

# Cancers du sein infiltrants non métastatiques

## Recommandations INCA 2021

Pr Pierre COLLINET – Dr Margaux LESAGE

Hôpital Privé le Bois - Clinique de la Victoire  
Pôle Ramsay Lille Métropole



Ramsay Santé  
Hôpital privé  
Le Bois



Ramsay Santé  
Clinique  
de la Victoire

# Introduction



- 584569 cas en 2018
- 59% stade local limité (T1-T3 N0 M0)
- Mise à jour recommandations 2012
- Depuis publications majeures = changements pratiques !
- Globalement désescalade thérapeutique ++++
  - En particulier dans la gestion du creux axillaire
- Nouvelles recommandations : ensemble parcours de soins
- Objectif : « Après cancer sans séquelles » !!



# TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX DES CANCERS DU SEIN INFILTRANTS NON MÉTASTATIQUES

/ synthèse

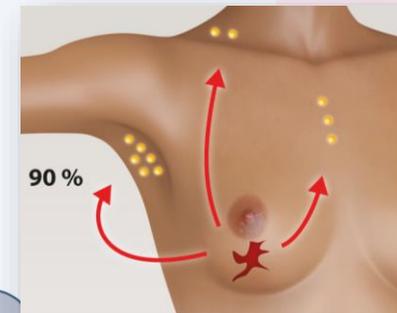
# Bilan d'extension loco- régional initial

Suspicion clinique et/ou radiologique confirmée :

Examen clinique puis  
mammographie bilatérale  
+ échographie mammaire bilatérale  
+ échographie axillaire bilatérale<sup>1</sup>  
+/- tomosynthèse additionnelle

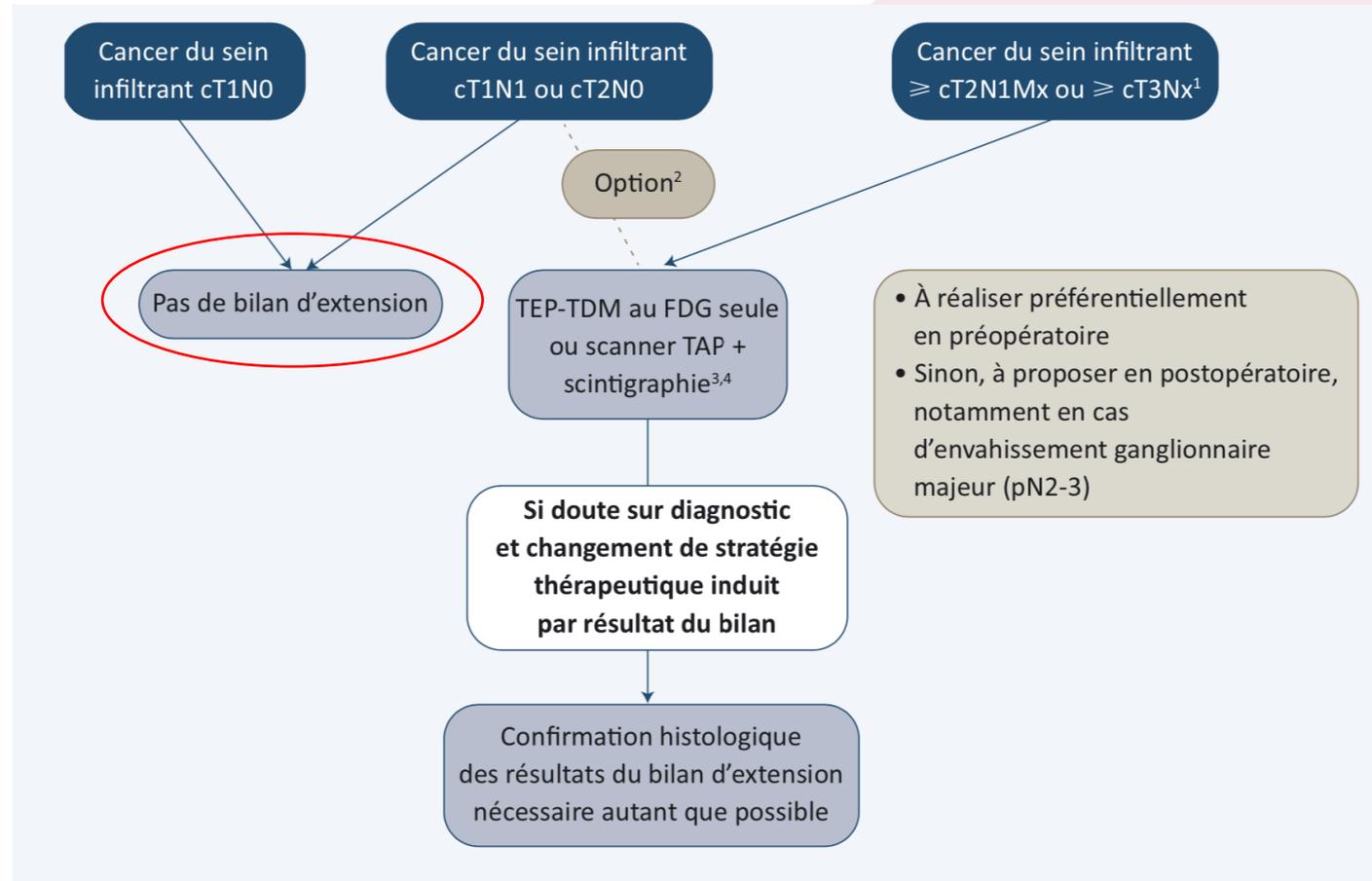


Biopsie de la lésion mammaire +/- pose de clip  
+ en cas de ganglion(s) suspect(s) sur échographie,  
prélèvements ganglion(s) axillaire(s) (voir Arbre 3)  
+ dans certaines situations<sup>2</sup>, IRM<sup>3</sup>, ou angiommammographie<sup>4</sup>



++ Exploration des creux axillaires systématique en échographie ++

# Bilan d'extension a distance : place de la tep



T1N1 ou T2 N0 : TEP a discuter en particulier si tumeur haut risque ( grade élevé, triple négatif, femme jeune)

# Essai ACOZOG Z0011

Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection  
With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel  
Lymph Node Metastases

- 891 T1-2, N0 clinique avec **GS+**
- **Randomisation curage axillaire versus GS seul**
- **Objectif: taux de récurrence loco-régionale ?**
  
- 1 ou 2 GS + en H&E (exclusion si  $\geq 3$  GS+ ou effraction)
- Xie conservatrice avec **radiothérapie** postopératoire
- **Traitement adjuvant systémique obligatoire**

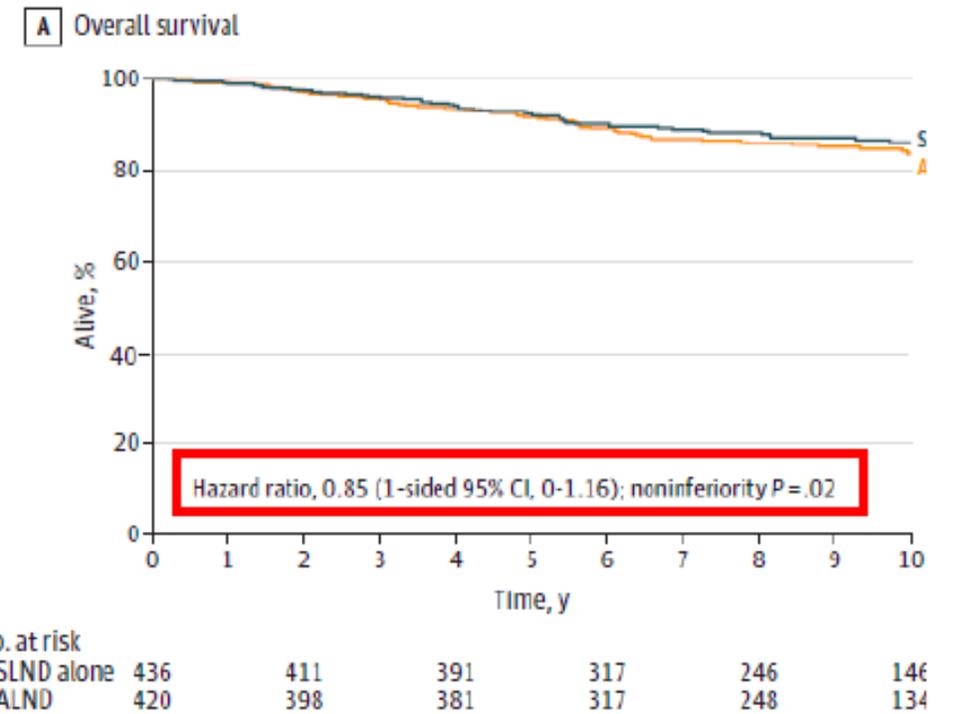
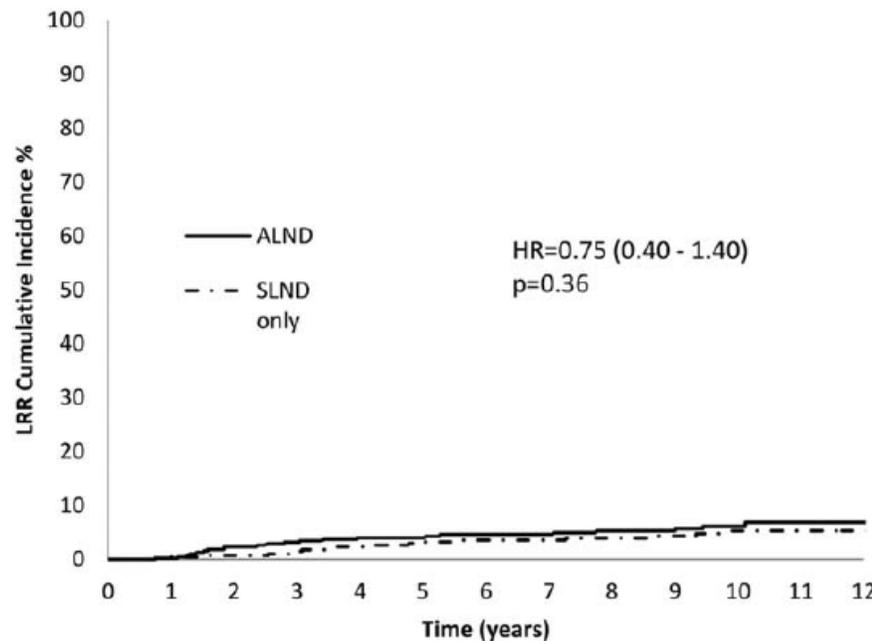
# Récidives loco-régionales + survie globale à 10 ans : non différentes

Récidives loc-régionales à 10 ans :

- 6.2% pour le bras curage
- 5.3% pour le bras GS seul

Survie globale à 10 ans:

- 83,6% avec curage
- 86,3% avec GS



# Principales études sur GS+ sans CA

	<b>ACOG Z0011 Guiliano 2017 N=856</b>	<b>IBCSG23-01 Galimberti 2018 N=931</b>	<b>AATRM 048/12/2000 Sola 2013 N+233</b>	<b>AMAROS Donker 2014 N=1425</b>	<b>OTOASOR Savolt2017 N=474</b>
Comparaison	CA vs GS	CA vs GS	CA vs GS	CA vs RT	CA vs RT
suivi	9,3 ans	9,7 ans	5 ans	6,1 ans	8 ans
Nb de GS +	1 à 2	1	NP	1	
envahissement	Micro/ macro	Micro/CTI	Micro	CTI/micro macro	CTI/micro macro
SG/ SSR Rechute axillaire	NS à 10 ans 0 RA	NS à 10 ans 1% IRPO et M	NS à 5 ans NP	NS à 5 ans 0,43 vs 1.19%	NS à 8 ans NS

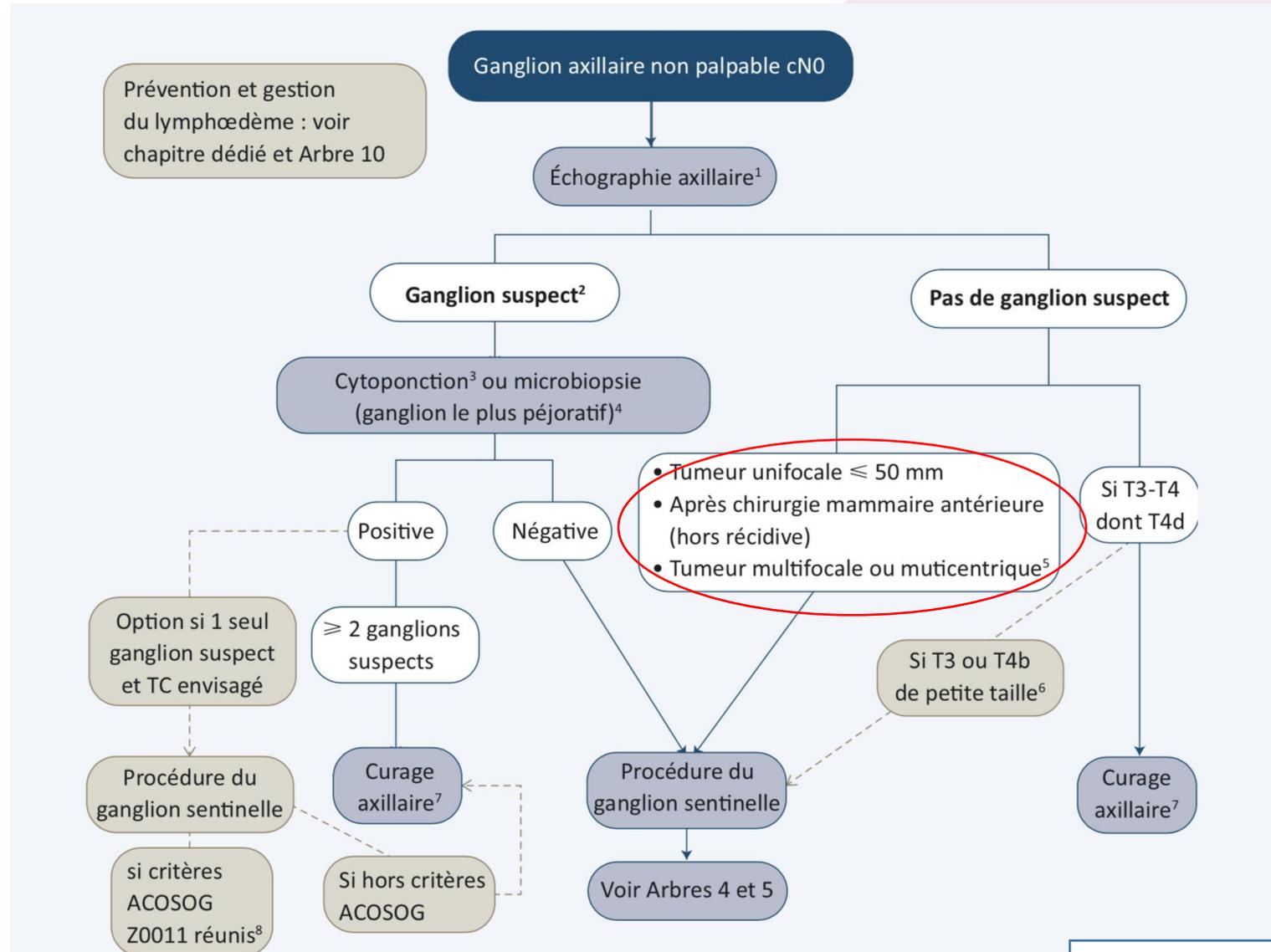
# Réduction des indications de CA

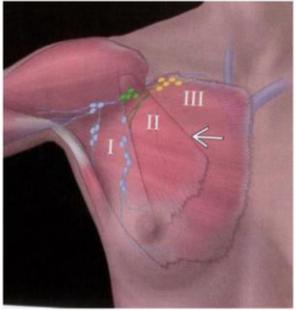
- En cas de cytoponction/microbiopsie ganglionnaire positive, sur la base des données disponibles actuellement ([Avis d'experts](#)) :
  - le curage axillaire reste la technique chirurgicale de référence recommandée pour les patientes N+ ;
  - en cas d'un seul ganglion suspect à l'échographie et positif, et si les critères définis dans l'essai ACOSOG Z0011 sont réunis (cT1-T2 N0, traitement conservateur, et traitement systémique adjuvant associé), la procédure du ganglion sentinelle peut être proposée.

**Pour lésion T1-T2 + traitement chirurgical conservateur  
+ traitement systémique adjuvant envisagé (ACOSOG) :  
Si 1 seul GG suspect en écho et positif en histologie :  
pas de curage axillaire !**

- La patiente doit être informée de la morbidité du curage axillaire et de celle du ganglion sentinelle qui, si elle est moindre, n'est pas nulle ([Grade A](#)).

# Evaluation axillaire : GS ou CA ?





# Déescalade / reprise en CA si GS+

- En cas de traitement conservateur

*En cas de cellules tumorales isolées et/ou de 1 ou 2 ganglions sentinelles micrométastatiques :*

- La réalisation d'un curage axillaire (Grade B) ou d'une radiothérapie ganglionnaire (Avis d'experts) n'est pas recommandée.

*En cas de 1 ou 2 ganglions sentinelles macrométastatiques sans rupture capsulaire :*

- La réalisation d'un curage axillaire n'est pas recommandée si un traitement systémique adjuvant est associé (Grade B).
- Une radiothérapie ganglionnaire sus et sous-claviculaire est recommandée (Grade A).
- Concernant la radiothérapie axillaire, son indication ou sa non-indication doit être discutée en prenant en compte les facteurs de mauvais pronostic (niveau de preuve non suffisant pour une recommandation) (Avis d'experts).

- En cas de mastectomie

- En cas de cellules tumorales isolées et/ou de 1 ou 2 ganglions sentinelles micrométastatiques, la réalisation d'un curage axillaire (Grade B) ou d'une radiothérapie ganglionnaire (Avis d'experts) n'est pas recommandée.
- En cas de 1 ou 2 ganglions sentinelles macrométastatiques, un complément thérapeutique axillaire par curage axillaire ou radiothérapie axillaire complémentaire est recommandé (Grade A).

- Quelle que soit la chirurgie

- À partir de 3 ganglions sentinelles positifs ou en cas de rupture capsulaire sur macrométastase, un curage axillaire seul est recommandé (Avis d'experts).

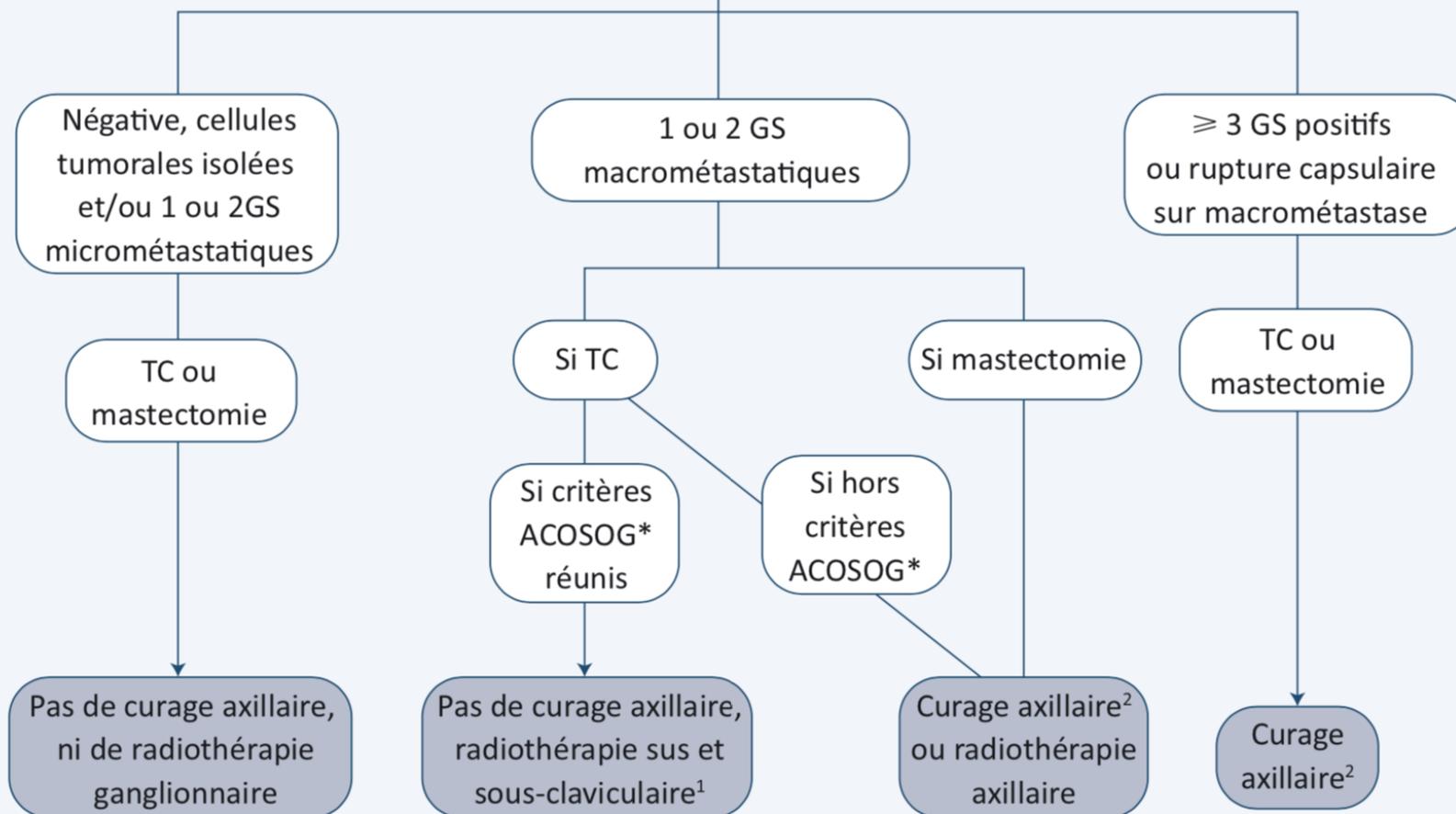
TC OU MT

## Procédure de ganglion sentinelle

0 / 1-2 / 3

Voir les recommandations de la Question 4 –  
Arbre 4 portant sur les modalités de détection  
du ganglion sentinelle

Voir les recommandations de la Question 5  
portant sur les indications d'analyse extemporanée  
et les modalités d'analyse du ganglion sentinelle



# Désescalade : abstention évaluation ganglionnaire

Possible abstention du GS : découverte fortuite ou d'emblée si tous les critères

- **T1a/b et N0**
- **luminal A**
- **âge > 70 ans**
- **et/ou comorbidités majeures**
- **et découverte fortuite**
- **Echographie axillaire obligatoire**

# Take home messages

- **Elargissement des indications GS comme technique de référence**
  - cN0 clinique et radiologique
  - Tumeur unifocale de moins de 50mm
  - Tumeur multifocales)
  - Tumorectomie antérieure
- **Réduction des indications de reprise en Curage axillaire : GS seul si**
  - **En cas de Traitement Conservateur**
    - Si CTI et /ou MicroM dans 1 ou 2 GS
    - Si 1 ou 2 macroM si TT Adjuvant et si RT sus et sous-clav
  - **En cas de Mastectomie**
    - Si CTI et /ou MicroM dans 1 ou 2 GS



# Merci de votre attention



Pr Pierre Collinet – Dr M Lesage

*Hôpital Privé Le Bois – Clinique de la Victoire  
Pôle Ramsay Lille Métropole*

Email: pierre.collinet@hotmail.fr  
1 Square Rameau 59000 Lille / Tel : 03 20 21 42 03

