

Les cancers infiltrants de pronostic intermédiaire : trop ou pas assez ?

Quelle chirurgie pour les carcinomes lobulaires ?

Le point de vue du chirurgien :

chirurgie conservatrice et ganglion sentinelle

Surgery for lobular breast cancer:

conservative surgery and sentinel node detection

J.M. Classe, I. Jaffré, M. Dejode, V. Bordes et F. Dravet

Mots clés : cancer du sein, lobulaire, chirurgie conservatrice, ganglion sentinelle

Keywords: breast cancer, lobular, conservative surgery, sentinel node

Actuellement, la prise en charge chirurgicale du carcinome lobulaire invasif (CLI) pose le problème de la qualité de la chirurgie conservatrice en termes de risque de récurrence et de l'application de la technique du ganglion sentinelle.

Le CLI est caractérisé par des petites cellules rondes, disposées en file de cellules non cohésives, sans réponse conjonctive locale importante [1]. Ces caractéristiques rendent difficiles à la fois l'évaluation préthérapeutique des limites de la tumeur à l'imagerie et l'évaluation précise de ses dimensions. Enfin, le CLI a une propension à la multifocalité et multicentricité.

Notes



La chirurgie conservatrice repose sur le double principe d'un bon résultat en termes de taux de récurrence locale et de bon résultat cosmétique. Plusieurs essais randomisés multicentriques avec un suivi de 20 ans, ont validé l'équivalence en termes de survie globale entre une mastectomie et une chirurgie conservatrice avec radiothérapie du sein. Dans la mise à jour à 20 ans de l'essai NSABP B06, les auteurs concluaient à un taux cumulé de récurrences locales de 14 % en cas de chirurgie conservatrice avec radiothérapie et de 39 % sans radiothérapie.

L'application d'un traitement chirurgical conservateur, conformément aux standards de traitement, aux patientes traitées pour un CLI apporte d'excellents résultats en termes de survie globale et de survie sans récurrence. La cohorte rétrospective du National Cancer Data base publiée en 2005 par Singletary *et al.*, portant sur 21 596 patientes ne montrait pas de différences significative en termes de récurrence locale ou à distance, que la patiente ait eu un traitement conservateur ou radical [2]. Les résultats sont équivalents quand on compare le traitement du carcinome canalaire infiltrant à celui du CLI avec un recul de 5 ans [3], ou de 10 ans [4].

Ces bons résultats sont liés d'une part à l'évaluation préopératoire du volume de résection monobloc à effectuer en fonction du volume du sein et de la taille de la lésion et à l'évaluation préopératoire de l'éventuelle multifocalité ou multicentricité détectées par l'imagerie. Ces bons résultats sont également liés à l'analyse précise anatomopathologique des marges d'exérèse. Concernant les tumeurs multiples, une résection en monobloc avec marges saines permet aussi d'obtenir un résultat de qualité en terme de survie sans récurrence. L'expérience de l'université Yale portant sur 142 CLI comparés à 1 760 CCI, a montré avec près de 7 ans de recul, que le risque de récurrence locale était équivalent dans ces deux types pathologiques, avec une taille tumorale, un envahissement ganglionnaire et des qualités de marges comparables [5]. Les techniques d'oncoplastie permettent d'augmenter le taux d'exérèse de CLI en marges saines [6].

Concernant l'envahissement ganglionnaire, Singletary *et al.*, à partir d'une cohorte rétrospective de 8108 patientes traitées par chirurgie conservatrice pour

un CLI avec une taille tumorale moyenne de 15 mm, ont trouvé un taux d'envahissement ganglionnaire de 20 % [2]. Les comparaisons de cohortes rétrospectives de CLI et de CCI montrent généralement un taux plus faible d'envahissement ganglionnaire en cas de CLI, en pondérant avec la taille tumorale. Paumier *et al.*, comparant 217 CLI à 2 155 CCI ont trouvé un taux significativement plus élevé de patientes avec un envahissement d'au moins 3 ganglions en cas de CCI [3]. Santiago *et al.*, comparant 55 CLI à 1 093 CCI, ont trouvé un taux significativement plus élevé d'envahissement ganglionnaire en cas de CCI (30 %) comparé au CLI (13 %) [4].

La technique du ganglion sentinelle permet d'obtenir l'information de l'envahissement ganglionnaire, posant l'indication éventuelle d'un curage axillaire complémentaire, avec une technique moins morbide que le curage axillaire.

Les performances de la technique du ganglion sentinelle sont comparables en cas de CCI ou de CLI. Dans une série prospective de 243 patientes avec 208 CCI et 35 CLI, le taux de détection était de 93,2 % *vs* 94,3 % et le taux de faux négatifs de 7,6 % *vs* 9 % respectivement pour le CCI et le CLI [7]. Il existe une difficulté d'interprétation des petits amas cellulaires *type isolated cells* [8]. L'examen extemporané du ganglion sentinelle présente des performances identiques en cas de CLI ou de CCI [9]. En termes de risque de récurrence axillaire, la technique du ganglion sentinelle appliquée au CLI apporte un excellent contrôle local cohérent avec les résultats obtenus en cas de CCI. Dans une étude du MD Anderson, portant sur 239 patientes traitées pour un CLI avec détection du ganglion sentinelle, dans le groupe de 202 patientes n'ayant pas eu de curage axillaire complémentaire il n'y a aucune récurrence axillaire avec un recul de 48 mois [10].

Au total

En cas de CLI, le traitement chirurgical conservateur est applicable dans la limite d'une évaluation précise de la taille tumorale, du caractère éventuellement multiple de la lésion et de la qualité des marges d'exérèse. La technique du ganglion

Notes

sentinelle est applicable avec la difficulté d'analyse et d'interprétation des dépôts de cellules isolées.

Références

1. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM (2004). Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Res* 6: R149-156
2. Singletary SE, Patel-Parekh L, Bland KI (2005) Treatment trends in early-stage invasive lobular carcinoma: a report from the National Cancer Data Base. *Ann Surg* 242: 281-9
3. Paumier A, Sagan C, Campion L *et al.* (2003) Accuracy of conservative treatment for infiltrating lobular breast cancer: a retrospective study of 217 infiltrating lobular carcinomas and 2155 infiltrating ductal carcinomas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 32: 529-34
4. Santiago RJ, Harris EE, Qin L *et al.* (2005) Similar long-term results of breast-conservation treatment for Stage I and II invasive lobular carcinoma compared with invasive ductal carcinoma of the breast: The University of Pennsylvania experience. *Cancer* 103: 2447-54
5. Moran MS, Yang Q, Haffty BG (2009) The Yale University experience of early-stage invasive lobular carcinoma (ILC) and invasive ductal carcinoma (IDC) treated with breast conservation treatment (BCT): analysis of clinical-pathologic features, long-term outcomes, and molecular expression of COX-2, Bcl-2, and p53 as a function of histology. *Breast J* 15: 571-8
6. Sakr RA, Poulet B, Kaufman GJ *et al.* (2011) Clear margins for invasive lobular carcinoma: a surgical challenge. *Eur J Surg Oncol* 37: 350-6
7. Classe JM, Loussouarn D, Campion L *et al.* (2004) Validation of axillary sentinel lymph node detection in the staging of early lobular invasive breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 100: 935-41
8. Apple SK, Moatamed NA, Finck RH, Sullivan PS (2010) Accurate classification of sentinel lymph node metastases in patients with lobular breast carcinoma. *Breast* 19: 360-4
9. Taras AR, Hendrickson NA, Pugliese MS *et al.* (2009) Intraoperative evaluation of sentinel lymph nodes in invasive lobular carcinoma of the breast. *Am J Surg* 197: 643-6; discussion 646-7
10. Khakpour N, Hunt KK, Kuerer HM *et al.* (2005) Sentinel lymph node dissection provides axillary control equal to complete axillary node dissection in breast cancer patients with lobular histology and a negative sentinel node. *Am J Surg* 190: 598-601

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.

Notes

