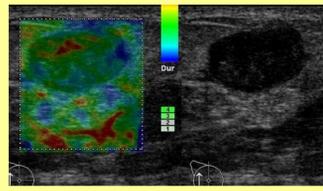


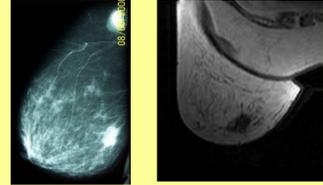
- (1) Service de radiologie INO Rabat /Maroc
 (2) Département d'imagerie médicale et radiologie CHG Correze Tulle /France
 (3) Imagerie médicale de la femme / sénologique Casablanca /Maroc
 (4) Service de chirurgie viscérale et oncologique CHR-Vienne / Chirurgie CHU-Lyon /France

INTRODUCTION:

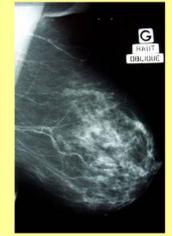
Le lymphome du sein est une tumeur rare qui représente moins de 1% des lymphomes non hodgkinien et moins de 0.5% des lésions malignes du sein. La glande mammaire peut être le siège d'un lymphome primitif ou être envahie secondairement par un lymphome d'un autre organe. L'atteinte est habituellement unilatérale, plus rarement bilatérale. Chez l'homme cette pathologie reste exceptionnelle. Primitifs ou secondaires, ce sont pratiquement les mêmes variétés de lymphomes qui sont observées. Il s'agit essentiellement de lymphomes de type B, ceux de type NK/T restant rares en Occident



Elastographie: Masse de dureté modérée



Masse du sein droit (mammographie cliché oblique) et sa traduction en IRM (Hyposignal) en T1



Cliché dépistage en juin 04



Cliché dépistage en juin 06
Masse spiculée → Lymphome

Formes histo-pathologiques

Les plus fréquents sont les lymphomes diffus à grandes cellules B, qui, lorsqu'ils sont primitifs, présentent la particularité de donner des rechutes sous forme d'extension au système nerveux central. Beaucoup moins fréquentes sont les localisations de lymphomes à petites cellules B, de type surtout folliculaire ou de la zone marginale dite MALT. Un petit nombre parmi ces derniers peut être associé à une amyloïdose. Ces dernières années, une association particulière a fait l'objet de plusieurs publications, celle de lymphomes T à grandes cellules anaplasiques, ALK négatif se présentant comme un lymphome primitif, survenant au contact d'une prothèse mammaire en silicone entourée de réactions inflammatoires chroniques et souvent d'un épanchement liquide appelé « sérome ». Le lymphome primitif mammaire (LPM) se définit par l'atteinte d'un ou des deux seins. Cliniquement, il s'agit du premier site atteint ou majoritairement atteint à l'exception d'une atteinte axillaire homolatérale.



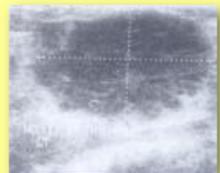
Ia. On décrit à la mammographie de profil un sein dense avec une masse de densité hydrique prenant les 4 quadrants une rétraction mamelonnaire et des plans cutanés superficiels.



Ib. L'aspect échographique du même cas décrit des masses litissulaires hypoéchogènes polylobulées et sans atténuation postérieure échos
Biopsie: Lymphome (primitif) diffus de grade intermédiaire



Ia. Autre patiente avec celle-ci une masse nettement limitée, oblongue et de densité hydrique du quadrant supéroexterne



Ib Masse hypoéchogène, grand axe horizontal, limites irrégulières.

Diagnostic et moyens d'imagerie

Présentation clinique:

C'est devant le contexte clinique et le bilan général d'extension quand peut être amené à les découvrir ou devant la palpation d'un empatement mammaire avec mastodynie

Données radiologiques:

Mammographie:

Globalement, on retrouve très majoritairement des masses le plus souvent à contours flous voire spiculées et très rarement des distorsions glandulaires focales.

Echographie:

Aspect, le plus généralement de masses ou agglomérats lésionnels hypoéchogènes irréguliers, de contours flous, montrant une franche vascularisation au doppler couleur et nette au doppler puissance et parfois un halo perilésionnel.

IRM:

On retrouve une masse polylobée, en hyposignal T1 avec rehaussement hétérogène précoce et phénomène de « wash out »

Résultats

- Toutes les patientes se présentent pour une masse palpable du sein
- 1 seule patiente s'est présentée avec un aspect inflammatoire du sein (L. Primitif)
- 1 seule patiente a présenté un épaissement associé une rétraction cutanée
- 1 seul cas de lymphome primitif confirmé

À la mammographie

1/2 des patientes présentent une masse bien limitée

1/3 présentent une masse modérément limitée

1/5 présentent une masse mal limitée avec densification diffuse du sein

À l'échographie :

Aspect de masse nodulaire unique, non spécifique le plus souvent, hypoéchogène et de grand volume

Une patiente aspect de localisations nodulaires hypoéchogènes mal limitées multiples

Doppler: Vascularisation doppler couleur/puissance est généralement à prédominance périphérique (quelques signaux centraux sont notés cependant)

Elastographie: Masse de dureté modérée.

IRM: Masse en hyposignal en séquence T1 avec phénomène « wash out » après injection gadolinium

Masse présentant un isosignal en Séquence T2

Notion thérapeutique

La chirurgie d'exérèse n'est pas indiquée dans le traitement de ces lymphomes (Chimiothérapie +/- Immuno.)

Conclusion

Les localisations lymphomateuses du sein possèdent des aspects très divers qu'on ne saurait interpréter en dehors de l'histoire de la maladie et de leur contexte clinique et thérapeutique. Pratiquement tous les cas examinés avaient une présentation nodulaire; A la mammographie, le plus souvent le nodule était solitaire, de densité moyenne et sans spiculation, de microcalcifications ou de distorsions architecturales associés.

Au plan échographique, la plupart des nodules étaient hypoéchogènes et avaient des limites nettes et des contours bien définis. La possibilité de ce diagnostic doit être envisagé dans les tumeurs à croissance rapide qui ne présentent pas les caractéristiques typiques de l'imagerie de carcinome

Classification

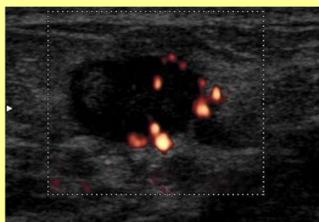
La classification de Wiseman et Liao définit des critères diagnostiques de LPM :

- Prélèvement histologique adéquat ;
- Étroite association entre le tissu mammaire et l'infiltration lymphomateuse ;
- Absence de diagnostic de lymphome extramammaire ;
- Absence de métastases de la maladie exceptée adénopathie axillaire ipsilatérale.

Cette pathologie est presque exclusivement féminine puisque seule une dizaine de cas masculins a été rapporté. Elle est rare, représentant 0,04–0,5 % [des néoplasies du sein. Dans les pays occidentaux, l'incidence est de 1,7 à 2,2%.



Masse hypoéchogène de forme oblongue avec une **Vascularisation** modérée au doppler couleur et doppler puissance (périphérique avec quelques signaux centraux!)



Références

Jardini R, Piccolo C, Rilke F. Primary non-Hodgkin's lymphomas of the female breast. Cancer 1992; 69: 725–735.
 Cutler SJ, Young JL, eds. Third national cancer survey: incidence data—NCI monograph no. 41. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 1975; 413–414.
 Kim H. Extranodal lymphomas. In: van den Tweel JG, ed. Malignant lymphoproliferative diseases. Boston, Mass: Martinus Nijhoff, 1980; 459–467.
 Darnell A, Gallardo X, Sentis M, Castaner E, Fernandez E, Villajos M. Primary lymphoma of the breast: MR imaging features—a case report. Magn Reson Imaging 1999;17:479–482. CrossRef