

4

Radiothérapie mammaire adjuvante : les niveaux axillaires I et II et le ganglion sentinelle sont peu couverts par les faisceaux tangentiels standards

N. Grellier^{1,7}, Q. Pan^{1,7}, V. Bigorie^{2,7}, W. Khodari^{1,7,8}, F. Pigneur^{3,7},
A. Luciani^{3,7}, J.-L. Totobenazara^{4,7}, P. Caillet^{5,7}, T.-H. Dao^{3,7},
E. Calitchi^{1,7}, R. Bosc^{2,7,8}, R. Salmon^{6,7} et Y. Belkacémi^{1,7,8}

Sujet de l'étude

Les essais ACOSOG Z0011 et du NSABP B32 suggèrent l'abandon du curage ganglionnaire axillaire (CA) systématique en cas d'atteinte micrométastatique du ganglion sentinelle (GS). Le faible taux de récurrence axillaire a été attribué à la couverture axillaire par les faisceaux tangentiels (FTG) et au traitement systémique [1, 2].

Objectif

Cette étude observationnelle visait à évaluer la distribution de la dose et le niveau de couverture axillaire et de la zone du GS par irradiation tangentielle après chirurgie conservatrice du sein, en contournant de façon rétrospective les niveaux I et II de Berg et les organes à risque selon l'Atlas du RTOG.

1 Département de radiothérapie, GH Henri Mondor, 94000 Créteil

2 Département de chirurgie plastique, GH Henri Mondor, 94000 Créteil

3 Département de radiologie, GH Henri Mondor, 94000 Créteil

4 Département de pathologie, GH Henri Mondor, 94000 Créteil

5 Unité onco-gériatrique, GH Henri Mondor, 94000 Créteil

6 Département de chirurgie, Hôpital Peupliers, 75013 Paris

7 Centre sein Henri Mondor, AP-HP, 94000 Créteil

8 Université Paris-Est Créteil (UPEC), 94000 Créteil

Méthode

Cent neuf patientes ont été analysées en trois groupes : groupes 1 (50 Gy, n = 18), 2 (60 Gy, n = 34) et 3 (66 Gy, n = 57). Les patientes étaient traitées par un faisceau tangentiel standard (FTGS) défini par une limite supérieure à au moins 2 cm du bord inférieur de la tête humérale (FTGS, n = 87), ou par un FTG à limite haute dont la limite supérieure se trouvait à moins de 2 cm du bord inférieur de la tête humérale (FTGH, n = 22). Douze patientes ont été incluses entre avril et août 2012 dans un protocole prospectif qui permettait le repérage peropératoire systématique du GS par clips.

Résultats

Les doses moyennes délivrées au niveau I en utilisant les FTGH et FTGS étaient de 33 et 20 Gy respectivement ($p = 0,0001$) et au niveau II de 11 et 4 Gy ($p = 0,002$).

Les doses médianes délivrées au niveau I étaient de 23, 25 et 21 Gy pour les groupes 1, 2 et 3, respectivement ($p = \text{NS}$).

La dose médiane en cas de tumeur des quadrants supérieurs était pour le niveau I de 35 Gy en cas de FTGH et de 21 Gy en cas de FTGS ($p = 0,001$), pour le niveau II de 12 et 5 Gy ($p = 0,03$). En cas de tumeur des quadrants inférieurs, les doses étaient pour le niveau I de 33 Gy en cas de FTGH et de 17 Gy en cas de FTGS, et pour le niveau II de 4,5, et 1,6 Gy respectivement ($p = 0,003$).

La zone du GS a été totalement incluse chez une des 12 patientes qui avaient un repérage peropératoire de la zone (patiente traitée par FTGH) ; elle était partiellement incluse pour 10 des 12 patientes, toutes traitées par FTGS, et était en dehors des FTG pour une des 12 patientes, traitée également par FTGS. La dose moyenne délivrée à la zone du GS était de 29 Gy en cas de FTGH et de 28 Gy en cas de FTGS.

Conclusion

Les FTGS couvrent de façon limitée l'aisselle et la région du GS. Cette information est importante dans la perspective d'inclure les ganglions axillaires dans les FTG dans les cas de non-reprise par CA des atteintes micrométastatique des

GS. La standardisation personnalisée des volumes est capitale. Elle commence par le repérage de l'aire du GS.

Références

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
2. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P *et al.* (2010) Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. *Ann Surg* 252: 426-32