

INTRODUCTION ET BUT DE L'ÉTUDE

L'envahissement ganglionnaire (ANI) est un facteur pronostique majeur de survie sans progression et de survie spécifique du cancer du sein infiltrant (CSI), mais des données de vie réelle précises sont nécessaires pour mieux comprendre les particularités des CSI et aider les cliniciens à sélectionner les modalités de traitement optimales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

LISE est une étude observationnelle rétrospective évaluant de manière complète les caractéristiques des CSI (infiltrants et in situ) diagnostiqués entre janvier 2010 et décembre 2021 à l'Institut du Cancer Courlancy (Reims, France ; n=3 122), ainsi que leurs prises en charge et données de suivi. La base dispose d'une grande exhaustivité des données grâce à un mode de saisie systématisé.

Nous avons évalué les corrélations entre les caractéristiques tumorales, les paramètres cliniques et l'ANI dans une analyse portant sur 2 726 CSI incidents.

RÉSULTATS

Dans la cohorte des CSI, il y avait 1 922 (70,5 %) tumeurs pN₀ et 804 (29,5 %) tumeurs pN+ (pN_{1mic}, 5,5 % ; pN₁, 16,4 % ; pN₂₋₃, 7,5 %).

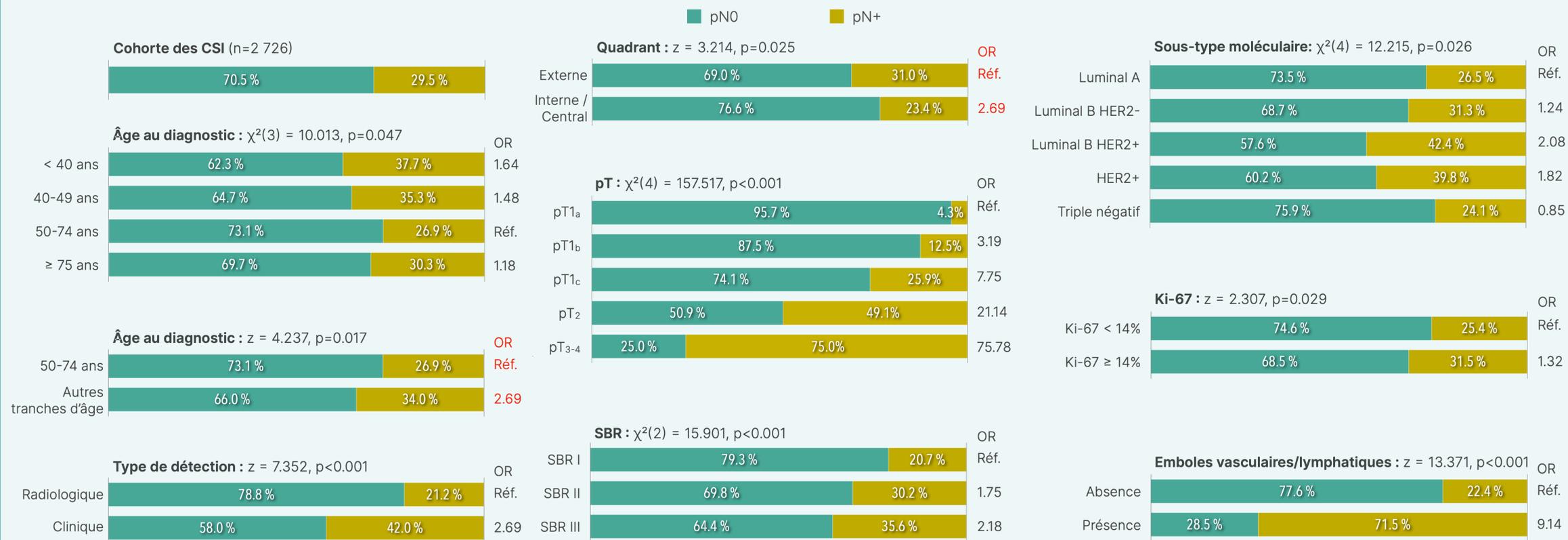
L'ANI était fortement corrélé :

- à l'âge (maximal les moins de 40 ans)
- au type de détection (maximal pour une détection clinique)
- à la taille tumorale anatomopathologique (pT) (taux d'ANI croissant avec la taille),
- au SBR (taux d'ANI croissant avec le SBR)
- au sous-type moléculaire (maximal pour les Luminal B HER2+, minimal pour les triple négatif)
- au Ki-67 (taux d'ANI croissant avec le Ki-67)
- à l'atteinte lymphovasculaire (LVI), la présence d'emboles multipliant par un facteur 8 le risque d'ANI)

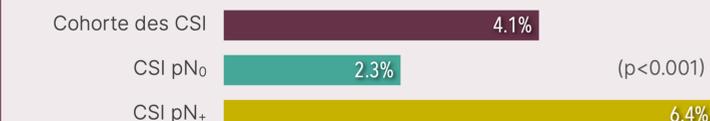
Naturellement, l'ANI était associé à un taux environ deux fois plus important de récurrences (6,4% vs 2,3% pour les pN₀; p<0.001) et de décès attribuables au CS (5,5% vs 1,9% pour les pN₀) (p<0.001) (médiane de suivi, 48,1 mois).

Notre communication orale présentera un modèle innovant avec un score prédictif d'ANI facile à utiliser (pN₀/pN_{1mic}-N₁/pN₂₋₃).

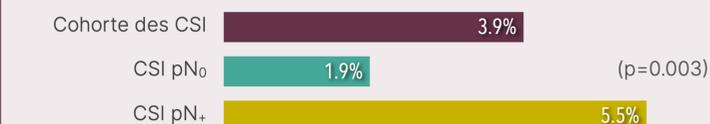
Corrélation de l'ANI avec les autres caractéristiques du CS



Récidives liées au CS^a



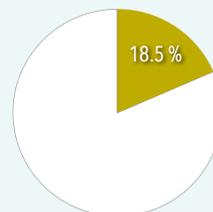
Décès liés au CS^a



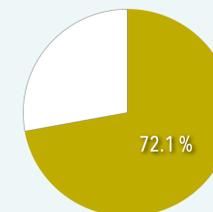
^a Médiane de suivi : 49.4 mois

Une analyse multivariée (régression logistique) nous a permis de générer un **modèle prédictif du risque d'ANI à 5 variables**, basé sur le type de détection, le grade SBR, le Ki-67, le sous-type moléculaire et la présence d'emboles lymphovasculaires.

Exemple du taux de probabilité de pN+ pour une détection radiographique, un SBR II, un Ki-67 < 14%, pour une tumeur Luminal A sans emboles observés



Exemple du taux de probabilité de pN+ pour une détection clinique, un SBR III, un Ki-67 ≥ 14%, pour une tumeur Luminal B HER2- avec emboles observés



REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier F. Bancheri, Y. Caron, P. Colin, P.H. Dorangeon, S. Ferrand, N. Gavillon, C.G. Hemery, N. Jovenin, L. Krebs, A. Majidi, F. Mallet, W. Mina, K. Prulhière-Corviolle, P. Terrosi, A. Theillier, S. Urrutiager, I. Veron-Leclercq, G. Yazbek de l'Institut du Cancer Courlancy et de la Polyclinique Courlancy, Reims, France, pour leur contribution dans la collecte des données.

CONCLUSIONS

Les tumeurs pN+ étaient significativement corrélées avec l'âge plus jeune, la détection clinique, le pT croissant, le grade SBR croissant, le Ki-67 ≥ 14%, la présence de LVI, les sous-types Luminal B et HER2+, et associées à des taux de récurrence et de mortalité plus élevés.

Le modèle multivarié a révélé une forte influence du mode de détection (clinique vs imagerie), du SBR, du Ki-67, du sous-type moléculaire et surtout du LVI.

Ces résultats soutiennent l'évaluation complète des caractéristiques de la tumeur primaire en pratique clinique pour guider les décisions de traitement.

