

**Nouvelle classification des
pneumopathies interstitielles diffuses
ERS/ATS 2025 et implications dans la
prise en charge**

UIP

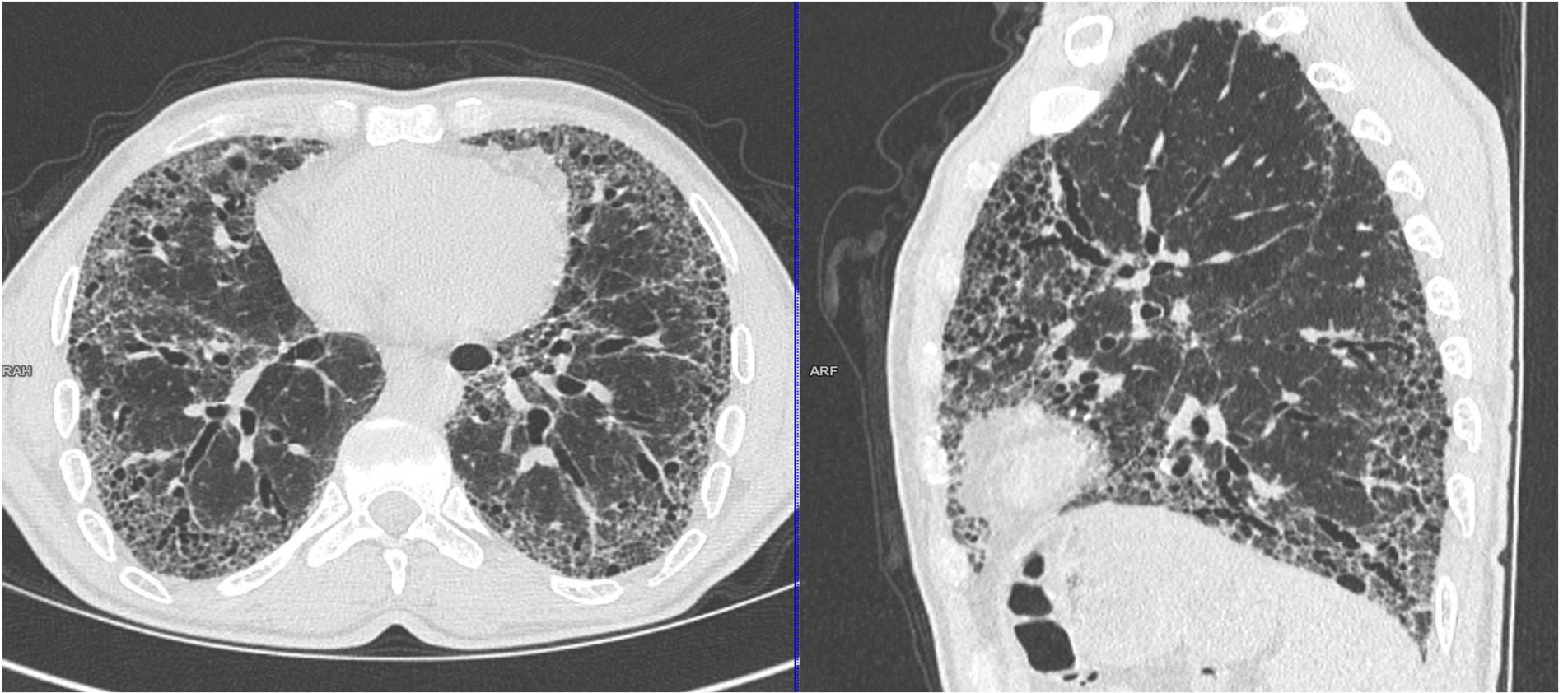


Fig A : PID dont le pattern cadre avec une UIP, associant des lésions de rayon de miel, une distorsion architecturale et scissurale, des broncheectasies et bronchiolectasies par traction, des lignes septales irrégulières et des réticulations intralobulaires. Ces lésions prédominent au niveau de la corticale pulmonaire avec un gradient apico-basal.

Pneumopathie interstitielle non spécifique

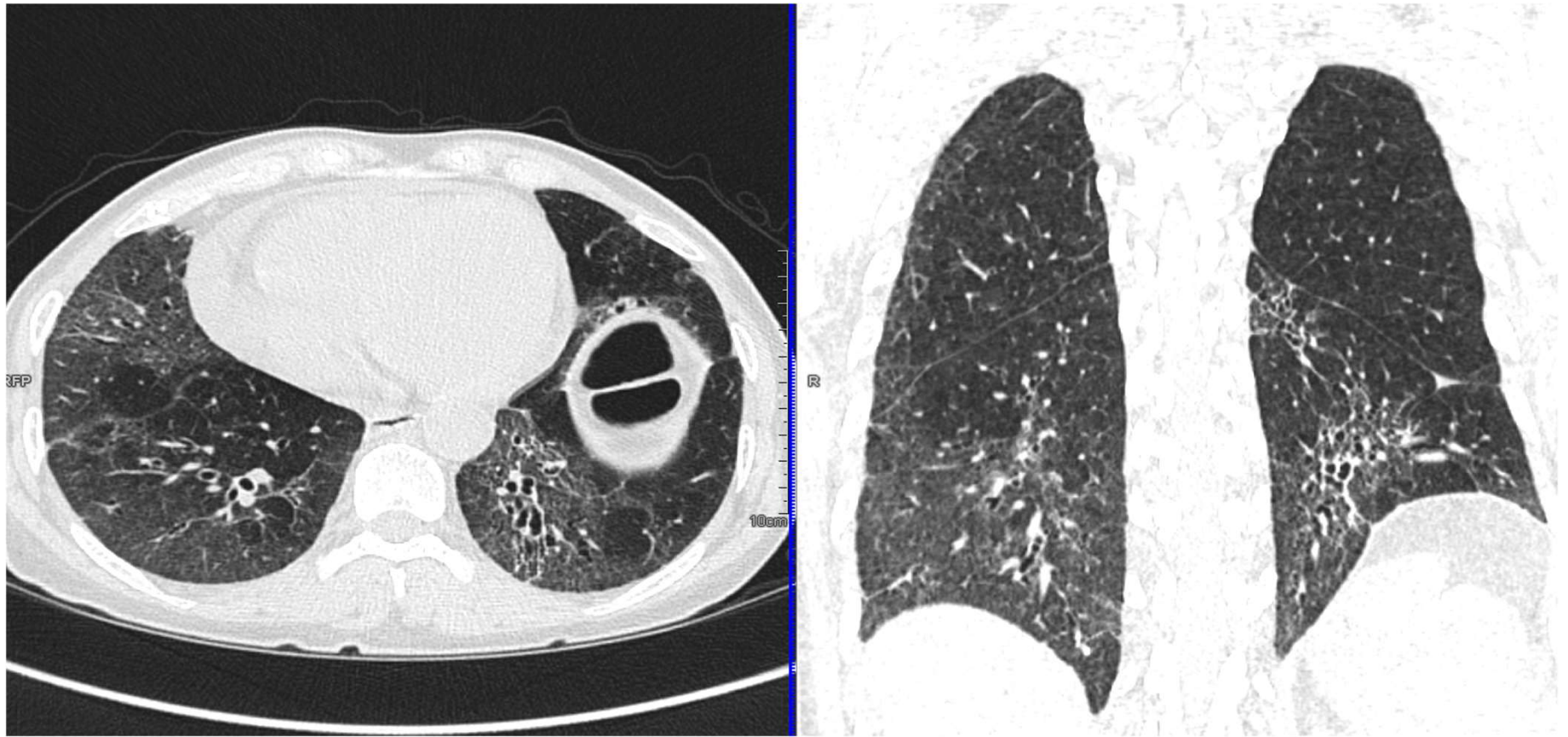


Fig B : PID dont le pattern cadre avec une PINS, associant des plages d'hyperdensité en verre dépoli corticale et médullaire avec épargne d'une fin liseré cortical, une distorsion architecturale et scissurale, des broncheectasies et bronchiolectasies par traction, des lignes septales irrégulières et des réticulations intralobulaires. Ces lésions prédominent au niveau de la corticale pulmonaire avec un gradient apico-basal.

Pneumopathie interstitielle bronchiolocentrique (BIP, ancienne pneumopathie d'hypersensibilité)



Fig C : PID dont le pattern cadre avec une BIP / PHS, associant des signes de fibrose pulmonaire et un piégeage expiratoire significatif.

Pneumopathie organisée

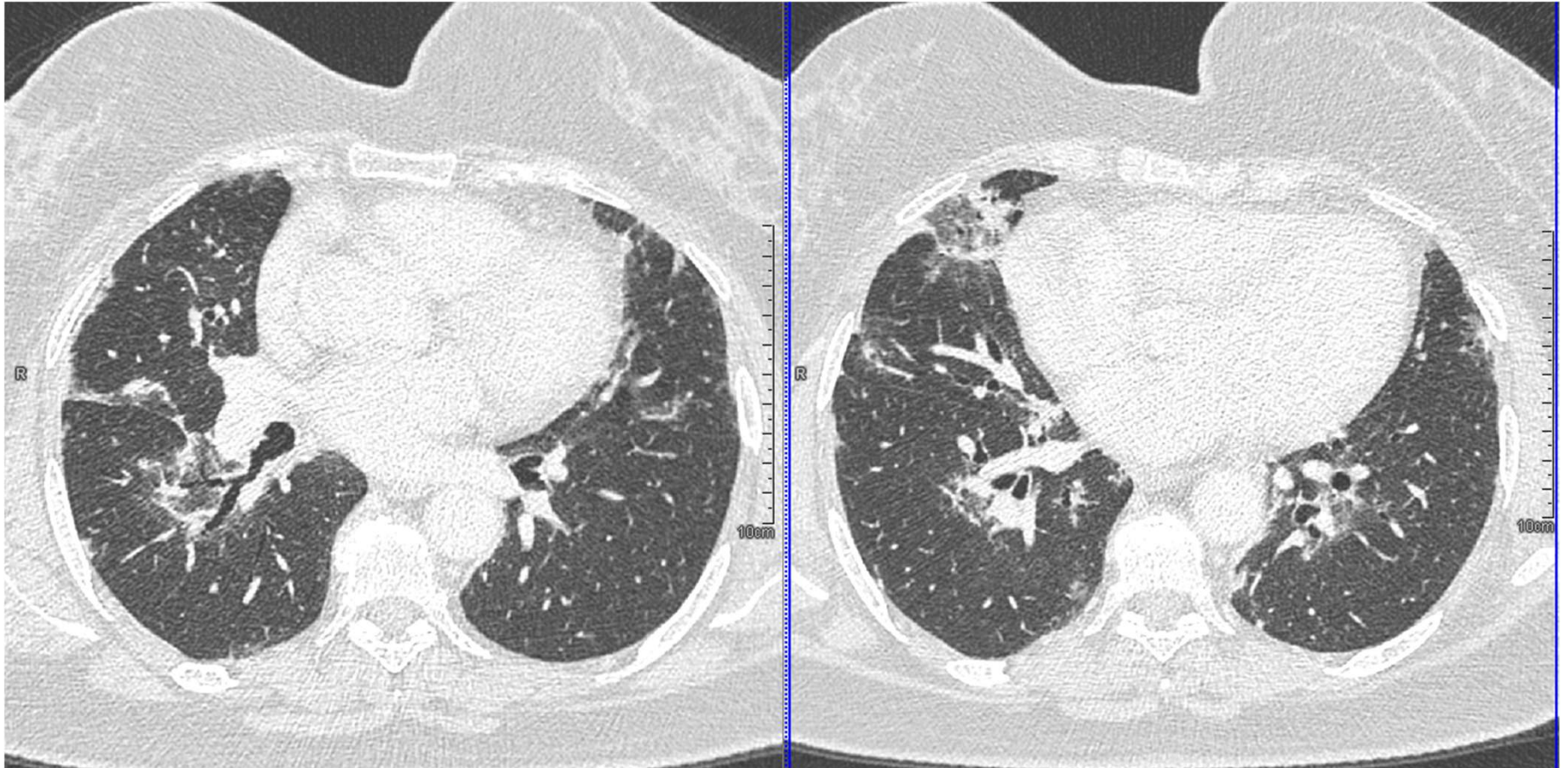


Fig D : Condensations alvéolaires traversées par un bronchogramme aérique de distribution sous pleurale et péribronchovasculaire avec des opacités en bande et un signe du halo inversé (Atoll).

Pneumopathie interstitielle lymphocytaire (LIP)

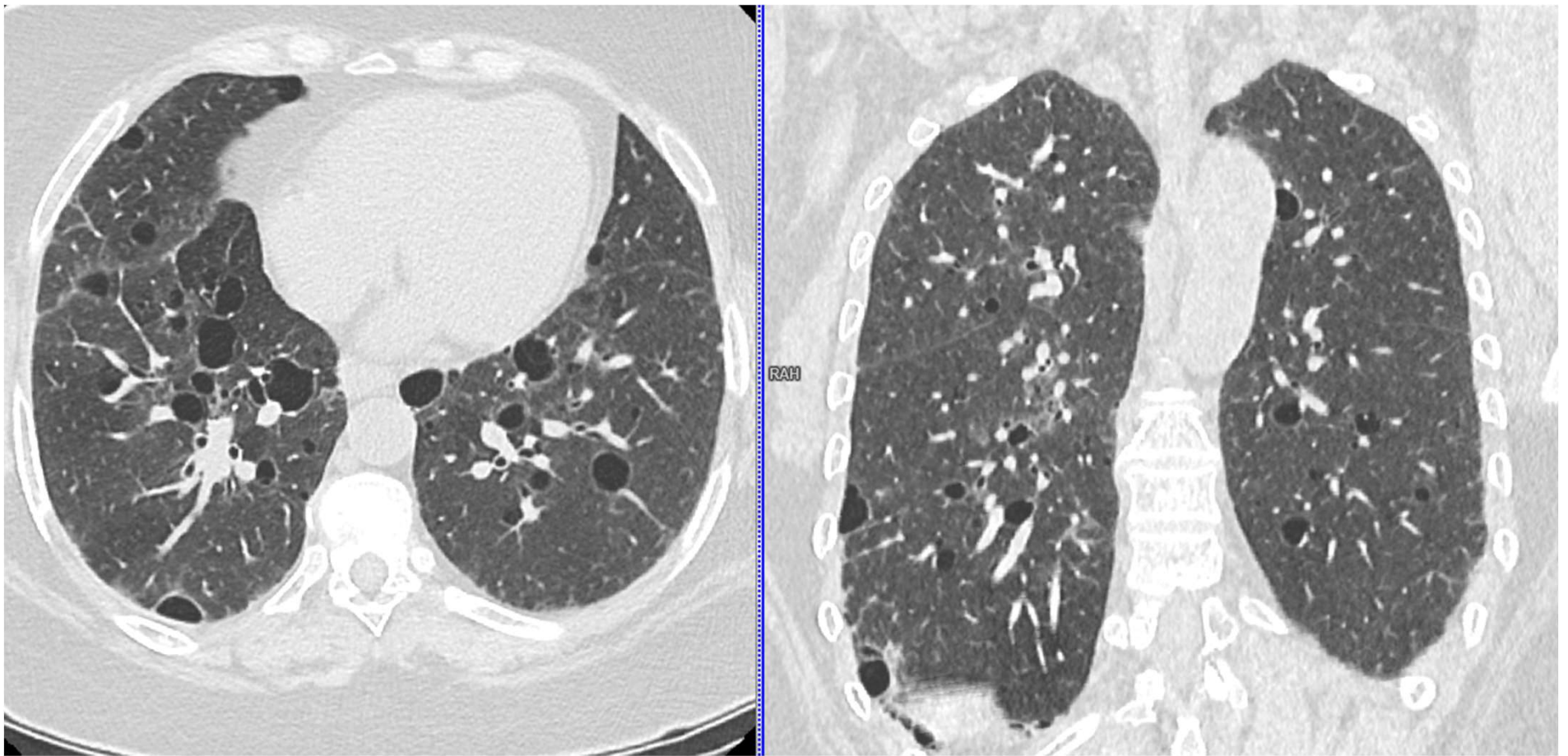


Fig E : Femme de 43 ans, suivie pour syndrome de Sjögren. La TDM montre quelques plages d'hyperdensité en verre dépoli et surtout des kystes périvasculaires et sous-pleuraux bilatéraux avec une prédominance inférieure.