

1^{ères} JOURNÉES FRANCOPHONES
de MÉDECINE NUCLEAIRE
La Rochelle

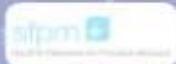
LE GANGLION SENTINELLE EN CANCÉROLOGIE CERVICO-FACIALE

FRANCK DELANOË
PIERRE PAYOUX
RAPHAËL LOPEZ
FRÉDÉRIC LAUWERS

TOULOUSE

Organisation conjointe de la SFMN
et de l'ACOMEN

XXXV^{èmes} Journées d'Étude et de Formation AFTMN
5^{èmes} Journées communes de Physique médicale



www.sfmn.asso.fr

www.aftmn.fr

avec le soutien des industriels partenaires
et de l'AFMNM

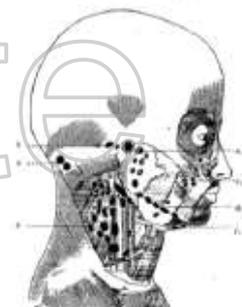


FIG. 101. — Résection partielle des ganglions sentinelles de la tête et du cou.

ANATOMIE

Copie Interdite

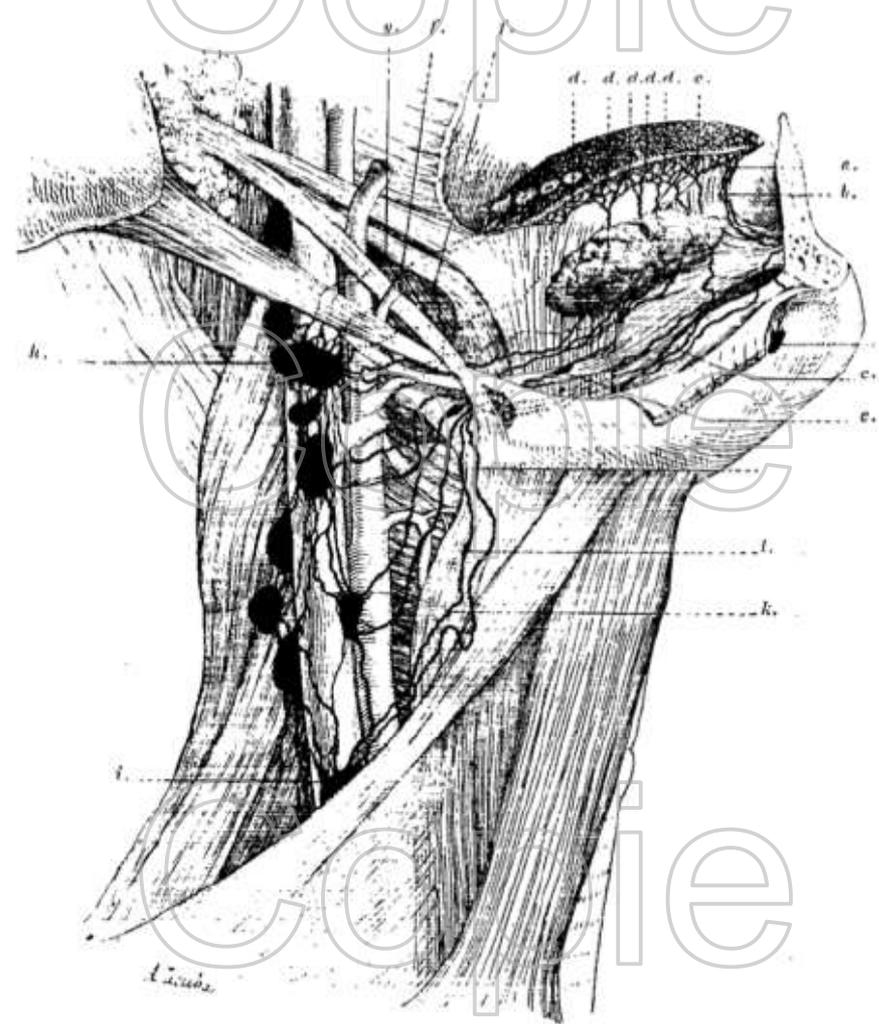


FIG. 674. — Lymphatiques de la langue, vue antérieure (Poirier).

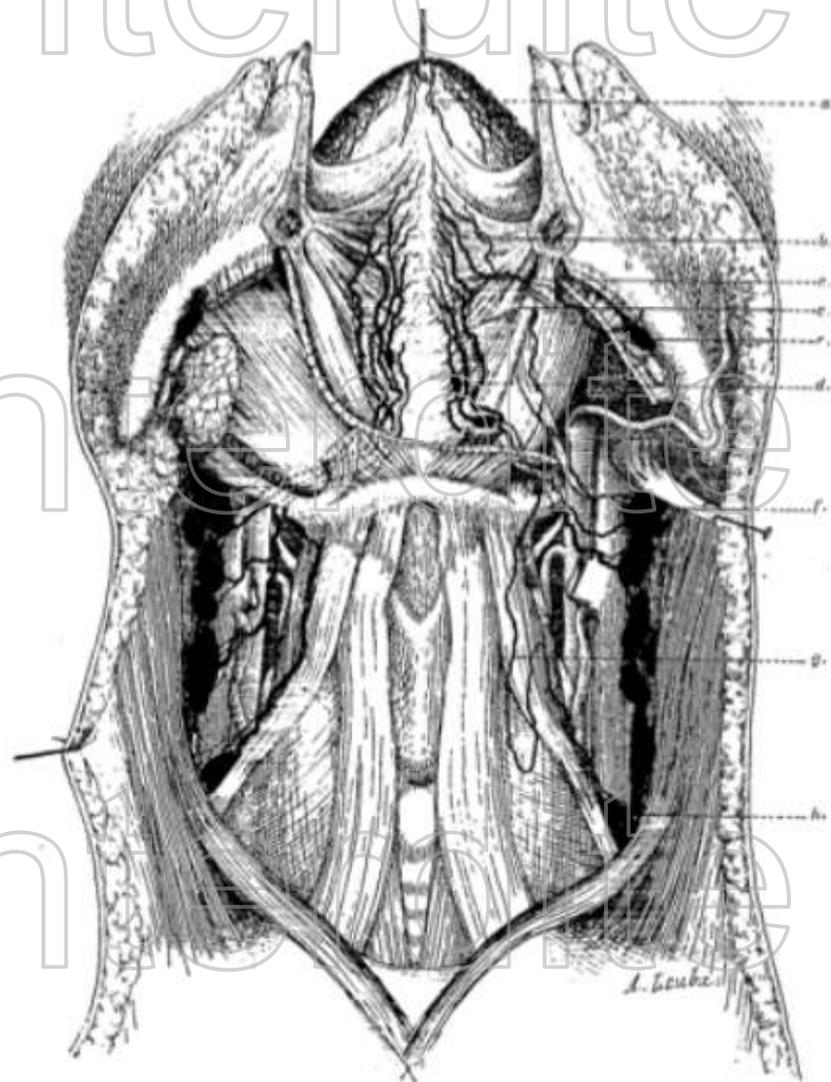


FIG. 675. — Lymphatiques de la langue, vue antérieure (Poirier).

ANATOMIE



FIG. 672. — Lymphatiques du pavillon de l'oreille (face interne).

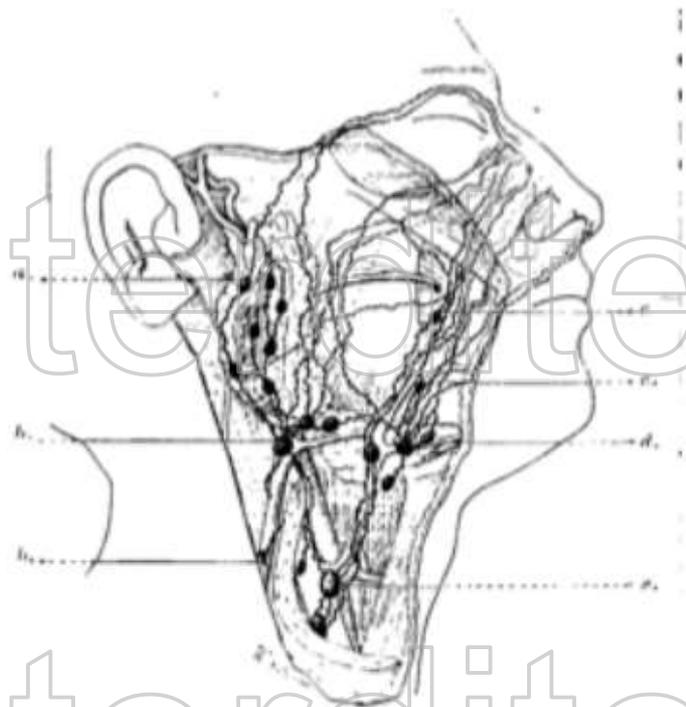


FIG. 668. — Lymphatiques du nez (d'après Küttner).

LE GANGLION SENTINELLE EST UN CONCEPT

Il est défini comme le premier ganglion recevant le drainage lymphatique de la tumeur

Le repérer permet de grader la maladie

Conceptuellement l'absence d'envahissement métastatique de ce ganglion serait un signe fiable de l'absence d'envahissement de tout autre ganglion

Cartographie fonctionnelle du drainage de la tumeur.

GS envahi = TX N+.

GS sain = TX N-

Intellectuellement le procédé utilisé pour l'identifier reproduit le chemin des cellules tumorales

Méthode colorimétrique.

Méthode isotopique.

Méthode mixte.

CONCEPT TECHNIQUE

Le drainage lymphatique du radio-isotope reproduit-il exactement le comportement des migrations cellulaires métastatiques ?

**Les particules de colloïde de Tc-99m mesurent de 0.1 à 1 μ ,
une cellule mesure de 10 à 30 μ**

Le radio-isotope est injecté en micro-bolus qui saturent plus ou moins le système de drainage et inondent le réseau d'aval alors que les migrations cellulaires se font par vagues à priori non prévisibles mais soumises vraisemblablement à des conditions locales et/ou régionales

ALTERNATIVES

L'atteinte ganglionnaire change dramatiquement le pronostic de la maladie

Lorsque le patient est gradé N0 il reste un risque non négligeable qu'il présente une métastase « occulte » « occulte » car ni l'examen clinique, ni les techniques d'imagerie les plus performantes ne peuvent l'identifier

LA GESTION DU COU N0 EST UNE PRÉOCCUPATION RÉELLE DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

- AGRESSIF: CURAGE SYSTÉMATIQUE

- ATTENTISTE: SURVEILLANCE

**PARTICULARITÉS DE LA RECHERCHE
DU GANGLION SENTINELLE
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES MÉLANOMES MALINS
DE L'EXTREMITÉ CÉPHALIQUE**

LAUWERS F., PAYOUX P., BOULINGUEZ S., LOPEZ R.,
DIALLO R., MODIGA O., DEKEISTER C., PAOLI J.R.,
BOUTAULT F.

TOULOUSE

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
MARSEILLE 2005

INTÉRÊT DU GANGLION SENTINELLE

Hypothèse: l'exérèse précoce des ganglions limite les disséminations métastatiques

**Technique du ganglion sentinelle (GS) introduite par Morton en 1992.
Standard américain dans la prise en charge du mélanome malin**

Intégration du statut histologique du GS dans la classification AJCC/UICC

Intérêt pronostic du GS reconnu. Le statut ganglionnaire est l'indicateur pronostic le plus puissant

Intérêt thérapeutique en cours d'évaluation (3 études)

- **Multicenter Selective Adenectomy Trial (Morton)**
- **Sun Belt Melanoma Trial**
- **Florida melanoma Trial**

SOR ACTUELS

- **Curage prophylactique [CONSENSUS1995] [ANDEM1995B]**
 - « en dehors d'une étude thérapeutique, un curage ganglionnaire à visée diagnostique ou de *staging* n'est pas recommandé actuellement du fait :
 - de l'absence d'impact démontré sur la survie (toujours l'objet d'études),
 - de l'absence de traitement adjuvant efficace,
 - de la morbidité induite par cette chirurgie. »
- **Ganglion sentinelle**
 - L'étude du ganglion sentinelle, selon la technique de Morton est en cours d'évaluation.
 - **Peut être proposée pour les stades IB, IIA et IIB, dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de protocoles d'évaluation (accords d'experts)**

ASCO - MAI 2005

Copie Interdite

Résultats de la « 3^{ème} analyse intermédiaire de MORTON

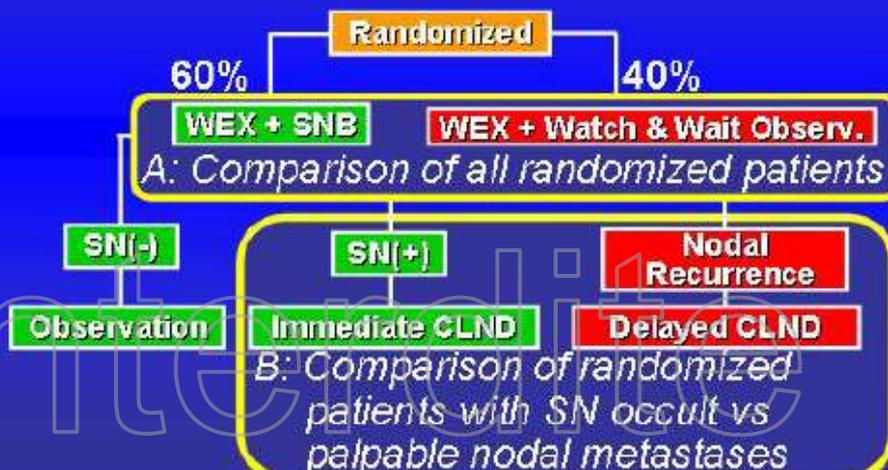
Interim Results of the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (MSLT-I) in Clinical Stage I Melanoma

Donald L. Morton, MD; John F. Thompson, MD; Allstair J. Cochran, MD;
Robert Elashoff, PhD; Richard Essner, MD; Edwin C. Glass, MD;
Nicola Mozzillo, MD; Omgo E. Nieweg, MD; Daniel F. Roses, MD;
Harald Hoekstra, MD; Constantine P. Karakousis, MD;
Douglas S. Reintgen, MD; Brendon J. Coventry, BM;
and the Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial Group

John Wayne Cancer Institute
Santa Monica, California



(MSLT-I) Compares Immediate vs
Delayed CLND for Nodal Metastases
Melanoma $\geq 1.0\text{mm}$ or Clark $\geq \text{IV}$
Bx-Proven Melanoma



ASCO - MAI 2005

Protocol Endpoints of MSLT-I	
	Status
Primary Aim Does SNB with Immediate CLND for positive SN improve overall disease specific survival compared to Delayed CLND when occult SN mets grow to palpable size?	NS at 3 rd Interim Analysis
Secondary Aims	
I Does SNB/Immediate CLND improves overall DFS?	Yes P=0.0065
II Does SNB status have prognostic significance?	Yes P=0.0001
III Does SNB accurately identify clinically occult nodal mets that will grow to palpable size if managed by "Watch and Wait"?	Yes 19.8 % vs 20.3%
IV For pts with clinically occult SN mets, does Immediate CLND prolong survival compared to Delayed CLND when SN mets grow to palpable size?	Yes P=0.0034

Critère principal

- sur tous les patients randomisés, pas de différence significative de survie globale à la 3ème évaluation intermédiaire

Critères secondaires

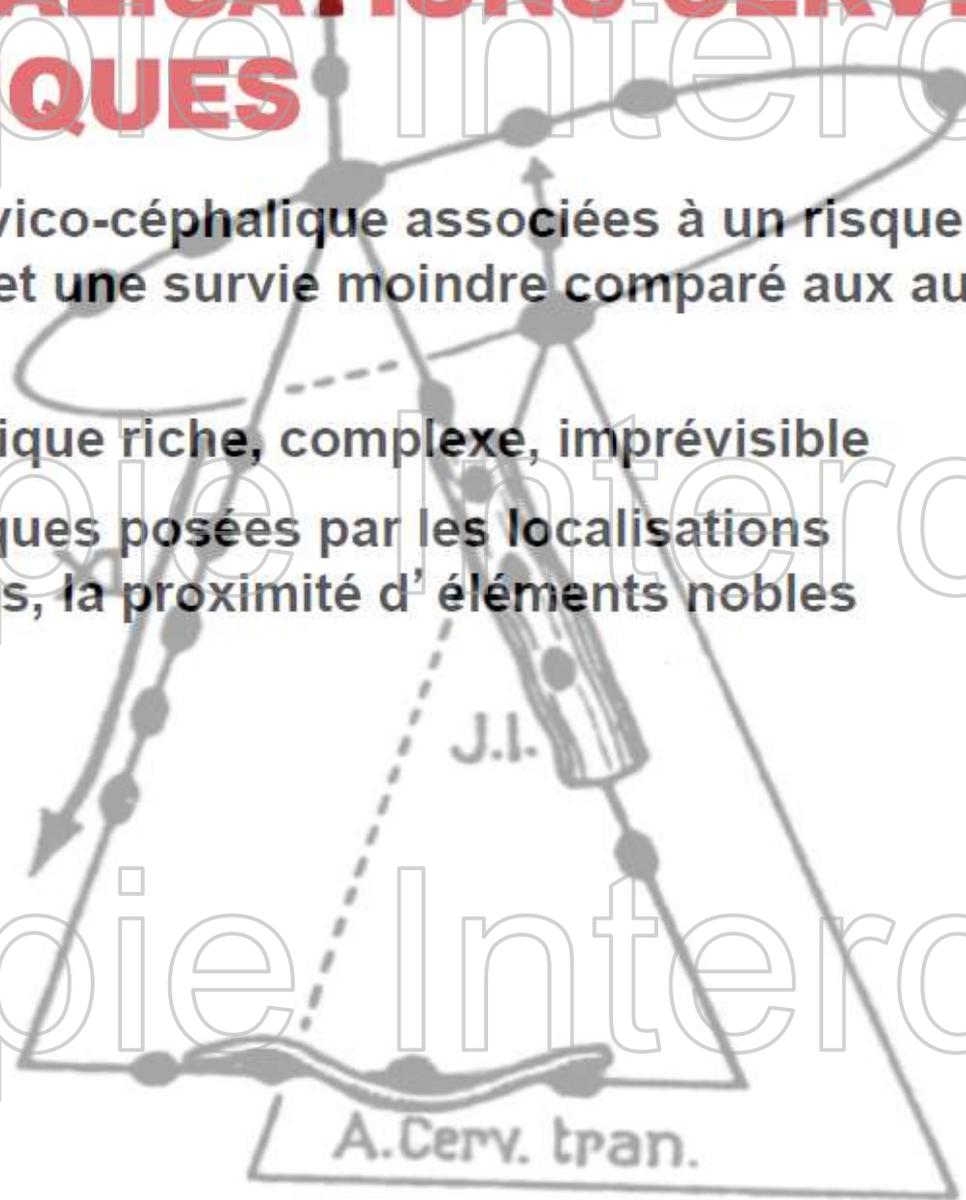
- Augmentation de la survie sans récurrence (p=0,0065)
- Signification pronostique (p=0,0001)
- Dans le sous-groupe des N+ (étude B): augmentation de la survie globale dans le groupe GS+curage immédiat par rapport à surveillance simple et curage tardif lors de l'atteinte ganglionnaire clinique (p=0,0034)

LE GANGLION SENTINELLE DANS LES LOCALISATIONS CERVICO- CÉPHALIQUES

Localisations cervico-céphalique associées à un risque plus élevé de récurrence et une survie moindre comparé aux autres sites

Drainage lymphatique riche, complexe, imprévisible

Difficultés techniques posées par les localisations intra-parotidiennes, la proximité d'éléments nobles



MATÉRIEL ET MÉTHODE

Du 01/01/2003 au 31/08/2005 110 patients hospitalisés pour MÉLANOME/GS

Breslow \geq 1mm ou ulcération ou régression

Patient N0 clinique et bilan d'extension négatif (RT, écho hépatique)

2 médecins nucléaires, 3 chirurgiens, 1 médecin anatomo-pathologiste

La scintigraphie toujours réalisée et toujours le matin de l'intervention

Pas d'utilisation de bleu

Prélèvement extra-capsulaires des ganglions adressés frais au laboratoire.

Pas d'examen extemporané.

La procédure est réalisée sous AG hors contre-indication spécifique

Evaluation prospective

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Technique d'injection

4 seringues à Insuline, aiguille solidaire
moins de 0,1 ml par seringue
300 microcuries de sulfure de rhénium colloïdal (Nanocis©) marqués au ^{99m}Tc par seringue.

Injections intradermiques strictes en péri-tumorale

Eviter l'injection sous pression.

Acquisition des images

Caméra 3 têtes Phillips, parallèle, THR
Dès la fin de l'injection : clichés dynamiques durant 14 minutes sous 3 incidences (OAD, OAG, Post).

Puis clichés précoces statiques de 10 mn sous les 3 incidences

Repérage à la peau et contrôle par sonde (Europrobe Cis bio/Schering).

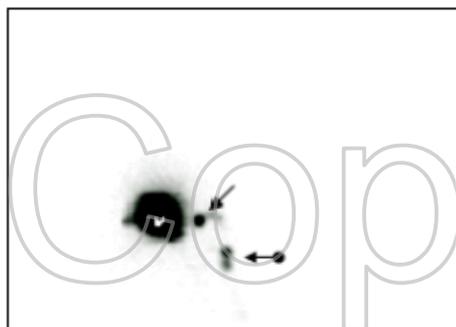
SPÉCIFICITÉS TECHNIQUES

- Repérage 3D nécessitant un minimum de 2 voire 3 incidences.

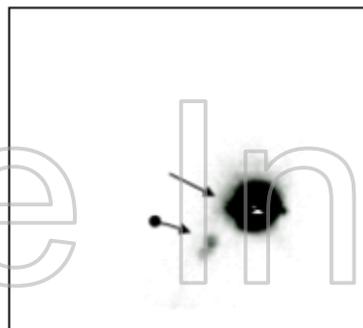
Proximité du site d'injection et du relais ganglionnaire lors du repérage per opératoire

Variabilité et densité du réseau lymphatique

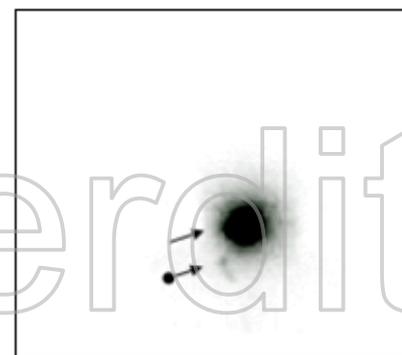
- Clichés dynamiques précoces et multi-incidences
- Injection de très faibles doses (<300 microcuries)
- Exérèse de la lésion avant les GS



OAG

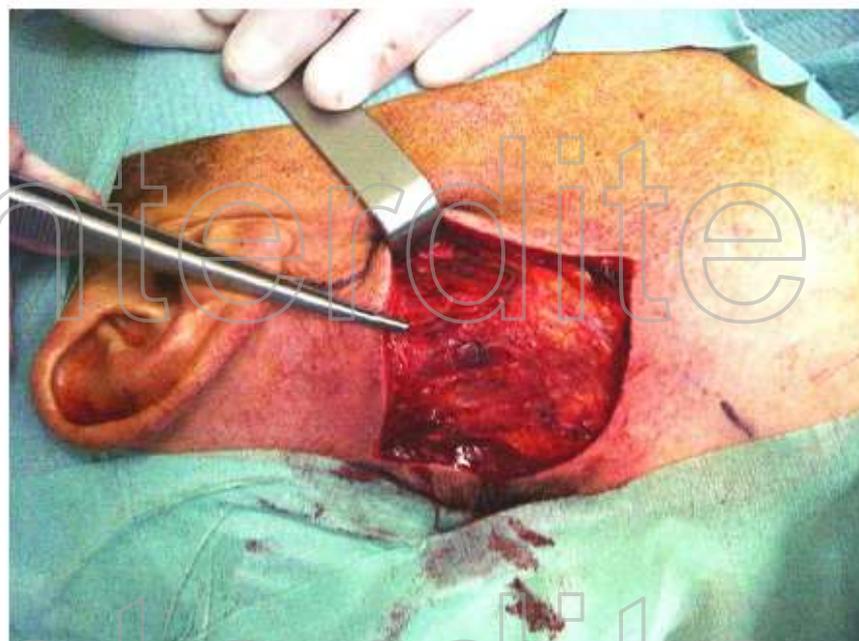


OAD



POST

PROMISCUITÉ



Copie Interdite

RESULTATS

Copie Interdite

Localisation	Tronc	Membre sup	Membre inf	Tête et cou	Total
Nbre de patients	45	14	36	15	110
%	40,9	12,7	32,7	13,6	99,9
GS positif	13	2	8	1	24
%	28,8	14,3	22,2	6,6	21,8

RESULTATS

Le colloïde radio-actif a toujours migré du site d' injection

1 à 6 ganglions, moyenne = 2.26

Localisation intra-parotidienne dans 20% des cas

Localisation cervicale antérieure dans 56% des cas

Localisation superficielle ou postérieure dans 24% des cas

DISCUSSION

La notion de courbe d'apprentissage semble prendre toute sa valeur dans les localisations cervico-faciales

La particularité du drainage lymphatique cervico-facial est un autre état de fait

Le faible nombre de ganglions sentinelles positifs dans les localisations céphaliques par rapports aux autres localisations est régulièrement rapporté :

- 15% vs 23% et 20% respectivement pour le tronc et les membres selon le Sunbelt Melanoma Trial Group (Chao 2003)

Le problème des faux-négatifs est un autre aspect illustrant cet état de fait

- 0% : Wells 1999 (suivi moyen de 11.6 mois)
- 0% : Bostick 1997 (suivi moyen de 46 mois)
- 10.5% : Jansen 2000 (suivi moyen de 23 mois)
- 25% : O'Brien 1995 (suivi moyen de 12 mois)
- 1.9% : Chao 2003 (suivi moyen de 18 mois)
- 6.8% : Carlson 2005 (suivi moyen de 34.7 mois)

DISCUSSION

Les problèmes majeurs évoqués sont :

- **L'ombre créée par le traceur radioactif**
- **Le phénomène de wash-out**
- **Les localisations intra-parotidiennes**

Les solutions proposées sont :

- **L'utilisation de très faibles doses de traceur radioactif (<1ml)**
- **Optimiser le nombre de sites d'injection**
- **L'ablation primaire du site d'injection**
- **L'utilisation du bleu patenté**

DISCUSSION

Les problèmes majeurs évoqués sont :

- L'ombre créée par le traceur radioactif
- **Le phénomène de wash-out**
- Les localisations intra-parotidiennes

Les solutions proposées sont :

- La réalisation d'images précoces en plusieurs incidences
- La réinjection per-opératoire péri-lésionnelle de traceur (toute les 20 mn)
- L'utilisation du bleu patenté (également en injections répétées)

DISCUSSION

- Les glandes salivaires fixent le technetium libre ce qui peut rendre délicat la localisation par la sonde
- La présence du nerf facial semble être mise en cause face au risque potentiel de lésion accru dans cette région

Les problèmes majeurs évoqués sont :

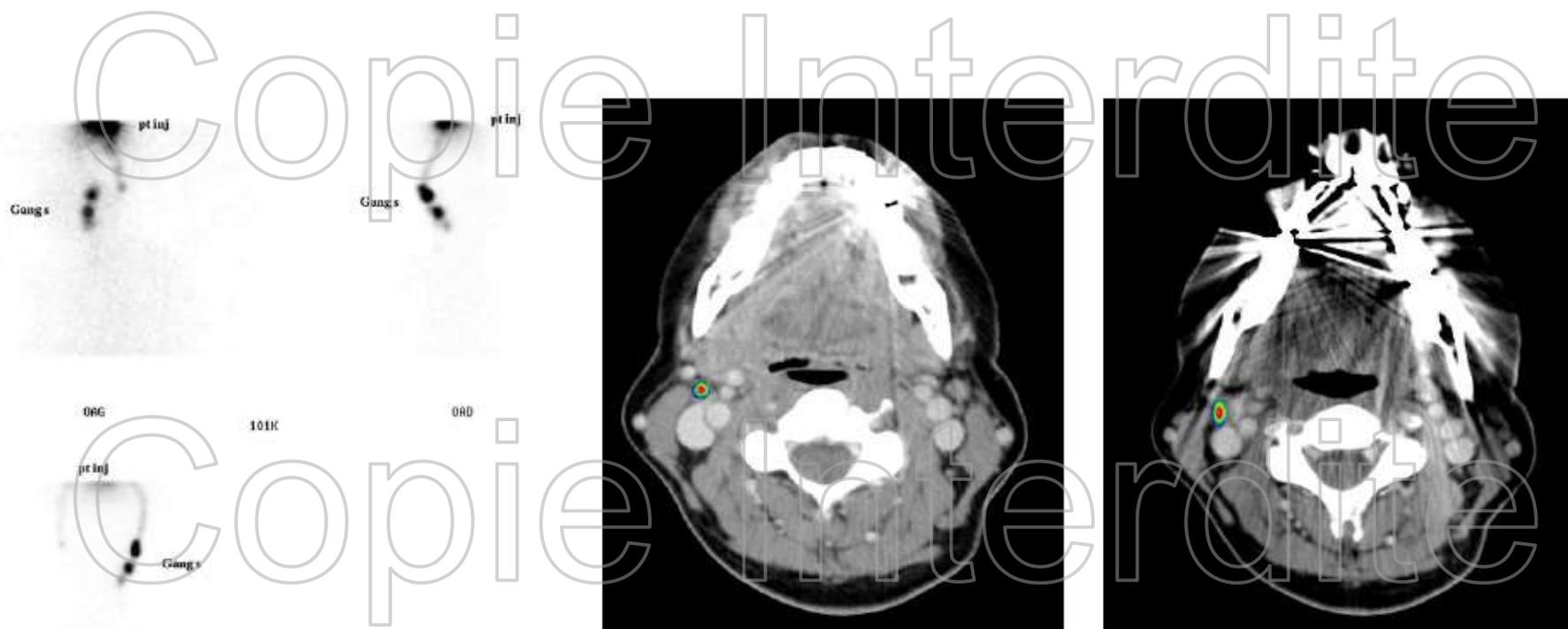
- L'ombre créée par le traceur radioactif
- Le phénomène de wash-out
- **Les localisations intra-parotidiennes**

Les solutions proposées sont :

- L'utilisation impérative de bleu (invaluable pour Carlson)
- Les localisations intra-parotidiennes profondes semblent rares
- la réalisation d'une parotidectomie superficielle en cas d'échec du repérage du GS

DISCUSSION Copie Interdite

La localisation tridimensionnelle des ganglions sentinelles par recalage multi-modal pourrait être une avancée notable dans les localisations céphaliques (Lopez 2004)



CONCLUSION

Les mélanomes de la tête et du cou ne suivent pas toujours des voies anatomiques prévisibles et la recherche du ganglion sentinelle semble capable de discerner ces possibles variations.

Mais le risque anatomique est plus important (nerf facial, nerf accessoire notamment) nécessitant un training particulier.

Drainage parotidien est très fréquent : 20% dans notre étude, 25% des cas (Chao, Carlson) voire 30% (O'Brien), 50% (Eicher)

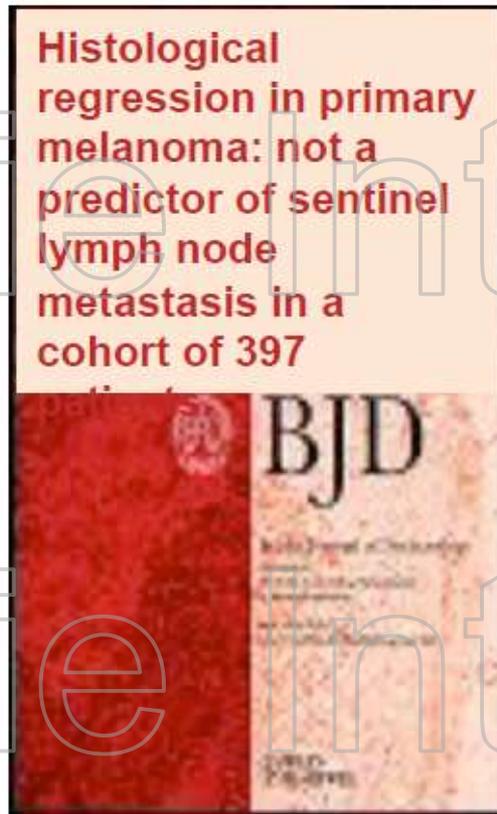
La pertinence du staging reste correcte et les complications faibles.

La technique a probablement une morbidité plus importante dans ces localisations pour un bénéfice moindre (faux négatifs).

Les techniques de recalage d'image sont en cours d'évaluation

L'apport d'une analyse des ganglions par rt-pcr est en cours d'évaluation dans de nombreux centres et pourra apporter des informations supplémentaires

Compte tenu de l'absence d'indication proprement reconnue en France une attention tout à fait particulière doit être portée au suivi de ces patients.



C. Pagès, P. Rochaix, T. Al Saati, S. Valmary-Degano, S. Boulinguez, E. Lauwers, S. Le Guellec, G. Delsol, P. Brousset, L. Lamant
Hum Pathol. 2008 Aug; 39(8): 1136-42

Socrier Y., Lauwers-Cances V., Lamant L., Garrido I., Lauwers F., Lopez R., Rochaix P., Chevreau C., Payoux P., Paul C., Meyer N. 2009
Accepté sous presse

Copie Interdite

UP TO DATE

Résultats définitif du Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial (MSLT-1, Morton, New England 2014)

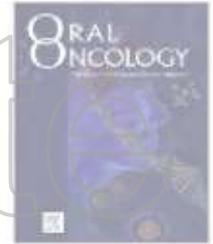
- **Le taux de détection est de 99,4%**
- **L'incidence des GS+ est de 20,4%**
- **Confirme le rôle central du ganglion sentinelle dans la prise en charge du mélanome**
- **Largement débattu quant à la méthodologie...**
- **Aucun élément concernant la localisation et la particularité des localisations céphaliques**



Contents lists available at ScienceDirect

UP TO DATE Oral Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/oraloncology



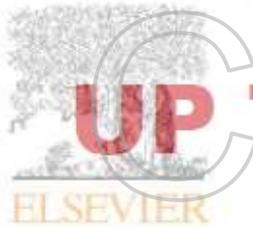
Editorial

Implications of the MSLT-1 for sentinel lymph node biopsy in cutaneous head and neck melanoma



E de Bree, R de Bree 2015

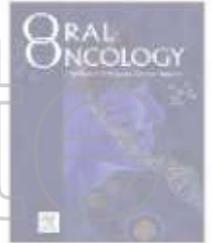
- **Taux de détection plus faible (94% vs 99%)**
- **Sur une étude intermédiaire de Morton:**
 - 99,3% dans le triangle fémoral
 - 95,3% dans la fosse axillaire
 - 84,5% dans les aires cervicales



Contents lists available at ScienceDirect

UP TO DATE Oral Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/oraloncology



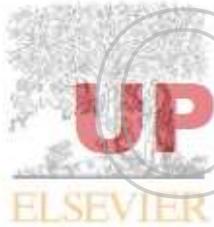
Editorial

Implications of the MSLT-1 for sentinel lymph node biopsy in cutaneous head and neck melanoma



E de Bree, R de Bree 2015

- **Taux de positivité plus faible ($p=0.0001$)**
 - 10,8% pour les localisations céphaliques
 - 16,8% pour les localisations aux membres
 - 19,3% pour les localisations au tronc
- **Le taux de récurrence après GS négatif est plus important pour les localisations céphaliques (faux négatifs)**
 - 29,1% vs 12,8%
- **Mortalité accrue....**

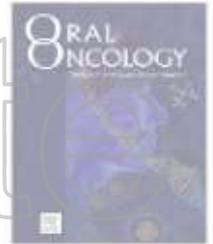


UP TO DATE

Contents lists available at ScienceDirect

Oral Oncology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/oraloncology



Editorial

Implications of the MSLT-1 for sentinel lymph node biopsy in cutaneous head and neck melanoma



E de Bree, R de Bree 2015

- **Complexité du drainage lymphatique?**
- **Complexité de l'anatomie du réseau?**
- **Proximité de la lésion primitive?**
- **La taille généralement plus petits des nœuds lymphatiques dans la région cervicale?**
- **Dissémination hématogène préférentielle ?**

CONCLUSION

Le statut du ganglion sentinelle demeure un élément pronostic fondamental de la prise en charge du mélanome dans les localisations céphaliques

La morbidité de la procédure est comparable à celle des autres localisations incluant le problème des ganglions intra-parotidiens

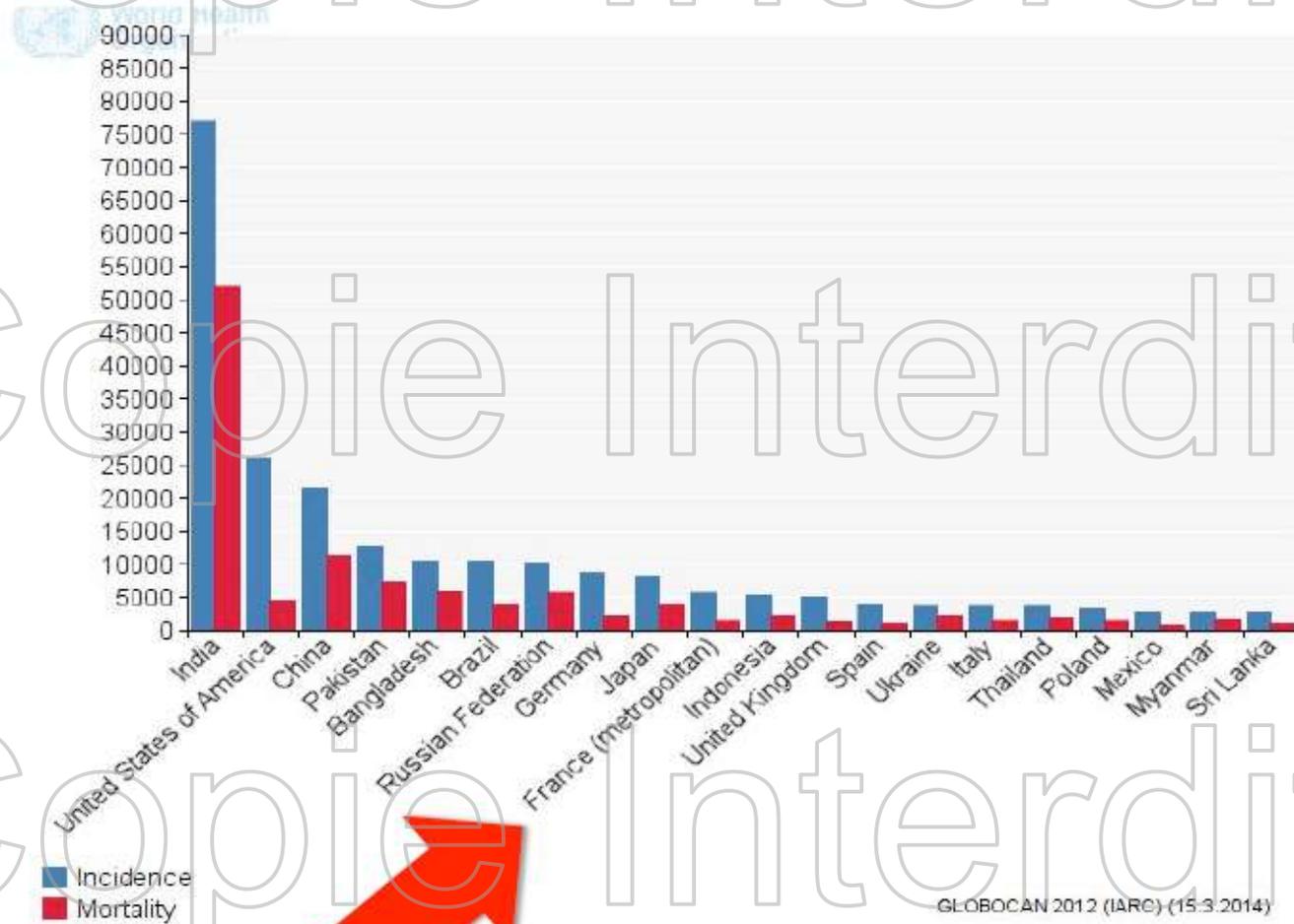
Ses indications sont donc superposables aux autres localisation

... mais nul n'est censé ignorer la réalité des faits !!

**GANGLION SENTINELLE ET
CARCINOMES ÉPIDERMOÏDES
DE LA CAVITÉ BUCCALE**

**VERS UNE PRISE EN
CHARGE CONSENSUELLE ?**

LES TUMEURS DE LA CAVITÉ BUCCALE



GLOBOCAN 2012 (IARC) (15.3.2014)

LES TUMEURS DE LA CAVITÉ BUCCALE PRONOSTIC

En France, les décès par cancer de cavité orale représentent:

- 12% des décès par cancer chez l'homme
- 1,6% des décès par cancer chez la femme

Le carcinome épidermoïde de la cavité orale est une maladie à haut risque léthal.

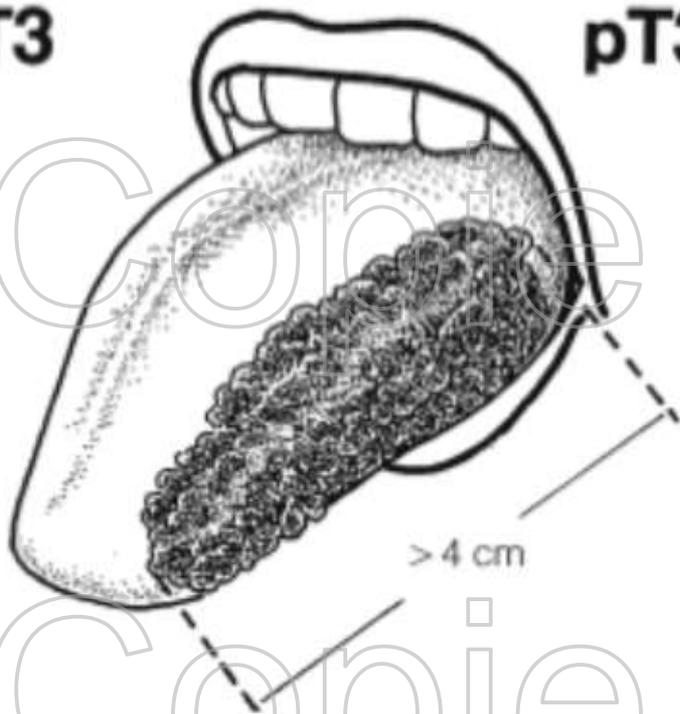
Le taux de survie à 5 ans, au moment du diagnostic:

- 80% pour une lésion découverte tôt
- 40% lors de présence de métastase ganglionnaire
- 20% lors de présence de métastase à distance

LA CLASSIFICATION

T3

pT3



T4a

pT4a

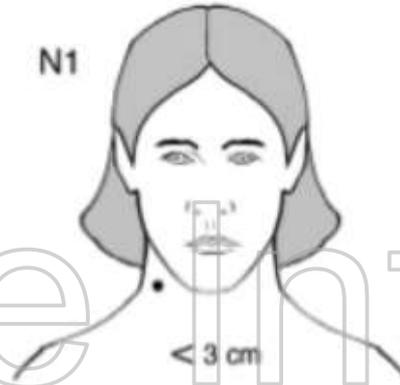


LE RISQUE GANGLIONNAIRE

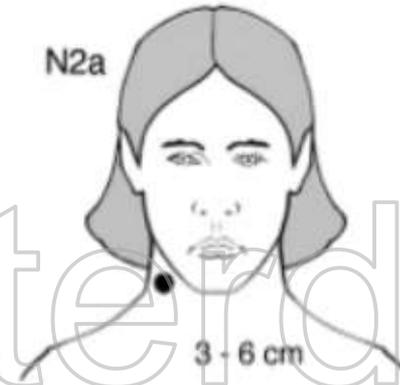
No



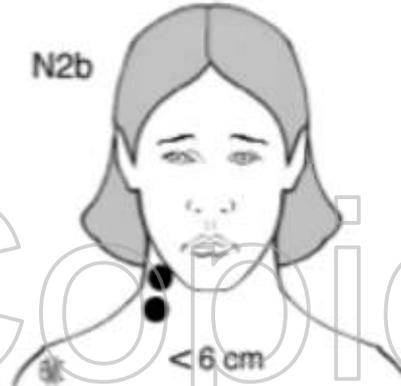
N1



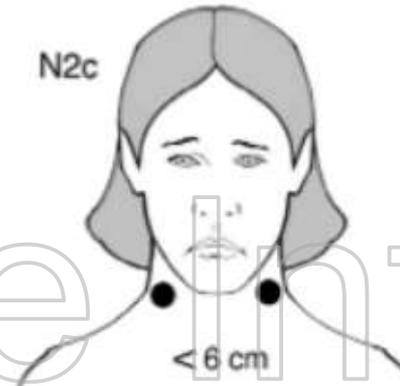
N2a



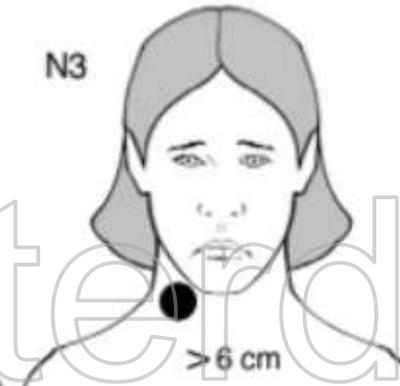
N2b



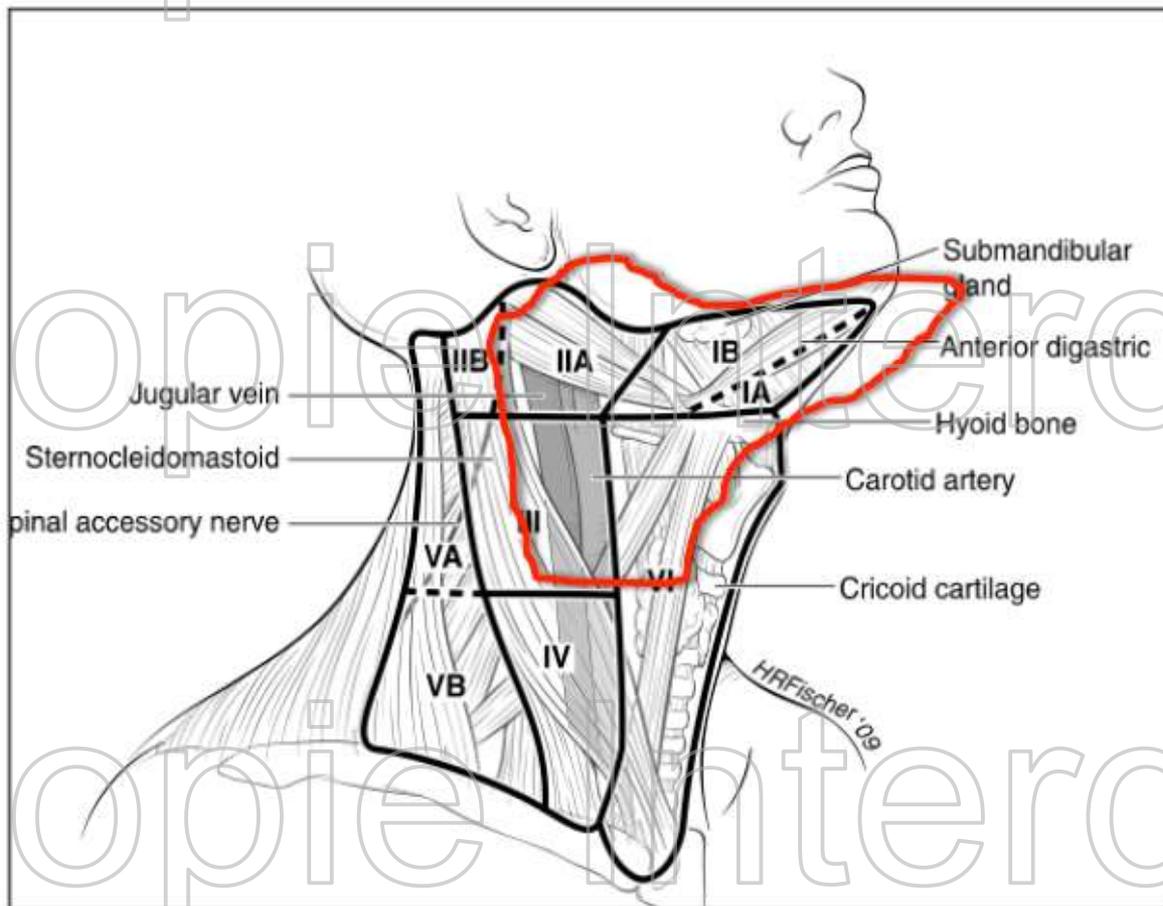
N2c



N3



LES AIRES GANGLIONNAIRES SELON L'AAO-HNS



L'INTÉRÊT DU GANGLION SENTINELLE (GS)

Traitement des aires ganglionnaires cervicales : curage ou abstention.

Problème des patients N0 : 24,8 % de métastases occultes.

- T1: 20,5 %
- T4: 31,7 %
- Donc 75% des évidements sont indemnes de métastases.
- À l'inverse 30% vont récidiver en l'absence de curage.

La technique du ganglion sentinelle a pour but de sélectionner ces 25 % de patients qui doivent être opérés, et d'éviter le curage aux autres.

INDICATIONS: SOR 1999

T1 NO M0

STANDARD

- Pas d'attitude standard
- Attitude TTT fonction concertation pluridisciplinaire (accord experts).

OPTIONS

- RAS

RECOMMANDATIONS

- Pas d'indication formelle à l'évidemment ganglionnaire systématique.
- Irradiation possible des aires ganglionnaires.

Conclusion

Technique du ganglion sentinelle: Selon équipes, expérience et RCP

INDICATIONS: SOR 1999

T2 N0 M0

STANDARD

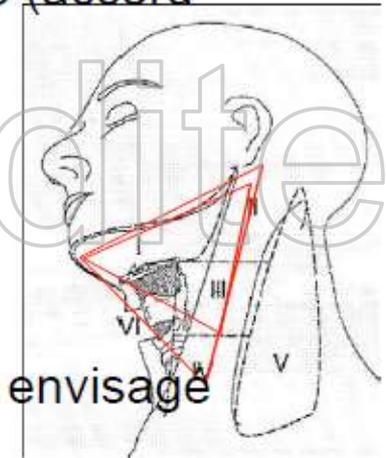
- Pas d'attitude standard
- Attitude TTT fonction concertation pluridisciplinaire (accord experts).

OPTIONS

- Evidemment ganglionnaire triangulaire \pm élargi
- Ou Radiothérapie

RECOMMANDATIONS

- Traitement systématique des aires ganglionnaires envisagé par chirurgie ou radiothérapie



Conclusion

Technique du ganglion sentinelle: Selon équipes, expérience et RCP

POURQUOI EVITER LE CURAGE?

Table 2. Clinical assessment of postoperative morbidity.

Item (scale)	Mean score (range)		p value
	SNB	END	
NDII	99.7 (90–100)	94.3 (32.5–100)	.0044
Modified Relative Constant Score	99.87% (97.3–100%)	96.13% (65.3–100%)	.0018
Scar length, cm	4.8 (2.5–6.5)	9.2 (5.0–19.0)	<.0001
	No. of patients		
Strength			
Normal	33	25	
Moderately impaired	0	2	
Severely impaired	0	2	
Total Postoperative Complications:	0	15	<.0001
Bleeding (revision in the operating room)	0	5	
Injury of marginal mandibular branch of the facial nerve	0	7	
Tracheotomy	0	1	
Injury of nervus lingualis	0	1	
Wound infection	0	1	

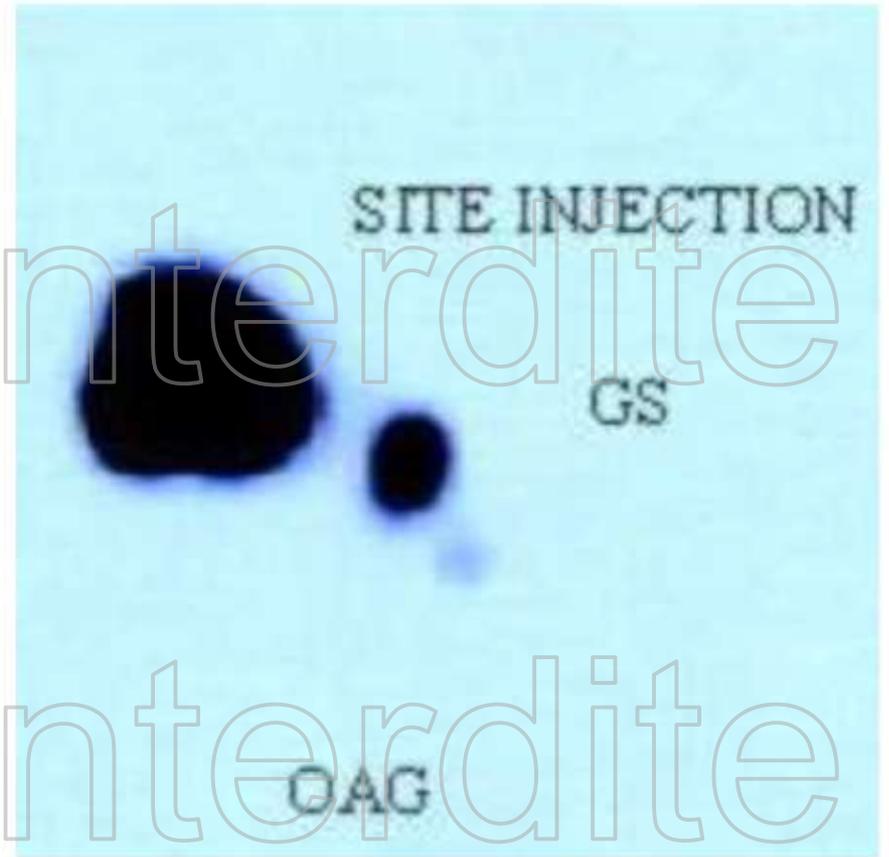
COMPARISON OF MORBIDITY BETWEEN SENTINEL NODE BIOPSY AND ELECTIVE NECK DISSECTION FOR TREATMENT OF THE NO NECK IN PATIENTS WITH ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

L'INJECTION DU TRACEUR

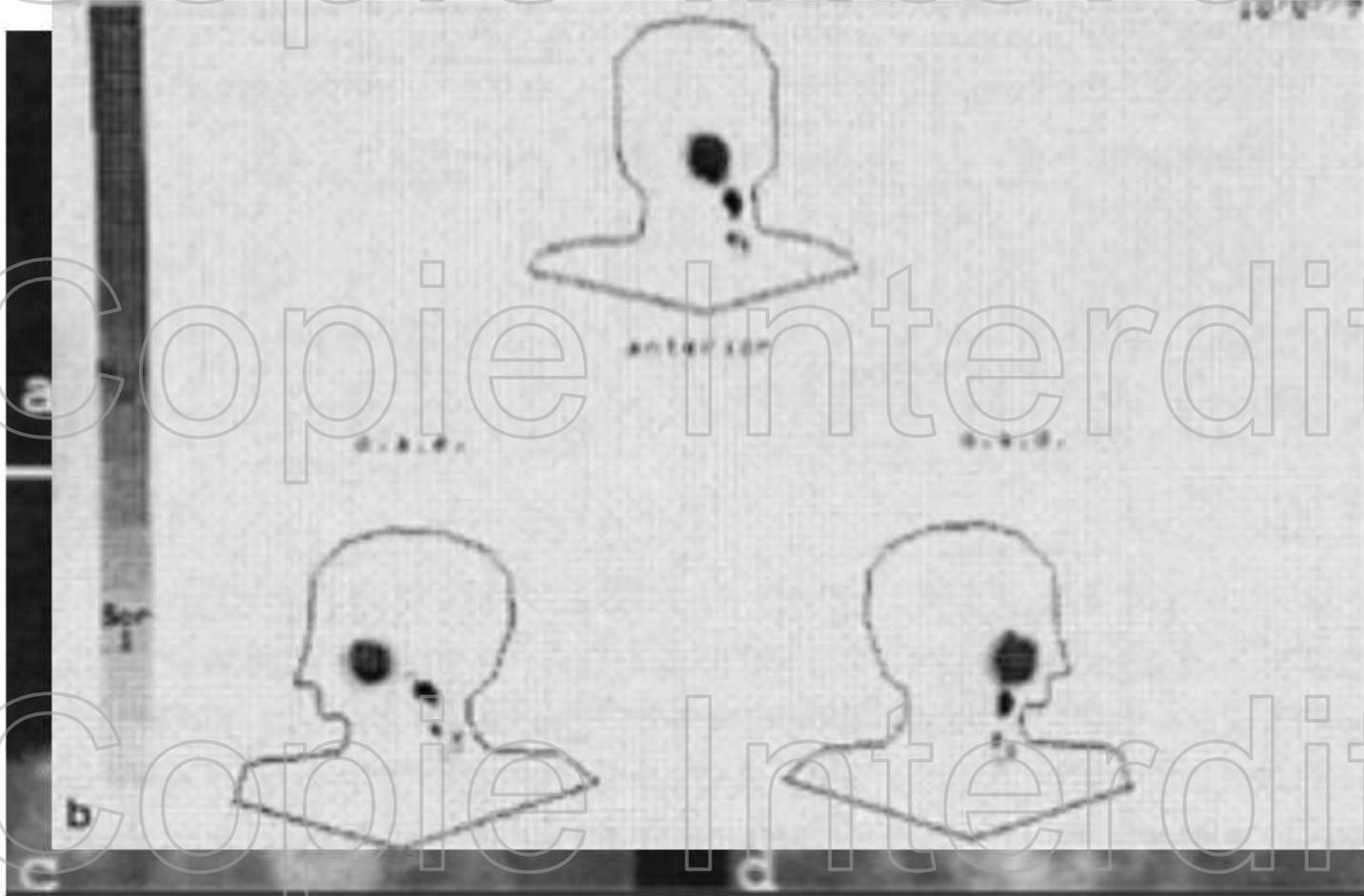


Méthode isotopique

LA LYMPHOSCINTIGRAPHIE

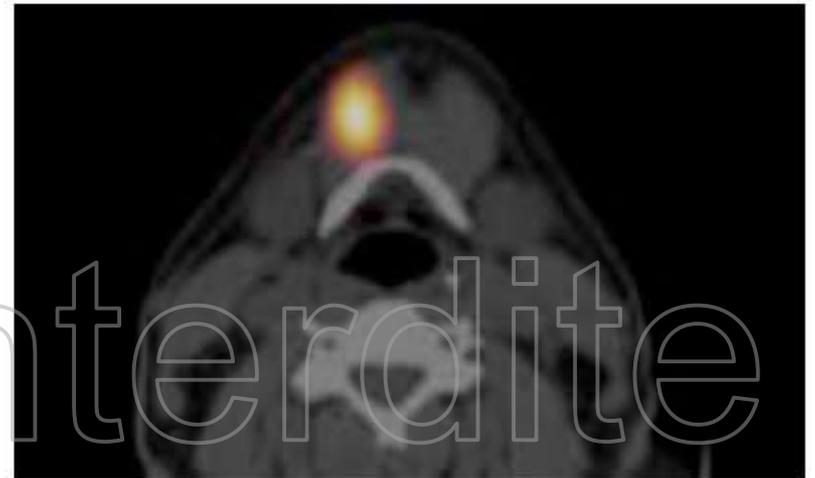
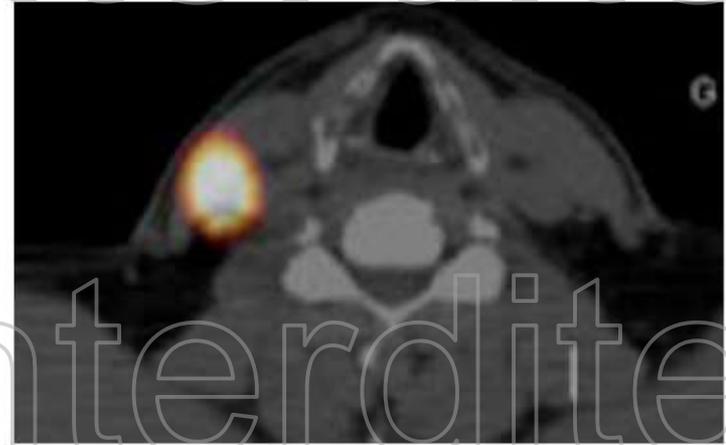
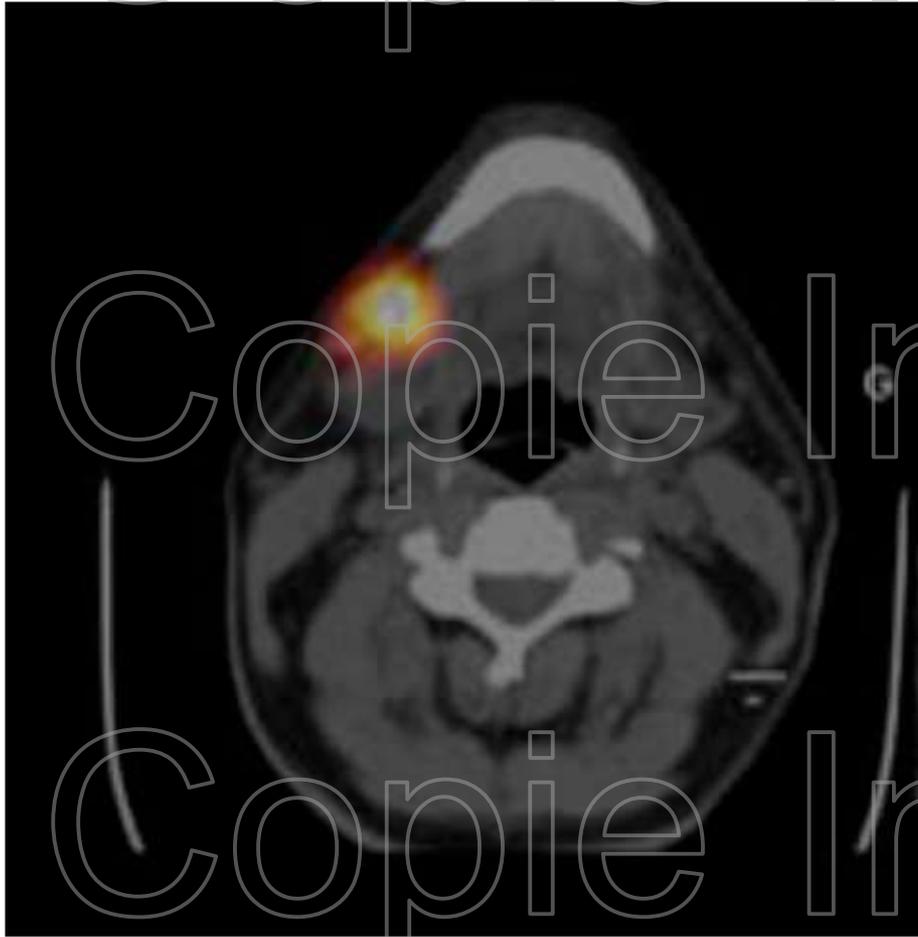


CONCORDANCE ANATOMIQUE



Contourage

CONCORDANCE ANATOMIQUE



SPECT/CT

L'ADÉNECTOMIE DU GS



EXÉRESE Copie Interdite



Copie Interdite

Copie Interdite

ANATOMOPATHOLOGIE

Le protocole est différent de celui d'un curage standard car le fait que le matériel soit plus limité permet d'inclure en totalité le ou les ganglions prélevés et donc une analyse plus exhaustive.

**EXPÉRIENCE DES
SERVICES DE
CHIRURGIE MAXILLO-
FACIALE ET DE
MÉDECINE NUCLÉAIRE
DU CHU DE TOULOUSE**

OBJECTIFS

Evaluation de la **faisabilité** et de la **fiabilité** de la technique dans les tumeurs de la cavité buccale et des lèvres T1/T2 N0.

Deux étapes

GS + évidement systématique : **faisabilité**/courbe d'apprentissage

GS seul.

Critères de jugement de la **fiabilité** :

Survie globale.

Survie sans récurrence.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude unicentrique rétrospective de janvier 2004 à décembre 2013

Critères d'inclusion :

Carcinome épidermoïde de la cavité buccale ou de la lèvre muqueuse, T1 ou T2.

N0 clinique et TDM.

Proposition de GS par RCP.

Critères d'exclusion :

Ganglions douteux.

Dossiers incomplets.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Première partie de l'étude (janvier 2004 à août 2011) :

Curage ganglionnaire systématique.

Recherche des GS sur la pièce ex-vivo.

GS et curage adressés séparément.

Groupe curage

Deuxième partie (mai 2005 à décembre 2013) :

GS repérés in-vivo par gamma-caméra et prélevés.

Pas de curage si GS négatif.

Groupe GS

RÉSULTATS

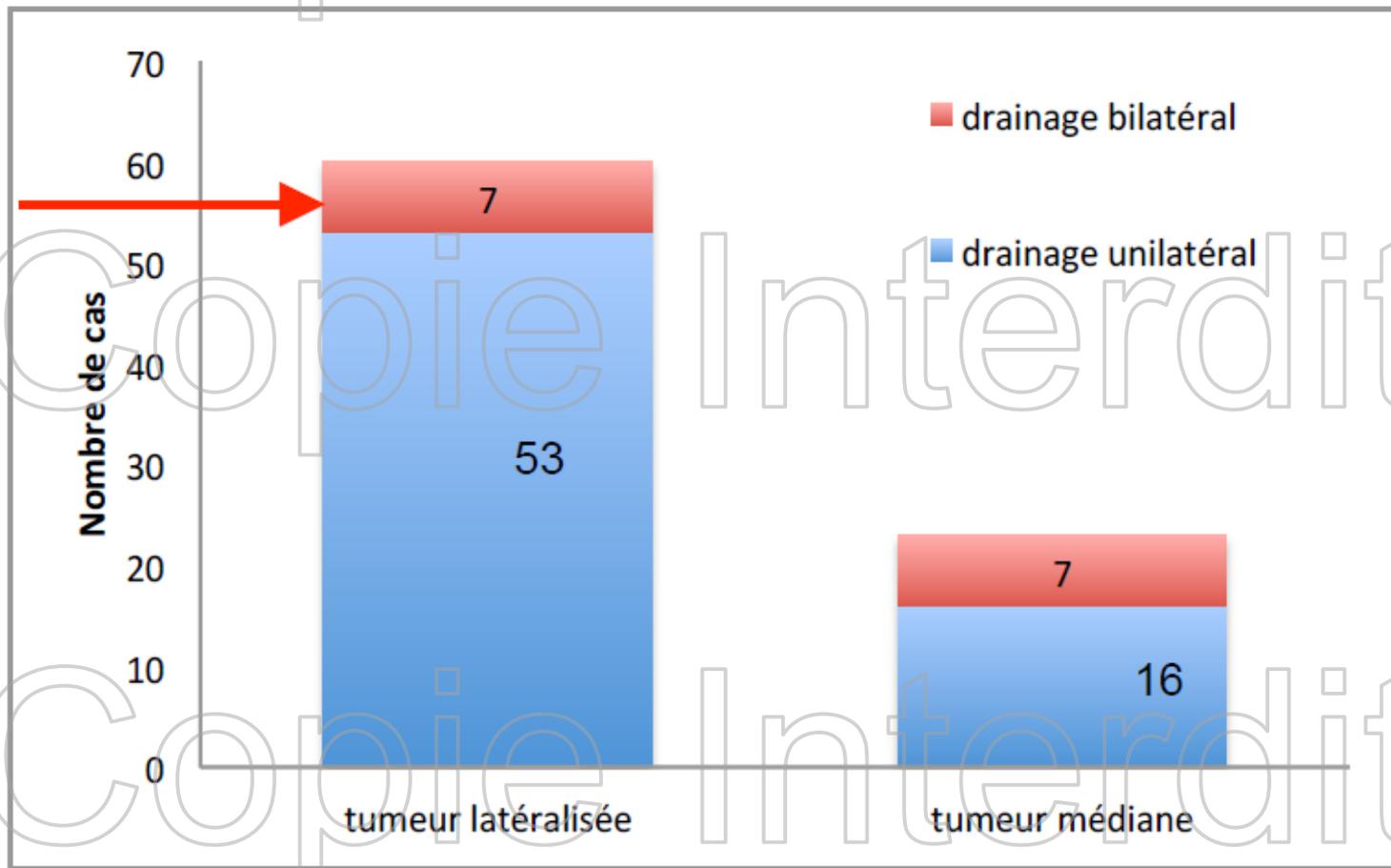
Interdite

Caractéristiques		Ensemble		Curage		GS	
		n	%	n	%	n	%
Nombre de patients		89	100	39	44	50	56
Sexe	Homme	54	61	26	67	28	56
	Femme	35	39	13	33	22	44
Age	Médian (min-max)	59 (34-98)		53 (34-82)		64,5 (39-90)	
Langue mobile		37	42	22	56	15	30
Plancher antérieur		19	21	6	15	13	26
Lèvre		10	11	0	0	10	20
Localisation	Maxillaire	8	9	5	13	3	6
	Plancher latéral	6	7	3	8	3	6
	Mandibule	5	6	2	5	3	6
	Joue	4	4	1	3	3	6
cTNM	cT1	53	60	13	33	40	80
	cT2	29	33	19	49	10	20
	cT3	1	1	1	3	0	0
	cT4	6	7	6	15	0	0

LOCALISATION DES GS PRÉLEVÉS



LOCALISATION DES GS PRÉLEVÉS



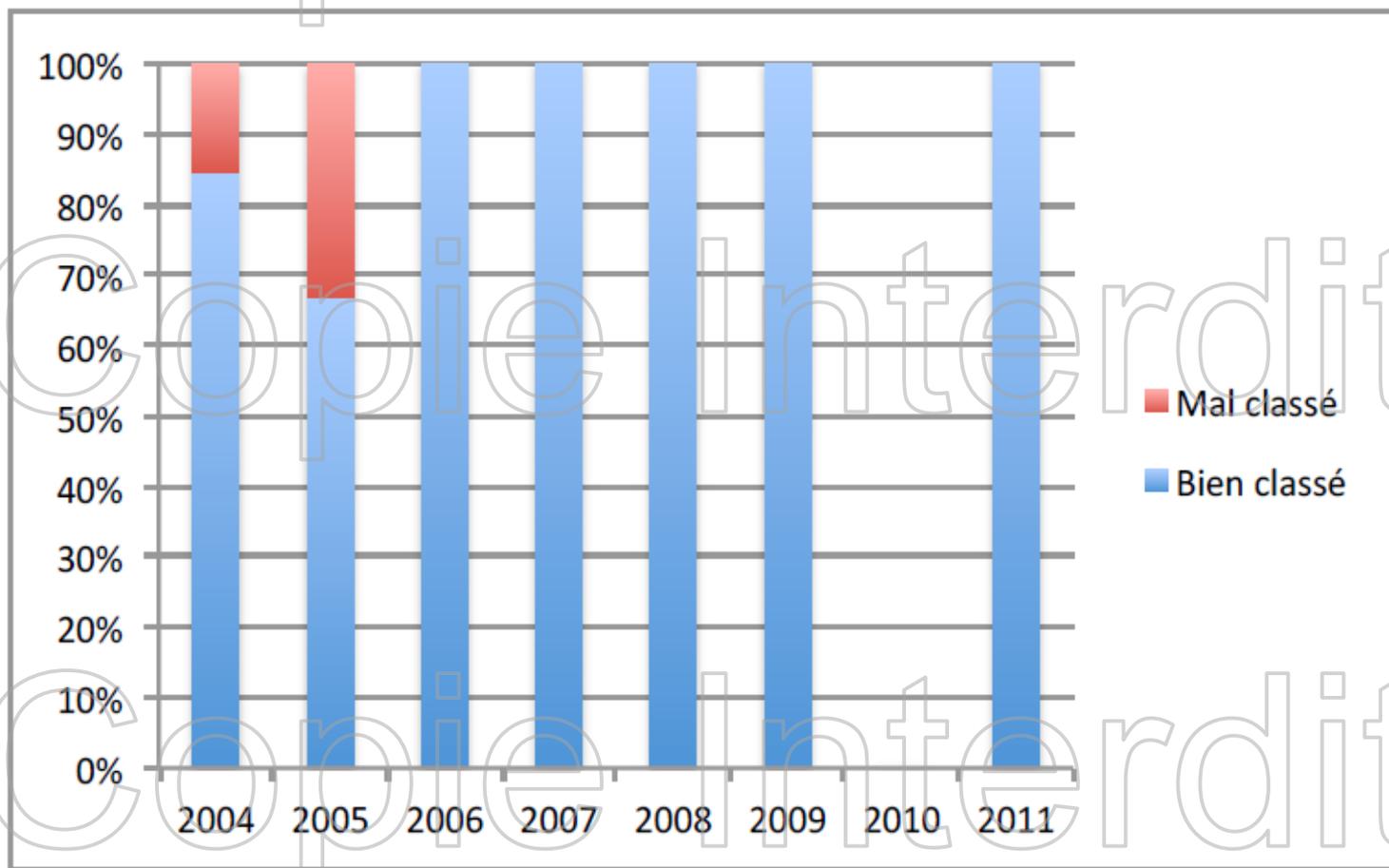
COPIE INTERDITE

GRUPE CURAGE

	cTNM		pTNM	
	n	%	n	%
Tis	0	0	1	3
T1	13	33	17	44
T2	19	49	16	41
T3	1	3	0	0
T4	6	15	5	13
	39	100	39	100

COPIE INTERDITE

GROUPE CURAGE

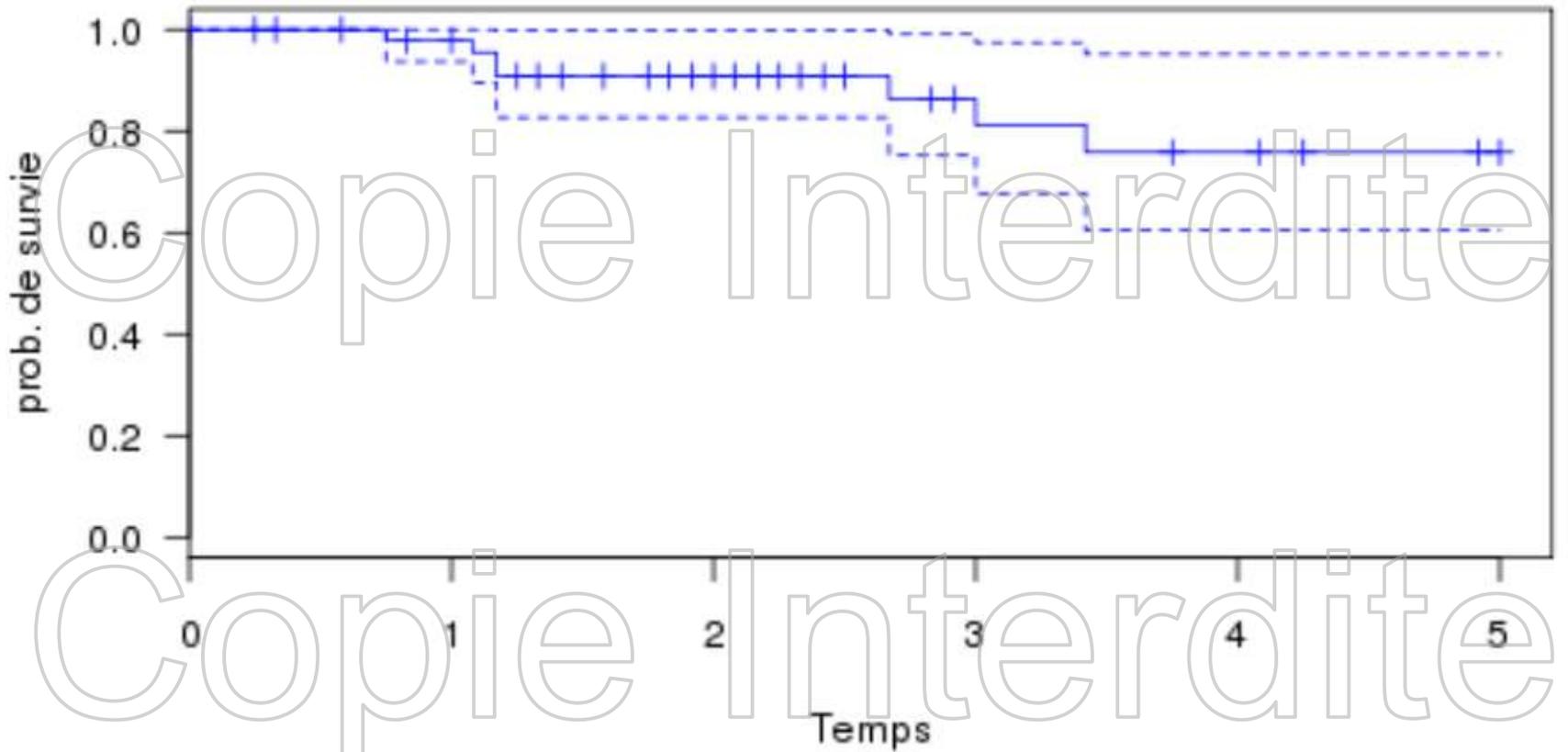


GROUPE GS Copie Interdite

	cTNM		pTNM	
	n	%	n	%
Tis	0	0	4	8
T1	40	80	34	68
T2	10	20	10	20
T3	0	0	0	0
T4	0	0	2	4
	50	100	50	100

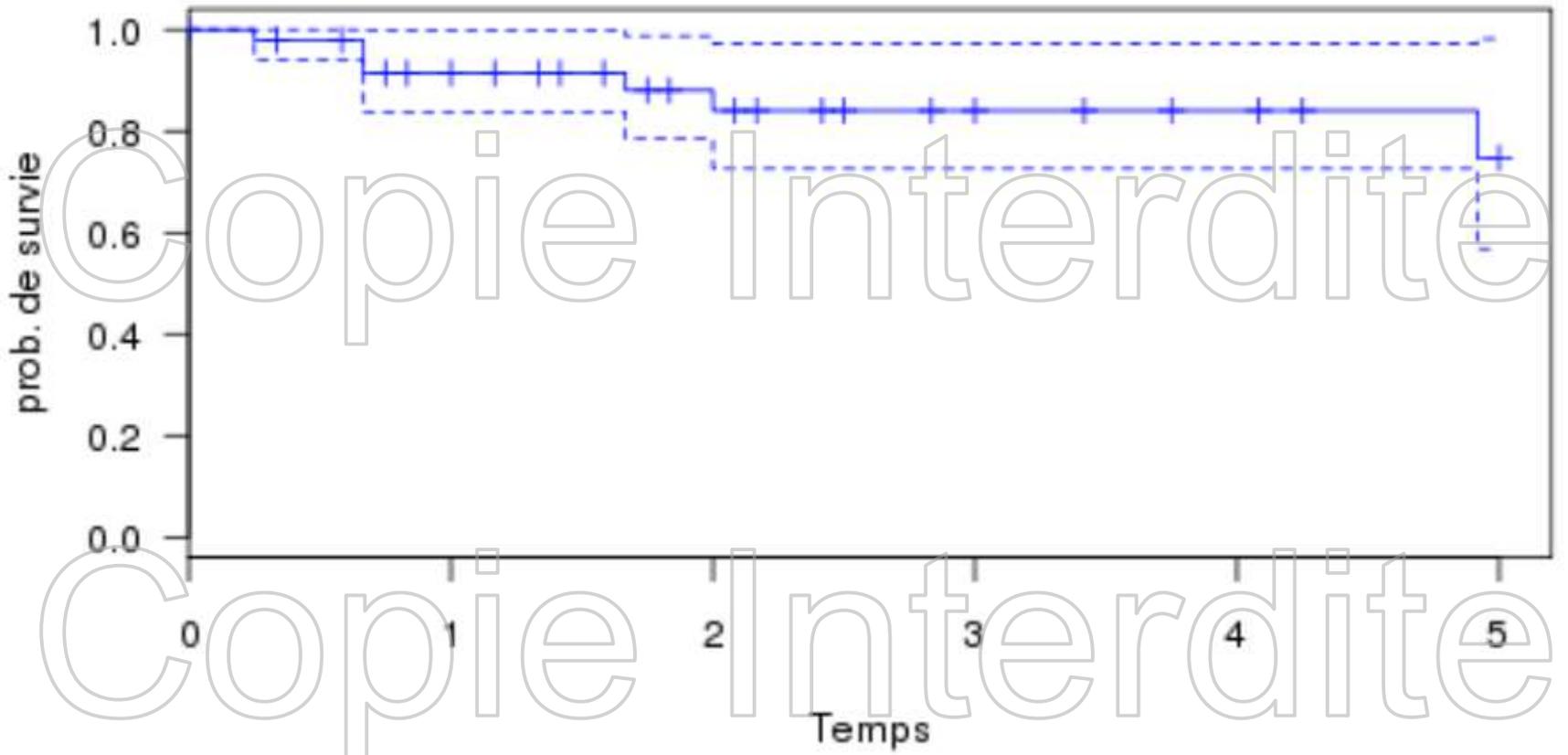
GROUPE GS Copie Interdite

Survie globale



GROUPE GS Copie Interdite

Survie sans récurrence



DISCUSSION

Deux groupes non comparables.

Groupe curage : évaluation de la technique.

- **Se = 62%**
- **VPN = 84%**

Groupe GS :

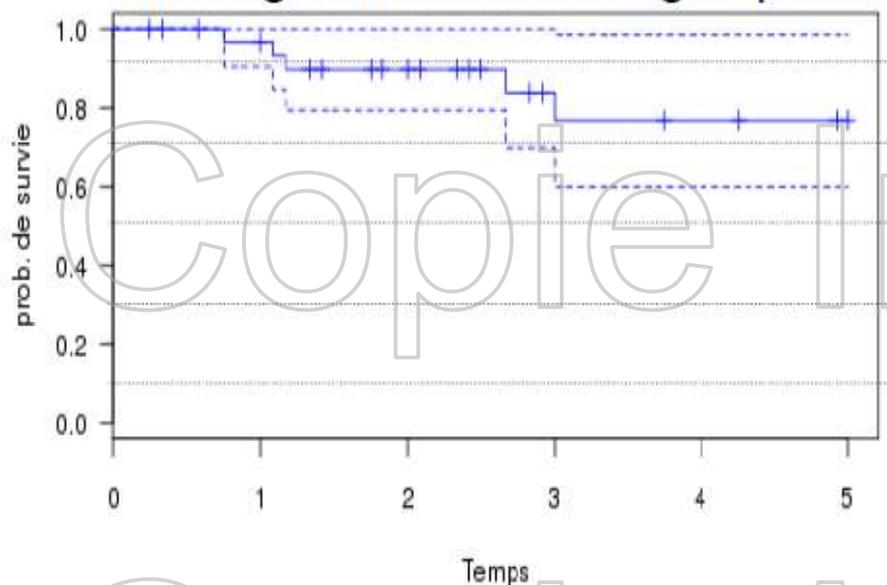
Meilleure sélection des patients.

50 patients classés cT1 ou cT2, cN0.

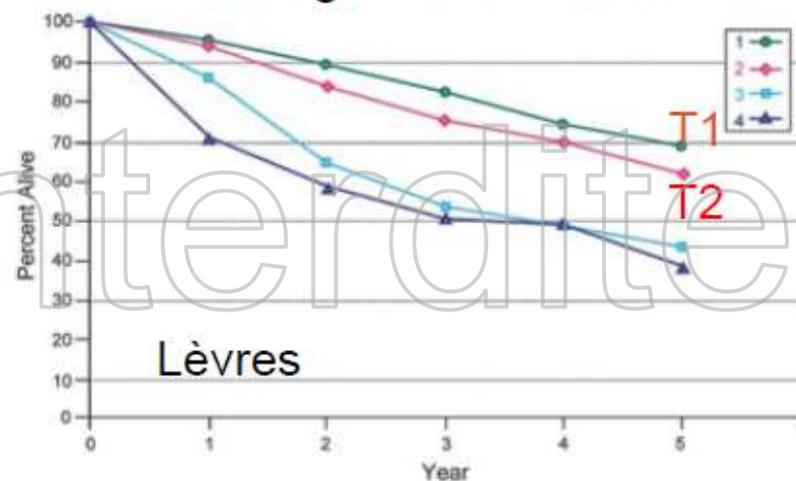
Courbes de survie comparables à la littérature.

SURVIE GLOBALE EN FONCTION DU STADE

Survie globale des T1 du groupe GS



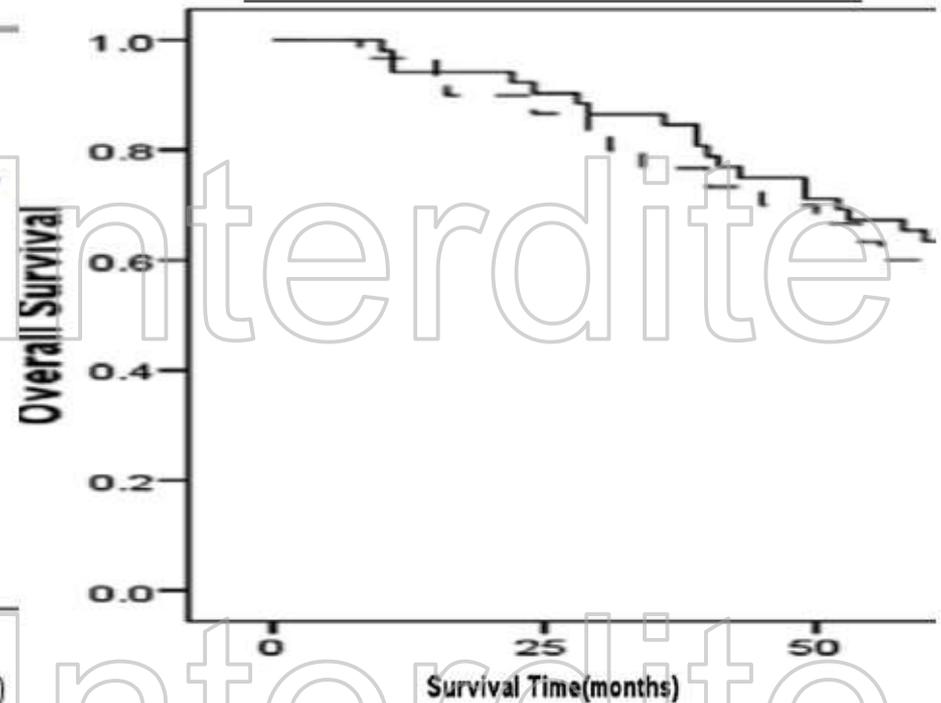
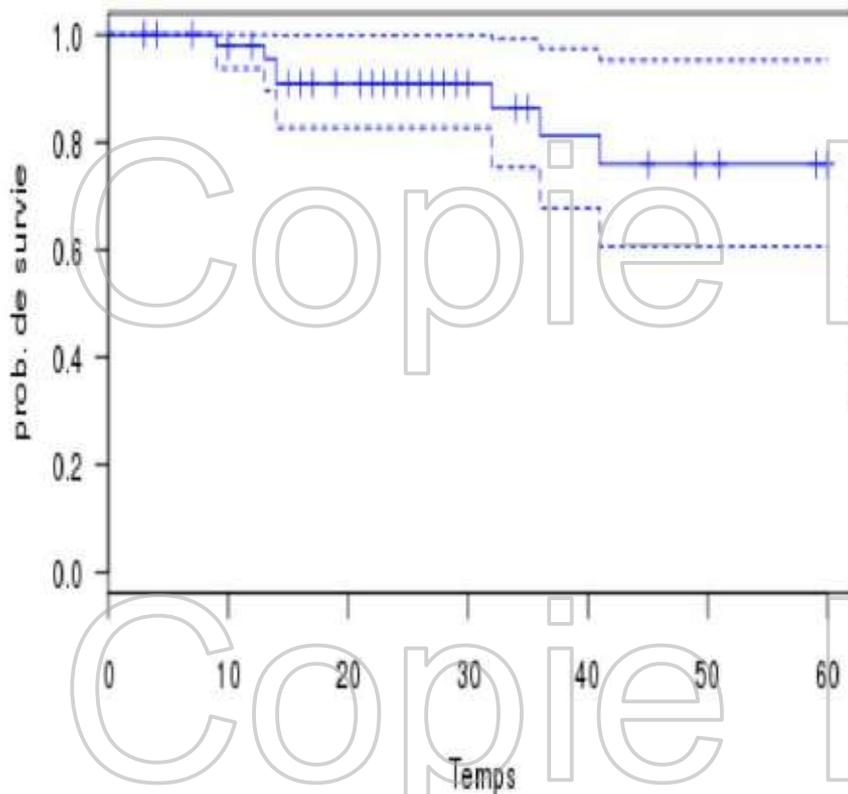
Survie globale selon l'AJCC



Observed Survival	1	2	3	4	5	95% CIs	Cases
1	95.5	88.8	82.0	74.3	66.7	66.3-71.1	2226
2	93.7	83.7	75.3	66.6	51.6	55.9-67.7	370
3	85.5	64.4	53.1	46.3	35.1	31.0-55.1	82
4	71.2	56.5	50.7	49.3	36.7	28.1-49.4	111

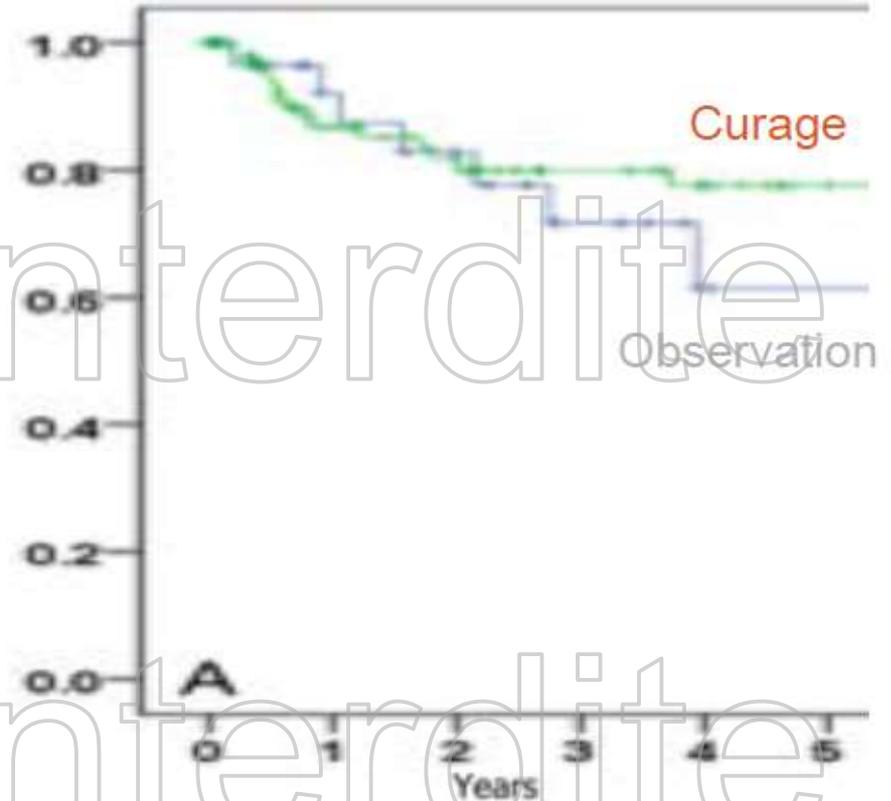
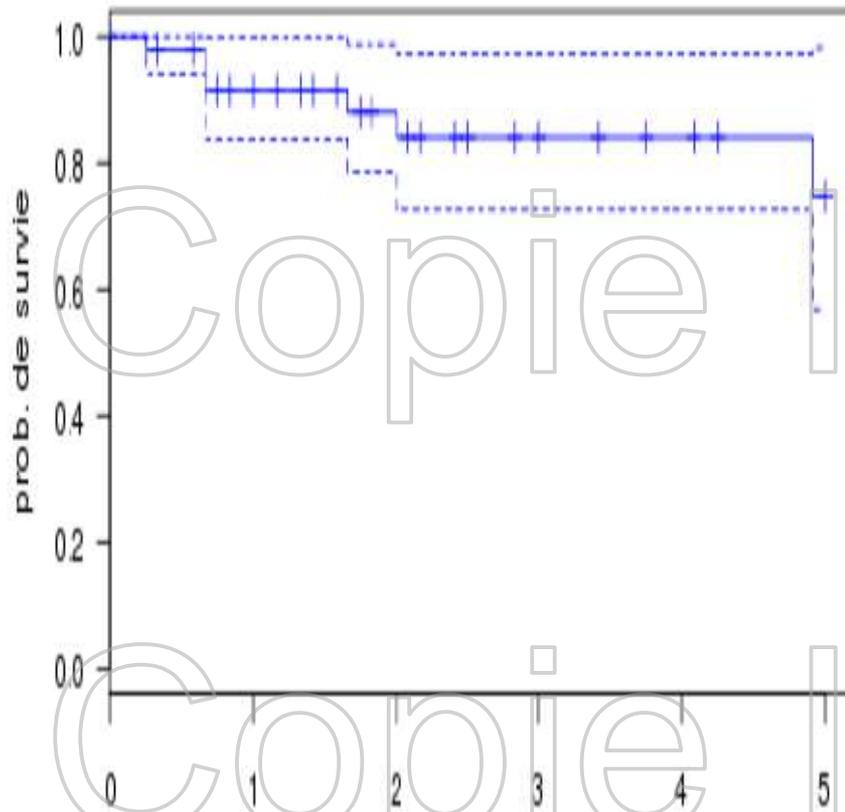
SURVIE GLOBALE: GROUPE GS

Su Feng et al. OOOO (2014)



SURVIE SANS RÉCIDIVE DU GROUPE GS

Peng et al. Am J otolaryngol 2014



Auteur	Journal	Caract. Patients	Nbre patients	Survie globale
Den Toom	Head & Neck 2014	GS	90	92% à 5 ans
Terada	Eur Arch ORL 2011	GS	45	91% à 5 ans
Kovacs	Ann Surg Oncol 2008	GS	103	82% à 5 ans
Flach	Oral Oncol 2013	Observation	234	81,6% à 5 ans
Broglie	Ann Surg Oncol 2011	GS	79	80% à 5 ans
Kelner	BJOMS 2014	Observation	61	77% à 5 ans
Notre étude	/	GS	50	76% à 5 ans
Mucke	BMC Cancer 2014	Evidements pN0	266	70,7% à 5 ans
Kelner	BJOMS 2014	Evidements	161	70% à 5 ans
Flach	Oral Oncol 2013	Evidements	51	69,5% à 5 ans
Su Feng	O000 2014	Evidements	52	63,5% à 5 ans
Mucke	BMC Cancer 2014	Evidements pN1	61	62,9% à 5 ans
Su Feng	O000 2014	GS	30	60% à 5 ans

CONCLUSION

La technique du GS seul ne semble pas aggraver le pronostic de survie globale et sans récurrence.

Evaluation cervicale performante qui permet une sélection des patients pouvant bénéficier d'un curage.

La recherche du ganglion sentinelle doit donc être proposée systématiquement à toutes les tumeurs épidermoïdes T1 ou T2 de la cavité buccale sans adénopathie clinique ou radiologique.

SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE

Performance diagnostique:

Détection autour de 97 %

Sensibilité autour de 93 %

La localisation de la tumeur est un sujet sensible les tumeurs du plancher buccal ont un taux de détection inférieur et un % de faux négatif supérieur

Lorsque plusieurs ganglions sont identifiés comme sentinelle, trois suffisent pour le staging du patient

Dans les tumeurs de la cavité orale les ganglions prélevés dans les aires IV et/ou V sont toujours négatifs

Amélioration de la survie spécifique dans certaines séries

La scintigraphie préopératoire est indispensable

Une phase d'apprentissage est obligatoire

SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE

Indications actuelles des équipes rompues

- T1 et T2 N0 ipsi, contro et bilatéraux
- T1 et T2 N1 pour les tumeurs franchissant la ligne médiane, vérification du côté sain
- Pas d'indication pour les tumeurs T3 et T4
- Pas d'indication sur les cous déjà traités

Recommandations du National Comprehensive Cancer Network

- Si la tumeur est chirurgicale (T1 ou T2) le GS est une alternative satisfaisante incluant un curage secondaire si positif
- L'indication n'est pas retenue pour les tumeurs du plancher buccal
- Chaque centre débutant doit réaliser une courbe d'apprentissage sur une série où le GS est systématiquement associé à un curage
 - Si le GS n'est pas trouvé un curage adapté doit être proposé
- **Aucune recommandation concernant la définition du cou N0...**

CONCLUSION

Les problèmes posés d'une pathologie à l'autre semblent différents et sont pourtant très liés

Dans les carcinomes épidermoïdes de la cavité orale le chirurgien est généralement spécialiste d'organe et bénéficie d'un regroupement anatomique accessible chirurgicalement

Ce n'est pas forcément le cas dans la prise en charge des tumeurs de la peau

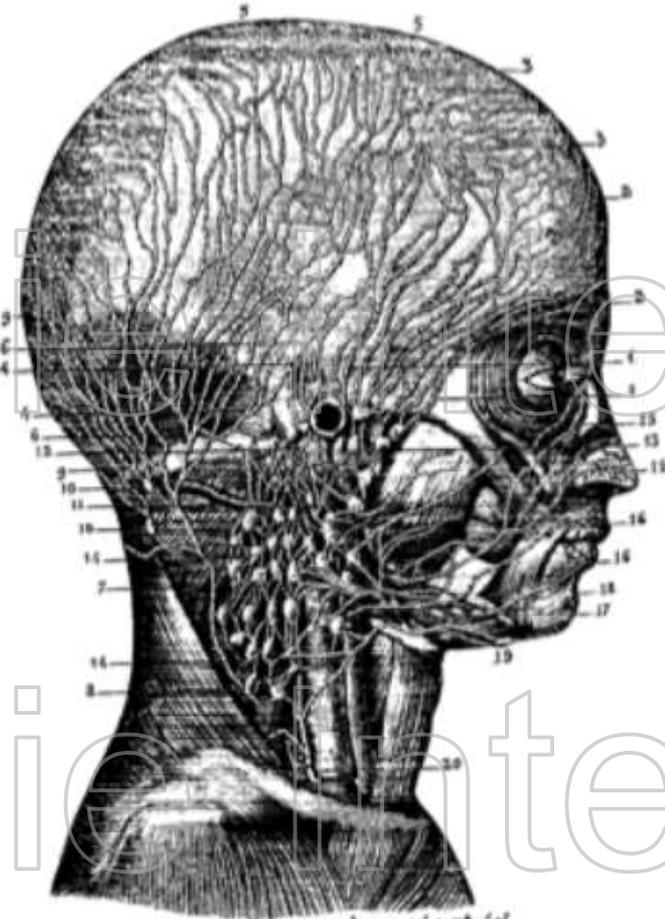
Le drainage lymphatique céphalique a à l'évidence des particularités qui sont mises en avant par la technique du ganglion sentinelle

Ces particularités sont à l'heure actuelle fondatrices des principaux développements de la méthode

Il semble que si la technique est de plus en plus consensuelle elle est encore loin d'être routinière pour la plupart

La routine est peut être encore l'un de ses ennemis

BONNE CHANCE



Marchand, sculp. — Beau, anat. nat. del.

FIG. 067. — Lymphatiques de la tête et du cou; grande veine lymphatique (d'après Sappey).