

Cancers du sein avec atteinte axillaire découverte par échographie axillaire : quelle place du curage axillaire ?

Tessier V.¹, Delpéch Y.¹, Dejode M.¹, Fouche Y.¹, Barranger E.¹.
(1)Département de chirurgie oncologique, sénologique et gynécologique. Centre Antoine Lacassagne. 33 Avenue de Valombrose, 06000 Nice, France

Introduction

Chez les patientes présentant un cancer du sein localisé avec atteinte ganglionnaire découverte par échographie et cytoponction axillaire, un curage axillaire d'emblée est proposée. En cas d'échographie axillaire négative, une étude des ganglions sentinelles est alors réalisée.

En 2011, l'étude ACOSOG Z011 a montré que le curage axillaire pouvait être prudemment omis pour des patientes cN0 présentant 1 ou 2 ganglions sentinelles positifs et étant traitées par radiothérapie totale du sein et traitement systémique.

L'objectif de cette étude était de comparer l'atteinte ganglionnaire après curage axillaire en fonction de la positivité ou non du screening radiologique préthérapeutique chez des patientes cN0, théoriquement éligibles à un GS premier selon les critères d'inclusion de l'ACOSOG. Le nombre de patientes cN0 avec screening radiologique positif et théoriquement éligible à une désescalade a également été déterminé.

Matériel et méthode

Etude rétrospective, monocentrique, réalisée au Centre Antoine Lacassagne de janvier 2014 à décembre 2016.

Les critères de sélection sont un carcinome canalaire ou lobulaire infiltrant avec ou sans atteinte in situ, un stade T1 à T3, un traitement chirurgical par mastectomie totale ou partielle, un statut clinique N0.

Les critères d'exclusion sont des métastases synchrones, un traitement par chimiothérapie néo-adjuvant,

En cas de ganglion axillaire suspect en échographie une cytoponction était réalisée par les radiologues. Les ganglions suspects cytoponctionnés étaient définis comme étant arrondis, mal limités, ayant un cortex asymétrique mesurant plus de 3mm de hauteur.

Les prélèvements étaient effectués à l'aide d'une aiguille 10 gauge.

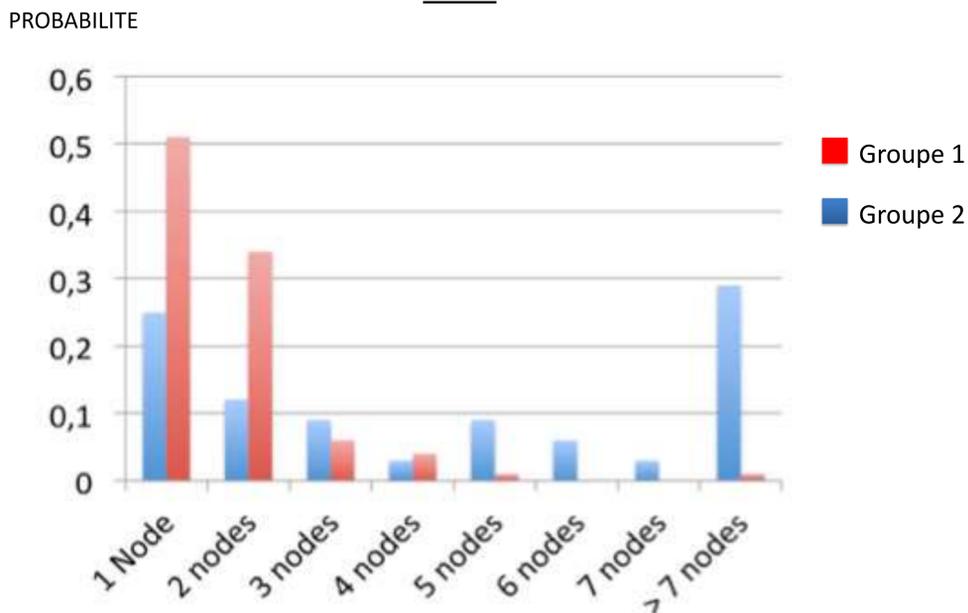
Deux groupes de patientes ont été comparés :

- Le groupe 1 correspondant aux patientes chez lesquelles une échographie axillaire était négative et dont la biopsie du ou des ganglions sentinelles avait révélé une atteinte ganglionnaire. L'étude de l'extension ganglionnaire était réalisée chez celles ayant été traitées par curage axillaire secondaire
- Le groupe 2 correspondant aux patientes chez lesquelles une métastase ganglionnaire avait été découverte par cytoponction axillaire au décours d'une échographie

Résultats

Caractéristiques clinico-pathologiques	Groupe 1 (n=116)	Groupe 2 (n=31)	p
Type histologique			0,45
CLI	24 (21%)	4 (13%)	
NST	90 (77%)	27 (87%)	
Mixte	2 (2%)	0	
Grade			0,0002
I	25 (22%)	2 (6%)	
II	69 (59%)	12 (39%)	
III	22 (19%)	17 (55%)	
Ki67			0,46
< 15	105 (91%)	26 (84%)	
> 15	11 (9%)	5 (16%)	
Récepteurs hormonaux			0,14
NEGATIFS	7 (6%)	5 (16%)	
POSITIFS	109 (94%)	26 (84%)	
Statut HER2			0,01
NEGATIF	111 (95,7%)	25 (80,7%)	
POSITIF	5 (4,3%)	6 (19,3%)	
Stade pT			3,7E-6
pT1	76 (66%)	7 (23%)	
pT2	35 (30%)	15 (48%)	
pT3	5 (4%)	9 (29%)	
Stade pN			7,6E-9
N1a	76 (68%)	16 (52%)	
N1mi	30 (26%)	0	
N2a	7 (6%)	10 (32%)	
N3a	0	5 (16%)	
Nombre ganglion(s) métastatiques			0,01
Médian (min-max)	1,6 (1-10)	6,3 (1-28)	
Nombre ganglions prélevés			0,04
Médian (min-max)	12,4 (3-27)	13,4 (3-37)	

Répartition de l'atteinte ganglionnaire axillaire dans les groupes 1 et 2



Conclusion

Les patientes dont l'atteinte ganglionnaire a été découverte par cytoponction axillaire présentent :

- Des tumeurs de moins bon pronostic
- Des envahissements ganglionnaires plus importants

Mais plus d'un tiers de ces patientes ne présentent que 2 ganglions métastatiques au maximum et auraient pu être candidates à une abstention de tout geste axillaire radical.