EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le prélèvement du ganglion sentinelle sous anesthésie locale ou comment s'affranchir des limites de l'analyse histologique peropératoire

Sentinel lymph node biopsy under local anaesthesia: How to avoid the disadvantages of intraoperative examination?

J. Bouquier, D. Clément, O. Morel, R. Lousquy, C. Malartic, E. Barranger*

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Lariboisière, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Reçu le 24 avril 2007 ; accepté le 27 septembre 2007

Disponible sur Internet le 10 janvier 2008

Résumé

Le prélèvement du ganglion sentinelle (GS) est devenu un standard dans la prise en charge chirurgicale du cancer du sein de petite taille. Il est cependant soumis aux limites de l'examen extemporané. En effet, l'examen extemporané est limité aux types d'analyses réalisées (coupes congelées versus cytologie d'empreinte), de la taille des métastases (macro- versus micrométastases) et du temps dédié à cet examen. L'ensemble de ces limites est responsable de réinterventions chirurgicales secondaires pour réaliser un curage axillaire. Pour s'affranchir de ce biais plusieurs équipes ont établi une nouvelle stratégie opératoire consistant à réaliser la biopsie du GS sous anesthésie locale seule suivie secondairement d'une tumorectomie et du curage axillaire si nécessaire selon le résultat histologique définitif du GS. Nous avons proposé une revue de la littérature de ce nouveau concept de prise en charge, pour évaluer sa faisabilité et ses modalités pratiques. © 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The sentinel lymph node procedure has become the standard in the surgical management of localised breast cancer. However, it is submitted to the uncertainties of intraoperative examination. Indeed, intraoperative examination has three major disadvantages: the type of histological method (frozen section versus imprint cytology), the size of sentinel node metastasis (macro- versus micrometastases) and the time requested for this technique. All of these limits are responsible for secondary re-interventions to complete axillary lymph node dissection. Few medical teams have described a new surgical strategy to avoid these limits. They proposed the detection of the sentinel lymph node under local anaesthesia and to wait for the definitive histological analysis before carrying out lumpectomy and axillary lymphadenectomy if necessary under general anaesthesia. We realized a review of the literature on this new procedure to evaluate its feasibility and to assess the technical aspects.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ganglion sentinelle ; Cancer du sein ; Anesthésie locale ; Examen extemporané ; Cytologie d'apposition

Keywords: Sentinel node; Breast cancer; Local anaesthesia; Frozen section; Imprint cytology

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ebarranger@club-intenet.fr (E. Barranger).

I. INTRODUCTION

Le cancer de sein est la première cause de décès des femmes par cancer avant 65 ans. Son incidence ne cesse d'augmenter avec une progression de 2,4 % par an. Cette augmentation est due entre autres à un dépistage de plus en plus précoce. En parallèle, la diffusion de la procédure du ganglion sentinelle (GS) a permis de révolutionner la prise en charge chirurgicale de ces patientes. Cette technique a été proposée pour la première fois par Giuliano et al. en 1994 [1]. Depuis, de nombreux auteurs ont confirmé la pertinence de cette technique qui est devenue la méthode de référence pour l'évaluation du creux axillaire dans les cancers du sein au stade T1 [1–4].

La prévalence de l'envahissement ganglionnaire est étroitement liée à la taille tumorale. Les tumeurs inférieures à 5 mm (pT1a) ont une prévalence de 5 % d'envahissement axillaire, mais les tumeurs pT2 ont une prévalence d'envahissement de plus de 30 % [5,6]. Ainsi pour les tumeurs de moins de 20 mm, le GS permet d'éviter un curage axillaire dans 70 % des cas [5], de même qu'une hospitalisation prolongée et la morbidité du curage axillaire.

Il est maintenant bien démontré que la morbidité du GS est significativement plus faible que celle du curage axillaire [7], l'hospitalisation étant également significativement réduite.

La technique classique consiste à rechercher et à faire l'exérèse du GS sous anesthésie générale lors de la tumorectomie. Le repérage du GS se fait à l'aide de traceurs lymphophiles colorimétrique (bleu patenté) et/ou isotopique (radio colloïde marqué au technétium 99 m).

Il est actuellement recommandé de procéder à une double détection permettant d'obtenir un taux de détection de plus de 96 % [8,9].

L'analyse histologique peropératoire des GS, réalisée par de nombreux centres, permet d'effectuer, en cas de métastase ganglionnaire, un curage axillaire dans le même temps opératoire. L'analyse histologique peropératoire apparaît donc déterminante. Sa sensibilité ainsi que sa spécificité doivent être optimales. En effet, en cas de faux-positif de la procédure, le chirurgien réalisera un curage axillaire inutile et, en cas de faux-négatif, devra réopérer la patiente.

La revue de la littérature sur l'analyse histologique peropératoire quelle que soit la technique utilisée (examen par coupes congelées ou cytologie d'apposition) dans le cadre du GS, montre que la spécificité est bonne, en revanche, la sensibilité l'est moins. Le taux de faux-négatif varie entre 10 et 40 %, avec une moyenne à 15 % dans la plupart des études [10–13].

L'analyse histologique peropératoire est donc limitée, notamment par trois critères : le type d'analyse peropératoire, la taille de la métastase recherchée (macro- ou micrométastase) et le temps imparti à l'examen extemporané.

Il existe deux méthodes d'examen peropératoire : la technique des coupes congelées et la cytologie d'empreinte. Ces deux méthodes ont été largement comparées dans la littérature avec des résultats discordant en terme de sensibilité (Tableau 1) [14–18]. Van Diest et al. [14], dans une étude incluant 74 patientes et comparant les deux méthodes, observent des sensibilités dans la détection des métastases dans les GS en faveur des coupes congelées (87 % versus 62 % pour la cytologie d'empreinte). À l'inverse Motomura et al. [15], parmi 101 patientes, trouvent une meilleure sensibilité avec la technique de cytologie d'empreinte (90,9 % versus 52 %). La cytologie d'empreinte a l'avantage d'éviter une perte de matériel. Cependant, ce risque semble très faible avec un technicien entraîné, mais il augmente malgré tout avec le nombre de coupes réalisées. Certains auteurs [16] ont tenté d'améliorer la sensibilité de ces techniques pour la détection des micrométastases en utilisant des techniques d'immunohistochimie en peropératoire [16,19]. Aihara et al. [16] constatent une durée de la procédure d'analyse qui croît 30 minutes environ, sans réel bénéfice sur la sensibilité qui est de 85 %.

Au cours de ces différentes études évaluant la pertinence de l'analyse histologique peropératoire, le contrôle histologique définitif était réalisé de manière classique et après l'immunohistochimie. Cependant, certaines études n'ont utilisé que l'histologie standard (hématoxyline-éosine-safran (HES) sans coupes sériées ni immunohistochimie) méconnaissant probablement certaines micrométastases. Dans ce cas, ces auteurs ont certainement surestimé la sensibilité de l'analyse histologique peropératoire. Ainsi Turner et al. [17] ont démontré sur

Tableau 1

Sensibilité et spécificité des techniques d'analyse peropératoire des ganglions sentinelles : études comparant les deux techniques

Séries	n	Technique	Contrôle	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Van Diest et al. [14]	14	CC	HE et IHC	87	100
		CE		62	100
Turner et al. [17]	278	CC	HE et IHC	91,6	100
		CE		74,2	100
				Macro : 98 Micro : 28	
Motomura et al. [15]	101	CC	HE et IHC	52	100
		CE		90,9	98,5
Aihara et al. [16]	118	CE	HE	82,5	98,7
		IHC		82,5	98,7
		CE + IHC		85	98,7

CC = coupes congelées ; CE = cytologie d'empreinte ; HE = hématoxyline-éosine ; IHC = immunohistochimie ; Macro = macrométastase ; Micro = micrométastase.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950713>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950713>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)