

# Abstention du curage axillaire (CA) en cas de ganglion sentinelle (GS) envahis : analyse des prises en charge non recommandées au regard des critères de l'ACOSOG Z0011 et des recommandations internationales.

Delphine BOULLE\*<sup>1</sup> M.D. ; Hélène COSTAZ\*<sup>1</sup> M.D. ; Magali ROUFFIAC<sup>2</sup> M.D. ; Françoise BELTJENS<sup>3</sup> M.D. ; Isabelle DESMOULINS<sup>4</sup> M.D. ; Karine PEIGNAUX<sup>2</sup> M.D. ; Sylvain LADOIRE<sup>4,5</sup> M.D. PhD ; Jean FRAISSE<sup>1</sup> M.D. ; Sylvain CAUSERET<sup>1</sup> M.D. ; Catherine LOUSTALOT<sup>1</sup> M.D. ; Marie Martine PADEANO<sup>1</sup> M.D. ; Laura VINCENT<sup>1,5</sup> M.D. ; Clémentine JANKOWSKI<sup>1</sup> M.D. ; Laurent ARNOULD<sup>3</sup> M.D. PhD ; Charles COUTANT<sup>1,5</sup> M.D. PhD

## Introduction

L'essai ACOSOG Z0011, a conclu à l'absence de différence significative en terme de survie globale, survie sans récurrence et récurrence axillaire dans le groupe ganglion sentinelle (GS) seul malgré un taux d'envahissement des ganglions non sentinelles (GNS) de 27,3% dans le groupe curage axillaire (CA). Depuis 2014 et 2017, les recommandations de l'ASCO et de la NCCN ne préconisent donc pas la réalisation d'un curage axillaire si les critères de l'ACOSOG Z0011 sont respectés. En 2015, Saint Gallen a élargi l'indication d'abstention de CA pour les mastectomies.

## Matériels et méthodes

Etude prospective réalisée du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 2 mai 2017 dans le centre de lutte contre le cancer Georges François Leclerc. Sur 563 patientes incluses, 122 présentaient un envahissement d'au moins un GS (21,7%). Aucune des patientes n'a eu un examen extemporané du GS. L'objectif principal était d'évaluer si les critères de l'ACOSOG Z0011 ainsi que les recommandations internationales étaient respectés dans la réalisation d'un curage axillaire complémentaire en cas de GS envahis.

## Résultats

**Table 1:** Discordant decisions regarding compliance with the ACOSOG Z0011 criteria and international guidelines (ASCO, NCCN) : achieving ALND not recommended and no achieving ALND recommended

	ALND not recommended				ALND recommended			
	Surgery conserving	Mastectomy		Total	Surgery conserving	Mastectomy		Total
		total	SLN macro	SLN micro		total	SLN macro	SLN micro
ALND performed	13 (22.8%)	3 (15.8%)	3	0	16 (21.1%)	10 (62.5%)	13 (43.3%)	9 (50%)
ALND not performed	44 (77.2%)	16 (84.2%)	13	3 <sup>§</sup>	60 (78.9%)	6 (37.5%)	17 (56.7%)	9 (50%)
Total	57	19	16	3	76	16*	30	17**

\*5 patients had at least 3 SLN invaded, 11 patients had SLN with extracapsular involvement  
 \*\*4 patients had at least 3 SLN invaded, 13 patients had SLN with extracapsular involvement  
 # 13 patients had not a wall irradiation  
 § wall irradiation indication, based on criteria other than macrometastatic invasion

**Table 2:** Clinical, histological and adjuvant treatment characteristics in ALND not recommended and ALND recommended subgroups regarding ACOSOG Z0011 criteria and international guidelines (ASCO, NCCN)

	ALND not recommended (n=76)		p value	ALND recommended (n=46)		p value
	not ALND (n=60)	ALND (n=16)		ALND (n=23)	not ALND (n=23)	
<b>Age, years</b>			<b>0,2</b>			<b>0</b>
mean (std)	67 (11.8)	63 (11.1)		65.7 (13.8)	69.2 (14.8)	
median (range)	68 (39-90)	66.6 (44-80)		62.9 (50-99)	71.1 (39-87)	
<b>Histological tumor size, mm</b>			<b>0,7</b>			<b>0,4</b>
mean (std)	18.9 (9.5)	17 (5.78)		27.2 (12.6)	22.3 (6.5)	
median (range)	18 (7-52)	15.5 (10-32)		21 (13-53)	24 (12-40)	
<b>Breast surgery, n (%)</b>			<b>0,7</b>			<b>0,2</b>
lumpectomy	44 (73)	13 (81)		10 (43.5)	6 (26)	
mastectomy	16 (27)	3 (19)		13 (56.5)	17 (74)	
<b>Lymphovascular invasion, n (%)</b>			<b>0,05</b>			<b>0,5</b>
yes	11 (19)	7 (44)		9 (41)	7 (30)	
no	47 (81)	9 (56)		13 (59)	16 (70)	
missing	2	0		1	0	
<b>Molecular classification*, n (%)</b>			<b>1</b>			<b>0,4</b>
Luminal A	30 (52)	9 (56)		10 (45)	14 (61)	
Luminal B	19 (33)	5 (31)		9 (41)	8 (35)	
HER2 positive**	6 (10)	2 (13)		3 (14)	1 (4)	
Triple negative	3 (5)	0		0	0	
missing	2	0		1	0	
<b>Nb of SLN removed per patient</b>			<b>0,0005</b>			<b>0,001</b>
mean (std)	2.5 (1.4)	1.3 (0.48)		1.67 (0.97)	3.48 (1.78)	
median (range)	2 (1-7)	1 (1-2)		2 (1-4)	3 (1-7)	
<b>Nb of SLN positive per patient</b>			<b>0,6</b>			<b>0,7</b>
mean (std)	1.1 (0.3)	1.1 (0.25)		1.52 (0.73)	1.65 (0.88)	
median (range)	1 (1-2)	1 (1-2)		1 (1-3)	1 (1-3)	
<b>Ratio (Nb SLN pos/Nb SLN removed)</b>			<b>0,0003</b>			<b>0,0008</b>
mean (std)	0.55 (0.29)	0.88 (0.22)		0.81 (0.24)	0.53 (0.28)	
median (range)	0.50 (0.14-1)	1 (0.5-1)		1 (0.33-1)	0.50 (0.14-1)	
<b>Histological results of SLN, n (%)</b>			<b>0,4</b>			<b>0,1</b>
macrometastases	35 (58)	11 (69)		19 (83)	14 (61)	
micrometastases	25 (42)	5 (31)		4 (17)	9 (39)	
<b>Adjuvant chemotherapy indication, n (%)</b>			<b>0,3</b>			<b>0,5</b>
yes	26 (43)	9 (60)		14 (61)	12 (52)	
no	34 (57)	6 (40)		9 (39)	11 (48)	
<b>Breast surgical recovery, n (%)</b>			<b>0,2</b>			<b>0,7</b>
yes	6 (10)	4 (25)		4 (19)	3 (13)	
no	53 (90)	12 (75)		17 (81)	20 (87)	
missing	1	0		2	0	

### En analyse multivariée :

CA complémentaire non recommandé réalisé dans 21,1% des cas  
 → Présence d'embolies et 1 seul GS prélevé : facteurs prédictif de la réalisation d'un CA non recommandé

CA complémentaire recommandé n'a pas été réalisé dans 50 % des cas  
 → Un nombre de GS prélevé supérieur à 1 : facteurs prédictif de la non réalisation d'un CA recommandé

## Discussion

Cette étude a montré un **taux de décision en RCP non conforme à 32 %**.

Les arguments pour réaliser un CA non recommandé est

- la crainte d'un sous traitement par méconnaissance du statut des GNS :  
 → **Mais l'information fournie par le CA complémentaire non recommandé ne modifiait pas la prise en charge thérapeutique.**
- la crainte d'un sous traitement par radiothérapie en cas de GS micro métastatique (par l'absence d'irradiation sus claviculaire). Costaz *et al.* a souligné **l'absence de consensus international sur l'irradiation locorégionale en cas d'envahissement limité (1-2) du GS sans CA pour les cancers du sein de stade précoce.**

Pas de désescalade thérapeutique (hors inclusion dans les essais) :

**Pour les patientes ayant ≥ 2 GS envahis ou ayant une rupture capsulaire = CA complémentaire**

## Références

1. Giuliano AE et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases: Long-term Follow-up From the American College of Surgeons Oncology Group (Alliance) ACOSOG Z0011 Randomized Trial. *Ann Surg* 2016; 264(3): 413-20.  
 2. Galimberti V et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with breast cancer and sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): 10-year follow-up of a randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2018;19(10):1385-93.  
 3. Gradishar WJ, et al. Breast Cancer, Version 4.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2018; 16(3): 310-320.  
 4. Donker M et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): A randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2014; 15(12): 1303-10.