



**JFHOD**  
WWW.JFHOD.COM



**18/21 MARS 2021**  
*100 % digitales*

PAYS INVITÉ : *Belgique*

*La prévention*



# Tumeurs sous muqueuses digestives

Mohamed GASMI

Hôpital Nord, Marseille

# Liens d'intérêt en relation avec cette présentation

---

**Aucun lien d'intérêt**

# Objectifs pédagogiques

---

- ✓ connaître la classification des tumeurs sous muqueuses digestives, leur histoire naturelle, leur localisation préférentielle, leur aspect endoscopique
- ✓ Connaître les indications de l'échoendoscopie (EE) et des prélèvements EE-guidés
- ✓ Connaître les principales indications thérapeutiques

# Définition

- ✓ Tumeur Sous Muqueuse est un terme général englobant toute une variété de lésions non néoplasiques et néoplasiques (à la fois bénignes et malignes) du tube digestif
- ✓ Bien que le terme sous-épithélial soit plus approprié que « sous-muqueux », on continue toutefois à utiliser cette dénomination
- ✓ Les TSM peuvent naître de la sous-muqueuse, de la musculuse et de la séreuse, selon leur type histologique
- ✓ Les tumeurs carcinoïdes qui naissent de la muqueuse, sont, par convention, incluses dans les TSM

# Diagnostic des TSM

- ✓ Bombement de la paroi digestive recouvert d'une muqueuse d'aspect normal
- ✓ Découverte fortuite, 1 endoscopie/300
- ✓ L'hémorragie digestive constitue le principal symptôme
- ✓ Autre mode de révélation : masse épigastrique ou médiastinale

# Classification

## 1. Lésions néoplasiques

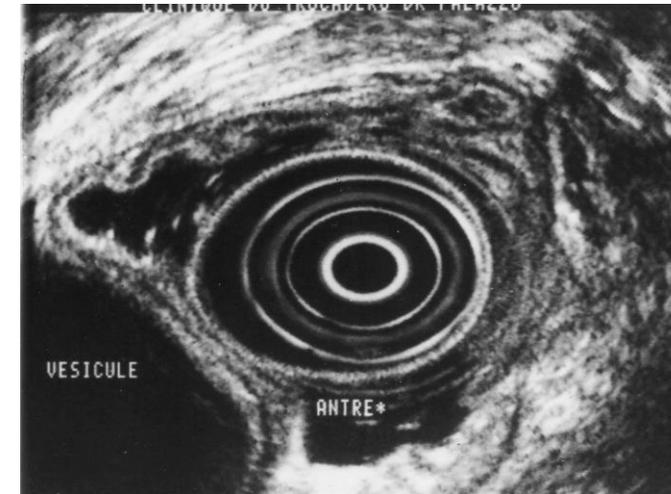
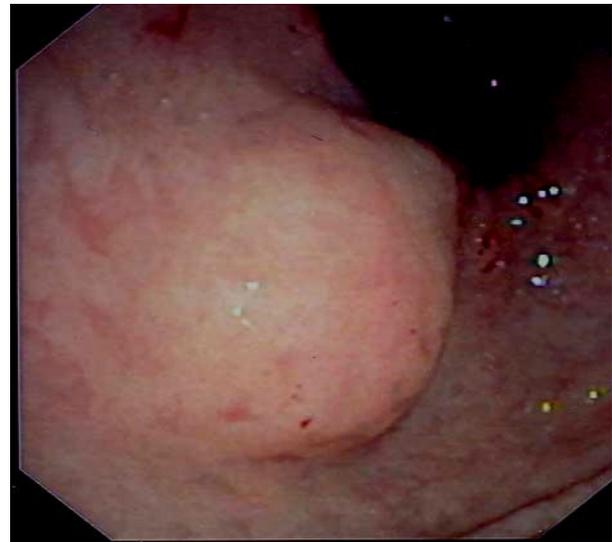
- ✓ GIST
- ✓ Léiomyome
- ✓ Léiomyosarcome
- ✓ Schwannome
- ✓ Tumeur à cellules granuleuses
- ✓ Lipome
- ✓ Tumeur glomique
- ✓ Dépôts métastatiques

## 2. Lésions non néoplasiques

- ✓ Lésions kystiques
  - ✓ duplication gastrique
  - ✓ kyste bronchogénique
  - ✓ kyste sous-muqueux
- ✓ Varice géante
- ✓ Pancréas aberrant
- ✓ Hamartome des glandes duodénales
- ✓ Polype fibro-inflammatoire
- ✓ Endométriose rectale

# Diagnostic différentiel

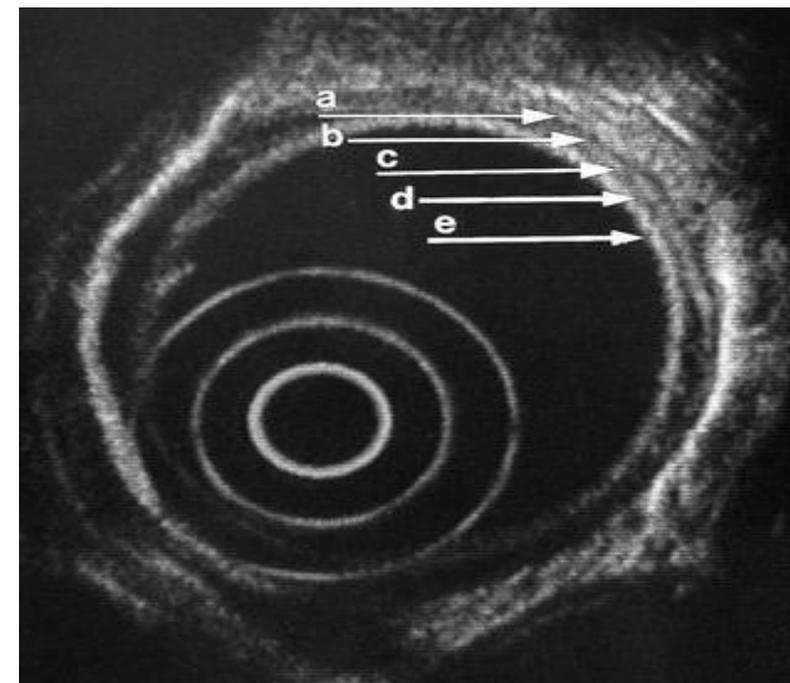
- ✓ 20-30 % des TSM visualisées durant une endoscopie digestive haute sont dues à une **compression extrinsèque**
  - ✓ 10 % à 15 % : organe normal (foie, rate, vésicule biliaire)
  - ✓ 5 % à 10 % : affection bénigne (du foie, de la rate ou du pancréas)
  - ✓ 5 % : affection maligne (du foie, du pancréas, d'un ganglion lymphatique)
- ✓ L'écho-endoscopie est significativement meilleure que l'endoscopie, l'échographie et la tomодensitométrie pour ce diagnostic différentiel
- ✓ Précision diagnostique > 95 %



Merci à Laurent Palazzo

# Performance de l'EE

- Origine : intra vs extra pariétale
  - Étude prospective, multicentrique, 150
  - EE : sensibilité : 92%, spécificité : 100%
- Taille
- Couche
  - Muqueuse/mm, sm, mp, séreuse
- Caractérisation
  - Solide vs liquide
  - Échogénécité : anéchogène, hypo, iso, hyper
  - Texture : homogène, hétérogène



# Quel organe est le plus souvent atteint d'une TSM?

- A. Œsophage
- B. Estomac
- C. Duodénum
- D. Grêle
- E. Rectum

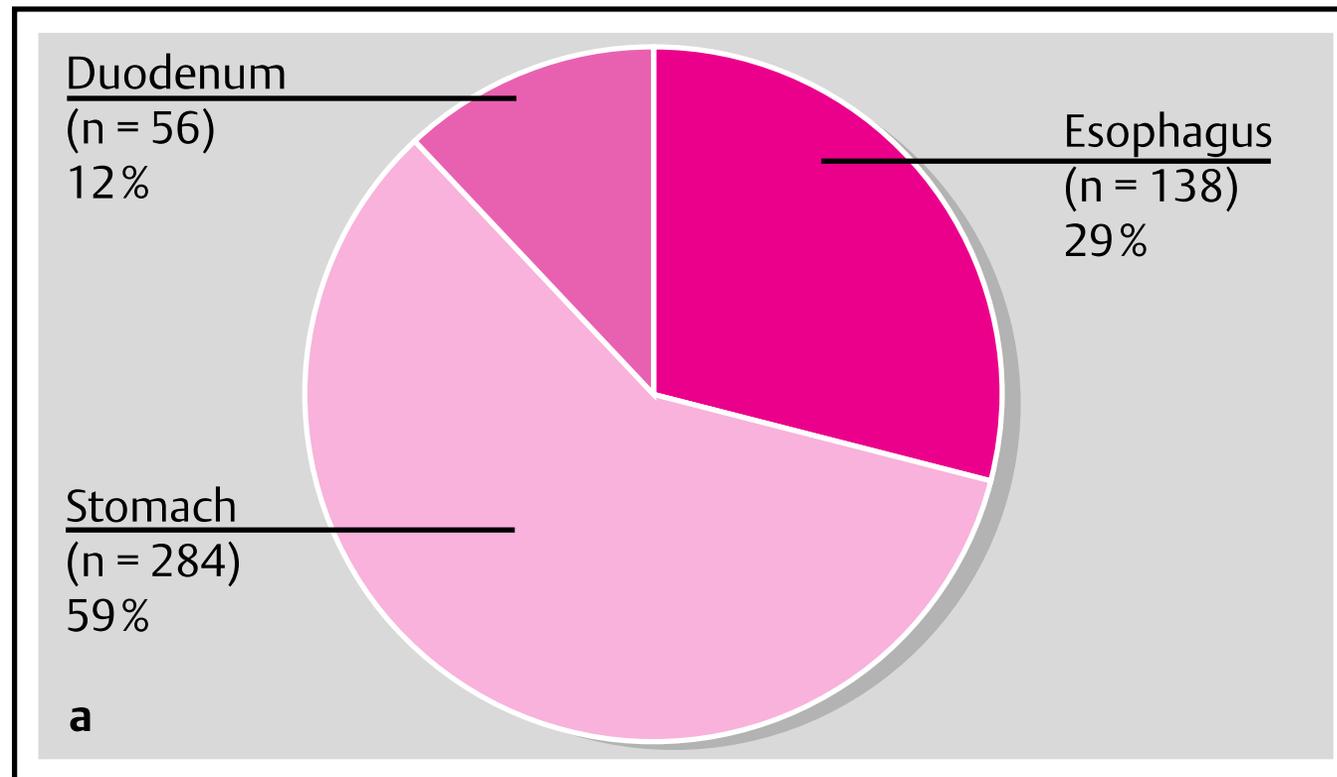
Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran



# Quel organe est le plus souvent atteint d'une TSM?

- A. Œsophage
- B. Estomac**
- C. Duodénum
- D. Grêle
- E. Rectum

# Localisation des TSM du tractus digestif supérieur



# Quelle est la TSM la plus fréquente dans l'œsophage?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Kyste bronchogénique
- D. GIST
- E. TNE

Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran



# Quelle est la TSM la plus fréquente dans l'œsophage?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. **Léiomyome**
- C. Kyste bronchogénique
- D. GIST
- E. TNE

# Quelle est la tumeur mésoenchymateuse la plus fréquente dans l'estomac?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Pancréas aberrant
- D. GIST
- E. TNE

Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran



# Quelle est la tumeur mésoenchymateuse la plus fréquente dans l'estomac?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Pancréas aberrant
- D. GIST**
- E. TNE

# Fréquence des TSM/organe

Tableau 3 Fréquence relative des lésions sous-muqueuses selon l'organe à partir de 13 séries d'écho-endoscopie [23].

	OEsophage (%)	Estomac (%)	Duodénum (%)	Rectum (%)
Tumeur développée à partir de la musculuse <sup>a</sup>	77 <sup>b</sup>	54 <sup>c</sup>	17 <sup>c</sup>	14 <sup>d</sup>
Pancréas aberrant	0	16	2	0
Carcinoïde	0	3	17	43
Lipome	1	5	14	14
Lésions kystiques	1	9	19	0
Tumeur à cellules granuleuses	13	1	0	0
Lymphangiome ou hémangiome	5	1	2	13
Hyperplasie des glandes de Brünner	0	0	19	0
Autres	2	11	10	16

<sup>a</sup> La répartition tumeurs stromales gastro-intestinales/léiomyomes ne pouvait être précisée dans des séries rapportées avant que la différenciation précise entre ces tumeurs ne soit clairement reconnue.

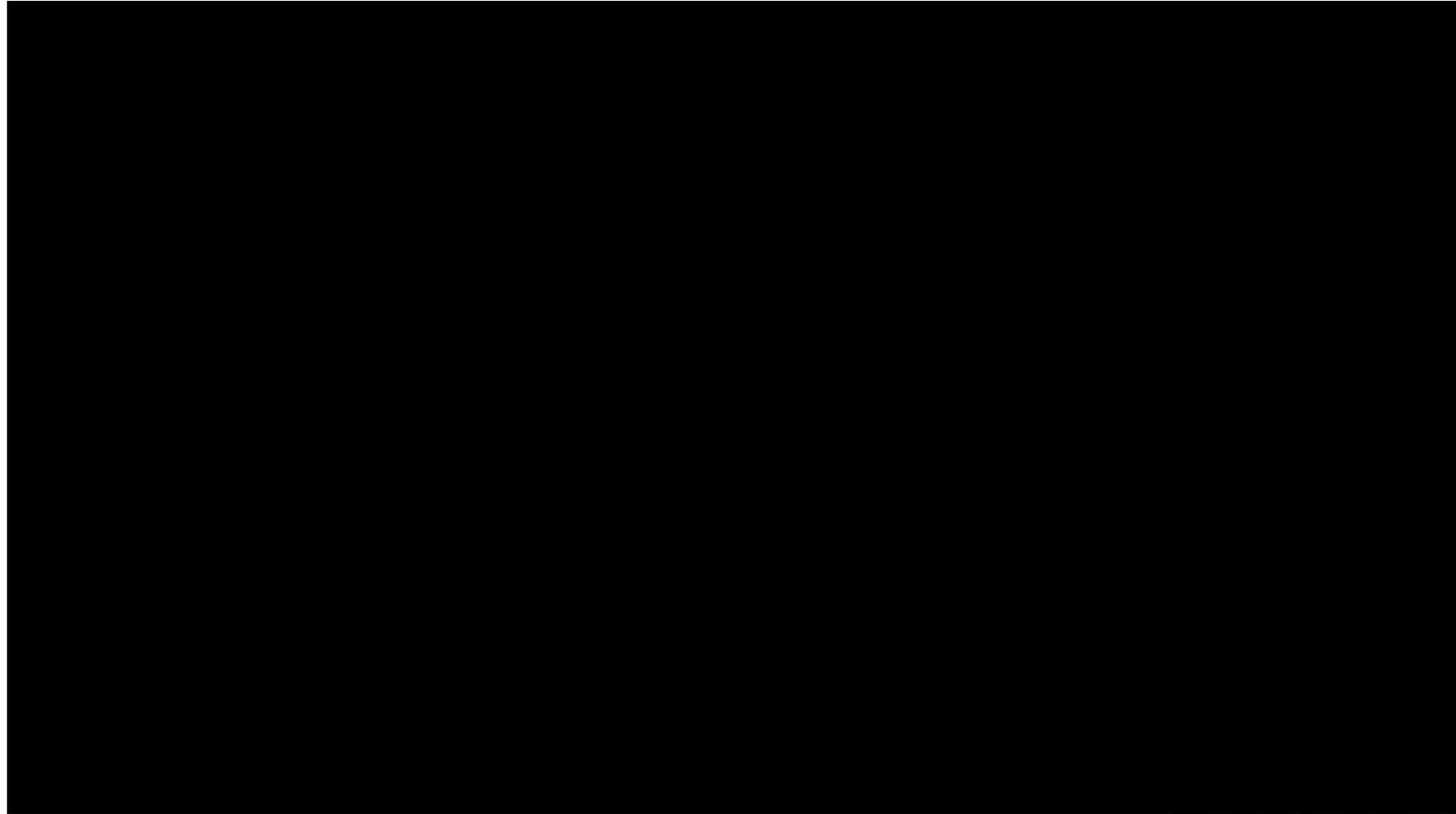
<sup>b</sup> Léiomyomes essentiellement.

<sup>c</sup> Tumeur stromale gastro-intestinale essentiellement.

<sup>d</sup> Tumeur stromale gastro-intestinale et léiomyomes.

# Cas clinique 1

- Homme de 75 ans
- RGO, aérophagie
- EOGD + EE : lésion antrale



# Cas clinique 1

Quel est votre diagnostic?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Pancréas aberrant
- D. GIST
- E. Tumeur endocrine

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



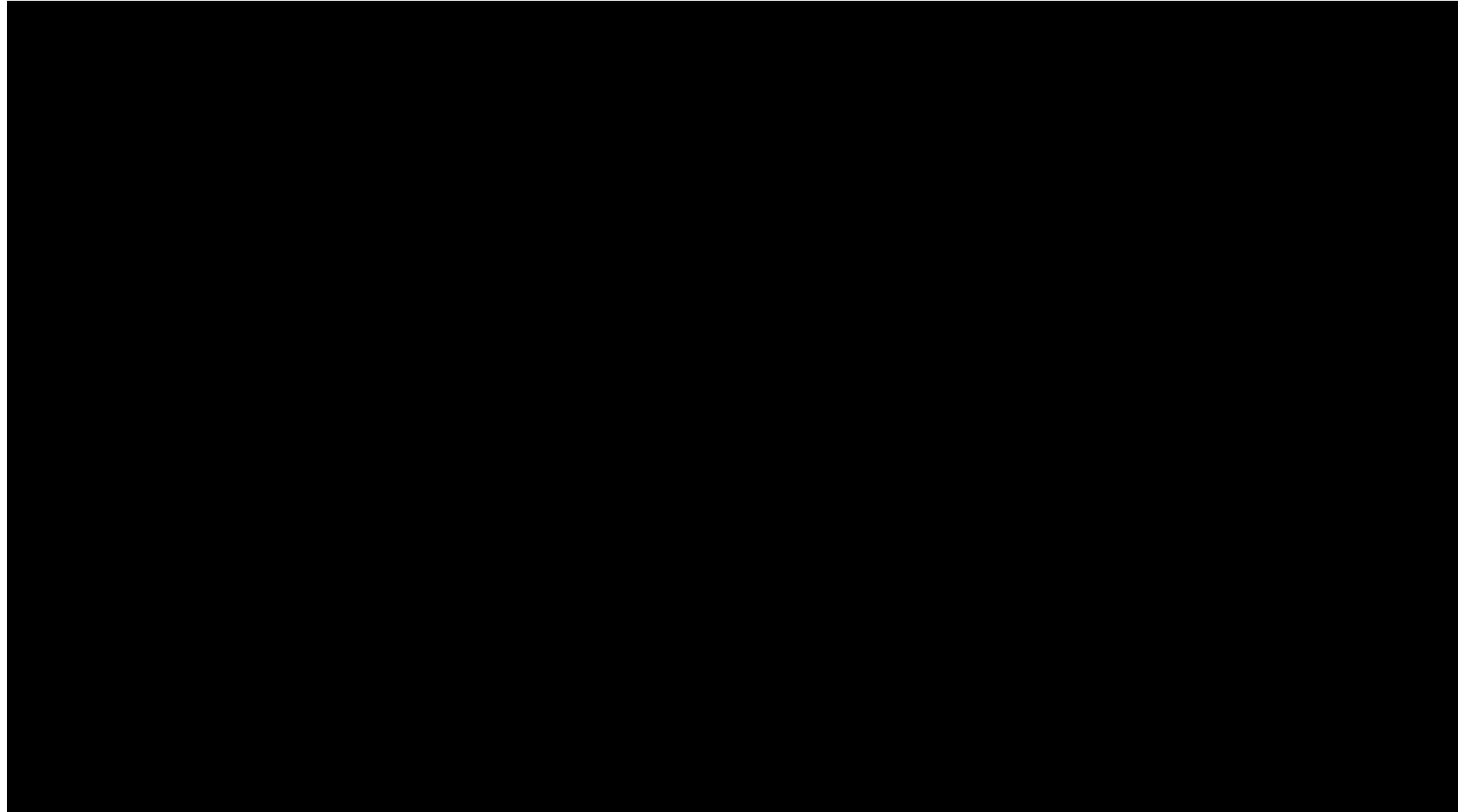
# Cas clinique 1

Quel est votre diagnostic?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. **Pancréas aberrant**
- D. GIST
- E. Tumeur endocrine

# Cas clinique 2

- Femme de 65 ans
- bilan de RGO
- EOGD



# Cas clinique 2

Quel diagnostic faut-il évoquer?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Kyste bronchogénique
- D. Pancréas aberrant
- E. GIST

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



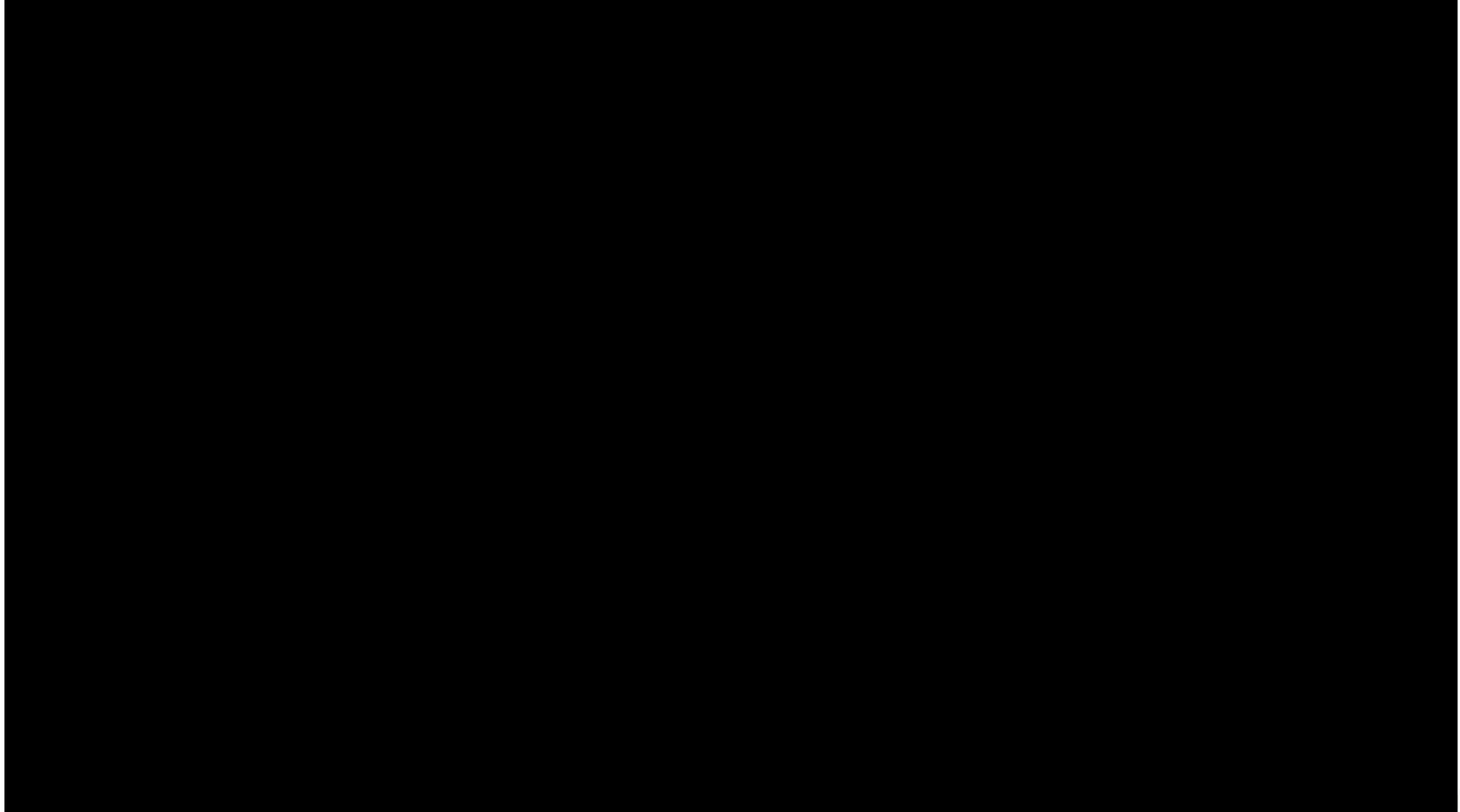
# Cas clinique 2

Quel diagnostic faut-il évoquer?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome**
- C. Kyste bronchogénique
- D. Pancréas aberrant
- E. GIST

# Cas clinique 3

- Homme, 70 ans
- ATCD : 0
- Bilan d'anémie ferriprive sans AEG



# Cas clinique 3

Dans quelle couche situez-vous cette lésion?

- A. La muqueuse
- B. La sous muqueuse
- C. La musculieuse propre
- D. La séreuse

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



# Cas clinique 3

Dans quelle couche situez-vous cette lésion?

- A. La muqueuse
- B. La sous muqueuse
- C. **La musculature propre**
- D. La séreuse

# Cas clinique 3

Quelle tumeur suspectez-vous?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Pancréas aberrant
- D. GIST
- E. Tumeur endocrine

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



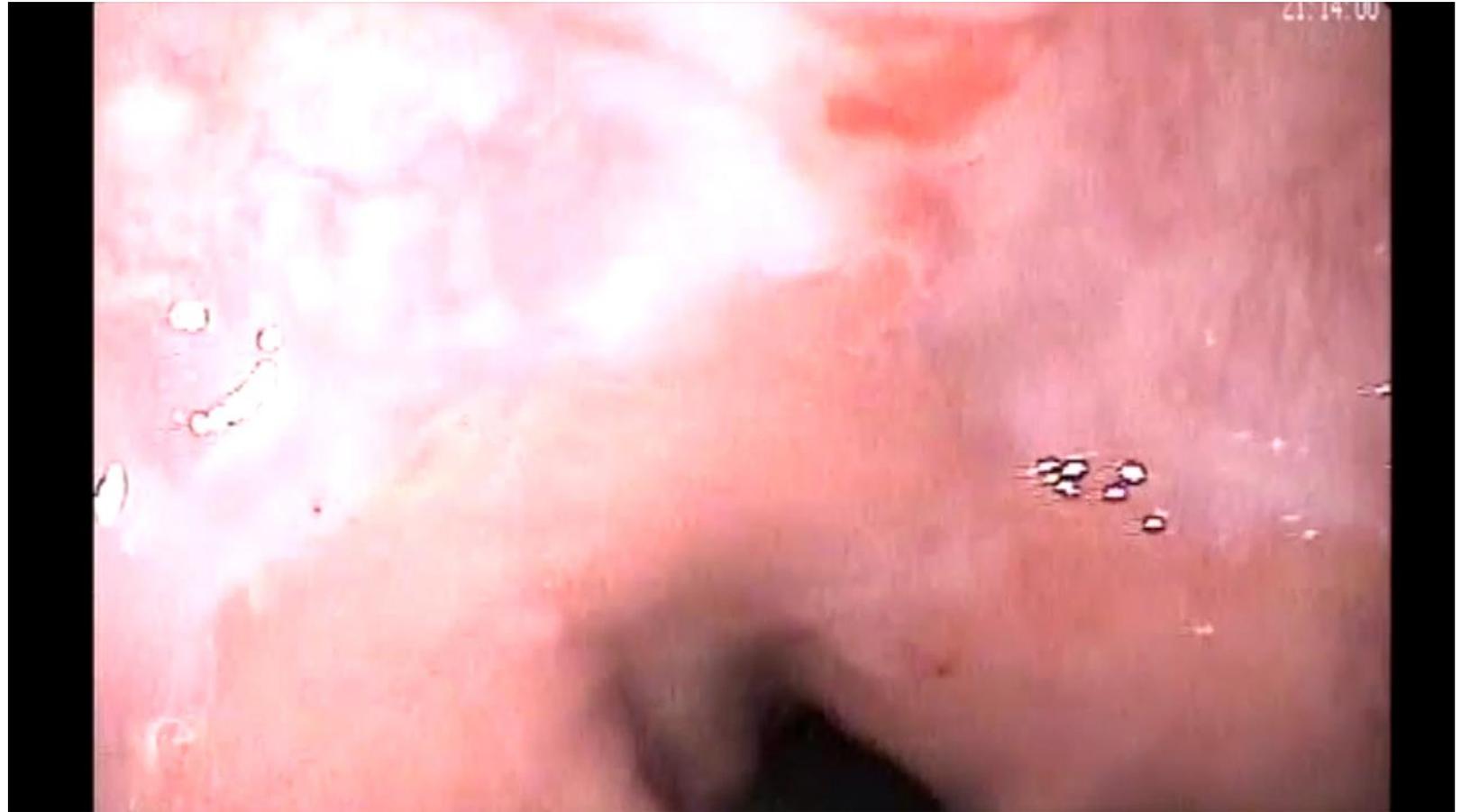
# Cas clinique 3

Quelle tumeur suspectez-vous?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Pancréas aberrant
- D. **GIST**
- E. Tumeur endocrine

# Cas clinique 4

- Homme de 34 ans
- bilan de RGO mal soulagé par les IPP
- FOGD



# Cas clinique 4

Quel est votre diagnostic?

- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. Duplication gastrique
- D. Pancréas aberrant
- E. Tumeur endocrine

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



# Cas clinique 4

Quel est votre diagnostic?

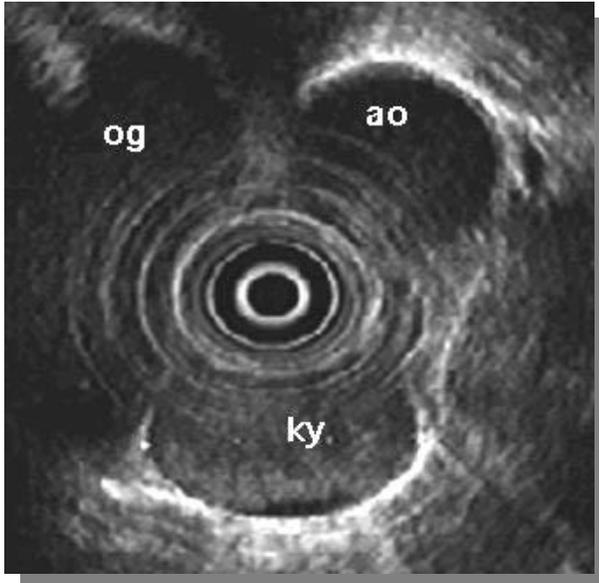
- A. Tumeur d'Abrikossoff
- B. Léiomyome
- C. **Duplication gastrique**
- D. Pancréas aberrant
- E. Tumeur endocrine

# Localisation préférentielle et aspect échocendoscopique des différentes TSM

	Organe	Couche attente en EE	Aspect en EE
<b>Léiomyome</b>	Œsophage+++	2 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup>	Très hypoéchogène, homogène, parfois calcifié, prend peu le contraste
<b>GIST</b>	Estomac++	4 <sup>e</sup>	Hypoéchogène, vasculaire en Doppler, prend le contraste
<b>T à cellules granuleuses (T d'Abrikossoff)</b>	Œsophage +++ Estomac	2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup>	Hypoéchogène, empreinte sur ballonnet
<b>Schwannome</b>	Estomac	3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup>	Hypoéchogène
<b>Kyste bronchogénique</b>	Oesophage	3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup>	Anéchogène ou hétérogène pseudo-tissulaire mais avec renforcement périphérique, déformable par le ballonnet, avasculaire en EE contraste
<b>Duplication</b>	Estomac, Duodénum	3 <sup>e</sup>	Anéchogène ou hétérogène avec renforcement périphérique (aspect liquidien). Paroi de 3 ou 5 couches de part et d'autre de la formation kystique
<b>Lipome</b>	Antre, colon	3 <sup>e</sup>	Hyperéchogène, brillante, bien limitée. Parfois moins brillante.
<b>Pancréas aberrant</b>	Antre+++ Duodénum	2 <sup>e</sup> et/ou 3 <sup>e</sup> et/ ou 4 <sup>e</sup>	Hypo ou échogénicité mixte, structure canalaire possible, seule TSM qui passe d'une couche à l'autre
<b>TNE</b>	Estomac+++ Rectum+ Bulbe	2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup>	Hypoéchogène, homogène, vascularisée

# Lésions typiques en échoendo

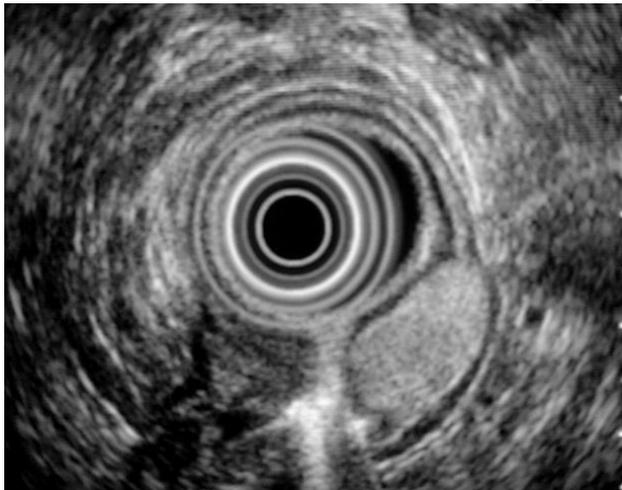
**Ky. Bronchogénique**



**T d'Abrikossoff**



**Lipome**



# Indications de la ponction sous EE

# Documentation anatomopathologique

- **Confirmer le diagnostic de GIST**
  - Aspect cytologique
  - IHC : CD 117 +/-cKit, CD 34 +, DOG 1 +
- **Evaluer le pronostic ?**
  - Lésion asymptomatique mais > 2 cm
  - confirmer l'intérêt d'une exérèse en particulier si patient âgé et fragile ou localisation à risque.
- **Bilan pré-thérapeutique**
  - Formes évoluées , non résécables - métastatiques
  - Avant mise sous thérapie ciblée

*Miettinen et al. Semin Diagn Pathol 2006*



# Documentation anatomopathologique

- Biopsies profondes en puits
  - rendement décevant (38%)
  - hémorragie : 13,5%
- Pincés jumbo
  - rendement diagnostique : 65% pour les lésions de la 3<sup>ème</sup> couche et de 40% pour les lésions de la 4<sup>ème</sup> couche
  - taux de saignement de 35% nécessitant une hémostase endoscopique
- Ponction sous EE FNA
  - rendement diagnostique : 63%, aiguille de 22G ou 19G
  - Ne permet pas immunohistochimie
  - Ni l'évaluation de l'index mitotique

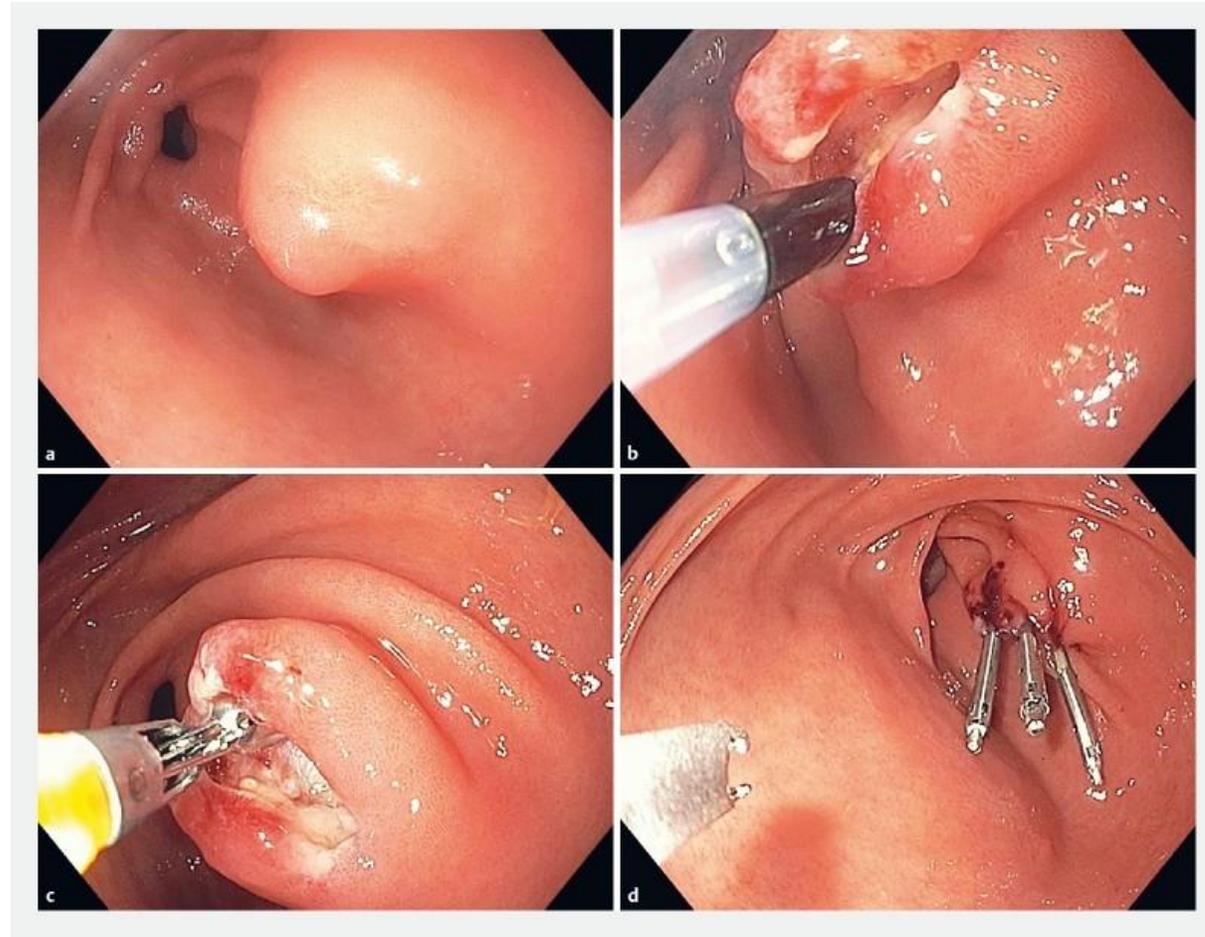
*Ji Korean J Intern Med 2009;24:101-5*

*Buscaglia Gastrointest Endosc 2012;75: 1147-52*

*Hoda Gastrointest Endosc 2009;69:1218-23*



# Documentation anatomopathologique



*Sanaei Endosc Int Open 2020;8:E266–E273*

# GIST et ponction sous échoendo

Author	n	Design	Technique	Cytohistology	Immunohistochemistry
Ando et al. [9]	23	Retrospective	EUS-FNA	21/23 (91%)†	21/23 (91%)
Polkowski et al. [23]	49	Prospective, uncontrolled	EUS-TCB	31/49 (63%)	31/49 (63%)
Okubo et al. [37]	14	Retrospective	EUS-FNA	14/14 (100%)	14/14 (100%)
Vander Noot et al. [38]	18	Retrospective	EUS-FNA	17/18 (94%)	Not reported
Akahoshi et al. [39]	51	Prospective	EUS-FNA	42/51 (82%)	28/29 (97%)
Sepe et al. [40]	37	Retrospective	EUS-FNA	29/37 (78%)	6/13 (46%)
					27/32 (84%)‡
Hoda et al. [41]	112	Retrospective	EUS-FNA	63%	Not reported
Fernández-Esparrach et al., present study	40	Prospective	EUS-FNA	28/40 (70%)	20/27 (74%)
			EUS-TCB	24/40 (60%)	21/23 (91%)

\* Other published series include 5 cases or less. † Diagnostic yield for malignant GIST. ‡ Gastric GIST.

**Précision diagnostique = 70 % ( 60 à 100 %)**

# Ponction sous echoendoscopie

- Étude suédoise, monocentrique, prospective, 70 pts avec une TSM  
EE + ponction avec FNA et FNB

Dual sampling EUS-FNA and EUS-FNB of unique study cases (2012–2015)

Outcome parameter	EUS-FNB, % (CI 95 <sup>a</sup> )	EUS-FNA, % (CI 95)	<i>p</i> value
Overall accuracy ( <i>n</i> = 70)	83 (74–92)	49 (37–51)	<0.001
Sensitivity ( <i>n</i> = 65)	83 (74–92)	48 (36–60)	<0.001
Malignant neoplastic lesions ( <i>n</i> = 52)	90 (82–98)	52 (38–66)	<0.001
Benign neoplastic lesions ( <i>n</i> = 13)	54 (27–81)	31 (6–56)	0.25
Specificity ( <i>n</i> = 5)	80 (NC <sup>b</sup> )	60 (NC)	1.0

- Méta analyse 2020, FNB > FNA
  - carotte histologique optimale 89,7%
  - précision diagnostique 87,9%

*Hedenström Surg Endosc 2018;32:1304–13*  
*Facciorusso Gastrointest Endosc 2020;91:14–22*



# Ponction sous echoendoscopie

Rarement indiquée dans l'œsophage

Utile pour T. gastriques si doute / tumeurs bénignes

Gastroentérologie Clinique et Biologique (2010) 34, 120-133

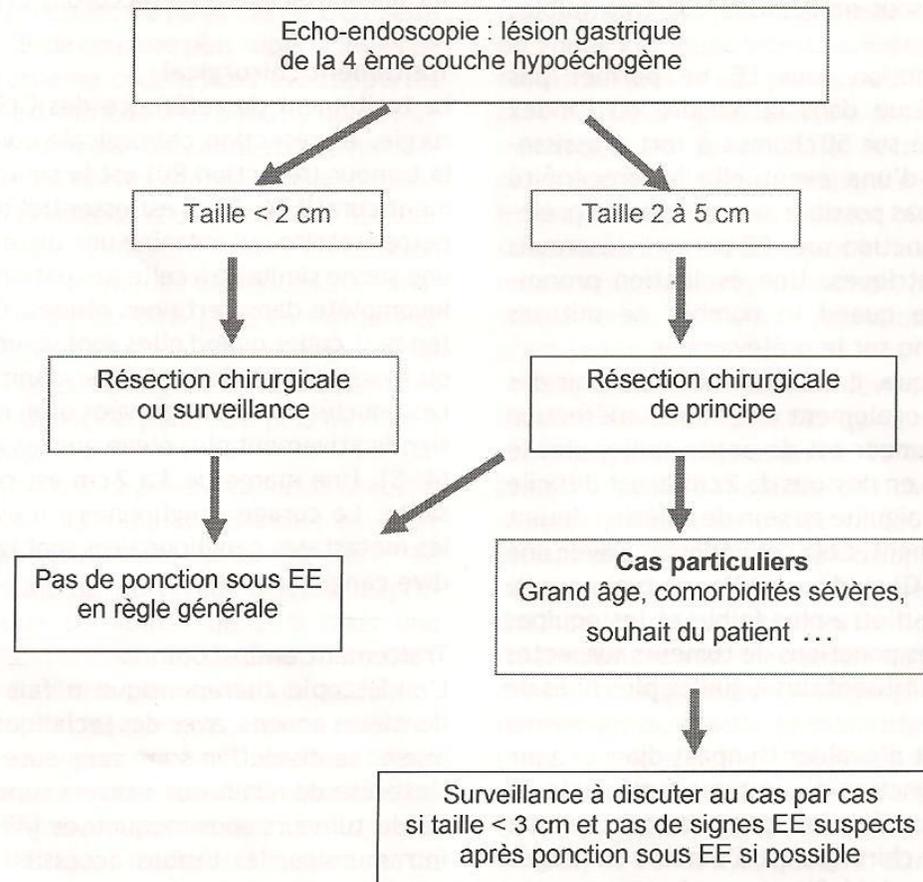


MISE AU POINT

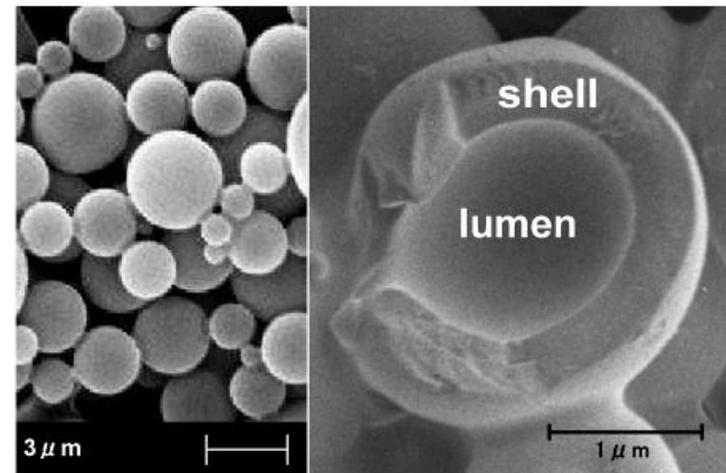
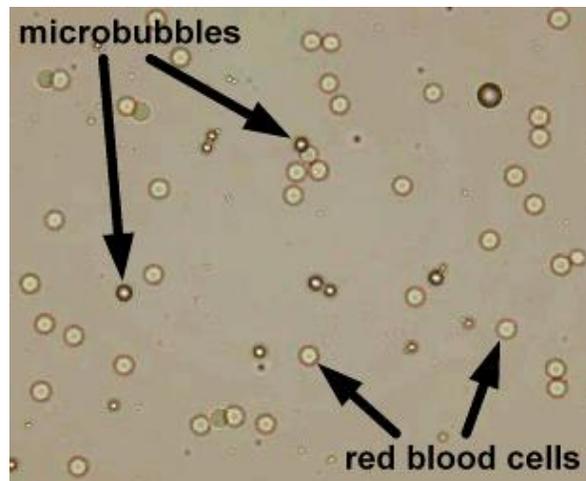
**Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) de taille limitée (inférieure à 5 cm) : revue de la littérature et propositions pour la prise en charge<sup>☆</sup>**

*Gastrointestinal tumors (GIST) < 5 cm in size: Review of the literature and expert propositions for the clinical management*

B. Landi<sup>a,\*</sup>, O. Bouché<sup>b</sup>, R. Guimbaud<sup>c</sup>, J.-A. Chayvialle<sup>d</sup>



# L'échoendoscopie de contraste



# Apport de l'échoendo de contraste dans les TSM

- Œsophage
  - Différencier un léiomyome très hypoéchogène d'un kyste bronchogénique
- Estomac
  - GIST vs autre TSM
  - Facteur pronostique GIST?

# Apport de l'échoendo de contraste dans les TSM

## GIST vs léiomyome

		CH-EUS mode enhancement pattern		vaisseaux
		intensité	homogénéité	
<b>GIST</b>	<b>hypersignal</b>	élevée	homogène ou hétérogène	abondant large (ou fin), vaisseaux irréguliers, washout lent
<b>LEIOMYOME</b>	<b>hyposignal</b>	faible	homogène	fins washout rapide

*Sakamoto Gastrointest Endosc 2011;73:227-37*

*Kannengiesser Scand J Gastroenterol 2012;47:1515-20*

*Fusaroli Gastrointest Endosc. 2016;84:587-596*

*Kamata J Gastroenterol Hepatol 2017;32:1686-1692*



# Apport de l'échoendo de contraste dans les TSM

**Table 2** CH-EUS findings of the lesions divided into different size groups (< 2, ≥ 2, < 5, and > 5 cm)

		GIST	Benign SMT	P value
Total	Hypo/Hyper	16% (n = 9)/84% (n = 49)	73% (n = 11)/27% (n = 4)	< 0.001
(n = 73)	Homo/Inhomo	64% (n = 37)/36% (n = 21)	87% (n = 13)/13% (n = 2)	0.165
< 2 cm	Hypo/Hyper	15% (n = 3)/85% (n = 17)	—	—
(n = 20)	Homo/Inhomo	90% (n = 18)/10% (n = 2)	—	—
2–5 cm	Hypo/Hyper	18% (n = 6)/82% (n = 27)	77% (n = 10)/23% (n = 3)	< 0.001
(n = 46)	Homo/Inhomo	58% (n = 19)/42% (n = 14)	92% (n = 12)/8% (n = 1)	0.056
> 5 cm	Hypo/Hyper	0% (n = 0)/100% (n = 5)	50% (n = 1)/50% (n = 1)	0.608
(n = 1)	Homo/Inhomo	0% (n = 0)/100% (n = 5)	50% (n = 1)/50% (n = 1)	0.608

CH-EUS, contrast-enhanced harmonic endoscopic ultrasonography; GIST, gastrointestinal stromal tumor; Homo/Inhomo, homogeneous/inhomogenous contrast enhancement pattern; Hypo/Hyper, hypo-enhanced/hyper-enhanced; SMT, submucosal tumor.

Hyper-enhancement = GIST

Se 84%, Spe 73%, Ac 82%

# Apport de l'échoendo de contraste dans les TSM

- étude rétrospective, multicentrique
  - 62 pts SMTs - 57 GIST (46% HG) / 5 leiomyome
  - CH-EUS / SonoVue + Elastographie
- Hyper vasculaire : GIST
- Se 98%, Spe 100%, **VPP 100%**, VPN 93% , Acc 98%

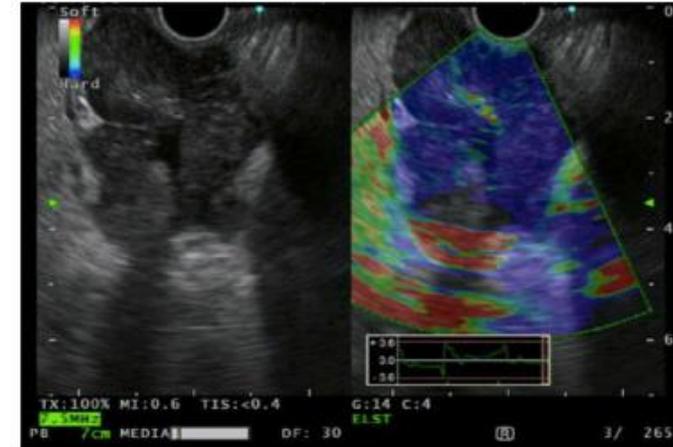
# Apport de l'élastographie dans les TSM

Lésion indurée : GIST

mais...

4/5 leiomyomes : induré

→ élasto ne permet pas de différencier une GIST d'un léiomyome



# Qui traher?

# Prise en charge thérapeutique

- Éléments décisifs
  - Mode de révélation
  - couche d'origine identifiable ou non
  - Taille de la lésion
  - caractéristiques EE suspectes de malignité ou non
  - Type de tumeur (diagnostic présomptif en EE?)
  - Localisation dans le tractus digestif
  - Terrain : âge, comorbidités

# TSM, potentiel malin

	aspect endoscopique	couche d'origine	aspect EE
GI stromal tumor–low risk	Presence of ulcerations	4th (rarely 2nd or 3rd)	Hypoechoic, >3 cm, irregular extraluminal margins, cystic spaces, heterogeneous, echogenic foci
GI neuroendocrine neoplasm	No specific characteristics, may be yellowish in appearance; gastric carcinoid tumors often multiple. Types I and II usually are benign, and type III usually is malignant. Rectal and duodenal usually solitary.	2nd or 3rd	Mildly hypoechoic or isoechoic, homogeneous, oval or round, smooth margin
Lymphoma	No specific characteristics	2nd, 3rd, or 4th	Hypoechoic
Metastasis	No specific characteristics	Any or all	Hypoechoic, heterogeneous mass
Glomus tumor	No specific characteristics, mostly seen in the antrum	3rd and 4th	Hypo- or hyperechogenicity. More than half have internal hyperechoic spots that corresponded to calcifications. Doppler EUS shows a prominent vascular signal consistent with the hypervascular nature of the tumor.

# Potentiel évolutif petites TSM

- Suivi de 954 pts, TSM taille moyenne : 8,7 mm (1-35 mm)
- Suivi moyen : 47,3 mois (6-118 mois)
- 96,4% des cas = aucun changement
- 3,6% cas : augmentation d'au moins 25% du diamètre  
(augmentation moyenne de 6,2 mm)
- Facteurs de risques : muqueuse avec hyperhémie, érosion ou ulcère

# Critères pronostiques

**TABLE 2.** Proposed Approach for Defining Risk of Aggressive Behavior in GISTs

	Size*	Mitotic Count†
Very low risk	<2 cm	<5/50 HPF
Low risk	2–5 cm	<5/50 HPF
Intermediate risk	<5 cm	6–10/50 HPF
	5–10 cm	<5/50 HPF
High risk	>5 cm	>5/50 HPF
	>10 cm	Any mitotic rate
	Any size	>10/50 HPF

# Facteurs prédictifs de malignité en EE

- Limites irrégulières
- Zones kystiques
- ADP

**2 critères/3 : VPP 100%**

- Taille < 3 cm
- Homogène
- Limites régulières

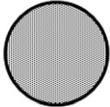
**bénin**

# GIST et potentiel de malignité

## Apport de l'EE de contraste

- Echoendoscopie standard
  - taille > 3cm - nécrose centrale - contours mal limités
  - zones kystiques intratumorales - extension aux organes de voisinage
  - signes **très inconstants dans GIST de taille modérée (< 5 cm)**
  - études rétrospectives - mauvaise reproductibilité interobservateurs
- EE de contraste : **étude de la vascularisation tumorale**

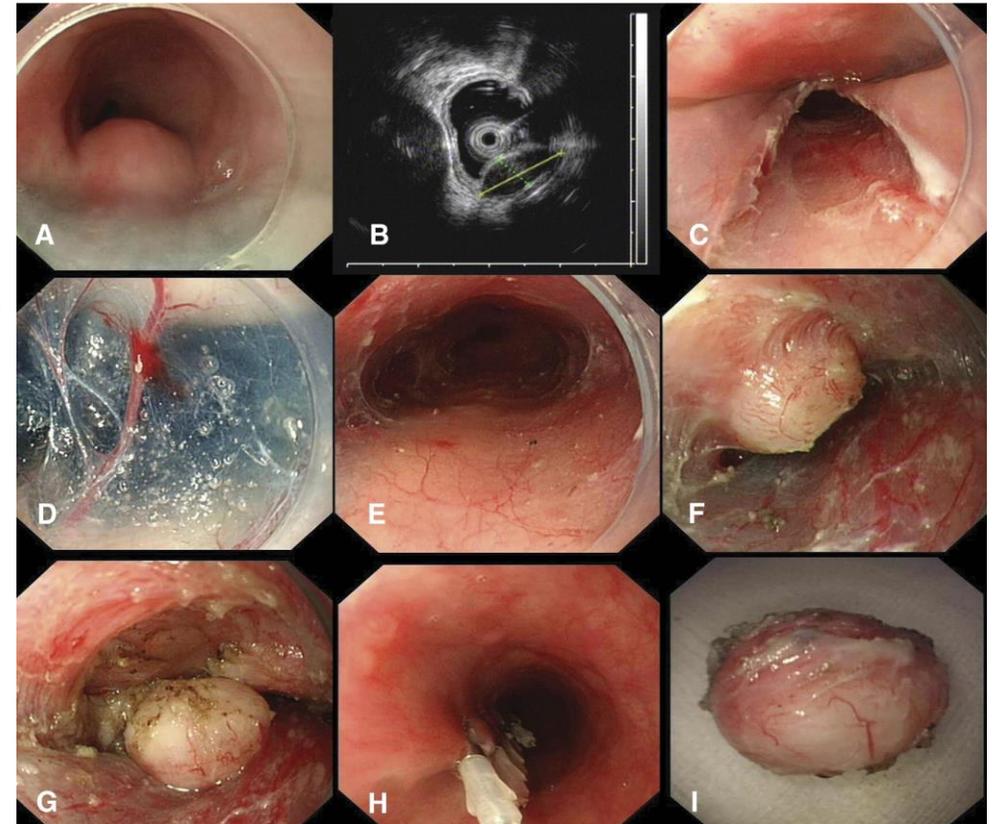
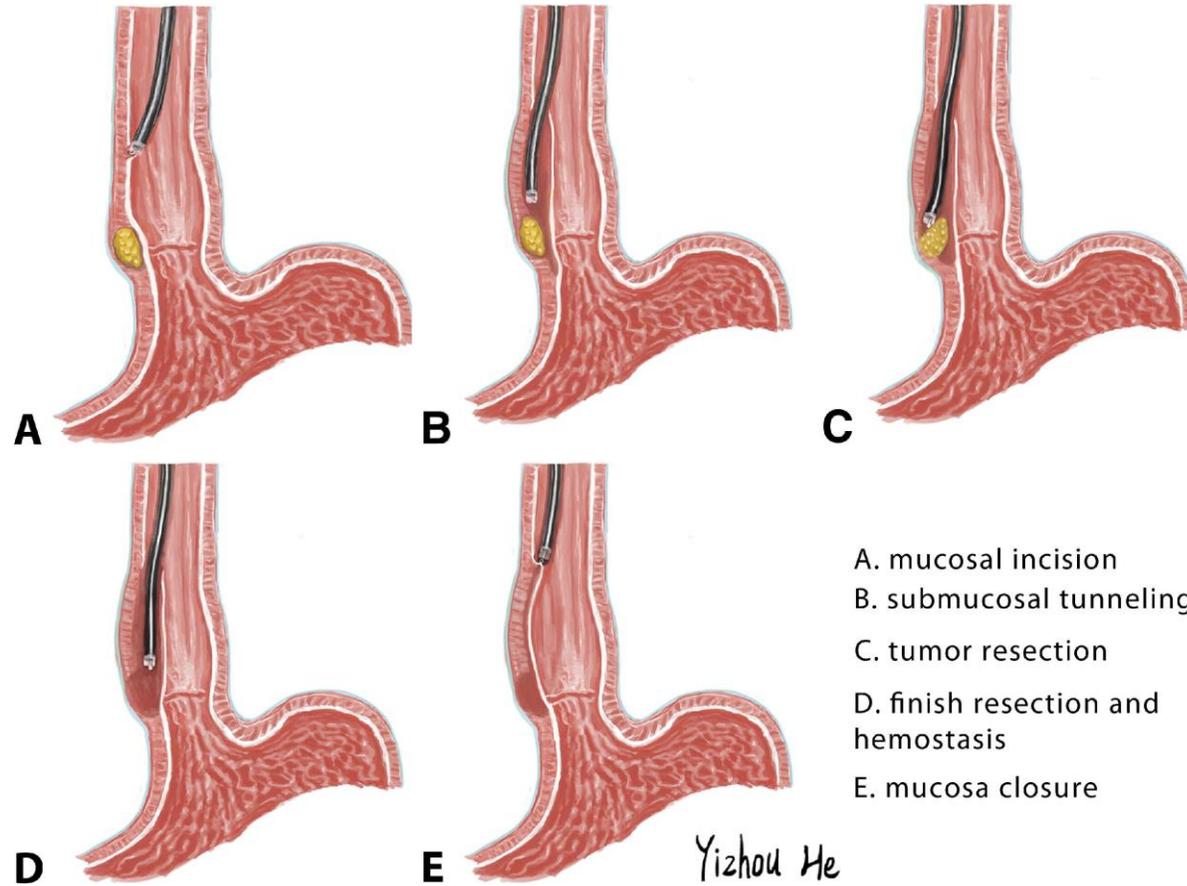
- Etude prospective monocentrique - 76 pts
- **29 pièces opératoires**
- 13 low grade malignancy (MI < 10/ 50 HPF)
- 16 high grade malignancy (MI ≥ 10 / 50 HPF)

Type	Vessel image	Perfusion image	
I (n = 8)			Low-grade malignancy GISTs:8
II (n = 21)			Low-grade malignancy GISTs:5 High-grade malignancy GISTs:16

# Modalités thérapeutiques

- Résection endoscopique
  - Mucosectomie
  - Dissection sous muqueuse
  - Résection sous muqueuse : STER
  - EFTR
- Chirurgie
- Trt médical : imatinib (adjuvant, localement avancé ou métastatique)

# STER



## Cas clinique 5

Femme de 76 ans

Bilan de diarrhée chronique



# Cas clinique 5

Quelle est la couche d'origine?

- A. La muqueuse
- B. La sous muqueuse
- C. La musculieuse : circulaire interne
- D. La musculieuse : longitudinale externe
- E. La séreuse

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



# Cas clinique 5

Quelle est la couche d'origine?

- A. La muqueuse
- B. La sous muqueuse**
- C. La musculieuse : circulaire interne
- D. La musculieuse : longitudinale externe
- E. La séreuse

# Quelle tumeur suspectez vous?

- A. Tumeur carcinoïde
- B. Pancréas aberrant
- C. Duplication gastrique
- D. GIST
- E. Aucune de ces proposition

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



# Quelle tumeur suspectez vous?

- A. Tumeur carcinoïde
- B. Pancréas aberrant
- C. Duplication gastrique
- D. GIST
- E. **Aucune de ces proposition**



Dr JM Gonzalez



S1: F/T  
S2: LM  
S3: IRIS

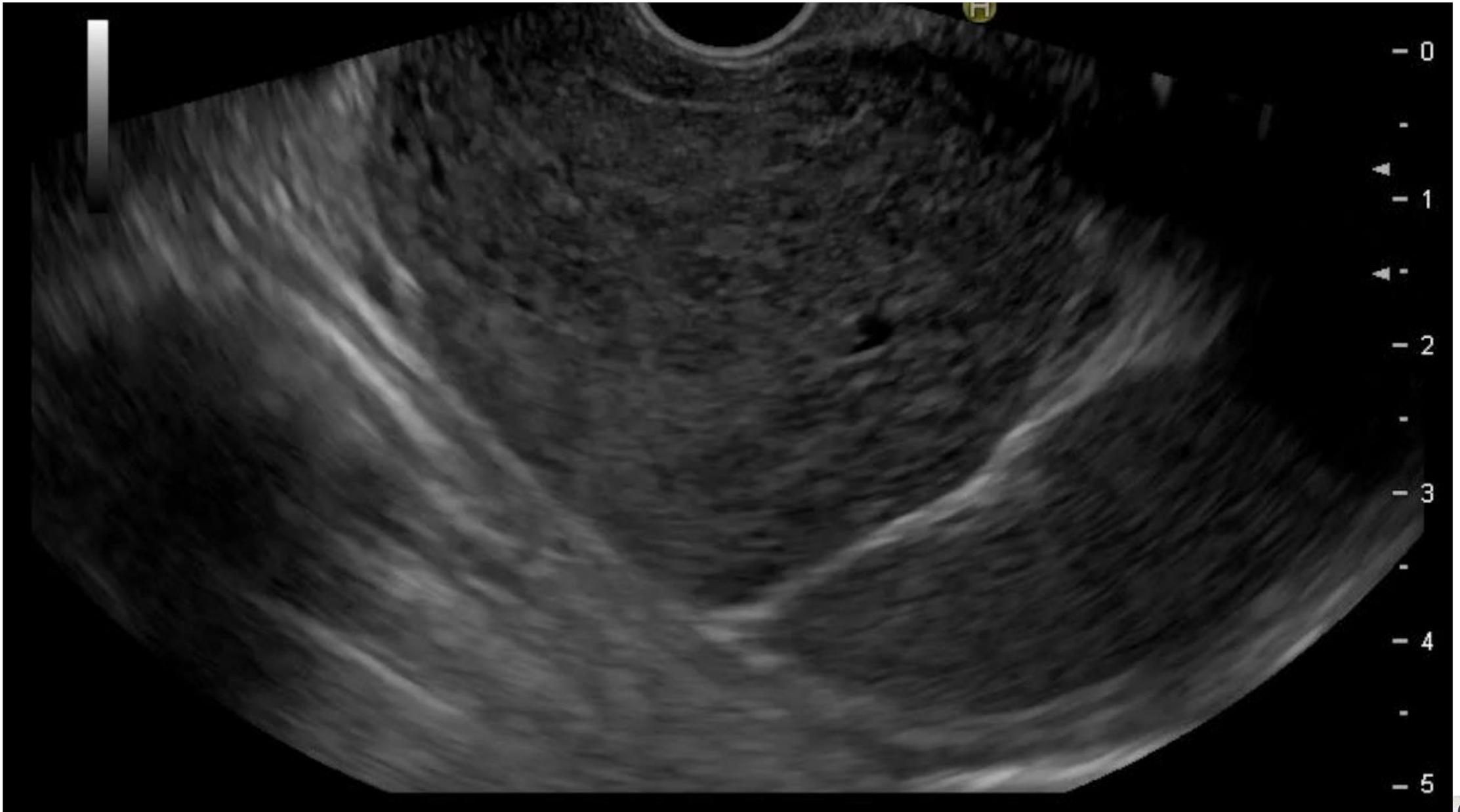
3.8 10.5

\* 100  
HT NR  
CF

# anatomopathologie

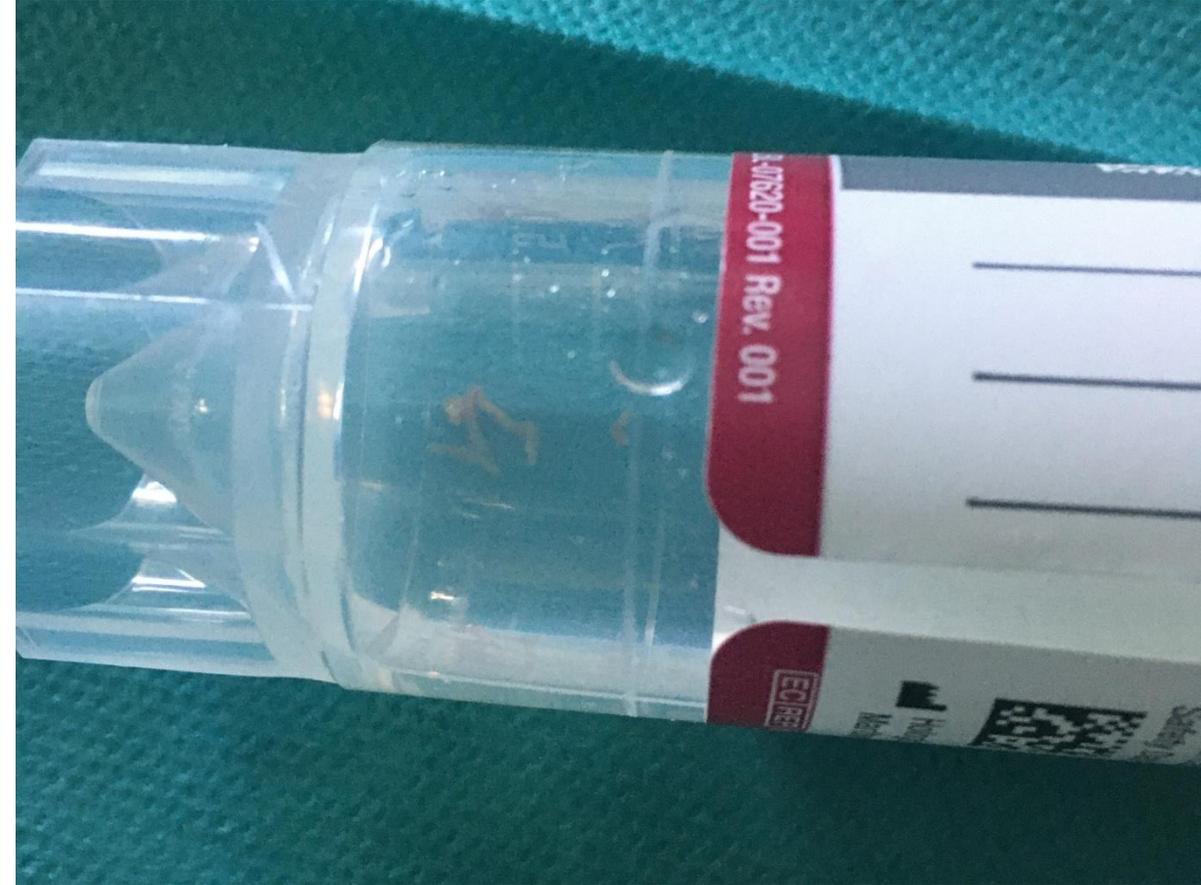
- cellules fusiformes cytologiquement régulières, sans activité mitotique. Absence de remaniement nécrotique. Absence d'atypie cyto-nucléaire
- immunohistochimie : positivité diffuse de l' $\alpha$ Smooth, négativité du cKIT, du DOG1 et de la PS100.
-  **léiomyome bénin**





# anatomopathologie

- Cyto : cellules fusiformes, atypies cytonucléaires modérées, activité mitotique : 5 mitoses pour 50 champs
- immunohistochimie :
  - c-Kit+, DOG1+
  - $\alpha$ Smooth : négatif
  - PS100 : négatif
-  tumeur stromale



# Points forts

---

- Une tumeur sous-muqueuse (TSM) est observée lors d'une endoscopie sur 300. Sa découverte est le plus souvent fortuite.
- On distingue les tumeurs mésenchymateuses (GIST, léiomyome, lipome...) des lésions sous muqueuses non mésenchymateuses (lésions kystiques, pancréas aberrant, tumeurs neuroendocrines ...)
- Le léiomyome qui ne dégénère jamais représente 95% des tumeurs mésenchymateuses de l'œsophage et 15% de ces tumeurs dans l'estomac, tandis que les tumeurs stromales (GIST) représentent 80% des tumeurs mésenchymateuses de l'estomac. 30% d'entre elles sont à risque de malignité.
- L'échoendoscopie plus ou moins associée à la biopsie guidée utilisant les aiguilles coupantes est indispensable en l'absence de complication révélatrice, pour affirmer ou infirmer le diagnostic de GIST.
- La résection endoscopique des léiomyomes hémorragiques et des GIST de taille limitée est possible en centre expert