

Cas de la semaine #114

25 février 2019

Préparé par Dr Eugénie BERAUD Fellow

Dr Julie DAVID MD FRCPC

CHUM

**Département de radiologie, radio-
oncologie et médecine nucléaire
Faculté de médecine**

Université 
de Montréal

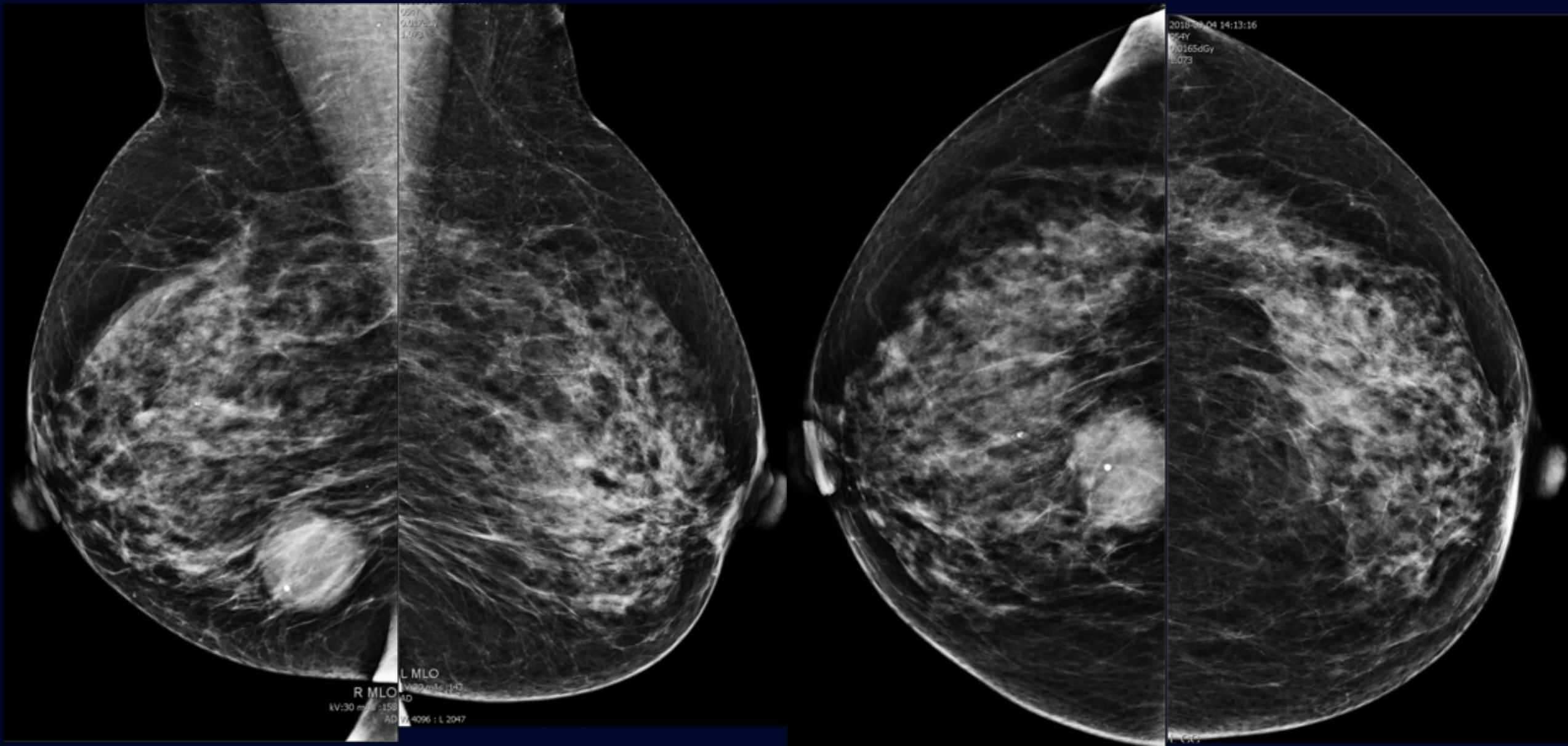
Histoire Clinique

- Se présente avec une masse palpable à l'union des quadrants inférieurs du sein droit
- Antécédents personnels:
 - VIH +
 - Myélome multiple
- Aucun antécédents familiaux de cancer du sein / gynéco
- Patiente ménopausée, pas de traitement hormonal

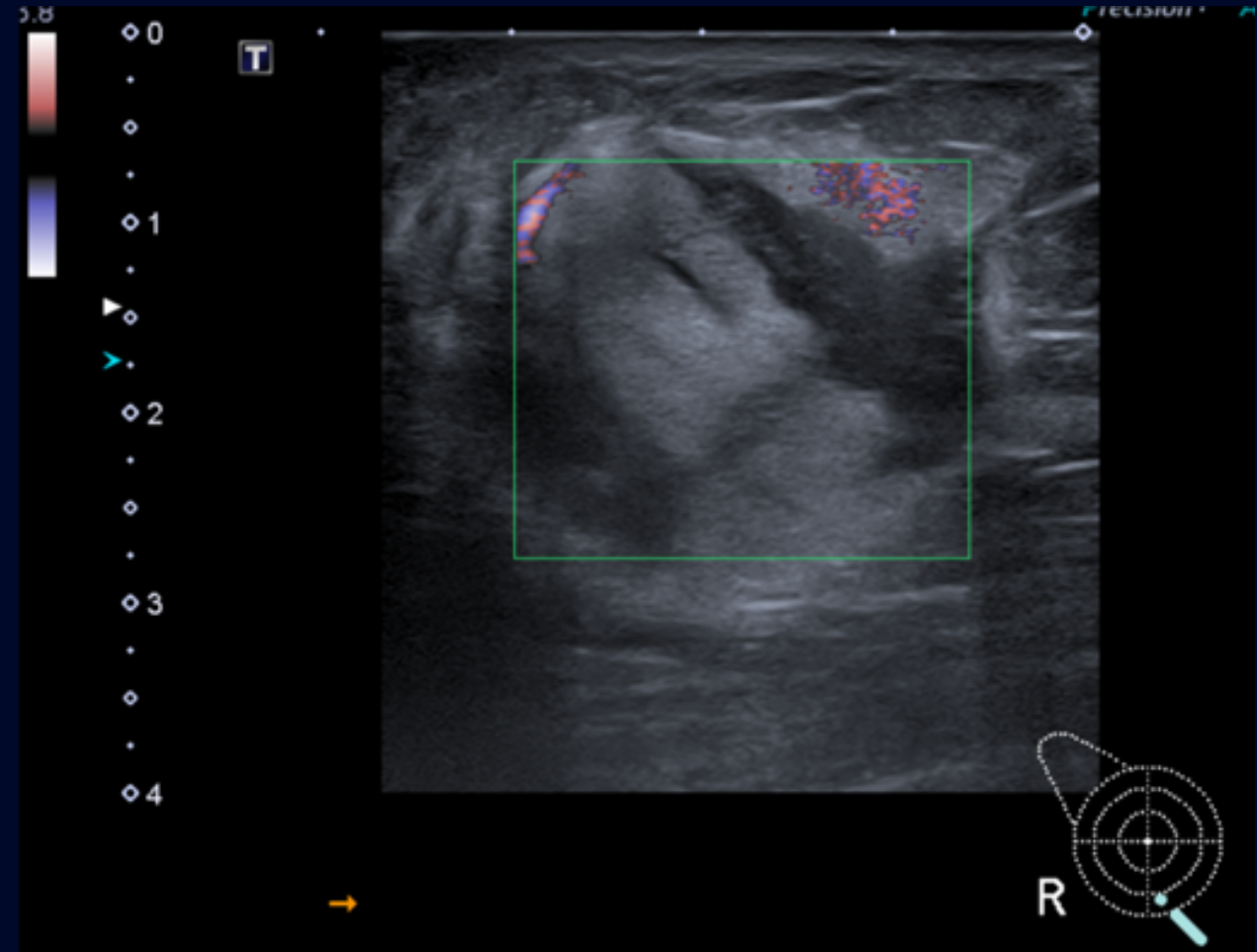
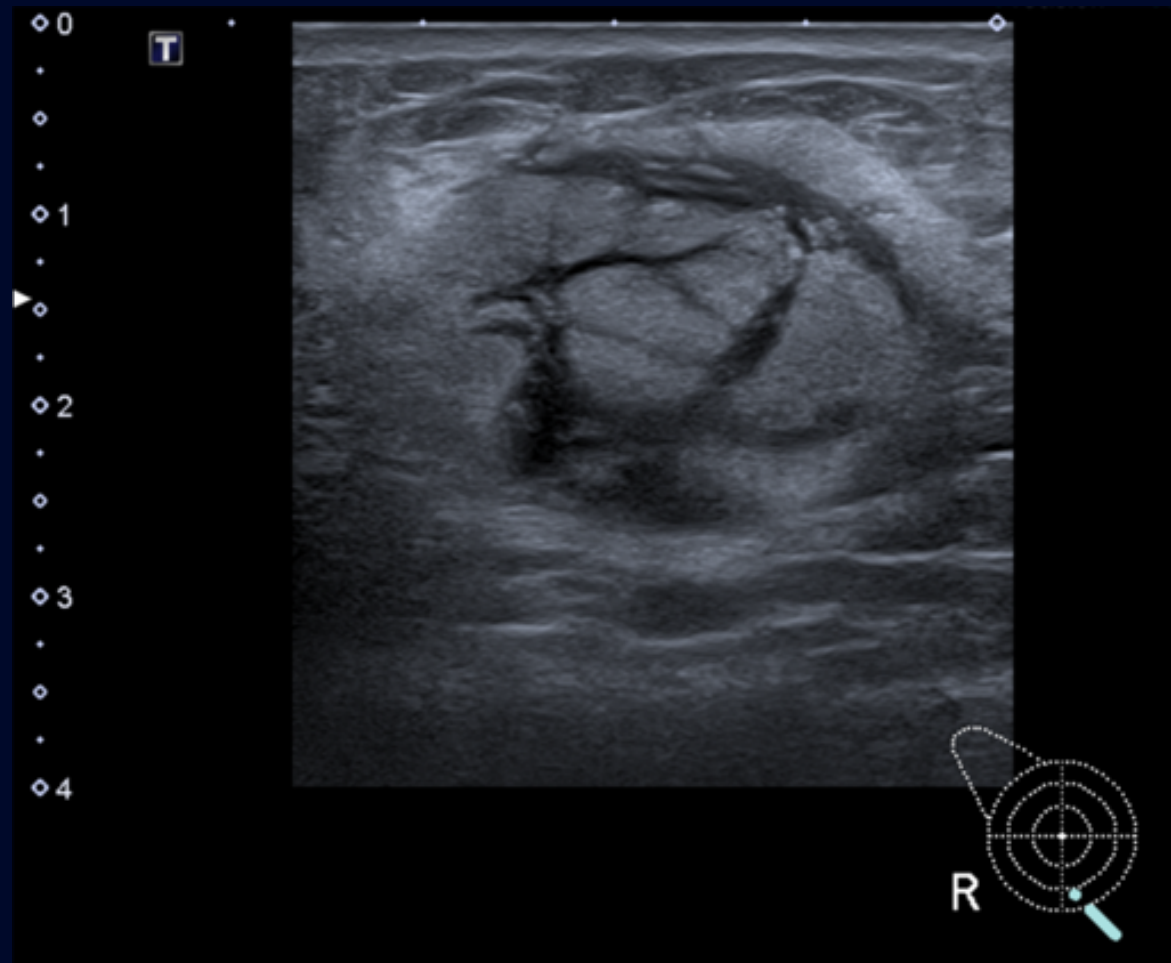


Femme
55 ans

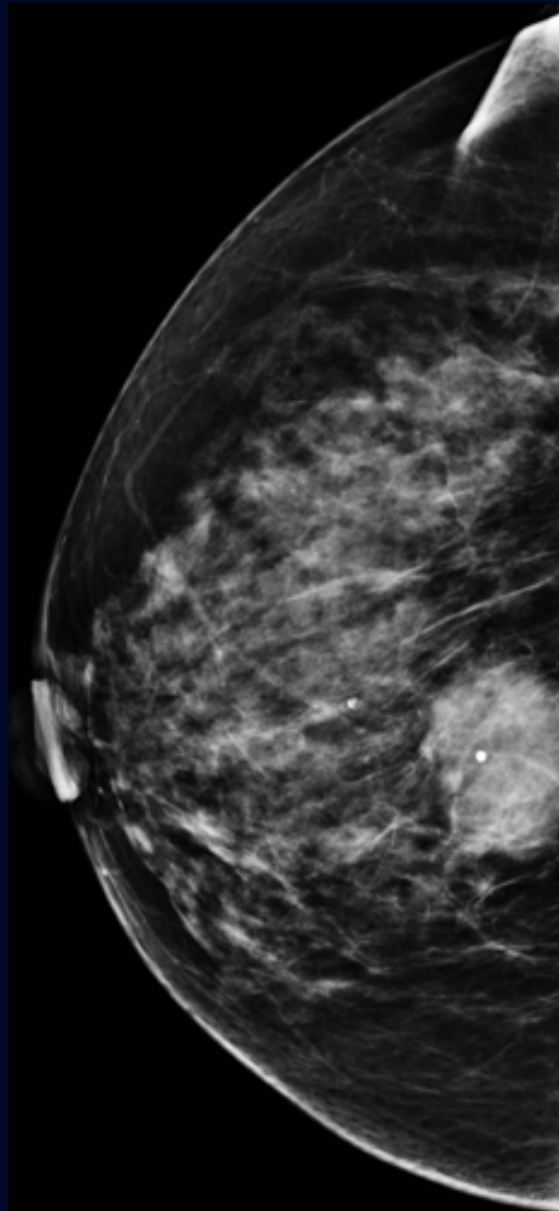
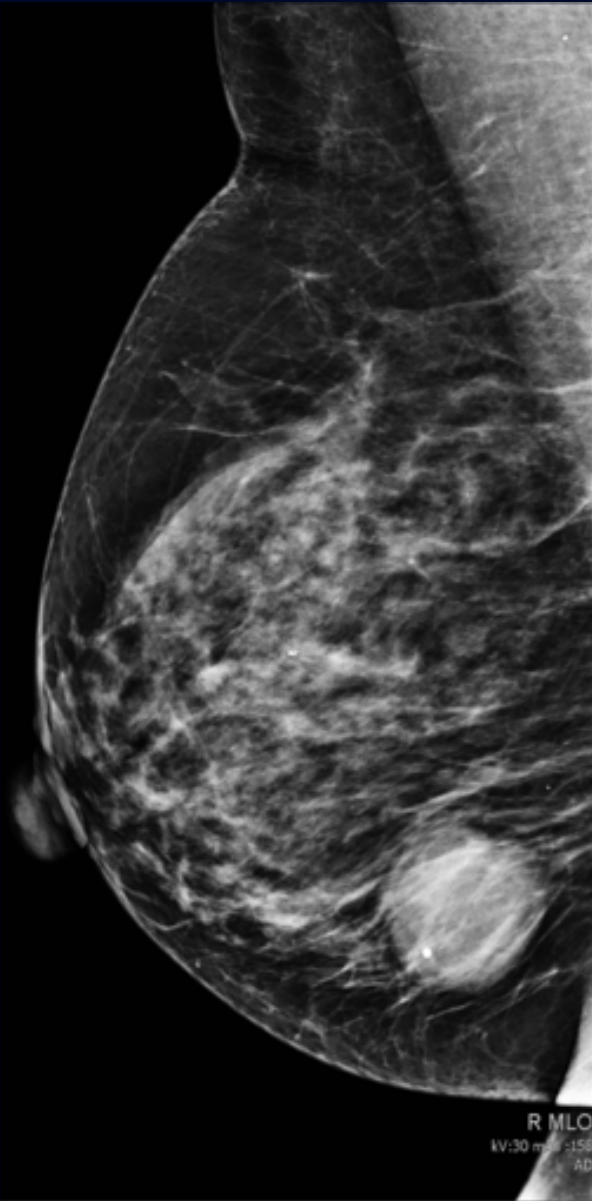
Mammographie



Echographie mammaire



Description mammographie

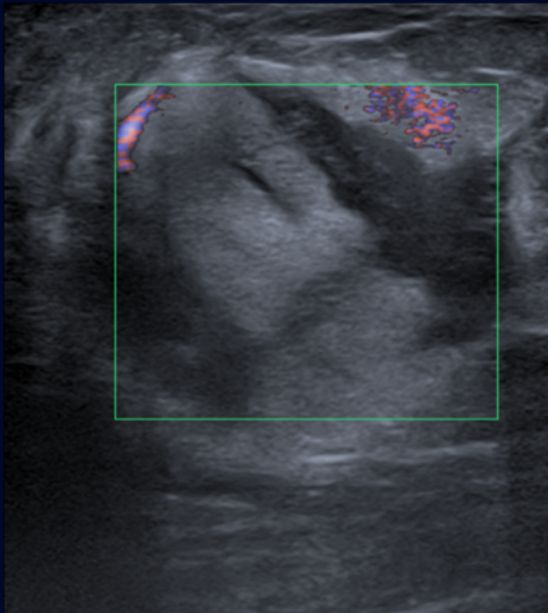
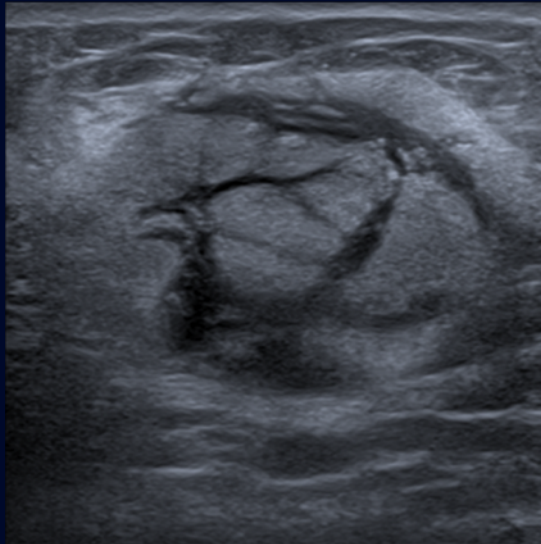


Seins de densité modérée (type C)

Sein droit:

Lésion unique: masse arrondie de 2,8 x 2,7cm, hyperdense, contours indistincts, sans microcalcification

Description échographie



- Masse arrondie aux contours indistincts, antiparallèle à la peau, hétérogène en grande partie hyperéchogène, vascularisée en Doppler avec un renforcement postérieur
- Ganglions axillaires normaux (non montrés)
- Classification BIRADS : 5
hautement suspect de malignité
(probabilité supérieure ou égale à 95%)

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase (mélanome, ovaire, rein, poumons...)
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- **Métastase** (mélanome, ovaire, rein, poumons...)
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- **Forme ronde**
- **Unique et nouvellement apparue**
- **Lésion hypervasculaire**

CONTRE:

- **Pas de contexte de néoplasie connu**

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- **Patiente ménopausée**
- **Masse ronde nouvellement apparue en mammographie**
- **Aspect hétérogène, antiparallèle à la peau en échographie avec vascularisation en doppler**

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- Contexte VIH+
- Masse palpable
- Masse non calcifiée en mammographie
- Vascularisation à l'interrogation doppler

CONTRE:

- Pas d'adénomégalie

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome (primaire/secondaire)

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- Masse palpable
- Masse ovale non calcifiée en mammographie
- Masse vascularisée en échographie

CONTRE:

- Patiente de plus de 40 ans pour angiosarcome primaire
- Pas de radiothérapie pour angiosarcome secondaire

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- Femme ménopausée
- Masse palpable
- Masse ronde en mammographie
- Masse ronde avec échogénicité variable en échographie

CONTRE:

- Localisation profonde dans la glande

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- Masse hyperéchogène hétérogène en échographie

CONTRE:

- Pas d'antécédent de traumatisme ou chirurgie
- Pas d'hyperclarté graisseuse en mammographie
- Pas de microcalcification dystrophique

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- VIH+
- Masse palpable

CONTRE:

- Pas de signes inflammatoires généraux ou locaux
- Pas d'épaississement cutané ou oedème trabéculaire en mammographie
- Pas de vascularisation périphérique en coque

Diagnostic différentiel

Lésion hyperéchogène à l'échographie

MALIN

- Métastase
- Carcinome canalaire infiltrant triple négatif ou carcinome lobulaire invasif
- Lymphome malin
- Angiosarcome

BENIN

- Hémangiome mammaire
- Nécrose graisseuse
- Abscess
- Hématome

POUR:

- Aspect hyperéchogène en phase subaiguë ou chronique

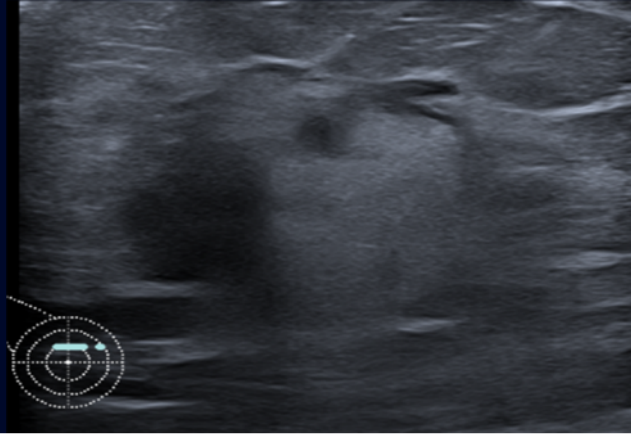
CONTRE:

- Pas de contexte de traumatisme, procédure interventionnelle ou chirurgie

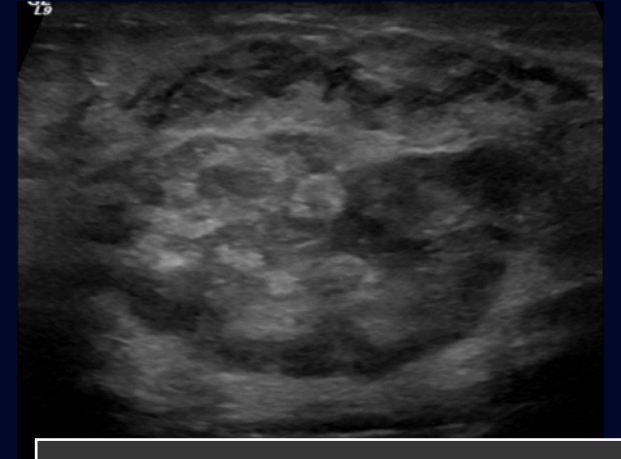
Illustration lésions hyperéchogènes



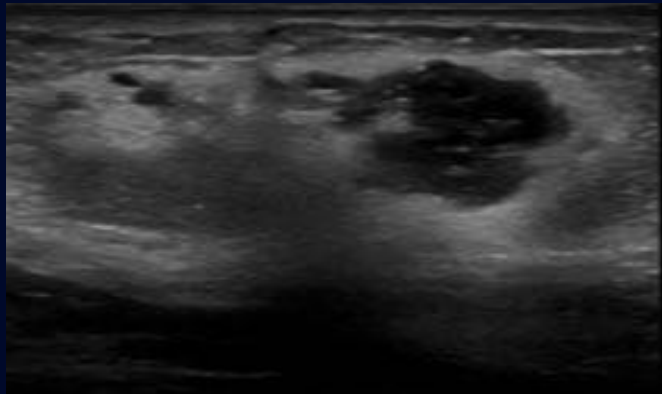
**Lymphome B à
grandes cellules**



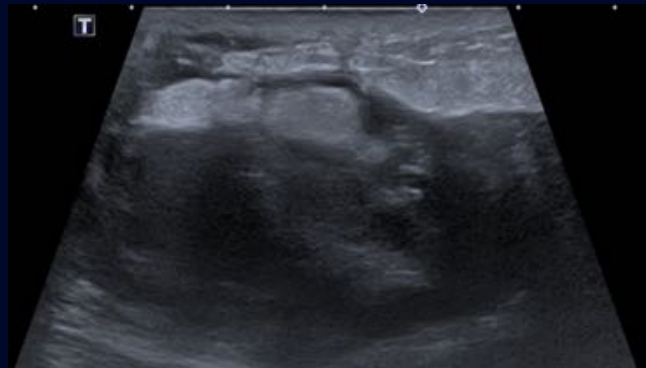
**Carcinome canalaire
infiltrant triple négatif**



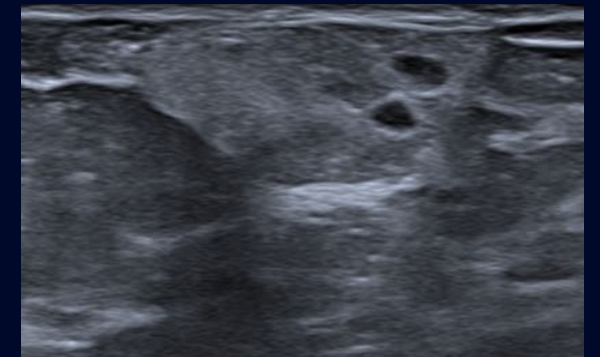
**Métastase de
mélanome**



Hématome



Abcès



Nécrose graisseuse

**Diagnostic
final**

**Plasmocytose monoclonale
compatible avec une néoplasie
plasmocytaire**

Plasmocytome du sein

- Plasmocytome mammaire primaire ou secondaire
- Prévalence: 1,5% des patients avec myélome multiple
- 4 % des plasmocytomes extra médullaires
- Âge moyen des patients: 55 ans
- Diagnostic clinique difficile
- Présentation clinique usuelle: masse palpable indolore
- Analyse pathologique nécessaire pour poser le diagnostic

Plasmocytome du sein

Présentation radiologique

Mammographie

- 89% des cas = masse ronde ou ovale
 - Solitaire dans 66%
 - Multiples dans 34%
- 9% = infiltration diffuse du sein
- 2% = pas d'anomalie

Echographie

- Masse, d'échotexture variable
 - Hypo ou hyperéchogène
 - Plus ou moins hétérogène



DIAGNOSTIC
PATHOLOGIQUE

Pronostic + traitement

Traitement:

Peu de données car maladie rare

Chirurgie combinée avec radiothérapie locale si plasmocytome primaire

+/- Chimiothérapie systémique pour les formes réfractaires ou récidivantes

Pronostic :

- Meilleur pour le plasmocytome primaire que pour le plasmocytome secondaire
- Récidive possible après radiothérapie
- 20% des patients avec plasmocytome mammaire isolé développent un myélome multiple

Références

- Gao Y, Slanetz PJ, Eisenberg RL. Echogenic breast masses at US: to biopsy or not to biopsy?. Radiographics 2013.
- Irshad A, Ackerman SJ, Pope TL, et al. Rare breast lesions: correlation of imaging and histologic features with WHO classification. Radiographics 2008.
- Linda A, Zuiani C, Lorenzon M, et al. Hyperechoic lesions of the breast: not always benign. AJR 2011.
- Adrada B, Wu Y, Yang W. Hyperechoic lesions of the breast: radiologic-histopathologic correlation. AJR 2013.
- Meyer HJ, Ullrich S, Hamerla G, Suroy A. Extramedullary plasmacytoma. Rofo 2018.
- Surov A, Holzhausen HJ, Ruschke K, et al. Breast plasmacytoma. Acta Radiol 2010.
- Lee HS, Kim JY, Kang CS, Kim SH, Kang JH. Imaging features of bilateral breast plasmacytoma as unusual initial presentation of multiple myeloma: case report and literature review. Acta Radiol Short Rep 2014.
- Ugare G, Udosen J, Ima-Abasi B, Ayodele J, Djunda E. Plasmacytoma of the breast: A report of a rare disease. Ethiop J Health Sci 2015.