



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Rôle de la cytoponction ganglionnaire dans la stadification locorégionale des cancers mammaires

The role of preoperative axillary lymph node fine needle aspiration in locoregional staging of breast cancer

Voichita Suciu^{a,*}, Torill Sauer^b

^a Département de biopathologie, hôpital René-Huguenin, institut Curie, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France

^b Department of Pathology, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norvège

Accepté pour publication le 13 septembre 2012

Disponible sur Internet le 17 novembre 2012

MOTS CLÉS

Cytoponction lympho-ganglionnaire ;
Cancer mammaire ;
Stadification

Résumé La cytoponction échoguidée (CPEG) préchirurgicale des ganglions axillaires en cas de cancer mammaire a pris de l'ampleur après le développement de la technique du ganglion sentinelle (GS). La CPEG est aujourd'hui pratiquée en routine chez les patients présentant un carcinome mammaire confirmé cytologiquement et/ou histologiquement ou en cours de diagnostic, permettant d'éviter en cas de positivité, la technique du GS ou une intervention chirurgicale en deux temps. Notre article résume les données récentes de la littérature concernant la précision diagnostique de la cytoponction ganglionnaire dans la stadification du cancer mammaire et présente l'expérience du Centre de diagnostic mammaire de l'Institution Oslo University Hospital Ullevaal, Norvège, dans ce contexte. Actuellement, la CPEG est indiquée pour tous les ganglions axillaires suspects ou échographiquement anormaux, indépendamment de la taille de la tumeur mammaire primitive. La CPEG est une méthode diagnostique précise et peu coûteuse. Le diagnostic des métastases ganglionnaires par cette méthode est très fiable et les faux-positifs sont quasi inexistantes. Des cas de faux-négatifs sont observés, surtout en cas de métastases de petite taille (micrométastases et cellules tumorales isolées) pour lesquelles des recommandations récentes indiquent que le curage axillaire n'est pas nécessaire.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.


KEYWORDS

FNAC;
Lymph node;
Breast cancer;
Staging

Summary Preoperative ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology (UG-FNAC) of axillary lymph nodes in breast cancer emerged after the onset of the surgical sentinel node (SN) procedure. Today it is established as one of the preoperative routine procedures in patients with a cytological or histological confirmation or strong suspicion of breast carcinoma, the interest being that a positive UG-FNAC allows to avoid SLN biopsy or two-stage surgical procedure. Our article reviews the recent data in the literature regarding the diagnostic accuracy of lymph node

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : voichita.suciu@curie.net (V. Suciu).



FNAC in breast cancer staging, and presents the experience of the Breast Diagnostic Centre of Oslo University Hospital Ullevaal, Norway, in this context. Nowadays, UG-FNAC is indicated whenever the breast radiologist finds a suspicious or otherwise abnormal axillary lymph node, regardless of the size of the primary tumour. UG-FNAC is a cost effective and safe method. A diagnosis of metastatic malignancy has a very high accuracy and false-positives are virtually non-existent. False-negatives do occur, especially in lymph nodes with partial involvement as micrometastases and isolated tumor cells (ITC), and recent recommendations advocate that in these particular situations the axillary dissection is not necessary.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction/Contexte

L'extension ganglionnaire locorégionale est un élément clé dans la stadification des patients atteints d'un cancer mammaire invasif car il représente un des principaux facteurs pronostiques et contribue donc à une prise en charge thérapeutique optimale [1].

Pour les carcinomes mammaires nouvellement diagnostiqués, bénéficiant d'un traitement chirurgical d'emblée (tumeurs de petite taille), le curage axillaire complet, méthode de référence dans l'évaluation du statut ganglionnaire, a été largement pratiqué pendant de nombreuses années, mais il était associé à une morbidité importante (lymphœdème, lymphorrhée, raideur de l'épaule, douleurs chroniques, dysesthésies). L'étude des modalités de diffusion progressive de l'atteinte ganglionnaire a permis le développement de la technique du ganglion sentinelle (GS), premier relais atteint en cas d'extension locorégionale ganglionnaire de la maladie. Lorsque le risque d'envahissement ganglionnaire est faible et afin de réduire les complications, la lymphadénectomie est remplacée par la technique du GS car elle a le grand avantage d'une moindre morbidité. La sélection des patientes pouvant bénéficier d'un prélèvement ganglionnaire limité au GS est basée sur l'examen clinique et radiologique du creux axillaire. En l'absence de ganglion axillaire suspect (cN0), la technique du GS peut être pratiquée pour des tumeurs mammaires dont le diamètre est cliniquement inférieur à 30 mm. Si le GS est négatif, le risque d'envahissement du reste du curage axillaire est faible et le traitement chirurgical reste limité, la mise en évidence de cellules tumorales isolées ne modifiant pas la stratégie. Dans certains pays, le traitement chirurgical n'est pas non plus complété dans le cas où des micrométastases (<2 mm) sont détectées [2]. En cas de GS macrométastatique, une lymphadénectomie axillaire complète secondaire est nécessaire. Malgré l'évolution de la technique chirurgicale, le prélèvement du GS reste assez invasif et présente des inconvénients [3] : exposition aux radiations ionisantes, coût élevé en termes de temps, hospitalisation et personnel médical. De plus, dans un certain nombre de cas (moins de 5% pour les équipes expérimentées), elle n'aboutit pas à la détection du GS.

Dans ce contexte, une approche diagnostique des métastases ganglionnaires en préopératoire serait utile tant pour le patient que pour le chirurgien, permettant d'éviter la technique du GS ou une intervention chirurgicale en deux temps. Pour les carcinomes mammaires nouvellement diagnostiqués de grande taille, nécessitant une chimiothérapie néo-adjuvante, un tel examen permettrait aussi de préciser le stade de la maladie avant traitement et d'étudier la réponse thérapeutique au niveau ganglionnaire.

Exploration préchirurgicale du statut ganglionnaire

L'examen clinique par palpation, la plus ancienne méthode d'investigation des ganglions axillaires, est d'une fiabilité limitée, avec une sensibilité variable suivant les études (30 à 76%) [4–8] et une spécificité faible car, malgré certains caractères prédictifs de métastase (ganglion dur, arrondi, fixé), la palpation ne peut pas toujours distinguer les adénopathies réactionnelles ou inflammatoires des ganglions envahis.

L'imagerie peut améliorer la détection des adénopathies régionales métastatiques, mais reste cependant non satisfaisante [9–12]. L'échographie à haute résolution est actuellement la technique d'exploration axillaire la plus utilisée car non invasive, convenable du point de vue économique et présentant l'avantage d'une bonne accessibilité pour les prélèvements à l'aiguille fine. La précision diagnostique des adénopathies métastatiques axillaires par l'échographie est actuellement supérieure ou au moins égale à celle des autres techniques d'imagerie [11–14]. Depuis le développement de la technique du GS, la caractérisation échographique des ganglions axillaires s'est améliorée par des critères de plus en plus précis. Il existe en effet actuellement des arguments ultrasonographiques largement acceptés pour suspecter une métastase : épaississement de la corticale, disparition du hile adipeux, contours irréguliers, cortex intensément hypoéchogène, hypervascularisation périphérique (en mode doppler couleurs) [15–19]. Une épaisseur de la corticale supérieure à 2,5 ou 3 mm a été trouvée prédictive de métastase par certaines équipes [19]. Malgré ces avancées récentes, compte tenu de l'absence de standardisation et de la variabilité des critères pris en compte suivant les études, les résultats restent très hétérogènes. La sensibilité de l'examen ultrasonographique dépend aussi du type histologique du carcinome mammaire, le taux de faux-négatifs pour le carcinome lobulaire étant plus élevé que pour le carcinome canalaire [20,21].

Les prélèvements à l'aiguille fine (cytoponction [CP] ou microbiopsie) des ganglions axillaires palpés ou échographiquement anormaux augmentent la performance diagnostique des métastases ganglionnaires : la majorité des résultats des études montrant une spécificité autour de 100% [22,23]. La confirmation préchirurgicale, par prélèvements à l'aiguille fine et étude cytopathologique, de la présence de cellules carcinomateuses métastatiques dans un ganglion axillaire locorégional constitue une contre-indication à la technique du GS [24].

La CP sous guidage échographique (CPGE) est plus largement utilisée que la microbiopsie, mais les deux types de prélèvements montrent une précision diagnostique comparable [25,26]. Le prélèvement par CP est peu invasif, bien

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128273>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128273>

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