

16

Quel est le temps nécessaire à un chirurgien pour modifier ses pratiques en chirurgie du sein ?

M. Valentin*¹, M. Queinnec², V. Fourchotte¹, C. Ngo¹, J.-G. Féron¹, A.-L. Rivain¹, V. De Margerie¹, F. Reyat¹, F. Laki¹, B. Couturaud¹, A. Fitoussi¹, M.-C. Falcou³, P. Slavomir⁴ et S. Alran¹

Objectif

Cette étude évalue la faisabilité de la détection du ganglion sentinelle (GS) par technique isotopique seule chez les patientes ayant un cancer invasif du sein ainsi que la capacité des chirurgiens à s'adapter face à un changement de procédure chirurgicale.

Méthode

En février 2011, une de nos patientes est décédée des suites d'une réaction anaphylactique de grade IV en rapport avec l'injection de bleu patenté dont les réactions anaphylactiques sont décrites dans la littérature [1, 2]. Une réunion de revue de morbi-mortalité (RMM) avec l'ensemble de l'équipe des chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs de l'Institut Curie a été organisée en urgence, au décours de laquelle nous avons recommandé l'utilisation du radio-isotope seul dans la détection du GS afin de limiter le recours au bleu patenté aux cas isolés de non détection de radioactivité percutanée axillaire préopératoire. 298 patientes ont été incluses dans cette étude prospective et unicentrique (base de données « Ganglion Sentinelle » de l'Institut Curie), entre janvier et décembre 2011. Trois groupes de patientes ont été comparés : 108 cas consécutifs avant la RMM (groupe 1), 102 cas consécutifs 1 mois après (groupe 2) et 88 cas consécutifs 8 mois après (groupe 3).

* Auteur correspondant

1 Département de chirurgie oncologique, Institut Curie, 75005 Paris, France

2 Département d'anesthésie, Institut Curie, 75005 Paris, France

3 Département de biostatistiques, Institut Curie, 75005 Paris, France

4 Département de médecine nucléaire, Institut Curie, 75005 Paris, France

Résultats

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre le groupe 1 et les groupes 2 et 3 pour le taux d'identification du ganglion sentinelle, respectivement 98,1 %, 100 % et 98,9 % ($p = 0,4013$), la durée de la chirurgie respectivement 54 minutes, 51 minutes et 54 minutes ($p = 0,5171$), le statut métastatique du ganglion sentinelle respectivement 26 GS métastatiques (30,2 %), 29 (30,4 %) et 37 (24,1 %) ($p = 0,5654$), ni le nombre de ganglions sentinelles prélevés ($p = 0,04$). Le taux de recours au bleu a significativement diminué au cours de la période étudiée, avec un taux d'utilisation de 100 % dans le groupe 1, 44,1 % dans le groupe 2 et seulement 11,4 % dans le groupe 3 ($p < 0,0001$). La radioactivité axillaire percutanée détectée en préopératoire ainsi que l'expérience du chirurgien sont les deux facteurs influençant le taux de recours au bleu. La médiane de radioactivité axillaire pour laquelle les chirurgiens ont recours au bleu est de 13 coups/seconde, contre une médiane de 66 coups/seconde pour une détection isotopique seule, $p = 0,0035$. L'utilisation du bleu est significativement plus importante parmi les chirurgiens ayant une expérience supérieure à 5 ans – 59,5 % dans le groupe 2 et 38,6 % dans le groupe 3 – comparée aux jeunes chirurgiens (expérience inférieure à 5 ans) – 21,3 % dans le groupe 2 et 12 % dans le groupe 3 ($p < 0,0001$). Une harmonisation des pratiques est cependant progressivement atteinte au cours de la période étudiée (fig. 1).

Conclusion

L'identification du ganglion sentinelle est réalisable par détection isotopique seule. Huit mois sont nécessaires pour harmoniser les pratiques chirurgicales après un changement imposé par une recommandation institutionnelle. Les jeunes chirurgiens s'adaptent plus rapidement au changement. Le suivi de nos patientes est néanmoins nécessaire pour évaluer les récives locorégionales.

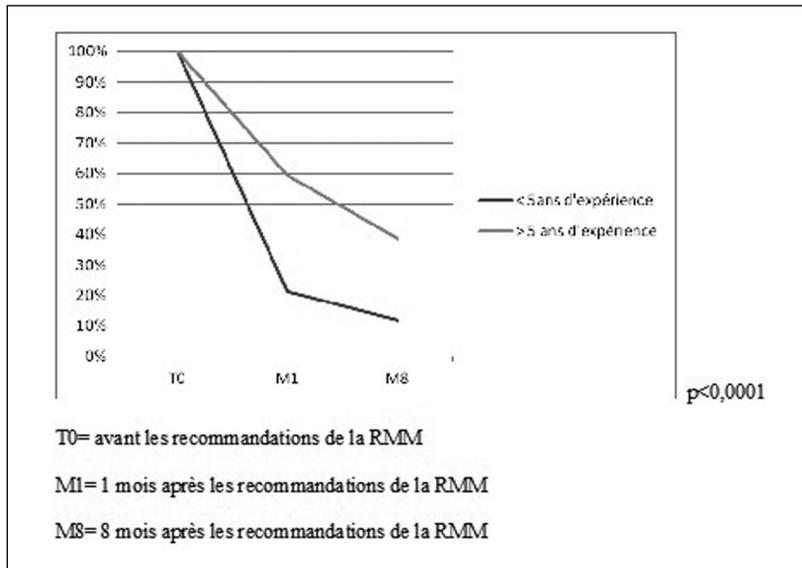


Figure 1 – Taux de recours au bleu en fonction de l'expérience du chirurgien au cours du temps.

Références

1. Barthelmes L, Goyal A, Newcombe RG, McNeill F, Mansel RE (2010) Adverse reactions to patent blue V dye - The NEW START and ALMANAC experience. *Eur J Surg Oncol* 36: 399-403
2. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB *et al.* (2007) Technical outcomes of sentinel-lymph-node resection and conventional axillary-lymph-node dissection in patients with clinically node-negative breast cancer: results from the NSABP B-32 randomised phase III trial. *Lancet Oncol* 8: 881-8