



ELSEVIER

ARTICLE ORIGINAL

# Évaluation du taux de récurrence ganglionnaire après ganglion sentinelle négatif chez les patients porteurs de mélanome, et analyse des résultats. L'expérience de l'hôpital Saint-Louis, Paris

## Analysis of lymph mode recurrence in patients with melanoma and sentinel lymph mode negative. Retrospective study at the Hospital Saint-Louis, Paris

Y. Derhy <sup>a,\*</sup>, D. Kerob <sup>b</sup>, O. Verola <sup>c</sup>, J.-P. Binder <sup>a</sup>, C. Lebbe <sup>b</sup>, M. Revol <sup>a</sup>, J.-M. Servant <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

<sup>b</sup> Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

<sup>c</sup> Service d'anatomopathologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75475 Paris cedex 10, France

Reçu le 25 août 2004 ; accepté le 10 novembre 2004

### MOTS CLÉS

Mélanome ;  
Ganglion sentinelle ;  
Récidive régionale ;  
Métastase occulte

**Résumé** Le mélanome constitue une tumeur maligne cutanéomuqueuse, dont le mode d'extension est le plus souvent lymphatique. Le ganglion sentinelle correspond au premier ganglion de drainage du mélanome. Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique (Hôpital Saint-Louis, Paris), de 87 patients inclus entre juillet 1999 et juillet 2003 dans notre protocole d'étude du ganglion sentinelle. Les critères d'inclusion des patients étaient un mélanome malin dont l'indice de Breslow était supérieur ou égal à 1,5 mm et/ou indice de Clark supérieur ou égal à IV et/ou ulcéré et/ou présentant des signes de régression. Le ganglion sentinelle était histologiquement négatif chez 75 patients (86,2 %). Sur les 75 patients avec ganglion sentinelle négatif, nous avons retrouvé cinq cas de récurrences ganglionnaires métastatiques soit un taux de 6,66 %, dans un délai médian de récurrence court puisque de 10,2 mois (3 à 20 mois). Chez les cinq patients avec récurrence, nous avons recoupé le ganglion restant qui avait été congelé. Nous avons retrouvé un foyer de métastase chez deux patients, dont une localisation dans les sinus veineux sous-capsulaires chez l'un d'entre eux. Soit un taux de micrométastases occultes dépistées à la recoupe de 40 %. Notre taux de récurrence ganglionnaire chez les patients avec ganglion sentinelle négatif est de 6,66 %. L'analyse de nos résultats nous fait penser

\* Auteur correspondant. 49, rue de Courcelles, 75008 Paris, France.  
Adresse e-mail : yderhy@yahoo.fr (Y. Derhy).

**KEYWORDS**

Melanoma;  
Sentinel lymph node;  
Regional recurrence;  
Occult metastasis

que les récurrences ganglionnaires précoces du mélanome sont dues principalement à des limites d'analyse histologique du ganglion et peut-être à l'existence de *skip metastases*.  
© 2004 Publié par Elsevier SAS.

**Abstract** Melanoma is a malignant tumor, with dominant lymphatic extension. Sentinel lymph node is the first lymph node touched by melanoma. Our retrospective and monocentric study is about 87 patients, between July 1999 and July 2003. The inclusion criteria were malignant melanoma with Breslow level superior or equal 1.5 mm, and/or Clark level superior or equal IV, and/or ulcerated, and/or in regression. Sentinel lymph node has been negative on histological analysis in 75 patients (86.2%). About these 75 patients, we found five metastatic lymph node recurrence (6.66%) in a short notice (median 10.2 months). For the five patients with recurrence, the original slides and tissue blocks were available for reexamination. Then, we found micrometastasis in two patients (40% of occult metastasis). Our rate of lymph node recurrence in patients with sentinel lymph node negative is about 6.66%. Our analysis make us believe that early recurrence are essentially linked to histological analysis limits, and maybe to skip metastasis existence.

© 2004 Publié par Elsevier SAS.

## Introduction

Le mélanome constitue une tumeur maligne cutanéomuqueuse, dont le mode d'extension est le plus souvent lymphatique. Le premier site envahi est ainsi l'aire de drainage lymphatique locorégionale [1-4].

La définition du ganglion sentinelle naît de ce mode d'extension : il s'agit du premier ganglion de drainage du mélanome selon sa localisation.

L'absence de preuve du bénéfice du curage systématique sur la survie, à laquelle s'ajoute une morbidité importante, a réduit ses indications aux cas avec métastases ganglionnaires cliniquement palpables. Le ganglion sentinelle en dépistant les métastases ganglionnaires précocement, au stade infraclinique, permet de débiter précocement une prise en charge adaptée du patient. D'une part, s'il est positif, nous posons l'indication de curage ganglionnaire, dans l'espoir d'interrompre l'extension lymphatique du mélanome au stade infraclinique et donc précoce de la maladie, et ainsi en améliorer la survie. D'autre part, nous pouvons classer les patients en groupes homogènes pour les protocoles de traitement adjuvant, car le statut du ganglion sentinelle apparaît aujourd'hui comme le principal facteur pronostique du mélanome [5]. Le traitement par interféron à faible dose est source d'espoir, d'autant qu'il a déjà prouvé son intérêt en termes de survie sans récurrence chez les patients au stade de tumeur primitive sans envahissement lymphatique [6]. C'est dans ce domaine des traitements adjuvants que la technique du ganglion sentinelle joue aujourd'hui son rôle principal.

En dehors des facteurs pronostiques tels que le Breslow et l'ulcération de la tumeur primitive,

l'atteinte du ganglion sentinelle, le nombre de ganglions envahis et l'existence d'effraction capsulaire [2,3,7] constituent le plus fort facteur pronostique. En revanche, l'intérêt thérapeutique de cette technique et du curage en cas de positivité du ganglion sentinelle reste à démontrer selon plusieurs études prospectives randomisées [5,8,9].

Connaître le statut ganglionnaire du patient est donc déterminant pour sa prise en charge thérapeutique. On comprend que l'existence de faux-négatifs constitue une limite majeure de la technique. La constatation de récurrences ganglionnaires précoces dans notre pratique quotidienne, confirmée par la littérature, est le témoin de l'existence de ces faux-négatifs. Il nous semble primordial de connaître ce taux de récurrence, car il conditionne l'efficacité de la technique, et sa raison d'être.

Le but de notre étude est donc d'évaluer le taux de récurrence ganglionnaire précoce selon le protocole réalisé à l'hôpital Saint-Louis de Paris, chez les 87 patients inclus entre 1999 et 2003. Une analyse des résultats est faite en discutant les différents biais qui peuvent conduire à la naissance de faux-négatifs, à chaque étape de la technique du ganglion sentinelle : lymphoscintigraphie, chirurgie, analyse anatomopathologique.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique (Hôpital Saint-Louis, Paris), de 87 patients inclus entre juillet 1999 et juillet 2003 dans notre protocole d'étude du ganglion sentinelle.

Les critères d'inclusion des patients étaient un mélanome malin dont l'indice de Breslow était

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9223457>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9223457>

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