

TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN, à propos de 14 cas.

Adnane. D1 - Guendouz. H2 – Medjamia. M3 - Bouakline. M3 - Merair. N4 - Zoughlami. C4 - Taleb. A5 - Basaid. T5 - Selmani. Z1- Hiba. F6 – Taouagh. B.S 1 - Bendib A2.- Koudjetti. R1.

1. Service de chirurgie générale / Hôpital militaire régional et universitaire d'Oran "Dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/Algérie.
2. Service de sénologie du centre Pierre et Marie Curie à Mustapha Bacha Alger / ALGÉRIE.
3. Service d'anatomopathologie / Hôpital militaire régional et universitaire d'Oran "Dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/Algérie
4. Service d'oncologie médicale / Hôpital militaire régional et universitaire d'Oran "Dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/Algérie.
5. Service de radiologie médicale et interventionnelle / Hôpital militaire régional et universitaire d'Oran "Dr Amir Mohamed Benaïssa"/Algérie

Contexte.

Les tumeurs phyllodes malignes du sein TPMS (grade 3) sont rares, elles représentent le sous-type histologique le plus agressif. Leur pronostic et leur traitement sont encore l'objet de discussion. (1).

Objectifs.

le but de cette étude est de souligner les particularités cliniques et évolutives de ce sous-type de tumeur.

Patients et méthodes.

Nous avons revu rétrospectivement 63 dossiers médicaux de patientes porteuses d'une TPS, dont 14 TPMS (qui font l'objet de cette étude), collectés sur une période de 10 ans avec relecture anatomopathologique.

Résultats.

L'âge médian lors du diagnostic était de 42 ans (20–74 ans). La taille tumorale clinique moyenne était de 98 mm (55-280).

Neuf patientes (64,3%) ont été traitées par chirurgie radicale, et 5(35,71%) de façon conservatrice. Les marges étaient larges (> 10mm), envahies ou inconnues chez respectivement neuf (64,3%), trois (21,43%) et deux (14,28 %) patientes. Un curage axillaire a été systématiquement réalisé pour toute les patientes. Une radiothérapie postopératoire a été délivrée à six patientes (04 après tumorectomie, 02 après mastectomie).

Le taux de survie globale à cinq ans était de 72 % (intervalle de confiance à 95 % : 80–100 %). Trois patientes (21,43%) ont été atteintes de métastases pulmonaires et quatre (28,57 %) de rechute locorégionale (une après tumorectomie et marge inconnue sans radiothérapie, trois après mastectomie et tranches de section postérieures atteintes sans radiothérapie).

Conclusion.

le traitement des tumeurs phyllodes malignes repose sur une chirurgie large qui, dans des cas sélectionnés, peut être conservatrice (2). La détermination de la place de la radiothérapie nécessite la poursuite d'études cliniques mais aussi la recherche de nouveaux facteurs pronostiques et prédictifs propres à cette entité tumorale (3).

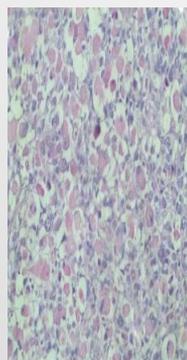


Figure 6a. sarcome mammaire rhabdomyoblastes G100.

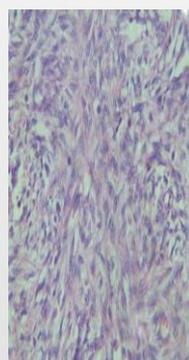


Figure 6b. aspect storiforme cellules fusiformes G200.

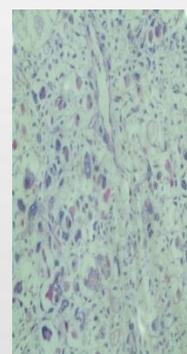


Figure 6c. cellules monstrueuses mitoses anormales stroma myxoïde G100.

Bibliographie.

- (1) T. Bouhafa a, O. Masbaha, I. Bekkouch. Tumeurs phyllodes du sein à propos de 53 cas. Cancer/Radiothérapie 13 (2009) 85–91.
- (2) K. Mahjoubi, S.K. Belajouza, H. Khairi. TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN. La Tunisie médicale - 2011 ; Vol 89 (n°01).
- (3) J. Grenier1, C. Delbaldo2, L. Zelek3, Tumeurs phyllodes et sarcomes du sein : Mise au point, bulletin du cancer- tumeurs rares. Volume 97 • N° 10 • octobre 2010



Figure1. face: masse tumorale prenant tous le sein droit; composante solido-kystique



Figure2. ¾: masse hyper vascularisée du sein droit.

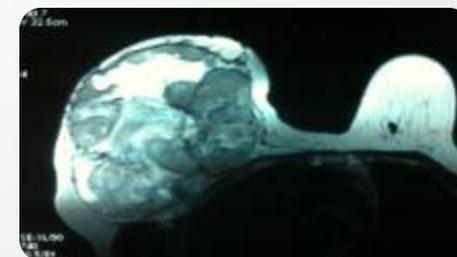


Figure3. IRM mammaire ACR 5 Très évocatrice d'un sarcome.



Figure4. pièce opératoire de mastectomie raclant le muscle grand pectoral.

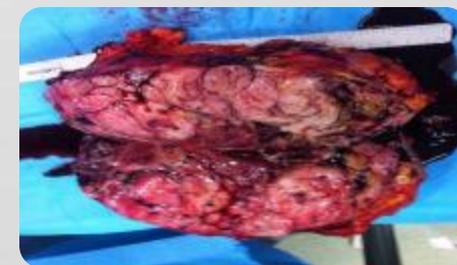


Figure5. nécrose abondante sur la pièce opératoire ouverte .