

FICHE SYNTHÉTIQUE DE PRISE EN CHARGE DES LYMPHOMES ANAPLASIQUES À GRANDES CELLULES ASSOCIÉS À UN IMPLANT MAMMAIRE (LAGC-AIM)

(Avis du 4 mars 2015 du groupe d'experts réunis par l'Institut National du Cancer)

Le LAGC-AIM

Le lymphome anaplasique à grandes cellules associé à un implant mammaire (LAGC-AIM) est une entité spécifique qui doit être intégrée à la classification OMS des pathologies cancéreuses. Il s'agit d'une pathologie extrêmement rare.

Il semble exister deux formes de LAGC-AIM :

- une forme localisée limitée à la capsule
- une forme infiltrante (avec masse adjacente à la capsule péri-prothétique).

Au moment du diagnostic, l'extension est le plus souvent limitée à la capsule péri-prothétique. Dans quelques cas, le LAGC-AIM est cependant étendu au-delà de la capsule (stade IIE-IV).

Cette pathologie se manifeste le plus souvent par un épanchement péri-prothétique (sérome).

CONDUITE À TENIR CHEZ LES FEMMES PORTEUSES D'IMPLANTS MAMMAIRES EN CAS DE SUSPICION DE LAGC-AIM

- Face à des **signes fonctionnels ou physiques (épanchement, augmentation de volume, douleur, inflammation, masse, ulcération, altération de l'état général)** survenant notamment à distance de la phase post-opératoire chez une femme porteuse d'implant mammaire, le diagnostic de LAGC-AIM doit être évoqué.
- **Il est préconisé de réaliser en 1^{ère} intention une échographie** (recherche d'un épanchement autour de l'implant, d'une masse ou d'un épaissement capsulaire) **et d'explorer les aires ganglionnaires.**
- Si cet examen n'est pas contributif, **une IRM est préconisée en 2^{ème} intention.**

Le diagnostic de LAGC-AIM est établi par le pathologiste et toujours à l'issue d'une double lecture anatomopathologique par le réseau national expert LYMPHOPATH.

- En cas de découverte à l'imagerie d'un épanchement, une **cytoponction** doit être réalisée.
- Devant la découverte d'une masse et/ou en cas d'adénopathie satellite, des prélèvements à visée cytologique et histologique sont nécessaires (**biopsie, cytoponction**).
- En cas de capsulectomie (exérèse de la capsule) ou de capsulotomie (ouverture de la capsule), toute lésion suspecte (notamment présence de signes inflammatoires) ou tout épanchement doit faire l'objet d'une analyse par le pathologiste.
- **En cas de diagnostic anatomopathologique de lymphome ou en cas de doute, un envoi du prélèvement pour double lecture au réseau LYMPHOPATH doit être la règle.**

CONDUITE À TENIR EN CAS DE DIAGNOSTIC DE LAGC-AIM

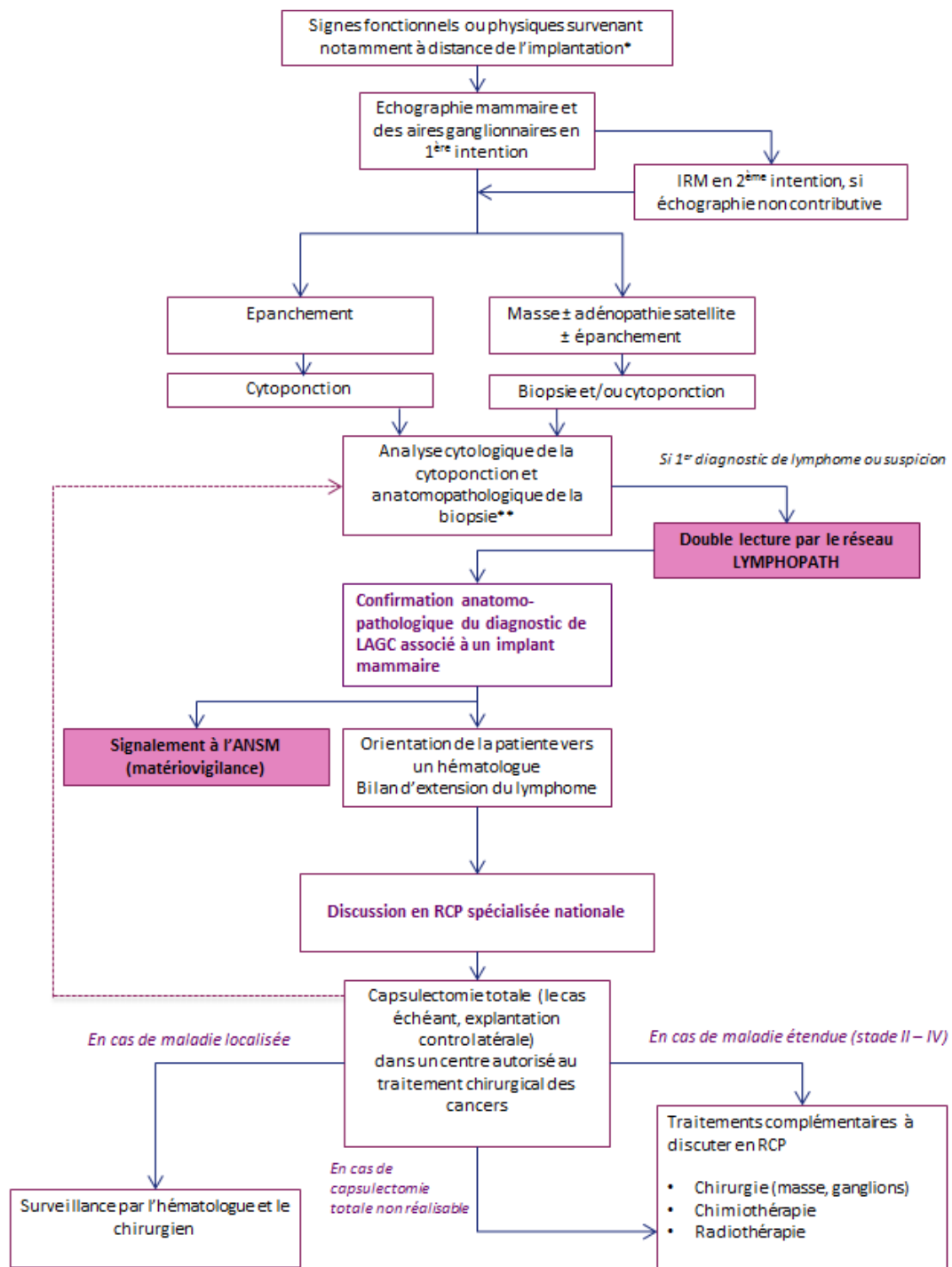
- Après confirmation du diagnostic anatomopathologique, la patiente doit être adressée à un hématologue pour réalisation du bilan d'extension du lymphome.
- Dans le cadre de la matériovigilance, un signalement à l'ANSM de la survenue d'un LAGC-AIM par les professionnels de santé est obligatoire.

La conduite à tenir doit être discutée en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire).

- Quelle que soit l'extension de la maladie au diagnostic, une capsulectomie totale doit être réalisée, et ce, dans un centre titulaire d'une autorisation de traitement chirurgical des cancers. Le cas échéant, une explantation controlatérale est réalisée et un envoi pour contrôle anatomopathologique est préconisé.
- Une réimplantation ne saurait être recommandée compte tenu des connaissances actuelles sur l'origine et l'évolution de cette pathologie. Toute décision de réimplantation éventuelle doit faire l'objet d'une discussion au cas par cas en RCP.
- Lorsque la maladie est localisée et que la capsulectomie totale a pu être réalisée, une surveillance par l'hématologue et le chirurgien est préconisée; par analogie aux autres lymphomes indolents, cette surveillance pourrait être faite tous les 4 mois dans les 2 premières années.
- Lorsque la maladie est étendue (stade IIE – IV) ou lorsqu'une capsulectomie totale n'a pas pu être réalisée, un traitement complémentaire à la chirurgie (chimiothérapie - radiothérapie) est à discuter en RCP.

Le groupe d'experts recommande la mise en place d'un registre clinique des cas de LAGC-AIM, en lien avec la RCP nationale spécialisée et le réseau LYMPHOPATH.

Algorithme de prise en charge des LAGC associé à un implant mammaire



*Epanchement, augmentation de volume, douleur, inflammation, masse, ulcération

** En cas de capsulectomie (exérèse de la capsule) ou de de capsulotomie (ouverture de la capsule), toute lésion suspecte (notamment présence de signes inflammatoires) ou tout épanchement doit faire l'objet d'une analyse par le pathologiste.

SUIVI ET INFORMATION DES FEMMES PORTEUSES D'IMPLANTS MAMMAIRES VIS-A-VIS DU RISQUE DE LAGC-AIM

- **Pour les femmes porteuses d'un implant mammaire et sans signes cliniques au niveau des seins, le groupe d'experts ne préconise pas de suivi particulier autre que celui qui existe actuellement pour toutes les femmes.**
- Il est rappelé que **toutes les femmes doivent faire l'objet d'un examen clinique des seins annuel dès l'âge de 25 ans** et que les femmes entrant dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein et les femmes ayant un risque augmenté de cancer du sein bénéficient également d'un suivi par imagerie spécifique (HAS 2014).
- Une information sur le risque de LAGC-AIM doit être intégrée dans une fiche d'information donnée aux femmes avant la pose d'un implant mammaire. Une information sur les signes cliniques qui doivent inciter les femmes à consulter doit y être apportée.
- **Il n'est pas recommandé de proposer une explantation préventive** vis-à-vis du risque de LAGC-AIM aux femmes porteuses d'un implant mammaire quel qu'il soit.