

# 54

## Faisabilité de la recherche du ganglion sentinelle en cas de rechute locale

C. Tunon de Lara<sup>1</sup>, M. Debled<sup>2</sup>, M. Fournier<sup>1</sup>, L. Bourdarias<sup>1</sup>, M. Doublier<sup>1</sup>, N. Baget<sup>1</sup>, G. Macgrogan<sup>3</sup> et A.L. Cazeau<sup>4</sup>

La prise en charge d'une rechute locale dans un sein traité par chirurgie conservatrice et radiothérapie est en pleine mutation, premièrement du fait l'amélioration de la survie des patientes, deuxièmement l'absence de chirurgie axillaire remplacée par la recherche du ganglion sentinelle (GS) et enfin grâce au progrès de l'imagerie qui permet d'une part un diagnostic précoce de la rechute et d'autre part des bilans d'extension de plus en plus performants.

Jusqu'à présent, la découverte d'une rechute locale et un bilan d'extension négatif conduisaient à la réalisation d'une mastectomie dite de rattrapage avec ou sans traitement adjuvant.

L'absence de référentiels, sur la prise en charge des rechutes locales en dehors de l'absence de radiothérapie et de la réalisation d'une mastectomie, laisse aux équipes médicales une grande liberté de traitement dont le principal risque est le sur-traitement.

L'objectif de cette série de 24 patientes est d'identifier la faisabilité de la recherche du GS après rechute locale.

Les objectifs secondaires sont la corrélation entre les anomalies du bilan d'extension (ganglions visibles) et la détection du ganglion sentinelle, et surtout la détection de GS non axillaires ou controlatéraux.

## Méthodes

Critères d'inclusion : toute patiente traitée de façon conservatrice pour un carcinome infiltrant unifocal avec geste axillaire présentant une rechute locale infiltrante.

---

1 Département de chirurgie

2 Département d'oncologie médicale

3 Département de biopathologie

4 Département de médecine nucléaire, Institut Bergonié, 33076 Bordeaux Cedex

Un bilan d'extension est alors proposé pour éliminer une maladie métastatique. Les patientes M+ sont exclues, les patientes M0 sont opérées.

La chirurgie comporte l'association de la recherche du GS par technique combinée et imagerie par Spect-ct. Lorsque le GS est détecté, il est prélevé et analysé.

## Résultats

Nous avons inclus, entre novembre 2011 et juin 2013, 24 patientes ayant consulté pour la prise en charge d'une rechute locale unifocale et infiltrante après traitement conservateur.

La moyenne d'âge est de 58 ans (40-77), le délai moyen de survenue de la rechute est de 12 ans (1-27 ans). Deux patientes avaient bénéficié lors de leur chirurgie initiale d'un ganglion sentinelle et 22 d'un curage axillaire.

Un bilan d'extension a été réalisé soit par TEP-scanner (15/24), soit association scanner TAP/scintigraphie osseuse surtout pour les premières patientes (9/24).

La lymphoscintigraphie préopératoire s'est avérée négative dans 13 cas sur 24 et a mis en évidence un drainage unique ou multiple dans 9 cas (5 axillaires homolatéraux, 4 CMI, 4 axillaires controlatéraux et 2 sus-claviculaires).

Le taux de détection est de 100 en cas de GS après GS (2/2), il chute à 54 % (12/22) en cas de GS après curage axillaire.

Le nombre de GS+ est de 2/12 chez 2 patientes qui étaient N0 au moment de la chirurgie initiale.

Nos résultats sont concordants avec ceux publiés dans la littérature [1-4].

Une meilleure orientation du bilan d'extension vis à vis du statut ganglionnaire et une recherche systématique du GS en cas de RL nous permettrait certainement de mieux différencier les rechutes agressives qui nécessitent un traitement adjuvant des rechutes purement locales traitées par chirurgie de rattrapage.

Ces patientes pourraient faire l'objet d'une étude multicentrique prospective dans le cadre d'un essai.

## Références

1. Intra M, Trifiro G, Galimberti V *et al.* (2007) Second axillary sentinel node biopsy for ipsilateral breast tumour recurrence. *Br J Surg* 94: 1216-9

2. Port ER, Garcia-Etienne CA, Park J *et al.* (2007) Reoperative sentinel lymph node biopsy: a new frontier in the management of ipsilateral breast tumour réurrences. *Ann Surg Oncol* 14: 2209-14
3. Kaur P, Kiluk JV, Meade T *et al.* (2011) Sentinel lymph node biopsy in patients with previous ipsilateral complete axillary lymph node dissection. *Ann Surg Oncol* 18: 727-32
4. Maaskant-Braat A, Roumen R, Voogd A *et al.* (2013) Sentinel node and recurrent breast cancer (SNARB): Results of a Nationwide registration study. *Ann Surg Oncol* 20: 620-6