



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N°546

Tumeurs phyllodes

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/12/2024

PAR

Mme Ouissal Chinbou

Née le 08/06/1999

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Tumeurs phyllodes- Tumeurs fibroépithéliales - Grading -Chirurgie- Récidive

JURY

Mr. L. BOUKHANNI

Professeur de Gynécologie -Obstétrique

PRESIDENT

Mr. H. ASMOUKI

Professeur de Gynécologie -Obstétrique

RAPPORTEUR

Mme. A. BASSIR

Professeur de Gynécologie -Obstétrique

Mme. M. DARFAOUI

Professeur de Radiothérapie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

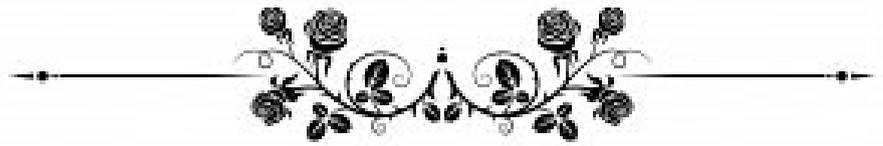


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدِّقَ قَوْلِ اللَّهِ الْعَظِيمِ



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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Said ZOUHAIR
Vice doyen de la Recherche et la Coopération : Pr. Mohamed AMINE
Vice doyen des Affaires Pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI
Vice doyen Chargé de la Pharmacie : Pr. Oualid ZIRAOU
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
03	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie

16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
28	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
29	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
30	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
31	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
32	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
33	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
34	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
35	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
36	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
37	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
38	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
39	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
40	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
41	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
42	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie

43	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
44	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
45	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
46	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique

47	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
48	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
49	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
50	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
51	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
52	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
53	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
54	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
55	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
56	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
57	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
58	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
59	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
60	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
61	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
62	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
63	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
64	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
65	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
66	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
67	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
68	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie

70	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
72	LAKMACHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
73	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
74	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
75	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
76	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
77	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

78	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
79	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
80	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
81	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
82	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
83	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
84	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
85	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
86	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
87	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
88	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
89	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
90	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
91	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
92	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
93	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
94	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
95	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie

96	BOURRAHOUEAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
97	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
98	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
99	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
100	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
101	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
102	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
103	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
104	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
105	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
106	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
107	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
108	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

109	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
111	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
112	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
113	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
114	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
115	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
116	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
117	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
118	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
119	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
120	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
121	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
122	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie

123	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
124	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
125	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
126	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
127	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
128	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
129	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
130	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
131	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
132	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
133	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
134	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
135	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
136	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
137	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
138	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie

139	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
141	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
142	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
143	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
144	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
145	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
146	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
147	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation

148	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
149	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
150	ARSALANE Adil	P.E.S	Chirurgie thoracique
151	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
152	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
153	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
154	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
155	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
156	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
157	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
158	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
159	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
160	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
161	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
162	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
163	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
164	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
165	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
166	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
167	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
168	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie

169	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
170	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
171	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique

172	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
173	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
174	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
175	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
176	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
177	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
178	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
179	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
180	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
181	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
182	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
183	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
184	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
185	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
186	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
187	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
188	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
189	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
190	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
191	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
192	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
193	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
194	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
195	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
196	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
197	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
198	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie

199	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
200	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
201	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
202	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
203	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
204	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
205	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
206	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
207	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
208	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
209	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
210	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
211	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
212	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
213	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
215	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
216	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
218	WARDA Karima	MC	Microbiologie
219	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
220	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
221	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
222	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
224	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie

225	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
226	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
227	ELJADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
228	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
229	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
230	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie

231	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
232	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
233	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
234	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
235	SBAI Asma	MC	Informatique
236	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
237	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
238	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
239	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
240	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
241	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
242	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
243	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
244	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
245	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
246	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
247	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
248	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
249	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
250	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
251	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie

252	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
253	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
254	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
255	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
256	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
257	EL HAMD AOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
258	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
259	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
260	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
261	JEHRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie

262	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
263	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
264	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
265	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
266	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
267	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
268	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
269	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
270	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
271	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
272	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
273	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
274	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
275	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
276	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
277	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie

278	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
279	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
280	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
281	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
282	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
283	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
284	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
285	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
286	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
287	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
288	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
289	BENDAOUUD Layla	Pr Ass	Dermatologie
290	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
291	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
292	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique

293	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
294	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
295	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
296	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
297	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
298	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
299	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
300	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
301	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
302	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
303	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
304	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale

305	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
306	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
307	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
308	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
309	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
310	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
311	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
312	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
313	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
314	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
315	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
317	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
318	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
319	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
320	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
321	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
322	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
323	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie

324	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
325	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
326	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
327	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
328	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
329	JENDOOUZI Omar	Pr Ass	Urologie
330	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique

331	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
332	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
333	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
334	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
335	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
336	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
337	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
338	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
339	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
340	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
341	GHARBI Khalid	Pr Ass	Gastro-entérologie
342	ATBIB Yassine	Pr Ass	Pharmacie clinique
343	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	Pr Ass	Chirurgie générale
344	MOURAFIQ Omar	Pr Ass	Traumato-orthopédie
345	HENDY Iliass	Pr Ass	Cardiologie
346	HATTAB Mohamed Salah Koussay	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2024



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه حمد خلقك ورضى نفسك ووزنة عرشك
ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند
الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

وَإخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا

À mon papa MUSTAPHA

À toi, mon bouclier, mon repère, et mon idole. Quand je ferme les yeux et que je replonge dans les années passées, ce que je revois avant tout, c'est ton grand sourire. Rien n'est plus émouvant que le souvenir de cette nuit des résultats du concours, où la joie dans tes yeux et ta fierté ont été pour moi le plus précieux des cadeaux.

Ton amour inconditionnel et ta présence constante m'ont donné la force de surmonter chaque épreuve et d'aller toujours plus loin. Ta tendresse, ta générosité, et ton dévouement font de toi un père exceptionnel et une source d'inspiration inépuisable.

Tu as été mon soutien indéfectible dans les moments de doute, mon refuge dans les instants difficiles, et mon guide tout au long de ce parcours. Merci, papa, d'être le plus extraordinaire des papas. Mon plus grand espoir est d'être ton enfant dont tu es fier, toujours.

À ma maman, SAADIA

À mon premier maître, celle qui m'a enseigné non seulement les premières leçons de la vie, mais aussi celles de l'école, avec une patience infinie et un amour inconditionnel.

Ton grand cœur, empreint de générosité, illumine chaque moment, offrant chaleur et réconfort à tous ceux qui croisent ton chemin.

Studieuse et avide de savoir, tu as toujours été un exemple d'inspiration pour moi.

Ta tendresse et ta douceur sont mon refuge, et ton émotion sincère est une source constante d'encouragement et de force.

Maman, tu es mon modèle, mon guide, et le pilier de tout ce que je suis aujourd'hui.

Merci d'être tout simplement toi, avec tant d'amour et de lumière.

À mes frères Mohamed Amine et Ali

À vous, mes frères, qui incarnez à la fois un amour pur, un soutien indéfectible et une source inépuisable de joie. Vous avez toujours été là, à m'offrir des moments de fou rire, des épaules sur lesquelles m'appuyer, et une présence reconfortante qui illumine ma vie.

À Mohamed Amine, mon frère, mon complice d'enfance et mon premier véritable ami. Avec toi, j'ai partagé des souvenirs précieux, des secrets innocents, et des instants de bonheur qui ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Ton amitié et ton soutien inconditionnel sont des trésors que je chéris profondément.

À Ali, notre petit gâté. Même si tu me dépasses désormais en taille, dans mon cœur et mon esprit, tu resteras toujours ce petit garçon espiègle, avec ses grands yeux noirs pleins de malice et ce sourire édenté qui faisait fondre tout le monde. Ton innocence et ta tendresse ajoutent une touche unique à notre famille.

Je vous aime.

À ma sœur Douaa

À toi, ma sœur unique et précieuse, dont le grand cœur déborde de générosité et de bienveillance. Ta sensibilité si belle et sincère fait de toi une lumière dans ma vie, une présence reconfortante et irremplaçable.

Merci d'être toujours là, avec ton amour inconditionnel et ton soutien indéfectible.

Je t'aime ma puce.

À ma tante Zahra, ma "hbabi"

À toi, ma deuxième maman, qui as toujours veillé sur moi avec un cœur rempli d'amour et de dévouement. Ton affection, semblable à celle d'une mère, est une source inépuisable de réconfort et de chaleur. Ton grand cœur et ton amour inconditionnel ont illuminé mon chemin et m'ont donné la force de surmonter bien des épreuves.

Merci "hbabi"

À mes grands-parents

À vous, mes grands-parents, piliers de notre famille et symboles de sagesse et d'amour inconditionnel. Votre tendresse, votre

bienveillance, et vos valeurs m'ont profondément marqué(e) et continuent d'inspirer chacun de mes pas.

Merci pour tout ce que vous m'avez appris, pour vos encouragements constants, et pour l'amour pur que vous m'avez toujours offert.

À ma tante Zineb

À toi, ma tante et amie, un véritable trésor dans ma vie. Ton amour sincère, ta générosité sans limites et ta bienveillance naturelle apportent tant de lumière et de chaleur autour de toi. Tu as toujours été là, avec ton affection et ton écoute, rendant chaque moment partagé unique et précieux.

Merci pour ton soutien indéfectible et pour être cette personne exceptionnelle, à la fois une tante, une amie et une source d'inspiration.

À ma tante Meriem

À toi, ma tante au grand cœur, une véritable experte en trouvailles et en bons plans, mais surtout une source infinie d'amour et de bienveillance. Ta présence, empreinte de douceur et d'attention, a toujours été une lumière dans ma vie.

Merci pour ton affection sincère, ton écoute précieuse, et ta capacité unique à rendre chaque moment spécial.

À tante Khadija, tante Aïcha, oncle Marouane, oncle Mohamed, oncle Mustapha, et oncle Youssef,

Merci pour votre soutien constant, votre amour et votre bienveillance. Votre présence dans ma vie est une source de force et d'inspiration.

Voici une dédicace chaleureuse pour vos cousins et cousines :

À mes cousins et cousines

À vous, mes cousins et cousines, avec qui j'ai partagé tant de souvenirs précieux, de rires complices, et de moments inoubliables.

Votre présence a toujours été une source de bonheur et de légèreté dans ma vie.

Merci pour votre soutien, votre affection.

À ma meilleure amie, Yousra

*Depuis 10 ans, tu es **my person**, ma partenaire de parcours, ma confidente, et surtout, ma sœur de cœur.*

Tu as été là, sans jamais faillir, dans mes moments de doute, mes joies, et même mes silences. Ton amour, ta présence, et ton soutien inconditionnel m'ont donné la force d'avancer, même lorsque tout semblait incertain.

Tu es une part essentielle de ma vie, une amie rare et précieuse, une âme qui comprend sans avoir besoin de mots. Ton amitié est l'un des plus beaux cadeaux que la vie m'ait offerts.

Merci, Yousra, pour tout ce que tu es et tout ce que tu représentes pour moi.

À mon amie Nouhaïda

Toi, l'incarnation de l'énergie et du courage, toujours présente avec un sourire réconfortant et une parole sincère.

Tu es bien plus qu'un simple soutien : tu es une source d'amour inépuisable, une âme spontanée qui sait transformer les défis en opportunités.

Ta confiance en moi, même dans mes moments de doute, m'a donné la force d'avancer, et ta présence a été une lumière dans les jours sombres.

Merci, Nouhaïda, pour ton cœur immense, ta générosité sans limites, et pour tout ce que tu représentes pour moi.

À mon amie Hana

Chaque instant partagé avec toi est empreint de douceur, de tendresse et d'une gentillesse sincère. Dans les épreuves comme dans les joies, ta présence apporte un soutien indéfectible et une confiance qui réchauffent le cœur.

*Ton grand cœur et ta loyauté rendent ton amitié inestimable, une
richesse que je chéris profondément.
Merci pour tout, Hana, pour être cette amie sur qui je peux
toujours compter.*

À mon amie Oumaima

*Cette année, tu as été bien plus qu'une amie : une épaule sur
laquelle s'appuyer, une présence aimante, toujours au petit soin.
Ta responsabilité, ta générosité et ton attention constante
témoignent de la richesse de ton cœur.
Dans chaque geste, chaque mot, tu as su rendre cette année plus
douce, plus lumineuse.
Merci, Oumaima, pour ton soutien infailible et pour être cette
amie exceptionnelle qui fait toute la différence.*

À mes amies Saloua et Assala

*À vous, deux sœurs si différentes par vos personnalités et pourtant
si compatibles, comme deux pièces d'un puzzle qui s'emboîtent
parfaitement. Votre rencontre a marqué mon année d'une manière
inoubliable, laissant une empreinte profonde dans mon cœur.
Votre authenticité, votre sincérité et votre classe naturelle sont des
qualités rares qui m'ont profondément touché. Vous êtes des âmes
uniques, chacune apportant sa lumière et sa richesse à ceux qui
ont la chance de vous connaître.
Merci pour les moments précieux que nous avons partagés, pour
votre bienveillance et pour avoir été une source de simplicité et de
chaleur dans ma vie. Cette réussite, je la partage avec vous, en
signe de mon affection et de ma reconnaissance sincère.*

À mon amie Narjiss

*Ma petite sœur aimante,
Ton sourire rayonne et réchauffe le cœur, apportant joie et
lumière à ceux qui t'entourent.
Ton affection sincère et ta présence douce rendent chaque
moment plus beau.
Merci d'être toi, avec toute ta tendresse et ta chaleur.*

À mon amie Wiame

Fofolle, pleine de vie, toujours là pour apporter joie et rires.

*Gentille et aimante, tu as cette capacité unique à illuminer
chaque moment par ta présence.
Merci d'être toi, une amie précieuse qui rend la vie plus
belle.*

***À tous les amis que ces 7 années d'études
médicales m'ont offerts***

*Oumnya, Anas, Mayssae, Toufik, Wiame, Asmae, Soukaina,
Oumaïma, Morad, Zakaria, Adel, Wissame, Chaïma, Sanaa
Achraf, et tous les amis du groupe 4,*

*Votre présence a illuminé ces années d'efforts et de
persévérance. Ensemble, nous avons partagé des moments
inoubliables, des défis surmontés et des souvenirs gravés à
jamais.*

*Merci pour votre soutien, vos rires, et pour avoir rendu ce
parcours si riche et humain.*

À Dr Guenouni

*Avec toute ma gratitude pour votre aide précieuse, votre
dévouement et votre travail rigoureux.*

*Votre participation active dans l'élaboration de cette thèse
a été une véritable force qui a marqué ce parcours.*

*Merci pour votre accompagnement et votre soutien tout au
long de cette étape importante.*



REMERCIEMENTS



**A NOTRE MAITRE et PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR L. BOUKHANNI PROFESSEUR AGRÉGÉ DE
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et la simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance

**A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE PROFESSEUR HAMID
ASMOUKI PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE**

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre dévouement, votre encadrement éclairé, et votre bienveillance tout au long de ce travail.

Votre expertise et vos conseils précieux ont grandement contribué à la réalisation de cette thèse.

Merci pour votre soutien, votre gentillesse, et tous les efforts que vous fournissez, aux côtés de toute l'équipe du service de gynécologie et obstétrique, pour améliorer la prise en charge des tumeurs mammaires.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR A. BASSIR
PROFESSEUR AGRÉGÉE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE**

Je suis particulièrement touchée par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et m'inspirent une grande admiration. Permettez-moi, cher maître de vous exprimer mon profond respect et ma haute considération

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PR. M. DARFAOUI PROFESSEUR
AGREGÉE DE RADIOTHÉRAPIE CHU MOHAMMED VI DE
MARRAKECH

Nous avons l'honneur de vous avoir parmi les membres de notre jury. Nous avons eu également le privilège de profiter de vos conseils pertinents qui nous ont été d'une aide précieuse. Veuillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos compétences et votre amabilité infinies



LISTE DES FIGURES & TABLEAUX



Liste des figures :

- Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut hormonal.
- Figure 2 : Répartition des patientes selon la parité
- Figure 3 : Répartition des patientes selon le délai de consultation.
- Figure 4 : Répartition des patientes selon le motif de consultation.
- Figure 5 : Répartition selon la taille tumorale à la palpation.
- Figure 6 : Répartition des patientes selon la classification BIRADS.
- Figure 7 : Formation nodulaire en IRM (polylobée, contrastée).
- Figure 8 : Répartition des patientes selon les types de prélèvements histologiques.
- Figure 9 : répartition des patientes selon le grade histologique
- Figure 10 : Cas clinique de reconstruction mammaire après tumorectomie.
- Figure 11 : Courbe de survie de Kaplan–Meier illustrant les récidives.
- Figure 12 : Courbe de survie pour les métastases.
- Figure 13 : Courbe de survie globale des patientes après traitement chirurgical.
- Figure 14 : Courbes : de survie globale de Kaplan–Meier , de récidives et de métastases des patientes après traitement chirurgical pour TP.
- Figure 15 : cas clinique de récidive.
- Figure 16 :_Caractéristiques morphologiques des TP bénignes.
- Figure 17 : Caractéristiques morphologiques des TP borderline
- Figure 18 : Recommandations de la NCCN pour la prise en charge des TP.
- Figure 19 : Recommandations de la NCCN pour la prise en charge des récidives des TP.

Liste des tableaux

- Tableau 1 : Répartition des patientes selon les années.
- Tableau 2 : répartition des patientes selon l'âge .
- Tableau 3 : Répartition des patientes selon le côté atteint.
- Tableau 4 : Topographie des nodules mammaires.
- Tableau 5 : Répartition des patientes selon la classification TNM.
- Tableau 6 : Répartition selon le grade histologique
- Tableau 7 : Caractéristiques immunohistochimiques des patientes
- Tableau 8 : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical.
- Tableau 9 : Répartition des patientes selon les données évolutives.
- Tableau 10 : Distribution des récives selon le grade histologique.
- Tableau 11 : Évolution selon le grade histologique (récive, métastase, décès).
- Tableau 12 : Récapitulatif des données cliniques, paracliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives des patientes de notre série
- Tableau 13 : Caractéristiques cytologiques et histologiques des TP et des FA.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ADP : Adénopathies.
- ATCD : Antécédents.
- CD10 : Cluster de différenciation 10
- FA : adénofibrome
- HTA : Hypertension artérielle.
- HPF : Champ de haute puissance (High Power Field).
- IGF : Facteurs de croissance insulino-mimétiques
- IRM : Imagerie par résonance magnétique.
- OMS : Organisation mondiale de la santé.
- PAG : Période d'activité génitale.
- QSE : Quadrant supéro-externe.
- QSI : Quadrant supéro-interne
- QII : quadrant infero-interne
- QIE : quadrant infero-externe
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
- SEER : Surveillance, Epidemiology, and Results Registry.
- TDM : Tomodensitométrie.
- TP : Tumeur phyllode.
- VEGF : Facteur de croissance vasculaire endothélial



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	8
I. Caractéristiques épidémiologiques	9
1. Fréquence	9
2. Age	9
3. Sexe	10
4. Statut hormonal	10
5. Parité	11
6. Antécédents de tumeurs gynécologiques	11
7. Antécédents non gynécologiques	11
8. ATCDS Familiaux	12
II. Caractéristiques cliniques	12
1. Délai de consultation	12
2. motif de consultation	13
III. Examen clinique	13
1. Localisation du nodule	13
2. Taille tumorale	14
3. Anomalies cutanées	15
4. Aires ganglionnaires	15
5. Anomalies cutanées	15
6. Classification TNMc	15
IV. Bilan paraclinique	16
1. Radiologie	16
2. Examen histopathologique	18
V. Histologie	19
1. Grade histologique	19
2. Immunohistochimie	20
VI. Bilan d'extension	21
VII. Prise en charge thérapeutique	21
1. Traitement locorégional	21
III. Evolution	23
1. Récidive	23
2. METASTASE	25
3. Décès	26
DISCUSSION	32
I. EPIDEMIOLOGIE	33
1. Age	33
2. Fréquence	33
3. Sexe	33
II. DIAGNOSTIC	33
1. Clinique	33
2. IMAGERIE	33
3. Anatomopathologie ,et classification	34
4. Immunohistochimie et altérations génétiques	45
III. Traitement	46
IV. Evolution et pronostic	48
V. RECOMMANDATIONS	50

CONCLUSION	52
RÉSUMÉ	54
ANNEXES	50
BIBLIOGRAPHIE	64



INTRODUCTION



Tumeurs phyllodes

Les tumeurs phyllodes (TP) sont des néoplasmes mammaires rares à comportement biologique variable, allant de bénin à malin. Une caractéristique fréquente des TP est leur croissance rapide. Ces tumeurs sont définies comme des néoplasmes fibroépithéliaux avec une capacité intrinsèque à récidiver localement, particulièrement lorsqu'elles sont diagnostiquées comme borderlines ou malignes. Les métastases, bien que rares, sont presque exclusivement observées dans les TP malignes [1-2].

Les TP représentent 0,3 % à 1 % de toutes les tumeurs mammaires primaires et environ 2,5 % des lésions fibroépithéliales du sein, le reste étant constitué de FA (97,5 % [2-3]. Malgré la résection chirurgicale, le taux de récurrence reste relativement élevé, posant un défi important en termes de prise en charge [3].

Décrites pour la première fois en 1838 par Johannes Müller sous le terme de cystosarcome phyllodes, ces tumeurs tirent leur nom de leurs projections en forme de feuille dans des espaces kystiques et de leur stroma sarcomateux[4]. Ce terme est cependant considéré comme inapproprié, car environ 70 % des TP évoluent de manière bénigne et présentent rarement une dégénérescence kystique[1-3]. En 1931, le premier cas de TP maligne avec métastases pulmonaires a révélé leur potentiel malin[5].

Selon la littérature récente, 10 % à 15 % des TP sont malignes, ces dernières présentant un taux élevé de récurrence locale (jusqu'à 30 %) et une capacité métastatique notable. Les TP de grande taille, définies par un diamètre supérieur à 10 cm, sont qualifiées de « géantes » et représentent environ 20 % des cas [3-6-7].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande actuellement l'utilisation du terme « tumeur phyllode » et une classification en trois catégories — bénigne, borderline, et maligne — basée sur des caractéristiques histologiques telles que la cellularité stromale, l'atypie nucléaire, l'activité mitotique, la prolifération stromale et les marges tumorales[1].

Tumeurs phyllodes

L'objectif de ce travail est d'analyser les différentes caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques des TP à travers une étude rétrospective effectuée au service de Gynéco-obstétrique du CHU Mohammed VI de Marrakech.



MATERIELS ET METHODES

I. Matériel

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une étude rétrospective menée sur une série de patientes prises en charge pour des TP du sein , au niveau du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI de Marrakech, sur une période de cinq ans, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

II. Méthodes:

Cette étude rétrospective, couvrant une période de cinq ans, concerne les cas de TP répondant aux critères suivants :

1. Critères d'inclusion :

- Toutes les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicales d'une TP du sein et confirmée par un examen anatomo-pathologique.

2. Critères d'exclusion :

- Nous avons exclu tous les dossiers où le diagnostic de TP est porté sur l'imagerie, sans preuve histologique.

Tout d'abord, nous avons extrait tous les dossiers des patientes hospitalisées pour tumeurs du sein à partir des archives, du système Hosix du service, du bloc opératoire et des rapports des réunions RCP. Ensuite, nous avons sélectionné les dossiers des cas répondant à nos critères d'inclusion et d'exclusion, pour un total de 33 dossiers.

Pour les données évolutives on a contacté les patientes par téléphone.

Notre étude a pour objectif : l'analyse des différentes données épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques, thérapeutiques et pronostiques et d'en tirer des conclusions caractérisant les TP dans notre contexte.

Tumeurs phyllodes

Une fiche d'exploitation a été soigneusement remplie pour chaque patiente. Les données des variables recueillies ont ensuite été saisies dans le logiciel Excel 2016, qui a également servi à réaliser l'analyse statistique.

La classification des tumeurs a été réalisée selon la classification TNM, 7e édition de 2010.

Le recueil de données a été effectué en garantissant l'anonymat des patientes et la confidentialité de leurs informations.

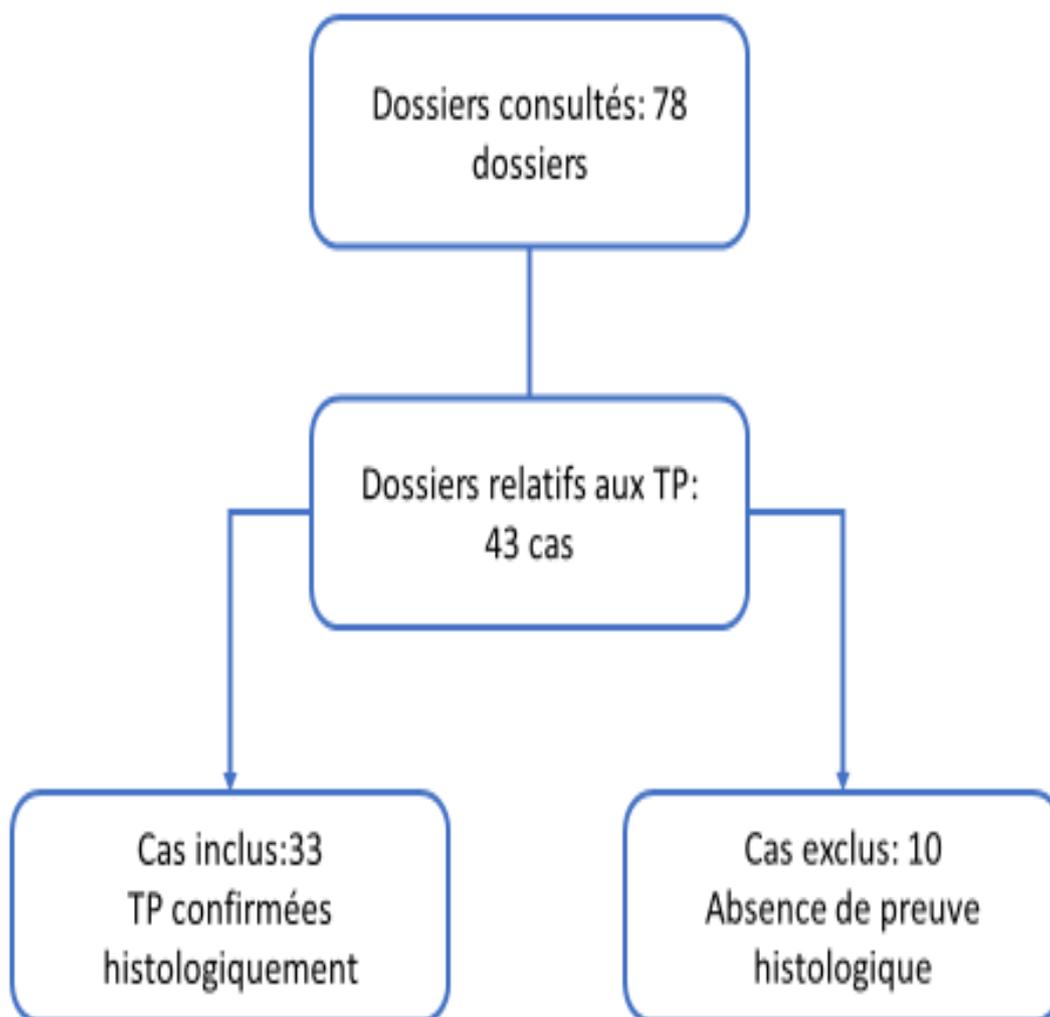


Diagramme représentant le parcours de sélection des dossiers.



RESULTATS



I. Caractéristiques épidémiologiques :

1. Fréquence :

Durant une période de 5 ans, de Janvier 2018 à Décembre 2022, 1750 cas de tumeur mammaire ont été hospitalisés au service de gynéco-obstétrique du CHU Mohammed VI de Marrakech. Parmi elles, 33 étaient des cas de TP soit une fréquence de 1,9% du nombre global des tumeurs du sein.

Tableau 1 : répartition des patientes selon les années

Année	Effectif	Pourcentage
2018	8	24,24%
2019	11	33,33%
2020	4	12,12%
2021	5	15,15%
2022	5	15,15%
Total	33	100%

Dans notre étude, l'analyse des données sur la période 2018–2022 montre une variation du nombre de cas des TP. En 2018, 8 cas ont été observés, suivis de 11 cas en 2019, une année marquée par la pandémie de COVID–19. En 2020, un déclin notable a été constaté avec seulement 4 cas, probablement dû aux restrictions sanitaires ayant affecté l'accès aux soins. Toutefois, une légère reprise a été observée en 2021 et 2022, avec 5 cas recensés chaque année, suggérant une reprise progressive des consultations après les périodes de confinement, bien que le nombre de cas reste inférieur à celui de l'année 2019.

2. Age :

La moyenne d'âge des patientes était de 41 ans avec des extrêmes de 19 ans et 64 ans. La tranche d'âge 19-45 ans a été la plus touchée avec un taux de 60% (Tableau 2)

Tableau 2 : répartition des patientes selon l'âge :

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
19-45	20	60,61%
46-55	4	12,12%
56-65	9	27,27%
Total	33	100%

D'après cette répartition, les femmes jeunes, de moins de 45 ans, représentent la majorité des cas, avec un pourcentage de 60 %.

3. Sexe :

Tous les malades de notre série sont de sexe féminin.

4. Statut hormonal :

Dans notre étude les TP atteints principalement les femmes en âge de procréer avec 73% des cas.

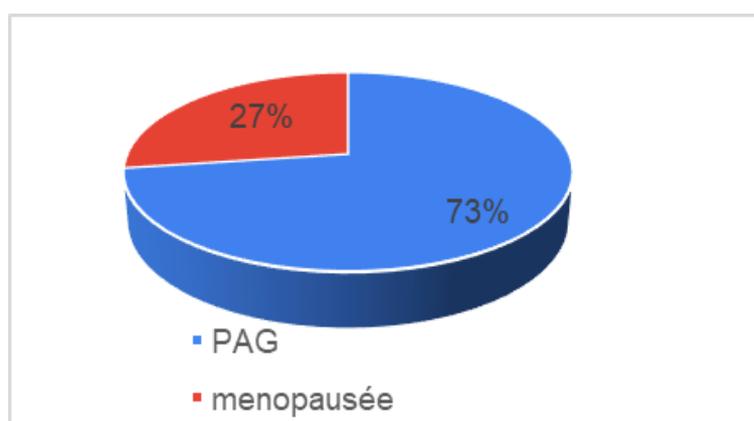


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut hormonal.

Tumeurs phyllodes

Ce diagramme montre l'augmentation des taux chez les femmes en PAG par rapport aux femmes ménopausées qui représentent 27% des cas.

5. Parité :

Dans notre étude les TP ont tendance à survenir principalement chez les nullipares :

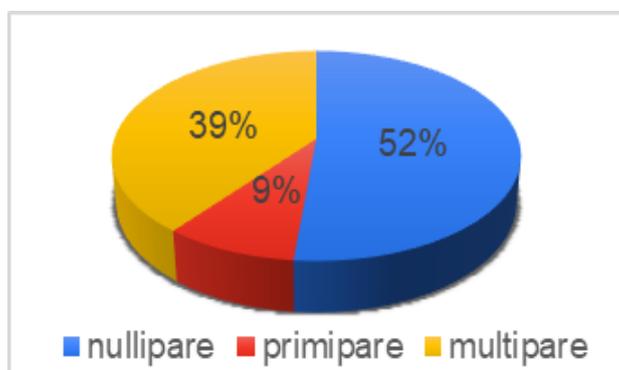


Figure 2 : Répartition des patientes selon la parité

Dans notre série :

- 17 patientes étaient nullipares, soit 52%.
- 3 patientes étaient primipares, soit 9 %.
- 13 patientes étaient multipares, soit 39%

6. Antécédents de tumeurs gynécologiques :

-Dans notre étude 6 patientes étaient suivies pour tumeurs du sein soit 18.18%, toutes avaient bénéficiées d'une tumorectomie.

- 1 cas était un kyste soit 3.03%
- 1 cas était un FA soit 3.03%
- 4 étaient des TP soit 12.12%.

- Une patiente était opérée pour un tératome immature de l'ovaire soit 3.03%

7. Antécédents non gynécologiques :

Tumeurs phyllodes

Dans notre étude, 9.09 % des patientes étaient suivies pour une HTA , 6.06 % pour un diabète, 1 patiente présentait un xéroderma pigmentosum.

4 patientes de notre série avaient des ATCDS chirurgicaux :

- Une patiente a bénéficié d'une cholécystectomie 3%.
- Une patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie 3%
- Une patiente a bénéficié d'une exérèse d'un carcinome basocellulaire 3%
- Une patiente a bénéficié d'une résection d'une GIST 3%

8. ATCDS Familiaux :

2 patientes rapportaient au moins un cas de cancer du sein Dans la famille.

II. Caractéristiques cliniques :

1. Délai de consultation :

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la date de la première consultation a été précisé chez toutes les patientes.

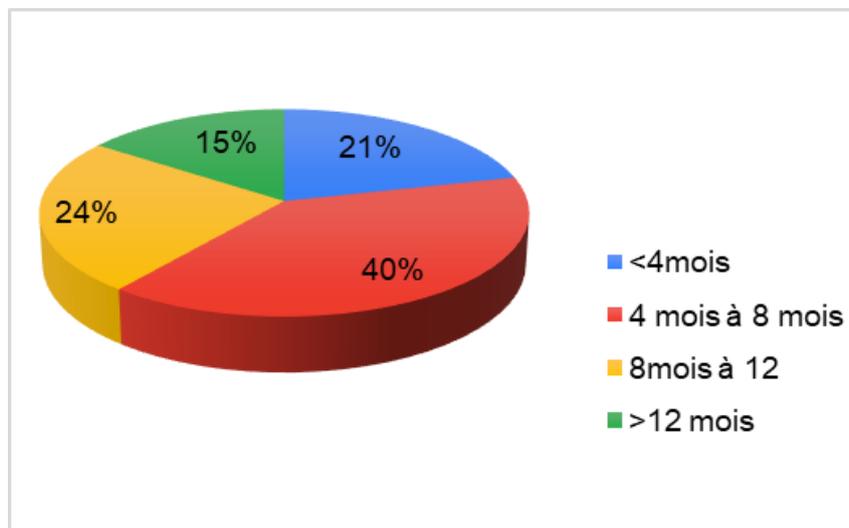


Figure 3: Répartition des patientes selon le délai de consultation

Le délai moyen de consultation était de 8 mois avec des extrêmes allant de 2 mois à 2 ans.

2. motif de consultation:

Chez toutes les patientes, le mode de révélation était clinique.

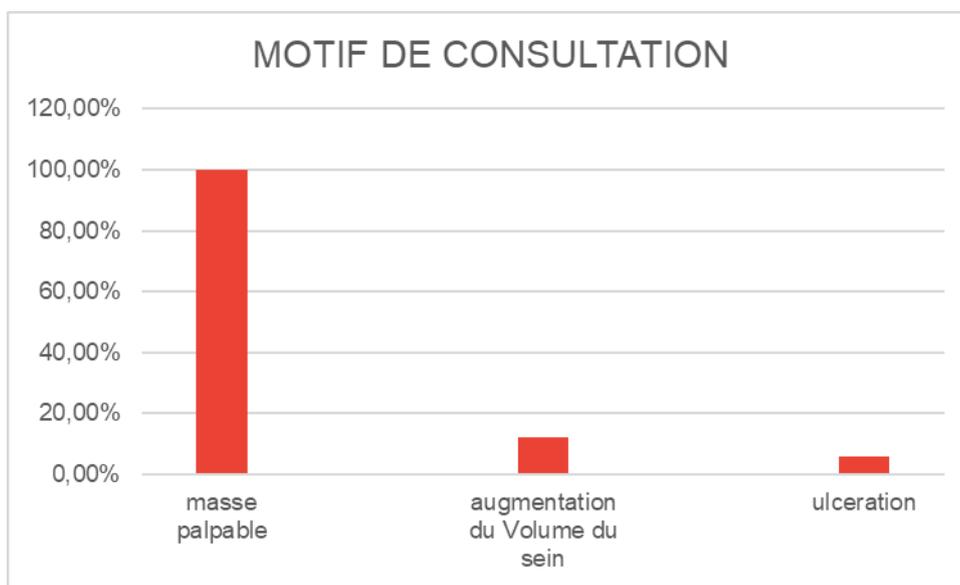


Figure 4 : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Le principal motif de consultation était la découverte d'un nodule mammaire, détecté par autopalpation chez 97 % des patientes et lors d'un examen médical systématique chez une patiente. Parmi elles, 4 patientes (12 %) ont également signalé une augmentation du volume mammaire, et 2 patientes (6 %) présentaient une ulcération cutanée associée.

III. Examen clinique :

1. Topographie de la tumeur :

Tableaux 3 : Répartition des patientes selon le coté atteint

Coté atteint	Effectif	Pourcentage
Gauche	17	51,52%
Droit	15	45,45%
Bilatéral	1	3,03%
Total	33	100%

Dans notre étude, la localisation de la tumeur montre une légère prédominance au niveau du sein gauche, avec 52 % des cas (17 patientes), contre 45 % (15 patientes) pour le sein droit. Une seule patiente (3 %) présentait une atteinte bilatérale.

2. Localisation du nodule :

Le quadrant supéro-externe (QSE) est la localisation la plus fréquente des TP du sein, représentant 36,4 % des cas, suivi de la région externe avec 24 %.

Tableaux 4 : la topographie des nodules

QUADRANT ATTEINT	NOMBRE	POURCENTAGE
QSE	12	36,4%
QSI	1	3,0%
QII	1	3,03%
QIE	2	6,06%
EXT	8	24,24%
INT	0	0,00%
SUP	3	9,09%
INF	2	6,06%
Totalité du sein	4	12,12%
Total	33	100,00%

3. Taille tumorale :

La taille tumorale clinique moyenne était de 5.37cm allant de 1cm à 20 cm, 12% des patientes présentaient des TP géantes.

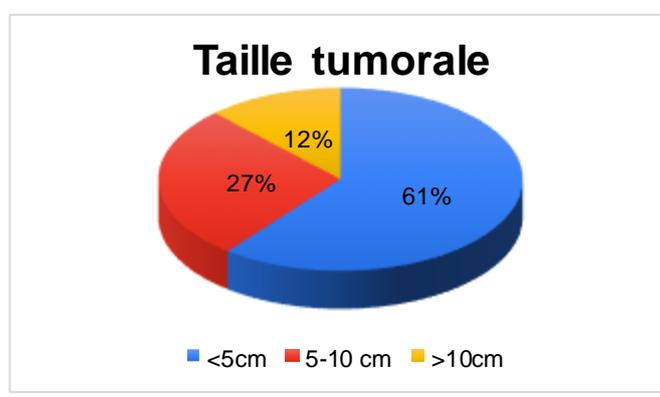


Figure 5 : Répartition selon la taille à la palpation.

4. Anomalies cutanées :

Des signes cutanés, sous forme d'ulcérations, ont été observés chez 2 patientes soit 6%.

5. Aires ganglionnaires :

L'examen clinique des aires ganglionnaires n'a pas trouvé d'anomalie chez toutes les patientes.

6. Classification TNMc :

Tableau 5 : Répartition de la taille tumorale des TP malignes selon classification cTNM

Classification Ct	Nombre de cas	Pourcentage
T1	0	0%
T2	0	0 %
T3	5	15%
T4b	2	6%

Toutes les patientes étaient cN-

IV. Bilan paraclinique :

1. Radiologie :

1.1 Echo – Mammographie :

Dans notre étude, toutes les patientes ont subi un couple écho–mammographie.

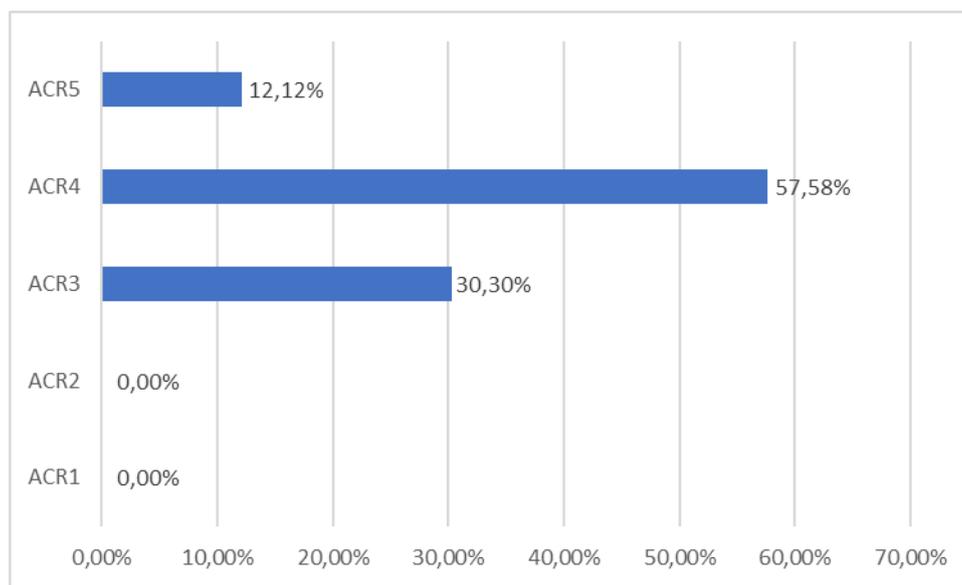


Figure 6: Répartition des patientes selon la classification BIRADS.

Le graphique indique que 57,6 % des lésions sont classées en BIRADS 4, 30,34 % en BIRADS 3, et 12,1 % en BIRADS 5.

1.2 IRM mammaire :

Dans notre étude trois patientes ont bénéficié d'IRM mammaire.

Tumeurs phyllodes

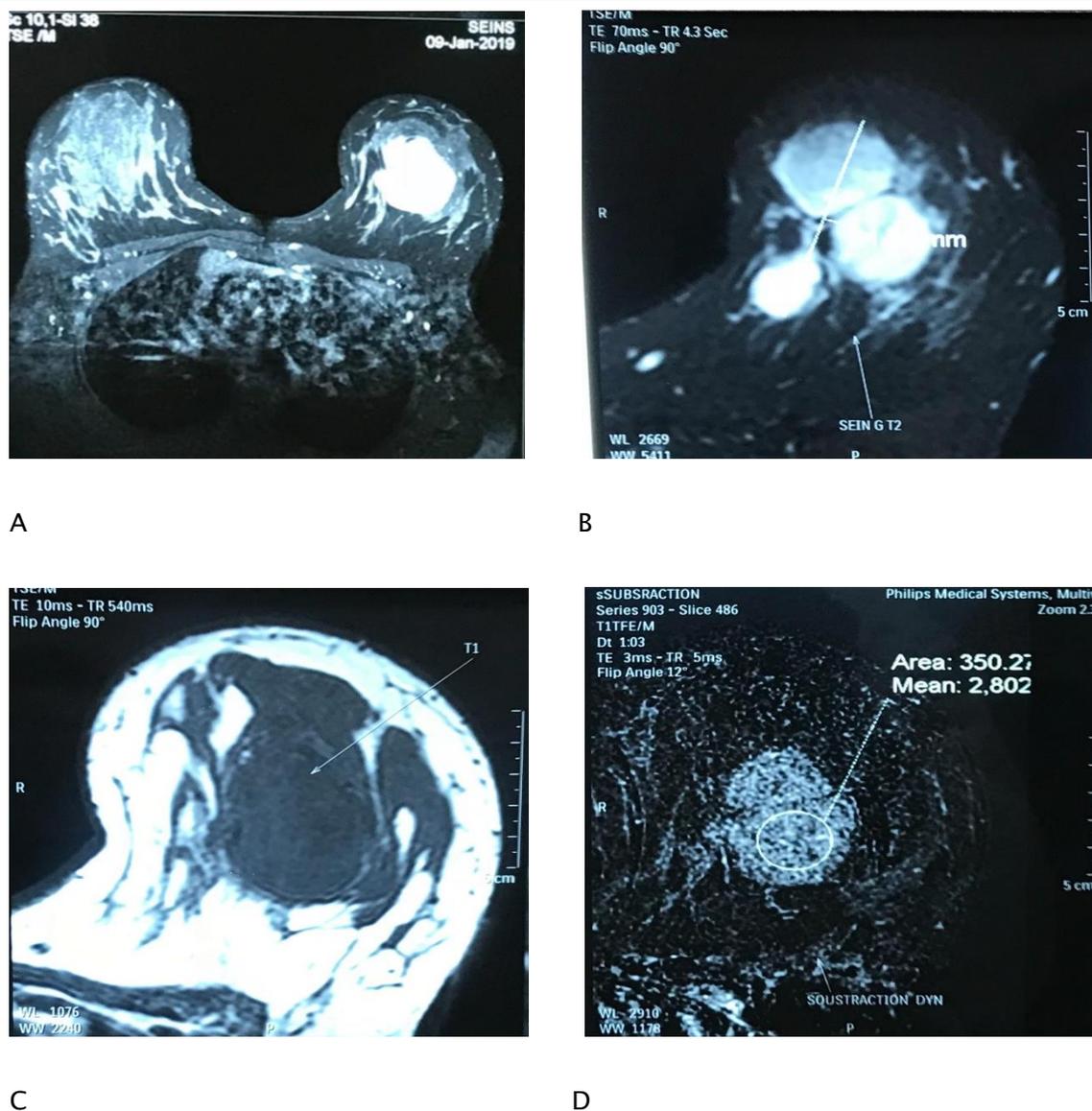


Figure 7 : IRM d'une patiente , du BURKINA FASO , de notre série montrant : une formation nodulaire hétérogène polylobée bien circonscrite de l'union des quadrants supérieurs, du sein gauche, mesurant 61x48mm en hyposignal T1 (C) , hypersignal T2 (B),avec prise de contraste(A) réalisant une courbe rehaussement type 3,focus de 5mm (D) de l'union des quadrants externes correspondant à un ganglion intra mammaire à l'échographie complémentaire.

2. Examen histopathologique :

2.1 Moyens :

Toutes les patientes ont bénéficié d'une analyse histopathologique systématique, réalisée à partir de divers types de prélèvements, afin de confirmer le diagnostic de TP.

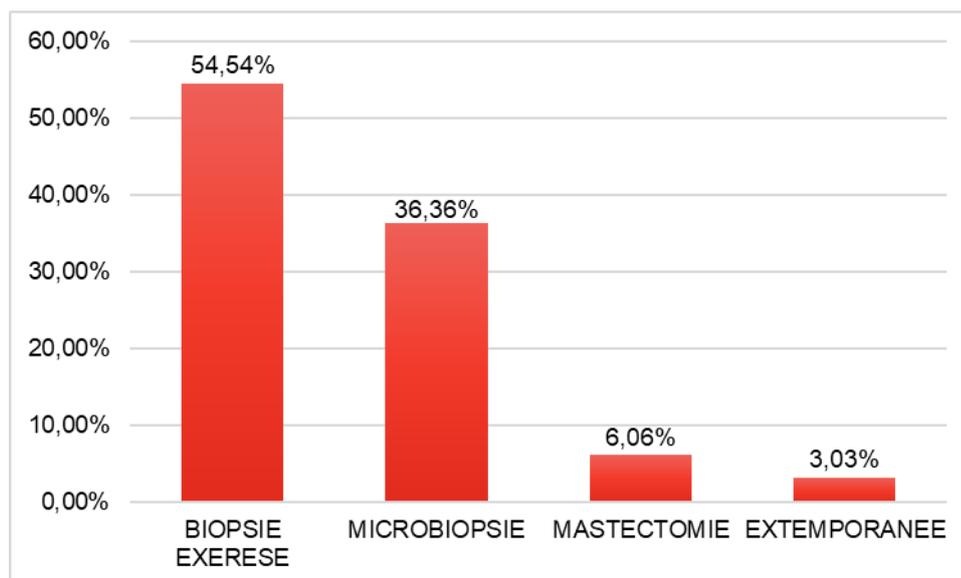


Figure 8 : Répartition des patientes selon les types de prélèvements Histologiques

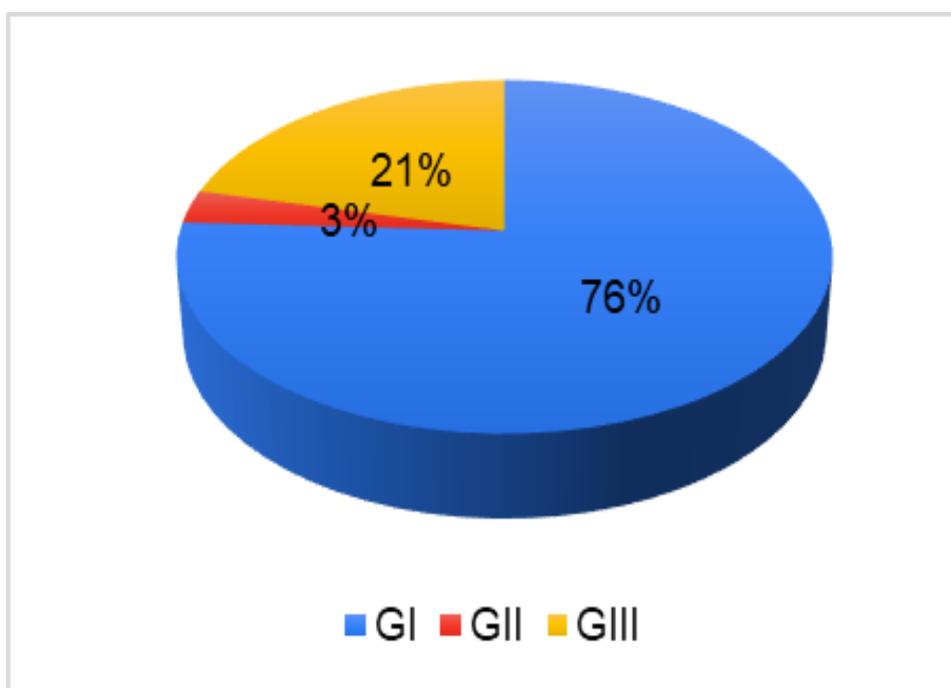
V. Histologie

1. Grade histologique :

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

Tableau 6 : Répartition selon le grade histologique :

grade histologique	Nombre	Pourcentage
GI	25	75,76%
GII	1	3,03%
GIII	7	21,21%



La majorité des TP de notre série étaient bénignes (75,76 %). Les TP borderline et malignes représentant respectivement 3,03 % et 21,21 %

2. Immunohistochimie :

Pratiquée chez 4 patientes

Tableau 7 : Caractéristiques immunohistochimiques des patientes

Nombre des patientes	Grade histologique	Ki67	p53	CD10
1	I	<1%	NON FAIT	20%
1	II	3%	ABS	15%
2	III	NEG	NON FAIT	+
		>50%	NON FAIT	NON FAIT

- Une patiente avec une tumeur de **grade I** montre un Ki67 inférieur à 1 %, un marqueur de prolifération très faible, avec une expression de CD10 à 20 %. Le p53 n'a pas été analysé.
- Une patiente avec une tumeur de **grade II** montre un Ki67 à 3 % (faible prolifération), un p53 absent, et une expression de CD10 à 15 %.
- Une tumeur de **grade III** présente une absence de Ki67 (négatif), mais un CD10 positif. Le p53 n'a pas été testé.
- Une autre patiente avec une tumeur de **grade III** a un Ki67 élevé (>50 %), reflétant une prolifération cellulaire importante. Le p53 et le CD10 n'ont pas été analysés.

VI. Bilan d'extension

1. Imagerie

a) Radiographie thoracique

Réalisée chez toutes les patientes en préopératoire elle a objectivé des nodules suspects chez deux patientes.

b) TDM thoraco abdomino pelvienne

Pratiquée chez 2 patientes, elle a objectivé 1 cas de localisation secondaire : nodules et micronodules pulmonaires intra parenchymateux et sous pleuraux éparses associés à une masse linguale inférieure avec épaissement et épanchement pleural droit de grande abondance d'allure secondaire.

Au terme de ce bilan d'extension : une patiente soit 3% des cas était d'emblée au stade métastatique.

VII. Prise en charge thérapeutique

1. Traitement locorégional :

a) Chirurgie

Dans notre série toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Tableau 8 : répartition des patientes selon le traitement chirurgical envisagé

	Effectif	Pourcentage
Chirurgie radicale	5	15%
Chirurgie conservatrice	28	85%

Tumeurs phyllodes

-Chirurgie oncoplastique et reconstruction mammaire :

La reconstruction mammaire a été effectuée chez 4 patientes, réparties comme suit : 1 a eu une oncoplastie de niveau 2 avec T inverse, 3 ont subi une oncoplastie de niveau 3 dont 2 avec technique lambeau LD , et 1 avec technique NSM+ IBR



A



B

Figure 10 :(A)Cas de TP du sein gauche ,traité au service de gynécologie obstétrique du CHU Mohamed VI Marrakech, par tumorectomie large avec recouvrement par lambeau du grand dorsal et re- implantation du mamelon,(B)vue postopératoire.

Tumeurs phyllodes

b) Radiothérapie :

Chez l'ensemble des patientes atteintes de TP de grade III, sauf une seule patiente décédée en postopératoire immédiat, une irradiation prophylactique de la paroi thoracique a systématiquement été réalisée après l'exérèse chirurgicale soit 18.18% des patientes.

VIII. Evolution :

TABLEAU 9 : Répartition des patientes selon les données évolutives

EVOLUTION	NOMBRE	POURCENTAGE
FAVORABLE	14	42,42%
RECIDIVE	8	24,24%
DECES	4	12,12%
PERDU DE VUE	6	18,18%
METASTASES	1	3,03%

1. Récidive :

L'évolution a été marquée par une récurrence chez 8 cas (soit 24.24%) avec un recul moyen de : 20.5 mois

Tableau 10 :Distribution des récurrences selon le grade histologique des TP

	RECIDIVE	NBRE TOTAL	PORCENTAGE
GI	7	25	28%
GII	0	1	0%
GIII	1	7	14 ,28%

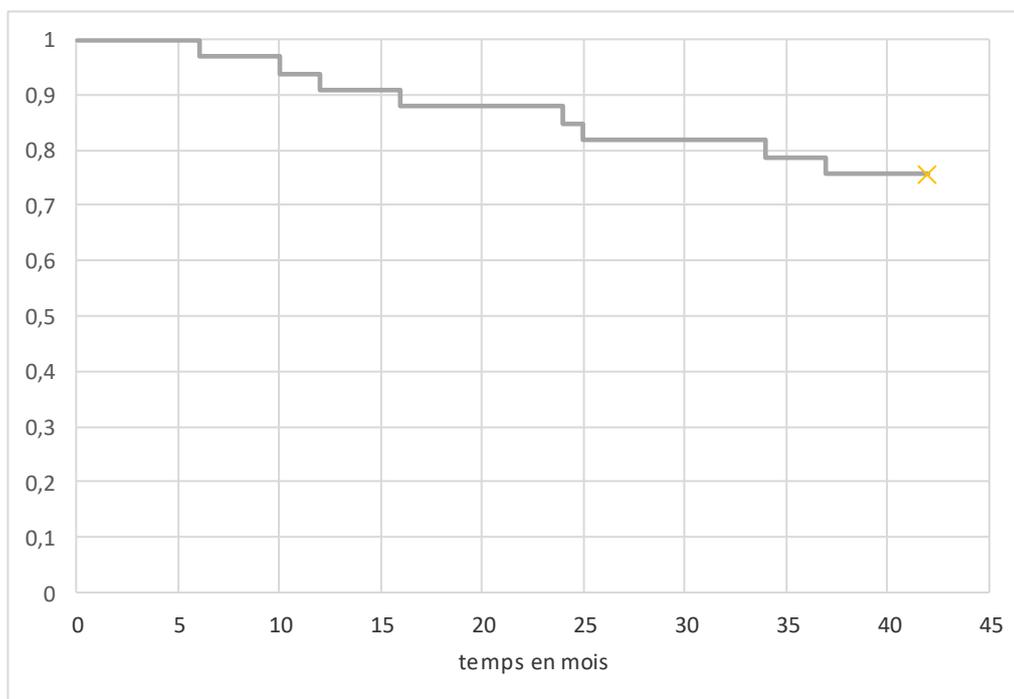


Figure 11 : Courbe de survie de Kaplan-Meier illustrant la fonction de récurrence en fonction du temps

Parmi les patientes qui ont présenté des récurrences locales 3 (soit 37.5% des récurrences) avaient des marges d'exérèse tumorale durant leurs premières interventions chirurgicales.

2. METASTASES :

Une évolution métastatique a été rapportée dans un cas, soit 3 % des patientes.

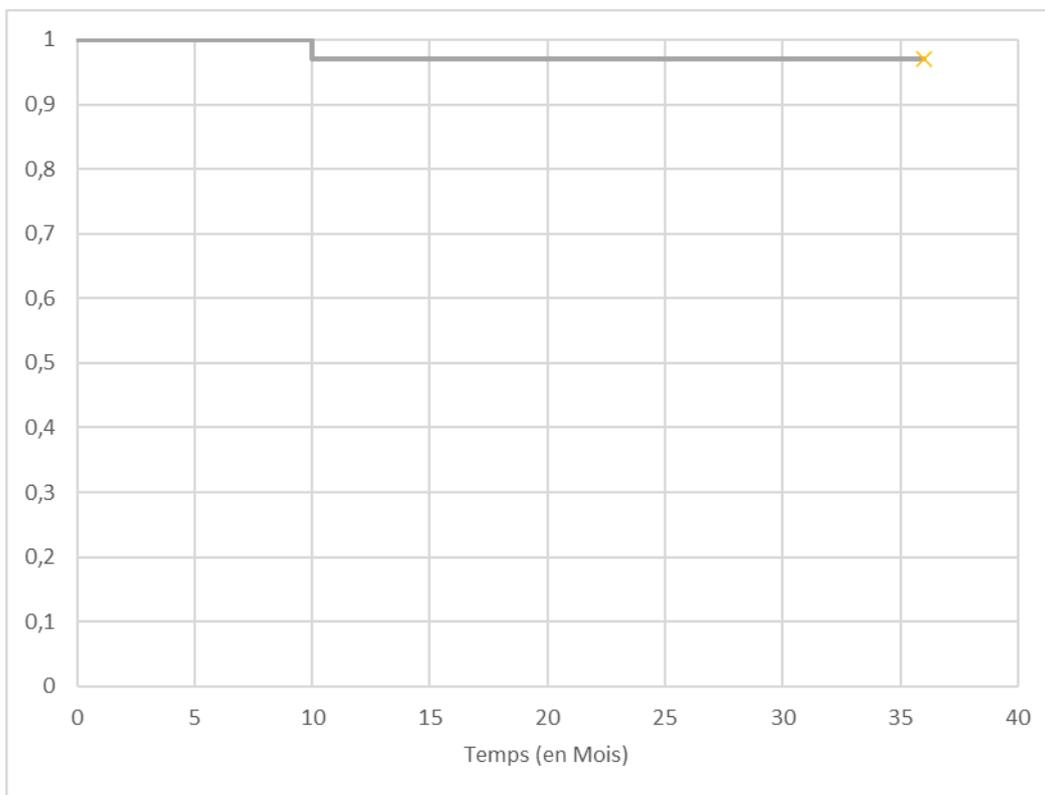


Figure 12 : Courbe de survie de Kaplan-Meier représentant la fonction métastatique cumulée en fonction du temps (en mois).

3. Décès :

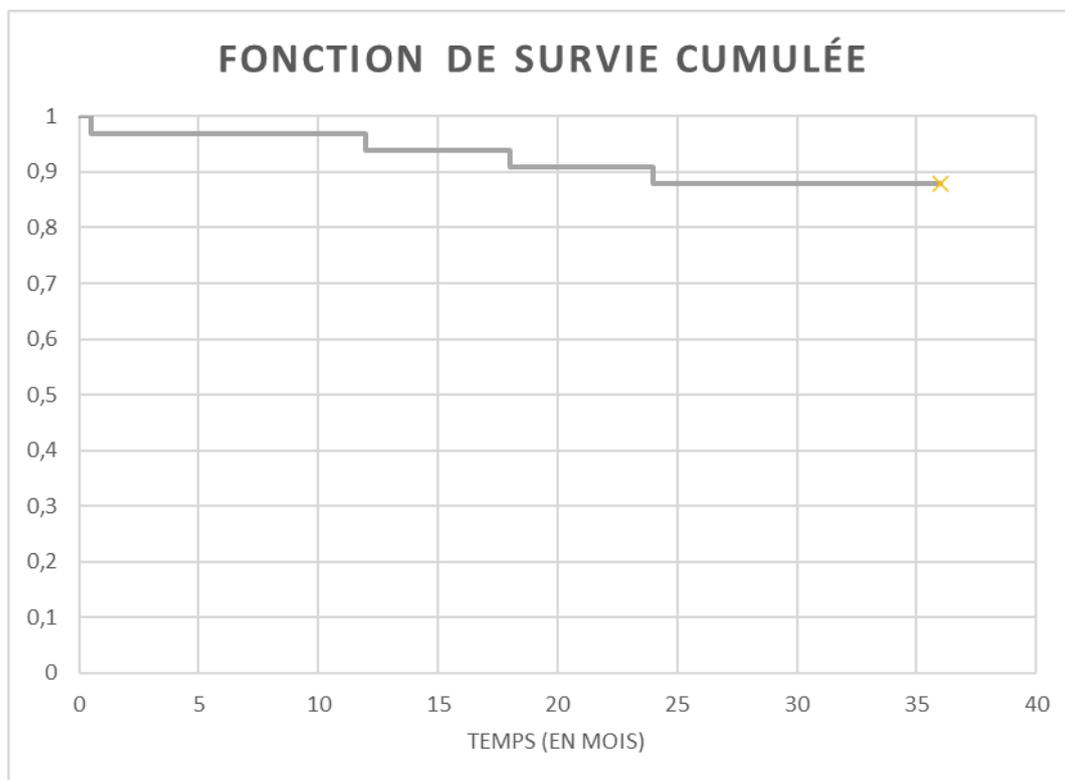


Figure 13 : Courbe de survie globale de Kaplan-Meier des patientes après traitement chirurgical pour TP.

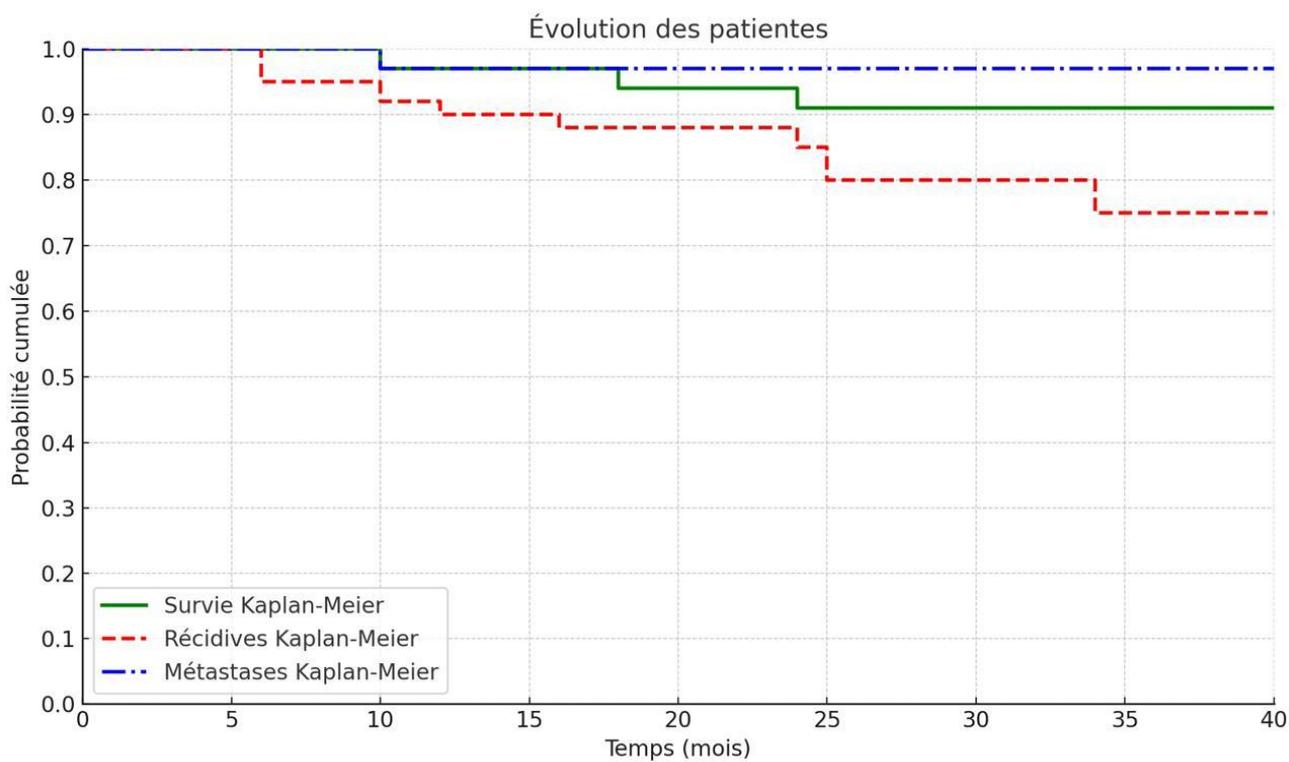


Figure 14 : Courbes : de survie globale de Kaplan–Meier , de récidives et de metastases des patientes après traitement chirurgical pour TP.

Tableau 11 : Evolution selon le grade histologique

Grade	Récidive	Pourcentage	Métastase	Pourcentage	Décès	Pourcentage	Nombre total
BENIGNE	7	28%	0	0%	0	0%	25
BORDERLINE	0	0%	0	0%	0	0%	1
MALIGNE	1	14.3%	1	14.3%	1	57.14	7

Quatre patientes sont décédées soit 12%, 1 seul décès est imputable à la maladie chez une patiente qui a fait une récurrence locale(figure 11), après traitement chirurgical et radiothérapie, avec métastases osseuses et pulmonaire à la TDM TAP. Chez cette patiente la chimiothérapie a été indiquée.



A



B



C

FIGURE 15 : Cas de TP maligne géante du sein droit inflammée et ulcérée (A), vue post opératoire (B) ,l'évolution de la malade marquée par récidence locale (C) ,métastases à distance et le décès par la suite

Tableau 12: Récapitulatif des données cliniques, paracliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives des patientes de notre série

Catégorie	Variable	Effectif	Pourcentage (%)
Tranche d'âge	19-45 ans	20	60,61%
	46-55 ans	4	12,12%
	56-65 ans	9	27,27%
Antécédents	Personnels gynécologiques		
	PAG	24	72,73%
	Ménopausée	9	27,27%
	Nullipare	17	51,52%
	Primipare	3	9,09%
	Multipare	13	39,39%
	Médicaux		
	HTA	3	9,09%
	Diabète	2	6,06%
	Xeroderma pigmentosum	1	3,03%
	Chirurgicaux gynécologiques		
	Kyste	1	3,03%
	FA	1	3,03%
	TP	4	12,12%
	Annexectomie (tératome immature)	1	3,03%
	Chirurgicaux non gynécologiques		
	Cholécystectomie	1	3,03%
	Exérèse carcinome basocellulaire	1	3,03%
	GIST	1	3,03%
	Thyroïdectomie	1	3,03%
Familiaux	Cancer du sein	2	6,06%
Motif de consultation	Masse palpable	33	100%
	Augmentation volume du sein	4	12,12%
	Ulcération	2	6,06%
Délai de consultation	< 4 mois	7	21,21%
	4-8 mois	13	39,39%
	8-12 mois	8	24,24%
	> 12 mois	5	15,15%
Examen clinique	Inspection		
	Ulcération/inflammation	2	6,06%

Tumeurs phyllodes

	Asymétrie des seins	4	12,12%
	Taille tumorale (cm)		
	<10	29	87,87%
	>10	4	12,12%
	Côté atteint		
	Sein gauche	17	51,52%
	Sein droit	15	45,45%
	Bilatéral	1	3,03%
	Quadrant atteint		
	QSE	12	36,36%
	QSI	1	3,03%
	QII	1	3,03%
	QIE	2	6,06%
	Région externe	8	24,24%
	Région interne	0	0,00%
	Région supérieure	3	9,09%
	Région inférieure	2	6,06%
	Toute la glande mammaire	4	12,12%
	Examen paraclinique	Echo-mammographie (BIRADS)	
ACR 3		10	30,30%
ACR 4		19	57,58%
ACR 5		4	12,12%
Histologie	Grade I (GI)	25	75,76%
	Grade II (GII)	1	3,03%
	Grade III (GIII)	7	21,21%
Traitement	Chirurgie conservatrice	28	85%
	Chirurgie radicale	5	15%
	Radiothérapie	6	18,18%
Évolution	Favorable	14	42,42%
	Récidive	8	24,24%
	Décès	4	9,09%
	Perdus de vue	6	18,18%
	Métastases	1	3,03%



DISCUSSION



I. EPIDEMIOLOGIE :

1. Age :

Une étude d'observation rétrospective réalisée aux états unis par BARRIO AV et ses collaborateurs a inclus 293 patientes. Cette étude a révélé que l'âge médian au moment du diagnostic de TP était de 42 ans [8]. Dans notre série nous avons observé un âge médian légèrement inférieur, de 41 ans .

2. Fréquence :

Les TP représentent 0,3 % à 1 % de toutes les tumeurs mammaires primaires et environ 2,5 % des tumeurs fibroépithéliales du sein [2-3]. Dans notre étude les TP représentent 1,9% de l'ensemble des tumeurs mammaires opérées au service.

3. Sexe :

Les TP touchent principalement les femmes, et les cas chez les hommes restent très rares. Bien que des TP chez les hommes aient été signalées, entre 1990 et 2020, seulement 13 articles les décrivent [3]. Dans notre série, aucun cas de TP chez l'homme n'a été identifié.

II. DIAGNOSTIC :

1. Clinique :

A. Motif de consultation :

Les motifs de consultation liés aux TP varient d'une série à l'autre, mais la présence d'un nodule mammaire constitue le motif prédominant, mettant en évidence le rôle crucial de l'autopalpation.

Dans une étude réalisée au CHU de Conakry en 2020, 100 % des patientes ont consulté en raison d'une masse mammaire palpable [9]. Des résultats similaires ont été rapportés par Ibraheem et al., où toutes les patientes de leur série présentaient une masse mammaire [10].

De manière concordante, dans notre série, le principal motif de consultation était la découverte d'un nodule mammaire palpable, signalé par toutes les patientes.

B. Délai de consultation

Le délai de consultation correspond à la durée entre la découverte de la tumeur et la première consultation. Ce délai varie selon les études. Dans notre série de cas, le délai moyen de consultation était de 8 mois, avec des extrêmes allant de 2 à 24 mois.

C. Taille :

Les TP présentent une grande variabilité en termes de taille, ce qui influence leur gestion clinique. Dans l'étude menée par Ibraheem et al. la taille médiane des TP était de 5,6 cm, avec un éventail allant de 2 à 27 cm [10]. Environ 20 % des TP étaient classées comme des tumeurs géantes, supérieures à 10 cm [6]. Dans notre série, la taille médiane des TP était de 5,37 cm, et 12 % des cas étaient des TP géantes.

D. Localisation :

Les données sur la localisation des TP montrent des tendances similaires à travers plusieurs études, bien que des variations existent. Une étude égyptienne rapporte une distribution presque égale entre les seins ,droit et gauche, avec une prédominance du quadrant supéro-externe (QSE), affectant 45,6 % des cas [10]. Cette tendance est également observée dans d'autres études, notamment dans une étude pathologique qui a démontré une préférence marquée des TP pour le QSE, avec seulement 3,4 % des cas ayant une localisation bilatérale. De même, une étude menée au Canada par l'Agence de Cancer de la Colombie-Britannique rapporte une bilatéralité très rare (seulement 0,55 % des cas) . Dans notre étude, le sein gauche était légèrement plus affecté, avec 52 % des cas, tandis qu'une atteinte bilatérale a été observée dans 3 % des cas, ce qui reste rare. Le QSE représente la localisation la plus fréquente dans notre série, avec 36,4 % des cas. Cette prédilection pour le QSE,

fréquemment rapportée dans la littérature, suggère une vulnérabilité accrue de cette région à la formation de tumeurs fibroépithéliales.

2. IMAGERIE :

A. Apport de l'écho-mammographie

Les TP présentent des caractéristiques radiologiques variées, mais celles-ci ne sont pas suffisamment spécifiques pour les différencier des autres tumeurs fibroépithéliales du sein.

À la mammographie, les TP apparaissent généralement comme des masses rondes, bien délimitées, lobulées et de haute densité, parfois associées à des macrocalcifications, bien que celles-ci soient rares. Les TP malignes peuvent présenter des bords spiculés et envahissants, mais conservent souvent des marges bien définies. Cependant, ces observations manquent de spécificité et peuvent être confondues avec des kystes volumineux, FA ou même certains carcinomes circonscrits. En conséquence, l'imagerie mammographique seule ne permet pas de distinguer les TP des FA [13].

À l'échographie, les TP apparaissent typiquement sous forme de masses hypoéchogènes hétérogènes aux bords lisses ou lobulés, souvent accompagnées d'espaces kystiques et d'une absence de microcalcifications. Ces caractéristiques sont plus fréquentes dans les TP que dans les FA, bien qu'un chevauchement important existe entre les deux types de lésions. L'échographie Doppler montre fréquemment une vascularisation intratumorale accrue, mais aucune caractéristique spécifique en Doppler couleur ne permet de distinguer les TP des FA ou de différencier les TP bénignes des malignes[14-15].

En raison de ces limites, ni la mammographie ni l'échographie ne permettent de distinguer les sous-types histologiques des TP ou de déterminer leur degré de malignité. Cette observation souligne la nécessité d'un examen histologique pour confirmer le diagnostic [16].

Tumeurs phyllodes

Dans notre série, l'association échographie–mammographie a été utilisée comme méthode d'imagerie initiale chez la majorité des patientes. Les résultats radiologiques étaient conformes aux données de la littérature, sans identifier de caractéristiques spécifiques permettant de distinguer les différents sous-types histologiques. Cependant, toutes les TP borderline et malignes ont été classées en BIRADS 4 et/ou 5, ce qui justifie la réalisation d'une biopsie pour confirmer la nature de la lésion.

B. Apport de l'IRM :

L'IRM est de plus en plus utilisée dans le diagnostic des TP en raison de sa capacité à fournir des informations détaillées sur la morphologie tumorale, l'étendue de la lésion et les caractéristiques vasculaires. Bien que l'IRM ne soit pas systématiquement utilisée comme méthode de première intention, elle a prouvé son utilité dans la caractérisation des TP, notamment dans les cas où les résultats échographiques ou mammographiques sont ambigus.

❖ Caractéristiques morphologiques des TP à l'IRM

Selon une étude de Chao et al. (2003), les TP apparaissent généralement sous forme de masses bien délimitées, mais les formes malignes peuvent présenter des bords spiculés et une infiltration des tissus environnants, ce qui est mieux apprécié à l'IRM. Ces caractéristiques permettent de distinguer les TP des autres lésions mammaires bénignes, comme les FA, qui ont des bords plus lisses [14]. De plus, Li et al. (2021) ont souligné que l'IRM peut aider à mieux définir la taille et les marges des TP, ce qui est crucial dans la planification chirurgicale [17].

❖ Caractéristiques vasculaires et perfusion

L'utilisation de l'IRM dynamique avec l'agent de contraste (DCE-IRM) est particulièrement bénéfique pour évaluer la vascularisation des TP. Les formes malignes ou borderline de TP ont tendance à présenter une vascularisation accrue, visible à l'IRM comme une prise de contraste rapide et intense. Cela peut aider à différencier les TP bénignes des

Tumeurs phyllodes

formes malignes ou agressives. Zhang et Kleer (2016) ont montré que les TP malignes montrent souvent une prise de contraste hétérogène et une perfusion accrue, ce qui peut être un indicateur de leur potentiel invasif [18].

❖ Analyse de texture par IRM

L'analyse de texture à l'IRM, en particulier l'étude de la diffusion avec l'ADC (Coefficient de Diffusion Apparent), a été utilisée pour aider à la différenciation entre les TP bénignes et malignes. Une étude de Li et al. (2021) a révélé que des paramètres de texture, comme l'ADC Contrast, avaient une bonne efficacité pour différencier les TP bénignes des TP malignes borderline, avec un meilleur rendement diagnostique par rapport à d'autres méthodes d'imagerie [19]. Cela suggère que l'IRM pourrait être utilisée comme un outil complémentaire pour évaluer le potentiel malin des TP avant la biopsie.

❖ Identification des tumeurs géantes

Les TP géantes, souvent définies comme des tumeurs de plus de 10 cm, peuvent poser un défi diagnostique, mais l'IRM permet une évaluation précise de leur taille et extension. Une étude de Gatta et al. (2011) a souligné que l'IRM est particulièrement utile pour l'évaluation des tumeurs volumineuses, en offrant une meilleure cartographie des tumeurs et des structures adjacentes, ce qui est important pour la planification chirurgicale et l'identification des marges tumorales [15].

❖ Suivi et détection des récidives

L'IRM joue également un rôle crucial dans le suivi des patientes après une chirurgie, notamment pour détecter les récidives locales. Selon Nori et al. (2016), l'IRM dynamique, en combinant la cartographie de la perfusion et l'analyse de texture, peut aider à détecter plus tôt les signes de récurrence tumorale par rapport à d'autres méthodes d'imagerie. L'utilisation de DCE-IRM peut également permettre de surveiller la réponse tumorale au traitement adjuvant [20].

Dans notre série l'IRM a été réalisée chez trois patientes : 1 sans restriction de l'ADC sur les deux autres compte rendu pas de notion d'analyse de texture par IRM

C. Rôle de la microbiopsie :

La biopsie à trocart (CNB) a été largement étudiée pour évaluer son efficacité à différencier les TP des FA. Bien qu'elle fournisse des informations diagnostiques précieuses avant la chirurgie, son exactitude dans le classement et la gradation des TP reste sujette à discussion [21,22] .

–Résultats sur la précision diagnostique

Dans une étude menée par Komenaka et al., 57 biopsies à trocart ont été analysées dans le cadre d'un diagnostic potentiel de TP. Les résultats incluaient :

- 25 cas diagnostiqués comme des FA
- 23 cas suggérant des TP,
- 9 cas avec un diagnostic final équivoque [21].

Parmi les 25 cas diagnostiqués comme FA, seulement 2 (8 %) ont été reclassés comme TP après l'examen histologique définitif. En revanche, 19 des 23 cas (83 %) identifiés comme TP par CNB ont été confirmés lors du suivi histologique. Ces données ont conduit à des valeurs diagnostiques suivantes :

- Une valeur prédictive négative (VPN) de 93 %,
- Une valeur prédictive positive (VPP) de 83 %.

Ces résultats ont également confirmé qu'aucun des cas de cette série n'était une tumeur maligne, et que la CNB permettait un diagnostic préopératoire précis. Cela favorise une personnalisation de la prise en charge tout en réduisant la nécessité d'interventions supplémentaires.

–Limites et variabilité des résultats

Tumeurs phyllodes

Cependant, ces taux de concordance élevés n'ont pas été totalement confirmés par d'autres études. Choi et Koo ont comparé les résultats de la CNB et de l'exérèse chirurgicale dans 129 cas de TP histologiquement confirmées [23]. Leur série comprenait :

- 90 TP bénignes, avec un taux de concordance de 74,4 %,
- 30 TP borderlines , avec un taux de concordance de 26,6 %,
- 9 TP malignes, avec un taux de concordance de 44,4 %.

Les discordances concernaient principalement une sous-estimation des caractéristiques clés, telles que la cellularité stromale et le nombre de mitoses, dans les échantillons de CNB. Les auteurs ont conclu que la CNB présente des limites importantes pour évaluer le grade des TP, bien qu'ils aient rapporté un taux global de concordance d'environ 60 % entre la CNB et l'exérèse chirurgicale.

Dans notre série : 12 patientes ont bénéficié de la micro biopsie mais ces résultats ne peuvent pas être directement comparés à ceux d'autres études, car nous avons exclu les patientes dont l'examen histopathologique de la tumeur a révélé un diagnostic autre que celui de TP afin de garantir l'homogénéité de notre échantillon.

3. Anatomopathologie ,et classification:

Les TP sont des néoplasmes fibroépithéliaux qui ressemblent à des FA intracanaliculaires, caractérisées par un composant épithélial à double couche et des fissures en forme de feuille entourées d'un composant stromal hypercellulaire [1,2]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les TP sont classées en trois catégories : bénigne, borderline et maligne [1]. Cette classification est basée sur une combinaison de caractéristiques histopathologiques, notamment le degré de hypercellularité stromale, la surcroissance stromale, l'atypie, le nombre de mitoses, les bords/marges tumorales et la présence d'éléments hétérologues malins.

Tumeurs phyllodes

Bien que la majorité des TP soient bénignes, les récurrences ne sont pas rares [24,25]. Les TP malignes, bien que rares, peuvent se propager par voie hématogène, en particulier vers des organes distants comme les poumons et le squelette [6,26]. Les métastases des ganglions lymphatiques axillaires sont extrêmement rares. Par conséquent, la gestion clinique préférée des TP malignes inclut une excision locale large ou une mastectomie avec des marges appropriées, et le staging des ganglions axillaires n'est généralement pas nécessaire en raison de la rareté de l'implication des ganglions lymphatiques [27,28].

TP bénignes

Les TP bénignes sont caractérisées par :

- Des bords bien définis et poussants, avec une implication minimale des tissus environnants.
- Un stroma cellulaire, comportant des noyaux de cellules en fuseau monomorphiques et de rares figures mitotiques.
- Des marges lisses et bien circonscrites [1,2,30,31].

Ces tumeurs récidivent rarement et ne présentent presque jamais de métastases à distance.

TP borderline

La TP borderline est diagnostiquée lorsqu'une TP présente certaines, mais pas toutes, des caractéristiques typiquement associées à une TP maligne. Ces tumeurs peuvent récidiver localement mais ne métastasent pas. Les TP borderlines partagent des caractéristiques similaires aux TP bénignes, mais avec une cellularité stromale accrue et une activité mitotique plus élevée, ce qui augmente la probabilité de récurrence locale[1] .

TP malignes

Les TP malignes sont définies par :

- Un pléomorphisme nucléaire marqué des cellules stromales.

Tumeurs phyllodes

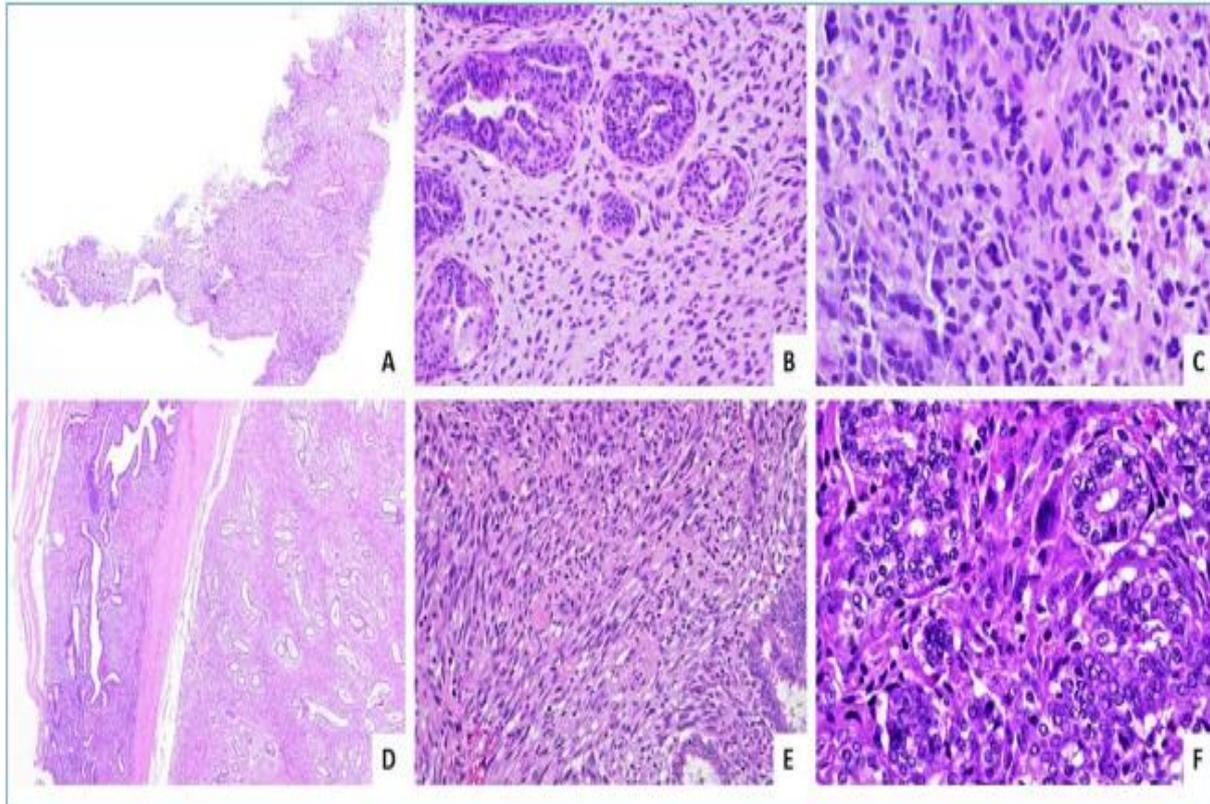
- Une surcroissance stromale, définie par l'absence de composant épithélial dans un champ microscopique à faible puissance.
- Une cellularité stromale diffuse avec une activité mitotique accrue >10 mitoses par 10 champs.
- Des bords infiltrants, qui les distinguent des formes bénignes et borderlines[1].

Une TP maligne peut également être diagnostiquée lorsqu'elle présente des éléments hétérologues malins, même en l'absence d'autres caractéristiques malignes. La présence de ces éléments (comme du cartilage, de l'os ou du muscle dans le stroma) rend le diagnostic plus complexe.

Tableau 13. Caractéristiques cytologiques et histologiques des TP et des FA. [11]

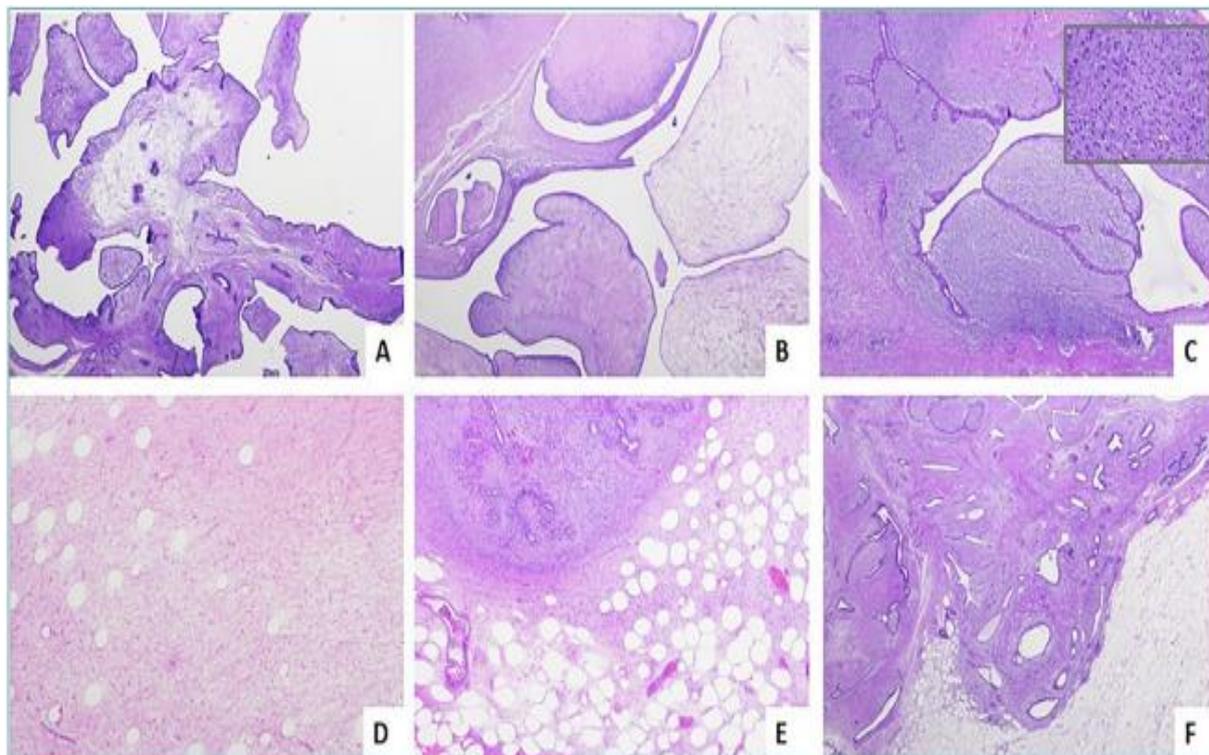
Caractéristique	Adénofibrome	Tumeur phyllode (bénigne)	Tumeur phyllode (borderline)	Tumeur phyllode (maligne)
Bordure tumorale	Régulière et bien définie	Régulière et bien définie	Bien définie ou localement perméable	Perméable
Cellularité stromale	Variable	Faible	Modérément augmentée, parfois focale	Diffuse et marquée
Atypie stromale	Absente	Présente - légère	Modérée	Présente - sévère
Figures mitotiques	Absentes	Présentes - faible	Présentes - modérées	Présentes - élevées
Prolifération stromale	Absente	Absente	Absente ou très focale	Présente
Patrons (cytologie)	Cellules solides et isolées Plaques avec amas épithéliaux en forme d'andouiller ou de bois de cerf	Plaques solides et quelques cellules isolées	Plaques solides, quelques cellules isolées modérées	Plaques solides, augmentation des cellules atypiques isolées
Fond (cytologie)	Propre	Cellulaire	Modérément cellulaire	Hautement cellulaire
Hyperplasie canalaire (cytologie)	Présente	Absente	Absente	Absente
Noyaux (cytologie)	Atypie légère	Atypie légère	Atypie modérée	Atypie modérée à sévère
Noyaux bipolaires dans le fond (cytologie)	Présents	Absents	Absents	Absents

Ce tableau résume les principales différences cytologiques et histologiques entre les fa et les TP selon leur grade, illustrant leur progression morphologique et leurs caractéristiques distinctives.



Morphological features of a benign phyllodes tumor (on surgical sample). (A, B, C, D) A surgical sample of a fibro-epithelial biphasic neoplasm constituted by well delimited or pushing margins into the surrounding tissue (A, B, HEx4), marked pericanalicular growth pattern and leaf-like formations (C, D, HEx10). We can observe only a focal increase of the stromal cellularity (D, HE x4). The spindle cell stromal nuclei are monomorphic and bland; mitoses are rare. The sample shows stromal heterogeneity with areas of sparse stromal cellularity and other areas with sclerosis and hyalinization (E, HEx10). A diagnosis of benign phyllodes tumor has been made.

FIGURE 16 : Caractéristiques morphologiques des TP bénignes [11]



Morphological features of a borderline phyllodes tumor (on surgical sample). (A, B, C, D, E, F) Breast surgical sample with a borderline phyllodes tumor, characterized by the following features: marked pericanalicular pattern of growth (A, HEx4), stromal heterogeneity with sclerotic, edematous and more cellular areas (B, HEx4), non-uniform increase of stromal cellularity, with a periepithelial or subepithelial accentuation (C, HEx4), moderate stromal nuclear pleomorphism (insert on the right top in image C, HE 40X), with scattered fields with higher mitotic activity (up to 4-5 mitoses/10 HPF of 0.5 mm²), focal areas of stromal overgrowth (D, HEx4) and focally permeative borders with some tumoral buds protruding into the surrounding tissue (E,F HEx4). Epithelial component does not show significant atypia.

FIGURE 17 : Caractéristiques morphologiques des TP borderline [11]

4. Immunohistochimie et altérations génétiques

La corrélation entre les altérations génétiques et les caractéristiques histologiques des TP n'a pas encore été entièrement clarifiée [21,34]. Sawyer et al. ont suggéré une pathogénèse potentielle des TP impliquant une interaction entre les composantes épithéliales et stromales, avec une expression stromale de β -caténine et des facteurs de croissance insulino-mimétiques (IGF-I et II) [35,36]. La surexpression de Wnt5a dans l'épithélium des TP bénignes/borderline pourrait promouvoir la surcroissance stromale.

A. Profil immunohistochimique

Le profil immunohistochimique des TP est marqué par l'expression de plusieurs marqueurs, tels que p53, Ki-67, CD117, EGFR, p16 et VEGF. Ces marqueurs montrent une positivité plus faible dans les TP bénignes et une expression plus élevée dans les TP malignes [37,38].

B. Altérations moléculaires et classification

Des études récentes tentent de définir une classification moléculaire des TP [38,39]. Lae et al. ont rapporté que les TP de haut grade (malignes) présentaient un gain du chromosome 1q et une perte du chromosome 13q, tandis que les TP de bas grade (bénignes/borderline) montraient peu ou pas d'altérations [38]. Ces résultats n'ont cependant pas été confirmés par d'autres études [40,41]. La perte du chromosome 13q suggère que le gène RB1 pourrait jouer un rôle important dans l'oncogenèse ou la progression des TP. Par ailleurs, des délétions du chromosome 9p21 associées à une perte d'expression de la protéine p16INK4A ont été observées dans les TP borderline et malignes [39].

C. Études des gènes liés au cancer du sein

Des analyses des gènes associés au cancer du sein dans les lésions fibroépithéliales ont révélé que le profil moléculaire des TP bénignes est proche de celui des FA, tandis que les TP malignes sont associées aux sous-types moléculaires claudin-low et basal-like [42,43].

Tumeurs phyllodes

Des études récentes ont montré que les mutations somatiques récurrentes du gène MED12 sont fréquemment identifiées dans les FA (59–67 %) et les TP (45–67 %) [44,45]. De plus, les mutations des gènes MDM2 et RARA pourraient constituer des événements précoces dans la pathogénèse des FA et des TP, tandis que des mutations spécifiques de FLNA (28 %), SETD2 (21 %) et KMT2 (9 %) n'ont été observées que dans les TP [43–45].

III. Traitement :

1. Traitement :

A. Chirurgie :

La chirurgie conservatrice du sein (CCS) peut offrir une prise en charge adéquate sans entraîner de déformations cosmétiques significatives [46–47]. Les directives du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recommandent une marge d'excision d'au moins 1 cm ou plus comme meilleure approche pour une chirurgie conservatrice pour les TP malignes et borderline [48]. Les cas avec des marges positives présentent des taux de récurrence locale beaucoup plus élevés par rapport à ceux avec des marges négatives, soulignant l'importance d'obtenir des marges chirurgicales négatives lors de la première intervention, quelle que soit le grade de la TP, et évitant ainsi la nécessité d'une mastectomie future [49,50,51,52,53,54,55,56]. Une étude rétrospective multicentrique sur la gestion des TP malignes a rapporté qu'une marge de 3 mm était suffisante, sans impact des marges plus larges sur la survie globale (SG). Cependant, ils ont recommandé une ré-excision pour obtenir des marges plus larges dans les cas avec des marges de 0–1–2 mm [50].

Dans notre série 37.5% des patientes qui ont présenté des récurrences avaient des marges d'excision <1cm lors de la première chirurgie.

B. Radiothérapie :

La radiothérapie adjuvante pourrait contribuer à réduire les récurrences locales et est parfois envisagée dans les cas de TP malignes à haut risque. Elle a globalement démontré un effet positif sur le contrôle local de la maladie, avec une efficacité maximale chez les patientes traitées par chirurgie conservatrice, notamment en présence de facteurs de mauvais pronostic tels qu'une taille tumorale importante ou la présence de nécrose tumorale [50,58,59].

Cependant, une étude récente basée sur les données de la base SEER n'a révélé aucun bénéfice de la radiothérapie sur la survie à long terme, un constat également rapporté par plusieurs études antérieures. Cela met en évidence la nécessité de mener des recherches supplémentaires pour mieux définir les sous-groupes de patientes susceptibles de bénéficier de la radiothérapie adjuvante.

Dans notre série, toutes les patientes classées grade III ont bénéficié d'une radiothérapie adjuvante.

Des études prospectives supplémentaires sont nécessaires pour démontrer l'efficacité des thérapies adjuvantes, car la plupart des données actuelles sont rétrospectives [50,58,59].

C. Chimiothérapie :

La chimiothérapie est utilisée pour les maladies récurrentes et métastatiques, mais sans bénéfice clair en termes de survie. Les patientes atteintes de TP récurrentes ou métastatiques sont souvent traitées selon les recommandations pour les sarcomes des tissus mous métastatiques, comme le recommande le NCCN [48]. Les études précédentes rapportent que la chimiothérapie adjuvante n'améliore pas la survie sans métastases [46,50,60].

D. Hormonothérapie

Le potentiel thérapeutique de l'hormonothérapie dans ce contexte clinique reste limité, car les TP sont caractérisées par une composante stromale néoplasique qui exprime faiblement les récepteurs hormonaux des œstrogènes (ER) et de la progestérone (PR) [1].

IV. Evolution– pronostic :

Les taux de récurrence locale des TP varient en fonction du type histologique, avec des taux respectifs de 11,2 %, 15,9 %, et 24,5 % pour les TP bénignes, borderline et malignes, selon les données de la littérature [1,2]. Concernant les métastases à distance, les taux observés sont de 0 %, < 2 %, et 16 % pour ces mêmes sous-types histologiques [1,2]. Il a été démontré que les patientes présentant des métastases à distance sont souvent associées à des récurrences locales, ce qui témoigne de l'agressivité des formes malignes de TP. Les métastases dans les TP malignes, avec un taux variant entre 1,7 % et 16 %, répondent rarement à la chimiothérapie, et la majorité des patientes décèdent dans les 3 ans suivant le traitement initial [7,16,50].

Les facteurs histologiques influençant l'évolution de la maladie incluent une taille tumorale supérieure à 7 cm, des bords infiltrants, une hyperplasie stromale marquée, une cellularité stromale élevée, plus de 5 mitoses par champ de haute puissance (HPF), ainsi que la présence de nécrose, qui sont tous des indicateurs d'évolution défavorable [32,46,47]. Cependant, les éléments hétérologues n'ont pas montré d'impact significatif sur le pronostic des TP malignes [47].

Concernant la survie, le taux de survie à 5 ans pour les TP malignes varie entre 54 % et 82 %, avec des cas atteignant parfois 95,7 % [5,46]. Ces données soulignent l'importance d'une surveillance clinique rigoureuse et d'une prise en charge appropriée, en particulier pour les TP malignes présentant des caractéristiques histopathologiques défavorables.

Dans notre série, nous avons observé des taux de récurrence de 28 %, 0 %, et 14,3 % respectivement pour les TP bénignes, borderline et malignes. Ces résultats diffèrent de ceux rapportés dans la littérature, ce qui peut être dû au nombre de patientes perdues de vue, dont les données évolutives n'ont pas pu être collectées. Cette variation met en lumière la nécessité d'une collecte exhaustive de données afin de mieux comprendre l'évolution des TP et

Tumeurs phyllodes

d'adapter le suivi clinique. De plus, dans notre étude, 3 % des patientes atteintes de TP malignes ont reçu une chimiothérapie, mais une patiente est décédée 4 mois après le diagnostic de métastases malgré ce traitement.

V. Recommandations de la NCCN :

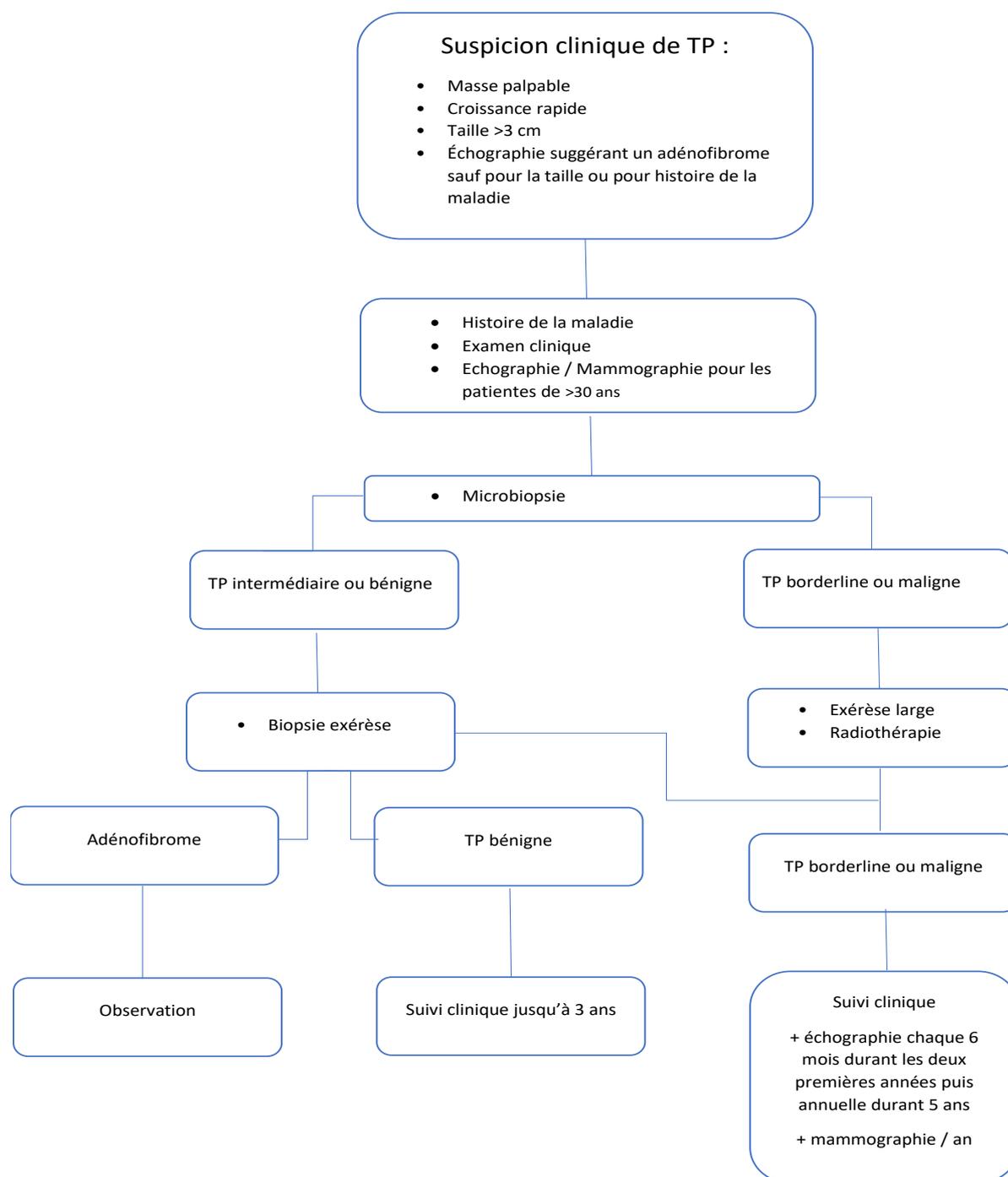


Figure 18 : Recommandations de la NCCN pour la prise en charge des TP [48].

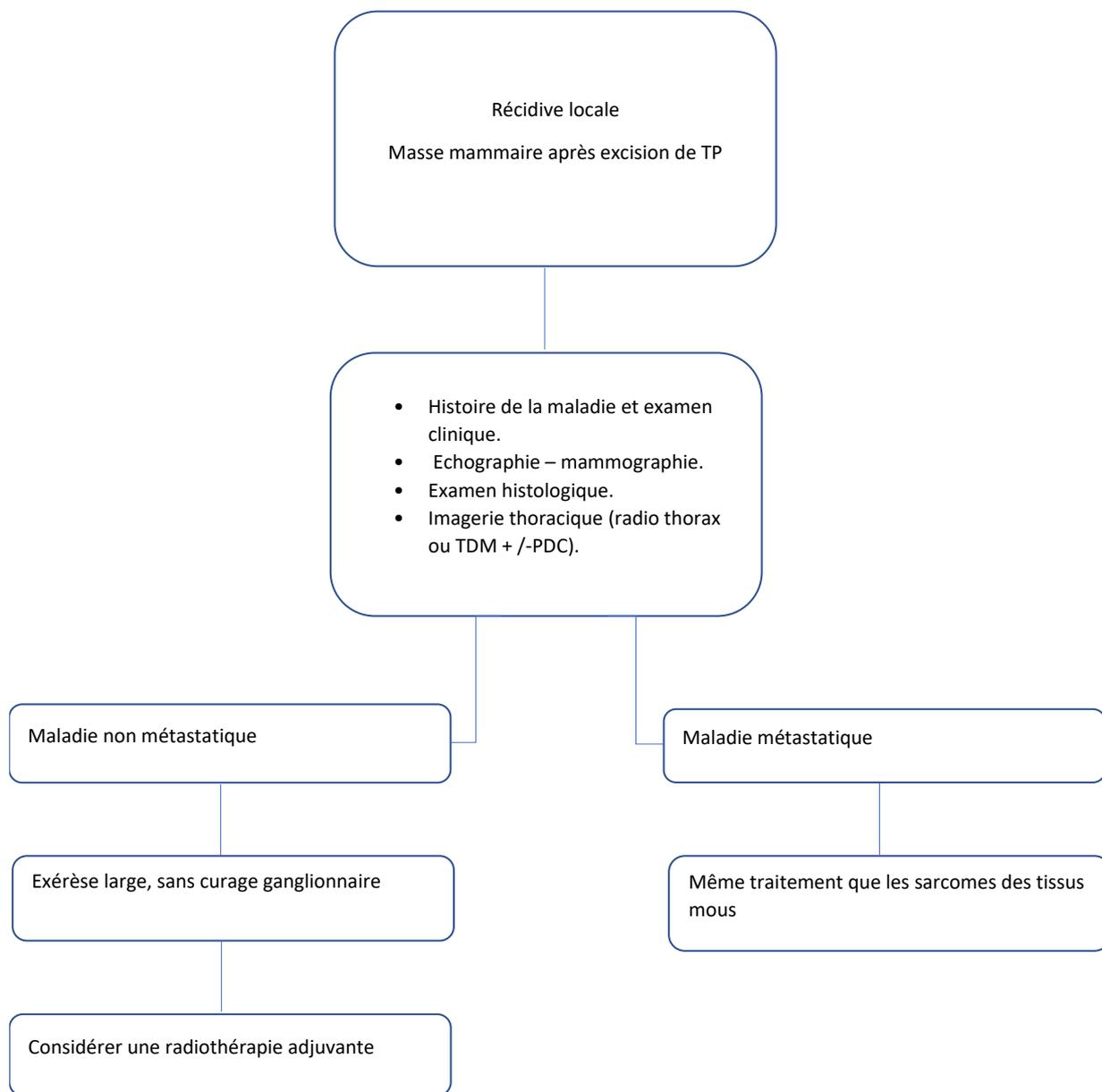


Figure 19 : Recommandations de la NCCN pour la prise en charge des récives des TP [48].



CONCLUSION



Les TP, bien que rares, représentent un défi diagnostique et thérapeutique en oncologie mammaire. À travers cette étude réalisée au CHU Mohammed VI de Marrakech, nous avons identifié une prévalence de 1,9 % parmi les tumeurs mammaires, avec une prédominance de formes bénignes (75,76 %). Cependant, le risque de récurrence, en particulier pour les formes borderline et malignes, demeure préoccupant.

La prise en charge repose principalement sur la chirurgie, avec une attention particulière portée aux marges d'exérèse afin de limiter les récurrences locales. Nos résultats confirment l'importance d'un diagnostic précoce et d'une gestion multidisciplinaire pour optimiser le pronostic. Les données de notre étude soulignent également la nécessité de suivre rigoureusement les patientes afin de détecter précocement toute récurrence ou métastase.

Malgré les avancées diagnostiques et thérapeutiques, plusieurs défis subsistent. Les limites de notre étude incluent le caractère rétrospectif et la taille relativement réduite de l'échantillon. Des études multicentriques plus larges et intégrant des techniques de pointe, comme l'immunohistochimie et l'analyse moléculaire, pourraient contribuer à affiner la prise en charge des TP.

En conclusion, ce travail met en évidence l'importance d'une prise en charge personnalisée et rigoureuse pour améliorer le pronostic et la qualité de vie des patientes. Il ouvre également la voie à de futures recherches visant à mieux comprendre les facteurs pronostiques et à optimiser les stratégies thérapeutiques.



RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

Les tumeurs phyllodes sont des tumeurs fibroépithéliales rares du sein, caractérisées par leur architecture histologique distinctive en forme de feuille, liée à une prolifération prédominante du stroma. Bien qu'elles représentent seulement 0,3 % à 1 % des tumeurs mammaires primaires et environ 2,5 % des tumeurs fibroépithéliales, leur comportement biologique varié et leur potentiel évolutif en font un sujet d'intérêt particulier en pathologie mammaire.

Classées en trois catégories sur la base de critères histopathologiques – bénignes (60 %), borderline (20 %) et malignes (20 %) –, ces tumeurs diffèrent par leur degré d'atypie stromale, leur activité mitotique, leur cellularité, la bordure tumorale (infiltrante ou non) et la présence de nécrose. Les tumeurs phyllodes bénignes ont un comportement majoritairement indolent, alors que les formes borderline et malignes présentent un potentiel élevé de récurrence locale. Les métastases à distance, bien que rares, sont presque exclusivement associées aux formes malignes et surviennent principalement par voie hématogène, touchant préférentiellement les poumons, les os et le foie.

La prise en charge des tumeurs phyllodes repose sur une résection chirurgicale complète avec des marges saines, cette dernière étant cruciale pour réduire le risque de récurrence locale. La mastectomie peut être nécessaire pour les tumeurs volumineuses, récidivantes ou malignes, mais un curage ganglionnaire est rarement indiqué en raison de la faible incidence des métastases lymphatiques.

Les tumeurs phyllodes malignes de grande taille représentent un défi particulier en raison de leur rareté et de leur complexité diagnostique, notamment lorsque des composantes sarcomateuses sont présentes. Ces caractéristiques peuvent imiter d'autres types de sarcomes mammaires ou extra-mammaires, nécessitant une analyse histopathologique rigoureuse pour établir un diagnostic précis. De plus, leur prise en charge doit intégrer le risque accru de

Tumeurs phyllodes

récidive et les éventuelles implications liées à leur comportement invasif, nécessitant une approche multidisciplinaire.

Ainsi, les tumeurs phyllodes, en raison de leur hétérogénéité morphologique et de leur potentiel évolutif, constituent une entité pathologique complexe. Une résection chirurgicale adéquate combinée à une surveillance prolongée est indispensable pour minimiser le risque de récurrence et gérer efficacement les formes malignes.

Summary

Phyllodes tumors (PTs) are rare fibroepithelial tumors of the breast characterized by their distinctive leaf-like histological architecture, associated with predominant stromal proliferation. Although they account for only 0.3% to 1% of primary breast tumors and approximately 2.5% of fibroepithelial tumors, their variable biological behavior and evolutionary potential make them a topic of particular interest in breast pathology.

Classified into three categories based on histopathological criteria—benign (60%), borderline (20%), and malignant (20%)—these tumors differ in stromal atypia, mitotic activity, cellularity, tumor border (infiltrative or not), and the presence of necrosis. Benign PTs are generally indolent, whereas borderline and malignant forms have a high potential for local recurrence. Distant metastases, though rare, are almost exclusively associated with malignant forms and occur primarily via hematogenous spread, most commonly affecting the lungs, bones, and liver.

Management of PTs relies on complete surgical resection with clear margins, which is crucial to reduce the risk of local recurrence. Mastectomy may be necessary for large, recurrent, or malignant tumors, but lymph node dissection is rarely indicated due to the low incidence of lymphatic metastases.

Large malignant PTs pose a particular challenge due to their rarity and diagnostic complexity, especially when sarcomatous components are present. These characteristics can mimic other types of breast or extramammary sarcomas, necessitating thorough histopathological analysis to establish an accurate diagnosis. Moreover, their management

Tumeurs phylloides

must address the increased risk of recurrence and potential implications of their invasive behavior, requiring a multidisciplinary approach.

Thus, phyllodes tumors, due to their morphological heterogeneity and evolutionary potential, represent a complex pathological entity. Adequate surgical resection combined with prolonged surveillance is essential to minimize the risk of recurrence and effectively manage malignant forms.

ملخص

تُعد أورام الفيلود أورامًا نادرة ليفية ظهارية في الثدي، وتتميز ببنيتها النسيجية المميزة ذات الشكل الورقي، المرتبطة بتكاثر مهيم في النسيج اللحمي. وعلى الرغم من أنها تشكل فقط ما بين 1% من الأورام الأولية في الثدي وحوالي 2.5% من الأورام الليفية الظهارية، فإن سلوكها 0.3% البيولوجي المتغير وإمكاناتها التطورية تجعلها موضوعًا ذا أهمية خاصة في علم أمراض الثدي. تُصنّف هذه الأورام إلى ثلاث فئات بناءً على معايير نسيجية مرضية: حميدة (60%)، متوسطة الخطورة (20%)، وخبیثة (20%). تختلف هذه الأورام في درجة اللاتناظر النسيجي اللحمي، نشاط الانقسام الخلوي، كثافة الخلايا، حدود الورم (ما إذا كانت متوغلة أم لا)، ووجود النخر. تمتاز أورام الفيلود الحميدة بسلوك غالبه غير ضار، في حين تتمتع الأشكال متوسطة الخطورة والخبیثة بقدرة عالية على التكرار الموضعي. أما النقائل البعيدة، على الرغم من ندرتها، فهي ترتبط تقريبًا بالأشكال الخبيثة فقط، وتحدث بشكل رئيسي عبر الانتشار الدموي لتؤثر غالبًا على الرئتين والعظام والكبد. يعتمد علاج أورام الفيلود على الاستئصال الجراحي الكامل مع هوامش خالية من الورم، حيث يُعد ذلك ضروريًا لتقليل خطر التكرار الموضعي. وقد تكون استئصال الثدي ضرورية للأورام الكبيرة أو المتكررة أو الخبيثة، لكن تشريح العقد اللمفاوية نادرًا ما يكون مطلوبًا بسبب الانخفاض الشديد في نسبة النقائل اللمفاوية.

تمثل أورام الفيلود الخبيثة الكبيرة تحديًا خاصًا بسبب ندرتها وتعقيدها التشخيصي، خاصة عند وجود مكونات ساركومية. قد تشبه هذه الخصائص أنواعًا أخرى من الساركومات الثديية أو غير الثديية، مما يستدعي إجراء تحليل نسيجي دقيق للتوصل إلى تشخيص دقيق. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن يأخذ علاجها في الاعتبار زيادة خطر التكرار والآثار المحتملة لسلوكها الغزوي، مما يتطلب نهجًا متعدد التخصصات.

وهكذا، تمثل أورام الفيلود كيانًا مرضيًا معقدًا بسبب تنوعها الشكلي وإمكاناتها التطورية. يُعد الاستئصال الجراحي المناسب مصحوبًا بمراقبة طويلة الأمد أمرًا ضروريًا للحد من خطر التكرار وإدارة الأشكال الخبيثة بفعالية.



FICHE D'EXPLOITATION :

- Nom / _IP :
- Age :
- Profession :
- Statut conjugal : _ mariée célibataire np
- Origine : urbaine rurale np
- Niveau socioéconomique :
- Race : noire blanche np
- Antécédents :
 - Personnels :
 - Gynéco :
 - +Parité /Gestité :
 - +Allaitement : oui non
 - np
 - +Ménarche
 - +Prise médicamenteuse :
 - +Contraception : oui non np
 - +tm gynécologique : oui , non type :
 - Médicaux :
 - Chirurgicaux : gynéco :
 - Autres :
 - Familiaux :
- Motif de consultation :
 - dépistage
 - nodule
 - mastodynies
 - augmentation du volume du sein
 - anomalie de cutanées autres :

Tumeurs phyllodes

➤ Durée d'évolution / Délai de consultation

➤ Examen clinique :

- Signes à l'inspection :

- Coté : Droit -

Gauche

Bilatéral

Quadrants :

- Taille du plus grand nodule :

- Aires ganglionnaires :

➤ Métastase : oui

non

organe :

➤ Examens paracliniques :

- Radiologie :

Mammographie

Echographie mammaire

IRM :

- Histologie :

moyen : biopsie exérèse

micro biopsie

extemporané

+/- ganglion

▪ Grading histologique : I- bénigne

II- borderline

III- maligne

Immunohistochimie :

- Bilan pré-op

- Bilan d'extension

+Staff RCP :

+Décision :

➤ Traitement :

- tumorectomie mastectomie

Tumeurs phyllodes

- Curage ganglionnaire : oui non
- Radiothérapie : oui non type :
- Chimiothérapie : oui non type :

➤ **Evolution :**

- Bonne
- Métastases
- Récidive : (si oui intervalle)
- Transformation maligne



BIBLIOGRAPHIE



Tumeurs phyllodes

1. **Tan PH.**
Fibroepithelial tumors and hamartomas of the breast. In Breast tumors. WHO classification of tumors. 5th Ed.
IARC Press: Lyone 2019, pp. 165–176

2. **Rosen PP, Oberman HA.**
Tumors of the Mammary Gland. Washington,
DC: Armed Forces Institute of P

3. **Tse GM, Lee CS, Kung FY, et al.**
Hormonal receptors expression in epithelial cells of mammary phyllodes tumors correlates with pathologic grade of the tumor: a multicenter study of 143 cases.
Am J Clin Pathol 2002;118:522–526

4. **Muller J.**
Über den Feineren bau und die formen der krankhaften geschwulstre.
Berlin G. Reimer 1838;54.

5. **Lee BJ, Pack GT.**
Giant intracanalicular fibroademomyxoma of the breast. The so-called cystosarcoma phyllodes mammae of Johannes Muller.
Am J Cancer 1931;15:2583

6. **Liang M, Ramaswamy B, Patterson CC, et al.**
Giant breast tumors: Surgical management of phyllodes tumors, potential for reconstructive surgery and a review of literature.
Word J Surg Oncol 2008;6:117.

7. **Chao TC, Lo YF, Chen SC, et al.**
Sonographic features of phyllodes tumors of the breast.
Ultrasound Obstet Gynecol 2002;20:64–71.

8. **Barrio AV, Clark BD, Goldberg JI, et al.**
Clinicopathologic features and long-term outcomes of 293 phyllodes tumors of the breast.
Ann Surg Oncol 2007;14:2961–2970.

9. Diallo BS.

Tumeurs phyllodes du sein : fréquence et aspects anatomo-histo-cliniques au chu de Conakry (Guinée).

J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod [Internet]. 2020;21(1).

10. Ibraheem MA, Naguib S, Gamal M, Boutrus R, Gomaa MM, Talaat O.

Phyllodes Tumors of the Breast (the Egyptian Experience) |

Indian Journal of Surgical Oncology 2020

11. Lissidini G, Mulè A, Santoro A, Papa G, Nicosia L, Cassano E, Ashoor AA, Veronesi P, Pantanowitz L, Hornick JL, Rossi ED.

Malignant phyllodes tumor of the breast: a systematic review.

Pathologica. 2022;114:111–120

12. Rodrigues MF, Truong PT, McKeivitt EC, Weir LM, Knowling MA, Wai ES.

Phyllodes tumors of the breast: The British Columbia Cancer Agency experience.

Cancer/Radiothérapie. 2018 Apr 1;22(2):112–9.

13. Abdulcadir D, Nori J, Meattini I, Giannotti E, Boeri C, Vanzi E, et al.

Phyllodes tumours of the breast diagnosed as B3 category on image-guided 14-gauge core biopsy: Analysis of 51 cases from a single institution and review of the literature.

Eur J Surg Oncol. 2014;40(7):859–864.

14. Chao TC, Lo YF, Chen SC, Chen MF.

Phyllodes tumors of the breast.

Eur Radiol. 2003;13(1):88–93.

15. Gatta G, Iaselli F, Parlato V, Di Grezia G, Grassi R, Rotondo A.

Differential diagnosis between fibroadenoma, giant fibroadenoma and phyllodes tumour: sonographic features and core needle biopsy.

La Radiol Med. 2011;116(6):905–918.

16. Zhang Y, Kleer CG.

Phyllodes tumor of the breast: histopathologic features, differential diagnosis, and molecular/genetic updates.

Arch Pathol Lab Med. 2016;140(7):665–671.

17. Li X, et al.

Multimodal MRI in the diagnosis of phyllodes tumor: a comparison with histopathological findings.

Cancer Imaging. 2021;21(1):29.

18. Zhang Y, Kleer CG.

Phyllodes tumor of the breast: histopathologic features, differential diagnosis, and molecular/genetic updates.

Arch Pathol Lab Med. 2016;140(7):665–671.

19. Li X, Jiang N, Zhang C, Luo X, Zhong P, Fang J.

Value of conventional magnetic resonance imaging texture analysis in the differential diagnosis of benign and borderline/malignant phyllodes tumors of the breast.

Cancer Imaging. 2021;21(1).

20. Nori J, et al.

MRI findings in phyllodes tumors of the breast: a study of 35 cases.

Eur J Surg Oncol. 2016;42(3):375–380.

21. Cimino–Mathews A, Argani P, Sharma, R, et al.

A subset of malignant phyllodes tumors express p63 and p40: a diagnostic pitfall in breast core needle biopsies 2014;38:1689–1696.

22. Chia Y, Thike A, Cheok PY, et al.

Stromal keratin expression in phyllodes tumours of the breast: a comparison with other spindle cell breast lesions.

J Clin Pathol 2012;65:339–347.

23. Choi J, Koo JS.

Comparative study of histological features between core needle biopsy and surgical excision in phyllodes tumor.

Pathol Int 2012;

Tumeurs phyllodes

- 24. Suzuki–Uematsu S, Shiraishi K, Ito T, et al.**
Malignant phyllodes tumor composed almost exclusively of a fibrosarcomatous component: a case report and review of malignant phyllodes tumors with metastases.
Breast Cancer 2010;17:218–224.
- 25. Stamatakos M, Tsaknaki S, Kontzoglou K et al.**
Phyllodes tumor of the breast: A rare neoplasm, though not that innocent.
Internat Sem Surg Oncol 2009;6:6–11.
- 26. Noguchi S, Motomura K, Inaji H, Imaoka S, Koyama H.**
Clonal analysis of fibroadenoma and phyllodes tumor of the breast.
Cancer Res 1993, 5
- 27. Chen WH.**
Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: retrospective review of 172 cases.
J Surg Oncol 2005;91:185–194.
- 28. Gradishar WJ, Anderson BO, Balassanian R, et al.**
NCCN Guidelines Insights: breast Cancer, Version 1.2017.
J Natl Compr Canc Netw 2017;15:433–451.
- 29. Krishnamurthy S, Ashfaq R, Shin HJ, et al.**
Distinction of phyllodes tumor from fibroadenoma: a reappraisal of an old problem.
Cancer 2000;90:342–349.
- 30. Mylvaganam S, Toro C, Frank L, et al.**
Phyllodes tumors of the breast: best practice for follow-up.
Updates Surh 2015;67:91–95
- 31. Spitaleri G, Toesca A, Botteri E, et al.**
Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis.
Crit Rev Oncol Hematol 2013;88:427–436.
- 32. National Comprehensive Cancer Network. Phyllodes tumor, version 1.2018.**
Plymouth Meeting
- 33. Tariq MU, Haroon S, Kayani N.**

Tumeurs phyllodes

Role of CD10 immunohistochemical expression in predicting aggressive behavior of phyllodes tumors.

Asian Pac J cancer Prevention 201

34. Sawyer EJ, HanbyAM, Rowan AJ, et al.

The Wnt pathway, epithelial–stromal interactions, and malignant progression in phyllodes tumours.

J Pathol 2002;196:437–444.

35. Sawyer EJ, HanbyAM, Poulson R, et al.

Beta–catenin abnormalities and associated insulin–like growth factor overexpression are important in phyllodes tumours and fibroadenomas of the breast.

J Pathol 2003;200:627632

36. NoronhaY, RazaA, Hutchins B, et al.

CD34, CD117, and Ki–67 expression in phyllodes tumor of the breast: an immunohistochemical study of 33 cases.

Int J Surg Pathol 2011;19:152

37. Laé M, La Rosa P, Mandel J, et al.

Whole–genome profiling helps to classify phyllodes tumours of the breast.

J Clin Pathol 2016;69:1081–1087

38. Tan WJ, Lai JC, Thike AA, et al.

Novel genetic aberrations in breast phyllodes tumours: comparison between prognostically distinct groups.

Breast Cancer Res Treat 2014;145:635–645

39. Lv S, Niu Y, Wei L, et al.

Chromosomal aberrations and genetic relations in benign, borderline and malignant phyllodes tumors of the breast: a comparative genomic hybridization study.

Breast Cancer Res Treat 2008;112:411–418.

40. Lu YJ, Birdsall S, Osin P, et al.

Phyllodes tumors of the breast analyzed by comparative genomic hybridization and association of increased 1q copy number with stromal overgrowth and recurrence.

41. **Chang HY, Koh VCY, Md Nasir ND, et al.**
MED12, TERT and RARA in fibroepithelial tumours of the breast.
J Clin Pathol 2020;73:51– 56.
42. **Geyer FC, Burke KA, Piscuoglio S, et al.**
Genetic analysis of uterine adenosarcomas and phyllodes tumors of the breast.
Mol Oncol
43. **Lien HC, Huang CS, Yang YW, et al.**
Mutational analysis of MED12 exon 2 in a spectrum of fibroepithelial tumours of the breast: implications for pathogenesis and histogenesis.
Histopathology 2016;68:433–44.
44. **Kersting C, Kuijper A, Schmidt H, et al.**
Amplifications of the epidermal growth factor receptor gene (egfr) are common in phyllodes tumors of the breast and are associated with tumor progression.
Lab Invest 2006;86:54
45. **Vorotnikov IK, Vysotskaya IV, Denchik DA, et al.**
Prognostic molecular and biological characteristics of phyllodes tumors of the breast.
Bull Exp Biol Med 2020;169:806–810.
46. **Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, et al.,**
eds. World Health Organization Classification of Tumours of the Breast.
Vol. 4. Lyon: IARC Press 2012.
47. **Papas Y, Asmar AE, Ghandour F, et al.**
Malignant phyllodes tumors of the breast: A comprehensive literature review.
Breast J 2020;26:240–244
48. **Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, Abramson V, Aft R, Agnese D, et al.**
Breast Cancer, Version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.
JNCCN [Internet]. 2024 Jul;22(5).
49. **Liang MI, Ramaswamy B, Patterson CC, et al.**

Giant breast tumors: Surgical management of phyllodes tumors, potential for reconstructive surgery and a review of literature.

World J Surg Oncol 2008;6:117.

50. Asoglu O, Ugurlu MM, Blanchard K, et al.

Risk factors for recurrence and death after primary surgical treatment of malignant phyllodes tumors.

Ann Surg Oncol 2004;11:1011–1017

51. Kapiris I, Nasiri N, A'Hern R, et al.

Outcome and predictive factors of local recurrence and distant metastases following primary surgical treatment of high-grade malignant phyllodes tumours of the breast.

Eur J Surg Oncol 2001;27:723–730.

52. Neron M, Sajous C, Thezenas S, et al.

Surgical margins and adjuvant therapies in malignant phyllodes tumors of the breast: a multicenter retrospective study.

Ann Surg Oncol 2020;27:1818–1827.

53. Ogunbiyi S, Perry A, Jakate K, et al.

Phyllodes tumour of the breast and margins: How much is enough?

Can J Surg 2019;62:E19–E21

54. . Wei J, Tan YT, Cai YC, et al.

Predictive factors for the local recurrence and distant metastasis of phyllodes tumors of the breast: a retrospective analysis of 192 cases at a single center.

Chin J Cancer 2014;33:492–500.

55. Kapiris I, Nasiri N, A'Hern R, et al.

Outcome and predictive factors of local recurrence and distant metastases following primary surgical treatment of high-grade malignant phyllodes tumours of the breast.

Eur J Surg Oncol 2001;27:723–730.

56. Farias-Eisner GT, Small K, Swistel A, et al.

Immediate implant breast reconstruction with acellular dermal matrix for treatment of a large recurrent malignant phyllodes tumor.

Aesthetic Plastic Surgery 2014;38:373–378

57. Holthouse DJ, Smith PA, Naunton–Morgan R, et al.

Cystosarcoma phyllodes: the Western Australian experience.

Aust N Z J Surg. 1999;69:635–638

58. El Hag IA, Aodah A, Kollur SM, et al.

Cytological clues in the distinction between phyllodes tumor and fibroadenoma.

Cancer Cytopathol 2010;118:33

59. Bhattarai S, Kapila K, Verma K, et al.

Phyllodes tumor of the breast. A cytohistological study of 80 cases.

Acta Cytol 2000; 44: 790–796.

60. Shimizu K, Korematsu M.

Phyllodes tumor of the breast. A cytomorphologic approach based on evaluation of epithelial cluster architecture .

Acta Cytol 2002;46:332.

61. ang P, Zhang G, Zhang Y, Zhao W, Tang J, Zeng S, et al.

Effect of adjuvant radiotherapy on overall survival and breast cancer–specific survival of patients with malignant phyllodes tumor of the breast in different age groups: a retrospective observational study based on SEER.

Breast Cancer Res Treat. 2024

قسم الطبيب :

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، و أكتم
سِرَّهُمْ.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح
والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين
على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



الاورام الفيلودية أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/12/10
من طرف

السيدة وصال شينبو

المزودة في 1999/06/08

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

اورام فيلوس - الأورام الليفية الظاهرية-درجة- - الجراحة-نكوص الورم

اللجنة

الرئيس	ل. بوخاني	السيد
المشرف	أستاذ في أمراض النساء و التوليد ح. أسموكي	السيد
	أستاذ في أمراض النساء و التوليد أ. بصير	السيدة
الحكام	أستاذة في أمراض النساء و التوليد م. ضرفاوي	السيدة
	أستاذة في طب السرطان والعلاج بالأشعة	