

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But -Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2020 - 2021

n°...../

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES
MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICE D'ONCOLOGIE
MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le/11/2021

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par

M. Moussa BAGAYOGO

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME UNIVERSITAIRE (DU) DE
CAPA-SENO 2021**

JURY

PRESIDENT :

MEMBRE :

CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE :

DIRECTEUR DE MEMOIRE :

DEDICACE

Gratitude à **DIEU**, le tout puissant, le très haut qui m'offre ici l'occasion de rendre hommage à ces personnes dont le soutien n'a jamais failli.

Massokoné COULIBALY, le jour tant attendu est enfin arrivé. Ta croyance, tes prières, ta générosité, tes conseils, tes encouragements continuent à me donner la force de surmonter les obstacles de la vie. Ton courage, ta bravoure et ton dévouement font que nous n'avions jamais senti l'absence de notre Papa, un père certainement fier du défi relevé.

Toutes ces années passées loin de toi ont été longues, dures mais riche en expérience et en responsabilité ; grâce à l'éducation que tu m'as donnée, j'ai été un garçon compétitif, je me bats aujourd'hui et je continuerai à me surpasser. Ton altruisme ne s'arrêtant pas à tes seuls enfants, j'ai appris que le bienfait n'est jamais perdu et grâce à cela, j'ai toujours eu la chance d'être assisté dans les moments difficiles. Parce que tu es la seule personne dans cette vie sur qui j'ai toujours pu compter, ce travail te revient. Enfin maman, Merci, Merci pour tout et pardonne moi pour les soucis, angoisses et fatigue de tous les jours que je t'ai causés. Que le bon DIEU te donne la longévité qu'il n'a pas donné à notre Père. Qu'il te garde longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits mûrs pour lesquels tu as tant sacrifié. Que tu trouves en l'avenir repos, fierté et satisfaction. Nous aurions toujours besoin de toi pour guider nos pas et nos pensées.

FATOUMATA SANOU, ma très chère épouse, **Mme BAGAYOGO** C'est le moment pour moi de témoigner toute ma reconnaissance et tout mon amour à ton égard. Ta simplicité, ton courage inestimable et ton dévouement font de toi une femme exceptionnelle. Quand il était difficile de rester optimiste dans les moments difficiles, tu m'as toujours montré le bon côté des choses. Ton soutien tant moral que matériel arrivant toujours au moment opportun. La pression de ton

service et les difficultés de la vie française que tu vis loin de moi ne t'ont jamais empêché de jouer ton rôle d'épouse. Je réalise ici un rêve dont nous avons tant rêvé. Ce travail est l'accomplissement de toute une vie de souffrance et de sacrifice que tu as acceptée de partager avec moi pendant des années sans jamais te décourager, ni te plaindre. Mon amour, merci. Merci d'être là, et de faire de ma vie ce qu'elle est aujourd'hui, t'avoir à mes côtés, demeure ma plus belle réussite. Que Dieu nous souhaite une vie remplie de bonheur. Reçois ce travail comme le fruit de tous tes efforts.

REMERCIEMENTS

J'exprime ma reconnaissance à tous les membres de mon jury de thèse d'avoir bien voulu me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie particulièrement et très sincèrement mon directeur de thèse, le **Pr. Ibrahima TEGUETE** pour m'avoir accueilli au sein de son équipe et pour son encadrement de qualité. Merci de m'avoir accordé votre confiance en me donnant ce sujet de thèse. Merci aussi pour votre constante bonne humeur et vos petites blagues.

Remerciements au DR SANOGO Tiaria ,DR DJIRE Mohamed, DR SAMAKE Daouda ; DR KEITA Diango, **Dr. Sissoko Abdoulaye**, chers merci pour votre soutien sans faille. Je dirai simplement, Merci que Dieu vous bénisse.

Mes remerciements au Papa **AROUNA BAGAYOGO**, ton fils a grandi. Maman a fait du bon travail en jouant pleinement ce double rôle de père et de mère. Que ton âme repose en paix. Amine.

Sommaire

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	14
<u>2</u>	<u>OBJECTIFS</u>	16
<u>2.1</u>	<u>Objectif général:</u>	16
<u>2.2</u>	<u>Objectifs spécifiques :</u>	16
<u>3</u>	<u>METHODOLOGIE</u>	30
<u>3.1</u>	<u>Méthodologie</u>	30
<u>3.1.1</u>	<u>Cadre d'étude</u>	31
<u>3.1.2</u>	<u>Période d'étude</u>	31
<u>3.1.3</u>	<u>Type d'étude</u>	31
<u>3.1.4</u>	<u>Population d'étude</u>	31
<u>3.1.5</u>	<u>Echantillonnage:</u>	31
<u>3.1.6</u>	<u>Critères d'inclusion</u>	32
<u>3.1.7</u>	<u>Critères de non inclusion</u>	32
<u>3.1.8</u>	<u>Collecte des données</u>	32
<u>3.1.9</u>	<u>Gestion des données</u>	33
<u>3.1.10</u>	<u>Considérations éthique et déontologique</u>	34
<u>4</u>	<u>RESULTATS</u>	34
<u>4.1</u>	<u>FRÉQUENCE:</u>	35
<u>4.2</u>	<u>CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES</u>	35
<u>4.3</u>	<u>CARACTERISTIQUES CLINIQUES</u>	38
<u>4.3.1</u>	<u>Facteur de risque</u>	38
<u>4.3.2</u>	<u>Donnée clinique</u>	42
<u>4.4</u>	<u>Caractéristiques thérapeutique</u>	53
<u>4.5</u>	<u>Evolution</u>	55
	<u>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</u>	58

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYILLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

4.6	<u>Limites de l'étude</u>	58
4.7	<u>Fréquence</u>	58
4.8	<u>Données sociodémographiques:</u>	59
4.9	<u>Facteurs de risque</u>	60
4.10	<u>Délai de consultation</u>	60
4.11	<u>Examen physique</u>	63
4.12	<u>Examens complémentaires</u>	65
4.13	<u>Stratégies Thérapeutiques</u>	67
4.14	<u>Survie Globale</u>	69
5	<u>CONCLUSION</u>	70
6	<u>RECOMMANDATIONS</u>	71
6.1	<u>Aux autorités sanitaires et politiques :</u>	72
6.2	<u>Au personnel Sanitaire</u>	72
6.3	<u>Aux associations féminines et aux femmes en GÉNÉRAL:</u>	73
7	<u>Références</u>	79
8	<u>Annexes</u>	79

Liste des tableaux

<u>Tableau I : Répartition des patients selon l'année d'inclusion</u>	38
<u>Tableau II : Répartition des patients selon l'âge.</u>	39
<u>Tableau III : Répartition des patients selon la profession.</u>	39
<u>Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial.</u>	40
<u>Tableau V : Répartition des patients selon l'âge de la ménarche.</u>	41
<u>Tableau VI : Répartition des patients selon la Gestité.</u>	41
<u>Tableau VII : Répartition des patients selon l'âge de la première grossesse.</u>	42
<u>Tableau VIII : Répartition des patients selon l'allaitement maternel.</u>	42
<u>Tableau IX: Répartition selon l'âge de la ménopause.</u>	43
<u>Tableau X : Répartition des patients selon l'antécédent de cancer du sein.</u>	43
<u>Tableau XI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.</u>	43
<u>Tableau XII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux</u>	43
<u>Tableau XIII : Répartition des patients selon l'antécédent familial de cancer du sein</u>	45

<u>Tableau XIV: Répartition des patients selon le côté de la famille</u>	<u>45</u>
<u>Tableau XV: Répartition des patients selon le type de contraception.</u>	<u>45</u>
<u>Tableau XVI: Répartition des patients selon la durée de la contraception</u>	<u>45</u>
<u>Tableau XVII : Répartition des patients selon le statut OMS.</u>	<u>46</u>
<u>Tableau XVIII : Répartition des patients selon le délai de consultation</u>	<u>47</u>
<u>Tableau XIX : Répartition des patients selon l'agent référent</u>	<u>47</u>
<u>Tableau XX : Répartition des patients selon IMC</u>	<u>47</u>
<u>Tableau XXI : Répartition des patients selon les signes d'appel.</u>	<u>48</u>
<u>Tableau XXII : Répartition des patients selon la taille tumorale.</u>	<u>48</u>
<u>Tableau XXIII : Répartition des patients selon la localisation de la tumeur.</u>	<u>48</u>
<u>Tableau XXVI : Répartition selon la poussée évolutive.</u>	<u>52</u>
<u>Tableau XXVII : Répartition des patients selon le résultat de la mammographie.</u>	<u>52</u>
<u>Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le résultat de l'Echographie mammaire.</u>	<u>52</u>
<u>Tableau XXXI : Répartition des patients selon le bilan d'extension.</u>	<u>52</u>
<u>Tableau XXXII : Répartition selon le résultat du Scanner TAP.</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie.</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie abdomino-pelvienne.</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXV : Répartition des patients selon le résultat de la scintigraphie osseuse.</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le type anatomopathologique.</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXVII : Répartition selon le grade SBR.</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXVIII : Répartition selon la taille de la tumeur (TNM).</u>	<u>53</u>
<u>Tableau XXXIX : Répartition selon la localisation ganglionnaire (TNM).....</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XL: Répartition selon la localisation à distance.....</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLI : Répartition selon les sites de métastase.....</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLII: Répartition des patients selon le nombre de foyers métastatiques</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLV : Répartition des patients selon la stratégie thérapeutique.</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLVI : Répartition selon la réalisation de traitement traditionnel.</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLVII: Répartition des patients selon le type de chirurgie.</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLVIII: Répartition des patients selon la limite de résection.</u>	<u>54</u>
<u>Tableau XLIX : Répartition des patients selon le curage ganglionnaire. ...</u>	<u>54</u>
<u>Tableau L : Répartition des patients selon les complications chirurgicales.</u>	<u>54</u>

<u>Tableau LI : Répartition des patients selon la chimiothérapie.....</u>	<u>54</u>
<u>Tableau LII : Répartition des patients selon le but de la chimiothérapie.</u>	<u>54</u>
<u>Tableau LIII : Répartition des patients selon le type de la chimiothérapie... </u>	<u>55</u>
<u>Tableau LIV: Répartition des patients selon le nombre de cure.....</u>	<u>55</u>
<u>Tableau LV : Répartition des patients selon le nombre de ligne.</u>	<u>55</u>
<u>Tableau LVI : Répartition des patients selon le protocole de chimiothérapie. ...</u>	<u>55</u>
<u>Tableau LVII : Répartition des patients selon l'effet secondaire de la chimiothérapie.</u>	<u>5</u>
<u>Tableau LXIV : Répartition des patients selon le suivi à 1an</u>	<u>55</u>
<u>Tableau LXV : Répartition des patients selon le suivi à 2ans</u>	<u>55</u>
<u>Tableau LXVI : Répartition des patients selon le suivi à 3ans</u>	<u>55</u>
<u>Tableau LXVII : Répartition des patients selon le suivi à 4 ans</u>	<u>56</u>
<u>Tableau LXVIII : Répartition des patients selon le suivi à 5ans</u>	<u>56</u>
<u>Tableau LXIX : Répartition des patients selon la survie globale</u>	<u>56</u>

Listes des figures

<u>Figure I: Répartition des patients selon le sexe</u>	<u>42</u>
<u>Figure II: Répartition des patients selon le lieu de résidence</u>	<u>45</u>
<u>Figure III: Répartition des patients selon la manoeuvre de Tillaux</u>	<u>47</u>

ABREVIATIONS

% : Pourcentage

AC : Adriamycine+Cyclophosphamide

ACR : American College of Radiology

AVC : Accident vasculaire-cérébral

BRCA 1 : Breast Cancer gene 1

BRCA 2 : Breast Cancer gene 2

CCIS : Carcinome canalaire in situ

CHUME : Centre Hospitalier Universitaire mère-Enfant

CINS : Carcinome infiltrant de type non spécifique

ABREVIATIONS

CLI : Carcinome lobulaire Infiltrant

Cm : Centimètre

CM : Carcinome médullaire

CP : carcinome papillaire

DIU : Dispositif-intra-utérin

EA : Echographie abdominale

Folfox :5-Fluoro-uracile+Oxaliplatine

Gemox : Gemcitabine+Oxaliplatine

GEU : Grossesse extra-utérine

Her 2 : Human épidermal growth factor receptor 2

HTA : Hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporel

IHC : Immunohistochimie

Luminal A : RH+ ; Ki-67 <14%

Luminal B : RH+ ; Ki-67>14%

POMS : Score de performance de l'organisation mondiale de la santé

PEV : poussée évolutive

QIE : Quadrant inféro-externe

QII : Quadrant inféro-interne

QSE : Quadrant supéro-externe

QSI : Quadrant supéro-interne

R0 : Reliquat tumoral absent sur le plan microscopique

R1 : Reliquat tumoral présent sur le plan microscopique

R2 : Reliquat tumoral macroscopiquement visible

RT : Radiographie thoracique

SBR : Scarff, Bloom et Richardson

SO : Scintigraphie osseuse

TAP : Thoraco-abdomino-pelvien

Taxanes :Taxotère(Docetaxel)/Paclitaxel

TC : Taxotère+Cyclophosphamide

TDM : Tomodensitométrie

TNM : Tumor, Node, Metastasis

Triple négatif : RH négatif, Her2 négatif

UGD : Ulcère gastroduodéal

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

VIH : Virus Immunodéficience Humain

1.Introduction

Les tumeurs phylloides du sein sont des tumeurs fibro-épithéliales similaires aux adénofibromes mais avec une composante prédominante de tissu conjonctif ; une plus grande fréquence de récurrence et une évolution parfois malignes [1]. Les tumeurs phylloides représentent moins de 1% des tumeurs primitives du sein. Elles ont classiquement à la coupe une structure foliée d'où leur nom de phyllode (en grec phyllos signifie feuille).

En 1981, la classification de l'OMS en a distingué trois (3) catégories : bénignes borderline et malignes [1]. Cette pathologie touche des femmes âgées de 35 à 50 ans. Une récurrence locorégionale et métastatique peut survenir en fonction du grade histologique tumoral. L'exérèse in sano de la pièce opératoire constitue un facteur de récurrence.

Les tumeurs phyllodes du sein sont un ensemble de lésions faisant partie du groupe des tumeurs rares mammaires qui représentent à l'instar des maladies dites orphelines un vaste ensemble hétéroclite [2]. Leur présentation anatomopathologique permet de distinguer trois (3) sous types de lésions. Elles sont classées en grade allant de 1 à 3, de la forme bénigne à la forme maligne. Les anglo-saxons assimilant le sous type de grade 3 au sarcome phyllode du sein. Ils le distinguent comme une entité spécifique de sarcome du sein composé d'éléments épithéliaux et de stroma conjonctif alors que les autres types de sarcomes du sein sont composés de tissu mésenchymateux. Ces tumeurs du fait de leur rareté et de leur polymorphisme échappent à la réalisation d'essais

thérapeutiques et font ainsi l'objet de traitements empiriques calqués le plus souvent sur la prise en charge de pathologies ressemblantes. Les tumeurs phyllodes ont un excellent pronostic de survie, mais ont pour particularité de récidiver localement parfois sous forme d'un grade

histologique plus péjoratif que la lésion initiale. En raison d'un diagnostic préopératoire souvent insuffisant la problématique actuelle est d'isoler les facteurs cliniques et histologiques permettant de reconnaître les lésions ayant un fort potentiel de récurrence. L'objectif principal de notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs cliniques et histologiques du contrôle local à la fin du traitement initial des tumeurs phyllodes. 2. Objectifs

2.1. Objectif général :

Evaluer la prise en charge de tumeurs phyllodes malignes dans le service d'oncologie médicale du CHME Luxembourg de Bamako.

2.2. Objectifs spécifiques :

Déterminer la fréquence hospitalière des tumeurs phyllodes malignes du sein dans le service d'oncologie du CHME Luxembourg ;

Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients ;

Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de Tumeurs phylloides malignes du sein dans le service d'oncologie du CHME ;

Analyser les résultats du traitement des tumeurs phyllodes.

3. Généralités

1.1. RAPPEL EMBRYOLOGIQUE :

La glande mammaire est une glande exocrine, paire et lobulée, de morphologie très variable selon le sexe et la phase de la vie génitale. La connaissance des caractéristiques anatomique et histologique du sein est d'une importance capitale en matière de sénologie.

A. EMBRYOLOGIE :

Apparaissant plus tôt que les autres ébauches dérivées de l'épithélium de surface, la glande mammaire est plus longue à atteindre son développement complet et sa différenciation est très particulière. Cette différenciation épithéliale et mésenchymateuse débute chez l'embryon humain dès la 5ème semaine de vie.

a) Différenciation épithéliale :

Chez l'embryon de 5 à 10mm, la bandelette est formée par un épaissement de 2 à 4 couches de cellules ectodermiques, tout au long de la paroi latérale du thorax et de l'abdomen. Chez l'embryon de 12 à

18mm, l'ébauche mammaire forme une masse hémisphérique en continuité avec l'épithélium de recouvrement, qui pénètre dans le tissu sous-jacent. Pendant les 10 à 12 semaines suivantes, le bourgeon mammaire se forme, s'invagine en profondeur et surtout s'entoure par un mésenchyme dense, au rôle inducteur primordial. Avant la 20^{ème} semaine, les bourgeons secondaires plans se détachent du bourgeon principal et constituent l'ébauche du système galactophorique adulte. De la 20^{ème} à la 24^{ème} semaine, ces bourgeons se canalisent. La terminaison des canalicules reste pleine et la croissance ultérieure se fait par prolifération de ces bourgeons terminaux.

Pendant le 8^{ème} et le 9^{ème} mois, les canalicules montrent encore une activité importante en s'allongeant et se divisant. A la naissance, le nombre de galactophores est définitif. Leur canalisation près du mamelon est réalisée, mais leur division n'est pas terminée, il n'existe encore aucun lobule.

a) Différenciation du mésenchyme :

La différenciation du mésenchyme est très importante. Elle possède un rôle inducteur primordial pour le développement du sein. En dessous de l'ébauche primitive de la glande mammaire, le mésenchyme se densifie, les fibres musculaires lisses et les premières couches du tissu conjonctif de mamelon se différencient. Une deuxième zone moins dense forme la plus grande partie du mamelon, une troisième, sous-jacente, constitue un mésenchyme lâche, une quatrième zone enfin est formée par des couches superposées du mésenchyme lâche. Les galactophores passent à travers les deux premières zones de mésenchyme et s'entourent des cellules de la troisième couche qui forment une enveloppe concentrique lâche. Le mésoderme de la quatrième couche forme les septa interlobulaires qui séparent les galactophores des lobules. Le mamelon apparaît chez le fœtus de 4 mois. Il est constitué par une dépression entourée par un épiderme

légèrement surélevé. A la naissance, le mamelon est encore aplati. Sa surélévation est liée à la prolifération du mésenchyme sous-épidermique.

Ce phénomène dépend de l'action des œstrogènes.

B. ANATOMIE DESCRIPTIVE :

1. Situation :

La glande mammaire se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antérolatérale du thorax, depuis le bord inférieur de la 3^{ème} côte jusqu'au 6^{ème} cartilage costal et, transversalement depuis le bord latéral du sternum jusqu'à la ligne axillaire antérieure. La position du mamelon se situe, en général, sur une ligne horizontale passant par le milieu du bras, entre 18 à 20 cm du manubrium sternal. La distance inter-mamelonnaire est de 20 cm.

1. Configuration externe : Elle comporte 3 zones :

1.1. La zone périphérique :

La peau est dans son ensemble lisse et souple ; elle est fine, mobile et glisse facilement sur la glande ; elle se plisse en donnant de nombreux et fins sillons ; glabre chez la femme et l'enfant, elle est revêtue d'un système pileux plus ou moins abondant chez l'homme surtout près de la ligne médiane. Le revêtement cutané est typique avec tous ses éléments constitutifs : poils (fin duvet), glandes sébacées et sudoripares. Sous ce plan cutané existe un pannicule adipeux plus ou moins développé.

1.2. L'aréole :

C'est un disque assez régulier de 40 à 50 mm de diamètre entourant la base du mamelon avec lequel elle se continue. Elle est pigmentée, de coloration brunâtre, plus foncée chez les bruns que chez les sujets blonds. Doublée à sa face profonde par le muscle de l'aréole, elle renferme des

glandes sudoripares et des glandes sébacées qui font saillie à sa face extérieure constituant les tubercules de Morgagni.

Ces derniers se développent au cours de la grossesse pour former les tubercules de Montgomery.

1.3. Le mamelon :

Il est placé au centre de l'aréole et forme une surélévation cylindrique de 10 à 12 mm de long et de 9 à 10 mm de large. De même coloration brunâtre que l'aréole, il présente à son extrémité une série de petits orifices correspondant à la terminaison des canaux galactophores. Sa face profonde, comme celle de l'aréole, est doublée par des fibres musculaires lisses constituant le muscle mamillaire dont la contraction est à l'origine du thélotisme ou érection du mamelon. La forme du mamelon est enfin extrêmement variable. Peu développé chez l'homme et chez la jeune fille, il s'allonge chez la femme en particulier au cours de la grossesse. Il peut parfois s'invaginer, c'est le phénomène d'ombilication ou de rétraction du mamelon.

1. Configuration Interne :

1.1. Chez l'homme et chez l'enfant :

La glande se réduit à un petit amas glandulaire de coloration blanc grisâtre, de forme discoïde située immédiatement en arrière de l'aréole. De consistance fibreuse, elle a néanmoins la même structure histologique que la glande adulte et reste susceptible de présenter les mêmes lésions pathologiques.

1.2. Chez la femme :

La glande mammaire se développe dès le début de la puberté et constitue une masse de tissu glandulaire de coloration blanc bleuâtre, de forme

grossièrement circulaire située à la face antérieure de la partie externe du muscle grand pectoral.

Elle présente :

- Une face postérieure sensiblement plane,
- Une face antérieure convexe, irrégulière, présentant une série de crêtes plus ou moins marquées : les crêtes fibro-glandulaires de Duret qui donnent attache à des lamelles conjonctives du tissu cellulaire sous-cutané constituant les ligaments de Cooper.
- une circonférence, très irrégulière, émettant des prolongements dont un seul est constant : le prolongement axillaire qui contourne le bord inférieur du muscle grand pectoral et empiète plus ou moins sur les plans superficiels du creux axillaire. C'est une masse fibroadipeuse, parsemée de lobules qui donne à la palpation du sein une sensation grenue.

4. Structure et dimensions :

C'est une glande en grappe, constitué de 10 à 20 lobes, subdivisés eux-mêmes en lobules et acini. Les acini sont groupés de façon très dense autour d'un canal alvéolaire (canal galactophore de 3^{ème} ordre). Plusieurs canaux alvéolaires se réunissent à leur tour et forme un canal lobulaire (canal de 2^{ème} ordre) qui draine un lobule. Plusieurs canaux lobulaires se réunissent à leur tour pour former un canal galactophore de premier ordre et l'ensemble des lobules qu'ils drainent forme un lobe glandulaire. Chaque lobe se comporte comme une glande indépendante, possédant son propre canal excréteur (canal galactophore ou conduit lactifère). Ces conduits lactifères (en nombre égal aux lobes) convergent vers le mamelon, en suivant un trajet sinueux. Avant de pénétrer dans le mamelon, ils présentent une dilatation longue de 1 cm (le sinus lactifère). Ils s'ouvrent au sommet du mamelon par des pores. Les lobes sont

séparés entre eux par des cloisons de tissu conjonctif dense et l'individualisation d'un lobe est chirurgicalement impossible. La glande se développe à partir de la plaque aréolo-mamelonnaire dans le tissu grasseux sous-cutané. Ce dernier est donc divisé en une lame grasseuse antérieure, pré glandulaire, et une lame grasseuse postérieure rétro glandulaire. Elles sont très variables avec le degré d'activité glandulaire. En moyenne, après la puberté, elles sont de 10 cm de hauteur, 12 cm de largeur, 6 cm d'épaisseur. La glande mammaire augmente de volume lors de la grossesse, de l'allaitement et en période prémenstruelle.

5. Les moyens de fixité du sein :

Le sein, de formation embryologiquement cutanée est solidaire de la peau. Il est rattaché à celle-ci par les canaux galactophores au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire et par l'adhérence entre la glande et l'aréole. Les cloisons fibreuses décrites par Cooper en 1840 jouent un bien moindre rôle. Le plan de décollement rétroglandulaire est donc le plan de glissement entre la couche grasseuse rétromammaire dont la face profonde est limitée par le fascia superficialis, et l'aponévrose de recouvrement du muscle grand pectoral. En tant qu'organe cutané, le sein est absolument indépendant du muscle grand pectoral. Par contre, le sein suit les déplacements de la peau lors des mouvements du bras. C'est donc la peau qui représente le seul soutien du sein. Il s'agit d'une unité cutanéoglandulaire. La partie la plus immuable du sein est le sillon sous mammaire. La liaison peau-glande est la plaque aréolo-mamelonnaire.

C. LES RAPPORTS DE LA GLANDE MAMMAIRE

1. Plan cutané :

La peau est particulièrement fine et souple. La glande est entourée par les fascias pré et rétro glandulaires.

1.1. Le fascia pré mammaire :

Il n'existe pas de plan de clivage entre la glande et la peau, ni de loge mammaire. En effet, le tissu est uni au derme par les ligaments de Cooper. Ces ligaments de Cooper sont des amarres conjonctives et vasculonerveuses, suspendant la glande au plan cutané. Le fascia pré glandulaire ne peut être individualisé. Soulevée par ces ligaments, la glande dessine les crêtes de Duret, qui encadrent les lobules adipeux. Ces rapports intimes entre le derme et la glande expliquent la difficulté à réaliser des mastectomies sous-cutanées totales (risque de dévascularisation en retirant l'ensemble des crêtes).

1.2. En périphérie :

Il n'existe pas de ligne de réflexion nette entre le fascia pré et rétro glandulaire. Le tissu mammaire s'amincit sur les côtés, progressivement et irrégulièrement.

2. Plan profond :

2.1. Le fascia rétro mammaire :

Il est, contrairement au fascia pré mammaire, bien individualisable et repose sur l'aponévrose du muscle grand pectoral. L'espace entre ces deux feuillets est un plan de clivage utile au chirurgien, car avasculaire.

2.2. Le tissu cellulo-adipeux rétromammaire

Cette couche de tissu fibro-adipeux, encore appelée "bourse séreuse rétro-mammaire de Chassaignac", est développée en arrière du fascia rétro-mammaire, se continue en haut avec le fascia superficialis. Elle constitue un véritable ligament suspenseur du sein de densité très variable suivant les sujets. Elle peut plaquer étroitement la glande à la face antérieure du muscle grand pectoral ou au contraire se distendre et s'étirer

de façon parfois considérable (sein pédiculé). Elle permet le glissement normal de la glande sur les plans musculaires sous-jacents, glissement qui disparaît en cas d'envahissement des plans musculaires au cours des cancers du sein.

2.3. Le plan musculaire superficiel :

Il est constitué principalement par le muscle grand pectoral, accessoirement par les muscles droit de l'abdomen et oblique externe de l'abdomen.

2.4. Le plan musculaire profond :

Il est constitué par les muscles sub-clavier et petit pectoral entourés du fascia clavi-pectoro-axillaire. Ce dernier est une nappe fibreuse importante protégeant en arrière le paquet vasculo-nerveux du creux axillaire.

2.5. Le plan squelettique : Le sein répond aux faces antérieures des 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, et 6^{ème} côtes et des espaces intercostaux correspondants.

D. VASCULARISATION :

1. Vascularisation artérielle : Elle provient de 3 sources □
Artère thoracique interne :

C'est une branche de l'artère sous-clavière. Elle donne des branches perforantes qui traversent les six (6) premiers espaces intercostaux pour vasculariser la partie interne de la glande mammaire.

□ **Les artères intercostales postérieures :**

Elles donnent des branches latérales qui naissent à la partie moyenne de l'espace et perforent de dedans en dehors les muscles intercostaux. Elles se ramifient sur la paroi thoracique et vascularisent le muscle dentelé

antérieur, les muscles pectoraux, la glande mammaire et les téguments de la face latérale du thorax.

□ **Les collatérales de l'artère axillaire :**

- L'artère thoracique suprême,
- La branche thoracique de l'artère thoraco-acromiale,
- L'artère sous-scapulaire,
- Et surtout l'artère thoracique externe. Cette dernière descend verticalement sur la face externe du muscle dentelé antérieur, donne des branches à la paroi thoracique et aux muscles pectoraux et vascularise la partie externe de la glande mammaire. On décrit trois (3) réseaux : un réseau sous dermique, préglандаire et rétro- glandulaire.

□ **Le réseau sous dermique :**

Il vascularise la peau et forme un réticule qui anastomose les branches cutanées venues des artères thoraco-acromiales, scapulaire inférieure (a. axillaire) et sus scapulaire (a. sous-clavière). Il émet dans la région mammaire des artérioles perforantes qui cheminent dans les ligaments de Cooper et vont se réunir avec les branches des artères préglандаire.

□ **Le réseau préglандаire**

Il provient de deux pédicules : un pédicule supéroexterne ou artère principale externe formé par l'artère thoracique externe dont les branches s'anastomosent avec les branches homologues de l'artère thoracique interne en formant un cercle péri-aréolaire ; un pédicule interne formé par une branche de l'artère thoracique interne, qui perfore les 3^e et 4^e espaces intercostaux très en dedans et chemine presque horizontalement

devant la glande, avant de s'anastomoser avec l'artère thoracique externe dans la région péri aréolaire.

- **Le réseau rétroglandulaire** est constitué par les artères postérieures, issues des perforantes cutanées des 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, et 6^{ème} artères intercostales. Il aborde la face postérieure de la glande.

EN RESUME : La partie interne du sein est vascularisée par des branches profondes de l'artère thoracique interne. Les parties externes et inférieures reçoivent des branches de l'artère thoracique externe, de l'artère thoracoacromiale et de l'artère thoracique suprême. Le tissu cellulaire et la peau sont irrigués par le même dispositif artériel car la glande et la peau ont la même origine embryologique. Il existe un réseau anastomotique artériel très riche dans la glande mammaire.

2. Vascularisation veineuse

Son étude est importante, essentiellement parce qu'elles sont parallèles aux lymphatiques et que les métastases suivent leur trajet. Quatre (4) groupes de veines drainent le sein :

- Les branches perforantes de la veine mammaire interne qui se jettent dans les veines innominées, s'abouchant directement au réseau capillaire pulmonaire et expliquant les embolies carcinomateuses au niveau des poumons.
- La veine axillaire, qui naît de nombreuses veines en provenance de la face profonde du sein. Son trajet veineux conduit également au réseau capillaire du poumon et constitue une seconde voie pour les embolies carcinomateuses.

- Les veines intercostales, les plus importantes, qui se jettent dans la veine azygos pour aboutir à la veine cave supérieure puis aux poumons.
- Le système veineux vertébral, constitue un trajet veineux très différent. Il draine les os du bassin, les extrémités supérieures du fémur et les masses musculaires voisines, la ceinture scapulaire, l'extrémité supérieure du fémur et les os du crâne. La pression sanguine y est basse et facilite le reflux sanguin, ce qui explique la fréquence des métastases osseuses périphériques d'origine mammaire, en particulier au niveau vertébral.

3. Les lymphatiques du sein :

La circulation lymphatique est très importante au niveau du sein. Le cancer du sein est très lymphophile, il colonise les nœuds lymphatiques en premier. La connaissance précise de l'envahissement lymphatique est un élément très important pour l'adaptation du traitement. Il existe trois (3) voies de drainage :

Lymphocentre axillaire satellite des vaisseaux thoraciques latéraux et subscapulaire drainant les cadrans supérieur et inférieur externes du sein

Les cadrans internes seront plutôt drainés par les nœuds thoraciques internes, eux se trouvent derrière les côtes et ne sont donc pas palpables et sont satellite de l'artère thoracique interne.

Les voies profondes qui vont gagner le nœud supra claviculaire et qui partent de la face postérieure du sein.

4. Innervation

Le sein est innervé par trois groupes de nerfs qui convergent vers la plaque aréolo-mamelonnaire.

- Le groupe antérieur comprend les branches cutanées antérieures des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} nerfs intercostaux. Elles émergent 1cm en dehors du sternum avec les branches perforantes de l'artère thoracique interne. Il se divise en une grosse branche externe à destinée mammaire et une branche interne, petite pour la peau pré sternale. Ces branches cheminent devant la glande.
- Le groupe latéral provient des rameaux cutanés latéraux des 4^{ème} et 5^{ème} nerfs intercostaux. Les nerfs de ce groupe perforent l'espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne et se divise en une branche antérieure à destinée mammaire et une branche postérieure à destinée thoracique. Ces branches cheminent entre le fascia superficialis et l'aponévrose du muscle grand pectoral et abordent la glande par sa face postérieure. Ils suivent les travées conjonctives interlobaires puis entre les galactophores. Ils donnent des collatérales glandulaires et des branches qui suivent les ligaments de Cooper et innervent la peau périaréolaire.
- Le groupe supérieur provient de la branche sus claviculaire du plexus cervical superficiel. La peau de la région mammaire correspond aux dermatomes T2, T3, T4 et T5, le mamelon et l'aréole correspondent à T4. **E. HISTOLOGIE :**

1. Segmentation galactophorique et unité terminale ductotubulaire :

La glande mammaire est formée de 9 à 10 galactophores principaux ou proximaux, s'abouchant au niveau du mamelon par un orifice distinct. A proximité de l'orifice, chaque canal est le siège d'une dilatation à contours irréguliers correspondant au sinus lactifère. Ces galactophores se ramifient ensuite en canaux de plus en plus petits pour aboutir à l'unité terminale ductotubulaire. Cette unité est composée de canalicules extra et intra lobulaires se terminant par la structure épithéliale la plus petite du

lobule : l'acinus. Ces acini ne sont fonctionnels que pendant la grossesse et la lactation.

2. Histologie :

Les glandes mammaires correspondent en fait à des glandes sudoripares très modifiées, dont la taille, la densité et la nodularité varient en fonction du cycle hormonal et de l'activité génitale. Chez la femme en activité génitale, les structures canalaire et lobulaires sont situées dans un stroma fibro-adipeux plus ou moins vascularisé. Le tissu inter lobulaire est plus fibreux, dense, d'architecture réticulée avec présence en périphérie de tissu adipeux. Le tissu conjonctif intra lobulaire est plus lâche et plus cellulaire, très vascularisé. Une bande de tissu similaire, d'aspect assez lâche, entoure toute l'unité ductulo-lobulaire et est considérée comme le tissu spécialisé du sein, hormono-sensible.

Les canaux sont délimités par une membrane basale desmoplastique.

A l'exception d'un court trajet au niveau des canaux collecteurs du mamelon, ils sont bordés par des cellules épithéliales cubiques ou prismatiques basses, unistratifiées possédant des noyaux ovalaires et nucléolés. Les canaux plus larges peuvent être bistratifiés. Ils possèdent une couche discontinue de cellules myoépithéliales, d'axe perpendiculaire aux premières. Ces cellules sont plus ou moins dodues, au cytoplasme non coloré et au noyau aplati. Pour certains, une troisième catégorie de cellules claires, basales, dites intermédiaires serait également présente. Pour la majorité des auteurs, ces aspects correspondraient plutôt à des lésions de métaplasie touchant les cellules épithéliales ainsi que les cellules myoépithéliales.

3. Immuno-histochimie :

Les caractéristiques immuno-histochimiques des cellules composant les différents constituants du sein sont résumés dans le tableau suivant :

CK Vim PS100 AML Coll IV FV RH Cellules épithéliales + - +/- - - -
+
Cellules myoépithéliales +/- - +/- + - - -
Membranes basales - - - - + - -
Cellules stromales - + - - - - Cellules endothéliales - + - - - + - CK

4. Méthodologie

4.1. Méthodologie

4.1.1. Cadre d'étude

Notre étude a été conduite dans le service Oncologie Médicale du CHME Luxembourg. Il s'agit d'un hôpital de troisième niveau de référence de la pyramide sanitaire du Mali. Il est situé dans la banlieue ouest de Bamako dans le quartier Hamdalaye et bâtie sur une superficie de 3431 m² ; le centre hospitalier « Méré-Enfants » a été inauguré le 24 Novembre 1998 et a débuté ses activités en Mai 1999. Il appartient à la fondation pour l'enfance dirigée par l'ex première dame de la république du Mali et présidente de la fondation l'hôpital Luxembourg comprend 18 services. Dont le service oncologie médicale a été ouvert en 2016 et qui comprend :

Un Bureau de chef de service (salle de consultation 1)

Un Bureau du Major

Une salle de consultation 2

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Quatre salles hospitalisation de deux lits dont trois sont ordinaires et une VIP équipée chacune d'une toilette

Une salle des Internes

Une salle de Garde

Une salle de préparation des produits de chimiothérapie

Une salle de chimiothérapie ambulatoire (hôpital de jour) qui comporte deux lits d'hospitalisation et 12 fauteuils

Une unité de dispensation des produits de chimiothérapies

Trois toilettes dont deux sont dans la salle de chimiothérapie
Le personnel est constitué de :

- ✦ Deux (02) médecins oncologues et quatre internes
- ✦ Un pharmacien (responsable de l'unité de dispensation) et un interne en pharmacie
- ✦ Quatorze (14) Infirmiers
 - Trois (03) Techniciennes supérieures
 - Dix (11) Techniciens de santé (dont 7 sept bénévoles)
 - Deux Techniciennes de surface
 - Deux Secrétaires (dont une bénévole)
 - Un (01) psychologue

4.1.2. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1er janvier 2016 au 31 Décembre 2020, soit une période de 5 ans.

4.1.3. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude analytique avec récolte des données rétrospectives et prospectives.

4.1.4. Population d'étude

Elle est composée des patients ayant une tumeur phyllode maligne du sein diagnostiquée à la cytologie et/ou à l'histologie ayant consulté ou étant référé au service d'oncologie médicale du CHME le Luxembourg.

4.1.5. Echantillonnage :

Notre étude a concerné de façon exhaustive tous les cancers du sein dans le service d'oncologie médical du CHUME.

4.1.6. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude, tous les patients ayant une tumeur phyllode maligne du sein confirmé par la cytologie et/ou l'histologie entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2020, traités et ou suivis au service d'oncologie Médicale du CHME.

4.1.7. Critères de non-inclusion

Nous n'avons pas inclus :

- Les patients diagnostiqués en dehors de la période d'étude et les cas n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge ou d'un suivi.
- Les patients ayant une autre pathologie du sein.
- Les patients ayant un dossier médical incomplet.

4.1.8. Collecte des données

Toutes nos données ont été recueillies à partir :

- De la fiche d'enquête individuelle remplie (voir annexe)
Des dossiers des malades

- Des appels téléphoniques à partir des numéros pour les patients perdus de vue.

Les données recueillis à partir des dossiers médicaux et rapportés sur la fiche d'enquête portaient sur :

Les données sociodémographiques (nom, prénom, âge, sexe, ethnie, résidence, profession, statut matrimonial)

Les facteurs de risques (âge de la ménarche, âge première grossesse, nombre de grossesse, durée d'allaitement maternel, mode et durée de la contraception, antécédent personnel et ou familial de cancer du sein ou autres affections).

L'historique de la maladie (début de la maladie, signe d'appel, délai de consultation, mode de référence et les antécédents médicaux et chirurgicaux)

Données cliniques (date de consultation, statut de performance OMS, poids, taille, IMC, côté atteint, aspect de la lésion, la classification TNM clinique et le stade clinique UICC).

Les données anatomopathologiques (le type histologique, le grade SBR et le profil moléculaire).

Le traitement (la tumorectomie, la mastectomie, le curage ganglionnaire, la limite d'exérèse, le type de chimiothérapie, les protocoles de chimiothérapie, le nombre de cures et de lignes de chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie).

La survie (la survie globale et les facteurs pronostics).

4.1.9. Gestion des données

La saisie des données a été faite sur le logiciel Microsoft Excel 2016 puis transposées sur le logiciel Statistique Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0 pour Windows pour analyse.

La saisie du compte rendu de l'analyse et du traitement des données ont été faits sur Microsoft Word 2016.

La comparaison des variables qualitatives a été réalisée par le test du Chi² ou le test exact de Fisher selon les conditions de validité.

La survie globale a été calculée selon la méthode de Kaplan-Meier. La comparaison des courbes de survie en fonction des facteurs pronostiques a été faite selon le test de Log-Rank.

La date d'origine est la date de diagnostic du cancer du sein et la date de fin ayant été fixée au 31 Décembre 2020.

La valeur de probabilité P inférieure à 0,05 (5%) est considérée comme significative pour les tests retenus, les intervalles de confiance des moyennes ou pourcentages sont à 95% (IC 95%).

4.1.10. Considérations éthique et déontologique

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été observés.

Les résultats obtenus seront publiés au besoin.

5. Résultats

5.1. La fréquence

De janvier 2016 à Décembre 2020 (soit 5 ans), un total de 2681 cas de cancers ont été colligés dont 09 cas de tumeurs phyllodes malignes du sein soit une fréquence hospitalière de 0.34% (09/2681). Pendant cette période ces tumeurs ont représenté :

0.25 % (09/3586) de l'ensemble des hospitalisations et 1.46% (09/614) des cancers du sein, soit 1,8 cas de tumeurs phyllodes malignes /an.

Tableau I : Répartition des patients selon l'année d'inclusion

Année	Effectifs	Pourcentage (%)
2016	2	22,2
2017	2	22,2
2018	2	22,2
2019	0	0
2020	3	33,3
Total	9	100

Le pourcentage des patients pris en charge par année varie entre 0,00 et 33,3%.

Le plus grand nombre de patients a été enregistré en 2020, soit 33,3%.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Féminin	8	88,9

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Masculin	1	11,1
Total	9	100,0

Le sex-ratio est de 0.125.

Tableau III : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge en année	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulés
Moins 40	3	33,3	33,3
[40-50]	3	33,3	66,7
[50-60]	1	11,1	77,8
Plus 60	2	22,2	
Total	9	100,0	

Plus de la moitié des patients, soit 66,6% avaient moins de 50 ans.

L'âge moyen était de 48,67 ans avec des extrêmes de 31- 68 ans et un écart-type de 12,5.

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Mariés	6	66,7
Célibataires	2	22,2
Veuve	1	11,1
Total	9	100,0

Les mariés étaient les plus représentés avec 06 cas soit 66,7% suivi des célibataires (02 cas) soit 22,2%.

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisés	6	66,7
Primaire	1	11,1
Secondaire	1	11,1
Supérieur	1	11,1
Total	9	100,0

Plus de la moitié des patients n'étaient pas scolarisés, soit 66,7%.

5.2. Les caractéristiques cliniques

5.2.1. Les facteurs de risques

Tableau VI : L'âge de ménarche des patientes

	Effectif	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Ménarche	7	12	14	13,43	0,79

L'âge moyen de la ménarche était de 13,43 ans avec des extrêmes de 12 à 14 ans et écart-type de 0,79.

Tableau VII : Répartition des patients selon la gestité.

Catégorie de gestité	Fréquence	Pourcentage
Nulligestes	3	37,5

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Multigestes/grandes multigestes	5	62,5
Total	8	100

Plus de la moitié des patients, soit 62,5% étaient des Multigestes/grandes multigestes.

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'âge de la première grossesse.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age de la première grossesse	4	18	22	19,50	1,915

L'âge moyen de la première grossesse était de 19,5 ans avec des extrêmes de 18-22 ans et un écart-type de 1,92.

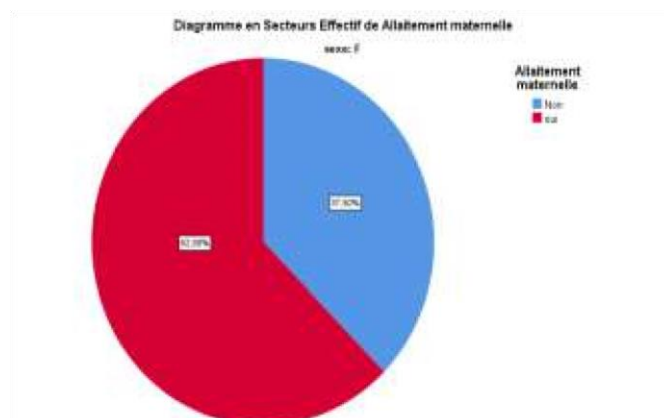


Figure 1 : Répartition des patients selon la durée de l'allaitement maternel.

L'allaitement était effectif dans 62,5% des cas.

La durée moyenne de l'allaitement était de 20 mois avec des extrêmes de 18-24 mois et un écart-type de 2,45.

Tableau IX : Répartition des patients selon la ménopause

Ménopause	Effectifs	Pourcentage
Oui	2	25
Non	6	75

Les 3/4 des patientes n'étaient pas ménopausées.

La moyenne d'âge des patientes ménopausées était de 51 ans avec des extrêmes de 50-52 ans et un écart-type de 1,414.

Tableau X : Répartition des patients selon l'antécédent personnel du cancer du sein.

Patients avec un antécédent personnel de cancer du sein	Effectifs	Pourcentage
Oui	0	00,0
Non	9	100,0
Total	9	100,0

Aucun des patients n'avait un antécédent personnel du cancer du sein.

Tableau XI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

ATCD médicaux	Effectifs	Pourcentage
Non	8	88,9

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Oui	1	11,1
Total	9	100,0

Seulement 11.1% de nos patients avaient un antécédent médical.

Tableau XII : Répartition des patients selon le type d'antécédent médical.

Type d'ATCD Médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	1	11,1
Non	8	88,9
Total	9	100,0

Le seul antécédent médical retrouvé était l'hypertension artérielle chez une seule patiente.

Tableau XIII : Répartition des patients selon l'antécédent familial de cancer du sein.

ATCD Familial de cancer du sein	Effectifs	Pourcentage
Non	7	77,8
Oui	2	22,2
Total	9	100,0

Deux (02) patientes avaient un antécédent familial du cancer du sein, soit 22,2%.

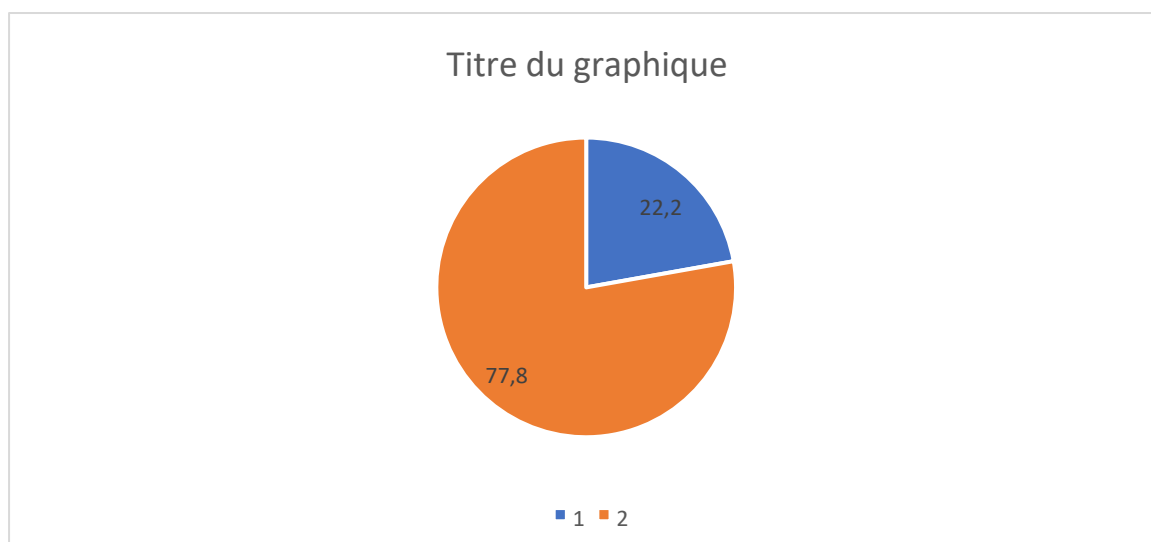


figure 2 : Répartition des patientes selon la catégorie de famille ayant l'antécédent du cancer du sein.

Seulement 22,2% des patientes avaient un ATCD familial de cancer de sein de 1^{er} degré.

5.2.2. Données cliniques

Tableau XIV : Répartition des patients selon le statut de performance de l'OMS.

Performance de statut OMS	Effectifs	Pourcentage
OMS1	9	100,0

La totalité des patients avaient un statut de performance1 de l'OMS.

Tableau XV : Répartition des patients selon le délai de consultation.

Délai de consultation (mois)	Effectifs	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Temps entre début de la maladie et la 1 ^{ère} consultation	9	4	24	12.22	7.311

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Temps entre le début maladie et la consultation SOM	9	6	36	19.33	10.000
---	---	---	----	-------	--------

Le délai moyen de la 1^{ère} consultation était de 12,22 mois avec des extrêmes 4-24 mois et un écart-type de 7,311.

Le temps moyen entre le début de la maladie et la consultation au service d'oncologie médicale était de 19,33 mois avec des extrêmes de 6-36 mois et un écart-type 10,000.

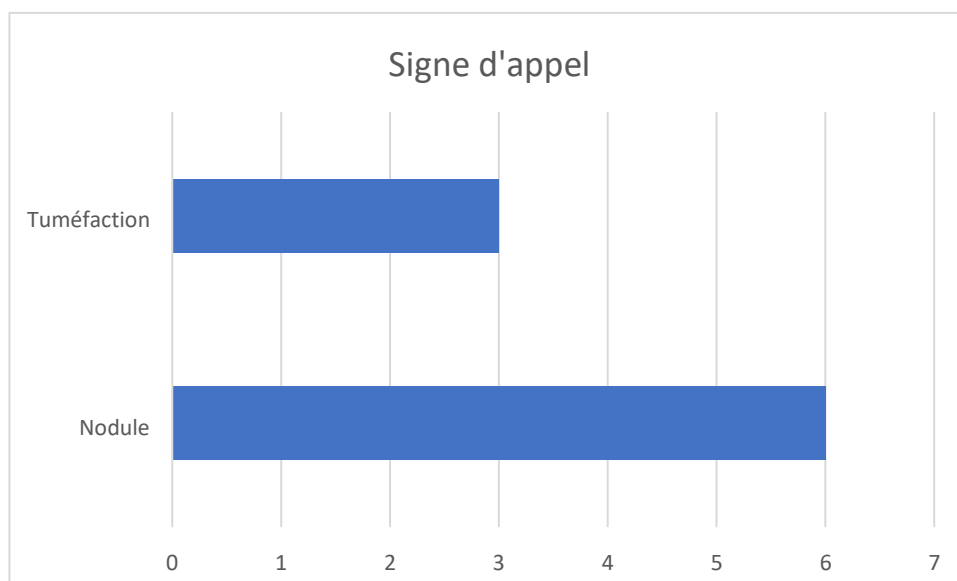
Tableau XVI : Répartition des patients selon l'IMC

IMC	Effectifs	Pourcentage
Dénutrition	2	22,2
Normale	4	44,4
Surpoids	1	11,1
Obésité	2	22,2
Total	9	100,0

Les patients avaient un poids normal dans 44,4%.

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"

TableauVII : Répartition des patients selon les signes d'appel



Les 2/3 de nos patients avaient des nodules comme signe d'appel soit 66,6%.

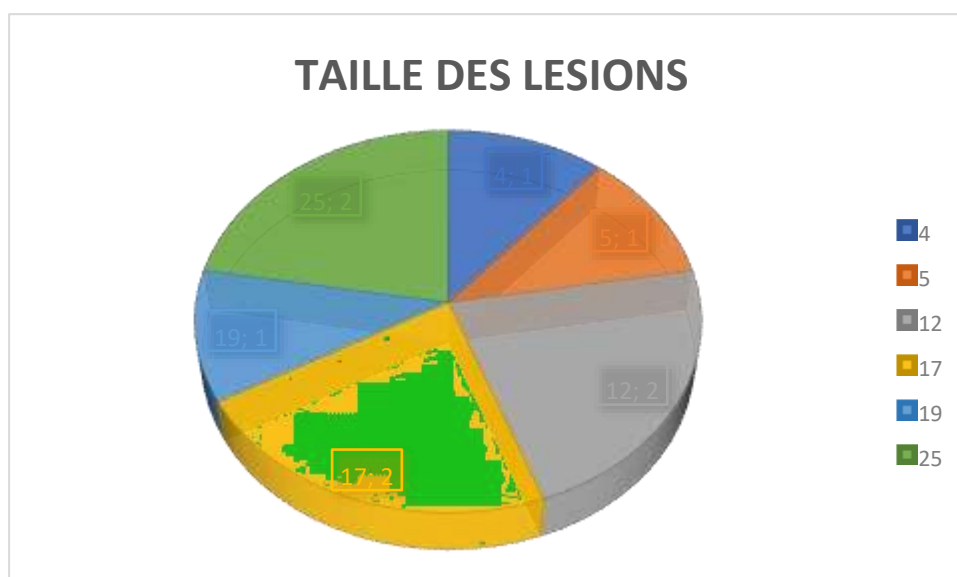


Figure 3 : Répartition des patients selon la taille de la tumeur en cm

La taille moyenne des tumeurs était **15,11 cm** avec des extrêmes de 425 cm et un écart-type de 7,61.

TableauXVIII : Répartition des patients selon la manœuvre de TILLAUX.

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Manœuvre de Tillaux	Effectifs	Pourcentage
Négative	7	77,8
Positive	2	22,2
Total	9	100,0

La manœuvre de TILLAUX était positive dans 22,2% des cas.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le sein atteint

Côté Atteint	Effectifs	Pourcentage
Droit	7	77,8
Gauche	2	22,2
Total	9	100,0

Le sein droit était le plus atteint dans 7 cas (77,8%).

Tableau XX : Répartition des patients selon la localisation de la tumeur.

Localisation	Effectifs	Pourcentage
Cicatrice	3	33,3
QSE	1	11,1
Tout le sein	5	55,6

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYILLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Total	9	100,0
-------	---	-------

Tout le sein était atteint dans 55,6% des cas.

5.2.3. Données paracliniques

Tableau XXI : Répartition des patients selon le bilan d'extension.

Bilan d'extension	Effectifs	Pourcentage
Scanner TAP	6	66,7
Radio Thorax	2	22,2
Echographie abdominopelvienne	2	22,2
Scintigraphie osseuse	0	0

- Six (6) patients avaient réalisé un scanner TAP et qui était normal.

- Chez les deux (2) ayant réalisé la radiographie standard, une était normale et l'autre avait mis en évidence des images en lâche de ballon.
- L'échographie abdomino-pelvienne était normale chez les deux (2) l'ayant réalisée.
- Aucun des patients n'a réalisé la scintigraphie osseuse.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le type histologique.

Aspect Histologique	Effectifs	Pourcentage
Sarcome	9	100,0

100% de nos patients avaient un sarcome comme type histologique.

TableauXXIII : Répartition de patients selon l'immunohistochimie.

Immunohistochimie	Effectifs	Pourcentage
Faite*	1	11,1
Non Faite	8	88,9
Total	9	100,0

* : triple négatif

L'immunohistochimie était triple négative chez la seule patiente l'ayant réalisée (11,1%).

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la classification T

Classification T	Effectifs	Pourcentage
T4d	4	44,4
T4a	2	22,2
PT4	1	11,1
PT3	1	11,1
T1	1	11,1
Total	9	100,0

Huit patients sur neuf avaient un stade avancé de la tumeur (T3 ou T4).

TableauXXV : Répartition des patients selon la classification l'atteinte ganglionnaire.

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Classification N	Effectifs	Pourcentage
N0	6	66,7
N1	2	22,2
N3	1	11,1
Total	9	100,0

Soixante-six virgule sept pourcent (66,7%) des patients n'avaient pas d'adénopathie et 33,3% avaient au moins une adénopathie axillaire.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon la classification des métastases.

Classification M	Effectifs	Pourcentage
M0	8	88,9
M1	1	11,1
Total	9	100,0

Une seule patiente avait une métastase.

TableauXXVII : Répartition des patients selon le site de métastase.

Site des métastases	Effectifs	Pourcentage
Aucun	8	88,9
Poumon	1	11,1
Total	9	100,0

Une patiente avait une métastase pulmonaire.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la PEV

Poussée évolutive (PEV)	Effectifs	Pourcentage
PEV 0	3	33,3
PEV1	1	11,1
PVE2	1	11,1
PEV3	3	33,3
PEV4	1	11,1
Total	9	100,0

La tumeur était **PEV 3** chez 03 patients soit **33.3%** des cas et la PEV1, PEV2 ET PEV4 ont été retrouvée chez un patient.

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le stade UICC

Stade UICC	Effectifs	Pourcentage
Stade I	1	11,1
Stade II A	1	11,1
Stade III A	2	22,2
Stade III B	3	33,3
Stade III C	1	11,1
Stade IV	1	11,1
Total	9	100,0

Soixante-dix-sept pour cent des patients avaient un stade UICC avancé.

5.2.4. Traitement

Tableau XXIX : Répartition des patients selon la technique chirurgicale

Traitement chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Mastectomie Totale	6	66,7
Tumorectomie	1	11,1
Non opéré	2	22,2
Total	9	100,0

La technique chirurgicale la plus utilisée était la **mastectomie Totale soit 66,7% des cas (N=6/9)**

Tableau XXX : Répartition des patients selon la limite de résection.

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Limite de résection (R)	Effectifs	Pourcentage
Non spécifiée	2	22,2
R0	6	66,7
R1	1	11,1
Total	9	100,0

La limite de la résection était R0 chez six (6) patients soit 66,7% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des patients selon l'emboles vasculaires

Emboles vasculaires	Effectifs	Pourcentage
Absent	3	33,3
Oui	2	22,2
Non précisé	4	44,4
Total	9	100,0

L'embole vasculaire était présente chez deux (02) patientes, soit 22,2%.

Tableau XXXII : Répartition des patients selon le curage ganglionnaire

Curage ganglionnaire	Effectifs	Pourcentage
Non précisé	2	22,2
Non	1	11,1
Oui	6	66,7
Total	9	100,0

Six patients sur neuf ont subi un curage ganglionnaire soit 66,6%.

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la réalisation de la chimiothérapie.

Chimiothérapie	Effectifs	Pourcentage
Non	5	55,6
Oui	4	44,4
Total	9	100,0

Seulement 44,4% des patients avaient fait une chimiothérapie.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le but de la chimiothérapie.

But de la chimiothérapie	Effectifs	Pourcentage
Non fait	5	55,6
Curative	3	33,3
Palliative	1	11,1
Total	9	100,0

La chimiothérapie curative a été réalisée chez trois (03) patients soit 33,3% des cas et un patient a reçu une chimiothérapie palliative soit 11,1% des cas.

Plus de la moitié de nos patients n'ont pas eu de chimiothérapie.

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la ligne thérapeutique de chimiothérapie.

Nombre de ligne thérapeutique utilisé	Effectifs	Pourcentage
1 ligne*	3	75
3 lignes**	1	25
Total	4	100,0

* : Anthracycline

** : Anthracycline +Taxane + Navelbine

Sur les quatre (04) patientes ayant reçu la chimiothérapie, trois avaient une seule ligne et l'autre patiente 3 lignes thérapeutiques.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les effets secondaires de la chimiothérapie.

Effets secondaires	Effectifs	Pourcentage
Alopécie	1	25
Alopécie + Vomissement	1	25
Diarrhée + Alopécie	1	25
Diarrhée + Vomissement	1	25
Total	4	100,0

Les effets secondaires retrouvés étaient majoritairement de l'alopécie suivi des troubles digestifs (diarrhées, vomissements).

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les stratégies thérapeutiques

Stratégies Thérapeutiques	Effectifs	Pourcentage
Chimiothérapie seule	2	22,2
Chimio + Chirurgie	2	22,2
Chirurgie seule	5	55,6
Total	9	100,0

Plus de la moitié des patients (55,6%) ont reçu comme thérapie la chirurgie seule.

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon la complication chirurgicale.

Complication chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Aucune	5	71,43
Infection	2	28,57
Total	7	100,0

L'infection a été la complication la plus retrouvée, soit 28,57%.

- Aucun patient n'a reçu une radiothérapie.

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon l'évolution à 6 mois.

Evolution à 6 mois	Effectifs	Pourcentage
---------------------------	------------------	--------------------

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

Perdu de vue	1	11,1
Vivant avec métastase	1	11,1
Vivant sans métastase	7	77,8
Total	9	100,0

A 6 mois, **77,8%** des patients étaient vivants (**8/9**) dont **01** avec une métastase ; et une patiente perdue de vue.

Tableau XXXX : Répartition des patients selon l'évolution à 1 an

Evolution à 1 an	Effectifs	Pourcentage
Décédée	1	12,5
Perdu de vue	2	25,0
Vivant avec métastase	1	12,5
Vivant sans métastase	4	50
Total	8	100,0

Au bout d'un an, **05** patients étaient vivants dont 04 (50%) sans métastase, 01 (12,5%) avec métastases, et 02 (25%) perdus de vue. Un cas (12,5%) de décès a été note

Tableau XXXXI : Répartition des patients selon l'évolution à 5 ans

Evolution à 5 ans	Effectifs	Pourcentage
Décédé	4	80
Perdu de vue	1	20
Total	5	100,0

A 5 ans, 4 cas de décès et une perdue de vue.

Tableau XXXXII : Répartition des patients selon la survie globale

Survie globale	Effectifs	Pourcentage
< 12 mois	6	67
[12-24mois]	2	22,2
>24mois	1	11,1
Total	9	100

La survie globale était 67% avant **1 an**, **22,2%** entre **1 à 2 ans** et **11,1%** à **2 et plus**.

6. Commentaires et discussion

6.1. Limites de l'étude

- La mauvaise qualité de certains comptes rendus histologiques (sans grade SBR) ;
- Les dossiers incomplets de certains de nos patients ;
- Rupture des produits de chimiothérapie.
- La faible taille de l'échantillon.

6.2. Fréquence

Tableau CXXXXIII: Fréquence /Auteurs

Auteurs	Fréquences
Gaye A.M (N=19) [1]	1%
L. KANOUNI Maroc 2004 [4] (N=	0,09%
Notre étude	0,33%

Les tumeurs phyllodes malignes du sein sont des tumeurs très rares. Sa fréquence dans la littérature varie entre 0,3 à 1% [14].

De janvier 2016 à décembre 2020 (5 ans), 9 cas de tumeurs phyllodes malignes du sein ont été colligés dans notre service, soit une fréquence annuelle de 1,8 cas/an et hospitalière de 0,33%. Ce résultat est proche de ceux retrouvés dans la littérature. Cependant il est inférieur à celui de Gaye au Sénégal [1] et supérieur à celui de KANOUNI au Maroc [4]. Cette différence pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon, mais aussi par la rareté des centres de prise en charge et les conditions socioéconomiques dans notre contexte.

6.3. Données sociodémographiques

6.3.1. Le sexe des patients

Les tumeurs malignes du sein chez l'homme sont très rares selon les données de la littérature. Sa fréquence varie entre 0,2 et 1,5% de l'ensemble des tumeurs malignes chez l'homme et 1% des cancers du sein.

Les tumeurs phyllodes obéissent à cette règle. Dans notre étude, un seul cas sur neuf de tumeur phyllode maligne du sein chez l'homme a été retrouvé, soit un sex-ratio de 0,125. Très peu de données existent sur la fréquence des tumeurs phyllodes malignes du sein chez l'homme.

6.3.2. L'age des patients

Tableau XXXIV :Age/Auteurs

Age /Auteurs	Age moyen (extrêmes) en année
Gaye A.M, Senegal en 2018 (N=196) [1]	23,74 (12-71)
Chellakhi M., 2017 (N=13) [12]	33,9
Nouni K., Maroc 2010 (N=70) [2]	40 (15-69)
Belazouza S., Tunisie 2010 [3]	35,6 (19-43)
Haberer S., France 2009 [5]	52 (20-64)
El Amine O., Tunis 2016 (N=30) [6]	46,8
Sabban F., Lille (France) 2005 (N=8) [8]	33,4
Notre série	48,67 (31-68)

Autrefois considéré comme une maladie des femmes âgées, le cancer du sein en général est les phyllodes en particulier surviennent de plus en plus chez les sujets jeunes [15].

Dans notre série, l'age moyen des patients était de 48,67 ans avec des extrêmes de 31-65 ans. Cette fréquence est très variable selon les auteurs et se situe entre 23 et 50 ans [1, 2 ; 3 ; 6 ; 8 ; 12].

6.4. Données cliniques

6.4.1. Facteurs de risque :

a) Gestité

Tableau XXXXV :Gestité/Auteurs

Gestité/Auteurs	Fréquence des Nulligeste
Gaye A.M Senegal en 2018 (N=196) [1]	67%
Kanouni L., Maroc en 2004 [4]	44,4%
Bekkouch I., Maroc (N=21) [13]	58%
Notre série	37,7%

La nulligestité est citée comme étant un facteur de risque de survenue du cancer de sein de façon générale en particulier les tumeurs phyllodes malignes.

Dans notre série, 37,7% des patients étaient des nulligestes, qui est inférieur à ceux de la plupart des études africaines [1, 13, 4].

b) Ménarche :

Indépendamment à la ménopause, il est établi que les femmes qui ont leur 1^{ère} règle à des âges jeunes (<12 ans) ont un risque plus élevé de développer un cancer du sein.

Dans notre série, l'âge moyen de survenue des ménarches était 13,43 avec des extrêmes de 12 à 14 ans et un écart-type de 0,79. Les tumeurs phyllodes malignes étant rares, la faible taille de notre échantillon ne nous a pas permis de dégager un facteur de risque par rapport à la survenue des ménarches.

c) Age de la première grossesse

Selon la littérature, la survenue d'une grossesse à l'âge jeune menée à terme serait un facteur protecteur au cancer de sein.

Dans notre série, l'âge moyen de la première grossesse est de 19,5 ans avec des extrêmes de 18-22 ans et un écart-type à 1,92. Cet âge est bas par rapport à celui de la littérature [15] dans les cancers du sein de façon globale. Ceci pourrait s'expliquer par les mariages dans notre contexte.

Nous n'avons pas eu de données spécifiques sur les tumeurs phyllodes malignes.

d) Allaitement

L'allaitement lié au nombre de mois et non au nombre d'enfants allaités a été souvent présenté comme un facteur protecteur. Ceci ne semble cependant pas être démontré de façon absolue et notable [16].

Dans notre étude d'allaitement était effectif dans 62,5% avec une durée moyenne d'allaitement de 20 mois et des extrêmes de 18-24 mois. Cette durée moyenne est proche de celle retrouvée dans les séries maliennes [17 ; 18]. Nous n'avons pas eu de données spécifiques sur les tumeurs phyllodes malignes.

e) Contraception

Les contraceptifs oraux et le traitement hormonal substitutif (THS) œstroprogestatif augmenteraient le risque du cancer du sein de façon significative au bout de cinq ans de traitement [19]. Dans notre série aucune patiente n'a réalisé une contraception hormonale.

f) Ménopause

Tableau XXXXVI : Ménopause/Auteurs

Ménopause /auteurs	Non ménopausée	Ménopausée
Bekkouch.I Maroc 2010[13] N=21	88%	22%
S. Haberer France 2009 [5]	56%	44%
Notre série	75%	25%

L'âge tardif de la ménopause expose à un risque accru de cancer du sein à cause d'une sécrétion plus longue d'œstrogènes. Chaque année supplémentaire augmente le risque de 3% de cancer du sein. [20]

Dans notre série, 25% des patients étaient ménopausées avec un âge moyen de 51 ans et des extrêmes de 50-52 ans ne constituant pas un facteur de risque particulier. Ceci pourrait être dû à la faible taille de notre échantillon.

e) Antécédent familial de cancer de sein

L'antécédent familial de cancer du sein fait partie du groupe à haut risque avec un risque relatif supérieur à 4 [21].

Nous rapportons 22,2% d'antécédent familial de cancer du sein qui est légèrement supérieur à ceux retrouvés dans les séries Malienne [22], et Sénégalaise [23]. L'antécédant familial de cancer du sein pourrait être pourvoyeur de tumeur phyllode maligne sous réserve de tests statistiques.

f) Degré d'antécédent familial de cancer de sein :

Les antécédents familiaux constituent un facteur de risque de survenue du cancer du sein. En effet une étude épidémiologique a montré que le

risque de cancer du sein augmente de 80% lorsqu'il s'agit d'un antécédent au premier degré [20].

Dans notre étude 22,2 % des patients avaient un antécédent de premier degré de cancer familial de sein. Nos résultats sont comparables à la série Française [20] et Malienne [17 ; 24] qui retrouvaient également l'antécédent au premier degré (14% et 9,33%, 22,69).

6.4.2. Données de l'examen clinique

a) Délai de consultation :

Tableau XXXVII : Délai moyen de consultation

Auteurs /Pays	Délai moyen de consultation
Nouni K. au Maroc 2010, N=70 [4]	30 mois
Notre série	19,33 mois

Le délai entre l'apparition des premiers symptômes cliniques constatés par la patiente et la date de la première consultation diffère d'un cas à l'autre et d'un pays à l'autre. En effet, ce délai est encore tardif dans les pays en voie de développement par manque de moyens et d'accès aux structures sanitaires [21].

Nous rapportons dans notre série un délai moyen de consultation au service médicale d'oncologie est de 19,33 mois avec des extrêmes de 636 mois. Ce qui est comparable aux séries Marocaines [2], qui retrouvait un délai moyen de 30 mois. Ce retard pourrait s'expliquer d'une part par le transit des patients chez les thérapeutes traditionnels, les conditions socio-économiques et les difficultés d'accès aux services de soins de qualité

b) Examen physique

□ Signe d'appel

Nous avons rapporté 66,6% des patientes qui présentaient comme signe d'appel des nodules et les 33,3% de tuméfaction.

□ Poussée évolutive :

La totalité des patients avait un statut de performance 1 de l'OMS à l'admission

□ Tableau XXXVIII :Sein atteint

Sein atteint /auteurs	Sein droit	Sein gauche
Gaye A.M Senegal en 2018 [1]	48%	46%
Bekkouch I., Maroc en 2010 [13]	66%	22%
F. Sabban Lille (France) 2005 [8] N=8	87,5%	9%
Notre série	77,8%	22,2%

Dans notre étude 77,8% des localisations étaient à droite contre 22,2% à gauche. Ce résultat est proche aux séries française [8] et marocaine [13].

Cependant, dans la série sénégalaise [1], l'atteinte des deux était assez proche. Cette prédominance de l'atteinte du sein droit reste inexpliquée.

□ Tableau XXXIX :Taille de la tumeur

Taille tumorale /Auteurs	Taille moyenne en cm
Gaye A.M Senegal en 2018 [1]	3,9 cm [1-16]

Bekkouch.I Maroc 2010[13] N=21	10 cm [4-23]
K.Nouni Maroc 2010[2] N=70	9 cm [1-30]
S. Belazouza Tunisie 2010 [3]	15 cm [5-20]
L.Kanouni au Maroc 2004 [4]	13 cm [7-21]
S. Haberer France 2009 [5]	6,5 cm [1,2-25]
O.El Amine Tunis 2016 [6] N=30	10 cm
T. Bouhafa Maroc 2008 [9] N=53	10,25 cm [1-30]
Notre série	15,11 cm [4-25]

Dans la littérature, les tumeurs phyllodes malignes du sein sont des cancers de grandes.

Nous rapportons dans notre étude une taille moyenne de 15,11 cm avec des extrêmes de 4-25 cm et un écart-type de 7,61. Ce résultat est proche de ceux des séries marocaines [4 ; 9 ; 13] et tunisienne [3 ; 6], mais supérieur aux séries française [5] et sénégalaise [1]. Cette variabilité de la taille selon les séries pourrait être en rapport avec le délai de consultation.

□ **Atteinte ganglionnaire/Métastases**

La classification TNM ne s'applique pas aux tumeurs phyllodes malignes du sein. La diffusion ganglionnaire est surtout hématologique plutôt que lymphatique. Cependant dans notre série ; 33,3% des patients avaient au moins une adénopathie axillaire.

Une seule patiente avait une métastase pulmonaire.

c) Examens complémentaires

□ Bilan d'extension :

Six (6) patients avaient réalisé un scanner TAP et qui était normal.

Chez les deux (2) ayant réalisé la radiographie standard, une était normale et l'autre avait mis en évidence des images en lâche de ballon.

L'échographie abdomino-pelvienne était normale chez les deux (2) l'ayant réalisée.

Aucun des patients n'a réalisé la scintigraphie osseuse.

Tableau XXXXX :Type histologique :

Auteurs /Pays	Type histologique
El Amine O., Tunis 2016 ; N=30 [6]	66% sarcomes phyllodes
Notre série	100% sarcomes phyllodes

Nous rapportons dans notre série que 100 % des patients avaient le sarcome phyllode comme type histologique. Dans la série tunisienne [6], 66% étaient des sarcomes phyllodes et 33% d'angiosarcomes phyllodes. Nos résultats corroborent avec les données de la littérature.

□ Stade UICC

Le traitement du cancer du sein est moins agressif et plus efficace si le diagnostic est précoce [13]. Le stade IV d'où métastatique concerne à 6 % des nouveaux cas. La survie est de 16 à 45 mois. Elle dépend du nombre

et du site des métastases, avec une tendance à l'amélioration ces dernières années [38].

Dans notre série ; 77,8% des patients avaient un stade UICC avancé (III et IV). Ceci pourrait s'expliquer par le retard de diagnostic et l'influence des traitements traditionnels.

□ **Classification biomoléculaire :**

Le cancer du sein est une maladie hétérogène caractérisée par sa diversité clinique, pathologique et biologique [25]. L'hétérogénéité biologique dépend de la détermination des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone, de l'amplification de HER2 et de l'expression de l'antigène Ki67, On identifie trois principaux sous-types qui sont Luminal, HER2et triple négatif. Ces sous-types présentent des implications Thérapeutiques et pronostiques [26].

Nous rapportons qu'un seul patient avait réalisé l'histochimie et dont le résultat était un triple négatif.

6.4.3. Stratégies thérapeutiques

Notre étude nous a permis de rapporter que la chirurgie seule fût celle la plus appliquée plus de la moitié des patients, soit 55,6%, suivie de la chimiothérapie seule et la chimiothérapie + la chirurgie respectivement 22,2% chacune.

a) **Type de chirurgie**

Tableau XXXXI : type de chirurgie

Type de chirurgie/Auteurs	Mastectomie	Tumorectomie
Chellakhi M. 2017 Maroc [12] N=13	82%	18%
Bekkouch I. Maroc 2010[13] N=21	84%	16%
S. Haberer France 2009 [5]	80%	20%
Notre série	85,7%	14,3%

Dans cette série, la mastectomie totale a été la technique chirurgicales la plus utilisée, soit 85,7%. Notre résultat est proche de ceux de la littérature [5 ; 12 ; 13].

a) Limite de la résection :

Notre étude nous rapporte que la limite de la résection R0 (limite saine) était de 66,7%.

b) Chimiothérapie :

Dans notre série, la chimiothérapie était curative dans 33,3% des cas et palliative dans 11,1%.

Trois (3) patients avaient reçu une seule ligne thérapeutique (anthracycline) soit 75%, et une patiente avait reçu trois (3) lignes thérapeutiques (anthracycline + Taxane + Navelbine) soit 25%. Dans la série française [5], 52% des patients avaient reçu anthracycline seule.

6.4.4. Survie globale :

La survie globale était de :

Un an : 67%

Une à 2 ans : 22,2%

Deux à 3 ans : 11,1%

Cinq ans : 0%

Ceci pourrait s'expliquer par le retard de prise en charge des patients et le stade évolutif de la maladie et les éléments pronostics.

7. Conclusion et recommandations

CONCLUSION :

Les tumeurs phyllodes malignes du sein sont des tumeurs malignes très rare et surviennent à un âge relativement jeune et essentiellement chez les sujets de sexe féminin. Le retard à la consultation peut être dû à plusieurs causes : les difficultés économiques, recours au thérapeutes traditionnels et la rareté des centres de prise en charge spécialisés. Le diagnostic est histologique et la prise en charge fait recours à la chirurgie, la chimiothérapie ou les deux associées.

Malgré les subventions du gouvernement, il existe très souvent une rupture de certains médicaments. Compte tenu de la faible couverture médicale, peu de nos patients ont bénéficié d'une stratégie complète. Cette prise en charge peut être améliorée par introduction du traitement dans l'assurance maladie.

La sensibilisation des patients, les campagnes de dépistages contribueront à une diminution considérable du retard de diagnostic et la morbi-mortalité liées aux tumeurs phyllodes malignes du sein au Mali.

Recommandations

□ Aux autorités sanitaires et politiques :

Créer un Institut national de cancérologie répondant aux normes internationales.

Rendre disponible et accessible des médicaments cytotoxiques à l'assurance maladie.

Renforcer la capacité du service d'anatomie et cytologie pathologiques par la mise en place d'une unité d'immunohistochimie dans nos structures.

Augmenter le nombre de médecin spécialiste en Anatomopathologie, en oncologie médicale, en chirurgie et en radiothérapie à travers un programme de bourse d'étude.

□ Au personnel sanitaire :

Examiner systématiquement les seins à la recherche d'une quelconque anomalie (nodule, écoulement ...) quel que soit le motif de consultation

Demander un examen cytologique et ou histologique devant tout nodule du sein aux autres anomalies du sein

Apprendre aux femmes, les techniques d'auto-examen des seins et préciser les examens de dépistage nécessaire en cas de risque élevé des cancers du sein

Apporter un soutien psychologique aux patients atteints de cancers

Arrêter la prise de voie veineuse, de tension artérielle, d'injection du côté de la mastectomie sur le membre supérieur

□ **Aux associations féminines et aux femmes en général :**

Impliquer les autorités politiques et des organisations non gouvernementales pour l'obtention de produits de chimiothérapies destinés aux femmes atteintes de cancer du sein

Pratiquer régulièrement l'auto-examen des seins

Connaitre les facteurs de risques du cancer du sein et consulter un médecin devant tout signe d'alerte

Faire régulièrement la mammographie dépistage du cancer du sein tous les deux ans dès l'âge de 40 ans

8. Références bibliographiques

1. Caractéristiques épidémiologiques et morphologiques des tumeurs phyllodes du sein à Dakar (Sénégal) journal de la SAGO 2018 vol19 N*2 P-5-9. A.M. GAYE, T.L. BENTEFOUET, A. KEITA, I. THIAM, C.M.M. DIAL
2. Tumeurs phyllodes du sein : expérience de l'Institut national d'oncologie (Rabat, Maroc), à propos de 70 cas K. Nouni*, A. Diakité, W. Masbah, T. Kebdani, K. Hassouni, N. Benjafer, B. Elgueddari
Institut national d'oncologie, Rabat, Maroc
3. P103 Les tumeurs phyllodes malignes du sein S. Belajouza*, K. Mahjoubi, N. Bouaouina service de cancérologie–radiothérapie, CHU
Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

4. Prise en charge des tumeurs phyllodes du sein à l'Institut national d'oncologie de Rabat, Maroc Management of phyllodes tumors of the breast at the National institute of oncology of Rabat, Morocco. L. Kanouni a,* ,A. Jalil b, I. Saâdi a, H. Sifat a, K. Hadadi a, H. Errihani c,A. Mansouri a, N. Benjaafar a, F.Ahyoud b,A. Souadka b, F. Kettani d, B.-K. El Gueddari

a. Service de radiothérapie, institut national d'oncologie de Rabat, BP 6213 Rabat, Maroc

b. Service de chirurgie, institut national d'oncologie de Rabat, BP 6213 Rabat, Maroc

c. Service de chimiothérapie, institut national d'oncologie de Rabat, BP 6213 Rabat, Maroc

d. Cabinet d'anatomie pathologique, Rabat, Maroc

Reçu le 25 mars 2003 ; accepté le 11 février 2004.

5. Prise en charge des tumeurs phyllodes malignes du sein : l'expérience de l'institut Curie

Management of malignant phyllodes tumors of the breast the experience of the Institut Curie. S.Haber ,M.Léa, V.Seegers, J.Y.Pierga.R.Salmon. Y.M.Koriva, R.Dendale, F.Campana, F.Reyal, O.Miranda ,A.Fourquet, M.A.Bollet.

6. Sarcomes mammaires primitifs : à propos de 30 cas traités à l'Institut Salah-Azaiez de Tunis

Primary breast sarcoma: about 30 cases treated at Salah-Azaiez institute in Tunisia

O El Amine ELhadj, M,Nasri S Thabet; J Ben Hassouna; A Goucha, K Rahal, A Elmay, A Goumadi

7. Tumeur phyllode maligne du sein avec cellules géantes de type ostéoclastique : à propos d'un cas

Sergio Fernández-Aguilar, Jean-Christophe Noël

(1) Service d'Anatomie Pathologique, CHU Charleroi, Boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi, Belgique.

(2) Clinique de Sénologie et Gynécopathologie. Hôpital Universitaire Erasme, Bruxelles.

Fernández-Aguilar S, Noël JC.

Tumeur phyllode maligne du sein avec cellules géantes de type ostéoclastique : à propos d'un cas.

Ann Pathol 2007 ; 27 : 31-34

8. Tumeurs phyllodes : modalités diagnostiques et prises en charges
XXIIème Journées de Sénologie Interactives 2019 Dr C. MIQUEL,
Dr H. LORPHELIN, Dr O. NGUYEN.

9. Tumeurs phyllodes du sein : À propos de 8 patientes

F. Sabban*, P. Collinet*, J.-P. Lucot*, F. Boman**, J.-L. Leroy*, D. Vinatier*

* Département de Gynécologie, Hôpital Jeanne-de-Flandre, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille Cedex.

** Service d'Anatomo-Pathologie, Faculté de Médecine, CHRU de Lille, site Eurasanté, 59037 Lille Cedex.

10. Tumeurs phyllodes du sein à propos de 53cas.

Phyllodes tumors of the breast: analysis of 53patients

T.Bouhafa, O. Mashah, I. Bekkouch, S.Afqir, N. Mellas ,N. Ismaili , K. Hassouni, T. Kebdani ,A.Jalif, N.Benjaafar, H.Errihani, B.Elgueddari.

**11. Tumeurs phyllodes et sarcomes du sein : mise au point Phyllodes
tumors and breast sarcomas: à review**

Tirés à part: J. Grenier

J. Grenier¹, C. Delbaldo², L. Zelek³, P. Piedbois⁴ ¹Institut
SainteCatherine, chemin du Lavarin, BP 846, 84082, Avignon cedex
02,

France <j.grenier@isc84.org> ²Service d'oncologie médicale, CHU
Henri-Mondor, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94000
Créteil, France ³Service d'oncologie médicale, CHU Avicenne, 125,
rue de Stalingrad, 93009 Bobigny, France ⁴Service de recherche
clinique, AstraZeneca, 1, place Renault, 92844 Rueil-Malmaison,

France

**12. P45 La radiothérapie peut-elle changer le
profilévolutifdestumeursphyllodes? M. Chellakhi*, Z. Bouchbika, N.**

Benchakroun, H. Juhadi, N. Tawfiq, S. Sahraoui, A. Benider Centre
Mohammed-VI de traitement des cancers, CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc * Auteur correspondant. Adresse e-mail :

madihachellakhi@gmail.com (M. Chellakhi) 2017

**13. P100 Les sarcomes phyllodes du sein I. Bekkouch*, T. Kebdani, O.
Masbah, H. Chenna, H. El Kacemi, H. Khalid, N. Benjaafar, B.K. El**

Gueddari Institut national d'oncologie, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant. E-mail: bekkiman78@yahoo.fr (I.
Bekkouch).2010

- 14.** Togo A, - Traoré A, Traoré C, Dembélé BT, Kanté L et al :
Cancer du sein dans deux centres hospitaliers de Bamako (Mali) :
aspects diagnostiques et thérapeutiques. J Afr. Cancer. (Mai 2010)
2 :88-91 DOI 10.1007/s12558-010-0060-x.
- 15.** Dubard-Gault M.
Le cancer du sein chez la femme de moins de 50 ans à la Réunion
entre 2005 et 2010. Thèse Med, Université Bordeaux 2 – Victor
Segalen UFR ; 2013.N°3089.101p
- 16.** B. ELMORABIT,
Profil épidémio-clinique, Thérapeutique et évolutive du cancer du sein
chez la femme jeune, Thèse Med, UCAD- FMPPM, Maroc,
2010.N°40 185p
- 17.** KEITA D.
Cancer du sein : Evaluation de la prise en charge au service
d'oncologie médicale du CHUME Luxembourg
Thèse Med, USTTB FMPOS Bamako; 2021.N°14M168.54p
- 18.** Takam STS.
Bilan de 6 (six) années d'exploration du cancer du sein par l'examen
cytologique dans le service d'hémato-oncologie médicale de l'hôpital
du Point G, Bamako, Mali.
Thèse Med, USTTB FMPOS Bamako ; 2013.N°14M168.54p
- 19.** Coulibaly Z.
Cancer du sein en chirurgie générale du CHU.GT.
Thèse Med, USTTB, FMOS Bamako ; 2017.N°17M124.87p

- 20.** Merviel P, Jouvance O, Naepels P, Fauvet R, Cabry-Goubet R, Gagneur O, et al.

Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ? ; Gynecologie Obstetrique & Fertilité 2011, (39) : 486–490

- 21.** Siham J.

Cancer du sein chez la jeune femme facteurs de risques et prévention.
Thèse Med, UM5 FMP Rabat ; 2016.N°67.111p

- 22.** Dembélé SB, Samaké M, Coulibaly B, Saye Z, Bah A, Konaté S, et al.

Cancer du sein : immunohistochimie et pronostic au CHU Gabriel

Touré 2e Mali médical 2019 ; Tome XXXIV N°2 : 36-39

- 23.** Gueye M, Kané Gueye SM, Ndiaye Gueye M.D, Niasse Dia F, Gassama O, Diallo M, Moreau J.C. : Cancer du sein chez la femme de moins de 35 ans : aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques à l'unité de sénologie du CHU Aristide le Dantec de Dakar.

Médecine et Santé Tropicales 2016 ;26 :377-381

- 24.** KEITA MM.

Cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans au Mali Profils épidémiologiques et histopathologiques.

Thèse Med, USTTB FMOS Bamako ; 2018.N°18M80.79p

- 25.** Merviel P, Jouvance O, Naepels P, Fauvet R, Cabry-Goubet R, Gagneur O, et al.

Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ? ; Gynecologie Obstetrique & Fertilité 2011, (39) : 486–490

26. Yılmaz TU, Trabzonlu L, Ata Güler S, Baran MA, Pöstek G, Erçin C, et al.

Characteristics of Spécial Type Breast Tumors in Our Cent Eur
J Breast Health ,2018(4)17-22.

27. Goldhirsch A, Winer EP, Coates A. S, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann V, et al:

Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013 ;Annals of oncology 2013 ;24(2206_2223).

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I/ IDENTITE DU PATIENT

A) Numéro du dossier

.....

B) Nom

.....

C) Prénom

.....

D) Adresse

.....

E) Téléphone

.....

G) Région de résidence :

1=Bamako, 2=Kayes, 3=Koulikoro, 4= Sikasso, 5=Ségou, 6=Mopti, 7=Gao,
8=Tombouctou, 9=Kidal, 10=Afrique Ouest, 11=Afrique Centrale, 12=Autre
Afrique, 13=Europe, 14=Amérique

H) Sexe/.... /

1=Masculin 2=Féminin

I) Age au Diagnostic/.../.../.../.../.../.../

II/ DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

A) Ethnie/...

1=Bambara, 2=Malinké, 3=peulh, 4=Sarakolé, 5=Sonrai, 6=Senoufo, 7=Bozo,
8=Somono, 9=Bobo,
10=Dogon, 11=Autre Mali, 12=Autre Afrique

B) Profession/...

1=Femme au foyer, 2= Fonctionnaire, 3=Secteur privé, 4=Commerçant,
5=Secteur informel, 6= Cultivateur, 7=Autre, 8=Etudiant

C) Statut matrimonial

1=Marié(e), 2=Veuf(Ve), 3= Divorcé(e), 4=Célibataire

D) Niveau d'étude

IV/ ANTECEDENTS

A) Médicaux/... 0=non, 1=oui

B) Type d'antécédent médical

0=Non, 1=HTA, 2=Diabète, 3=UGD, 4=Asthme, 5=hémoglobinopathie, 6=1+2,
7=VIH, 8=Chimiothérapie, 9=1+4, 10=Radiothérapie, 11=Hormonothérapie,
12=Autre

C) Chirurgicaux/.... 0=non, 1=oui D)

Type d'antécédent chirurgical/....

0=non, 1=sein, 2=ovaire, 3=digestif, 4=utérus, 5=GEU, 6=autre

V/ HISTOIRE DE LA MALADIE

a) Date de consultation SOM/.../.../.../.../.../.../

b) Date du début de la maladie /.../.../.../.../.../.../

c) Patient adressé par qui/.....

1=sagefemme, 2=médecin généraliste, 3= infirmier, 4=gynécologue,
5=chirurgien général, 6=professeur, 7=étudiant, 8=elle, 9=autre, 10=spécialiste,
11=spécialiste extérieur, 12=anapath

d) Signe d'appel

1= écoulement mammaire, 2=prurit ou douleur, 3=nodule, 4=tuméfaction,
5=ulcération, 6=peau d'orange, 7= autre

e) Nombre de consulte avant SOM/....

f) Délai entre première consulte et SOM/....

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

1=3mois, 2=6mois, 3=9mois, 4=12mois, 5=15mois, 6=18mois, 7=21mois,
8=24mois, 9>2ans

g) Notion de traitement traditionnel

1=oui ;2=Non

V/ DONNEES CLINIQUES

A) Poids:/_/_/_/Kg, Taille :/_/_/_/Cm, SC :/_/_/_/m2 POMS:/_/_ B)

Coté atteint/....

1=droit, 2=gauche, 3=1+2

C)Localisation de la tumeur/

0=QSI ;1=QSE ;2=QIE ;3=QII ;4=Tout le sein

D) Taille lésion:/_/_/_/Cm E) Aspect de la

lésion/....

, 1=normal, 2=peau d'orange, 3=ulcérée, 4=2+3, 5=nécrose, 6=cicatrice,
7=nodule de perméation, 8=inflammatoire, 9=squirre, 10=autre, 11=rétraction
mamelon

F) Manœuvre de Tillaux/...

0=Négative ;1=Positive

G) Nombre d'adénopathie axillaire/....

0=non, 1=une adénopathie, 2=deux adénopathies, 3=trois adénopathies et plus H)
Nombre d'adénopathie sus claviculaire/...

0=non, 1=une adénopathie, 2= deux adénopathies, 3=trois adénopathies et plus

**VI/ DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE ; MORPHOLOGIQUES et
CARACTERISTIQUES BIOLOGIQUES**

A) Mammographie/.....

0=ACRO ;1=ACR1 ;2=ACR2 ;3=ACR3 ;4=ACR4 ;5=ACR5

B) Echographie mammaire .../

0= Non réalisée ; 2=Aspect hypo échogène hétérogène de contours irréguliers ;
3= Aspect hyperéchogène de contours réguliers ; 4= Mixte ;5=Normal

C)Marqueurs Tumoraux/...

0=CA15-3(3-27) ;1=CA15-3(< 27)

D) Aspect cytologique/....

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

0=non fait, 1=malin, 2=bénin, 3=douteux, 4=non concluant, 5=autre B)

Aspect histologique/.....

0=non fait, 1=carcinome, 2=sarcome, 3=lymphome, 4=autre, 5=absence de malignité

E) Type de carcinome/....

0=non fait, 1=CCI, 2=CLI, 3=CC/Mucineux, 4=CP, 5=CT, 6=CM, 7=CA, 8=Paget, 9=sarcome, 10=lymphome, 11=autres, 12=galactophore

F) Grade SBR/....

0=grade0, 1=grade1, 2=grade2, 3=grade3, 4=non fait **Immunohistochimie/...**

0=Non fait ;1=Non fait

G) Récepteur à œstrogène/.....

0=négatif, 1= (<10%), 2= (>10%) 3=positif, 4=non fait

H) Récepteur à progestérone/.....

0=négatif, 1= (<10%), 2= (>10%) 3=positif, 4=non fait

I) Statut HER2/.....

0=négatif, 1=1+, 2=2+, 3=3+, 4=positif, 5=non fait J)

Ki67/.....

0=négatif, 1(<20%), 2(>20%), 3= non fait

J) Bilans d'extension

1)Scanner TAP / ...

0=Non réalisée ;1=Nodule pulmonaire ;2=Nodule hépatique ;3=Lésion osseuse ;4=Autres (à préciser)

2) Radiographie du thorax .../

0=Non réalisée ;1=Lésion pulmonaire ;2=Normal 3) Echographie abdomino Pelvienne.../

0=Non réalisée ;1=Normal ;2=Nodule hépatique

4)Scintigraphie osseuse.../

0=Non réalisée ;1=Normal ;2=Lésion osseuse

F) Classification TNM

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

a) T/... 1(<2cm), 2(2-5cm), 3(>5cm), 4(paroi, peau), 5(cicatrice mastectomie)

b) N/0=aucun, 1=ganglion mobile, 2= ganglion fixe, 3=autre chaine ganglionnaire

c) M/... 0=aucun, 1=présent initialement, 2=présent secondairement

J) Site des métastases/.....

0=aucun, 1=poumon, 2=foie, 3=os ;4=1+2, 5=1+3, 6=ovaire, 7=2+3, 8=cerveau

K) Poussée inflammatoire

(PEV) 0=Pev0, 1=Pev1, 2=Pev2, 3=Pev3, 4=cicatrice mastectomie

L) Stade UICC/.....

1=stade1, 2=stade2, 3=stade3, 4=stade4, 5=cicatrice mastectomie

VII/ TRAITEMENT

A) Chirurgie/....

0=non, 1=oui

a) Tumorectomie/..... Date: / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

0=non, 1=oui

b) Mastectomie totale/.... Date: / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

c) Mastectomie conservatrice/... Date: / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

0=non, 1=oui

d) Limite de résection/..... 0=R0,

1=R1, 2=R2, 3=Propreté e) Type

Histologique

f) Emboles vasculaires/....

0=Absent ; 1=Présent

g) Curage ganglionnaire axillaire homolatéral/....

0=non, 1=oui, 2=autre, précisé

h) Atteintes ganglionnaires

0=non ;1=oui

i) Complications chirurgicales/.....

0=Aucune ;1=Infection ;2=Lymphœdème ;3= Récidive

B) Radiothérapie/..... 0=non, 1=oui

a) Effets secondaires....

1=Bonne tolérance clinique ;2= Radiodermite

C) Chimiothérapie/..... 0=non, 1=oui

a) Type de chimiothérapie/.....

0=non, 1=adjuvant, 2=néo adjuvant, 3=1+2, 4=palliatif

b) Date première cure/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ date dernière

cure/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ c) Nombre de ligne/.....

d) Effets secondaires/

0=Diarrhée ;1=Alopécie ;2=Mucite ;3=Neuropathie

périphériques ;4=Vomissement

5=Asthénie ;6=Bonne tolérance clinique

Nombre total de cure/....

Protocole/.....

0=aucun, 1=AC, 2=PCT, 3=DCT, 4=1+2, 5= NVB, 6=Gemox/Carboplatine,

7=1+2+3, 8=5-Fu Carboplatine/Oxaliplatine,

9=1+3+5 ;10=1+3 ;11=TC ;12=Autres (à préciser)

Hormonothérapie/....

0=non, 1=oui

a) Type hormonothérapie/.....

0=non, 1=adjuvant, 2= néo adjuvant, 3=palliatif

b) Protocole hormonothérapie/.....

0=non, 1=Tamoxifène, 2=aromatase, 3=1+2

Date de début hormone/.../.../.../

G) Thérapie ciblée

0=non ;1=oui

Molécule.....

D) VII)Facteurs pronostiques

0=FP à rechute locale ;1=FP à rechute métastatique

2=FP à rechute précoce ;3=FP à risque de récurrence tardive

VIII/ EVOLUTION

A).6 mois

1=Vivant sans récurrence /

2= Vivant avec récurrence.../

3=Vivant sans métastase /

4= Vivant avec métastase.../

5=Décédée .../ Date /....

6= Perdu de vu.../

B).1 an

1=Vivant sans récurrence.../

2= Vivant avec récurrence.../

3=Vivant sans métastase .../

4= Vivant avec métastase.../

5=Décédée .../ Date /....

6= Perdu de vu.../

C). 2 ans

1=Vivant sans récurrence .../

2= Vivant avec récurrence.../

3=Vivant sans métastase .../

4= Vivant avec métastase.../

5=Décédée .../ Date /....

6= Perdu de vu.../

D). 3 ans

1=Vivant sans récurrence .../

2= Vivant avec récurrence.../

3=Vivant sans métastase .../

4= Vivant avec métastase.../

5=Décédée .../ Date/....

6= Perdu de vu.../

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**

E). 4 ans

1=Vivant sans récurrence .../

2= Vivant avec récurrence .../

3=Vivant sans métastase .../

4= Vivant avec métastase.../

5=Décédée .../ Date/....

6= Perdu de vu.../

G). 5 ans

1=Vivant sans récurrence .../

2= Vivant avec récurrence.../

3=Vivant sans métastase .../

4= Vivant avec métastase.../

5=Décédée .../ Date/....

6= Perdu de vu.../

H). Survie globale

E) Vivant

Décédé

Perdu de vu

**PRISE EN CHARGE DES TUMEURS PHYLLODES MALIGNES DU SEIN DANS LE SERVICES
D'ONCOLOGIE MEDICALE AU CHU MERE-ENFANT LE "LUXEMBOURG"**