

Christine LEFORT

Tumeurs gastriques sous muqueuses

- connaître la nouvelle classification
- connaître la place des différents examens dans le diagnostic étiologique
- connaître les indications thérapeutiques en fonction du type de lésion

Les tumeurs sous muqueuses gastriques

Christine Lefort, LYON

Historique des TSM

- **Avant 1998:** attitude conservatrice
Rares TSM dégénéralant
- **1998:** CD117 = T stromales

• Étude ERMIT

- ✓ 819 tumeurs conjonctives de 1995 à 2001 reclassées avec CD 117
- ✓ 177 léiomyomes
 - 77 léiomyomes
 - 100 tumeurs stromales

Scoazec Ann Pathol 2006; 26: IS118-IS120.

• Incidence et prévalence des tumeurs stromales

- ✓ 14,5 et 129/ million d'habitants
- ✓ 60% gastriques

Nilsson Cancer 2005; 103: 821-9.

Historique des TSM

- ✓ Décès lié à la maladie de 63 à 83% pour les tumeurs à haut risque ou de malignité certaine
 - risque néoplasique = résection systématique
- ✓ Mais tumeurs à risque très faible, faible ou intermédiaire: risque de décès liée à la maladie = 1%

Nilsson Cancer 2005; 103: 821-9.

- **Découverte fortuite:**

- ✓ tumeur stromale chez 0,8% des patients opérés pour by-pass laparoscopique

Sanchez Obes Surg 2005 ; 15: 1384-8.

- **Recherche systématique:**

- ✓ Incidence identique des GIST ou léiomyomes microscopiques (35 et 28%) dans une étude japonaise portant sur 100 estomacs réséqués pour cancer.

Kawanowa Human Pathol 2006; 37: 1527-35.

2007: chirurgie limitée et indications sélectives

Problèmes:

Toutes les TSM ne sont pas des tumeurs stromales.
Comment reconnaître les lésions à risque?

Diagnostic étiologique et différentiel des TSM?

T mésoenchymateuses

Tumeurs stromales

Risque variable + à +++

Léiomyomes et

Léiomyosarcomes

Schwannomes

Lipomes

Tumeurs glomiques

Tumeurs à cellules granuleuses

Sarcome de Kaposi

Miettinen IARC Press 2000; 62-65.

T non mésoenchymateuses

Pancréas aberrant

Carcinoïdes

Type I et II 80% ; **Type III 20%**

Métastases gastriques

Lymphomes

Capella IARC 2000; 53-7

Wotherspoon IARC 2000; 57-61

Went J Clin Oncol 2004; 2: 4514-22

Autres:

✓ **Compression extrinsèque**

✓ *Duplication gastrique*

✓ *Abcès*

Quels sont les examens utiles pour le diagnostic?

- **Endoscopie (indispensable):**

- ✓ **Aspect:**

- ombilication centrale
- ulcération

- pancréas aberrant et schwannome
- schwannome et tumeur stromale

- ✓ **Localisation:**

- antrale
- 1/3 sup ou jonction oesogastrique

- pancréas aberrant
- léiomyome ou tumeur stromale

- ✓ **Biopsies:**

- positives si ulcération ou envahissement de la muqueuse

- ✓ **Taille:**

- approximation

- ✓ **Évaluation des options thérapeutiques**

Quels sont les examens utiles pour le diagnostic? (2)

- **Echoendoscopie (indispensable):**

- ✓ **Compression extrinsèque +++**

Rosch Scand J Gastroenterol 2002; 37: 856-62.

- ✓ **Couche d'origine et aspect** → diagnostic approché

Chak GIE 2002; 56: S42-S48.

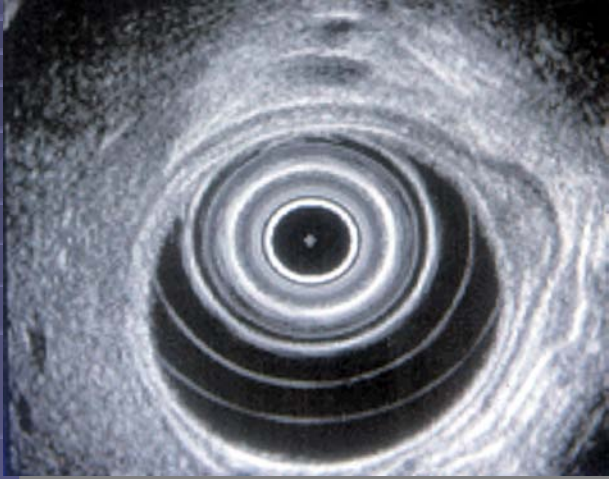
- ✓ **Mesure** de la tumeur

- > l'endoscopie (développement extra-gastrique)
- critère histopronostique pour les tumeurs stromales

- ✓ **Signes évocateurs de dégénérescence**

- ✓ **Ponction** quand elle est nécessaire pour la prise en charge

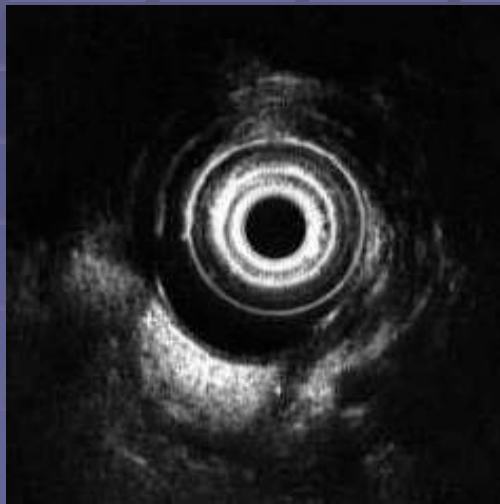
Exemples de TSM en échoendoscopie.



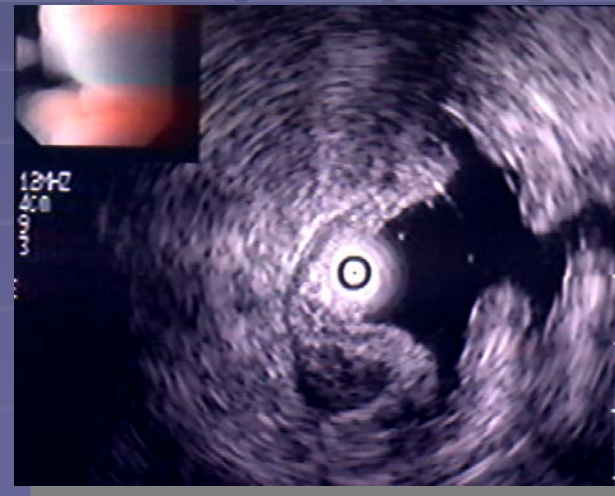
Pancréas aberrant



Duplication gastrique



Lipome



T mésenchymateuse indéterminée

Quels sont les examens utiles pour le diagnostic? (3)

- Echographie et tomomodensitométrie abdominales (facultatifs)
 - ✓ **Métastases**
 - ✓ **Diagnostic** de certaines lésions (lipome)

Dans la vraie vie

Gastroskopie avec biopsies et échoendoscopie

Diagnostics faciles

Pancréas aberrants

Endoscopie et Echoendoscopie

Lipomes

Echoendoscopie

Duplication

Echoendoscopie

Tumeurs endocrines

Endoscopie et biopsies

Diagnostic difficile

Tumeur de la 4° ou 2° couche

Décision thérapeutique simple

TSM	Tumeur symptomatique	chirurgie
	Duplication gastrique	chirurgie
	Pancréas aberrant	abstention
	Lipomes	abstention
	Tumeur endocrine	
	type 1 et 2	surveillance ou Ttt (nombre et taille)
	type 3	chirurgie carcinologique

ENEST Guidelines Neuroendocrinology 2004; 80: 394-424.

Décision thérapeutique plus difficile

- **Tumeur mésenchymateuse indéterminée:**
 - ✓ Aspect échoendoscopique
 - ✓ Taille en EE
 - ✓ Localisation de la tumeur
 - ✓ Opérabilité du patient

L'échoendoscopie permet t'elle d'affirmer le diagnostic de tumeur à risque de malignité?

- ✓ Atypies en échoendoscopie: lésion hétérogène (+/- zones kystiques), marges irrégulières
- ✓ Sans atypies et taille < 10mm: risque faible voire nul de malignité
- ✓ Atypies en échoendoscopie ou taille > 30 mm: suspecte de malignité

Chak GIE 1997; 45: 468-73.
Palazzo Gut 2000; 46: 468-73.
Hunt GIE 2003; 57: 469-74.

La confirmation histologique est elle possible et utile en préthérapeutique?

- Ponction à l'aiguille fine: diagnostic positif avec CD-117 +/- CD 34 dans 80 à 100% des cas

Hunt GIE 2003; 57: 469-74. Vander Noot Cancer 2004; 102: 157-63. Arantes 2004 J Ultrasound Med; 23: 1141-50. Okubo J Gastroenterol 2004; 39: 747-53.

- Limites de la ponction (taille, localisation)
- Confirmation histologique nécessaire quand une surveillance est proposée
- Ponction sous échocoscopie plutôt que transcutanée (risque d'essaimage)

Rouquié Bull Cancer 2006; 93: 167-72.

Traitement de référence actuel

- **Wedge resection ou résection segmentaire**
 - ✓ sans effraction tumorale
 - ✓ pas d'énucléation qui diminue la survie sans récurrence +++
 - ✓ laparoscopie possible en cas de lésion avec séreuse saine
 - ✓ extraction protégée
 - ✓ Chirurgie plus compliquée pour les lésions de localisation sous cardiale ou prépylorique
- **Marges saines +++**
 - ✓ pas de consensus sur la distance de sécurité nécessaire
- **Pas de curage ganglionnaire**
 - ✓ envahissement ganglionnaire < 10%

Alternatives à la chirurgie: traitement endoscopique?

- Résection endoscopique par dissection « sous muqueuse »:
 - ✓ possible mais recul insuffisant
 - ✓ risque perforatif non nul et péjoratif dans le contexte

Park GIE 2004; 59: 409-15.

Rosch Endoscopy 2004; 36: 788-801.

Lee Endoscopy 2006; 38: 1024-8.

- Alternative à la ponction?

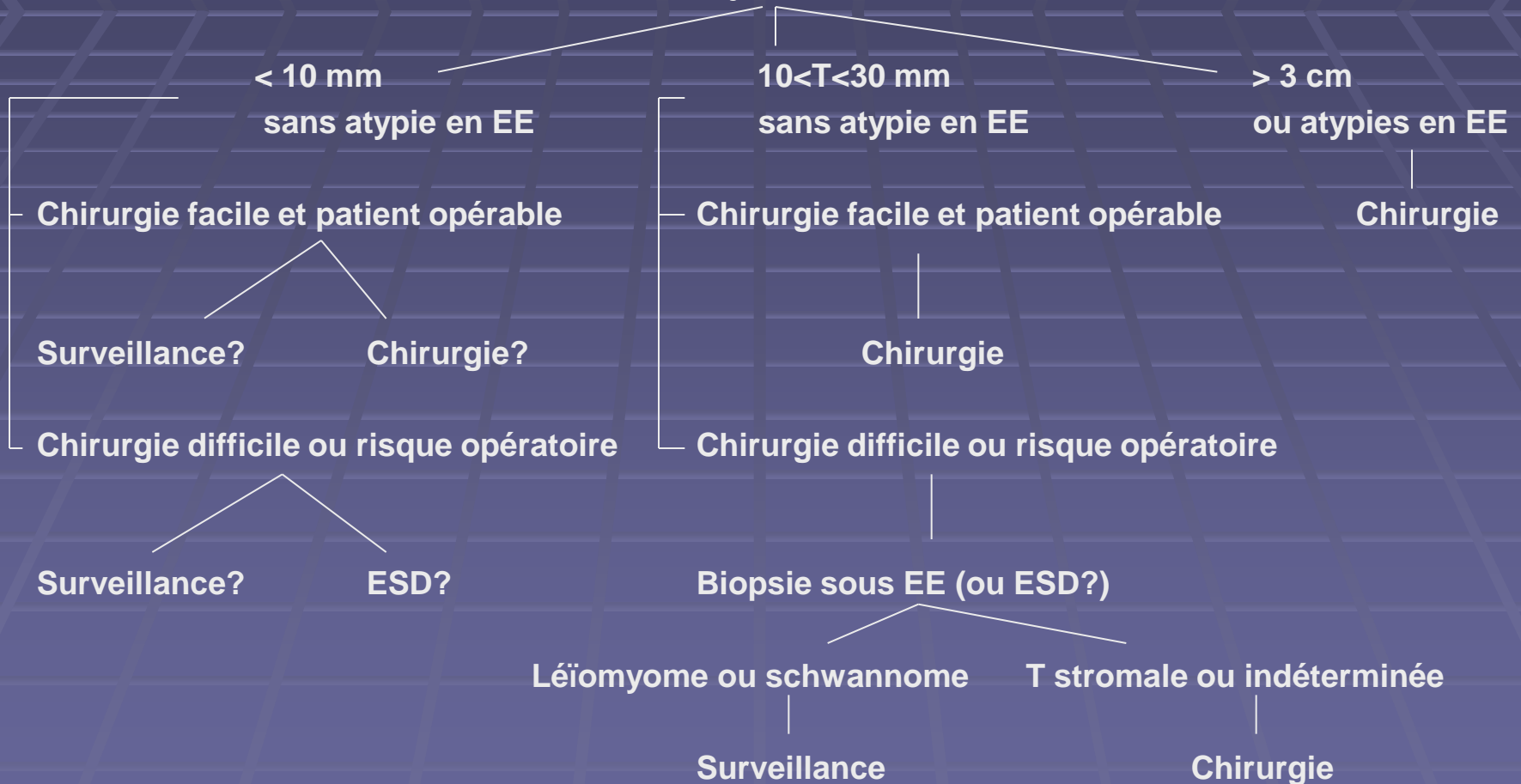
Kojima GIE 1999; 50: 516-22.

Hunt GIE 2003; 57: 469-74.

Lee Endoscopy 2006; 38: 1024-8.

Proposition d'arbre décisionnel pour une tumeur conjonctive indéterminée

Tumeur conjonctive indéterminée



Conclusions

- TSM gastrique → bilan minimal avec gastroscopie et échoendoscopie
- Traitement → adapté à chaque type de lésion avec une prise en charge particulière pour les TSM pouvant correspondre à une tumeur stromale (tenant compte de la localisation de la lésion, de sa taille, d'éventuelles atypies en échoendoscopie et de l'opérabilité du patient)

Remerciements

- Valérie Hervieu, Catherine Lombard Bohas, Dominique Ranchere, Bertrand Napoléon, Christian Boustière

Les tumeurs sous muqueuses gastriques

- **Diagnostic:** les GIST mais aussi les léiomyomes, schwannomes, tumeurs carcinoïdes, pancréas aberrants, lipomes, duplications gastriques.....
- **A chaque diagnostic son traitement** avec des différences y compris dans les traitements chirurgicaux selon les étiologies
- **Importance du diagnostic étiologique+++** avec en premier lieu l'échoendoscopie associé si nécessaire à la ponction
- **Ponction systématique pour les lésions non opérées?**



FMC
HGE