

Opacités rondes Intrapulmonaires

I. GÉNÉRALITÉS

Opacité radiologique ronde, de diamètre supérieur à un centimètre, bien limitée sur les 3/4 au moins de sa circonférence. Elle peut être unique ou multiple.

II. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

A/ Diagnostic positif

1. Circonstances de découverte

- Soit examen radiologique systématique.
- Soit sur point d'appel clinique : toux, douleur, hémoptysies, signes généraux.
- Soit lors du bilan d'une affection extra-pulmonaire.

2. Données radiologiques

- Radiographie pulmonaire de face et profil.
- Scanner thoracique ++ avec injection et coupes fines sur l'opacité avec mesure de densité.
- Précise les caractéristiques de l'opacité :
 - **nombre** : unique ou multiple ;
 - **localisation** : base ou sommets, périphérique ou centrale ;
 - **taille**
 - **contours** :
 - * réguliers (bénin dans 80 % des cas),
 - * irréguliers (malin dans 80 % des cas) ;
 - **contenu** :
 - * bronchogramme aérique.
 - * excavation :
 - aspect de la paroi (fine, épaisse ou irrégulière),
 - préciser l'existence d'un niveau hydro-aérique,
 - * calcifications (en faveur de la bénignité) ;
 - **association à d'autres anomalies** ++ :
 - adénopathies,
 - épanchement pleural,
 - atélectasie,
 - lyse osseuse,
 - franchissement de scissure.

• étude de radiographies antérieures éventuelles +++

- ✓ Précise l'évolutivité de l'anomalie.
- ✓ Estime le temps de doublement.

B/ Diagnostic différentiel :

• Opacités rondes non thoraciques :

- opacités du mamelon (bilatérales)
- opacités sous diaphragmatiques : kyste hydatique du foie, hernie diaphragmatique (colique ou gastrique), abcès du foie, nodule du foie

• Opacités rondes thoraciques extra-pulmonaires :

- médiastinale : ganglionnaire ou tumorale
- pleurale : pleurésie enkystée, tumeur de la plèvre.
- osseuse pariétale : tumeurs bénignes ou malignes
- tumeurs cutanées

C/ Diagnostic étiologique :

1. Interrogatoire et examen clinique

- Âge.
- Origine ethnique.
- Tabac (âge de début, nombre de cigarettes par jour).
- Exposition à des poussières, toxiques.
- Antécédents pulmonaires et généraux.
- Examen clinique complet (adénopathies...).
- IDR tuberculine.

2. Biologie

- NFS-VS.
- Ionogramme sanguin, bilan hépatique.
- BK crachats ou tubages.

3. Radiologie

4. Fibroscopie bronchique

- Aspiration BK et cytologie.
- Biopsies des lésions.
- Faire une recherche de BK crachats ou tubage et cytologie sur expectoration après la fibroscopie.

L'OPACITÉ UNIQUE :

1. Tumeurs

a) Tumeurs malignes primitives :

- Âge > 50 ans, tabagisme.
- Altération de l'état général et/ou signes cliniques d'appel.
- Aspect irrégulier ; taille souvent > 2 cm. Limites floues réalisant souvent l'aspect en pattes de crabe.

b) Tumeurs à malignité réduite : carcinoïde

- Sujet jeune. Longue évolution.
- Souvent révélée par une hémoptysie ou Rx systématique.
- Localisation préférentielle au 1/2 supérieur du champ pulmonaire.

c) Tumeurs malignes secondaires (métastase unique)

- Notion d'un cancer primitif connu (sein, testicule, sarcome, prostate).
- Lobe inférieur souvent.
- Dans 25 % des cas, la métastase est unique, périphérique.
- Les calcifications sont exceptionnelles, l'excavation rare ; 5 %.

d) Plus rares

- Lymphomes, plasmocytomes.
- Sarcome Kaposi.

e) Tumeurs bénignes

- Hamartochondromes (tumeurs dysembryoplastiques)
 - * c'est la lésion bénigne la plus fréquente ;
 - * 6 à 8 % des opacités rondes solitaires ;
 - * la localisation préférentielle est périphérique ;
 - * le nodule est très bien limité ;
 - * les calcifications en *pop-corn* et l'existence d'une composante grasseuse sont caractéristiques.
- Autres :
 - léiomyome, fibromes, lipomes.
 - Vasculaires : angiomes, lymphangiomes

2. Infections

a) Tuberculome :

- Terrain, contexte clinique.
- Lobe supérieur .
- Opacité arrondie, 2-3cm de diamètre bien limitée
- Calcifications concentriques.

b) Caverne tuberculeuse :

- Excavation prédominant aux lobes supérieurs, nodules satellites fréquents.

c) Absès du poumon :

- Contexte infectieux aigu ou subaigu.
- Niveau liquide,
- Les expectorations sont fétides.
- Lobes inférieurs (droit ++)

d) Kyste hydatique :

- Origine géographique +.
- L'opacité atteint préférentiellement les lobes inférieurs, est de limite nette et de grande taille.
- Tonalité hydrique au TDM++.
- Hyperéosinophilie absente sauf rupture (avec apparition d'un niveau hydroaérique ou d'une réaction pleurale).
- Le diagnostic est sérologique.

e) Aspergillome intra cavitare :

- se développe le plus souvent dans une cavité préexistante habituellement une ancienne caverne tuberculeuse guérie
- peut être responsable d'hémoptysie abondante mettant en jeu le pronostic vital
- le diagnostic est évoqué sur l'aspect radiologique dit « **en grelot** »

f) Autres Mycoses : cryptococcoses, histoplasmoses, coccidioïdomycose, blastomycose

3. Maladies immunologiques

a) Nodule rhumatoïde :

- Notion de polyarthrite connue.
- Prédomine aux lobes inférieurs.
- Une excavation est possible mais rare.

b) Maladie de Wegener :

- Associée à une atteinte ORL et rénale.
- Le nodule est excavé dans plus de 50 % des cas.
- Hémorragie alvéolaire (verre dépoli) associé.

4. Malformations

a) Kyste bronchogénique :

- De tonalité hydrique, à contours très réguliers.

b) Séquestration pulmonaire :

- Toujours située au lobe inférieur, segment postéro-interne.
- Valeur diagnostique de l'artériographie (pour repérer le pédicule nourricier sous diaphragmatique).

c) Anévrisme artérioveineux pulmonaire :

- Contour net, homogène.
- Diagnostic au scanner avec injection.

5. Divers

a) Hématome pulmonaire

- Contexte traumatique, siège sous-pleural.

b) Infarctus pulmonaire

- Contexte thromboembolique.

c) Pneumopathie chronique

OPACITÉS MULTIPLES

1) Cancer métastatique :

- métastase pulmonaire par voie sanguine d'un cancer viscéral
- Reproduit le type histologique de la tumeur primitive
- Clinique : les symptômes sont variés et trompeurs, en pratique tout symptôme pulmonaire chez un cancéreux connu doit faire demander une radiographie pulmonaire
- La Rx révèle une image en lâcher de ballons : des éléments nodulaires ou macro nodulaires dense, arrondis de taille inégale plus ou moins nombreux répartis dans les deux champs pulmonaires
- Si le cancer original est méconnu, le rechercher méthodologiquement
 - examen des sein du carrefour aérodigestif radiographies digestives
 - toucher rectal, vaginal, rectoscopie, échographie abdominale, UIV
 - recherche d'un cancer de la prostate avec dosage des phosphatases acides exploration des glandes endocrines (thyroïde, surrénales, du squelette et de la peau)

2) Hémopathies malignes :

a- leucoses :

Les manifestations pulmonaires des leucoses peuvent se révéler radiologiquement par des opacités infiltratives excavées ou non et à une atteinte pleurale. Le contexte clinique et hématologique permet rapidement le diagnostic

b- Maladie de Hodgkin :

Les opacités micro et macro nodulaires sont souvent associées à des adénopathies médiastinales volumineuses, à un épanchement pleural ou à des troubles de la ventilation

Le diagnostic repose sur un examen complet du malade.

Recherche d'adénopathies superficielles d'une splénomégalie de signes cutanées, la biopsie ganglionnaire avec étude histologique confirme le diagnostic

3) Opacités rondes infectieuses, parasitaires :

- Foyer tuberculeux rond multiple : exceptionnel
- Hydatidose multiples
- Staphylome multiple : exceptionnel
- Certaines mycoses