

femme 56 ans , suivi d'une pneumopathie chronique révélée par une toux persistante,
dans un contexte de baisse de l'état général avec anorexie et amaigrissement modéré

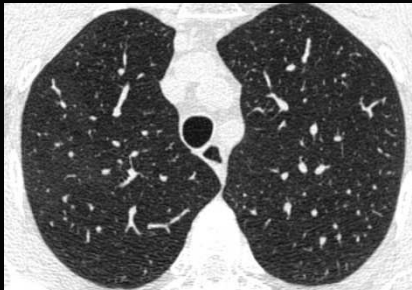
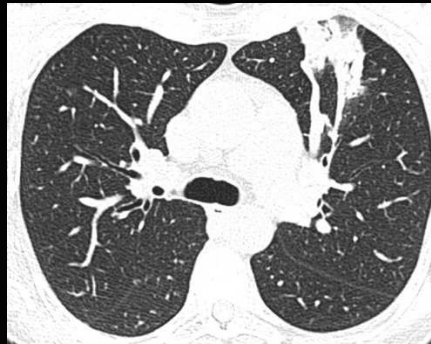
A.OLIVER



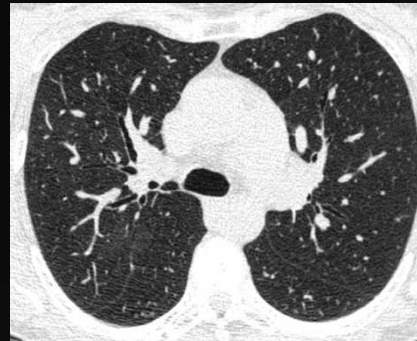
07/12/05



03/07/06

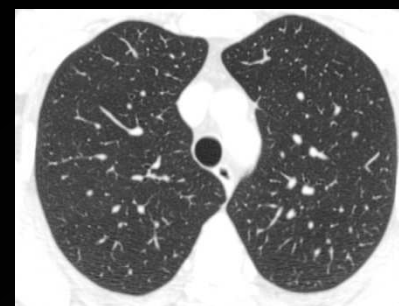


20/08/07

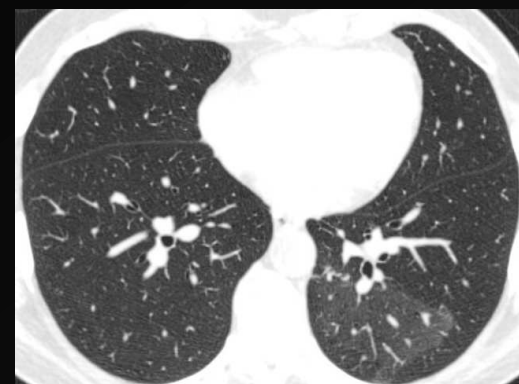
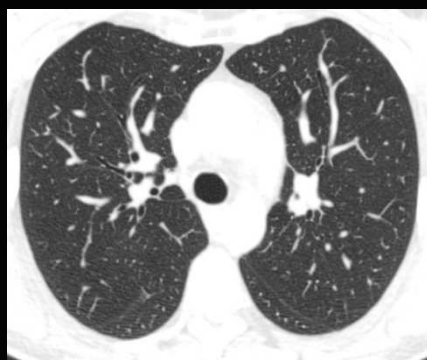




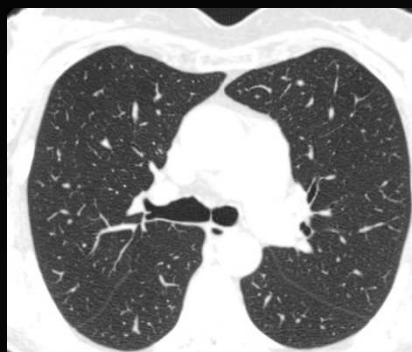
03/07/08



17/09/08



18/08/10



Quels sont les principaux éléments sémiologiques et quelles orientations diagnostiques peut-on suggérer (la patiente ayant bien entendu été traitée durant ces 5 années)



Sur le plan sémiologique , on peut retenir :

- la présence de **zones de consolidation bilatérales** variant dans le temps (**migratrices**) , assez souvent broncho centrées (bronchogramme aérique présent)

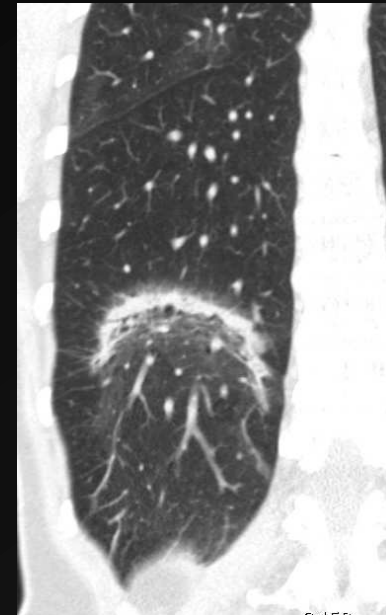
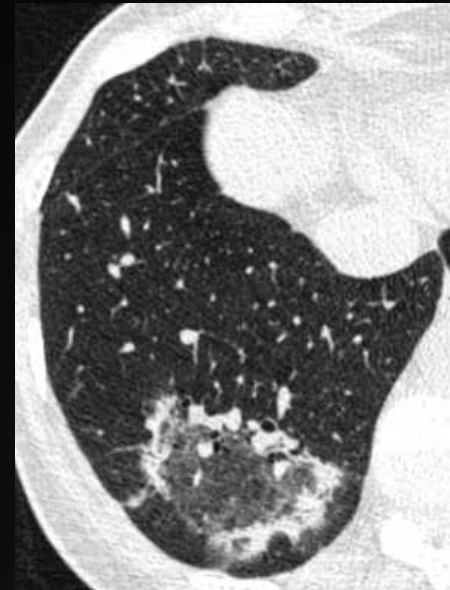
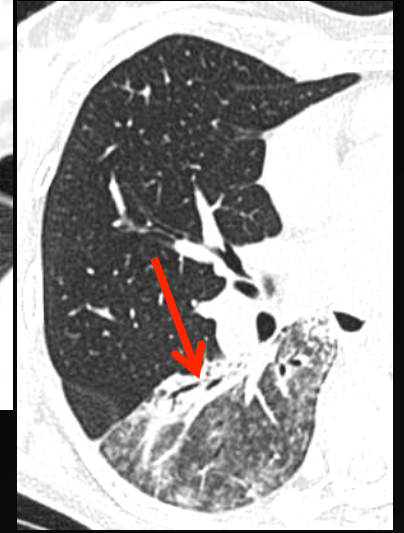
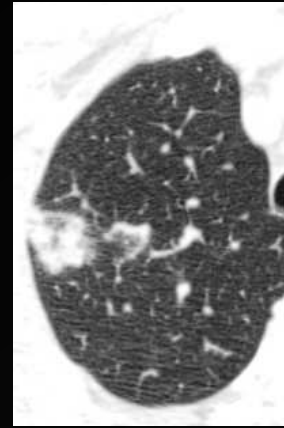
- de **siège** préférentiellement **sous pleural**

- des **plages de verre dépoli** d'évolution analogue

- la préservation des volumes pulmonaires (absence de rétraction ou de distension majeures)

- dans le cas présenté on observe une "lévitation" des zones de consolidation (qui migrent progressivement des bases vers les sommets) déjà rapportée dans la littérature

- on observe également un aspect qui a été initialement décrit comme spécifique de cette pathologie mais dont on sait maintenant qu'on peut le rencontrer dans bien d'autres affections (Wegener en particulier) : **le halo inversé** ;
plage de verre dépoli entouré d'une condensation alors qu'habituellement le verre dépoli entoure les plages de condensation ou les nodules parenchymateux



pneumonie organisée (le C tend à disparaître) ou COP: Cryptogenic Organizing Pneumonia

Synonyme: bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia
(BOOP)

atteinte idiopathique interstitielle et des bronches distales prenant des aspects de pneumopathie .

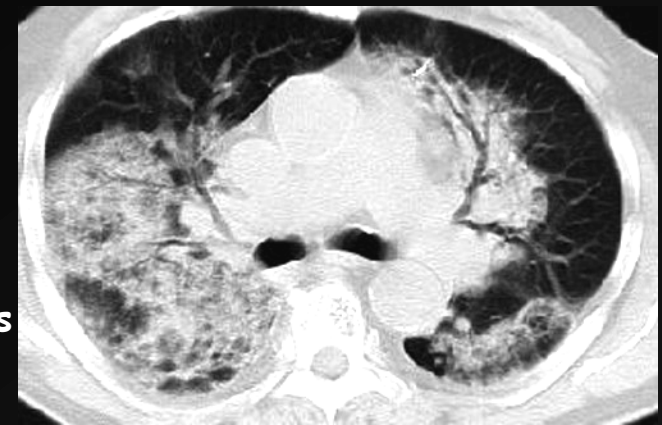
la physiopathologie reste inconnue mais on peut considérer qu'il s'agit d'une **caricature d'un processus de réparation** analogue à une chéloïde pour une réparation cutanée

H=F 50 à 60 ans ; incidence < 10 / 100 000 patients hospitalisés

Clinique : subaigüe, fièvre, toux, perte de poids, dyspnée ,sd grippaux

Biologie : sd inflammatoire VS et CRP élevées, polynucléose neutrophile

Evolution : répond généralement à la corticothérapie , en quelques jours pour la clinique , quelques semaines pour les images CT mais récurrences fréquentes (50 % des cas)



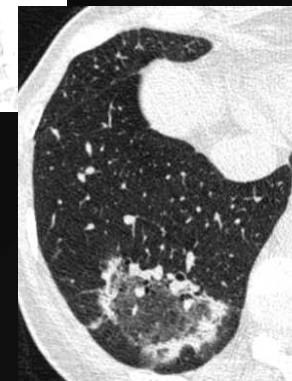
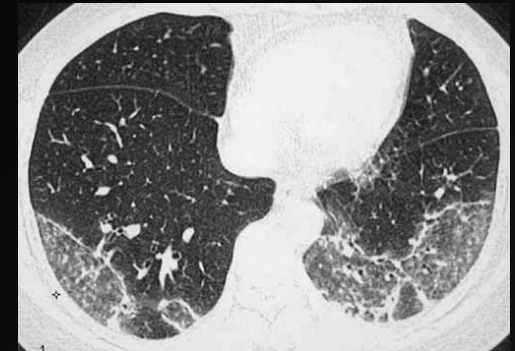
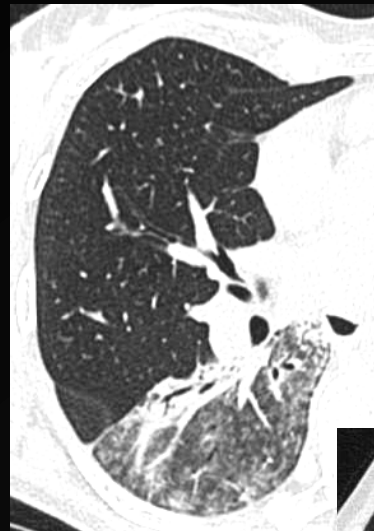
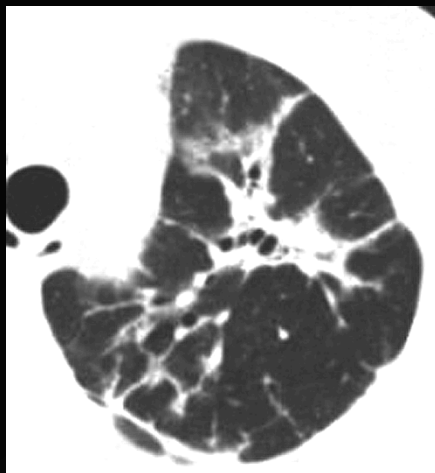
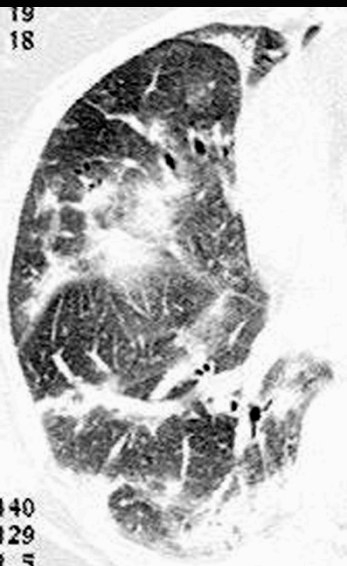
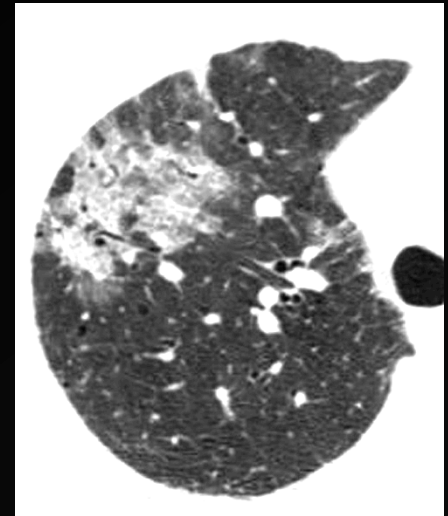
Imagerie de la PO

lésions **bilatérales**, **périphériques** sous pleurales, basales, **migratoires** ; lévitation possible

consolidation +/- verre dépoli et **bronchogramme aérique**

atteintes périlobulaires entraînant des épaissements septaux bordés d'une bande de condensation alvéolaire

"halo inversé"



il n'existe pas de facteur prédisposant dans la PO "idiopathique".

par définition , il faut éliminer les formes secondaires : réponse exubérante et caricaturale du parenchyme pulmonaire à des agressions diverses :

- .une immunodépression
- .une pneumopathie infectieuse (virale, bactérienne ou fongique),
- .une transplantation d'organe (moelle osseuse, poumon , foie),
- .une pneumopathie médicamenteuse (sels d'or, cordarone, interféron, acébutolol, bléomycine, mais aussi avec la mitomycine, le tacrolimus, le méthotrexate et le cyclophosphamide) ou
- .une origine toxique (Paraquat, colorants dans l'industrie textile, cocaïne),
- .une MICI :rectocolite hémorragique, Crohn
- .une vascularite (LEAD) ,
- .une collagénose (polyarthrite rhumatoïde, dermatopolymyosite , Gougerot-Sjôgren)
- une radiothérapie (sein).
- .une inhalation de fumées toxiques

....

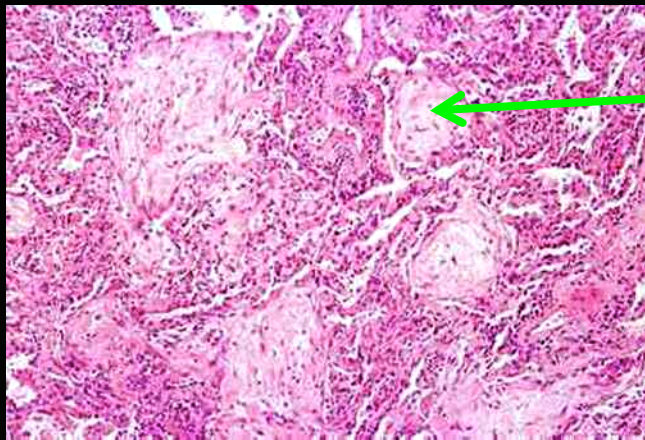
anatomie pathologique de la PO

:

formations tissulaires polypoïdes granulomateuses dans la lumière des bronchioles

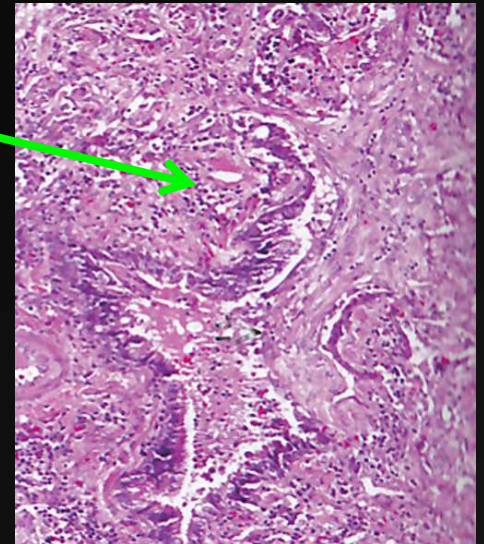
s'étendant , via les pores de Kohn aux alvéoles adjacentes (aspect "en papillon") à l'origine de la pneumonie organisée , constituée d'un amas de cellules mononucléées et de macrophages spumeux intra alvéolaires .

les corps de Masson sont des formations fibro-collagènes jeunes associées à l'infiltrat inflammatoire



bouchons polypoïdes obstruant les lumières bronchiques et détruisant les parois

propagation aux alvéoles adjacentes de l'infiltration granulomateuse



take home message

La pneumonie organisée est une **réaction histologique commune** pouvant être associée à des infections , des connectivites , des MICI , des inhalations , des réactions aux médicaments , des irradiations , des pneumopathies de déglutition . Ces diagnostics doivent être éliminés pour porter celui de PO cryptogénétique

Les POC représentent 4 à 12 % des pneumopathies infiltrantes idiopathiques

Les manifestations cliniques peuvent simuler une pneumonie bactérienne : toux , dyspnée , état subfébrile

Le diagnostic de POC implique la confrontation des données cliniques , radiologiques et anatomo-pathologiques si nécessaire

Les **images caractéristiques en CT HR** sont :

.les lésions de **condensation parenchymateuse bilatérales** ,simulant une broncho-pneumonie , **non modifiées par les antibiotiques (60 à 90 % des cas)** ,associées à du verre dépoli dans 60 % des cas

.de siège **sous pleural et/ou péribronchiques (60 à 80 % des cas)**

.fréquemment associées à des **opacités périlobulaires (polygonales)** (60 % des cas)

.le **halo inversé** est vu dans 20 % des cas ; des **nodules de 1 à 10 mm chez 30 à 50 % des patients** .

