

Webinaire #3 - GT francophonie SFMN:

Ganglion sentinelle et cancer du sein, le point de vue des chirurgiens

24 nov. 2025

- **INVITES:**
 - Docteurs Pierre Bertrand et Jean-Louis Houpeau, chirurgiens sénologues, clinique Clémentville, Montpellier ([Montpellier Institut du Sein](#))
- **Indications systématiques:** Tumeurs mammaires T1 et T2 cN0 (pas de ganglion malade cliniquement)
 - Indications étendues aux lésions plurifocales et parfois multicentriques, certains T3, nécessitant un avis en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).
 - Pas de place du GS dans les tumeurs localement évoluées cN+, ce qui nécessite que la technique doit s'intégrer dans un cadre plus large de dépistage précoce de cancer du sein.
- **Indications facultatives:**
 - Chez les patientes > 70 ans présentant une tumeur T1-T2 de grade 1 ou 2, des récepteurs hormonaux positifs, un statut HER2 négatif (tumeurs luminal A, de bon pronostic), et une échographie axillaire négative (N0), la recherche du GS devient facultative (traitement conservateur avec radiothérapie).
- **Indication du GS après chimiothérapie néoadjuvante**, en l'absence de ganglions envahis cliniquement initialement.
 - Dans cette situation néoadjuvante, la règle des deux ganglions sentinelles positifs n'est plus valable; 1 seul GS positif mène au curage.
 - concept de la Dissection Axillaire Ciblée (DAC; Target Axillary Dissection - TAD) pour les cas où l'échographie révèle des ganglions suspects avant la chimiothérapie; si une réponse complète est obtenue après traitement, le curage peut être évité.
- **Protocole d'injection et délai d'opération :**
 - Standard = 1 **injection périaréolaire** dans le quadrant tumoral
 - Délai injection - opération: min 15 minutes - max 24 heures

- **Intérêt du marquage cutané pour le chirurgien:**
 - Pour le chirurgien, pas de nécessité absolue de réaliser un marquage cutané car les sondes actuelles sont très précises.
 - Intérêt potentiel pour les équipes débutantes, en phase d'adoption de la technique du GS.
- **Intérêt des clichés scintigraphiques pour le chirurgien:**
 - Pas d'obligation selon le chirurgien (fonction de son organisation).
 - Seul intérêt: connaître le nombre de ganglions détectables et pour identifier un éventuel drainage mammaire interne, information utile pour la prise en charge globale de la patiente, même si elle n'entraîne pas une intervention chirurgicale immédiate.
 - **Important: pour les chirurgiens, l'échographie axillaire est un standard dans la stadification initiale.**
- **Place actuelle du curage ganglionnaire axillaire:**
 - **Systématique s'il y a plus de 2 ganglions macroscopiquement atteints ou en cas de cancers inflammatoires (T4D) ou d'envahissement massif du creux axillaire.**
 - Pas d'indication de curage axillaire si les ganglions sont micrométastatiques.
 - Pour une tumeur T1 ou T2 (maximum 5 cm de grand axe), le curage axillaire peut également être évité si la patiente présente au maximum 2 GS macroscopiquement positifs, et à condition qu'elle reçoive un traitement adjuvant (systémique; radiothérapie conservatrice).
- **Fin de séance et remerciements**
 - Annick Koutouan a transmis les salutations des chirurgiens d'Abidjan et leur intérêt pour l'approche diagnostique du ganglion sentinelle en médecine nucléaire, exprimant leur intention d'acquérir une sonde d'ici fin mars.
 - Pierre Bertrand a offert aux chirurgiens en Côte d'Ivoire un soutien direct, assurant que son équipe et lui-même sont joignables par téléphone ou visioconférence pour aider à la mise en place des processus.