

ANNEE: 2013

THESE N°: 45

**LES TUMEURS PHYILLODES DU SEIN
(A PROPOS DE 36 CAS)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

26 FÉVRIER 2013

PAR

Mme. Chrif BOUKHRISS KAMILI FILALI

Née le 13 Septembre 1987 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Tumeur phyllode - sein – diagnostic – chirurgie - pronostic .

JURY

MR. D. Ferhati

Professeur de gynéco-obstétrique

PRESIDENT et RAPPORTEUR

Mr. R. Berrada

Professeur de gynéco-obstétrique

Mr. A. Baidada

Professeur de gynéco-obstétrique

Mme. N. Lamalmi

Professeur d'anatomie pathologique

} **JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

اللهم
صلى
العظيم

سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا وقلبا خاشعا وشفاء

من كل واء و سقم



UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUISSI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE – RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ

1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH

1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK

1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI

1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI

1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines

Professeur Mohammed JIDDANE

Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Ali BENOMAR

Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Yahia CHERRAH

Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mars, Avril et Septembre 1980

1. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam

Neurochirurgie

Mai et Octobre 1981

2. Pr. HAMANI Ahmed*

Cardiologie

3. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih

Chirurgie Cardio-Vasculaire

4. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

5. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
6. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
7. Pr. BENSOUDA Mohamed Anatomie
8. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
9. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI Physiologie

Novembre 1983

10. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* Pneumo-phtisiologie
11. Pr. BELLAKHDAR Fouad Neurochirurgie
12. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

13. Pr. BOUCETTA Mohamed* Neurochirurgie
14. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil Radiothérapie
15. Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne
16. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
17. Pr. NAJI M'Barek * Immuno-Hématologie
18. Pr. SETTAF Abdellatif Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

19. Pr. BENJELLOUN Halima Cardiologie
20. Pr. BENS Aid Younes Pathologie Chirurgicale
21. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa Neurologie
22. Pr. IHRAI Hssain * Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
23. Pr. IRAQI Ghali Pneumo-phtisiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

24. Pr. AJANA Ali Radiologie
25. Pr. AMMAR Fanid Pathologie Chirurgicale
26. Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép. TAOBANE Gastro-Entérologie
27. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq Pneumo-phtisiologie
28. Pr. EL HAITEM Naïma Cardiologie

- | | | |
|-----|------------------------------|------------------------------|
| 29. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 30. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 31. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 32. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 33. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 34. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 35. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 36. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 37. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 38. | Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- | | | |
|-----|--------------------------------|--------------------------|
| 39. | Pr. ADNAOUI Mohamed | Médecine Interne |
| 40. | Pr. AOUNI Mohamed | Médecine Interne |
| 41. | Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali | Cardiologie |
| 42. | Pr. CHAD Bouziane | Pathologie Chirurgicale |
| 43. | Pr. CHKOFF Rachid | Pathologie Chirurgicale |
| 44. | Pr. HACHIM Mohammed* | Médecine-Interne |
| 45. | Pr. KHARBACH Aïcha | Gynécologie -Obstétrique |
| 46. | Pr. MANSOURI Fatima | Anatomie-Pathologique |
| 47. | Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda | Neurologie |
| 48. | Pr. SEDRATI Omar* | Dermatologie |
| 49. | Pr. TAZI Saoud Anas | Anesthésie Réanimation |

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- | | | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------|
| 50. | Pr. AL HAMANY Zaïtounia | Anatomie-Pathologique |
| 51. | Pr. AZZOUZI Abderrahim | Anesthésie Réanimation |
| 52. | Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM | Néphrologie |
| 53. | Pr. BELKOUCHI Abdelkader | Chirurgie Générale |
| 54. | Pr. BENABDELLAH Chahrazad | Hématologie |
| 55. | Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif | Chirurgie Générale |
| 56. | Pr. BENSOUDA Yahia | Pharmacie galénique |
| 57. | Pr. BERRAHO Amina | Ophthalmologie |
| 58. | Pr. BEZZAD Rachid | Gynécologie Obstétrique |

59. Pr. CHABRAOUI Layachi	Biochimie et Chimie
60. Pr. CHANA El Houssaine*	Ophthalmologie
61. Pr. CERRAH Yahia	Pharmacologie
62. Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
63. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*	Chirurgie Générale
64. Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
65. Pr. OUAALINE Mohammed*	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
66. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH	Pharmacologie
67. Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique
<u>Décembre 1992</u>	
68. Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale
69. Pr. BENOUDA Amina	Microbiologie
70. Pr. BENSOUADA Adil	Anesthésie Réanimation
71. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
72. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
73. Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
74. Pr. DAOUDI Rajae	Ophthalmologie
75. Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique
76. Pr. EL HADDOURY Mohamed	Anesthésie Réanimation
77. Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
78. Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
79. Pr. GHAFIR Driss*	Médecine Interne
80. Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
81. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine	Gynécologie Obstétrique
82. Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
83. Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie
<u>Mars 1994</u>	
84. Pr. AGNAOU Lahcen	Ophthalmologie
85. Pr. AL BAROUDI Saad	Chirurgie Générale
86. Pr. BENCHERIFA Fatiha	Ophthalmologie
87. Pr. BENJAAFAR Noureddine	Radiothérapie
88. Pr. BENJELLOUN Samir	Chirurgie Générale
89. Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique

90. Pr. CAOUI Malika	Biophysique
91. Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
92. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT	Gynécologie Obstétrique
93. Pr. EL AOOUAD Rajae	Immunologie
94. Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumato-Orthopédie
95. Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
96. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur	Médecine Interne
97. Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
98. Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
99. Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
100. Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
101. Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
102. Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
103. Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
104. Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
105. Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
106. Pr. OULBACHA Said	Chirurgie Générale
107. Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
108. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR	Dermatologie
109. Pr. SLAOUI Anas	Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

110. Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
111. Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
112. Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
113. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
114. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
115. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
116. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
117. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
118. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae	Ophtalmologie
119. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
120. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie

121. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
122. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
123. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie
<u>Mars 1995</u>	
124. Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
125. Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale
126. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
127. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
128. Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*	Urologie
129. Pr. BENZAOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
130. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
131. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
132. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
133. Pr. EL MESNAOUI Abbas	Chirurgie Générale
134. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
135. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
136. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
137. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
138. Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed	Urologie
139. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophthalmologie
140. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
141. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophthalmologie
142. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
143. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale
 <u>Décembre 1996</u>	
144. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
145. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
146. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophthalmologie
147. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale
148. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
149. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie

150. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
151. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
152. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
153. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-phtisiologie
154. Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
155. Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
156. Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

Novembre 1997

157. Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie–Obstétrique
158. Pr. BEN AMAR Abdesselem	Chirurgie Générale
159. Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
160. Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
161. Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
162. Pr. DERRAZ Said	Neurochirurgie
163. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
164. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
165. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie
166. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
167. Pr. KADDOURI Noureddine	Chirurgie Pédiatrique
168. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
169. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
170. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
171. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
172. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
173. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
174. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
175. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

176. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro–Entérologie
177. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo–phtisiologie
178. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto–Rhino–Laryngologie
179. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
180. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
181. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
182. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
183. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
184. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

185. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
---------------------------	-------------

186. Pr. KHATOURI ALI* Cardiologie
187. Pr. LABRAIMI Ahmed* Anatomie Pathologique

Janvier 2000

188. Pr. ABID Ahmed* Pneumophtisiologie
189. Pr. AIT OUMAR Hassan Pédiatrie
190. Pr. BENCHERIF My Zahid Ophtalmologie
191. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd Pédiatrie
192. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine Pneumo-phtisiologie
193. Pr. CHAOUI Zineb Ophtalmologie
194. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer Chirurgie Générale
195. Pr. ECHARRAB El Mahjoub Chirurgie Générale
196. Pr. EL FTOUH Mustapha Pneumo-phtisiologie
197. Pr. EL MOSTARCHID Brahim* Neurochirurgie
198. Pr. EL OTMANY Azzedine Chirurgie Générale
199. Pr. GHANNAM Rachid Cardiologie
200. Pr. HAMMANI Lahcen Radiologie
201. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim Anesthésie-Réanimation
202. Pr. ISMAILI Hassane* Traumatologie Orthopédie
203. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss Gastro-Entérologie
204. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim* Anesthésie-Réanimation
205. Pr. TACHINANTE Rajae Anesthésie-Réanimation
206. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida Médecine Interne

Novembre 2000

207. Pr. AIDI Saadia Neurologie
208. Pr. AIT OURHROUI Mohamed Dermatologie
209. Pr. AJANA Fatima Zohra Gastro-Entérologie
210. Pr. BENAMR Said Chirurgie Générale
211. Pr. BENCHEKROUN Nabiha Ophtalmologie
212. Pr. CHERTI Mohammed Cardiologie
213. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma Anesthésie-Réanimation
214. Pr. EL HASSANI Amine Pédiatrie

215. Pr. EL IDGHIRI Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
216. Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
217. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
218. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
219. Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
220. Pr. LACHKAR Azzouz	Urologie
221. Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
222. Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
223. Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
224. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
225. Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
226. Pr. ROUIMI Abdelhadi	Neurologie

Décembre 2001

227. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
228. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
229. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophthalmologie
230. Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
231. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
232. Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
233. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
234. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
235. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
236. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
237. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
238. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
239. Pr. BOUCHIKHI IDRISSI Med Larbi	Anatomie
240. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
241. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
242. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
243. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
244. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
245. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
246. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation

247. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
248. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
249. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophthalmologie
250. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
251. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
252. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
253. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
254. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
255. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
256. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
257. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
258. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
259. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
260. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
261. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
262. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
263. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
264. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
265. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
266. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
267. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

268. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
269. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
270. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
271. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
272. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
273. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
274. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
275. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
276. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
277. Pr. BICHTA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
278. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale

279. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
280. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
281. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
282. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
283. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
284. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
285. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
286. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
287. Pr. HAJJI Zakia	Ophthalmologie
288. Pr. IKEN Ali	Urologie
289. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
290. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
291. Pr. KRIOUILE Yamina	Pédiatrie
292. Pr. LAGHMARI Mina	Ophthalmologie
293. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
294. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
295. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
296. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
297. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
298. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
299. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
300. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
301. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
302. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
303. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
304. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

305. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophthalmologie
306. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
307. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
308. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
309. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique

310. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
311. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
312. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
313. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
314. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
315. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
316. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
317. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
318. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
319. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
320. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
321. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophthalmologie
322. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
323. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
325. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
326. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophthalmologie
327. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
328. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
329. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
330. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

331. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
332. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
333. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
334. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
335. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophthalmologie
336. Pr. AZIZ Noureddine*	Radiologie
337. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
338. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
339. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
340. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophthalmologie
341. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
342. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophthalmologie
343. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
344. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophthalmologie
345. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
346. Pr. EL HAMZAOUI Sakina	Microbiologie
347. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
348. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
349. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
350. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophthalmologie
351. Pr. KENDOOUSSI Mohamed*	Cardiologie

- 352. Pr. LAAROUSSI Mohamed
- 353. Pr. LYAGOUBI Mohammed
- 354. Pr. NIAMANE Radouane*
- 355. Pr. RAGALA Abdelhak
- 356. Pr. SBIHI Souad
- 357. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
- 358. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

400. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
401. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
402. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra	Dermatologie
403. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
404. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
405 Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
406. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie – Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441Pr. IDRISS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
431. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
432. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie

434. Pr. TELLAL Saïda*
435. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

436. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid Anesthésie réanimation
437. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid Anesthésier réanimation
438. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar * Anesthésie réanimation
439. Pr. BAITE Abdelouahed * Anesthésie réanimation
440. Pr. TOUATI Zakia Cardiologie
441. Pr. OUZZIF Ez zohra * Biochimie
442. Pr. BALOUCH Lhousaine * Biochimie
443. Pr. SELKANE Chakir * Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef * Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi * Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader * Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad * Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq* Chirurgie générale
450. Pr. GHARIB Nouredine Chirurgie plastique
451. Pr. TABERKANET Mustafa * Chirurgie vasculaire périphérique
452. Pr. ISMAILI Nadia Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef* Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha * Médecine préventive santé publique et hygiène
-
479. Pr. SEKHSOKH Yessine * Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain * Microbiologie
459. Pr. MRANI Saad * Virologie
460. Pr. GANA Rachid Neuro chirurgie
461. Pr. ICHOU Mohamed * Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine Ophtalmologie

487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophthalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
470. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
471. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
478. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
479. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
480. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
481. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
482. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
483. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Décembre 2008

484. Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie Générale

485. Pr ZOUBIR Mohamed*

Anesthésie Réanimation

Mars 2009

486. Pr. BJIJOU Younes

Anatomie

487. Pr. AZENDOUR Hicham *

Anesthésie Réanimation

488. Pr. BELYAMANI Lahcen *

Anesthésie Réanimation

489. Pr. BOUHSAIN Sanae *

Biochimie

490. Pr. OUKERRAJ Latifa

Cardiologie

491. Pr. LAMSAOURI Jamal *

Chimie Thérapeutique

492. Pr. MARMADÉ Lahcen

Chirurgie Cardio-vasculaire

493. Pr. AMAHZOUNE Brahim *

Chirurgie Cardio-vasculaire

494. Pr. AIT ALI Abdelmounaim *

Chirurgie Générale

495. Pr. BOUNAIM Ahmed *

Chirurgie Générale

496. Pr. EL MALKI Hadj Omar

Chirurgie Générale

497. Pr. MSSROURI Rahal

Chirurgie Générale

498. Pr. CHTATA Hassan Toufik *

Chirurgie Vasculaire Périphérique

499. Pr. BOUI Mohammed *

Dermatologie

500 Pr. KABBAJ Nawal

Gastro-entérologie

501. Pr. FATHI Khalid

Gynécologie obstétrique

502. Pr. MESSAOUDI Nezha *

Hématologie biologique

503. Pr. CHAKOUR Mohammed *

Hématologie biologique

504. Pr. DOGHMI Kamal *

Hématologie clinique

505. Pr. ABOUZAHIR Ali *

Médecine interne

506. Pr. ENNIBI Khalid *

Médecine interne

507. Pr. EL OUENNASS Mostapha

Microbiologie

508. Pr. ZOUHAIR Said*

Microbiologie

509. Pr. L'kassimi Hachemi*

Microbiologie

510. Pr. AKHADDAR Ali *

Neuro-chirurgie

511. Pr. AIT BENHADDOU El hachmia

Neurologie

512. Pr. AGADR Aomar *

Pédiatrie

513. Pr. KARBOUBI Lamya

Pédiatrie

514. Pr. MESKINI Toufik

Pédiatrie

515. Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
516. Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
517. Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
518. Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
519. Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
520. Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
521. Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
522. Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
523. Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

524. Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
525. Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
526. Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
527 Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
528. Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
529. Pr. EL KHARRAS Abdenmasser*	Radiologie
530. Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
531. Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
532. Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
533. Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
534. Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
535. Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
536. Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
537. Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
538. Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
539. Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
540. Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
541. Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
542 .Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
543. Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
544 .Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
545. Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

** Enseignants Militaires*

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1.	Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2.	Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3.	Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4.	Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie–Embryologie
5.	Pr. ANSAR M’hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6.	Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7.	Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8.	Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9.	Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10.	Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11.	Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12.	Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13.	Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
14.	Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15.	Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16.	Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie0
17.	Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18.	Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19.	Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20.	Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M ^{ed}	Chimie Organique
21.	Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22.	Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23.	Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Je dédie cette thèse

A mes très chers parents

*En reconnaissance des sacrifices que vous avez consentis
pour mon éducation et ma formation.*

*Vous êtes pour moi le symbole de la tendresse et du
dévouement.*

*Qu' il me soit permis de vous assurer à jamais d' un
amour filial indestructible.*

A mon cher et tendre époux

*En reconnaissance de ton amour, ton soutien moral, tes
encouragements, et tes conseils.*

A ma sœur, mon frère et leurs petites familles

Pour votre amour, votre tendresse et affection.

A mes beaux parents

Pour tout l' amour que vous me porter

Pour vos encouragements, votre soutien et votre générosité

A mes belles sœurs et beaux frères

Pour votre amour et votre soutien

A ma grand-mère

Pour ton amour, et toutes tes prières.

Tu es le symbole du courage et de la patience

A la mémoire de mes grands-parents

Puisse Dieu vous accueillir dans sa sainte miséricorde.

A mes tantes et oncles

Pour vos encouragements et votre soutien

A la mémoire d'Amîna Sayah

A une femme unique qui m' a aimée et chérie

A mes ami(e)s

*Saloua, Ahmad, Jihad, Ghislane, Zineb, Sarah, Zaynab,
Yahya, Safouane, Asmae, Hasnae...*

Pour votre amour, votre soutien et votre dévouement.

*A notre maître, Directeur et Rapporteur de
thèse*

Monsieur le Professeur FERHATI DRISS

*Professeur et chef de service
de gynéco-obstétrique et endoscopie gynécologique*

*Vous nous avez confié ce travail et guidé de vos conseils éclairés tout
au long de sa réalisation.*

Vous nous avez toujours accueillis avec gentillesse et bienveillance.

*Vos qualités humaines et professionnelles nous ont toujours inspiré la
plus grande admiration.*

*Veillez accepter nos sincères remerciements de même que le
témoignage de notre profond respect.*

A notre maître et juge

Monsieur BERRADA RACHID

Professeur de gynécologie et obstétrique

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans notre
jury de thèse.*

*Veillez trouver dans ce travail l' expression de notre
reconnaissance pour votre enseignement qui nous a toujours été
profitable.*

A notre maître et juge

Madame LAMALMI NAJAT

Professeur d'anatomie pathologique

*Vous avez accepté avec une grande amabilité de juger cette
thèse.*

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous
exprimer, ici, nos sincères remerciements et notre profond respect.*

A notre maître et juge
Monsieur BAIDADA AZIZ
Professeur de gynécologie et d'obstétrique

Nous sommes très honorés par votre présence parmi les
membres de ce jury.

Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre gratitude et de
nos sentiments les plus respectueux.

PLAN

I-INTRODUCTION :	2
II-MATERIELS ET METHODES :	4
III-RESULTATS :	6
1. Résultats épidémiologiques :	6
2. Résultats cliniques :	9
3. Résultats radiologiques	12
4. Résultats histologiques :	15
5. Résultats thérapeutiques :	15
6. Résultats anatomopathologiques :	16
7. Résultats évolutifs :	17
IV- DISCUSSION :	19
1. Epidémiologie :	19
2. Etiopathogénie :	20
3. Diagnostic :	22
A. Clinique :	22
B. L'imagerie :	22
a. Mammographie :	26
b. Echographie et écho-doppler des seins:	28
c. Imagerie par résonance magnétique (IRM) :	31
C. Cytologique :	35
D. Prélèvements micro-biopsiques :	35
E. Anatomopathologie :	36
4. Traitement :	43
A. La chirurgie :	43

a. Conservatrice :	43
b. Radicale :	44
B. La radiothérapie :	44
C. La chimiothérapie :	45
5. Pronostic et évolution:	45
V- CONCLUSION :	48

La liste des abréviations :

CMF : cyclophosphamide, méthotrexate, 5-Fluoro-Uracile

C.O : Contraception orale.

HES : Hémalun-Erythrosine-Safran

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

PDC : Prise de contraste

QE : quadrants externes

QI : quadrants inférieurs

QIE : quadrant inféro-externe

QII : quadrant inféro-interne

QS : quadrants supérieurs

QSE : quadrant supéro-externe

QSI : Quadrant supéro-interne.

4Q : les quatre quadrants

TPS : Tumeur phyllode du sein.

TP : Tumeur phyllode

Liste des figures :

Fig1 : Fréquence des TPS par tranche d'âge.

Fig2 : Fréquence des TPS en fonction de la parité.

Fig3 : Fréquence des TPS chez les femmes ménopausées et non ménopausées.

Fig4 : fréquence des TPS chez les femmes sous C.O.

Fig5 : Circonstances de découverte des TPS.

Fig6 : Localisation des TPS (1).

Fig7 : Localisation des TPS (2).

Fig8 : Mammographie des seins droit et gauche.

Fig9 : Echographie mammaire (1).

Fig10 : Echographie mammaire (2).

Fig11 : Traitement chirurgical des TPS.

Fig12 : Répartition de l'échantillon étudié en fonction du grading histologique.

Fig13 : Tumeur phyllode du sein droit (1).

Fig14 : Tumeur phyllode du sein droit (2).

Fig15 : Tumeur phyllode du sein.

Fig16 : Mammographie de face (A) et oblique(B).

Fig17 : Mammographie incidence profil interne.

Fig18 : Echographie mammaire (3).

Fig19 : Echographie mammaire (4).

Fig20 : IRM mammaire (1).

Fig21 : IRM mammaire (2).

Fig22 : IRM mammaire (3).

Fig23 : Aspect macroscopique des TPS à la coupe.

Fig24 : Coupe anatomopathologique d'une tumeur phyllode coloration HES, grossissement x10

Fig25 : Coupe anatomopathologique d'un sarcome phyllode. Coloration HES, grossissement x10 et x40

Fig26 : Coupe anatomopathologique de tumeurs phyllodes (coloration HES).

Liste des tableaux :

Tableau1 : Les critères IRM d'une tumeur bénigne.

Tableau2 : Les critères IRM en faveur de la malignité.

Tableau3 : Classification des TPS selon l'OMS.

Tableau4 : Les différents types histologiques dans les différentes séries de la littérature.

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

Les tumeurs phyllodes du sein sont des tumeurs fibro-épithéliales rares qui représentent moins de 1% des tumeurs primitives du sein (1) et 2,5% des tumeurs fibro-épithéliales (2). Elles touchent surtout des femmes âgées entre 35 et 50 ans et leur diagnostic est surtout histologique (3). Elles ont classiquement à la coupe, une structure foliée d'où leur nom de phyllode (en grec : phyllos signifie feuille). (3)

Les premiers aspects de tumeurs phyllodes du sein ont été décrits par Cumin et Chelius en 1827.

En 1838, le terme de cystosarcome phyllode (CSP) a été introduit par Muller choisissant le terme de «sarcome » pour leur apparence charnue et leurs dimensions souvent importantes ; une description trompeuse, étant donné que les tumeurs sont rarement kystiques et que la majorité suit un cours clinique bénin.

Après plus d'un demi-siècle, le terme de cystosarcome a été remplacé par tumeur phyllode pour le distinguer des tumeurs purement malignes.

Pendant les années 70, les pathologistes ont suggéré une classification basée sur deux types de tumeurs phyllodes, bénigne et maligne.

En 1981, L'OMS a distingué 3 catégories de tumeur phyllode du sein, bénigne, borderline, et maligne et a considéré tumeur phyllode comme la nomenclature la plus appropriée. Malgré cela, les appellations restent divergentes entre la littérature anglo-saxonne utilisant le terme de cystosarcome phyllode (CSP) et européenne les englobant sous le terme de tumeurs phyllodes (1, 4, 5).

Le but de notre travail, est de souligner les particularités épidémiologiques, cliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives de ces tumeurs à travers une étude rétrospective et d'en discuter les résultats au regard des données de la littérature.

MATERIELS ET METHODES

II-MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service M1 de la maternité Souissi de Rabat entre 1980 et 2012, portant sur 36 patientes. Nous avons revu tous les dossiers de patientes ayant des tumeurs phyllodes du sein certifiées histologiquement.

Le type histopronostic (6) a été précisé selon les critères classiques, et classé en trois grades en fonction de l'importance de la cellularité, de l'activité mitotique, de la présence d'éventuelles atypies nucléaires et d'une invasion en périphérie de la tumeur :

- le grade 1 correspond à une tumeur présumée bénigne.
- le grade 2 à une tumeur intermédiaire ou borderline.
- le grade 3 à une tumeur présumée maligne.

Une fiche d'exploitation a permis de relever les principales caractéristiques :

- épidémiologiques (âge, parité, contraception, ménopause, antécédents de tumeur du sein personnels et familiaux).
- cliniques (circonstances de découverte, siège, taille, peau en regard, adénopathies axillaires, aspects mammographiques et échographiques).
- histologiques (bénigne, borderline ou maligne).
- thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie).
- évolutives (recul, survenue de récidives locales ou métastases).

RESULTATS

III-RESULTATS :

De l'année 1980 à 2012, 36 patientes ont été traitées pour tumeurs phyllodes du sein à la maternité Souissi de Rabat.

1. Résultats épidémiologiques :

- L'âge :

La plupart de nos patientes étaient jeunes, avec un âge médian de 32 ans (+/- 11,6), avec des extrêmes allant de 9 à 55ans.

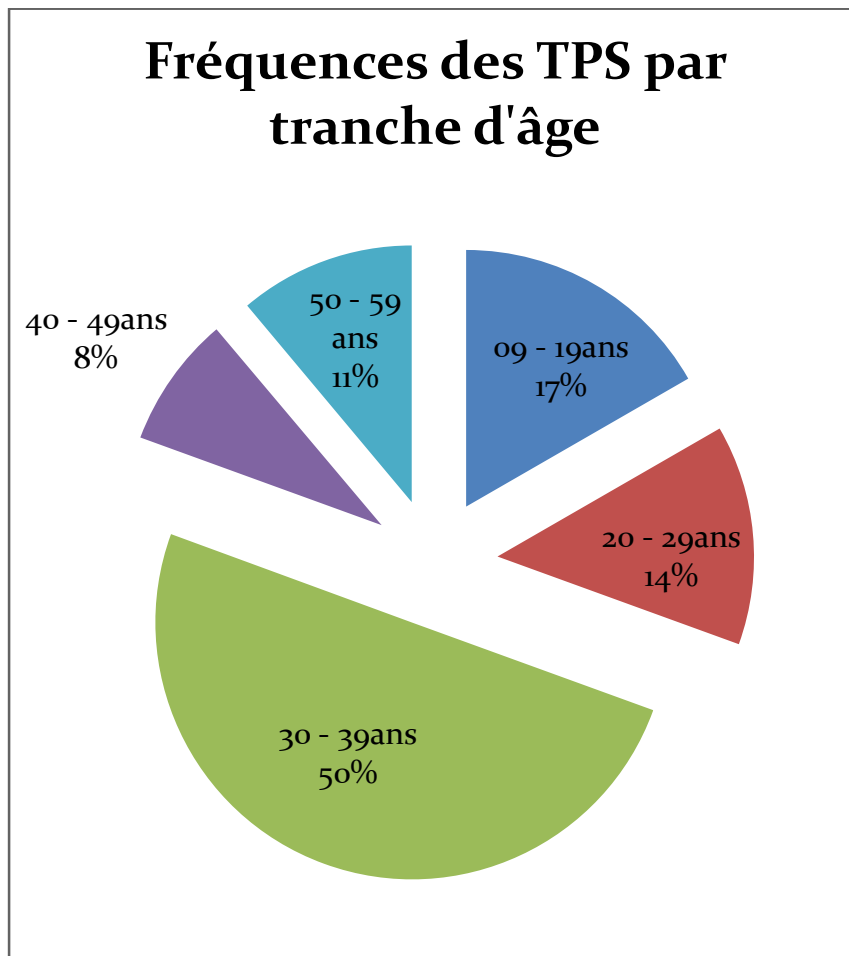


Fig1 : Fréquence des TPS par tranche d'âge

- La parité :
 - 24 femmes étaient nullipares (66,7%).
 - 10 multipares (27,8%).
 - 2 grandes multipares (5,6%).

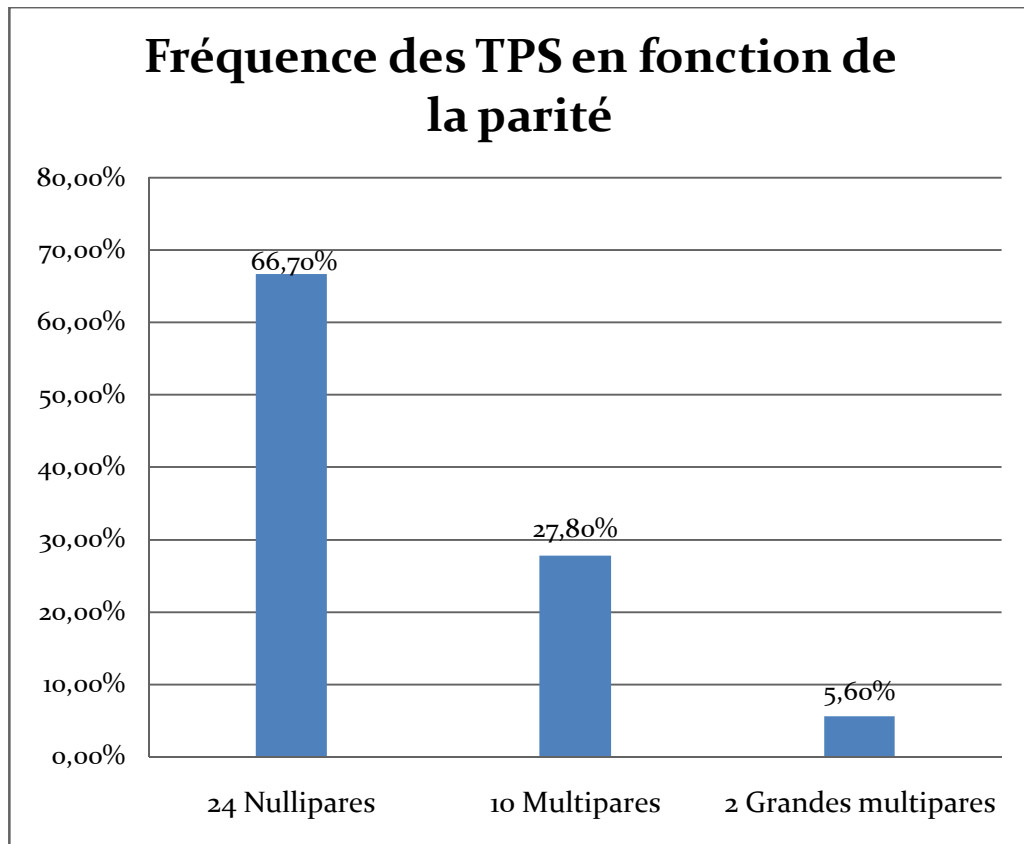


Fig2 : Fréquence des TPS en fonction de la parité

- Activité génitale :

-92% étaient en activité génitale.

-Trois femmes étaient ménopausées (8,3%)

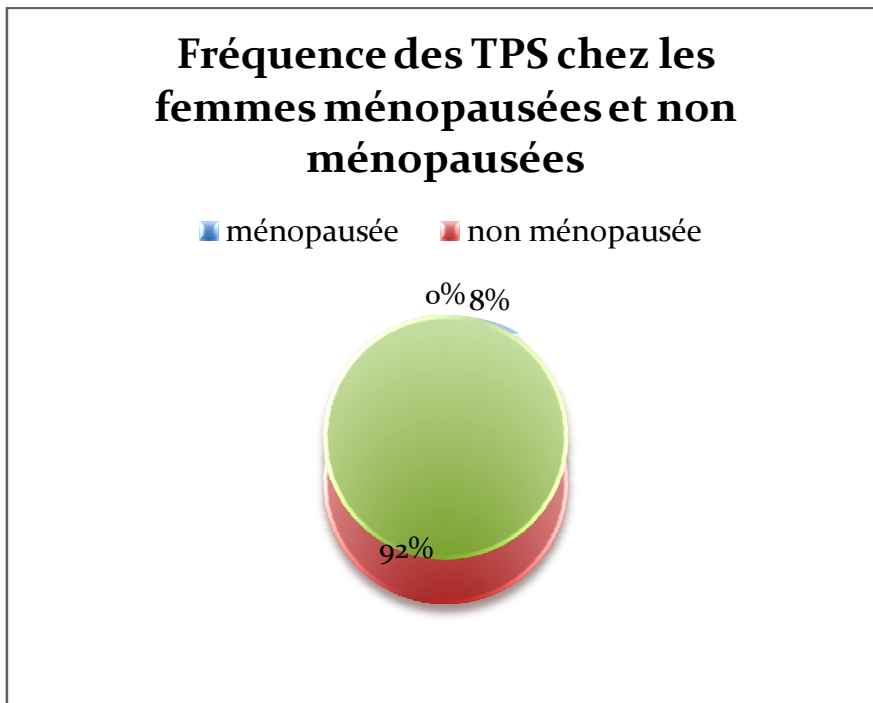


Fig3 : Fréquence des TPS chez les femmes
Ménopausées et non ménopausées

- Contraception orale

2 patientes étaient sous contraception orale, tandis que 8 n'utilisaient aucun moyen contraceptif. L'information n'a pas été précisée sur les dossiers des 26 autres patientes.

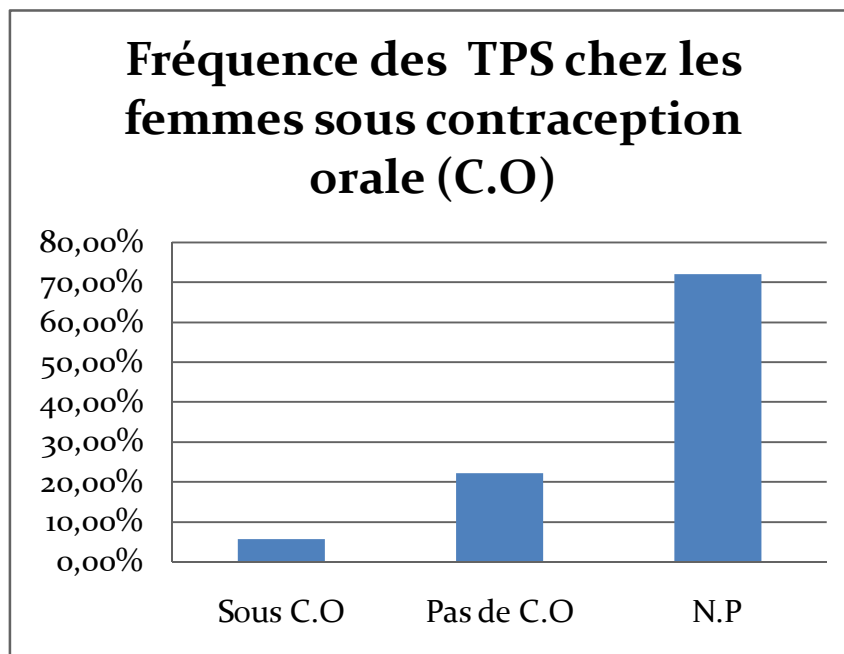


Fig4 : fréquence des TPS chez les femmes sous C.O

- Antécédents de tumeurs du sein :

Trois patientes avaient des antécédents de tumeur du sein (11,1%) dont une avait un antécédent d'adénofibrome pour lequel elle a été opérée à trois reprises.

Aucune n'avait d'antécédents familiaux de tumeur du sein.

2. Résultats cliniques :

Le mode de révélation de la maladie était clinique pour 34 patientes (94,4%) :

- Par la découverte d'un nodule mammaire chez 33 femmes (97,1%) :

+ Par autopalpation chez 6 patientes (17,6%).

+ Au cours d'une consultation médicale chez 28 patientes (82,4%).

- Par des mastodynies chez une patiente (2,9%)

Les circonstances de découverte de la TPS n'ont pas été précisées chez 2 patientes.

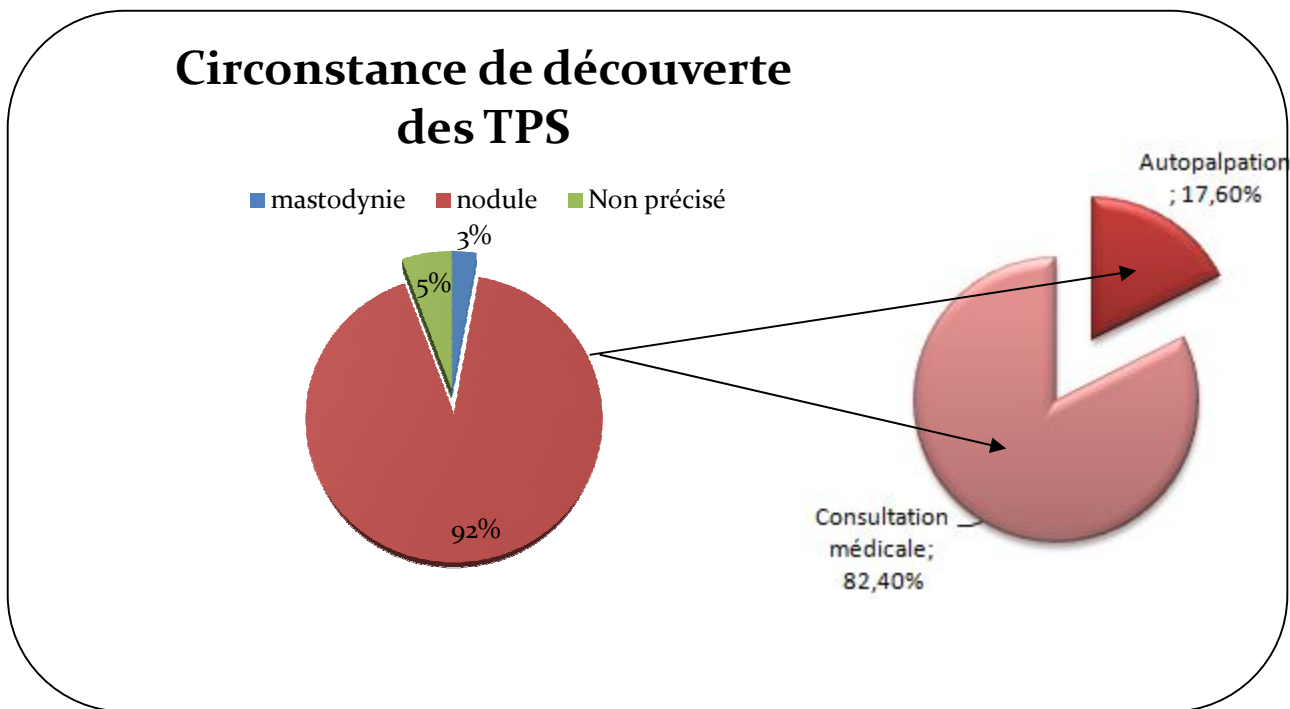


Fig5 : Circonstances de découverte des TPS

L'augmentation du volume mammaire a été rapportée par 3 patientes (8,3%).

Une des patientes était enceinte lors de la découverte du nodule, tandis qu'une autre présentait une aménorrhée.

La taille tumorale clinique moyenne était de 5,22cm avec des extrêmes allant de 3 à 10cm.

La tumeur était localisée sur le sein droit chez 19 patientes (52,8%), sur le sein gauche chez 16 patientes (44,4%), et bilatérale chez une patiente.

Au niveau du sein, la localisation exacte de la tumeur n'a été rapportée que chez 13 patientes, elle est localisée le plus souvent au niveau des quadrants supérieurs du sein (23%), et occupe tout le sein dans 2 cas (15,3%).

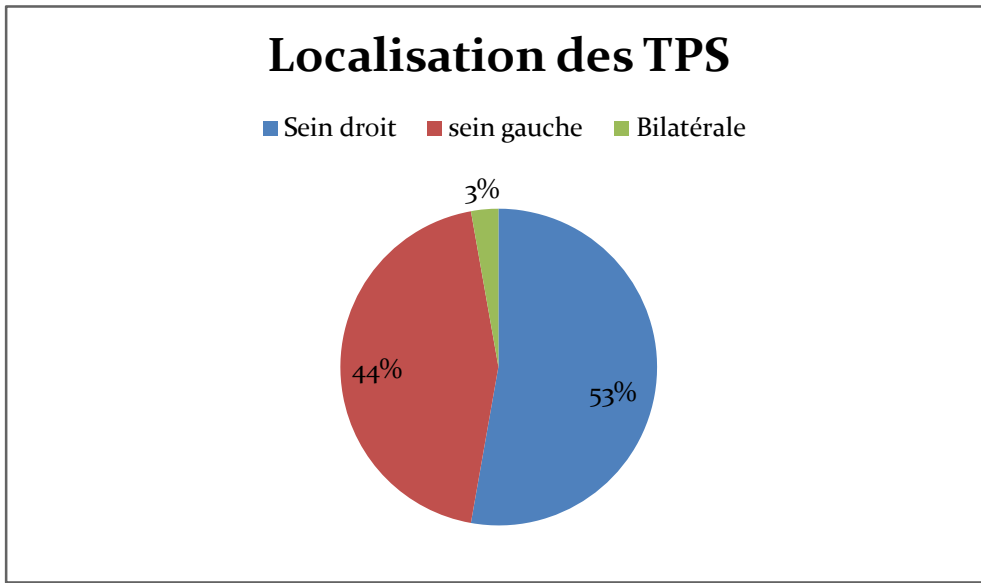


Fig6 : Localisation des TPS (1)

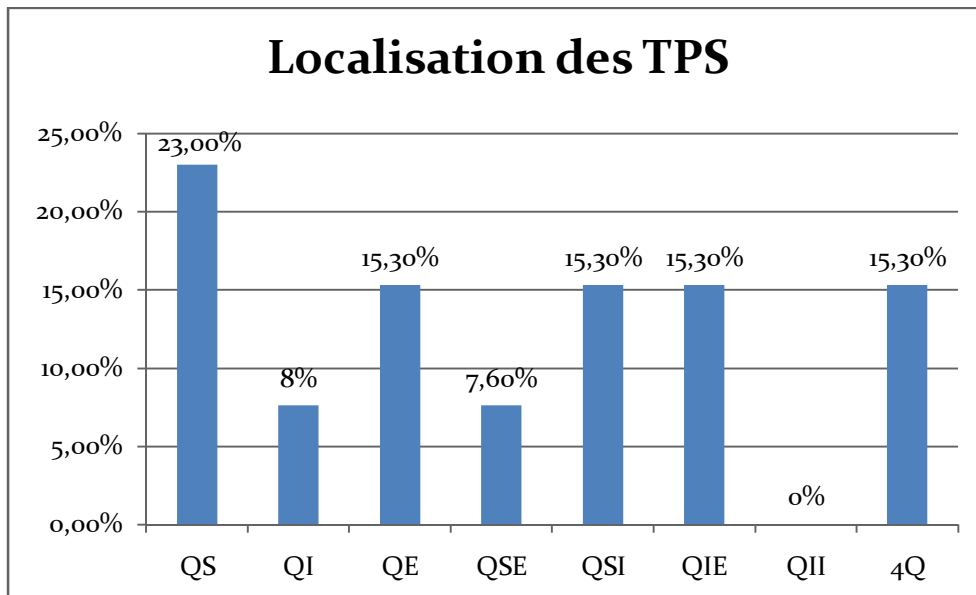


Fig7 : Localisation des TPS (2)

Une patiente présentait une rétraction du mamelon.

Aucune ne présentait de signe inflammatoire ni d'écoulement mamelonnaire à l'examen.

Des adénopathies axillaires ont été palpées chez 2 patientes.

3. Résultats radiologiques :

- La mammographie :

La mammographie montrait chez 8 patientes des opacités denses, rondes bien limitées, polycycliques parfois. Elle n'a pas été rapportée sur les dossiers des autres femmes.

Des calcifications ont été retrouvées chez 2 patientes (28,6%).

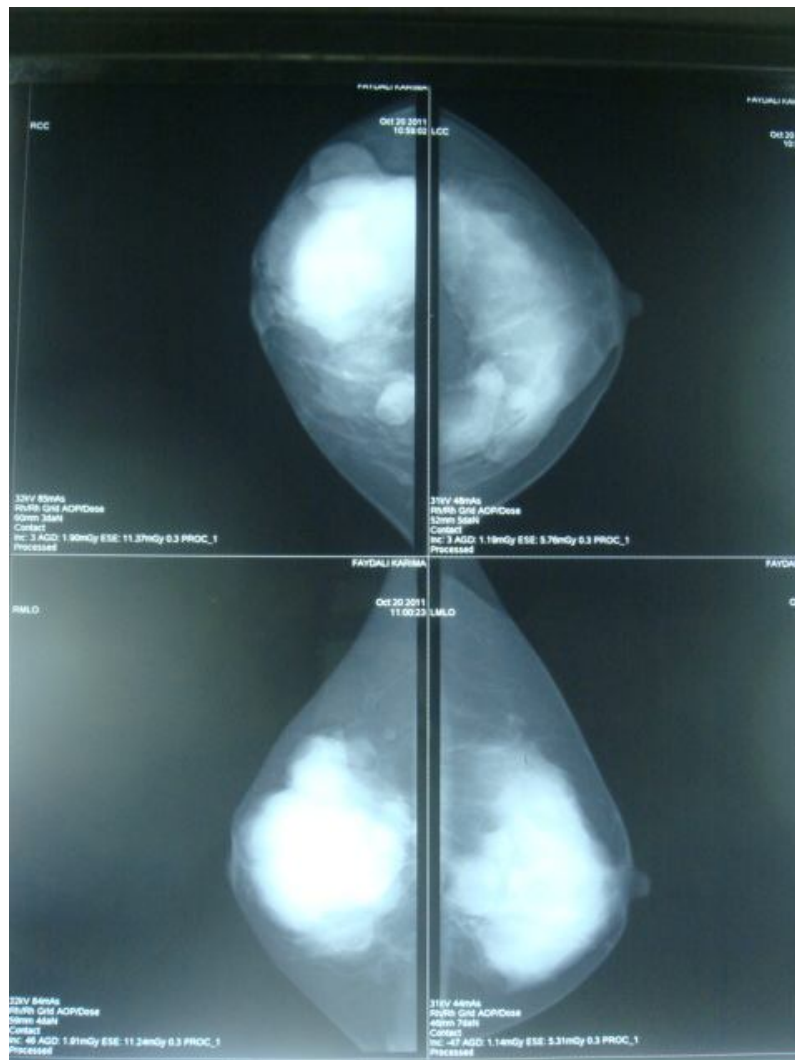


Fig8 : Mammographie des seins droit et gauche : (maternité souissi M1)

Opacités rondes, bien limitées, de tailles variables, aux niveaux des deux seins. Au niveau du sein droit : rétraction mammelonnaire avec présence de macro-calcifications

- Echographie mammaire :

Les données échographiques n'ont pas toutes été retrouvées dans les dossiers des malades.

L'échographie montrait des formations polylobées, hypoéchogènes, bien limitées à grand axe oblique ou parallèle à la peau, avec parfois, présence de plages d'écho-structures hétérogènes à composante nécrotique.

Des formations kystiques ont également été retrouvées.

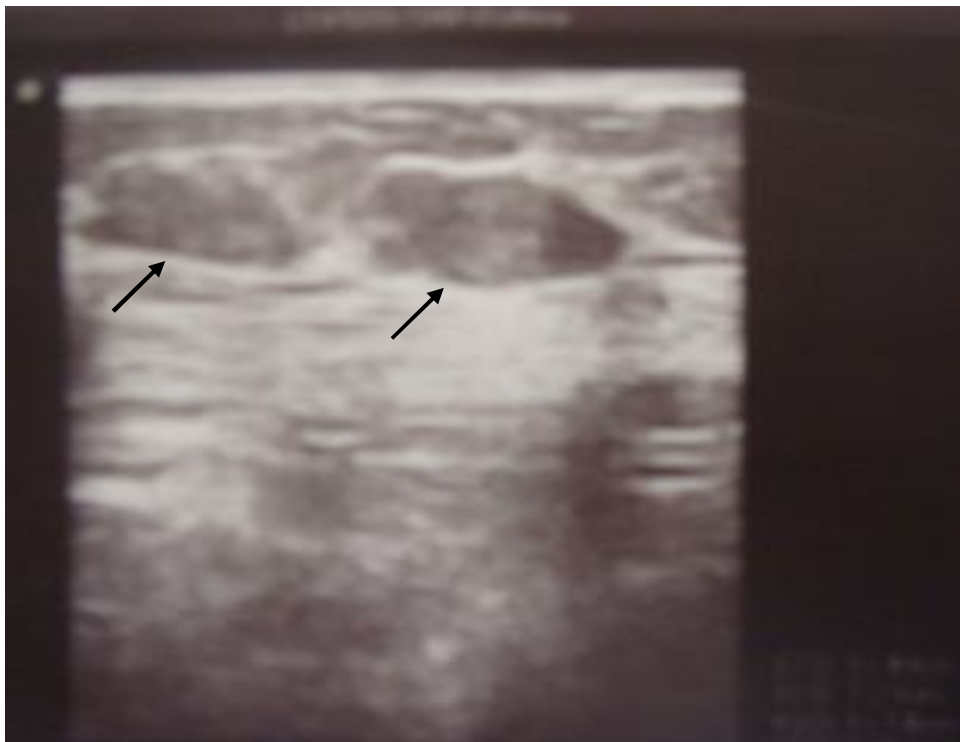


Fig9: Echographie mammaire (1) : (maternité souissi M1)

Formations ovalaires polylobées, hypoéchogènes, bien limitées, à grand axe oblique ou parallèle à la peau.

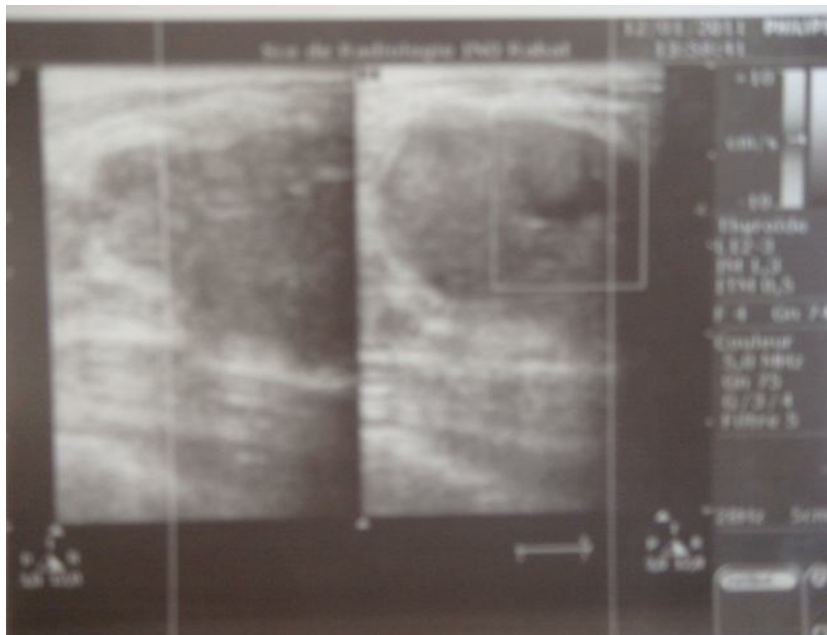
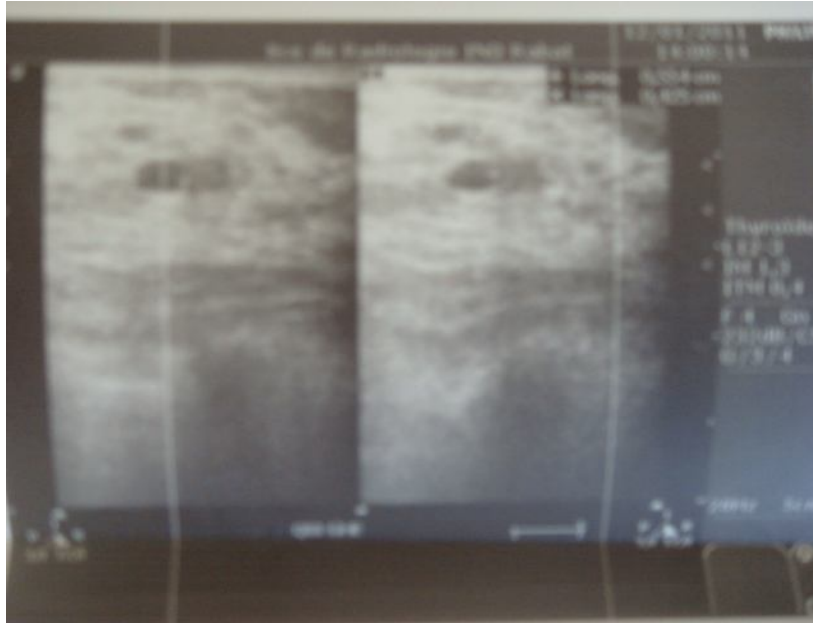


Fig10 : Echographie mammaire (2) : (maternité souissi M1)

Masse tissulaire à contours lobulés hétérogène du QSI gauche à
composante nécrotique, sans atténuation ni renforcement postérieur.

4. Résultats histologiques :

Onze patientes ont bénéficié d'une cytoponction à l'aiguille fine.

L'examen cytologique a permis d'évoquer le diagnostic de tumeur phyllode dans 54,5% (6 patientes sur 11) et était suspect chez deux patientes (18,2%).

Une patiente seulement a bénéficié d'une biopsie qui montrait une lésion fibro-épithéliale faisant suspecter une tumeur phyllode.

Le diagnostic pré-opératoire a donc pu être confirmé chez 6 patientes grâce à la cytoponction et suspecté chez 3 autres.

Pour les autres patientes, le diagnostic s'est fait en post-opératoire par étude anatomopathologique de la pièce opératoire.

5. Résultats thérapeutiques :

La chirurgie a été le premier traitement chez 34 patientes :

- Conservatrice (tumorectomie large) chez 30 patientes (88,2%).
- Radicale chez 4 autres (11,8%), dont 3 ont bénéficié d'une mastectomie totale, et une a été traitée par mastectomie radicale de Patey.

Une patiente est décédée sans pouvoir être opérée (2,9%), dans des circonstances non précisées.

Le traitement n'a pas été spécifié sur le dossier d'une patiente.

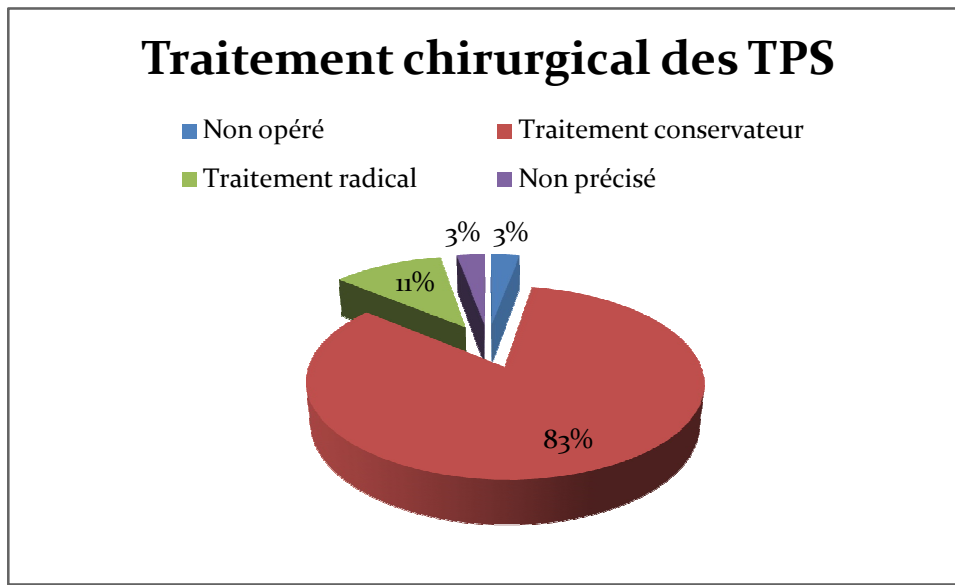


Fig11 : Traitement chirurgical des TPS

Le traitement adjuvant consistait en une radiothérapie chez une patiente ayant une tumeur phyllode de grade 3 prenant tout le sein droit, et une chimiothérapie (CMF) chez une autre patiente ayant également une tumeur de grade 3.

6. Résultats anatomopathologiques :

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de tumeur phyllode chez toutes les patientes.

Le grading histologique n'a été précisé que chez 18 femmes, se répartissant :

- en grade 1 chez 9 patientes (50%)
- en grade 2 chez 3 patientes (16,7%)
- en grade 3 chez 6 patientes (33,3%).

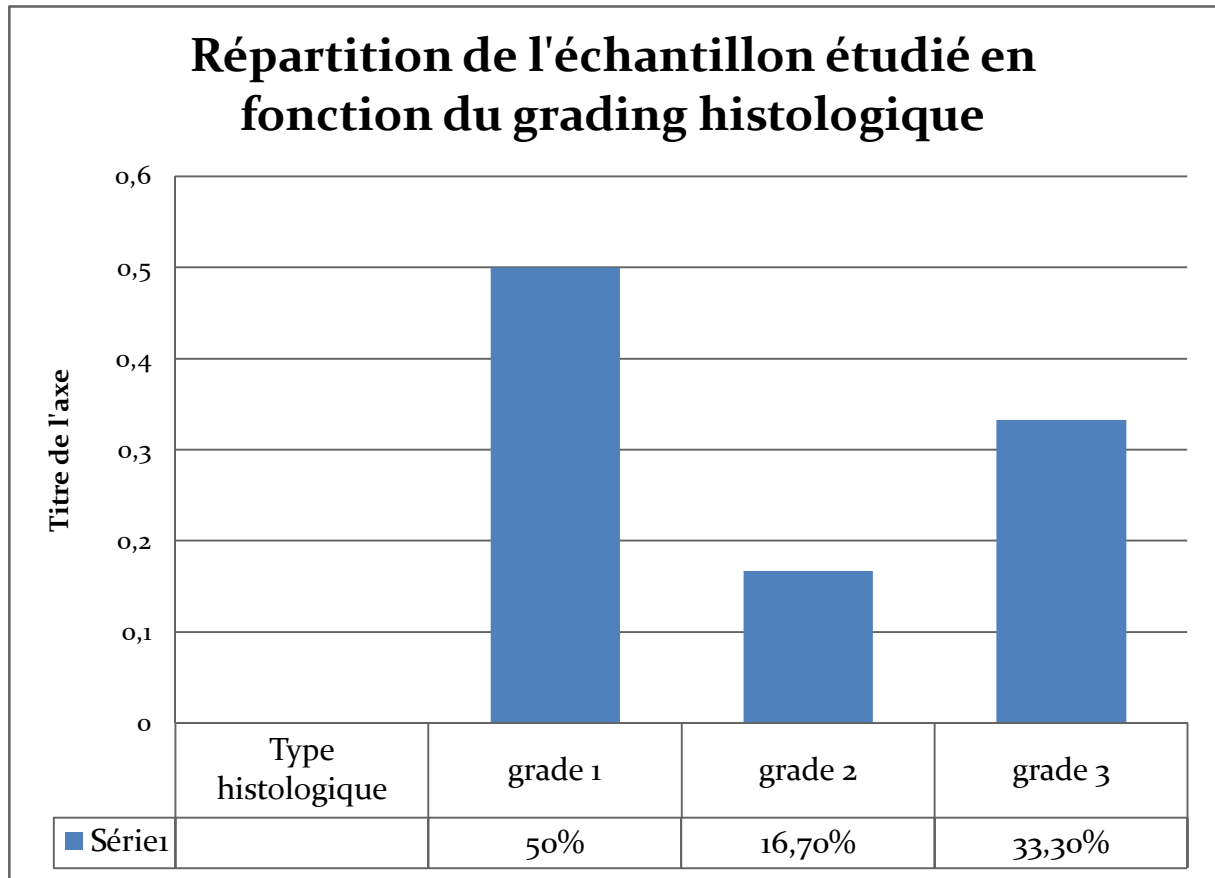


Fig12 : Répartition de l'échantillon étudié en fonction du grading histologique

7. Résultats évolutifs :

L'évolution n'a pu être suivie que chez 6 patientes, une patiente étant décédée avant de pouvoir être opérée (dans des circonstances non précisées), tandis que les 29 autres patientes ont été perdues de vue.

L'évolution a été marquée chez ces 6 patientes par une rémission totale chez 3 patientes, et une récurrence tumorale locale chez 3 autres, dont deux présentaient des tumeurs de grade 3.

DISCUSSION

IV- DISCUSSION :

Les tumeurs phyllodes du sein sont des tumeurs fibro-épithéliales rares qui représentent 0,3 à 0,9% des tumeurs du sein chez la femme. (1)

Cette pathologie touche des patientes âgées de 35 à 50ans.

La tumeur phyllode est localisée dans 30% des cas au niveau du quadrant supéro-externe du sein, sa taille peut varier de quelques centimètres à plusieurs dizaines de centimètres de grand axe.

Elle est généralement multilobée, non fixée au plan cutané ou profond. On retrouve des adénopathies axillaires dans 20% des cas (6).

Elles sont caractérisées par une tendance aux récurrences locales et une rareté des métastases à distance.

1. Epidémiologie :

Les TPS présentent moins de 1% des tumeurs du sein (1) et 2,5% des tumeurs fibro-épithéliales (2).

Cette pathologie touche des femmes âgées de 35 à 50ans (3). Dans notre étude, l'âge moyen de survenue était de 32 ans.

Les tumeurs phyllodes sont rares à l'adolescence, dans notre étude, elle a été retrouvée chez 4 adolescentes.

Elles ont une forte prévalence chez les femmes d'Amérique latine et asiatiques (5).

Les tumeurs phyllode du sein sont exceptionnelles chez l'homme, en général elles sont précédées de gynécomastie (1). Dans notre série, aucun cas n'a été recensé.

-Des études ont démontré qu'il n'y avait pas de relation entre la tumeur phyllode du sein et la période pré-ménopausique ni avec la ménopause.

Elles ont également démontré que l'utilisation de pilules contraceptives n'augmentait pas le risque de développer une tumeur phyllode du sein (7).

Ces mêmes études ont trouvé une corrélation entre le développement de la tumeur et la parité, la plupart des femmes étaient nullipares (7). En effet, dans notre étude, 24 femmes étaient nullipares (66,7%).

Les tumeurs phyllodes sont retrouvées le plus souvent sur le sein droit, surtout au niveau du quadrant supéro-externe (7). Dans notre étude, la tumeur a été localisée surtout à droite au niveau des quadrants supérieurs du sein et seul un cas présentait une tumeur bilatérale.

2. Etiopathogénie :

→ Filiation fibroadénome préexistant et tumeur phyllode :

La filiation fibroadénome préexistant et tumeur phyllode a été soulevée par plusieurs auteurs en raison de la parenté morphologique entre ces deux lésions. La présence d'un adénofibrome a été rapportée dans 16 % des cas dans la série de Grimes et 22 % dans la série de Kanouni et chez 1 patiente dans notre série (1).

Plusieurs patientes développent les deux lésions de façon synchrone et les signes histologiques des tumeurs phyllodes et des adénofibromes sont retrouvés simultanément dans certaines tumeurs. Cependant, certains auteurs rapportent que les tumeurs phyllodes peuvent se développer de novo (5).

Dans une étude menée en 1995, Noguchi et al. ont suggéré que dans une proportion d'adénofibromes, il pouvait y avoir une mutation somatique sous forme d'une prolifération monoclonale qui n'est pas histologiquement distinguable de l'élément polyclonal, mais qui a la propriété de récurrence locale et de progression en TPS. Une analyse clonale réalisée sur des spécimens histologiques prélevés chez des patientes ayant développé d'une manière séquentielle des adénofibromes et des TPS sur le même site, a montré que les deux lésions étaient monoclonales, et qu'elles exprimaient le même allèle inactivé, ce qui paraît soutenir cette hypothèse (8).

Kuijper et al. ont étudié la progression clonale des adénofibromes et des TPS et ont conclu que les adénofibromes pouvaient progresser vers une direction épithéliale en carcinome in situ, ou vers une direction stromale en tumeur phyllode (8,9).

Valdes et al. ont présenté un cas de transformation maligne d'un adénofibrome en cystosarcome phyllode après 5ans de stabilité radiologique, et ont démontré que les adénofibromes monoclonaux peuvent évoluer vers une TPS grâce à une analyse clonale obtenue par cytoponction à l'aiguille fine (8).

Certaines études ont démontré que les radiations ionisantes pouvaient avoir un rôle dans la transformation des adénofibromes en sarcomes phyllodes (1).

→ TPS et facteurs de croissance :

Il a été postulé que l'induction stromale des tumeurs phyllodes pouvait résulter d'une production de facteurs de croissance par l'épithélium mammaire. La nature de ces facteurs n'est pas claire mais il semble que le rôle de l'endothéline 1, un stimulateur de la croissance des fibroblastes mammaires soit important. Le processus de développement des TP se caractérise par une prolifération simultanée fibroépithéliale des constituants cellulaires du lobule mammaire (1, 10).

→ Facteurs invoqués dans la stimulation de la croissance des tumeurs phyllodes du sein : (3)

- Traumatisme.
- Lactation.
- Grossesse.
- Augmentation de l'activité oestrogénique.

Dans notre étude une patiente était enceinte lors du diagnostic, tandis que deux autres étaient sous contraception orale.

3. Diagnostic :

A. Clinique :

Ce sont des tumeurs rares qui apparaissent à la quatrième décennie (11). Il s'agit le plus souvent d'un nodule mammaire palpable.

Tous les aspects peuvent se voir, depuis la petite tumeur de quelques centimètres, mobile, circonscrite, jusqu'aux volumineuses tumeurs occupant tout le sein. La taille tumorale ne semble pas liée à la malignité. La bilatéralité est rare (1).

Dans notre étude, la plupart de nos patientes étaient jeunes avec un âge médian de 32ans. La tumeur mesurait en moyenne 5,22cm, et occupait tout le sein chez 2 patientes (16,7%). La bilatéralité est rare, elle n'a concerné qu'une seule femme.

Le mode de révélation était clinique pour la majorité de nos patientes, par la découverte d'un nodule mammaire par autopalpation ou lors d'une consultation médicale. La tumeur était rarement douloureuse, le plus souvent localisée à droite, au niveau des quadrants supérieurs du sein

Dans la littérature, les patientes présentaient une masse ferme, rarement douloureuse, bosselée ou polylobée, mobile et bien circonscrite, située au quadrant supéro-externe dans 30% des cas (6).

La tumeur croit progressivement, mais peut aussi augmenter rapidement de taille entraînant une distension de la peau qui devient brillante, translucide, avec des veines variqueuses, pouvant entraîner des lésions d'ulcération de la peau voire une ischémie (1,3, 7, 12).

Cependant, il a été observé que la douleur, la rétraction du mamelon et la fixation de la peau, surviennent aussi bien dans les tumeurs bénignes que les tumeurs malignes et donc, les symptômes n'indiquent pas nécessairement le comportement de la tumeur, comme c'est le cas pour la plupart des tumeurs du sein (7).

Dans la majorité des cas, les ganglions axillaires ne sont pas palpables car la diffusion métastatique de ces tumeurs est principalement par voie hémotogène. 10 à 15 % des patientes développeront une adénopathie axillaire, qui résulte le plus souvent de l'hyperplasie réactive à l'infection d'une tumeur nécrosée plutôt qu'à une métastase (7).

Dans notre étude, 2 femmes présentaient des adénopathies axillaires.



Fig 14 : Tumeur phyllode du sein droit (2) : (14)

Masses occupant le quadrant supéro-externe.



Fig 13 : Tumeur phyllode du sein droit (1) : (13)

Volumineuse masse palpable du sein droit, occupant les quadrants supérieurs, avec accentuation de la vascularisation et cicatrice péri-aréolaire.



Fig15 : Tumeur phyllode du sein :

Tumeur phyllode bénigne mesurant 30 cm de diamètre chez une femme de 55ans.

Les veines variqueuses et la distension de la peau sont caractéristiques des tumeurs phyllodes volumineuses.

B. L'imagerie :

a. Mammographie :

Ce sont généralement des masses rondes ou ovales, de gros volume, le plus souvent unique, de tonalité hydrique homogène, avec parfois des contours polylobés, de croissance rapide.

Les calcifications sont rares, moins de 10% des cas (1, 3, 5, 15). Dans notre étude, 2 patientes avaient des calcifications, soit < 10%.

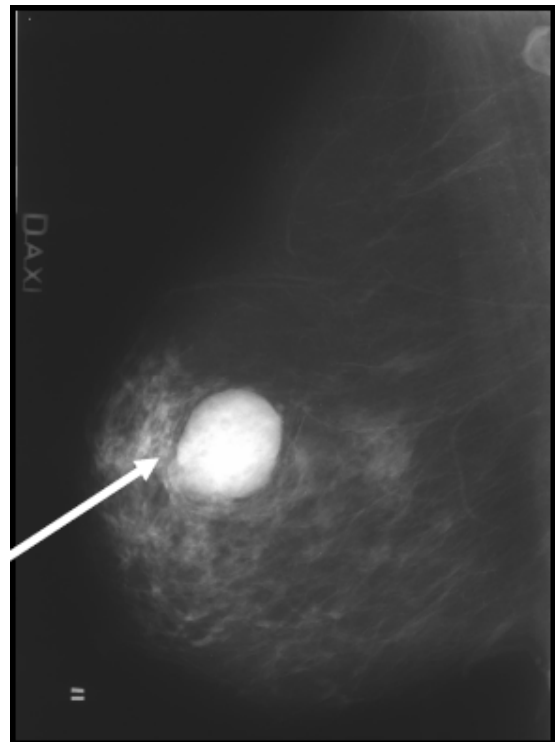
La plupart des mammographies réalisées lors des études menées par Buchberger et al., Liberman et al., ou Yilmaz et al. ainsi que dans notre étude, ont montrés des opacités arrondies, bien circonscrites ou lobulées. (16, 17, 18)

Dans certains cas, l'aspect mammographique était celui de mastite carcinomateuse avec un sein opaque difficilement analysable aux rayons X avec un épaissement cutané (1).

N.B : La taille de la tumeur n'étant pas un critère de malignité et l'imagerie ne permettant pas d'affirmer le caractère bénin ou malin, on comprend donc l'importance de l'exérèse chirurgicale.



A



B

Fig16 : Mammographie de face (A) et oblique(B) : (20)

Masse dense ovale du QSE

→ Critères mammographiques en faveur de la bénignité

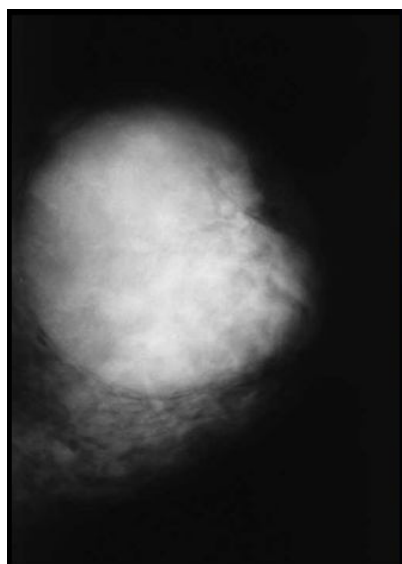


Fig17 : Mammographie incidence profil interne : (20)

Masse ronde, occupant la totalité du sein, de contours nets

b. Echographie et écho-doppler des seins:

Masse unique ou multiple, ovale ou ronde parfois polylobée, à grand axe parallèle à la peau, dont les contours sont généralement bien limités, d'écho structure homogène avec parfois renforcement postérieur (3).

La description échographique des tumeurs phyllodes est rare dans la littérature. L'étude de Buchberger et al. portant sur les tumeurs phyllodes chez 10 patientes a retrouvé que toutes les tumeurs étaient rondes ou ovoïdes, bien limitées, échogènes ou hypoéchogènes. Un renforcement postérieur a été retrouvé chez 5 patientes, mais aucune ne présentait de cône d'ombre postérieur. Des zones anéchogènes kystiques ont été retrouvées dans 6 cas (17).

Dans l'étude de Liberman et al. des remaniements kystiques ont été retrouvés chez 7 femmes (16). La présence de plages d'écho structure hétérogène avec des zones anéchogènes kystiques évoquent l'existence de zones hémorragiques ou nécrotiques.

Dans notre série, l'échographie montrait des formations polylobées, hypoéchogènes, bien limitées à grand axe oblique ou parallèle à la peau. Parfois, présence de plages d'écho-structures hétérogènes à composante nécrotique. Des formations kystiques ont également été retrouvées.

La présence de remaniements microkystiques dans une masse solide lobulée doit faire évoquer la possibilité d'une tumeur phyllode et serait plus fréquente dans les tumeurs malignes (15,16). Cependant, ces remaniements ne sont pas pathognomoniques des tumeurs phyllodes ; ils peuvent être observés dans d'autres tumeurs, également bien circonscrites, comme le carcinome médullaire ou le fibroadénome (19).

Chao et al. ont étudié chez 36 patientes l'apport de l'échographie en mode doppler sur la prédiction de la malignité des tumeurs phyllodes : la présence d'un cône d'ombre acoustique et de nombreux vaisseaux avec un indice de résistance, de pulsatilité et d'une vélocité maximale en mode doppler couleur peuvent témoigner de la présence de tissu tumoral (21).

Les arguments souvent évoqués en faveur de la malignité sont : (22)

- La taille tumorale : habituellement, les tumeurs phyllodes malignes sont plus larges que les tumeurs bénignes (5-15cm), même si plusieurs études ont rapporté des tailles supérieures à 5-7cm de diamètre chez des patientes ayant des tumeurs bénignes.
- La vascularisation : les lésions malignes présentent une néoangiogénèse, qui peut être évaluée par l'utilisation du doppler couleur et à impulsion, montrant l'hyper vascularisation péri et intra-lésionnelle. Cependant, quelques études récentes ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les tumeurs phyllodes malignes et bénignes en ce qui concerne la vascularisation et le nombre de vaisseaux intratumoraux.
- Le cône d'ombre postérieur : est considéré comme indicateur de tumeur maligne.

En fait, il semble qu'aucun critère mammographique ou échographique ne soit formellement en faveur de la malignité ou de la bénignité.

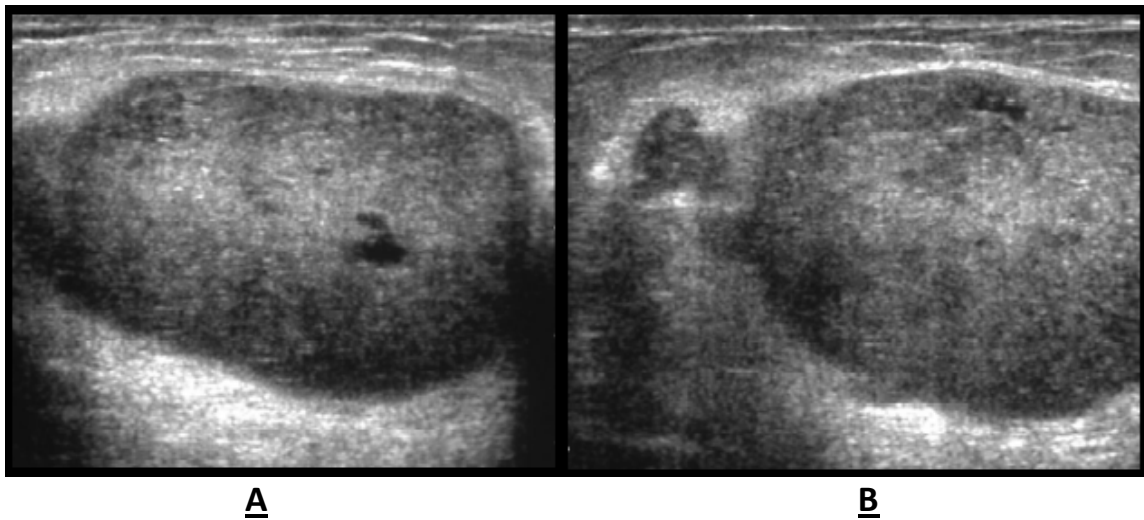


Fig18: Echographie mammaire (3): (20)

Masse ovale hypo-échogène, de contours circonscrits, de grand axe parallèle à la peau avec une plage anéchogène centrale (A) et une macrolobulation (B).

→ Critères échographiques évoquant une tumeur fibro-épithéliale



Fig19 : Echographie mammaire (4): (23)

Masse hétérogène, bien circonscrite, avec une petite image kystique (flèche) et renforcement acoustique postérieur.

c. Imagerie par résonance magnétique (IRM) :

Le nombre de tumeurs phyllodes du sein décrits à l'IRM est limité. Aucune de nos patientes n'a bénéficié d'IRM.

Les signes morphologiques rapportés par la plupart des auteurs sont : (20, 24, 25, 26, 27)

- masse ovale ou lobulée
- de contours réguliers
- avec des septas intra-tumoraux (1/2 des cas)

Des études, décrivant les signes IRM chez des femmes ayant des TPS bénignes, retrouvaient des masses ovales parfois lobulées, de contours réguliers, présentant un hyper-signal en T2 ou hyper et iso-signal en T2 et hypo-signal en T1, se rehaussant rapidement après injection de produit de contraste (24, 26).

Yabuuchi et al. ont étudié la corrélation entre les signes IRM et le grade histologique des tumeurs phyllodes du sein chez 30 patientes (19 bénignes, 6 intermédiaire, 5 malignes). Cette étude a rapporté que les signes en faveur de la malignité sont :

- des contours irréguliers, un hyper signal en T1
- les remaniements kystiques
- un hypo signal T2
- une restriction du coefficient de diffusion « ADC ».

Il a aussi rapporté que l'hyper-signal en T1 et les remaniements kystiques correspondaient respectivement à l'hémorragie et à la nécrose sur le plan histo-pathologique, alors que l'hypo-signal en T2 et la restriction du coefficient de diffusion « ADC » correspondaient au stroma hypercellulaire (24).

Tableau 1

Les critères IRM d'une tumeur bénigne : (24, 26)

Morphologie	Signal
-Masse ovale ou lobulée. -Contours réguliers. -Septas (1/2 des cas) également décrits même si considérés comme spécifiques au FA.	-Hypo signal en T1. -Hyper signal en T2 (1/3 des cas). -PDC non spécifique: la plupart sont rehaussées et 1/3 ont un rehaussement de type malin.

Tableau2

Les critères IRM en faveur de malignité sont (24):

Morphologique	Signal
-Contours irréguliers -Remaniements kystiques	-Hyper signal en T1 -Hypo signal en T2 -Restriction du coefficient de diffusion « ADC »

Les transformations kystiques et l'hémorragie seraient corrélées à l'augmentation rapide de la taille tumorale. La taille étant pour certains un argument en faveur de la malignité.

Wurdinger et al (27) ont étudié la différence entre TPS et fibroadénome sur l'IRM. Les arguments IRM rapportés en faveur de la tumeur phyllode et contre le fibroadénome sont:

- La taille.
- L'hétérogénéité du contenu.
- L'œdème péri tumoral en hyper signal T2.

Mais l'IRM ne permet pas de faire toujours le diagnostic différentiel entre ces 2 entités, notamment dans les tumeurs de petite taille.

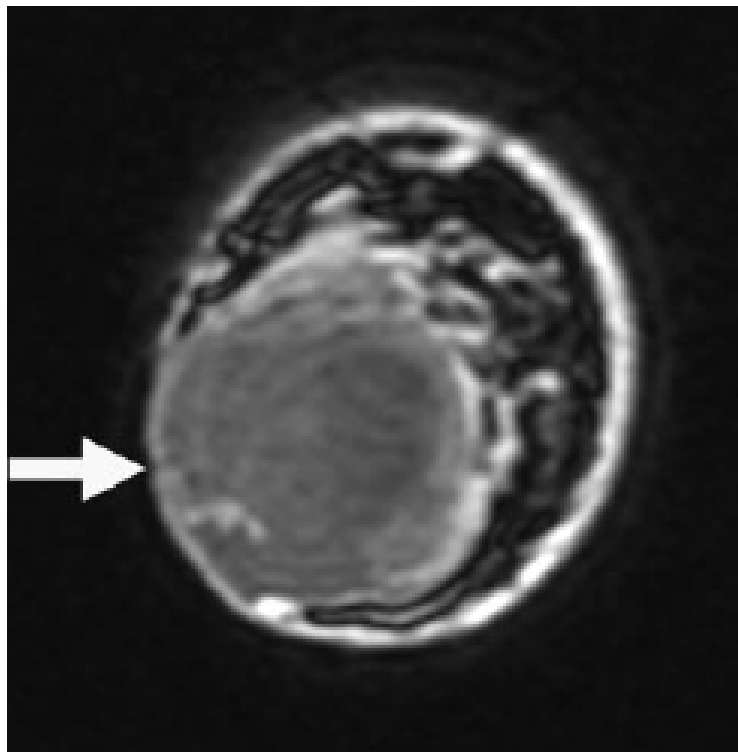


Fig 20: IRM mammaire(1) pondérée en T1 : (24)
Masse circumsrite de faible intensité

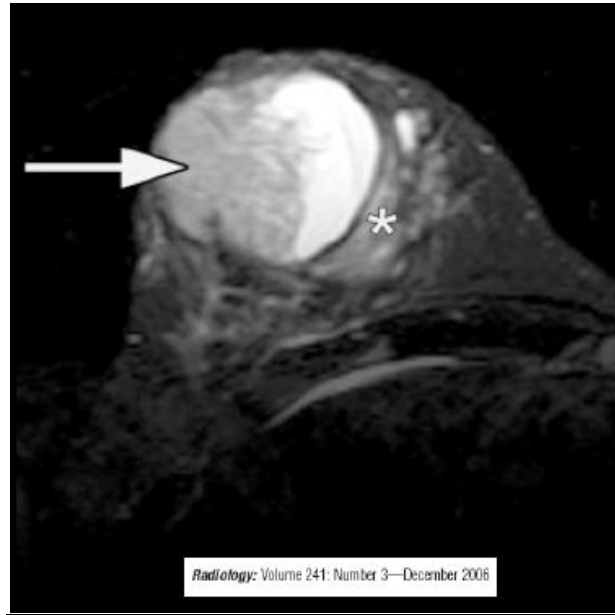


Fig21 : IRM mammaire (2) (séquence STIR) : (20)

Masse ronde de contours nets, de contenu hétérogène, avec un hypersignal T2 périphérique en rapport avec un œdème.

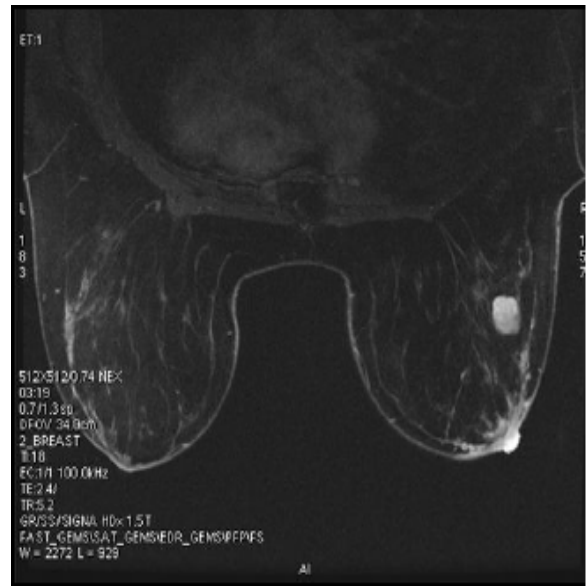
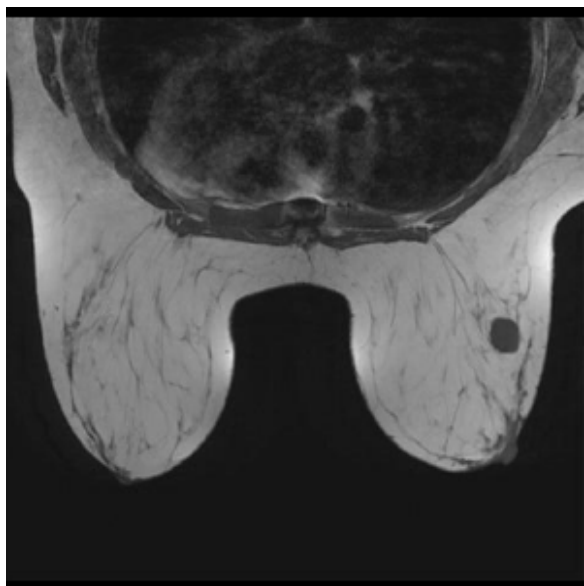


Fig22 : IRM mammaire (3) : (20)

Masse ronde de contours réguliers discrètement lobulé en hyposignal T1 (A) et hypersignal STIR (B).

Cytologique :

Sur le plan cytopathologique, étant donné que les tumeurs phyllodes mammaires et les adénofibromes appartiennent au spectre de lésions fibro épithéliales, le diagnostic cytologique exact de tumeur phyllode mammaire par cytoponction peut être difficile. C'est pour cela qu'il est important d'obtenir des frottis qui contiennent à la fois des cellules stromales et des cellules épithéliales, ce qui n'est pas toujours possible malgré de multiples aspirations (17).

En cytologie, il est souvent plus facile de différencier une tumeur phyllode mammaire bénigne de maligne que de séparer une tumeur phyllode mammaire d'un adénofibrome.

Dans la pratique clinique, la présence des deux éléments épithéliaux et stromales dans la cytoponction soutient le diagnostic de tumeur phyllode mammaire.

Dans notre série, 11 patientes ont bénéficié d'une cytoponction à l'aiguille fine. L'examen cytologique a permis d'évoquer le diagnostic de tumeur phyllode chez 6 cas (soit 54,5%).

C. Prélèvements micro-biopsiques :

La biopsie permet d'obtenir un échantillon de tissu qui peut être examiné histologiquement en provoquant moins de traumatisme et de préjudice esthétique par rapport à une biopsie ouverte. Elle a aussi l'avantage d'être réalisée en ambulatoire (28).

Une patiente seulement de notre série a bénéficié d'une biopsie qui montrait une lésion fibro-épithéliale qui faisait suspecter une tumeur phyllode.

Les prélèvements micro-biopsiques permettent de porter le diagnostic de lésion fibro-épithéliale. Cependant, si la morphologie ne permet pas de distinguer un adénofibrome d'une tumeur phyllode sur le fragment tissulaire biopsique, l'analyse de l'ensemble de la lésion est nécessaire.

De même, en cas de tumeur phyllode diagnostiquée sur biopsie, seule l'analyse de l'ensemble de la lésion avec un large échantillonnage macroscopique permet de préciser son grade, notamment en raison de l'hétérogénéité importante de ces tumeurs (coexistence de secteurs TPS bénignes, intermédiaires et malignes au sein d'une même tumeur).

Ainsi l'étude histologique de la biopsie des TPS est en général peu fiable compte tenu de l'hétérogénéité du tissu tumoral (29).

D. Anatomopathologie :

a) Aspects macroscopiques :

La taille des tumeurs est variable, pouvant atteindre 40cm (1). Dans notre série la taille tumorale était en moyenne de 5,2cm.

Ce sont des tumeurs bien circonscrites, multi nodulaires, pseudo-encapsulées, rondes ou ovales, à contours bosselés, de consistance ferme (6, 7).

Le mamelon peut être aplati, mais la peau n'est jamais infiltrée.

A la coupe, elles sont lobulées avec des fentes (cleft-like spaces), donnant un aspect en grappe de raisins.

Des dégénérescences kystiques, une hémorragie, ou une nécrose sont possibles si la tumeur est de grande taille.



Fig23 : Aspect macroscopique des TPS à la coupe : (30)

Aspect partiellement kystique+ protubérance de structures en grappe de raisins dans la lumière des formations kystiques.

b) Aspects microscopiques :

➤ Aspect général:

Fentes bordées par des cellules épithéliales, dans un stroma cellulaire qui bombe dans une lumière canalaire donnant l'aspect de feuilles, typique, d'où la dénomination de "phyllode" (phyllos = feuille en grecque). (5, 30)

➤ Composante épithéliale

Double couche faite de cellules épithéliales sécrétoires et de cellules myoépithéliales avec, parfois présence d'une hyperplasie épithéliale focale, sans atypie en général, sauf s'il existe une autre anomalie associée. (31)

➤ Composante stromale:

Faite de cellules fusiformes tassées les unes contre les autres formant un stroma hypercellulaire(7). Seules les cellules stromales ont le pouvoir de métastaser (32).

Les détails du stroma sont nécessaires pour faire le diagnostic différentiel entre tumeur phyllode bénigne et maligne d'une part et le diagnostic différentiel entre les tumeurs phyllodes et les fibroadénomes d'autre part (11). Ces derniers se distinguent par leur stroma hypocellulaire, avec peu de mitoses et de pléomorphisme (5). Cependant, il a été démontré que des fragments de stroma hypercellulaire pouvaient aussi apparaître dans les adénofibromes, c'est pour cela qu'il ne peut être utilisé comme seul critère diagnostique (7).

Par ailleurs, des cellules en métaplasie malpighienne peuvent être observées dans les tumeurs phyllodes à l'opposé des fibroadénomes où l'on observe des cellules en métaplasie idrosadénoïde (1).

Une analyse a démontré que les adénofibromes étaient polyclonaux alors que les tumeurs phyllodes avaient des cellules épithéliales polyclonales et des cellules stromales monoclonales (1).

➤ L'OMS classe les tumeurs phyllodes en 3 grades : bénigne, borderline et maligne
Selon 5 critères (11) :

- . Degré de l'hypercellularité du stroma.
- . Pléomorphisme nucléaire.
- . Nombres de mitoses.
- . Marges.
- . Architecture stromale.

Tableau3

Classification histologique des tumeurs phyllodes du sein selon l'OMS

Critères	Type histologique		
	Bénigne	Borderline	Maligne
Cellularité stromale	Modeste	intermédiaire	Marquée
Pléomorphisme nucléaire	Léger	modéré	Marqué
Mitoses	Peu ou pas (<5 par HPF)	Intermédiaire (5-9 par HPF)	Nombreuses (>10 par HPF)
Marges	Bien circonscrite	Intermédiaire	Invasive
Architecture stromale	Distribution uniforme	Expansion hétérogène	Croissance stromale marquée

HPF : high-power fields

La littérature rapporte une majorité de types histologiques bénins et borderlines par rapport au type malin, ce qui est le cas dans notre série (tableau 4).

Tableau 4

Différents types histologiques dans les différentes séries de la littérature

Auteurs	Nombre patients	de Type histologique (%)	
		Bénignes borderlines	et Malignes
Bennett et al	30	63,5	36,5
Grimes et al	187	73,3	26,7
Reinfuss et al	170	65,3	34,7
Kanouni et al	9	66,6	33,3
Notre série	18	66,7	33,3



**Contingent
mésenchymateux :**

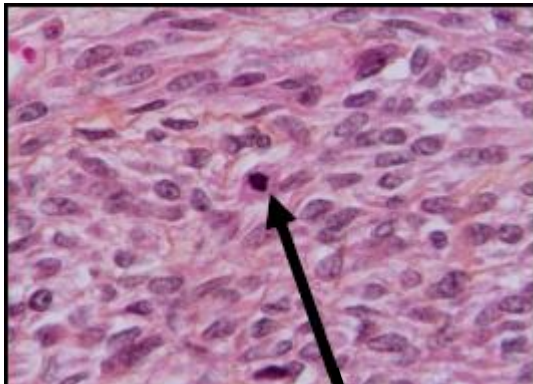
Stroma abondant infiltrant le parenchyme mammaire adjacent.

Contingent épithélial :

Revêtement canalaire fait d'une double assise cellulaire (glandulaire interne et myoépithéliale typique non tumorale).

Figure 24 : (20)

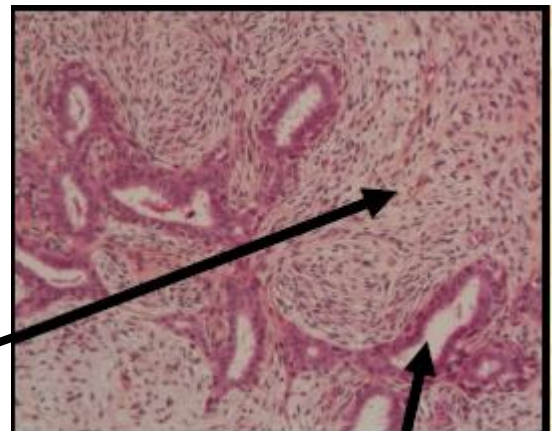
Coupe anatomopathologique d'une tumeur phyllode coloration HES, grossissement x10



Stroma sarcomateux :

Contingent mésenchymateux tumoral

- Stroma hypercellulaire avec un pléomorphisme cellulaire marqué (anisocytose).
- Nombreuses mitoses (>10 pour 10 champs à fort grossissement).
- +/- différenciation hétérogène.



Canaux regroupés en amas se prolongeant par des expansions digitiformes s'abouchant dans les lumières canalaire dilatées

Figure 25:(20)

Coupe anatomopathologique d'un sarcome phyllode.
Coloration HES, grossissement x10 et x40

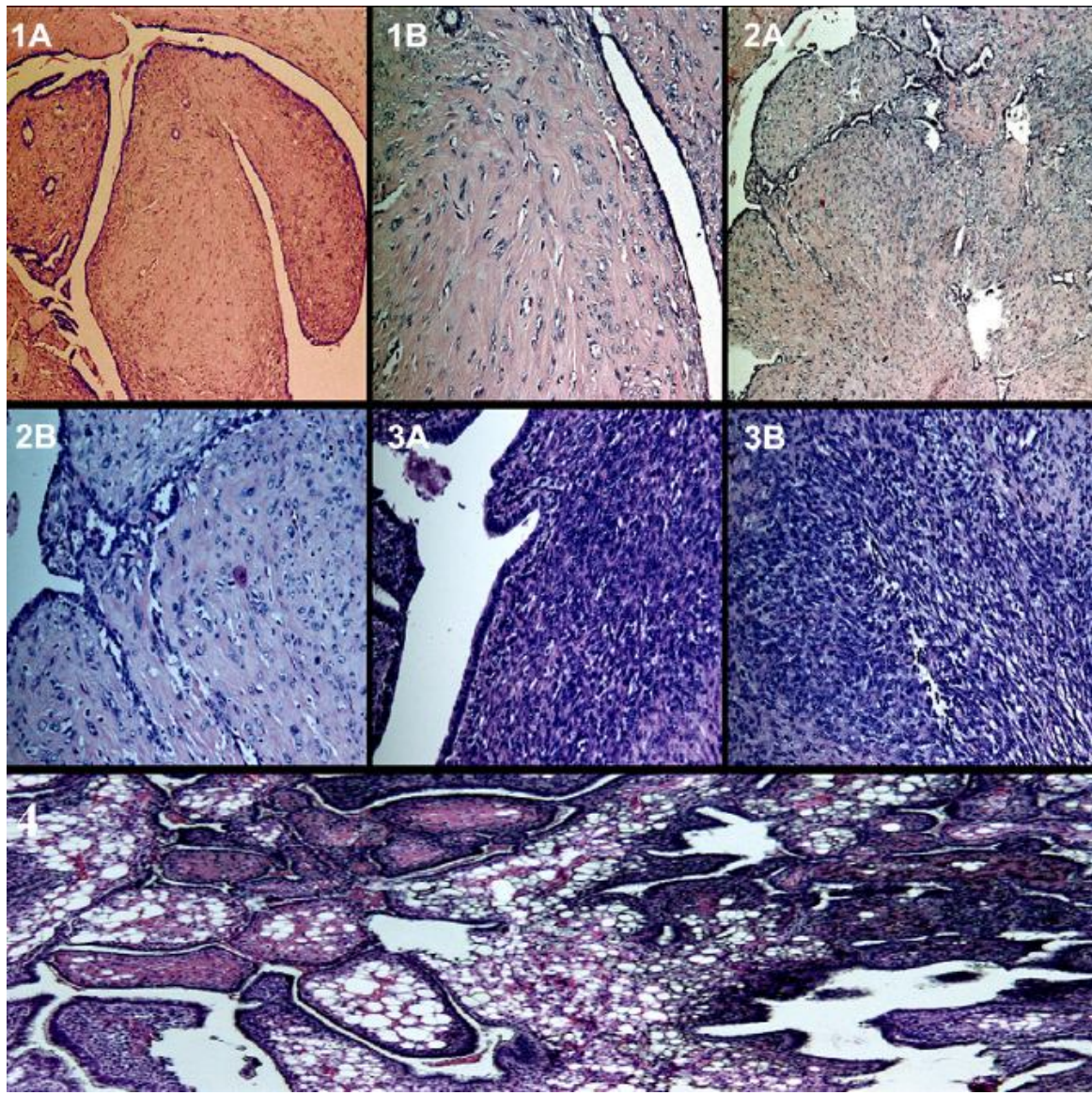


Fig 26: Tumeur phyllode du sein : coupe histologique, coloration HES : (33)

1 : TPS bénigne : 1A : aspect foliaire avec stroma paucicellulaire (Gr x40); 1B : Les cellules épithéliales n'affichent pas de changement hyperplasique (Grx100).

2 : TPS borderline : 2A : condensation stromale péri-canalair (Grx40) ; 2B : stroma fait de cellules fusiformes tassées les unes contre les autres (Gr x100).

3 : TPS maligne : 3A : croissance stromale marquée (Grx40) ; 3B : atypie stromale importante avec de multiples mitoses (Grx100).

4 : TPS maligne avec un stoma liposarcomateux (Grx40).

4. Traitement :

Le traitement des tumeurs phyllodes est généralement chirurgical, de l'excision large à la mastectomie totale(4). Les traitements adjuvants ont peu d'intérêt. En effet, toutes nos patientes ont été traitées chirurgicalement, une patiente a reçu une chimiothérapie adjuvante, tandis qu'une autre patiente a bénéficié d'une radiothérapie.

A. La chirurgie :

Pendant les années 1970, la chirurgie radicale était le traitement chirurgical standard pour tous les types de TPS, quelque soit la taille tumorale. Mais cela n'offrait pas plus d'avantages sur la survie des patientes, car les récurrences locales ne semblaient pas être liées à la propagation de la maladie systémique. C'est pour cela qu'aujourd'hui, une approche chirurgicale conservatrice a été adoptée (5, 34).

a. Conservatrice :

Le traitement conservateur consiste en une excision large avec une marge de sécurité d'1-2cm. Elle est recommandée pour tous les types de tumeurs phyllodes mammaire, bénignes, borderlines ou malignes. (3, 7, 29, 31, 35, 36). Dans notre série, 30 patientes (83,3%) ont bénéficié d'une tumorectomie large.

L'énucléation est proscrite (5, 6, 29, 34) du fait du risque de récurrence et de dégénérescence maligne.

Si la tumorectomie ne parvient pas à obtenir une marge > 1cm, il est recommandé de réopérer la patiente afin d'obtenir une plus grande marge de sécurité afin d'éviter le risque de récurrence locale.

S'il existe une récurrence locale de TPS bénigne, il est recommandé de faire une réexcision avec une marge > 2-3 cm. Cette large marge est recommandée pour éviter tout risque de transformation maligne ou de prolifération sarcomateuse (7). Quant aux récurrences locales

des TPS borderlines et malignes, certains auteurs recommandent de faire une réexcision alors que d'autres optent pour une mastectomie totale (3, 5, 37, 38).

b. Radicale :

Le traitement radical consiste en une mastectomie totale (sans curage ganglionnaire), qui est réservée aux tumeurs de grande taille supérieure à 5cm ou aux tumeurs multi récidivantes malgré des marges adéquates (3, 6, 7, 29, 35).

Dans notre série, 3 patientes (11,1%) ont bénéficié d'une mastectomie totale et une patiente a bénéficié d'une mastectomie radicale de Patey. Cette dernière présentait une tumeur de grade 3, mesurant 15cm de diamètre avec des adénopathies axillaires suspectes.

Le curage axillaire n'est pas recommandé en routine, dans la mesure où la proportion de métastases axillaires des tumeurs phyllodes mammaires malignes est inférieure à 10% (5). De plus, et puisque même les adénopathies axillaires palpables dans les tumeurs phyllodes mammaires malignes sont presque toujours réactionnelles, le curage axillaire ne sera réalisé qu'en cas d'adénopathies suspectes cliniquement et dont la nature métastatique a été confirmée histologiquement auparavant. Il s'agira donc d'un curage de nécessité (Berg1) (3, 29).

B. La radiothérapie :

La radiothérapie n'a d'intérêt que pour les TPS malignes et borderlines. Elle a pour but de diminuer les récurrences locales mais n'a pas d'impact sur la survie (39, 40).

Après la chirurgie, l'indication d'une radiothérapie adjuvante est discutée selon la taille tumorale, la qualité des marges d'exérèse et les caractéristiques anatomopathologiques de la tumeur (l'indice mitotique, la présence de nécrose tumorale, les atypies cellulaires et une croissance stromale rapide) (4,39, 41).

L'étude menée par Barth et al. a démontré qu'une chirurgie conservatrice des TPS, même avec des marges négatives, était associée à un risque important de récurrence locale et que la

chirurgie couplée à une radiothérapie néoadjuvante permettait un contrôle local des TPS borderlines et malignes (40).

Lorsqu'une radiothérapie est décidée, ses modalités pratiques ne sont par ailleurs pas clairement établies. Souvent, une irradiation du sein ou de la paroi d'au moins 50 Gy, associée à un complément de 10–15 Gy dans le lit tumoral, est prescrite par analogie avec les sarcomes des tissus mous du sein (4,29).

C. La chimiothérapie :

Différents protocoles de chimiothérapie ont été utilisés, mais comme pour la radiothérapie, son rôle n'est pas clairement établi. Cependant, de faibles taux de réponse ont été observés dans les métastases pulmonaires, les récidives locales non résecables et rarement pour les métastases osseuses, avec des chimiothérapies à base d'ifosfamide seul ou associé à la doxorubicine (dose $\geq 60\text{mg/m}^2$) (5, 31, 37). D'autres agents tels que le cisplatine associé à la doxorubicine et à l'étoposide ont été également utilisés pour (42).

5. Pronostic et évolution:

Toutes les tumeurs phyllodes du sein, quelles soient bénignes, intermédiaires, ou malignes, peuvent récidiver localement et toutes ont un potentiel métastatiques (3, 7, 37, 43, 44).

Le taux de mortalité varie de 3 à 12% en fonction des études (6).

Les récidives locales apparaissent dans 0-59% dans la littérature (45). Le risque de récurrence est faible pour les tumeurs bénignes (6-10%) et potentiellement élevé dans les tumeurs borderlines et malignes (30 à 40%) (38).

Les récidives locales apparaissent dans les premières années suivant la chirurgie, avec un intervalle moyen de 33 mois pour les TPS bénignes et 22 mois pour les TPS malignes (7).

Histologiquement, ces récidives ressemblent à la tumeur d'origine, mais parfois, elles peuvent récidiver en des formes plus agressives (5,46).

Les facteurs prédictifs pour la récurrence sont liés essentiellement aux (43,47, 48)

- Marges d'exérèse (1 -2 cm). +++
- Type histologique. +++
- Prolifération stromale. +++
- Taille tumorale.
- Nombre de mitoses
- Présence de nécrose.

Dans la plupart des séries, la récurrence locale était isolée, sans métastases à distance (5). Et la plupart des patientes qui ont développé des métastases, ont présenté une récurrence locale ultérieurement (43, 44, 45).

Le taux de survie moyen est autour de 90% à 5 ans. La littérature a démontré que le taux de survie respectivement à 5 et 10 ans, était de 91% et 79% pour les TPS non malignes, et de 82% et 42% pour les TPS malignes (7).

La survie à long terme des patientes avec TPS est déterminée par l'existence ou non de métastases à distance (49).

Des métastases ont été observées dans 3 à 25% des cas (45). Elles surviennent deux à cinq ans après le diagnostic (3). Elles sont le plus souvent retrouvées dans les cas de TPS malignes et intermédiaires, et rarement dans les tumeurs bénignes (49).

Les métastases sont le plus souvent localisées au niveau pulmonaire (70%), osseux (30%), et plus rarement cérébral, abdominal et pelvien (43).

Les tumeurs phyllodes métastatiques sont de pronostic très défavorable, et il n'a pas été rapporté de survie à long terme (5).

Plusieurs facteurs prédictifs de métastases ont été étudiés, incluant : (37, 38)

- L'activité mitotique élevée.
- L'hypercellularité.
- L'atypie stromale.
- La prolifération stromale.

V- CONCLUSION :

Les tumeurs phyllodes sont des tumeurs fibro-épithéliales qui représentent moins de 1% des tumeurs primitives du sein.

Elles sont classées par l'OMS en 3 grades, bénignes, borderlines et malignes.

Elles touchent surtout les femmes jeunes, nullipares, en période d'activité génitale.

Il s'agit le plus souvent d'un nodule mammaire palpable, dont la taille peut varier de quelques centimètres à une volumineuse tumeur occupant tout le sein.

Si bien que l'imagerie fait suspecter le diagnostic de tumeur phyllode, ce dernier n'est confirmé que par étude anatomopathologique de la pièce opératoire.

Le traitement des TPS est généralement chirurgical. Il consiste en une résection large avec des marges d'1-2cm pour tout type de tumeur de petite taille ne dépassant pas 5cm. La mastectomie totale, est quant à elle, réservée aux tumeurs de grande taille (>5cm) ou aux tumeurs multi récidivantes malgré des marges adéquates.

Le curage ganglionnaire n'est pas réalisé en routine. La diffusion métastatique de ces tumeurs se faisant surtout par voie hématogène, le curage ne sera réalisé qu'en cas d'adénopathies suspectes cliniquement et dont la nature métastatique a été confirmée histologiquement auparavant.

Les traitements adjuvants ont peu d'intérêt. La radiothérapie a pour but de diminuer les récurrences locales mais n'a pas d'impact sur la survie. Quant à la chimiothérapie, elle a surtout été utilisée à des fins palliatives.

Toutes les tumeurs phyllodes peuvent récidiver, et toutes ont un potentiel métastatique.

Le pronostic est basé sur les caractères histologiques de la tumeur et sur la qualité d'exérèse tumorale.

RESUME :

Thèse n° 45: Tumeur phyllodes du sein (A propos de 36 cas).

Auteur : Boukhriss Kamili Filali Chrif

Mots Clés : Sein, Tumeur phyllode, diagnostic, chirurgie, pronostic

- **Introduction :** Les tumeurs phyllodes du sein sont des tumeurs fibro-épithéliales qui représentent moins de 1% des tumeurs primitives du sein. Leur diagnostic est surtout histologique. Le but de notre travail est de rappeler, à travers notre étude et une revue de la littérature, les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et pronostiques des tumeurs phyllodes du sein.
- **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective menée à la maternité de Souissi de Rabat entre 1980 et 2012, portant sur 36 patientes ayant des tumeurs phyllodes du sein certifiées histologiquement.
- **Résultats :** L'âge moyen de survenue est de 32 ans, 66,7% des patientes sont nullipares, et 92% en activité génitale. Le mode de révélation était clinique par la découverte d'un nodule chez 97% des cas. La localisation de la tumeur était surtout à droite au niveau des quadrants supérieurs. La taille tumorale moyenne est de 5,22 cm. Le traitement chirurgical a été conservateur dans 83,3% et radical dans 11,1%. La radiothérapie a été rapportée chez une seule patiente, réalisée selon le protocole habituel ; tandis qu'une autre femme a bénéficié d'une chimiothérapie à base de CMV. Le suivi n'a pas été réalisé que chez 6 patientes, il a été marqué par une rémission chez 3 femmes et par une récurrence locale chez 3 autres.
- **Discussion et conclusion :** Les tumeurs Phyllodes du sein touchent des femmes jeunes nullipares. Leur diagnostic est essentiellement histologique, et leur traitement est surtout chirurgical. L'évolution est marquée par des récurrences locales et la survenue de métastases. Le pronostic est basé sur les caractères histologiques de la tumeur et sur la qualité d'exérèse tumorale.

SUMMARY:

Thesis No 45 : Phyllode tumors of the breast (About 36 cases).

Author: Boukhriss Kamili Filali Chrif

Keys words: Breast, Cancer, phyllodes, Diagnosis, surgery, pronostic

- **Introduction**: phyllodes tumors of the breast are rare fibro-epithelial tumors, which represents less than 1% of all primary breast tumors. Histological confirmation is required to establish the diagnosis.
The aim of our work is to remind, the epidemiological, clinical, therapeutic and prognostic features of these tumors through our study and review of the literature.
- **Materials and Methods**: This is a retrospective study conducted in the maternity Souissi Rabat between 1980 and 2012 on 36 patients with breast phyllodes tumors histologically certified.
- **Results**: The mean age at diagnosis was 32 years, 66.7% of patients were nulliparous, and 92% in genital activity. Revelation mode was clinical by finding a nodule in 97% of cases. The location of the tumor is usually right, specially at the upper quadrant, and the mean tumor size was 5.22 cm. Surgical treatment was conservative in 83.3% and radical in 11,1%. Radiotherapy was reported in only one case, realised by the usual protocol, and one woman received chemotherapy based on CMV. The follow-up could be realised in only 6 cases, local recurrence was noted in 3 patients, and remission was noted in 3 cases.
- **Discussion and conclusion**: breast phyllodes tumors mainly affect young nulliparous women. The diagnosis is essentially histological, and treatment is mainly surgical. Their prognosis is based on the histological features of the tumor and the quality of excision.

ملخص

العنوان : ورم الثدي الورقي

الكاتبة : بوخريص الكاميلي الفيلاي اشريف

الكلمات الأساسية : الثدي ، الورم الورقي ، التشخيص ، الجراحة ، العامل التوقعي

- مقدمة : أورام الثدي الورقية هي أورام ليفية وظهارية نادرة تمثل أقل من 1% من أورام الثدي الأولية.
يعتمد التشخيص على علم الأنسجة بشكل خاص. الهدف من عملنا هو التذكير بالميزات الوبائية ، السريرية ، العلاجية والتنبؤية لهذا الورم.
- مواد وأساليب : هذه دراسة استيعادية أجريت بمستشفى ابن سينا بالرباط بين عامي 1980 و 2012 على 36 مريضة يعانين من أورام الثدي الورقية المصادق عليها تشريحيًا.
- النتائج : متوسط العمر يبلغ 32 ± 11.6 سنة. 66.7% من المرضى عديمي الإنجاب و92% في نشاط تناسلي. كان اكتشاف الورم سريريا على شكل عقيدة في 97% من الحالات. يقع الورم في 52.8% على اليمين وخاصة بالجزء العلوي للثدي حيث يبلغ حجمه المتوسط 5.22 سم. العلاج الجراحي كان محافظا في 83.3% وراديكاليا في 11,1%. استفادت مريضة واحدة من العلاج الإشعاعي، بينما استفادت مريضة أخرى على المجموعة الثلاثية (CMV). أما المراقبة الطيبة، فقد شملت 6 مريضات فقط و الذي تميز بالعلاج التام ل 3 مريضات, و الظهور المحلي عند 3 مريضات.
- مناقشة و خلاصة : الورم الورقي للثدي ورم يصيب أساسا النساء الشابات عديمة الإنجاب. التشخيص يعتمد أساسا على التحليل النسيجي والعلاج الجراحي في المقام الأول. يستند العامل التوقعي على الخصوصيات النسيجية للورم وكذا على جودة الاستئصال.

Bibliographie :

- 1-L. Kanouni a,* , A. Jalil b, I. Saâdi a, H. Sifat a, K. Hadadi a, H. Errihani c,A. Mansouri a,N. Benjaafar a, F.Ahyoud b,A. Souadka b, F. Kettani d, B.-K. El Gueddari a Management of phyllodes tumors of the breast at the National institute of oncology of Rabat, Morocco, Gynécologie Obstétrique & Fertilité 32 (2004) 293–301
- 2- Karim RZ, Gerega SK, Yang YH, et al. Phyllodes tumours of the breast: a clinicopathological analysis of 65 cases from a single institution. Breast 2009;18(3):165–70.
- 3-Bouhafa T, Masbah O, Bekkouch I, Afqir S, Mellas N, Ismaili N, et al. Phyllodes tumors of the breast: Analysis of 53 patients. Cancer Radiother 2008.
- 4-Belkacémi Y, Bousquet G, Marsiglia H, Ray-Coquard I, Magné N, Malard Y, et al. Phyllodes tumor of the breast. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2008;70:492–500 [centre Oscar-Lambret, Lille, France].
- 5-Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. Postgrad Med J 2001 Jul;77(909):428–35 144: 341-3.
- 6- Sabban F, Collinet P, Lucot JP, Boman F, Leroy JL, Vinatier D. Phyllodes tumor of the breast: analysis of 8 patients. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2005;34(3 Pt 1):252–6.
- 7-Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. Surg Oncol 2003 Jul;12(1):27–37.
- 8- Makoto Abe, Satoshi Miyata, Seiichiro Nishimura, Kotaro Iijima, Masujiro Makita, Futoshi Akiyama, Takuji Iwase. Malignant transformation of breast fibroadenoma to malignant phyllodes tumor: long-term outcome of 36 malignant phyllodes tumors. Breast Cancer (2011) 18:268–272
- 9- Tan EY, Tan PH, Yong WS, Wong HB, Ho GH, Yeo AW, *et al.* Recurrent phyllodes tumours of the breast: Pathological features and clinical implications. ANZ J Surg 2006;76:476-80.

10-Tse GM, Lui PC, Lee CS, et al. Stromal expression of vascular endothelial growth factor correlates with tumor grade and microvessel density in mammary phyllodes tumors: A multicenter study of 185 cases. *Hum Pathol* 2004;35:1053–1057.

11-Parham Khosravi-Shahi , Management of non metastatic phyllodes tumors of the breast: Review of the literature
Department of Medical Oncology, Centro Oncologico MD Anderson International España, Calle Arturo Soria, 270, Madrid, Spain

12- konstantakosAK, raaf jh. Cystosarcoma phyllodes. *Emedicine* 2001

13- Juliana Alves de Souza¹, Elvira Ferreira Marques¹, Camila Guatelli², Deíse Santiago Girão¹, Thiago Queroz², Luciana Graziano¹, Mariana Macedo³, Hirofumi Iyeyasu⁴, Rubens Chojniak⁵. Malignant phyllodes tumor of the breast: case report. *Elsevier* 2011.

14- HASSAN M. ABDALLA, M.D.* and MONA A. SAKR, M.D. Predictive Factors of Local Recurrence and Survival Following Primary Surgical Treatment of Phyllodes Tumors of the Breast. *Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst., Vol. 18, No. 2, June: 125-133, 2006.*

15- J.Michelin, L.Lévy, Echographie du sein: diagnostique et interventionnelle; Masson, Paris 1999,2002

16-Liberman L, Bonaccio E, Hamele-Bena D, Abramson AF, Cohen MA, Dershaw DD. Benign and malignant phyllodes tumors: mammographic and sonographic findings. *Radiology* 1996;198(1):121–4.

17-Buchberger W, Strasser K, Heim K, Muller E, Schrocksnadel H. Phylloides tumor: findings on mammography, sonography, and aspiration cytology in 10 cases. *AJR Am J Roentgenol* 1991;157(4):715–9.

18-Yilmaz E, Sal S, Lebe B. Differentiation of phyllodes tumors vs fibroadenomas. Mammographic and sonographic features. *Acta Radiol* 2002;43:34–9.

19-Chao TC, Lo YF, Chen SC, Chen MF. Sonographic features of phyllodes tumors of the breast. *Ultrasound Obstet Gynaecol* 2002;20:64–71.

20- G Jabot, E Grardel-Chambenoit, F Auquier, C Renard, A Bruniau, P Lehmann,

A Remond ; Les tumeurs phyllodes du sein: quelle place dans le diagnostic pour le radiologue.

21-Tan PH, Jayabaskar T, Chuah KL, LeeHY, TanY, Hilmy M, et al. Phyllodes tumors of the breast: the role of pathologic parameters. *Am J Clin Pathol* 2005;123:529–40.

22-G.Bernardi, G.Cavallaro, M.indinnimeo, A.Fiore, L.Basso, G.D’Ermo, G.De Toma, A.Cavallaro. Usefulness of ultrasounds in the management of the breast phyllodes tumors. *G chir. Vol33 n3 p81-85, March 2012.*

23- M Muttarak,, P Lerttumnongtum, A Somwangjaroen, B Chaiwun³ Phyllodes tumour of the breast. *Biomedical Imaging and Intervention Journal*. June 2006.

24-Yabuuchi H, Soeda H, Matsuo Y, et al. Phyllodes tumor of the breast: correlation between MR findings and histologic grade. *Radiology* 2006;241(3):702–9.

25- Hongna Tan¹, Shengjian Zhang¹, Haiquan Liu, Weijun Peng², Ruimin Li, Yajia Gu, Xiaohong Wang, Jian Mao, Xigang Shen. Imaging findings in phyllodes tumors of the breast. *European Journal of Radiology* 81 (2012) e62– e69

26- Farria DM, Gorczyca DP, Barsky SH, et al. Benign phyllodes tumor of the breast: MR imaging features. *AJR Am J Roentgenol* 1996;167(1):187–9.

27- Susanne Wurdinger¹, Aimée B. Herzog¹, Dorothee R. Fischer¹, Christiane Marx¹, Gerd Raabe² Achim Schneider^{3,4}, Werner A. Kaiser¹ ; Differentiation of Phyllodes Breast Tumors from Fibroadenomas on MRI, *AJR* 2005; 185:1317–1321

28-Ward RM, Evans HL. Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 26 cases. *Cancer* 1986;58:2282–2289.

29-. Haberer S, Laé M, Seegers V, Pierga JY, Salmon R, Kirova YM, et al. Management of malignant phyllodes tumors of the breast: The experience of the Institut Curie. *Cancer Radiother.* 2009;13:305–12.

30- Eliane el Koury. Tumeur du sein

31-Pandey M, Mathew A, Kattoor J, et al. Malignant phyllodes tumor. *Breast J* 2001;7:411–416.

- 32-Ramaro C, et al. Cystosarcoma phyllodes : Diagnosis by fine needle aspiration cytology. *Acto Cytol* (Baltimore) 1992 ; 32 :203-7
- 33- Parham Khosravi-Shahi, Management of non metastatic phyllodes tumors of the breast: Review of the literature. *Surgical Oncology xxx* (2011).
- 34-Ben Hassouna J, Damak T, Gamoudi A, Chargui R, Khomsi F, Mahjoub S, et al. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg* 2006;192:141–7.
- 35- Eugenie Guillot, MD,* Benoit Couturaud, MD,* Fabien Reyat, MD,* Alain Curnier, MD,* Julie Ravinet, MD,* Marick Lae´ , MD,_ Marc Bollet, MD,_Jean-yves Pierga, MD,§ Remy Salmon, MD,* Alfred Fitoussi, MD,* and Breast Cancer Study Group of the Institut Curie. Management of Phyllodes Breast Tumors. 2011 Wiley Periodicals, Inc., 1075-122X/11 *The Breast Journal*, Volume 17 Number 2, 2011 129–137
- 36- W Sotheran, J Domjan, M Jeffrey, MH Wise, PM Perry, Phyllodes tumours of the breast – a retrospective study from 1982–2000 of 50 cases in Portsmouth, *Ann R Coll Surg Engl* 2005; 87: 339–344
- 37-Reinfuss M, Mitu´s J, Duda K, Stelmach A, Ry´s J, Smolak K. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer* 1996:77910–
- 38- Naruto Taira, Daisuke Takabatake, Kenjiro Aogi, Shozo Ohsumi, Shigemitsu Takashima, Rieko Nishimura and Norihiro Teramoto , Phyllodes Tumor of the Breast: Stromal Overgrowth and Histological Classification are Useful Prognosis-predictive Factors for Local Recurrence in Patients with a Positive Surgical Margin *Jpn J Clin Oncol* 2007;37(10)730–736
- 39-Macdonald OK, Lee CM, Tward JD, Chappel CD, Gaffney DK. Malignant phyllodes tumor of the female breast: association of primary therapy with cause-specific survival from the Surveillance, Epidemiology, and End-Results (SEER) program. *Cancer* 2006;107:2127–33.
- 40-Barth Jr RJ. Histologic features predict local recurrence after breast conserving therapy of phyllodes tumors. *Breast Cancer Res Treat* 1999;57(3):291–5.

- 41- Verma S, Singh RK, Rai A, Pandey CP, Singh M, Mohan N. Extent of surgery in the management of phyllodes tumor of the breast: A retrospective multicenter study from India. *J Can Res Ther* 2010;6:511-5
- 42-Burton GV, Hart LL, Leight Jr GS, Iglehart JD, McCarty Jr KS, Cox EB. Cystosarcoma phyllodes. Effective therapy with cisplatin and etoposide chemotherapy. *Cancer* 1989;63(11):2088–92
- 43- J. Grenier¹, C. Delbaldo², L. Zelek³, P. Piedbois⁴, Phyllodes tumors and breast sarcomas: a review, *Bulletin du cancer* Volume 97 • N° 10 • octobre 2010©John Libbey Eurotext
- 44-Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1989;63(12):2532–6.
- 45-Khabouze S, et al. Tumeurs phyllodes du sein (à propos de 14 cas). *Maroc Médical* 2001;23(3):192–6.
- 46- J.P. Ngou Mve Ngou , S. Mayi-Tsonga , N.P. Boukanga, F. Ondo Ndong. Les tumeurs phyllodes du sein à Libreville : Epidémiologie et histopronostic. *Le sein* 2005, t. 15, n° 1-2, pp. 32-35.
- 47- Puay Hoon Tan, Aye Aye Thike, Wai Jin Tan, Minn Minn Myint Thu, Inny Busmanis, HuiHua Li, Wen Yee Chay, Min-Han Tan, Predicting clinical behaviour of breast phyllodes tumours: a nomogram based on histological criteria and surgical margins. *J Clin Pathol* 2012;65:69e76. doi: 10.1136/jclinpath-2011-200368
- 48-De Roos WK, Kaye P, Dent DM. Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *Br J Surg* 1999;86:396–9.
- 49- Bhargav PR, Mishra A, Agarwal G, et al. Phyllodes tumour of the breast: clinicopathological analysis of recurrent vs. non-recurrent cases. *Asian J Surg* 2009;32(4):224–8.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أسانذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

ورم الثدي الورقي

(بصدد 36 حالة)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 26 فبراير 2013

من طرفه

السيدة : بوخريص الكاميلي الفيلالي اشريف

المزداة في: 13 شتنبر 1987 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: : الثدي ، الورم الورقي ، التشخيص ، الجراحة ، العامل التوقعي

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

اللجنة

السيد : ادريس فرحاتي

أستاذ في امراض النساء و التوليد

السيد : رشيد برادة

أستاذ في امراض النساء و التوليد

السيد : عزيز بيضاة

أستاذ في امراض النساء و التوليد

السيدة: نجاة المعلمي

أستاذة في التشريح الدقيق

اعضاء اللجنة