Disponible en ligne sur ScienceDirect
www.sciencedirect.com
Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 604–610

Article original

Faisabilité du ganglion sentinelle dans le cancer invasif du sein en cas de découverte histologique de la multifocalité

Feasibility of the sentinel node biopsy in breast cancer in case of histological multifocality diagnosis

C. Bézu [a,*], C. Coutant [a], M. Antoine [b], C. Moutafoff [a], E. Guillo [a], E. Daraï [a], R. Rouzier [a], S. Uzan [a]

[a] *Cancer-Est, service de gynécologie obstétrique et de médecine de la reproduction, hôpital Tenon, AP–HP, université Pierre-et-Marie-Curie–Paris-6, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France*
[b] *Service d'anatomopathologie, hôpital Tenon, AP–HP, université Pierre-et-Marie-Curie–Paris-6, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France*

Reçu le 11 novembre 2008 ; accepté le 16 avril 2009
Disponible sur Internet le 3 juillet 2009

Résumé

Objectifs. – Le prélèvement du ganglion sentinelle (GS) est devenu le nouveau standard de l'exploration axillaire pour les tumeurs du sein invasives, unifocales, de petite taille. La découverte de la multifocalité a posteriori, alors que la procédure du GS a été réalisée et que ce dernier est indemne de métastase, pose la question de la nécessité ou non d'un curage axillaire (CA) complémentaire.

Patientes et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 43 patientes ayant une tumeur multifocale découverte en peropératoire ou lors de l'examen histologique définitif et qui ont bénéficié de la procédure du GS. Un examen anatomopathologique par coupes sériées en hématéine éosine safran (HES) et immunohistochimie (IHC) a été réalisé pour chaque GS.

Résultats. – La taille histologique moyenne de la tumeur la plus volumineuse était de 16,8 mm (1 à 52 mm). Le nombre moyen de GS prélevés par patiente était de 2,07 (1 à 5). Seize patientes (34,1 %) avaient au moins un GS positif. Vingt-sept patientes ont eu un curage complémentaire. La valeur prédictive négative (VPN) était de 100 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 87,1 à 100 %) avec un nombre de faux-négatifs de zéro. Aucune récidive axillaire n'est survenue après un recul moyen de 20,8 mois (1–77).

Discussion et conclusion. – La puissance de notre étude est insuffisante pour valider la procédure du GS en cas de découverte secondaire du caractère multifocal d'une tumeur invasive. Cependant, le taux de faux-négatif de 0 % nous permet de penser que d'autres études prospectives avec un CA systématique permettraient de préciser si, dans ce contexte, le GS peut être une alternative au CA.
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Cancer du sein ; Tumeur multifocale ; Ganglion sentinelle ; Curage axillaire ; Faux-négatif

Abstract

Objectives. – The use of sentinel node biopsy (SNB) has replaced axillary lymph node dissection (ALND) as the new standard of care in early unifocal breast cancer. In multifocal breast cancer, this procedure remains controversial. The real problem is when a multifocal tumor is discovered during or after the surgery, with a SNB negative which has been already done. Should we do an additional ALND or not?

Patients and methods. – We performed a retrospective study of 43 multifocal breast cancer patients who underwent SNB.

Results. – The mean histological primary tumor size was 16.8 mm (range, 1–52mm). The mean number of SN removed was 2.07 (range, 1 to 5). Sixteen (34.1%) of the 43 patients had at least one positive SN. Twenty-seven patients had subsequent axillary dissection. Negative predictive value of SN procedure was 100% (95% confidence interval: 87.1–100%) with a FN rate of 0%. Moreover, not any patient has developed axillary recurrence with a mean follow-up of 20.8 months (1–77).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : corinne.bezu@tnn.aphp.fr (C. Bézu).

1297-9589/$ – see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.gyobfe.2009.04.021

Discussion and conclusion. – Our data are not powerful enough to validate the SNB in multifocal breast tumor discovered after an initial surgery. However, the FN rate of 0% is encouraging and prospective studies with a systematic ALND can help surgeons to respond to the question.
© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Breast cancer; Multifocal tumour; Sentinel node biopsy; Axillary lymph node dissection; False negative rate

1. Introduction

Depuis une dizaine d'années, le prélèvement du ganglion sentinelle (GS) est devenu le nouveau standard de l'exploration axillaire en alternative au curage axillaire (CA) pour les tumeurs unifocales de petite taille. Les recommandations pour la pratique clinique de Saint-Paul-de-Vence proposent le prélèvement du GS en alternative au CA en cas de tumeur infiltrante cliniquement unifocale inférieure à 2 cm (évaluation préopératoire radioclinique) (grade A), sans adénopathie palpable (grade A), chez des patientes n'ayant eu aucun traitement préopératoire (chimiothérapie, hormonothérapie ou radiothérapie) (grade B), ni aucune chirurgie préalable au niveau du sein (grade B). Lorsque, après analyse histologique, la taille de la tumeur est légèrement supérieure, l'indication n'est pas modifiée (grade B) [1].

L'élargissement des indications du GS, en particulier aux cancers du sein multifocaux, est actuellement activement débattu. En effet, certaines équipes européennes et américaines ont récemment proposé d'étendre l'indication de la procédure du GS aux cancers du sein multifocaux [2–5]. Les auteurs soutiennent l'hypothèse que le GS représente la première unité lymphatique où se draine la glande mammaire et draine ainsi non pas une tumeur mais l'organe tout entier [2–5].

Un cancer du sein multifocal, défini par la présence d'au moins deux foyers tumoraux infiltrants histologiquement documentés développés dans la même glande mammaire et découverts simultanément, est une situation fréquente retrouvée en histologie dans 10 à 70 % des cas, probablement sous-estimé. Holland et al. [6] ont montré que 63 % des patientes opérées d'une mastectomie pour une tumeur unifocale du sein avaient en fait un cancer multifocal. Vaidya et al. [7] ont rapporté des résultats similaires. Cependant, le diagnostic de multifocalité est difficile surtout en cas de foyers tumoraux de petite taille et peut être mis en défaut même avec l'utilisation d'outils d'imagerie très performants telle que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) mammaire qui est actuellement l'examen le plus sensible pour le diagnostic de multifocalité ou de bilatéralité. En effet, même couplé à la mammographie et l'échographie, il ne permet de détecter que des lésions dont la taille est supérieure à 5 mm. La découverte de cancers multifocaux à l'examen histologique définitif chez des patientes ayant bénéficié de la procédure du GS en raison d'une méconnaissance de la multifocalité en préopératoire soulève le problème du CA complémentaire lorsque le GS est indemne de métastase. Actuellement, il est conseillé de réaliser un CA.

Cet article a pour objectif d'apporter des éléments de réponses aux praticiens, confrontés à la question, chez les patientes ayant un GS négatif dans le cadre d'une procédure du GS pour une tumeur présumée unifocale, de réaliser un CA complémentaire en cas de découverte histologique de la multifocalité.

2. Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant les cancers invasifs multifocaux identifiés à partir d'une base de données et qui ont bénéficié d'une procédure du GS entre 2001 et 2008 en raison d'une découverte de la multifocalité en peropératoire ou lors de l'examen histologique définitif de la pièce opératoire. Toutes les patientes étaient N0 clinique. La multifocalité d'un cancer a été définie par la présence d'au moins deux foyers de carcinome infiltrant, histologiquement documentés, développés dans la même glande mammaire et découverts simultanément.

Toutes nos patientes ont bénéficié de la technique de double détection associant un traceur isotopique et l'utilisation d'un colorant bleu. Les techniques de détection et d'analyse des GS dans notre centre ont été précédemment décrites [8]. Un CA a été réalisé dans le même temps opératoire ou dans un second temps en cas de découverte peropératoire d'une multifocalité, d'une tumeur supérieure à 20 mm ou de découverte d'une métastase du GS. Dans le cadre d'une découverte post-opératoire à l'examen histologique définitif du caractère multifocale, la décision de réaliser ou non un CA complémentaire a été prise lors de notre comité de concertation multidisciplinaire et après discussion avec la patiente.

Les critères étudiés ont été l'âge de la patiente, la taille histologique de la fraction invasive de chaque foyer tumoral, les résultats histologiques définitifs incluant pour chacun des différents foyers tumoraux : type histologiques (carcinome canalaire invasif – carcinome canalaire infiltrant (CCI), les carcinomes lobulaires invasifs – carcinome lobulaire infiltrant (CLI) et les autres formes histologiques), le grade tumoral de Elston et Ellis, le statut des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone, l'oncogène cerbB2 , le niveau d'expression de l'antigène Ki 67 (élevé [$\geq$ 25 %] ou faible) (Tableau 1).

L'American Joint Committee on Cancer et International Union Against Cancer (AJCC/UICC) recommandent d'utiliser le diamètre de la plus grande tumeur pour la classification *Tumor, Node, Metastase* (TNM) des cancers multifocaux [9].

Concernant le statut ganglionnaire, les critères étudiés étaient le nombre moyen de GS prélevés par patiente, les résultats histologiques des GS (négatif, macrométastase, micrométastase et cellules tumorales isolées, en coloration standard par hématéine éosine safran [HES] et en immuno-histochimie [IHC]) ainsi que le nombre moyen de ganglions non sentinelles (GNS) prélevés lors du CA et le statut des GNS (Tableau 2). Par définition, une macrométastase se définit comme une métastase supérieure à 2 mm dans son plus grand

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3950573

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3950573

Daneshyari.com