

51

Étude rétrospective de la reproductibilité du repérage préopératoire du ganglion sentinelle dans le cancer du sein, à propos d'une série de 6 cas

V. Ronzino-Dubost^{*1}, M. Gueye¹, E. Rust², D. Grucker², M. Gharbi¹ et C. Mathelin¹

Objectif

Le concept de ganglion sentinelle (GS) a été décrit pour la première fois en 1994 pour le traitement des cancers du sein [1] afin d'éviter un curage axillaire anatomique (CA) inutile si le GS est négatif. L'objectif de notre étude était d'évaluer la reproductibilité du repérage préopératoire des ganglions sentinelles dans le traitement du cancer du sein de petite taille, à partir d'une série de 6 patientes ayant eu deux lymphoscintigraphies (LS) préopératoires.

Patients, matériel et méthode

Six patientes ayant eu deux LS à quelques jours d'intervalle ont été incluses dans notre étude. Les LS étaient réalisées après une injection périaréolaire de 14,8 à 20 MBq de microagrégats d'albumine marqués au technétium 99 avec réalisation de clichés scintigraphiques selon 3 incidences : face, profil et antéro-oblique à 45°. La seconde LS était réalisée entre 15 et 42 jours après la première, en raison du report de la première intervention pour cause de fièvre, chute ou d'une erreur de diagnostic histologique.

* Auteur correspondant

1 Unité de sénologie, pôle de gynécologie-obstétrique, CHRU de Strasbourg, 67200 Strasbourg Cedex, France

2 Service de médecine nucléaire, CHRU de Strasbourg, 67200 Strasbourg Cedex, France

Résultats

Cinq des 6 patientes ont présenté des différences de nombre de ganglions sentinelles entre les 2 LS. Après avoir fait réinterpréter les clichés, seules 2 des 6 patientes présentaient une différence, soit 33 % de notre série.

Conclusion

La reproductibilité de cette technique est donc de 66 %, ce qui suggère que le repérage préopératoire des GS est opérateur-dépendant et qu'il ne doit servir que d'aide au chirurgien afin de localiser les GS durant l'intervention. Ce dernier doit donc veiller à bien vérifier l'absence de radioactivité résiduelle au niveau du creux axillaire et utiliser la double méthode de détection [2, 3], à l'aide du bleu de méthylène, afin de ne pas laisser de ganglions sentinelles qui n'auraient pas été détectés par la LS [4].

Références

1. Giuliano A, Kirgan D, Guenther J, Morton D (1994) Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg* 220: 391-8
2. Cody HR (1999) Sentinel lymph node mapping in breast cancer. *Breast Cancer* 6: 13-22
3. McMasters K, Tuttle T, Carlson D, Brown C, Noyes R, Glaser R (2000) Sentinel lymph node biopsy for breast cancer: a suitable alternative to routine axillary dissection in multi-institutional practice when optimal technique is used. *J Clin Oncol* 18: 2560-6
4. Wong S, Edwards M, Chao C, Tuttle T, Noyes R, Carlson D (2001) Sentinel lymph node biopsy for breast cancer: impact of number of sentinel removed on the false-negative rate. *J Am Coll Surg* 192: 684-9