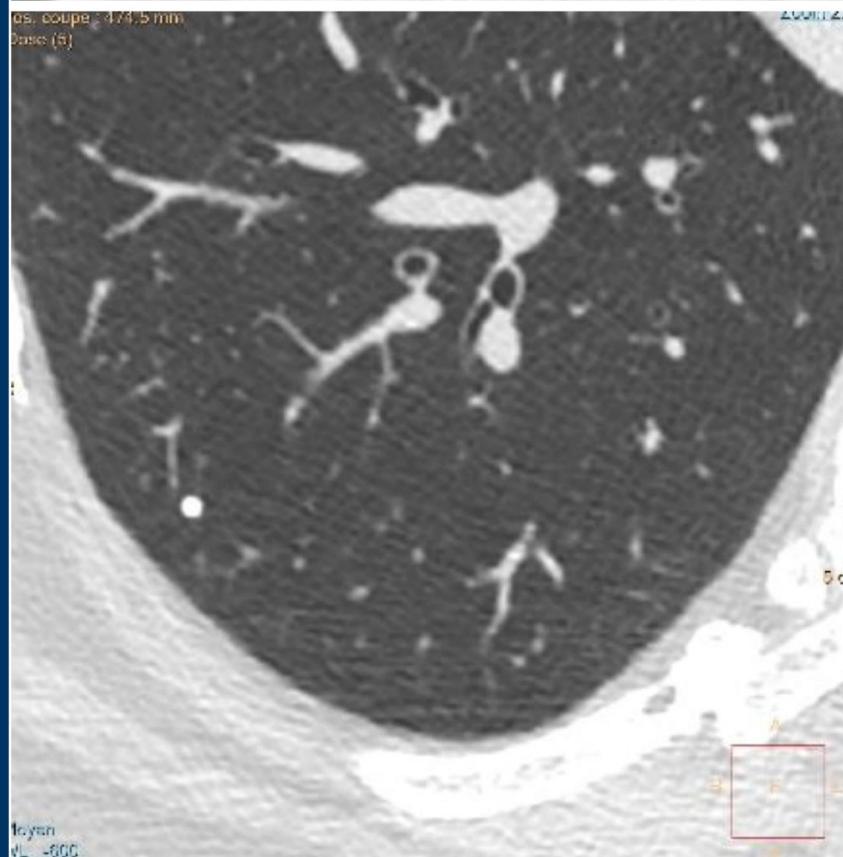
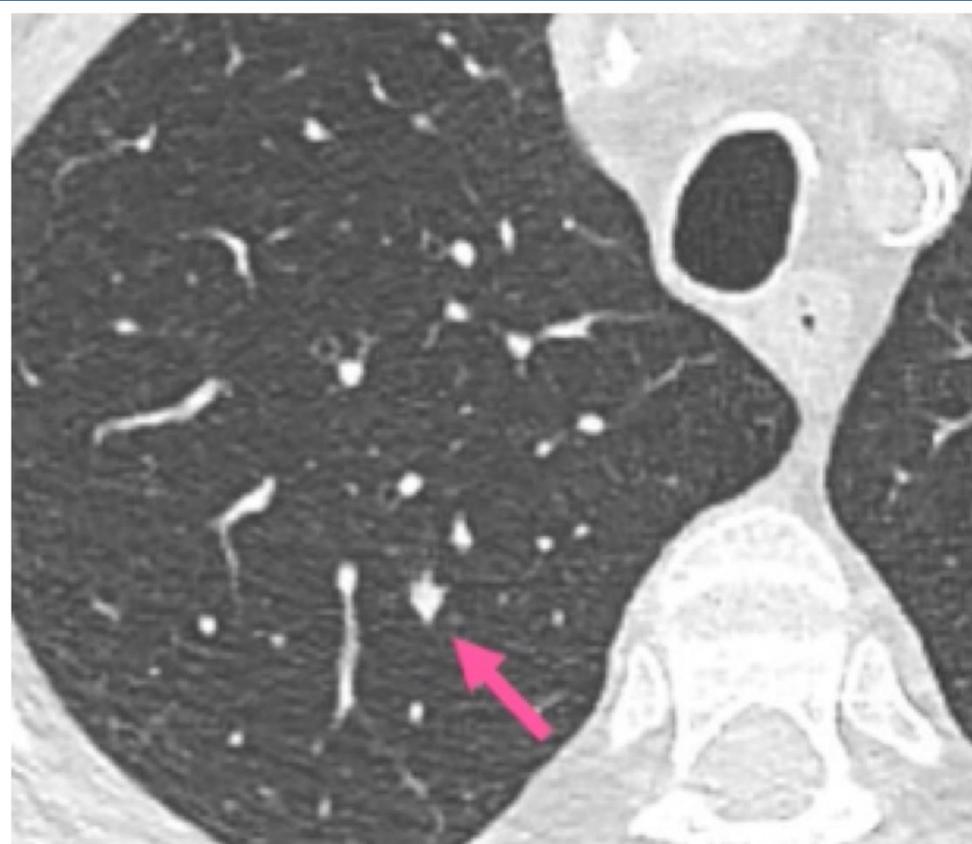


CAT Incidentalomes pulmonaires au scanner

Dr Jerome WANNEBROUCQ
Radiologue IRIS
Lille

Et si...

Micro nodules < 7mm. Nodules 7 à 20mm



**Qu'est ce qu'on va faire de tout cela?
Comment raisonne-t-on?
Pourquoi le radiologue va demander un suivi et
pourquoi à 2-3 mois, 6mois, 1 an, voire 2 ans?**

**Enjeu individuel
Enjeu collectif**

Comment raisonne-t-on?

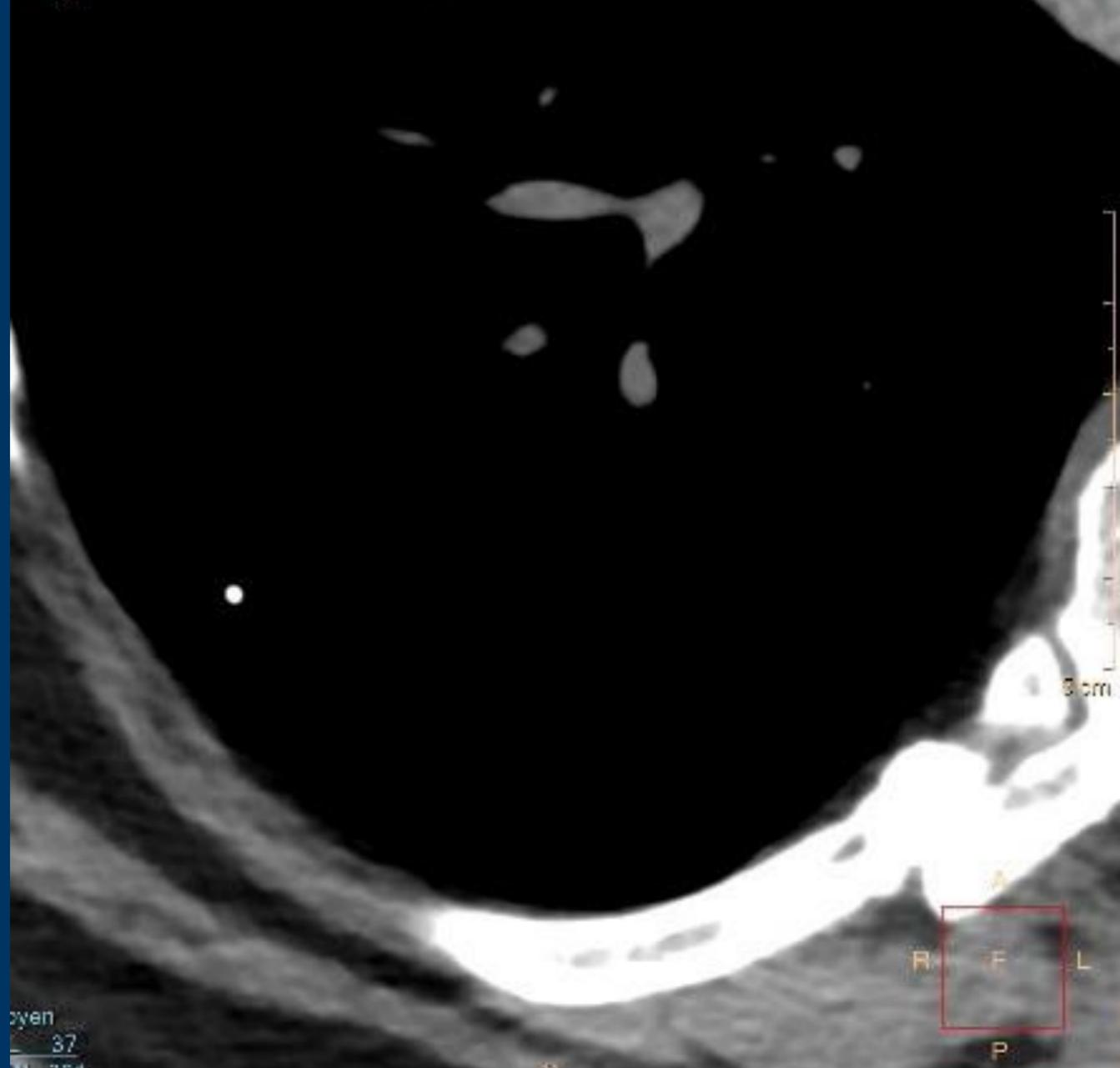
1° Repérer ce qui est bénin à 100% pour dire STOP

Nodules et micromodules entièrement calcifiés

Cicatrices infectieuses. STOP

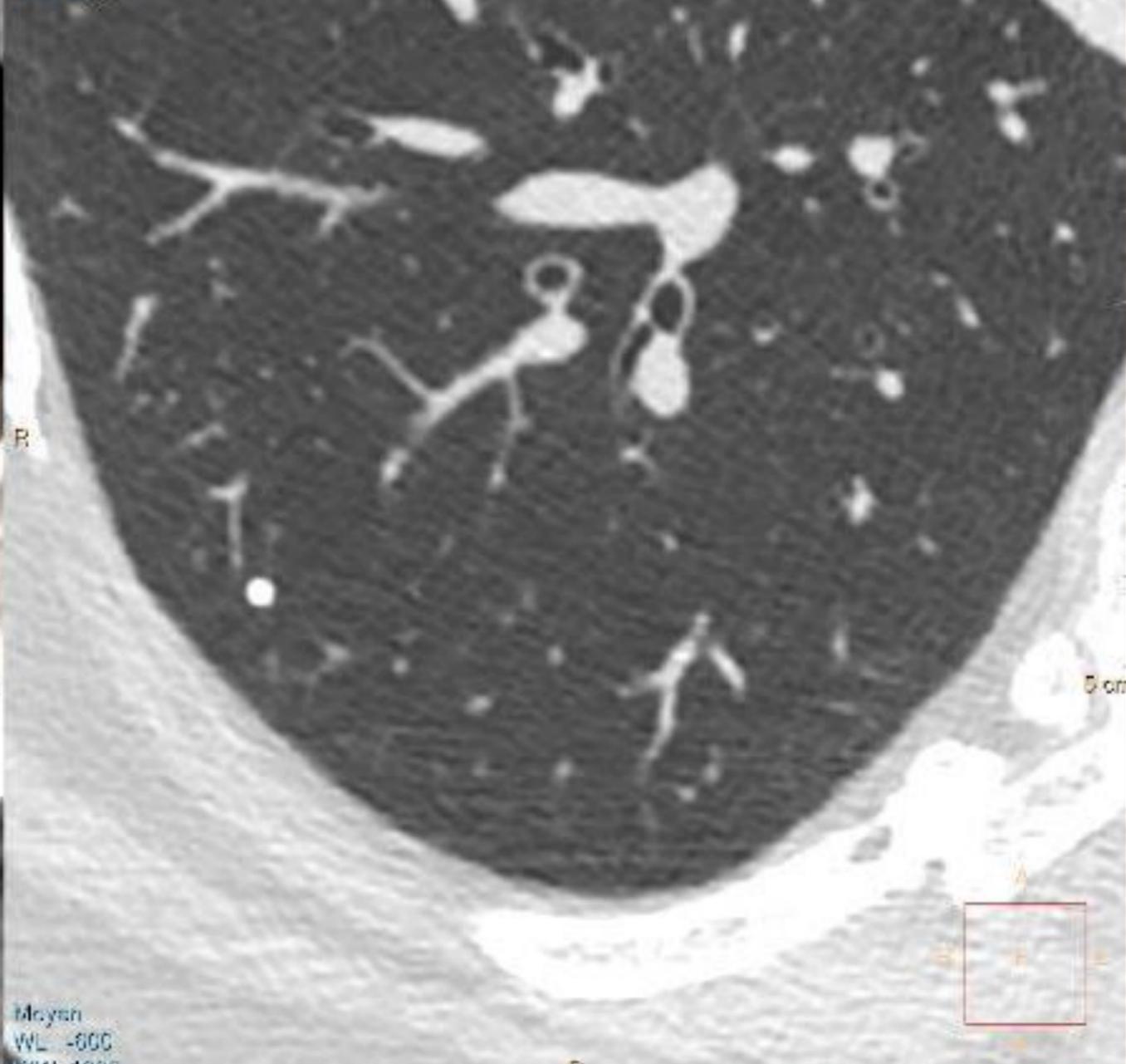
(Une exception: métas d'ostéosarcome)

26 Jul, 2024 / 14:04:09.28
PARIAX, iDose (5)
Série 201 - Coupe 196°
Pos. coupe : 474.5 mm
iDose (5)



120 kV
FOV 345.0 mm
Epaisseur 2.50 mm
Zoom 2.75

26 Jul, 2024 / 14:04:09.28
PARENCHYME, iDose (5)
Série 202 - Coupe 392°
Pos. coupe : 474.5 mm
iDose (5)

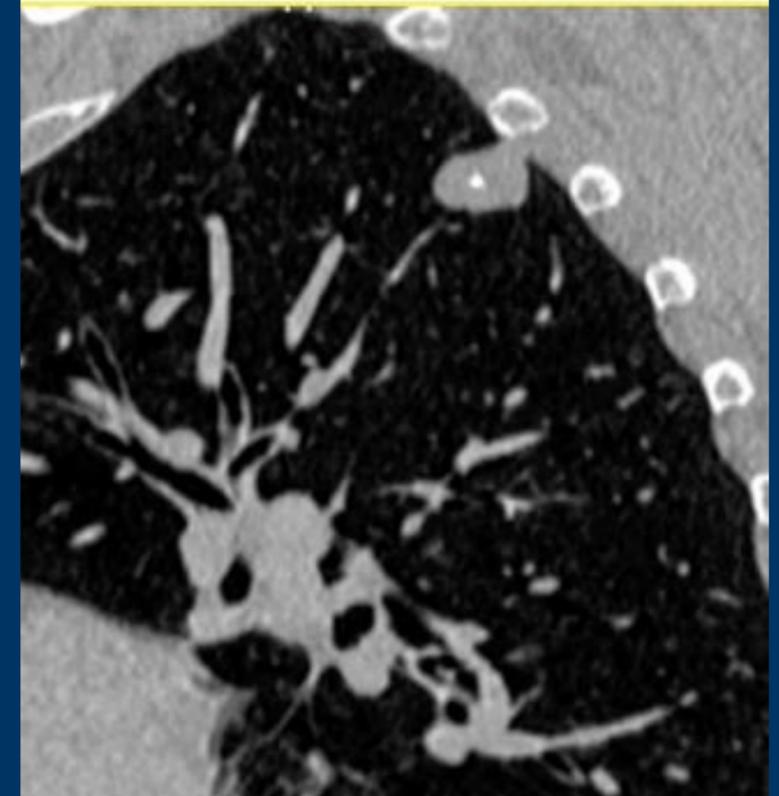


120 kV
FOV 345.0 mm
Epaisseur 1.00 mm
Zoom 2.75

37

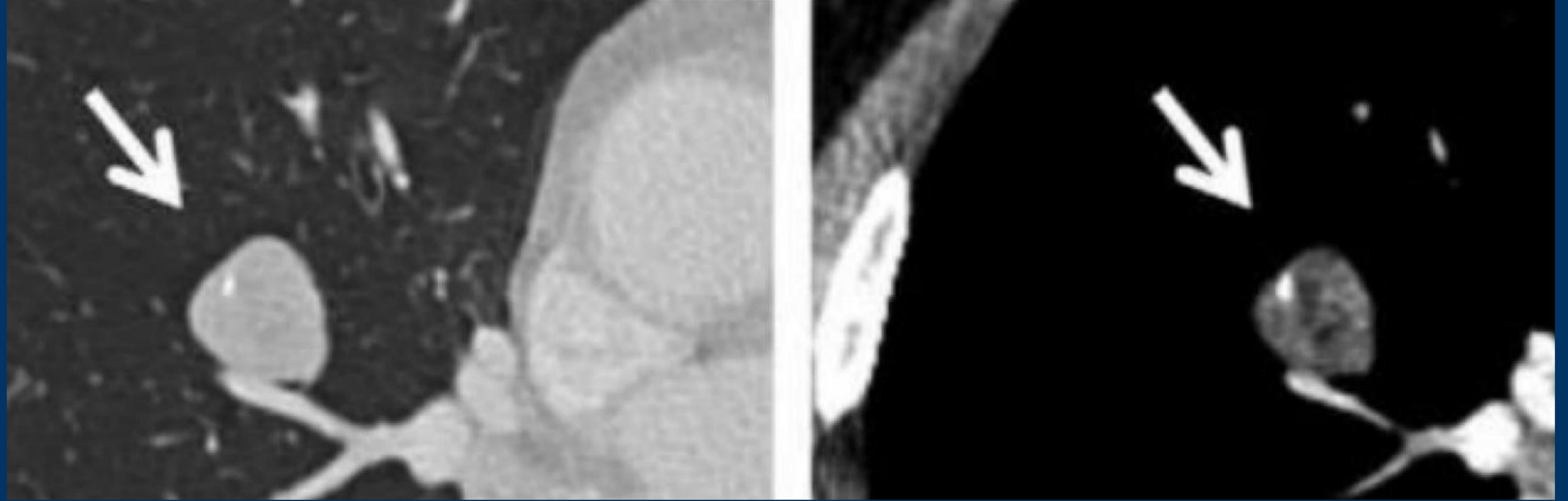
WL -800

Nodules à calcification centrale



Nodules contenant de la graisse

Bien mesuré en fenêtre parties molles (-40 à - 120UH)
= Hamartochondrome: STOP

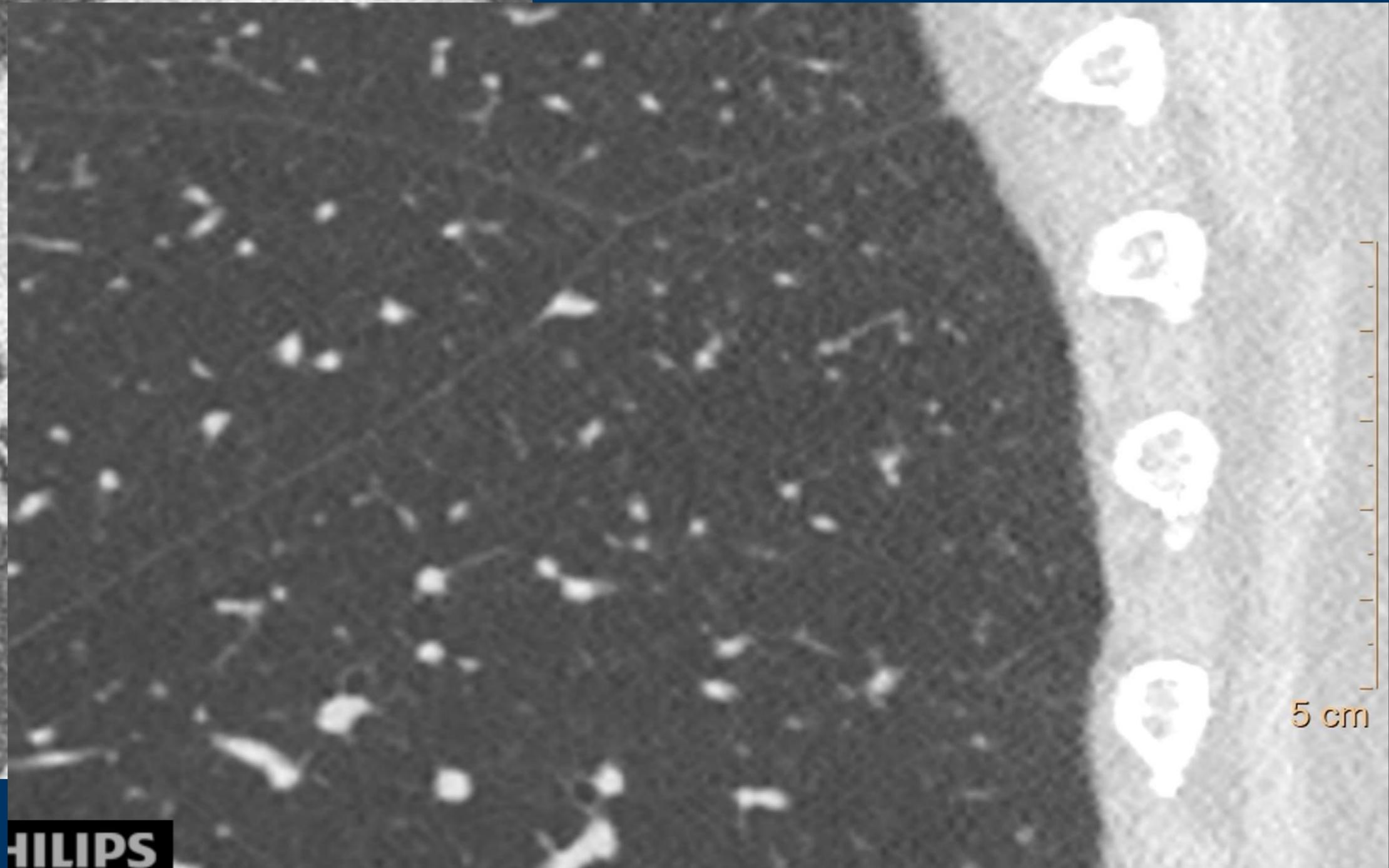
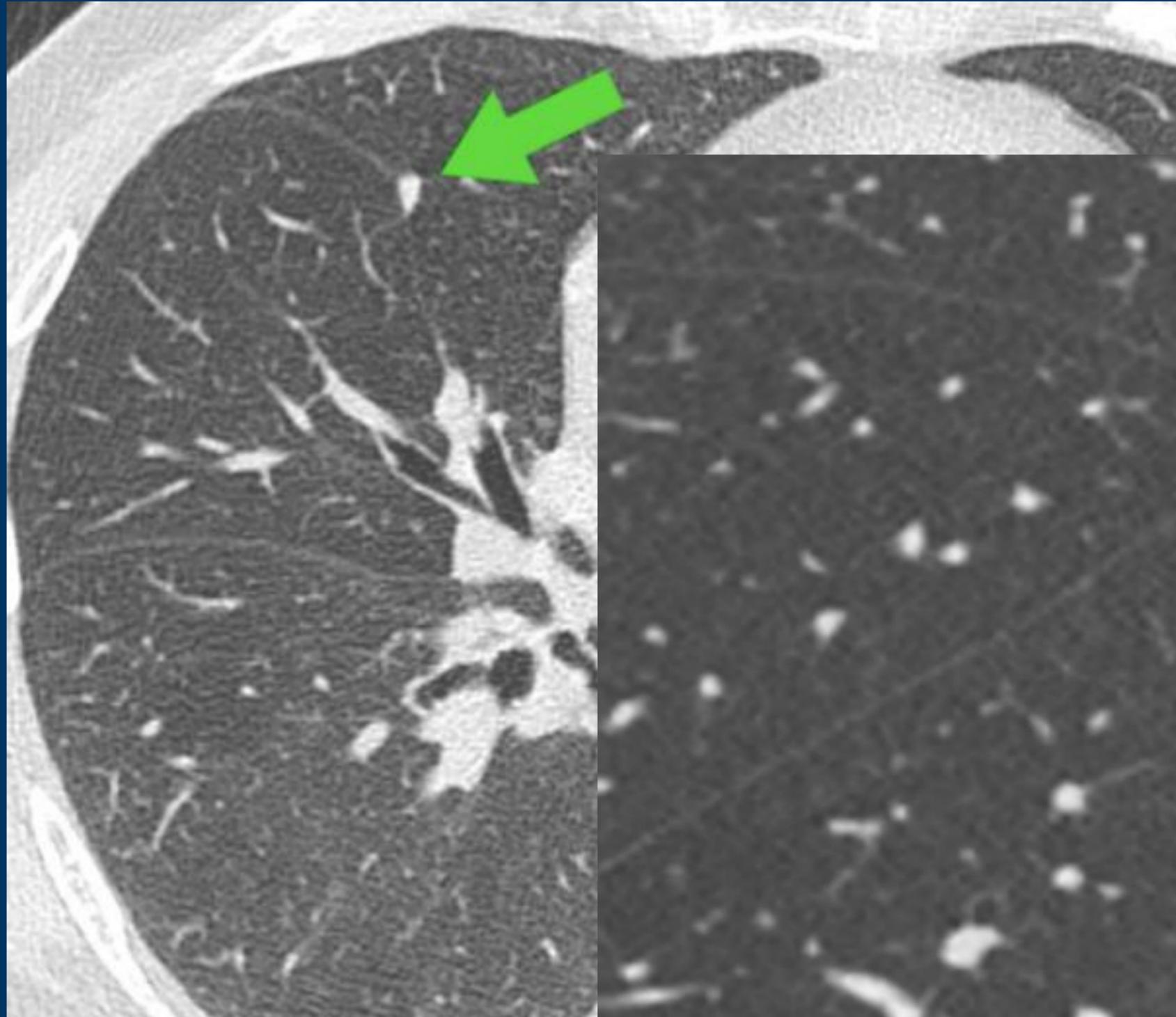


Ganglion péri scissural

4 critères obligatoires:

- **< 10 mm**
- **triangulaire ou ovoïde (mais pas rond)**
- **connecté à la plèvre ou à moins de 10 mm d'elle**
- **sous le niveau de la carène**

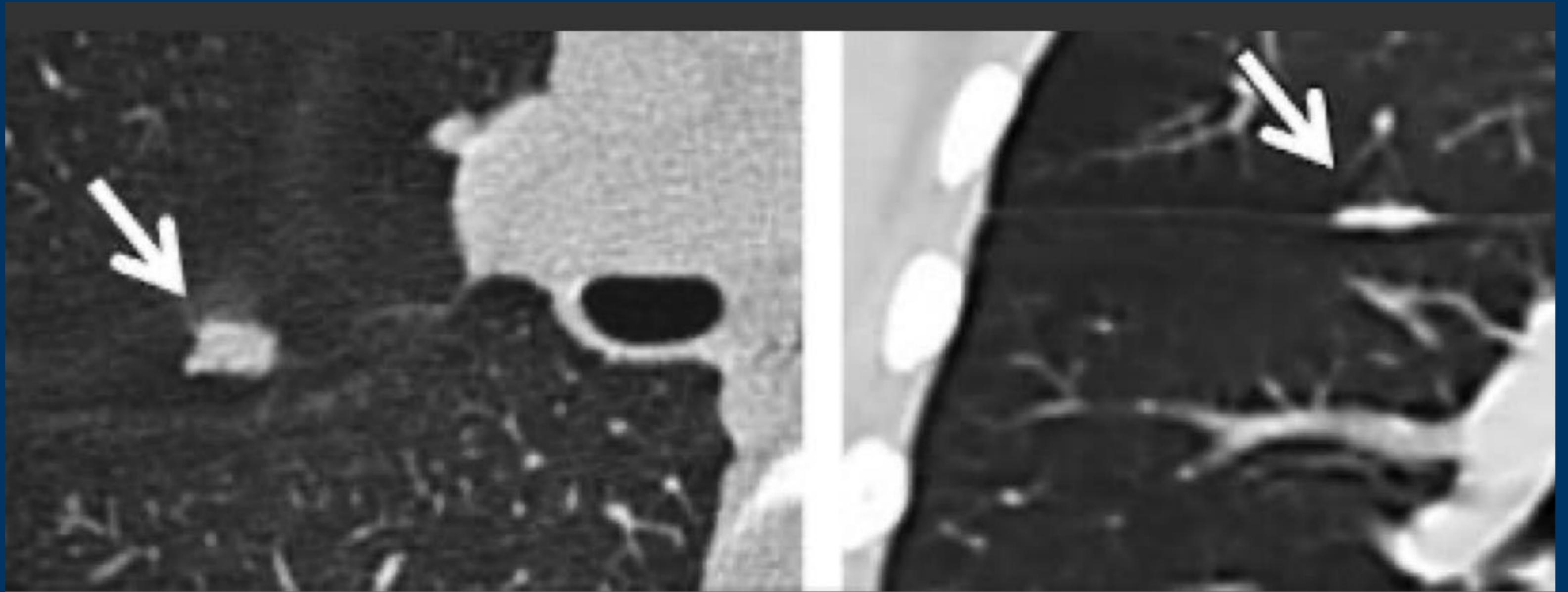
STOP



HILIPS



Savoir sortir du plan transversal



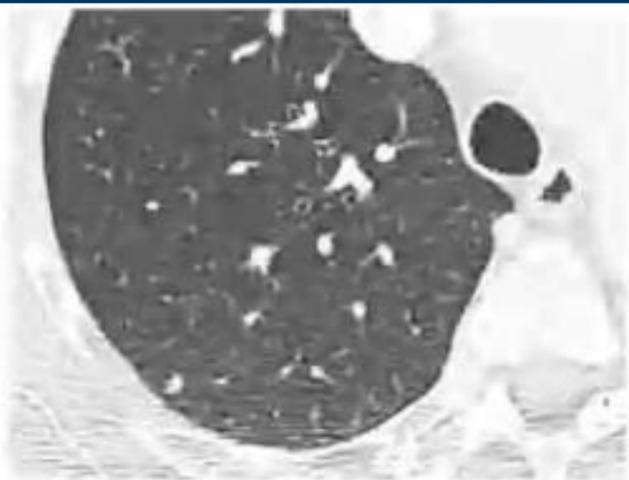


Et le reste?

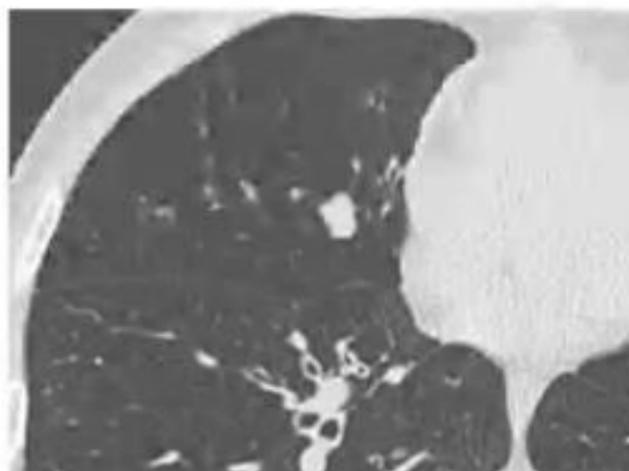
De tous les critères, 2 sont fondamentaux:

- La taille**
- La densité**

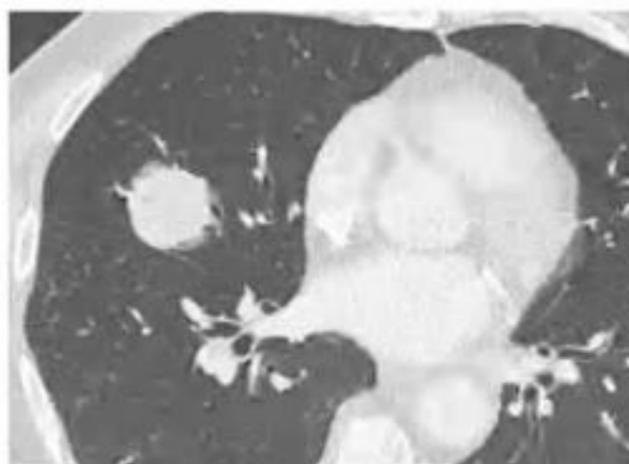
La Taille



< 5 mm → 0.4% de malignité



5-10 mm → 1-2% de malignité



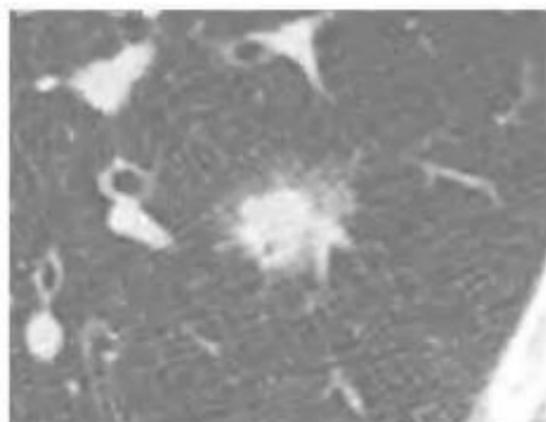
> 10 mm → 15% de malignité

La Densité



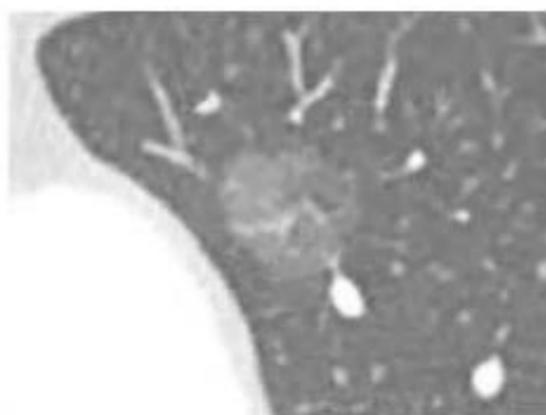
Solide

→ 1.1% de malignité



Mixte

→ 6.6% de malignité



Verre dépoli pur

→ 1.9% de malignité

Les critères de malignité

- Taille >10 mm
- Lobes supérieurs
- Spiculé, lobulé
- Excavé
- Densité mixte persistante
- Rétraction pleurale
- Bronchogramme Aérique intra nodulaire

Sensibles, mais non spécifiques
D'autant de valeur qu'associés

Les nodules et micro nodules indéterminés

Une remarque sur la place du TEP:

Si fondamental dans le bilan d'extension du cancer, il est peu utile pour la caractérisation d'un nodule.

Faux +, Faux -

Evolution dans le temps

C'est un critère majeur

- Vérifier l'antériorité (PACS)
- Premier contrôle précoce (2 - 3 mois).
Des nodules vont disparaître ou diminuer
- Suivi

Suivi Comment contrôler?

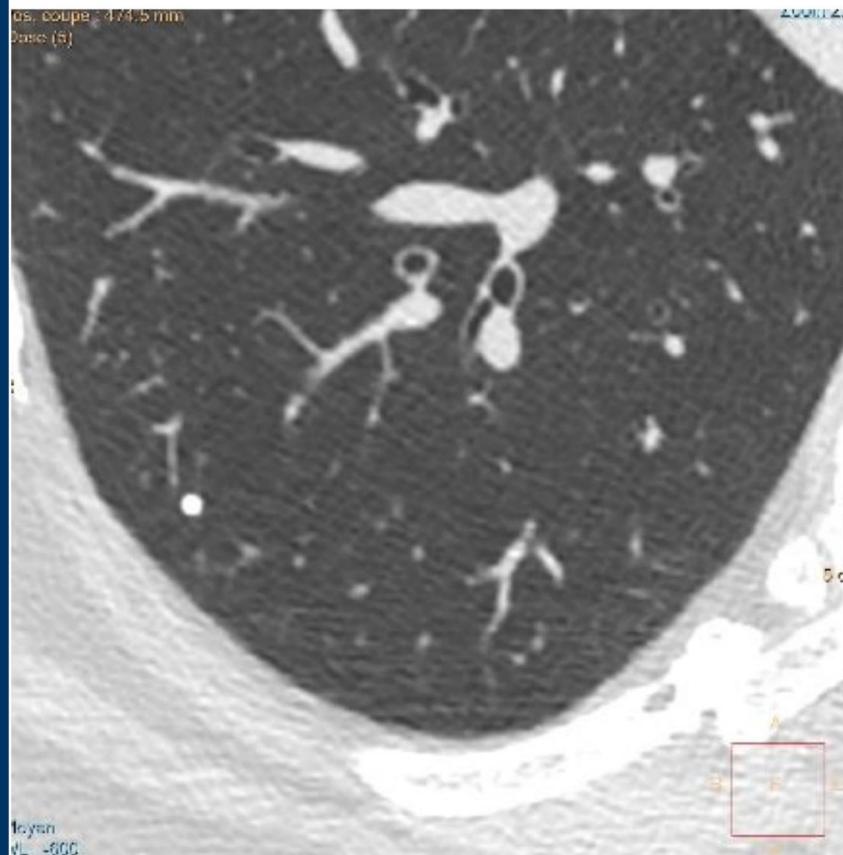
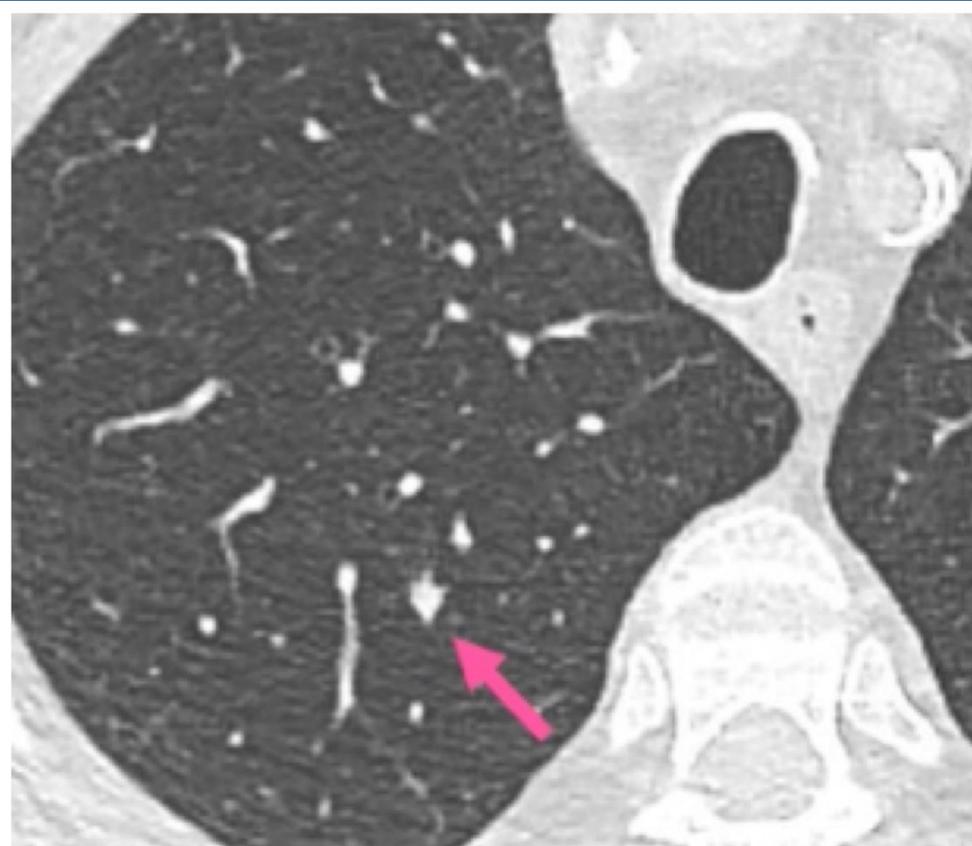
Recommandation de la Fleischner Society

Nodules solides

Nodules uniques			
Taille	<6 mm (<100mm ³)	6-8 mm (100-250 mm ³)	>8 mm (>250 mm ³)
Risque bas	Pas de suivi[1]	Scanner à 6-12 mois et éventuellement à 18-24 mois	Eventuel scanner à 3 mois, TEP-FDG ou biopsie
Risque élevé	Scanner optionnel à un an [2]	Scanner à 6-12 mois et à 18-24 mois	Eventuel scanner à 3 mois, TEP-FDG ou biopsie
Nodules multiples[3]			
Risque bas	Pas de suivi	Scanner à 3-6 mois et éventuellement à 18-24 mois	Scanner à 3-6 mois et éventuellement à 18-24 mois
Risque élevé	Scanner optionnel à un an	Scanner à 3-6mois et à 18-24 mois	Scanner à 3-6mois et à 18-24 mois

Nodules verre dépoli ou mixtes

Taille	<6 mm (<100mm ³)	≥6 mm (≥100mm ³)
Unique en verre dépoli	Pas de suivi[4]	Scanner à 6-12 mois pour confirmer qu'il persiste puis tous les 2 ans jusqu'à 5 ans[5]
Unique en partie solide[6]	Pas de suivi	Scanner à 6-12 mois. S'il persiste et si la composante solide est < à 6 mm scanner annuel jusqu'à 5 ans
Multiples	Scanner à 3-6 mois Si stabilité éventuellement à 2 et 4 ans[7]	Scanner à 3-6 mois Suivi basé sur le nodule le plus suspect



Je vous remercie de votre attention