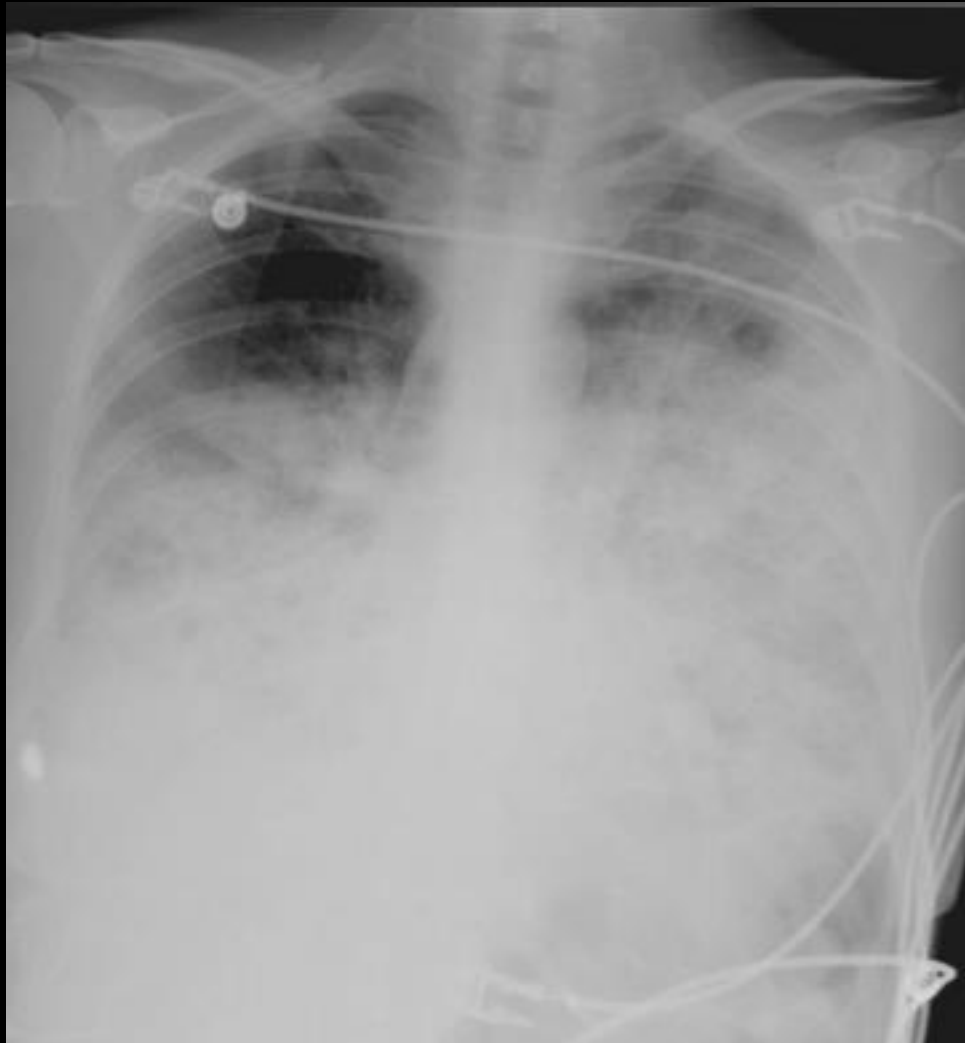
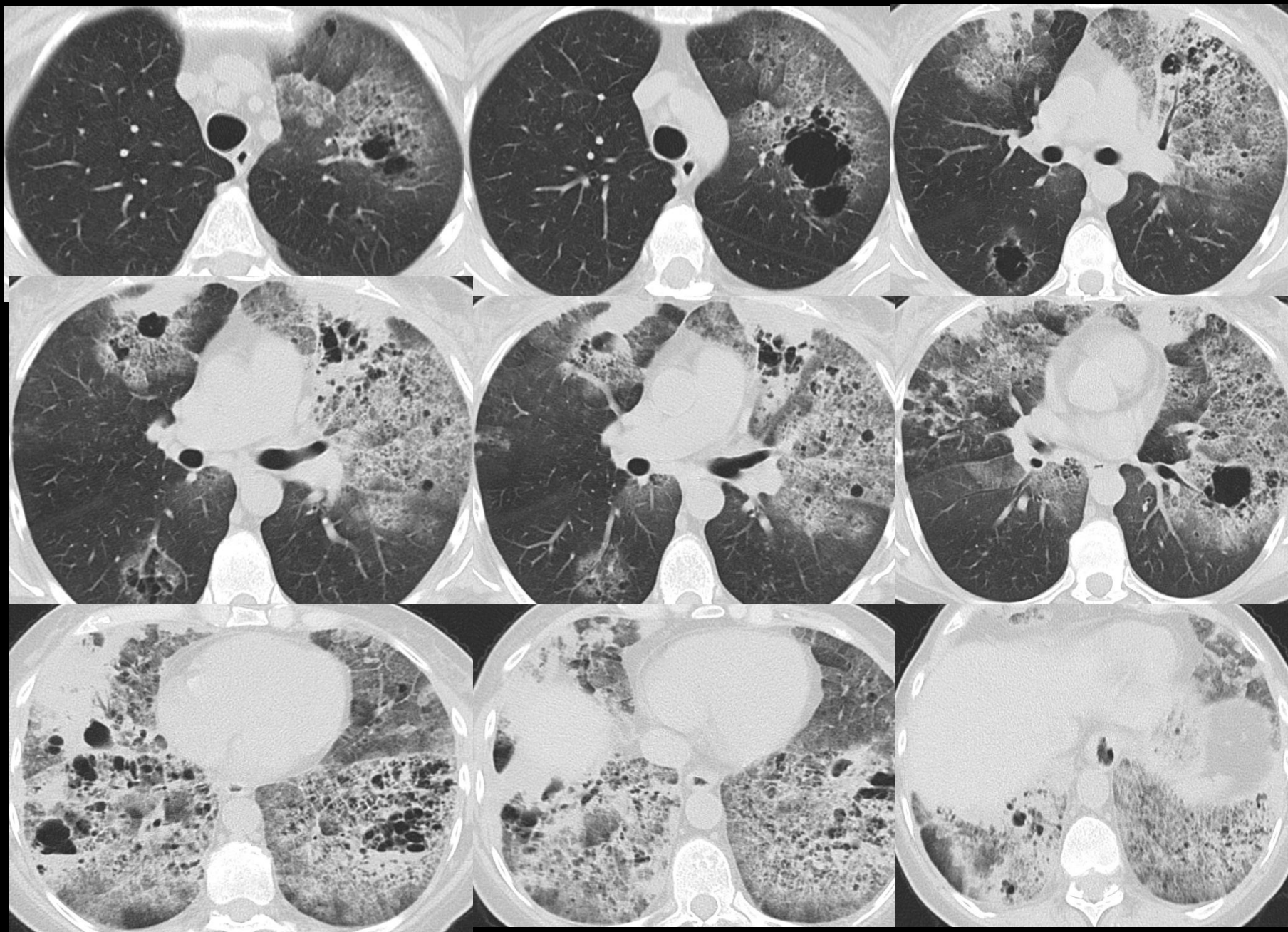
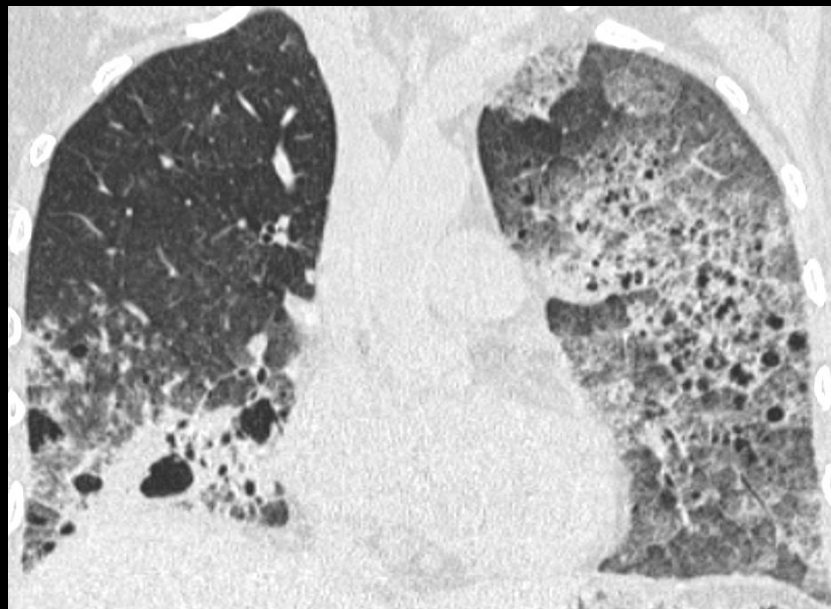


Femme de 48 ans sans ATCD, non fumeuse, qui présente depuis 1 mois une toux, initialement à la prise alimentaire et devenue constante. Elle présente un SDRA sévère.

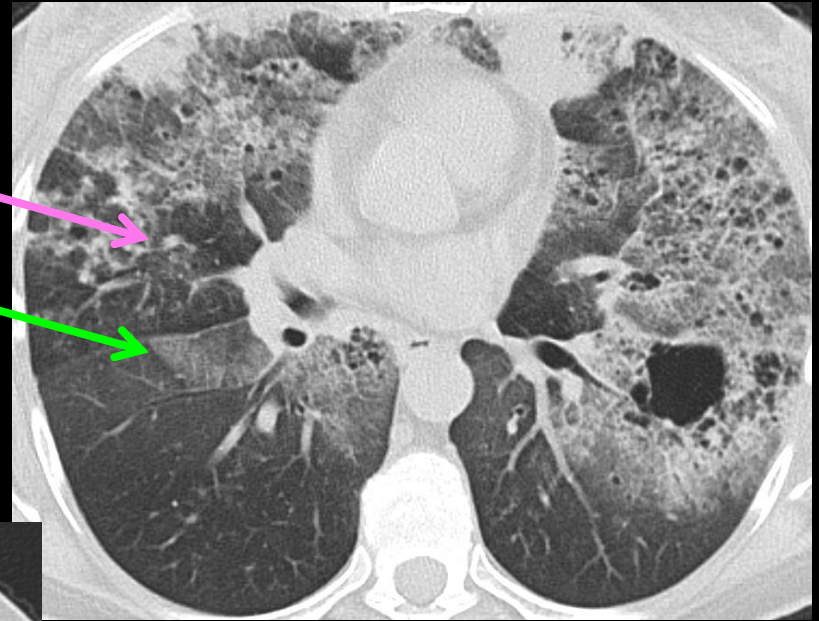






Quels sont les éléments sémiologiques pertinents à retenir ?

- 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

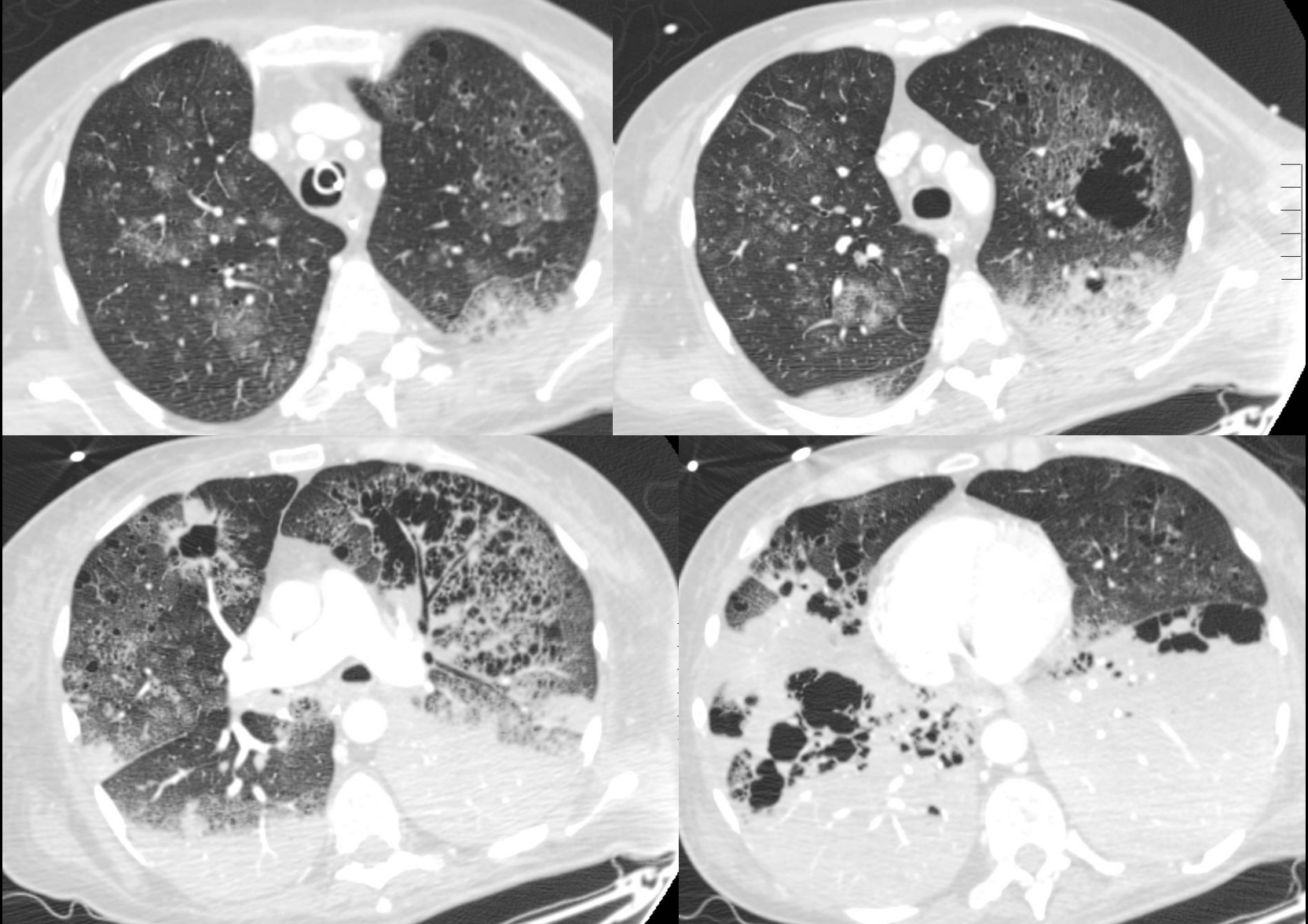
pneumopathie immuno-allergique aiguë

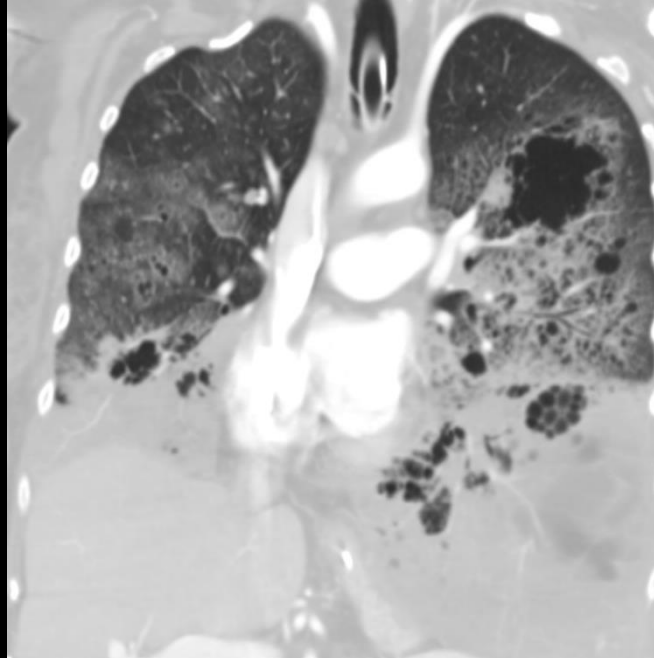
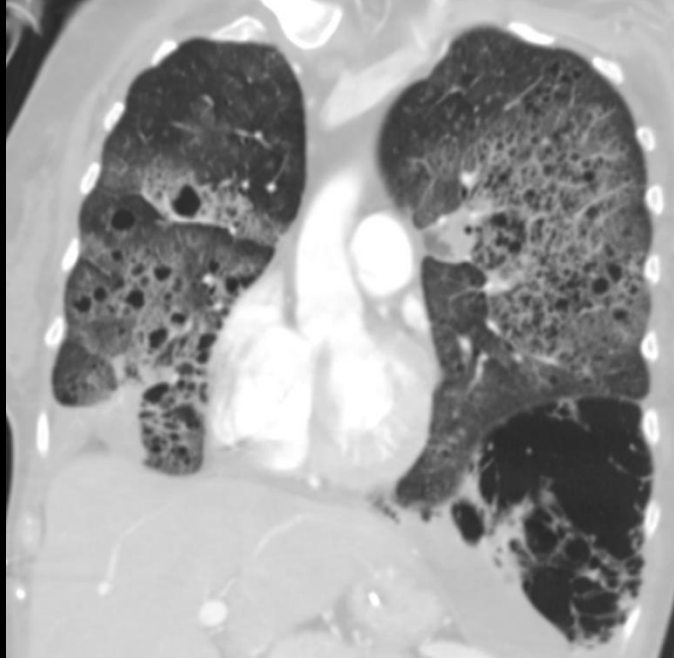
silicoprotéinose

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

adénocarcinome mucineux invasif
(ancien carcinome bronchiolo-alvéolaire mucineux)

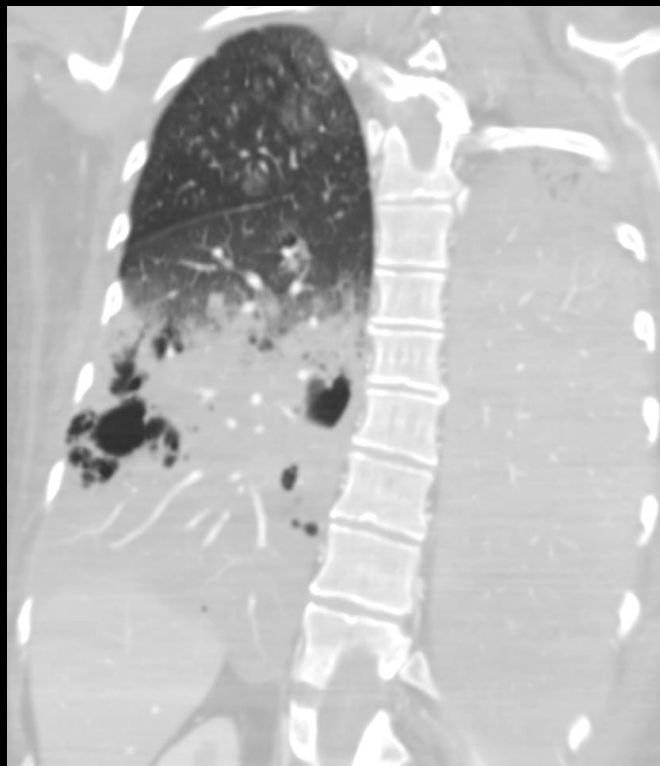
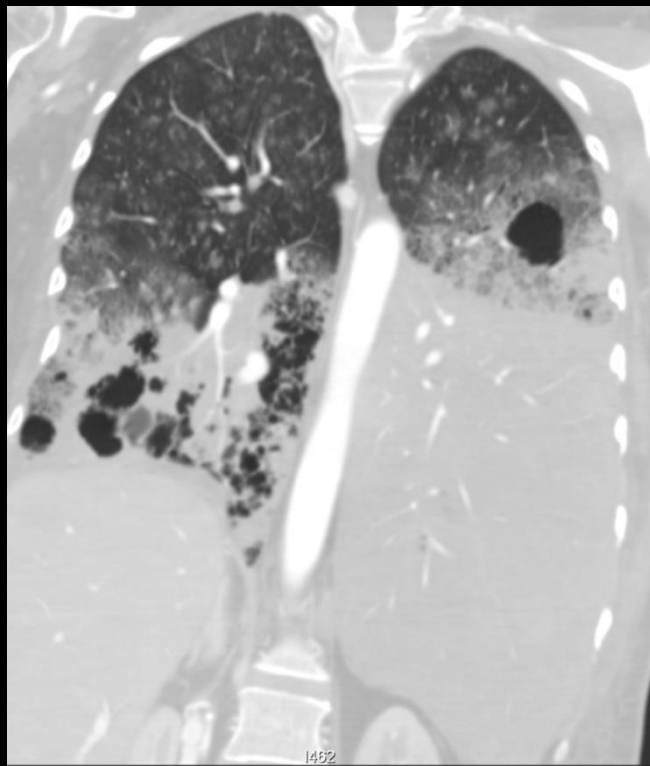
Le diagnostic porté est celui de **PID hypoxémiante diffuse**. Une quintuple antibiothérapie est débutée. L'état de la patiente se dégrade : elle est transférée en USIR. Son support ventilatoire a nécessité la mise sous ECMO.



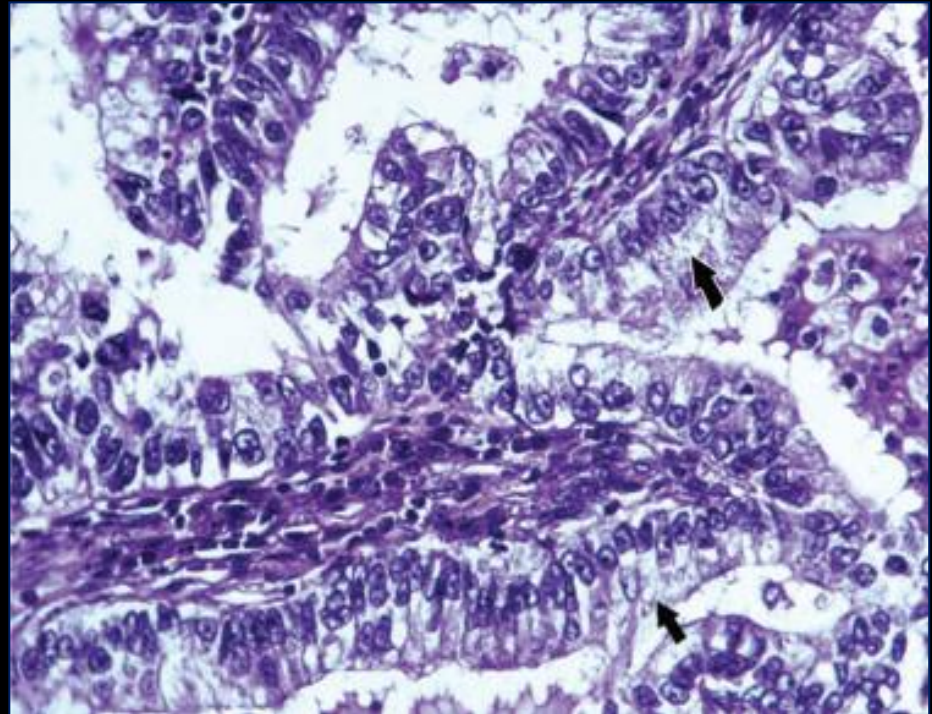
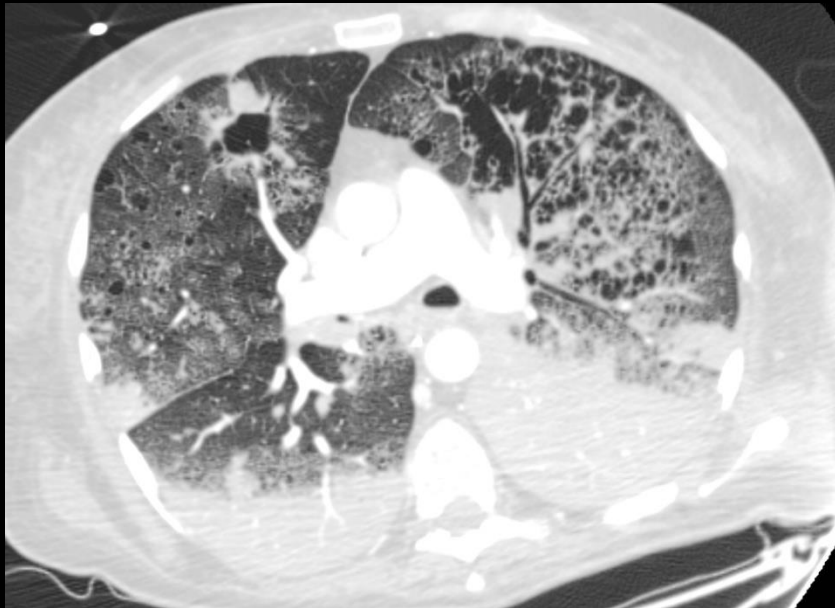


Le bilan étiologique
est négatif :

- 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

Classification IASLC/ATS/ERS des adénocarcinomes bronchiques.

2011

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

3 types :

mucineux (50%) plutôt diffus
non mucineux (35%), plutôt localisé
mixtes (15%)

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

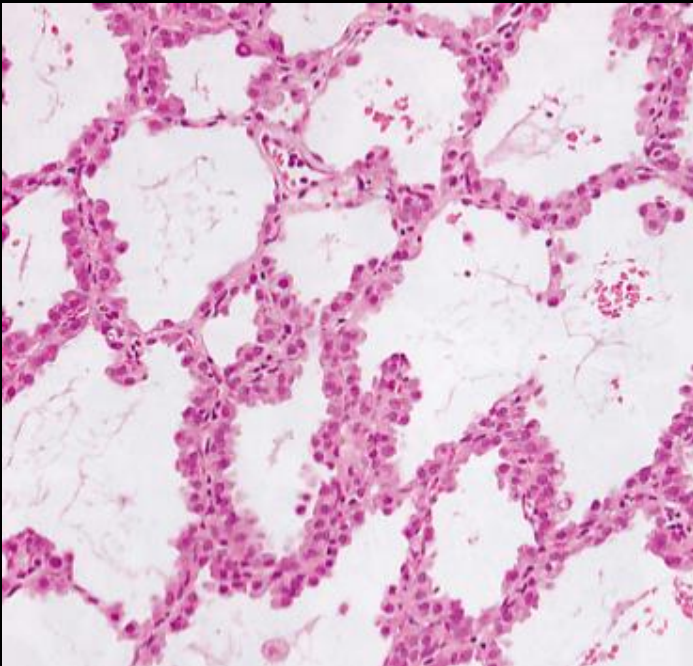
Bronchiolo-alvéolaire

3 types

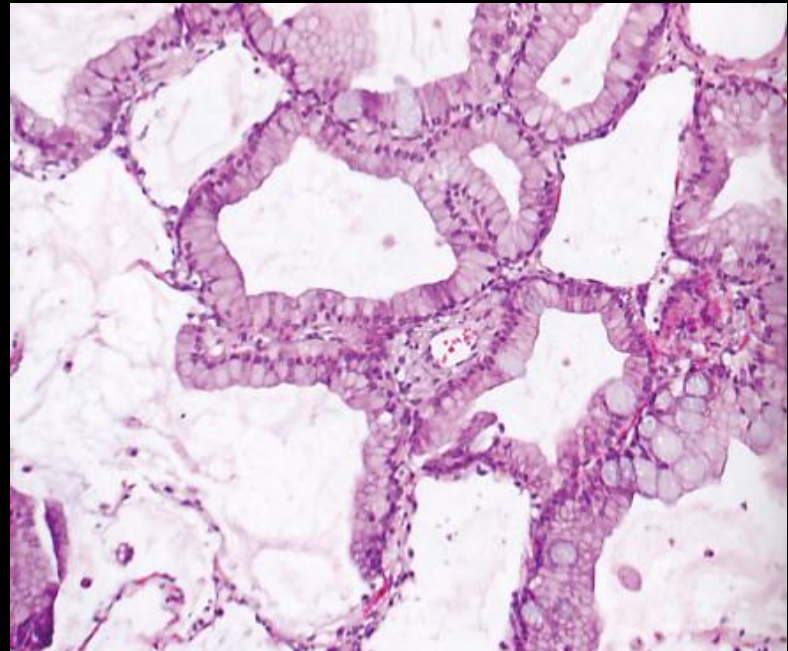
- mucineux (≈ 50% des cas)
- non mucineux (35 %)
- mixtes (rares , 15%)

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)



CBA non mucineux



CBA mucineux

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 :

Multifocalité fréquente : 25% des cas

Faible potentiel métastatique, **localisations secondaires osseuses ++**

Message 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

