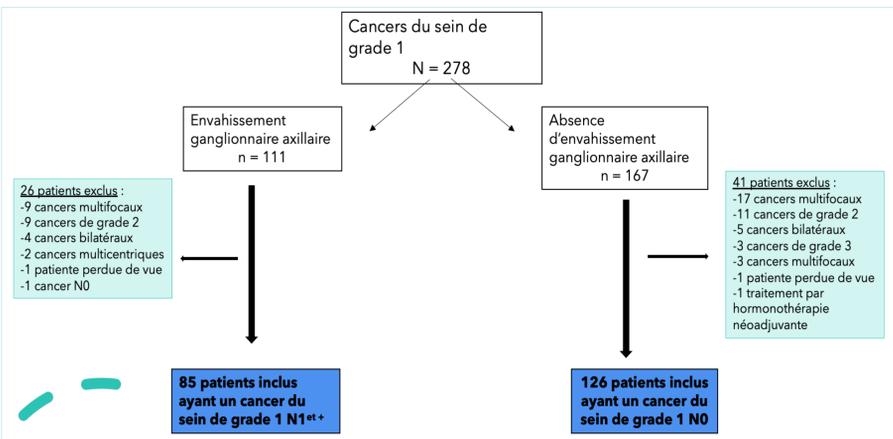


Figure 1 : Diagramme de flux de la population

MATERIEL & METHODES

Nous avons réalisé une étude épidémiologique bi-centrique rétrospective à l'hôpital Nord Franche-Comté et au CHRU Jean Minjoz basée sur les données anatomopathologiques post-opératoires des cancers du sein entre le 01/01/12 et le 31/12/19.

Nous avons constitué un groupe de cas et un groupe de témoins :

- Les cas regroupaient des patients majeurs avec cancers invasifs du sein de grade I en traitement chirurgical premier (geste sur le sein et geste axillaire homolatéral) avec envahissement ganglionnaire axillaire au minimum pN1mi.
- Les témoins regroupaient des patients majeurs avec cancers invasifs du sein de grade I en traitement chirurgical premier (geste sur le sein et geste axillaire homolatéral) sans envahissement ganglionnaire axillaire (pN0 ou pN0(i+)).

L'objectif était purement descriptif entre ces deux groupes afin de regarder si des tendances pouvaient expliquer notre objectif principal.

Les données ont été collectées sur Excel. Elles sont exprimées sous formes d'effectifs, pourcentages, moyennes, médianes, écart-types et écarts interquartiles. Les calculs statistiques ont été réalisés avec le logiciel R' Studio à l'aide des tests du Chi² et de Fisher si besoin.

Projet classé Hors Loi Jardé ; rédigé en conformité avec la MRO04 de la CNIL.

Avis favorable du CEROG.

Référence

(1) Rey F et al. The Molecular Subtype Classification Is a Determinant of Sentinel Node Positivity in Early Breast Carcinoma. PLoS ONE 2011

RESULTATS

Le groupe N+ (cas) contenait 85 patients et le groupe N- (témoins) contenait 126 patients.

- **Caractéristiques de la population** : Différences significatives en termes de score ASA des patients ($p = 0,04$), de l'antécédent familial de cancers du sein ou des ovaires ($p = 0,003$) et en terme de stade du cancer à la découverte de la maladie ($p < 0,0001$)
- **Caractéristiques cliniques et histologiques des tumeurs** : Le groupe N+ avait des tumeurs plus palpables à la découverte que le groupe N- qui lui avait des tumeurs plutôt découvertes sur l'imagerie ($p = 0,016$). La taille tumorale était significativement plus élevée dans le groupe N+ (19,9 mm VS 13,5 mm ; $p = 0,0001$). Dans les composants du grade SBR I, on retrouvait une différence de répartition du % de différenciation tubulo-glandulaire et du degré de pléomorphisme nucléaire. Le groupe N+ avait plus d'embolies lympho-vasculaires dans les tumeurs ($p = 0,0005$).
- **Caractéristiques cliniques et histologiques des ganglions** : Le nombre de ganglion prélevé lors de l'exploration du creux axillaire était significativement plus élevé dans le groupe N+ (6,5 VS 2,6 ; $p < 0,0005$). Le groupe N+ avait en moyenne 2,3 ganglions positifs et l'effraction capsulaire était présente dans 30,9% des cas.
- **Traitements adjuvants reçus par les deux groupes** : Le groupe N+ recevait plus fréquemment de la chimiothérapie ($p = 0,0052$) et de l'hormonothérapie ($p < 0,0001$). Leurs traitements chirurgicaux premiers étaient plus lourds dans le groupe N+ (plus de traitement radical sur le sein et plus de curage axillaire sur le creux ; $p < 0,0001$). Il n'y avait pas de différence en terme de radiothérapie reçue dans les deux groupes ($p = 0,322$).
- **Survie globale** : Pas de différence statistiquement significative en terme de survie globale à 2 et 5 ans entre les deux groupes.

DISCUSSION

- > Première série descriptive de cas/témoins sur ce sujet.
- > Groupes suivis depuis 2012, présentant un certain recul pour l'évaluation de la survie.
- > Biais de sélection : cancers agressifs exclus (HER2 3+, triples négatifs) car le traitement néoadjuvant premier était un critère d'exclusion.
- > Dans cette étude descriptive, les cancers grade I N+ semblent être plus parlants cliniquement (palpable et de plus grande taille) avec plus souvent une invasion lympho-vasculaire à l'anatomopathologie.
- > L'atteinte ganglionnaire est le témoin de la transition épithélio-mésenchymateuse permettant le détachement de la tumeur primaire et la migration lymphatique.
- > Des études complémentaires sont nécessaires pour comprendre le fonctionnement de ce type de cancer.
- > Cette étude ne présente pas de niveau de preuve suffisant pour tirer des conclusions.

CONCLUSION

Des études complémentaires sont nécessaires pour comprendre le fonctionnement de ce type de cancer :

- Analyses de biologie moléculaire tumorale
- Comparaison anatomopathologique de lames
- Evaluation de la place des signatures moléculaires dans ce types de cancers