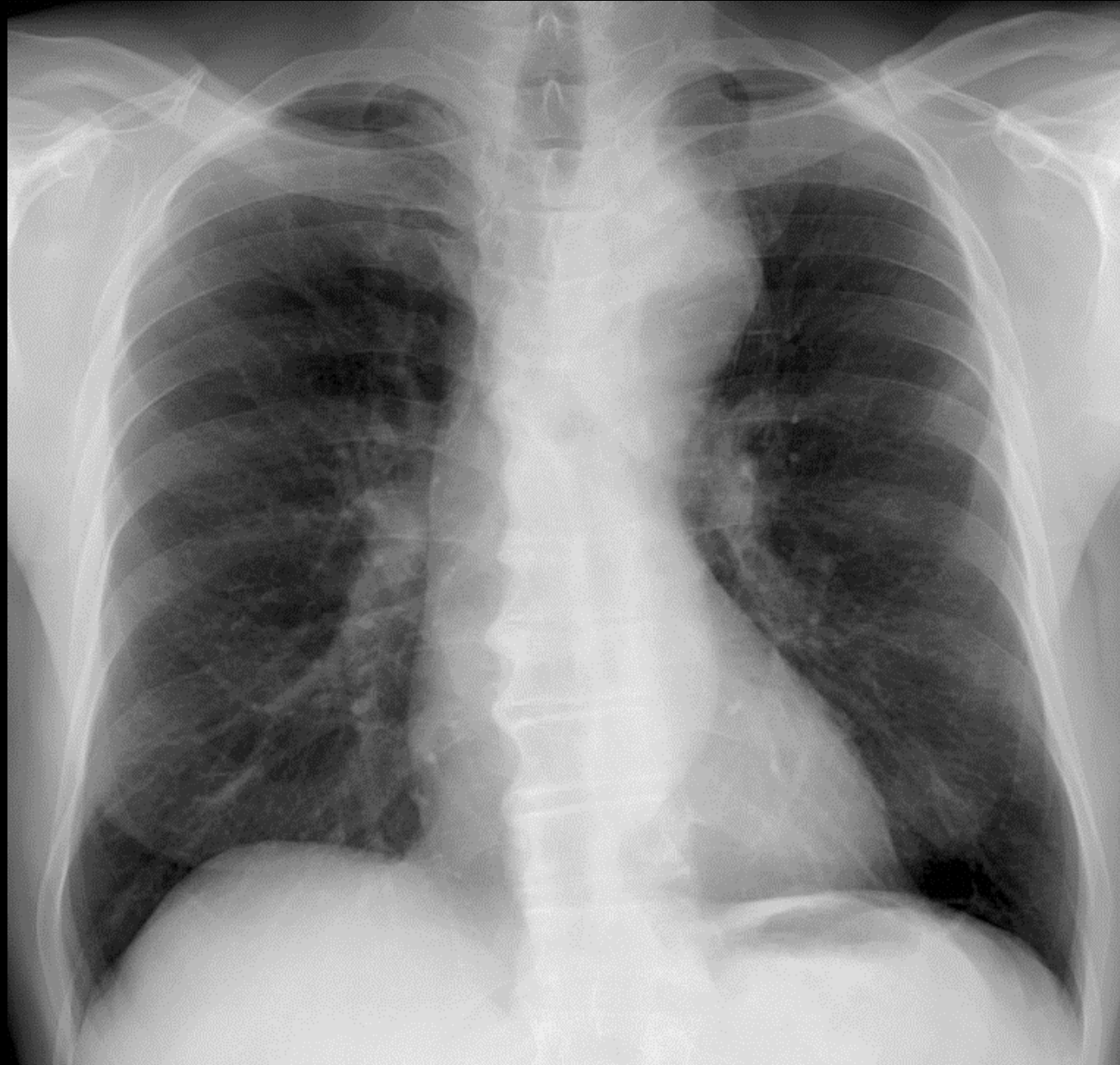
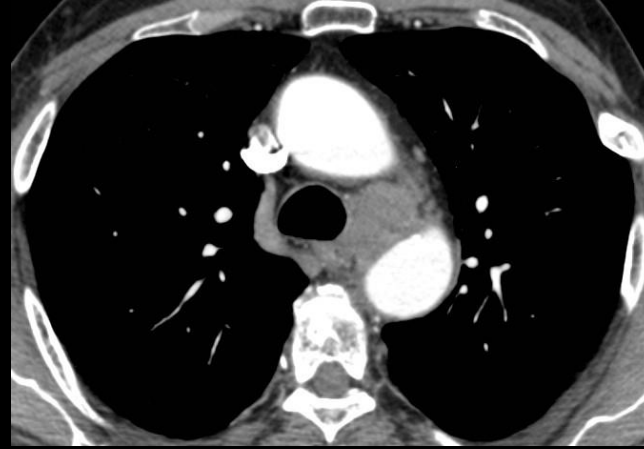
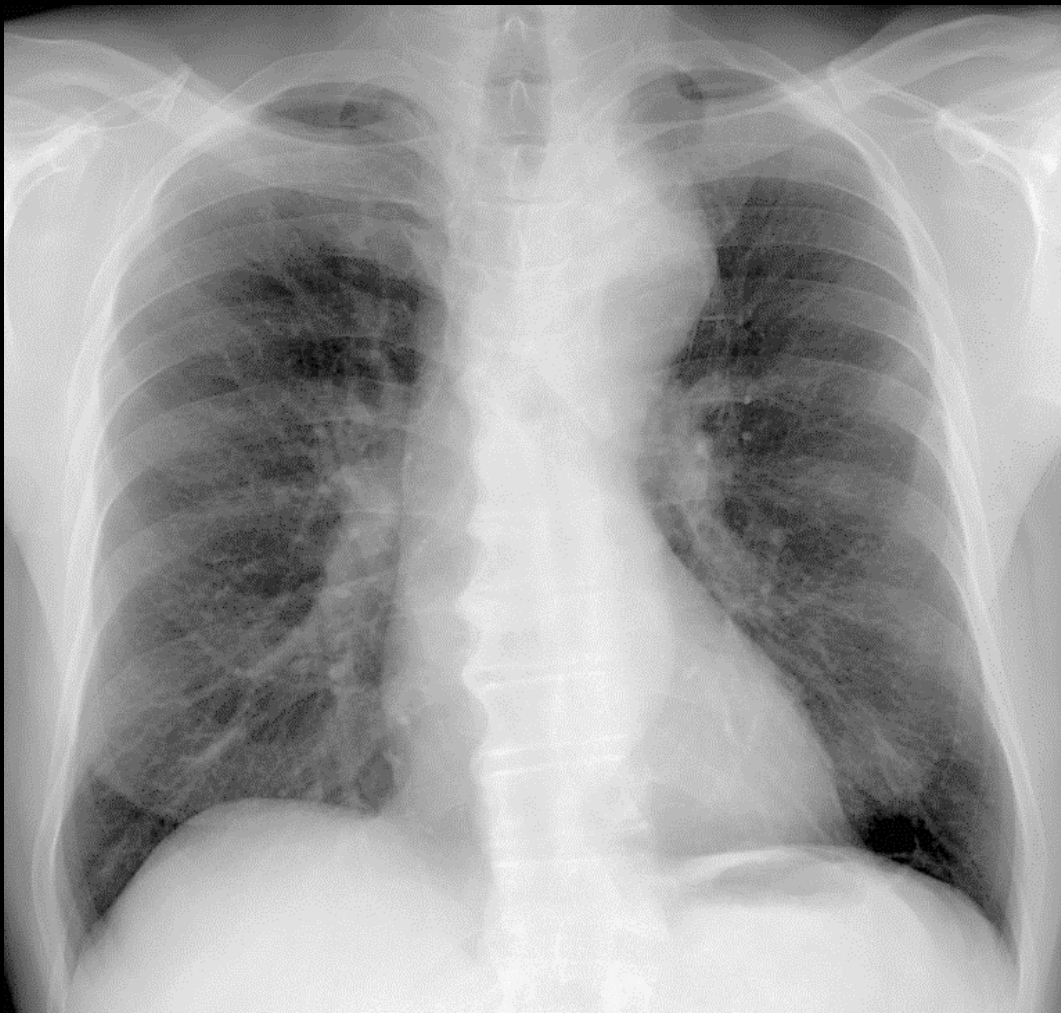


**Homme 67 ans, tabagisme.**





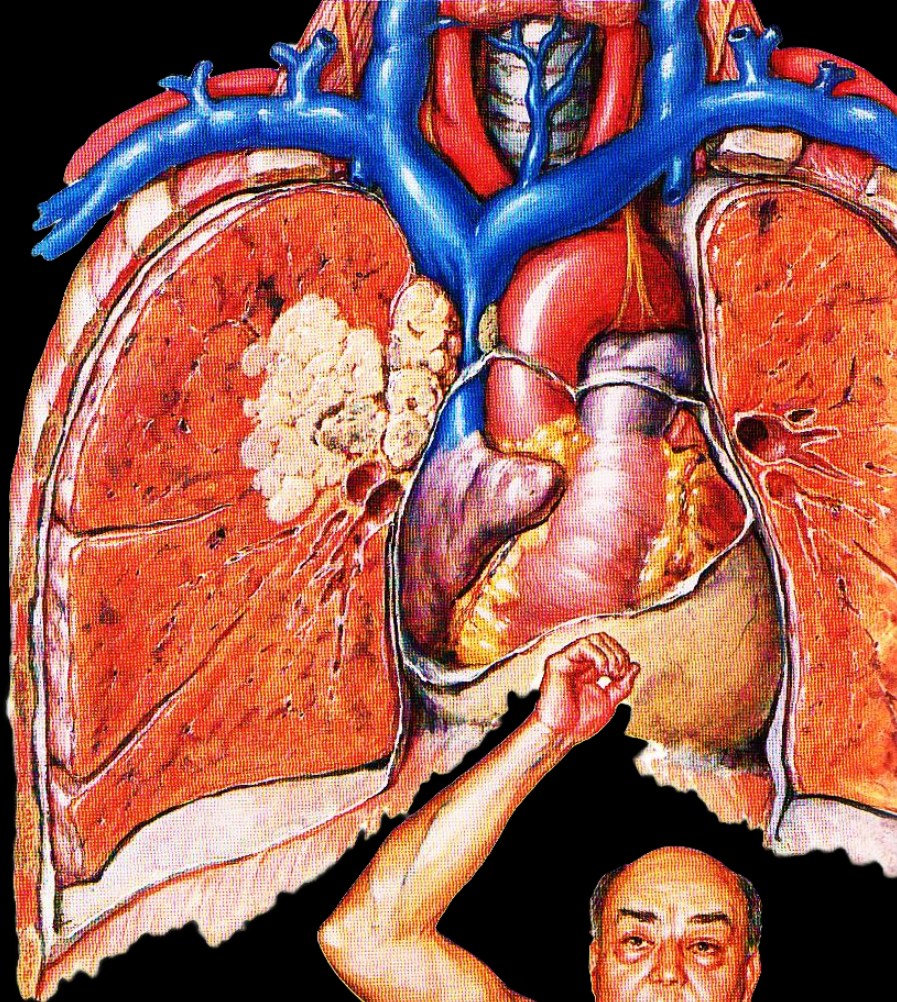
peut-on  
suggérer un  
type  
histologique ?



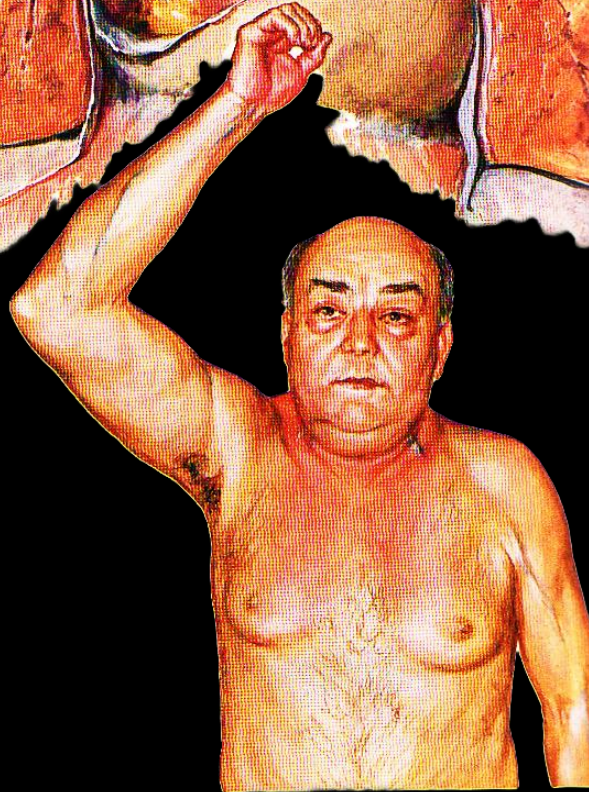
**y-a-t-il des signes de  
compression bronchique ?**



**Carcinome bronchique à petites cellules**



**syndrome cave supérieur**



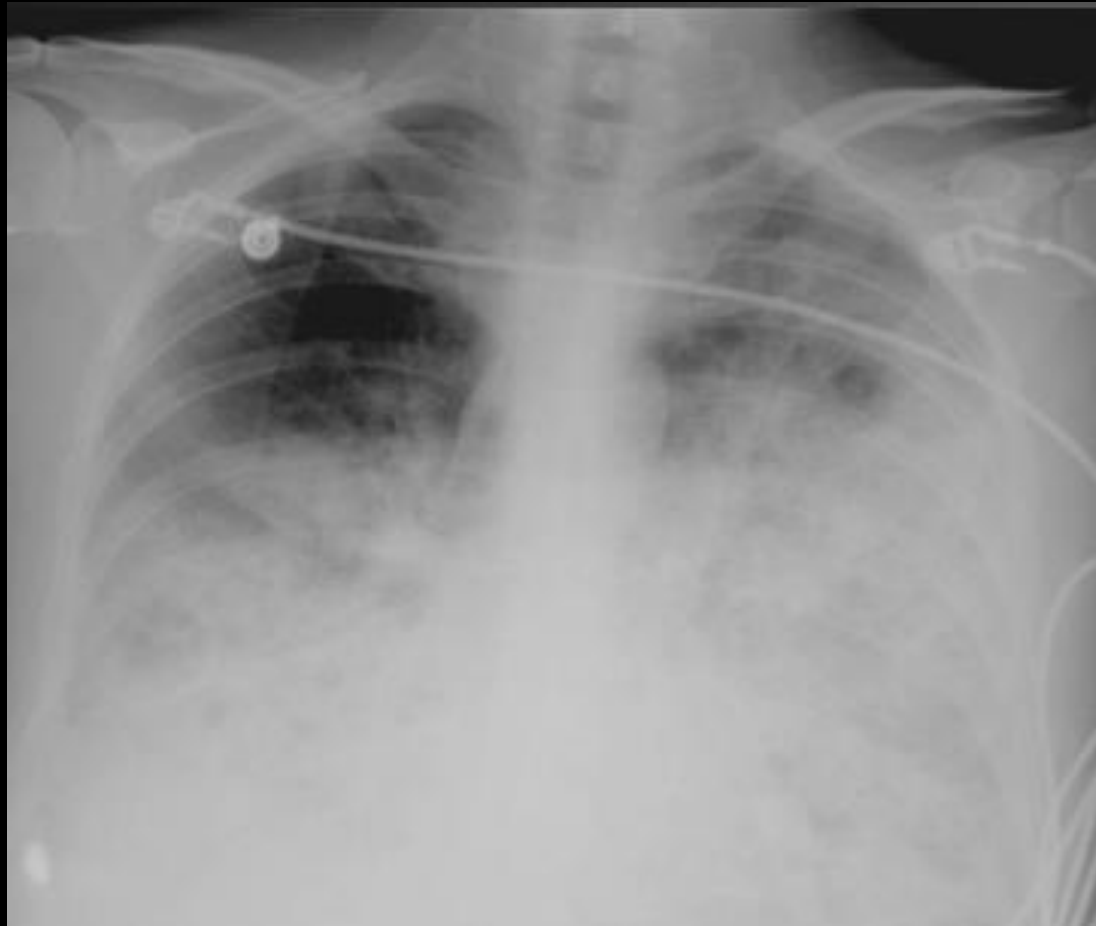
**principales causes**

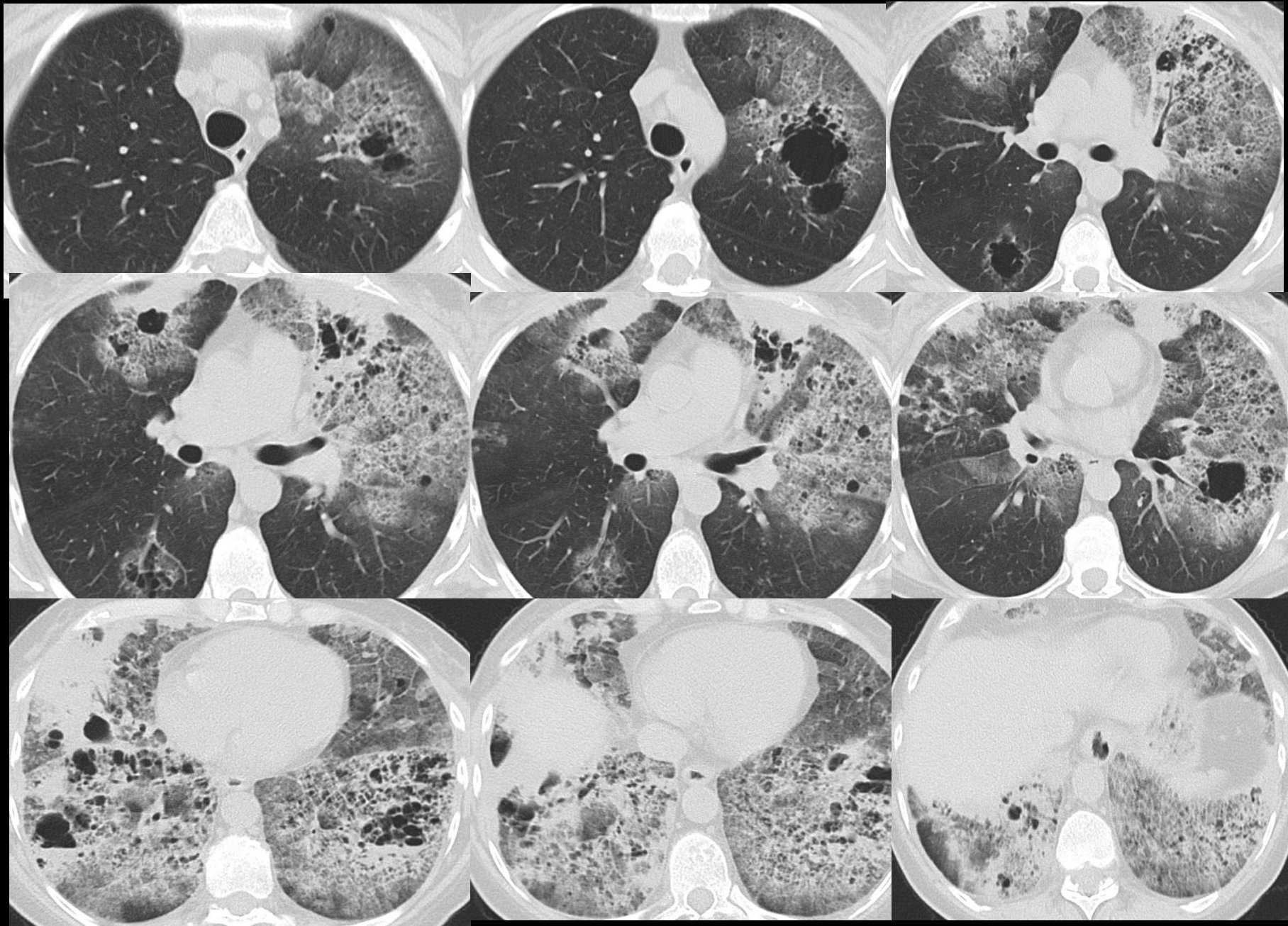
**-CPC**

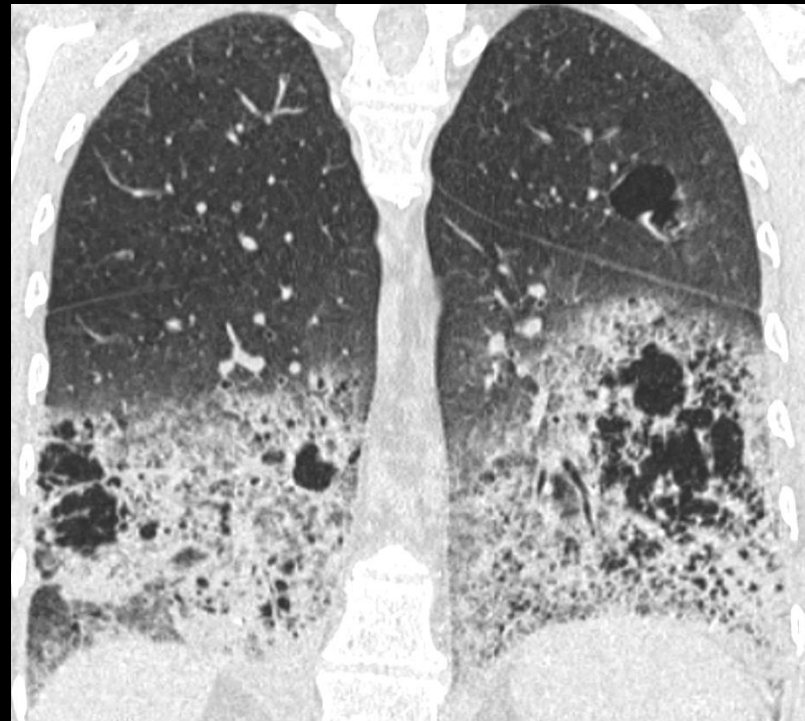
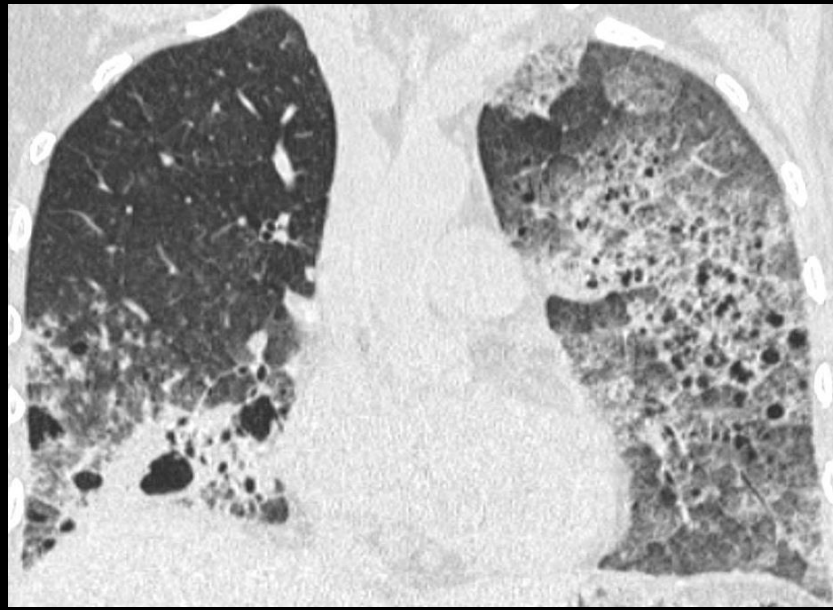
**-Hodgkin**

**-plus rarement LMNH de haut grade**

**Femme** de 48 ans sans ATCD, **non fumeuse**, qui présente depuis 1 mois une **toux**, initialement à la prise alimentaire et devenue constante. Tableau de SDRA sévère avec hypoxémie non améliorée par les traitements ( VPN antibiotiques corticoïdes...) nécessitant une ventilation assistée



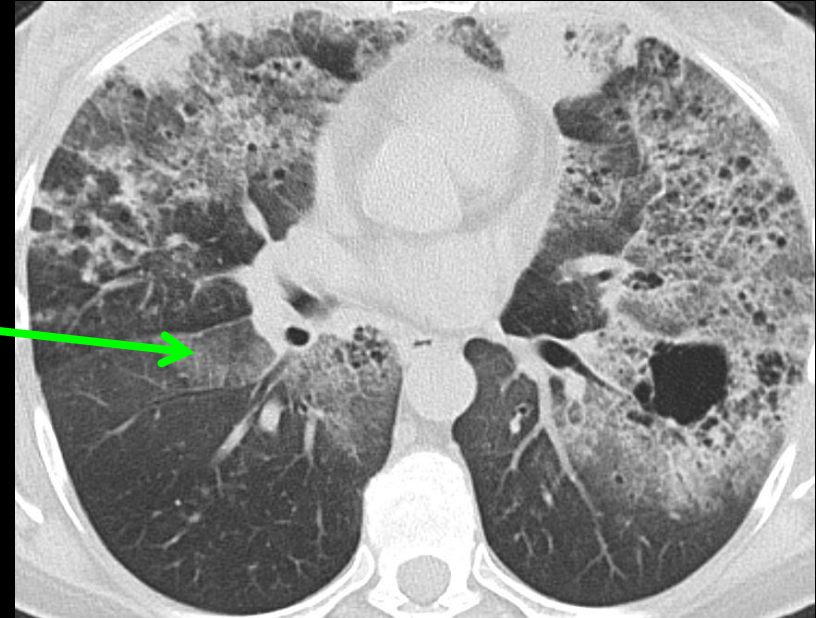




## Quels sont les éléments sémiologiques pertinents à retenir



- atteinte diffuse hétérogène
- multiples nodules à contours flous
- foyers de verre dépoli
- foyers de condensation alvéolaire
- zones excavées



Quelles sont les hypothèses diagnostiques plausibles à évoquer devant un tel tableau clinico-radiologique



infection : pneumocystose , klebsielle , légionelles , chlamydia , mycoplasme , BK , virus

idiopathique pneumonie interstitielle aiguë

pneumopathie immuno-allergique aiguë

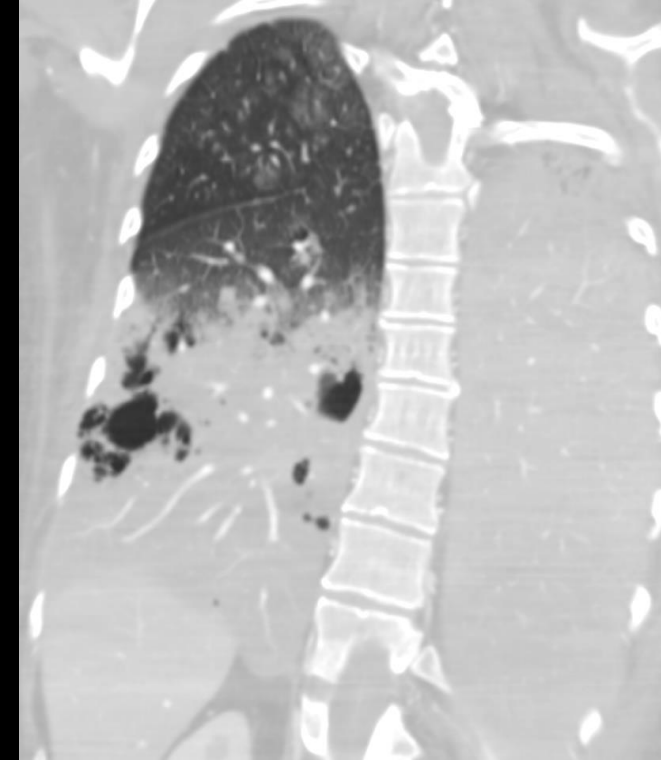
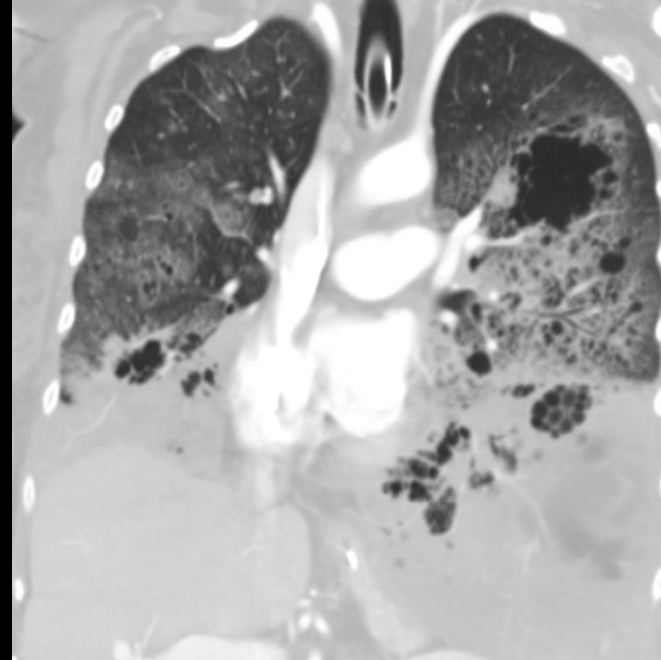
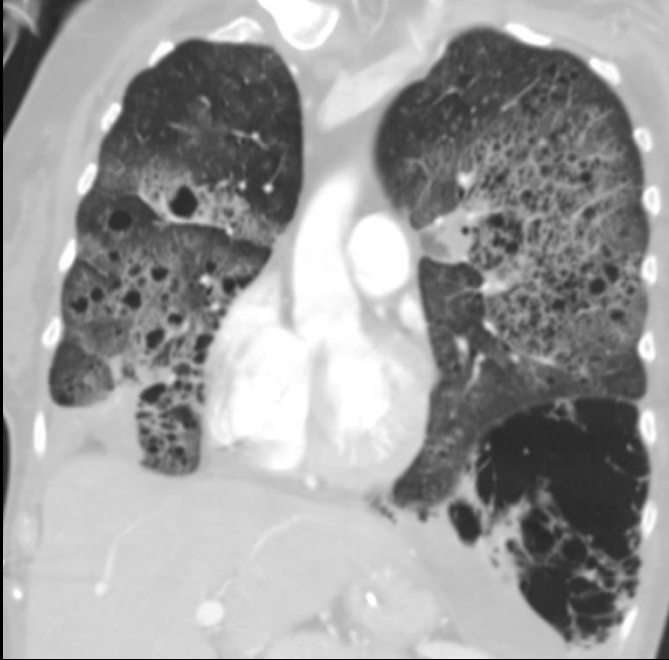
silicoprotéinose

tumoral : **adénocarcinome à prédominance lépidique** (ancien carcinome bronchiolo-alvéolaire non mucino-sécrétant)

**adénocarcinome mucineux invasif** (ancien carcinome bronchiolo-alvéolaire mucineux)

Le diagnostic porté est celui de **PIA hypoxémiante diffuse**. Une quintuple antibiothérapie est débutée. L'état de la patiente se dégrade : elle est transférée en USIR. Son support ventilatoire a nécessité la mise sous ECMO (Extracorporelle membrane Oxygénation..





**Le bilan étiologique  
est négatif :**

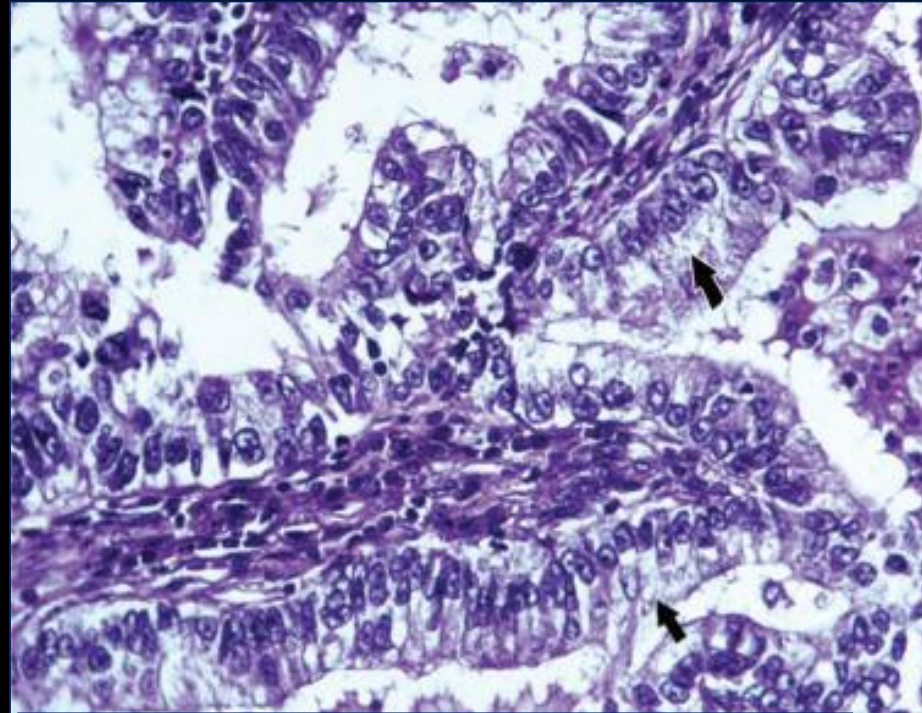
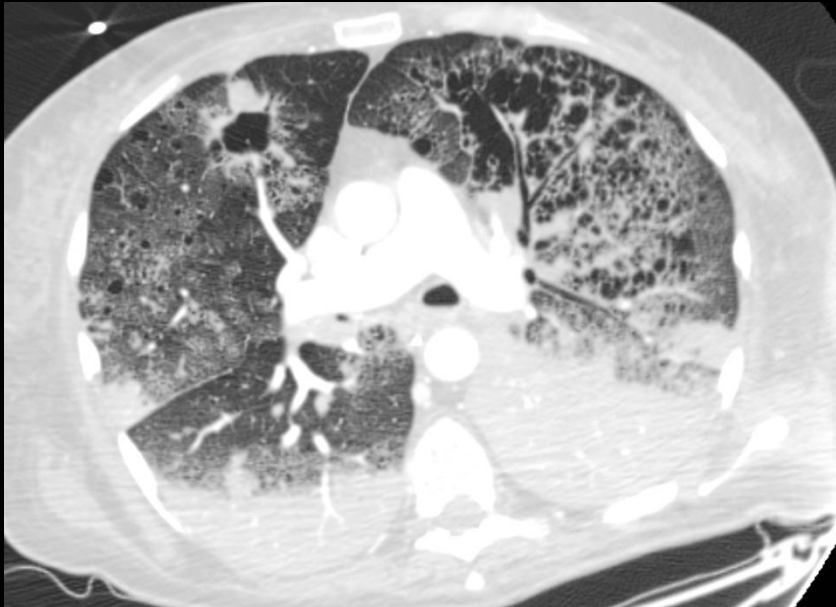
**-sérologies (VIH)**

**-bilan infectieux**

**-pas de déficit  
immunitaire**

**-pas d'exposition  
toxique**

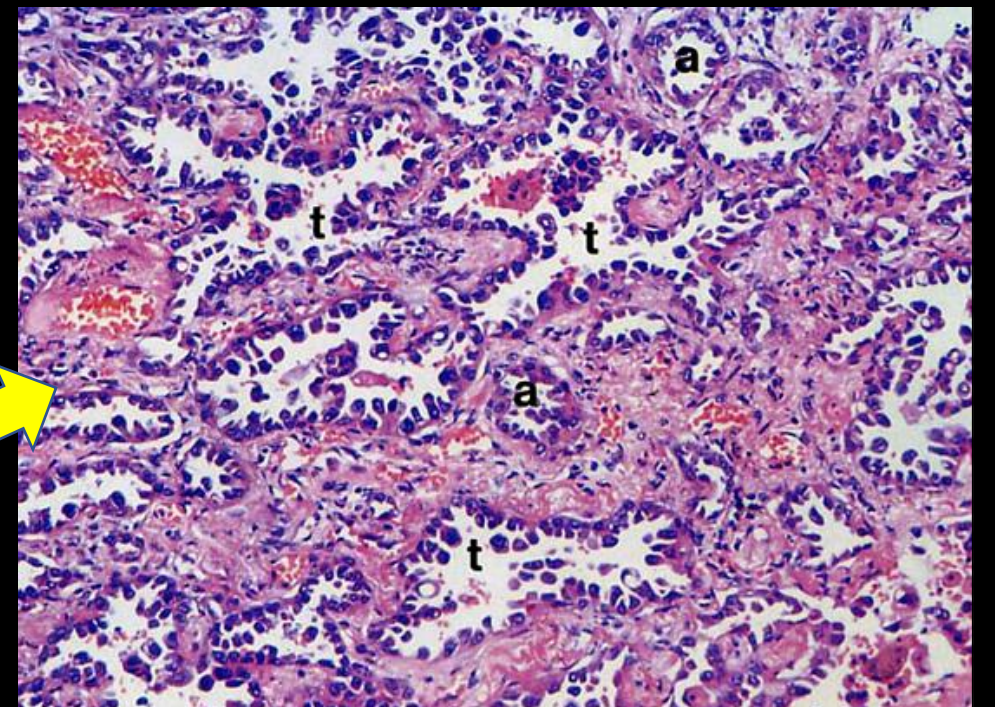
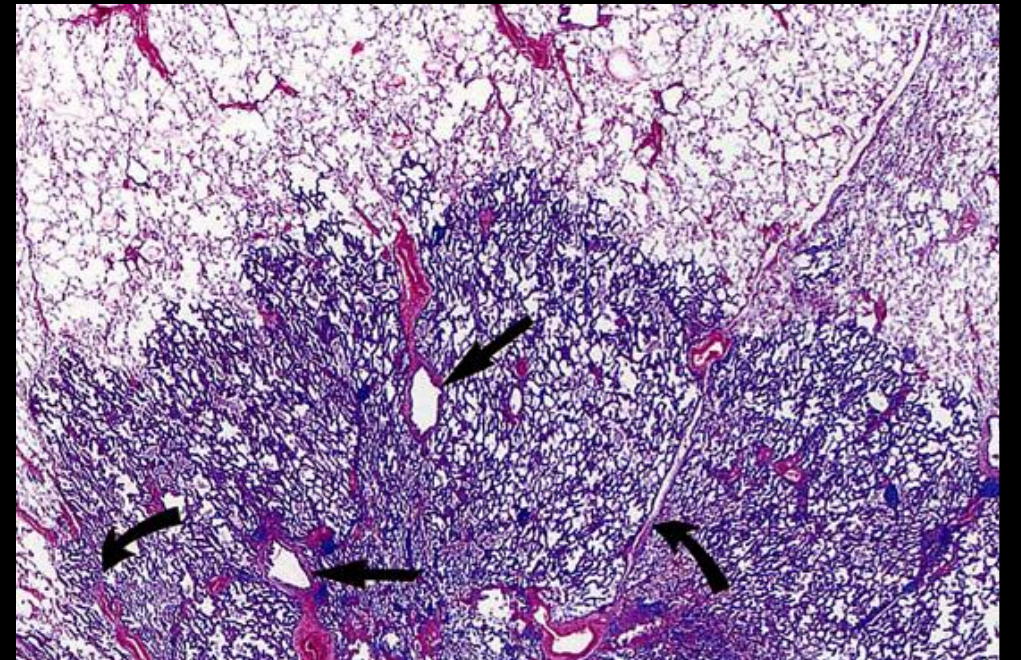
La patiente décède. L'autopsie permet de poser le diagnostic **d'adénocarcinome mucineux invasif (à croissance lépidique).**



Cellules épithéliales néoplasiques  
Mucine intracytoplasmique  
Réaction inflammatoire à PNN

en couche simple

Pas de destruction du parenchyme



## Tableau 1 Classification IASLC/ATS/ERS des adénocarcinomes bronchiques.

### Lésions pré-invasives

Hyperplasie adénomateuse atypique

Adénocarcinome in situ (anciennement : carcinome bronchiolo-alvéolaire)

Adénocarcinome mini-invasif

### Adénocarcinomes invasifs

Adénocarcinome à prédominance lépidique (anciennement : carcinome bronchiolo-alvéolaire sans production de mucine)

Adénocarcinome à prédominance acinaire

Adénocarcinome à prédominance papillaire

Adénocarcinome à prédominance micropapillaire

Adénocarcinome à prédominance solide

### Variants invasifs

Adénocarcinome invasif mucineux (anciennement : carcinome bronchiolo-alvéolaire mucineux)

Adénocarcinome colloïde

Adénocarcinome bien différencié de type foetal

Adénocarcinome entérique

IASLC : International Association for the Study of Lung Cancer ;  
ATS : American Thoracic Society ; ERS : European Respiratory Society.

## Adénocarcinomes à croissance lépidique prédominante

Anciennement carcinome bronchiolo alvéolaire

croissance "lépidique" = tapissant

Prolifération de cellules cylindriques tapissant les parois alvéolaires (pneumocytes atypiques)

Développement bronchogène : pas d'envahissement médiastinal/pariétal , et/ou lymphatique via les septas périlobulaires : réticulation septale "perlée"

3 types :

mucineux (50%) plutôt diffus

non mucineux (35%), plutôt localisé

mixtes (15%)



## Adénocarcinomes à croissance lépidique prédominante

Anciennement carcinome bronchiolo alvéolaire

Clinique :

fréquemment asymptomatique

toux, hémoptysie, dyspnée, AEG

Terrain :

femme jeune ++++

pas de relation avec le tabagisme!

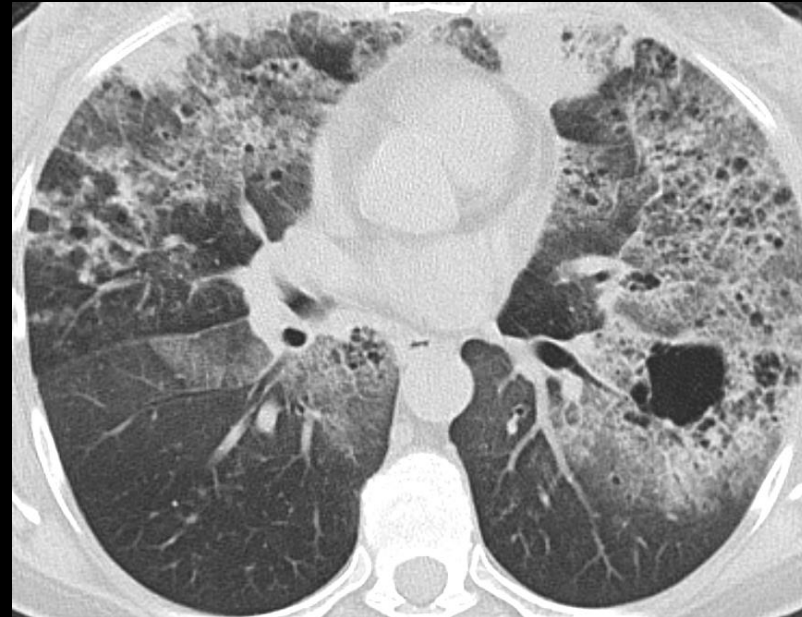
Critères de bon pronostic :

forme localisée

nodule < 2 cm

verre dépoli isolé

évolutivité faible



## Adénocarcinome bronchique

Acinaire

Papillaire

Massif

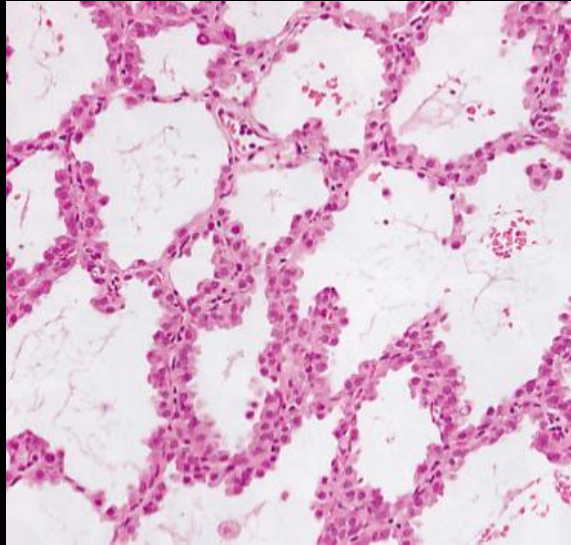
**Bronchiolo-alvéolaire**

### 3 types

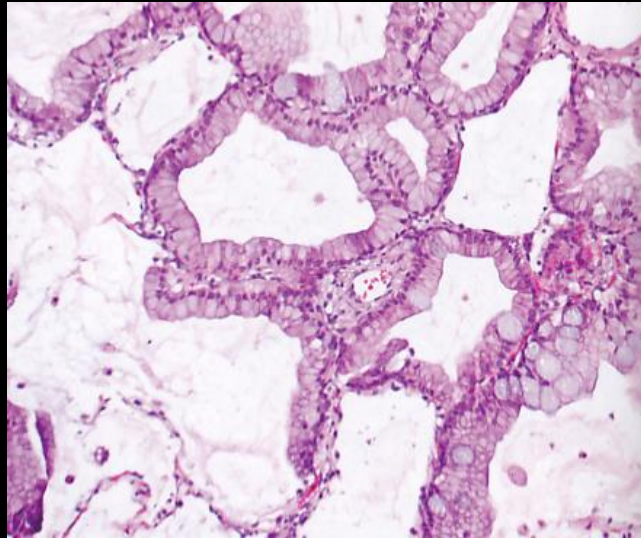
- mucineux (≈ 50% des cas)

- non mucineux (35 %)

- mixtes (rares , 15% )



CBA non mucineux

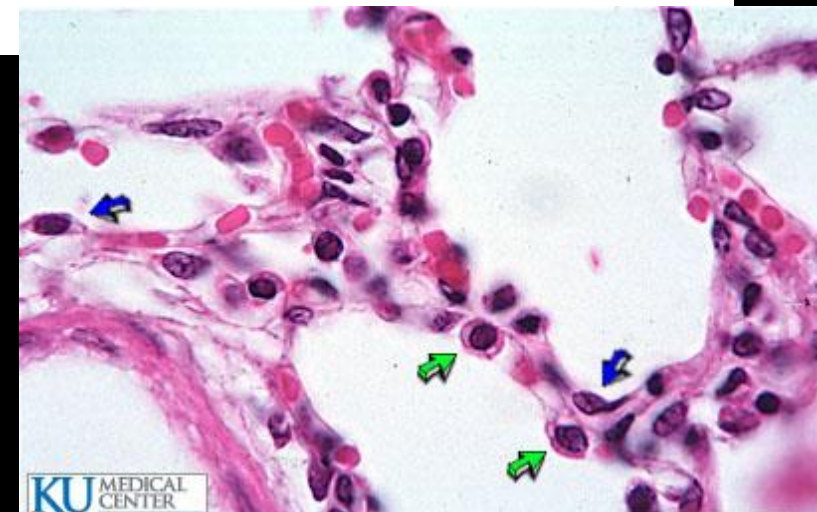
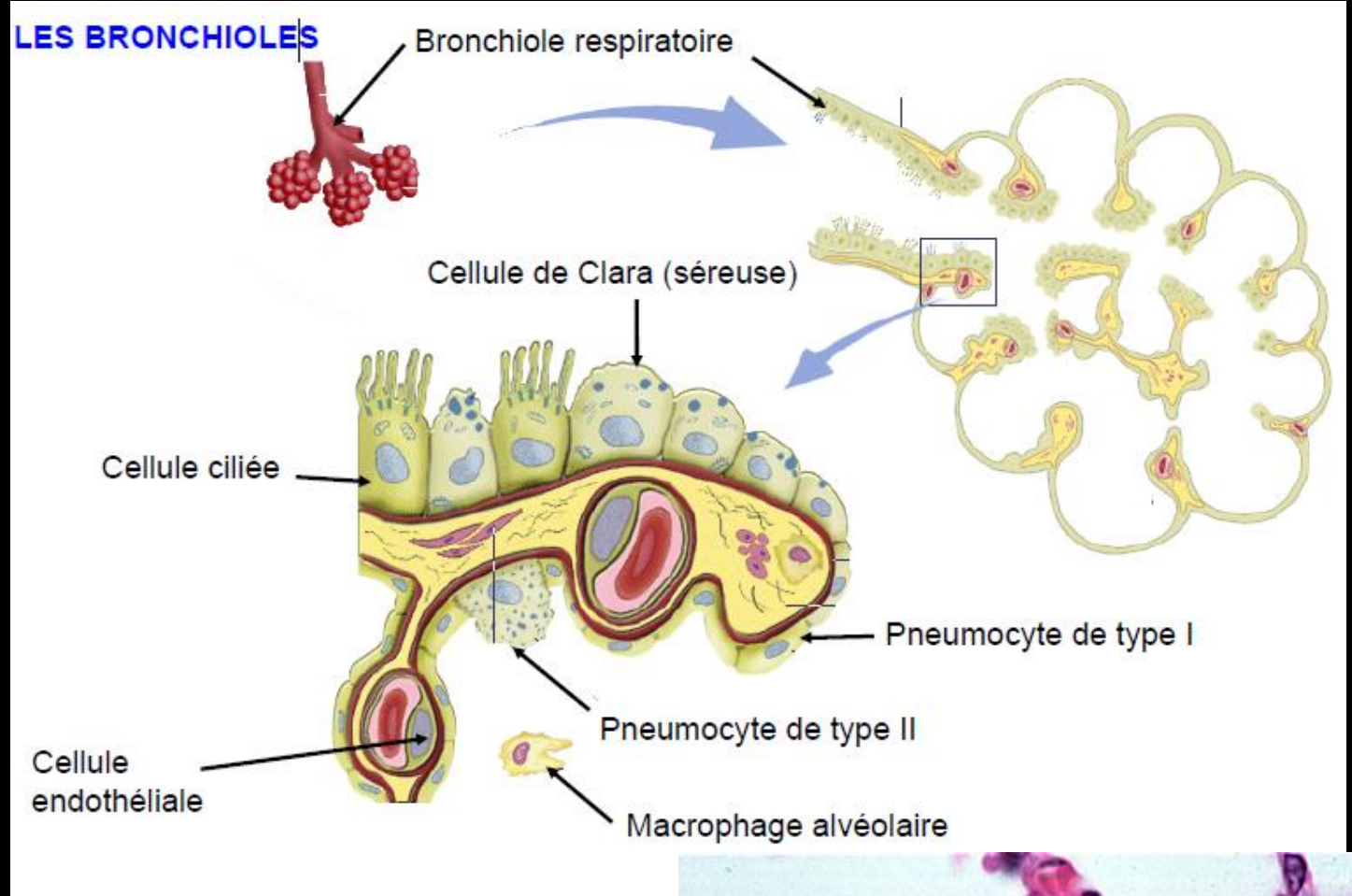


CBA mucineux

prolifération de cellules cylindriques  
tapissant les parois alvéolaires  
(croissance lépidique )  
, respectant l'architecture alvéolaire.

pour les puristes il faut éliminer tous  
les cas dans lesquels on observe des  
images d'extension vasculaire , stromale  
ou pleurale ( à classer dans  
adénocarcinomes avec contingent  
bronchiolo-alvéolaire)

respectant l'architecture alvéolaire



## Imagerie :

verre dépoli (+/- épaissement septaux : crazy paving) évoluant vers la condensation

foyers de condensation alvéolaire : multiples, périphériques

nodules flous de distribution centrolobulaire

distorsion architecturale tardive et inconstante

atteinte prédominant sur les lobes inférieurs

rehaussement tardif

PET-CT : souvent négatif !

Aspect aspécifique :

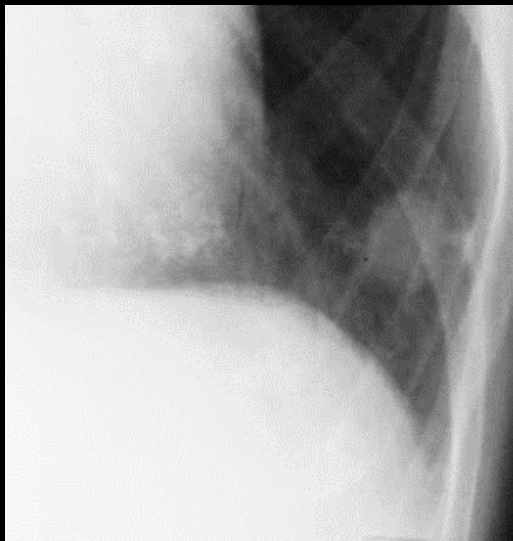
c'est la **combinaison des différents éléments sémiologiques et l'évolutivité** qui orientent vers le diagnostic : baisse de l'état général rapide ; aucune efficacité des traitements (antibiotiques , corticoïdes ....)

Extension par voie bronchique

Multifocalité fréquente : 25% des cas

Faible potentiel métastatique, localisations secondaires osseuses ++

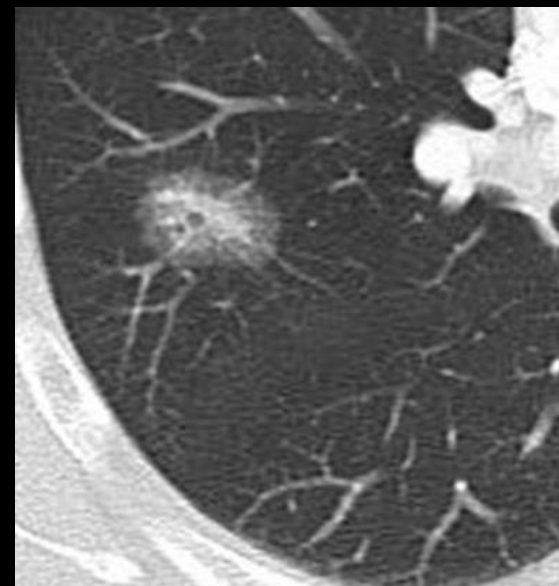
# Adénocarcinomes à croissance lépidique prédominante



Nodule à raccordement pleural



Bronchogramme aérien au sein d'un nodule à bords flous

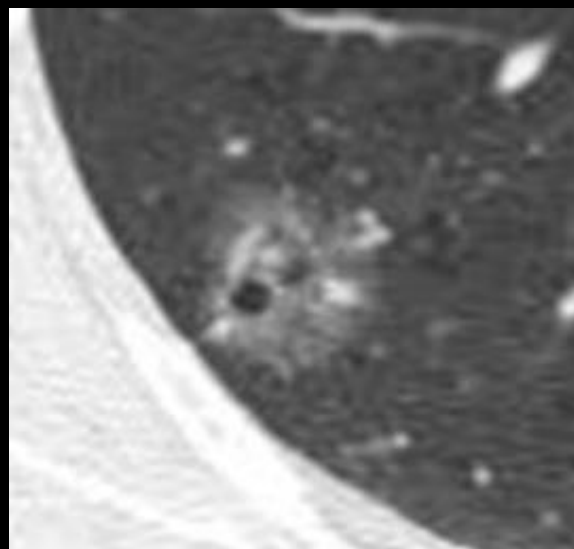


Nodule cerné d'un halo en verre dépoli

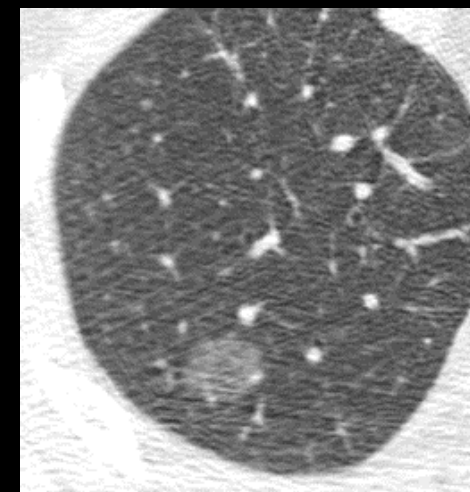
Localisé



Nodule excavé



Zones de transparence bulleuse " bubbly lucencies "



Verre dépoli pur



**Opacités en verre dépoli**

**Diffus (25%)**



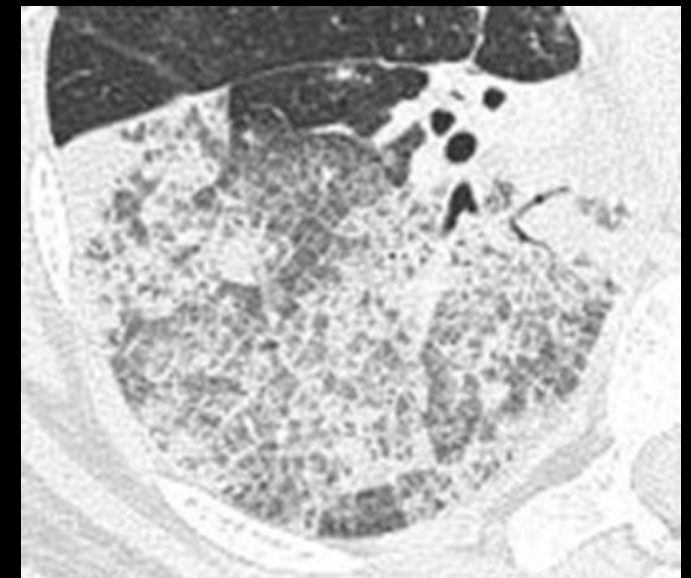
**Signe de l'angiogramme :  
visibilité des vx au sein de la  
condensation**



**Nodules disséminés**

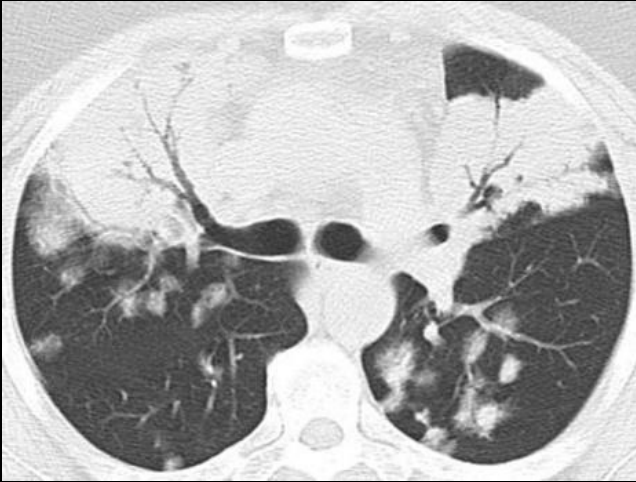


**Opacités en verre dépoli + nodules centrolobulaires**



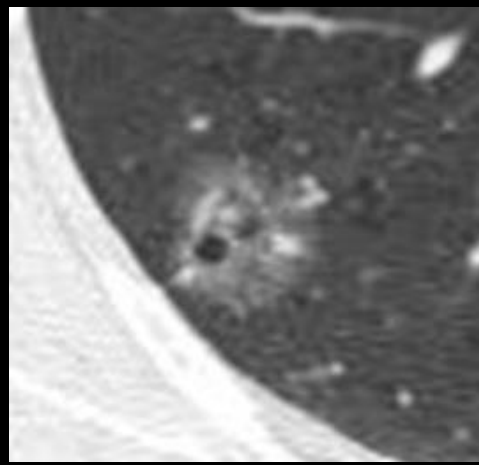
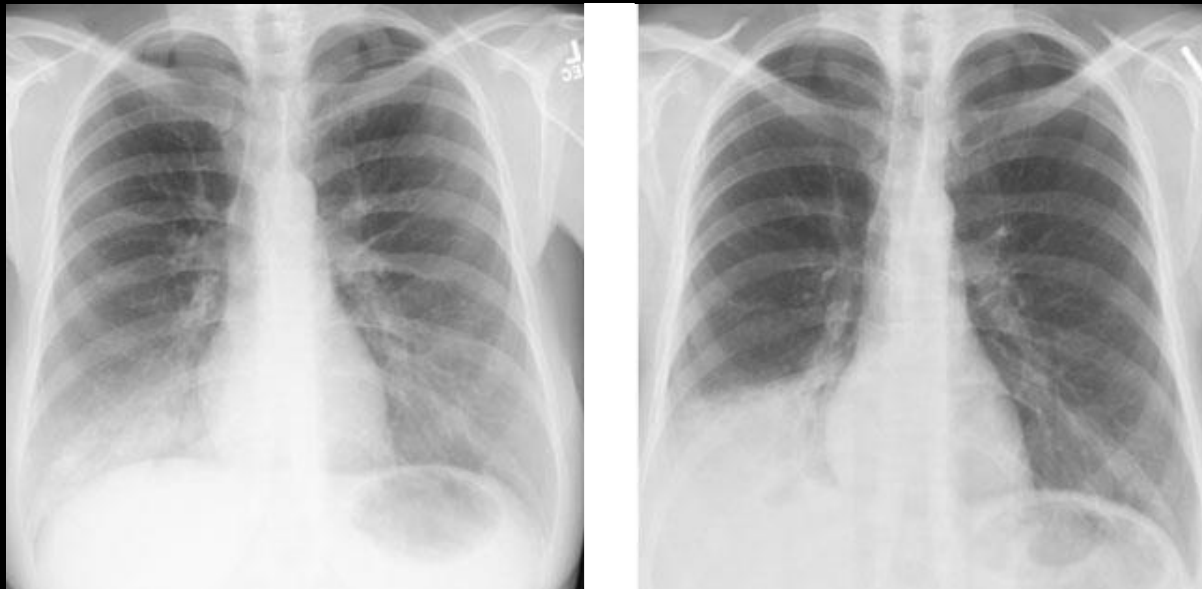
**Crazy paving**

# CBA : les aspects évocateurs



Consolidation persistante avec bronchogramme aérien + nodules à bords flous + verre dépoli

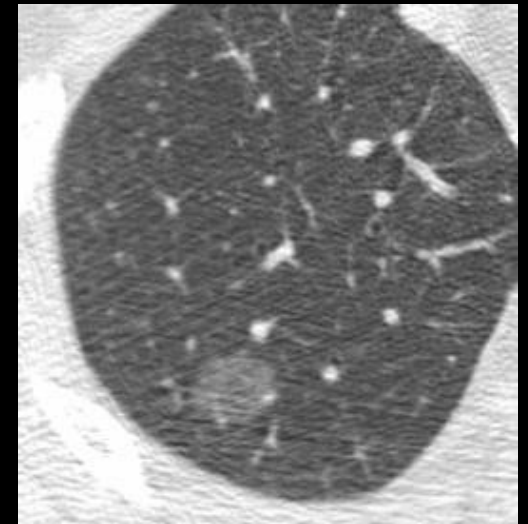
Majoration du syndrome de comblement alvéolaire malgré ATB depuis 3 mois



Verre dépoli avec zones de transparence bulleuses

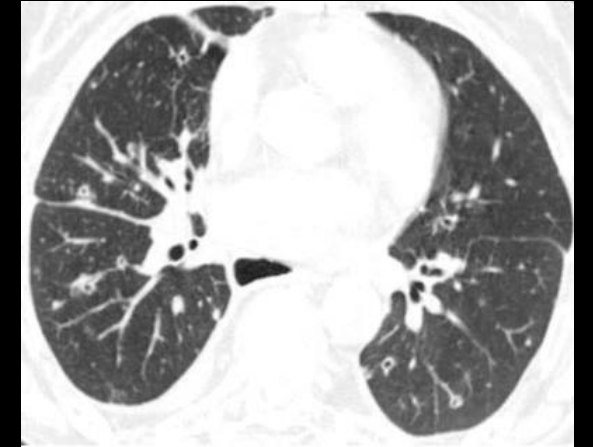
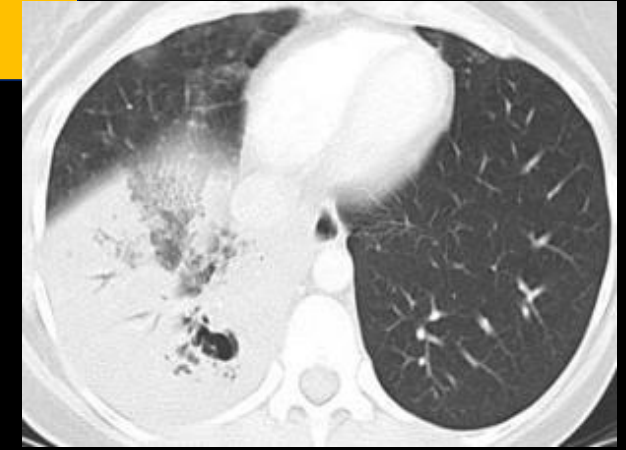


Consolidation + verre dépoli + pseudo-excavation



Verre dépoli pur : Bonne VPP

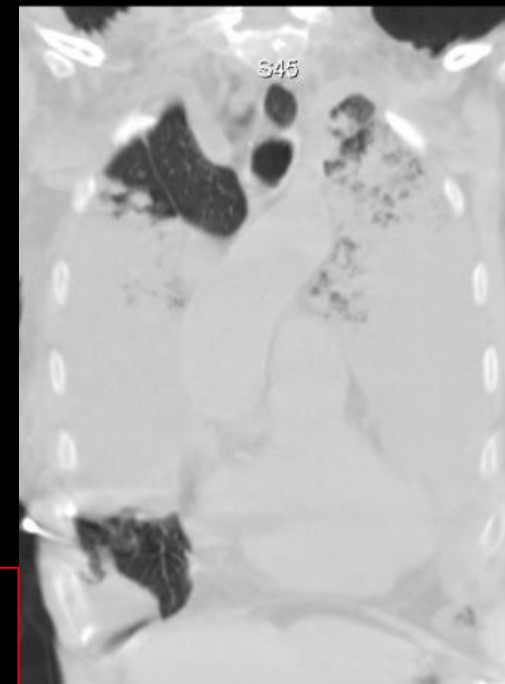
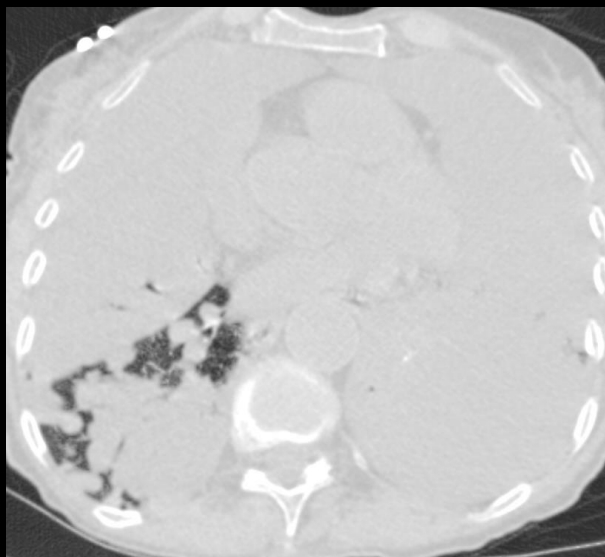
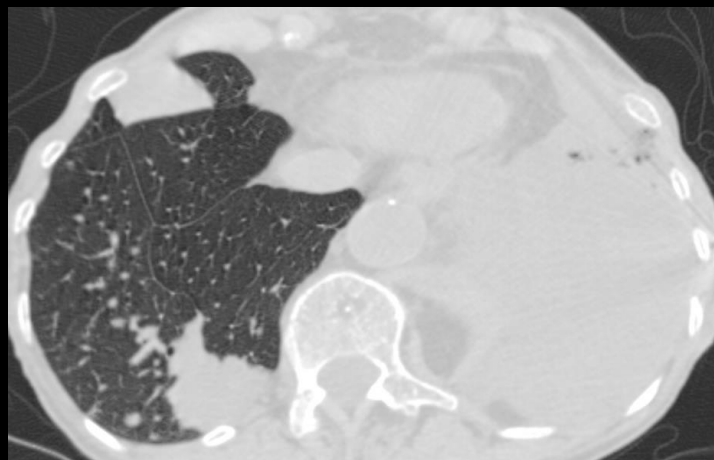
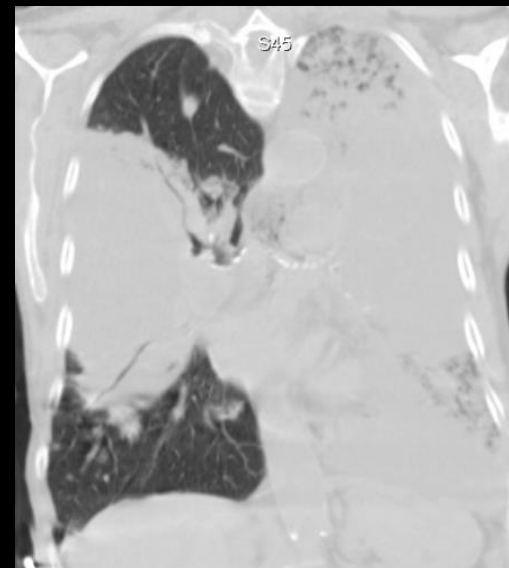
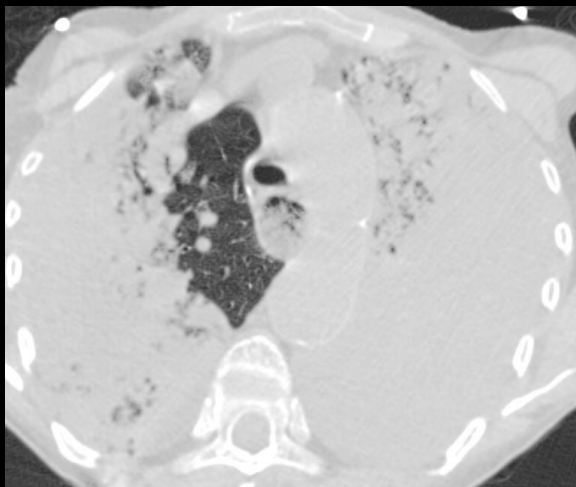
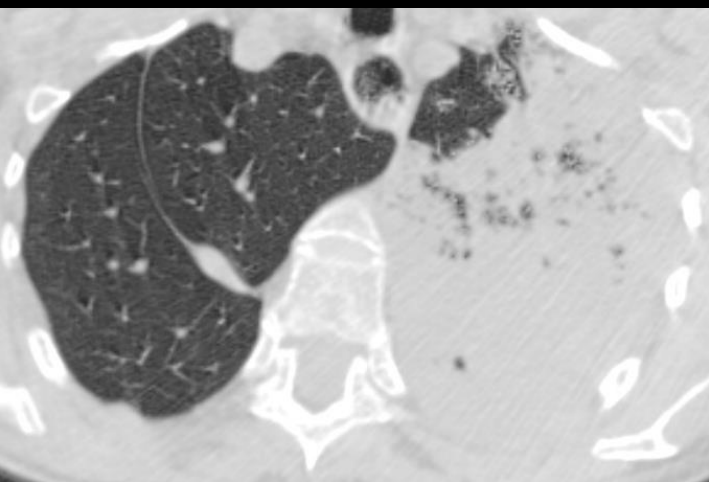
## CBA : bilan d'extension



Fréquents faux  
négatifs en PET-CT

❖ Localisations multifocales fréquentes : 25%

• + de localisations osseuses      moins de localisations surrenaliennes



Condensations alvéolaires  
diffuses, bilatérales.

Aspect pseudo-nodulaires aux  
bases

Sarcome granulocyttaire (Chlorome ou cancer  
verrt d'Aran?  
Infiltration parenchymateuse de la LAM?  
CBA?

**CBA**

## Messages à retenir

### Adénocarcinome à croissance lépidique

Imagerie aspécifique, y penser devant l'association de verre dépoli, foyers de consolidation et nodules flous

La non résolutivité sous traitements de ces lésions oriente fortement vers l'origine tumorale!

Développement bronchogène : l'extension pleurale, médiastinale ou vasculaire est rare

Le **tableau aigu grave** chez la **femme jeune non fumeuse** n'est pas rare : savoir y penser et chercher la confirmation anatomo-pathologique (biopsie transpariétale des zones de condensation , biopsie chirurgicale ....) , sans trop tarder .

