

54

Tumeurs et sarcomes phyllodes : à propos de 204 cas

A. Bendib*¹, A. Ourabah¹, H. Guendouz¹, W. Chetibi¹, O. Guedouari² et A. Kouchkar¹

¹Centre Pierre et Marie Curie, Alger, Algérie – ²Service d'imagerie médicale, hôpital central de l'armée, Alger, Algérie

Introduction

Les tumeurs phyllodes (TP) sont classées selon Norris et Taylor en TPI (bénigne), TPII (Border line) et TPIII ou sarcomes phyllodes (SP). Elles sont réputées rares (1 % de la pathologie mammaire dans la littérature) [1]. L'évolution des TPI et TPII est émaillée de récurrences, celle des SP est susceptible de récurrences, d'envahissement ganglionnaire, et/ou de métastases. Le traitement est essentiellement chirurgical.

Objectif

L'objectif de ce travail consiste à apprécier leur aspect clinique, radiologique, histologique et évolutif en fonction du traitement réalisé.

Matériel et méthode

De 1978 à 2010 (33 ans) 204 cas de TP et de SP ont été traités dans notre service ce qui représente 3 % de l'ensemble des tumeurs du sein opérées. Ont été exclus de notre étude les malades dont le traitement initial a été entamé en dehors de notre service. Le diagnostic a été dans tous les cas histologique.

Résultat

L'âge moyen des 204 patientes était de 38,8 ans (12-67) [2]. La tumeur a été gradée I dans 82 cas (40,2 %), II dans 46 cas (22,5 %) et III dans 67 cas (32,8 %) (2). Le grading n'a pas été précisé dans 9 cas (4,4 %). L'âge moyen était respectivement de 33,6 ans (12-54) pour les grades I, de 40,7 ans (13-65) pour les grades II, et de 42,1 ans (14-67) pour les grades III. La période d'évolution moyenne était de 14,7 mois (1-72) pour les TPI, de 28,3 mois (1-200) pour les TPII, et de 22 mois (1-240) pour les TPIII. La taille tumorale moyenne clinique était

de 8,9 cm (1-30) pour l'ensemble des tumeurs [3]. Elle était de 6,7 cm (1-26) pour les TPI, de 9,4 cm (2-27) pour les TPII, de 11,1 cm (3-30) pour les TPIII. L'aspect mammographique se présentait sous forme d'hyperdensité le plus souvent homogène, à limites nettes dans les 3 types de tumeur. L'aspect échographique était le plus souvent hypoéchogène, hétérogène et polylobée à limites régulières pour les TPI et TPII. Le scanner réalisé dans 6 cas a montré l'aspect caractéristique en feuille de fougère, l'existence de plages de nécrose, ne se rehaussant pas après injection du produit de contraste, l'effet expandeur de la tumeur sur la peau qui était étirée et amincie ; et le retentissement sur le muscle pectoral comprimé et/ou infiltré. L'examen cytologique peu fiable (194 cas) a retrouvé pour les 82 TPI : 22 phyllodes, 28 adénofibromes (ADF), 5 lésions bénignes, 9 lésions suspectes et 11 lésions malignes. Pour les 46 TPII l'examen cytologique a répondu phyllode dans 12 cas, ADF dans 16 cas, autres lésions bénignes dans 5 cas, suspects dans 6 cas, SP dans 1 cas, autres lésions malignes dans 5 cas. Pour les 67 TPII, il a été retrouvé 6 phyllodes, 5 ADF, 9 lésions bénignes, 7 suspectes, 22 SP et 13 lésions malignes. La cytologie s'est révélé bénigne (phyllode, ADF, autres lésions bénignes) dans 56,5 % des cas, suspecte dans 12,5 %, maligne (SP) dans 26 % des cas et non concluante dans 5 % des cas. Le traitement a été chirurgical dans 204 cas [4]. Il a consisté en une tumorectomie dans 152 cas (77,9 %) pour les TPI et II. Les 43 SP (22,1 %) ont bénéficié de 28 mastectomies avec 2 reconstructions mammaires immédiates, et 15 ptey. 1 curage axillaire est revenu métastatique. 3 malades (1,5 %) sont décédés, 14 (6,9 %) sont perdues de vue, 146 (71,6 %) sont vivantes sans récidives, 41 (20,1 %) sont vivantes avec récidives. 28/41 malades (68,3 %) ont eu une seule récidive locale (RL), 8/41 malades (19,5 %) ont eu 2 RL et 3/41 malades (7,3 %) ont eu 3 RL. Le délai moyen d'apparition de la première récidive était de 13,5 mois (1-60).

Conclusion

Les TPI comparées à 157 ADF sont 2 fois plus volumineuses et ont un aspect bosselé. La souvenue des TPI, TPII et SP est proportionnel à l'âge. Le nombre de RL croît avec le grading, passant de 2 dans les TPI à 13 dans les TPII et 26 dans les TPIII. Le traitement chirurgical pour les TPI, II et SP repose sur la tumorectomie avec des berges saines. La mastectomie avec ou sans curage sera réservée au SP de volume important ou avec berges infiltrées.

Références

1. Barrio AV, Bradly D (2007) *Clinicopathologic Features and Long-Term Outcomes of 293 Phyllodes Tumors of the Breast*. *Ann Surg Oncol* 14: 2961-70

2. Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ (2007) Difficulties in the pre-operative diagnosis of phyllodes tumours of the breast: A study of 84 cases. *The Breast* 16: 27-37
3. Isao Y, Yuichi I, Takao Y (1997) Phyllodes Tumors of the Breast: A Clinicopathological Study of 118 Cases. *Surg Today Jpn J Surg* 27: 1137-43
4. Ben hassouna J, Damak T, Gamoudi A (2006) Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg* 192: 141-7