

BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

RESTE-T-IL UNE PLACE POUR L'EVALUATION DU CREUX AXILLAIRE ?



*JEAN-MARC CLASSE
ROSHANACK MOVASSAGHI*

**SIFEM
2024**

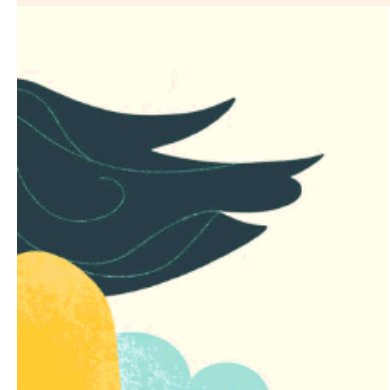
RESTE-T-IL UNE PLACE POUR L'ÉVALUATION DU CREUX AXILLAIRE ?

- Conflits d'intérêt :

Aucun pour les 2 orateurs



LA DESESCALADA CHIRURGICALE





LA DESESCALADE CHIRURGICALE *En chirurgie première*

2007-
2010

Essai NSAPB B32 : équivalence du GAS vs CA en cas de GAS négatif

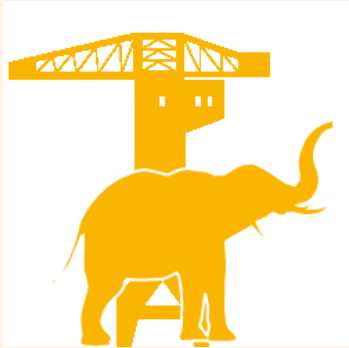
2010-
2017

Essai ACOZOG : pas de bénéfice du CA complémentaire pour 1 ou 2 métastases sur le GAS

2023

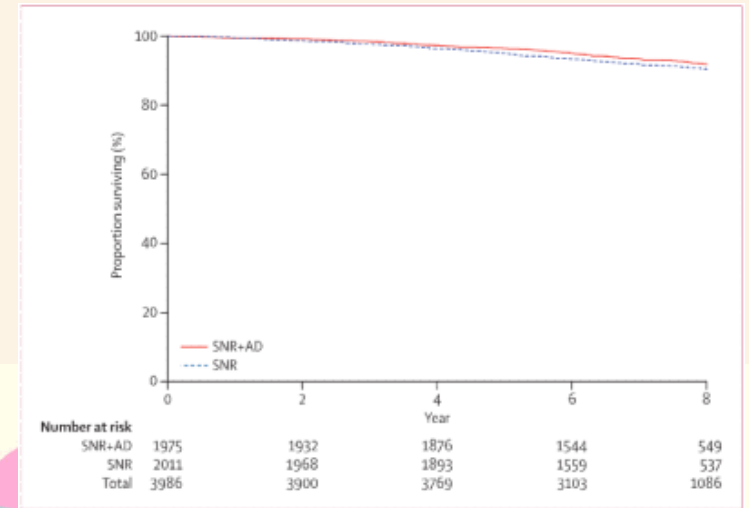
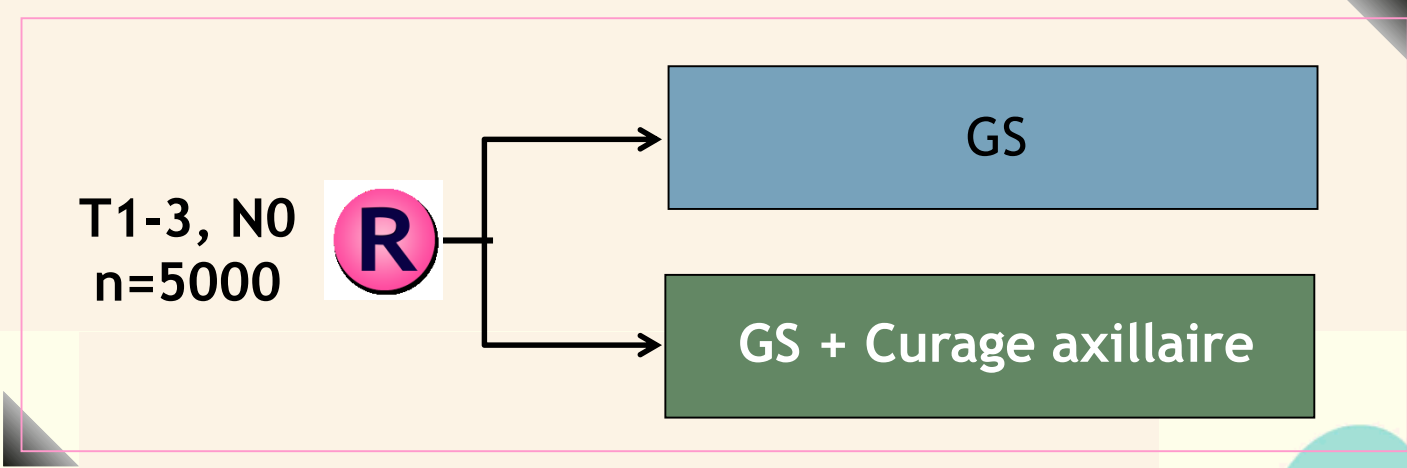
Essai SOUND : pas de bénéfice à réaliser un GAS pour les patientes T1-T2 N0

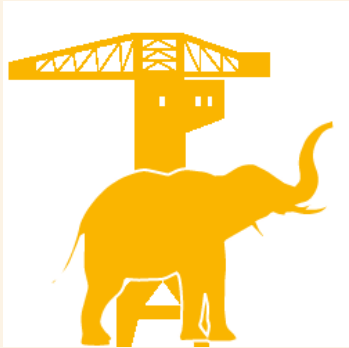
Essai INSEMA en cours (Europe)



L'essai NSABP B32

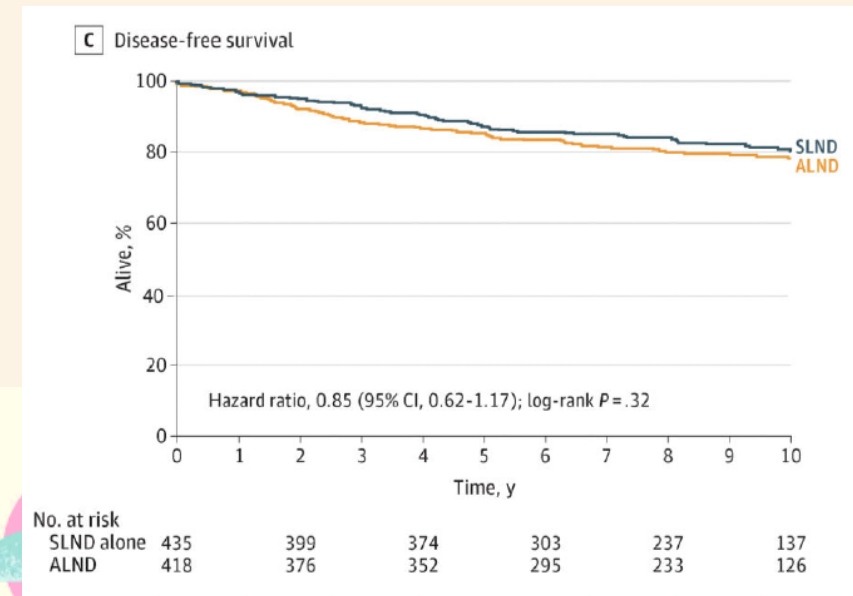
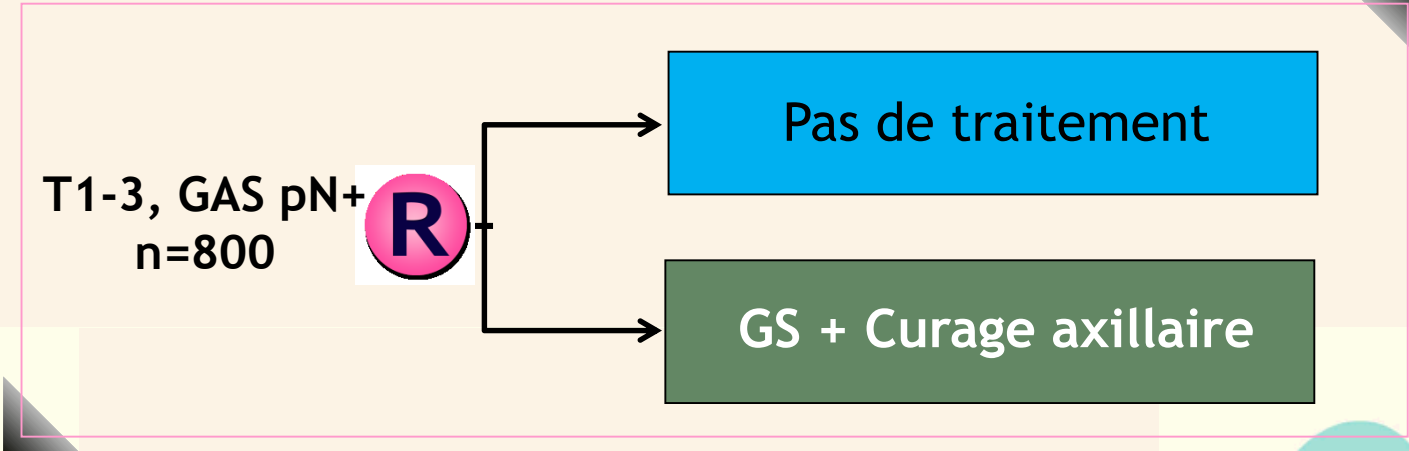
En cas de NO Clinique: si le premier étage de Berg est indemne les autres le sont aussi





L'essai ACOSOG Z011

En cas de NO clinique: seule l'information du pN+ compte, on peut laisser des ganglions métastatiques en place





L'essai SOUND

En cas de NO clinique **ET échographique**:
Aucune information du pN+ compte, on peut laisser des ganglions métastatiques en place

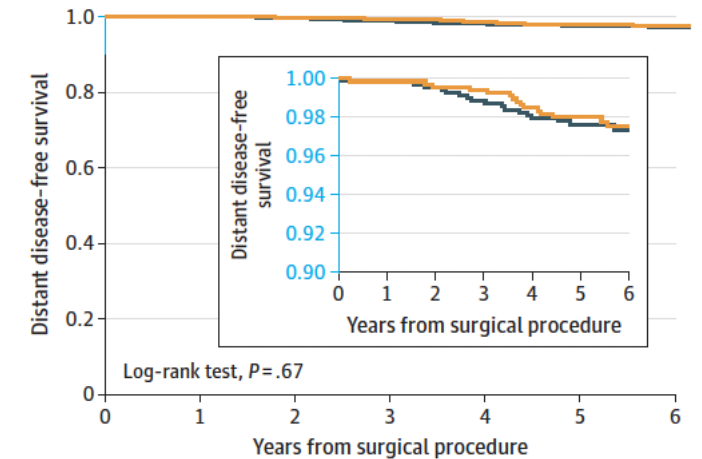
T1-2, N0
n=1400



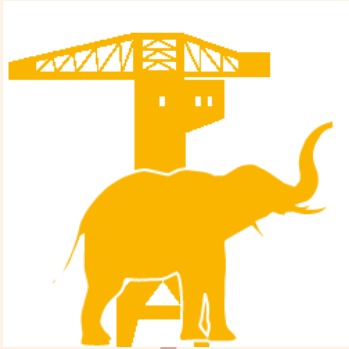
Aucun traitement
axillaire

GS +/- Curage axillaire

A Distant disease-free survival



No. at risk	0	1	2	3	4	5	6
SLNB	708	702	694	684	657	532	303
No SLNB	697	684	675	669	640	512	289



LA DESESCALADE CHIRURGICALE *Après Chimio Néo Adj*

2013

Essai SENTINA : La technique du GAS fonctionne après CNA mais important taux de Faux Négatifs

2018

Essai GANEA2: En cas de creux axillaire clinique et échographique NO on peut se limiter au GAS si indemne

2022

En cas de ganglion initialement atteint: Développement de la Targeted Axillary Dissection (TAD)

Essai Alliance (USA), TAXIS (Europe) en cours

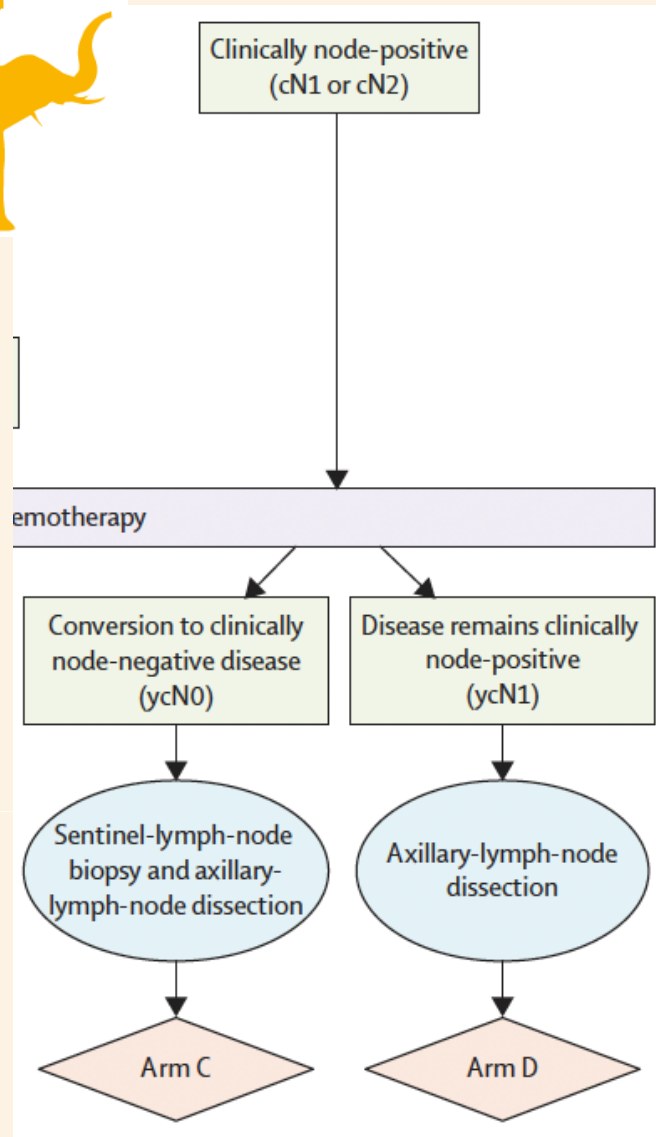
L'essai SENTINA

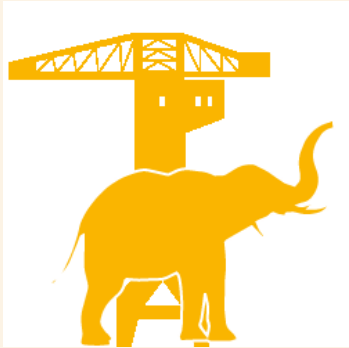
En cas de NO clinique **ET échographique**:
La technique du GAS doit être faite après CNA
mais taux de cas faussement négatifs élevé

(n= 592)

Si 1 GAS: TFN: 25%

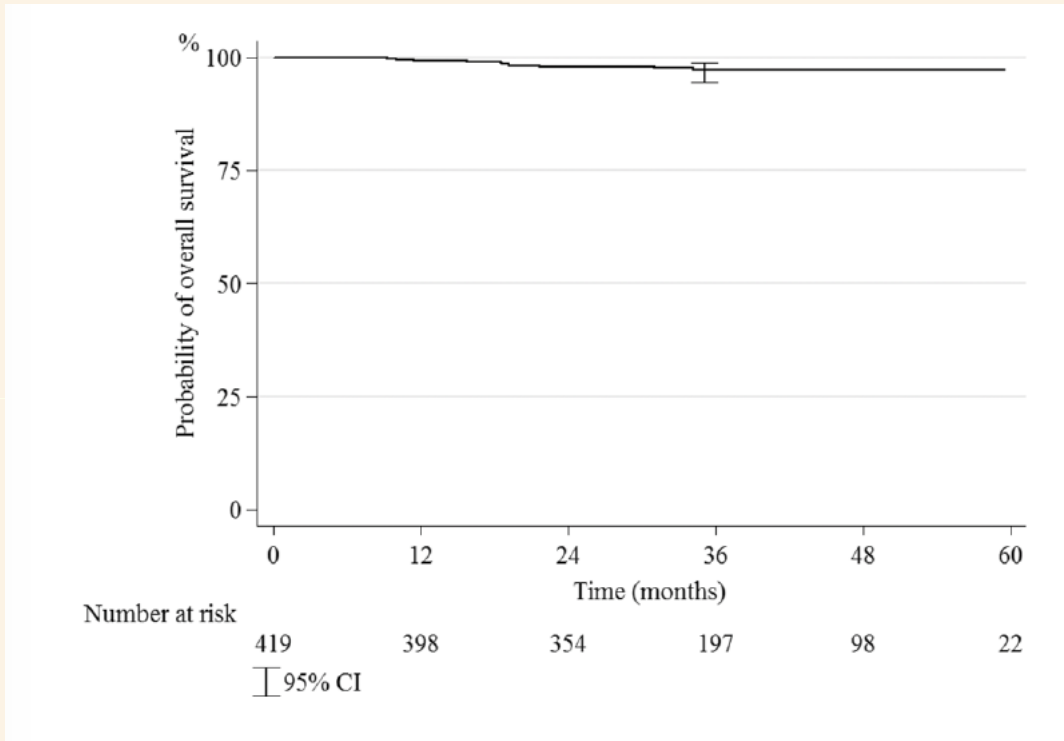
Si 2 GAS TFN: 20%





L'essai GANEA 2

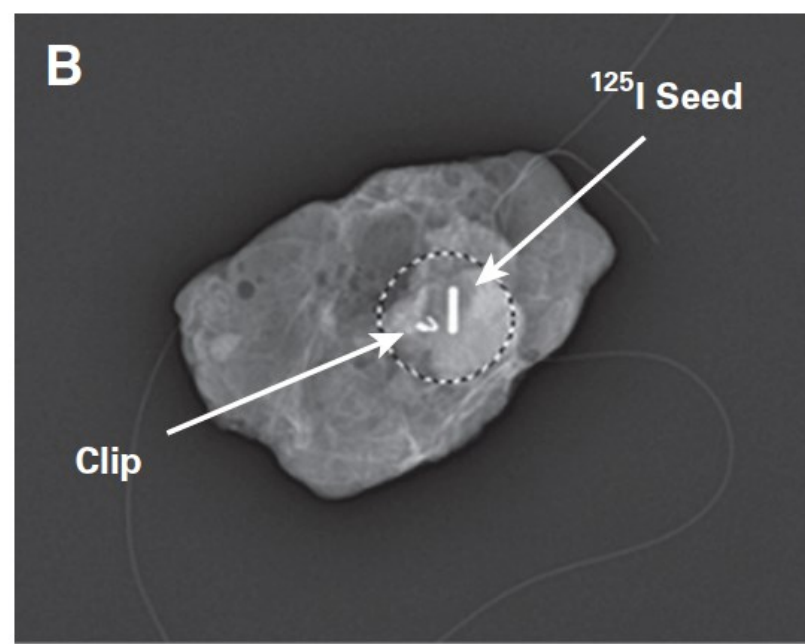
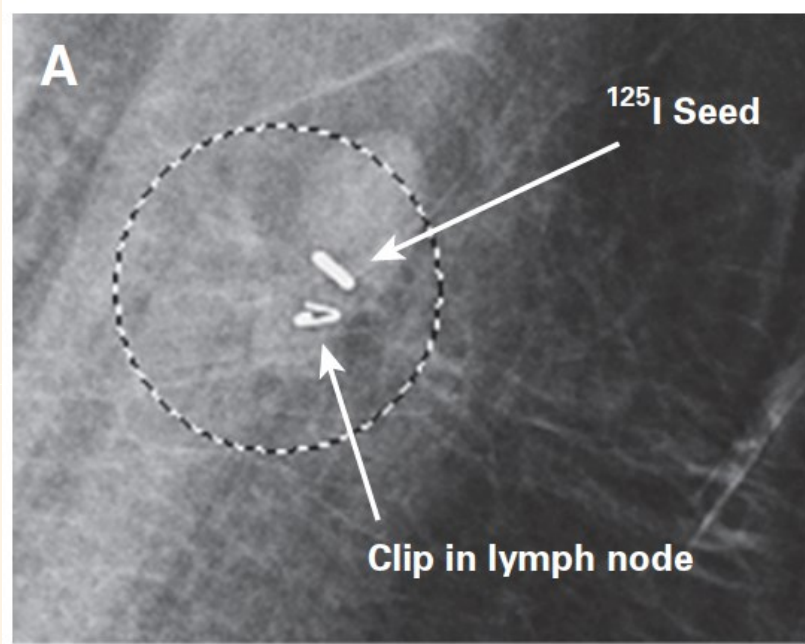
En cas de NO clinique **ET échographique** avant CNA
La technique du GAS doit être faite après CNA sans curage complémentaire si pN-





La TAD

En cas de N1 clinique **ET/ou échographique** avant CNA
L'atteinte ganglionnaire confirmée, ce ganglion est repéré avant la CNA et la TAD est faite après la CNA
TFN: 5%



N=847



CAUDLE A ET AL, JCO, 2016

SONG YX ET AL, CANCER MEDICINE, 2022



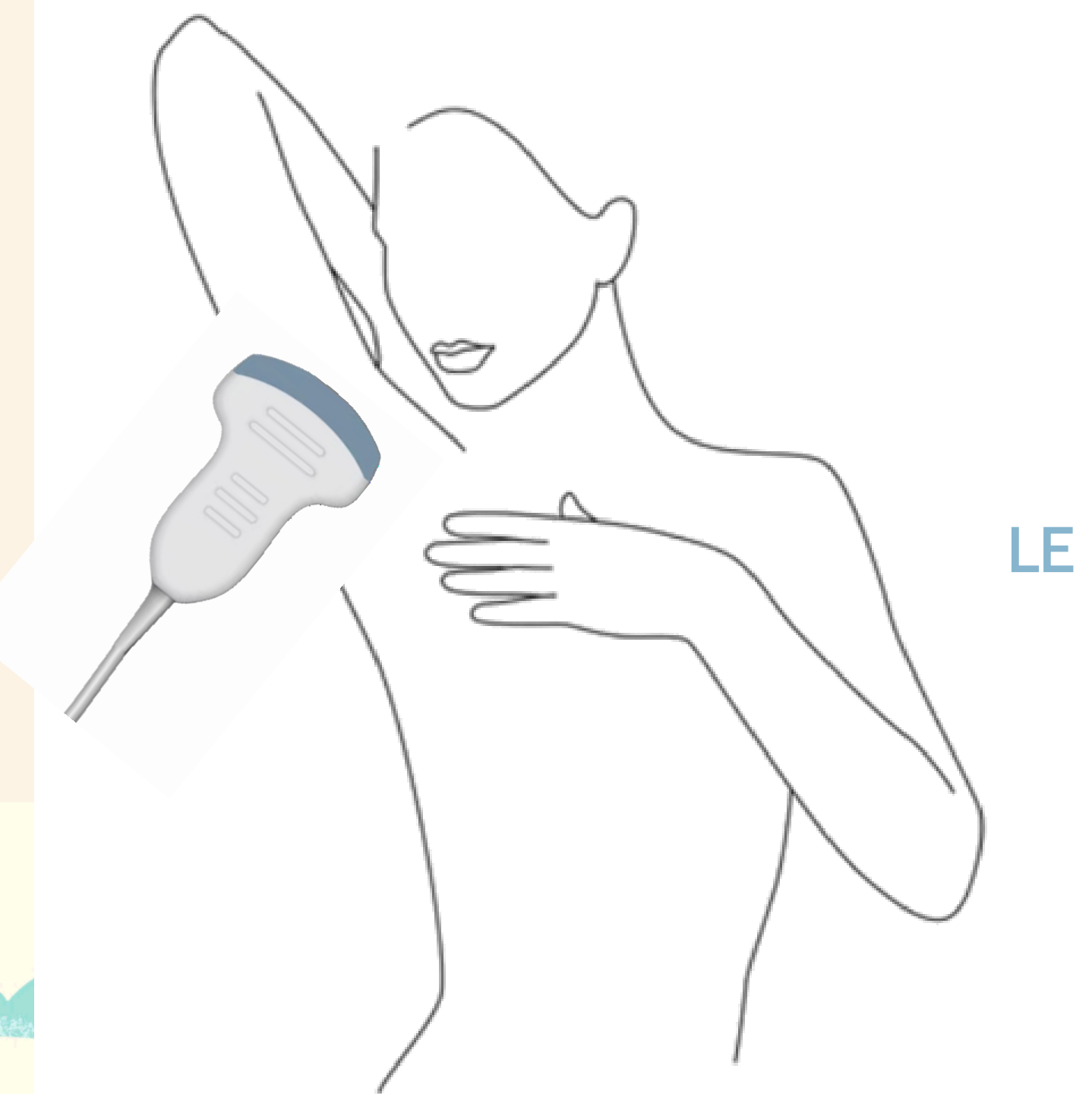
LA DEESCALADE CHIRURGICALE : *AU TOTAL*

Evaluer l'aisselle par échographie est l'étape fondamentale

En cas de ganglion métastatique le repérer (clip inerte, clip électromagnétique, autre...)

Aujourd'hui la seule indication de curage systématique est l'atteinte persistante après CNA

Demain les réflexions chirurgicales seront aussi pondérées par sous-type anatomopathologique



LE ROLE DU RADIOLOGUE



S'adapter à la désescalade chirurgicale...

- Geste axillaire non curatif mais staging ganglionnaire nécessaire +++
- TNM 8^{ème} édition AJCC N = Examen clinique + Echographie axillaire

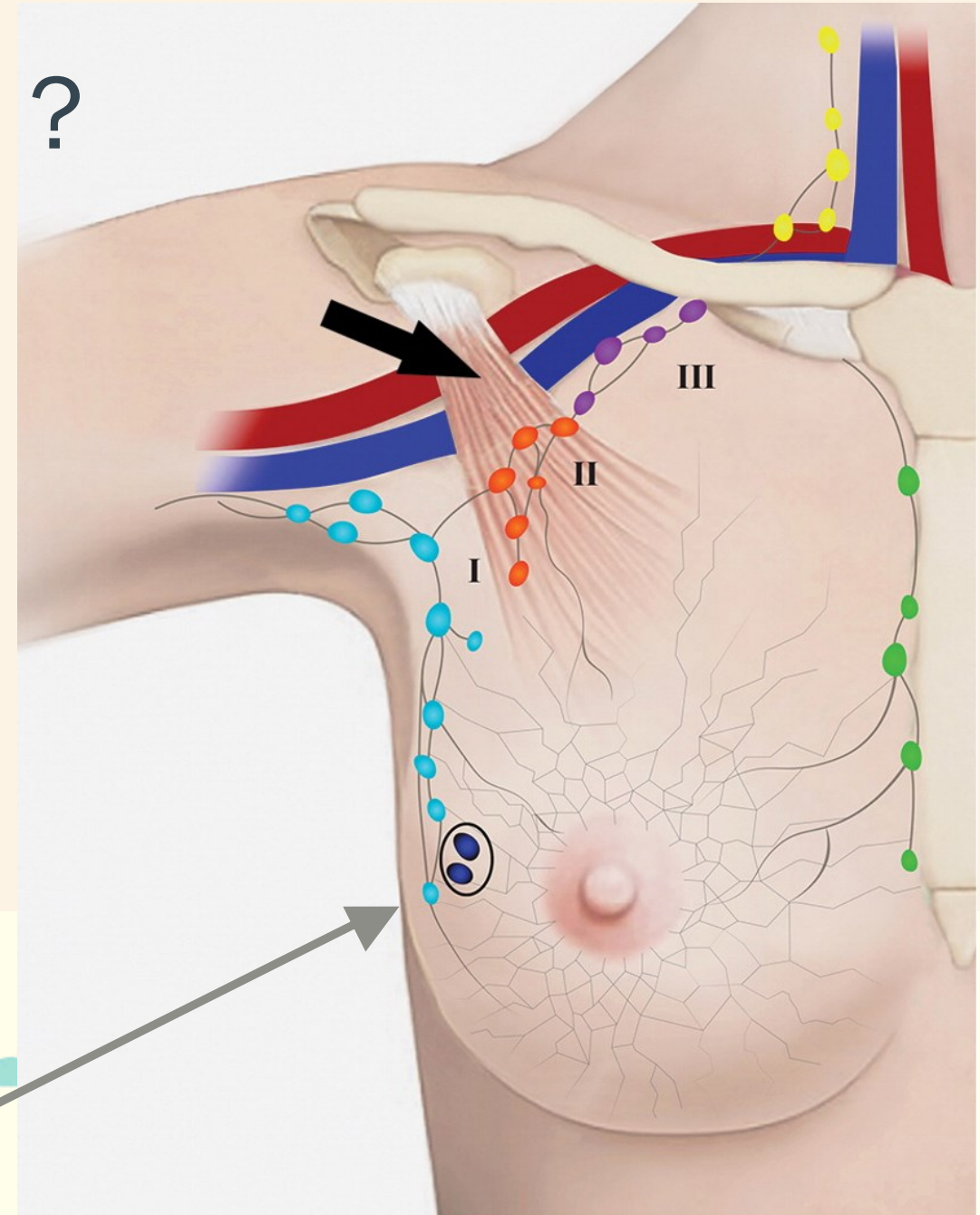
ECHO AXILLAIRE + PRELEVEMENT = Gold standard de la prise en
charge pré-tumorale du creux axillaire



Technique : comment faire ?

- Dans le même temps que l'échographie mammaire (même si pas d'ADP palpable)
- Etude **bilatérale comparative**
- Principe du ganglion sentinelle : suivre les étages de BERG
- Réglage de l'échographe : mode axillaire, harmonique, Doppler

GANGLION SENTINELLE

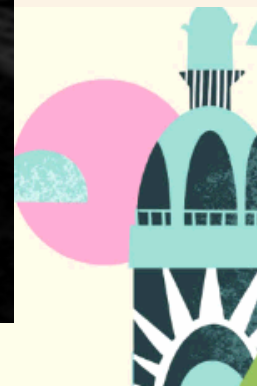
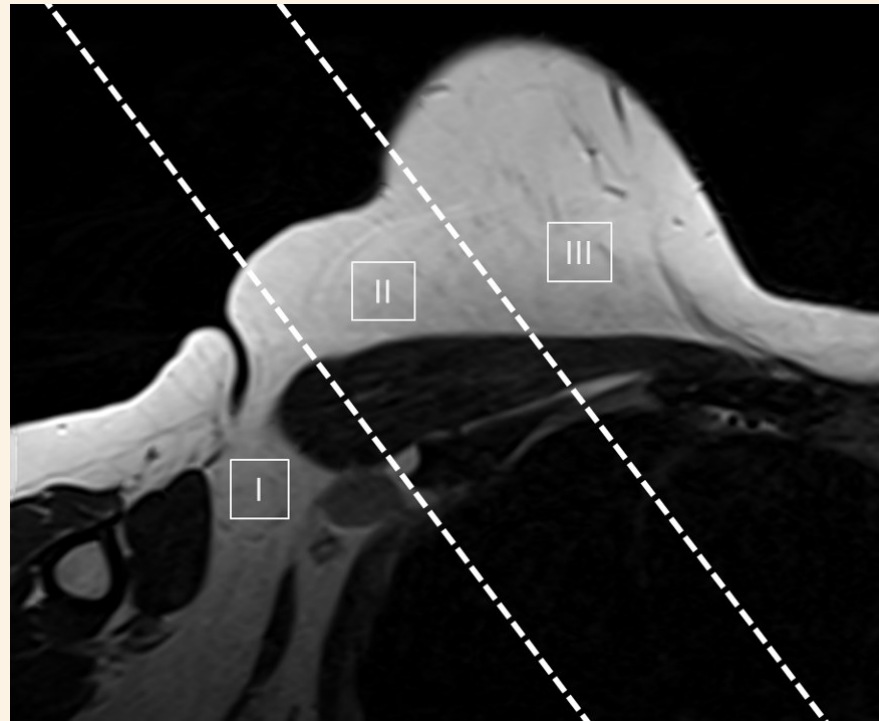
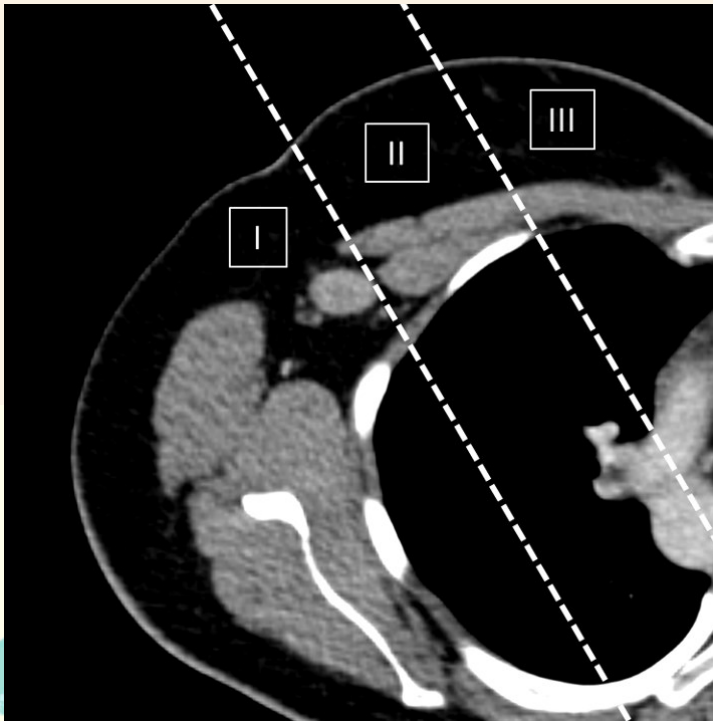


Technique : comment faire ?

I : en dehors du petit pectoral

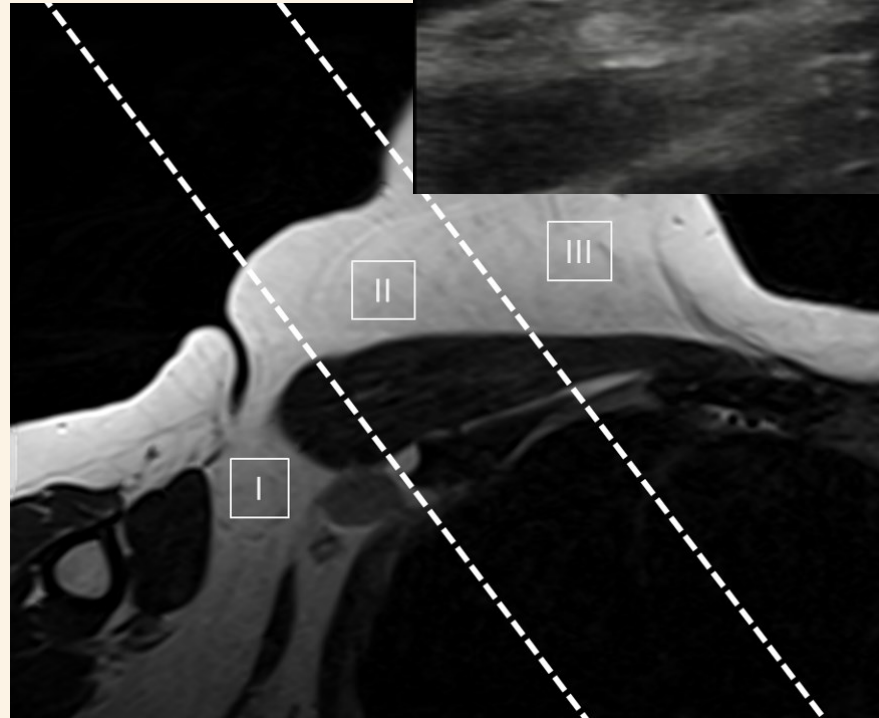
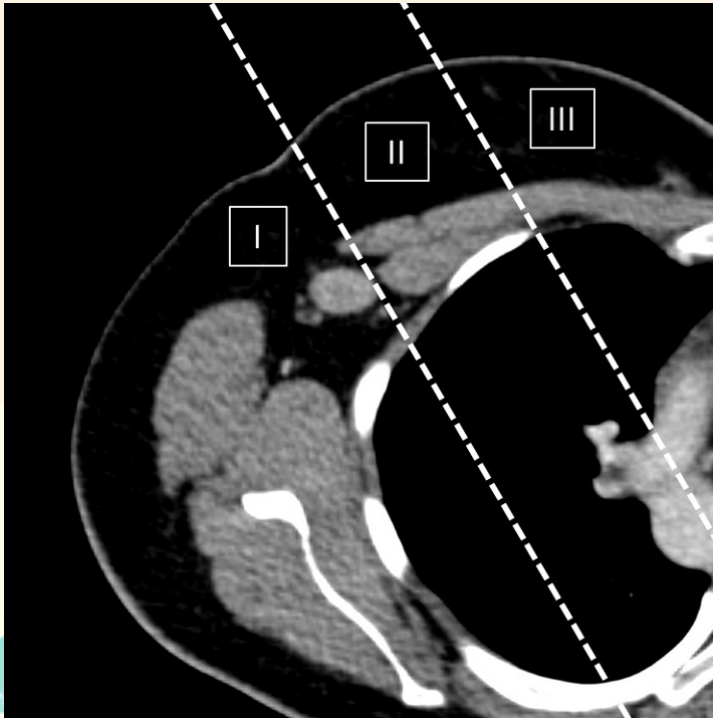
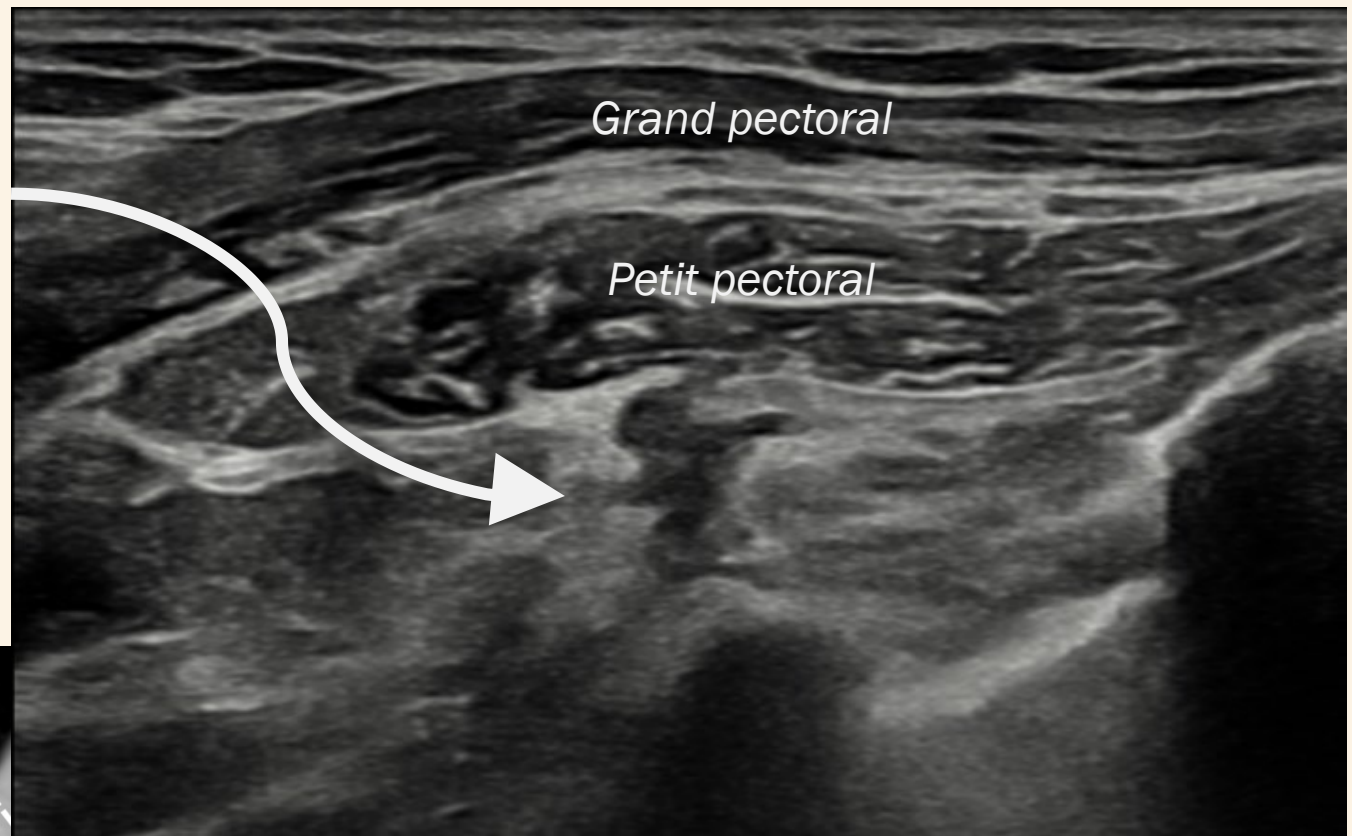
II : en arrière du petit pectoral

III : en dedans du petit pectoral



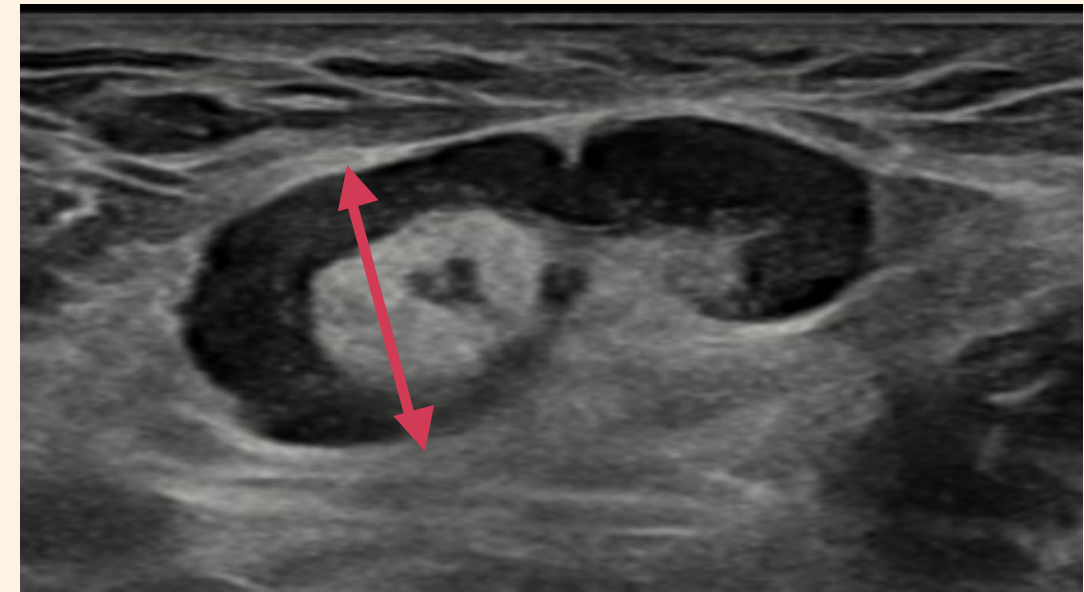
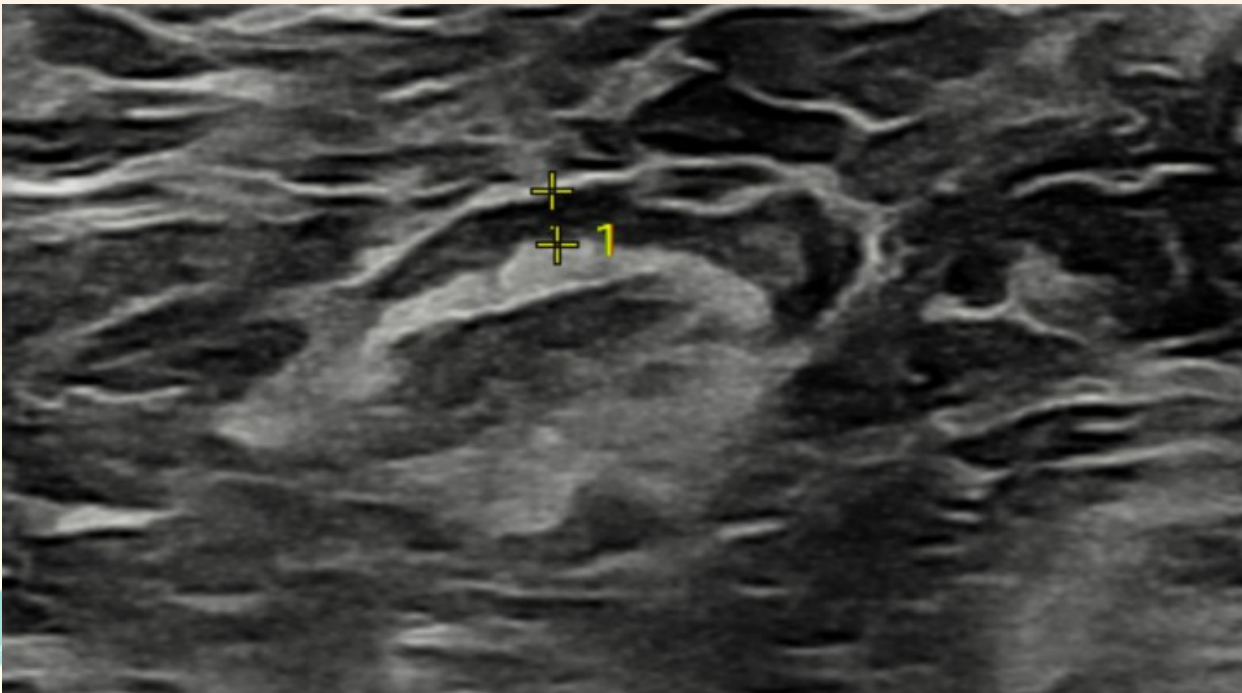
Technique :

- I : en dehors du petit pectoral
- II : en arrière du petit pectoral
- III : en dedans du petit pectoral



Qu'est-ce qu'un ganglion axillaire bénin ?

- Ganglion d'aspect bénin
 - *Forme ovale*
 - *Hile graisseux bien visible*
 - *Cortex fin < 3 mm*



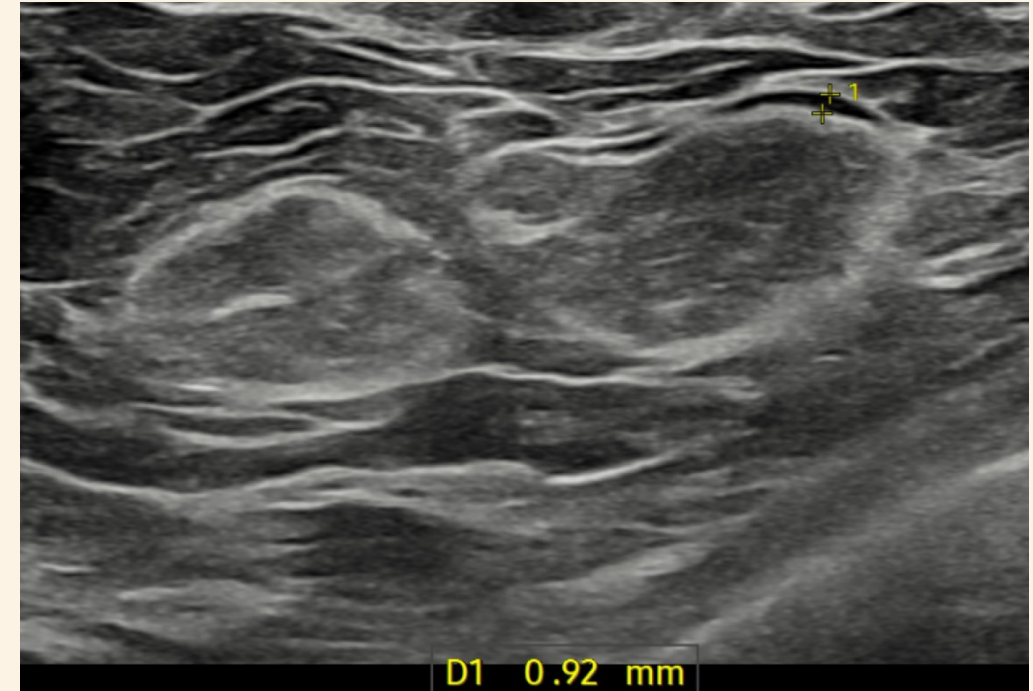
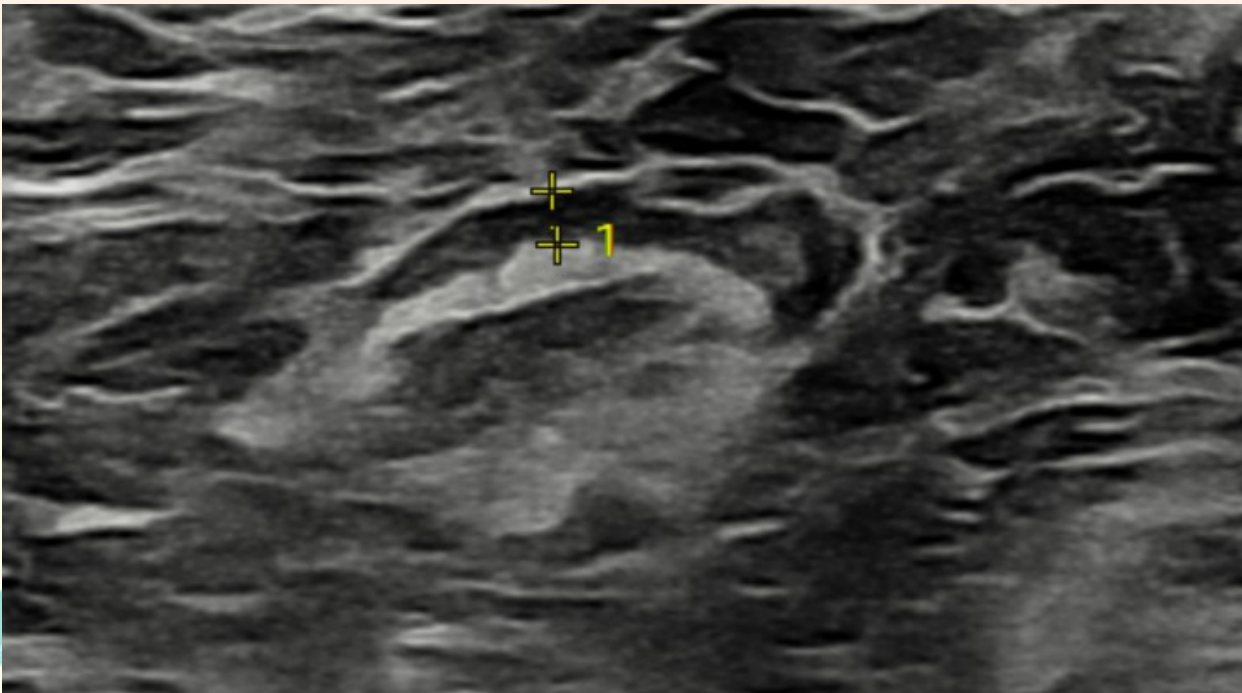
- ~~Mesure du petit axe :~~

NON!!!



Qu'est-ce qu'un ganglion axillaire bénin ?

- Ganglion d'aspect bénin
 - *Forme ovale*
 - *Hile graisseux bien visible*
 - *Cortex fin < 3 mm*



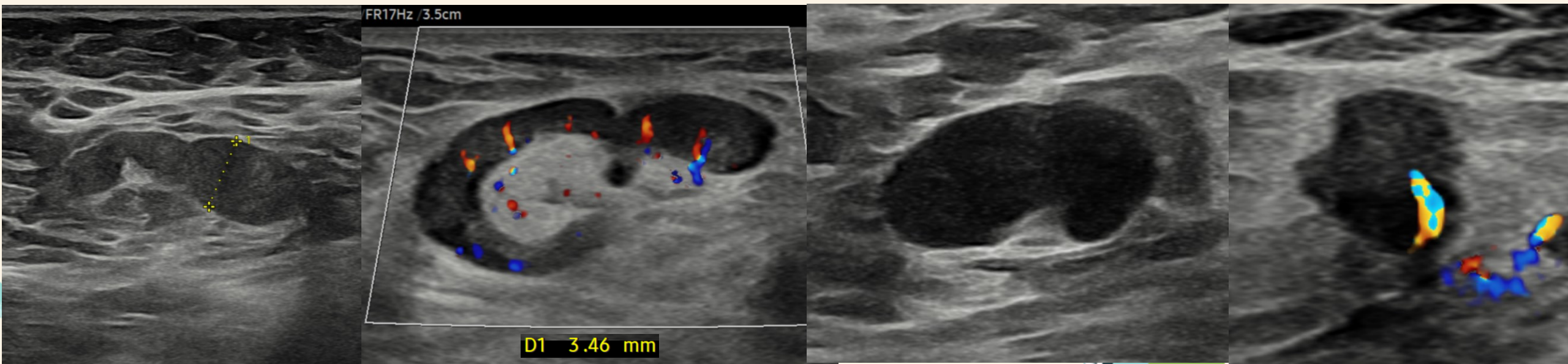
- Ganglion palpable



Qu'est-ce qu'un ganglion axillaire suspect ?

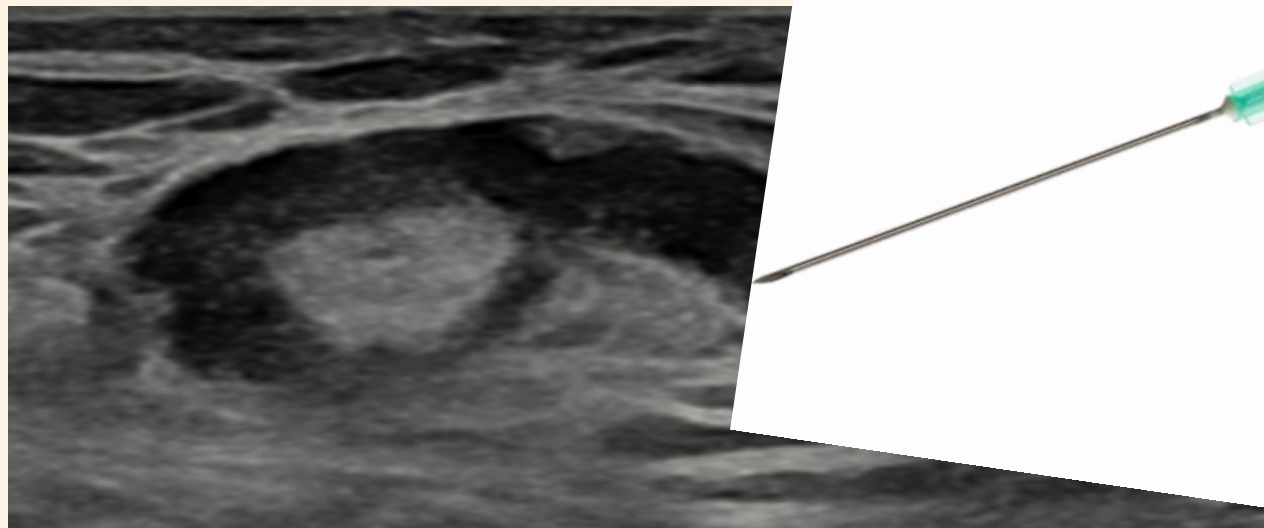
- Critères de suspicion échographiques = **classification de Mainiero**
 - *Épaississement cortical focal ou diffus de plus de 3 mm*
 - *Perte du hile graisseux, ganglion rond hypoéchogène*
 - *Contours irréguliers/spiculés (rupture corticale)*

MAINIERO, RADIOL CLIN NORTH AM 2010



Toujours prouver l'atteinte par un prélèvement : cytoponction ou microbiopsie échoguidée

- **Cytoponction à l'aiguille fine**
Technique la plus facile et rapide, moins onéreuse



Quoi de neuf en 2024 ?

Prédire la **charge tumorale** de l'aisselle +++

Analyse histologique de la pièce opératoire :

Charge tumorale faible : 1 ou 2 ganglions atteints ;

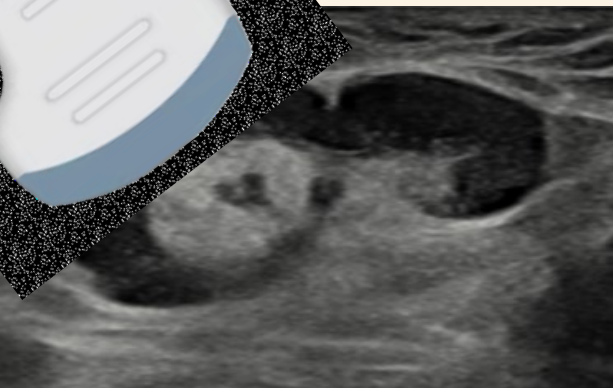
Charge tumorale élevée : plus de 2 ganglions atteints ;

Echographie axillaire :

Nb de ganglions suspects à l'écho proportionnel au nb de ganglions atteints sur la pièce opératoire définitive.

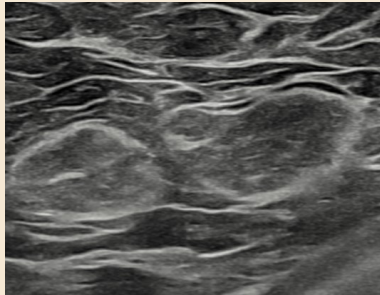
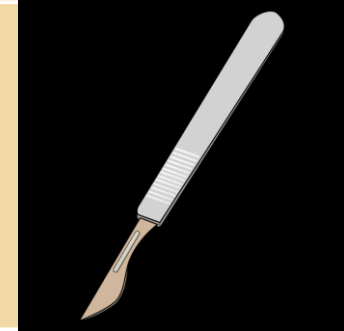
1 seul gg suspect (cyto+) : 95% des patientes ont une charge tumorale faible.

>1 gg suspect (cyto+) : plus de la moitié des patientes sont à risque d'avoir une charge tumorale élevée.



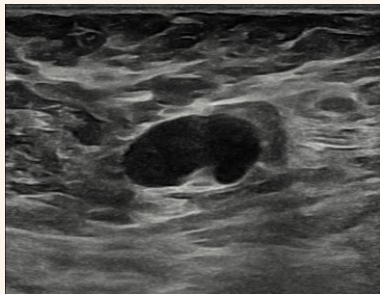
HIER (avant essai ACOSOG-Z0011)

En chirurgie première



Pas de ganglion suspect

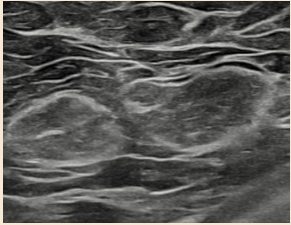
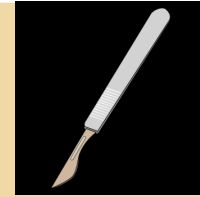
GAS
Si GAS- : pas de curage
Si GAS+ : curage compl.



≥ 1 ganglion suspect avec cyto+

Curage d'emblée

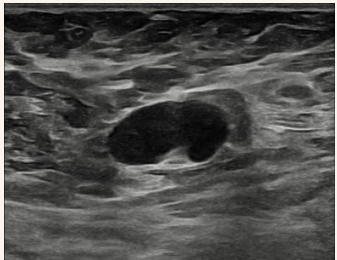
AUJOURD'HUI (depuis essai ACOSOG-Z0011)



Pas de ganglion suspect

GAS

GAS 0 à 2 métas → pas de curage
GAS > 2 métas → curage compl.



1 seul ganglion suspect avec cyto+

Tumeur T1-T2
Ttt conserv / RT & ttt adjuv

GAS (en option si critères ACOSOG reco. INCa 2022)

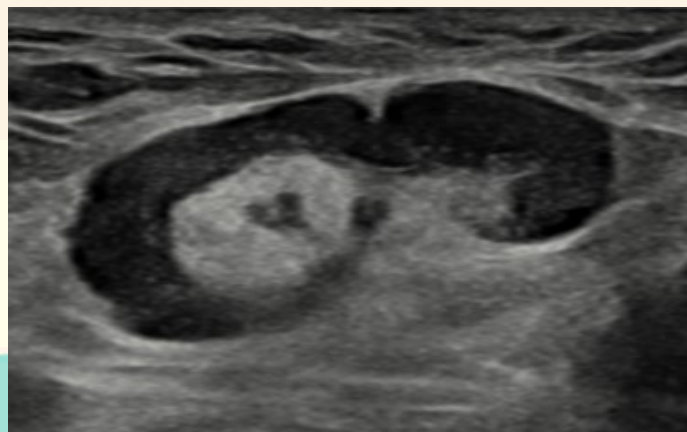
GAS 0 à 2 métas → pas de curage
GAS > 2 métas → curage compl.

> 1 ganglion suspect avec cyto+

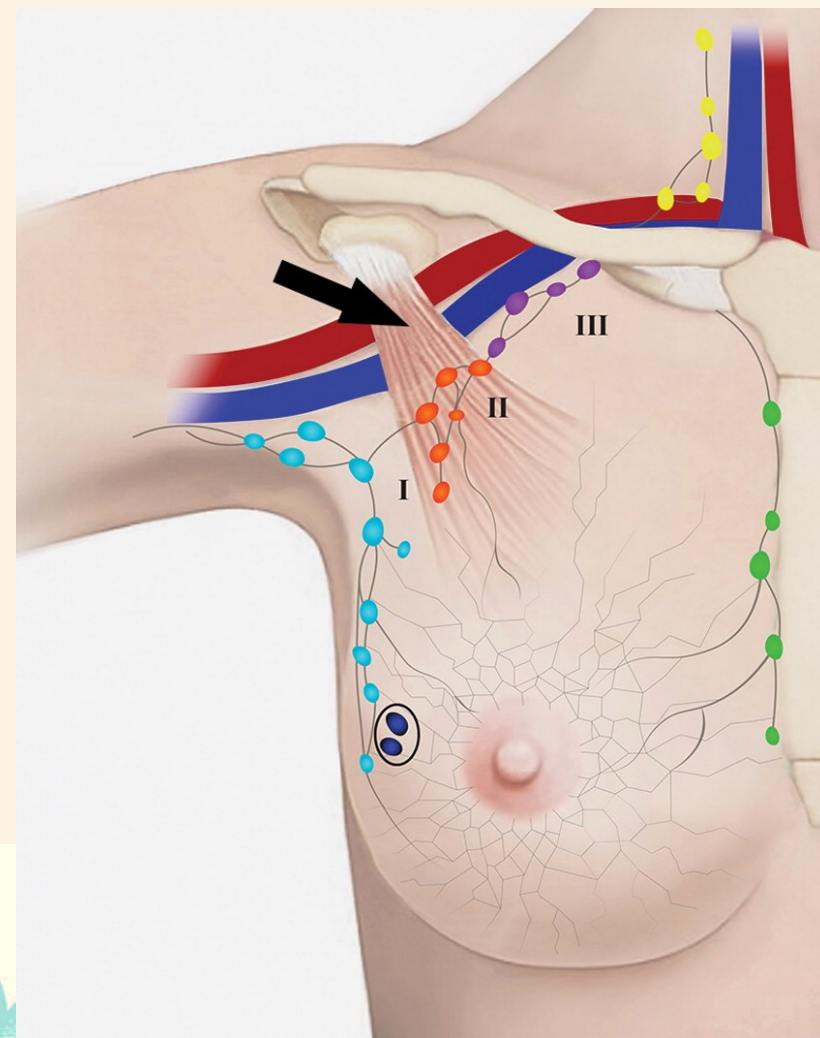
Curage d'emblée



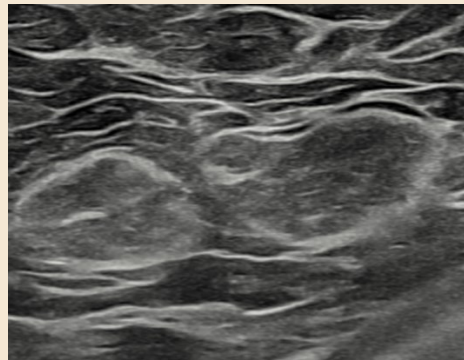
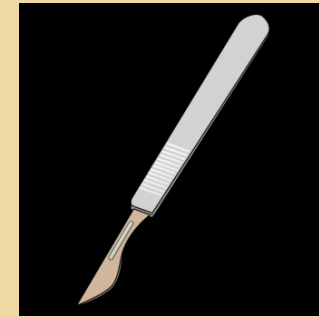
DECRIRE DANS LE CO
LE NB DE GANGLION
SUSPECTS (BERG)



> 1?



DEMAIN ? (essais SOUND & INSEMA)



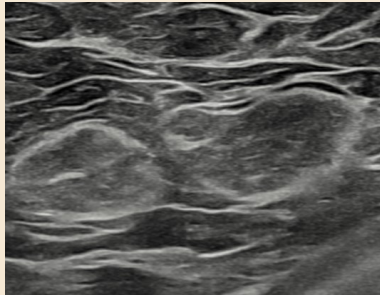
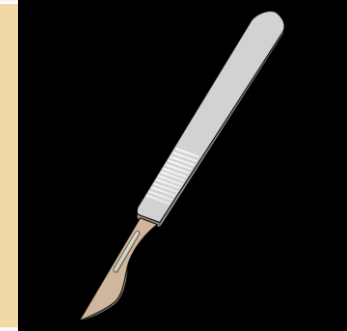
Pas de ganglion suspect
T1-T2 NO axillaire
Clinique & échographique

Pas de chirurgie axillaire

Pas de bénéfice en termes de survie à réaliser une détection du GAS

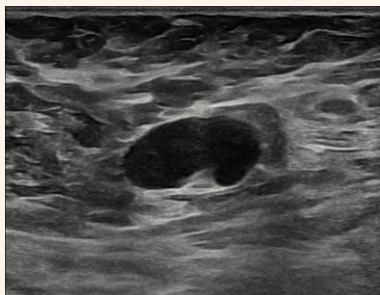


Chimiothérapie néo-adjuvante (AUJOURD'HUI)



Pas de ganglion suspect avant CNA

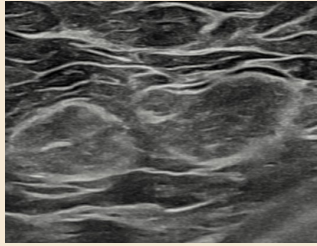
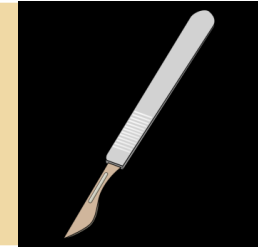
GAS



Ganglion(s) suspect(s) avec cyto+

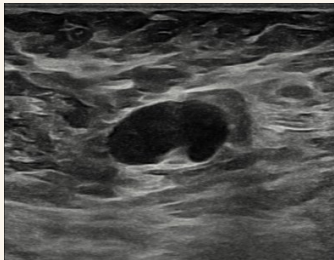
Curage

Chimiothérapie néo-adjuvante : DEMAIN ?



Pas de ganglion suspect avant CNA

GAS



Ganglions suspects avec cyto+

Curage

1 seul ganglion suspect avec cyto+
-Clip dans le gg positif en début CNA
-Re-staging en fin de CNA

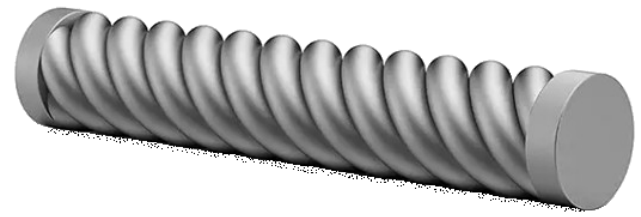
En fonction réponse écho axillaire :
-gg normal :
GAS ou TAD (☑ taux FN du GAS)
-gg suspect : curage

Chimiothérapie néo-adjuvante

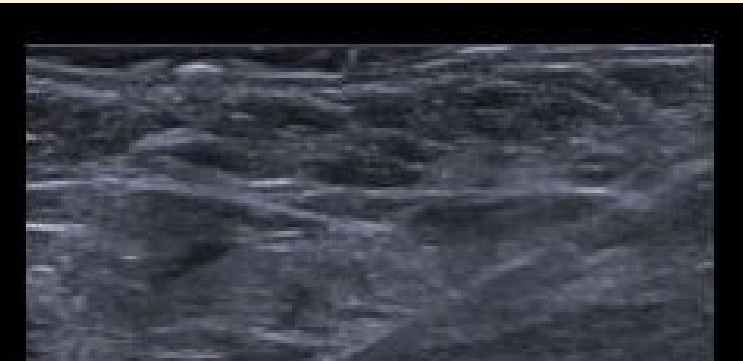
Marquage du ganglion positif : clip



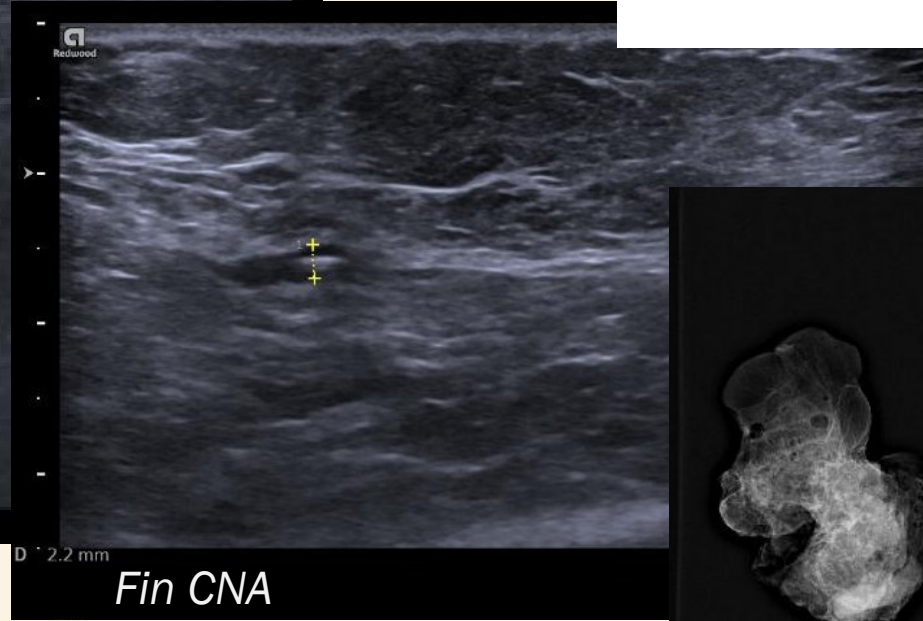
REMERCIEMENTS DR RENAUDEAU



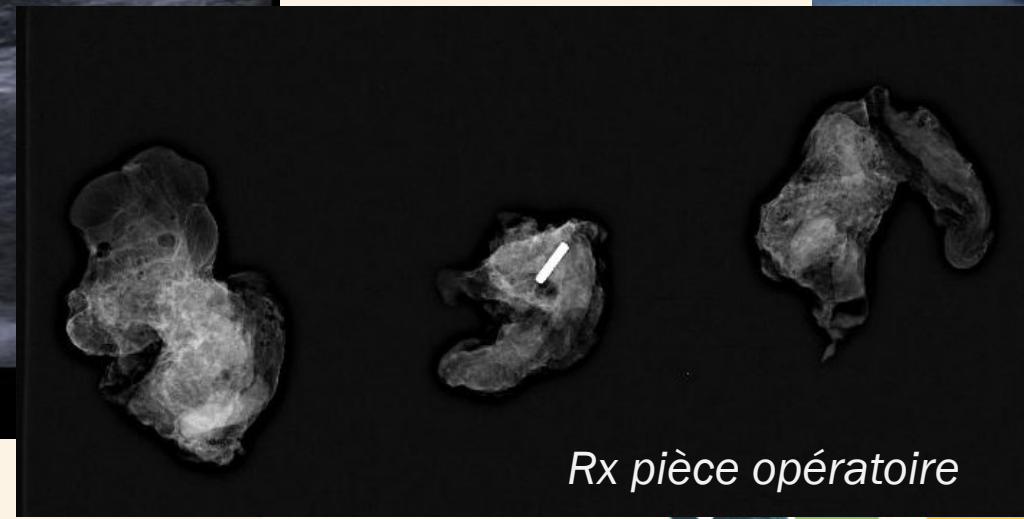
Clip magnétique



Début CNA



Fin CNA



Rx pièce opératoire

TAD : Targeted Axillary Dissection

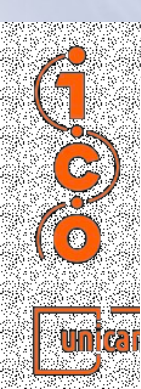


CONCLUSION

RESTE-T-IL UNE PLACE POUR L'EVA

- **OUI plus que jamais !**
- Décrire le nb de gg sus
- Cytoponction systématique (microbiopsie si besoin)
- Demain abstention chimio ?
- Avenir proche... Clippa





MER C i

**SIFEM
2024**

