**Opacités rondes intra pulmonaires**

**I- GÉNÉRALITÉS**

Opacité radiologique ronde, de diamètre supérieur à un centimètre, bien limitée sur les trois quarts 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 lors du bilan d’une affection extra-pulmonaire.
* Soit sur point d’appel clinique : toux, douleur, hémoptysies, signes généraux.

**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,
* centrale ou excavée ;

 \* calcifications (en faveur de la bénignité) ;

* association à d’autres anomalies ++ :

\*adénopathies,, épanchement pleural, atélectasie, lyse osseuse, franchissement de scissure.

**3. Étude de radiographies antérieures éventuelles +++**

● Précise l’évolutivité de l’anomalie.

● Estime le temps de doublement.

**B/ Diagnostic différentiel**

● Opacités extra parenchymateuses :

**–** épanchement pleural scissural ;

**–** opacité pariétale (mamelon, exostose ; valeur de la radiographie de profil) ;

**–** opacité médiastinale ;

**–** hernie diaphragmatique.

● Le diagnostic est redressé par le TDM thoracique.

**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**

**–** tabagisme ;

**–** âge (50 ans) ;

**–** critères radiologiques :

\* diamètre de la tumeur : 80 % de tumeurs bénignes si < 2 cm,

\* contours irréguliers ; 50 à 90 % malins,

\* contours réguliers ; 20 % malins,

\* calcification rare ; 20 % de tumeurs malignes,

\* évolutivité radiologique sur deux ans (en cas de clichés antérieurs),

**B/ Causes**

**1. Tumeurs**

***a) Tumeurs malignes primitives (QS)***

**–** Âge > 50 ans, tabagisme.

**–** Altération de l’état général et/ou signes cliniques d’appel.

**–** Aspect irrégulier ; taille souvent > 2 cm.

**–** Excavation 10 % avec paroi épaisse, irrégulière.

***b) Tumeurs à malignité réduite : carcinoïde***

**–** Sujet jeune.

**–** Souvent révélée par une hémoptysie ou RP systématique.

**–** Localisation préférentielle au 1/2 supérieur du champ pulmonaire.

***c) Tumeurs malignes secondaires (QS)***

**–** Notion d’un primitif connu (sein, testicule, sarcome, prostate).

**–** Lobe inférieur souvent.

**–** Opacités multiples homogènes, bilatérales, de diamètres différents (lâcher de ballons).

**–** 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***

**–** Hamartome :

\* 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 graisseuse sont caractéristiques.

**–** Autres : léiomyome, fibromes, lipomes.

**2. Infections**

***a) Tuberculome***

**–** Terrain, contexte clinique.

**–** Lobe supérieur.

**–** Calcifications concentriques.

**–** Opacités satellites.

***b) Caverne tuberculeuse***

**–** Excavation prédominant aux lobes supérieurs, nodules satellites fréquents.

***c) Abcès du poumon***

**–** Contexte infectieux aigu ou subaigu.

**–** Niveau liquide, la paroi de la cavité est fine.

**–** Les expectorations sont fétides.

**–** Lobes inférieurs (droit ++)

***d) Infection à germes à croissance lente (rare)***

**–** Actinomycoses, nocardia.

**–** Patients souvent immunodéprimés.

***e) 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.

***f) Mycoses***

**–** Rares en France, sauf dans le cas du sida (coccidioïdiomycose, cryptococcose, histoplasmose).

**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.

**–** Valeur diagnostique des ANCA.

**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***

***d) Atélectasie par enroulement***

**–** Aux bases, associée à un épanchement pleural.

**–** Trajet arciforme des bronches et vaisseaux au TDM

***e) Pneumopathie huileuse***

**–** Lobe inférieur.

**–** Tonalité graisseuse au TDM.

**–** Contexte particulier : utilisateurs d’huile de paraffine ou exposition aux huiles industrielles.

***f) Sarcoïdose (QS)***

**–** Opacité ronde isolée ou multiples.

**OPACITÉS MULTIPLES**

● Toutes les étiologies discutées plus haut peuvent donner le tableau d’opacités multiples.

**1. Causes fréquentes**

● Métastases pulmonaires hématogènes réalisant l’image en lâcher de ballons :

**–** opacités prédominent aux bases ;

**–** taille inégale.

**2. Causes plus rares**

● Sarcoïdose.

● Maladies inflammatoires (Wegener, polyarthrite rhumatoïde).

● Infection (tuberculose, nocardiose, actinomycose).