

# Tumeur Phyllode Maligne Géante : A Propos D'un Cas Et Revue De Littérature

Andatia Malide, Fatima Zahra Gounain , K.Saoud, Nisrine Mamouni, Sanae Errharay, Chahrezed Bouchikhi, Abdelaziz Banani

Obstetric service of gynaecology I, CHU HassanII, Fès Morocco

**Abstract: Contexte :** Pour distinguer entre un bénigne et maligne tumeur phylloides avant la chirurgie est difficile. Excision large ou une mastectomie avec des marges libres suffisantes est nécessaire dans le cas d'une tumeur phyllode maligne. Cependant, réparer le défaut de la peau après le retrait d'un géant tumeur phylloides maligne est un grand défi pour le chirurgien du sein.

**Rapport de cas :** Nous rapportons le cas d'une Femme âgée de 36 ans avec une tumeur phyllode géant malin mesurant 20 × 43 × 22 cm. Le diagnostic a été évoquer devant les critères cliniques, radiologique et confirmé après les résultats anatomo-pathologiques. Ils ont bénéficié d'un échographie mammographie, de la mammographie et d'un scanner abdomino-pelvien Une mastectomie radicale a été réalisé . En postopératoire, la patiente a bien récupéré sans aucune infection de la plaie ou nécrose pendant suivi à notre service de consultation externe, il n'y avait pas évidence de rechute locale ou de métastase à distance.

**Conclusion :** Les tumeurs phylloides malignes géantes peuvent être traitées par mastectomie totale avec des marges libres adéquates.

**Keywords :** Tumeur phyllode maligne , Radiologique, Histologie – Traitement, reconstruction lombaux dorsale

## 1. INTRODUCTION

Les tumeurs phylloides représentent une large gamme de maladies fibro-épithéliales. Ils représentent 0,3-0,5% des tumeurs mammaires féminines et ont une incidence d'environ 2,1 par million [1]. Les tumeurs phylloides sont généralement considéré comme une lésion bénigne, mais une incidence croissante de tumeurs malignes a été récemment rapporté. L'incidence réelle de la tumeur phylloides maligne est inconnue. La plupart des tumeurs surviennent chez les femmes âgées entre 35 et 55 ans, soit environ 20 ans plus tard que les fibro-adénome. La tumeur est rare chez les adolescents et les personnes âgées [2], [3] Nous rapportons un cas de tumeur phylloides malignes géantes vues dans notre hôpital. Une mastectomie radicale élargie a été réalisée . la patiente se s'est bien rétablie.

## 2. METHODS

Nous avons rapporté un cas de tumeur phyllode géant maligne. Le diagnostic clinique a été posé devant l'évolution rapide de tumeur et confirme par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Un traitement à base d'une mastectomie radiale avec 3 cm de marges libres a été réalisé

## 3. CASE REPORT

### Case One :

Une femme de 36 ans s'est présentée avec une masse géante sur son sein gauche, qui s'est développé sur une période de 1 ans 20 × 43 × 22 (figure 1). L'histoire familiale et personnelle était non-contributive. Les tests de laboratoire n'ont montré aucun résultat significatif. En raison de la rapidité la croissance de la tumeur et l'apparition d'une ulcération cutanée avec saignement et l'odeur fétide (figure 2), la patiente. Sonographie de la poitrine a été réalisée avec un transducteur à haute fréquence, qui montré des nodules hypoéchogènes dans le sein droit plus découvert une énorme masse avec des marges mal définies dans le sein gauche, une tumeur phyllode maligne était fortement suspectée (figure 3). En raison de l'ulcération et des saignements de la tumeur, la patiente a subi une mastectomie standard avec au moins 3 cm de marge libre (figure 4). Le cours postopératoire était sans incident et la blessure guérissait bien. Au cours du suivi post-opératoire à notre service de consultation externe, aucune rechute locale ou métastase a été trouvé à ce jour. Les résultats pathologiques ont montré une énorme masse tumorale ferme lobulée mesurant Taille de 30 × 29 × 25 cm, poids 2702g, 0,2 cm de la base marge, et à 2 cm de la marge chirurgicale la plus proche. Il y avait des zones ulcération tumorale, hémorragie et tissu ferme myxoïde mou après la série Coupe. Au microscope, les coupes ont montré que la tumeur s'était infiltré le tissu environnant avec à la fois des éléments mésenchymateux et épithéliaux. Le composant épithélial était composé d'allongé, ressemblant à une feuille, singlelayer cellules épithéliales avec des noyaux fades. Le composant mésenchymateux consistait de cellules stromales hautement prolifératives. La patiente a bien récupéré sans aucune infection de la plaie ou nécrose du lambeau pendant suivi à notre service de consultation externe.



Fig. 1. A 43 year old woman presenting woman with a giant lesion on his left breast.

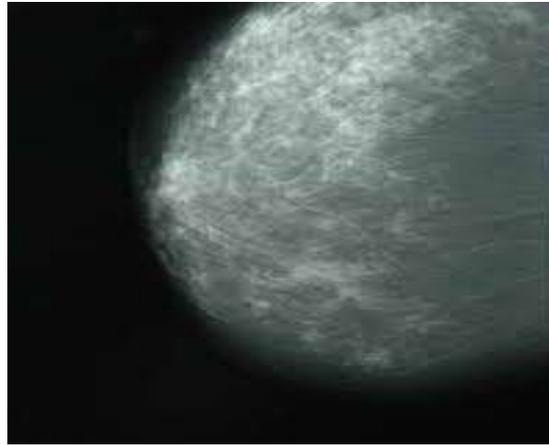


Fig. : 2 : La mammographie montre une masse lobulée



Fig. : 4 : exteriorisation de Tumeur phyllode géante



Fig. : 5 : image peropératoire de la mastectomie

#### 4. DISCUSSION

Les tumeurs hylloides représentent une large gamme de maladies fibro-épithéliales. Ils représentent 0,3-0,5% des tumeurs mammaires féminines et ont une incidence d'environ 2,1 par million [1]. La plupart des tumeurs surviennent chez les femmes âgées entre 35 et 55 ans, soit environ 20 ans plus tard que les fibro-adénome. La tumeur est rare chez les adolescents et les personnes âgées [2], [3]. Il est plus répandu dans les populations latino-américaines, blanches et asiatiques.

Chelius en 1827 a d'abord décrit cette tumeur [4]. Johannes Muller a été la première personne à utiliser le terme cysto-sarcome phylloides. Il a été considéré comme bénin jusqu'en 1943, lorsque Cooper et Ackerman ont rapporté sur le potentiel biologique malin de cette tumeur. En 1981, l'Organisation mondiale de la Santé a adopté le terme tumeur phylloides et comme décrit par Rosen sous-classé histologiquement comme bénigne, borderline ou maligne selon les caractéristiques telles que les marges tumorales, la prolifération stromale, la nécrose tumorale, l'atypie cellulaire, et le nombre de mitoses par champ de forte puissance [5]. En raison de données limitées, le pourcentage de tumeurs phylloides bénignes ou malignes n'est pas bien défini. Les rapports suggèrent qu'environ 85-90% des tumeurs phylloides sont bénignes et 10-15% étaient malignes [6]. Classiquement, les patients présentent une masse ferme, mobile, bien définie, ronde, macro-lobulée et indolore [7], [8]. La taille médiane des tumeurs

phyllodes est d'environ 4 cm ; cependant, <10% des tumeurs dépassent les 10 cm qui sont rares et ont été définies comme des tumeurs phyllodes géantes et très rarement elles peuvent atteindre 48 cm de diamètre. Dans 10-15% des cas, les ganglions lymphatiques axillaires sont palpables mais seulement <1% ont des ganglions pathologiques positifs. Au cours des dernières années, plusieurs tumeurs phyllodes géantes ont été rapportées (Hsu et al., 30 x 25 cm, Tarun et al., 50 x 25,2 cm, Ramesh Sarvanandan et al. 40 × 35 cm, Mohammed A. Sbeih et al., 25 × 20 cm, Tapanutt Likhitmaskul et al., 20 × 20 m, Banno A. et al., 30 cm) [9], [10], [11], [12], [13], [14]. Comme le cas de notre patiente Dans notre cas la tumeur mesurait 30 × 32 × 27 cm. Cependant, l'opération est obligatoire dans les cas de marges sans tumeur moins de 1 cm ou dans les cas d'énucléation de tumeurs suspectées d'être fibroadénomes mais s'avérant être des tumeurs phyllodes. Quand l'image histologique suggère une malignité, une large excision avec des marges libres plus adéquates ou une mastectomie totale est justifiée [15]. Dans notre cas la patiente a bénéficié d'une mastectomie totale. Il est important d'exciser une grande bordure d'entourage tissu afin de réduire la possibilité de récurrence locale. Pour une grande tumeur maligne phyllodes, mastectomie totale avec des marges libres suffisantes est le traitement de choix, mais le grand défaut de peau résultant nécessite toujours un greffe de peau ou lambeau de rotation. C'est le cas de notre première patiente. La conception prudente de rabat préopératoire est nécessaire. Les tumeurs phyllodes malignes peuvent se propager par voie vasculaire poumon, plèvre, os ou cerveau. Ils se propagent rarement via le système lymphatique système. La dissection des ganglions lymphatiques axillaires est inutile [16], mais la suppression des ganglions lymphatiques axillaires suspects au cours de la l'opération est recommandée. Le problème majeur avec malin Les tumeurs phyllodes après traitement sont des récurrences locales. Identification précoce et traitement par large excision ou totale. La mastectomie convient à ces patients. Adjuvant postopératoire thérapie, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie, est limitée valeur pour les tumeurs phyllodes malignes [17]. Postopératoire soigneux l'observation est la meilleure approche. Notre patiente a été suivi dans notre hôpital pendant 1 an au cours de qu'aucune récurrence locale ou métastase à distance n'a été observée.

#### Conclusion :

le diagnostic de tumeur phyllode doit être envisagé chez tous les patients présentant une hypertrophie progressive du sein. L'accent devrait être mis sur une éducation sanitaire appropriée sur le cancer du sein et sur les conséquences négatives d'un traitement alternatif ou différé. L'excision doit être faite dès que possible, car des retards inutiles peuvent conduire à la progression des maladies et augmenter la morbidité et la mortalité.

#### REFERENCES

1. Rowell M.D., Perry R.R., Hsiu J.G., Barranco S.C. Phyllodes tumours. *Am. J. Surg.* 1993;165(3):376–379. [PubMed]
2. Salvadori B., Cusumano F., Del Bo R., Delledonne V., Grassi M., Rovini D. Surgical treatment of phyllodes tumours of the breast. *Cancer.* 1989;63:2532–2536. [PubMed]
3. Bernstein L., Deapen D., Ross R.K. The descriptive epidemiology of malignant cysto-sarcoma phyllodes tumours of the breast. *Cancer.* 1993;71:3020–3024. [PubMed]
4. Chelius M. Naegele und Puchelt; Heidelberg Germany: 1827. *Neue Jahrbucher Der Teutschen Medicin and Chirurgie.*
5. Rosen P.P. 2nd edition. William Wikins, New York; NY USA: 2001. *Rosen's Breast Pathology*, Lippincott.
6. Jones A.M., Mitter R., Poulson R. mRNA expression profiling of phyllodes tumours of the breast: identification of genes important in the development of borderline and malignant phyllodes tumours. *J. Pathol.* 2008;216(December (4)):408–417. [PubMed]
7. Reinfuss M., Mitus J., Duda K., Stelmach A., Rys J., Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer.* 1996;77:910–916. [PubMed]
8. Chua C.L., Thomas A., Ng B.K. Cysto-sarcoma phyllodes: a review of surgical options. *Surgery.* 1989;105(21):141–147. [PubMed]
9. Hsu S.D.1, Chou S.J., Hsieh H.F., Chen T.W., Cheng M.F., Yu J.C. Giant malignant mammary phyllodes tumor: report of a case and review of the literature. *Onkologie.* 2007;30(February 1–2):45–47.(Epub 2007 Jan 26) [PubMed]

10. Kumar Tarun, Patel Mahesh D., Bhargavan Rexeena, Kumar Prabhat, Patel Mahesh H., Kothari Kiran. Largest phyllodes tumor-case report and brief review article. *Indian J. Surg. Oncol.* 2011;2(2):141–144.(April–June) [[PubMed](#)]
11. Sarvanandan Ramesh, Thangaratnam Ramesh, Chen Leong A.J. Immediate Latissimus dorsi pedicle flap reconstruction following the removal of an eight kilogram giant phyllodes tumour of the breast: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2011;5:44. [[PubMed](#)]
12. Mohammed Sbeih A., Engdahl Ryan, Landa Marina, Ojutiku Oreoluwa, Morrison Norman, Depaz Hector. A giant phyllodes tumor causing ulceration and severe breast disfigurement: case report and review of giant phyllodes. *J. Surg. Case Rep.* 2015;12:1–4. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
13. Likhitmaskul Tapanutt, Asanprakit Wichitra, Charoenthammaraksa Sivinee, Lohsiriwat Visnu, Supaporn Surapong, Vassanasiri Wichai. Giant benign phyllodes tumor with lactation changes in pregnancy: a case report. *Gland Surg.* 2015;4(4):339–343. [[PubMed](#)]
14. Banno A.1, Shimada A.1, Aga K.1, Harada H.1, Kaburagi T.1, Seki H.1, Yasui N.1, Matsumoto H.1. Total mastectomy and chest reconstruction for a rapidly progressing giant phyllodes tumor with skin necrosis: a case report. *Surg. Case Rep.* 2015;1(September (14)):82. (e Collection 2015) [[PubMed](#)]
- 15 Audretsch W, Andree C: Is mastectomy still justified – and if, in which patients? *Onkologie* 2006;29: 243–245
- 16 Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, Delledonne V, Grassi M, Rovini D, Saccozzi R, Andreola S, Clemente C: Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1989;63:2532–2536.
- 17 Kessinger A, Foley JF, Loran HM, Miller DM: Metastatic cystosarcoma phyllodes: a case report and review of the literature. *J Surg Oncol* 1972;4: 131–147.