

Lymphome Du Sein : À Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature

M. LARAICHI, J. Rahmouni, A. Bensaleh, M. Saoud, N. MAMOUNI, S. ERRARHAY, C. BOUCHIKHI, A. BANANI

Service gynécologie obstétrique I. CHU Hassan II.
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Abstract: *Le lymphome est extrêmement rare. Ce type de cancer du sein est traité différemment des autres formes de cancers du sein. On le traite habituellement par chimiothérapie, comme un [lymphome non hodgkinien](#). Nous rapportons le cas d'un lymphome du sein.*

Keywords: *Lymphome du sein, lymphome B, Tumeur du sein.*

INTRODUCTION

Le lymphome primitif mammaire (LPM) se définit par l'atteinte d'un ou des deux seins. Il s'agit du premier site atteint ou majoritairement atteint à l'exception d'une atteinte axillaire homolatérale.

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 extra mammaire et absence de métastases de la maladie excepté adénopathie axillaire homolatérale.

Le lymphome mammaire primitif est une entité rare et particulière de par sa localisation et la difficulté diagnostique qu'il peut poser au clinicien. Le lymphome non hodgkinien (LNH) de type B est le plus fréquent avec prédominance du lymphome à grandes cellules B. Une fois le diagnostic posé, la prise en charge ne diffère pratiquement pas des autres localisations, reposant sur l'immunochimiothérapie et la prophylaxie neurologique dans les formes agressives.

Observation clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 51 ans, multipare, ménopausée il y a 5 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présentée à notre service pour prise en charge d'une inflammation du sein droit. L'examen clinique révèle des seins bonnet C avec un sein droit inflammé avec perte de substance par endroit, associé à un nodule prenant la totalité du sein et aspect crouteux aréolaire, par ailleurs le sein gauche est sans particularité, et enfin présence d'une adénopathie axillaire droite mesurant 6 cm fixe et avec des signes inflammatoires en regard (figure 1). La patiente a bénéficié d'une échographie mammaire qui a objectivé une masse occupant la quasi-totalité du sein droit classée ACR5 10cm, associée à des adénomégalies axillaires droite de 82*59 mm, 80*46mm et 56.1*41 mm suspectes, et sein gauche innocenté, ainsi qu'une micro biopsie au trépan revenant en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules, et d'une TDM TAP dans le cadre du bilan d'extension revenant en faveur d'une masse tumorale mammaire droite mesurant 88*132 mm, avec 2 masses tissulaires au dépend des 3 et 4 eme cartilages sterno-costale

droit envahissant la chaîne mammaire interne en regard, 19*23 mm et 30*50 mm très probablement d'origine ganglionnaire (figure 2).

La patiente fut staffée en réunion de concertation multidisciplinaire avec comme décision d'adresser la patiente au service de médecine interne pour chimiothérapie.



Figure 1 : aspect clinique de la tumeur du sein droit

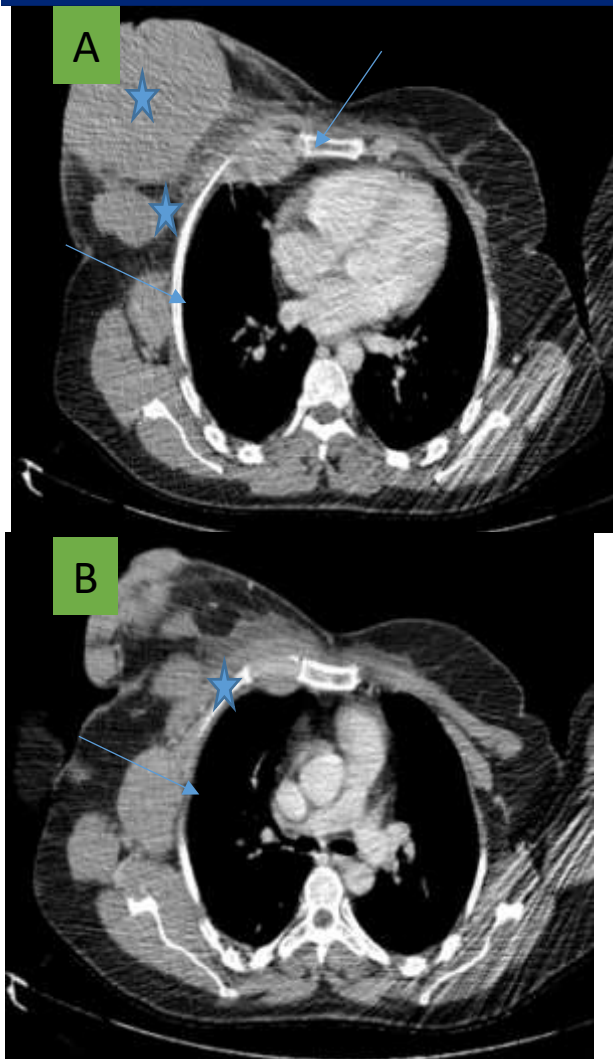


Figure 2 : A,B: coupes scanographiques axiales passant à l'étage thoracique après injection du PDC, montrant de volumineuses masses mammaires droites envahissant le revêtement cutané et le muscle pectoral homolatéraux (astérix), associées à des volumineuses adénomégalies axillaires et de la chaîne mammaire interne (flèche bleue). Absence d'autre adénomégalie médiastinale ni sus claviculaire ou axillaire controlatérale. Absence d'adénopathie à l'étage sous diaphragmatique, ni hépatosplénomégalie.

Discussion :

Les lymphomes primitifs du sein sont rares. Leur fréquence est estimée de 0,04 à 0,52% de tous les néoplasmes du sein et 2,2% des lymphomes extra-nodaux. Cette pathologie touche généralement la femme, cependant des cas chez l'homme ont été rapportés. Concernant l'âge, deux pics de fréquence ont été notés, un premier pic chez la femme jeune en âge de procréation souvent au cours d'une grossesse, le second est plus important se situant entre 50 et 60 ans et de pronostic plus favorable.

L'atteinte est souvent unilatérale. Dans 18% des cas, elle est bilatérale, elle peut être simultanée (12%) ou successive (6%). Le mode de révélation est presque toujours le développement d'une tumeur mammaire, très souvent aussi par une gigantomastie uni ou bilatérale avec un état de mastite inflammatoire comme c'était le cas chez notre malade. Les adénopathies axillaires sont retrouvées dans 20 à 40% des cas.

L'aspect en imagerie est non spécifique. La mammographie montre souvent une masse bien limitée de densité homogène d'allure bénigne, évoquant un kyste, un fibro-adénome ou une tumeur phyllode. Moins fréquemment, il s'agit d'un aspect de mastite avec augmentation diffuse de la densité du sein, une masse de contours mal définis ou une masse à contours spiculés. Rarement, on note un aspect suspect de malignité, mais il n'y a jamais d'opacité stellaire ni de micro calcifications. En échographie la présentation n'est pas spécifique, le plus souvent sous forme d'une masse hypoéchogène homogène à contours nets et réguliers. Rarement un aspect de mastite est constaté en échographie. La discordance entre une clinique inquiétante et un aspect mammographique rassurant pourrait faire évoquer le diagnostic.

Le diagnostic est cytologique ou histologique après micro-biopsie ou biopsie chirurgicale. L'étude extemporanée comporte un risque d'erreur important, ainsi le diagnostic différentiel peut se poser avec les carcinomes anaplasiques ou les carcinomes médullaires, mais dans ces cas, le recours à l'immunohistochimie permet de trancher devant l'absence d'expression des marqueurs épithéliaux (EMA, cytokeratine) et l'immuno-expression des marqueurs lymphoïdes. Le type histologique le plus fréquent est le lymphome diffus à grande cellules B. les lymphomes de bas grade de type MALT vient au deuxième rang par ordre d'incidence.

Le traitement du LMNH primitif du sein est superposable à celui des autres localisations lymphomateuses. De multiples protocoles ont été proposés dans la littérature. Actuellement, la majorité des auteurs préconisent une chimiothérapie à base d'Endoxan®, Oncovin® et Prednisone® ou associée à une immunothérapie par anticorps anti-CD20.

Pour les LNH de haut grade de malignité ou à malignité intermédiaire, une poly chimiothérapie seule est préconisée. Dans le cas où la tumeur est de taille inférieure à 5 cm, la chirurgie est d'abord réalisée. Dans le cas où la tumeur est volumineuse, la chirurgie pourra être précédée d'une chimiothérapie néo-adjuvante. Lorsque la chirurgie est impossible, une chimiothérapie sera associée à la radiothérapie. Le pronostic des LMNH du sein est particulièrement mauvais. Le type histologique et le stade clinique de la maladie sont les deux principaux facteurs pronostiques.

CONCLUSION :

Le lymphome primitif du sein est une pathologie rare. Sa symptomatologie clinique est polymorphe. L'imagerie médicale est non spécifique. Le diagnostic de certitude est histologique. Le diagnostic d'un LPM impose un bilan d'extension soigneux. Le pronostic et le traitement rejoignent ceux des autres localisations lymphomateuses.

LA PATIENTE A CONSENTI A LA PUBLICATION DE CES IMAGES.

CONFLITS D'INTERETS : LES AUTEURS NE DECLARENT AUCUN CONFLIT D'INTERETS.

REFERENCES

1. Duncan VE, Reddy VV, Jhala NC, Chhieng 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. [PubMed] [Google Scholar]

2. 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. [PubMed] [Google Scholar]

3. 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. [PubMed] [Google Scholar]

4. Sokolov T, Shimonov M, Blickstein D, Nobel M, Antebi E. Primary lymphoma of the breast: unusual presentation of breast cancer. *Eur J Surg.* 2000;166:390–3. [PubMed] [Google Scholar]

5. Duncan VE, Reddy VV, Jhala NC, Chhieng DC, Jhala DN. Non-Hodgkin's lymphoma of the breast: a review of 18 primary and secondary cases. *Ann Diagn Pathol.* 2006;10(3):144–8. [PubMed] [Google Scholar]

6. Cohnen M, Saleh A, Germing U, Engelbrecht V, Modder U. Imaging of supradiaphragmatic manifestations of extranodal non-Hodgkin's lymphoma. *Radiologe.* 2002;42(12):960–9. [PubMed] [Google Scholar]

7. Levine PH, Zamuco R, Yee HT. Role of fine-needle aspiration cytology in breast lymphoma. *Diagn Cytopathol.* 2004;30(5):332–40. [PubMed] [Google Scholar]

8. Virginia E, Vishnu V.B, Nirag C, David C, Darshana N. Non-Hodgkin's lymphoma of the breast: a review of 18 primary and secondary cases. *Annals of Diagnostic Pathology* 2006;10:144–148

9. R. Fatnassi and I. Bellara Primary non-hodgkinian's lymphomas of the breast: report of two cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ;34 : 721-24 .

10. Arber DA, Simpson JF, Weiss LM, Rappaport H. Non-Hodgkin's lymphoma involving the breast. *Am J Surg Pathol* 1994;18 : 288–95.