

LPB à petites cellules : lymphome ou réactionnel

ACP : infiltrat lymphocytaire nodulaire dermique (+/- hypodermique) profond, « tumoral », de phénotype mixte B et T
nodules B qui posent le problème du DDX entre follicules et nodules CF

clinique : rarement discriminante

IHC nécessaire : CD20 , CD3, CD21, bcl2, Mib1, CD10,
 +/- bcl6, K, λ (si non disponible : envoi avis)

si architecture diffuse :
 penser à LBCF diffus,
 LT TFH (CXCL13, PD1),
 ou local° 2° d'un LB
 (LLC...)

si topographie quasi exclusive hypodermique :
 penser à local. 2° d'un LB

Attention, les **MF pilotropes** ont souvent une population cellulaire B d'accompagnement

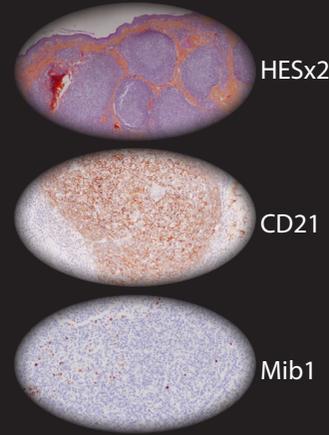
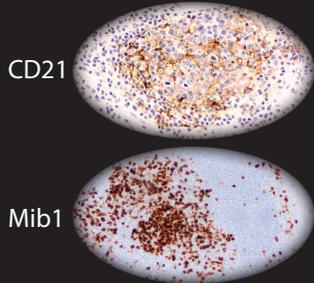
si nodules au sein desquels mélange harmonieux de B et T (sans vrais nodules B) :
 cf algo prolifération lymphocytaire à prédominance de petites cellules T dermique profonde non MF

follicules lymphoïdes réactionnels

- réseau de cellules folliculaires dendritiques, limité, bien organisé (CD21+)
- Bcl2-, Mib1+, bcl6+, CD10+/- au niveau des CG

nodules lymphomateux centro-folliculaires

- réseau de cellules folliculaires dendritiques proliférant (CD21+)
- Mib1 faible dispersé
- Bcl6+
- Bcl2 +/- et CD10 +/- (si bcl2+ et/ou CD10+ = le + souvent en faveur d'une localisation secondaire)



HLR
 en faveur =

- lésions épidermiques/annexielles
- infiltrat polymorphe (PNE, histiocytes,...)
- hyperplasie vasculaire
- plasmocytes souvent intriqués

LBZM
 en faveur =

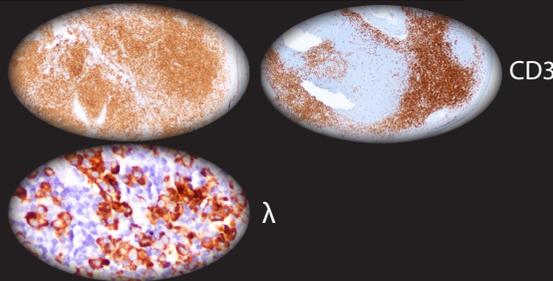
- hyperplasie ZM
- cellules de la ZM bcl2+ (à examiner en // avec le CD3)
- CG colonisés par les cellules tumorales
- plasmocytes souvent en périphérie des follicules

K, λ

bcl2

CD3

λ



polytypie

monotypie

HLR

LBZM

LBZM

clonalité complète : FR3 et BIOMED,
 clone B en faveur de LBZM

confrontation avec le clinicien préleveur et si doute :

LBCF

I

II

confrontation clinique

(antécédents ? lymphome connu ?
 adénopathies ? signes généraux ?
 biologie ? imagerie?)

RCP régionale

FISH BCL2 si bcl2+ et/ou CD10+