

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Diagnostic des opacités rondes intra-pulmonaires

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:34

MedWiki-DZ :

Diagnostic des opacités rondes intra-pulmonaires

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:diagnostic_des_opacites_rondes_intra-pulmonaires

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:34** - Imprimé le : **2026/01/25 05:09**



Table des matières

Diagnostic des opacités rondes intra-pulmonaires	1
Diagnostic des opacités rondes intra-pulmonaires	3
1. Gestion des nodules thoraciques	3
1.1. Généralités	3
1.2. Nodules solides	3
1.3. Nodules en verre dépolis et mixtes	5
1.4. Prédiction du risque individuel de cancer bronchique	7

Diagnostic des opacités rondes intra-pulmonaires

1. Gestion des nodules thoraciques

1.1. Généralités

- Événement fréquent en pneumologie
- Nodules parfois multiples, et dans la majorité des cas de petite taille (< 10 mm dans 96% des cas, voir < 5 mm dans 72% des cas)
- C'est la taille de la lésion qui permet de définir :
 - Micronodule : < 3 mm
 - Nodule : 3-30 mm
 - Masse : > 30 mm
- Nodule calcifié = pas malin
- Critères radiologiques en faveur du caractère bénin :
 - Nodule *entièrement calcifié*, ou avec *calcification centrale* (sur 2 reconstructions orthogonales), *quelque soit la taille* ; ou *calcification périphérique ou lamellaire*
 - Nodule avec *graisse* (-40 à -120UH), *tissu* et/ou *calcifications* ⇒ hamartochondrome typique (dans 50% des cas)
 - Caractéristiques d'un *ganglion intra-pulmonaire* : nodule tissulaire, homogène, < 10 mm, triangulaire/ovale, à moins de 10 mm de la plèvre, en dessous du niveau de la carène
- PEC différente selon qu'on est devant un nodule solide, ou un nodule en verre dépoli (ou mixte)

1.2. Nodules solides

- Le prise en charge est fonction de : terrain, taille (volume), évolutivité
- En cas de nodules multiples ⇒ PEC du nodule le plus grand
- On utilise les recommandations de la *Fleischner Society (2017)*
- Ne sont PAS valables pour les moins de 35 ans, les immunodéprimés et les patients cancéreux
- Une étude (NLST) a démontré un bénéfice au dépistage TDM chez les patients de 55 à 74 ans, fumeurs 30 PA actifs ou sevrés depuis moins de 15 ans
- Les scanners de suivi doivent être : mode volumique, coupes millimétriques, SPC, et faiblement dosés (PDL < 150 mGy.cm pour un adulte de 70 kg)
- Le suivi ne s'entend que chez un patient informé et consentant à une PEC diagnostique et thérapeutique active (jusqu'à la chirurgie), ET en état de recevoir cette PEC

Proposition d'algorithme de suivi des nodules pulmonaires solides (Fleschner Society, 2017) :

1. Nodule < 6 mm (100 mm³) :

- Risque faible ⇒ pas de suivi
- Risque élevé ⇒ M12^(notes 1,2)

2. Nodule 6-8 mm (100-250 mm³) :

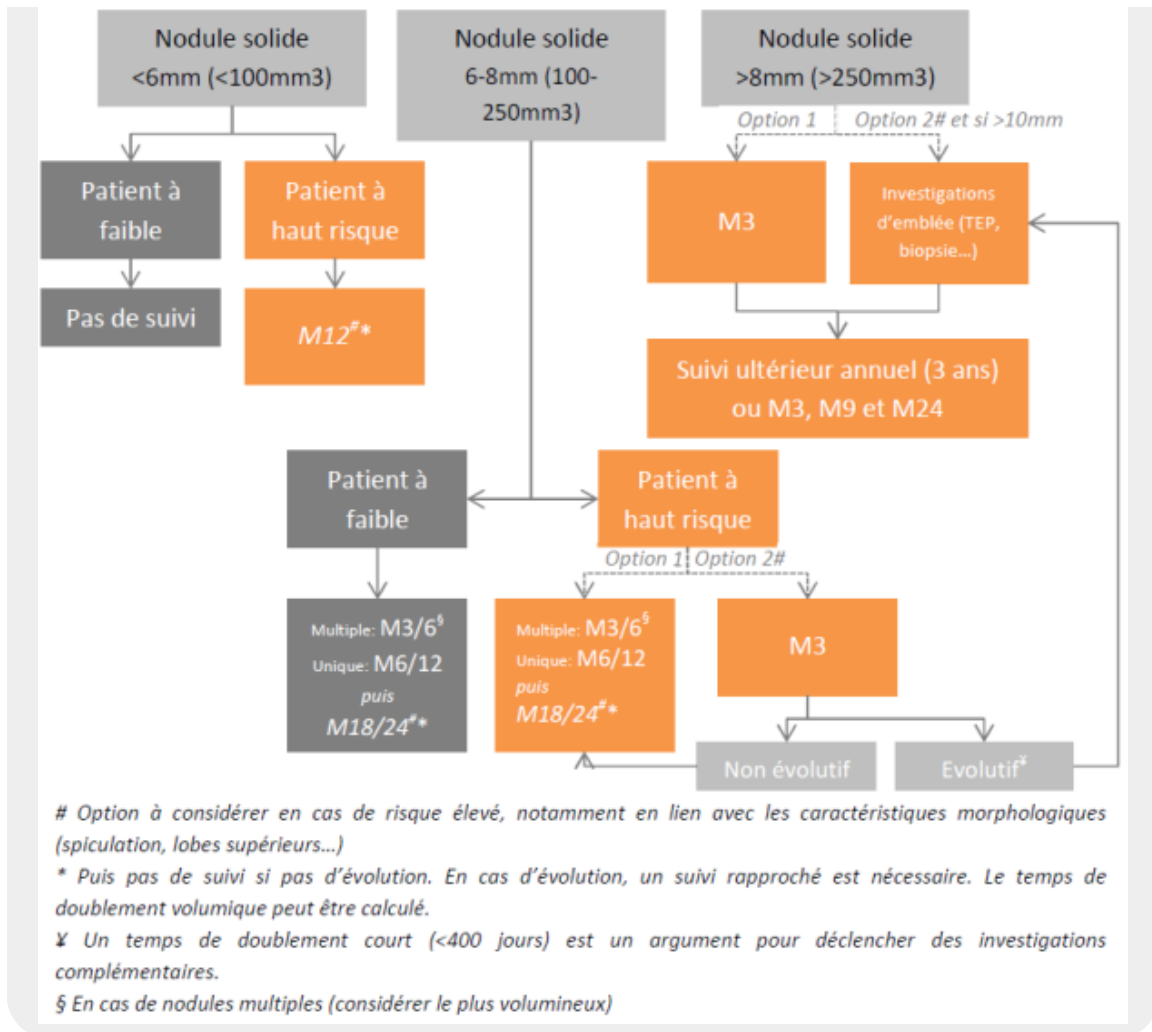
- Risque faible :
 - Unique ⇒ M6,12
 - Multiples ⇒ M3,6
 - Puis M18,24^(notes 1,2)
- Risque élevé :
 - *Option 1* :
 - Unique ⇒ M6,12
 - Multiples ⇒ M3,6
 - Puis M18,24^(notes 1,2)
 - *Option 2*^(note 1) ⇒ M3
 - Non évolutif ⇒ *Option 1*
 - Évolutif^(note 3) ⇒ Investigations d'emblée (TEP, biopsie...)

3. Nodule > 8 mm (250 mm³) :

- *Option 1* : M3
 - *Option 2*^(note 1, et si > 10 mm) : Investigations d'emblée (TEP, biopsie...)
 - Puis : annuel (3 ans), OU M3,9,24
- Ces modalités de suivi ne concernent qu'un nodule non-évolutif. En cas d'évolution (surtout rapide) ⇒ investigations
 - Apparition d'un nouveau nodule ⇒ recommencer l'algorithme au début

Notes :

1. Option à considérer si risque élevé (voir dernier titre du cours), notamment en lien avec les caractéristiques morphologiques
2. Pas d'évolution ⇒ pas de suivi ; évolution ⇒ suivi rapproché (le temps de doublement volumique peut être calculé)
3. Temps de doublement court (< 400 jours) ⇒ investigations



1.3. Nodules en verre dépolis et mixtes

- Ces nodules nécessitent un suivi prolongé (au moins 5 ans), surtout si : âge > 65 ans, ATCD de cancer, taille initiale ≥ 8 mm, présence de composante solide ou d'un bronchogramme aérique
- TEP-scan : peu performant pour les nodules en verre dépoli purs, à considérer si composante solide
- Une antibiothérapie probabiliste peut être discutée (en option) pour les nodules ≥ 6 mm, avant le premier scanner de contrôle (n'est plus recommandée par la Fleischner Society)

Proposition d'algorithme décisionnel pour les nodules en verre dépolis et les nodules mixtes incidents (Fleischner Society, 2017)

:

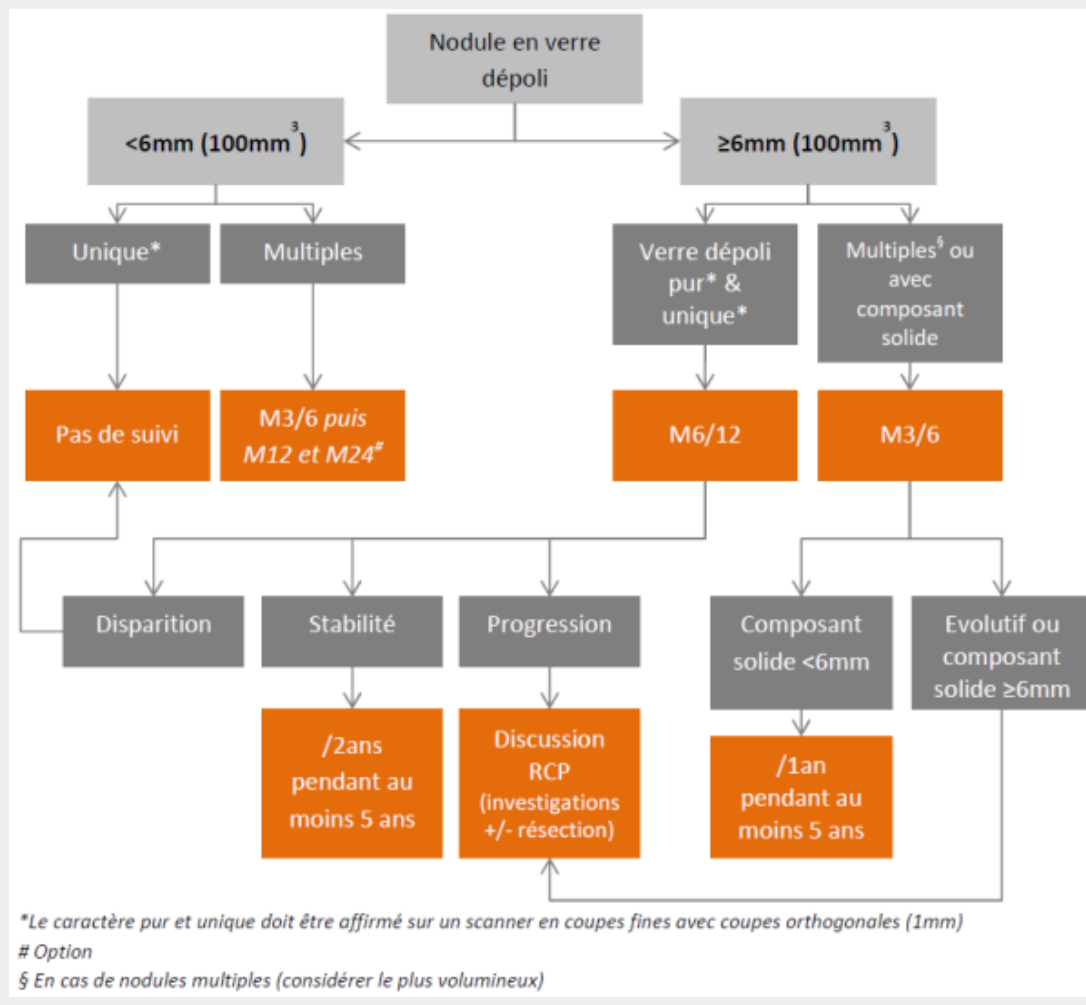
1. < 6 mm (100 mm³) :

- Unique^(note 1) ⇒ pas de suivi

- Multiples :
 - M3,6 puis M12 et M24^(option)
- 2. **≥ 6 mm (100 mm³) :**
 - Unique et Pure^(note 1) ⇒ M6,12
 - Disparition ⇒ pas de suivi
 - Stabilité ⇒ /2 ans (au moins 5 ans)
 - Progression ⇒ RCP (investigations +/- résection)
 - Multiples^(note 2) ou Composante solide ⇒ M3,6
 - Composante solide < 6 mm ⇒ /1 an (au moins 5 ans)
 - Évolutif ou Composante solide ≥ 6 mm ⇒ RCP (investigations +/- résection)

Notes :

1. Le caractère pur et unique doit être affirmé sur scanner en coupes fines avec coupes orthogonales (1 mm)
2. En cas de nodules multiples ⇒ considérer le plus volumineux



1.4. Prédiction du risque individuel de cancer bronchique

- De nombreuses recherches et de nombreux scores et initiatives existent
- La Fleischner Society, bien qu'elle ne recommande pas un score en particulier, propose d'utiliser les recommandations AACP 2013
- Elle propose également de fusionner les risques AACP intermédiaires et élevés en une seule classe Haut risque

Critère	AACP faible (< 5%)	AACP intermédiaire (5-65%)	AACP élevé (> 65%)
	Fleischner faible	Fleischner élevé	
Clinique	Jeune âge Non/faiblement fumeur	Toutes les caractéristiques du "risque faible" et du "risque élevé" non présentes	Plus âgé Fumeur ATCD de cancer
Scanner	Petite taille Contours réguliers Hors lobes supérieurs		Plus grand Contours irréguliers/spiculés Lobe supérieur
TEP	Fixation faible	Fixation intermédiaire	Fixation élevée
Évolutivité	(Quasi)Disparition Diminution Pas d'évolution (2 ans solides, 3-5 ans verre dépoli)		Progression

— Résumé à partir du *Référentiel en oncologie Auvergne-Rhône-Alpes : Gestion des nodules thoraciques (mise à jour 2018)*