

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F01. Douleur thoracique non spécifique</b>  <b>(Consulter aussi E01, E04, E05)</b>	Infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, infarctus du myocarde sans élévation du segment ST ou syndrome coronarien aigu à risque élevé, syndrome coronarien aigu à faible risque et syndromes liés à une douleur thoracique aiguë			L'imagerie diagnostique devrait être guidée par l'examen clinique, l'ECG et les biomarqueurs.
<b>F02. Traumatisme thoracique mineur</b>  <b>(Consulter aussi J30)</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕	Fracture costale suspectée; pour écarter le pneumothorax, l'hémithorax ou la contusion pulmonaire.
	Clichés des côtes	Non indiqué [A]	⊕	La radiographie des poumons n'est pas sensible aux fractures costales; la thérapie est une gestion de la douleur avec ou sans fracture confirmée.
	TDM	Non indiqué [B]	⊕⊕⊕	
<b>F03. Traumatisme thoracique majeur</b>  <b>(Consulter aussi J31 – J32)</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	⊕	Pour exclure une pathologie qui menace la stabilité hémodynamique immédiate.
	TDM	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	La tomodensitométrie est beaucoup plus sensible que la radiographie des poumons pour l'évaluation de lésions aux gros vaisseaux, d'un volet costal ou d'une rupture diaphragmatique.
<b>F04. Examen préalable à l'emploi</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕	Pour les personnes dont le test cutané à la tuberculine est positif, afin d'exclure une tuberculose active; pour les plongeurs en haute mer et les sous-mariniens qui nécessitent une incidence postéro-antérieure en inspiration et en expiration et un examen latéral pour exclure les bulles apicales.  N'est plus indiquée pour les manipulateurs d'aliments.

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F05. Admission à un hôpital</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [A]	⊕	Une radiographie des poumons de routine n'est pas indiquée. Une radiographie des poumons à l'admission est indiquée uniquement chez les patients atteints d'une maladie respiratoire ou cardiaque aiguë et chez les patients âgés ayant une maladie cardio-pulmonaire chronique, sans radiographies des poumons récentes.
<b>F06. Examen préopératoire de routine</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [A]	⊕	Une radiographie des poumons préopératoire de routine n'est pas indiquée. Une radiographie des poumons préopératoire est indiquée uniquement chez les patients atteints d'une maladie respiratoire ou cardiaque aiguë et significative et chez les patients âgés ayant une maladie cardio-pulmonaire chronique, sans radiographies des poumons récentes.
<b>F07. Examen de dépistage de routine préalable à l'emploi</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕	Dépistage de la tuberculose chez les patients dont le test de Mantoux ou les radiographies des poumons sont positifs.  Dépistage chez les immigrants originaires d'un pays à tuberculose endémique.  La radiographie des poumons n'est pas indiquée à titre d'examen de routine pour les fumeurs.
	TDM	Non indiqué [B]	⊕⊕	La tomodensitométrie n'est pas indiquée à titre d'examen de routine pour les fumeurs.
<b>F08. Patients en soins intensifs</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [A]	⊕	La radiographie des poumons quotidienne en soins intensifs est abandonnée dans la plupart des établissements et remplacée par la radiographie des poumons à la demande, même pour les patients ventilés mécaniquement.
<b>F09. Procédures post-interventionnelles</b>	RX des poumons	Indicated only in specific circumstances [A]	⊕	Un grand nombre d'établissements ont remplacé la radiographie des poumons de routine après l'intervention par la radiographie des poumons à la demande.  Même si des données corroborent une faible incidence de cas positifs parmi les radiographies des poumons de routine après l'intervention, d'autres données indiquent que le jugement clinique n'est pas sensible aux complications associées à l'insertion d'un cathéter central, d'une sonde nasogastrique et d'un tube endotrachéal et qu'une radiographie des poumons est indiquée. Cependant, un stimulateur cardiaque et une trachéostomie ne nécessitent probablement pas une radiographie des poumons immédiatement après l'intervention.

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F10. Infection des voies respiratoires supérieures</b>	RX des poumons	Non indiqué au premier abord [B]	⊕	Il n'y a aucune preuve de l'utilité de la radiographie des poumons pour la prise en charge des infections des voies respiratoires supérieures. La radiographie des poumons devrait être réservée aux patients pour lesquels il existe un soupçon clinique de pneumonie ou de trachéo-bronchite aiguë avec autres comorbidités et à ceux qui présentent des symptômes persistants pendant plus de trois semaines.
	TDM	Non indiqué [B]	⊕⊕⊕	
<b>F11. Exacerbation aiguë de l'asthme</b>  (Pour les enfants, consulter L48)	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕	L'imagerie diagnostique devrait être guidée par les préoccupations cliniques liées aux complications.  La radiographie des poumons n'est pas indiquée sauf dans les cas de fièvre, d'hyperleucocytose, de douleur thoracique persistante, d'autres caractéristiques de pneumonie, de pneumothorax suspecté, de pneumomédiastin ou si une hospitalisation est requise.
	TDM	Non indiqué au premier abord [C]	⊕⊕⊕	La tomodensitométrie devrait être envisagée uniquement dans les rares cas où la prise en charge pourrait être modifiée.
<b>F12. Exacerbation aiguë de la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)</b>	RX des poumons	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕	L'imagerie diagnostique devrait être guidée par les préoccupations cliniques liées aux complications.  La radiographie des poumons n'est pas indiquée sauf dans les cas d'antécédents de coronaropathie ou d'ICC, de fièvre, d'hyperleucocytose, de douleur thoracique persistante, d'autres caractéristiques de pneumonie, de pneumothorax suspecté, de pneumomédiastin ou si une hospitalisation est requise.
	TDM	Non indiqué au premier abord [C]	⊕⊕⊕	La tomodensitométrie devrait être envisagée uniquement dans les rares cas où la prise en charge pourrait être modifiée.
<b>F13. Pneumonie</b>  (Pour les enfants, consulter L43 – L45)	RX des poumons	Indiqué [C]	⊕	L'imagerie diagnostique devrait être guidée par les observations cliniques.  Il s'agit de la modalité d'imagerie de choix au premier abord lorsqu'une pneumonie est suspectée. Cependant, elle ne devrait pas être effectuée dans les cas où le patient présente un risque très élevé avant l'examen et où une radiographie des poumons négative n'exclurait pas la prise en charge.
	TDM	Non indiqué au premier abord [C]	⊕⊕⊕	À envisager dans les cas de pneumonie grave, de pneumonie avec complications ou d'organismes atypiques possibles. Elle peut aider à diagnostiquer une pneumonie associée à un empyème et guider une thoracocentèse.

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F14. Pneumonie : suivi<sup>1</sup></b>	RX des poumons	Non indiqué au premier abord [B]	⊕	<p>Une radiographie des poumons est indiquée uniquement chez les patients présentant des signes et des symptômes qui laissent croire à une pneumonie grave. Il n'est pas nécessaire de procéder à une autre radiographie des poumons avant de donner le congé de l'hôpital aux patients qui se sont cliniquement bien rétablis d'une pneumonie.</p> <p>Il est recommandé de réaliser une radiographie des poumons aux fins de suivi au-delà de la sixième semaine chez tous les patients qui ont des symptômes ou des signes physiques persistants et chez les patients qui sont exposés à un risque plus élevé de présenter une affection maligne sous-jacente (en particulier les fumeurs et les patients de plus de 50 ans), admis ou non à l'hôpital.</p>
	TDM	Non indiqué au premier abord [B]	⊕⊕⊕	La tomодensitométrie est indiquée uniquement dans les cas sans résolution des anomalies radiographiques ou cliniques dans le délai prévu.
<b>F15. NOUVEAU – Patient immunosupprimé avec symptômes respiratoires ou neutropénie fébrile</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	⊕	Il s'agit de la modalité d'imagerie de choix au premier abord; elle détecte les anomalies et guide la prise en charge dans la plupart des cas. Cependant, la radiographie des poumons peut être normale chez les patients atteints du VIH ou de neutropénie fébrile présentant une infection pulmonaire.
	TDM	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	<p>La tomодensitométrie est indiquée lorsque la radiographie des poumons est normale ou équivoque chez des patients pour lesquels il existe un important soupçon clinique d'infection pulmonaire.</p> <p>La tomодensitométrie est précise dans l'établissement du diagnostic d'infections particulières (PCP, mycose pulmonaire, tuberculose) et peut modifier la prise en charge du patient.</p> <p>La TDM-HR avec clichés en expiration est indiquée chez les patients ayant subi une greffe de moelle osseuse avec une bronchiolite oblitérante soupçonnée.</p>
<b>F16. Épanchement pleural</b>	RX des poumons	Indiqué [C]	⊕	La radiographie des poumons peut dépister de faibles quantités de liquide pleural (incidence postéro-antérieure : 175 ml, latérale : 75 ml, décubitus latéral : 10 ml). Une épaisseur de plus de 1 cm en incidence latérale permet une thoracocentèse diagnostique sécuritaire sans avoir besoin de se guider par imagerie.

1 La majorité des patients ayant une pneumonie communautaire présentent une résolution des anomalies radiographiques en quatre ou six semaines, mais ce délai peut être prolongé chez les patients âgés, les fumeurs et les patients atteints d'une maladie chronique des voies respiratoires.

(suite à la prochaine page)

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F16. Épanchement pleural</b> <i>(suite)</i>	TDM	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	☹☹☹	Une tomodensitométrie peut être demandée par un spécialiste ou après avoir consulté un radiologiste afin de caractériser davantage le liquide pleural et de permettre la visualisation de la pathologie sous-jacente de la plèvre et des poumons. Une tomodensitométrie avec agent de contraste peut aider à diagnostiquer un empyème soupçonné et à différencier un empyème d'un abcès du poumon et d'un cancer de la plèvre. Cependant, la valeur d'atténuation de la tomodensitométrie n'est pas fiable pour distinguer l'exsudat du transsudat.
	ÉCHO	Indiqué [B]	0	L'échographie est indiquée pour confirmer la présence de liquide pleural; pour le dépistage de septations ou de loculations, elle est supérieure à la TDM.  Elle est utile pour guider une thoracocentèse diagnostique et thérapeutique (des procédures plus complexes comme une biopsie de la plèvre ou le drainage d'un petit empyème peuvent nécessiter qu'elles soient guidées par la TDM).
	IRM	Non indiqué [B]	0	L'IRM peut être supérieure à la TDM pour différencier les maladies de la plèvre bénignes et malignes et peut aider à caractériser le liquide. Toutefois, elle n'est pas utilisée automatiquement et ne remplace pas les procédures interventionnelles diagnostiques.
	TEP/TDM FDG	Indiqué dans des cas précis [B]	☹☹☹☹	La TEP/TDM peut aider à caractériser l'épanchement pleural chez un patient présentant un cancer soupçonné ou connu, en particulier un mésothéliome. La TEP/TDM pourrait identifier les implants pleuraux métastatiques et guider la biopsie.
<b>F17. Hémoptysie : non-fumeur, faible risque de malignité, rare</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	☹	Tous les patients présentant une hémoptysie devraient subir une radiographie des poumons.
	TDM	Non indiqué au premier abord [B]	☹☹☹	La tomodensitométrie est indiquée uniquement chez les patients présentant une hémoptysie grave ou d'autres facteurs de risque (consulter F17B).
<b>F18. Hémoptysie : fumeur, risque élevé de malignité, plus de 40 ans ou hémoptysie récurrente</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	☹	Tous les patients présentant une hémoptysie devraient subir une radiographie des poumons. Si la radiographie ne présente aucune anomalie et si l'hémoptysie est importante ou récurrente et apparaît sans une autre forme d'infection pulmonaire, il est indiqué d'approfondir l'examen.
	TDM	Indiqué [B]	☹☹☹	La TDM devrait être utilisée pour examiner la majorité des patients présentant une hémoptysie. La TDM peut détecter des affections malignes invisibles sur une radiographie des poumons. La TDM (avec agent de contraste s'il n'est pas contre-indiqué) détecte souvent la cause et le site du saignement. La TDM-HR est indiquée pour l'examen d'une bronchectasie. Si la TDM est normale, ne permet pas de visualiser le site du saignement ou montre une tumeur centrale, une bronchoscopie est indiquée.

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F19. Hémoptysie : grave (plus de 300 ml en 24 heures)</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	⊕	Si l'état du patient est stable, une radiographie des poumons est indiquée pour l'examen initial.
	TDM	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	La TDM est indiquée si elle est cliniquement réalisable et si l'état du patient est stable. La TDM avec agent de contraste (si elle n'est pas contre-indiquée) peut montrer la source du saignement et être utile particulièrement avant une embolisation artérielle bronchique. Une bronchoscopie est indiquée pour tous les patients présentant une hémoptysie grave.
<b>F20. Dyspnée chronique d'origine pulmonaire ou pneumopathie diffuse ou interstitielle soupçonnée</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	⊕	Elle est utile à titre de modalité d'imagerie initiale et aide à orienter les examens futurs. Cependant, une radiographie normale n'écarte pas une pneumopathie diffuse ou interstitielle.
	TDM/TDM-HR	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	La TDM-HR (voir l'addenda) est la modalité d'imagerie de choix pour l'évaluation d'une pneumopathie diffuse ou interstitielle; elle fournit des renseignements importants sur la réversibilité de la maladie et le pronostic. Des clichés en expiration additionnels aident souvent à établir le diagnostic différentiel.  La TDM-HR en décubitus ventral peut être indiquée si l'amiantose est soupçonnée.  En raison de la dose plus élevée de rayonnement, l'utilisation de la TDM-HR devrait être évaluée par rapport aux risques associés à la radiation sur les jeunes patients, particulièrement de sexe féminin.
<b>F21. Nodule pulmonaire solitaire (solide)</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	⊕	La radiographie des poumons peut être la première modalité pour montrer un nodule pulmonaire solitaire, mais elle est très limitée en ce qui concerne la caractérisation et le diagnostic final.
	TDM	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	La TDM peut donner des résultats précis de bénignité, comme une calcification ou de la graisse centrale, ce qui écarte l'approfondissement de l'examen.  Pour les nodules solides non déterminés par la TDM, la prise en charge varie selon les facteurs de risque de malignité, comme il est recommandé par les lignes directrices sur le suivi et la prise en charge des nodules de la Fleischner Society (voir l'addenda 1).
	TEP FDG (TEP/TDM FDG)	Indiqué [A]	⊕⊕⊕	Plus sensible que la TDM pour la détection de la malignité dans les nodules de plus de 8 mm.  Caractérisation des nodules solides de 8 mm et plus non déterminés par TDM.  Peut aider dans la stadification des nodules malins.

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F22. Nodules semi-solides (nodules en verre dépoli et mixtes)</b>	RX des poumons	Indiqué [C]	⊕	La radiographie des poumons peut être la première modalité pour montrer un nodule semi-solide, mais elle est très limitée en ce qui concerne la caractérisation et le diagnostic final. Les nodules en verre dépoli pur ne sont généralement pas visibles sur les radiographies des poumons.
	TDM	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	<p>La TDM (en particulier la TDM-HR) est beaucoup plus précise pour la détection de nodules en verre dépoli et mixtes ainsi que pour montrer une affection multicentrique.</p> <p>Il n'existe pas encore de consensus dans la documentation à propos de la prise en charge des nodules en verre dépoli et mixtes (les lignes directrices sur les nodules de la Fleischner Society ne sont pas appliquées à ces lésions). Les lignes directrices provisoires publiées en 2010 suggèrent ce qui suit :</p> <p>Lésions solitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nodule en verre dépoli de moins de 5 mm : aucun suivi ni examen radiologique nécessaire.</li> <li>• Nodule en verre dépoli de 5 à 10 mm : TDM à 3-6 mois, annuellement pendant au moins 3 ans s'il est stable. Augmentation de la taille ou composant solide : résection chirurgicale.</li> <li>• Nodule en verre dépoli de plus de 10 mm : TDM à 3-6 mois, résection chirurgicale s'il est persistant ou s'il grossit.</li> <li>• Nodule mixte, peu importe la taille : biopsie percutanée ou résection chirurgicale. (Le rôle de la biopsie percutanée est moins clair en raison des erreurs d'échantillonnage.)</li> </ul> <p>Lésions multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nodules en verre dépoli de moins de 10 mm : TDM dans un an.</li> <li>• Tout nodule de verre dépoli de plus de 10 mm ou nodule mixte : suivi par TDM et résection chirurgicale (résection limitée).</li> </ul>
	TEP FDG (TEP/TDM FDG)	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕⊕⊕	<p>Sa valeur diagnostique est douteuse pour les nodules en verre dépoli pur, surtout ceux de moins de 1 cm. Les lésions en verre dépoli malignes ne seront probablement pas positives sur la TEP et présentent un faible risque de maladies métastatiques, excluant la TEP/TDM pour la détermination du stade.</p> <p>Elle est indiquée pour les lésions mixtes en raison de la plus grande possibilité de tumeurs malignes invasives, pour détecter les métastases et déterminer le stade préopératoire.</p>

Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F23. Métastases pulmonaires</b>	RX des poumons	Indiqué [A]	⊕	Elle est le premier examen pour la plupart des tumeurs malignes.
	TDM	Indiqué seulement dans des cas précis [A]	⊕⊕	Elle est recommandée pour les cancers primitifs qui métastasent souvent dans le thorax ou pour ceux qui réagissent bien à la métastasectomie chirurgicale (p. ex., sarcomes, mélanomes, côlon, testicule).
	TEP/TDM FDG	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕⊕⊕⊕	La TEP/TDM peut aider à la stadification à l'échelle de tout l'organisme et détecter les métastases pulmonaires de plus de 8 mm. La TEP/TDM FDG permet d'évaluer l'opérabilité d'une métastase pulmonaire solitaire par exclusion ou détection de métastases extrapulmonaires.
<b>F24. Lésion médiastinale soupçonnée sur la RX des poumons</b>	TDM	Indiqué [C]	⊕⊕⊕	La TDM est très sensible pour détecter les lésions médiastinales et fournit des renseignements qui aident à établir le diagnostic différentiel. La TDM peut guider la biopsie percutanée. Elle peut être synchronisée pour les lésions paracardiaques.
	RM	Non indiqué au premier abord [C]	0	L'IRM différencie avec précision les lésions solides et kystiques; elle est supérieure à la TDM pour la détection de l'invasion des structures médiastinales. Elle peut être synchronisée pour les lésions paracardiaques.
	ÉCHO	Indiqué seulement dans des cas précis [C]	0	Peut être exigée selon le soupçon d'une lésion paracardiaque.
	TEP/TDM FDG	Indiqué seulement dans des cas précis [B]	⊕⊕⊕⊕	La TEP/TDM FDG ne devrait être réalisée qu'après une TDM. Elle peut établir le site de la biopsie, détecter une affection extrathoracique plus facilement que la biopsie, éviter une biopsie inutile dans le cas d'une lésion qui ne présente pas d'avidité pour le FDG, détecter une lésion bénigne (p. ex., une hyperplasie thymique) et établir le stade d'une lésion pulmonaire maligne confirmée.



Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
<b>F25. Lymphadénopathie soupçonnée<sup>2</sup></b>	RX des poumons	Indiqué [C]	⊕	Sensibilité limitée pour la détection de l'adénopathie médiastinale et hilare.
	TDM	Indiqué [C]	⊕⊕⊕	La TDM est très sensible pour détecter l'adénopathie médiastinale et hilare; elle fournit des renseignements qui peuvent aider à établir le diagnostic (c.-à-d. calcification, nécrose, gonflement ganglionnaire et anomalie parenchymateuse).  La TDM peut guider la biopsie percutanée selon la préoccupation clinique.
	TEP/TDM FDG	Indiqué [A]	⊕⊕⊕⊕	La TEP/TDM peut établir le site de la biopsie, détecter une affection extrathoracique plus facilement que la biopsie, éviter une biopsie inutile dans le cas de ganglions lymphatiques ne présentant pas d'avidité pour le FDG et aider à la stadification d'un ganglion lymphatique malin confirmé. Elle ne remplace pas la biopsie.
<b>F26. Diaphragme surélevé sur la RX des poumons</b>	RX des poumons	Indiqué [B]	⊕	Une radiographie des poumons en décubitus peut augmenter la précision de la détection d'un épanchement comme la cause de la surélévation apparente du diaphragme.
	TDM	Indiqué [B]	⊕⊕⊕	Pour écarter une lésion médiastinale incluant le nerf phrénique lorsque la radiographie des poumons est négative. Lorsque la radiographie des poumons montre une anomalie médiastinale, la TDM est indiquée pour une caractérisation plus en profondeur (voir « lésion médiastinale soupçonnée sur la RX des poumons »).
	ÉCHO	Indiqué seulement dans des cas précis [A]	0	L'échographie peut détecter et évaluer un épanchement pleural et un mouvement diaphragmatique en temps réel. Elle peut être plus sensible que la fluoroscopie.
	Fluoroscopie	Indiqué seulement dans des cas précis	⊕⊕	Le sniff test (test du reniflement) en fluoroscopie est valable pour l'évaluation du mouvement diaphragmatique en temps réel et pour la détection d'une paralysie ou d'un mouvement paradoxal.

2 Soupçonnée au moyen d'une RX des poumons ou d'un examen clinique. L'imagerie diagnostique devrait être guidée par les observations cliniques et les biomarqueurs. Il n'existe aucune documentation pour guider la prise en charge de la lymphadénopathie découverte de façon fortuite au moyen d'une TDM du thorax.



Addenda :

### Définition de la TDM-HR :

TDM en inspiration avec coupes de 1 à 2 mm d'épaisseur. Modalité d'imagerie de choix pour l'évaluation d'une pneumopathie diffuse ou interstitielle et d'une atteinte des petites voies respiratoires, y compris une BPCO.

## Lignes directrices de la Fleischner Society

### Recommandations sur le suivi et la prise en charge des nodules de moins de 8 mm découverts fortuitement sur une TDM (dépistage exclu)

Taille du nodule (mm) <sup>1</sup>	Patient à faible risque <sup>2</sup>	Patient à haut risque <sup>3</sup>
≤ 4	Pas de suivi nécessaire <sup>4</sup>	TDM de contrôle à 12 mois; si stable, cesser le suivi
> 4-6	TDM de contrôle à 12 mois; si stable, cesser le suivi <sup>5</sup>	TDM de contrôle initial à 6-12 mois, puis à 18-24 mois si stable
> 6-8	TDM de contrôle initial à 6-12 mois, puis à 18-24 mois si stable	TDM de contrôle initial à 3-6 mois, à 9-12 mois et à 24 mois si stable
> 8	TDM de contrôle à environ 3, 9 et 24 mois, TDM dynamique avec agent de contraste, TEP ou biopsie	Même recommandation que pour le patient à faible risque

1 Moyenne de la longueur et de la largeur

2 Aucun antécédent ou peu d'antécédents de tabagisme et d'autres facteurs de risque connus

3 Antécédents de tabagisme ou d'un autre facteur de risque connu

4 Le risque de malignité dans cette catégorie (< 1 %) est nettement inférieur à celui observé sur une TDM de référence chez un fumeur asymptotique

5 Les nodules non solides (en verre dépoli) ou mixtes peuvent nécessiter un suivi prolongé pour exclure un adénocarcinome indolent