

## **Avis de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM) - 24 mars 2015**

### **A propos des lymphomes anaplasiques à grandes cellules survenant sur prothèses mammaires - Informations complémentaires pour la pratique clinique**

About anaplastic large-cell lymphomas in women with breast implants - Additional information for clinical practice

Mots clés : prothèses mammaires ; lymphomes anaplasiques à grandes cellules ; sérome

Key words : breast implants; anaplastic large-cell lymphoma; seroma

La survenue d'une pathologie rare, le lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC) lié aux implants mammaires, a fait l'objet d'un communiqué de presse du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes le 17 mars 2015.

Suite aux nombreuses interrogations des professionnels de santé concernant la prise en charge des femmes porteuses de prothèses mammaires, implantées à visée esthétique ou pour reconstruction après cancer du sein, le conseil d'administration de la SFSPM a été amené à apporter des informations complémentaires à ses membres.

#### **Données épidémiologiques**

Le LAGC sur prothèses est très exceptionnel. A ce jour, après de nombreuses années de suivi, seuls 18 cas ont été répertoriés en France sur 400 000 porteuses de prothèses, et 173 cas au niveau mondial. Leur apparition est tardive, plusieurs années après l'implantation de la prothèse.

#### **Signes cliniques devant faire évoquer le diagnostic**

Le mode de révélation le plus fréquent est une augmentation de volume progressive ou brusque du sein avec un important épanchement séreux (sérome) péri-prothétique. Un important épanchement péri-prothétique n'est cependant pas pathognomonique d'un LAGC et relève le plus souvent d'une autre cause (inflammatoire, infectieuse...)

Un syndrome tumoral est beaucoup plus rare et l'apparition d'une masse mammaire doit d'abord faire évoquer un cancer du sein (ou une récurrence de cancer du sein chez les patientes traitées).

#### **Examens d'imagerie à réaliser en cas d'anomalie clinique avérée**

L'échographie est le premier examen à réaliser en cas d'anomalie clinique avérée (changement de consistance, augmentation de volume, perception d'une masse, rougeur, adénopathie), à la recherche d'un épanchement péri-prothétique, d'anomalie des contours ou du contenu de la prothèse (recherche de signe de rupture d'implant) mais aussi d'une masse ou d'une adénopathie.

En cas d'épanchement abondant, la ponction évacuatrice est le premier geste à réaliser. Il permet un examen bactériologique et cytologique (à la recherche des cellules, vu le contexte, de LAGC CD30 positives, ALK négatives). Lorsque le résultat est négatif, une surveillance clinique et échographique à 6 mois s'assure de l'absence de récurrence du sérome.

En cas de masse péri-prothétique suspecte (ACR4 ou 5), une exploration percutanée est le premier geste à proposer (biopsie ou cytoponction).

L'IRM mammaire ne semble pas pouvoir apporter d'élément discriminant dans la caractérisation d'un épanchement péri-prothétique. Elle est indiquée en cas de suspicion de rupture de l'implant, de masse

mammaire ou péri-prothétique non accessible à une caractérisation histologique par un geste percutané. Elle peut être proposée devant la persistance ou la réapparition d'un épanchement péri-prothétique abondant à la recherche d'anomalie de la capsule qui peut être d'individualisation difficile en échographie.

### **Suivi par l'imagerie des femmes porteuses d'implants mammaires**

Le suivi est identique à celui de la population générale, à savoir adapté au risque personnel et familial. La présence d'un épanchement péri-prothétique de faible abondance est quasi systématique et ne doit pas entraîner d'examen complémentaire ou de tentative de ponction.

### **Éléments nosologiques**

Le terme actuel de lymphome anaplasique à grandes cellules ALK négatif associé aux implants mammaires (classification OMS 2012) semble recouvrir deux entités à histoire naturelle très différente :

- d'une part, le LAGC limité à la coque péri-prothétique, sans masse, le moins rare, traité et guéri par l'ablation de la capsule péri-prothétique mais nécessitant néanmoins un suivi clinique attentif;
- d'autre part le LAGC avec masse extra-capsulaire dont le risque d'évolution systémique nécessite une chimiothérapie complémentaire.

Le LAGC limité à la coque péri-prothétique partage le pronostic favorable des LAGC cutanés primitifs, comparés aux formes systémiques, agressives. Dans le cadre de la pathologie cutanée, il est à noter que des proliférations lymphoïdes cutanées composées de grandes cellules anaplasiques ALK négatives s'observent dans la papulose lymphomatoïde, considérée comme indolente, et dans certaines réactions inflammatoires cutanées atypiques d'origines diverses (médicament, allergie, gale, piqure d'insecte...).

### **Traitement**

Les lésions limitées à la capsule, de loin les plus fréquentes, sont traitées par capsulectomie totale et ablation de la prothèse.

Les autres formes (lésions extra-capsulaires ou ganglionnaires) relèvent d'un traitement complémentaire et sont à prendre en charge par une unité spécialisée dans le traitement des lymphomes. Ces lésions nécessitant un traitement général sont rares (parmi des cas déjà exceptionnels) et actuellement le risque est surtout celui d'un sur-traitement, comme cela est signalé dans la littérature.

### **Veille sanitaire**

Dans tous les cas, la découverte d'un LAGC sur implant mammaire nécessite :

- une information au réseau LYMPHOPATH afin de colliger les cas au niveau national ;
- une déclaration de matériovigilance à l'ANSM.

### **En conclusion**

Les bénéfices apportés aux patientes par les prothèses mammaires sont infiniment supérieurs au risque de développer un exceptionnel LAGC.

Tous les professionnels concernés par la sénologie doivent être au fait de cette entité nosologique exceptionnelle de façon à pouvoir gérer au mieux ces cas rarissimes.

Il est rappelé aux patientes, qu'en cas d'anomalie clinique, elles doivent consulter pour un avis spécialisé.