

Ganglion sentinelle dans le cancer du sein en 2013

Eric ZERBIB

Médecine Nucléaire,

CIMEN

Centre Chirurgical Val d 'Or,

92210 Saint-Cloud,

eric.zerbib@cimen.fr



Rappels sur le Ganglion Sentinelle

Problème majeur de standardisation

But : Diminuer la morbidité du curage axillaire en enlevant le premier ganglion de la chaîne ganglionnaire et en procédant à son analyse

Indications : Tumeurs malignes supposées de bon pronostic T0 ou T1 N0 (idéalement < 15 mm)

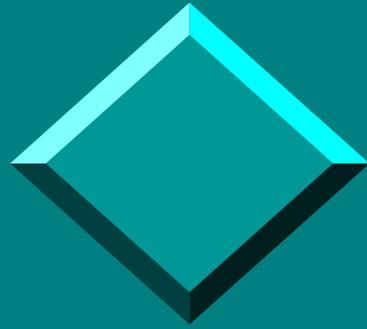
Méthodes : bleu seul, bleu + isotopes, isotopes seuls

Voies d'injection : péri-aréolaire, péritumorale

Protocoles : 1 jour, 2 jours type d'imagerie : variable

Formation, coopération, dialogue : chirurgien, médecin nucléaire, anapath.

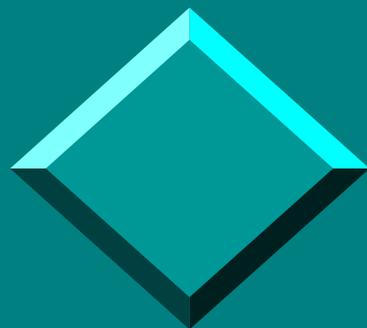




Indications Saint Paul de Vence 2011

Taille tumorale :

La procédure du GS peut être raisonnablement étendue à toutes les tumeurs T1–T2 (≤ 3 cm) N0 à condition que certaines règles de bonnes pratiques soient respectées telles que la réalisation d'une technique d'identification combinée, la validation d'un apprentissage, le prélèvement si possible d'au moins deux GS et la réalisation d'une analyse anatomopathologique par coupes sériées et immunohistochimies des GS (**niveau de preuve 1, grade A**).

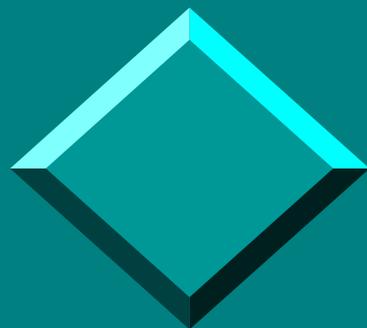


Indications *Saint Paul de Vence 2011*

Tumeurs multiples :

Dans les tumeurs multiples du sein de diagnostic préopératoire, le curage axillaire (CA) reste l'attitude standard pour l'évaluation ganglionnaire, même pour les tumeurs de petite taille (**niveau de preuve 1, grade A**).

Pour les tumeurs considérées comme unifocales en préopératoire, mais où l'analyse de la pièce opératoire montre une multifocalité histologique contenue dans la pièce d'exérèse mammaire et non préalablement diagnostiquée, la reprise par CA n'est pas nécessaire si l'évaluation ganglionnaire initiale a été faite par GS et que celui-ci est négatif (**accord d'experts**).



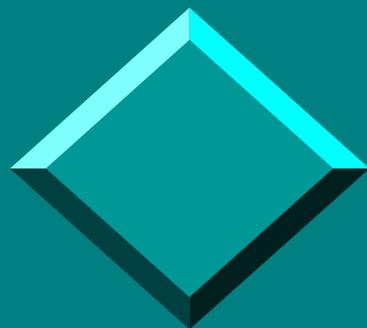
Indications *Saint Paul de Vence 2011*

Curage complémentaire :

Curage axillaire (CA) et macrométastase des ganglions sentinelles (GS)

En cas de macrométastase du (des) GS, un CA complémentaire est indiqué.

Le CA est réalisé dans le même temps lorsque l'envahissement du GS est diagnostiqué en extemporanée, ou dans un deuxième temps lorsque l'envahissement n'est connu qu'après la chirurgie initiale sur les résultats anatomopathologiques définitifs (faux-négatif de la BE ou absence de BE) [niveau de preuve 1, grade A].

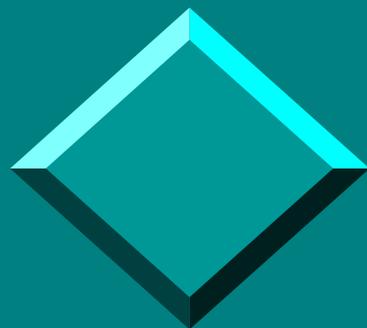


Curage complémentaire :

Indications Saint Paul de Vence 2011

Actuellement, *la réalisation d'un curage axillaire (CA) en cas d'envahissement du (des) ganglion(s) sentinelle(s) [GS] reste recommandée* en pratique courante, que ce soit pour les cas de micrométastases ou de cellules isolées du GS (**niveau de preuve 2, Grade B**).

Cependant, la morbidité du CA est très supérieure à celle du prélèvement isolé du GS, le risque d'envahissement des GNS est faible et le risque de sous-traitement ou d'effet néfaste de l'omission du CA apparaît très faible. *La question actuelle est de pouvoir proposer cette omission du CA chez les patientes avec un très faible risque d'atteinte des GNS en fonction du risque évalué par les nomogrammes et en fonction du choix des patientes dûment informées* (**niveau de preuve 2, Grade B**).

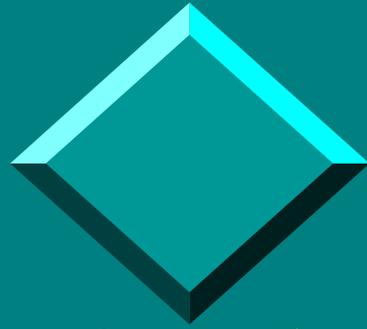


Indications *Saint Paul de Vence 2011*

GS après chirurgie tumorale : pas recommandé plus grand taux de FN

La découverte d'un foyer carcinomateux invasif après tumorectomie sans exploration axillaire doit faire discuter en RCP l'intérêt d'une reprise chirurgicale pour évaluation ganglionnaire axillaire lorsque le risque d'envahissement ganglionnaire est faible (taille du foyer infiltrant, âge, emboles, grade, biologie tumorale). Dans ce contexte, si la proposition d'une évaluation ganglionnaire chirurgicale est validée, elle doit se faire, hors étude, par curage axillaire.

Après tumorectomie préalable, l'indication du Ganglion sentinelle (GS) pour l'exploration axillaire n'est pas recommandée (**niveau de preuve 2, Grade B**).

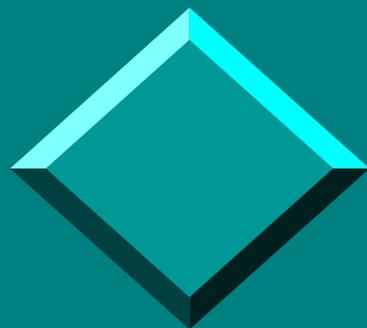


Indications *Saint Paul de Vence 2011*

GS et Chimiothérapie néoadjuvante

Avant CNA, en cas de tumeur opérable d'emblée, la technique du GS s'assimile à la question de l'indication du Ganglion sentinelle (GS) en cas de tumeur volumineuse (cf. ce chapitre). Si le GS n'est pas détecté ou métastatique, un curage axillaire doit être réalisé avant ou après la CNA.

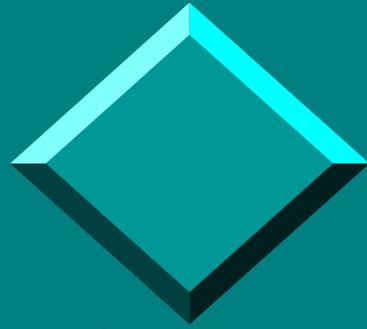
Après CNA, il n'est pas recommandé de réaliser en routine et hors étude la technique du GS avec abstention du curage en cas de GS négatif (**niveau de preuve 1, Grade A**).



Indications *Saint Paul de Vence 2011*

GS Carcinome intra canalaire

En cas d'indication de mastectomie, il existe un relatif consensus [224] pour réaliser un prélèvement des GS du fait de l'impossibilité ultérieure de réaliser cette technique avec une fiabilité reconnue et du fait de lésions correspondant habituellement à des carcinomes intracanaux étendus avec un risque de sous-estimation par rapport à l'histologie définitive pouvant correspondre à un carcinome micro-invasif ou un carcinome invasif (**niveau de preuve 2, Grade B**).



GS Carcinome intra canalaire

Indications Saint Paul de Vence 2011

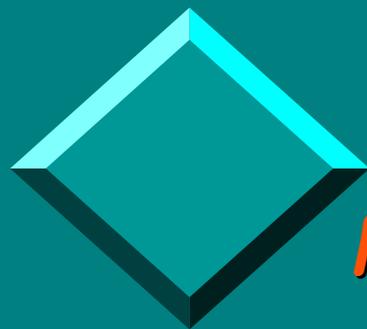
En cas de résection conservatrice, il semble raisonnable d'associer une procédure de GS d'emblée dans les situations « à risque » de découverte d'une (micro-) invasion au définitif : CIC de haut grade, CIC étendus (> 20 mm) et en cas de suspicion de micro-invasion sur l'imagerie ou la microbiopsie préopératoire (importance de la RCP) [accord d'experts].



Indications

Autres situations

- ❖ Sein opéré (non K) : pas de contre indication au GS
- ❖ Creux axillaire opéré : NON - OUI - NON (suite ?)
- ❖ Tumeurs bifocales



Site d'injection péri-tumoral versus péri-aréolaire

Avantages péri-aréolaire :

- ✓ Injections faciles (pas besoin d'échographie) quasi-indolores
- ✓ Migration rapide : l'absence de fixation à 2 heures est un facteur prédictif d'envahissement ganglionnaire

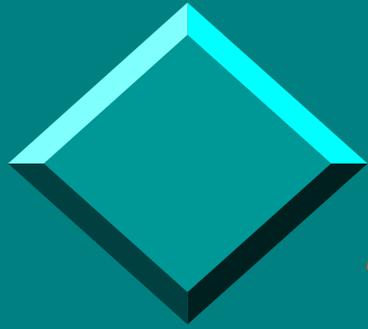
*Pelosi et al,
Eur J Nucl Med Mol Im, (8) 2005*

Rousseau C et al.

Ann Surg Oncol 2005, 533-8

- ✓ Injection péri-aréolaire validée ; meilleur taux d'identification et migration plus rapide.

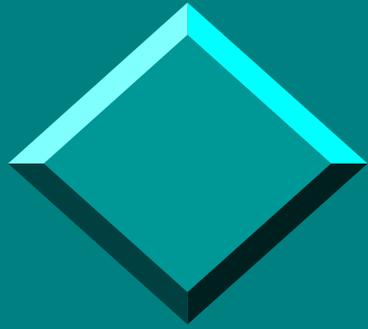
Pelosi E, J Nucl Med, 2004, 220-225



Site d'injection péri-tumoral versus péri-aréolaire

Avantages péri-tumoral :

- ✓ Permet la technique SNOLL (éviter le harpon ... en théorie)
- ✓ Migration sur la CMI dans 20 % des cas (radiothérapie)



Site d'injection

Une vérité démontrée est-elle définitivement établie ?

- ✓ Le GS axillaire est le premier relais ganglionnaire du sein que l'injection ait lieu en PT ou en PA

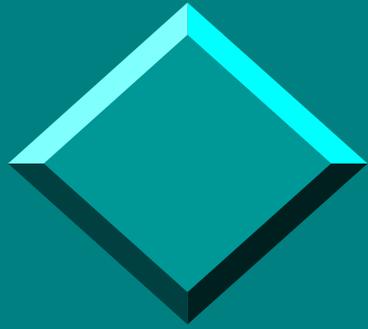
Reitsamer R, World J Surg, 2003, 1291-94

- ✓ Parfaite concordance entre injection PT et PA

Kern KA, J Am Coll Surg, 2002, 467-475

- ✓ Injection péri-aréolaire validée ; meilleur taux d'identification et migration plus rapide.

Pelosi E, J Nucl Med, 2004, 220-225



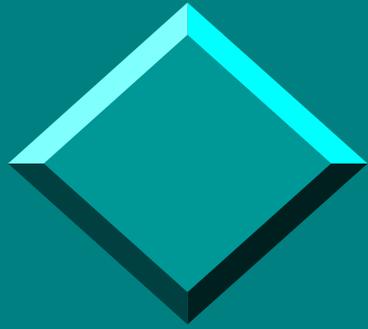
Site d'injection

Une vérité démontrée est-elle définitivement établie ?

- ✓ Injection péri-tumorale et injection péri-aréolaire ne donnent pas forcément le même ganglion sentinelle

Wang M, Plos One, 2012

- ✓ Mais étude pas très rigoureuse car compare injection d'isotopes en péri-tumoral et de bleu en péri-aréolaire



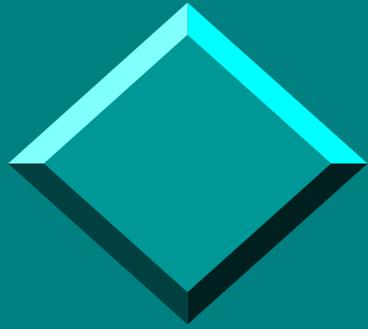
Site d'injection

Une vérité démontrée est-elle définitivement établie ?

- ✓ Injection péri-tumorale et injection péri-aréolaire ne donnent pas forcément le même ganglion sentinelle

Wang M, Plos One, 2012

- ✓ Mais étude pas très rigoureuse car compare injection d'isotopes en péri-tumoral et de bleu en péri-aréolaire



GS et sein

Conclusion

- ✓ Technique parfaitement validée malgré le manque de standardisation
- ✓ Attention aux cytoponctions systématiques pratiquées par certaines équipes
- ✓ Indications régulièrement révisées
- ✓ Autres implications possibles (sentibras et CMI si péri-tumoral)