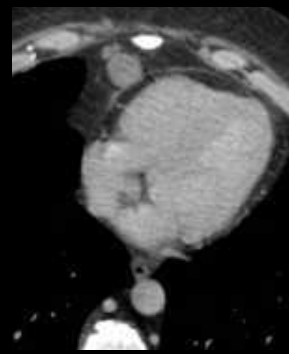
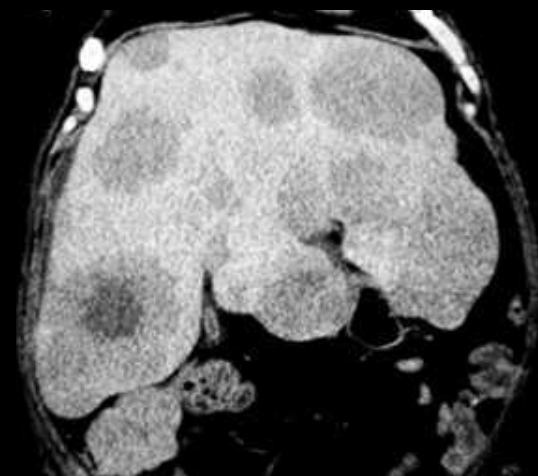
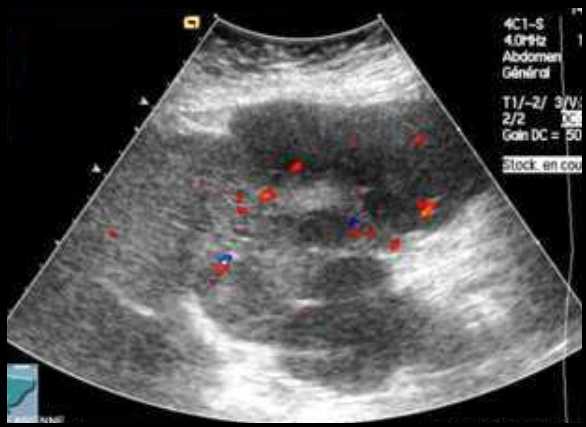
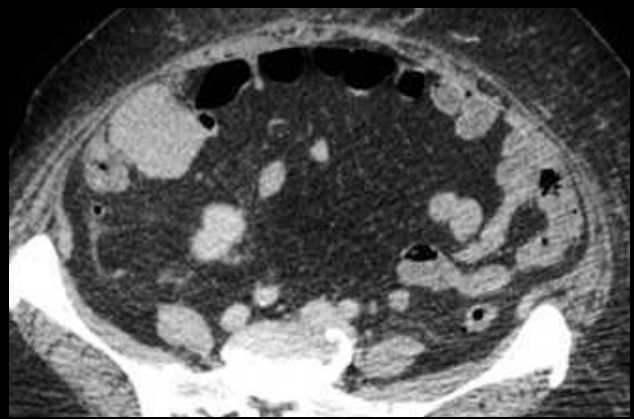
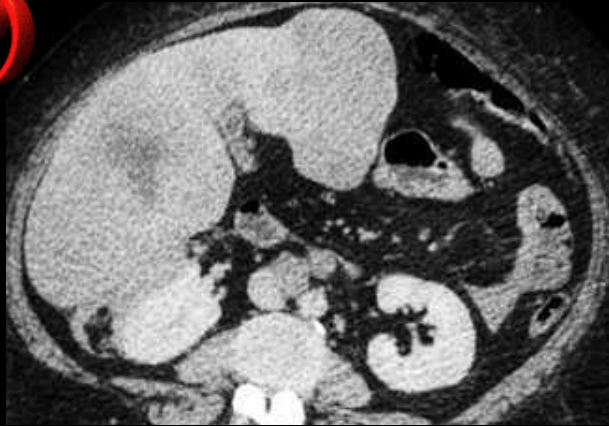


Femme de 49ans, hospitalisée en dermatologie pour érysipèle. Neutropénie fébrile. Quelles sont vos propositions diagnostiques

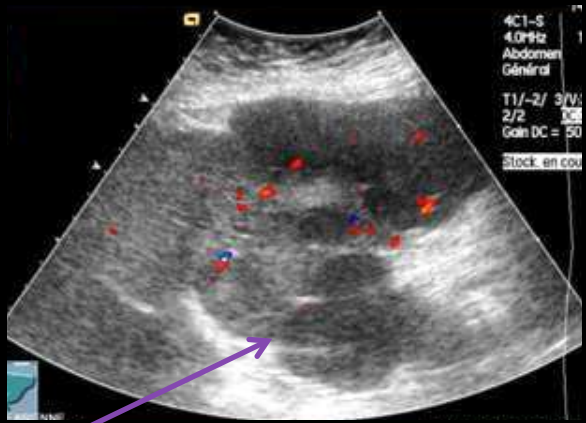
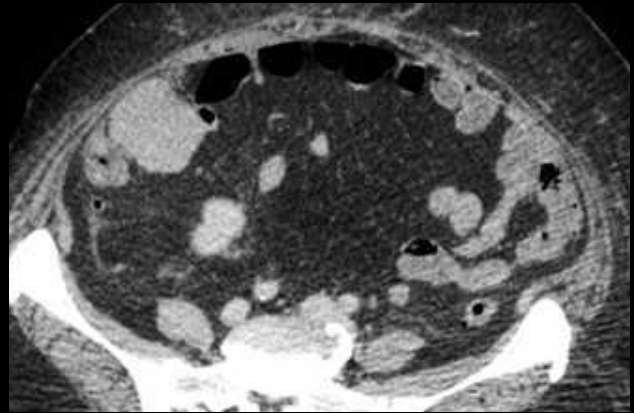
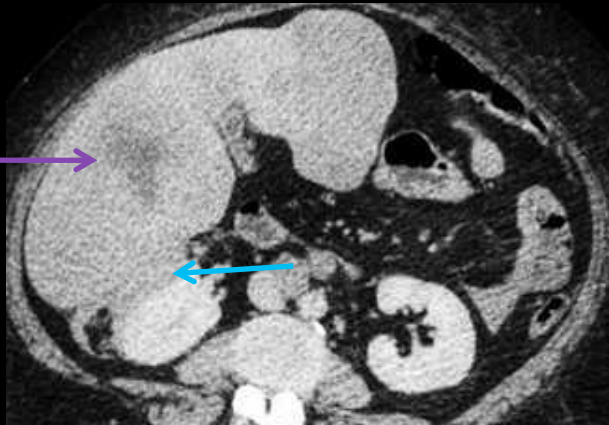
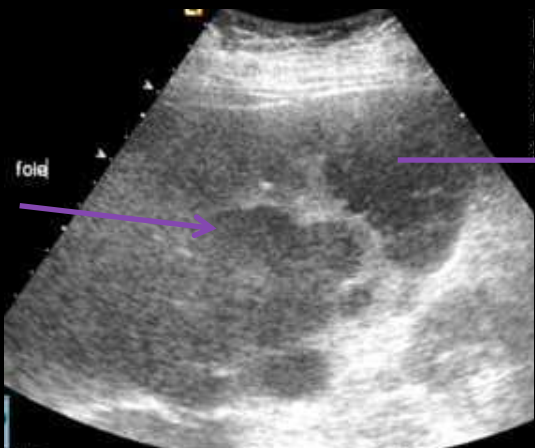


-foie métastatique (T neuro-endocrines , adénocarcinome lieberkünniens , autre primitif..)

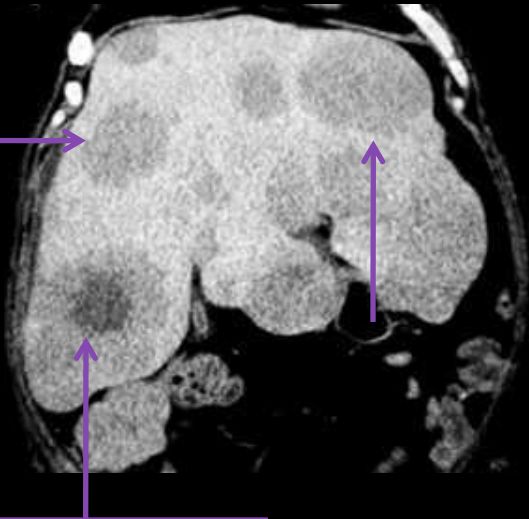
-tumeur primitive hépatique multifocale : cholangioloctocarcinome (cholangiocarcinome périphérique) plutôt que CHC

-... what else...

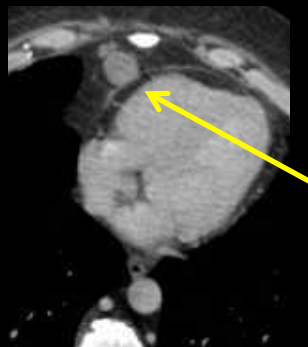




infiltration
périrénale



multiples lésions focales
hépatiques



adénomégalies de
la chaîne
mammaire interne

LMNH B diffus à
grandes cellules



Lymphomes

LMNH à cellules B ou T et LMH (6 fois moins fréquent)

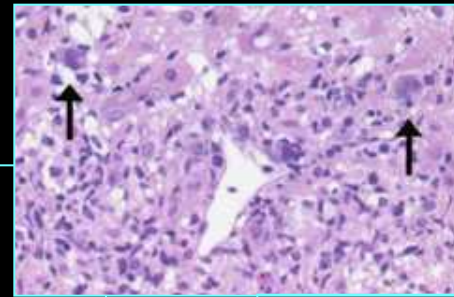
Polymorphes

lymphome primitif du foie très rare (0,015% de l'ensemble des LMNH et moins de 1% des lymphomes malins extra ganglionnaires)
clinique : hépatomégalie, fièvre, sueurs, amaigrissement
biol : pancytopénie, \nearrow PAL et LDH

Leur incidence serait plus élevée chez les patients immunodéprimés (VIH et transplantés)

mais **atteinte secondaire hépatique fréquente** au cours des lymphomes (25 à 50%) :

lymphomes B (LBDGC) et lymphomes hodgkiniens surtout ; ne revêt pas toujours un aspect nodulaire et **peut se résumer macroscopiquement à une hépatomégalie**, en particulier dans les lymphomes hodgkiniens et les lymphomes T hépatospléniques



LMH : Cellules de Reed-Sternberg

Stade IV

Atteintes extra-ganglionnaires des lymphomes malins

- **LMNH : 50% des cas** prédominance des LB diffus à grandes cellules
- **LMH : 20%**

Table 4 Frequency of extranodal lymphoma at different sites (Berlin 1994–2003)

	Brain (n=31)	Testis (n=61)	Lung (n=79)	Bone marrow (n=1996)	Stomach (n=855)	Small intestine (n=71)	Large intestine (n=102)	Spleen (n=128)	Skin (n=427)	Liver (n=135)
DLBCL	25	57	22	66	238	30	32	21	78	52
TCRBCL	—	—	—	7	—	—	—	3	—	9
FL	1	—	2	168	16	3	3	20	91	11
B-CLL	1	—	2	656	12	—	4	10	7	13
PL	3	—	—	473	—	—	—	1	2	4
MZL	—	—	40	17	577	4	12	18*	12	6
MCL	—	—	3	107	7	7	41	19	6	3
LPL	—	—	3	122	—	—	2	13	5	—
HCL	—	—	—	112	—	—	—	6	—	1
B-ALL	—	1	—	78	—	—	—	1	—	2
BL	—	1	—	4	—	3	2	—	2	5
cHL	—	—	3	52	—	—	—	3	10	10
B-NHL total (%)	30/31 (97%)	59/61 (97%)	75/79 (95%)	1862/1996 (93%)	850/855 (99%)	47/71 (66%)	96/102 (94%)	115/128 (90%)	213/427 (50%)	116/135 (86%)
pTCL	1	—	3	93	4	6	6	12	94	13
NK/T	—	1	—	—	—	2	—	—	2	—
T-ALL	—	1	—	29	—	—	—	—	9	—
ALCL	—	—	1	8	1	6	—	—	26	5
Enteropathy-type TCL	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—
HSTCL	—	—	—	5	—	—	—	1	—	1
MF	—	—	—	—	—	—	—	—	83	—
T-NHL total (%)	1/31 (3%)	2/61 (3%)	4/79 (5%)	134/1996 (7%)	5/855 (1%)	24/71 (34%)	6/102 (6%)	13/128 (10%)	214/427 (50%)	19/135 (14%)

LBDGC

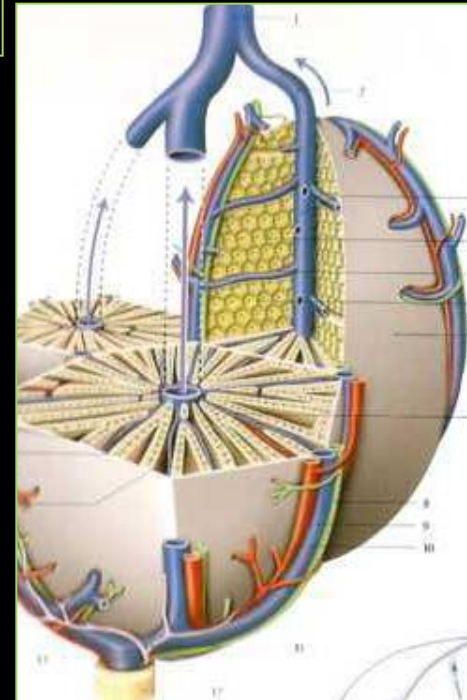
Atteinte hépatique dans les maladies lymphoprolifératives

- LMNH diffus à grandes cellules
- Lymphomes de Burkitt

nodules hépatiques

- Leucémie lymphoïde chronique
- Lymphome de Hodgkin

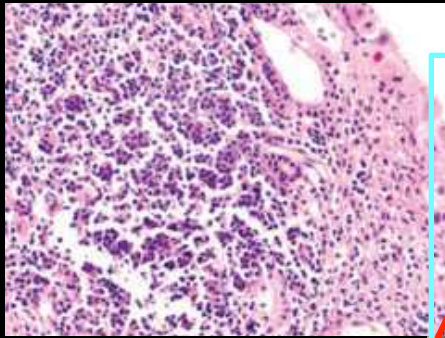
infiltration espace porte



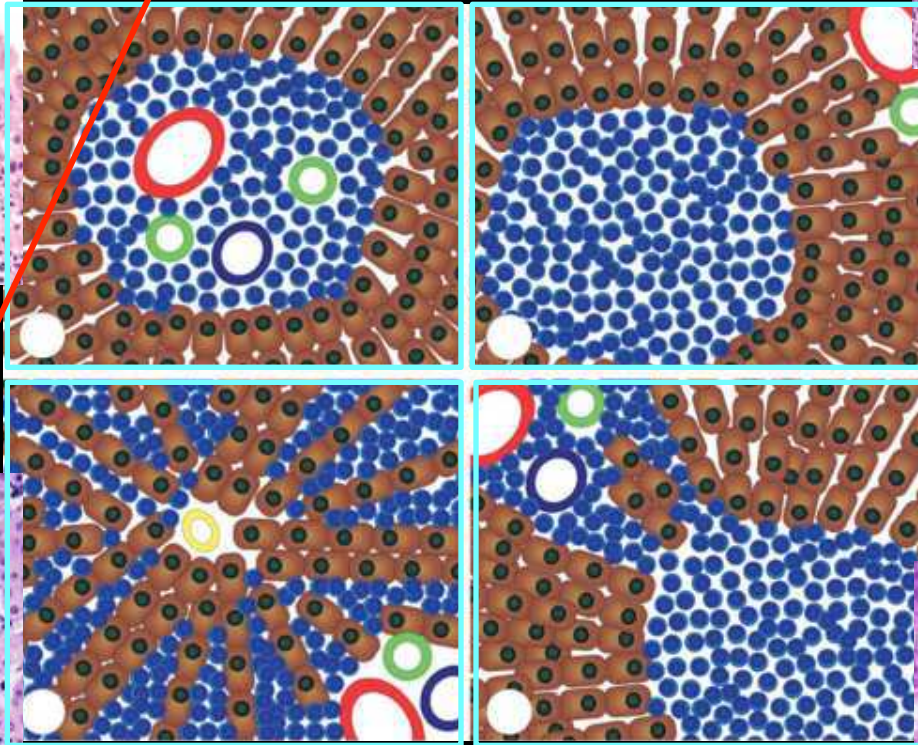
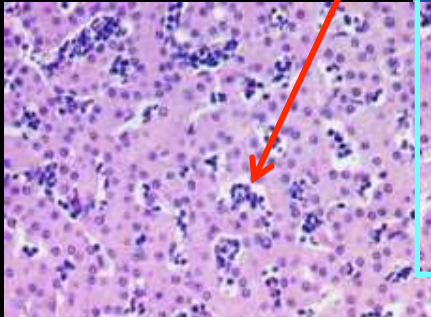
Atteinte hépatique du lymphome diffus à grandes cellules

3 mécanismes possibles , schématisés ci dessous

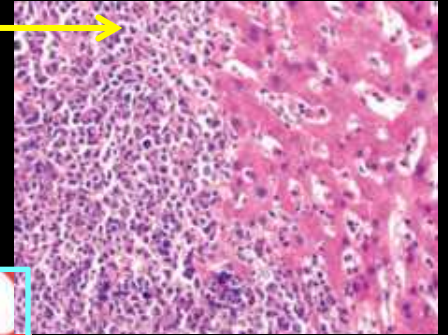
- atteinte nodulaire (50%)
- infiltration de l'espace porte
± envahissement sinusoidal



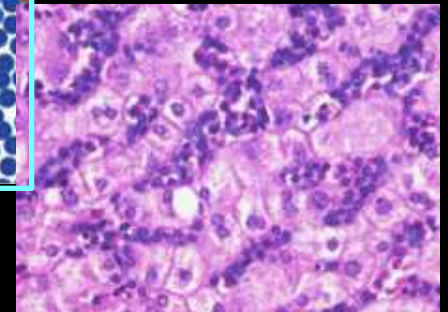
LLC : infiltration des espaces portes



atteinte mixte



LBDGC : atteinte nodulaire détruisant l'architecture hépatique



Lymphome T hépatosplénique : extension sinusoidale

Lymphome primitif du foie

- Trois modes de présentation :

➤ Découverte de nodule(s) hépatique(s) → LBDGC

Terrain : âge moyen, homme > femme

Clinique : douleurs abdominales, HMG, symptômes B

➤ Infiltration tumorale diffuse sans adénomégalies → LT hépatosplénique

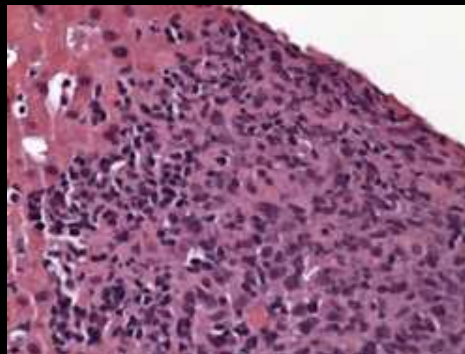
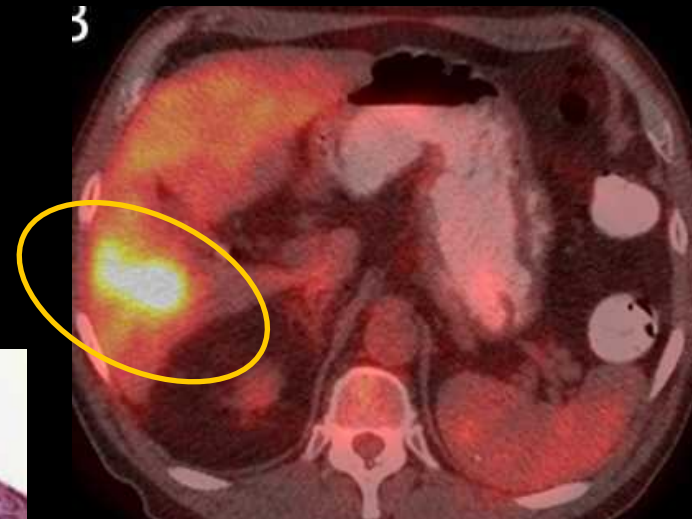
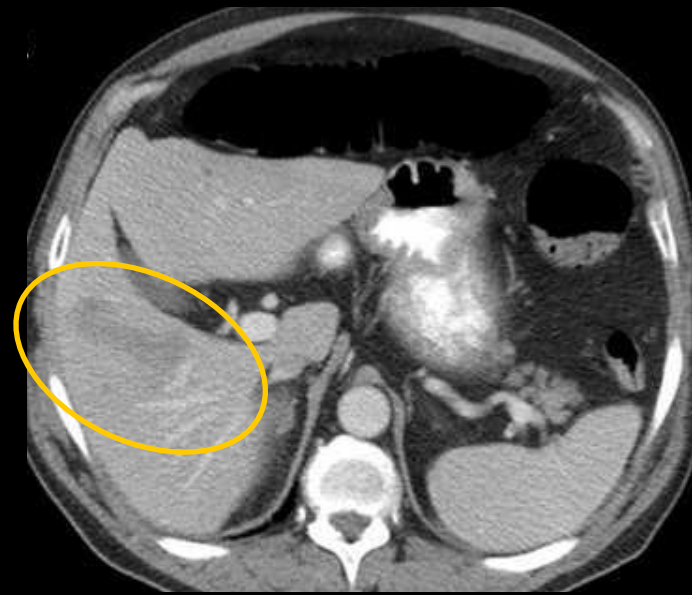
Terrain : homme jeune

Clinique : signes généraux + HSM

PBH : infiltration tumorale à prédominance sinusoidale

➤ Survenue d'une insuffisance hépatocellulaire sévère

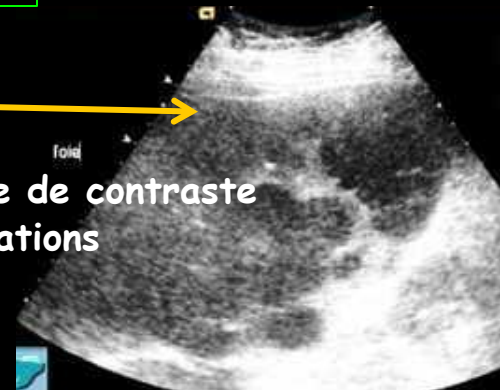
PBH : infiltration lymphomateuse mixte diffuse



LMNH B DGC; infiltration mixte

Lymphome hépatique secondaire nodulaire : sémiologie

Echo : nodule(s) aspécifique(s)

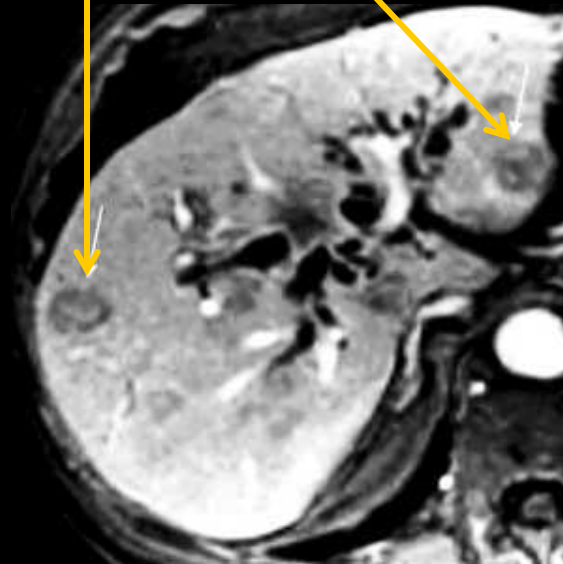


TDM : nodules hypodenses, se rehaussant peu ; on peut observer une prise de contraste périphérique généralement modérée et d'exceptionnelles calcifications

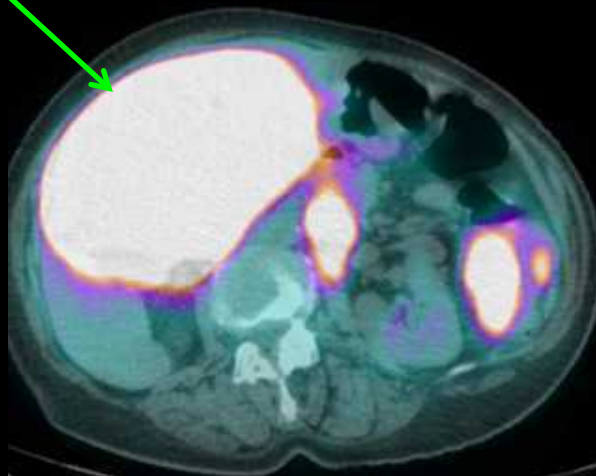
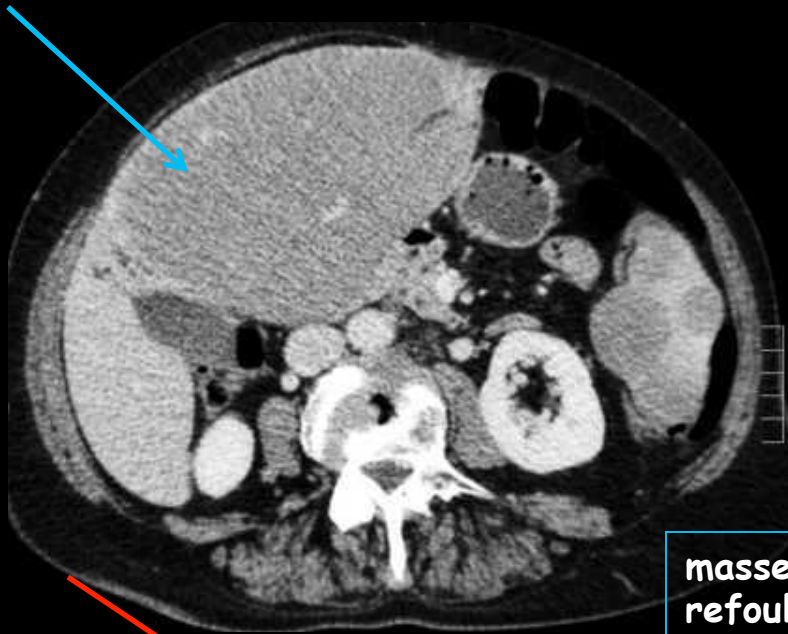


IRM :

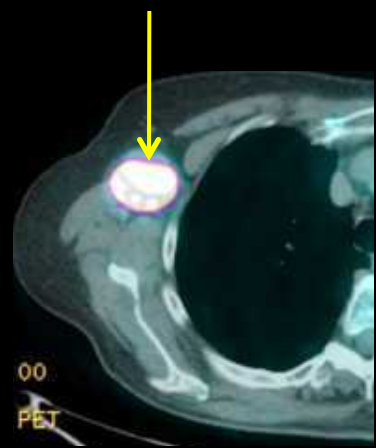
nodules en hyposignal T1
signal variable en T2
rehaussement périphérique minime
couronne hypodense au temps tardif
pas d'effet de masse



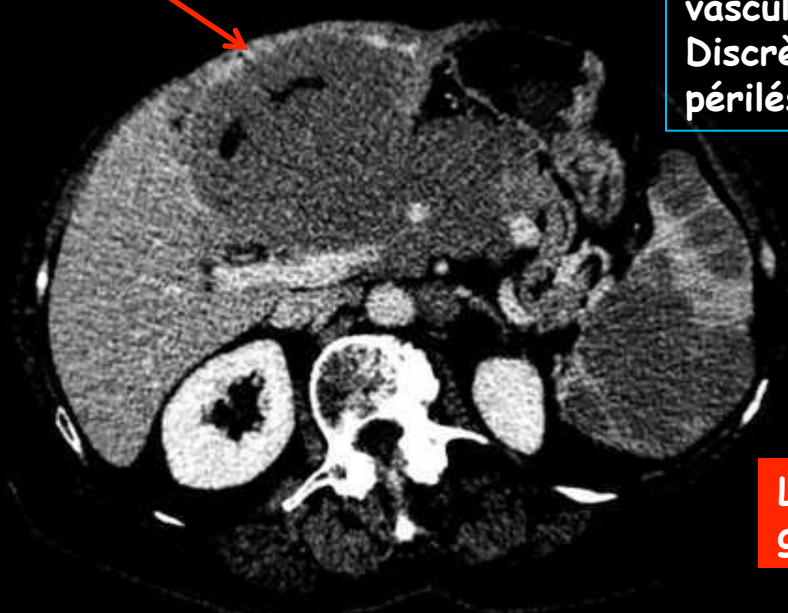
Femme de 71ans, masse épigastrique depuis 6 mois.



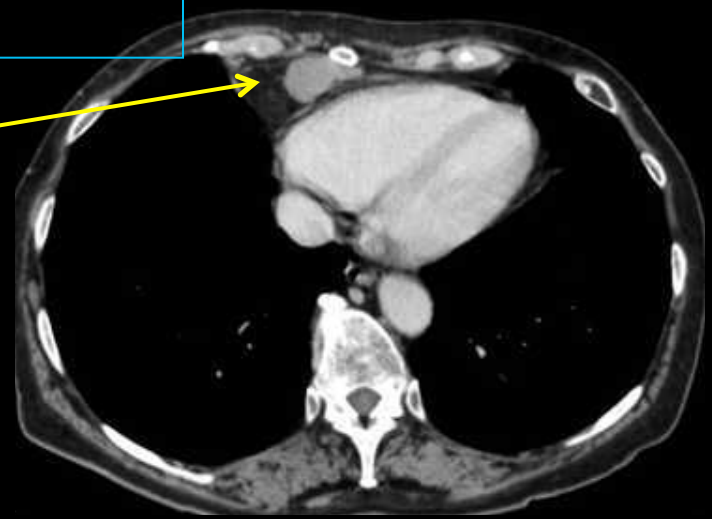
ADM médiastinales, axillaires et du hile hépatique



masse du foie G hypodense, refoulant les structures vasculaires, hypermétabolique. Discrète prise de contraste périlésionnelle



LMNH B diffus à grandes cellules



Au total

-Les atteintes hépatiques lymphomateuses macroscopiquement décelables sont **surtout observées comme localisations secondaires**, dans le cours évolutif de **lymphomes ganglionnaires de type LBDGC** (dans plus de 50 % de ces atteintes) et dans les L de Burkitt. Elles sont alors souvent de type nodulaire et décelables par l'imagerie en coupes sous forme de lésions focales hypodenses avec parfois prise de contraste périphérique, très exceptionnellement calcifiées, en tous points semblables à des métastases ou à des localisations granulomateuses hépatiques.

-dans les autres variétés et en particulier dans les lymphomes T, les lymphomes hodgkiniens et la LLC, les lésions observées microscopiquement sont constituées par une **infiltration des espaces portes avec ou sans extension sinusoïdale**. La traduction macroscopique est essentiellement une hépatomégalie homogène.

-il existe des formes mixtes, nodulaires et infiltrantes

-les **atteintes lymphomateuses primitives du foie sont très rares et peuvent revêtir les mêmes aspects** que les atteintes secondaires : nodule unique ou multiples, lésions infiltrantes ou hépatomégalie homogène. En l'absence d'autres atteintes, seule la biopsie guidée ou la PBF d'une hépatomégalie peuvent permettre d'affirmer le diagnostic



LMNH B diffus à grandes cellules foie et surrénale droite