

# Sarcome Phyllode Du Sein Localement Avancé, Traitement Chirurgical Et Résultat (À Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature)

Y.Ammor; H.Taghzouti; K.saoud, N.Mamouni, S.Errarhay; C.Bouchikhi; A.Banani

Service De Gynecologie Obstetrique I Chu Hassan Ii Fes

**Abstract:** Les sarcomes phyllodes du sein sont des tumeurs rares et représentent moins de 1 % des tumeurs malignes du sein. Ce travail nous a permis d'étudier des tumeurs rares que sont les sarcomes primitifs du sein et comparer avec les résultats de la littérature. Une chirurgie en marges saines est le « gold standard » pour un traitement de qualité. La mastectomie simple sans curage axillaire associé représente la chirurgie optimale, tout sarcome confondu. le pronostic et la survie restent excellentes.

**Keyword:** sarcome phyllode

## **Introduction :**

Les sarcomes phyllodes du sein sont des tumeurs rares et représentent moins de 1 % des tumeurs malignes du sein. Elles sont constituées d'une double prolifération épithéliale et conjonctive et caractérisée par une grande cellularité de la composante conjonctive.

Leur particularité est d'une part leur histologie et d'autre part leur évolution qui peut être bénigne, récidivante, maligne et métastatique

Leurs caractéristiques cliniques et radiologiques sont celles des tumeurs bénignes, et seule une croissance tumorale rapide peut évoquer le diagnostic

Elles ont été clarifiées par CONTESSO en 1978, qui a introduit la notion de tumeur phyllode à potentiel malin à partir de critères histologiques précis en distinguant 2 grands groupes : les tumeurs bénignes (grade I et II) et les tumeurs à potentiel malin (grade III malin, et grade IV hautement malin). Ces tumeurs se retrouvent à tout âge, le plus jeune relevé dans la littérature est 10 ans, le temps de doublement de la tumeur est souvent inférieur à 3 mois. L'évolution est dominée par le risque de récidive locale qui pourra être traitée de façon, conservatrice.

## **Observation :**

Nous rapportons le cas d'une femme de 34 ans sans antécédents pathologiques notables notamment pas de cas de cancer mammaire dans la famille, qui consulte pour une augmentation rapide du volume du sein droit associé a des mastodynies. l'évolution se faisait dans un contexte d'apryxie et de conservation de l' tats général

l'examen trouve une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire l'examen senologique montre (figure 1) qui montre un sein droit augmenté de volume induré , avec presence de plusieurs noyaux indurés ,présence de vascularisation atypique ,sans signes inflammatoires ni d'adénopathies a l'examen des aires ganglionnaires.



**figure 1: sein droit augmenté de volume induré avec une circulation veineuse périphérique.**

**Echographie mammaire :** la patiente a bénéficié par la suite d'une échographie mammaire : sein droit présence de plusieurs masses hétérogènes échogènes faisant évoquer des adénofibromes ou des tumeurs phyllodes. le sein gauche siège d'une dystrophie fibrokystique généralisée.

**Scanner thoracique et abdominal :** masse du SD venant au contact intime du muscle pectoral avec interface régulière et perte du liseré de séparation, Absence d'anomalie suspecte par ailleurs.

**Micro biopsie du sein droit:** L'aspect histologique et Immunohistochimique est en faveur de tumeur phyllode de grade II au moins. Vu les atypies cytonucléaires très marquées un sarcome phyllode ne peut être éliminé.

la décision d'opérer la patiente après une concertation avec les chirurgiens d'oncoplastie et radiothérapeutes.

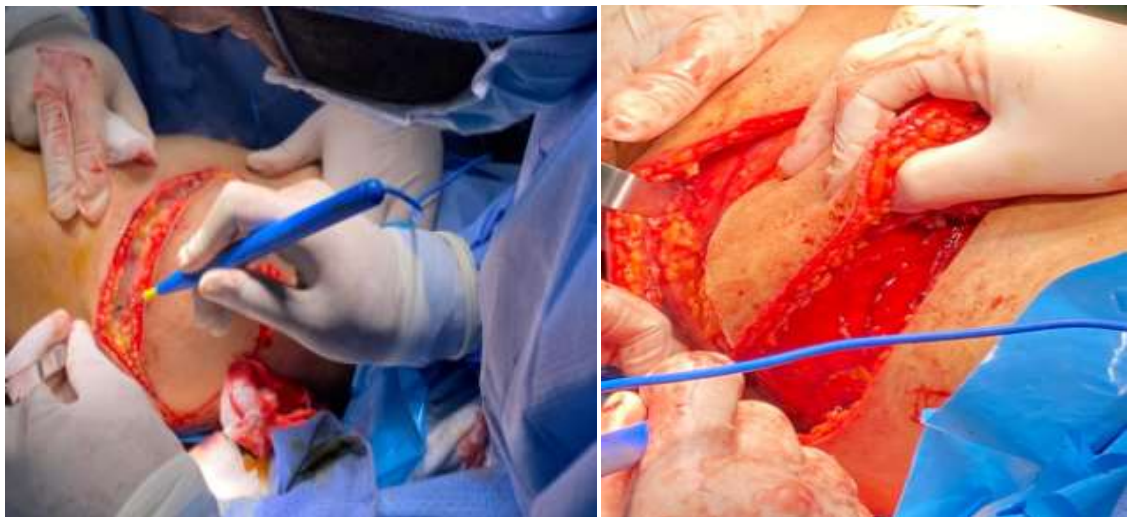
les figures (2,3,4 ) montrent les différents temps opératoires et résultat final de la chirurgie.



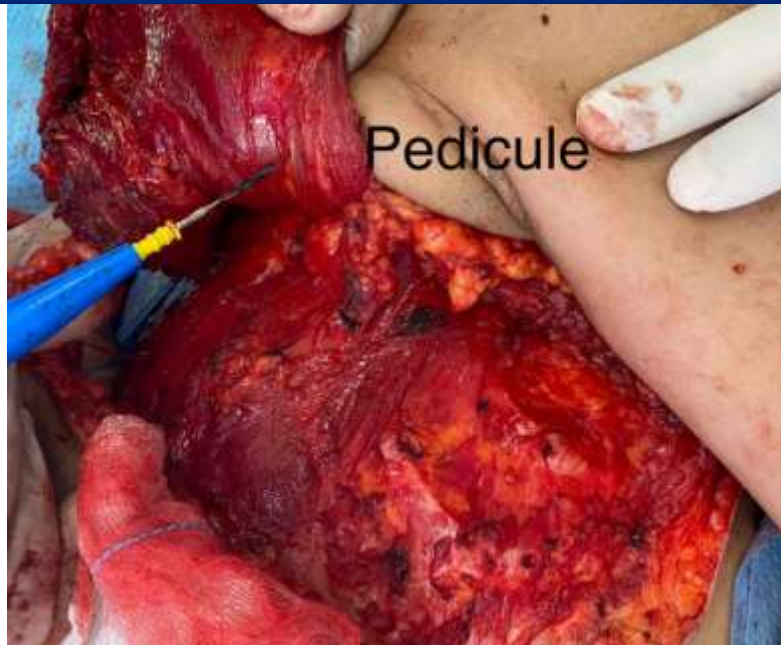
**figure 2 et 3 qui montre la préparation pré-opératoire et marquage des limites de la chirurgie**



**figure 4 qui montre la réalisation d'une mastectomie avec respect des limites carcinologiques**  
**et figure 5 qui montre l'ablation du muscle grand pectoral infiltré par la tumeur.**



**figure 6 et 7 qui montrent la dissection d'un lambeau cutané-musculaire du muscle grand dorsal.**



**figure 8 qui montre la dissection complète du lambeau musculaire avec son pédicule vasculaire.**



**figure 9 et 10 qui montre le résultat final post opératoire.**

Le geste opératoire consiste à la réalisation d'une mastectomie droite en respectant les limites carcinologique , suivie d'un deuxième temps qui consiste à prélever un lambeau cutané-musculaire du muscle grand dorsal en faisant attention à garder le pédicule vasculo-nerveux du lambeau, un troisième temps consiste à faire glisser le lambeau prélevé avec son pédicule vers l'aire de la mastectomie en faisant attention qu'il n'y est pas de torsion du pédicule vasculo-nerveux, et enfin fermeture à l'aide de points simples en laissant un drain aspiratif en place.

le résultat de l'anatomie pathologique final était en faveur d'Aspect histologique compatible avec une tumeur phyllode de haut grade (sarcome phyllode) de 14cm de grand axe, et la recoupe musculaire était saine.

**Discussion:**

L'âge des patientes était compris entre 24 et 48 ans au moment du diagnostic. L'âge moyen était de 34,9 ans. [1] notre patiente est âgée de 34 ans et se retrouve dans la moyenne citée par la série de Fakhir.

Le délai entre l'apparition de la tumeur constatée par la patiente et la prise en charge gynécologique était compris entre 1 et 72 mois, avec une moyenne de dix mois. [3] notre patiente a bénéficié d'une prise en charge rapide de 3 mois.

La taille de la tumeur était comprise entre 5 et 13 cm, avec une moyenne de 8 cm. La tumeur était localisée pour quatre patientes au niveau du sein gauche et pour quatre patientes au niveau du quadrant supéro-externe. [2] notre patiente présentait une tumeur de 14 cm prenant la totalité du sein gauche qui est légèrement supérieur au cas rapportés par la littérature.

L'état cutané ne révélait aucun cas d'inflammation. Comme le cas de notre patiente.

La palpation des aires ganglionnaires ne montrait la présence d'adénopathie axillaire que dans un cas.

Dans tous les cas, la mammographie mettait en évidence une opacité hyperdense, bien limitée, sans micro calcifications. L'échographie mettait en évidence une formation à contours arrondis, lobulés, hypoéchogène, hétérogène pour l'ensemble des patientes, avec un renforcement postérieur pour deux d'entre elles, soit ACR entre 3 et 4.

le diagnostic est confirmé chez toutes les patientes par cyto ponction à l'aiguille fine [4] ou micro biopsie au tricot

la pièce opératoire confirmait le diagnostic de tumeur phyllodes de grade III chez toutes les patientes y compris.

un traitement adjuvant était instauré chez toutes les patientes fait d'une radiothérapie sur cicatrice de mastectomie .

L'évolution était favorable chez toutes les patientes sans récurrence locale ni métastase, avec un recul entre six mois et huit ans. Aucun décès n'est à déplorer chez toutes les patientes [5].

### **Conclusion:**

Ce travail nous a permis d'étudier des tumeurs rares que sont les sarcomes primitifs du sein et comparer avec les résultats de la littérature.

Une chirurgie en marges saines est le « gold standard » pour un traitement de qualité.

La mastectomie simple sans curage axillaire associé représente la chirurgie optimale, tout sarcome confondu.

Le pronostic et la survie restent excellents.

### **Références:**

[1]-Fakhir, B., Louba, A., Bouchikhi, C. *et al.* Les sarcomes phyllodes: à propos de cinq patientes et revue de la littérature. *Oncologie* **12**, 105–108 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10269-010-1883-x>

[2]Alam I, Awad ZT, Given HF (2003) Cystosarcoma phyllodes of the breast: a clinicopathological study of 11 cases. *Ir Med J* **96**: 179–80

[3]Blanchard DK, Reynolds CA, Grant CS, Donohue JH (2003) Primary non phyllodes breast sarcomas. *Am J Surg* **186**: 359–61

[4]Bousquet G, Confavreux C, Magné N, et al. (2007) Outcome and prognostic factors in breast sarcoma: a multicenter study from the rare cancer network. *Radiother Oncol* **85**(3): 355–61

[5]Buchberger W, Strasser K, Heim K, et al. (1991) Phyllodes tumor: findings on mammography, sonography and aspiration cytology in 10 cases. *AJR Am J Roentgenol* **157**: 715–9