

 ISSN NO. 2320-5407	Journal Homepage: -www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI:10.21474/IJAR01/11930 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/11930	 INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Article DOI:10.21474/IJAR01/11930
---	---	---

RESEARCH ARTICLE

NODULE DU SEIN REVELANT UN LYMPHOME PRIMITIF MAMMAIRE: A PROPOS D'UN CAS

K. Aboulfath, N.A. Mohamed Zeine, N. Mamouni, S. Errarhay C. Bouchikhi and A. Banani

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 27 August 2020

Final Accepted: 30 September 2020

Published: October 2020

Key words:-

Lymphome primitif, Sein, Diagnostic, Traiement

Abstract

The breast may be the site of primary lymphoma or be invaded secondarily by lymphoma from another organ [1]. Unilateral localisation is the most frequent.. The majority of lymphomas are of B-cell type. The most frequent type is represented by diffuse large B-cell lymphoma, which present, when primary, a peculiar type of relapse in the central nervous system. Only limited surgery should be done in all type of lymphomas. The treatment is based on chemotherapy and immunotherapy, The prognosis is generally pejorative with. We report a case of primary breast non-Hodgkin's malignant lymphoma in a 70-year-old patient. At the same time, a review of the literature is undertaken evoking the epidemiological, clinical, histological and therapeutic aspects of this neoplasm.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

Le lymphome primitif mammaire (LPM) se définit par l'atteinte d'un ou des deux seins. Cette néoplasie touche généralement la femme, cependant des cas chez l'homme ont été rapportés. C'est une affection rare, représentant 0,04–0,52% de tous les cancers du sein [1,2]. Nous allons discuter, à travers un nouveau cas de LPM colligé à notre centre hospitalier et universitaire, les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques de cette tumeur rare en se concentrant sur le rôle et l'efficacité de la chimiothérapie dans sa prise en charge à la lumière des données récentes de la littérature.

Patient et cas Clinique:

Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, sans antécédents personnels et familiaux particuliers. Le début de la symptomatologie a remonté à 06 mois par l'autopalpation d'un nodule du sein gauche qui a augmenté progressivement de volume, associé à des mastodynies homolatérales, sans signes inflammatoires ni écoulement mamelonnaire.

L'examen du sein gauche a trouvé un nodule de la jonction des quadrants externes mobile d'environ 3cm sans adénopathie axillaire homolatérale ou controlatérale. Le sein controlatéral et le reste de l'examen somatique sont normaux.

A la mammographie, on a mis en évidence des seins de type 2 en terme de densité mammaire avec une opacité de tonalité moyenne, présentant des contours réguliers mesurant 40mm, siègeant au niveau de la JQE sein gauche cette lésion a été classée ACR4b (**Figure 1**).

A l'échographie, l'opacité sus-décrite correspond à une formation tissulaire hypoéchogène, hétérogène hyper-

vascularisée au doppler associée à des déformations ganglionnaires axillaires bilatérales bien différenciées infracentimétriques. (Figure 2).

L'examen histologique d'une microbiopsie échoguidée du sein gauche a montré la présence de cellules suspectes dont l'étude immunohistochimique a évoqué en premier lieu un ganglion intra-mammaire.

Vu la discordance entre les données radiohistologiques, une tumorectomie du sein gauche a été réalisée avec étude histologique et immunohistochimique en faveur d'un lymphome B diffus à grandes cellules ; IHC : CD20+ ; CD10+ et Mum1+ ; Ki67 à 60%.

AC anti-cytokératine-, BCL2 ; BCL6 - ; le CD15 et CD30 et la cycline D1 sont négatifs. Un bilan d'extension comportant une TDM cérébro-thoraco-abdomino-pelvienne est revenu négatif.

Notre patiente a été mise sous une chimiothérapie à base de RCHOP.

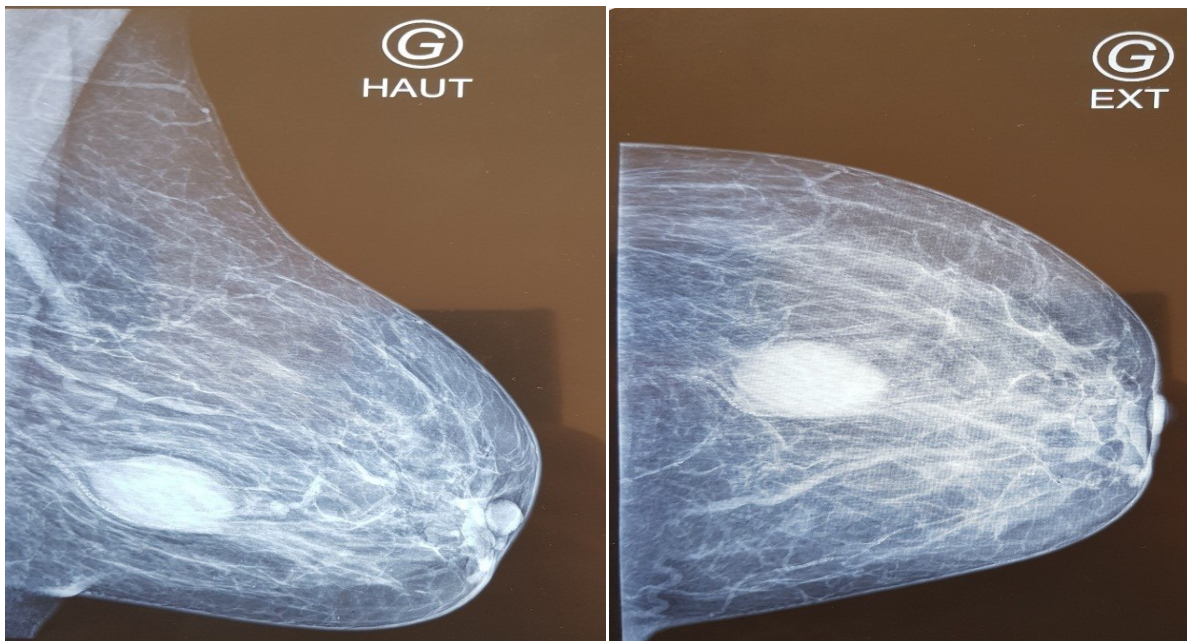


Figure 1:- Mammographie du sein gauche (incidence face et oblique) montrant une opacité de tonalité moyenne.



Figure 2:- lésion tissulaire du sein gauche sur coupe échographique sagittale.

Discussion:-

On parle d'un lymphome primitif mammaire (LPM) lorsque le sein est le principal organe atteint, ou selon la majorité des cas, le seul site atteint par une prolifération lymphomateuse [3]. Wiseman a défini quatre critères pour poser le diagnostic d'un LPM [4]: prélèvement histologique adéquat ; étroite association entre le tissu mammaire et l'infiltration lymphomateuse ; absence de diagnostic de lymphome extra-mammaire ; absence de métastases de la maladie à l'exception des adénopathies axillaires homolatérales.

Ces lymphomes primitifs du sein sont rares. Leur fréquence est estimée de 0,04 à 0,52% de tous les néoplasies du sein et 2,2 % des lymphomes extra-nodaux [1,2]. 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 [3].

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 [3,4] soit par un nodule comme c'était le cas chez notre malade, très souvent aussi par une gigantomastie uni ou bilatérale avec un état de mastite inflammatoire [2]. Les adénopathies axillaires sont retrouvées dans 20 à 40 % des cas [5]. 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 [6]. Rarement, on note un aspect suspect de malignité, mais il n'y a jamais d'opacité stellaire ni de microcalcifications [3]. 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 [3].

Le diagnostic est cytologique ou histologique après microbiopsie ou biopsie chirurgicale [7]. 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'immuno-histochimie permet de trancher devant l'absence d'expression des marqueurs épithéliaux (EMA, cytokeratine) et l'immunoexpression des marqueurs lymphoïdes [8]. Le type histologique le plus fréquent est le lymphome diffus à grande cellule B. Les lymphomes de bas grade de type MALT viennent au deuxième rang par ordre d'incidence [2].

Le traitement du LMNH primitif du sein est superposable à celui des autres localisations lymphomateuses. De multiples protocoles ont été proposés dans la littérature [8]. 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 polychimiothérapie 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 [3,8].

Conclusion:-

Le lymphome primitif du sein est une entité histologique très rare du cancer du sein. Les aspects cliniques et radiologiques ne présentent pas de spécificités particulières. Sa symptomatologie clinique est polymorphe. L'imagerie médicale est non spécifique. Le diagnostic de certitude d'un LPM repose sur l'histologie imposant un bilan d'extension soigneux. Le pronostic et le traitement rejoignent ceux des autres localisations lymphomateuses.

Références:-

1. Jacques Diebold [1], Lymphomes mammaires primitifs et secondaires - 20/12/11 ; RFL-01-2012-42-438-1773-035X-101019-201106856

2. Nouredine Njoumi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. **Lymphome primitif du sein: à propos d'un cas**
3. Abderrahman El Mazghi et al. Lymphome malin non hodgkinien primitif bilatéral du sein: a propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2015;20:234. [doi: 10.11604/pamj.2015.20.234.6288]
4. 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. **This article on PubMed**
5. 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**
6. Fatnassi R, Bellara I. Primary non-Hodgkin's lymphomas of the breast. Report of two cases. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005Nov;34(7 Pt 1):721-4. **This article on PubMed**
7. Avenia N, Sanguinetti A, Ciocchi R, et al. Primary breast lymphomas: a multicentric experience. World J Surg Oncol. 2010; 8:53. PubMed | Google Scholar
8. 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. **This article on PubMed**
9. 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. **This article on PubMed**
10. Cohnen M, Saleh A, Gerding U, Engelbrecht V, Modder U. Imaging of supradiaphragmatic manifestations of extranodal non-Hodgkin's lymphoma. Radiologe. 2002;42(12):960-9. **This article on PubMed**
11. Levine PH, Zamuco R, Yee HT. Role of fine-needle aspiration cytology in breast lymphoma. Diagn Cytopathol. 2004;30(5):332-40. **This article on PubMed.**