

Repérage et prélèvement du ganglion sentinelle dans les cancers de prostate : une spécificité locale

- Dr Yves PERRAUD, Urologie
- Dr Claude SOLER, Médecine Nucléaire, CIN
Hôpital Privé de la Loire
SAINT-ETIENNE



Curage ganglionnaire et KC de prostate

Diagnostic et non Curatif

Permet la stadification

Orienté le type du traitement de rattrapage
en cas de récurrence

Quel Curage ?

- **Curage « classique » Obturateur seul :**
 - de réalisation simple
 - mais probablement insuffisant
- **Extensif :**
 - obturateur + hypogastrique + iliaque externe +/- iliaque primitif
 - plus complexe avec nette augmentation de la morbidité

Intérêt du ganglion sentinelle

- Reproduire ce qui est fait dans le cancer du sein en limitant le curage tout en gardant sa fiabilité
- Se servir d'une expérience datant de nombreuses années dans la structure , possible grâce une coopération médicale motivée
- Déterminer si possible sa localisation anatomique la plus fréquente de façon à avoir un curage le plus fiable et le moins morbide

Risque d'envahissement ganglionnaire (tables de PARTIN)

	PSA < 10	PSA 10-20	PSA > 20
Gleason 2-4	0-1 %	0 %	0 %
Gleason 5-7	2-9%	12 %	27 %
Gleason 8 -10	8-17 %	27 %	34 %



La technique



au centre de médecine nucléaire



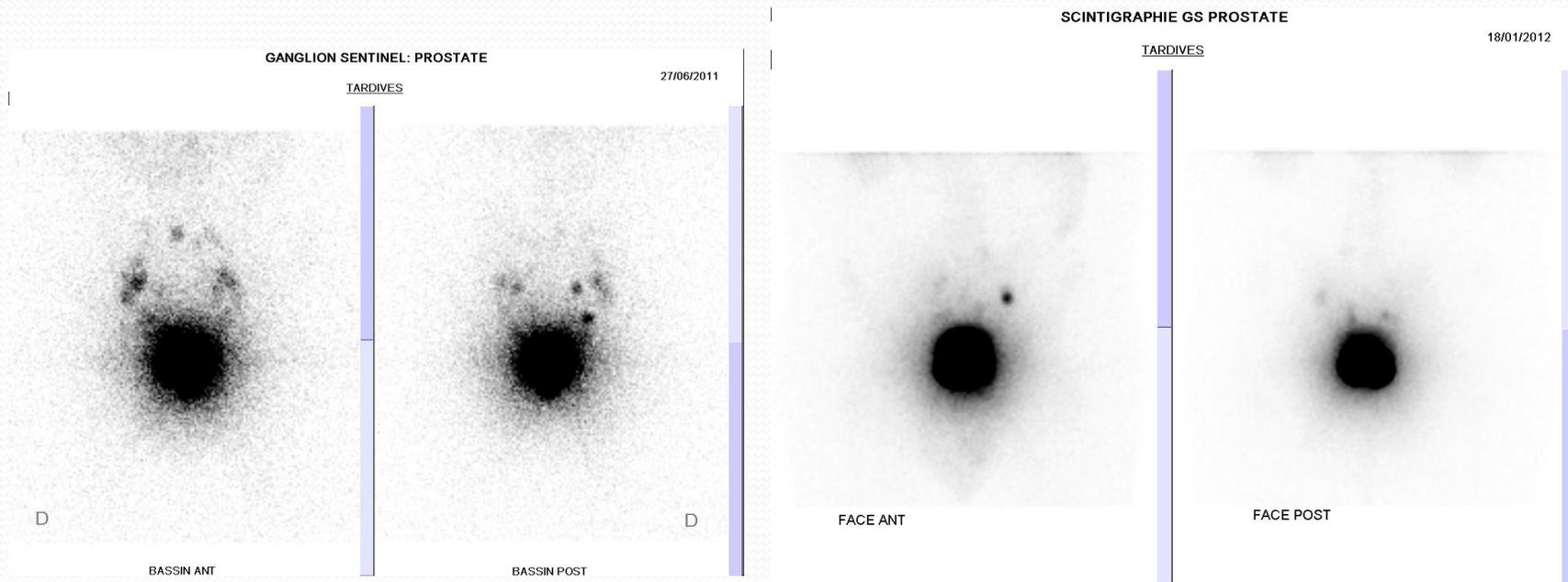
au bloc opératoire

EN MEDECINE NUCLEAIRE



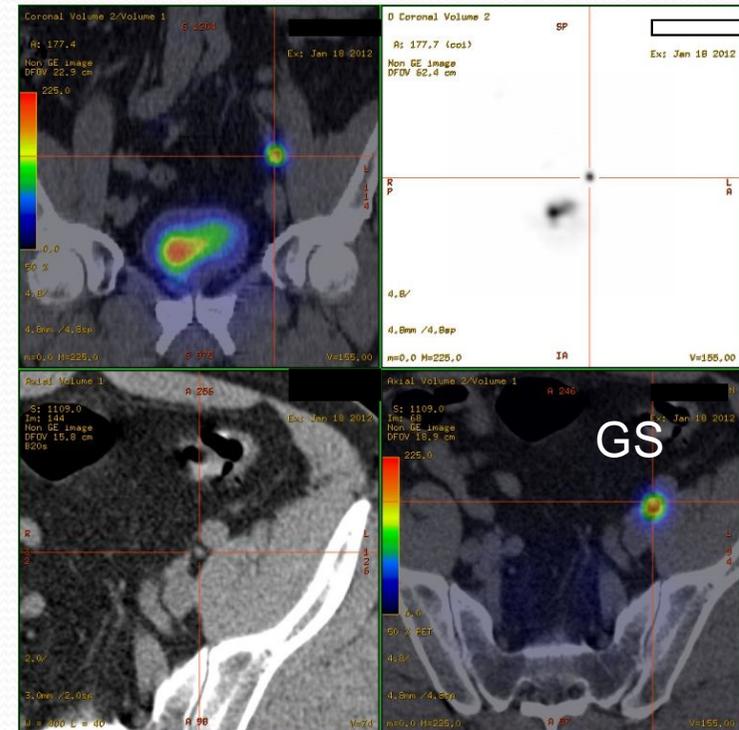
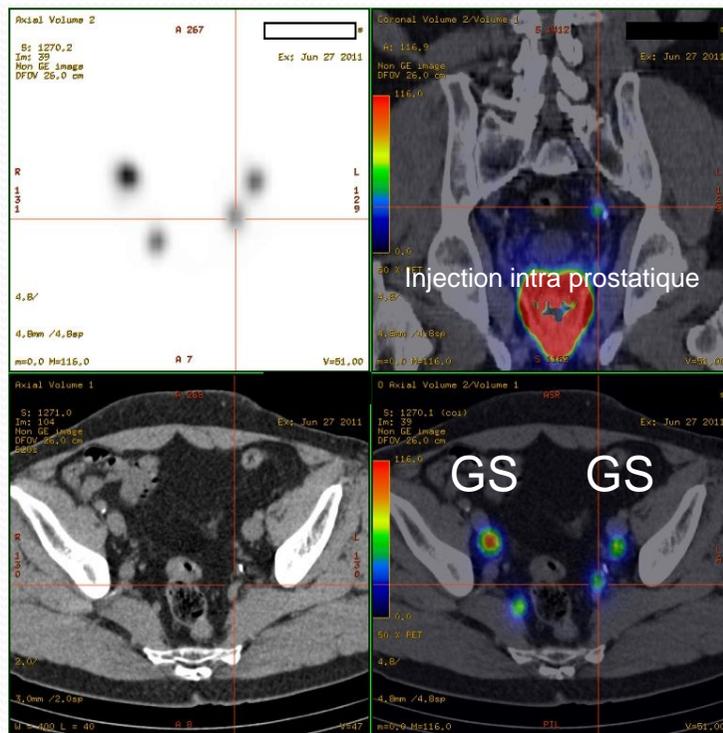
- Injection intra tumorale de micro billes de sulfure de Rhénium (sous forme liquide) marquées au Technétium 99 (Nanocis*), sous contrôle échographique endorectale
- Injection de 2 x 0.6 ml par lobe prostatique

Imagerie scintigraphique



- 2 heures après injection des images planaires sont obtenues (visualisation des injections intra-prostatique et du drainage lymphatique)
- Puis des images associant scintigraphie et scanner

Imagerie hybride



- 2 heures après injection et réalisation d'une tomoscintigraphie couplée au scanner permettant une localisation anatomique précise du GS

Au bloc opératoire

- **Evolution en deux temps**
- Au début recherche du GG comme dans le KC du sein en introduisant la sonde directement en abdominale (par un trocart de coelio) dans le but d'enlever uniquement le sentinelle
- Actuellement repérage très précis lors de la lymphographie de la chaîne comprenant le GG et vérification en ex vivo de la présence du GG et introduction de la sonde seulement si besoin

Résultats de l'expérience locale sur 78 patients série en cours (actuellement 117)

Détection tomoscintigraphique	74/78 (94,8 %)
Echec tomoscintigraphique (Gg non visualisé)	4/78
Prélèvement chirurgical	72/74 (97,3%)
Echec de prélèvement chirurgical (Gg prélevé non « sonnante »)	2/74
Nombre de ganglions « sonnante » prélevés en moyenne	1.6 (1 to 5)

score de Gleason	n	GS envahit
6	6	0/6
7	58	3/58 (5,17%)
8	13	2/13 (15,3%)
9	1	0/1

Conclusions

- Un envahissement a été retrouvé dans 5 ganglions sur 72, dans ces 5 cas seul le GS était envahi, le reste du curage restant négatif tout comme pour les 67 autres cas (GS négatif, pas de métastase dans les ganglions du curage complémentaire)
- Le faible pourcentage d'envahissement est logique compte tenu de la population à faible risque de notre série (Gleason < 8 et PSA < 10)mais bonne corrélation avec les tables de PARTIN
- La technique est intéressante car très souvent le GG sentinelle est retrouvé en hypogastrique zone non couverte par le curage « classique »