

Tumeur du sein



Présentée par
Eliane EL KHOURY

Histoire

- Femme de 59 ans.
 - Il y a 6 ans: apparition d'une masse au niveau du QIE du sein droit, de 2x2 cm.
 - Depuis quelques mois: augmentation rapide de la taille de la tumeur, occupant les 2 QE.
- + sensation de lourdeur du sein.

Antécédents gynécologiques

- G3 P2 A1
- Ménarche à 13 ans, cycles réguliers.
- Ménopause à 57 ans.
- Age de la 1ère grossesse: 29 ans.
- Une grossesse après l'âge de 35 ans.
- Pas de prise de CO ni de THS.
- Pas d'ATCDS personnels ni familiaux de K.

Antécédents chirurgicaux et médicaux

- Aucun à part 2 accouchements par voie basse

FDR cardiovasculaires

- HTA
- Dyslipidémique

Prises médicamenteuses

- Aucune

Examen clinique: inspection

- déformation du sein droit ⊖
- changement de couleur ⊖
- signes inflammatoires cutanés ⊖
- rétraction de la peau ⊖
- rétraction mamelonnaire ⊖
- formations nodulaires ⊖
- écoulement mamelonnaire ⊖

Examen clinique: palpation

- Masse occupant le QSE et QIE du sein droit.
- Bien limitée, circulaire.
- De 12 cm de diamètre.
- Mobile, non adhérente à la peau ni aux structures sous-jacentes.
- Indolore.

Examen clinique: palpation

- Pas d'adénopathie axillaire droite ni gauche.
- Sein gauche: RAS.

Examens Paracliniques

- Echographie mammaire + Mammographie:
 1. Volumineuse masse droite de 12 cm.
 2. Plusieurs macrocalcifications intratumorales.
- ➔ Image correspondant à un fibroadénome géant ou tumeur phyllode.

Ana path: macroscopie

- Masse tumorale de 12 x 10 cm.
- Bien limitée.
- Présentant des fentes

Ana path: macroscopie

- A la coupe:

Aspect partiellement kystique+ protubérance de structures en grappes de raisin dans la lumière des formations kystiques.



Ana path: macroscopie

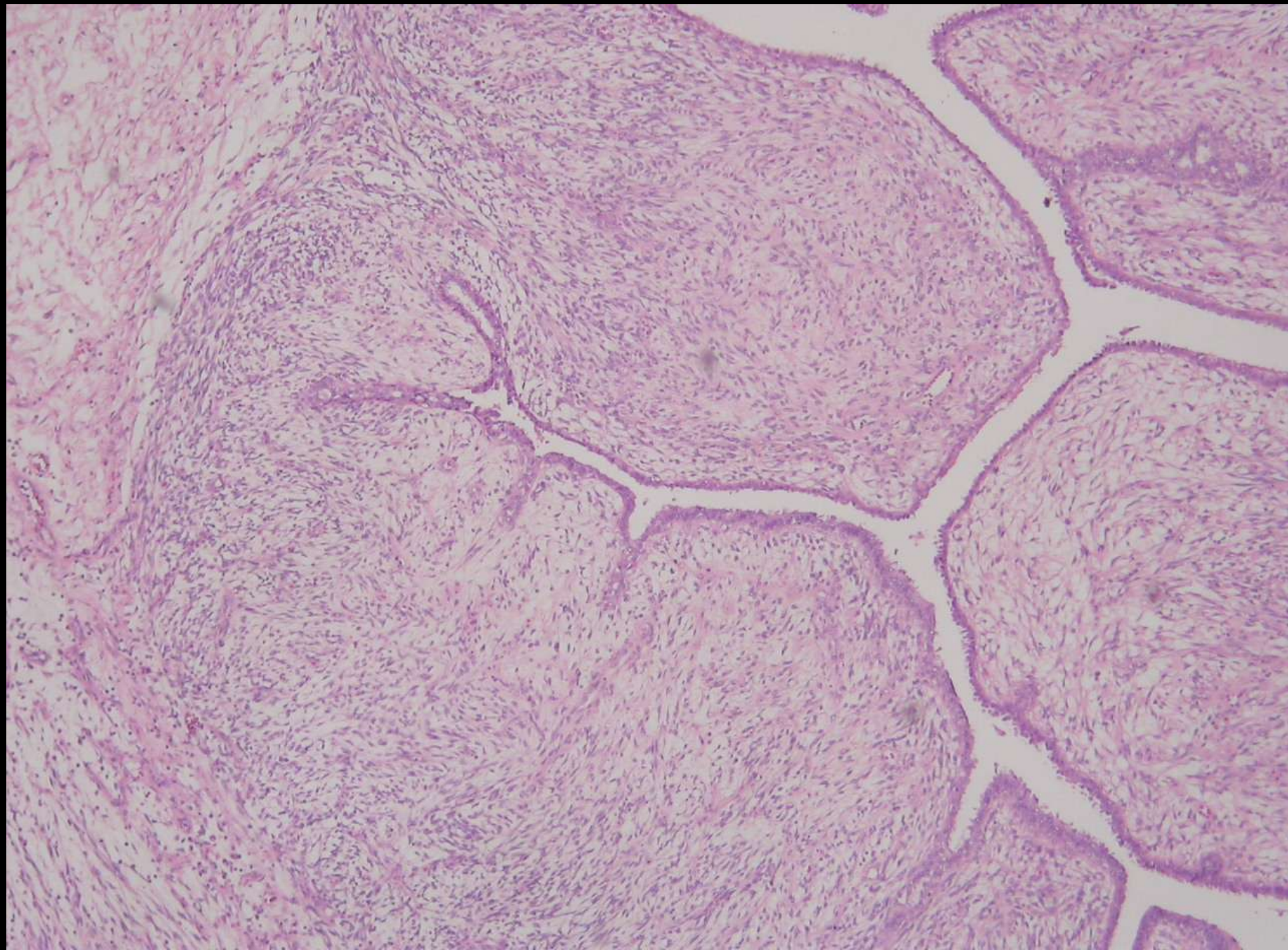
+ par endroit
contenu mucoïde

→ 11 prélèvements
randomisés sont
pratiqués



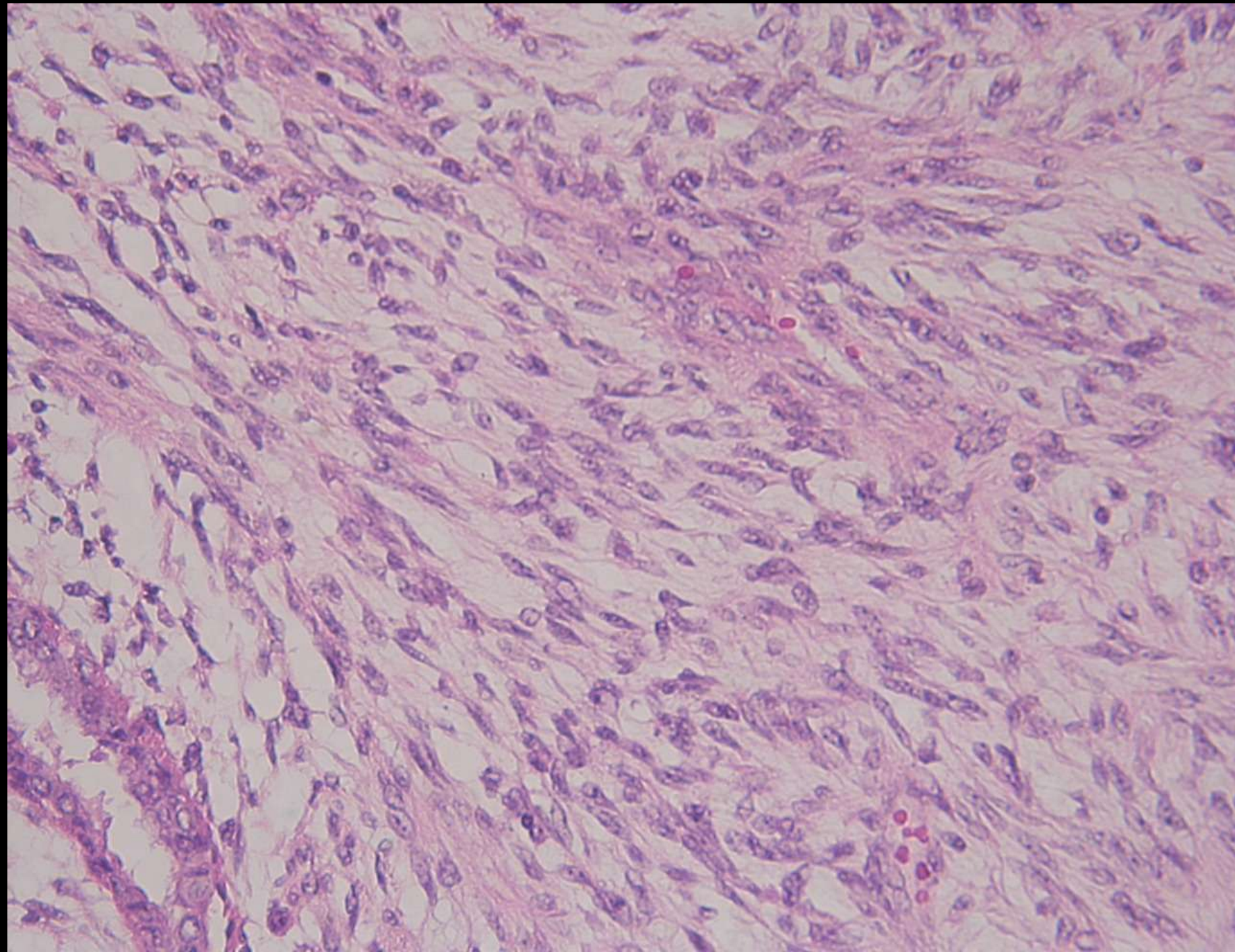
Ana path: microscopie

- Prolifération tumorale composite mésenchymateuse et épithéliale.
- Composante épithéliale délimite des tubes de grande taille étirés, présentant par place des foyers d'hyperplasie épithéliale régulière.



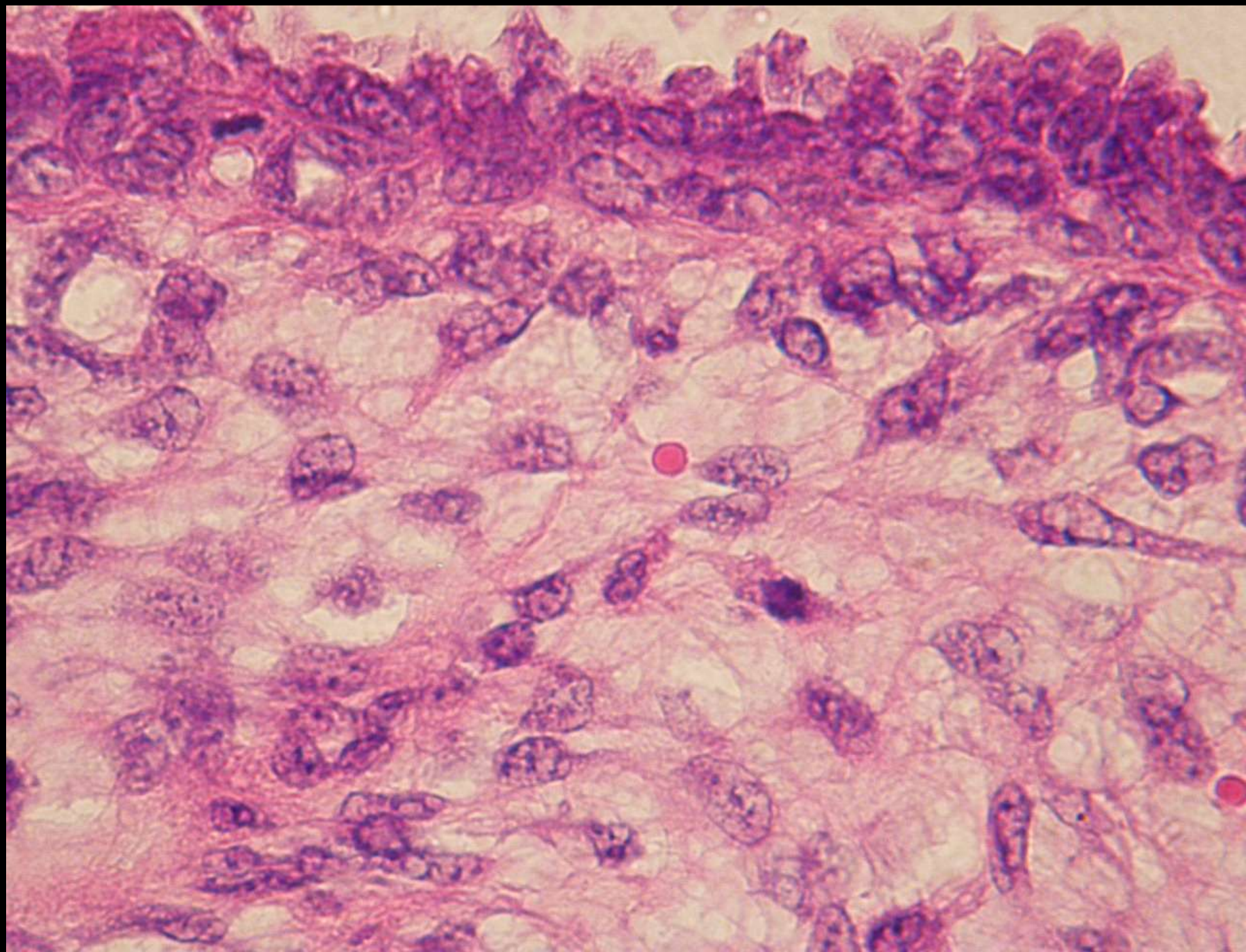
Ana path: microscopie

- Stroma:
 - Cellularité variable selon les territoires,
 - Par place densément cellulaire,
 - Comporte un pléomorphisme nucléaire



Ana path: microscopie

- Mitoses qui atteignent 10 mitoses pour 10 grands champs.
- Certaines mitoses sont atypiques.



Ana path: microscopie

- Limites polycycliques avec protubérance de quelques nodules tumoraux dans le tissu mammaire résiduel contigue + par place la prolifération vient au contact de l'encre de chine.

Ana path: Diagnostic

Tumeur du sein droit, excision chirurgicale:

Sarcome phyllode de bas grade

T= 12 cm

Tm Phyllode: Généralités

- Appartient au groupe des “tumeurs du stroma” du sein.
- Bénigne le plus souvent, mais peut être maligne.
- Age, en moyenne, 45 ans.
rarement avant 25 ans (surtout pays asiatiques)
- Augmente rapidement de taille avec une répercussion sur la taille du sein.
- Non douloureuse.
- Cliniquement, absence de critères de malignité.

Description macroscopique

- Taille variable: 2 → 10 cm
- Tumeur ronde
- Bien circonscrite
- Non encapsulée
- Contour bosselé
- Ferme
- Peau n'est jamais infiltrée
- Mamelon peut être aplati.

Description macroscopique

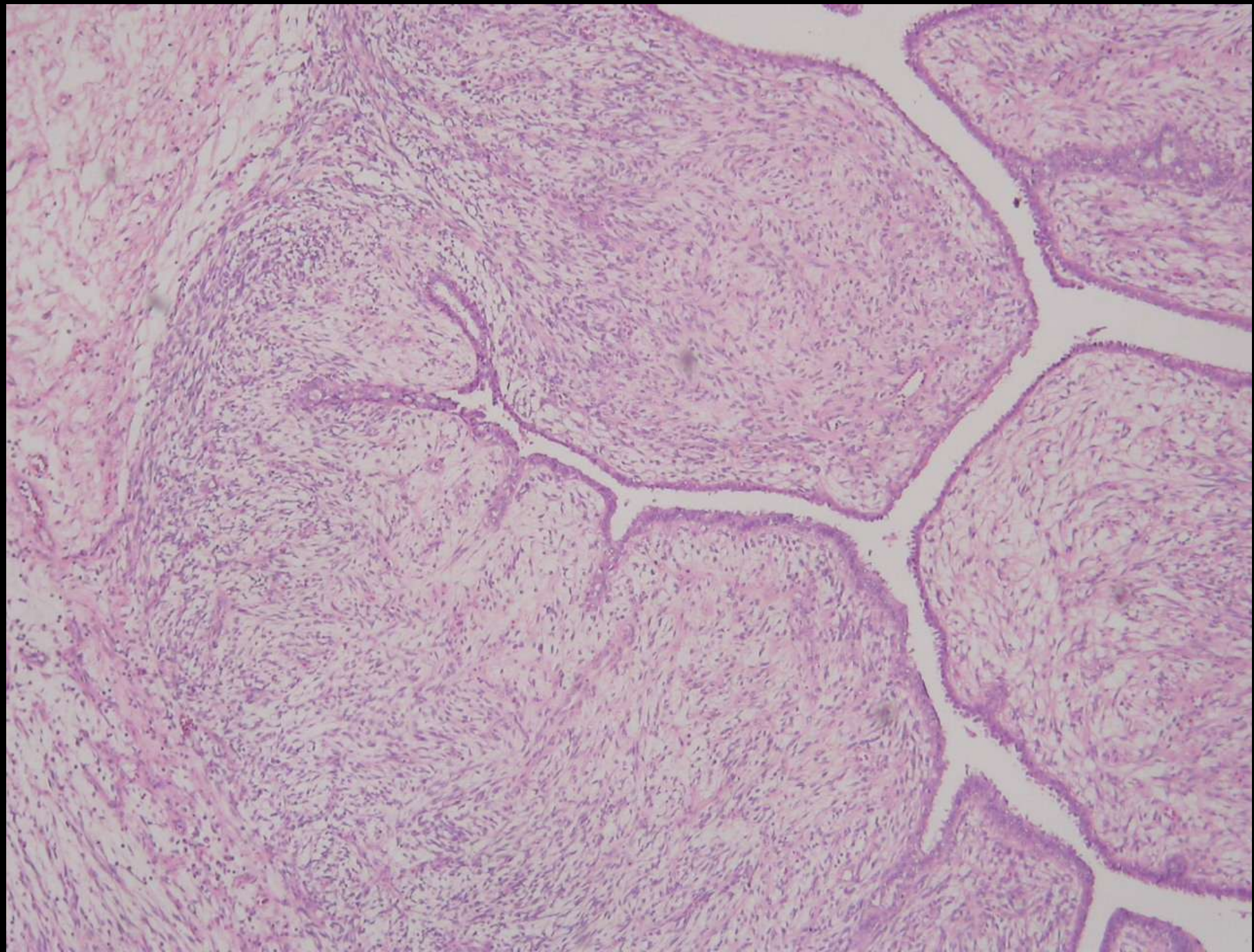
A la coupe:

- Lobulée
- Présence de **fentes** = cleft-like spaces
- Aspect en **grappes de raisin**
- Dégénérescence kystique, hémorragie, nécrose: possibles si grande taille.



Description microscopique

- Aspect général:
fentes bordées par des cellules
épithéliales dans un **stroma cellulaire** qui
bombe dans cette lumière canalaire
donnant l'aspect de feuilles
- ➔ **Aspect foliaire : typique**
d'où la dénomination de "phyllode"
phyllos = feuille en grecque



Description microscopique

- Composante épithéliale: double couche
 1. Cellules épithéliales sécrétoires
 2. Cellules myoépithéliales

Parfois présence d'une hyperplasie épithéliale focale, sans atypie en général sauf s'il existe une autre anomalie associée.

Description microscopique

- Composante stromale:
cellules fusiformes tassées les unes contre les autres
- **stroma hypercellulaire: composante obligatoire**
Atypies cellulaires et mitoses peuvent être présentes ou absentes
- Les détails du stroma sont nécessaires pour faire des diagnostics différentiels.

Diagnostics différentiels

Les 2 principaux:

- Fibroadénome v/s phyllode bénigne
- Phyllode bénigne v/s phyllode maligne.

Fibroadénome

- Tumeur bénigne.
- Age: 20 → 35 ans
- Hormonodépendante

Fibroadénome: Macroscopie

- Masse bien limitée
pseudocapsule
consistance ferme
en général < 3 cm
- A la coupe: blanc grisâtre
lobulée, bosselée
pas de nécrose

Fibroadénome: Microscopie

- Composante épithéliale:

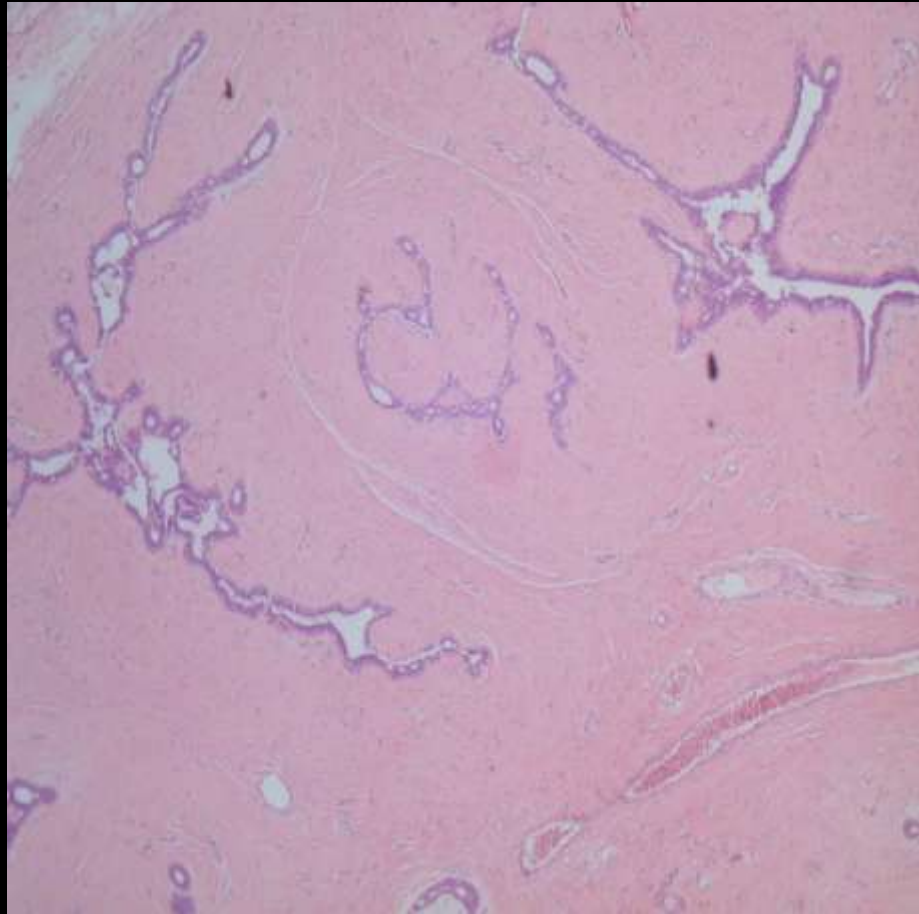
Double assise cellulaire respectée

- Stroma:

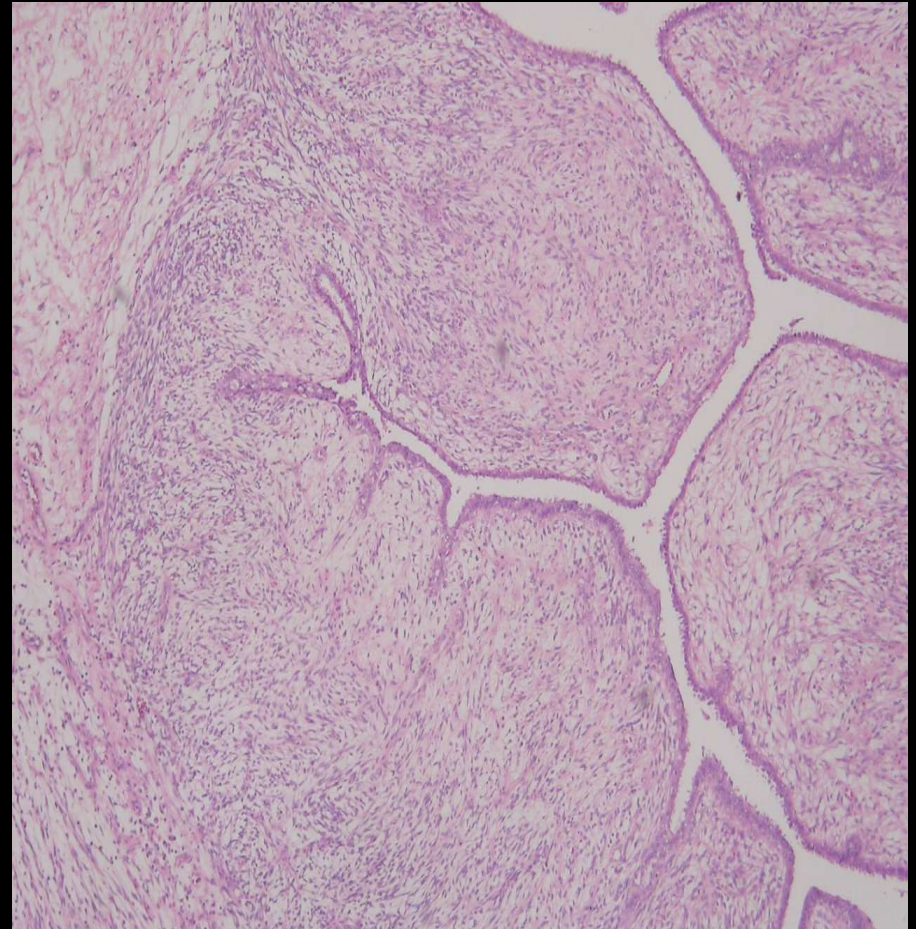
En général, tissu conjonctif lâche riche en
MPS

Parfois, tissu fibreux dense en totalité ou
focalement

Fibroadénome



Phyllode



Fibroadénome: Microscopie

- Cellularité du stroma est variable, mais quand elle devient “trop” hypercellulaire → penser à une Tm phyllode

Arguments en faveur de phyllode:

1. Degré élevé de cellularité
2. Présence d'atypies cellulaires
3. Aspect foliaire
4. Age avancé: mais ce n'est pas toujours le cas

Cas particulier

Fibroadénome juvénile : adolescente

=

Fibroadénome massif ou géant: grandes dimensions → 10 cm

=

Fibroadénome cellulaire: stroma hypercellulaire

→ **GRANDE CONFUSION** avec Tm phyllode

Phyllode bénigne v/s maligne

- Classification de l'OMS: 3 grades
→ Benigne, Borderline, Maligne

Selon 5 critères:

1. Degré de l'hypercellularité du stroma.
2. Pléomorphisme nucléaire.
3. Nombres de mitoses.
4. Marges.
5. Architecture stromale.

Classification de l'OMS

	Bénigne	Borderline	Maligne
Hypercell. stromale	modeste	intermédiaire	Marquée
Pleomorph. nucléaire	peu	modéré	Marquée
Mitoses	peu ou pas	Interméd.	Nombreuses (>10 par HPF)
Marges	Bien circonsc.	Interméd.	Invasive
Architecture stromale	Distrib. uniforme	Expansion hétérogène	Croissance stromale marquée

Traitement et Pronostic

- Tumeur phyllode bénigne (60%):
Exérèse chirurgicale, chirurgie conservatrice
Risque de récurrence de 17%, dépend des limites de résection.

Traitement et Pronostic

- Tm phyllode borderline (30%)

=

sarcome phyllode de bas grade:

- Potentiel de récurrence local élevé (25%) → élargir les marges de l'excision si résultat disponible au moment de la chirurgie, sinon surveillance ++
- Risque de métastases 4%

Traitement et Pronostic

- Tm phyllode maligne (30%) :
 - Potentiel de récurrence local élevé (27%), dans les 2 premières années.
 - Risque de métastases: 3 → 22% , à tous les organes surtout aux poumons, os, SNC
(métastases faits d'éléments du stroma)
 - Rarement adénopathies axillaires.

Traitement et Pronostic

- Tm phyllode maligne:
 - Traitement:
 - mastectomie simple modifiée si le fascia musculaire n'est pas envahi.
 - pas de curage axillaire sauf si adénopathies présentes cliniquement.

Revenons à notre cas...

- Critères macroscopiques et histologiques
→ Phyllode borderline

Mais

des nodules tumoraux sont retrouvés dans le tissu mammaire résiduel contigue

- Risque de récurrence est élevé
- *Patiente à surveiller.*

Ce qu'il faut retenir...

1. La phyllode peut être **maligne, bénigne ou borderline.**
 2. C'est une tumeur du stroma.
 3. Le **stroma** est le critère principal dans les **diagnostics différentiels.**
 4. Le potentiel de récurrence dépend entre autre de l'étendue de l'excision.
 5. En général, elle est de grande taille MAIS elle **peut avoir une taille <5 cm.**
 6. Elle survient en moyenne aux alentours de 45 ans mais **peut exister à un âge jeune (25 ans par exemple)**
- Le diagnostic doit être fondé sur des ***preuves histologiques.***

Merci pour votre attention

FIN