

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Exérèse d'une tumeur phyllode géante du sein par technique de round block : à propos de 5 cas

DOI: 10.70780/medpeer.000QGQG

AUTEUR ET AFFILIATION

Lamtaouech R , Nejjar H , Ribag Y , Khaled A , Achboub A. et El Khatib K.

Service de Chirurgie Plastique, Réparatrice et des Brûlés, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat.

Corresponding author : Dr Lamtaouech Redouane

RÉSUMÉ

Introduction :

Les tumeurs phyllodes géantes du sein constituent une entité rare des tumeurs fibroépithéliales, caractérisées par leur potentiel de croissance rapide et leur volume souvent impressionnant. Leur exérèse chirurgicale complète avec marges saines reste le traitement de choix. Cependant, la fermeture du défaut cutané après une telle exérèse peut poser un défi esthétique, surtout chez la femme jeune. La technique du *round block* représente une alternative intéressante, permettant un abord concentrique et une reconstruction esthétique satisfaisante.

Patients et méthodes :

Nous rapportons une série de 5 patientes présentant une tumeur phyllode géante du sein, opérées entre 2022 et 2025. L'âge moyen était de 35 ans (28–46 ans). Toutes ont bénéficié d'une tumorectomie large par voie périaréolaire selon la technique du *round block*.

Résultats :

Le volume tumoral moyen était de 18 cm (12–25 cm). L'exérèse a été complète dans tous les cas, avec des marges saines histologiquement confirmées. Aucun cas de récurrence n'a été observé après un suivi moyen de 24 mois. Les résultats esthétiques ont été jugés bons à excellents dans 4 cas et satisfaisants dans 1 cas. Aucune complication majeure n'a été notée.

Conclusion :

La technique du *round block* permet l'exérèse complète des tumeurs phyllodes géantes avec un résultat esthétique supérieur, limitant les cicatrices visibles et préservant la forme mammaire. Elle constitue une alternative fiable et conservatrice à la mastectomie partielle traditionnelle, chez les patientes sélectionnées.

MOTS-CLÉS

Tumeur phyllode géante, round block, chirurgie mammaire conservatrice, reconstruction mammaire, chirurgie oncoplastique.

ARTICLE PRINCIPAL

Introduction :

Les tumeurs phyllodes représentent moins de 1 % de l'ensemble des tumeurs mammaires et environ 2 à 3 % des tumeurs fibroépithéliales du sein. Leur comportement est imprévisible, allant de formes bénignes à des variantes borderline ou malignes.

Les tumeurs dites *géantes* dépassent 10 cm et posent des problèmes spécifiques : volume important, distension cutanée, retentissement esthétique et difficulté de fermeture après exérèse.

La prise en charge repose sur une exérèse chirurgicale large avec des marges d'au moins 1 cm. Toutefois, une telle chirurgie expose à une perte de substance cutanée et glandulaire importante.

La technique du *round block* (Benelli, 1990) initialement décrite pour la mastopexie et la réduction mammaire périaréolaire, permet un abord concentrique et une résection glandulaire interne, tout en préservant la peau et l'aréole. Elle offre un contrôle tumoral satisfaisant et un excellent résultat esthétique.

L'objectif de ce travail est de rapporter notre expérience dans l'exérèse de tumeurs phyllodes géantes par voie *round block*, et d'évaluer les résultats fonctionnels, esthétiques et oncologiques.

Patients et méthodes:

A. Population étudiée

Étude rétrospective menée entre janvier 2022 et juillet 2025, incluant 5 patientes opérées pour tumeur phyllode géante (Fig.1).

- **Âge moyen** : 35 ans (28–46 ans).
- **Côté atteint** : 3 seins gauches, 2 droits.
- **Volume tumoral moyen** : 18 cm (extrêmes : 12–25 cm).
- **Circonstances de découverte** : masse indolore évoluant depuis 6 à 24 mois.
- **Bilan préopératoire** : échographie mammaire, mammographie et IRM dans 3 cas.
Biopsie préopératoire confirmant une tumeur phyllode dans 4 cas.

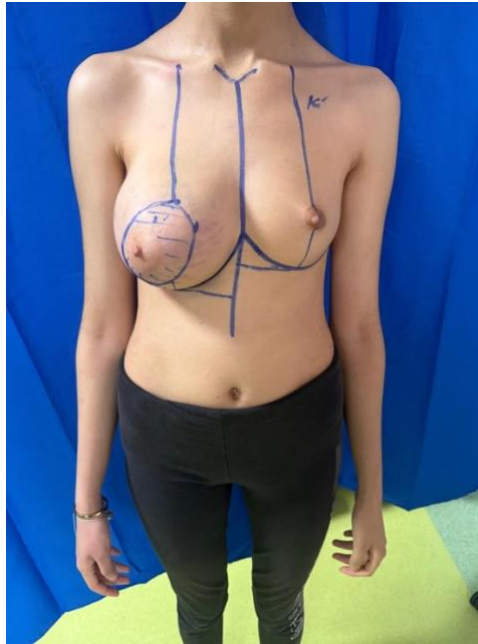


Fig.1 : Patiente avec tumeur phyllode géante du sein droit

B. Technique chirurgicale (round block)

- Patiente en décubitus dorsal, sous anesthésie générale.
- Incision périaréolaire circulaire à 2 mm de la jonction aréolaire (Fig.2)
- Décollement cutané concentrique en respectant le réseau vasculaire sous-dermique.
- Exérèse en bloc de la tumeur, avec marge macroscopique d'au moins 1 cm, en conservant la peau et l'aréole (Fig.3).
- Remodelage glandulaire interne par plicature et suture des berges profondes.
- Fermeture cutanée concentrique par double plan : plan sous-cutané par points inversants au fil résorbable et plan cutané par points de Skoog au fil non résorbable.
- Pansement compressif circulaire.
- Pièce opératoire adressée en Anatomopathologie (Fig.4)



Fig.2 : Incision périaréolaire circulaire (Round-Block)



Fig.3 : Extraction de la tumeur

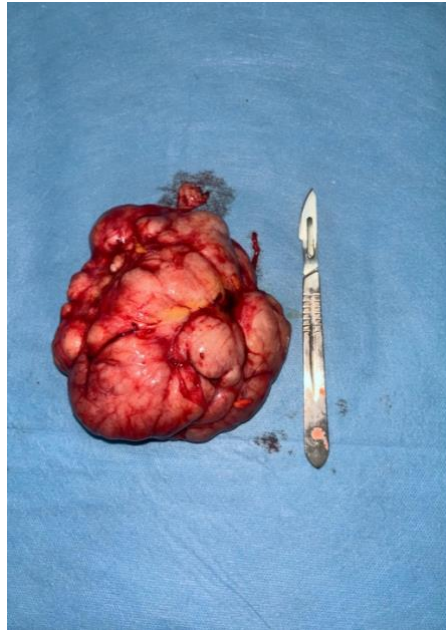


Fig.4 : Pièce opératoire à adresser en Anatomo-pathologie

C. Suivi post-opératoire

- Sortie à J+1.
- Retrait des fils à J+10.
- Surveillance clinique et échographique tous les 6 mois (Fig.5).



Fig.5 : Résultat à 6 mois

Résultats:

Paramètre	Valeur observée
Nombre de patientes	5
Âge moyen	35 ans
Taille tumorale moyenne	18 cm
Marges saines	100 %
Complications post-opératoires	0 cas majeur (1 hématome minime résorbé)
Récidive locale	0 cas
Résultat esthétique (auto-évaluation)	Excellent (3 cas), Bon (1), Satisfaisant (1)
Suivi moyen	24 mois (12–36 mois)

La cicatrice périaréolaire était discrète dans tous les cas. Aucun trouble de la sensibilité aréolaire durable n'a été rapporté. Les patientes ont exprimé une satisfaction globale élevée concernant la symétrie et le galbe mammaire.

Discussion

Les tumeurs phyllodes géantes sont rares, et leur prise en charge chirurgicale demeure un défi. L'objectif est double : obtenir une exérèse complète avec marges saines, et restaurer une morphologie mammaire satisfaisante.

Traditionnellement, les tumeurs volumineuses nécessitent une mastectomie partielle ou totale, souvent au prix d'une cicatrice étendue et d'une asymétrie importante. La technique du *round block* permet une voie d'abord unique, dissimulée, avec un remodelage glandulaire préservant la forme du sein.

Dans notre série, aucun cas de récurrence n'a été observé. Ces résultats concordent avec la littérature :

- Benelli (1990) [1] a montré la faisabilité du *round block* pour les résections glandulaires centrales.
- Sinnott et al. [2] ont souligné l'intérêt des techniques oncoplastiques périaréolaires dans les tumeurs bénignes volumineuses.
- Vignes et coll. [3] ont rapporté de bons résultats esthétiques sans altération oncologique dans les exérèses tumorales par *round block*.

Les limites de cette approche concernent les tumeurs très excentrées ou envahissant la peau, où une exérèse cutanée additionnelle s'impose.

Conclusion

La technique du *round block* offre une alternative efficace et esthétique pour l'exérèse des tumeurs phyllodes géantes du sein. Elle permet une résection large avec marges saines, une cicatrice dissimulée, et un bon remodelage glandulaire. Cette approche s'intègre pleinement dans la chirurgie oncoplastique moderne, conciliant exigence oncologique et préservation esthétique.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Benelli L. A new periareolar mammaplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1990;14(2):93-100.
<https://doi.org/10.1007/BF01578332>
2. Sinnott CJ, Fine NA, Orihuela E, Patel PN. Oncoplastic techniques in benign and malignant breast disease. *Ann Plast Surg.* 2018;81(1):73-78.
3. Vignes S, Dardour JC, Guerin N. Indications esthétiques et reconstructrices du round block. *Ann Chir Plast Esthét.* 2002;47(5):457-465.
4. Tan PH, Thike AA, Tan WJ, et al. Phyllodes tumours of the breast: a consensus review. *Histopathology.* 2016;68(1):5-21.
<https://doi.org/10.1111/his.12876>
5. Spitaleri G, Toesca A, Botteri E, et al. Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2013;88(2):427-436.
<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.06.005>