

Ganglion sentinelle dans la rechute locale?

M. Fournier, N.Baget, V.Métang,

A.L. Cazeau, C.Tunon de Lara

SFCO

Bordeaux

22 mai 2015

- Depuis les années 2000:

Ganglion Sentinelle = traitement standard des cancers infiltrants en prise en charge initiale (*Veronesi NEJM 2003*)

En routine en France +/- 2004

- 5 à 10% de rechutes locales (2ème cancer) après traitement conservateur + RTE
- Pronostic plus sombre après rechute locale (RR de métastase x 3 à 4, Fisher 1991, Veronesi 1995)

Curage Axillaire à la rechute: rituel ou nécessité?

- Curage axillaire = gold standard
si CA initial: pas de geste axillaire à la rechute
si GS initial: CA à la rechute
- Générateur de morbidité: douleurs chroniques, gros bras, limites fonctionnelles à la mobilité
- Peu de données biblio avant 2005... en attendant les rechutes après GS
- 20 à 30% de N+ dans les RL
Derkx et al. EJSO 2010: 26%

Attitude à la rechute locale

Pas d'exploration
axillaire:
rpT...Nx

Curage axillaire:
rpT...N...

Sous-traiter **versus** **risque de séquelles?**



Place idéale du ganglion sentinelle?

- Quel drainage lymphatique à la récurrence?
- Quelle imagerie?
- Quels résultats?
- Notre série

Quel drainage lymphatique?

- Antécédent de RTE fréquent
- Cicatrice fibreuse axillaire (GS ou CA)
⇒ Obstacles / limites au drainage axillaire

- Drainage axillaire homolatéral
- Drainage aberrant:
 - » Mammaire interne homolatéral
 - » Sus- ou sous-clavier
 - » Axillaire controlatéral
- Pas de drainage retrouvé

Repeat sentinel node biopsy in patients with locally recurrent breast cancer: a systematic review and meta-analysis of the literature

Adriana J. G. Maaskant-Braat · Adri C. Voogd ·
Rudi M. H. Roumen · Gerard A. P. Nieuwenhuijzen

- 25 séries rétrospectives, 2004 à 2011, 1 à 117 patientes
- 692 patientes (361 CA initial, 301 GS initial, 30 pas de geste axillaire)
- 175 / 405 lymphoscintigraphies positives, 43% de drainages aberrants
- ATCD de CA ou de mastectomie: facteurs favorisant un drainage « aberrant » - > 70%
- 19 N+ « aberrants »/69 N+

Lymphatic Drainage Patterns from the Treated Breast

Iris M. C. van der Ploeg¹, Hester S. A. Oldenburg¹, Emiel J. T. Rutgers¹, Marie-Jeanne T. F. D. Baas-Vrancken Peeters¹, Bin B. R. Kroon¹, Renato A. Valdés Olmos², and Omgo E. Nieweg¹

¹Department of Surgery, The Netherlands Cancer Institute - Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, The Netherlands; ²Department of Nuclear Medicine, The Netherlands Cancer Institute - Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, The Netherlands

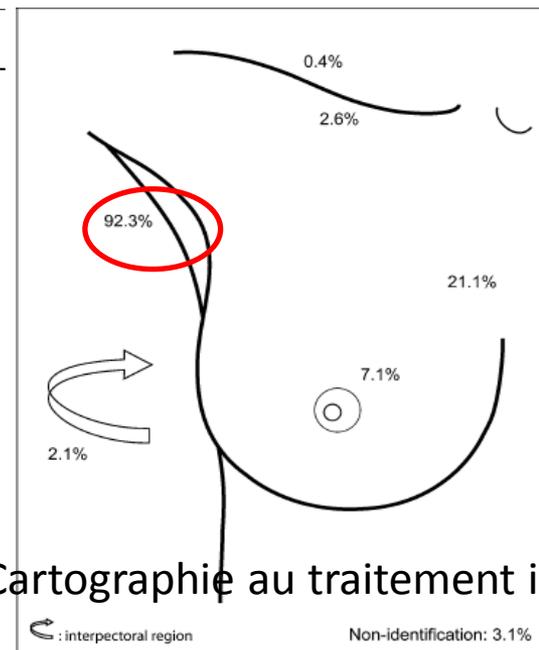
N=115, 50% pas de geste axillaire,
détection: lymphoscinti/spectCT
38% de drainages aberrants (28 % drainage mixte:
axillaire + autre)

Confirmé par la métaanalyse de Maaskant-Braat:

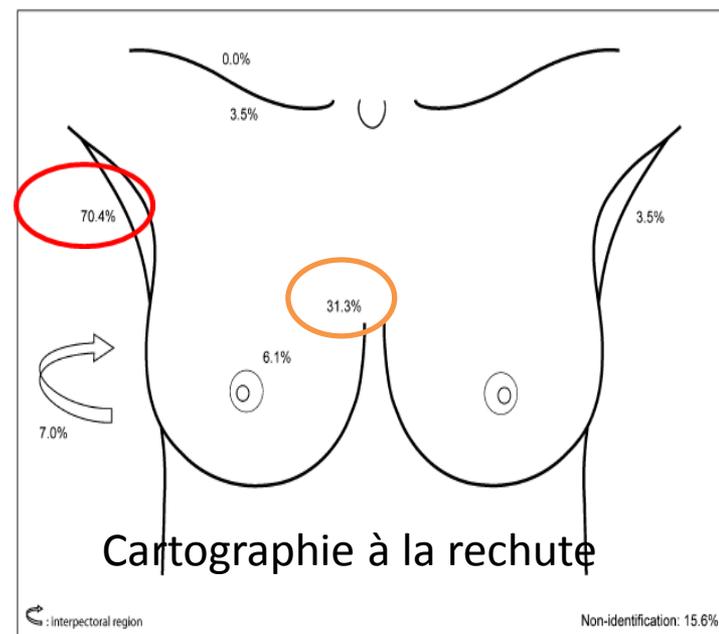
CMI: 46,3%

Axillaire controlat: 34,3%

Sus/sous-clav: 14,3%



Cartographie au traitement initial



Cartographie à la rechute

Drainages aberrants

Intra et al. 2014 Ann.Surg.Oncol.

N=212, GS initial
196 succès du GS
dont 17 drainages aberrants (8%)

TABLE 3 Sites and numbers of patients with aberrant drainage at second lymphoscintigraphy

Site of aberrant drainage	N
Contralateral axilla	6
Intramammary	4
Interpectoral region	4
Internal mammary	2
Infraclavicular fossa	1
Total	17

Confirmé par Cordoba et al. The Breast 2012

Maaskant-Braat Ann.Surg.Oncol. « SNARB-study » 2013: 100% de drainage aberrant après M+CA, 59% sur l'ensemble de la cohorte
79% après CA, 25% après GS ($p < 0,0001$)

Imagerie pré opératoire

- **Lymphoscintigraphie:** cartographie ganglionnaire, description principes de la technique du GS (99mTc), **importance du cliché**
 - **Imagerie planaire:** 2D
 - **SPECT-CT :** + irradiant (fusion avec TDM), meilleure cartographie ganglionnaire pour les drainages aberrants

Vermeeren et al. JSO 2010: SPECT CT=> 90% de détection vs 60 à 88% lymphoscintigraphie conventionnelle

- **Tep scan:** bilan d'extension + intérêt fonctionnel (atteinte ganglionnaire)

Futamura et al. WJSO 2015=> intérêt dans la détection des macrométastases ganglionnaires si SUV tumeur>2,5

Prélèvement du GS dans la rechute locale: Est-ce possible?

- **Extension progressive des indications du GS:**

- T1 => T2

- T unique => unifocales unicentriques

- Ttt initial => après chimio néo adjuvante (St Gallen 2015)

- Chirurgie initiale => après « biopsie chirurgicale »

Luini et al. Breast Can.Res.Treat. 2005 – n=543, 99% de détection du GS

- **GS sur rechute homolatérale:**

Séries rétrospectives, limitées depuis 2004-2005

Ganglion sentinelle après curage axillaire

- Soit GS + puis CA au traitement initial (avant 2010 ACOSOG Z0011)
- Soit CA d'emblée

Maaskant-Brat et al, 2013, Ann.Surg.Oncol. « SNARB-study»

Cohorte prospective 150 patientes, 94 CA initial (82T+ CA, 12M+CA)

Lymphoscintigraphie +: 58/94 – 62% (49/82, 9/12)

GS prélevé: 45/94 – 48% (37/82, 8/12)



Plus de réussite après mastectomie?!

Ganglion sentinelle

après ganglion sentinelle initial

- GS initial négatif
 - Situation de + en + fréquente après GS +
- ✓ Série la plus importante: *Intra et al. Ann.Surg.Oncol. 2014*
Rétrospectif, 212 patientes (50% de 2^{ème} traitement conservateur) , Tx de détection=97%, **tx de réussite du GS: 92%**
Suivi: 48 mois
7 rechutes axillaires, DFS à 5 ans: 80%
- ✓ *Maaskant-Braat et al, 2013, Ann.Surg.Oncol.*
50 GS initial (41 T+GS, 9 M+GS)
Lymphoscintigraphie +: 32/50 – 64% (25/41, 7/9)
GS prélevé: 29/50 – 58% (22/41, 7/9)

Table 3 Success rate of lymphatic mapping and sentinel node biopsy and risk of aberrant drainage in patients with locally recurrent breast cancer, stratified according to previous axillary procedure

Outcome	Axillary procedure			Overall
	SNB	ALND	None	
Lymphatic mapping				
Success rate, proportion	148/179	139/197	21/22	405/572
Percentage	82.7	70.6	95.5	70.8
95 % CI	76.2–87.8	63.6–76.7	75.1–99.8	66.9–74.5
Sentinel node biopsy				
Success rate, proportion	243/300	166/318	23/27	452/692
Percentage	81.0	52.2	85.2	65.3
95 % CI	76.0–85.2	46.6–57.8	65.4–95.1	61.6–68.8
Aberrant drainage				
Proportion	37/144	98/132	5/17	175/405
Percentage	25.7	74.2	29.4	43.2
95 % CI	18.9–33.8	65.8–81.3	11.4–56.0	38.4–48.2

Métaanalyse de Maaskant Braat-2013-Breast Can.Res.Treat.

Statut ganglionnaire sentinelle

- Cordoba et al. The Breast 2006: 53 ptes, (43GS/10CA), succès du GS 37/53, 9N+ (**26%**)
- Port et al. Ann.Surg.Oncol. 2007: Succès du GS 64/117 (55%) , 10/64 N+ (**16%**)
- Maaskant Braat et al. Ann.Surg.Oncol. « SNARB Study » 2013: 77% N0gs, **11% N1mi**, **11% N1** (n=9, 4 axillaire homolatéral, 3 axillaire controlatéral, 2 CMI)
4 CA controlat. réalisés (justifiés?)
- Intra 2014 et al.: 33 N1 (micro ou macro)/196 succès du GS , **17%**
 - Site d'atteinte ganglionnaire non précisé
 - 25 CA complémentaires pour N1macro

au moins 83% de CA évités

⇒ **Impact potentiel sur les décisions de chimiothérapie adjuvante dans 15 à 30% des cas**

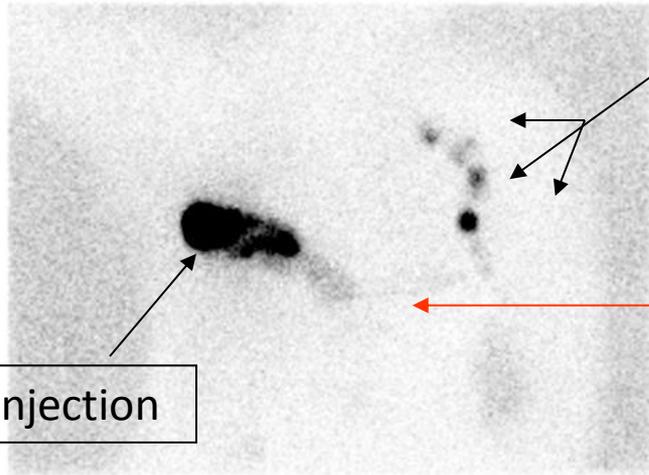
IB : Notre expérience

- **Nov. 2011-Déc.2014, étude de faisabilité**
- Consentement éclairé oral
- 38 patientes
 - age moy: 58 ans (29-77),
 - délai moyen de RL: 12,2 ans
 - 100% chirurgie conservatrice initiale
 - 31 CA initiaux, 5 GS, 2 pas de geste axillaire
- Double détection (99mTc +bleu)
- TEP depuis 2012

Résultats

	Nb de cas N=38	%
Chirurgie axillaire initiale: CA/GS/0	32/5/1	84/13/3
RTE initiale	38	100
Lymphoscintigraphie +	17	45
GS prélevé	22	58
Axil.homolat	14	64 (des GS détectés)
Axil.controlat	5	23
CMI	3	14
Sus-clav	-	
NP	1	
Nb de patientes N+ GS	3	14 (des GS détectés)
CA	3	
N+ CA	1 (GS non détecté)	

Voies de drainage aberrant



Ganglions axillaires controlatéraux

Site d'injection

Lymphoscintigraphie :
vue antérieure

La voie de drainage controlatérale
apparaît en SPECT CT (tissu sous-cutané)



Cartographie /SPECT CT

Discussion

- Faible proportion de patientes ayant eu un GS initial (5/38)
- Taux de lymphoscintigraphie +:
Intra et al. (97%) > Maaskant Brat et al. (63%)> Institut Bergonié
(**45%**) = Port et al.
- Spect CT systématique: « protocole récidive »
Cliché 2h après injection
Faut-il le renouveler?
- Taux de succès du GS: **58%**
Intra et al: 92,5%, Maaskant Brat et al (SNARB study): 52%

Discussion

- 100% de succès après GS initial (n=5), drainage axillaire homolatéral (ou mixte: axil+CMI)
- Discordance Tep scan / lymphoscintigraphie: 29 TEP réalisés, 7 négatifs. Bénéfice? Effectif insuffisant.
- 18 décisions de CT complémentaire:
 - 13 sur l'histologie tumorale
 - 2 N+gs
 - 2 N+ TEP (GS axil controlatéral négatif, fixation++ CMI / sus-clav)
 - 1 N+ CA (échec de GS)

Impact décisionnel sur les traitements adjuvants?

Conclusion

- **GS après GS: c'est possible! Et permet d'éviter des curages axillaires inutiles et morbides**
Après curage axillaire... aléatoire... mieux que rien?
- **Meilleure stadification** de la rechute => traitement + adapté?
- Drainages aberrants:
 - aller chercher les ganglions où ils sont,
 - importance de l'imagerie pré-opératoire ...
 - mais **pas de curages aberrants!**

Merci de votre attention

Merci à mes collègues, Christine Tunon de Lara, Anne Laure Cazeau, et l'ensemble du « groupe sein » de l'Institut Bergonié



	<p>INSTITUT BERGONIÉ 229 cours de l'Argonne 33076 Bordeaux cedex www.bergonie.org</p>	 <p>UNICANCER MEMBRE DU GROUPE</p>
<p>CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST</p>		