



Microbiopsie ganglionnaire

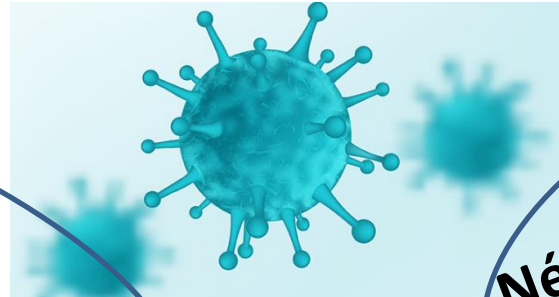
Pièges en pathologies infectieuses, inflammatoires et tumorales non hématologiques

Dr. Julien Moroch – CHU Tenon



Pièges en pathologies infectieuses

Pathologies virales : Lésions élémentaires communes



Hyperplasie immunoblastique
B et T

Nécrose apoptotique ou
d'aspect ischémique,
rarement suppurée

Clinique bruyante ++
Terrain particulier
Suspicion de lymphome

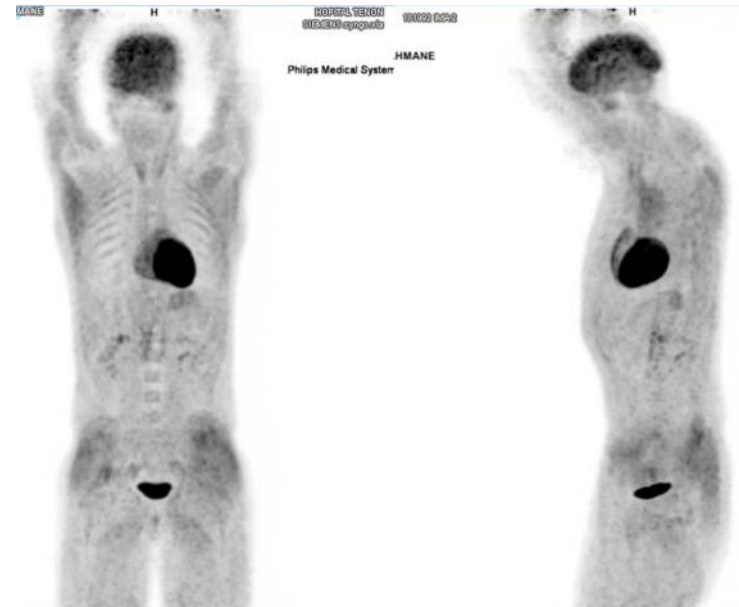
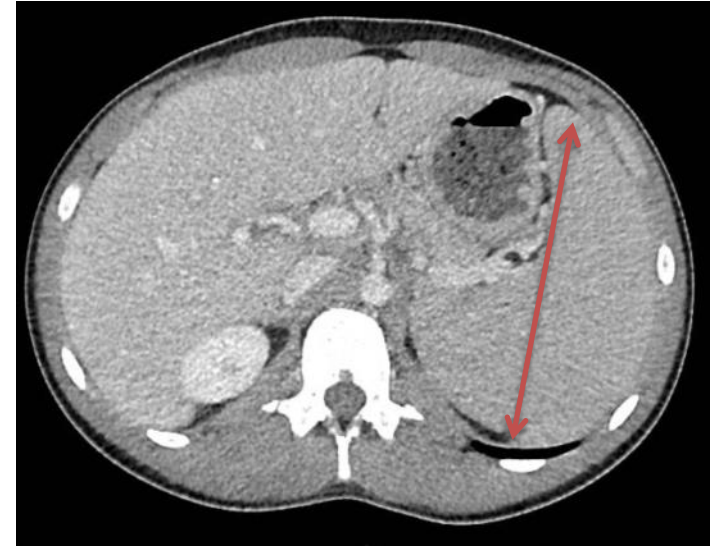
Modifications folliculaires
Hyperplasie / folliculolyse

Prolifération cellulaire

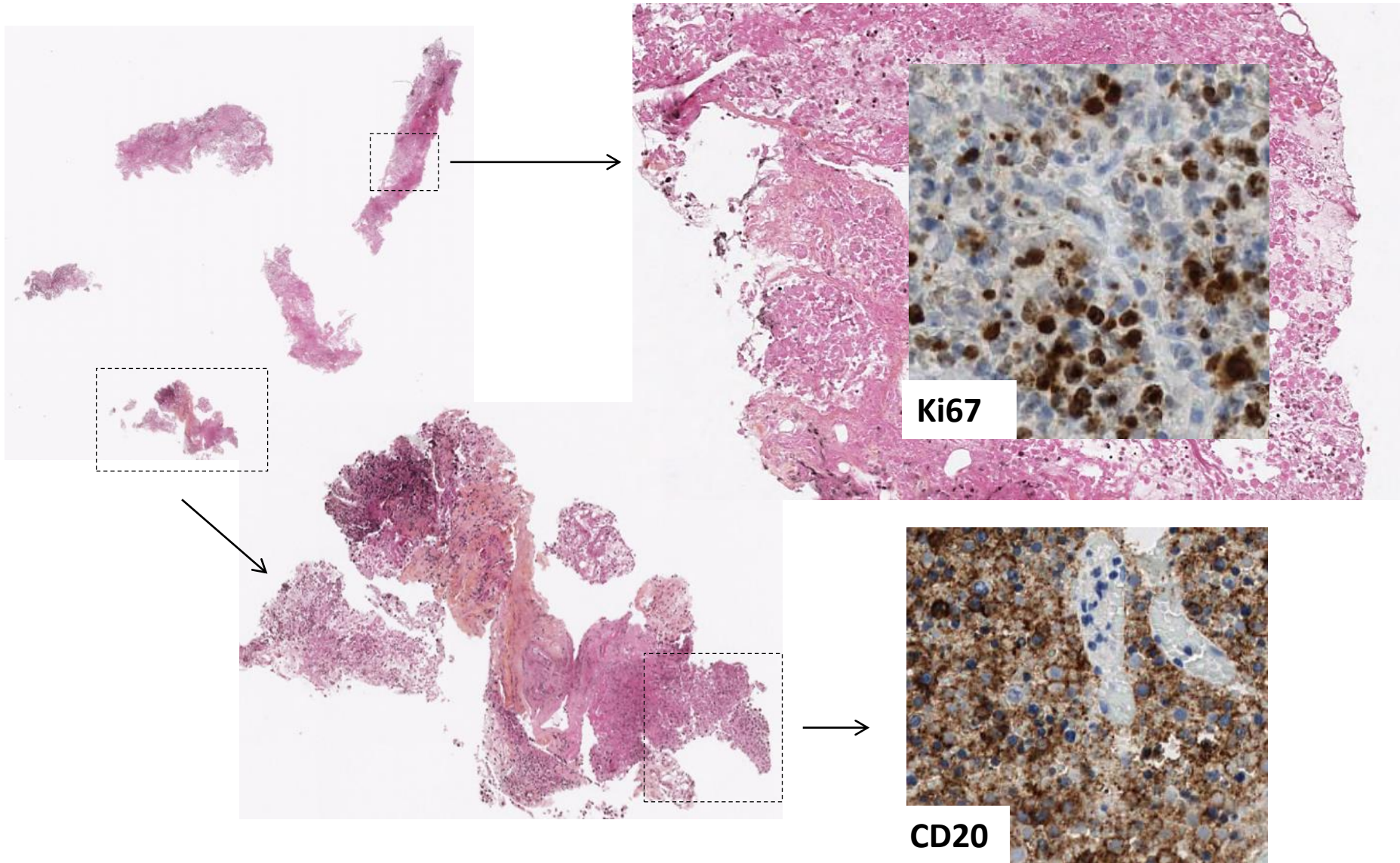
Cas n°1 : ♂ 19a – Médecine Interne

- AEG + Polyadénopathie
- Pas de fièvre
- Cytolyse hépatique majeure
- NFS : Lymphocytose à 11G/L
- LDH x 5 N
- Pas de cytopénie
- CRP 25 mg/L

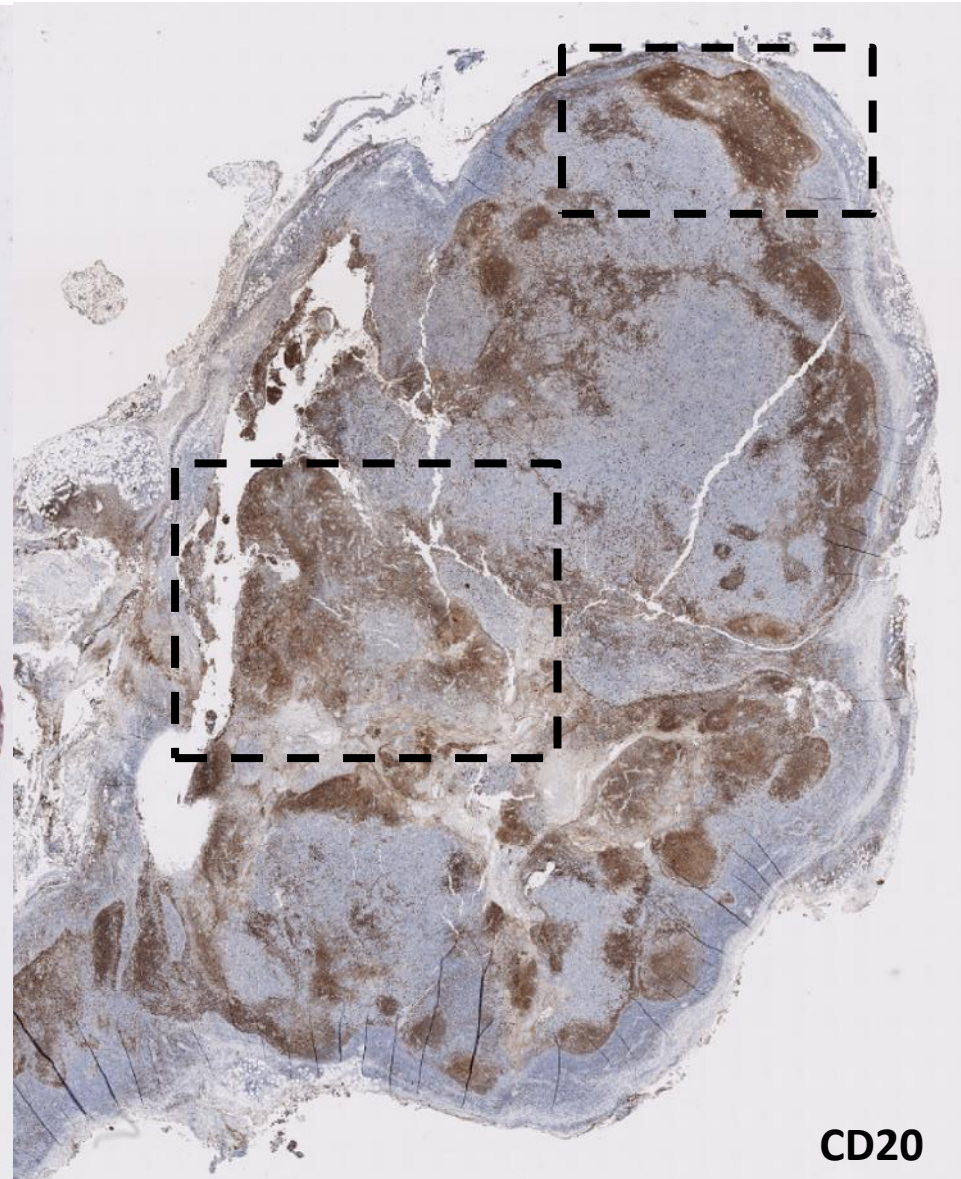
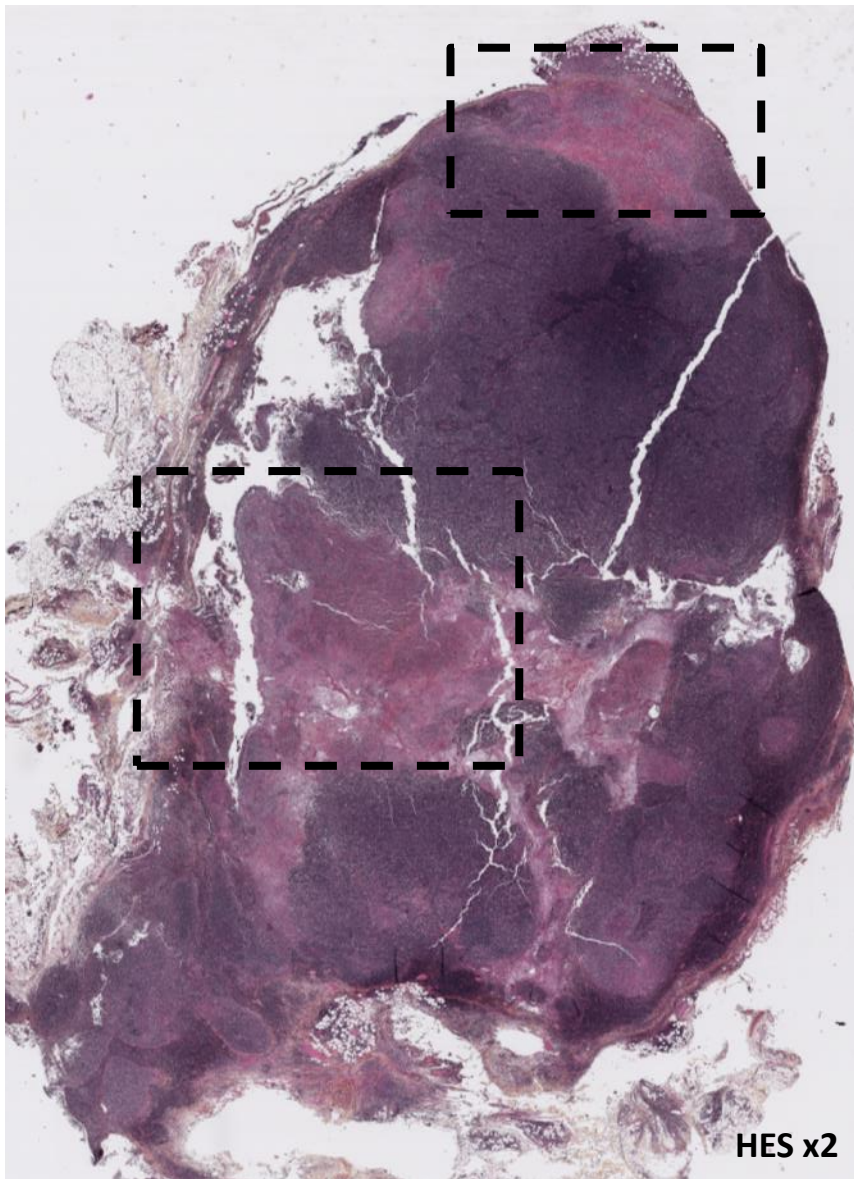
- TDM : Splénomégalie homogène.
Adénomégalie rétropéritonéale associée à des ganglions médiastinaux, axillaires, rétropéritonéaux et coelio-mésentériques (fixation faible TEP)

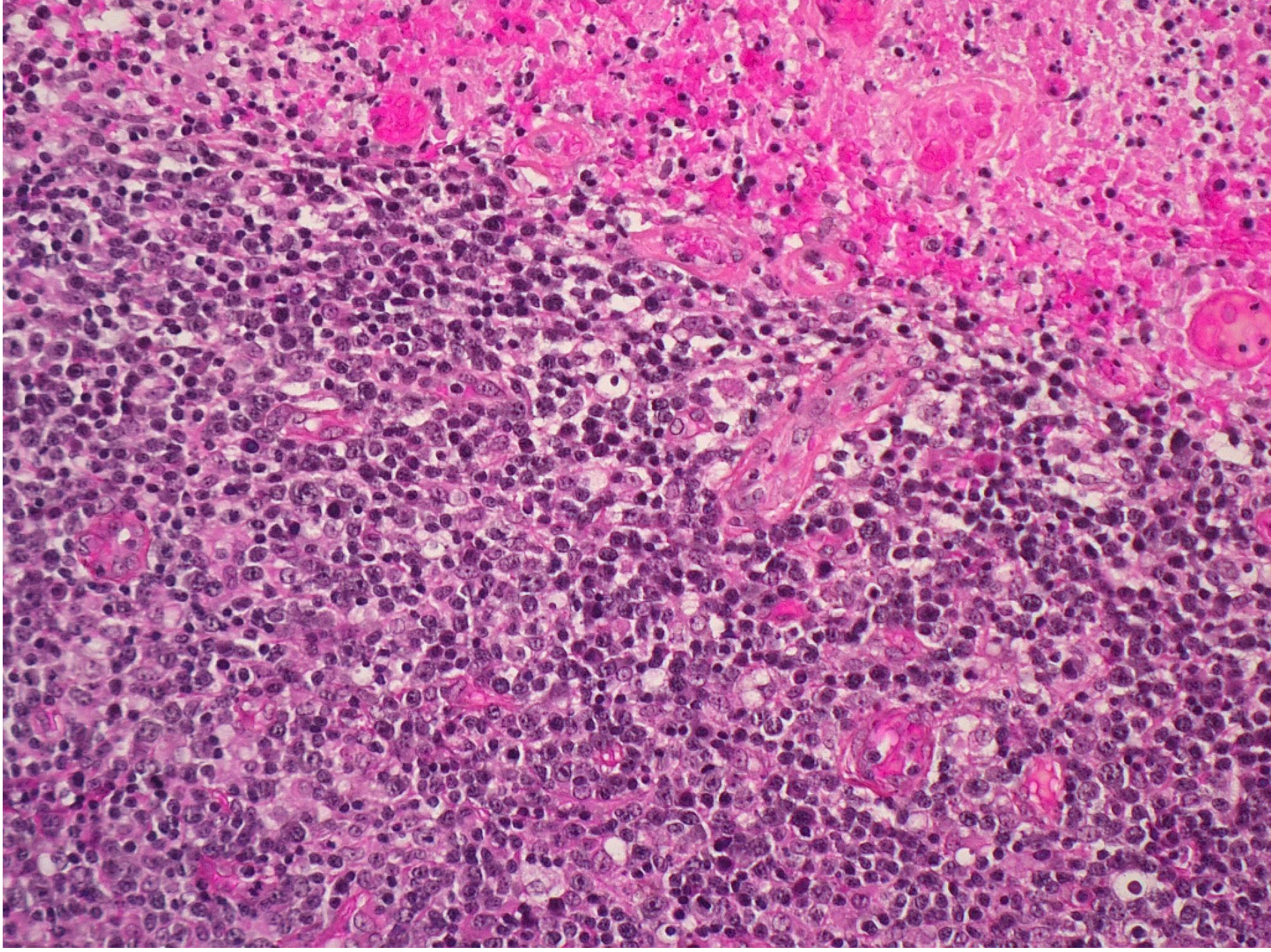


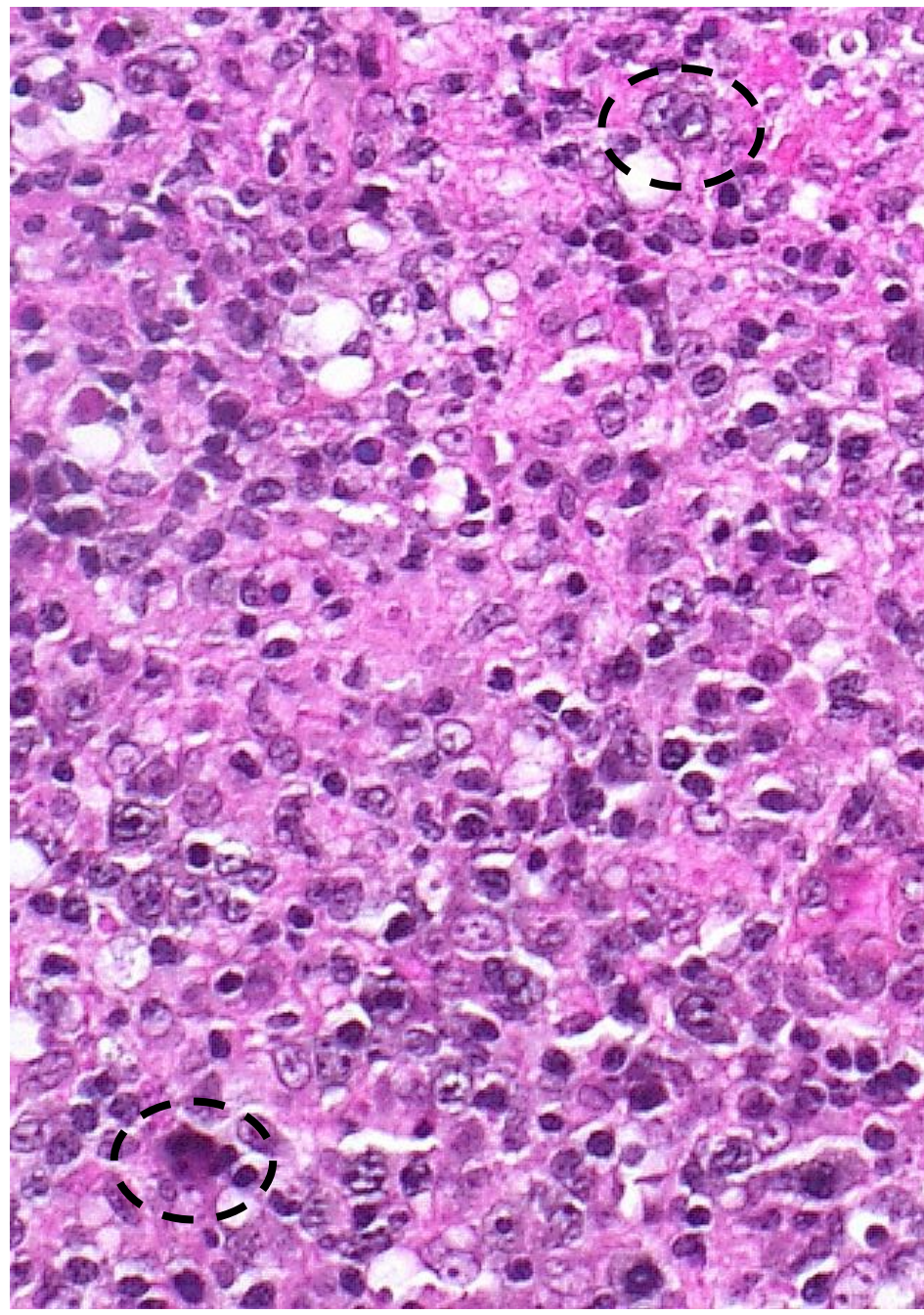
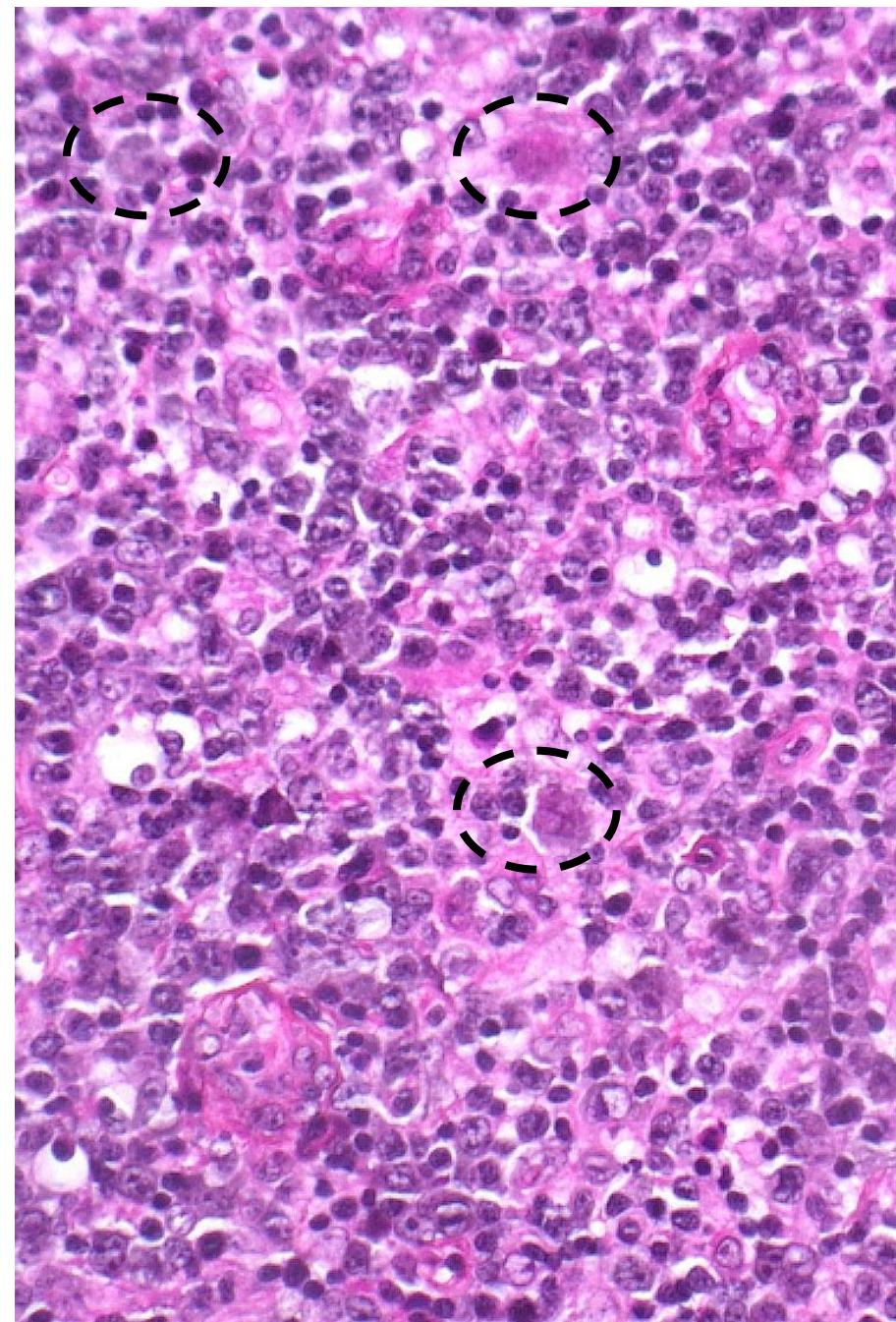
Cas n°1 : Biopsie axillaire droite : suspicion de lymphome

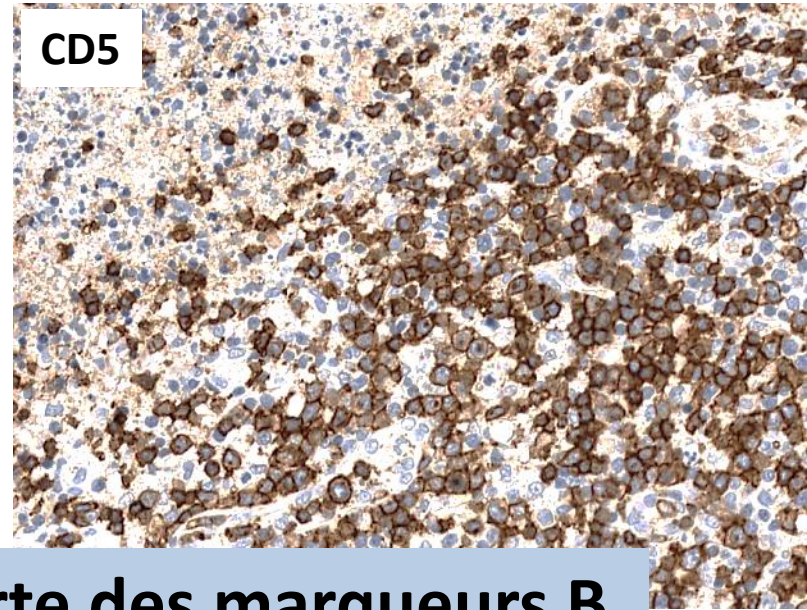
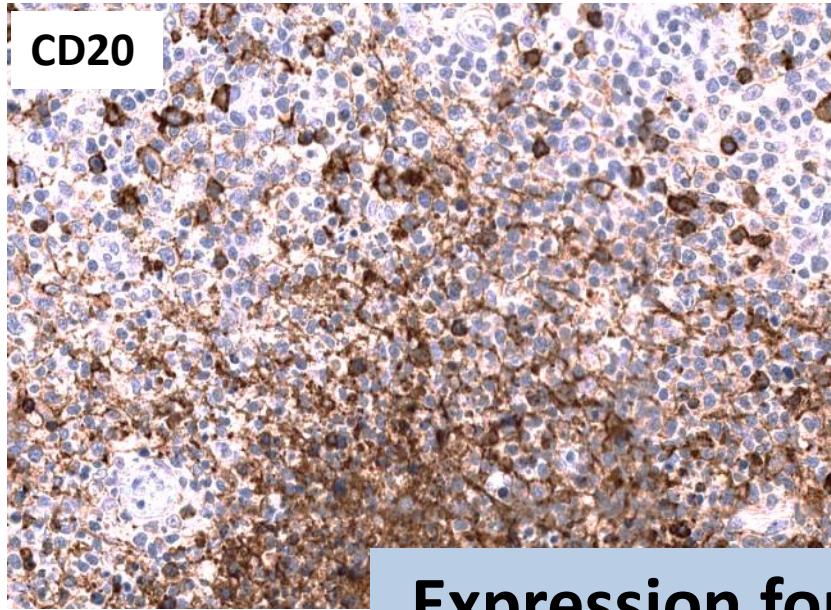


Cas n°1 : Exérèse d'une adénopathie cervicale



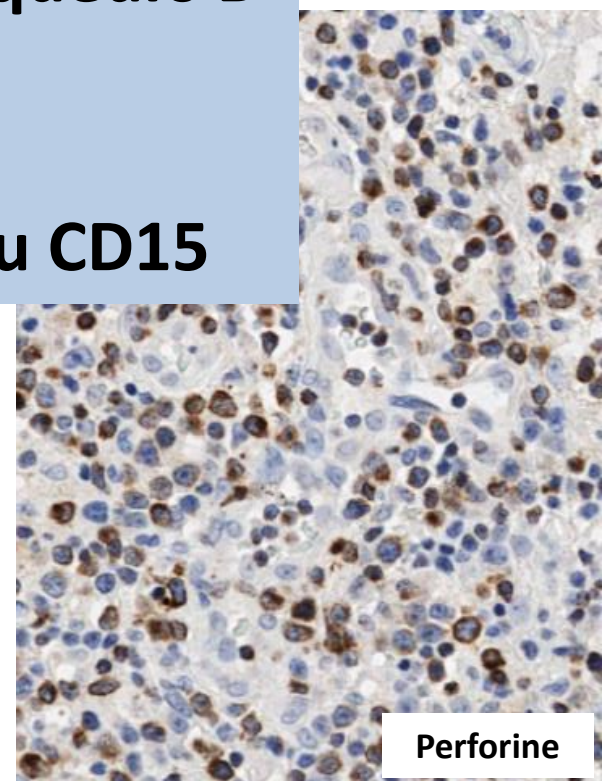
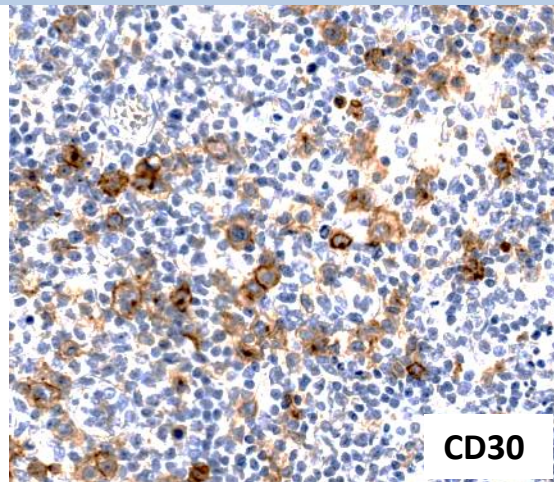
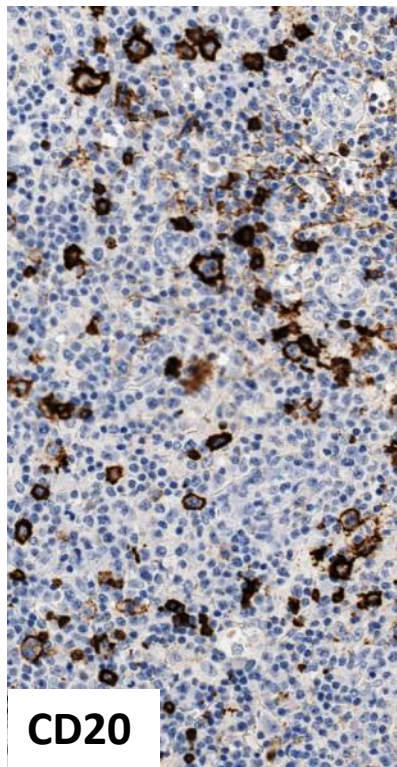


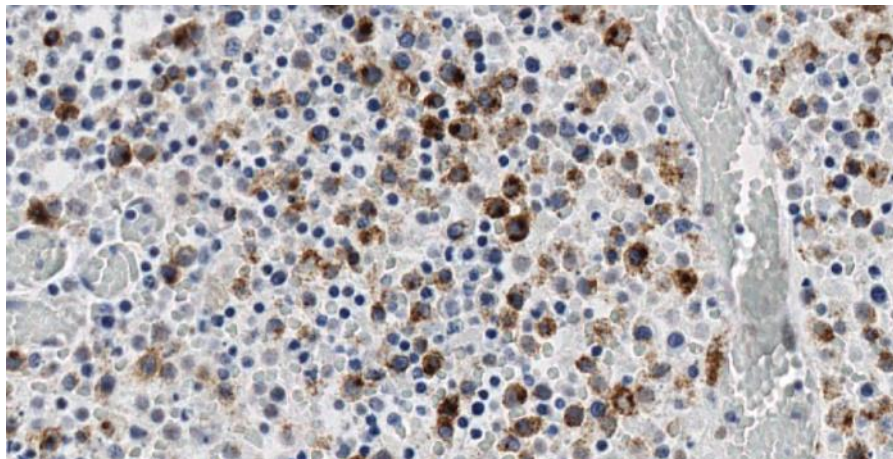




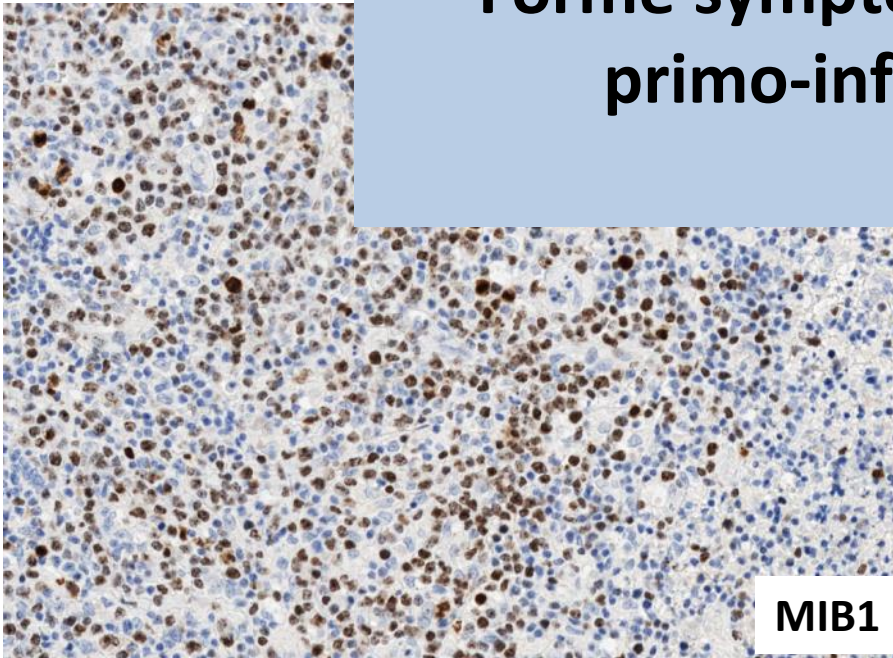
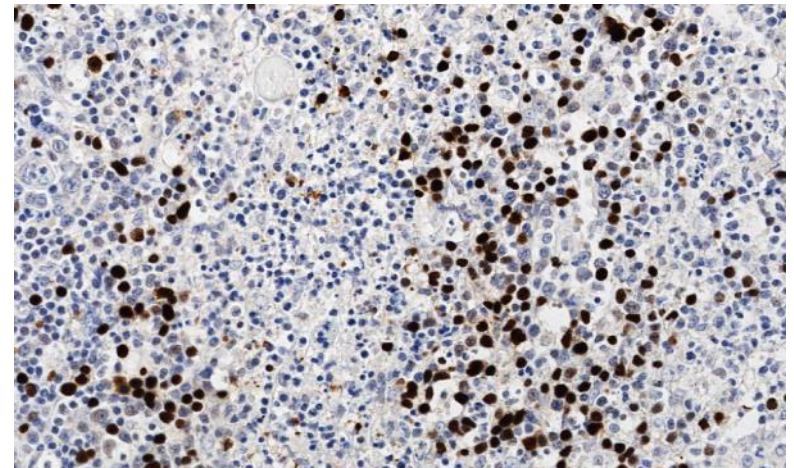
**Expression forte des marqueurs B
(CD79a et PAX5)**

Absence d'expression du CD15

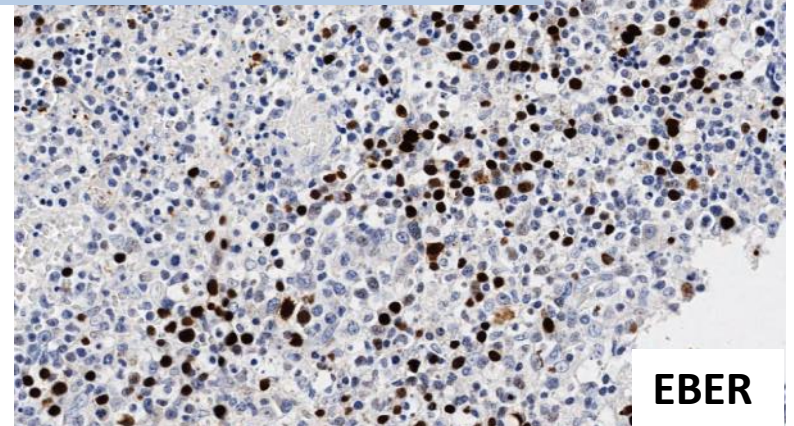




LMP1



MIB1



EBER

MONONUCLEOSE INFECTIEUSE
Forme symptomatique de la
primo-infection EBV

Mononucléose infectieuse (MNI)

Clinique parfois inquiétante chez adolescent / sujet jeune

Histologie souvent inquiétante !!

- Conservation de l'architecture
- Hyperplasie paracorticale T prédominante + hyperplasie folliculaire
- **Hyperplasie immunoblastique polymorphe avec cellules de type de Reed-Sternberg**
- Parfois aspects de lymphadénite de Piringer-Kuchinka (nids de cellules épithélioïdes)
- **Territoires de nécrose ischémique avec apoptose et macrophages à corps tingibles ++**
- Histiocytose érythrophagocytaire

Diagnostic :

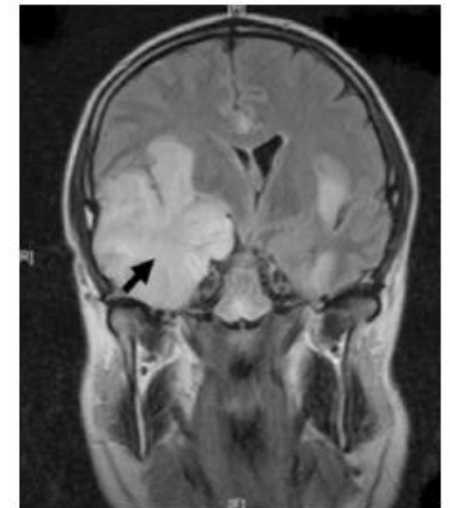
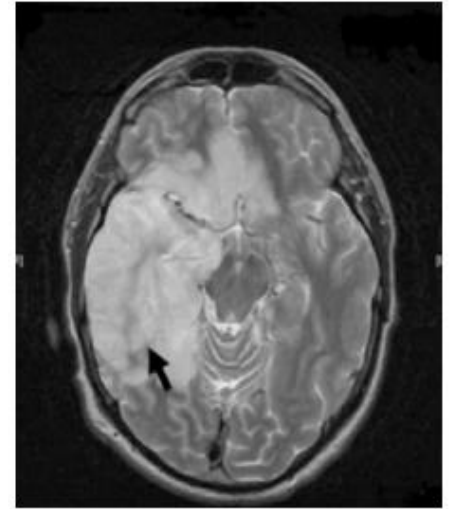
- Phénotype mixte CD20+ et CD3+ des immunoblastes avec prédominance de T CD8+ cytotoxiques activés (Granzyme B+ / Perforine +)
- **Mise en évidence de l'EBV : Hybridation in situ ARN EBER+, immunohistochimie (LMP1+)**

Diagnostic différentiel :

- Lymphome de Hodgkin classique +++
- Lymphome non hodgkinien : sd lymphoprolifératif B lié à l'EBV (contexte d'IS)

Cas n°2 : ♂ 58 a – Neurologie

- Greffé rénal depuis 6 ans
- Fièvre + gêne respiratoire avec confusion
- Adénopathies cervicales, médiastinales et axillaires.
- PL : hémorragique, hyperprotéinorachie, méningite lymphocytaire
- IRM cérébrale : Hypersignaux T2 et T2F, pôle temporal antérieur et progression vers le lobe temporal moyen et interne
- PCR EBV sang : 4,2 log

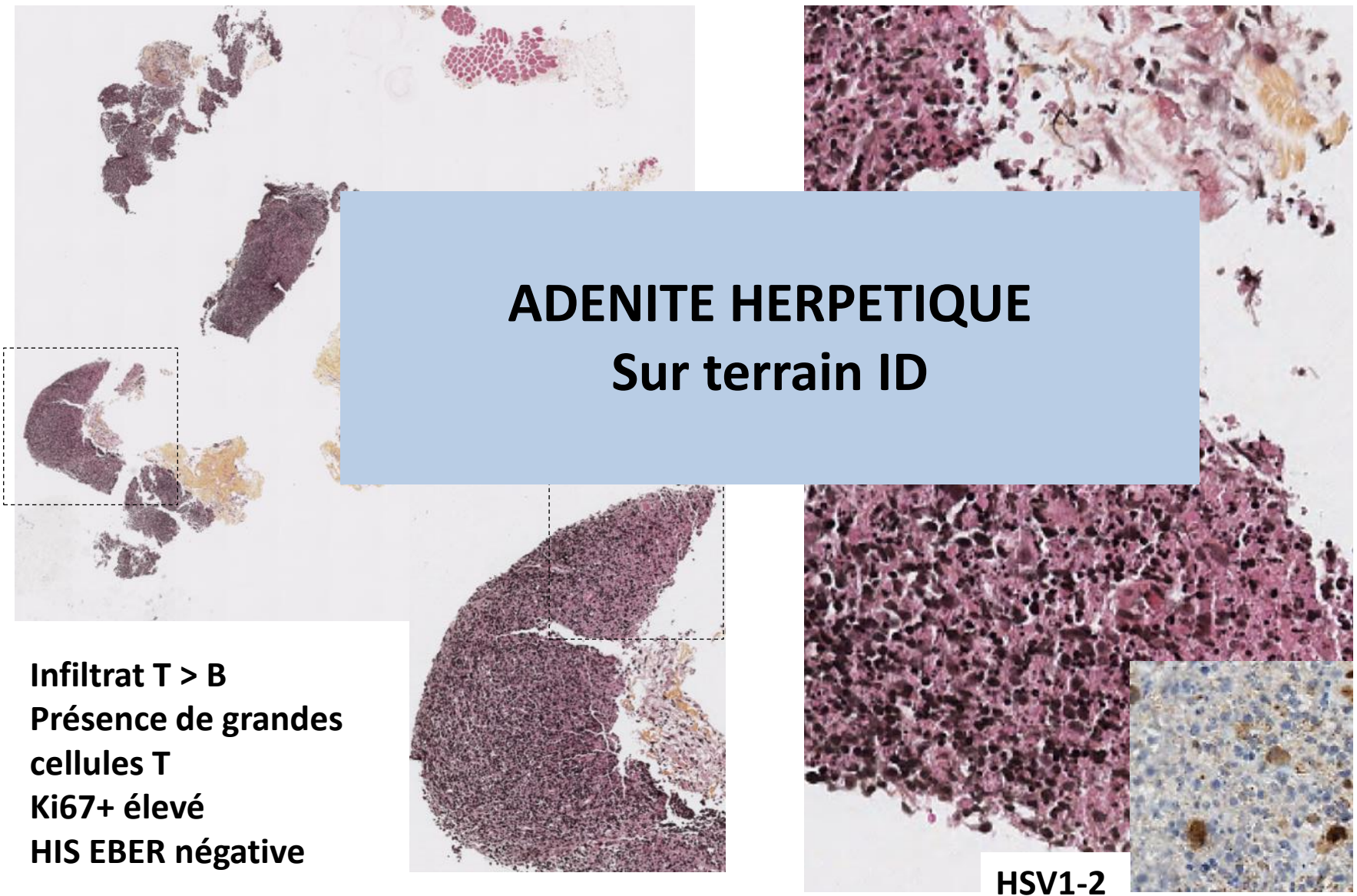


Cas n°2 : Biopsie axillaire droite : suspicion de lymphome post-transplantation (contexte EBV+)

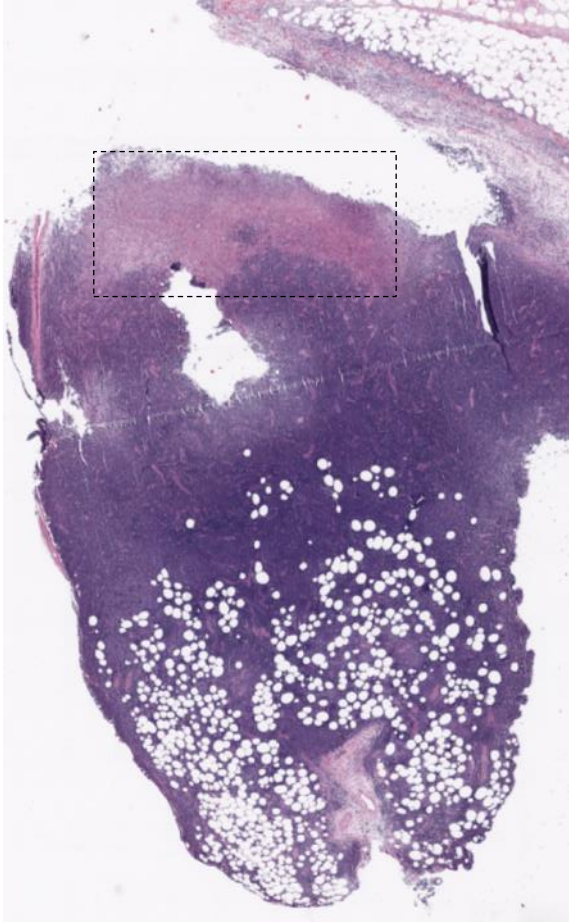
**ADENITE HERPETIQUE
Sur terrain ID**

**Infiltrat T > B
Présence de grandes
cellules T
Ki67+ élevé
HIS EBER négative**

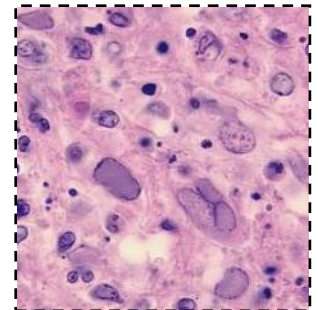
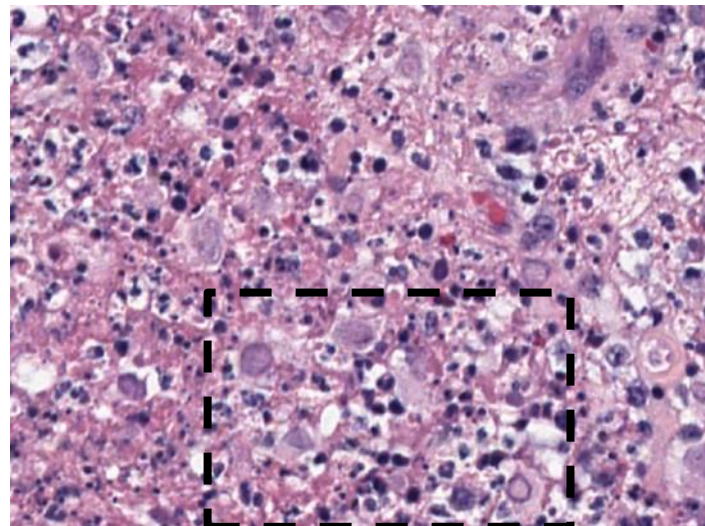
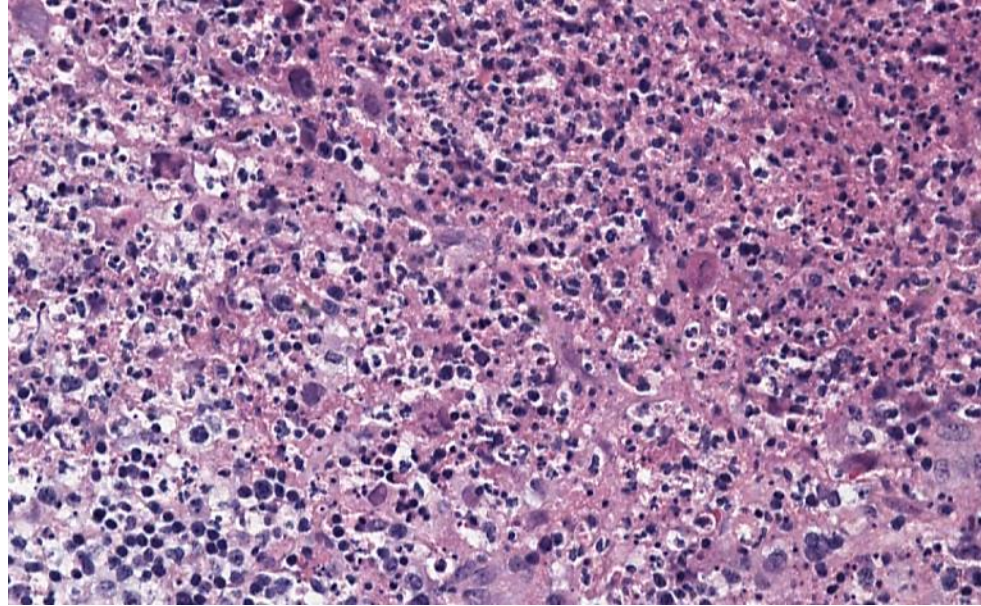
HSV1-2

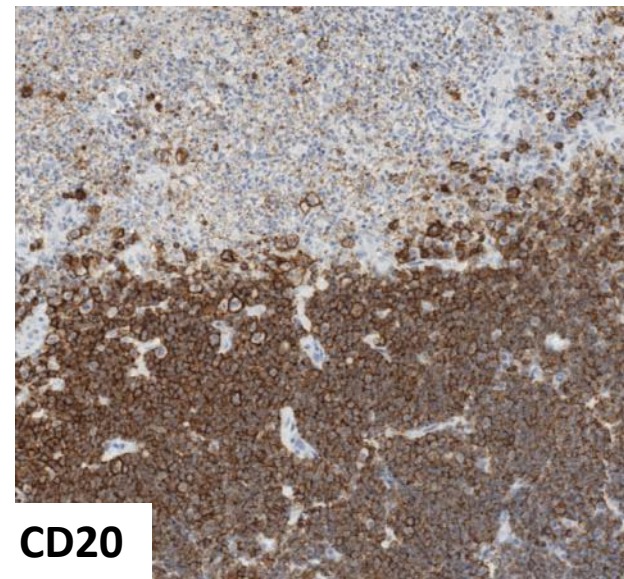


Adénite HERPETIQUE

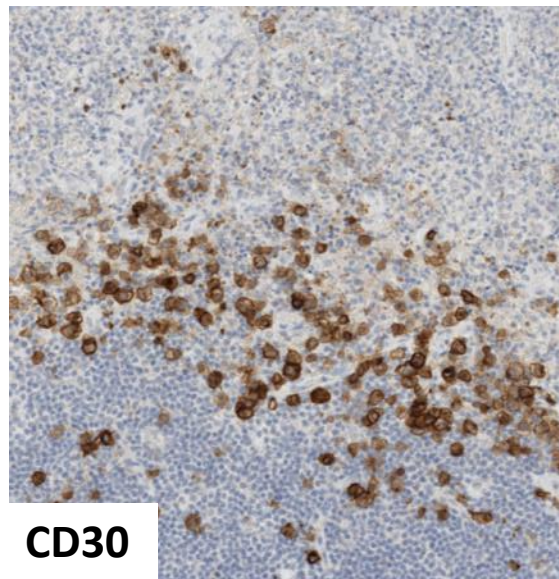


Nécrose suppurée : PNN altérés
Débris cytonucléaires
Erythrophagocytose

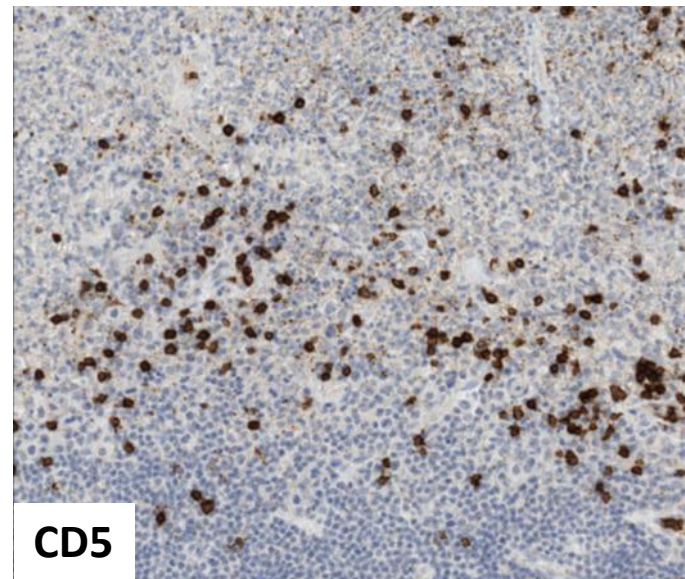




CD20

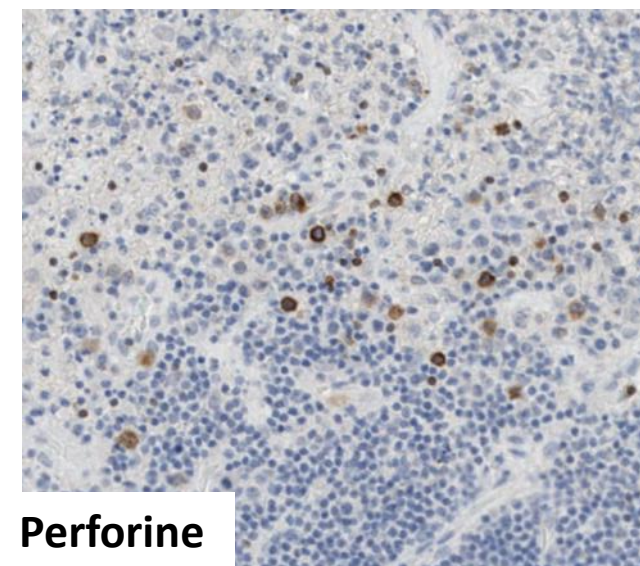


CD30

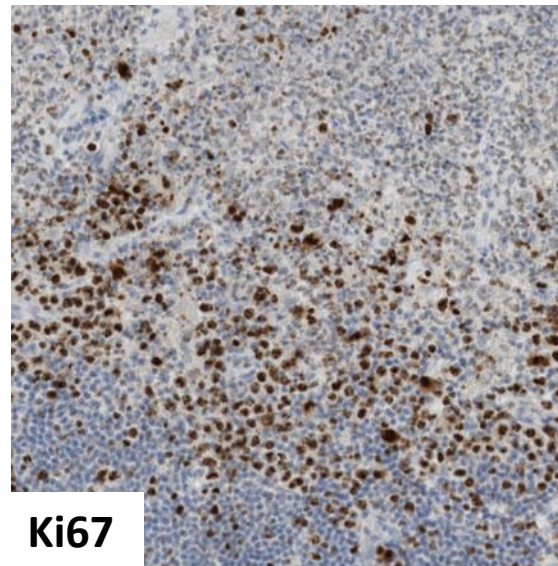


CD5

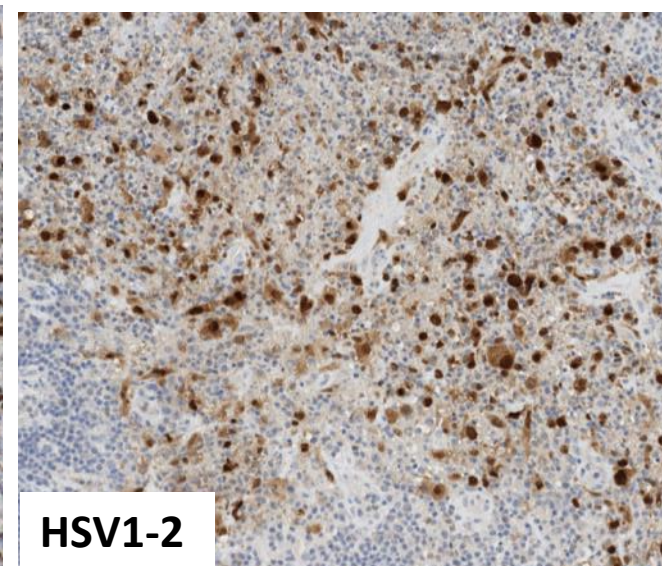
**Modifications ganglionnaires associées :
Hyperplasie immunoblastique + Lymphocytose B sinusale**



Perforine

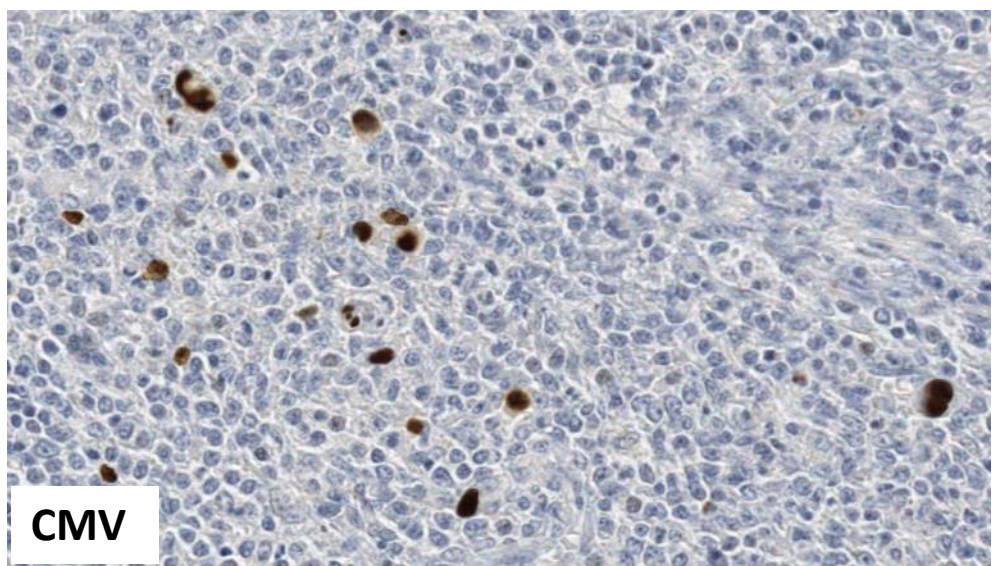
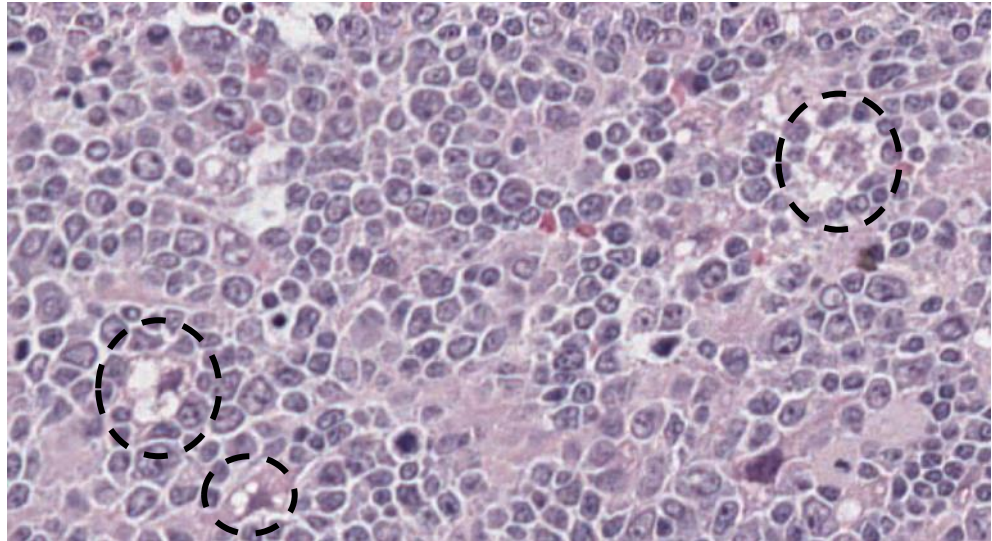
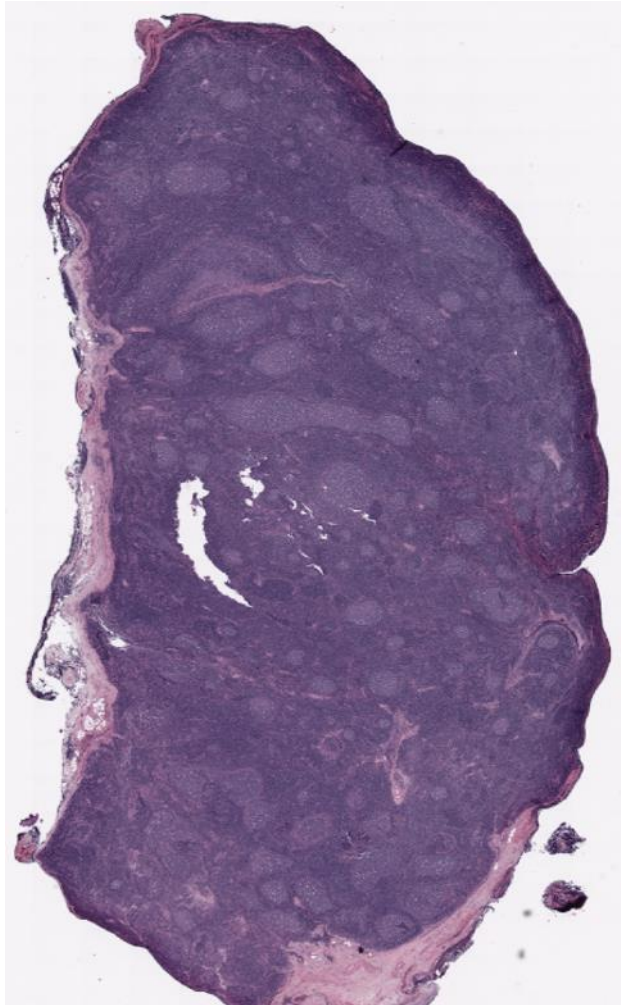


Ki67



HSV1-2

Cas n°3 : Ganglion cervical gauche chez patient sous IS hospitalisé pour colite + pneumopathie à CMV



Pathologies virales

Lésions élémentaires communes

- Hyperplasie immunoblastique B > T, prolifération ++
- Modifications folliculaires : hyperplasie / folliculolyse
- Nécrose : apoptotique ou d'aspect ischémique, rarement suppurée
- Hyperplasie plasmocytaire polyclonale
- Hyperplasie histiocytaire avec hémophagocytose, amas de cellules épithélioïdes et/ou granulomes
- Hyperplasie des cellules dendritiques plasmocytoïdes CD123+
- Cellules géantes multinucléées
- Inclusions virales intranucléaires (CMV / HSV)

CONFRONTATION AVEC LA CLINIQUE FONDAMENTALE

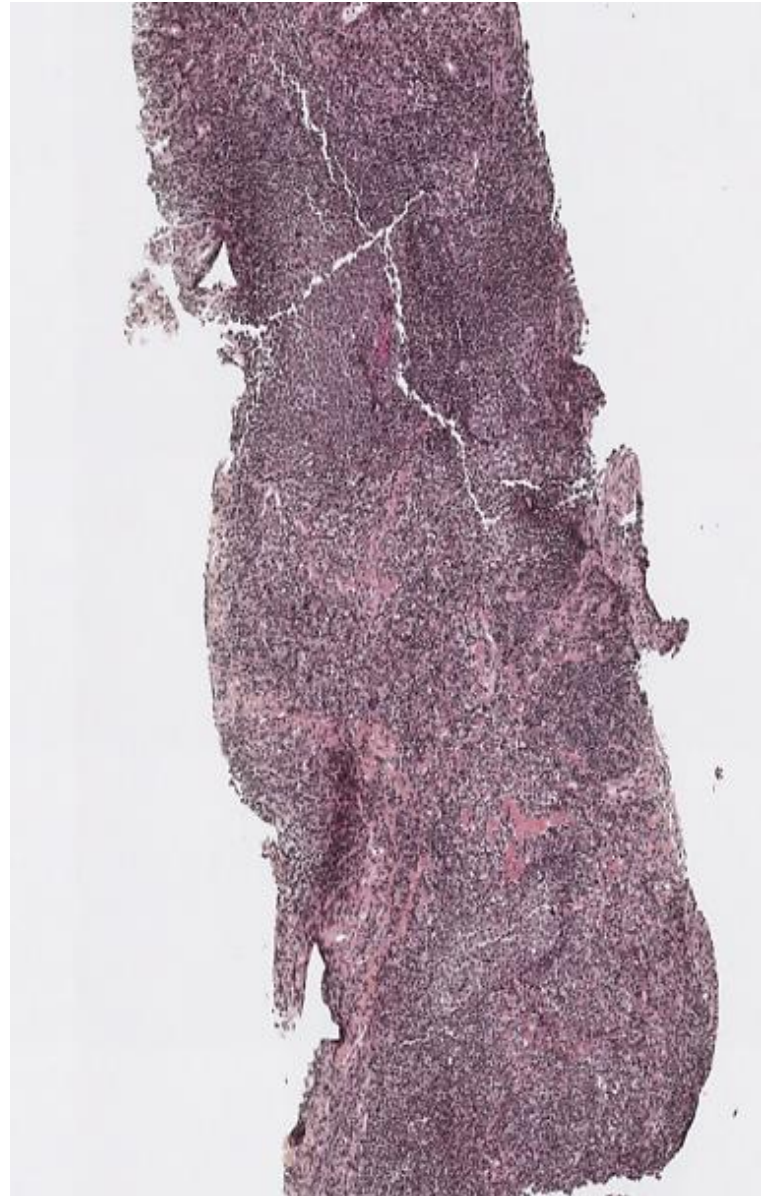
**Pièges en pathologies
inflammatoires ou auto-immunes**

Pathologies auto-immunes

**Polyarthrite Rhumatoïde,
Sclérodermie,
dermatomyosite, péri-artérite
noueuse, etc...**

Histologie :

- Hyperplasie lymphoïde folliculaire
- Dépôts hyalins amorphes PAS (+), nombreux plasmocytes médullaire
- Infiltration de la capsule et du tissu périganglionnaire : Ly et Plasmoc
- Amylose

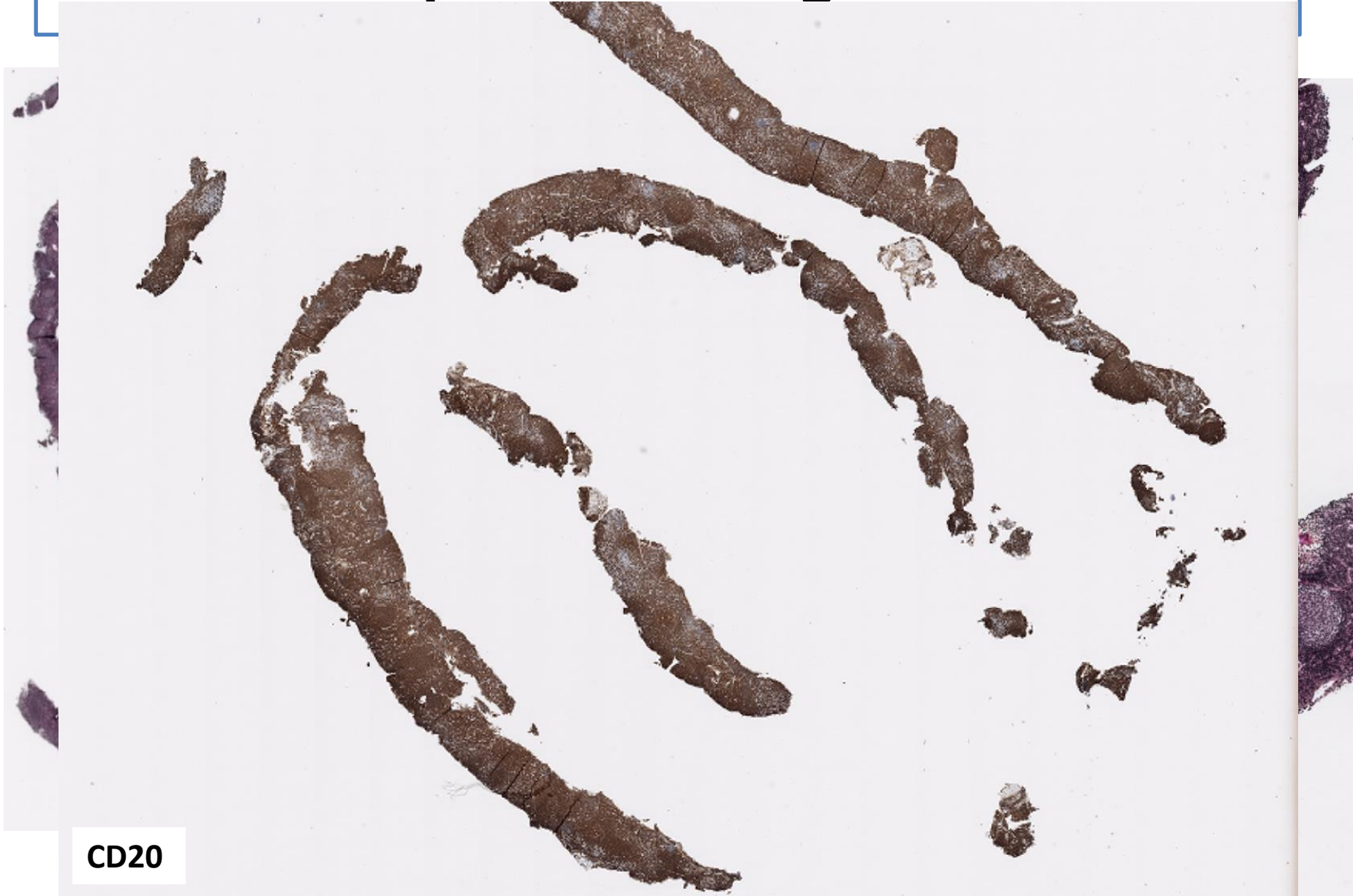


Cas n°4 : ♀ 48 a – Médecine Interne

- Syndrome de Gougerot-Sjögren avec une parotidomégalie
- Apparition d' une adénopathie axillaire gauche de 2,5 cm
- TEP TDM : « Caractère hypermétabolique de la formation ganglionnaire axillaire gauche (SUV 10) + Hypermétabolisme diffus de la paroi gastrique nécessitant un contrôle par biopsie »

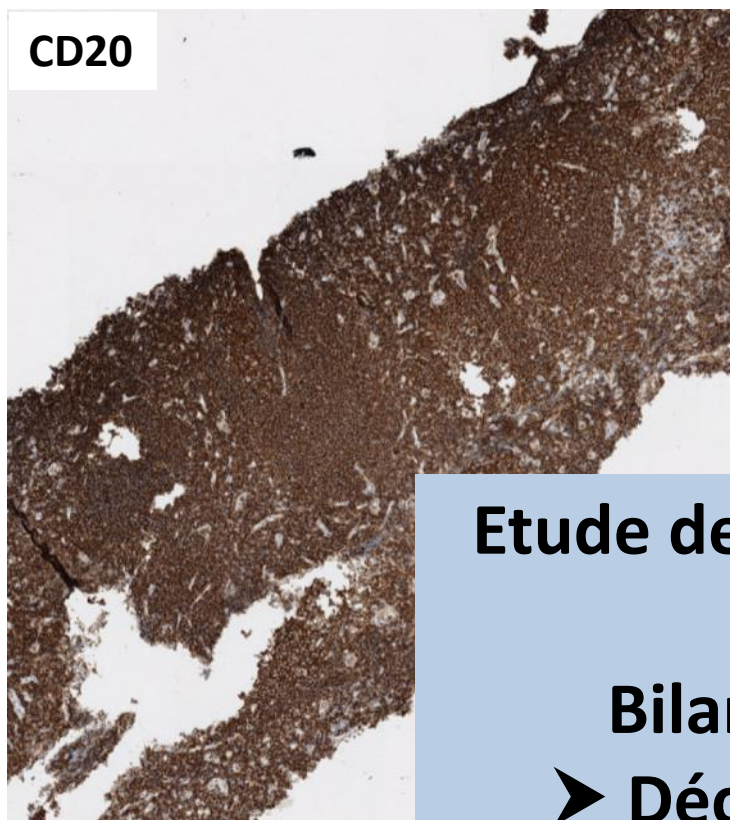


Biopsie axillaire gauche



CD20

CD20

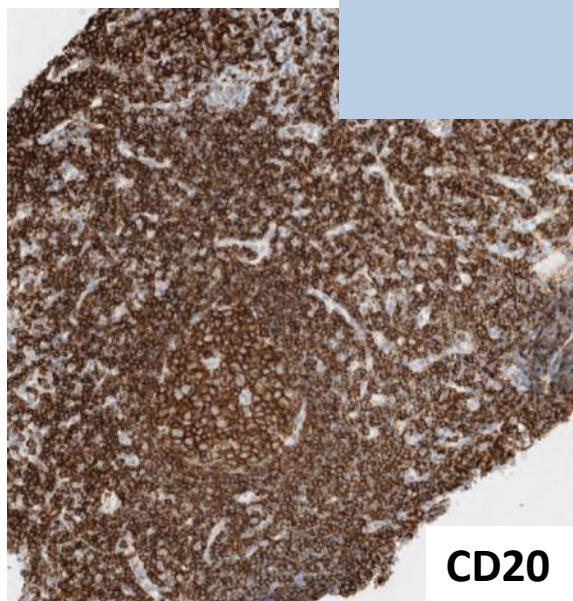


**Etude de clonalité lymphocytaire B :
Négative**

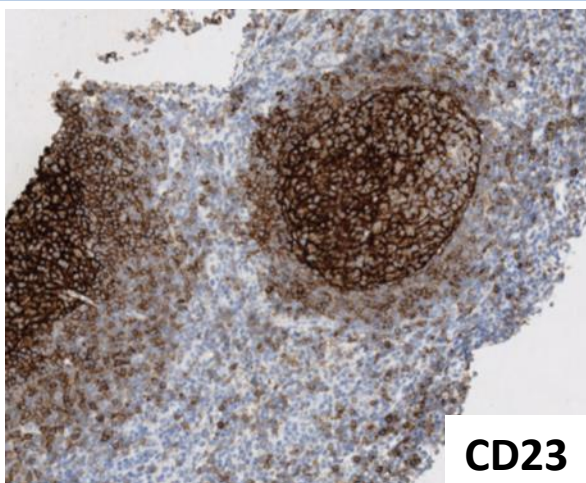
Bilan périphérique : négatif

**➤ Décision de majoration de la
corticothérapie**

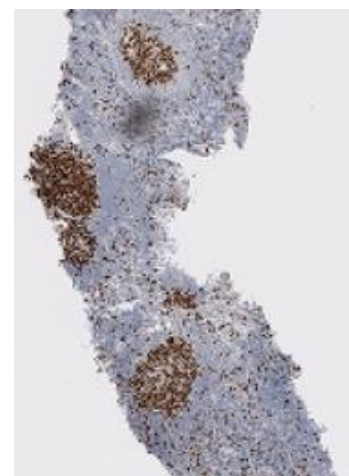
BCL2



CD20

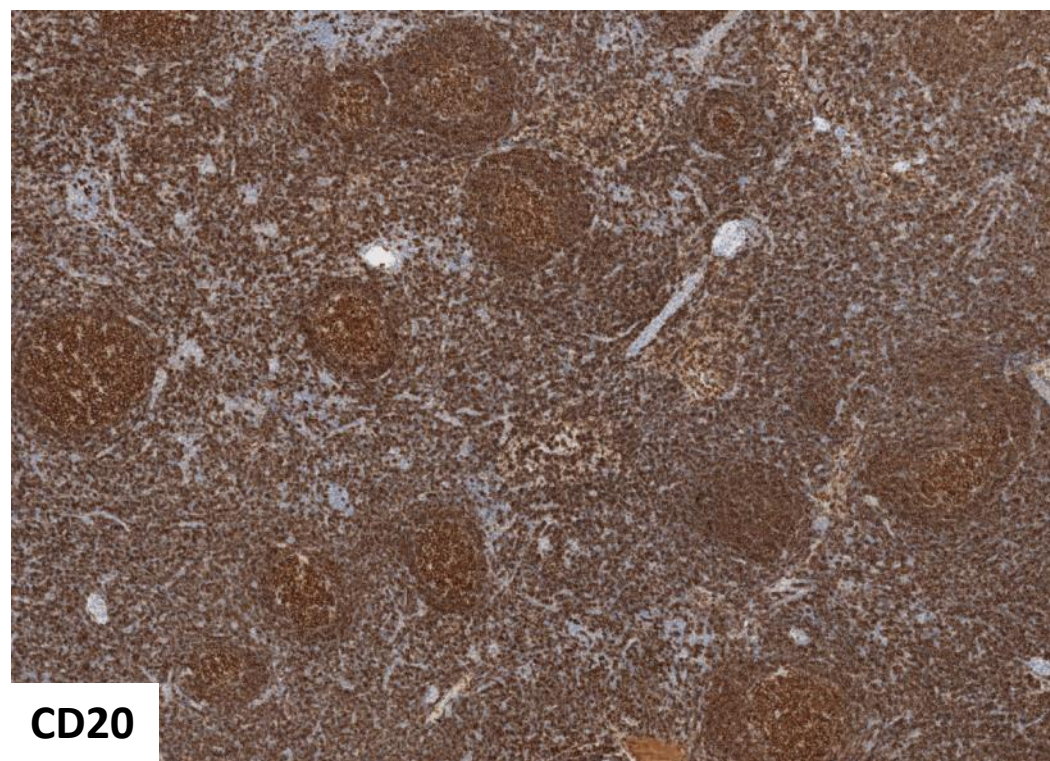
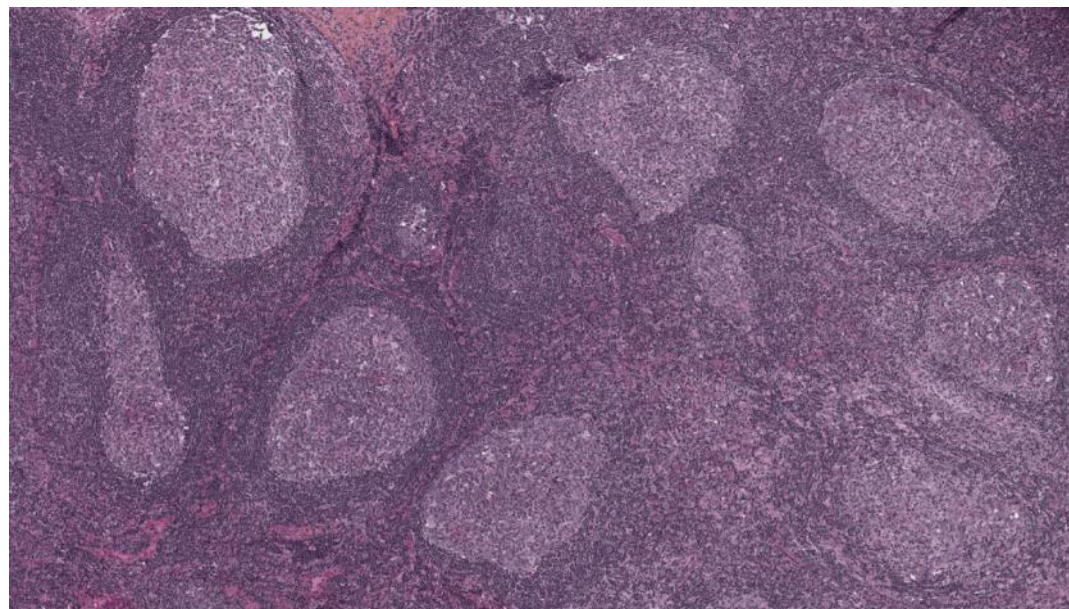
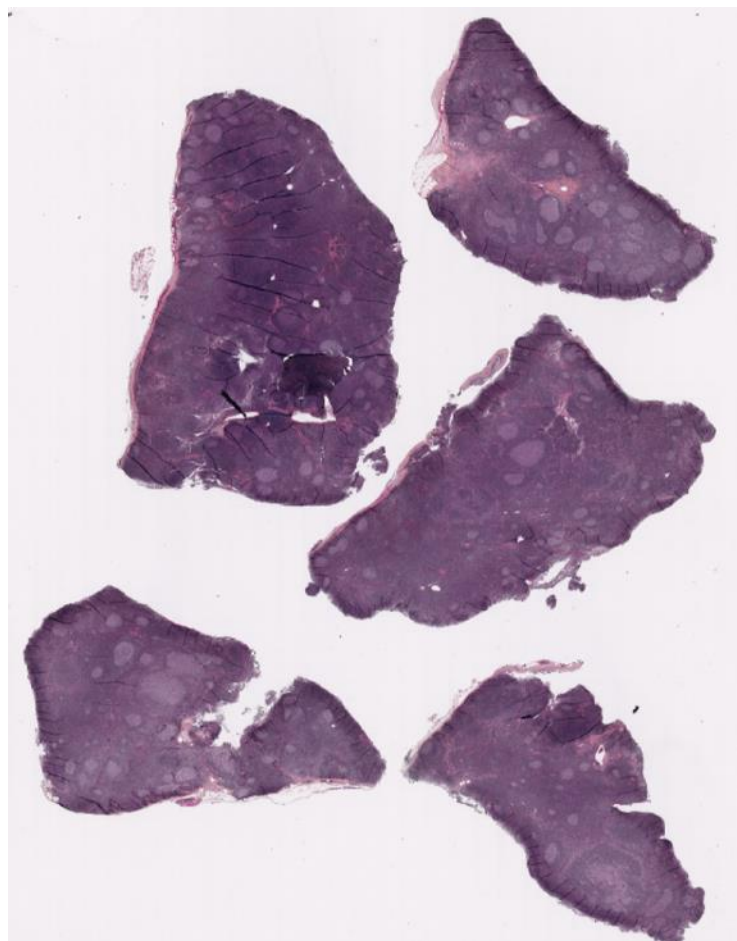


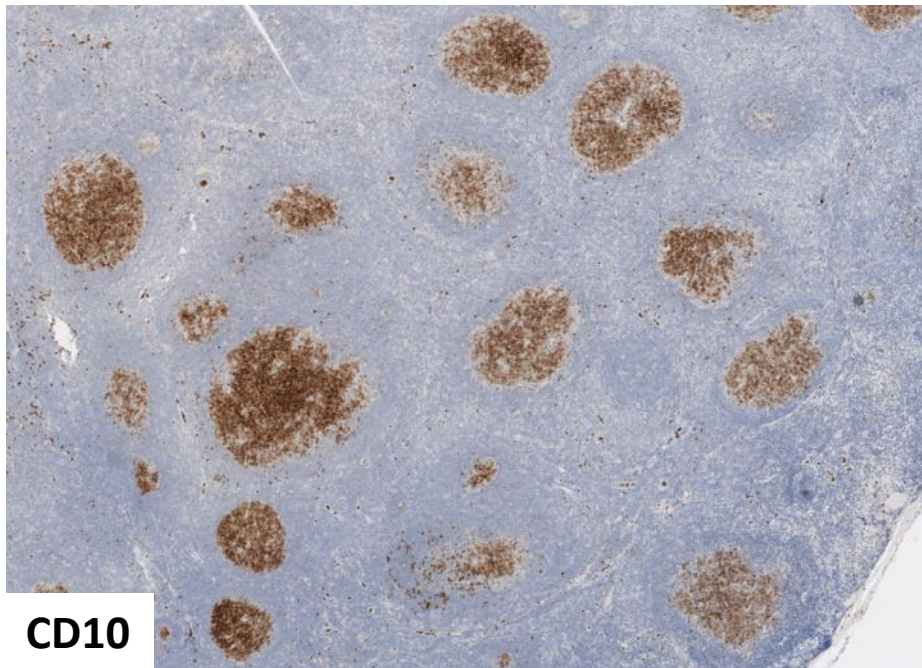
CD23



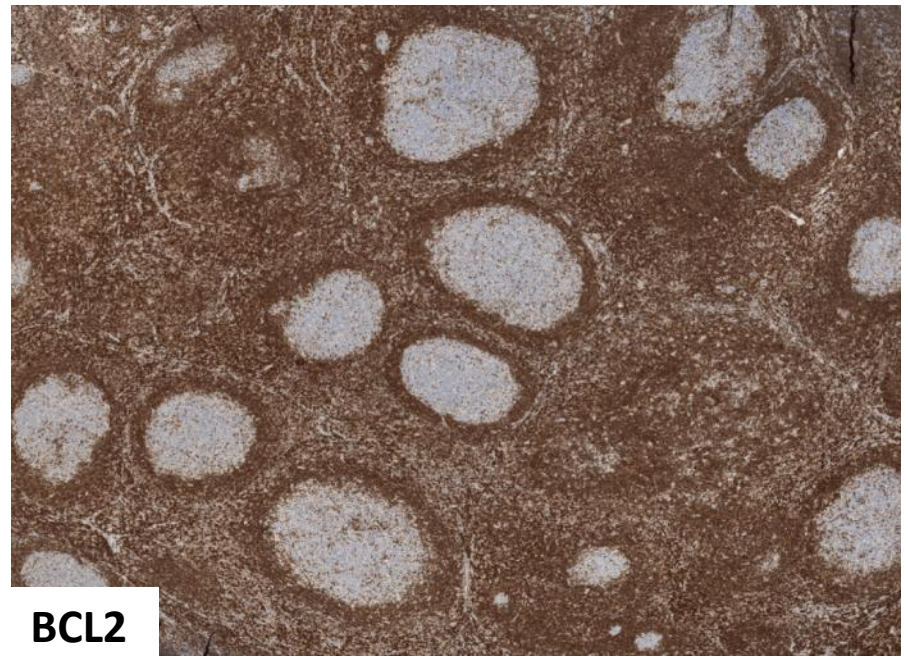
Ki67

**Persistence en taille et en
métabolisme au bout de
6 mois
= Décision d'exérèse
ganglionnaire**

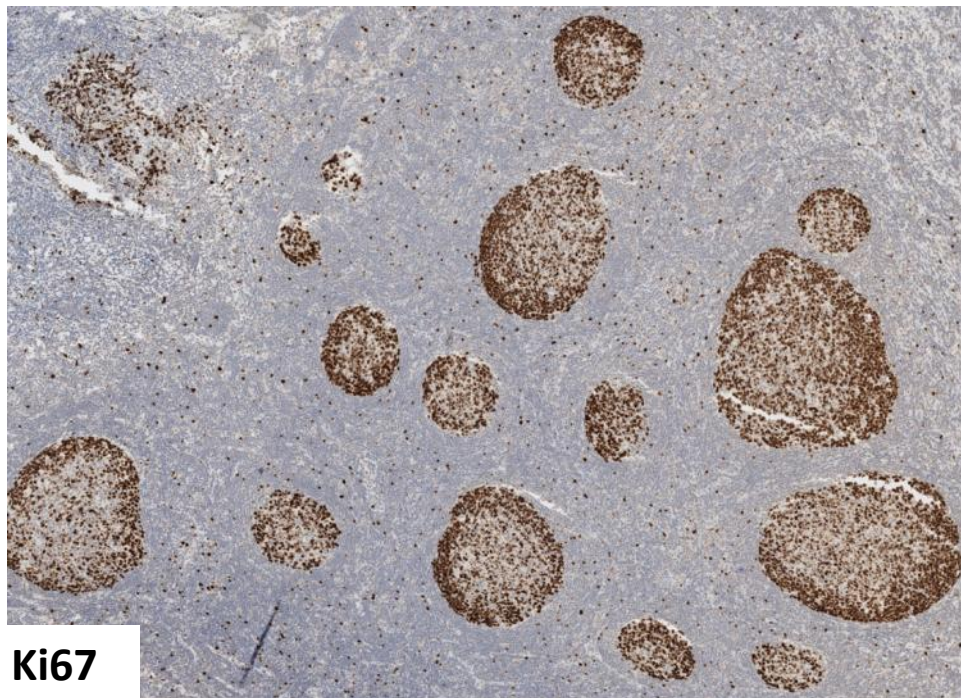




CD10



BCL2



Ki67

**Contrôle de l'étude de clonalité
B : Négative**

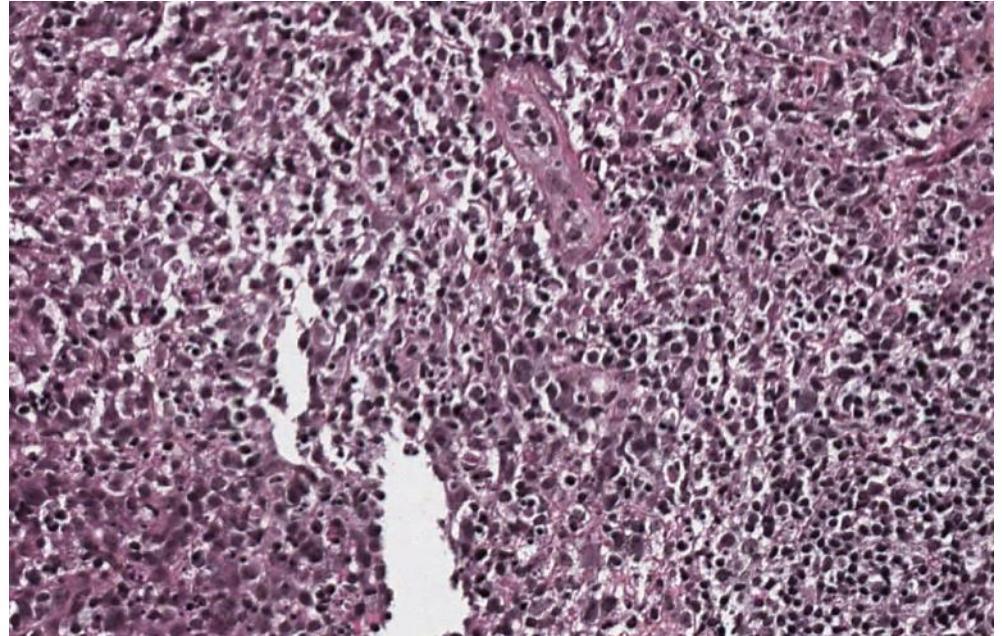
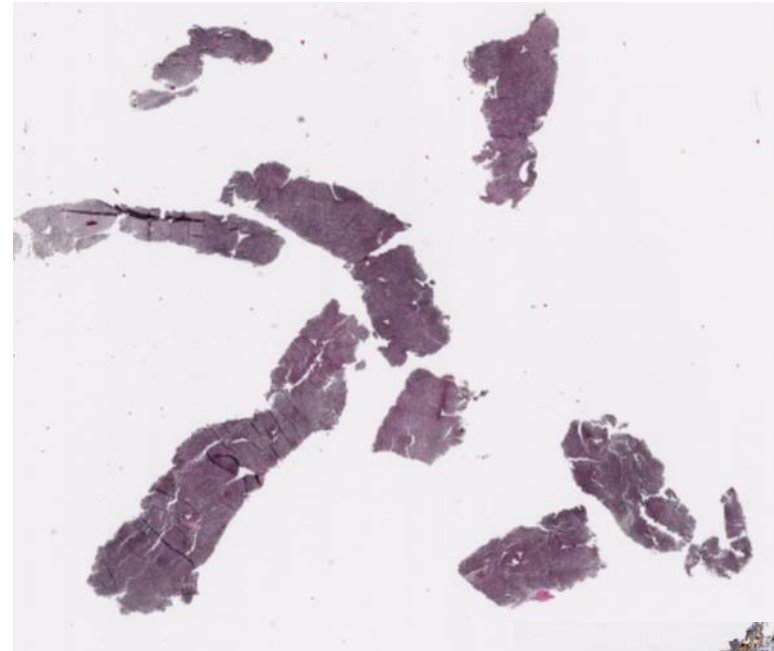
**Pas de récurrence ganglionnaire
depuis cet épisode**

Goujerot Sjögren

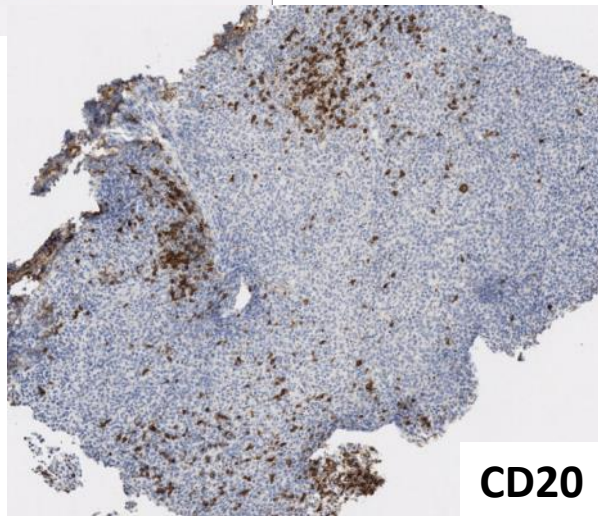
- Apparition d'adénopathie n'est pas fréquente
- Histologie la + fréquente :
 - Hyperplasie folliculaire et importante plasmocytose
 - **Parfois infiltrat diffus effaçant +/- l'architecture**
- Se méfier du développement d'un **lymphome du MALT** notamment avec composante lymphoplasmocytaire
 - Intérêt du caractère poly ou monotypique des Ig
 - **Etude de clonalité en cas de doute ++**

Cas n°5 : ♀ 17 a – Maladies infectieuses

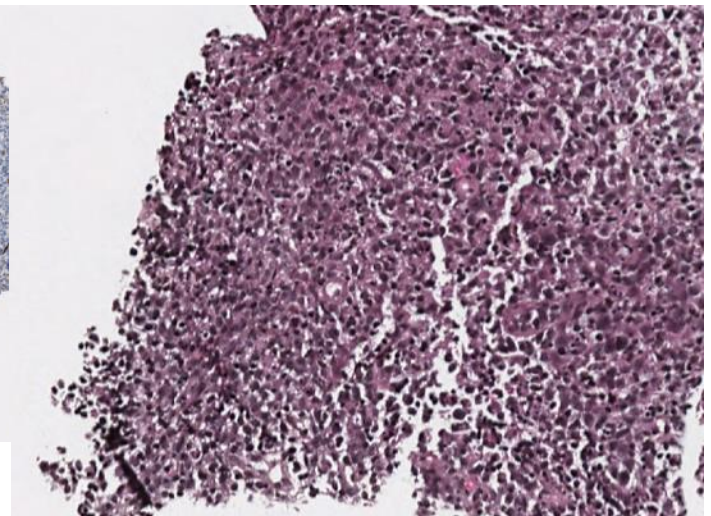
Biopsie cervicale droite

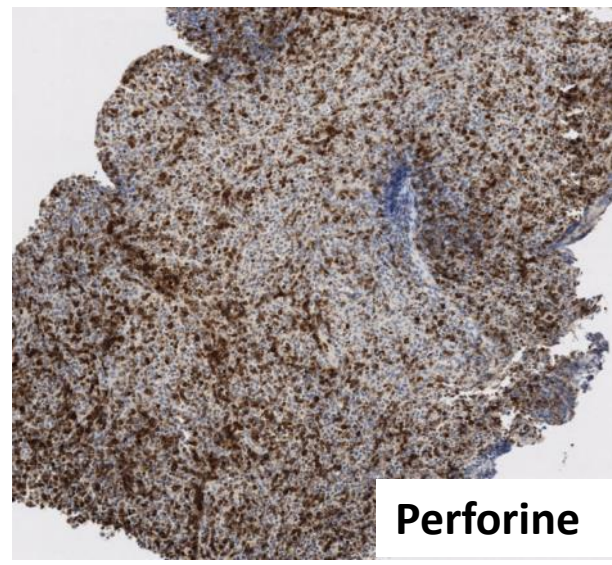
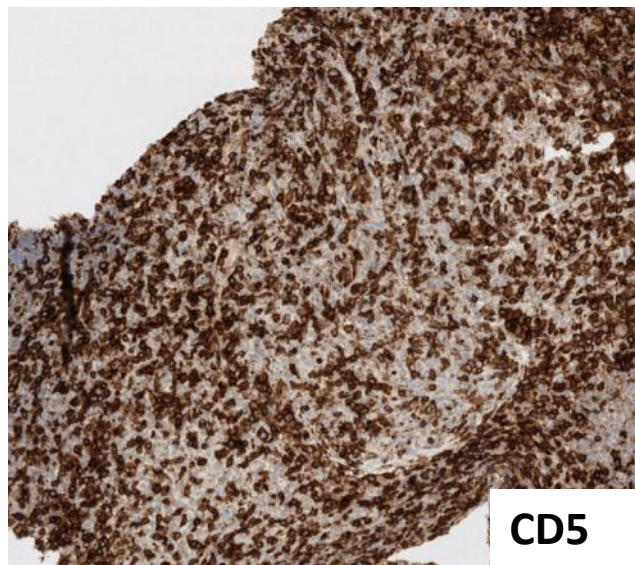
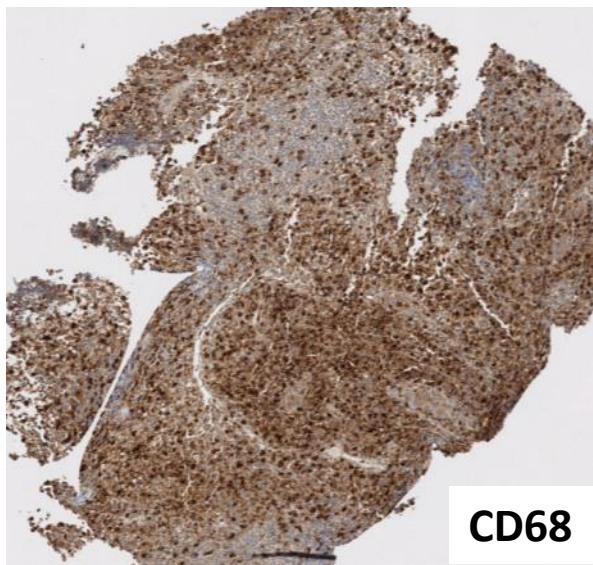


Fièvre
AEG
Gros syndrome
tumoral cervical
douloureux ++
LDH ↗

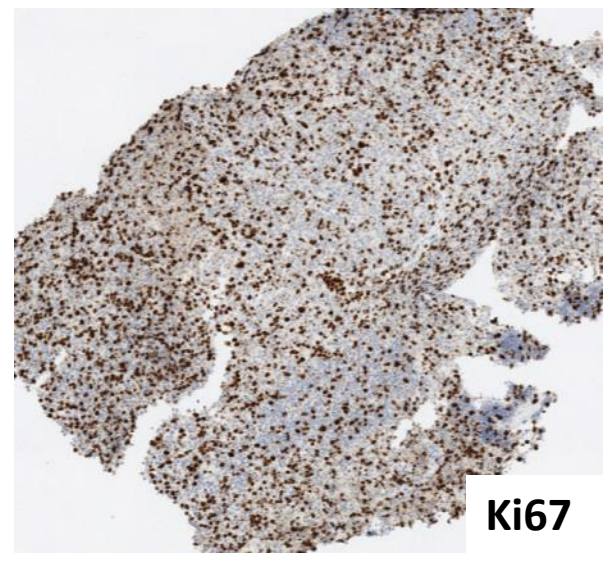
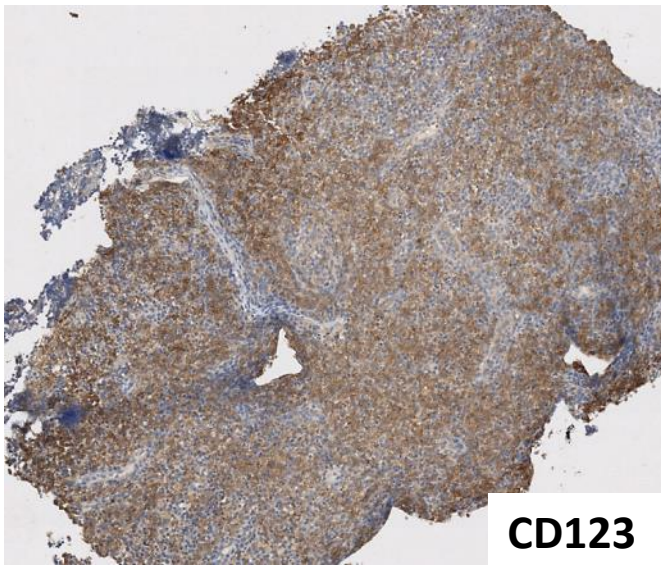
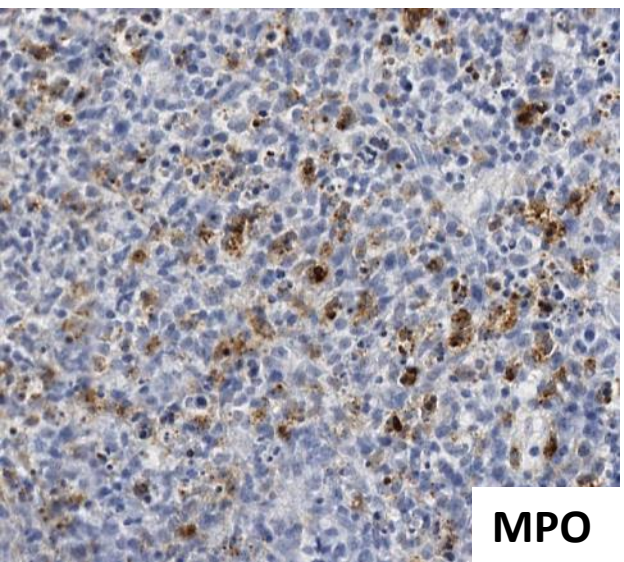


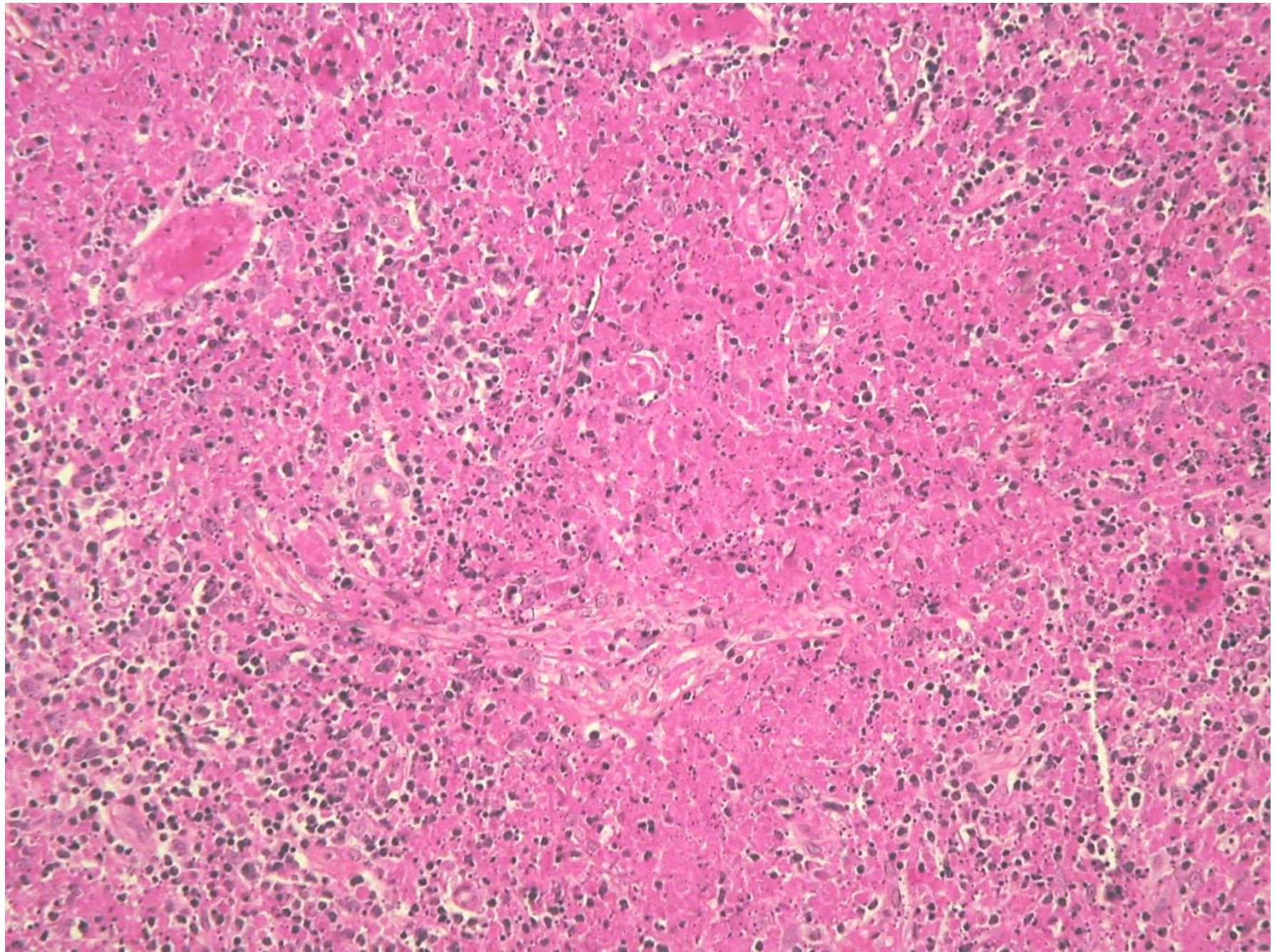
CD20





Lymphadénite histiocytaire nécrosante de Kikuchi et Fujimoto dans une forme lympho-histiocytaire





Lymphadénite histiocytaire nécrosante de Kikuchi et Fujimoto

Clinique :

- ♀ < 30 ans, fréquente en Asie,
- Adénopathie cervicale le + isolée et unilatérale, parfois multiples / bilatérales
- Fièvre, sueurs, myalgie, rash cutané et adénopathies douloureuses
- Evolution spontanément favorable en moyenne en 3 mois

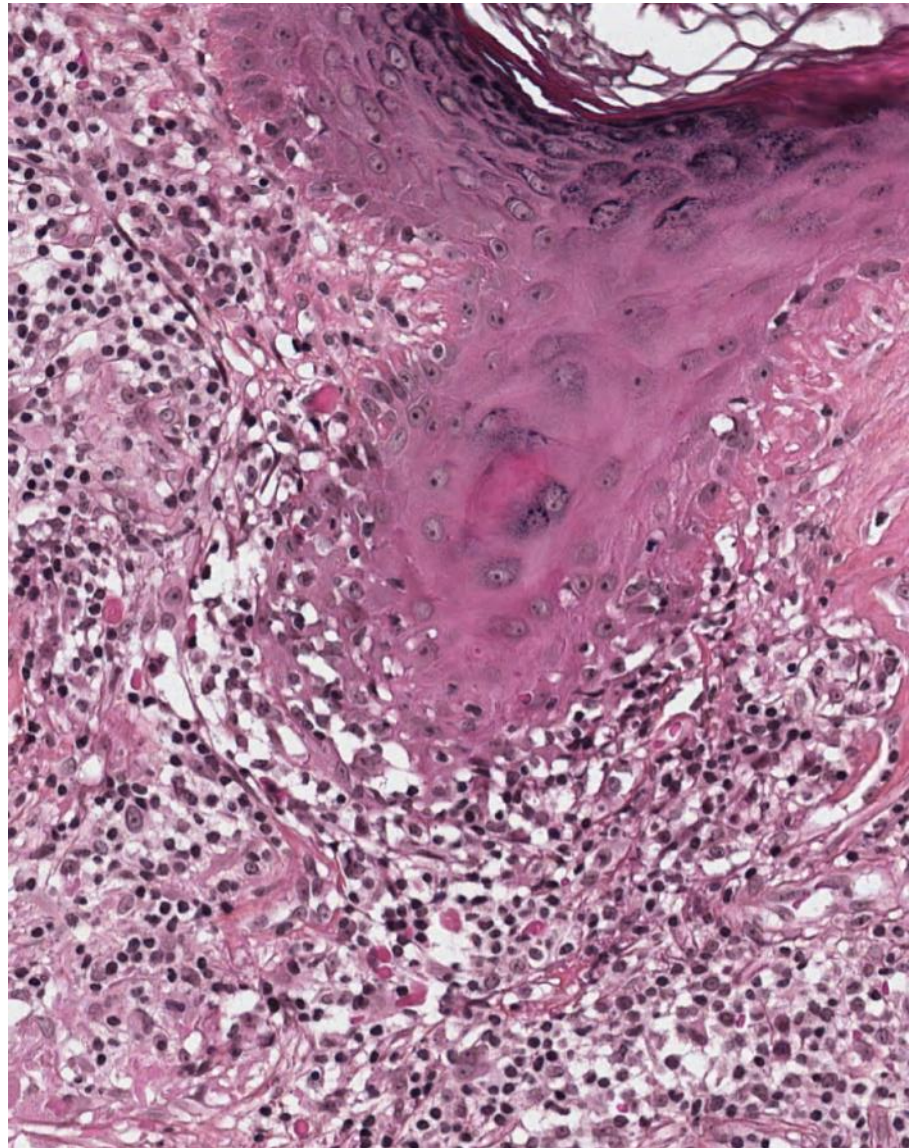
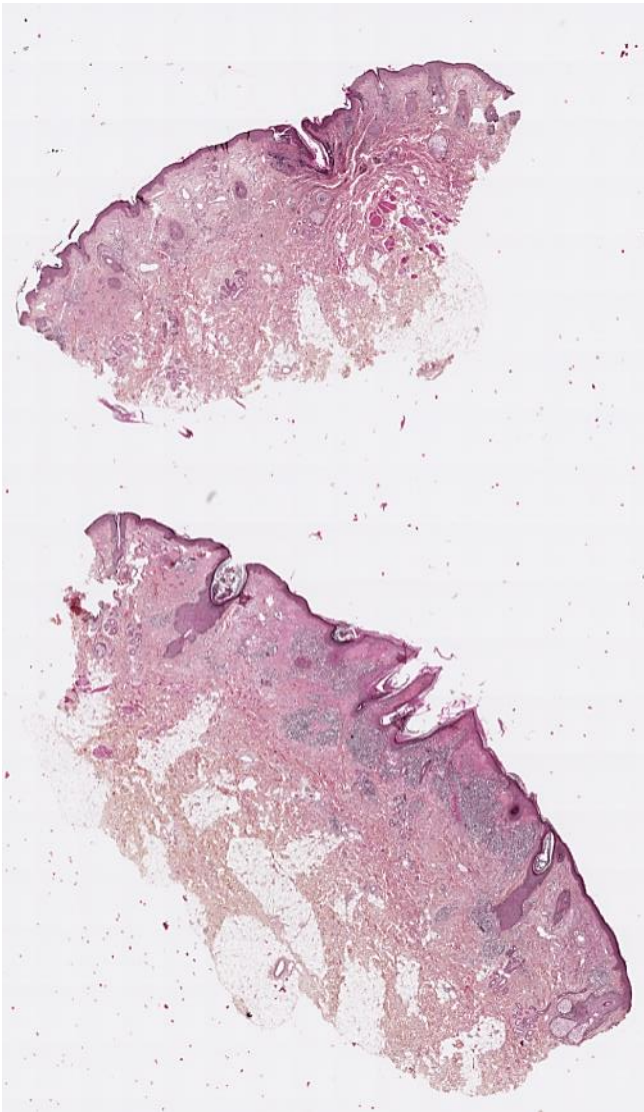
Histologie : 3 formes : Nécrosante – Proliférative pseudotumorale – Xanthomateuse

- Architecture partiellement conservée : hyperplasie folliculaire
- **Larges plages de nécrose mal limitées et confluentes, corticales et paracorticales**
- Débris nucléaires et plages de **macrophages au cytoplasme clair, CD68+, MPO+**
- Pas de PNN ni PNEo dans et autour de la nécrose
- En périphérie de la nécrose : plages de **LT CD8+ activés, parfois grande taille, atypiques** avec Ki67 souvent très élevé
- **LB CD20+ peu nombreux**

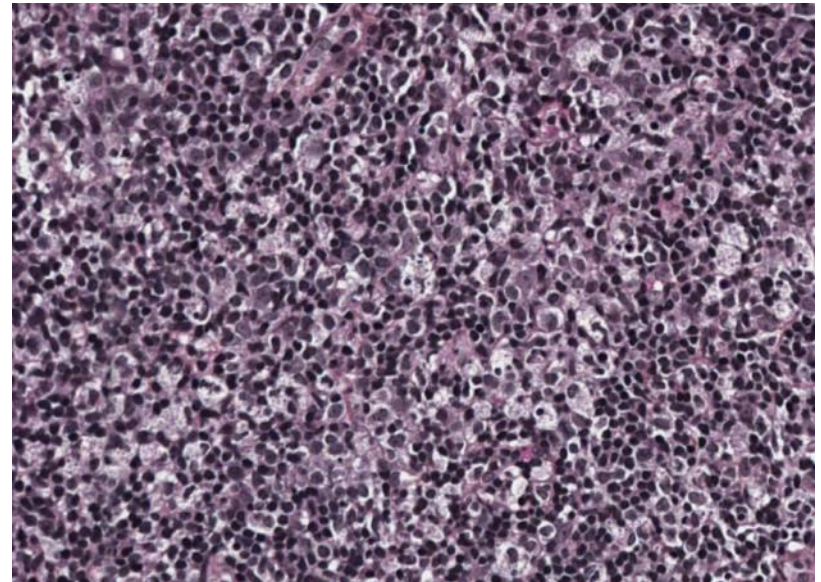
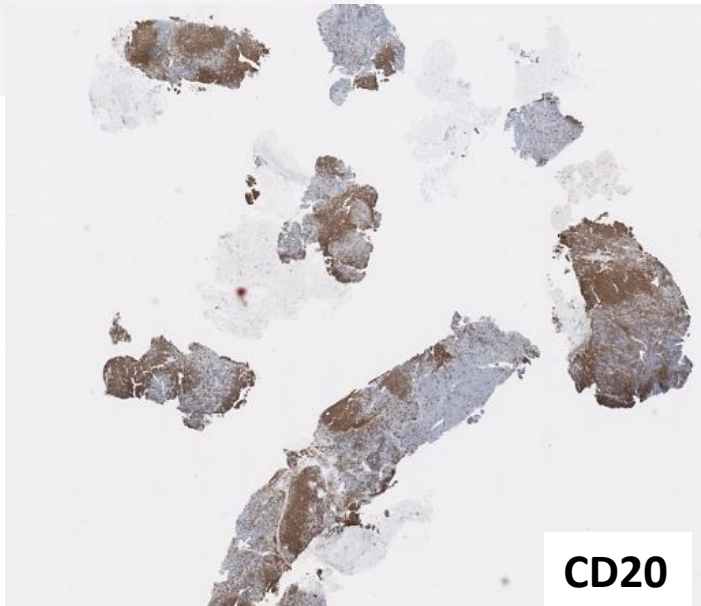
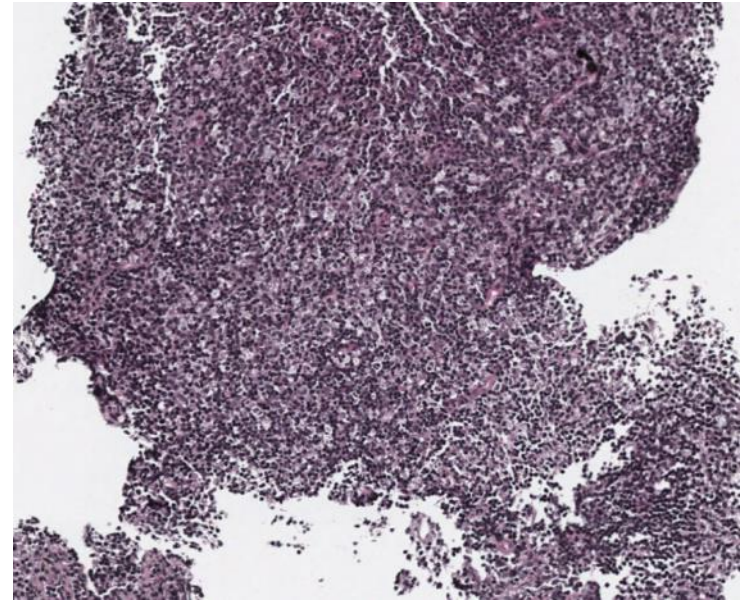
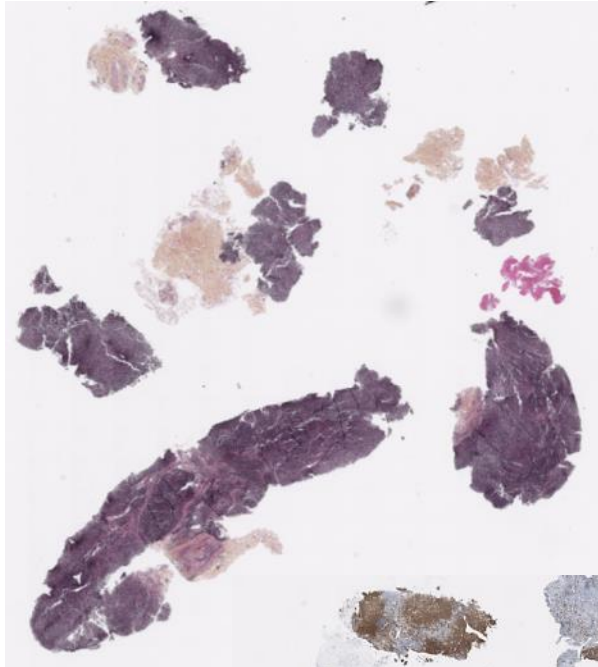
Diagnostics différentiels :

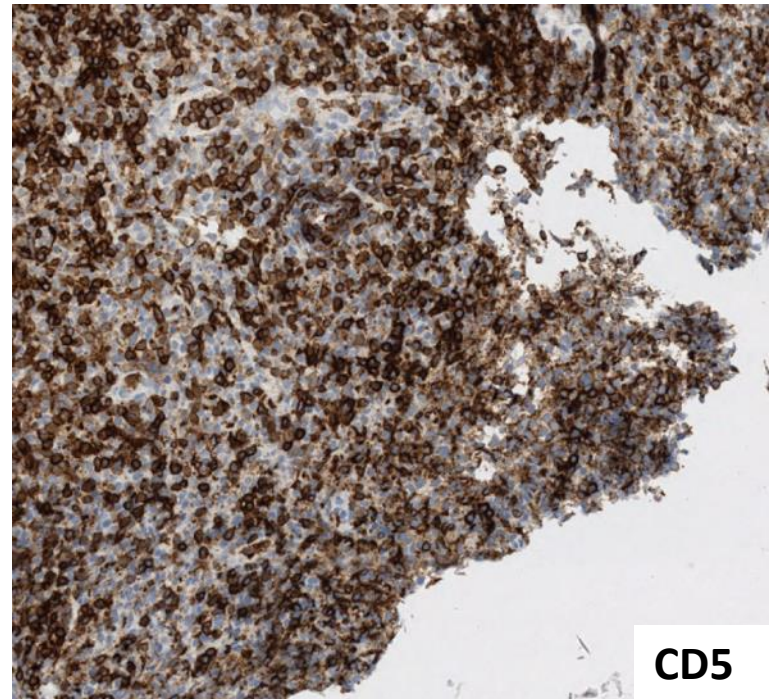
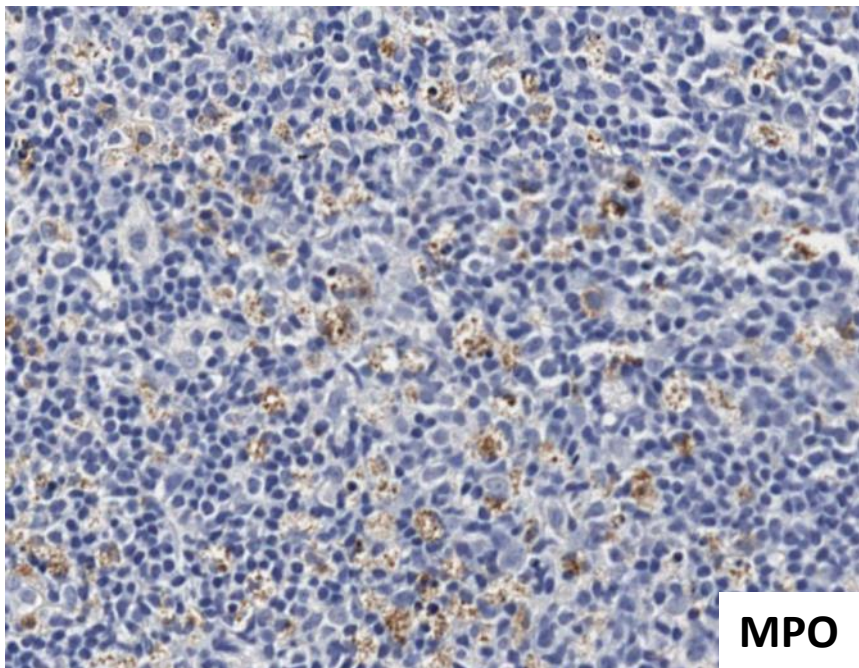
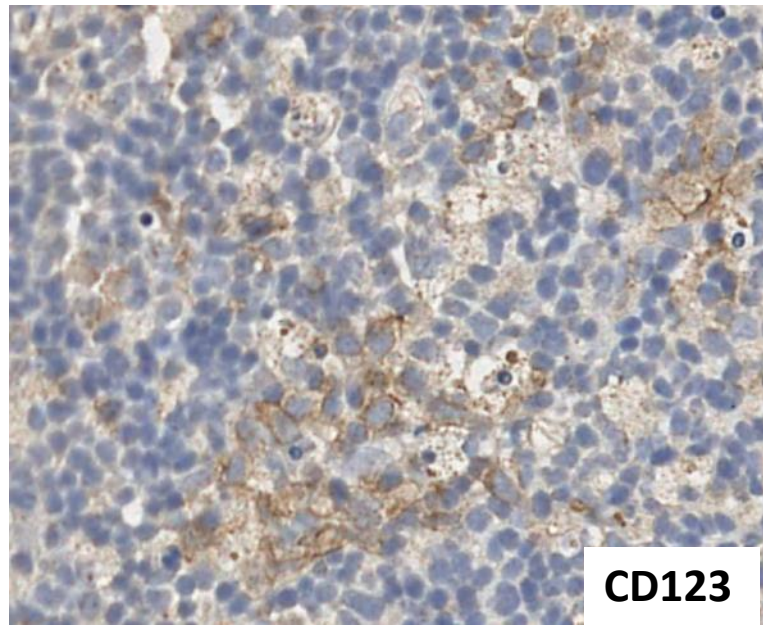
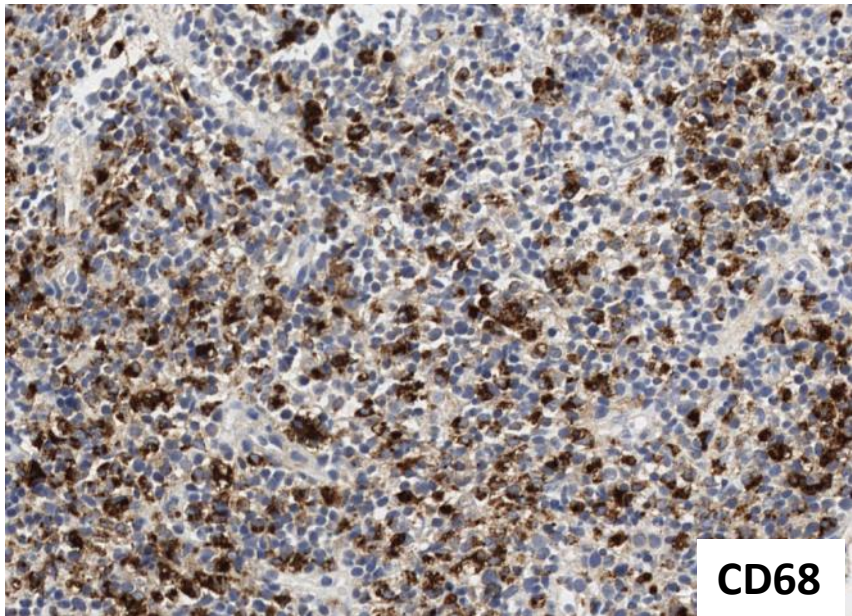
- **Adénite nécrosante lupique**
- Lymphome à grandes cellules dans les formes proliférantes pseudotumorales

Cas n°6 : ♀ 24 a suivie en Dermatologie pour un lupus



Cas n°6 : ♀ 24 a – biopsie axillaire gauche





Lupus érythémateux disséminé

Clinique :

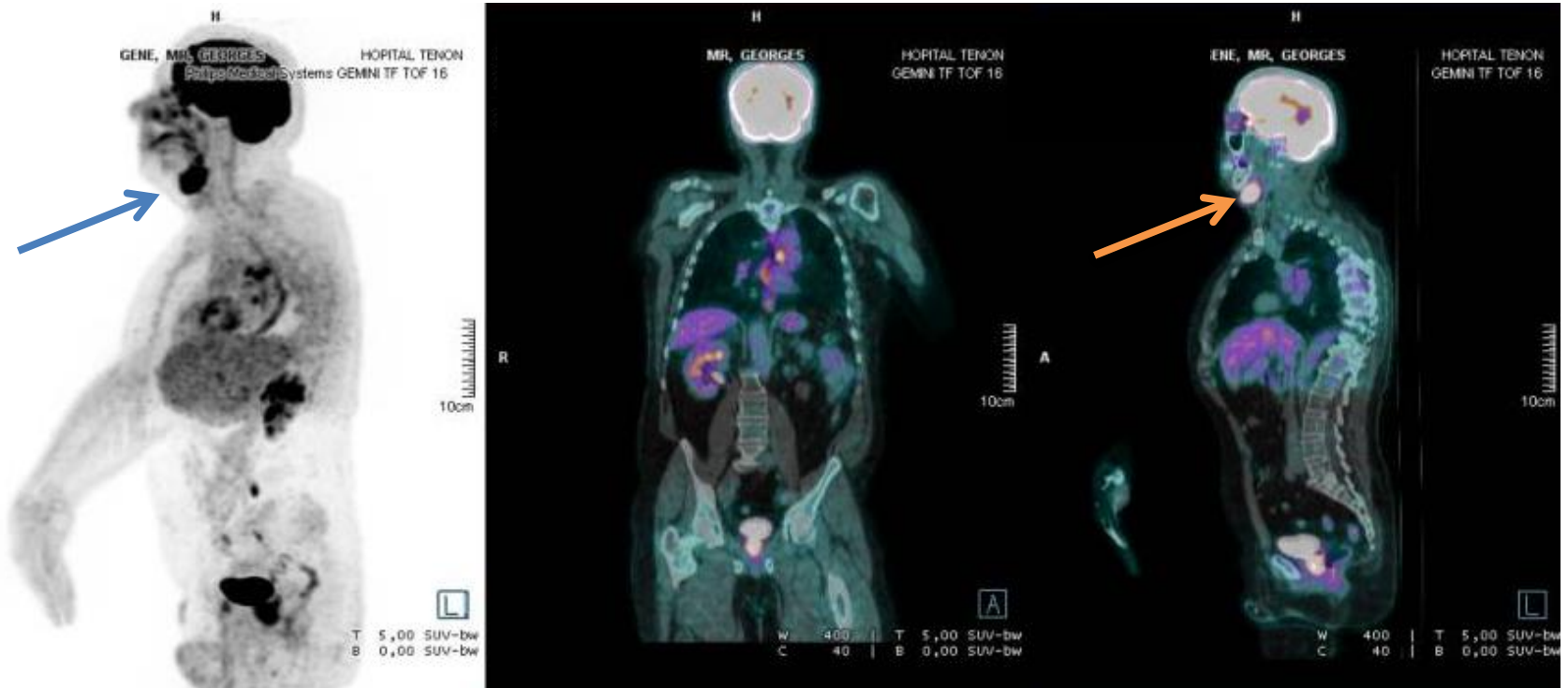
- Sujets jeunes, entre 10 et 40 ans, 3 à 5x supérieure pour les ♀
- adénopathies inaugurales ou dans l'évolution de la maladie
- présentes chez 2/3 des patients : souvent cervicales

Histologie : **biopsie souvent réalisée quand le diagnostic n'est pas encore fait !**

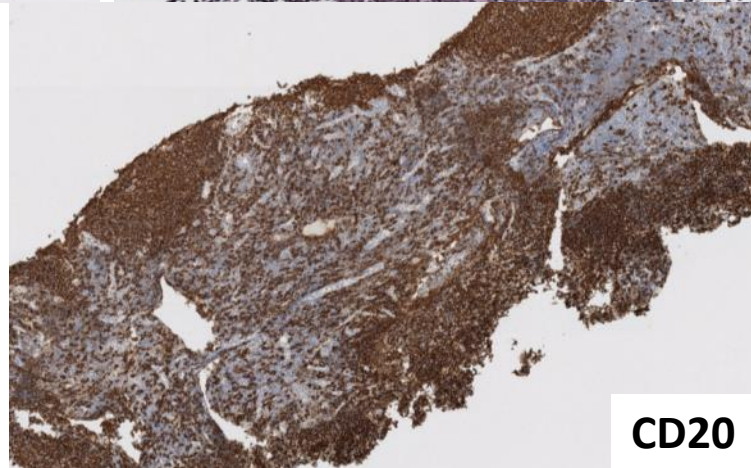
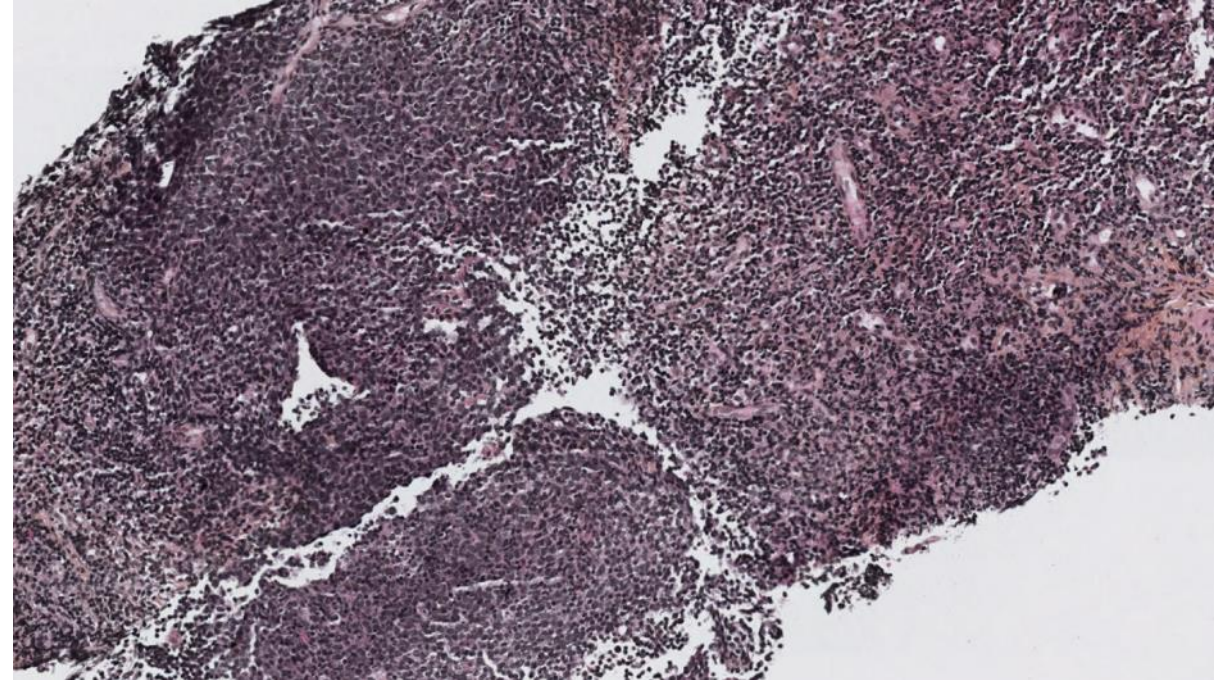
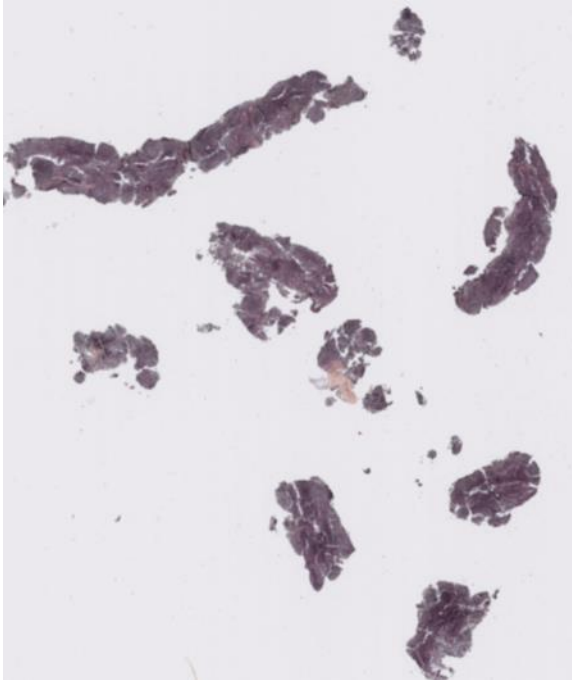
- Forme sans nécrose ou avec nécrose modérée:
 - hyperplasie folliculaire, hyperplasie immunoblastique polymorphe
 - Foyers de nécrose à limites nettes en paracortical et interfolliculaire
 - **Autour de la nécrose : macrophages et monocytes plasmocytoïdes**
 - Foyers de PNN
 - Corps hématoxyliques PAS+ surtout dans les sinus : amas d'ADN
- **Forme avec nécrose massive : aspect de lymphadénite histiocytaire nécrosante de type Kikuchi**

Cas n°7 : ♂ 74 ans – Médecine Interne

- Volumineuses glandes sous mandibulaires bilatérales (SUV max 9,4)
- Adénomégalies axillaires droites palpables (SUV max 3,6)
- Biopsie sous mandibulaire en ville : « Fibrose mutilante inflammatoire avec suspicion de Goujerot-Sjogren »
- Mais bilan auto-immun négatif et pas de syndrome sec cliniquement...



Cas n°7 : Biopsie ganglionnaire axillaire



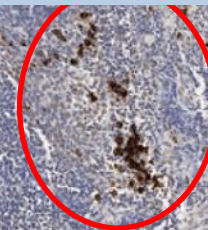
CD138

IgG4

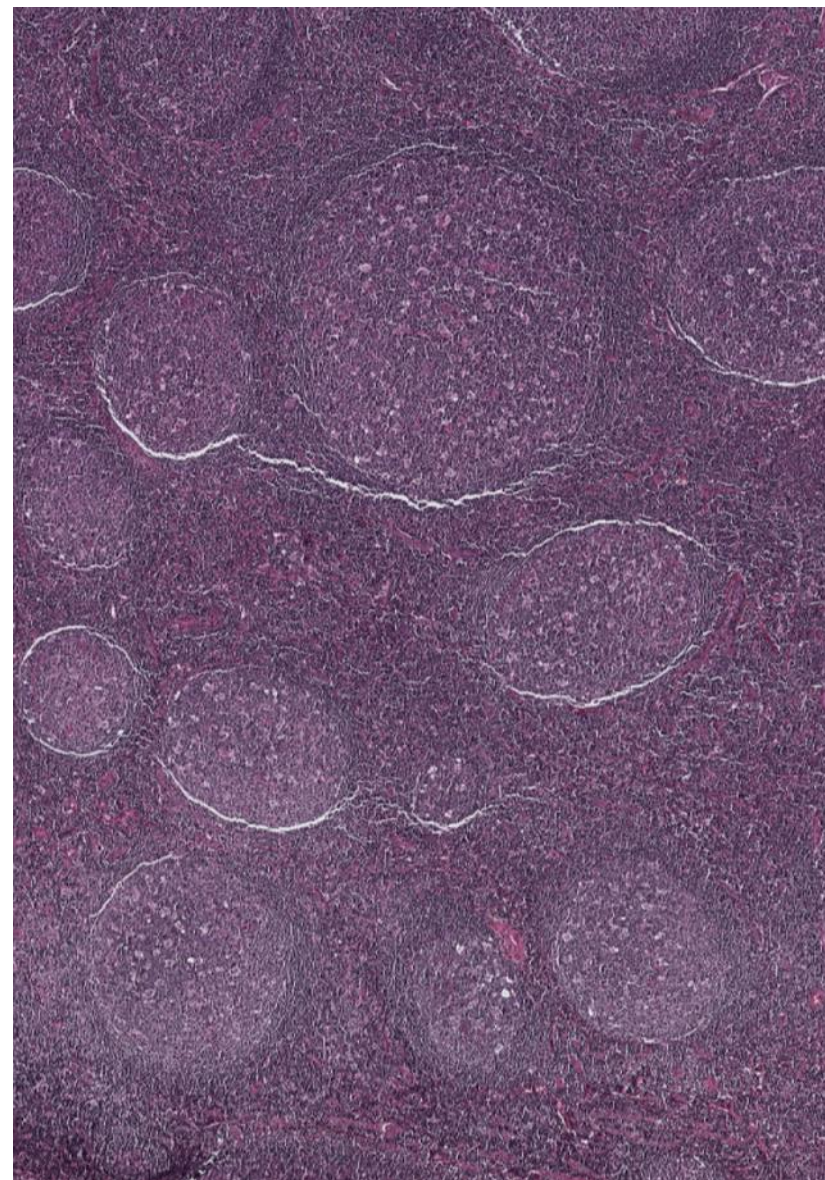
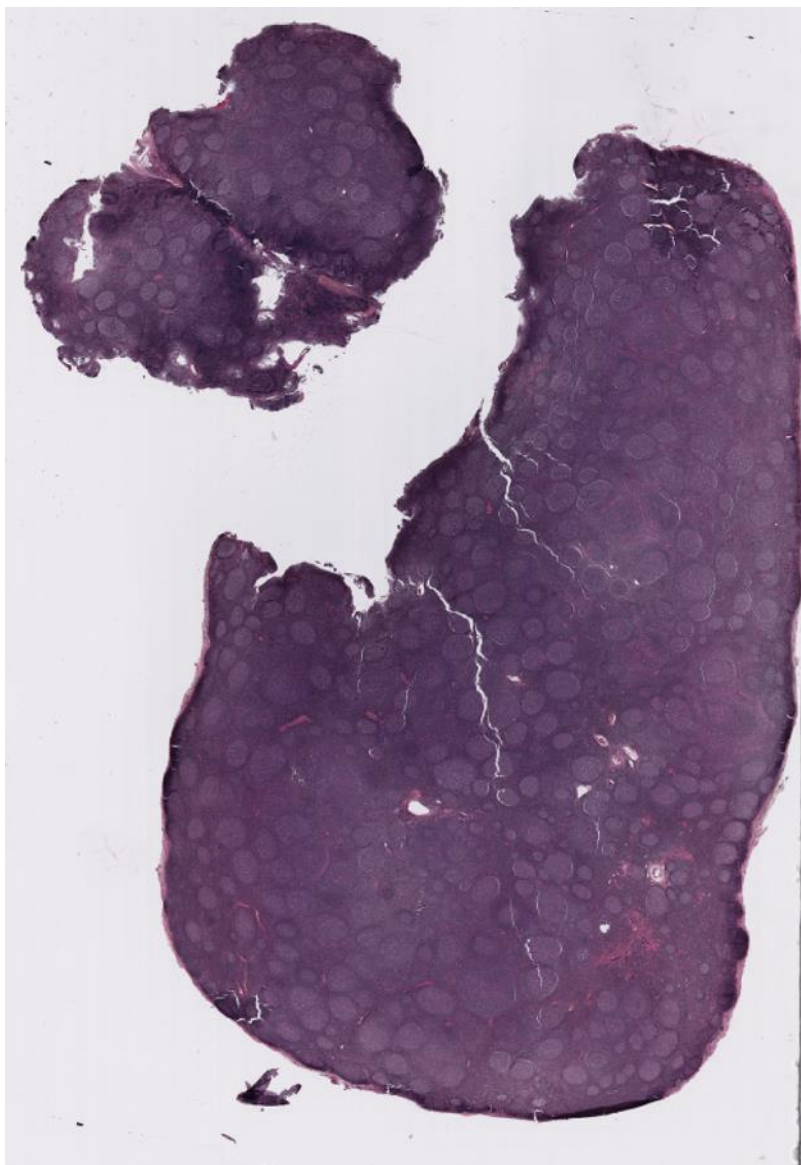
Excès focal de plasmocytes IgG4+

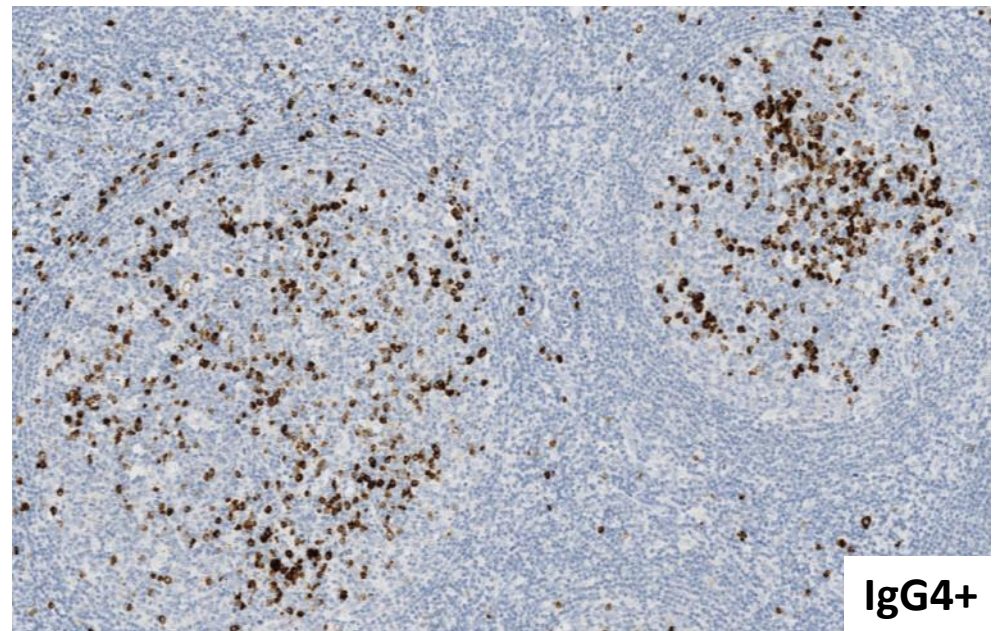
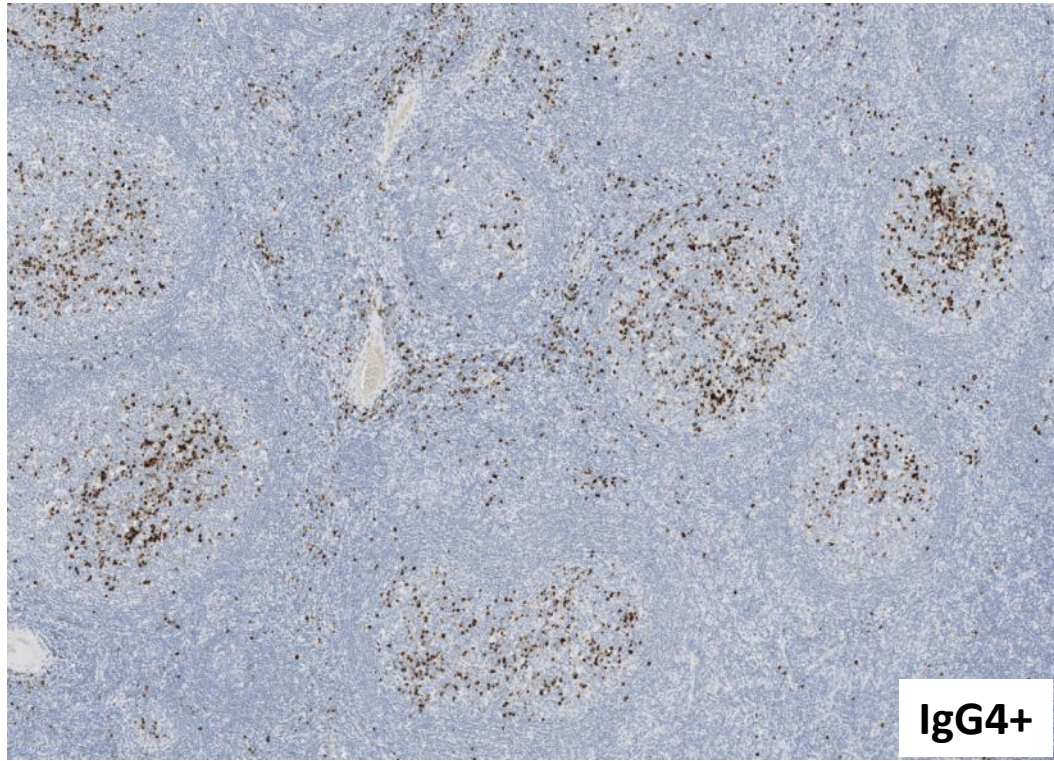
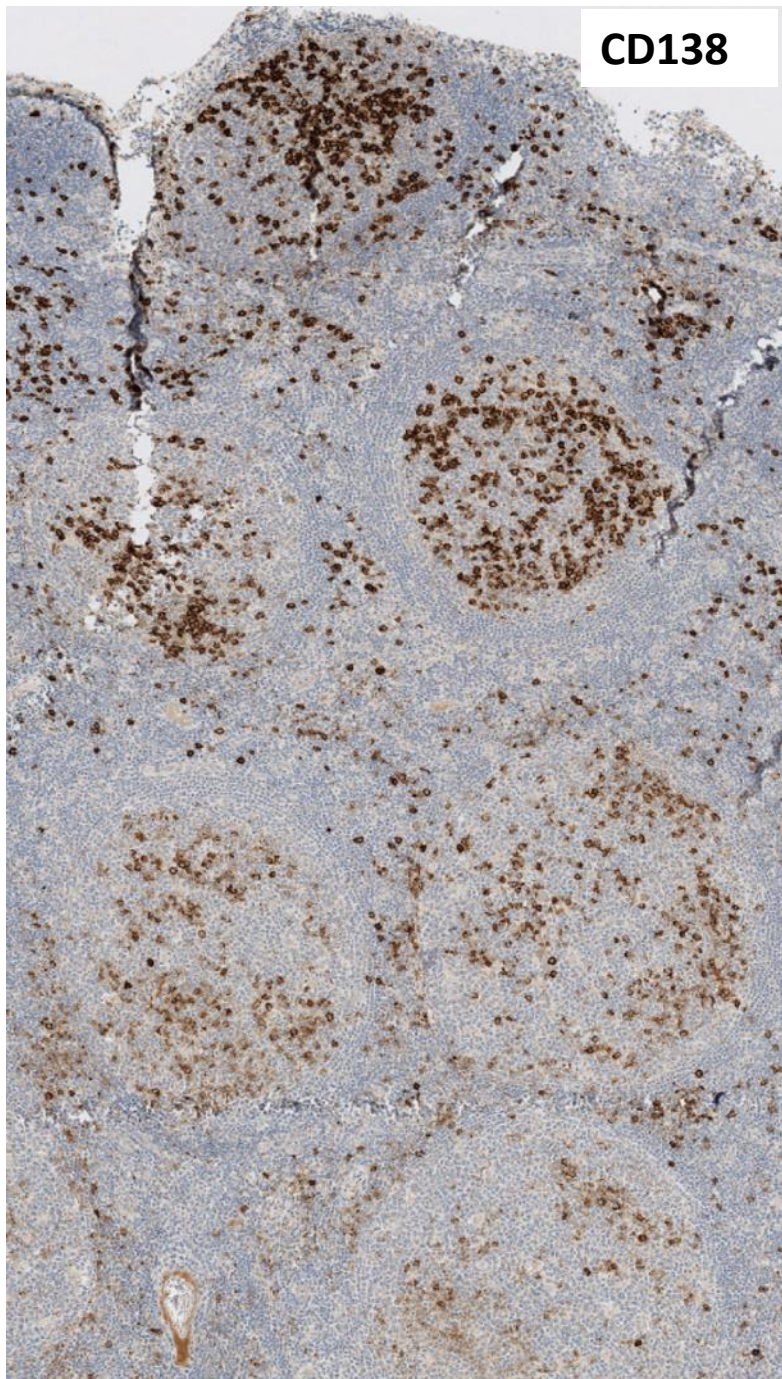


Dosage sanguin : 287 mg / L



Biopsie chirurgicale axillaire : confirmation

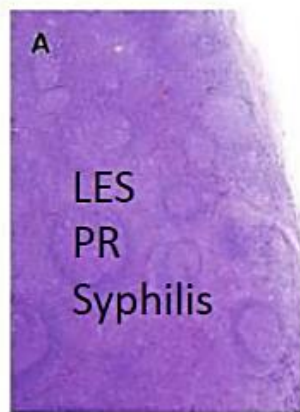




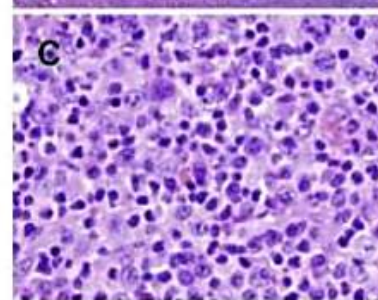
Atteinte ganglionnaire et IgG4-RD



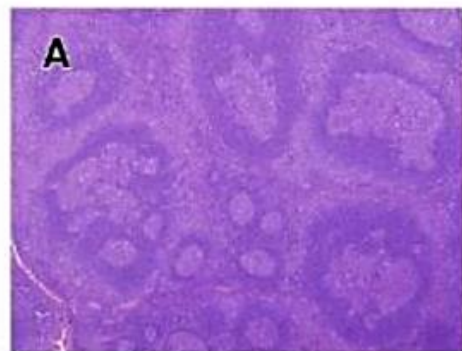
Type I
Castleman multicentrique like



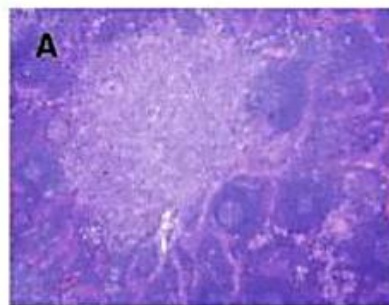
Type II
Hyperplasie folliculaire



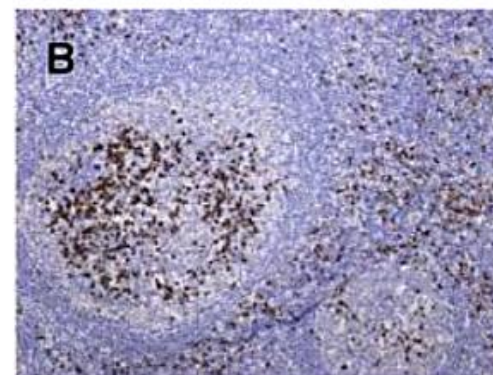
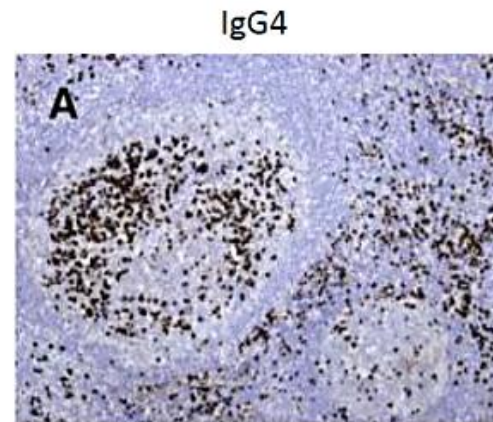
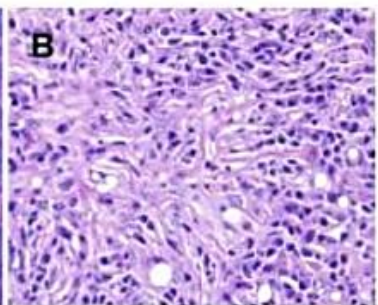
Type III
Expansion interfolliculaire



Type IV
Transformation progressive des
centres germinatifs



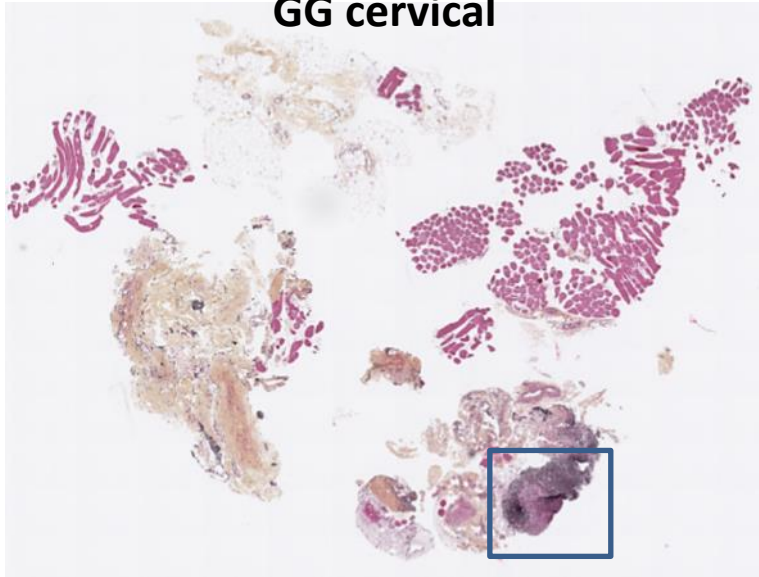
Type V
Pseudotumeur inflammatoire-like



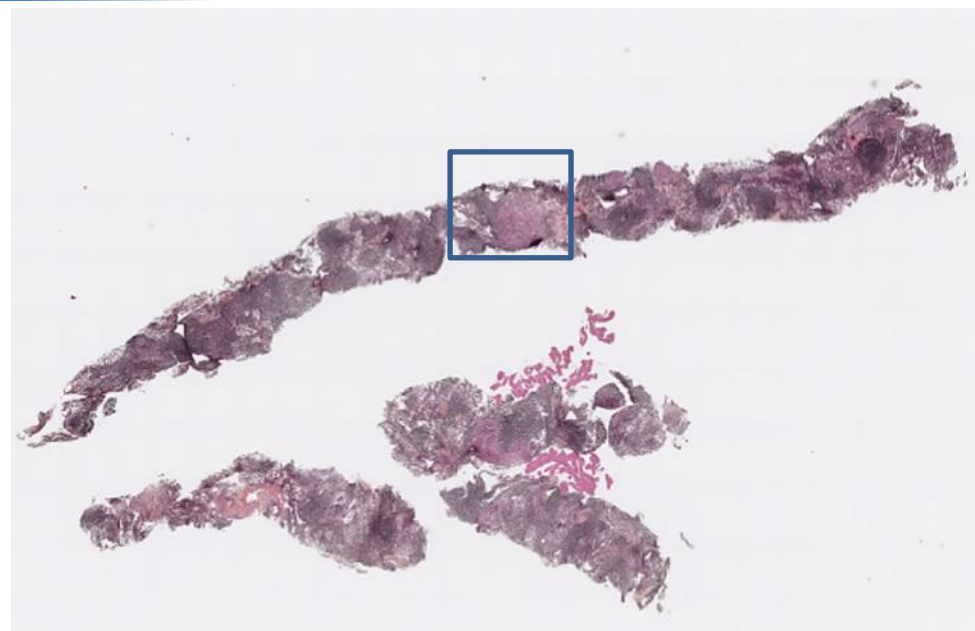
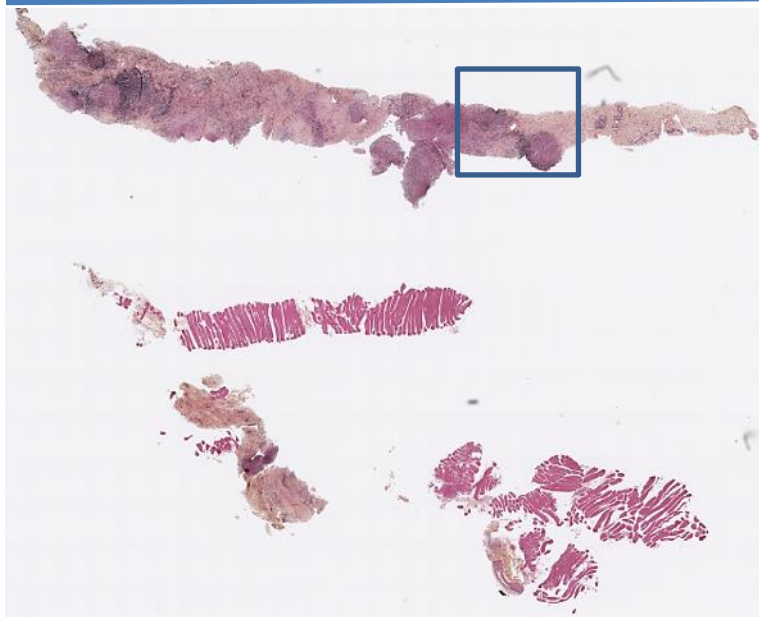
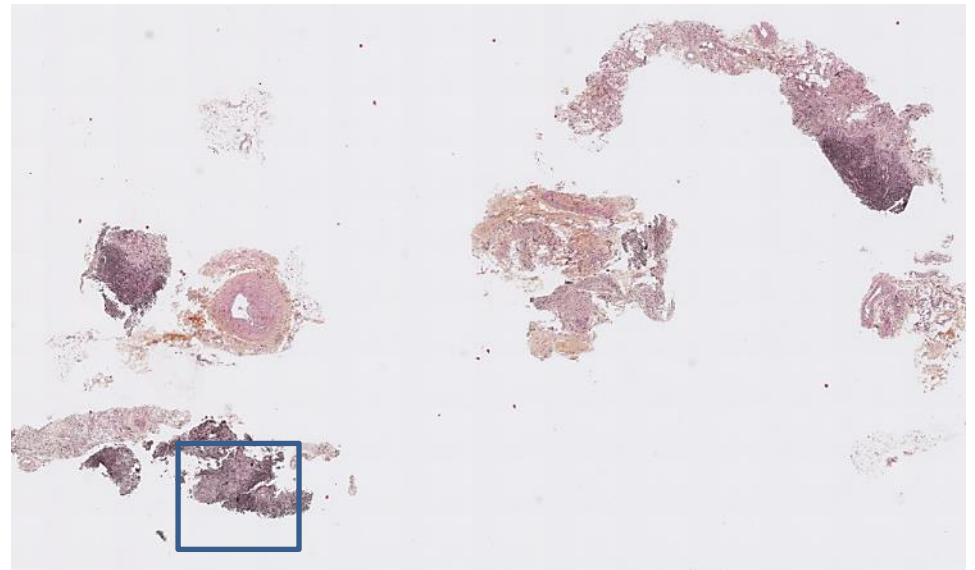
IgG

Pièges en pathologies granulomateuses

**H 68 ans : suspicion de tuberculose
GG cervical**



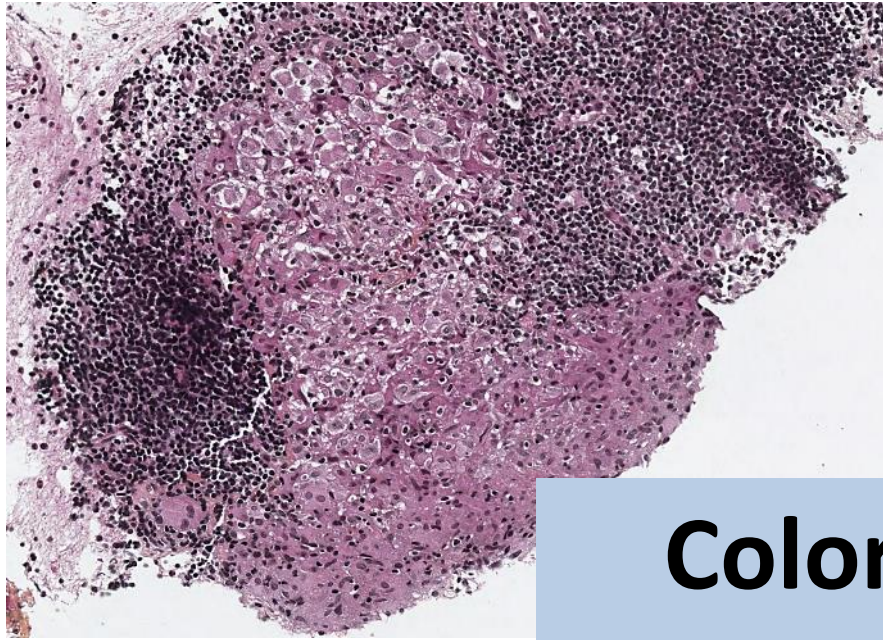
H 72 ans : adénopathie inguinale post-BCG



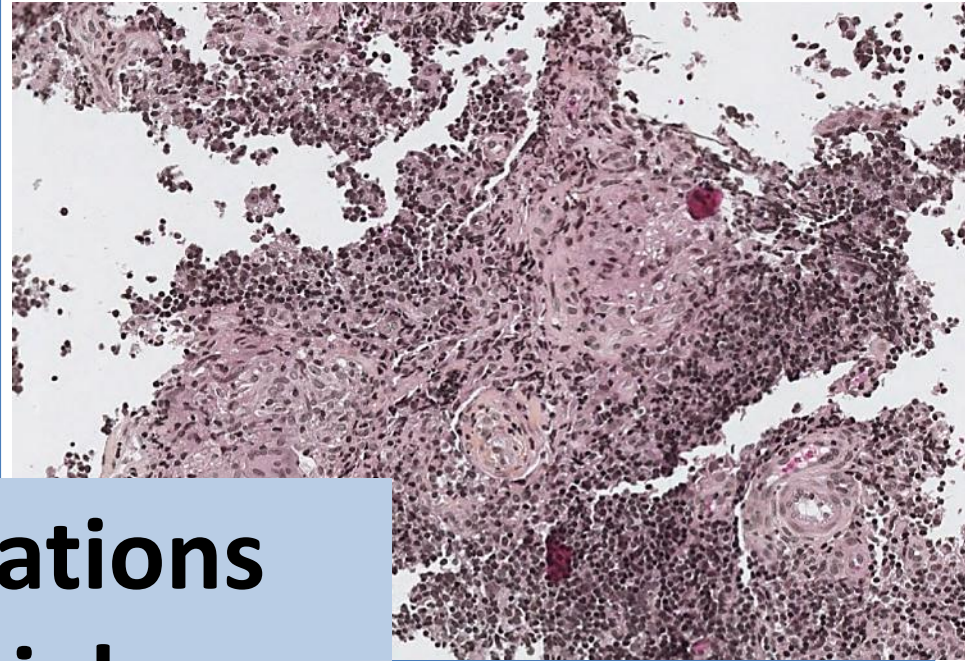
**F 31 ans : bilan d'une PID : ganglion
cervicale**

F 21 ans : adénopathie axillaire + F°

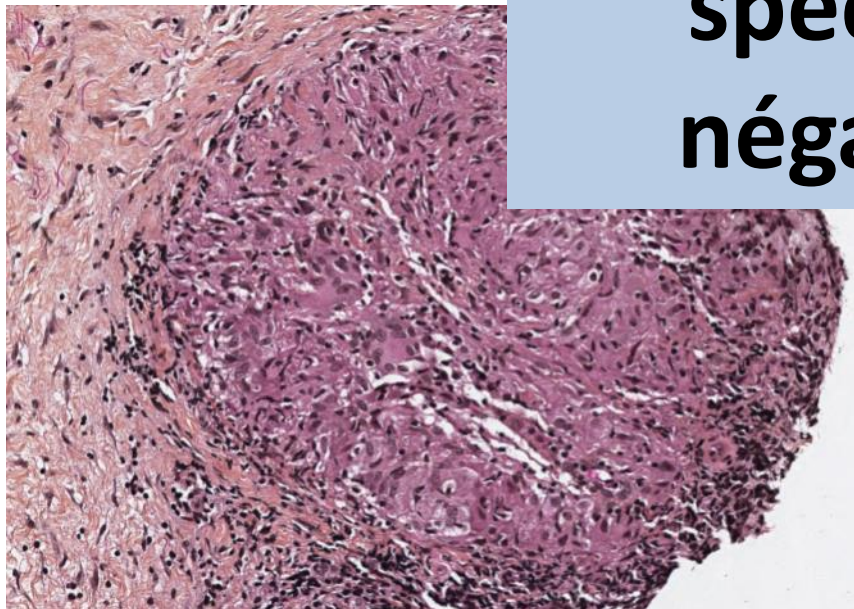
PCR *M. tuberculosis* +



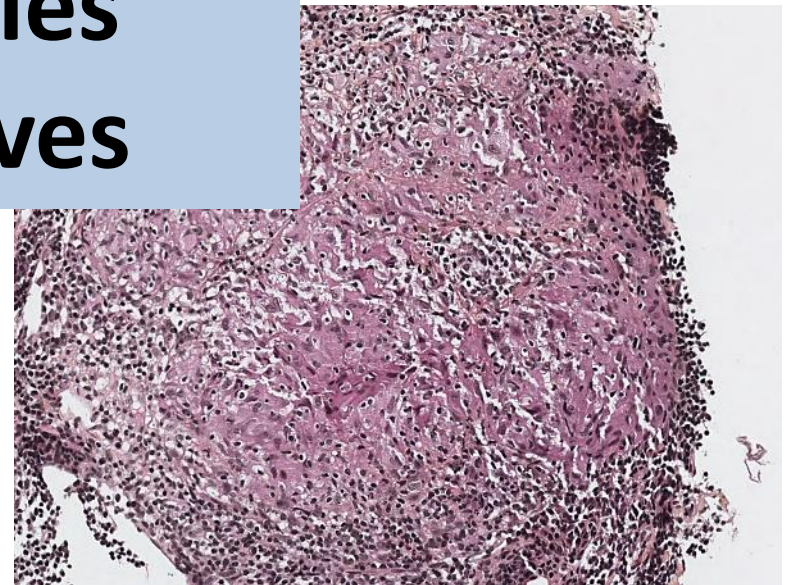
BCGite + tuberculose



**Colorations
spéciales
négatives**



Sarcoidose



Bartonellose +

Granulomes tuberculoïdes

1) INFECTIONS A MYCOBACTERIE : *Mycobacterium tuberculosis* ou *avium*

- ▶ Diagnostic : coloration de Ziehl-Neelsen

2) SARCOIDOSE

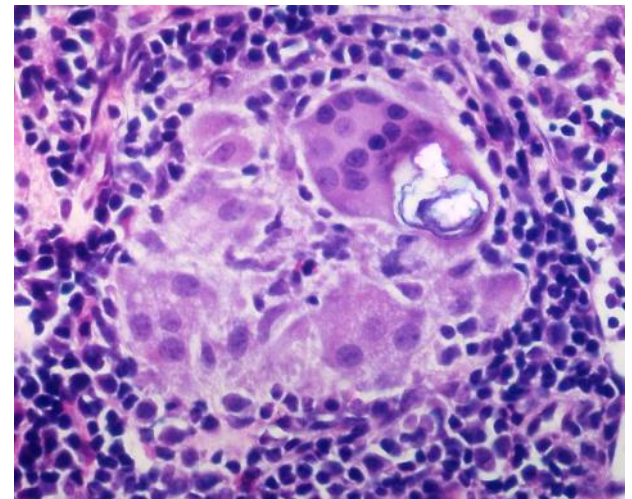
- ▶ Granulomes bien limités, fibrose cernant et pénétrant les granulomes, cellules épithélioïdes et géantes, parfois nécrose fibrinoïde centrale, inclusions dans les cellules géantes, Corps de Schauman ou Corps astéroïdes

3) MALADIE DE CROHN

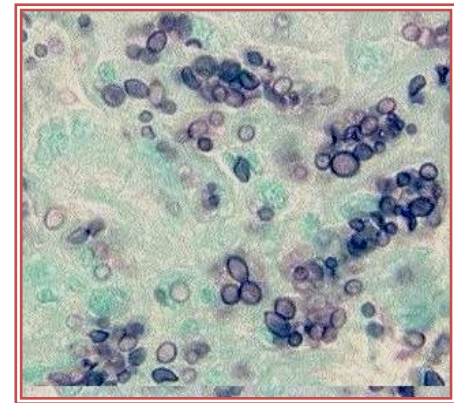
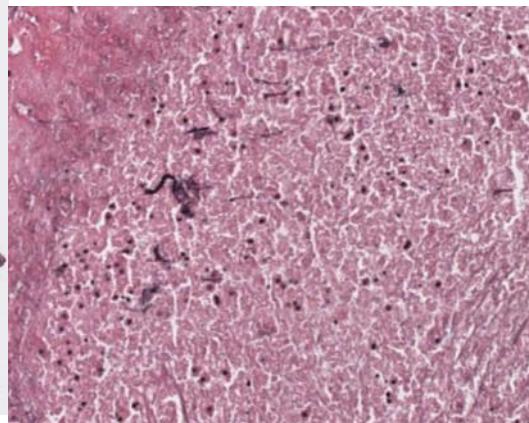
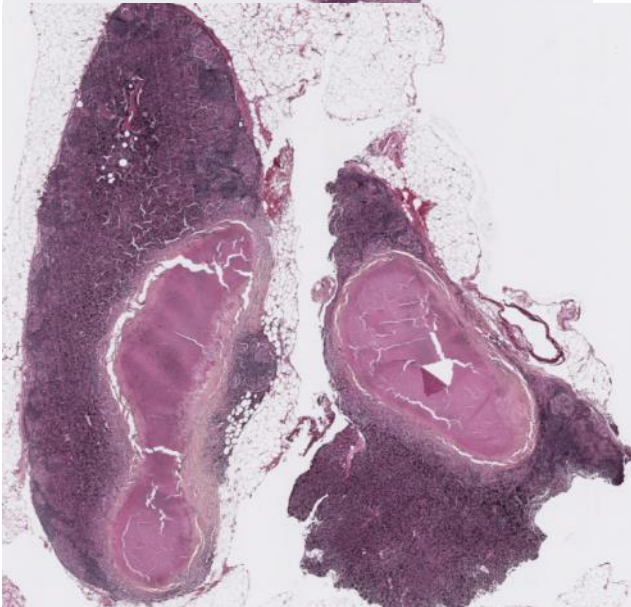
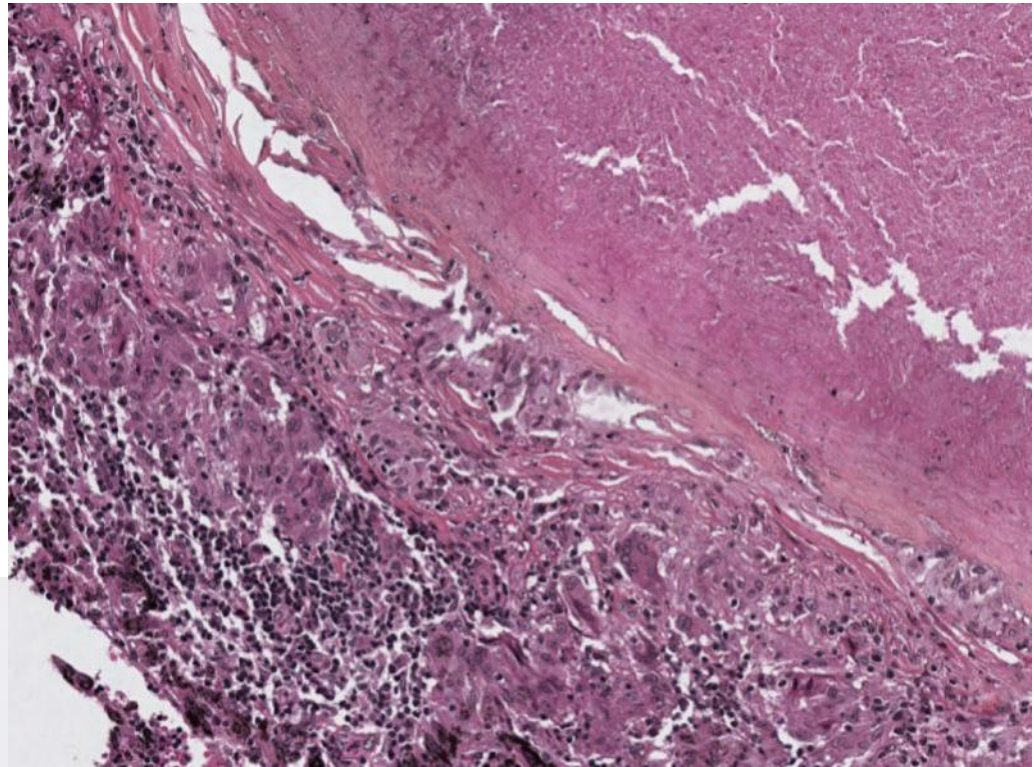
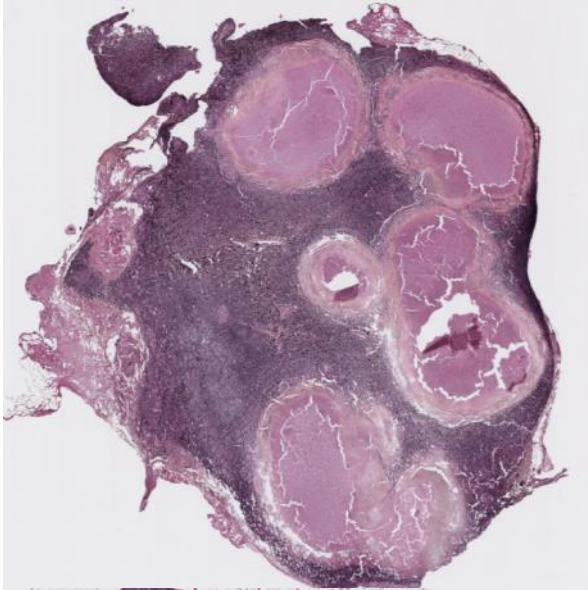
- ▶ Ganglions mésentériques
- ▶ Nids ou granulomes épithélioïdes avec +/- de fibrose et de nécrose

4) TERRITOIRE DE DRAINAGE D'UN CANCER

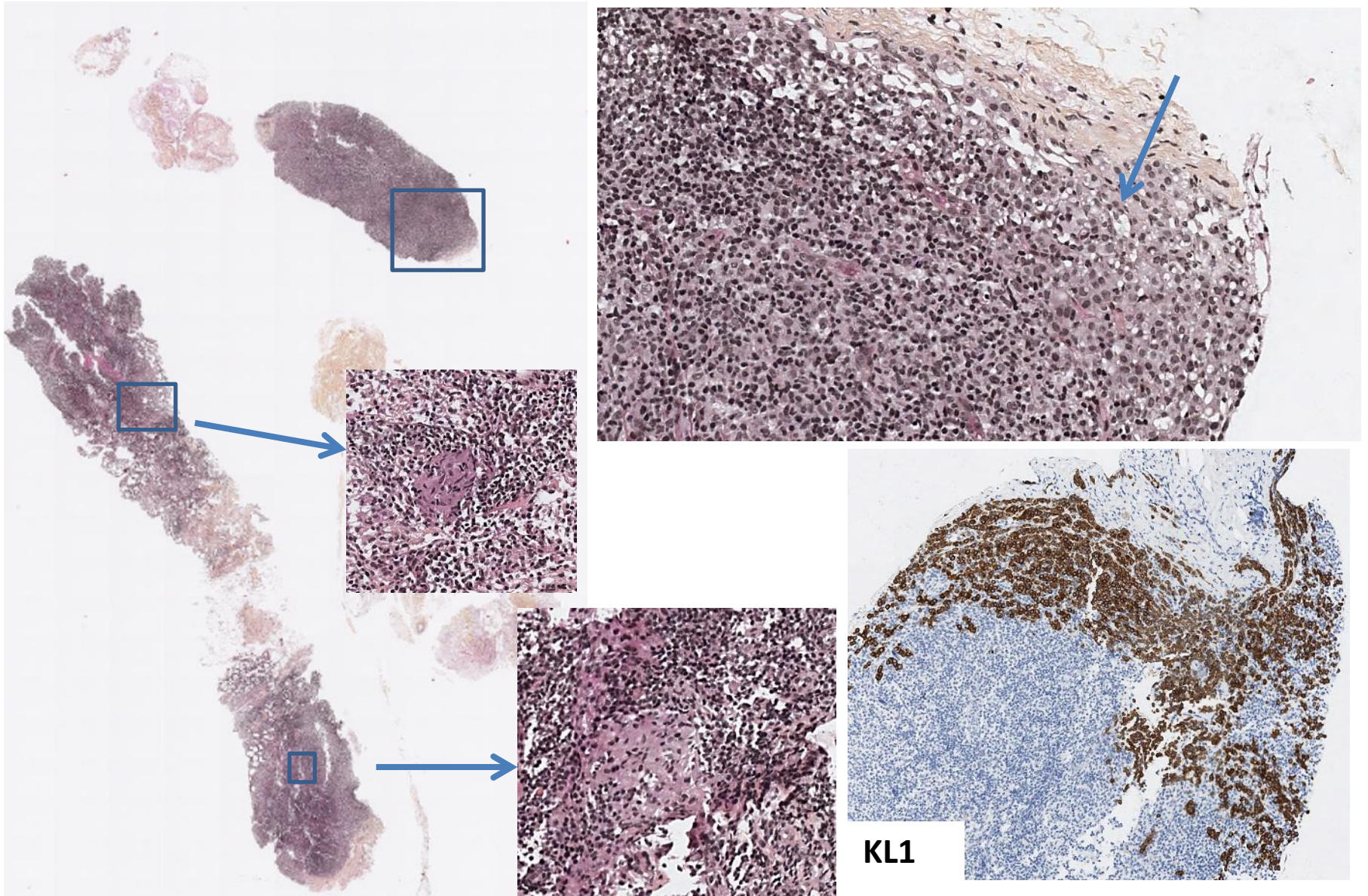
5) INFECTIONS MYCOTIQUES : Grocott / PAS



Infection mycotique : Histoplasme



Territoire de drainage d'un cancer lobulaire



Lymphadénites nodulaires abcédées

- ▶ **Territoires de nécrose suppurée (polynucléaires neutrophiles altérés et débris cytonucléaires) confluents**
- ▶ **Entourés par des granulomes histiocytaires et/ou épithélioïdes d'aspect palissadique**

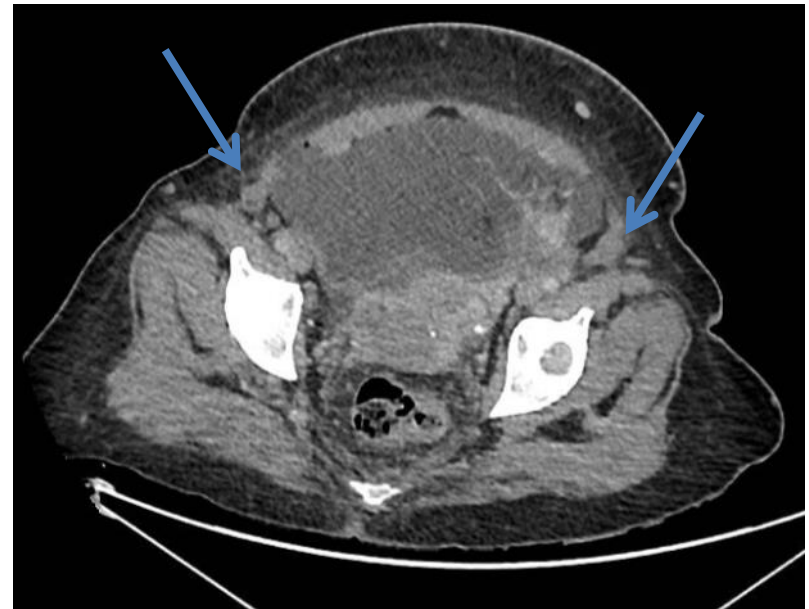
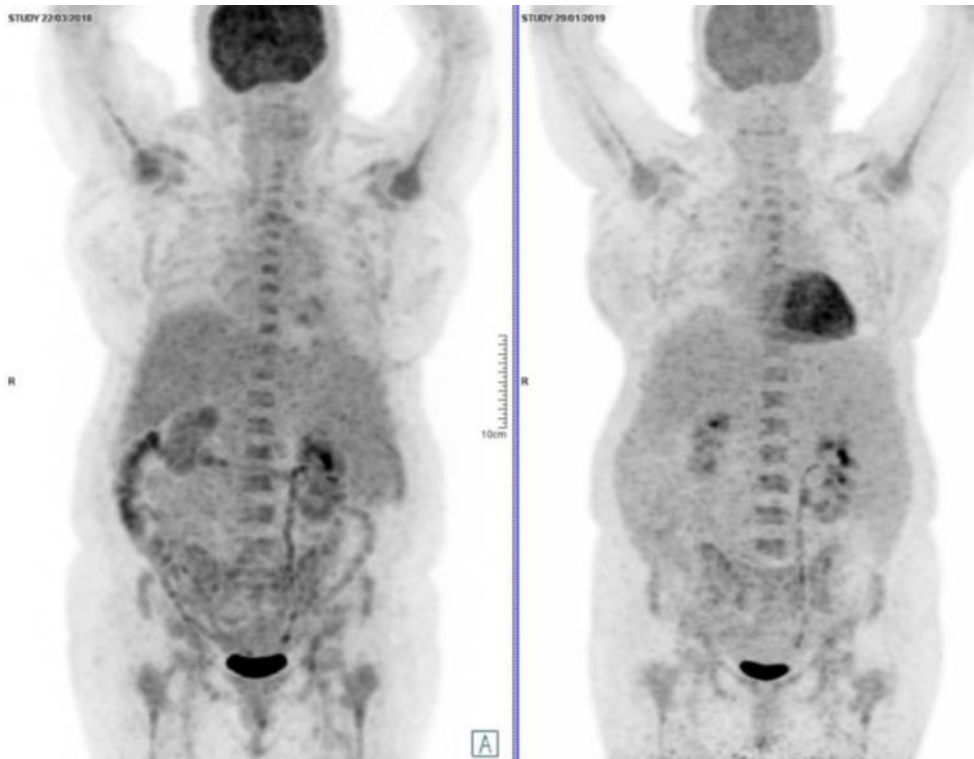
ETIOLOGIES :

- Maladies des griffes du chat : infection à *Bartonella* (Warthin Starry)
- Maladie de Nicolas Favre : infection à *Chlamydia trachomatis* (siège inguinal)
- Tularémie : infection à *Francisella tularensis*
- Yersiniose : infection à *Yersinia enterocolitica* - lymphadénite mésentérique pseudo-tuberculeuse (atteinte iléon terminal)

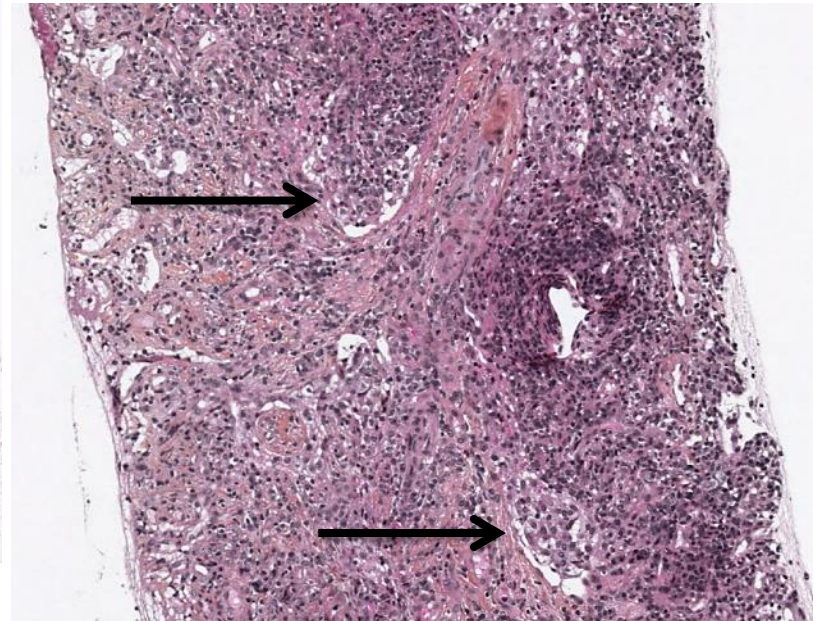
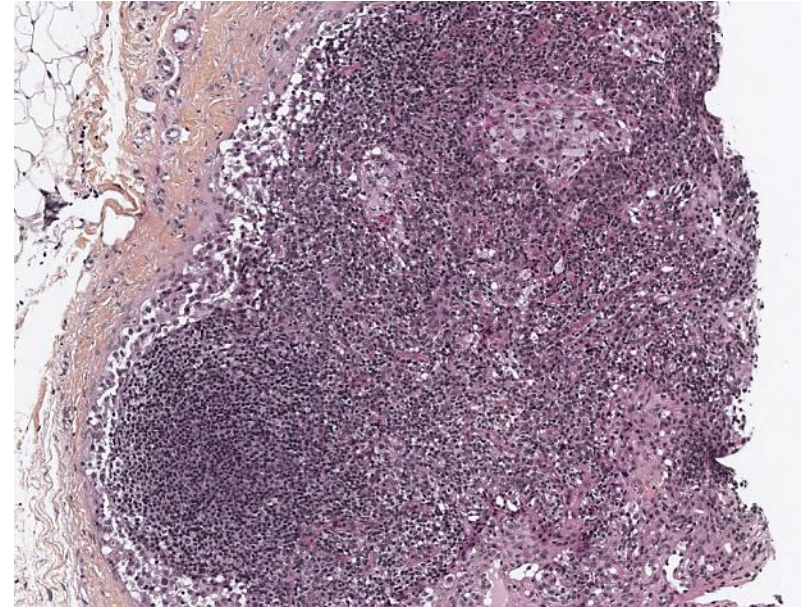
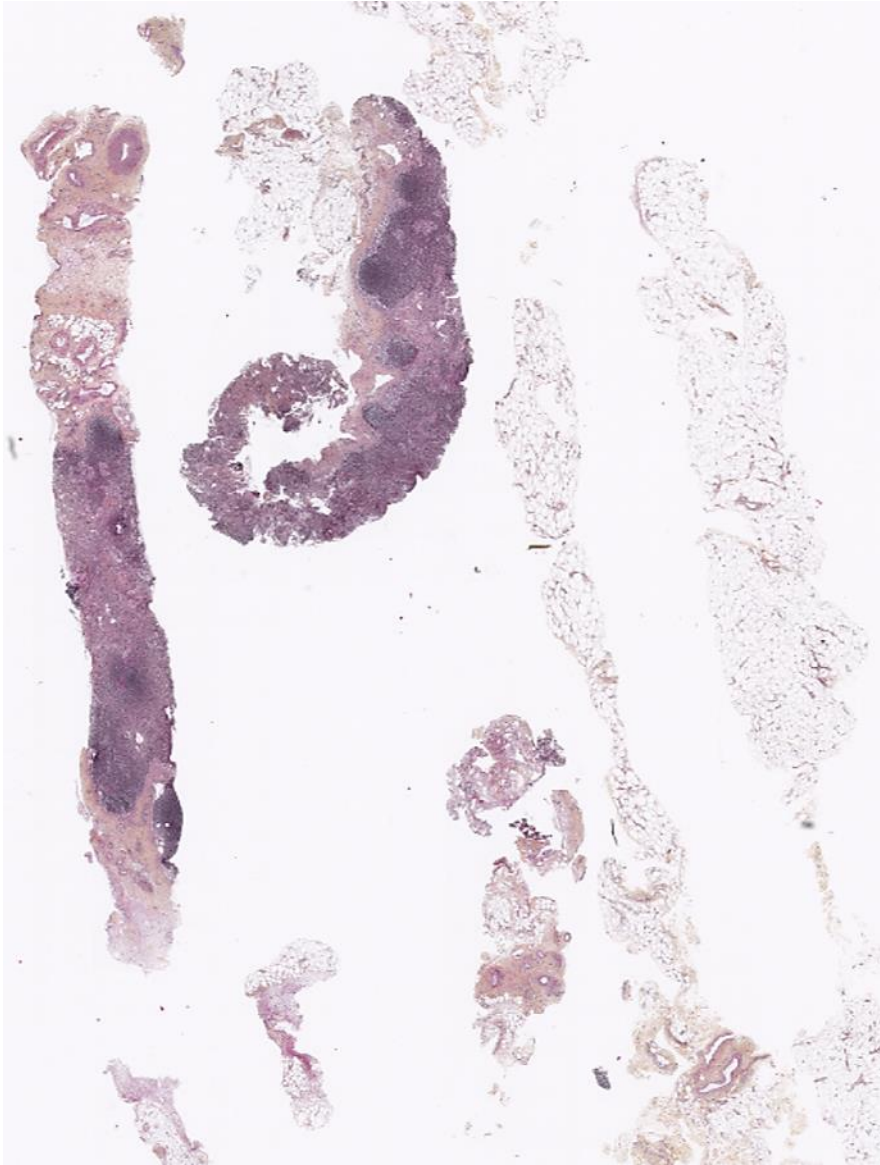
Autres pièges...

Cas n°8 : ♀ 63 a – Hépatogastro-entérologie

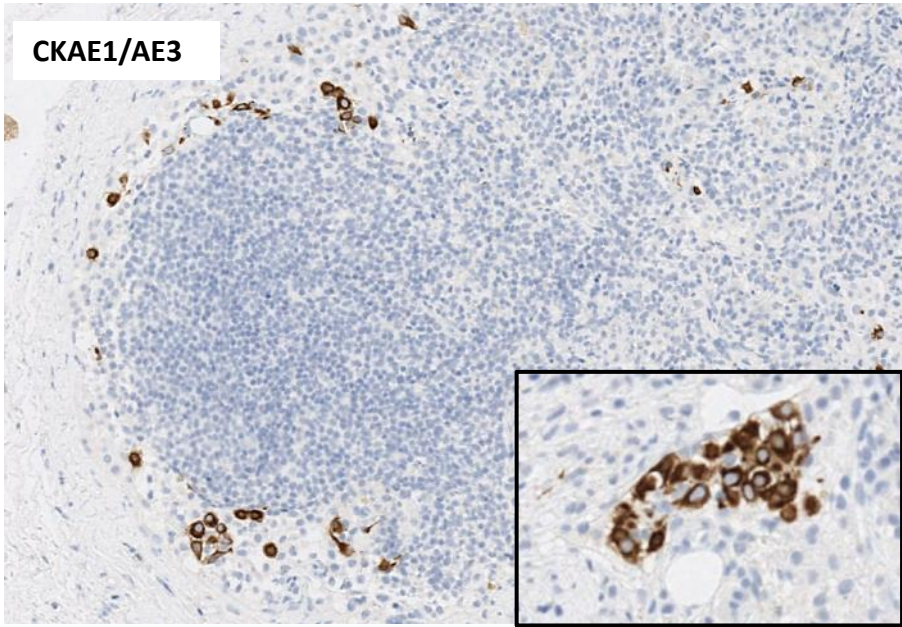
- Fièvre méditerranéenne familiale sous Kineret (IS) et Ferinject
- **Cirrhose sur NASH avec décompensations oedémato-ascitiques**
- **Exploration d'adénopathies axillaires et inguinales bilatérales**



Cas n°8 : ♀ 63 a – Hépatogastro-Entérologie

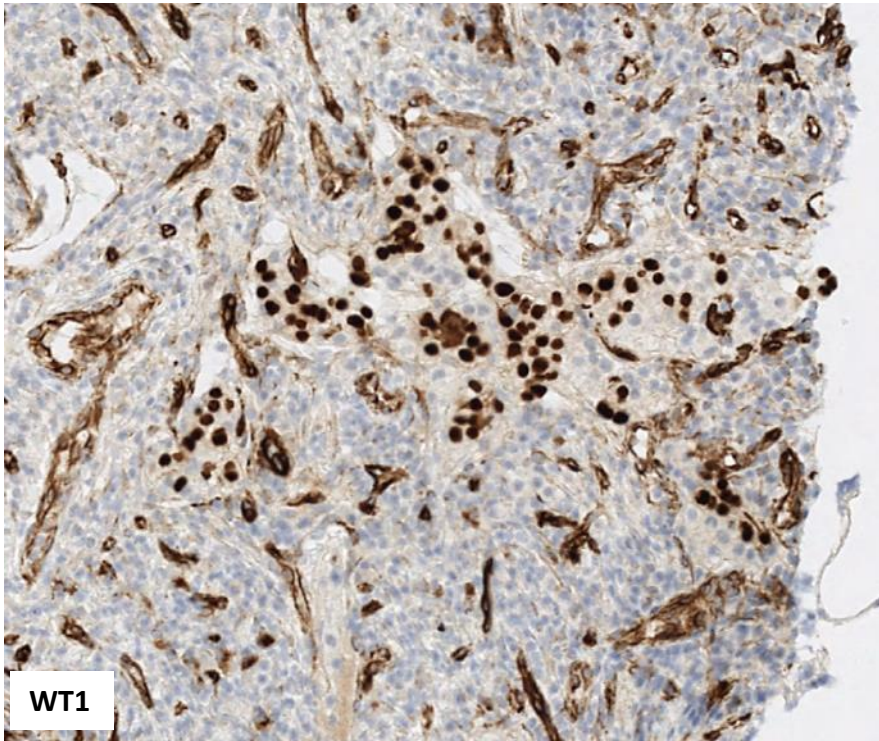


CKAE1/AE3

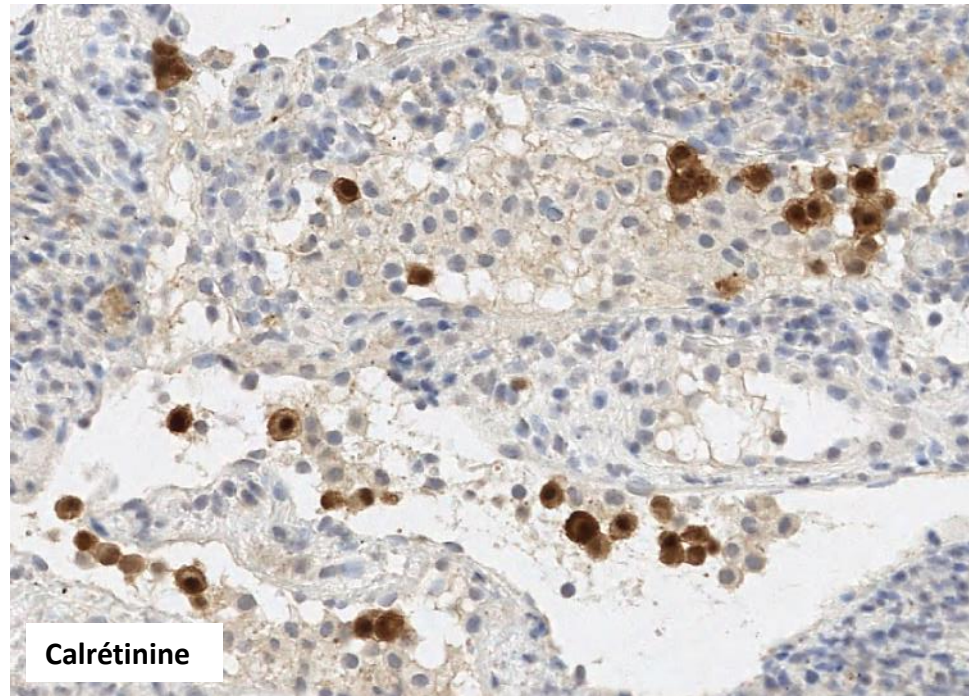


- Cellules isolées ou en amas, en circulation dans la capsule ou les sinus
- **En périphérie d'une atteinte des séreuses :**
 - pleurésie, péricardite pour les GG médiastinaux
 - Ascite pour les ganglions pelviens ou abdominaux
- **IHC : Calrétinine ++**


WT1



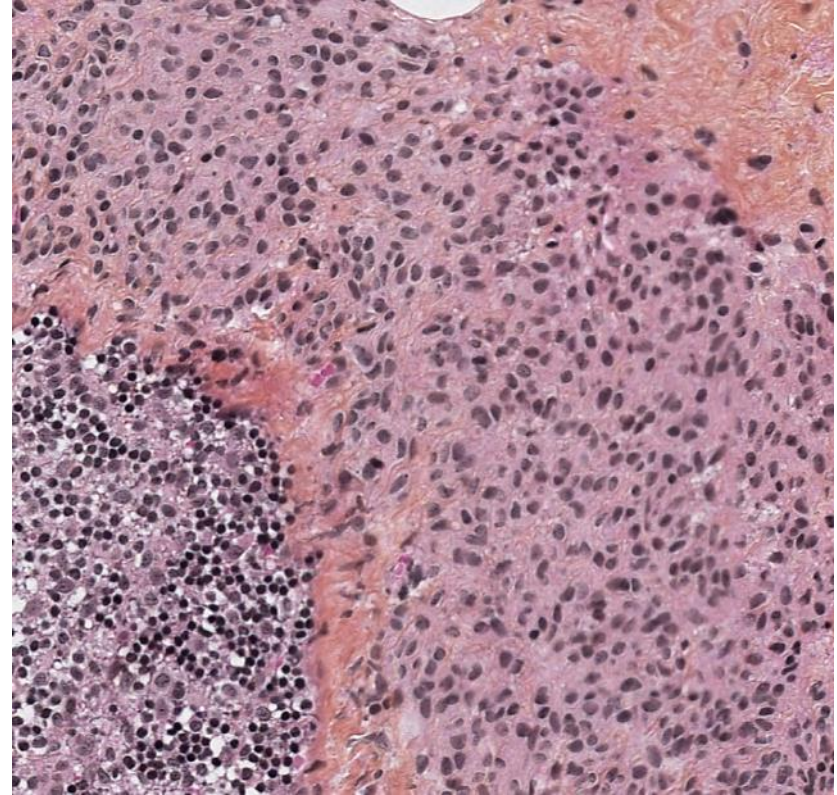
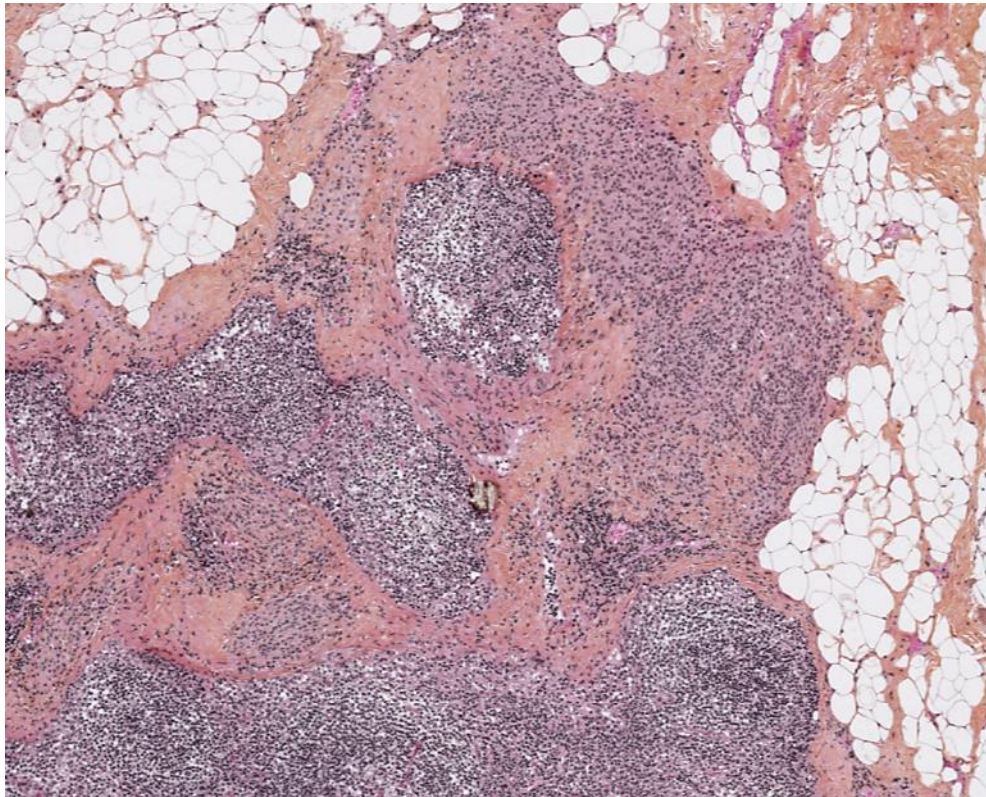
Calrétinine



Inclusions de cellules étrangères au tissu lymphoïde

- **Risque d'être interprétées comme des métastases ++**
 - Peu fréquentes / trouvées par hasard dans curages
 - Inclusions de cellules naeviques
 - Inclusions de cellules épithéliales
 - De tissu salivaire
 - De tissu thyroïdien
 - De tissu mammaire
 - De muqueuse colique
 - De tubules rénaux
 - De tissu endométrial
 - Inclusions de cellules mésothéliales
- 
- ▶ **Le type dépend du siège du ganglion**
 - ▶ **Dans des GG régionaux drainant le tissu auquel elles ressemblent**
 - ▶ **Discussions et controverses ++++**

Inclusions de cellules naeviques : curage axillaire

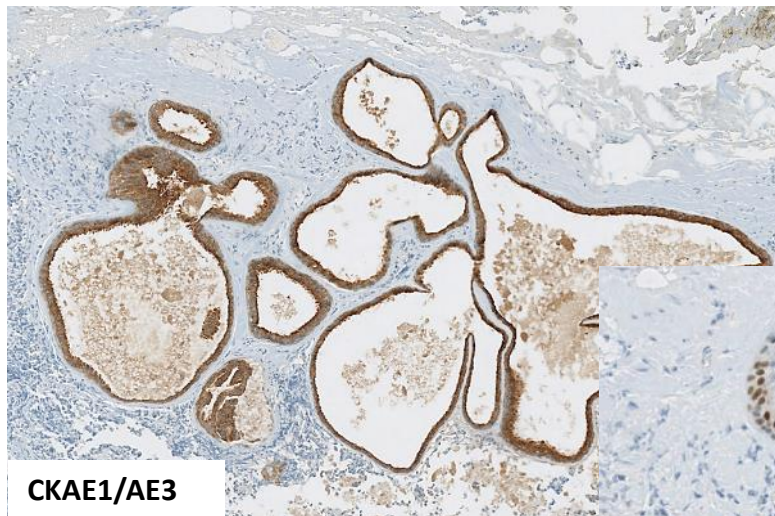
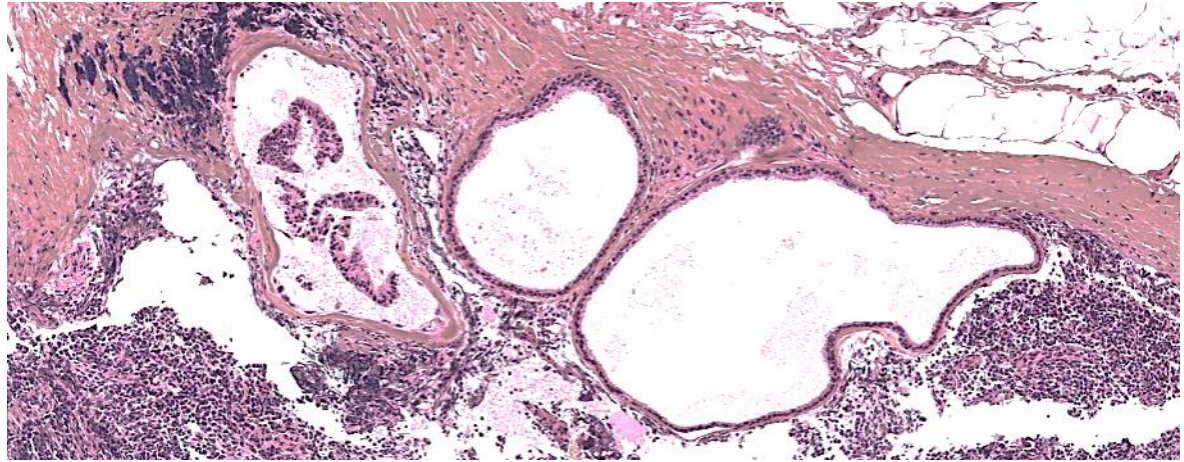
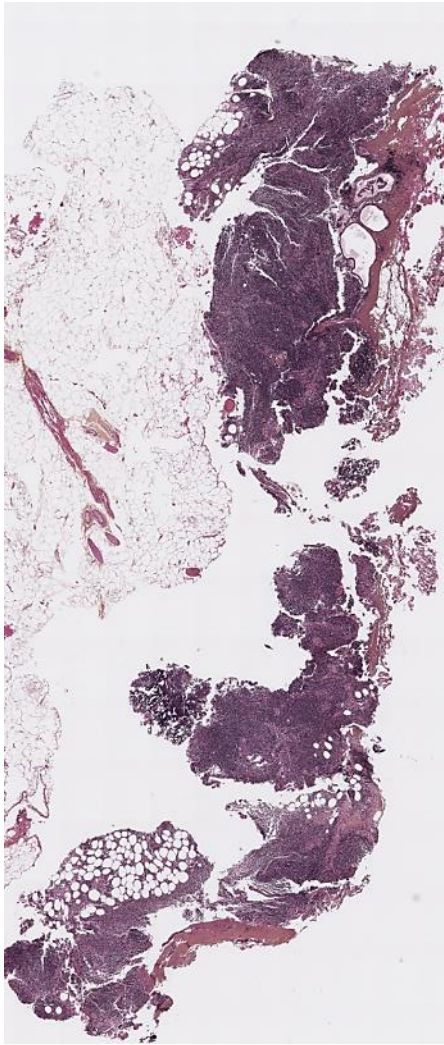


- Cordons ou amas bien limités **dans la capsule**, les lames portes-vaisseaux, le hile
- Entourés de tissu conjonctif séparant de la lumière des sinus vasculaires
- **Cellules toutes semblables, PS 100+, sans atypie ni mitose, +/- mélanine**
- Délimitent parfois des fentes (fausse impression d'extension sinusale)

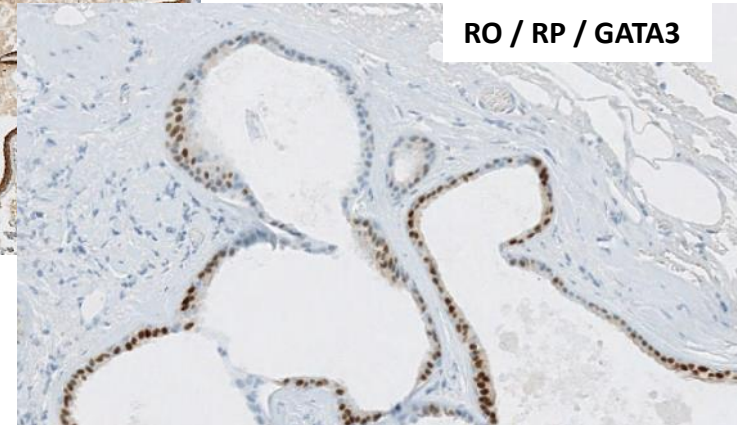
Inclusions de cellules épithéliales

Type	Siège GG	Morphologie	Erreur diagnostique
Tissu salivaire	Cervicaux Sous-max Parotidiens	- Acinis glandulaires - Canaux excréteurs	Métastase ADK bien différencié salivaire MALT salivaire
Tissu thyroïdien	Cervicaux inférieurs (1%)	- Vésicules thyroïdiennes + colloïde - Pas de composante papillaire - Pas de psammome, mitose, atypie	Métastase d'un carcinome thyroïdien
Tissu mammaire	Axillaires	- Canaux excréteurs parfois kystisés - P63 ++ : cellules myoépithéliales	Métastase d'un carcinome mammaire
Muqueuse colique	Péri-colique	- Tubes glandulaires, épithélium colique entouré de tissu conjonctif dans le sinus marginal ++	Métastase d'un ADK colique
Tubules rénaux	Hile rénal	- Tubes rénaux + dépôts protéiques PAS+ dans la lumière ++ enfant / Tumeur de Wilms	
Tissu endométrial	Para-Aortique + pelviens	- Tissu glandulaire endométrial - Endométriose	Métastase d'un ADK

Inclusions de tissu mammaire : macro-biopsie



CKAE1/AE3



RO / RP / GATA3

Pièges en pathologies tumorales non hématologiques

Place de la biopsie ganglionnaire dans les tumeurs non hématologiques

- 1) **Dans le bilan d'extension d'une néoplasie connue déjà documentée ou en cas de récurrence :**
 - Possibilité de comparaison avec la tumeur primitive
 - Recherche de biomarqueurs / études de BM
 - ▶ **Diagnostic le + souvent rapide et aisé**

- 2) **Dans le diagnostic d'une néoplasie avec un primitif bien identifié par l'imagerie et une clinique en accord** mais :
 - Tumeur primitive difficile d'accès / risques liés à sa ponction
 - Patient fragile, comorbidités
 - ▶ **Faisceaux d'arguments permettant le diagnostic**

Place de la biopsie ganglionnaire dans les tumeurs non hématologiques

3) **Le diagnostic est en revanche + difficile:**

- Présentation clinique inhabituelle
- Pas de site primitif identifiable ou clair en imagerie
- Patient avec plusieurs ATCD de cancer / cancers déjà traités
- Néoplasie avec potentiel de dédifférenciation tumorale ou à plusieurs contingents cytologiques

Spectre cytologique parfois identique !

Carcinome / mésothéliome / tumeurs germinales
mélanome / prolifération hématologique

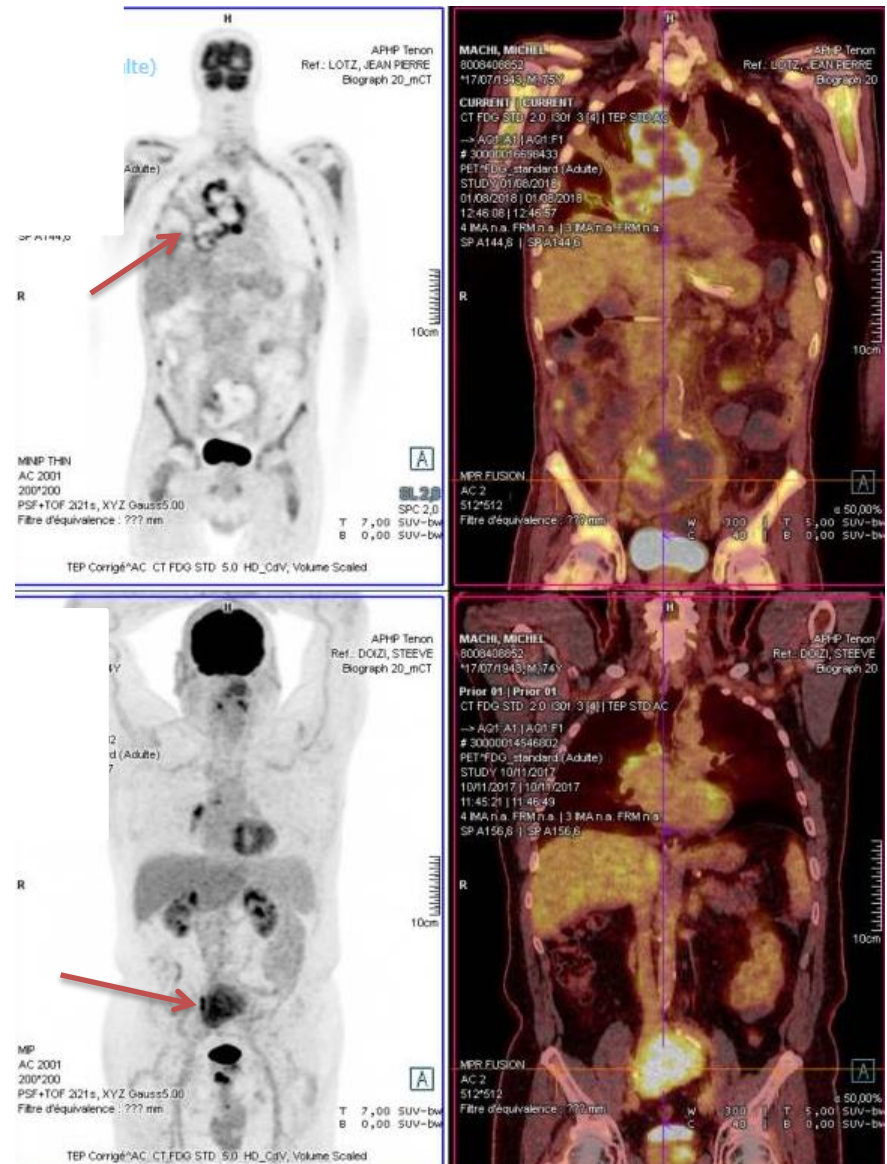
Ex : lymphome anaplasique (aspect épithélioïde)

Comment faire ?

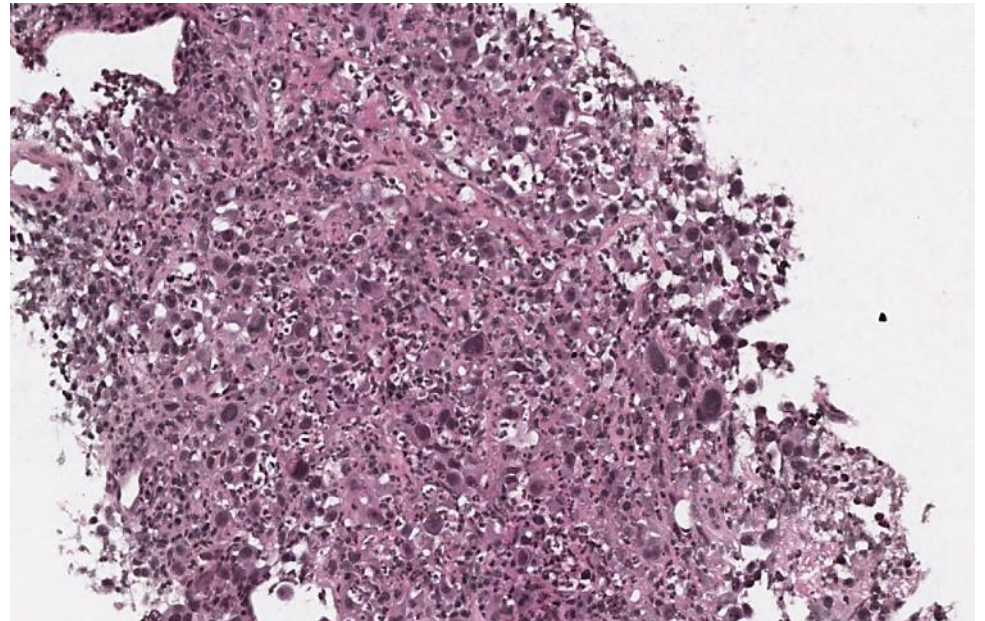
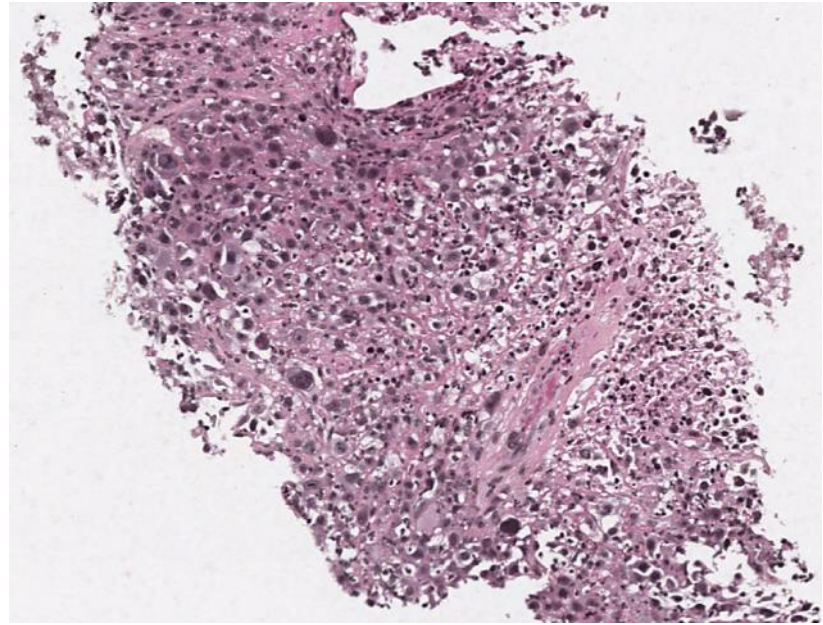
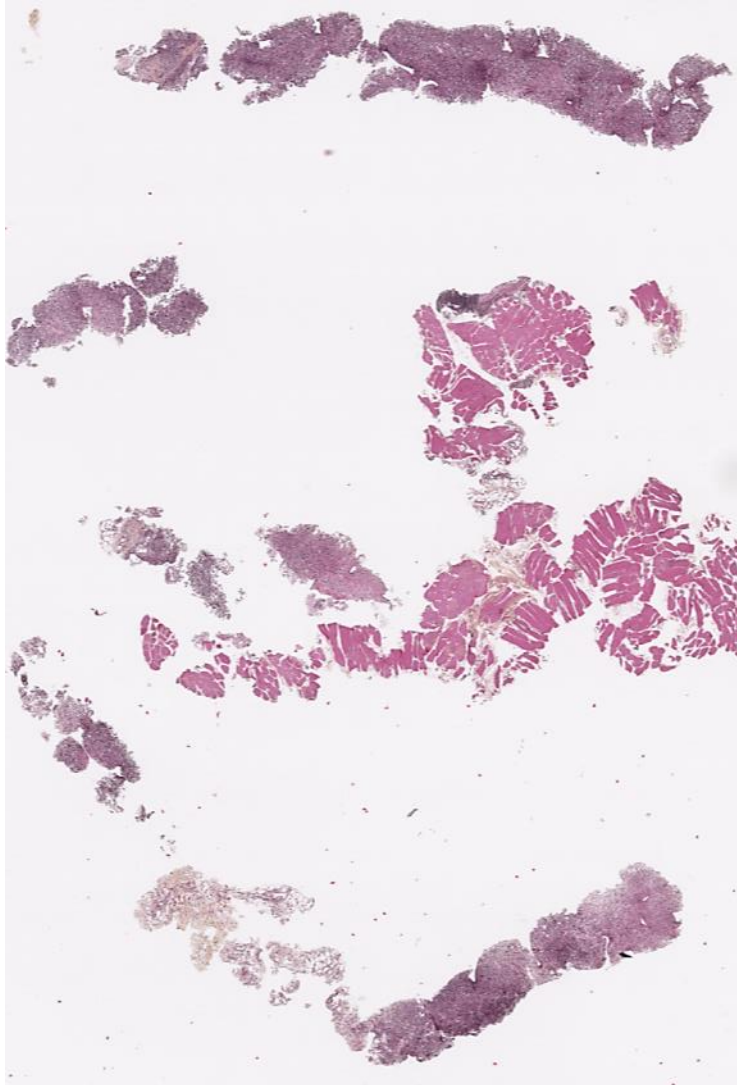
- **Contexte clinique fondamental +++**
 - ATCD du patient
 - Age :
 - adulte : Carcinome / Mélanome / LNH B-T
 - enfant-jeune adulte : Lymphome lymphoblastique / Tumeur germinale / Tumeur mésenchymateuse / tumeur rhabdoïde
 - Siège ++ / territoire de drainage
- Cytologie ++ : cellules rondes monomorphes vs proliférations polymorphes
- Présence d'un stroma sous jacent
- Intérêt d'un panel de 1^{ère} intention en préservant le matériel :
 - CKAE1/AE3, EMA, SOX10, CD20, CD5, CD30, SALL4

Cas n°9 : ♂ 73 ans – Pneumologie

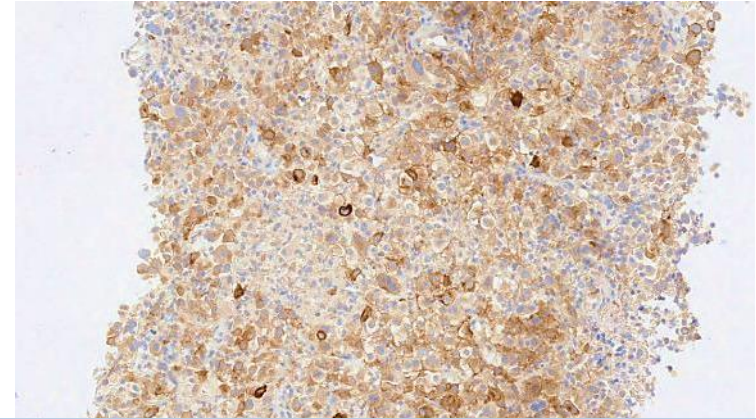
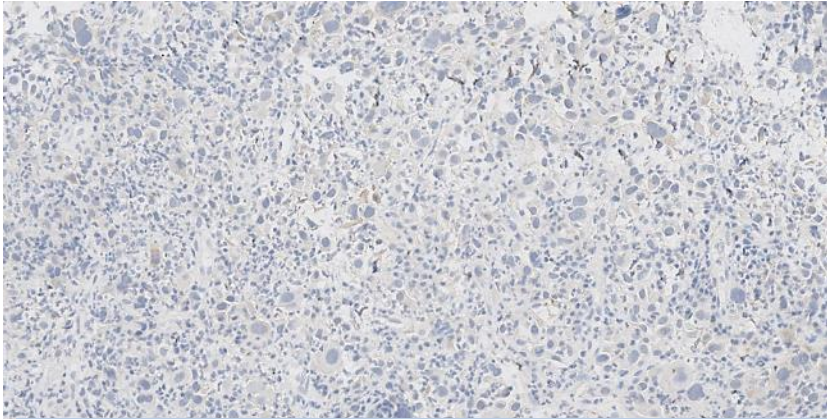
- Fumeur, suivi depuis 2016 en Urologie pour Carcinome urothélial traité par BCG, perdu de vue
- 2019 : Hospitalisé pour hémoptysie + Sd Cave supérieur
- TEP :
 - masse pulmonaire médiastino-hilaire droite, envahissant le médiastin avec atteinte ganglionnaire et possible localisations sous diaphragmatique péritonéales
 - masse pelvienne 90x 60 développé au dessus de la vessie, nécrotique



Cas n°9 : ♂ 73 ans - Biopsie basi-cervicale droite



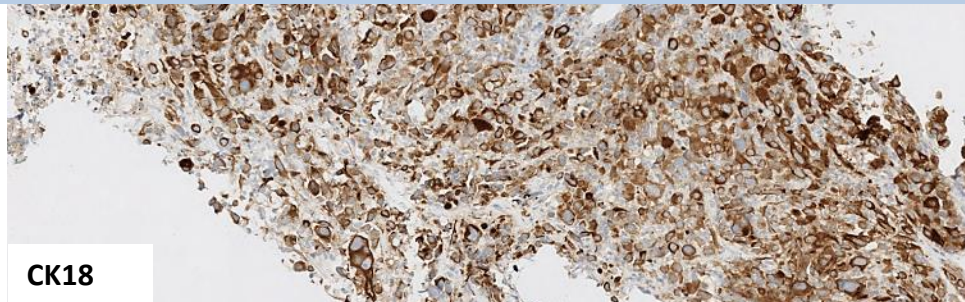
Cas n°9 : Biopsie basi-cervicale droite



➤ **Carcinome sarcomatoïde**

RTUV vessie : aspect identique

**Métastase médiastinale et cervicale de la
néoplasie vésicale**



CK18

Cas n°10 : ♂ 35 ans – Oncologie médicale



Mars 2019 : apparition d'une adénopathie axillaire droite augmentant rapidement de taille, sans autre anomalie clinique.

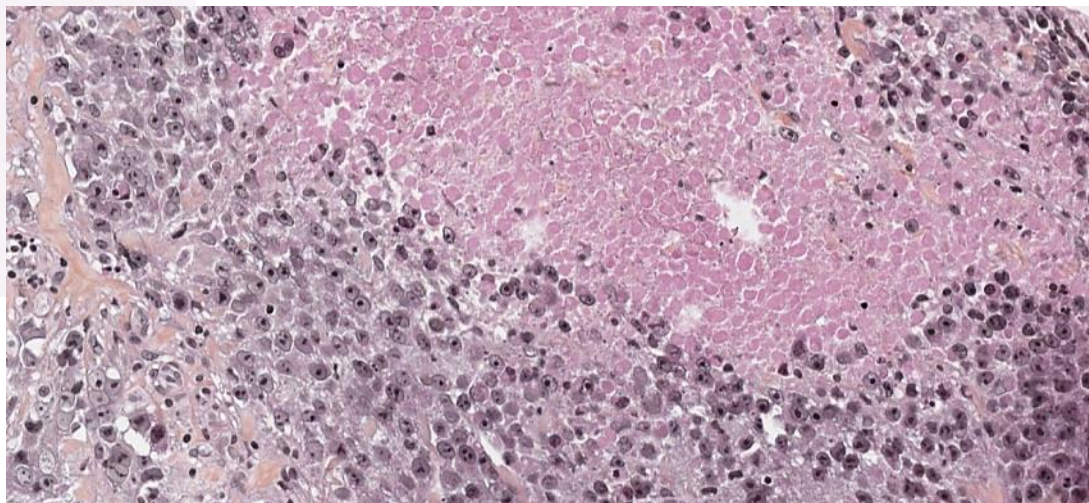
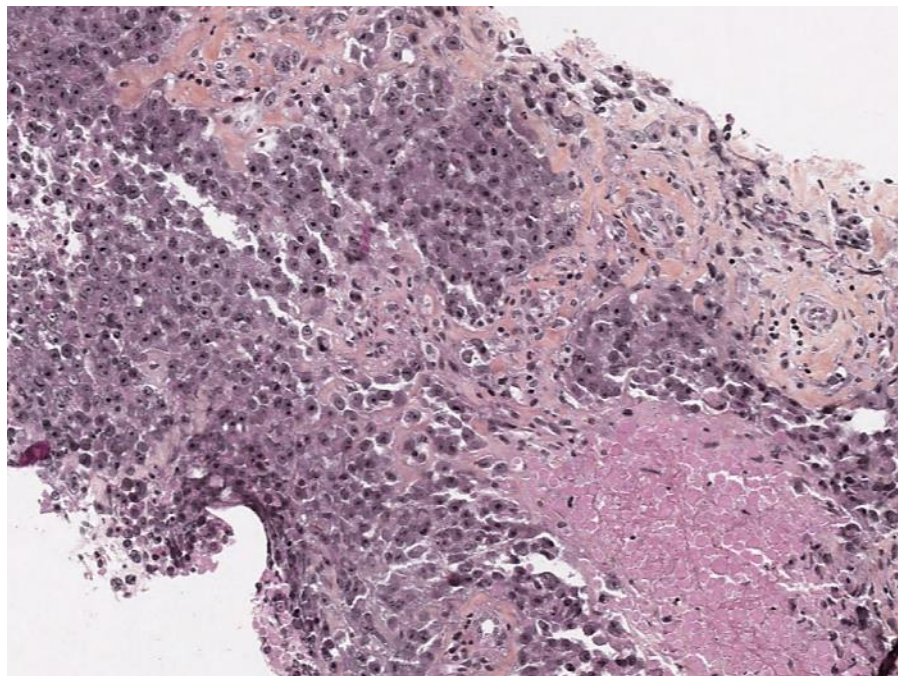
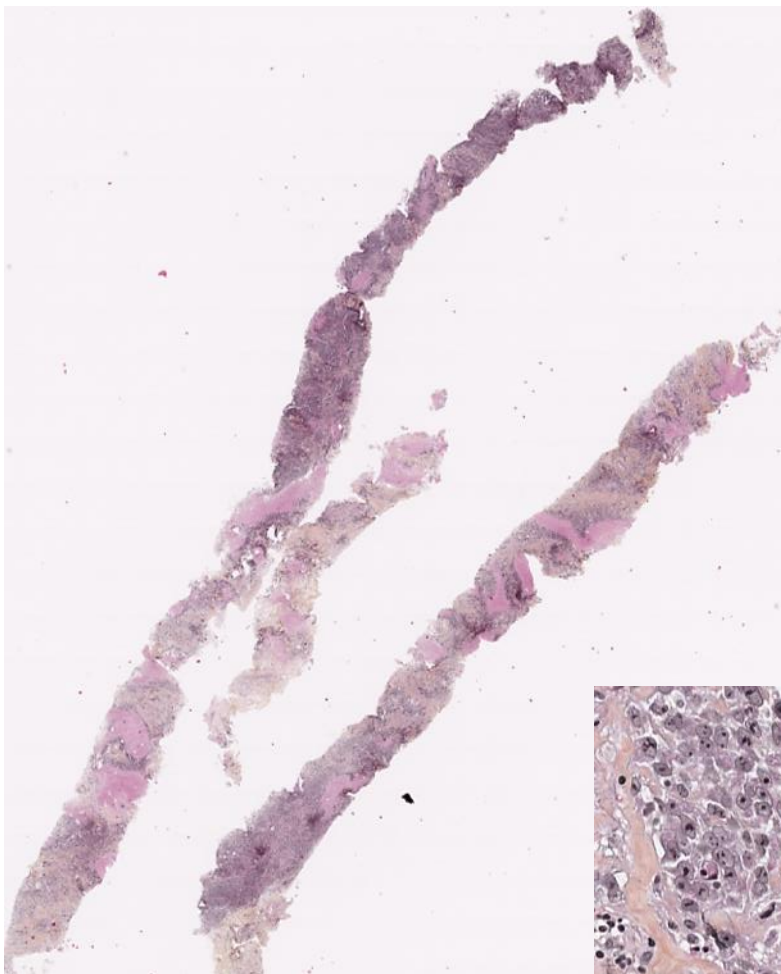
TDM Mai 2019 : adénopathie axillaire droite de 70 mm



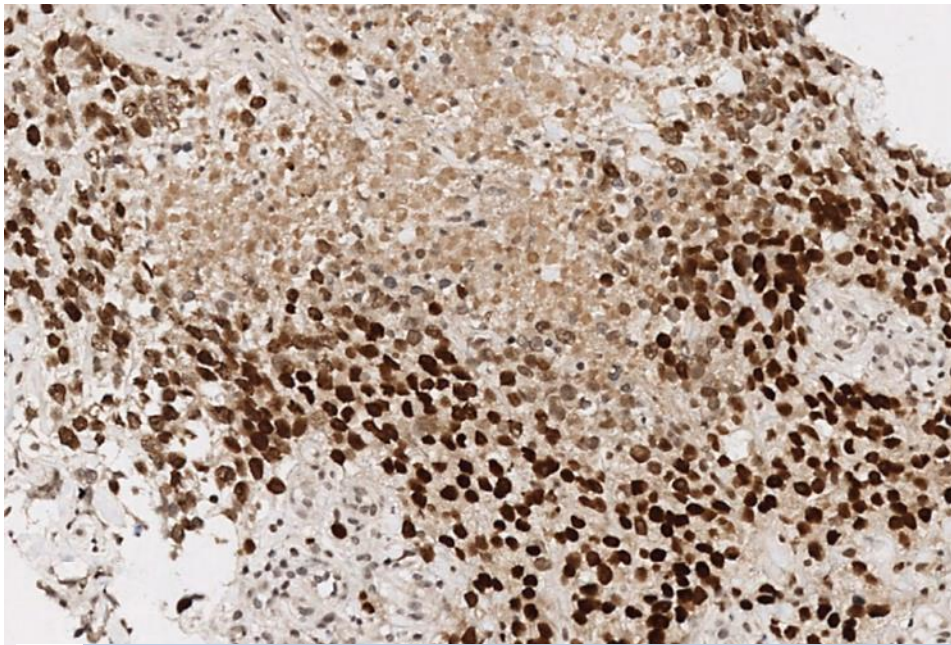
Echographie testiculaire sans anomalie

Marqueurs négatifs

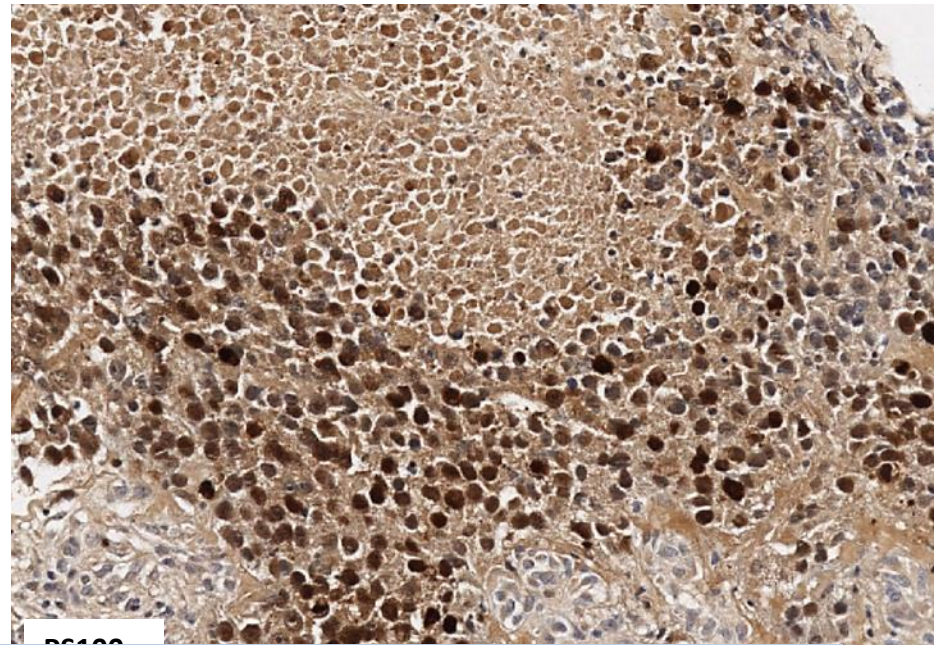
Cas n°10 : biopsie axillaire droite



**CKAE1/AE3, EMA,
CD45, négatifs**



SOX10



SOX10

➤ **Sarcome à cellules claires**
Morphologie et phénotype proche du mélanome



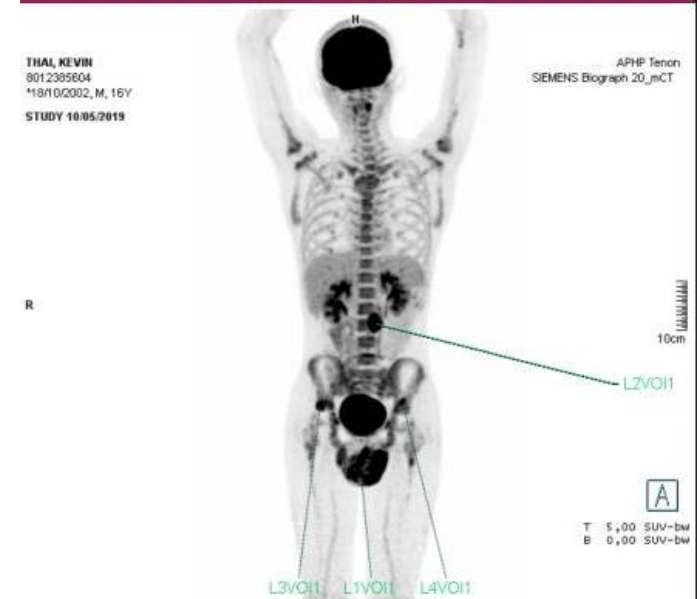
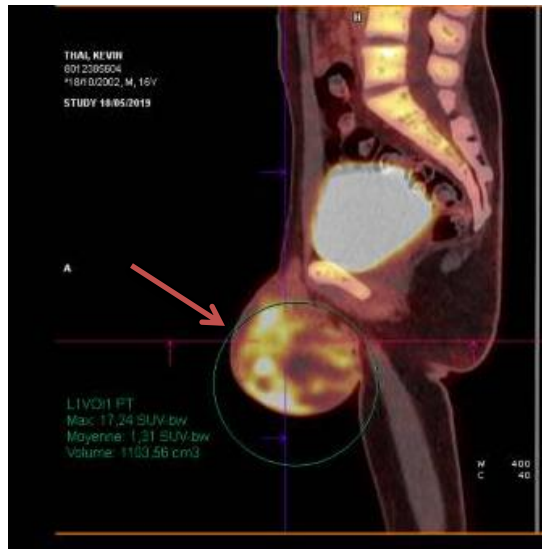
MIB1



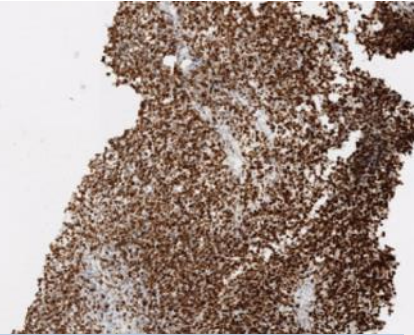
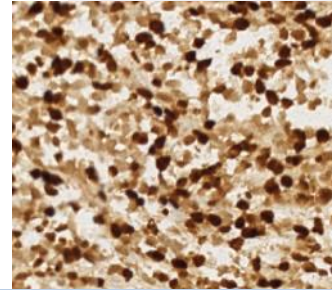
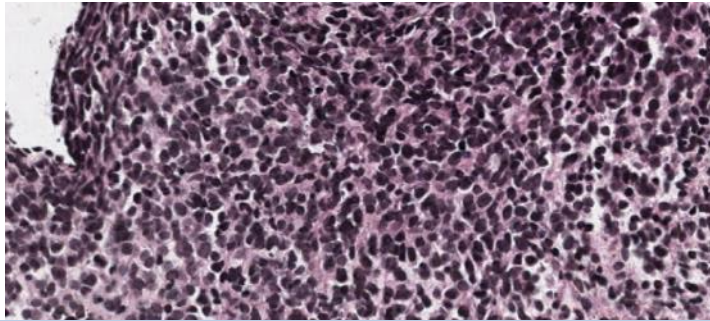
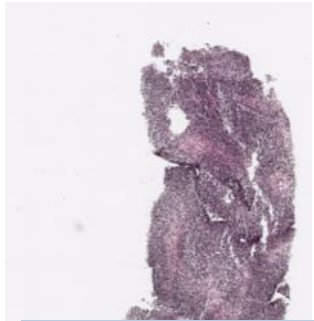
Transcrit de fusion EWSR1/CREB1

Cas n°11 : ♂ 17 ans – Oncologie médicale

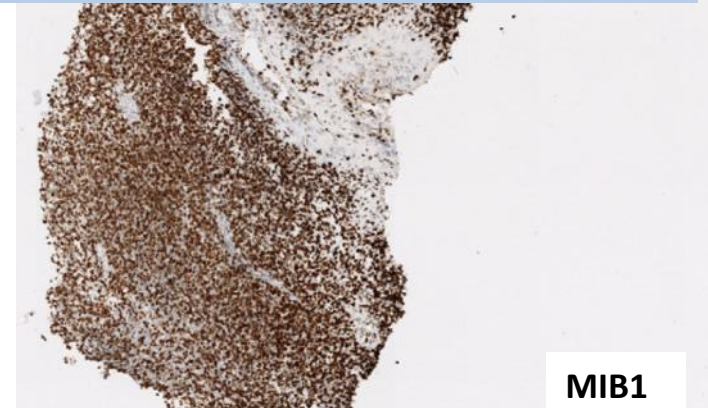
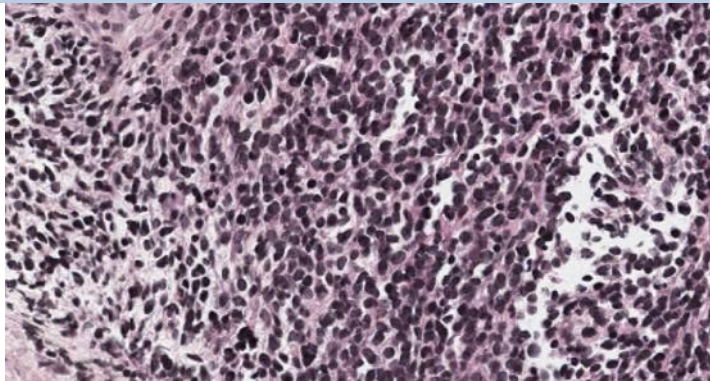
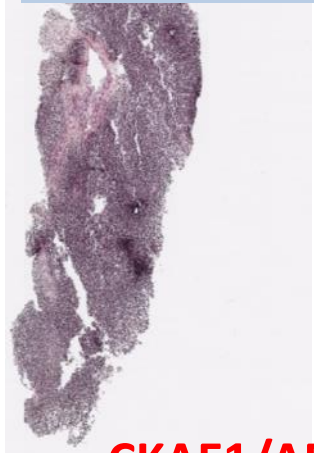
- Fièvre à 40° sans sueur.
- Moins 10 kg en plusieurs semaines
- Hypercalcémie à 32 mmol / L
- AFP : 1,5N, HCG normale.
- Bilan TDM (non injecté) :
 - masse scrotale gauche,
 - Lésions rachidiennes hétérogènes du rachis et du bassin,
 - Adénopathie rétro-Péritonéale 20mm N+
- **15% de cellules circulantes dans le sang difficile à typer.**



Cas n°11 : Biopsie adénopathie rétro-péritonéale



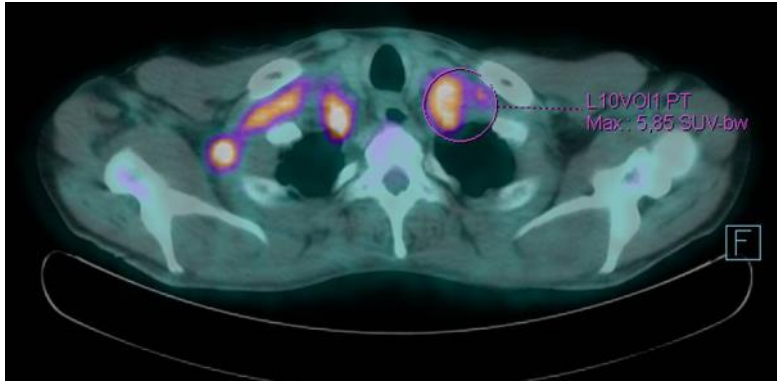
**Localisation testiculaire, osseuse
et ganglionnaire rétro-péritonéale d'un
RHABDOMYOSARCOME**



MIB1

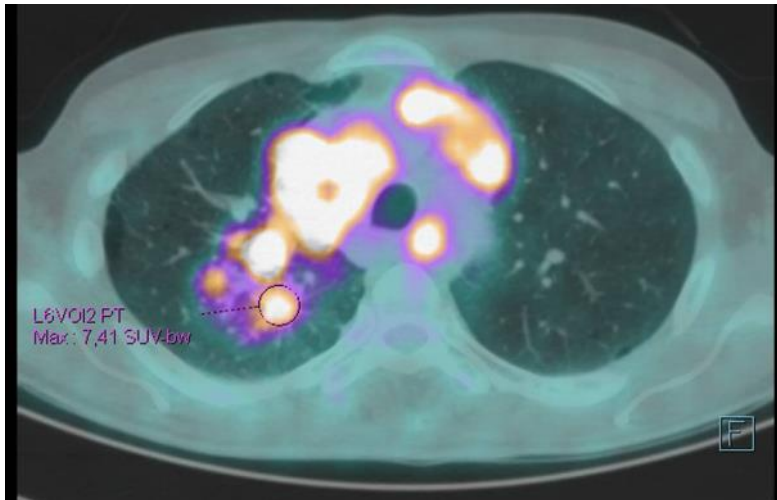
CKAE1/AE3, EMA, SOX10, CD99, CD20, CD3, PAX5, CD1a, Tdt tous négatifs

Cas n°12 : ♂ 54 ans – Pneumologie



Fumeur +++

Dyspnée d'apparition brutale avec orthopnée dans un contexte de syndrome cave supérieur sur tumeur médiastinale

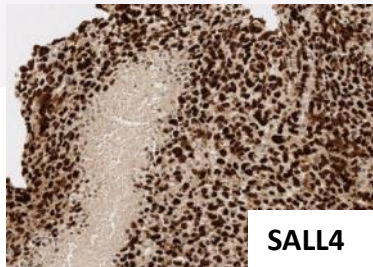
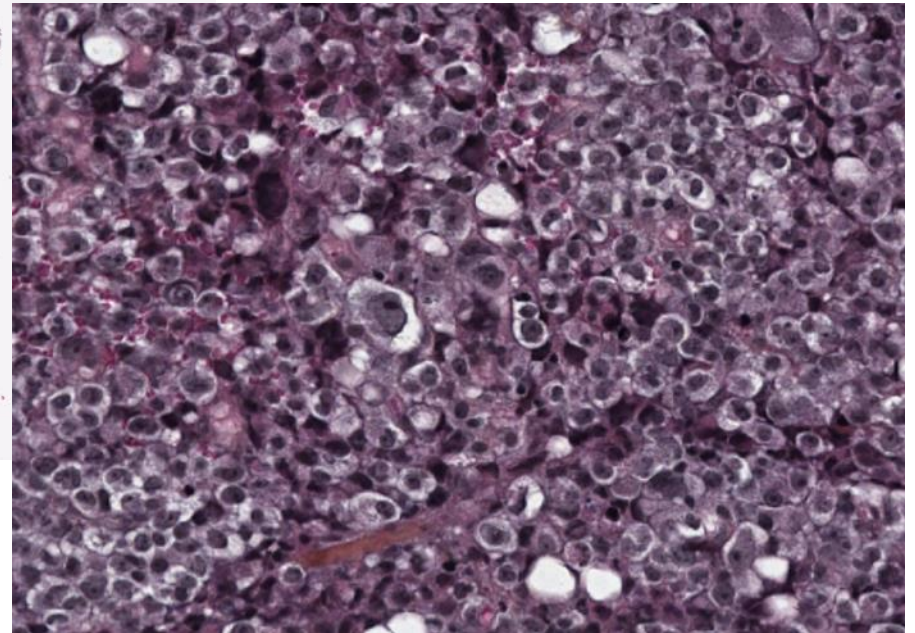
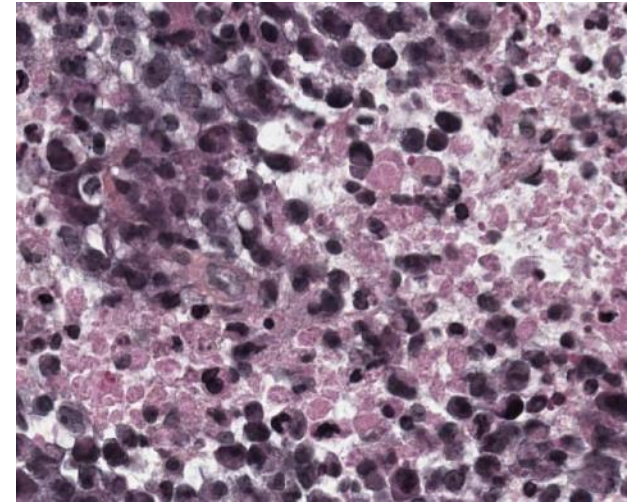
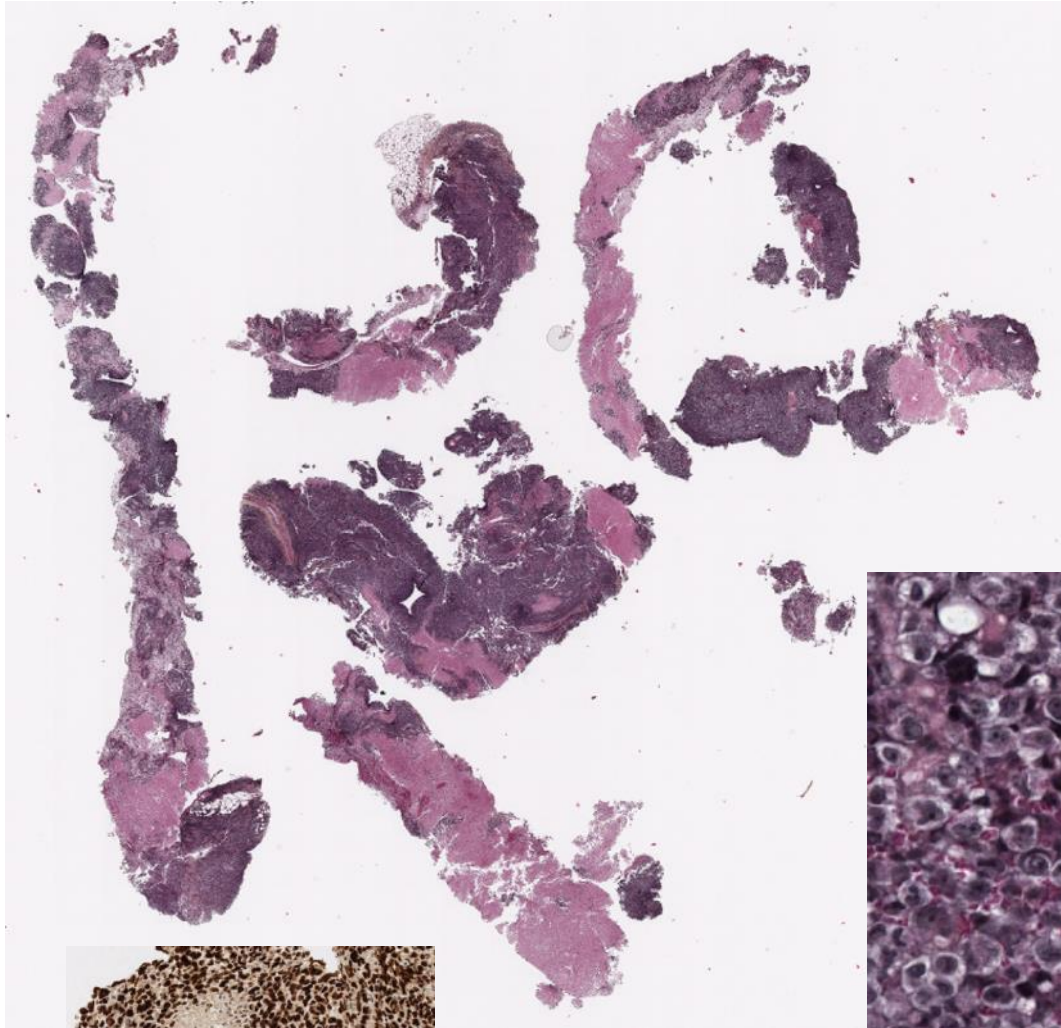


Atteinte ganglionnaire cervicale, sus claviculaire

Ponction ganglionnaire :

- **Carcinome neuroendocrine à petites cellules ?**
- **Lymphome primitif du médiastine?**
- **CBNPC ?**

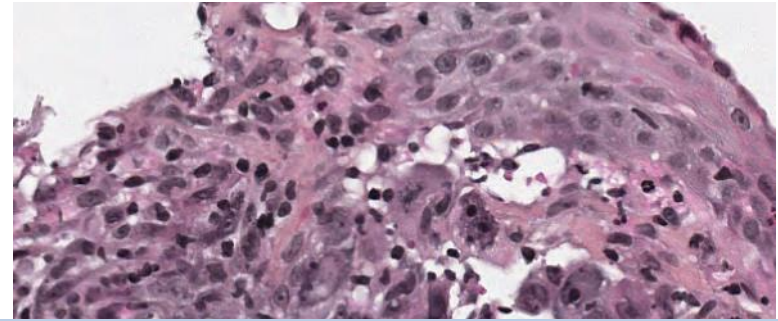
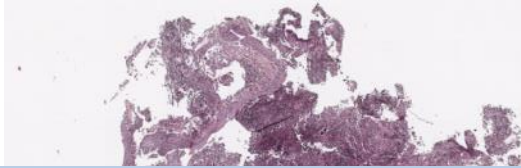
Cas n°12 : ♂ 54 ans – Pneumologie



SALL4

Cas n°12 : ♂ 54 ans – Tumeur germinale

Biopsies bronchiques : Hémoptysie
▶ bourgeon endo-bronchique



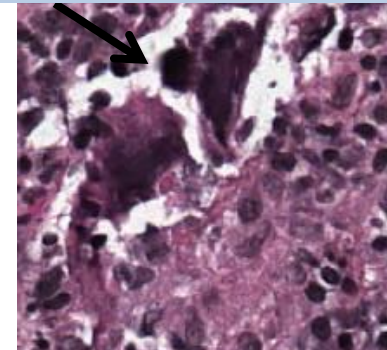
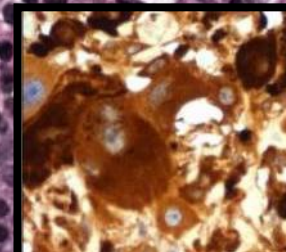
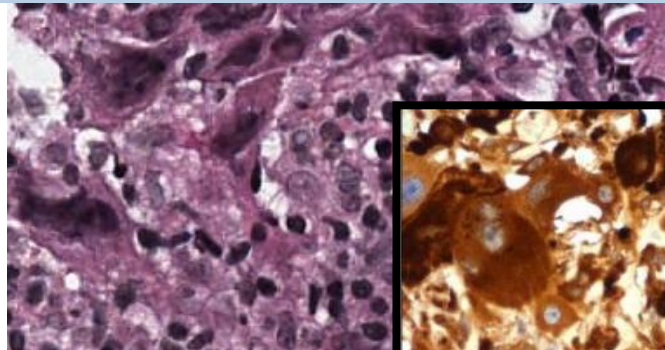
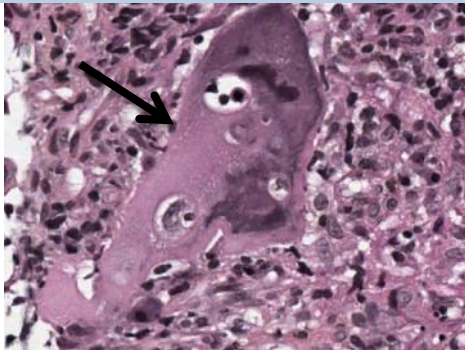
TGS (séminome pur) → TGNS (séminome + choriocarcinome)

IMPACT THERAPEUTIQUE MAJEURE +++

A stade équivalent : la CT sera différente

Séminome : C2-Carboplatine

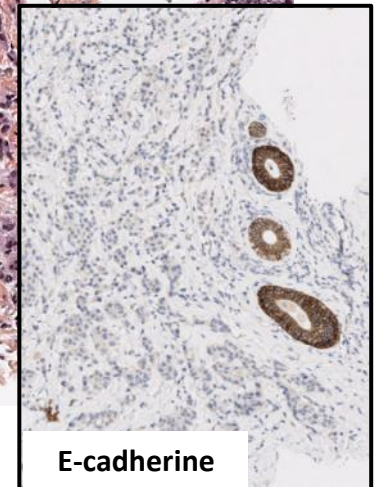
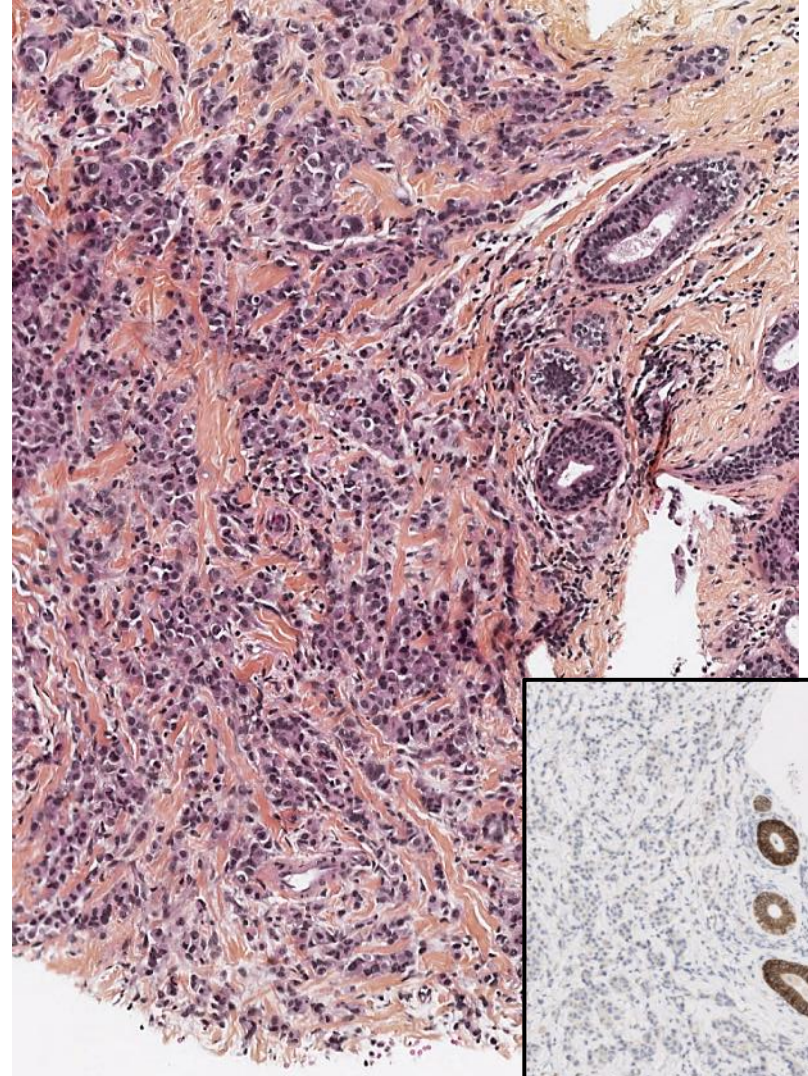
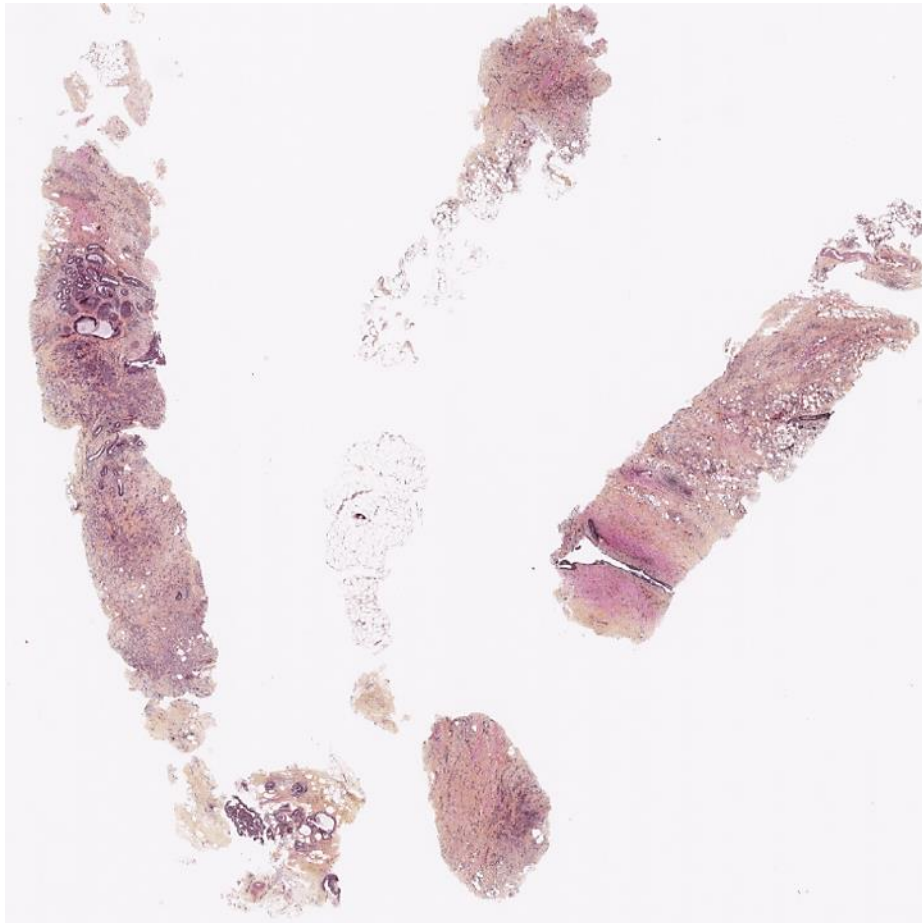
TGNS : BEP



HCG

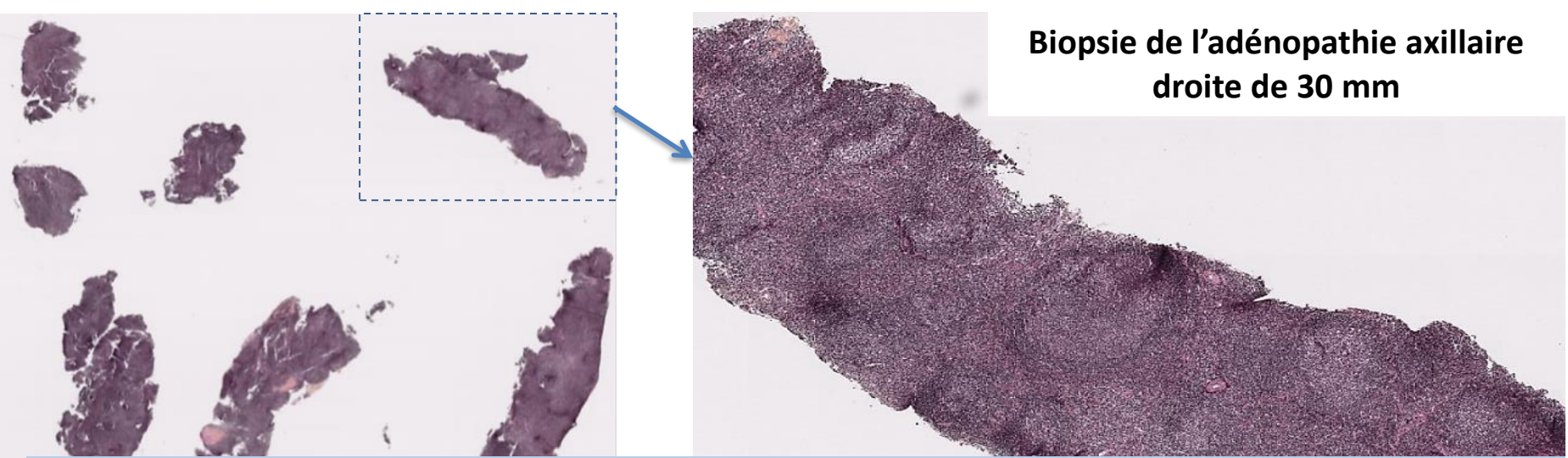
Cas n°13 : ♀ 67 ans – Gynécologie

Biopsie de la lésion mammaire située à l'union des quadrants externes du sein droit



E-cadherine

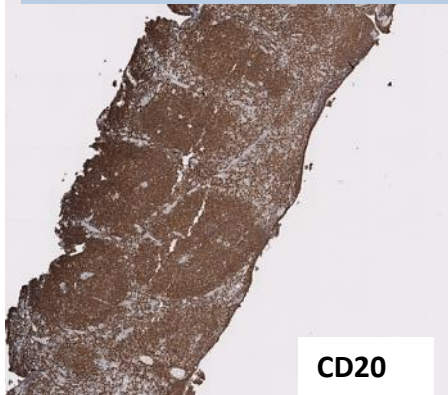
Biopsie de l'adénopathie axillaire droite de 30 mm



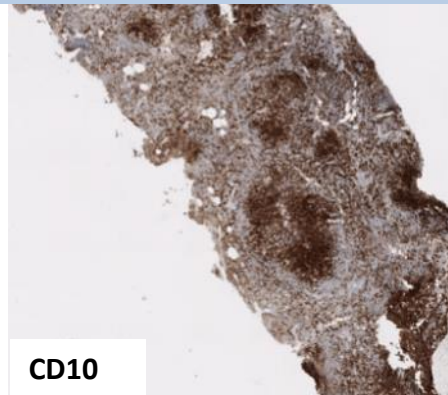
Lymphome folliculaire grade 1-2

Pas de métastase du carcinome lobulaire

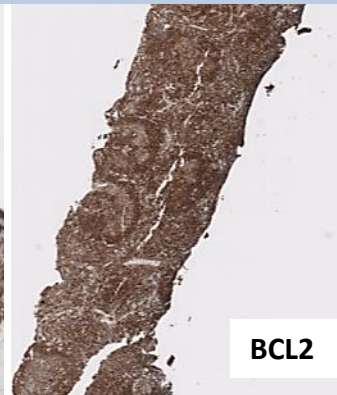
**► Décision de mastectomie + curage étendu
devant les aspects en imagerie**



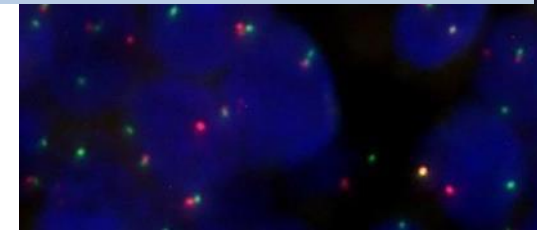
CD20



CD10



BCL2

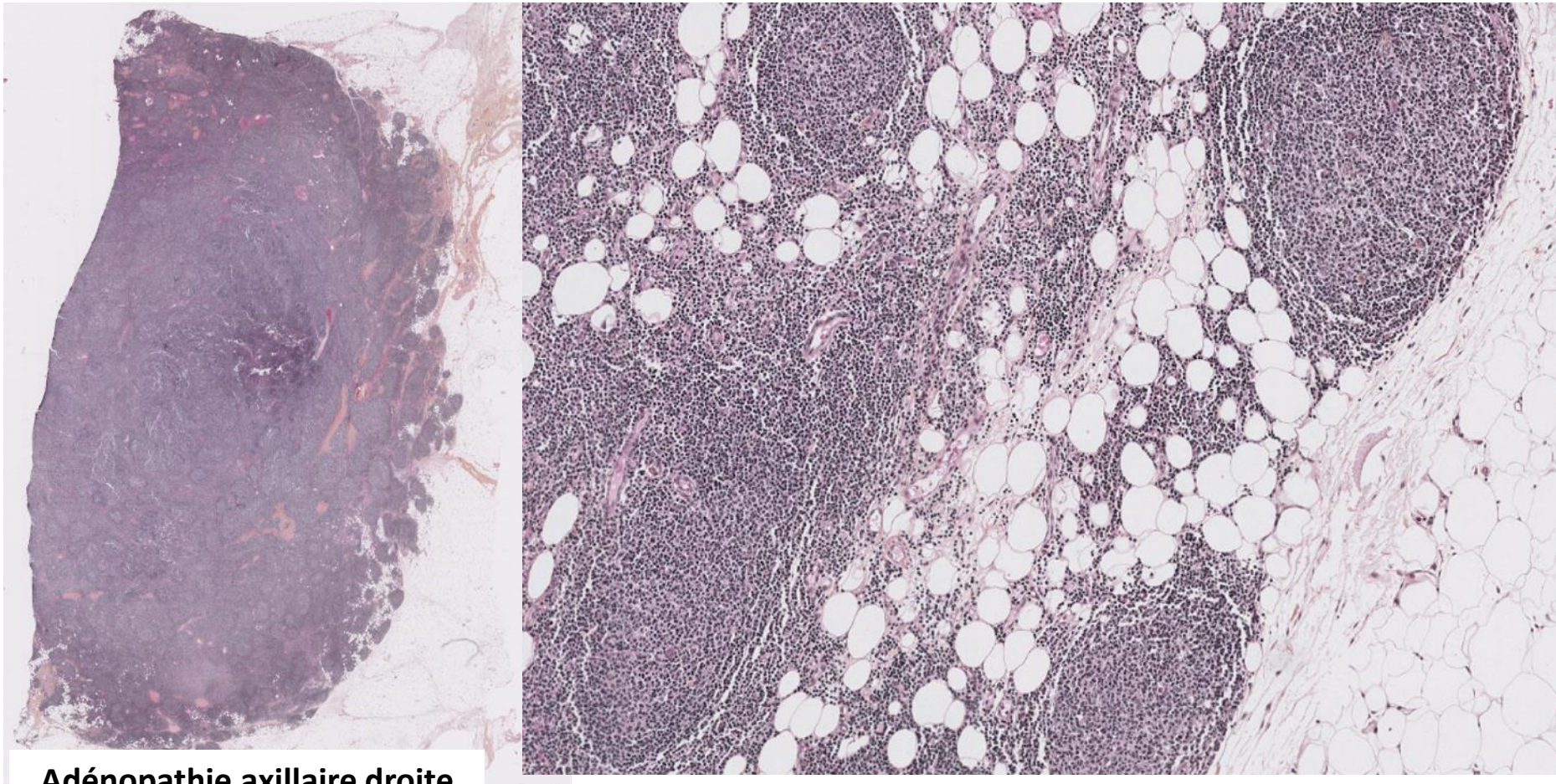


Réarrangement de *BCL2* en FISH
Sang : population B monoclonale +
t(14;18) MBR par PCR

Cas n°13 : Mastectomie droite + Curage étendu

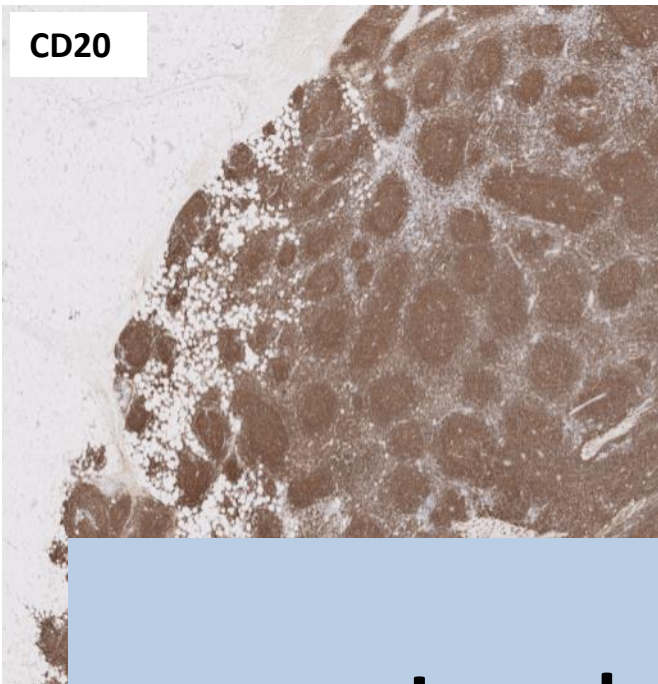
Adénocarcinome lobulaire infiltrant de 60 mm, de grade 2 de malignité selon Elston et Ellis (3+3+1) classé pTNM : pT3N3

➤ **Présence de 3 N+ intra-mammaires / Curage axillaire droit : 22 N+ / 25**

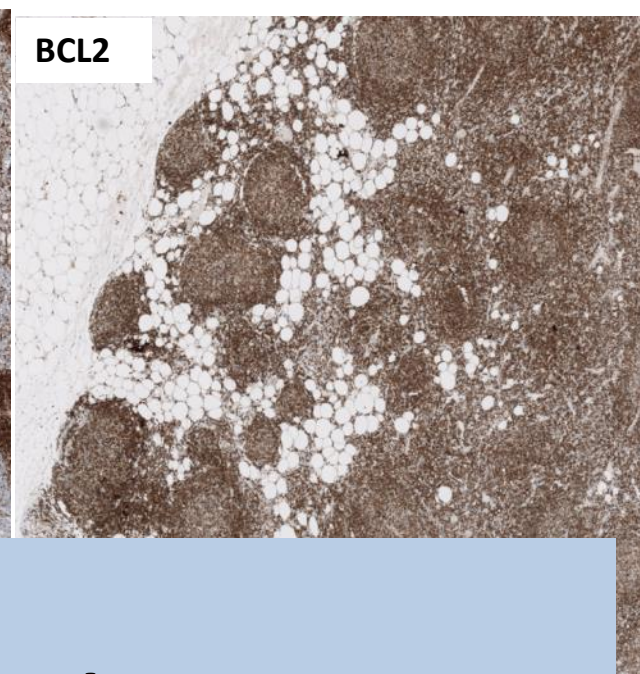
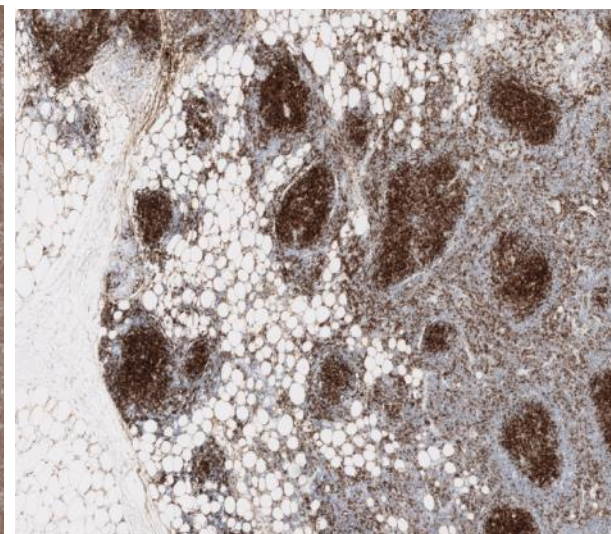


**Adénopathie axillaire droite
de 35x 30 mm**

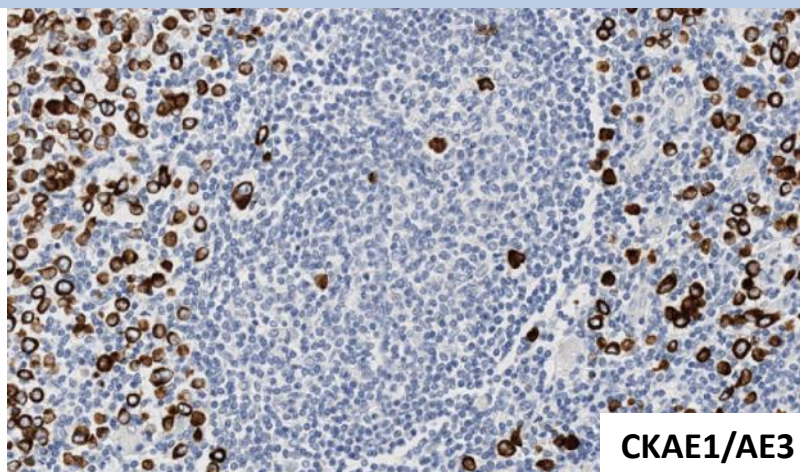
CD20



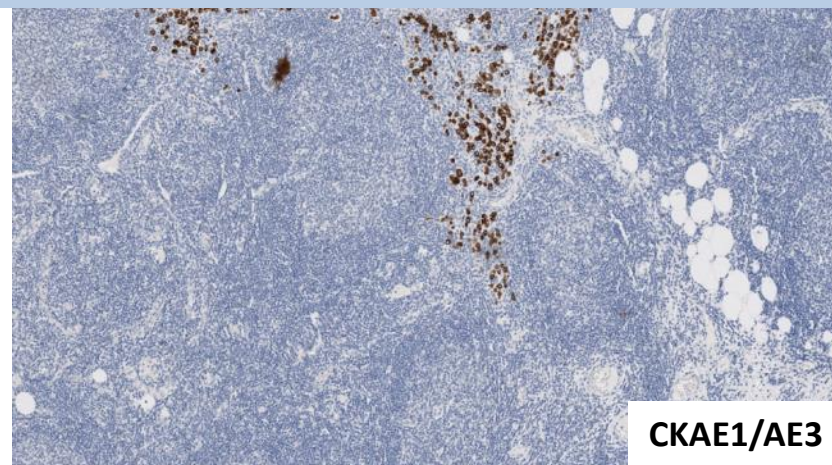
BCL2



Lymphome folliculaire grade 1-2 ET métastase du carcinome lobulaire



CKAE1/AE3



CKAE1/AE3

CONCLUSION : se méfier de ces pièges

- **Place fondamentale de la clinique +++**
- Infections virales \leftrightarrow lymphomes de haut grade
- Pathologies inflammatoires \leftrightarrow lymphomes de haut grade
- Pathologie auto-immunes \leftrightarrow lymphomes de bas grade
- Hétérotopies ganglionnaires \leftrightarrow Métastase
- Intérêt d'un panel de 1^{ère} intention pour les tumeurs métastatiques non standards en confrontation avec le terrain / l'imagerie : préserver au maximum le matériel.
- Un train peut en cacher un autre : pas si rare !
 - Métastase qui cache le lymphome
 - Lymphome qui cache la métastase