



Article scientifique

Article

2018

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Prise en charge d'un nodule pulmonaire (pour généraliste)

Plojoux, Jérôme Pierre Olivier

How to cite

PLOJOUX, Jérôme Pierre Olivier. Prise en charge d'un nodule pulmonaire (pour généraliste). In: Revue médicale suisse, 2018, vol. 14, n° 591, p. 227–228.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:111016>

Prise en charge d'un nodule pulmonaire (pour généraliste)

Dr JÉRÔME PLOJOUX^a

Rev Med Suisse 2018; 14: 227-8

Avertissement: Le présent article ne traite que de la situation du nodule pulmonaire unique et pas de la situation de nodules pulmonaires multiples dont la prise en charge est différente.

Par définition, un nodule pulmonaire unique est une lésion entourée de parenchyme normal dont la taille est ≤ 30 mm. La réalisation d'imageries thoraciques fréquentes a pour conséquence la mise en évidence fortuite de nombreux nodules dont la prévalence, dans une population à risque, atteint 25 à 30% et dont la majorité sont bénins.^{1,2} On distingue les nodules malins (cancer pulmonaire primaire, métastase ou tumeur carcinoïde) des nodules bénins (infectieux, hamartome ou autre tumeur bénigne, malformation vasculaire ou nodule inflammatoire associé à une pathologie auto-immune, par exemple).

Les questions cliniques posées par la mise en évidence d'un nodule pulmonaire sont: «quelle est sa probabilité de malignité?» et «quelle en est la prise en charge appropriée entre une surveillance, la réalisation d'investigations plus ou moins invasives, voire la résection?».

Les principales caractéristiques cliniques associées avec un risque de malignité sont l'âge avancé et le tabagisme. D'autres

facteurs de risque identifiés sont: une anamnèse familiale de cancer pulmonaire, le sexe féminin, l'emphysème pulmonaire, l'antécédent de néoplasie et l'exposition à l'amiante.

Les caractéristiques radiologiques associées au risque de malignité sont: la taille du nodule, sa densité et sa croissance. Concernant la densité, on distingue les nodules solides, mixtes et non solides (ou verre dépoli pur). Les nodules solides sont les plus nombreux, mais les nodules mixtes sont associés au plus haut risque de malignité.³ Concernant la croissance, un nodule dont la taille augmente est associé à une haute probabilité d'être une néoplasie. A l'inverse, un nodule solide stable durant 2 ans ou un nodule mixte stable durant 5 ans ont une faible probabilité d'être néoplasiques. La mesure volumétrique d'un nodule solide permet de déterminer son temps de doublement qui, s'il est >20 jours et <400 jours est suggestif de malignité.

D'autres caractéristiques sont également associées au risque de malignité: l'aspect de la bordure du nodule (irrégulière, voire spiculée versus lisse), la présence de calcifications (asymétriques et excentriques versus en popcorn, lamellaires concentriques, centrales ou diffuses) et la localisation dans les lobes supérieurs.³

L'ensemble des caractéristiques cliniques et radiologiques d'un nodule pulmonaire peuvent être prises en compte dans un modèle de prédiction, comme celui de l'Université de

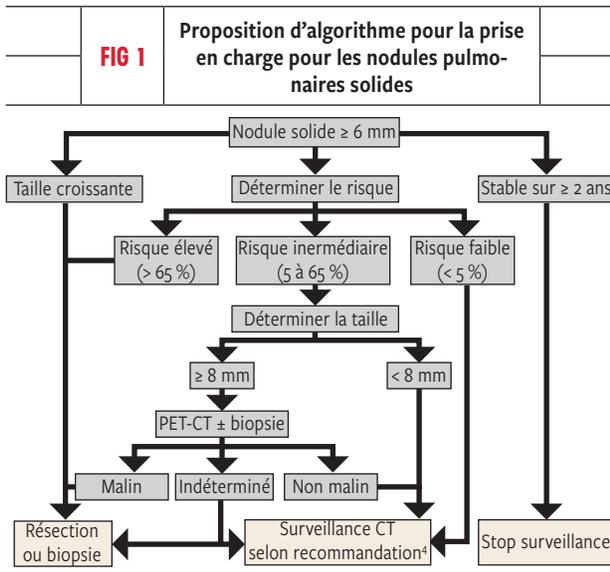
^a Service de pneumologie, HUG, 1211 Genève 14
jerome.plojoux@hcuge.ch

TABLEAU 1 Recommandations de surveillance pour un nodule pulmonaire unique

Ces recommandations dépendent de la taille et de la densité radiologique du nodule.

Nodules solides	Taille			Commentaires
	< 6 mm	6-8 mm	> 8 mm	
Faible risque	Pas de suivi de routine	CT à 6-12 mois, puis considérer à 18-24 mois	Considérer CT, PET/CT ou biopsie à 3 mois	Nodules < 6 mm: certains patients à haut risque avec des critères morphologiques suspects du nodule et/ou une localisation lobaire supérieure peuvent avoir besoin d'un suivi à 12 mois
Haut risque	CT optionnel à 12 mois	CT à 6-12 mois, puis à 12-24 mois	Considérer CT, PET/CT ou biopsie à 3 mois	Nodules < 6 mm: certains patients à haut risque avec des critères morphologiques suspects du nodule et/ou une localisation lobaire supérieure peuvent avoir besoin d'un suivi à 12 mois
Nodules subsolides	Taille		Commentaires	
	< 6 mm	≥ 6 mm		
Non solide (verre dépoli)	Pas de suivi de routine	CT à 6-12 mois pour confirmer la persistance, puis CT tous les 2 ans jusqu'à 5 ans		Pour certains nodules < 6 mm suspects, considérer un suivi à 2 et 4 ans
Mixte (composante solide)	Pas de suivi de routine	CT à 3-6 mois pour confirmer la persistance. Si inchangé et composante solide < 6 mm, CT annuel pendant 5 ans		Les nodules persistants avec composante solide ≥ 6 mm sont considérés comme hautement suspects

(Adapté des recommandations de la Fleischner Society).⁴



(Adaptée de réf. 4)

Brock, qui permet de déterminer une probabilité faible (< 5%), intermédiaire (5-65%) ou élevée (> 65%) de malignité.³

Bien que la stratégie de prise en charge d'un nodule pulmonaire unique ne soit pas bien codifiée et nécessite une évaluation au cas par cas, quelques règles peuvent être dégagées:

- Pour un nodule solide, non solide ou mixte de < 6 mm, une surveillance n'est pas requise selon les recommandations de la Fleischner Society mises à jour en 2017 (tableau 1).⁴
- Un nodule non solide (verre dépoli pur) de ≥ 6 mm est le plus souvent bénin et peut être suivi par imagerie selon les recommandations de la Fleischner Society (tableau 1).⁴

- Un nodule solide de ≤ 8 mm est le plus souvent bénin et peut être suivi par imagerie selon les recommandations de la Fleischner Society (tableau 1).⁴
- Une biopsie ou une résection doit être discutée pour un nodule de taille croissante sur des imageries successives.
- Un nodule stable (pendant 2 ans s'il est solide ou 5 ans s'il est mixte) ne nécessite pas de suivi ultérieur, le plus souvent.
- Pour un nodule solide > 8 mm sans imagerie comparative, la prise en charge dépend de la probabilité de néoplasie. Pour une faible probabilité, un suivi peut être proposé (premier contrôle à 3 mois). Pour une probabilité intermédiaire, la réalisation d'un PET-CT est proposée. Un nodule hypermétabolique sera analysé par biopsie ou résequé. La prise en charge d'un nodule non métabolique doit être individualisée en l'absence de recommandation claire. Pour une haute probabilité, une résection doit être envisagée.
- Pour un nodule semi-solide de ≥ 6 mm, un contrôle à 3-6 mois est proposé. Un nodule croissant ou dont la composante solide augmente de taille et atteint > 6 mm a une haute probabilité d'être néoplasique et doit être pris en charge comme tel. Un nodule inchangé ou en régression peut être surveillé.

La figure 1 propose un algorithme pour la prise en charge des nodules pulmonaires solides.

1 National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med 2011;365:395-409.

2 Gould MK, Tang T, Liu IL, et al. Recent trends in the identification of incidental pulmonary nodules. Am J Respir Crit Care Med 2015;192:1208-14.

3 McWilliams A, Tammemagi MC, Mayo JR, et al. Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. N Engl J Med 2013;369:910-9.

4 MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al. Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: from the Fleischner society 2017. Radiology 2017;284:228-43.