**Protocoles d’imagerie thoracique**

**THORAX LOW DOSE et SUIVI DE NODULES**

**ENJEUX :**

* Ne pas méconnaître un cancer bronchique à un stade curable
* Ne pas être invasif pour une lésion bénigne
* Être moins irradiant dans le cadre du suivi de pathologie pulmonaire chronique

**TECHNIQUES :**

* ***Préparation*** : aucune
* ***Positionnement*** : décubitus dorsal, bras au-dessus de la tête
* ***Acquisition*** : des apex jusqu’aux culs de sac postérieurs et en apnée après inspiration maximale
* *Paramètres d’acquisition* :
* kV : 120
* mA : modulation automatique de dose (min 80 / max 400)
* mAs en fonction de l’indice de bruit (30 à 40)
* Champ de vue : adapté au patient
* Épaisseur de coupe : millimétrique ou infra millimétrique
* Pitch le plus élevé
* Rotation du tube la plus rapide
* Si disponible sur la machine, augmenter le pourcentage de reconstruction itérative ou le Deep Learning
* *Paramètres de reconstruction* :
* Recon. parenchymateuse : filtre spatial dur, fenêtre parenchymateuse, épaisseur coupe < mm
* Recon. médiastinale : filtre spatial mou, fenêtre médiastinale, épaisseur coupe voisine du mm
* Injection de PCI : en fonction de l’indication

**METHODE DE LECTURE ET COMPTE RENDU POUR LES NODULES :**

* MIP et CAD : aide à la détection des nodules
* TOUJOURS RAISONNER sur au minimum deux imageries
* Éliminer tout ce qui n’est pas un nodule : ganglion intra-parenchymateux, fistule artero-veineuse, plaque pleurale, nodules régressifs
* Reconnaître les nodules typiquement bénins : opacités juxta-scissurales (triangulaire, < 1 cm, < 15 mm interface scissurale, sous la carène) nodules à centre graisseux
* Reconnaître les nodules typiquement malins : nodules solides excavés, nodules spiculés, nodules solides persistants
* Savoir quand suggérer une biopsie
* Connaître les modalités de surveillance
* Préciser la conduite à tenir en fonction des recommandations des sociétés savantes