

57

Intérêt de l'examen extemporané du ganglion sentinelle axillaire dans le cancer du sein

M. Humbert*, F. Golfier, D. Raudrant et J.S. Krauth

Service de chirurgie gynécologique et cancérologie, CHU Lyon Sud, 69495 Pierre Bénite Cedex

Sujet de l'étude

L'examen extemporané du ganglion sentinelle (GS) dans le traitement chirurgical du cancer du sein doit permettre de prévoir d'emblée un curage axillaire complémentaire en cas d'atteinte métastatique et par ce biais d'éviter une seconde intervention chirurgicale et ses conséquences pour la patiente et le système de soins. Dans l'optique d'un rendement optimal, l'examen extemporané doit allier une bonne sensibilité à une spécificité maximale.

Objectif

L'objectif principal de notre travail a été d'évaluer dans une série rétrospective de patientes atteintes de cancer du sein, la sensibilité de l'examen extemporané du GS et de mesurer les facteurs qui peuvent l'influencer.

Patientes et méthode

Entre octobre 2005 et juin 2010, 454 procédures du GS ont été réalisées dans le service de chirurgie gynécologique du CHU Lyon Sud, dans le cadre de la prise en charge d'un cancer du sein infiltrant cliniquement T1 ou T2 et N0. Le protocole d'examen du GS dans notre centre varie en fonction de la taille des ganglions. Les ganglions de moins de 5 mm ne font pas l'objet de coupe en extemporané. Les ganglions de plus de 5 mm sont coupés en deux et examinés soit par une technique à congélation avec coloration au bleu de toluidine, soit par une technique d'empreinte par apposition, à la discrétion de l'anatomopathologiste. Pour l'examen histologique définitif les ganglions sont fixés en formol tamponné et inclus en totalité en paraffine. Ils font ensuite l'objet de coupes sériées tous les 200 μ m jusqu'à épuisement du bloc puis d'un examen après coloration à l'hématoxyline éosine safran. En l'absence d'atteinte métastatique

avérée à ce stade, une immunohistochimie avec l'anticorps anti-KL1 est réalisée. Les résultats de l'examen extemporané ont été comparés à l'examen définitif. Une analyse univariée par le test de khi2 a été menée pour étudier les facteurs de risque de faux négatif.

Résultats

L'âge moyen des patientes était de 58,3 ans, la taille tumorale moyenne était de 13,27 mm (6,2 % de pT 1 a, 29,5 % de pT1b et 52,2 % de pT1c). Il s'agissait en grande majorité de carcinomes canauxaires infiltrants (85,7 %), et de tumeurs hormonosensibles (88 %). Le grade de Scarff Bloom et Richardson (SBR) se répartissait en 35,9 % de SBR1, 48,2 % de SBR 2 et 14,7 % de SBR 3. Le statut HER 2 était positif dans 6,8 % des cas. 140 patientes (30,8 %) avaient une atteinte ganglionnaire métastatique. La sensibilité de l'examen extemporané était de 37,8 % et la spécificité de 100 %. Les patientes opérées pour un cancer du sein précoce (T1-T2 N0) dans notre service ont subi une seconde intervention pour curage axillaire dans 19,2 % des cas et l'examen extemporané du GS a permis d'éviter une deuxième intervention pour 11,7 % d'entre elles. La sensibilité de notre examen extemporané est de 64,2 % pour les macrométastases et de 10,3 % pour les micrométastases. Elle est statistiquement plus élevée pour les macrométastases, les tumeurs pT1c ou pT2 (*vs* pT1a), les SBR 2 ou 3 (*vs* SBR 1) et les tumeurs avec emboles.

Conclusion

Les données de la littérature font état d'une sensibilité de l'examen extemporané du GS de 33 à 96 % et d'une spécificité de 90 à 100 % [1, 2]. Avec une sensibilité de 37,8 %, nos résultats sont conformes à ceux de la littérature, dans la fourchette basse cependant, ce qui peut être expliqué par la précision de notre examen définitif. La sensibilité est de 64,2 % pour les macrométastases et de 10,3 % pour les micrométastases. Ces résultats pourraient être améliorés par une procédure mieux standardisée d'examen du GS, par l'utilisation de l'immunohistochimie rapide en extemporané et par l'apport de la biologie moléculaire [3, 4]. La question de l'intérêt d'une optimisation de l'examen extemporané du GS mérite d'être posée. Rien n'est moins sûr à l'heure où le curage axillaire complémentaire est largement remis en cause plus particulièrement pour les micrométastases.

Références

1. Henry–Tillman RS, Korourian S, Rubio IT et al. (2002) Intraoperative touch preparation for sentinel lymph node biopsy: a 4-year experience. *Ann Surg Oncol* 9: 333-9
2. Jensen AJ, Naik AM, Pommier RF et al. (2010) Factors influencing accuracy of axillary sentinel lymph node frozen section for breast cancer. *Am J Surg* 199: 629-35
3. Upender S, Mohan H, Handa U et al. (2009) Intraoperative evaluation of sentinel lymph nodes in breast carcinoma by imprint cytology, frozen section and rapid immunohistochemistry. *Diagn Cytopathol* 37: 871-5
4. Tamaki Y, Akiyama F, Iwase Y et al. (2009) Molecular detection of lymph node metastases in breast cancer patients: results of a multicenter trial using the one step nucleic acid amplification assay. *Clin Cancer Res* 15: 2879-84