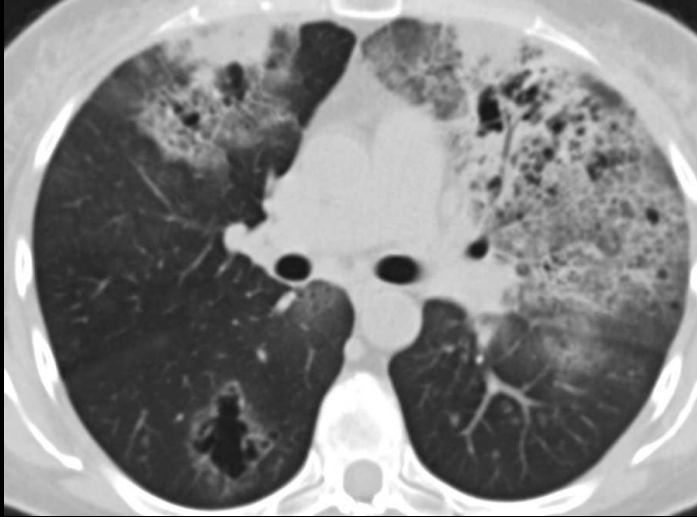
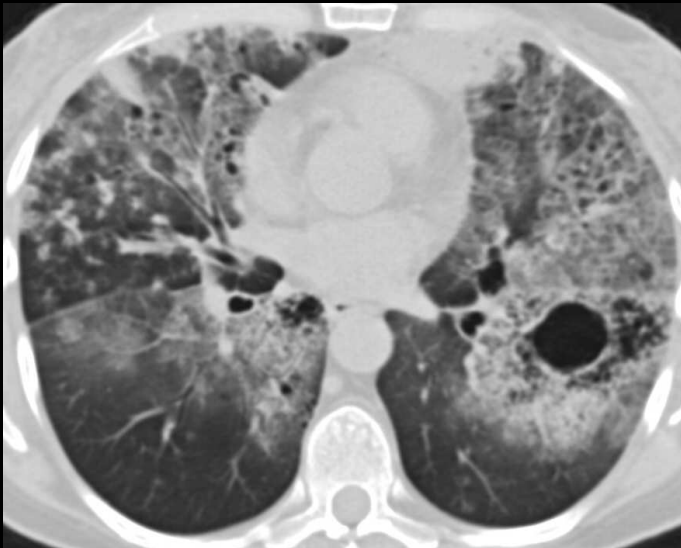


femme de 48ans, hospitalisée pour pneumopathie hypoxémiante , pas de syndrome infectieux , pas de tabagisme ,pas d'antécédents pathologiques , HIV négatif

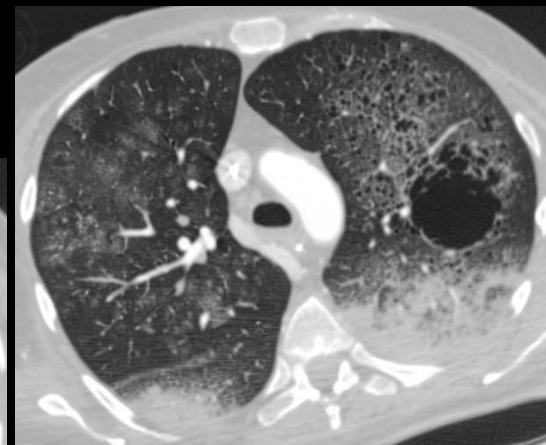
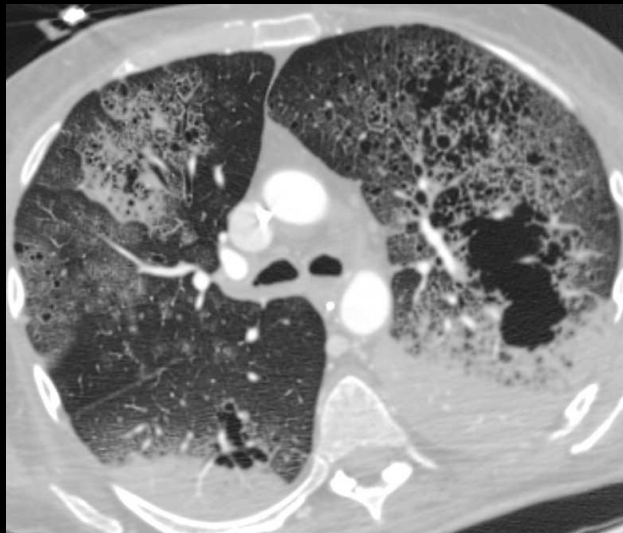
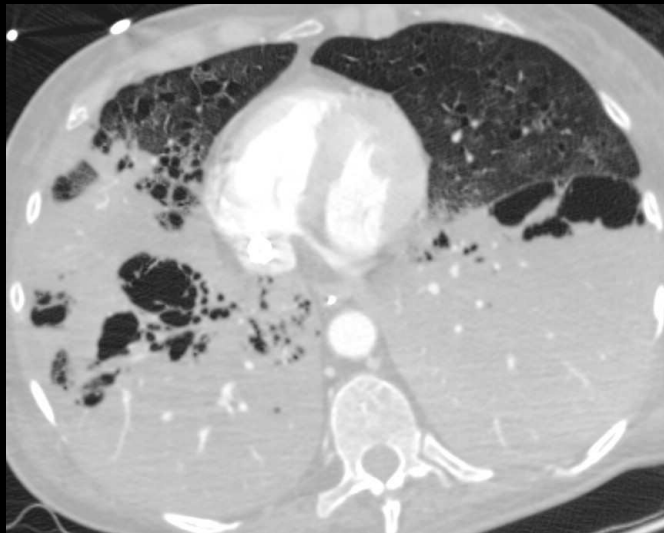


Décembre 2010

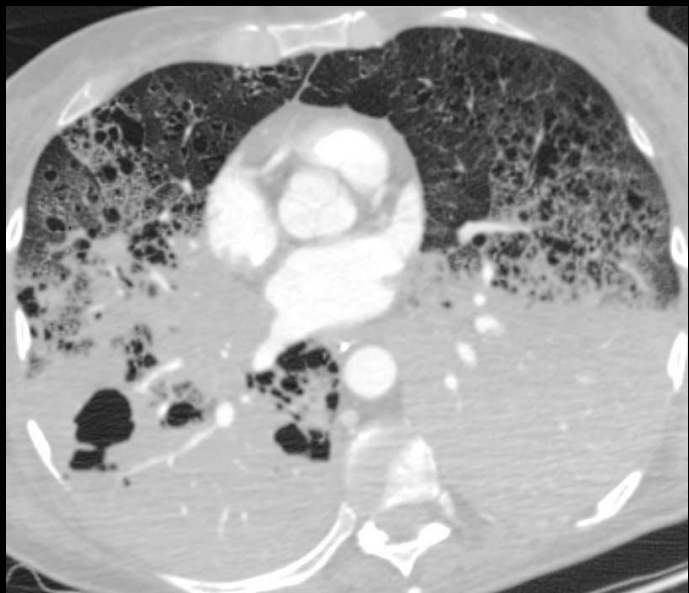


Anne Chanson IHN

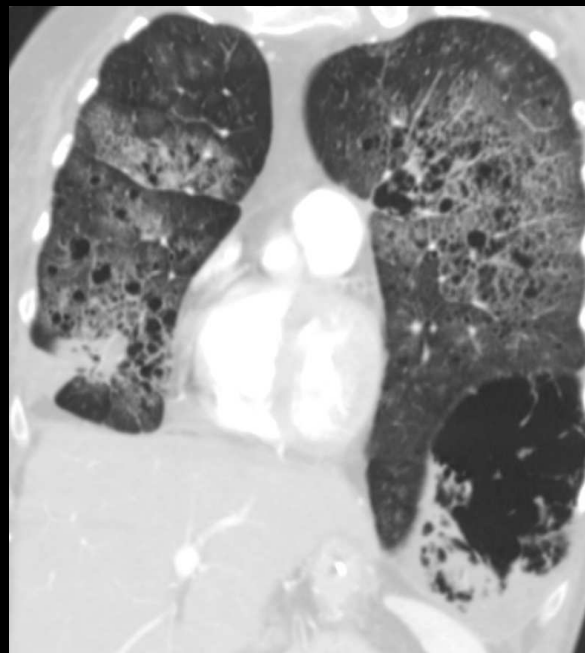
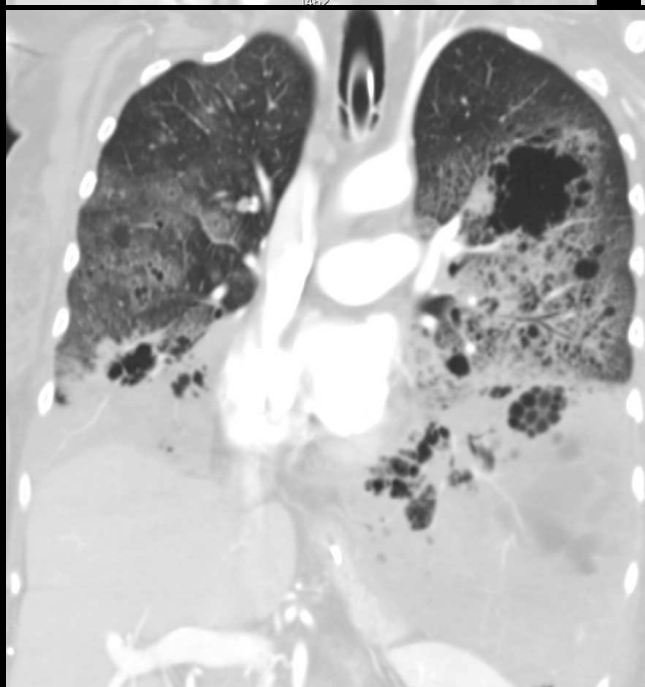
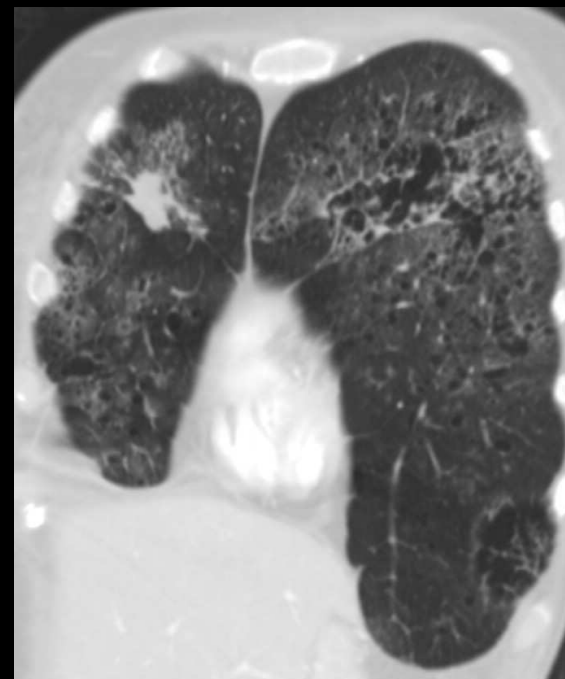
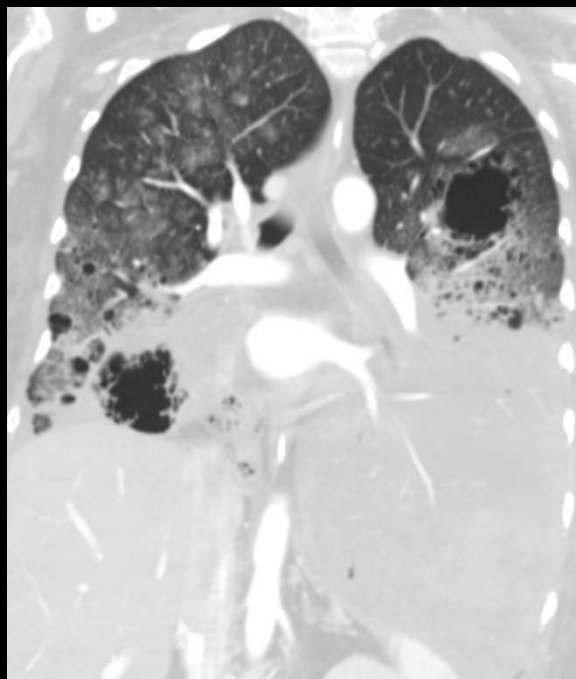
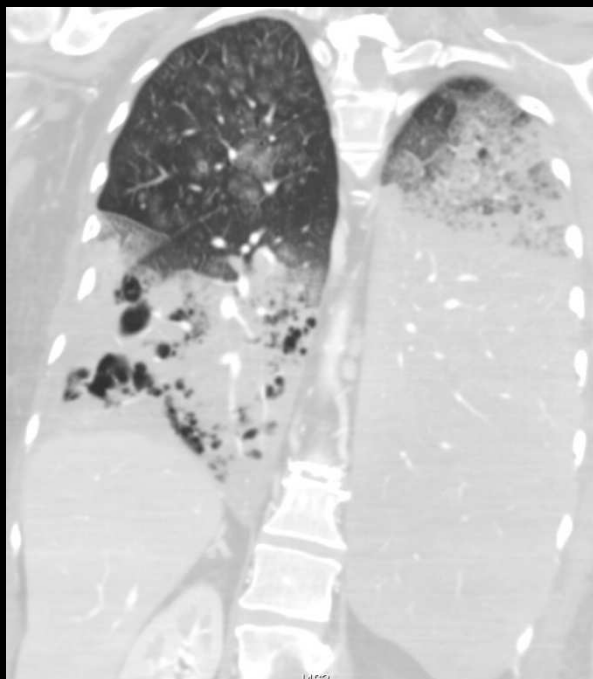
1 mois plus tard



Décrivez les
principaux
éléments
sémiologiques et
formulez vos
suggestions
diagnostiques



- .plages de verre dépoli
- .lésions kystiques
- .zones de consolidation basales postérieures et nodules , s'aggravant rapidement malgré les traitements anti-infectieux et symptomatiques



?

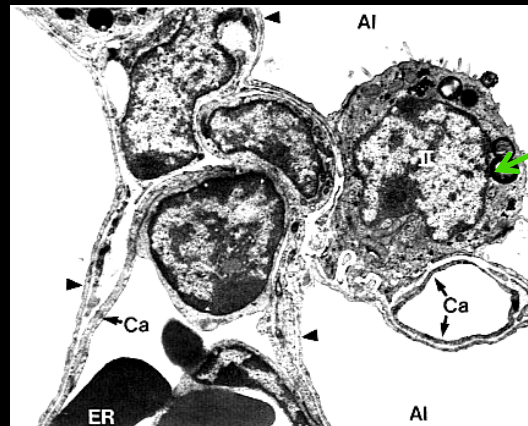
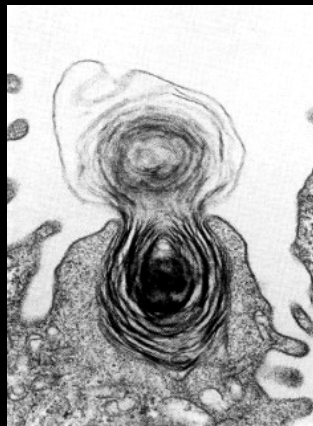
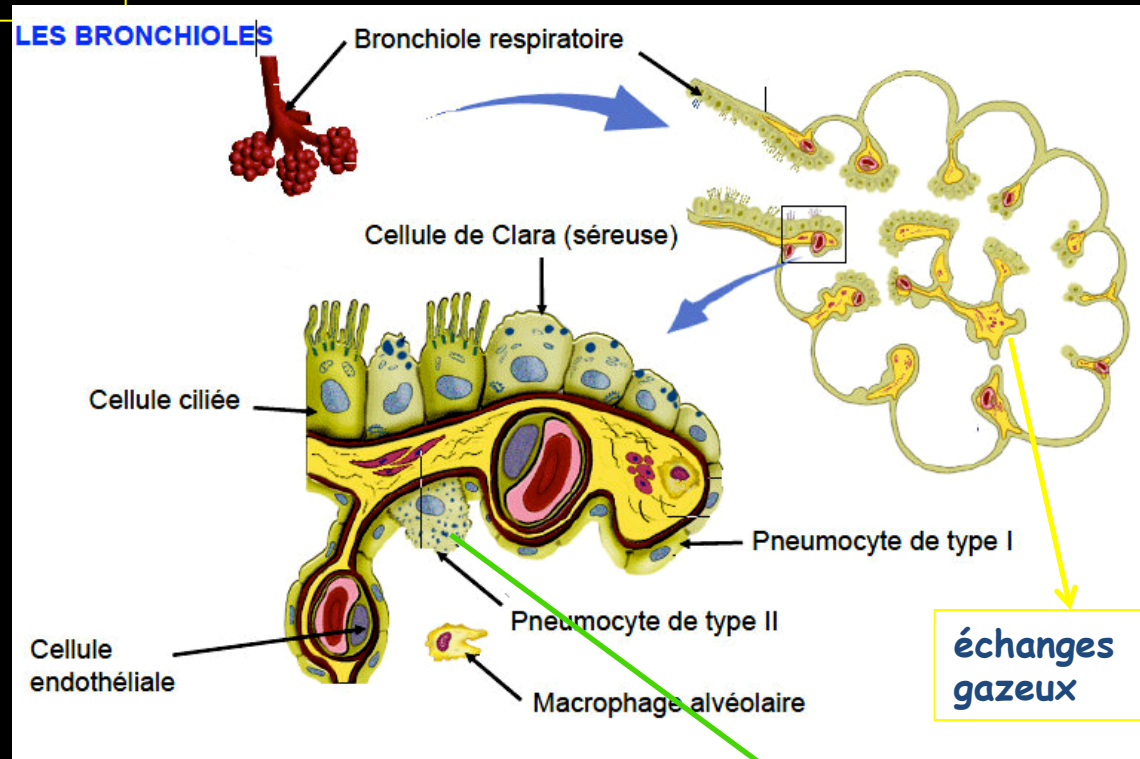
Carcinome
bronchiolo-alvéolaire

Carcinome bronchiolo-alvéolaire

Variété d'adénocarcinome primitif du poumon

Définition histologique :
Prolifération de cellules cylindriques tapissant les parois alvéolaires (**croissance lépidique**) en respectant l'architecture alvéolaire.

Cellules d'origine :
pneumocyte de type II → sécrétion de surfactant
cellule épithéliale bronchiolaire



" grande cellule alvéolaire "

Adénocarcinome bronchique

Acinaire

Papillaire

Massif

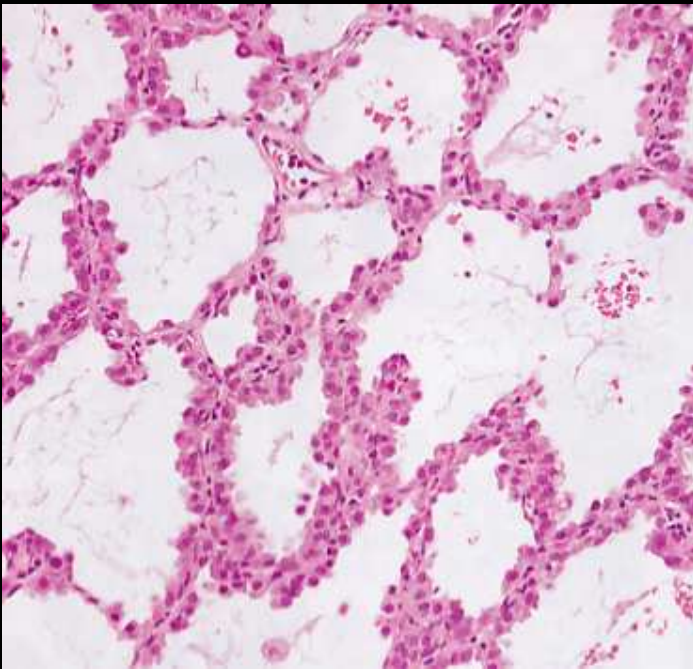
Bronchiolo-alvéolaire

3 types

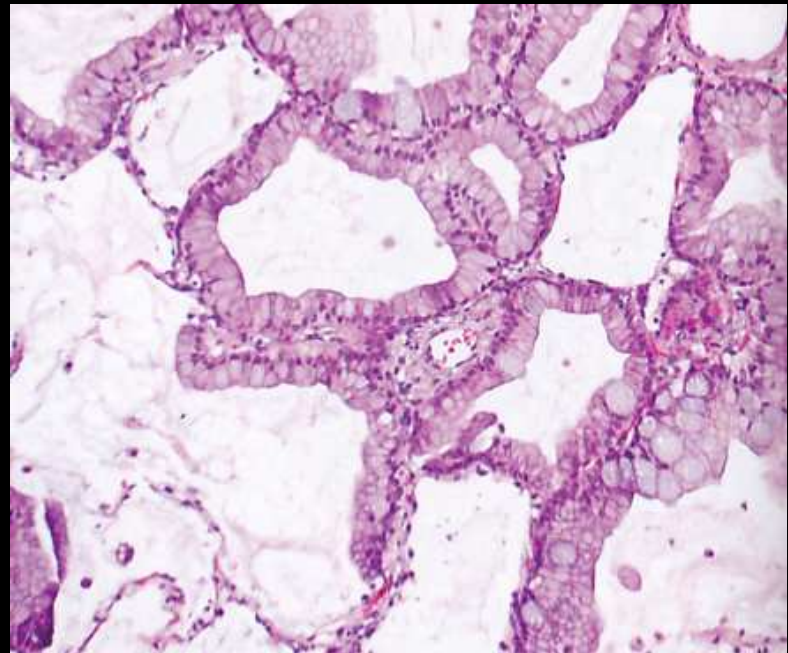
- mucineux (≈ 50% des cas)
- non mucineux (35 %)
- mixtes (rares , 15%)

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 (adénocarcinomes avec contingent
bronchiole-alvéolaire



CBA non mucineux



CBA mucineux

propriétés communes des CBA

-Incidence en augmentation
(>5% des K pulmonaires)

-Terrain

Pas de relation directe avec le tabagisme. âge
moyen > 40 ans.

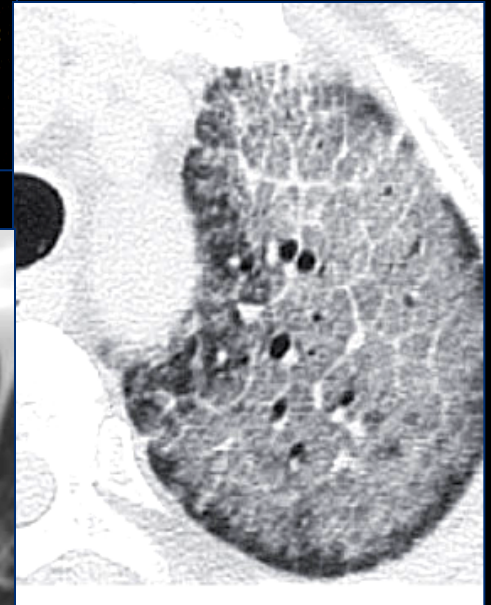
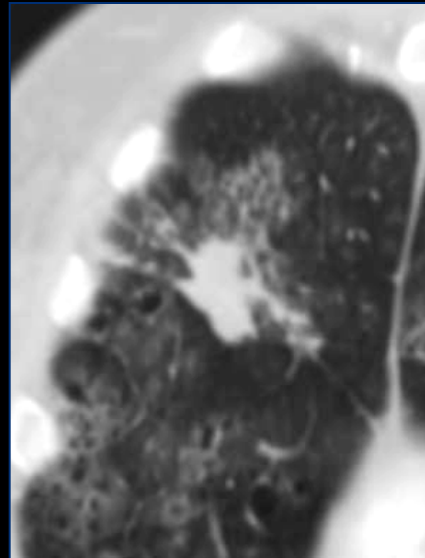
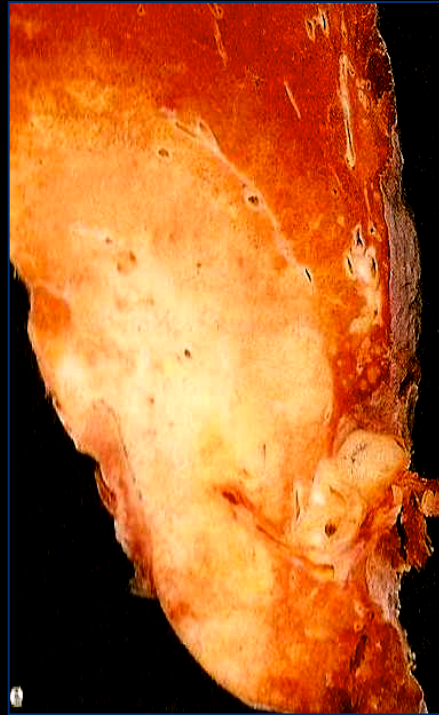
-Respect de l'architecture pulmonaire normale

-Progression

.**bronchogène** vers d'autres lobes/vers le
poumon controlatéral

.**lymphatique** via les septas

-raccordement pleural ↔ réaction
desmoplastique , mais l'atteinte de la
plèvre ,comme celle des vaisseaux et/ou tout
autre caractère d'agressivité , sur la pièce de
résection , doit faire rejeter le diagnostic de
BAC pour celui d'adénocarcinome avec contingent
bronchiolo-alvéolaire (mixte)



CBA

Clinique :

Toux grasse, **bronchorrhée** ⇔ **CBA mucineux**

AEG, dyspnée

Pneumopathie évoluant défavorablement

Classification de Noguchi :

Verre dépoli pur ⇔ ADK remplaçant l'épithélium

Verre dépoli + consolidation ⇔ prolifération fibroblastique

Consolidation ⇔ ADK envahissant l'épithélium

Critères de " bon " pronostic :

Forme localisée/Nodule

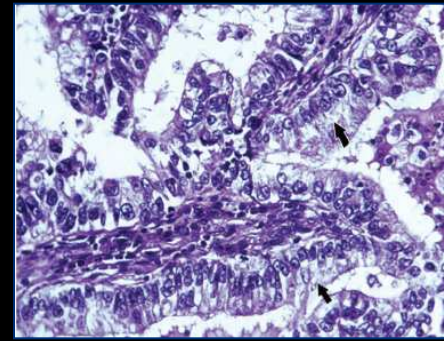
<2cm

Verre dépoli pur

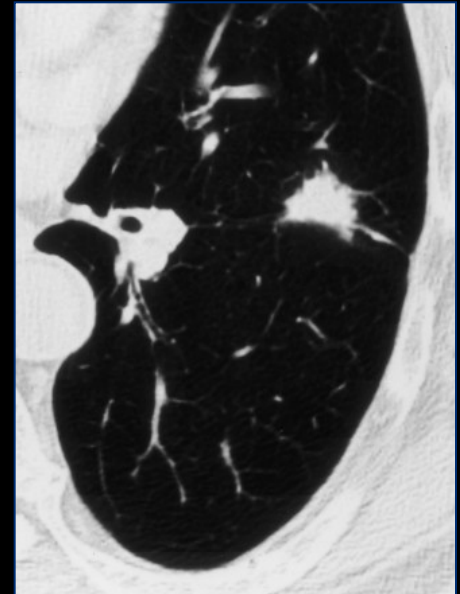
Long temps de doublement



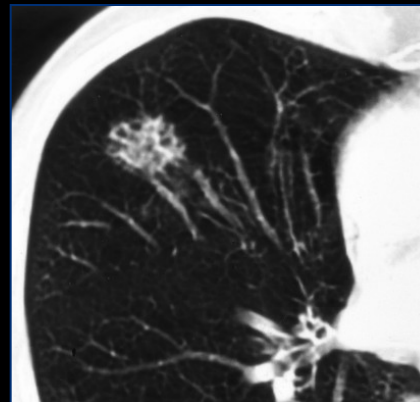
Réséqué → Survie à 5ans : 75%



Cellules épithéliales
néoplasiques
Mucine intra cytoplasmique
Réaction inflammatoire à
PNN



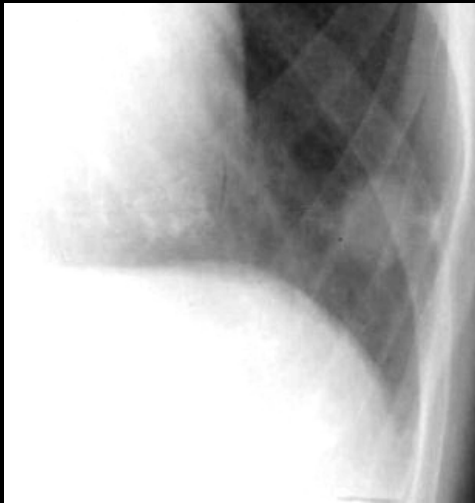
Nodule à raccordement
pleural



Verre dépoli

CBA : aspects polymorphes en imagerie

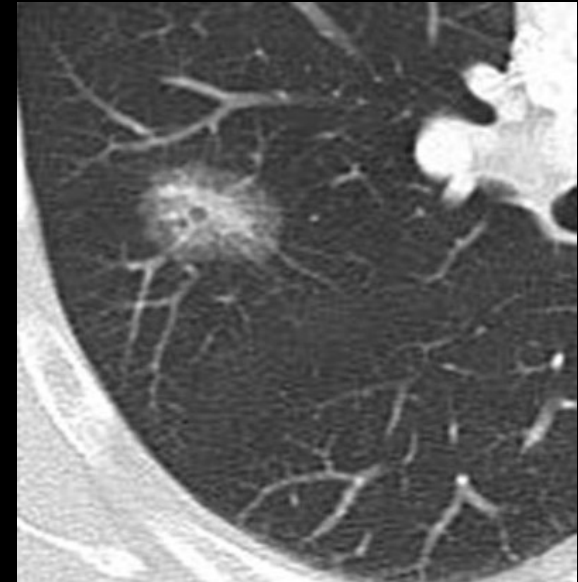
Formes localisées



Nodule à raccordement pleural



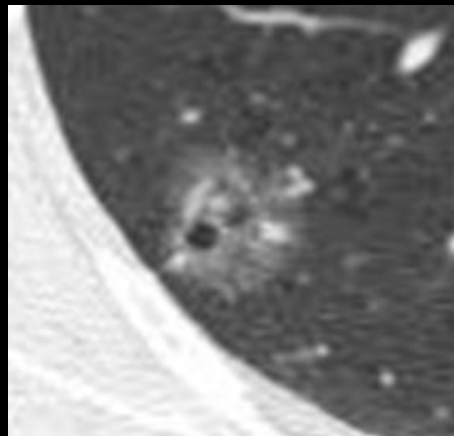
Bronchogramme aérien au sein d'un nodule à bords flous



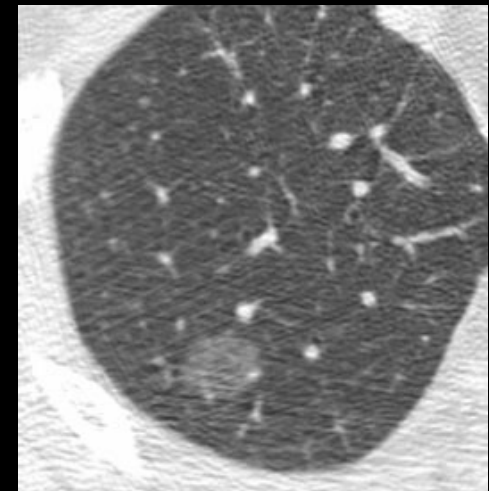
Nodule cerné d'un halo en verre dépoli



Nodule excavé



Zones de transparence bulleuse
" bubbly lucencies "



Verre dépoli pur

formes diffuses (25%)



Opacités en verre dépoli



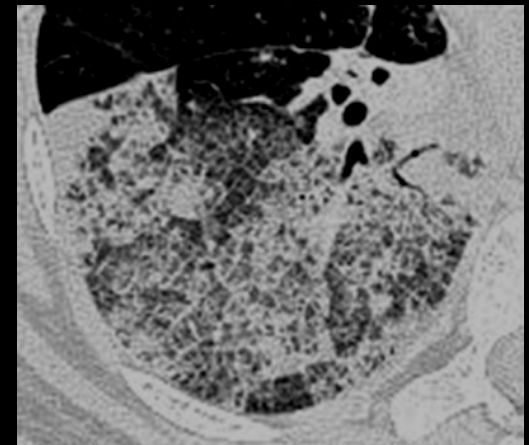
Nodules disséminés



Opacités en verre dépoli + nodules centrolobulaires

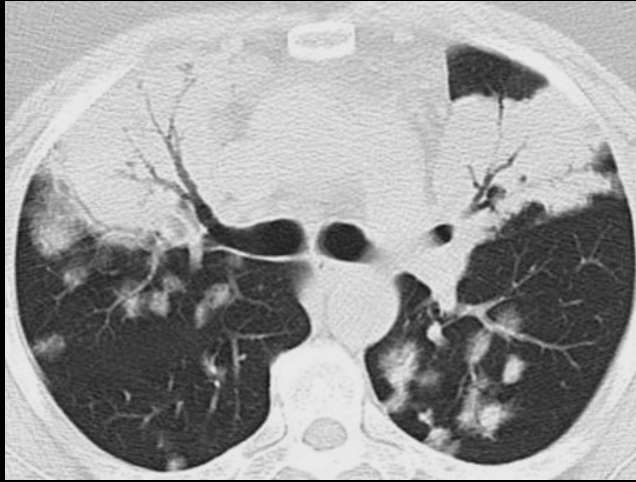


Signe de l'angiogramme : visibilité des vx au sein de la condensation

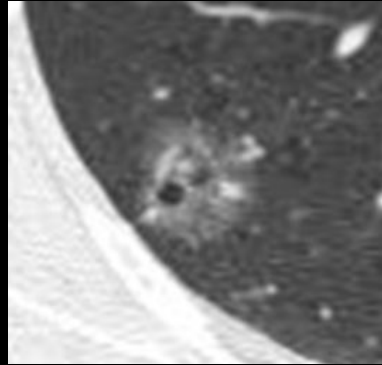


Crazy paving

CBA : les aspects évocateurs



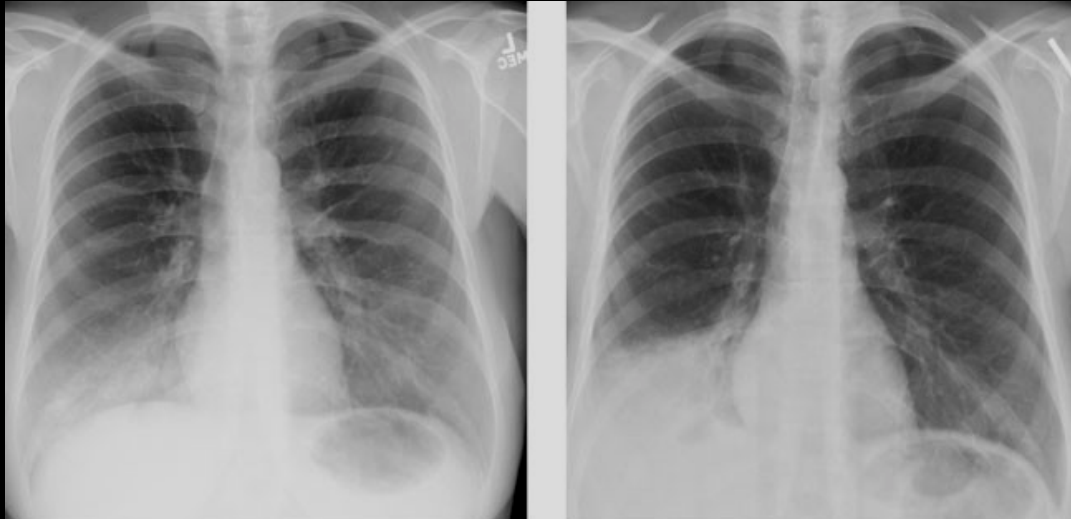
Consolidation persistante avec
bronchogramme aérien + nodules à bords
flous + verre dépoli



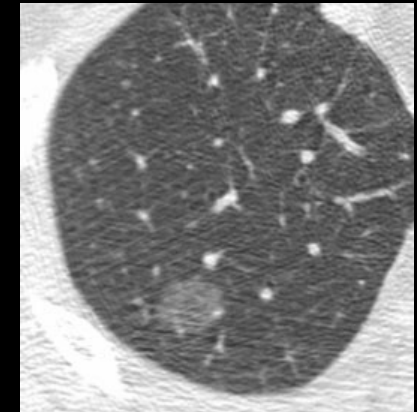
Verre dépoli avec
zones de transparence
bulleuses



Consolidation + verre
dépoli + pseudo-
excavation



Majoration du syndrome de comblement alvéolaire malgré ATB depuis 3 mois



Verre dépoli
pur :
Bonne VPP

CBA : bilan d'extension

Particularités des CBA :

Localisations limitées au parenchyme pulmonaire
(propagation bronchogène) pour les formes pures

Localisations multifocales : 25 % des cas
(vs 5% pour les autres cancers bronchiques)

T4 localisations multiples dans le même lobe

M1 localisations multiples dans plusieurs lobes

Envahissement ganglionnaire, pleural, métastatique extra-thoracique

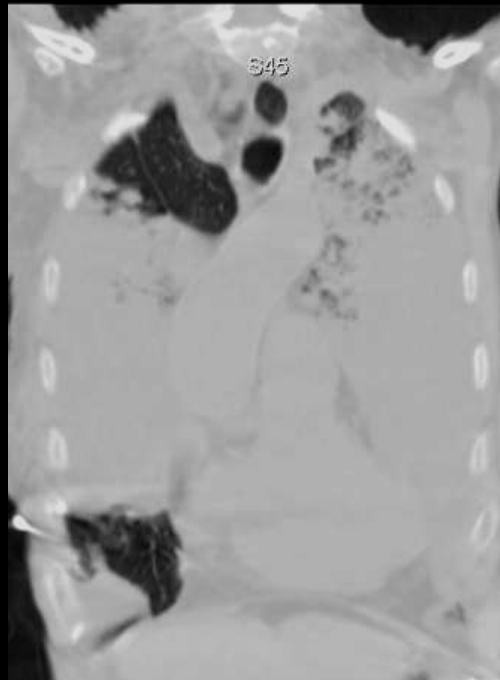
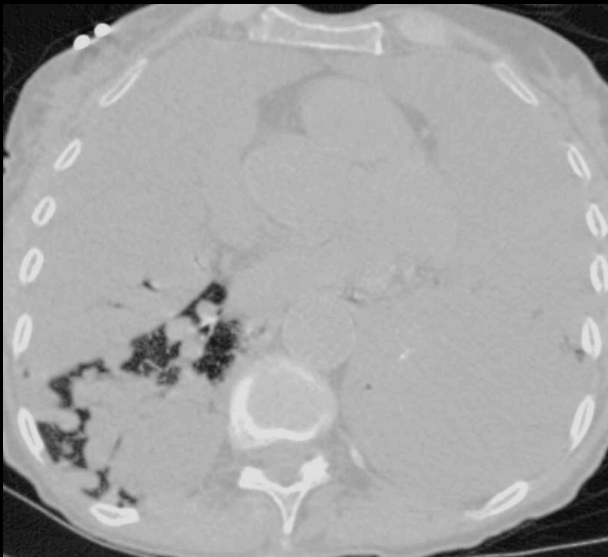
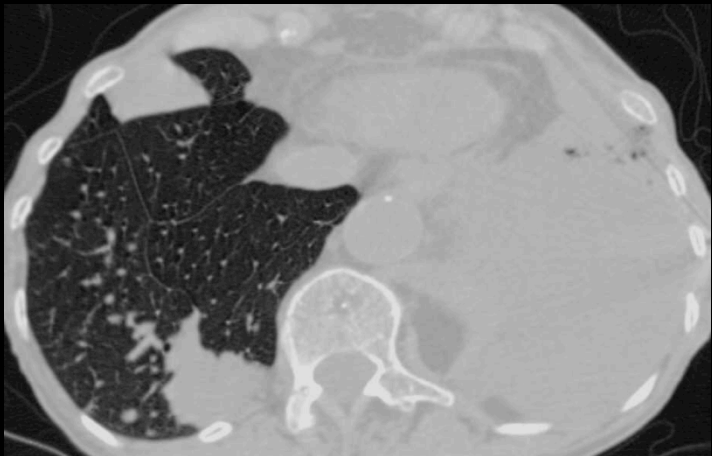
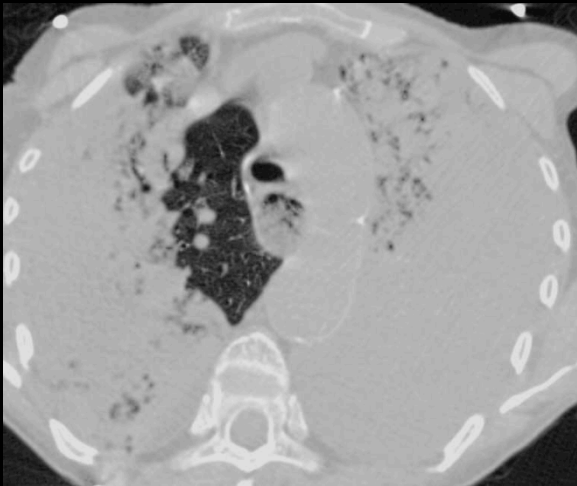
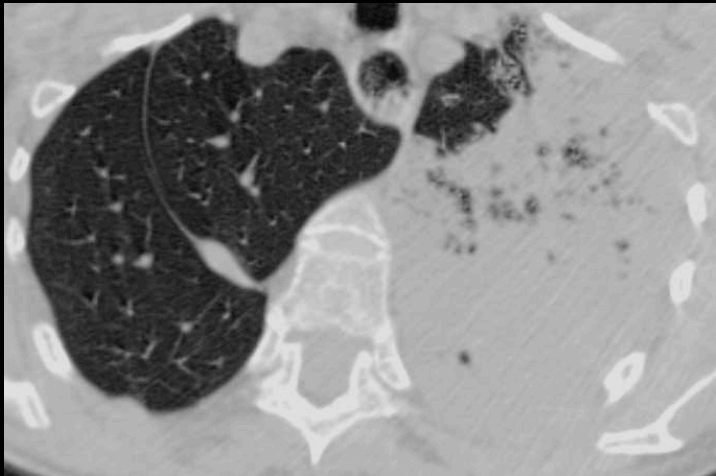
→ ADC de sous-type mixte

+ de localisations osseuses et moins de localisations
surréaliennes et hépatiques // autres adénocarcinomes.

Fréquents faux négatifs en PET-CT



Femme de 84ans, antécédent de LAM.5 ; AEG, dyspnée, toux → SDRA.



Condensations alvéolaires
diffuses, bilatérales.
Aspect pseudo-nodulaires
aux bases

Chlorome?
Infiltration parenchymateuse de la LAM?
CBA?



CBA



Carcinome bronchiolo-alvéolaire - Take home message

y penser devant des lésions polymorphes ne répondant pas au traitement antibiotique

n'est pas associé au tabagisme

Signes très évocateurs :

- bronchogramme aérique au sein

- d'un nodule isolé

- d'une zone de condensation périphérique

- verre dépoli pur persistant

- zones de condensation persistantes (forme pneumonique)

- association nodules diffus + zones de consolidation

Bien différencier sur le plan diagnostique et pronostic le carcinome bronchiole-alvéolaire et l'adénocarcinome invasif avec contingent bronchiole-alvéolaire (sur la pièce opératoire) :
toute atteinte pleurale , lymphatique , ou invasion de l'interstitium exclut le diagnostic de CBA

