

53

Quel impact de l'ACOSOG sur une cohorte multicentrique française de patientes avec ganglion sentinelle positif ?

Y. Delpech^{*1,2}, R. Lousquy², A. Bricou³, D. Hudry⁴, C. Jankowshy⁴, C. Willecocq³, A. Thoury², C. Loustalot⁴, C. Coutant^{**4} et E. Barranger^{**2}

Contexte et objectifs

L'essai américain ACOSOG Z-0011 a remis en cause l'intérêt du curage axillaire (CA) en cas d'envahissement limité des ganglions sentinelles (GS) chez les patientes présentant un cancer du sein après traitement conservateur [1]. En Europe, ce nouveau standard est loin d'être accepté par tous et de fait, de nombreuses questions demeurent. Quelle proportion de patiente européenne avec GS+ pourrait bénéficier d'une abstention de CA en tenant compte des critères de l'ACOSOG ? Dans quelle mesure une cohorte sélectionnée en Europe selon les critères ACOSOG différerait de la population rapportée dans l'ACOSOG ? À l'inverse, le pronostic des patientes non éligibles par les critères de l'ACOSOG est-il réellement différent du pronostic des patientes éligibles ?

Méthode

Cent quatre-vingt-huit patientes avec GS+ ont été sélectionnées rétrospectivement dans les bases de données du centre Leclerc (Dijon), de l'hôpital Jean Verdier (AP-HP, Bondy) et de l'hôpital Lariboisière (AP-HP, Paris) entre 2000 et 2012. Les patientes avec GS+ du fait de micrométastases seules diagnostiquées en immunohistochimie ont été exclues de l'analyse (n = 63) afin de reproduire la définition d'un GS+ dans l'ACOSOG. Parmi les 125 patientes GS+ restantes, la cohorte française éligible ACOSOG a été identifiée selon les critères rapportés

* Auteur correspondant

** Co-senior auteurs

1 Department of Breast Medical Oncology, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA

2 Service de gynécologie et obstétrique, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Denis Diderot, Paris 7, France

3 Service de gynécologie et obstétrique, Hôpital Jean Verdier, Bondy, Université Paris Nord, Paris 13, France

4 Service de chirurgie oncologique, Centre de lutte contre le cancer Georges François Leclerc, Dijon, Université de Bourgogne, France

par l'ACOSOG [1]. Une analyse univariée a été faite afin de comparer chacun des groupes. Les courbes de survie selon Kaplan-Meier ont également été tracées et comparées selon le test du Log-rank.

Résultats

En tenant compte des critères de l'ACOSOG permettant l'omission d'un CA complémentaire, 69,6 % de notre population avec GS+ (n = 87/125) aurait pu être dispensée de curage axillaire complémentaire. Cette cohorte française éligible ACOSOG présentait un ratio de tumeur réceptrice aux œstrogènes positives (RO+) (89,7 % vs 75,5 %, $p = 0,1$), des stades T (stade T1 74 % vs 67,6 %, $p = 0,2$), un nombre total de ganglion positif après curage (nombre de ganglion métastatiques > 3 : 18,4 % vs 17,1 %, $p = 0,7$) et un nombre de ganglion non sentinelle positif (28,7 % vs 23,1 %, $p = 0,4$) non significativement différents de la cohorte du bras curage de l'essai ACOSOG (« ALND arm » n = 420). La survie globale et sans récurrence à 5 ans de la cohorte française éligible ACOSOG était respectivement de 96 % [IC 95 % : 91 à 100], et de 91 % [IC 95 % : 83 à 98 %]. À l'opposé, les patientes avec GS+ qui n'étaient pas éligibles ACOSOG avaient un pronostic significativement plus péjoratif que la cohorte éligible ACOSOG ($p < 0,001$).

Conclusion

L'application des critères d'éligibilité à l'ACOSOG permettrait au 2/3 de notre population de patientes avec GS+ d'être dispensée de curage complémentaire. Les paramètres clinicopathologiques et pronostiques de la cohorte française éligible ACOSOG n'étaient pas significativement différents de la cohorte du bras avec curage de l'essai ACOSOG, ceci étant en faveur d'une potentielle exportabilité des critères ACOSOG. En revanche, les patientes avec GS+ non éligibles selon l'ACOSOG présentaient un pronostic significativement plus péjoratif, justifiant la poursuite du curage dans ce sous-groupe de patientes.

Référence

1. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV *et al.* (2011) Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA 305: 569-75