

24

Facteurs associés à la sous-utilisation du prélèvement du ganglion sentinelle dans une cohorte de femmes françaises souffrant d'un cancer du sein

C. Cluze^{*1,2,3}, M. Meresse^{1,2,3}, A.D. Bouhnik^{1,2,4}, D. Rey^{1,2,3} et R. Giorgi^{5,6}

¹Inserm UMR912, Sciences économiques & sociales, Systèmes de santé, sociétés, 13006 Marseille – ²Aix-Marseille Université, IRD, UMR-S912, 13006 Marseille – ³Observatoire régional de la santé PACA, 13006 Marseille – ⁴Institut Paoli Calmettes, 13009 Marseille – ⁵Aix-Marseille Université, Faculté de Médecine, Laboratoire d'enseignement et de recherche sur le traitement de l'information médicale, EA 3283, 13385 Marseille Cedex 5 – ⁶APHM, Service de santé physique et d'information médicale, Hôpital de la Timone, 13385 Marseille Cedex 5

Introduction

Dans le cancer du sein, le prélèvement du ganglion sentinelle permet d'éviter un curage axillaire et ses effets secondaires à long terme chez les patientes n'ayant pas d'atteinte ganglionnaire. Cette technique est devenue la méthode de référence pour établir le statut ganglionnaire pour les cancers du sein de petite taille sans adénopathie palpable [1]. Néanmoins, des inégalités de pratique existent et ont été mises en évidence dans des études anglo-saxonnes [2-4].

Le but de cette étude était d'évaluer l'utilisation de la procédure du ganglion sentinelle et d'identifier les facteurs associés à la réalisation d'un curage axillaire d'emblée, sans prélèvement préalable du ganglion sentinelle, dans une cohorte de femmes de 65 ans et plus ayant un cancer du sein.

Matériel et méthodes

Cette étude a été réalisée à partir des données de la cohorte ELIPPSE 65, ensemble des femmes âgées de 65 et plus ayant un cancer du sein non métastatique diagnostiqué entre 2006 et 2008 dans trois départements de la région PACA (06, 13, 83). L'étude a été réalisée sur le sous-échantillon de femmes pour lesquelles la procédure du ganglion sentinelle était indiquée selon les recommandations françaises, i.e. celles ayant un cancer de moins de 2 cm (T1), sans adénopathie palpable, n'ayant pas eu de chimiothérapie néo-adjuvante, et sans antécédent de chirurgie du sein. Les données médicales ainsi que les comptes rendus chirurgicaux et anatomo-pathologiques ont été fournis par le médecin ayant fait le diagnostic et/ou en charge du traitement antitumoral. Les patientes ont été interrogées en face à face 10 mois après le diagnostic et une évaluation gériatrique a été réalisée à cette occasion.

Une régression logistique a été réalisée pour comparer les femmes ayant eu un curage axillaire d'emblée à celle ayant bénéficié du prélèvement du ganglion sentinelle. Une analyse de sensibilité a été faite pour tester la stabilité du modèle final après prise en compte des variabilités de pratique selon les établissements à l'aide d'une Équation d'Estimation Généralisée (GEE).

Résultats

Au total, 349 femmes avaient un cancer T1 répondant aux indications de prélèvement du ganglion sentinelle. Après exclusion de 6 femmes n'ayant pas été opérées et de 6 autres pour lesquelles le type de chirurgie axillaire n'était pas connu, 337 femmes ont été étudiées. Un curage axillaire sans prélèvement préalable du ganglion sentinelle a été réalisé chez 20 % d'entre elles (n = 67). Parmi ces dernières, 84 % n'avaient pas d'envahissement ganglionnaire.

La réalisation d'un curage axillaire d'emblée est plus fréquente chez les femmes âgées de plus de 75 ans et lorsque l'aidant principal n'est ni le conjoint ni un enfant. L'état fonctionnel et cognitif de la patiente, ainsi que les comorbidités n'expliquent pas ces inégalités. De même, ces résultats ne sont pas modifiés après prise en compte de la corrélation intra-hôpital.

Conclusion

Bien que la procédure du ganglion sentinelle soit largement utilisée, beaucoup de femmes subissent encore un curage axillaire inutile, en particulier les femmes les plus âgées et celles ayant peu de soutien familial. Cette sous-utilisation du prélèvement du ganglion sentinelle est particulièrement regrettable chez les femmes âgées dont la qualité de vie et l'autonomie peuvent être fortement diminuées par les effets secondaires du curage axillaire, en particulier par le lymphoedème.

Références

1. Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR et al. (2005) American Society of Clinical Oncology guideline recommendations for sentinel lymph node biopsy in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 23: 7703-20
2. Chen AY, Halpern MT, Schrag NM et al. (2008) Disparities and trends in sentinel lymph node biopsy among early-stage breast cancer patients (1998-2005). *J Natl Cancer Inst* 100: 462-74
3. Maggard MA, Lane KE, O'Connell JB et al. (2005) Beyond the clinical trials: how often is sentinel lymph node dissection performed for breast cancer? *Ann Surg Oncol* 12: 41-7
4. Olaya W, Wong J, Morgan JW et al. (2010) Factors associated with variance in compliance with a sentinel lymph node dissection quality measure in early-stage breast cancer. *Ann Surg Oncol* 17 (Suppl 3): 297-302