

IHC indispensable
CD3, CD20, CD8, CD30

Lymphoprolifération à prédominance de petites cellules T (=CD3>CD20 et mélange harmonieux de lymphocytes T et B),
dermique profonde (soit péri-vasculaire, soit nodulaire/diffus) (+/- hypodermique)
non MF, non CD8+ : lymphome ou réactionnel

si nodules B prédominants
prendre algo LB à petites cellules

confrontation clinique toujours

- antécédents: lupus ? médicament ? virose ? lymphome connu ?
- clinique : nombre et types de lésions (**une ou plusieurs ?**), rapidité d'évolution, adénopathies et signes généraux ?
- biologie ?

Péri-vasculaire (profond)

Dermique nodulaire/diffus

Infiltrat lymphocytaire
presque pur

infiltrat polymorphe
autres éléments inflammatoires
et mélange équivalent de CD3 et CD20

Infiltrat
avec
proportion
importante
de CD30+

infiltrat lymphocytaire
presque pur

infiltrat polymorphe
autres éléments inflammatoires

pas de
modification
épidermique

surtout si : modifications
épidermiques
-kératinocytes apoptotiques,
-spongieuse,
-vacuolisation basale...

surtout si clinique
papules spontanément
régressives

Hypothèse
beaucoup plus RARE
mais à connaître :
localisation cutanée
secondaire de LAI

rares CD20
+/- rares CD30

mélange équivalent de CD3
et CD20 +/- rares CD30

CD20 plutôt
nombreux

infiltrat mono/polymorphe
triangulaire à pointe
inférieure, avec souvent
ulcération épidermique

clinique : AEG
morphologie :
- cellules tumorales
au cytoplasme clair
- hyperplasie des veinules
post-capillaires
IHC : CD10+, bcl6+,
possibles CD30 dispersés

Suivre algo
LPT CD30

clinique +++ :
lésions uniques ou multiples ?
nodule(s) ou papule(s)/ tumeur(s)?

Possibilité de CD30 dispersés

HLR ou LT
CD4+PMC

1ère hypothèse HLR
(JK, lupus, REM...)

présence d'amas
+ ou - importants
de cellules CD30+ ?

si doute
après confrontation
clinique locale

HLR ou LT
CD4+PMC

lésions multiples :
- **si tumeur :**
plutôt en faveur
de lymphome
(primitif ou secondaire)
- **si non tumoral**
(papules, ...):
réactionnel ou
lymphome ?

tumeur/nodule unique :
HLR ou LT CD4+ TFH (PMC)
(primitif ou secondaire)

recherche :
- atypies cyto-nucléaires
en faveur de LT
- marqueurs TFH

clone T

Hypothèse
beaucoup plus RARE
mais à connaître : localisation
cutanée 2° de LT NOS

recherche :
- atypies cytonucléaires en faveur de LT
- marqueurs TFH

clone T

confrontation clinique locale :
lésions uniques ou multiples ?

STOP

RCP régionale
pour confrontation clinique, IHC supplémentaire (TFH)

rechercher des arguments en faveur d'un lymphome B riche en T
(CG, nappes centrocytiques...)