

# Un lymphome mammaire primitif de présentation inhabituelle

F.El Mansouri, A.Benfdil

Laboratoire Goulmima d'anatomie pathologique-Casablanca  
Unité de gynécologie-Clinique Racine-Casablanca

## RESUME

Le lymphome malin non Hodgkinien (LMNH) primitif mammaire est une entité histologique très rare du cancer du sein .Il se définit par l'atteinte d'un ou des deux seins avec le respect des critères de Wiseman et Liao notamment un prélèvement histologique adéquat; étroite association entre le tissu mammaire et l'infiltration lymphomateuse; absence de diagnostic de lymphome extra mammaire et absence de métastases de la maladie excepté adénopathie axillaire homolatérale. Il a deux pics de fréquence, un premier pic chez la femme jeune en âge de procréation entre 20 et 30 ans , le second entre 50 et 60 ans et de pronostic plus favorable que le premier.

Il existe souvent une discordance entre la symptomatologie clinique souvent inquiétante et les données de la mammographie évoquant plutôt des lésions d'allure bénigne.

Nous rapportons un nouveau cas de lymphome à grandes cellules colligé au laboratoire d'anatomie pathologique, l'observation de la patiente sera discutée pour sa particularité clinique et radiologique contrairement aux données de la littérature de cet entité anatomo-clinique en insistant sur l'importante d'une concertation multidisciplinaire pour la prise en charge adéquate de cette pathologie rare.

## INTRODUCTION

L'atteinte primitive du sein par un lymphome malin non hodgkinien (LMNH) est une éventualité rare. Ces tumeurs ne représentent en effet que 0,5 % des tumeurs malignes mammaires . Cette rareté nous incite à en rapporter un cas qui a aussi une présentation clinique et radiologique particulière.

Sur le plan épidémiologique, le LMNH primitif du sein est une tumeur de la femme surtout à la cinquième décade . Il touche surtout le Le quadrant supérieur du sein. Le côté atteint est le plus souvent le sein droit .

## OBSERVATION

Patiente de 61 ans ,4P4G .

Pas d'antécédent familial de cancer gynéco-mammaire.

Apparition brutale d'une masse palpable du quadrant supéro-externe du sein droit de 4 cm de grand diamètre d'évolution très rapide sans signes inflammatoires en regard.

Pas d'adénopathies axillaires cliniques.

Opacité spiculée mal limitée de 3,5cm de grand axe classée ACR5 (figure 1).

Examen extemporané indiqué pour retenir un carcinome comptenu l'âge et la présentation radiologique: reçu une macro biopsie qui mesure 1cm de grand axe de couleur blanc grisâtre de consistance dure et d'aspect focalement charnu .

A l'examen microscopique après congélation: prolifération tumorale maligne et focalement nécrosée de nature lymphoïde probable confirmer après fixation et inclusion en paraffine (figure 2).

L'examen microscopique définitif et l'étude immunohistochimique sont compatibles avec une localisation mammaire diffuse à grades cellules de phénotype B (figure 3).

Le bilan d'extension cliniques étiologique ne met pas e évidence d'autre foyers lymphomateux.

Diagnostic retenu: Lymphome mammaire primitif à grandes cellules B.

Evolution: régression sous chimiothérapie et hormonothérapie avec un recul de 10 mois .

## BIBLIOGRAPHIE

- Mountassir Moujahid,Tarik Ziadi, Omar Ouzzad, Hicham Kechna, Ahmed Moudden. Primary non-hodgkinien malignant breast lymphoma. Imagerie de la Femme. 2011;21 :31-34
- Boudhraa K, Amor H, Kchaou S, Ayadi A, Boussen H, Chaabene M, Mezni F, Gara M. Primary breast lymphoma: a case report. Tunis Med. 2009 Mar;87(3):215-8. This article on PubMed
- Duncan VE, Reddy VV, Jhala NC, Chheng DC, Jhala DN. Non-Hodgkin's lymphoma of the breast: a review of 18 primary and secondary cases. Ann Diagn Pathol. 2006 Jun;10(3):144-8. This article on PubMed
- Fatnassi R, Bellara I. Primary non-Hodgkin's lymphomas of the breast. Report of two cases. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005 Nov;34(7 Pt 1):721-4. This article on PubMed

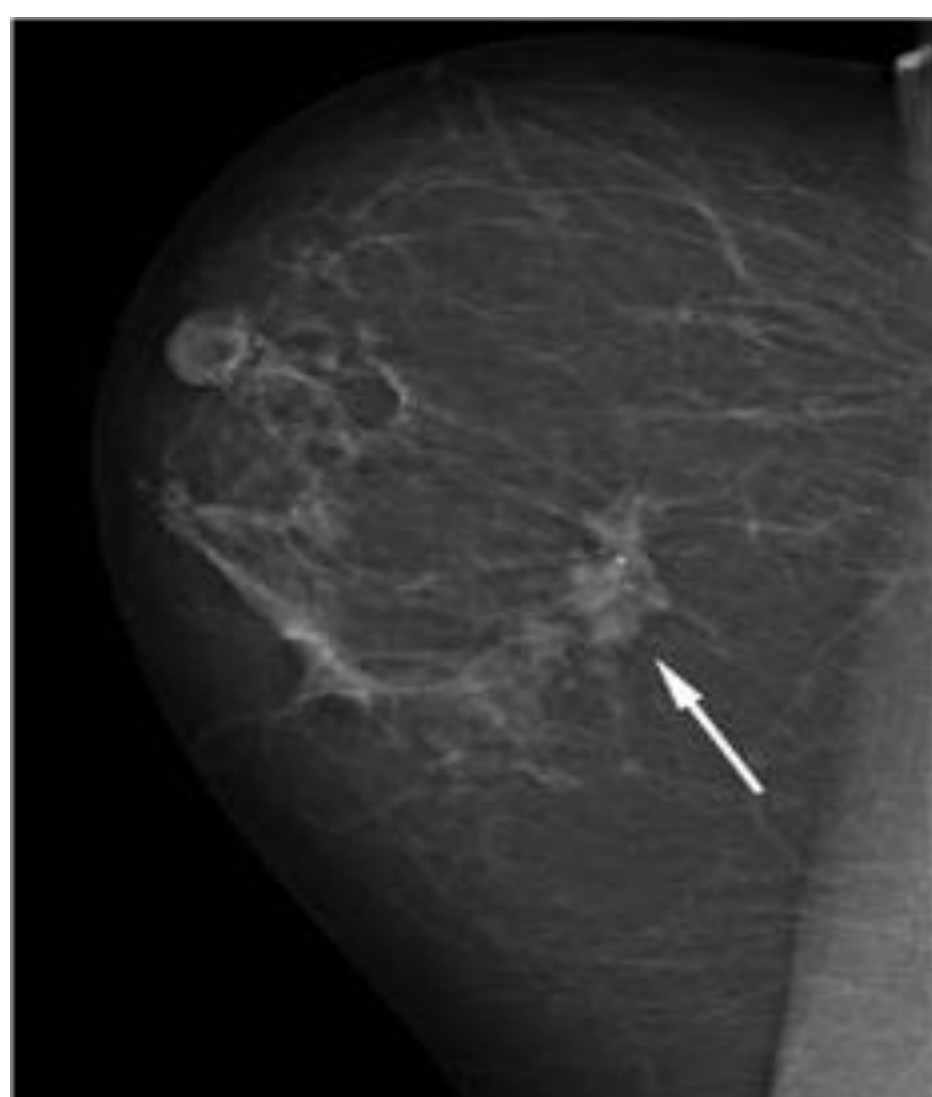


Figure 1:opacité mal limitée classée ACR5

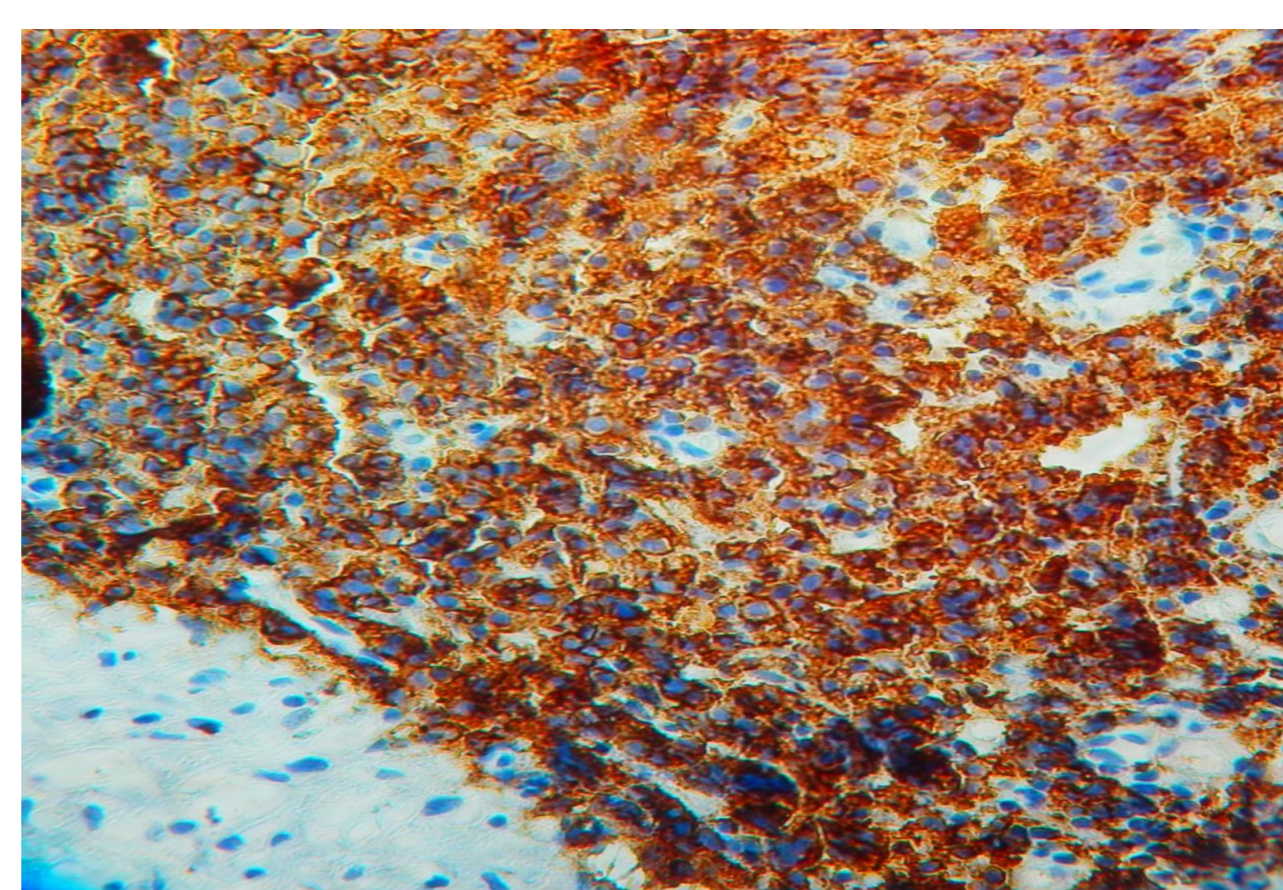


Figure 3:marquage diffus par le CD20 (6x40)

## DISCUSSION

Le LMNH primitif du sein se révèle cliniquement par une masse mammaire à une croissance rapide avec parfois des phénomènes inflammatoires.

Les adénopathies axillaires sont retrouvées dans 20 à 40% des cas ce qui était le cas de notre patiente .

Il évoque souvent à la mammographie une lésion bénigne contrairement à notre cas ou la lésion a été classé ACR5 d'emblée d'où l'indication de l'extemporanée . Dans la littérature ,ce néoplasme montre une opacité de densité homogène sans formations spiculaires ni micro calcifications.

L'échographie mammaire n' a pas une spécificité au lymphome néanmoins elle montre une masse hypoéchogène voir anéchogène non spécifique.

L'IRM est plus performante pour détecter les foyers lymphomateux et préciser leur multicentricité et multifocalité.Il prend un aspect de lésion mal limitée non spiculée avec la présence à T2 d'un halo hyperintense.

C'est la discordance entre une mammographie rassurante et un tableau clinique inquiétant, qui serait un élément devant faire évoquer le diagnostic contrairement à notre observation ou la clinique était plutôt en faveur d'un carcinome .Parfois, devant les signes inflammatoires ,cette néoplasie peut simuler une mastite carcinomateuse devant l'aspect de sein inflammatoire.

Dans les localisations mammaires primitives , il existerait une prédominance des formes de grande malignité comme chez notre patiente avec une majorité de lymphome diffus à grandes cellules de phénotype B.

Le diagnostic est anatomopathologique sur biopsie au trucut,à l'extemporané ou accidentellement sur des pièces de résections mammaires avec intérêt important de l'étude immunohistochimique et parfois même de la cytogénétique.

Le diagnostic différentiel se pose devant le sarcome granuloctytaire et le carcinome LPBC = Lymphocyte-predominant breast cancer (figure 4).

La Biologie moléculaire montre les mêmes réarrangements rencontrés dans les LMNH ganglionnaires notamment IRF4 et MUM1 dans le Lymphome diffus à Grandes cellules B.

Le traitement se base essentiellement sur la chimiothérapie et l'immunothérapie avec un pronostic qui dépend du stade clinique et grade histologique avec une survie de 5ans chez 90% des patientes.

## CONCLUSION

Le LMNH primitif du sein est une entité à connaître à l'étape radiologique avant à cause de sa prise en charge différente sur le plan thérapeutique.

En effet, il présente souvent une discordance clinique et radiologique qui doit pousser les investigations à demander une IRM mammaire plus performante et un bilan d'extension.

Le rôle de l'anatomopathologiste consiste à différer la réponse en cas d'examen extemporané ou à demander une étude immunohistochimique devant une localisation mammaire d'une prolifération tumorale indifférenciée.

La prise en charge émane de la chimiothérapie en premier avec une étroite surveillance clinique .

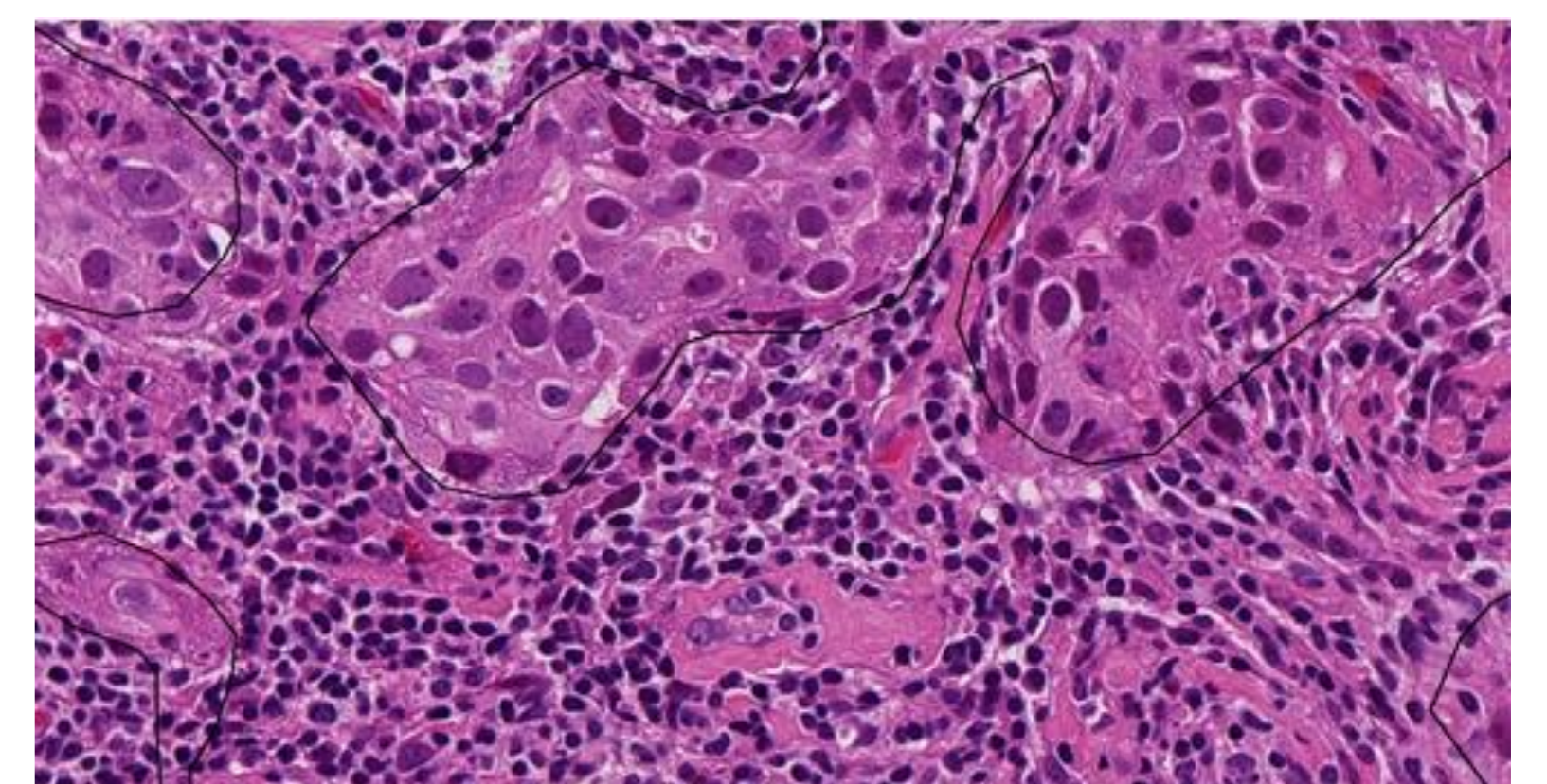


Figure 4:Coupe histologique montrant un infiltrat inflammatoire dense sans le cadre du diagnostic différencié Lymphocyte-predominant breast cancer (6x40)