

19

Place du ganglion sentinelle dans les carcinomes canauxiers *in situ* étendus traités par mastectomie. Résultats de Protocole CINNAMOME

C. Tunon de Lara^{*1}, G. Macgrogan¹, S. Giard², M.-P. Chauvet², M.-C. Baranzelli², M. Baron³, F. Forestier-Lebreton³, J.-M. Ladonne³, D. Goergescu³, P. Dessogne³, J. Piquenot³, G. Le Bouedec³, F. Penault-Llorca³, J.-R. Garbay⁴, M.-C. Mathieu⁴, J. Blanchot⁵, P. Tas⁵, Y. Aubard⁶, J. Mollard⁶, V. Fermeau⁶, P. Martel⁷, I. Garrido⁷, G. Ferron⁷, R. Tabrizi Arash⁷, E. Mery⁷, S. Martin-Françoise⁸, T. Delozier⁸, T. Michy⁹, C. Sagan⁹, E. Fondrinier¹⁰, E. Bracova¹⁰, G. Houvenaeghel¹¹, M. Butarelli¹¹, E. Lambaudie¹¹, J. Jacquemier¹¹, C. Loustalot¹², L. Arnould¹², I. Raout¹³, F. Ettore¹³ et C. Blanc-Fournier¹³

Sujet de l'étude

La recherche du ganglion sentinelle (GS) dans les carcinomes canauxiers *in situ* (CCIS) du sein est le plus souvent négative avec 2 % d'atteinte ganglionnaire. Cependant, il n'est pas rare en cas mastectomie réalisée dans le cadre d'un CCIS diagnostiqué par macrobiopsie, de découvrir sur la pièce opératoire un carcinome infiltrant ou micro-infiltrant.

La recherche du GS n'étant plus possible une fois la mastectomie réalisée, la découverte d'une infiltration impose soit la réalisation d'un curage axillaire complet soit l'absence d'exploration ganglionnaire axillaire.

* Auteur correspondant

1 Institut Bergonié, 33000 Bordeaux, France

2 Centre Oscar Lambret, 59020 Lille, France

3 Centre Jean Perrin, 63011 Clermont-Ferrand, France

4 Institut Gustave Roussy, 94800 Villejuif, France

5 Centre Eugène Marquis, 35042 Rennes, France

6 CHU, 87000 Limoges, France

7 Institut Claudius Régaud, 31052 Toulouse, France

8 Centre François Baclesse, 14000 Caen, France

9 Centre René Gauducheau, 44805 Nantes, France

10 Institut Jean Godinot, 51056 Reims, France

11 Institut Paoli-Calmettes, 13009 Marseille, France

12 Centre Georges François Leclerc, 21079 Dijon, France

13 Centre André Lacassagne, 06189 Nice, France

Objectif

L'objectif principal de cette étude prospective multicentrique est de quantifier le nombre de curages axillaires évités chez les patientes présentant une infiltration découverte sur la pièce de mastectomie.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer le taux de discordance entre biopsie et histologie définitive, le taux de détection du GS et le taux d'envahissement ganglionnaire. Enfin, une analyse biologique centralisée et réalisation de tissu micro-array (TMA) recherche au niveau du CCIS les facteurs prédictifs d'infiltration.

Critères d'inclusion

- CCIS ou CCIS-Mic diagnostiqué sur macrobiopsie.
- Lésion étendue ne permettant pas un traitement conservateur.
- Recherche du GS.

Résultats

De mai 2008 à septembre 2010, nous avons inclus 228 patientes pour lesquelles la macrobiopsie mettait en évidence soit un CCIS pur, soit un CCIS micro-infiltrant : 197 CCIS purs dont 192 analysables et 31 CCIS-Mic. La taille médiane est de 70 mm (4-180) pour les CCIS, et de 50 mm (4-117) pour les CCIS-Mic. Le taux de CCIS haut grade est de 59,7 % pour les lésions pures et 54,8 % pour les micro-infiltrants.

Le taux de détection du GS est de 98,5 et 100 % respectivement pour les CCIS et CCIS-Mic. Le taux de discordance entre la macrobiopsie et l'histologie définitive est de 39,6 %.

Le taux de GS+ est de 14 % (tableau I).

Le taux de curage axillaire évité est de 51/76 soit 67,1 % 95 %CI [56,5-77,7] des infiltrants et 26,6 % de l'ensemble des patientes de l'étude (95 % CI [20,3-32,8]).

Sur le plan histologique, une analyse préliminaire intéressant : grade, nécrose, inflammation, RE, RP, Her2 et Ki67 a été réalisée sur les trois groupes, CCIS purs, CCIS-Mic et CCIS+CCI.

Tableau I. Résultats de l'étude.

Macrobiopsie	Mastectomie	GS	Conclusion
CCIS purs N = 192	CCIS purs = 116	+	2 (CTI) 1 curage axillaire réalisé
		-	114 (2 CA réalisés)
	CCIS-MIC = 20	+	4
		-	16 curages axillaires évités
	CCIS + CCI = 56	+	21
		-	35 curages axillaires évités

Le CCIS-Mic se distingue des deux autres groupes par la présence de nécrose ($p < 0,04$) et des RE négatifs comparativement au CCIS seul ($p = 0,009$). Une inflammation du stroma est plus souvent présente dans le groupe CCIS-Mic et CCIS+CCI par rapport aux CCIS purs ($p = 0,03$ et $p < 0,001$ respectivement).

Conclusion

La recherche du GS est utile en cas de CCIS étendu car le risque de discordance et d'infiltration est élevé. L'inflammation semble être une piste sur la prédiction du risque d'infiltration du CCIS. D'autres analyses biologiques sont en cours, sur des marqueurs biologiques non utilisés en routine.