

Lymphome Malin Non Hodgkinien bilatéral des seins : A propos d'un cas à Ouagadougou

Soutonnoma Laure Clarisse YAMEOGO¹, Paratyandé Bonaventure YAMEOGO²,
Abdoul Halim BAGUE³, Nina KORSAGA/SOME⁴, Hyacinthe ZAMANE², Edgar OUANGRE³,
Olga LOMPO/GOUMBRI⁵

Résumé

Introduction

La localisation mammaire du lymphome malin non hodgkinien est rare. Elle représente 0,4 à 0,52 % des tumeurs malignes mammaires. Cette rareté nous incite à rapporter ce cas qui en plus se trouve être bilatéral en vue d'en décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 28 ans reçue aux urgences viscérales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo pour une tumeur bilatérale des seins ulcéro-bourgeonnante et hémorragique première itérative. L'examen avait noté un mauvais état général stade 3 OMS, un état de choc hypovolémique, une masse mammaire bilatérale mesurant 30 cm sur 20 cm à droite et 20 sur 15 cm à gauche. L'examen de l'appareil pleuro pulmonaire et digestif était normal. Le bilan sanguin avait retrouvé une pancytopénie et le bilan d'extension était normal. L'histologie était évocatrice d'un lymphome non hodgkinien bilatéral des seins nécessitant de l'immunohistochimie pour confirmation diagnostique et typage qui n'a pu être réalisé. Nous avons préconisé une chimiothérapie avec une mastectomie de propreté mais par manque de ressources financières rien n'a pu être réalisé et l'évolution a été marquée par le décès deux jours après son admission.

Conclusion

La localisation mammaire du Lymphome malin non hodgkinien est inhabituelle. Son diagnostic souvent tardif dans nos milieux impose un traitement mutilant si la mort ne survient pas dans des conditions précaires.

Mots-clés : Lymphome malin non hodgkinien ; sein ; diagnostic ; traitement ; Ouagadougou

Bilateral Non-Hodgkin's Lymphoma of the Breast: About a case in Ouagadougou

Abstract

Introduction

Breast localization of non-Hodgkin's malignant lymphoma is rare. It represents 0.4 to 0.52% of malignant mammary tumors. This rarity prompts us to report this case which also happens to be bilateral in order to describe the epidemiological, clinical, histological and therapeutic aspects.

Observation

This is a 28-year-old patient admitted to the visceral emergency department of the Yalgado Ouédraogo University Hospital for a bilateral breast tumor that is ulcerative-budding and hemorrhagic first iterative.

1 Chirurgie Générale et Digestive, CHU Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

2 Gynécologie-obstétrique CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

3 Chirurgie Générale et Digestive, CHU Yalgado OUEDRAOGO Ouagadougou, Burkina

4 Dermatologie-vénérologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

5 Anatomie Pathologique, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : Dr YaméogoSoutonnoma Laure Clarisse, E-mail : yameogocla@yahoo.fr

The examination noted poor general condition WHO stage 3, hypovolemic shock, a bilateral breast mass measuring 30 cm by 20 cm on the right and 20 by 15 cm on the left. The examination of the pleuropulmonary and digestive systems was normal. The blood test showed pancytopenia and the extension test was normal. The histology was suggestive of bilateral non-Hodgkin lymphoma of the breasts requiring immunohistochemistry for diagnostic confirmation and typing which could not be performed. We recommended chemotherapy with a clean mastectomy but due to lack of financial resources nothing could be done and the course was marked by death two days after his admission. Conclusion

Breast localization of non-Hodgkin's lymphoma is unusual. Its often late diagnosis in our environment requires mutilating treatment if death does not occur in precarious conditions.

Keywords: Non-Hodgkin's malignant lymphoma; breast; diagnostic ; treatment ; Ouagadougou

Introduction

L'atteinte primitive du sein par un lymphome malin non hodgkinien (LMNH) est une éventualité rare. Ces tumeurs ne représentent en effet que 0,04 à 0,5% des tumeurs malignes mammaires(1,2). A travers ce traité nous allons discuter les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques de cette tumeur.

I. Observation

Il s'est agi d'une patiente de 28 ans, femme au foyer, deuxième geste, deuxième pare, sans antécédents personnels et familiaux notables, reçue aux urgences viscérales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo pour une tumeur bilatérale des seins ulcéro-bourgeonnante et hémorragique première itérative. Dans l'histoire de la maladie le début remonte à un an marqué par une sensation de pesanteur au niveau des seins. Ni l'autopalpation, ni un examen sénologique n'avaient été réalisés à ce stade. Par la suite les seins ont augmenté de volume et se sont ulcérés ce qui a motivé un traitement traditionnel à base de plantes pendant 04 mois. Devant l'aggravation du tableau clinique avec un amaigrissement, elle a consulté en milieu hospitalier pour une meilleure prise en charge. L'examen à l'entrée avait noté un mauvais état général stade 3 OMS, une anémie clinique, une masse nodulaire mammaire bilatérale grossièrement ovalaire d'environ 10 cm de diamètre de consistance ferme. Une biopsie de la masse avec étude histologique de la pièce a été réalisée. L'histologie était évocatrice d'un lymphome non hodgkinien bilatéral des seins de haut grade de malignité, en mettant en évidence une prolifération de cellules lymphomateuses de grande taille nécessitant de l'immunohistochimie pour confirmation diagnostic et typage qui n'a pu être réalisé par faute de moyens financiers. Elle avait bénéficié de quatre séances de chimiothérapie à base de Cyclophosphamide 500 mg injectable ; Doxorubicine 50 mg injectable ; Vincristine 1 mg injectable ; Cotipred 20 mg comprimé. L'évolution à trois mois était bonne mais la patiente n'a plus eu les moyens de se procurer les produits. Perdue de vue pendant deux mois, l'examen avait noté à son retour un mauvais état général stade 3 OMS, un état de choc hypovolémique, une anémie clinique sévère, une masse mammaire bilatérale mesurant 30 cm sur 20 cm à droite et 20 sur 15 cm à gauche. Il s'agissait de masses multi nodulaires ulcérées, hémorragiques à droite et saignant au contact à gauche, de consistance ferme et mobiles par rapport au plan profond, avec présence de multiples adénopathies axillaires bilatérales (figure 1).



Figure 1 : Image de Lymphome Malin Non Hodgkinien bilatéral des seins

1 : Sein gauche saignant au contact. 2 : Sein droit hémorragique

L'examen des appareils pleuropulmonaire, cardio-vasculaire et digestif était normal. Le bilan sanguin avait retrouvé une anémie microcytaire hypochrome à 4,9 g/dl, une pancytopenie et le bilan d'extension fait de scanner thoraco-abdominal n'a pas objectivé de lésions. Nous avons réalisé une transfusion de deux poches de culots globulaires iso-groupe, iso-rhésus et préconisé la reprise du protocole de chimiothérapie avec une mastectomie de propreté pour améliorer le confort de la patiente et arrêter les saignements. Mais par manque de ressources financières, rien n'a pu être réalisé et l'évolution a été marquée par le décès deux jours après son admission, dans un tableau de choc hypovolémique.

II. Discussion

Les lymphomes malins non hodgkiniens primitifs du sein sont rares. Leur fréquence est estimée à 0,04 à 0,53% de tous les cancers du sein (3) et 22% des lymphomes non hodgkiniens extra nodaux (2). Cette néoplasie touche généralement la femme cependant des cas chez l'homme ont été rapportés (1). Toutes les tranches d'âges sont concernées mais notre patiente avait 28 ans. L'atteinte est souvent unilatérale. La bilatéralité est possible (2) et peut être synchrone dans 13% des cas et métachrone dans 9% des cas (4). Les grosses masses mammaires bilatérales retrouvées chez notre patiente ne sont pas la règle. Bien qu'étant polymorphes les signes cliniques se réduisent souvent à un nodule mammaire. Plus rarement, il peut s'agir d'une tumeur inflammatoire du sein simulant une mastite carcinomateuse (1). La mammographie systématiquement réalisée devant tout nodule du sein est non spécifique (1).

Chez notre patiente, vu son jeune âge, nous avons préconisé directement la réalisation d'une ponction biopsie échoguidée avec étude histologique. Cependant cette étude histologique peut être confrontée à des difficultés. Ainsi, le diagnostic différentiel peut se poser avec les carcinomes anaplasiques ou le carcinome médullaire. Dans ces cas, on a recours à l'immuno-histochimie qui permet de trancher (4). Une fois le diagnostic posé, la réalisation du bilan d'extension est obligatoire et doit comporter la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne et une biopsie ostéomédulelle pour éliminer une localisation secondaire. Sur le plan thérapeutique, il n'existe pas de stratégie thérapeutique univoque, mais il est établi que la place de la chirurgie est très réduite. La tendance actuelle est de traiter les lymphomes non hodgkiniens du sein de la même façon que les autres localisations lymphomateuses. De multiples protocoles ont été proposés dans la littérature (3, 4,5). Actuellement, la majorité des auteurs préconisent une chimiothérapie à base de Cyclophosphamide, de Vincristine, et Prednisone ou associée à une immunothérapie par anticorps anti CD20 (4, 5). Pour les LNH de haut grade de malignité ou à malignité intermédiaire, une polychimiothérapie seule est préconisée. Cette chimiothérapie à base d'Adriamycine, Cyclophosphamide, Vincristine et Prednisone, n'exempte pas des récurrences (5). Dans le cas où la tumeur est de taille inférieure à 5 cm, la chirurgie est d'abord réalisée. Pour les volumineuses tumeurs, la chirurgie pourra être précédée d'une chimiothérapie néo adjuvante. Lorsque la chirurgie est impossible, la chimiothérapie sera associée à la radiothérapie (2). Cette attitude dépend du stade évolutif et du grade histologique (1). Nous avons préconisé la chirurgie en indiquant une mastectomie de propreté vue le tableau clinique avec anémie microcytaire hypochrome à 4,9 g /dl et du manque de moyens financiers pour la chimiothérapie. Le pronostic est fonction du stade clinique et du grade histologique (4, 6, 7), ce qui est le cas de notre patiente qui est arrivé dans notre service à un stade avancé. D'autres par contre considèrent que la bilatéralité et le type histologique constituent les principaux facteurs pronostics.

Conclusion

Les lymphomes malins non hodgkiniens du sein sont rares. Le diagnostic est histologique et impose un bilan d'extension soigneux. L'évolution sous chimiothérapie est bonne si le diagnostic est précoce.

Références bibliographiques

1. Seille G, Chomê J, Ripault J, Goldrach C. Localisations mammaires des hémopathies malignes. Historique-Pathogénie-Anatomie pathologique. Presse Med. 1962;70(57):2821.
2. Njoumi N, Najih M, Haqqi L, Atolou G, Bougtab A, Hachi H, et al. Lymphome primitif du sein: à propos d'un cas. Pan Afr Med J [Internet]. 2012 [cité 10 mai 2016];12(1). Disponible sur: <http://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/82693>.
3. Mazghi AE, Loukili K, Mesnaoui A, Lalya I, Bouhafa T, Kacemi HE, et al. Lymphome malin non hodgkinien primitif bilatéral du sein: à propos d'un cas. Pan Afr Med J [Internet]. 2015 [cité 10 mai 2016];20. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/234/full/>.
4. Fatnassi R, Bellara I. Les lymphomes malins non-hodgkiniens primitifs du sein: À propos de deux cas. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34(7):721–724.

5. **Ribrag V, Bibeau F, El Weshi A, Frayfer J, Fadel C, Cebotaru C, et al.** Primary breast lymphoma: a report of 20 cases. *Br J Haematol.* 2001;115(2):253–256.
6. **Giardini R, Piccolo C, Rilke F.** Primary non-Hodgkin's lymphomas of the female breast. *Cancer.* 1992;69(3):725–735.
7. **Benkerroum Z, Kouach J, Lachiri B, Oukabli M, Rahali Dm, Dehayni M.** Tumeur maligne rare du sein : lymphome primitif mammaire. À propos d'un cas et revue de la littérature. *Mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2015 ; 17 (1) : 58-62 doi :10.1684/mte.2015.0548.