

Cas de la semaine # 400

30 mars 2026

Préparé par Dre Liza Amrani _{R3}

Dre Mona El Khoury _{MD FRCPC}

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal



Histoire Clinique

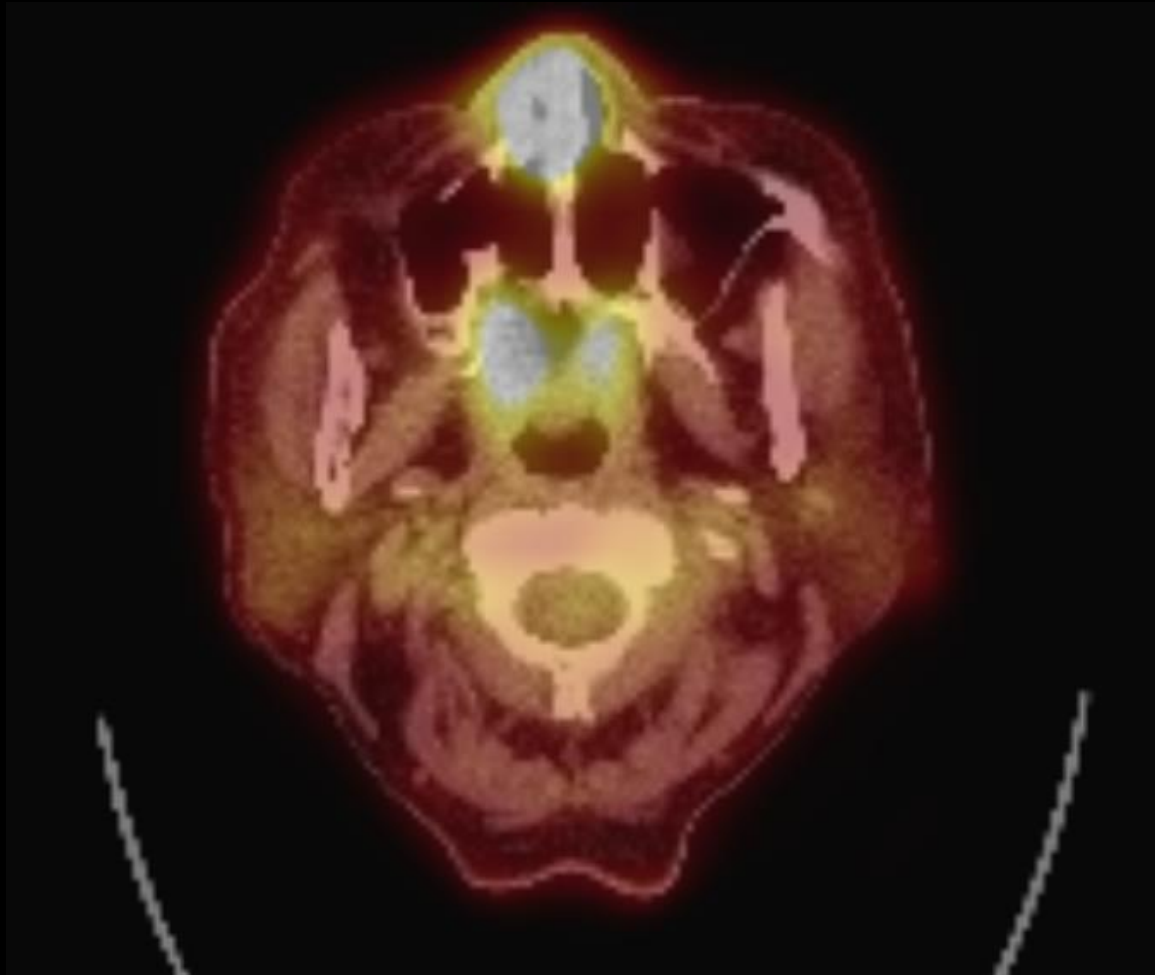
- Nouveau diagnostic de lymphome T/NK de la cavité nasale droite, prouvé par biopsie.
- Bilan TEP demandé



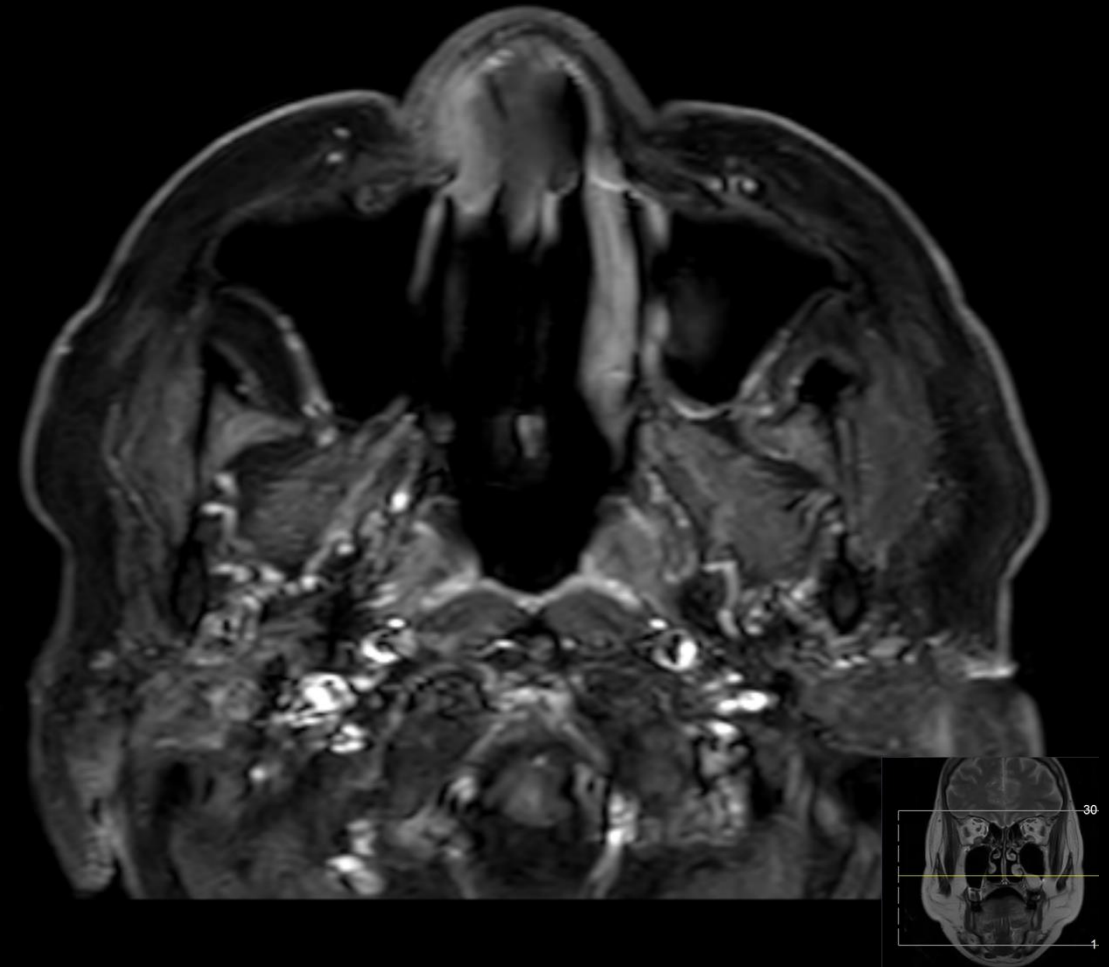
72 ans

D'origine
asiatique

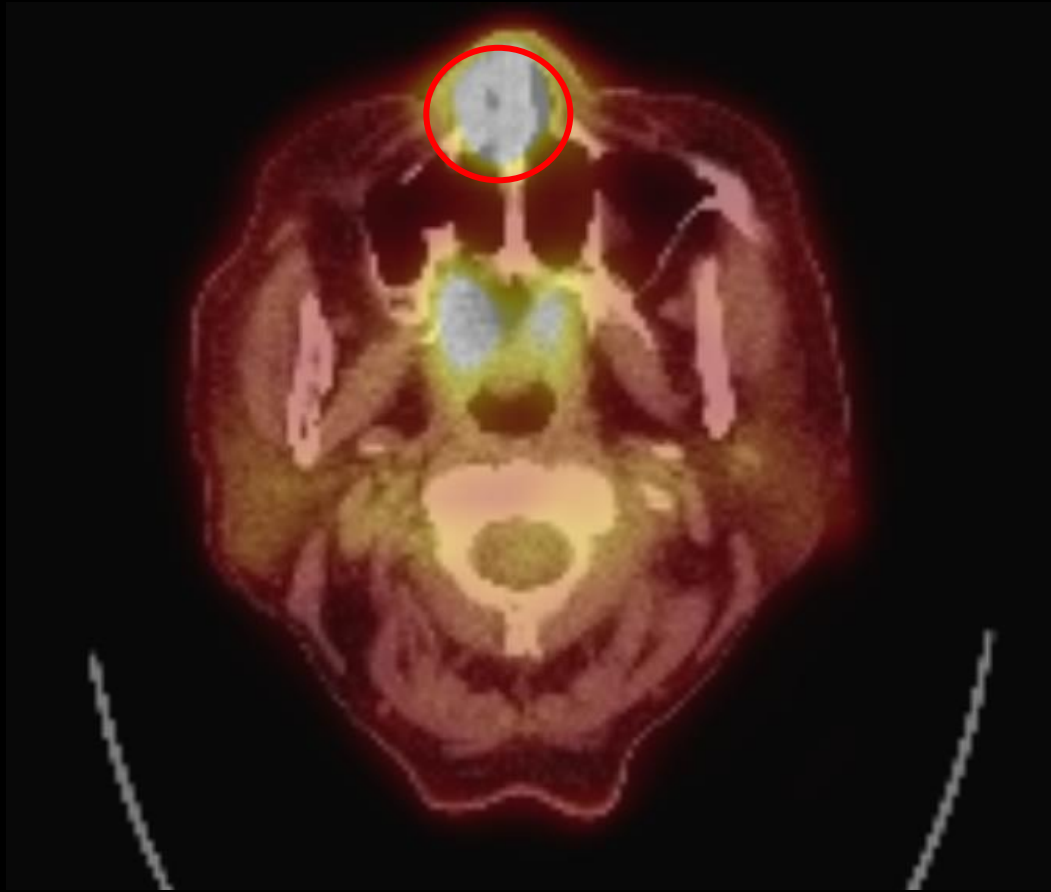
TEP Bilan d'extension



IRM sinus



TEP Bilan d'extension



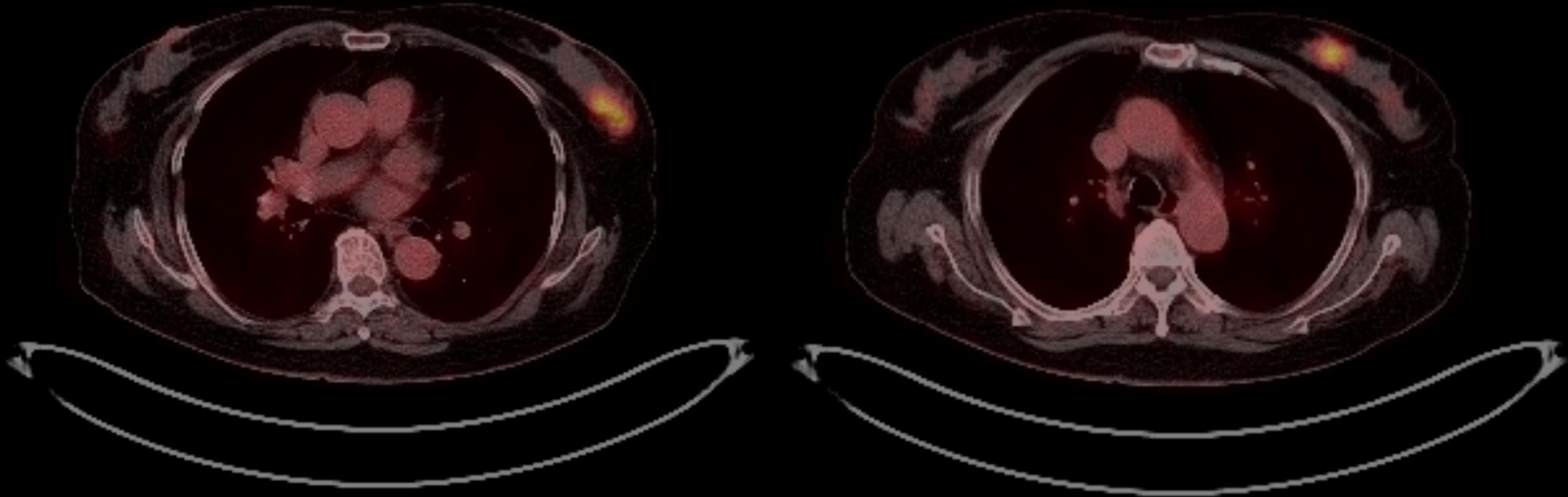
Lésion intensément hypermétabolique
au vestibule nasal droit

IRM sinus



Petite lésion expansive
au vestibule nasal droit

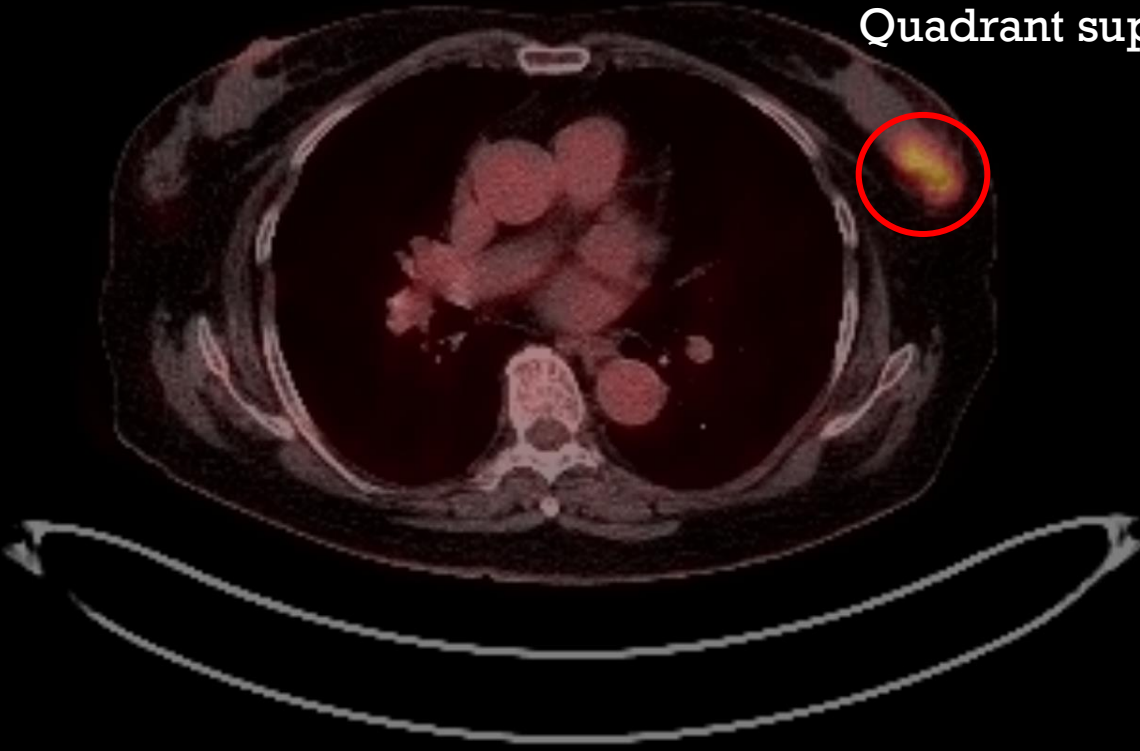
Bilan TEP (suite)



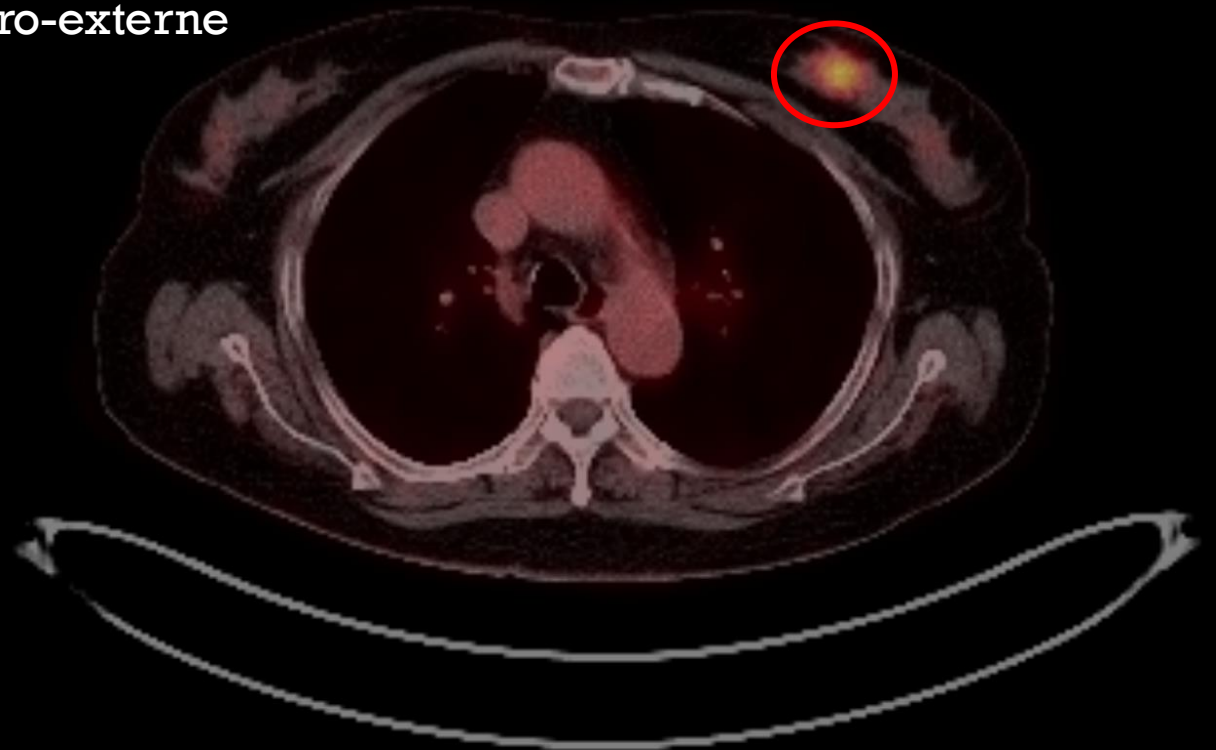
Bilan TEP (suite)

Deux lésions intensément hypermétaboliques au sein gauche

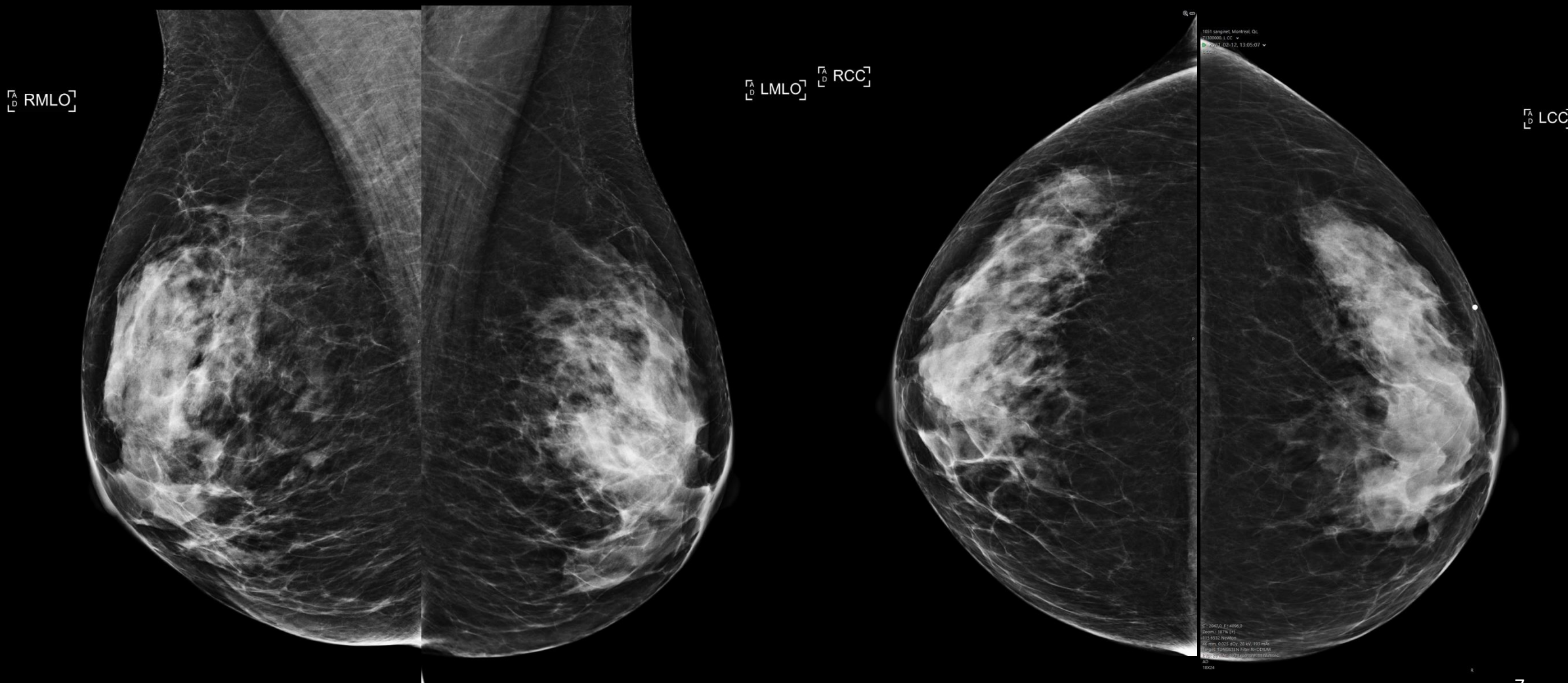
Quadrant supéro-externe



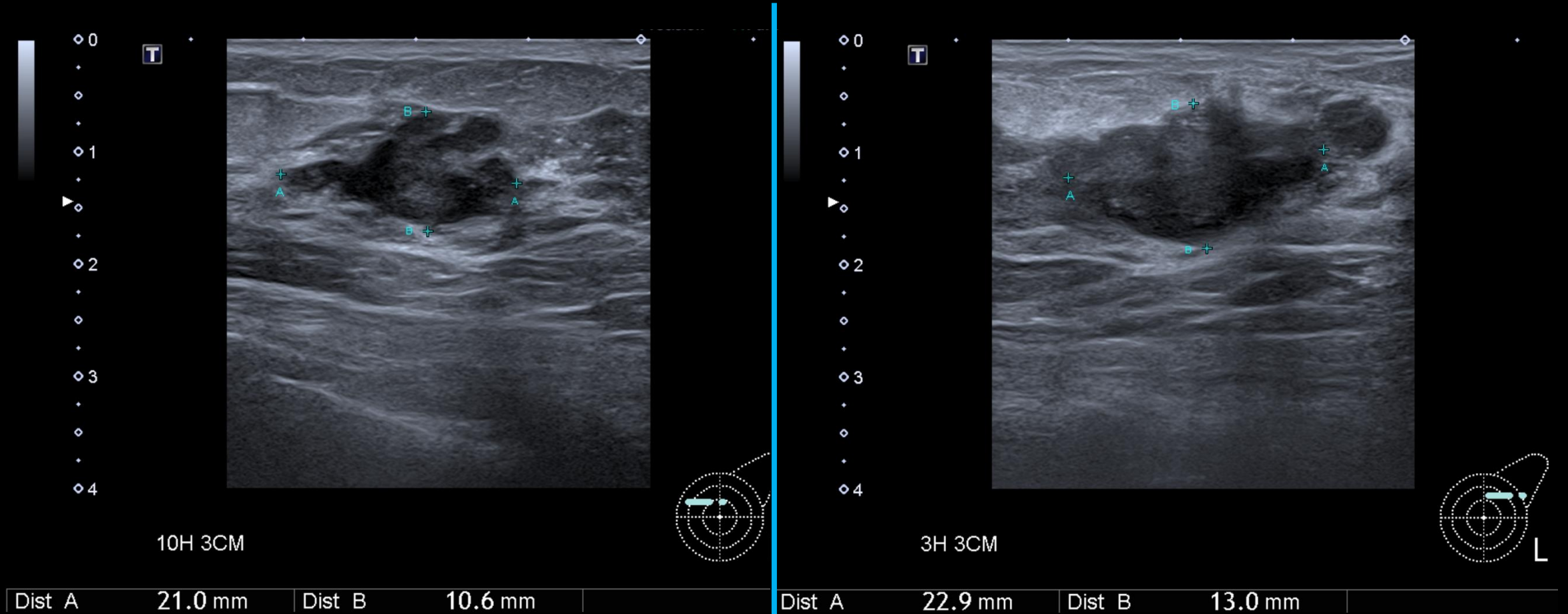
Quadrant Supéro-interne



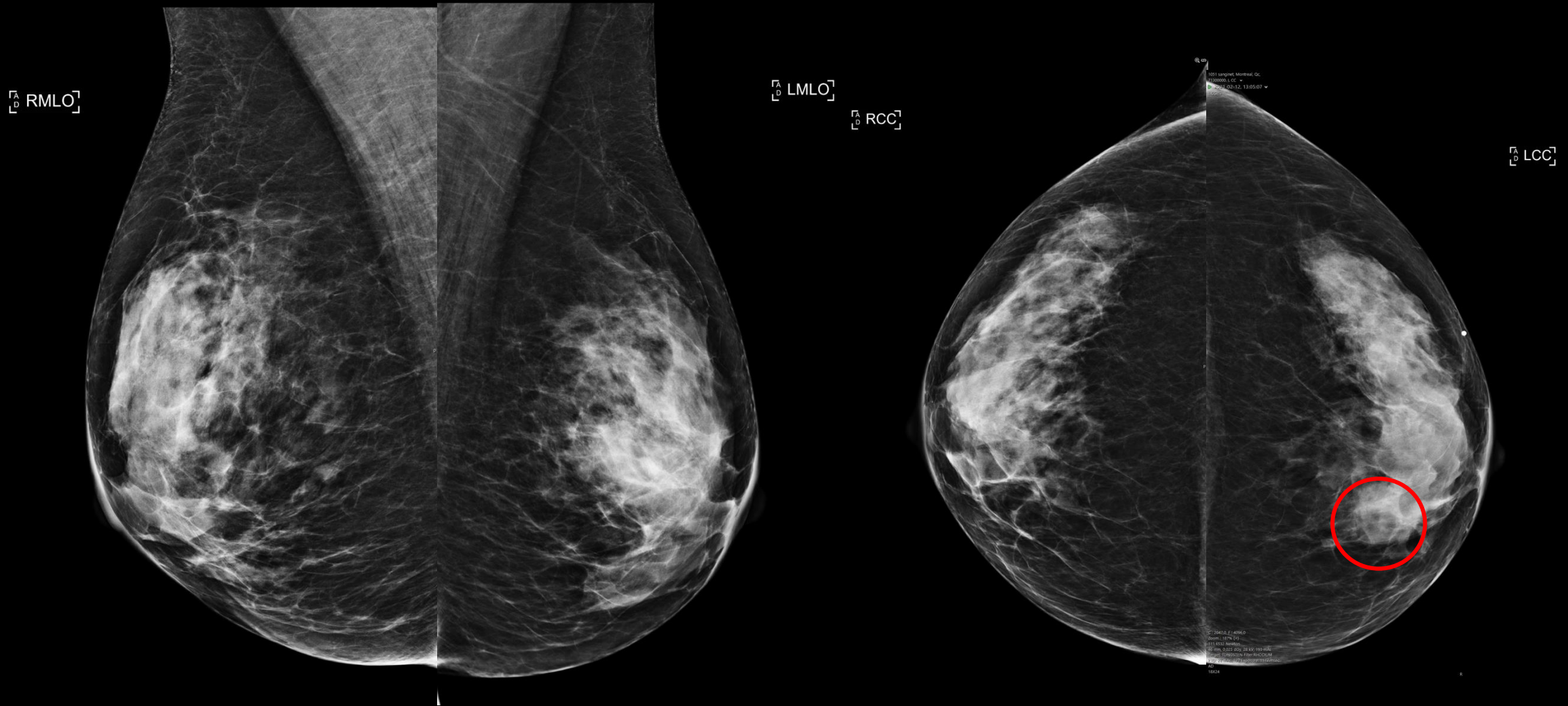
Un bilan mammaire est recommandé:
Mammographie bilatérale



Échographie mammaire gauche

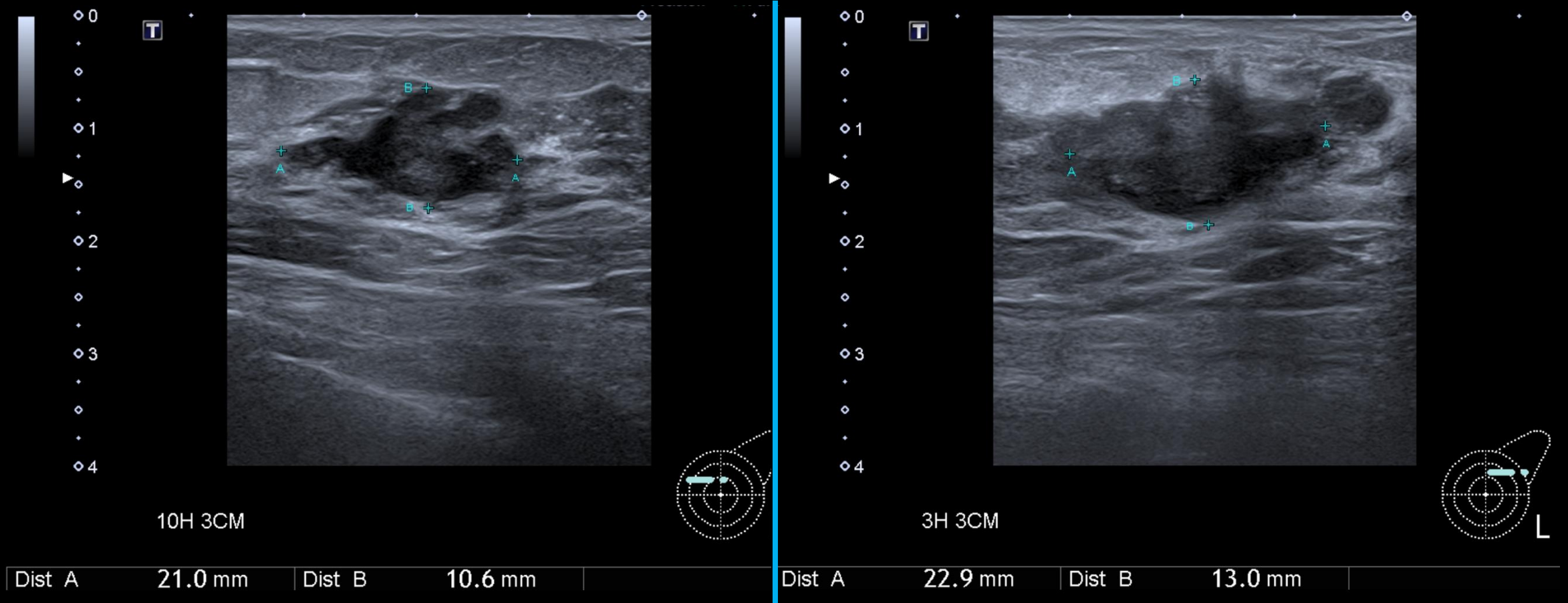


Description Mammographie bilatérale



Asymétrie de densité avec un aspect plus convexe en postérieur interne de la glande, mieux visible sur le cliché CC.

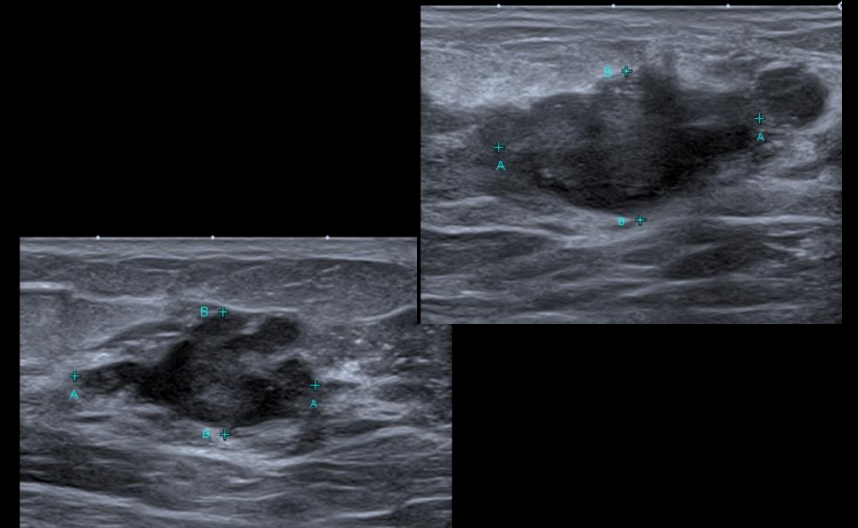
Description Échographie sein gauche



Identification de deux masses au sein gauche, hypoéchogènes, irrégulières et à contours microlobulés, corrélant avec les lésions hypermétaboliques à la TEP.

Synthèse radiologique

- Diagnostic de lymphome T/NK de la cavité nasale droite prouvé par biopsie.
- TEP démontre également 2 lésions hypermétaboliques au sein gauche
- Mammographie bilatérale démontre une asymétrie en postérieur interne du sein gauche
 - La seconde lésion hypermétabolique à la TEP n'a pas de corrélation mammographique
- Échographie mammaire démontre 2 masses au sein gauche hypoéchogènes irrégulières.



-> *BIRADS 4C (haute suspicion de malignité)*

-> *Recommandation: Biopsie échoguidée*

Diagnostic différentiel

PATHOLOGIE MAMMAIRE PRIMITIVE

- Carcinome mammaire infiltrant
- Lymphome primitif du sein

ATTEINTE MAMMAIRE SECONDAIRE LIÉE AU LYMPHOME T/NK DE LA CAVITÉ NASALE

Diagnostic différentiel

Cancer mammaire primitif

- Carcinome infiltrant
- Lymphome primitif du sein



En faveur :

- Diagnostic relativement fréquent chez femmes post ménopause
- Trouvailles suspectes (BIRADS-4C) à la mammographie et l'échographie
- Hypercaptation à la TEP
- Multifocalité possible

En défaveur :

- Diagnostic connu de lymphome T/NK de la cavité nasale
- Deux lésions synchrones au sein gauche (quoique possible dans le cas d'une atteinte primaire du sein, ~ 5% des cas)

Diagnostic différentiel

Atteinte mammaire
secondaire liée au
lymphome T/NK



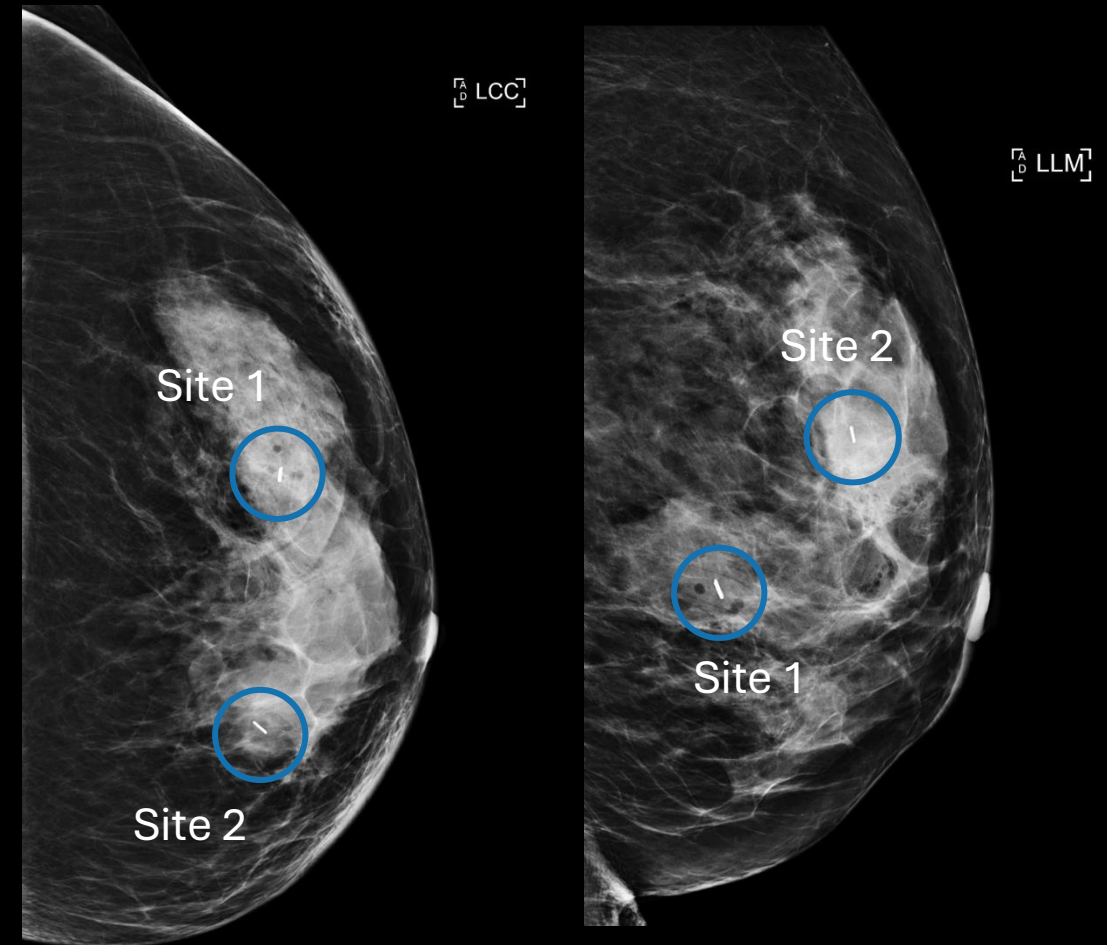
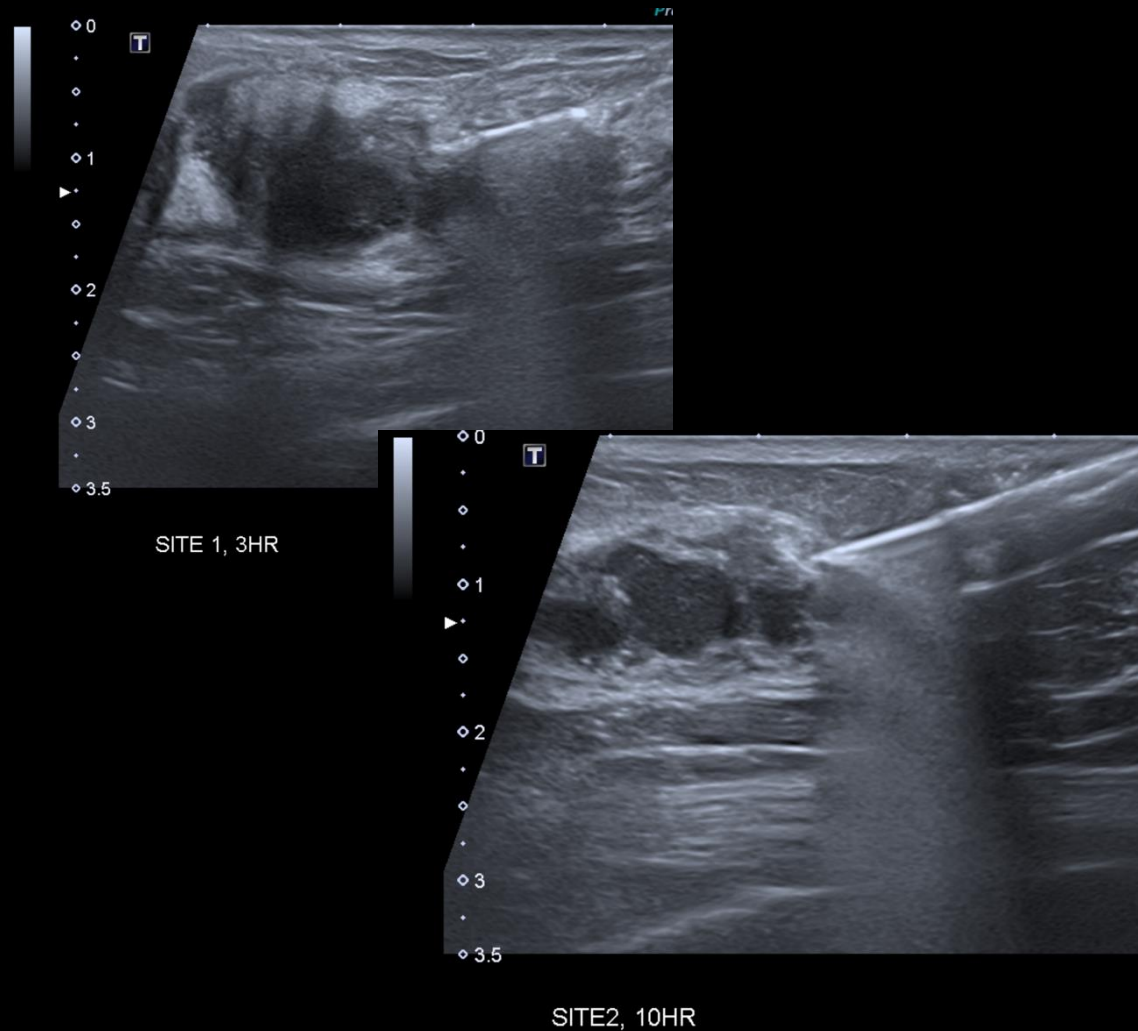
En faveur :

- Diagnostic connu de lymphome T/NK de la cavité nasale
- Trouvailles suspectes (BIRADS-4C) à la mammographie et l'échographie
- Hypercaptation à la TEP
- Patient d'origine asiatique

En défaveur :

- Rare
- Imagerie non spécifique

Biopsie échoguidée sein gauche 2 sites + Mammographie post intervention



Résultats pathologiques post-biopsies

Site 1: (masse 3h à 3cm) sein gauche

- Foyer d'infiltrat lymphoïde atypique, suspect du même processus lymphoprolifératif que celui retrouvé au site 2 (CD 20 positif, EBV-ISH négatif).

Site 2 : (masse 10h à 3cm) sein gauche

- Infiltration mammaire par un lymphome B diffus à grande cellule, NOS sous-type germinal selon l'algorithme de Hans.

Pas d'évidence de lymphome T/NK extra-ganglionnaire de type nasal.

Pas d'évidence de lésion épithéliale maligne.

Lésions mammaires
gauches:
**Diagnostic
final**

**Lymphome B
diffus à grande
cellule, NOS sous-
type germinal**

Traitement

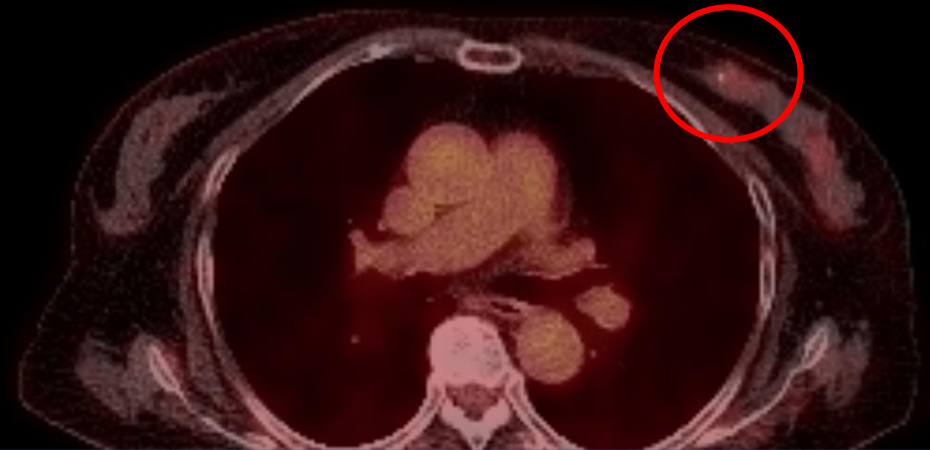
- Traitements par chimio et radiothérapie
- Suivi 7 mois plus tard:
 - Réponse thérapeutique complète
 - Résolution des anomalies hypermétaboliques au TEP scan

TEP 7 mois plus tard:

Réponse métabolique complète



Post
traitement
(marqueurs
de biopsies
en place)



Présentation
initiale



TEP 7 mois plus tard:

Réponse métabolique complète

Post
traitement



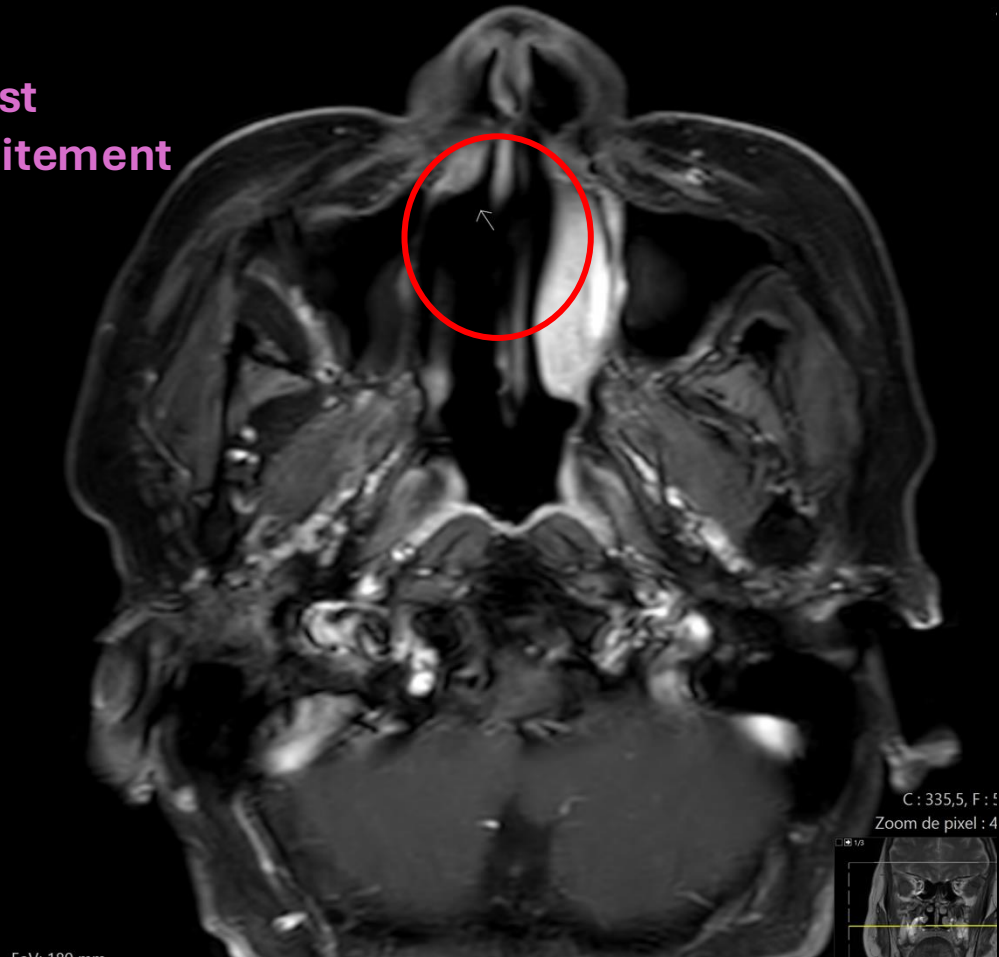
Présentation
initiale



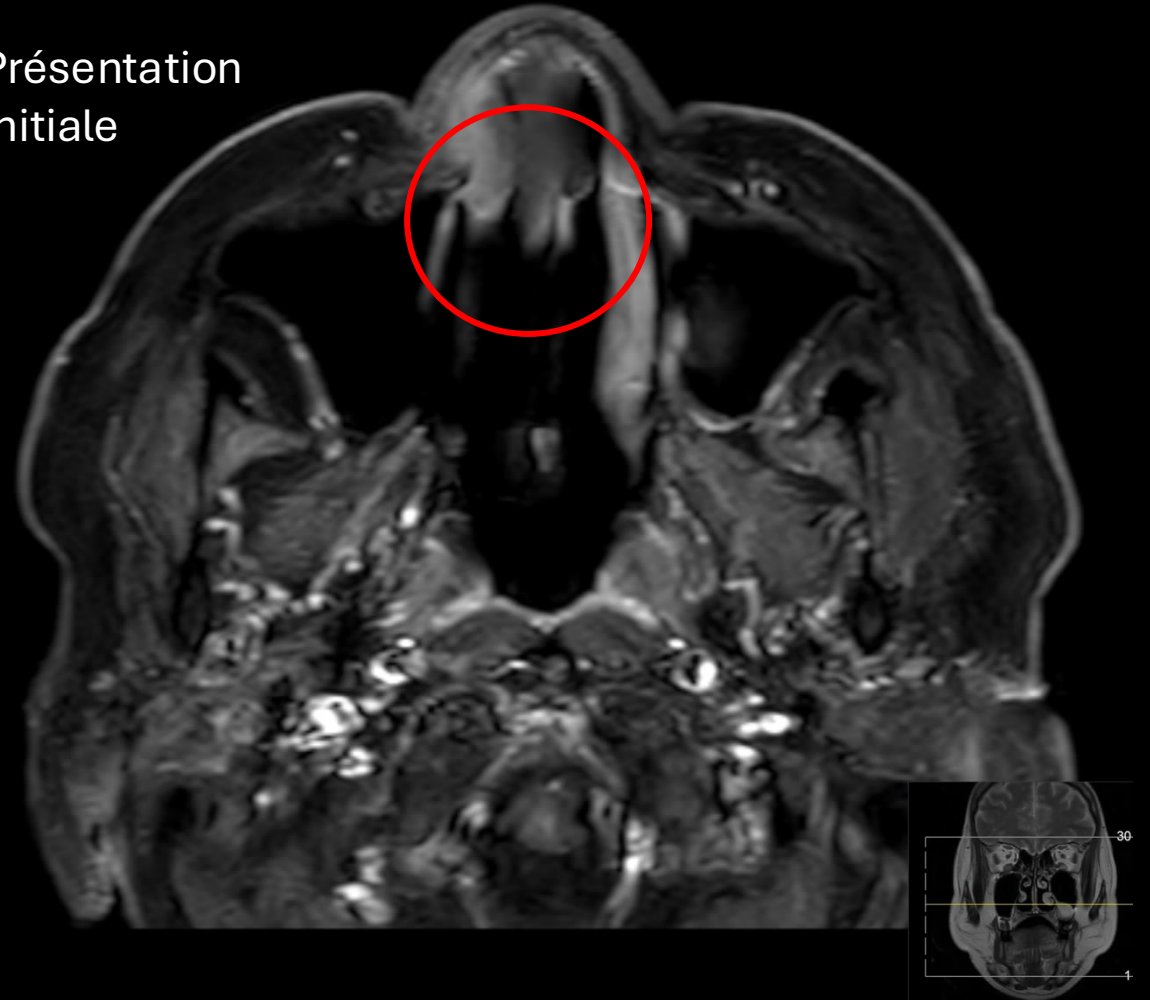
Suivi IRM post traitement

-> Nette régression de la masse néoplasique vestibulaire droite

Post
traitement

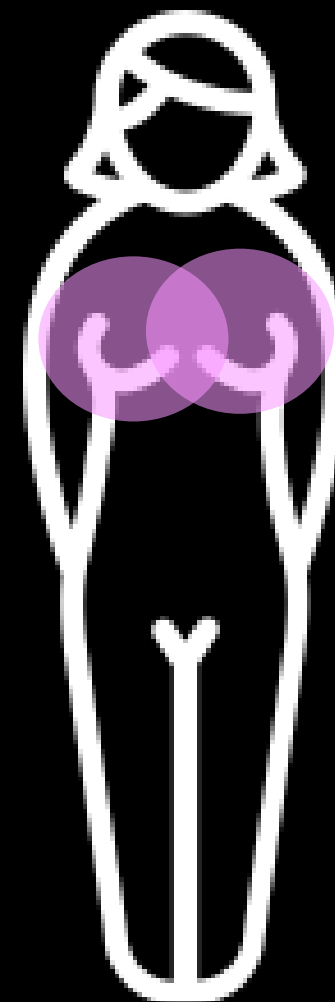


Présentation
initiale



4 ans plus tard

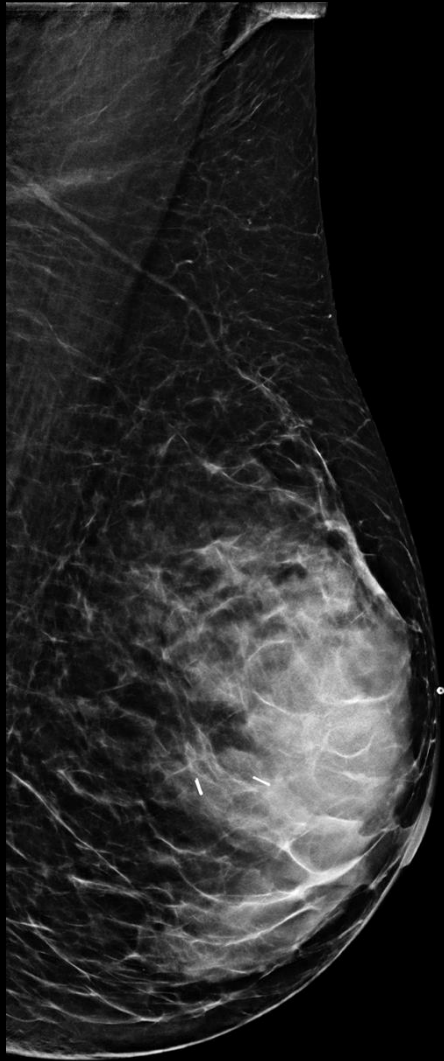
- La patiente ressent une masse palpable en région périaréolaire droite, puis, quelques semaines plus tard, une masse palpable est également notée en supéromédian gauche.



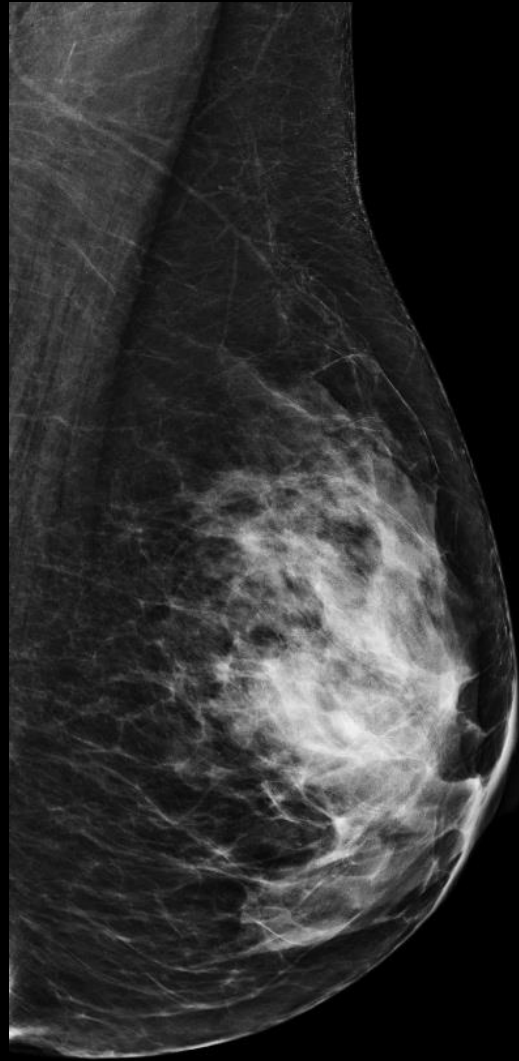
76 ans

D'origine
asiatique

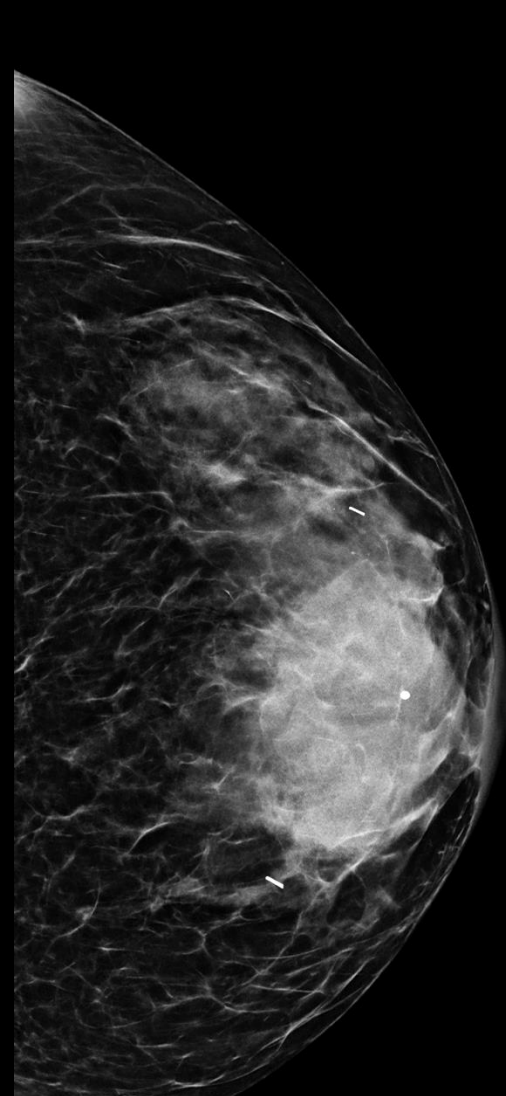
Mammographie **actuelle** vs 4 ans auparavant



Actuel



4 ans plus tôt



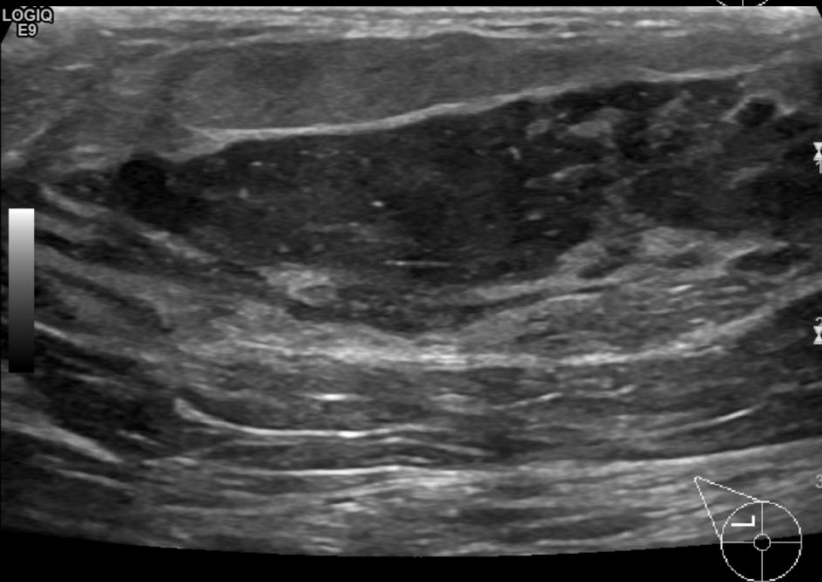
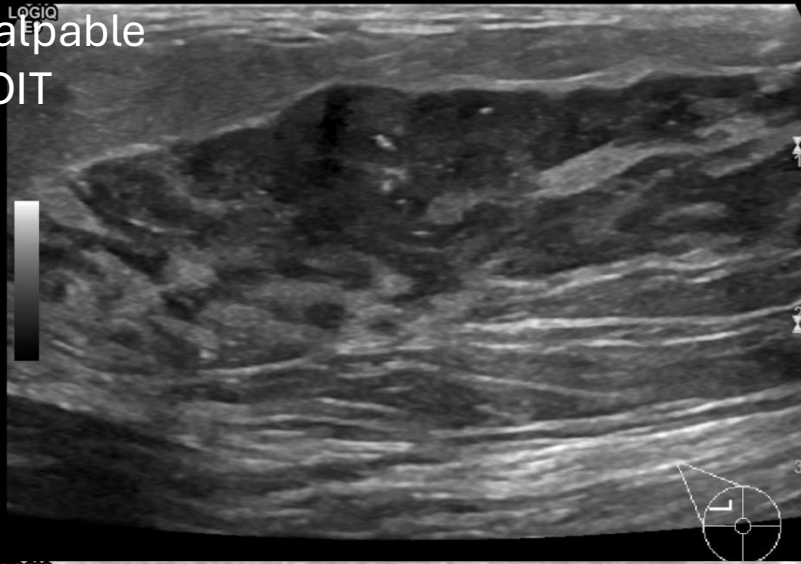
Actuel



4 ans plus tôt

Échographie mammaire bilatérale

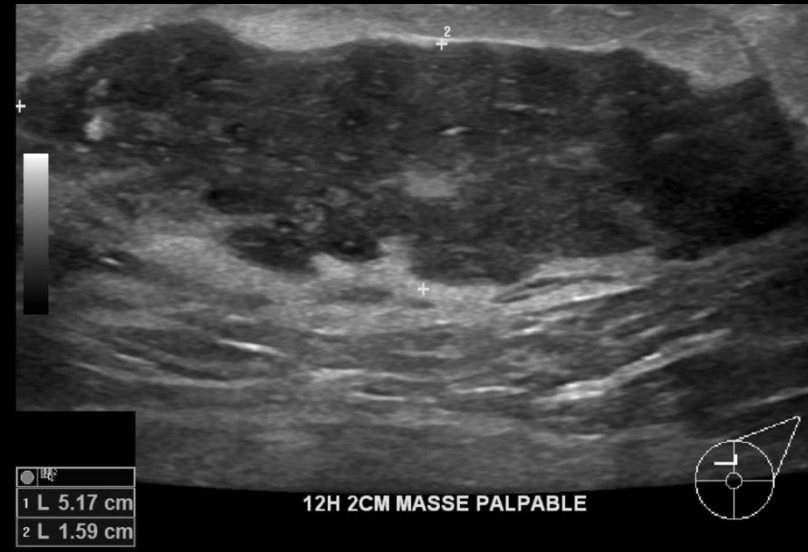
Masse palpable
Sein DROIT



Masse palpable
Sein GAUCHE

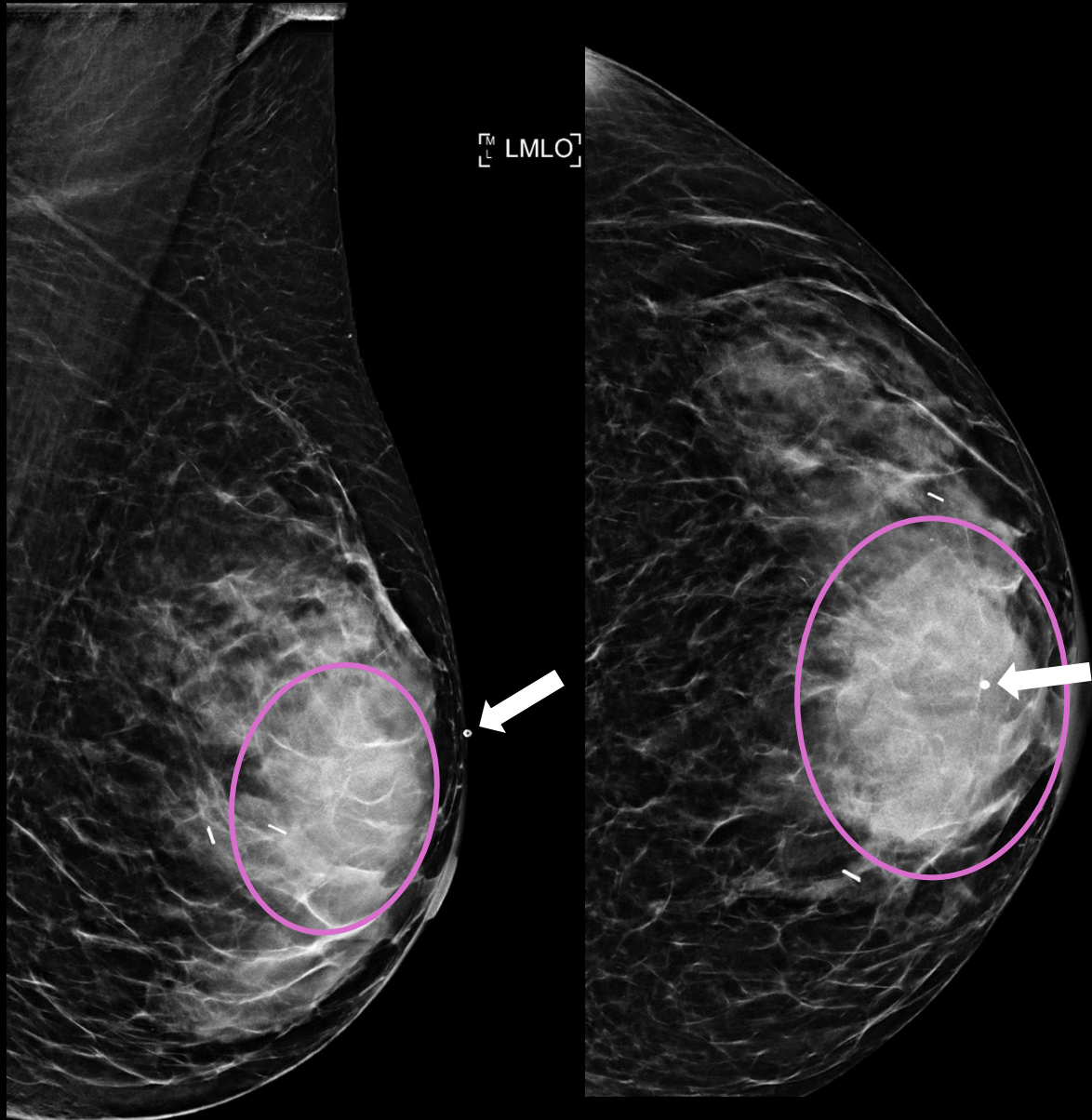


1 L 4.96 cm



1 L 5.17 cm
2 L 1.59 cm

Description Mammographie actuelle



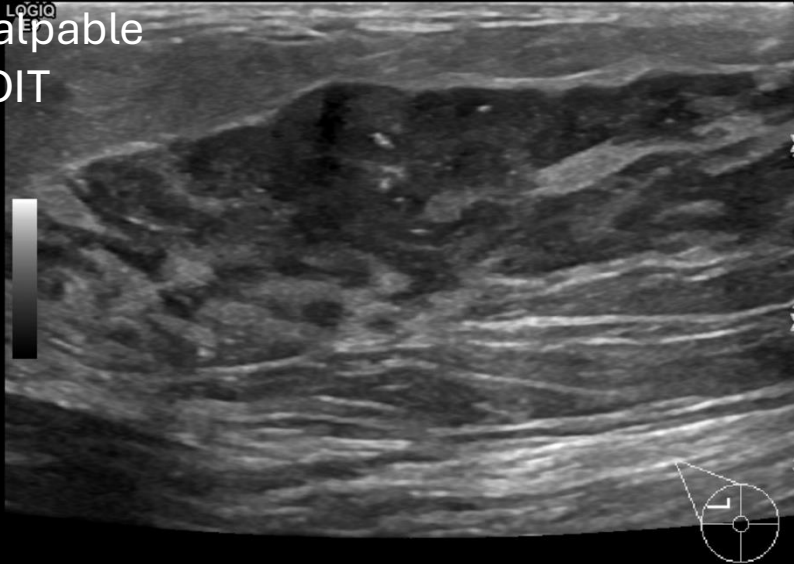
Trouvailles

Sous-jacente à la bille à la peau (flèche blanche - placée sur l'anomalie palpable), nouvelle asymétrie focale de configuration nodulaire mesurant 5 x 3,5 x 4 cm. Pas de calcification associée.

**Sein droit non illustré; pas de changement identifié à la mammographie.*

Description écho mammaire bilatérale

Masse palpable
Sein DROIT



Aspect hypoéchogène diffus en supérieur externe du sein droit.

Masse palpable
Sein GAUCHE



La zone palpable correspond à une lésion non-masse hypoéchogène à 12h à 2 cm du mamelon, de 5,2 x 1,6 x 5 cm.

BIRADS 4c (haute suspicion de malignité)

-> Recommandation: Biopsie échoguidée bilatérale

Diagnostic différentiel

PATHOLOGIE MAMMAIRE PRIMITIVE

- Récidive du lymphome B du sein gauche traité 4 ans plus tôt
- Carcinome lobulaire infiltrant
- Carcinome canalaire in situ
- Complication à long terme de la radiothérapie/angiosarcome radio-induit
- Mastopathie diabétique

ATTEINTE MAMMAIRE d'une récurrence du LYMPHOME T/NK
DE LA CAVITÉ NASALE

Diagnostic différentiel

- **Récidive du lymphome B du sein gauche traité 4 ans plus tôt**



- Carcinome lobulaire infiltrant
- Carcinome canalaire in situ
- Complication à long terme de la radiothérapie/angiosarcome
- Mastopathie diabétique

En faveur :

- Antécédent de lymphome B au sein gauche
- Présentation sous forme d'une lésion non-masse infiltrante
- Atteinte controlatérale possible

En défaveur :

- Rémission complète documentée au TEP et IRM
- Intervalle long (4 ans) sans autre signe systémique rapporté

Diagnostic différentiel

- Récidive du lymphome B du sein gauche déjà traité

- **Carcinome lobulaire infiltrant**

- Carcinome canalaire in situ
- Complication à long terme de la radiothérapie/angiosarcome
- Mastopathie diabétique

En faveur :

- Nouvelle masse palpable à 76 ans suggère une étiologie maligne
- Asymétrie nouvellement apparue à la mammographie
- Aspect infiltrant sans masse à l'échographie
- Atteinte bilatérale possible

En défaveur :

- Antécédent de lymphome T/NK de la cavité nasale
- Lésion non-masse au sein gauche et aspect diffusément hypoéchogène du parenchyme du sein droit, sans distorsion ni franche masse.

Diagnostic différentiel

- Récidive du lymphome B du sein gauche déjà traité
- Carcinome lobulaire infiltrant
- **Carcinome canalaire in situ** 
- Complication à long terme de la radiothérapie/angiosarcome
- Mastopathie diabétique

En faveur :

- Nouvelle masse palpable à 76 ans suggère une étiologie maligne
- Asymétrie nouvellement apparue à la mammographie
- Lésion non masse à l'échographie
- Distribution vaguement segmentaire
- Atteinte bilatérale plausible

En défaveur :

- Antécédent de lymphome B traité au sein gauche
- Pas de microcalcifications

Diagnostic différentiel

- Récidive du lymphome B du sein gauche déjà traité
- Carcinome lobulaire infiltrant
- Carcinome canalaire in situ

- **Complication à long terme de la radiothérapie/angiosarcome**



En faveur :

- Antécédent de radiothérapie au sein gauche il y a 4 ans

En défaveur :

- Anomalie clinique et radiologique bilatérale
- Pas de rougeur ni épaissement cutané

- Mastopathie diabétique

Diagnostic différentiel

- Récidive du lymphome B su sein gauche déjà traité
- Carcinome lobulaire infiltrant
- Carcinome canalaire in situ
- Complication à long terme de la radiothérapie/angiosarcome
- **Mastopathie diabétique** 

En faveur :

- Présentation sous forme d'une lésion non-masse hypoéchogène diffuse
- Atteinte bilatérale possible

En défaveur :

- Pas de diabète connu

Diagnostic différentiel

- Atteinte mammaire secondaire liée au lymphome T/NK



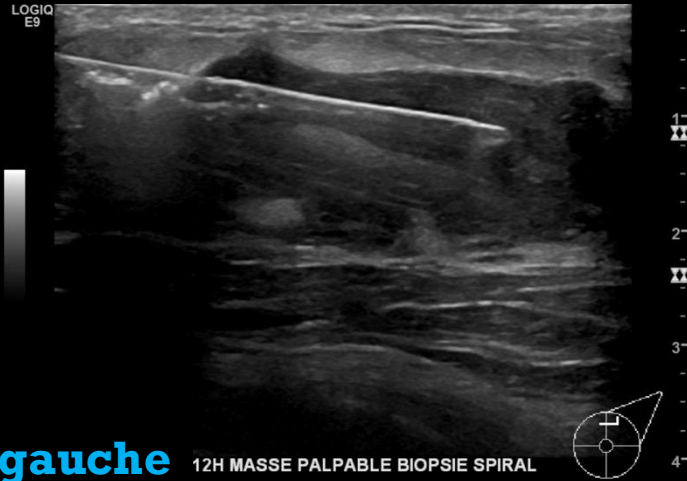
En faveur :

- Antécédent de lymphome T/NK de la cavité nasale
- Présentation sous forme d'anomalie non-masse infiltrante
- Atteinte bilatérale possible

En défaveur :

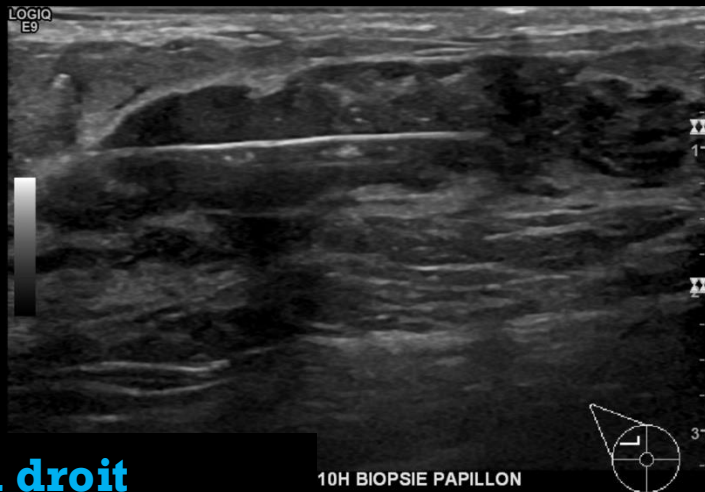
- Rémission complète documentée au TEP et IRM
- Intervalle long (4 ans) sans autre signe systémique rapporté
- Récidive isolée mammaire rare pour un lymphome T/NK

Biopsies échoguidées bilatérales



Sein gauche (masse 12h)

- Infiltration mammaire par un **lymphome T/NK extranodal**
- Pas d'évidence de lymphome B diffus à grandes cellules



Sein droit (Zone hypoéchogène 10h)

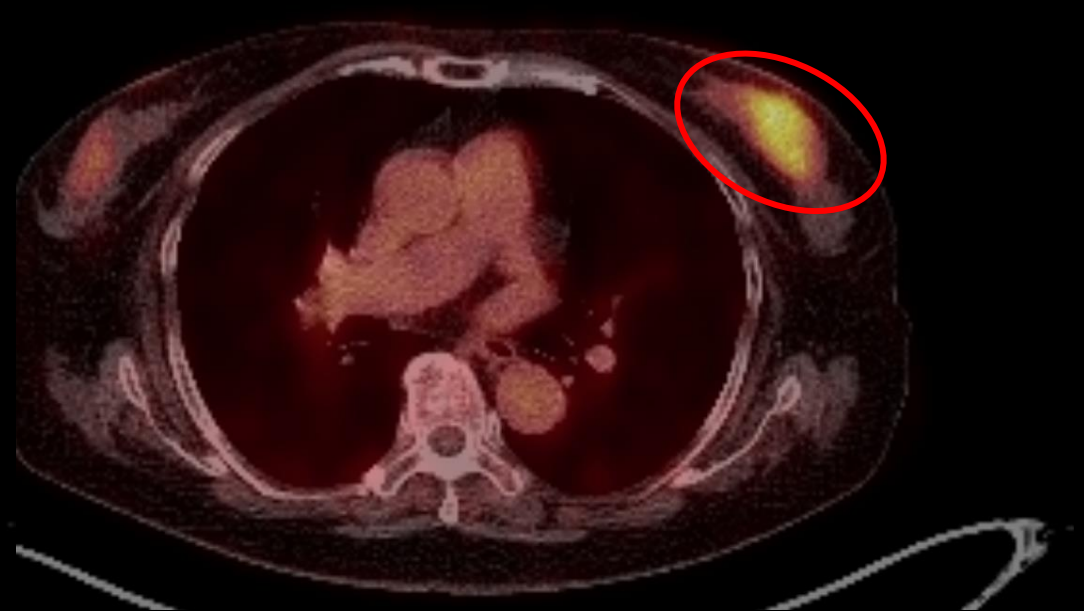
- **Lymphome B diffus à grandes cellules**

Évaluation par TEP - thorax

Discret foyer de
rehaussement en
centro-mammaire droit



Net foyer tissulaire
hypermétabolique dans la
portion supéromédiane du sein
gauche

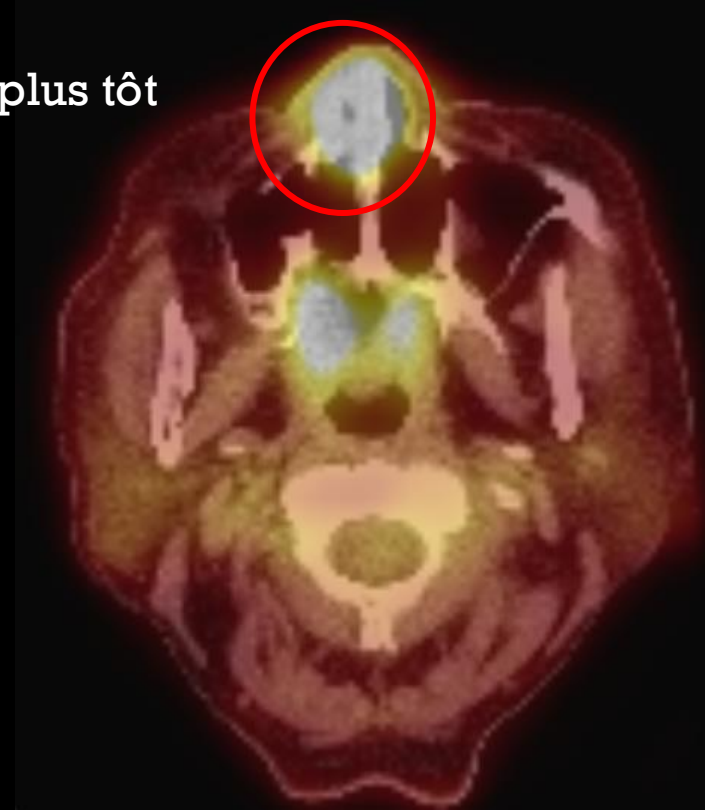


Évaluation par TEP - cavité nasale

Actuel



4 ans plus tôt



Aucun foyer métabolique résiduel au niveau de la région du vestibule nasal droit où était la lésion primaire 4 ans plus tôt.

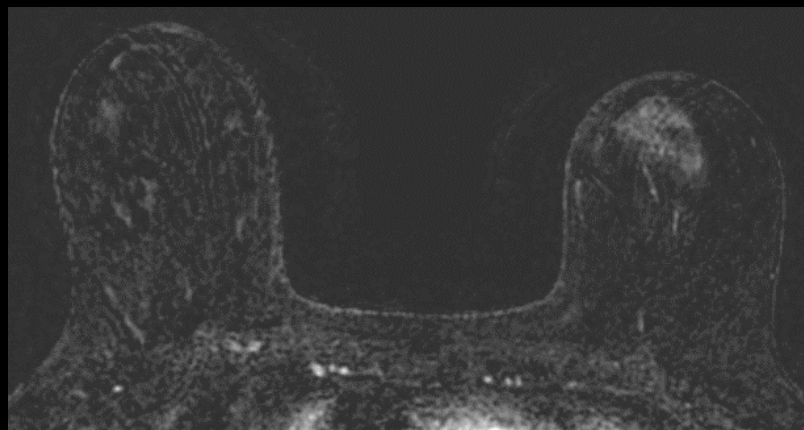
Caractérisation IRM mammaire

Sein GAUCHE

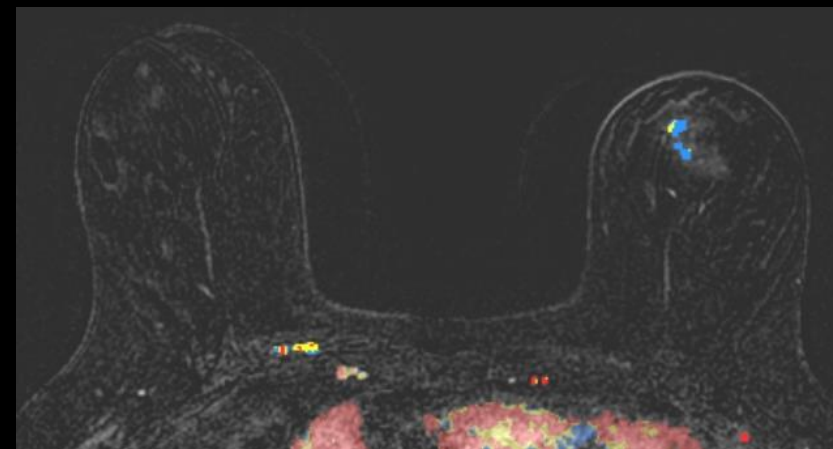
Séquence T1



Soustraction post contraste



CAD post contraste

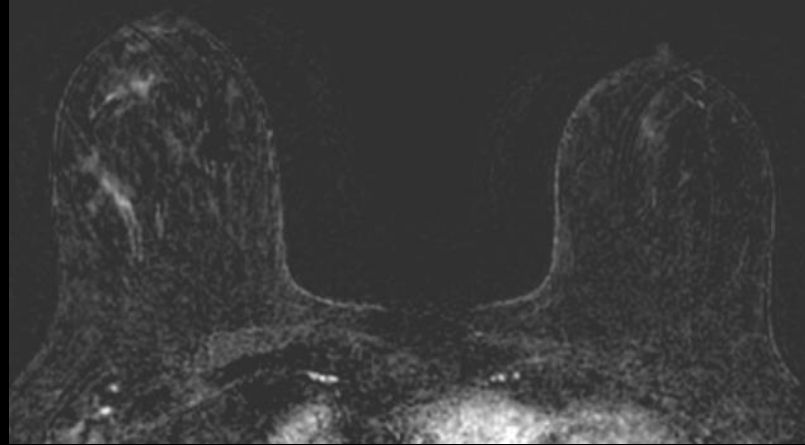
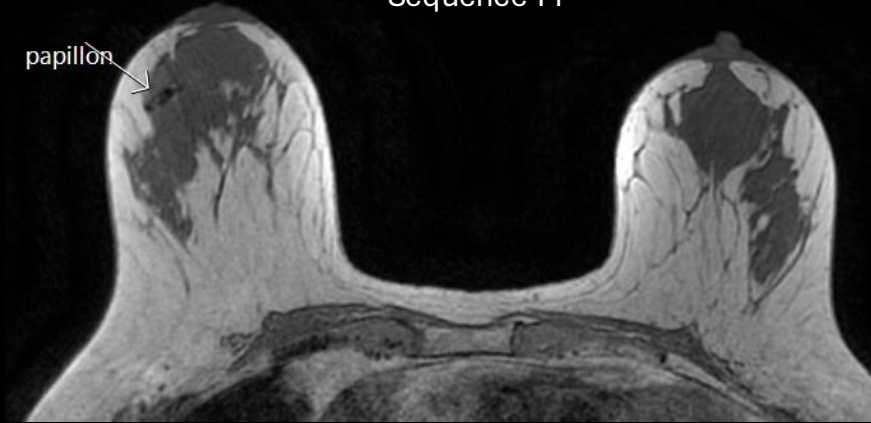


Caractérisation IRM mammaire

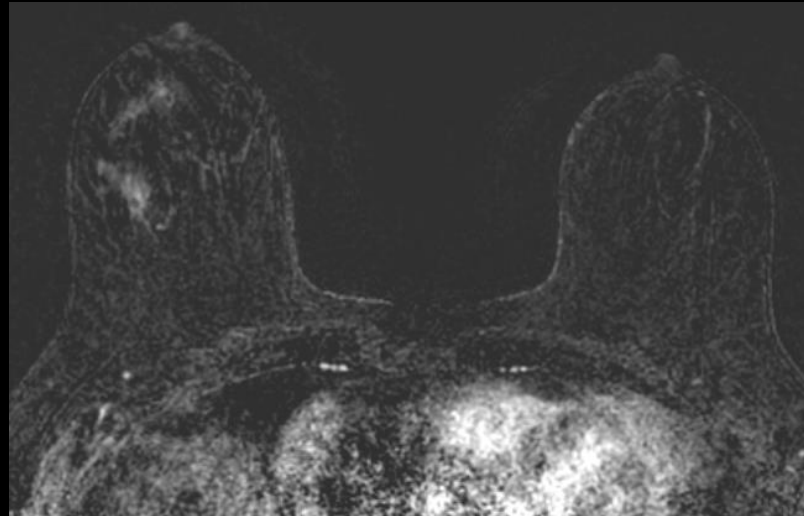
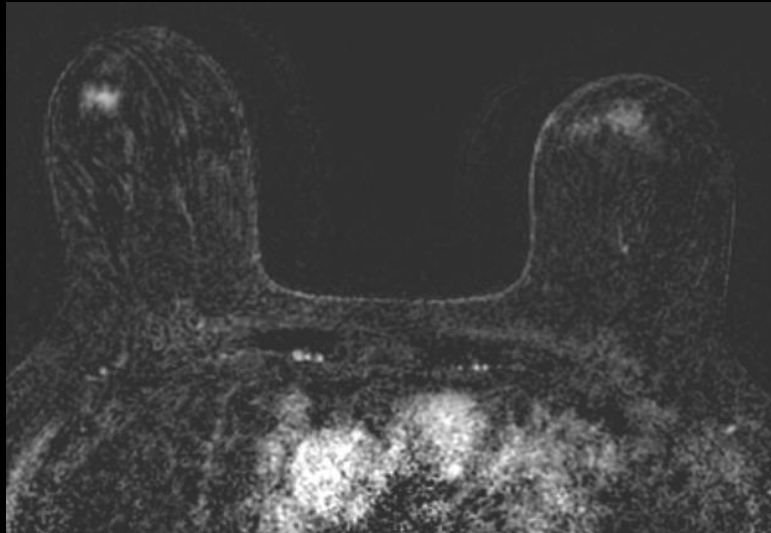
Sein DROIT

Séquence T1

papillon



Soustraction post contraste



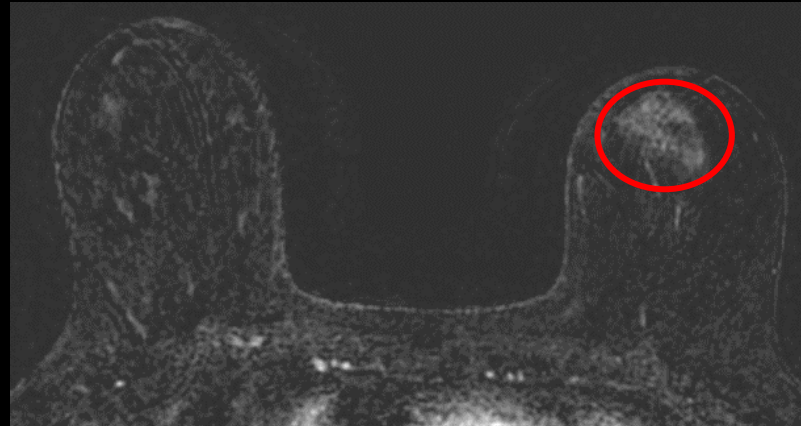
Description IRM mammaire

Sein GAUCHE

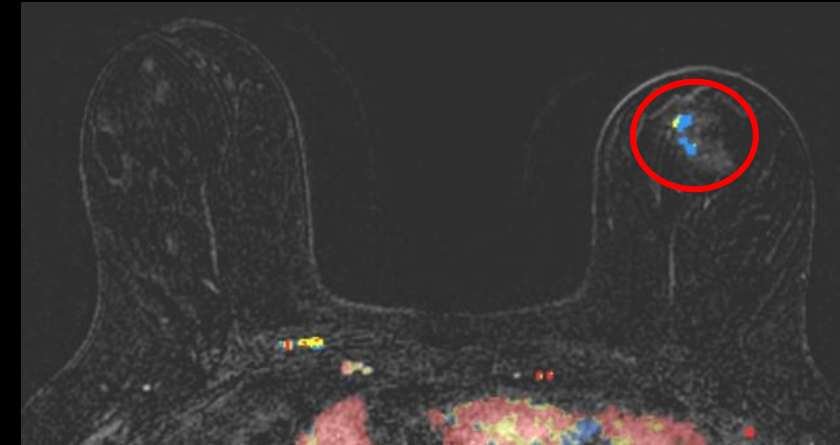
Séquence T1



Soustraction post contraste



CAD post contraste



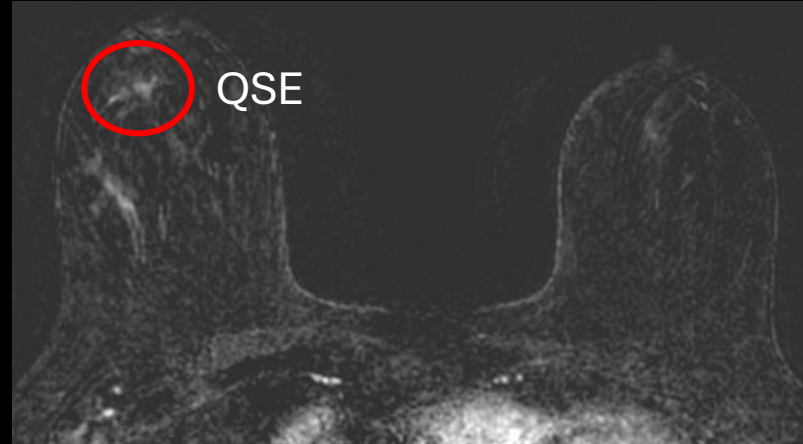
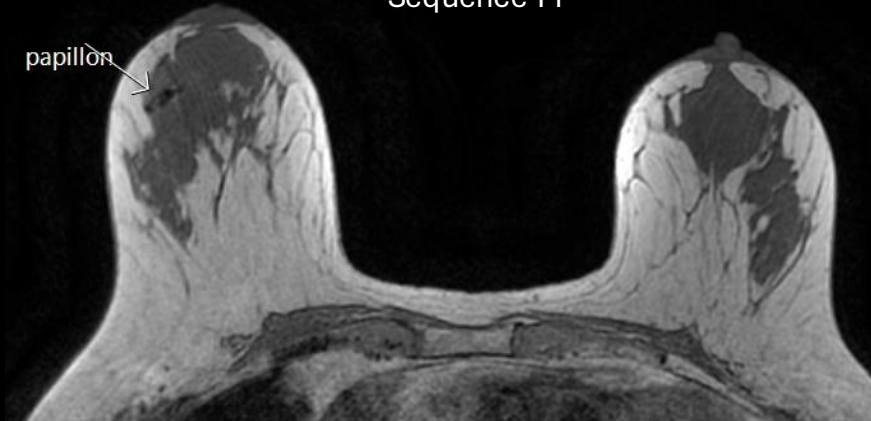
Rehaussement non-masse, de cinétique progressive (bleu sur séquence CAD), de 20 x 30 x 27 mm

Description IRM mammaire

Sein DROIT

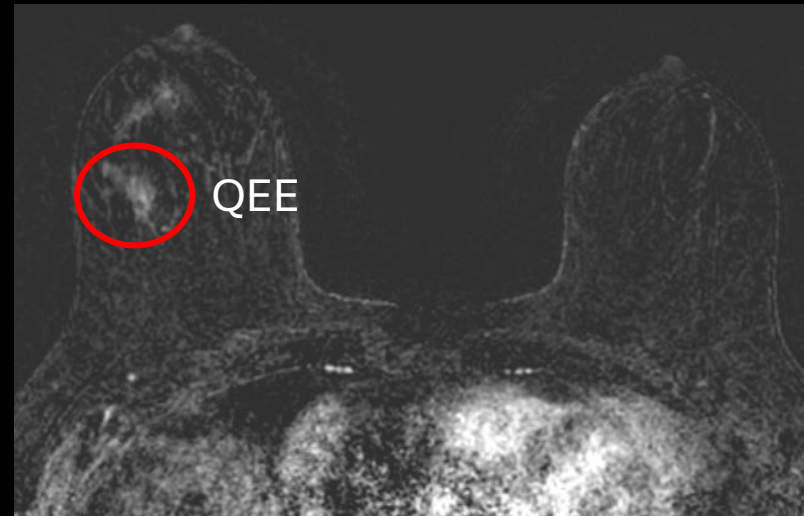
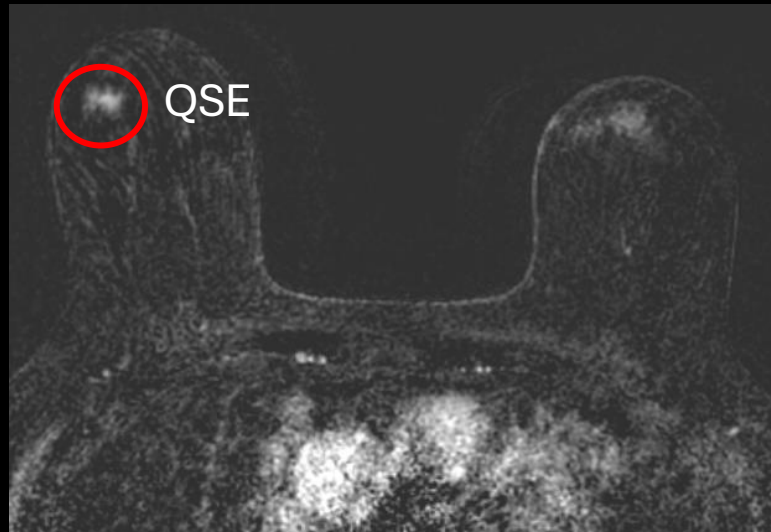
Séquence T1

papillon



Au site de biopsie,
rehaussement non-masse de
17 x 8 x 11 mm, similaire au
rehaussement prouvé
lymphome au sein gauche

Quelques autres foyers de
rehaussement d'aspect similaire.



Diagnostic final

Sein gauche:

Lymphome T/NK extranodal

Sein droit:

Lymphome B diffus à grandes
cellules

Traitement

- Prise en charge en hématologie
- Chimiothérapie débutée (6 cycles prévus – en cours)

Métastases aux seins

- Les métastases au sein provenant de tumeurs primitives non mammaires sont **rare**s et représentent 0,5 à 2,0 % de toutes les malignités mammaires.
- **La source la plus fréquente d'une lésion mammaire métastatique est le sein controlatéral.**
- **Lymphome/leucémie** = source extramammaire la plus fréquente de métastase au sein.

Lymphome sino-nasal

- Tumeur touchant la cavité nasale et/ou les sinus paranasaux.
- Primaire ou secondaire.
- Plus souvent **non-Hodgkinien**.
- Deux sous-types cytologiques: lymphome B diffus à grandes cellules (DLBCL) et le lymphome T/NK extranodal (ENKTL)
- Clinique souvent **non spécifique** : obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis.

Lymphome B diffus à grandes cellules	Lymphome T/NK extranodal (ENKTL)
Plus fréquent chez les Caucasiens	Plus fréquent en Asie, Amérique du Sud/Centrale
Atteinte surtout des sinus paranasaux (surtout maxillaire)	Atteinte prédominante de la cavité nasale
Hommes 50–70 ans	Hommes 40–60 ans

Lymphome mammaire

Définition & épidémiologie

- Tumeur **rare** : < 1 % des tumeurs mammaires et < 2 % des lymphomes non hodgkiniens extra-ganglionnaires.
- Formes : **primaire** < **secondaire**.
- Histologie la plus fréquente : **DLBCL** (lymphome B diffus à grandes cellules).
- Âge médian de présentation: 60-70 ans.

Présentation clinique

- **Masse palpable** indolore.
- Parfois signes inflammatoires ou adénopathies axillaires.

Lymphome mammaire primaire vs. secondaire

Lymphome mammaire primaire

- Le plus souvent un **lymphome non hodgkinien B** (surtout **DLBCL**).
- Sous-types plus rares : **folliculaire**, **MALT**, **Burkitt**, **ALCL associé aux implants**.
- **Critères diagnostiques :**
 - Lésion **dans le sein** ou en **proximité immédiate** du tissu mammaire.
 - **Aucun antécédent** de lymphome extra-mammaire.
 - **Pas de maladie disséminée**, sauf **ganglions axillaires homolatéraux** s'ils apparaissent simultanément.

Lymphome mammaire secondaire

- Plus souvent un **lymphome non hodgkinien** qu'un lymphome hodgkinien.
- Atteinte mammaire dans un **contexte de maladie systémique**.

Lymphome mammaire - imagerie

Mammographie

- Masse ronde/ovale, contours circonscrits ou indistincts.
- Moins fréquemment : asymétrie.
- **Absence de micro-calcifications** (différenciation avec carcinome).

Échographie

- Masse **hypoéchogène**.
- Forme ovale ou irrégulière.
- Contours circonscrits ou indistincts.

IRM

- Masse avec un **rehaussement homogène ou hétérogène**
- Courbe de rehaussement généralement de **type II (plateau)**, ou plus rarement de **type III (délavage)**
- Un **épaississement cutané** peut être présent dans certains cas, en lien avec une infiltration diffuse (minorité des cas)
- IRM utile pour multifocalité & extension locorégionale.

PET-CT

- Forte **avidité FDG**.
- Utile pour staging, évaluation de l'extension et suivi thérapeutique.

Pronostic

- Dépend du type de lymphome, grade et stade clinique
- Le pronostic d'un lymphome primaire du sein est meilleur puisqu'en général, il s'agit d'un lymphome indolent avec meilleur contrôle local
- Le pronostic du lymphome secondaire est plus réservé

Importance du diagnostic

- Trouvailles radiologiques peu spécifiques
- Mimique aspect radiologique d'un carcinome mammaire
- Diagnostic formel → **biopsie + immunohistochimie.**
- **Impact thérapeutique majeur : pas de mastectomie d'emblée**, traitement systémique privilégié

Radiologie



Pathologie

Références

1. Gaillard F, Ibrahim D, Saber M, et al. Breast lymphoma. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 11 Dec 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-1015>
2. Weerakkody Y, Gaillard F, Walizai T, et al. Sinonasal lymphoma. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 11 Dec 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-35364>
3. Gaillard F, Rasuli B, Hacking C, et al. Metastases to the breast. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 11 Dec 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-1667>
4. Raj et al. Primary and secondary breast lymphoma... Radiographics 2019; 39(3): 610-625