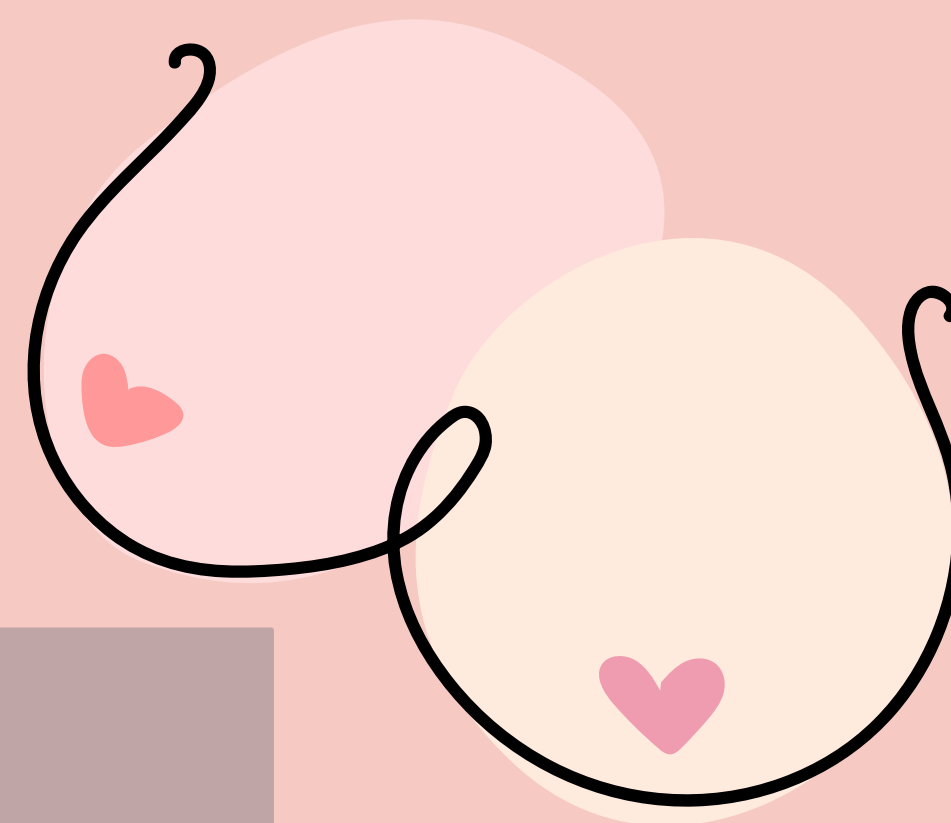




Stratégie thérapeutique du creux axillaire chez les patientes de plus de 70ans, atteintes d'un cancer du sein infiltrant luminal cN0 ayant bénéficié d'une hormonothérapie néoadjuvante : intérêt du ganglion sentinelle pour limiter le recours au curage



80% des tumeurs
nouvellement
diagnostiquées sont
des cancers
hormono-
dépendants.

**Chimiothérapie
néo-adjuvante vs
hormonothérapie
néo-adjuvante
(NET)**

**Pas de
recommandation
officielle** pour la
prise en charge du
creux axillaire.

**Extrapolation des
données** obtenues
après chimiothérapie
néo-adjuvante
(*ACOSOG Z1071 /
SENTINA*)

**Le ganglion
sentinelle (GS)** est
une technique
chirurgicale fiable et
simple.

**Eviter au maximum
le curage axillaire**
chez des patientes
avec comorbidités.

CRITERES D'INCLUSION

- Patientes ≥ 70 ans.
- Tumeur palpable
- Tumeur unifocale, unilatérale.
- Carcinome infiltrant, luminal A ou B.
- Stade cN0 et cM0
- Traitement par NET puis GS

CRITERES D'EXCLUSION

- Cancer du sein chez l'homme.
- Mutation BRCA 1 ou 2.
- ATCD de cancer du sein.
- Tumeurs cT4.
- Chimiothérapie néo-adjuvante



CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

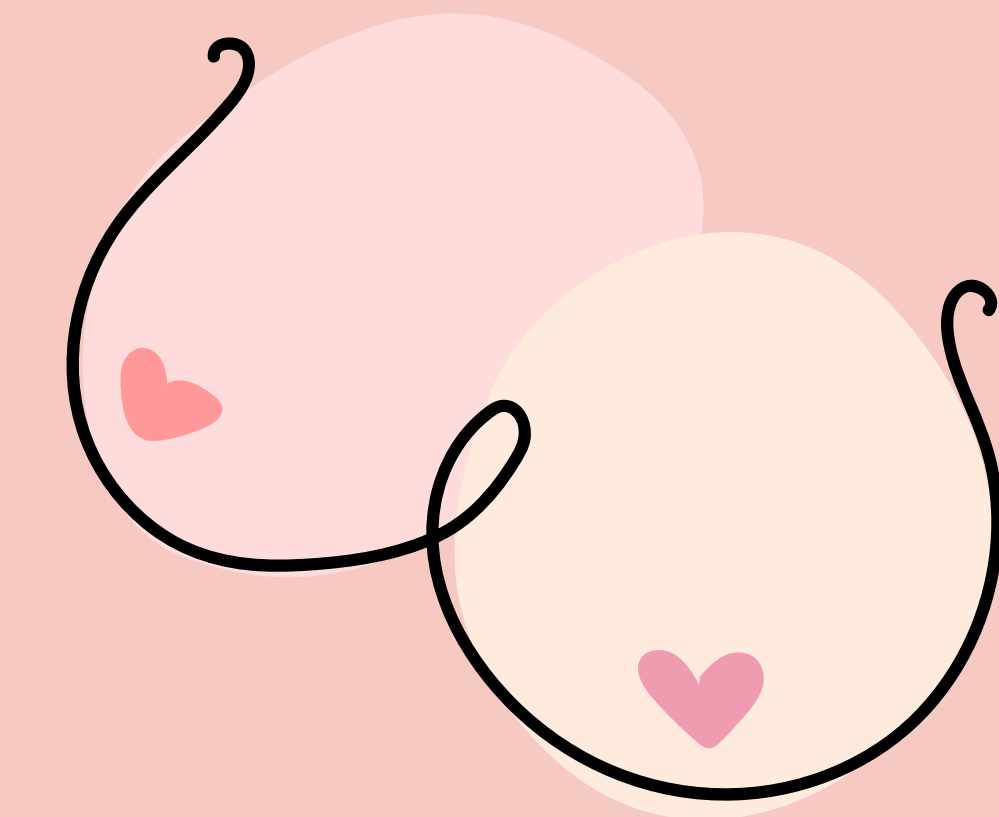
Taux de **curage axillaire évité**
après GS négatif

CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Taux de **survie globale** à 5 ans en
fonction de l'atteinte ganglionnaire.

Survie sans maladie à 5 ans en
fonction de l'atteinte ganglionnaire.

RESULTATS



Opérées (N=87)

Ganglion sentinelle négatif
(N=63)

Ganglion sentinelle positif
(N=24)

Pas de curage
axillaire (N=62)

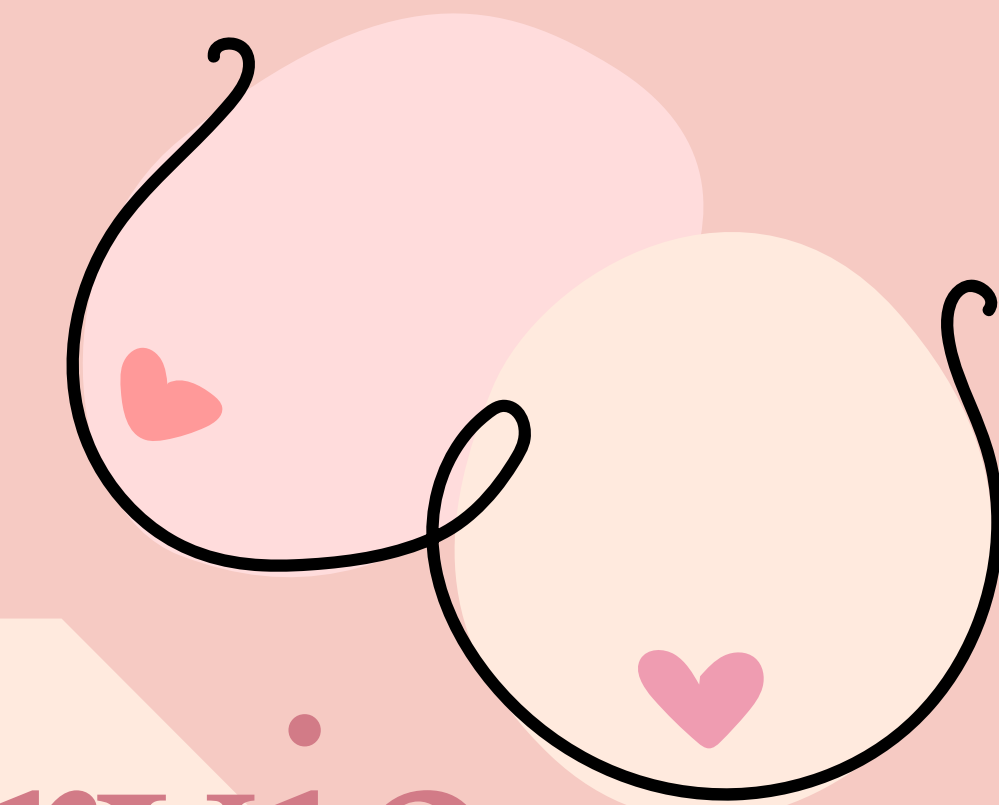
Curage axillaire
(N=1)

Pas de curage
axillaire (N=12)

Curage axillaire
(N=12)

Taux de curage axillaire évité du fait d'un GS négatif
71,3% (IC95 [61,8 – 80,8])





Taux survie globale à 5 ans

- *Chez patiente ypN0 :*
75.9% (IC95% [53.8 - 88.4%])
- *Chez patiente ypN0 CTI-mic :*
76.1% (IC95% [54 - 88.6%])
- *Chez patiente ypN+ :*
80% (IC95% [20.4 - 96.9%])

Incidence cumulée de survie

sans maladie à 5ans

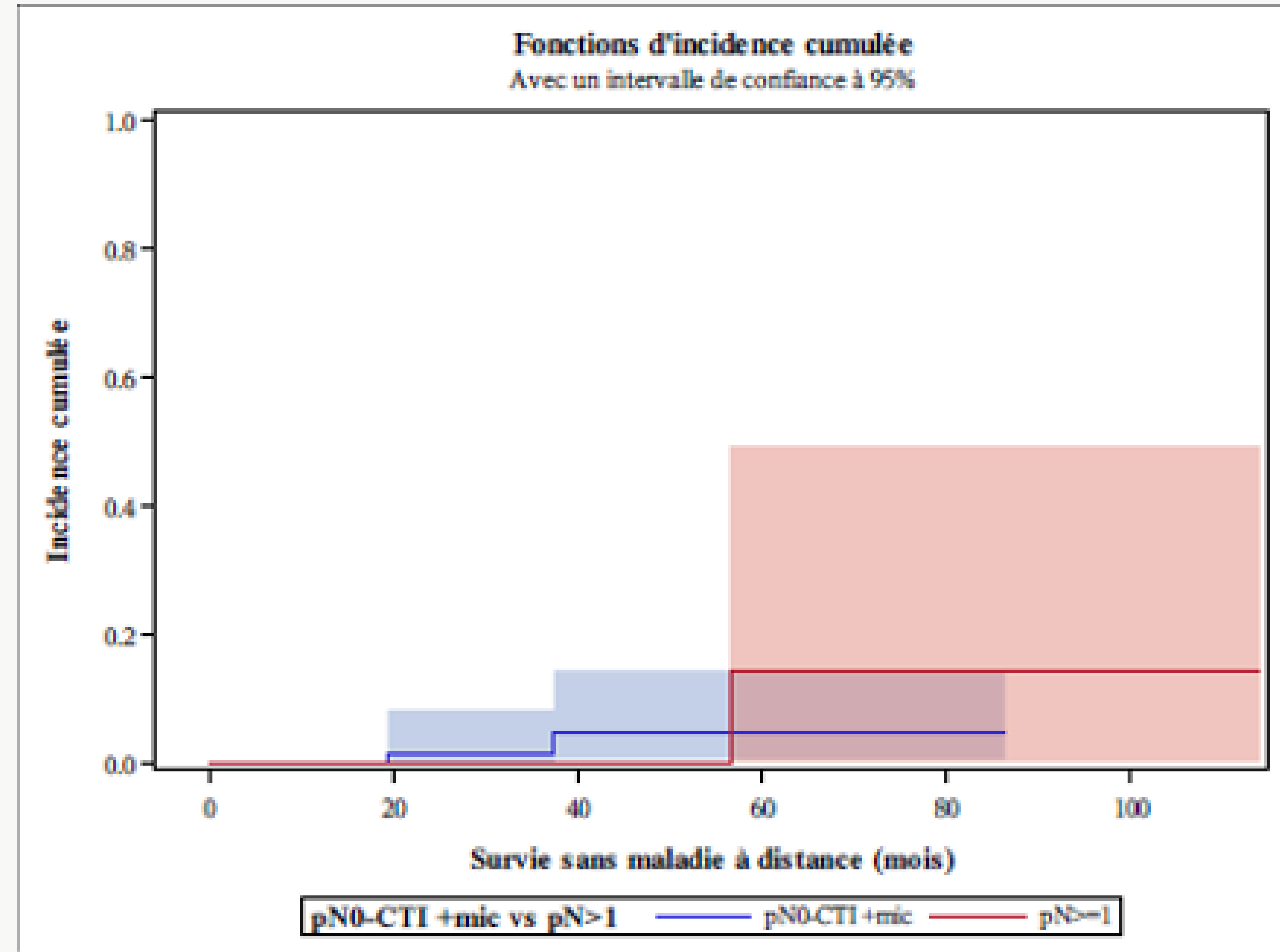
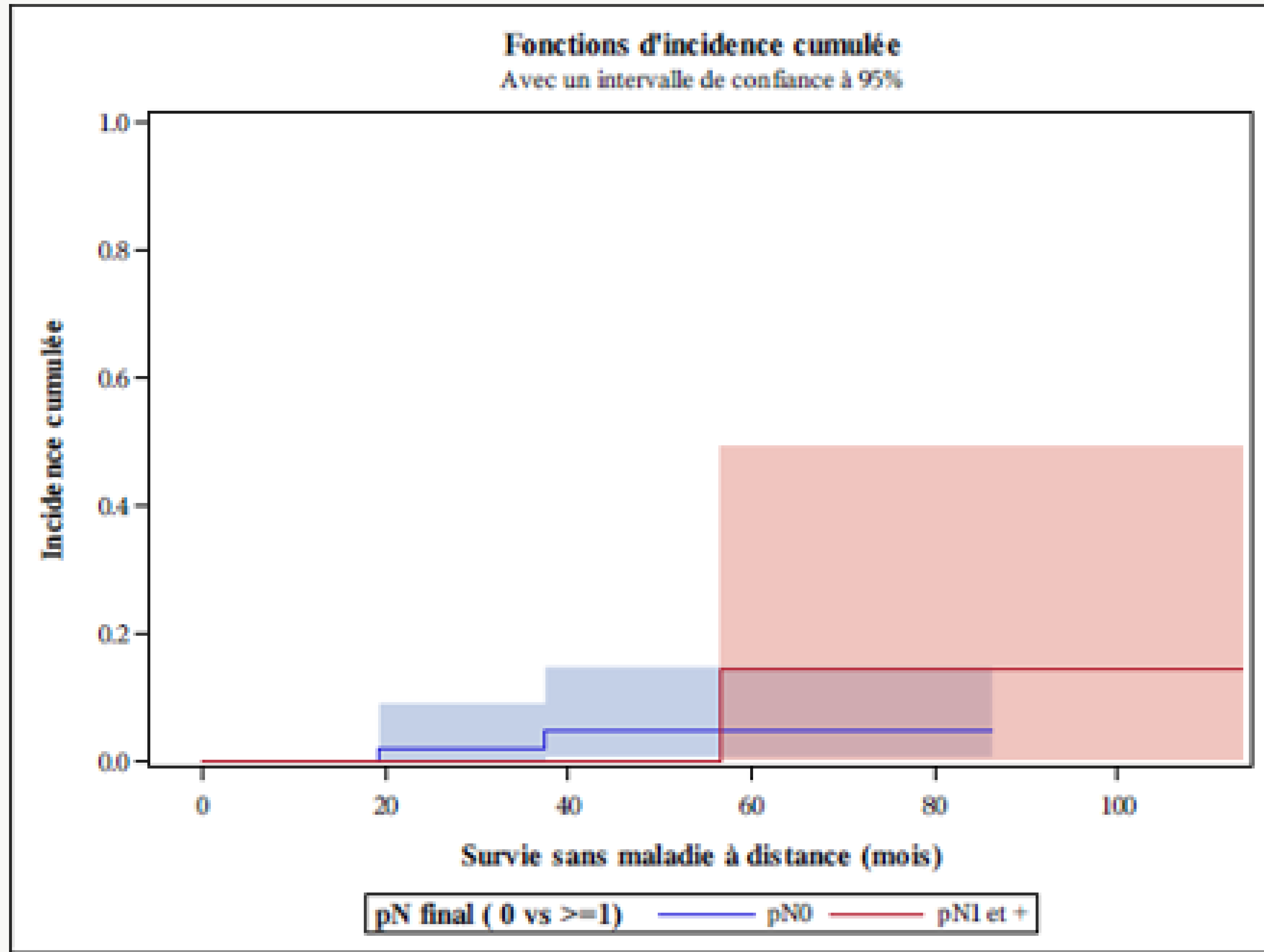
- *Chez patiente ypN0 :*
4.8% (IC95% [0.8 - 14.7%])
- *Chez patiente ypN0 CTI-mic :*
0.5% (IC95% [0.8 - 14.5%])
- *Chez patiente ypN+ :*
14.3% (IC95% [0.5 - 49.1%])

Pas de différence significative sur la survie globale et sans maladie quelque soit l'atteinte ganglionnaire.

RESULTATS

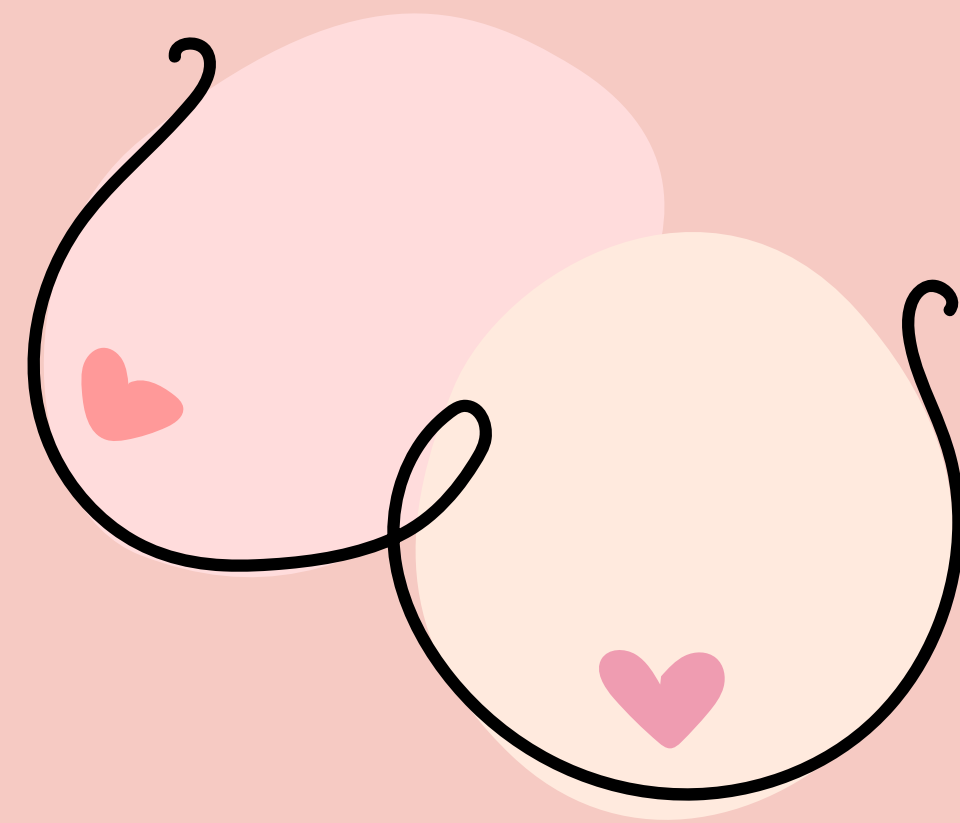
Incidence cumulée de survie sans maladie à distance - ypN0 vs ypN1+

Incidence cumulée de survie sans maladie à distance - ypN0 CTI+mic vs ypN1+



Test de Gray non applicable (croisement des courbes)

Test de Gray non applicable (croisement des courbes)



FORCES

- Aucune étude menée dans cette population.
- Pas de modification de la survie en fonction de l'atteinte ganglionnaire.
- Patiente cN0 ont une faible probabilité d'atteinte histologique.

LIMITES

- Manque de puissance (étude rétrospective, monocentrique, descriptive).
- Pas d'étude en fonction de la PEC thérapeutique (GS vs curage).
- Hétérogénéité des pratiques.
- Pas de codification de NET.

CONCLUSION

Le GS est une stratégie thérapeutique raisonnable chez les patientes ≥ 70 ans sans atteinte ganglionnaire clinique, échographique et histologique.

L'atteinte ganglionnaire micro-métastatique est comparable à une absence d'atteinte ganglionnaire. Le curage axillaire ne doit pas être systématique

L'atteinte macro-métastatique ne semble pas associée à une diminution de la survie. L'indication de curage devrait être discutée en RCP.

Merci pour votre attention.
Place aux questions!

