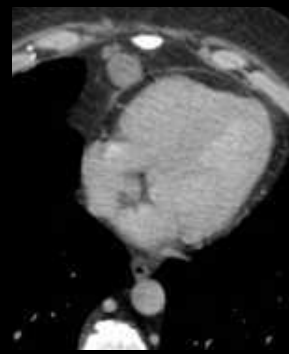
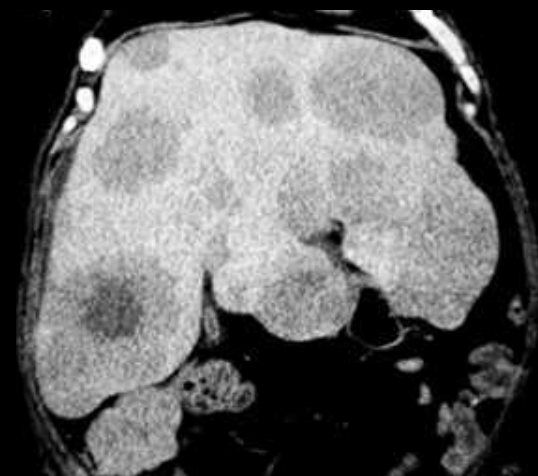
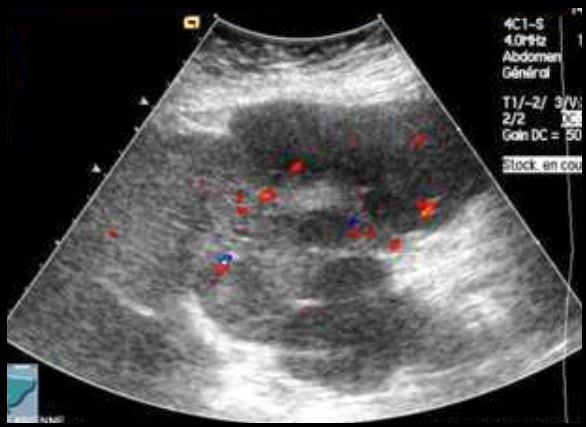
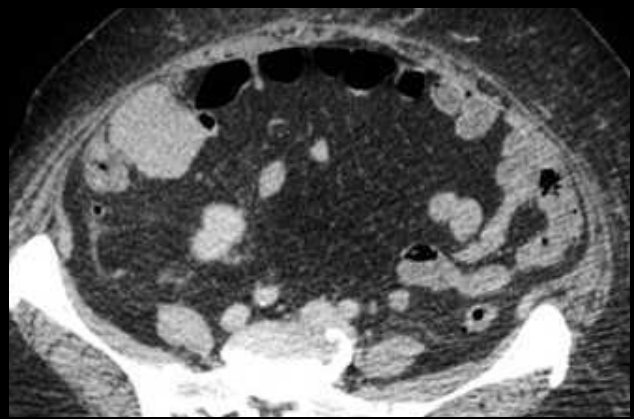
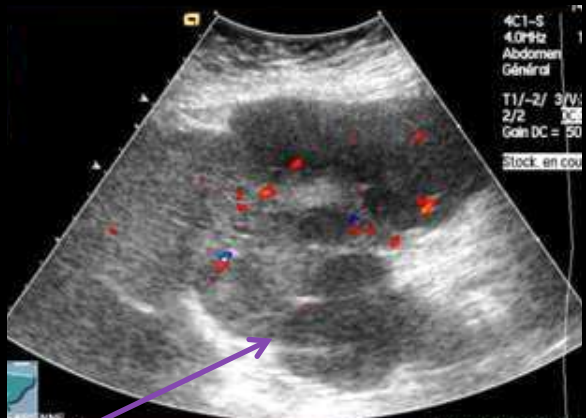
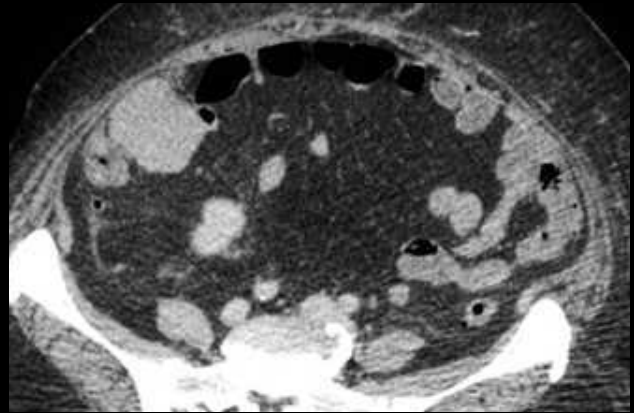
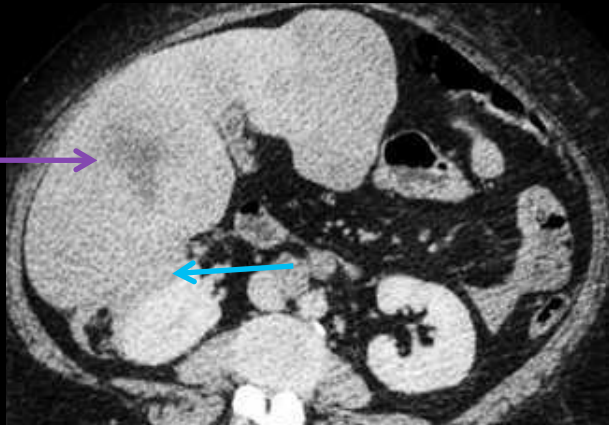
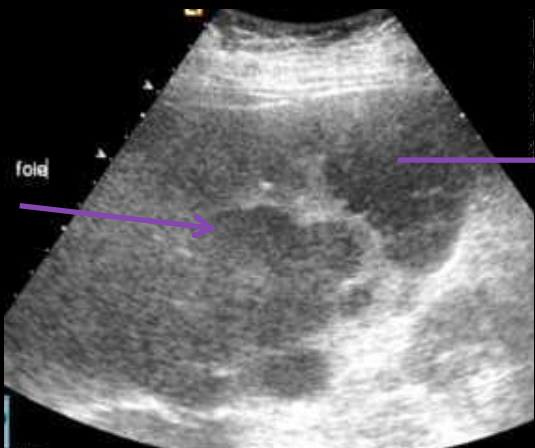


Femme de 49ans, hospitalisée en dermatologie pour érysipèle. Neutropénie fébrile. Quelles sont vos propositions diagnostiques

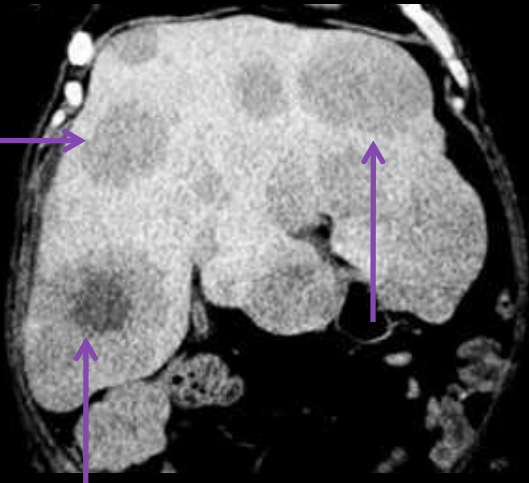


- foie métastatique (T neuro-endocrines , adénocarcinome lieberkühniens , autre primitif..)
- tumeur primitive hépatique multifocale : cholangiocarcinome (cholangiocarcinome périphérique) plutôt que CHC
- ... what else...





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)

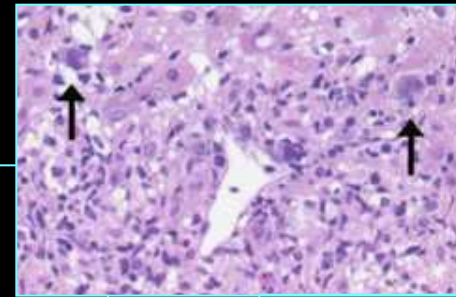
Polymorphes

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, ↑ 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

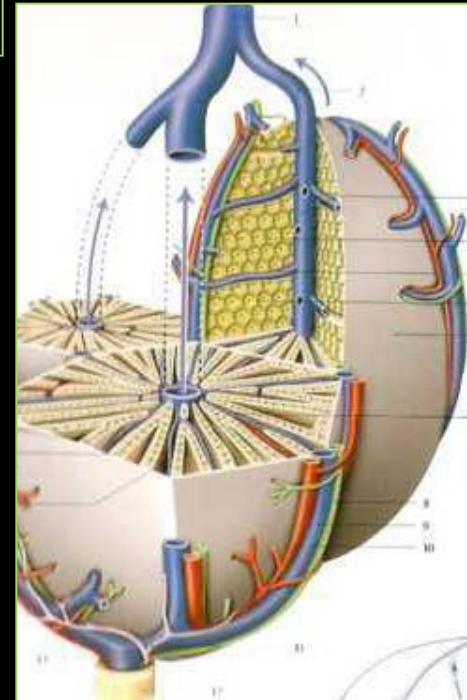
Atteinte hépatique dans les maladies lymphoprolifératives

- LMNH diffus à grandes cellules
- Lymphomes de Burkitt

nodules hépatiques

- Leucémie lymphoïde chronique
- Lymphome de Hodgkin

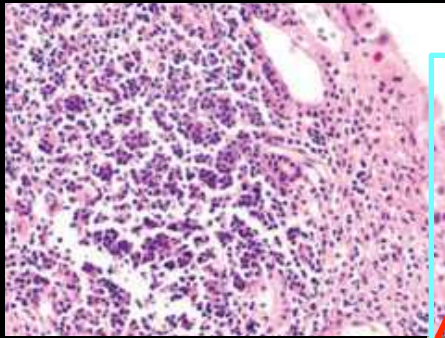
infiltration espace porte



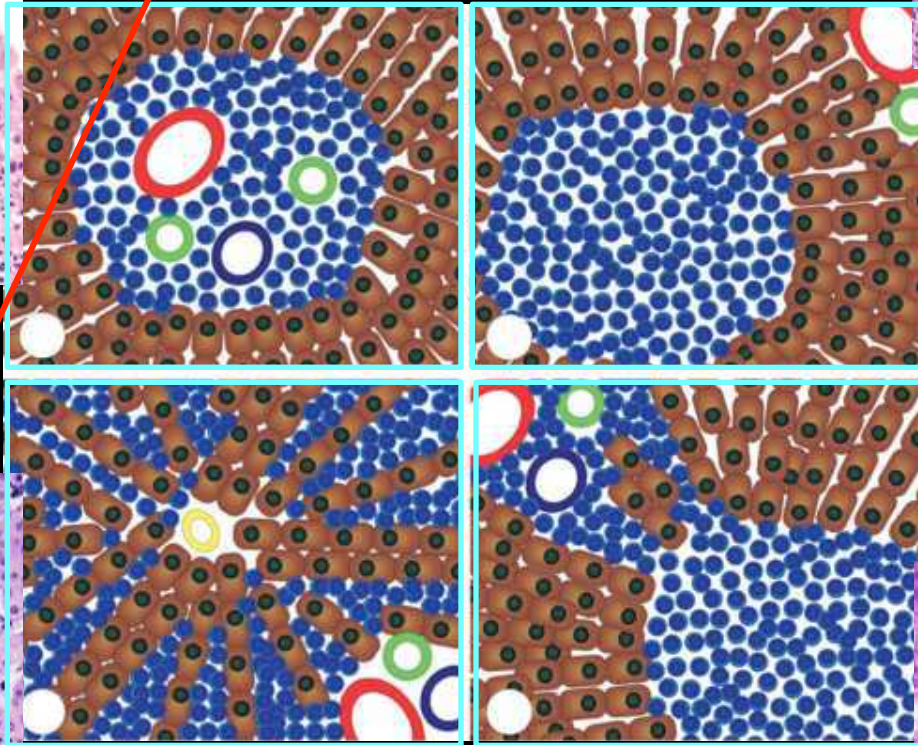
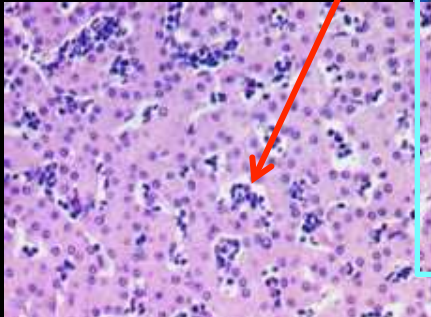
Atteinte hépatique du lymphome diffus à grandes cellules

3 mécanismes possibles , schématisés ci dessous

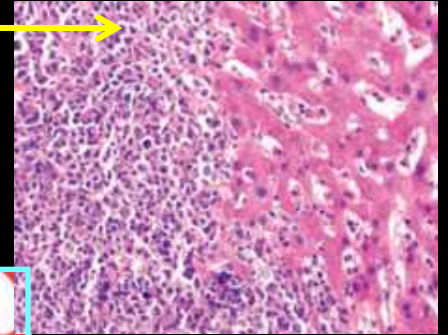
- atteinte nodulaire (50%)
- infiltration de l'espace porte
± envahissement sinusoidal



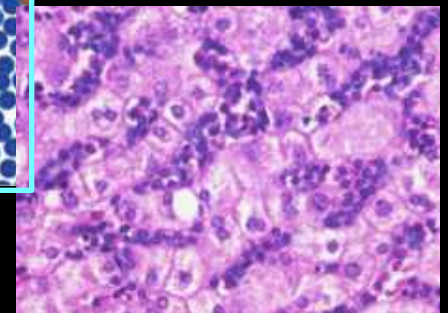
LLC : infiltration des espaces portes



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

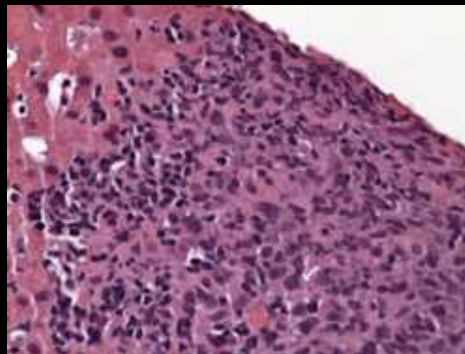
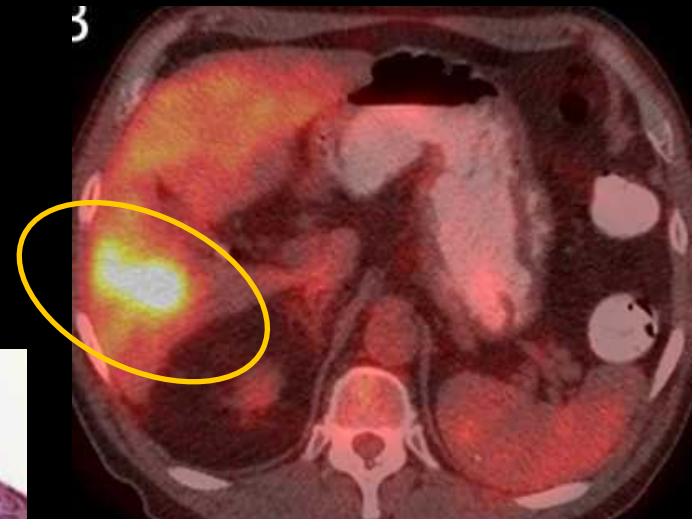
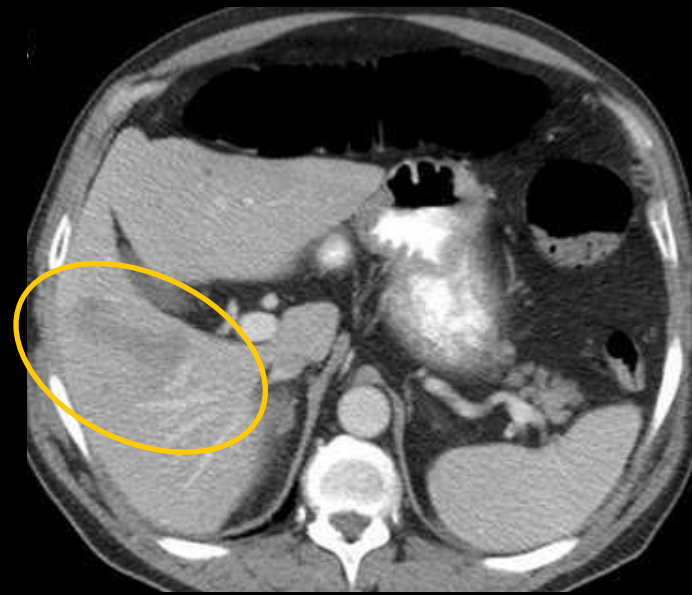
Terrain : homme jeune

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)

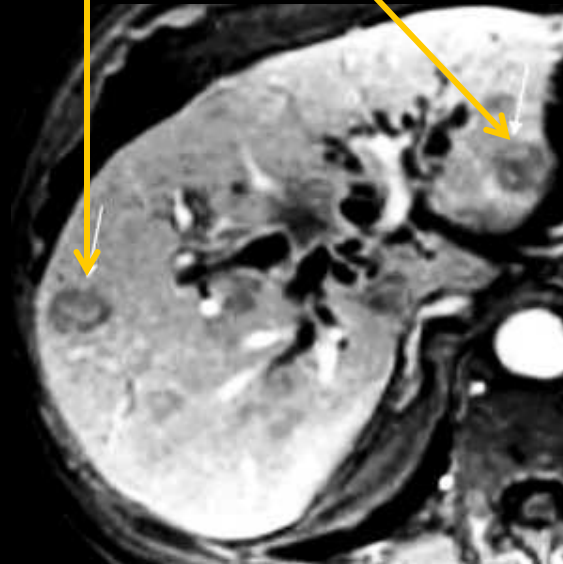
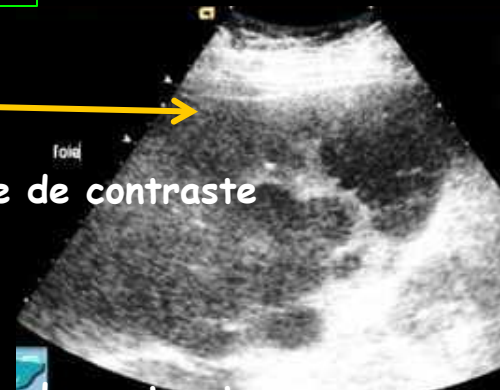
TDM : nodules hypodenses, se rehaussant peu ; on peut observer une prise de contraste

Echo : nodule(s) aspécifique(s)

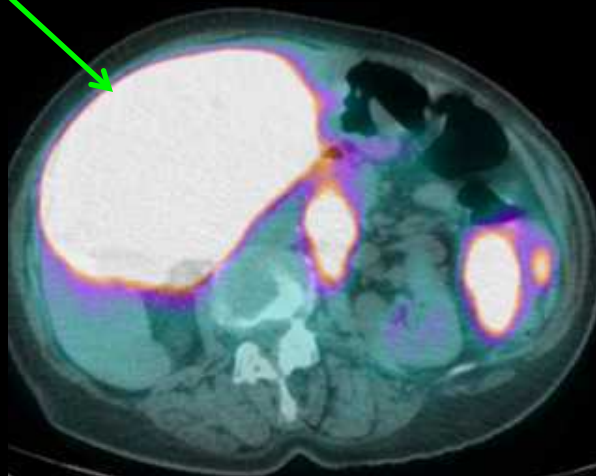
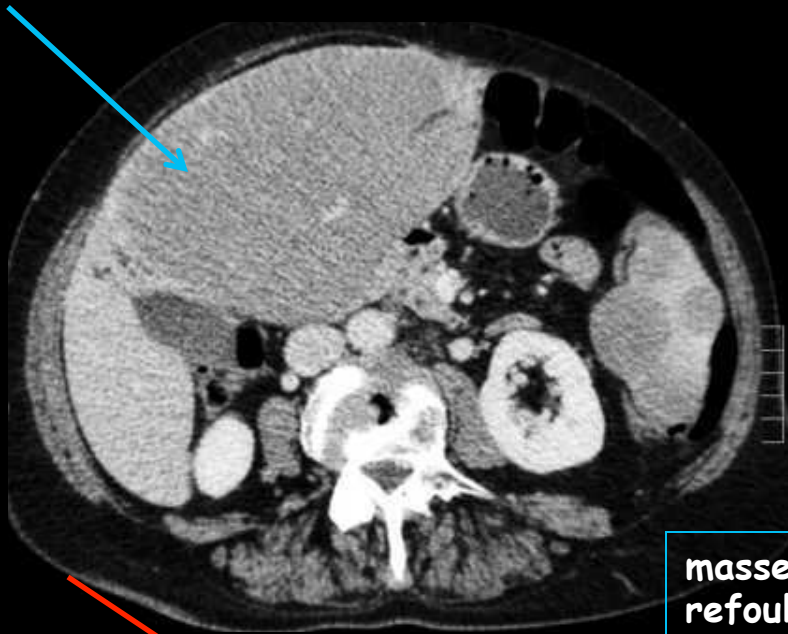
TDM : nodules hypodenses, se rehaussant peu ; on peut observer une prise de contraste périphérique généralement modérée et d'exceptionnelles c

IRM :

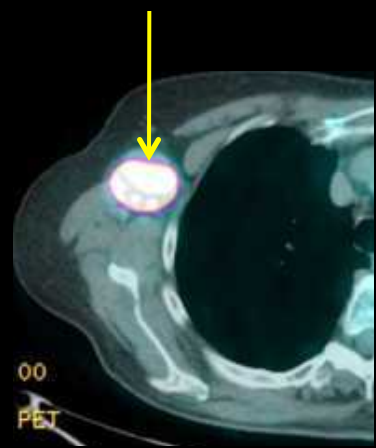
nodules en hyposignal T1
signal variable en T2



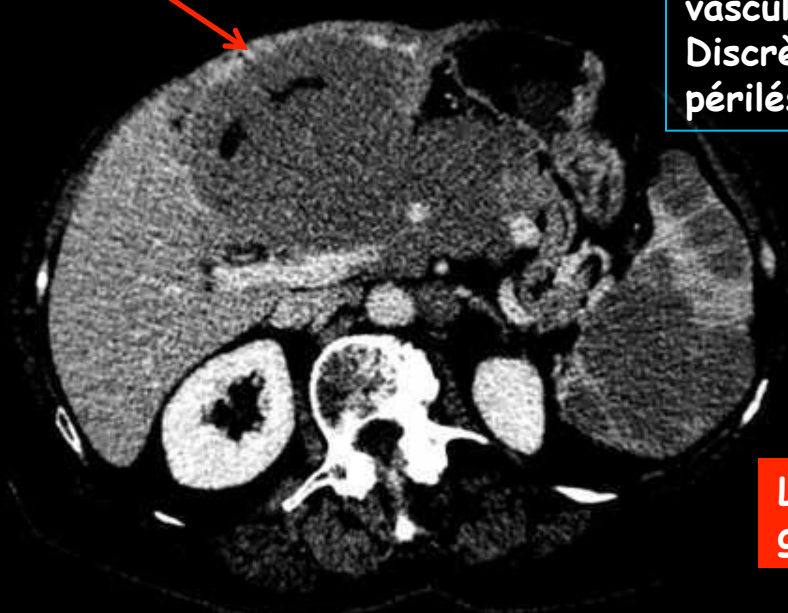
Femme de 71ans, masse épigastrique depuis 6 mois.



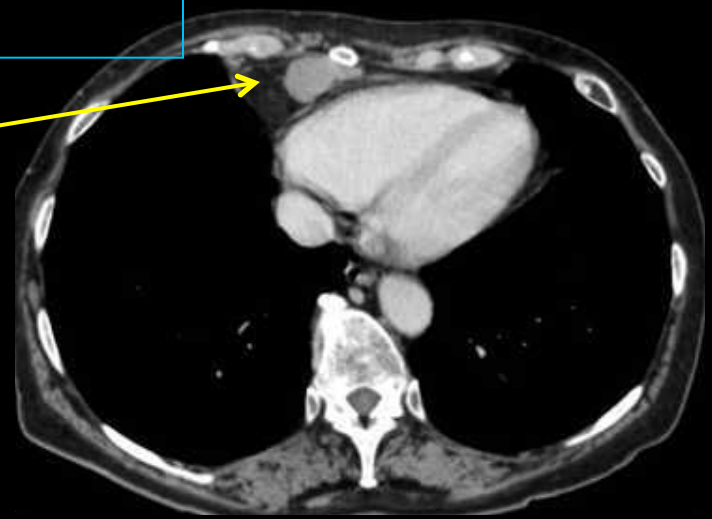
ADM médiastinales, axillaires et du hile hépatique



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 hépatiques et symptomatiques localisations secondaires, dans les tumeurs observées si ce n'est par localisations ganglionnaires, du type de B2660 (dans plus de 50% de ces atteintes) et dans les L de Burkitt (elles sont 50 d'ordres souvent de type nodulaire des décelables par EIRa gainit alors 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.

. La traduction macroscopique est essentiellement une hépatomégalie homogène.

-il existe des formes mixtes, nodulaires et infiltrantes

-il existe des formes mixtes, nodulaires et infiltrantes

-les atteintes lymphomateuses primitives du foie sont très

rare et peuvent revêtir les mêmes aspects que les atteintes secondaires : nodule unique ou multiples, lésions infiltrantes ou nodulaires. Les atteintes primitives du foie sont très rares et peuvent revêtir les mêmes aspects que les atteintes secondaires : nodule unique ou multiples, lésions infiltrantes ou nodulaires. Les atteintes primitives du foie sont très rares et peuvent revêtir les mêmes aspects que les atteintes secondaires : nodule unique ou multiples, lésions infiltrantes ou nodulaires.



LMNH B diffus à grandes cellules foie et surrénale droite