

TUMEUR STROMALE GRELIQUE REVELEE PAR UNE INVAGINATION INTESTINALE AIGUE : A PROPOS D'UN CAS.

M.LEBOUKH, M.BEN SI ALI, Z.SELMANI, R.KOUDJITI

Service de Chirurgie Générale, Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran, Algérie.

Résumé : Les tumeurs stromales du grêle sont peu fréquentes, la symptomatologie étant non spécifique, le diagnostic est généralement tardif. Ils se manifestent souvent dans un tableau clinique nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence comme dans le cas de notre patiente opérée pour invagination grêlo-grêlique et dont la pièce opératoire de résection a révélé une tumeur stromale du grêle.

Mots clés : *gist, grêle, intestinale, invagination.*

I-Introduction

Les GIST (gastro-intestinal stromal tumor) sont des tumeurs mésoenchymateuses rares pouvant se développer le long du tube digestif ou parfois à partir de l'épiploon et du mésentère. Les tumeurs stromales du grêle peuvent souvent se manifester par des urgences abdominales telles que l'occlusion intestinale aigue.

Ces tumeurs ont fait l'objet de multiples controverses, elles ont longtemps été confondues avec les autres tumeurs conjonctives à savoir les schwannomes et les léiomyosarcomes.

Nous rapportons un cas de tumeur stromale grêlique révélée par une invagination intestinale aigue diagnostiquée au service de chirurgie générale de l'HMRUO tout en faisant le point sur les nouvelles acquisitions diagnostiques et thérapeutiques concernant ces tumeurs.

II-Observation

Mme M.Z âgée de 82 ans, au antécédents de diabète, hypertension artérielle, myoclonie s/dépakine et porteuse d'un pacemaker.

admise aux urgences pour un syndrome occlusif fait d'arrêt des matières et des gaz avec des vomissements incoercibles associée à des douleurs abdominales péri-ombilicales évoluant depuis 4 jours. l'examen clinique retrouve une patiente en mauvais état général, la TA était à 10/6 et la T° à 37,2 °C.

Les orifices herniaires libres, le toucher rectal était sans particularité.

Un bilan radiologique a été pratiqué montrant sur l'abdomen sans préparation quelques niveaux hydroaériques grêliques.

L'échographie abdominale (Figure 1,2) a montré une image de télescopage d'une anse dans une autre réalisant une image en cocarde sur les coupes axiales et en pseudo-rein « sandwich » sur les coupes longitudinales.

Le scanner abdominal (Figure 3) a montré une invagination grêlo-grêlique avec signes de souffrance vasculaire.

L'abdomen était souple légèrement distendu, sans défense ni contracture, palpation d'une masse mobile et douloureuse en péri-ombilicale.



Figure 1. Sandwich sur une coupe longitudinale.



Figure 2 : Cocarde sur une coupe axiale

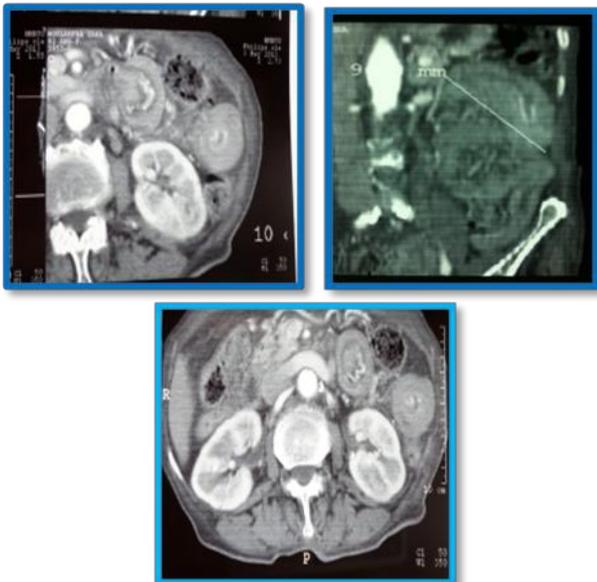
après une courte préparation, la patiente fut admise au bloc opératoire.

A travers une Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic.

L'exploration per-opératoire a retrouvé une invagination jéjuno-jéjunale avec des signes de souffrance pariétales et vasculaire, après désinvagination la palpation du site de télescopage retrouve une formation endoluminale dure d'environ 3cm de Ø.

Une résection segmentaire emportant le processus a été faite avec anastomose termino-terminale.

Un bilan pré-opératoire a été fait ,a savoir :
 Une FNS / GB= 33000 elt/mm³; HB = 8.9 g/dl ;
 Un bilan nutritionnel avec une albuminémie à 31 g/l.
 Le bilan rénale était correct.
 le téléthorax est revenu sans particularité,
 pacemaker en place.
 L'ouverture de la pièce opératoire retrouve un polype
 ulcéré d'environ 2 cm avec bonne marge de
 résection.
 Suites Post-opératoire simple, patiente mise sortante
 à j5 Post-opératoire.



Figures 3 : Coupes scanographique montrant l'invagination intestinale

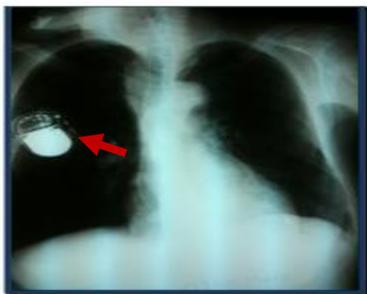


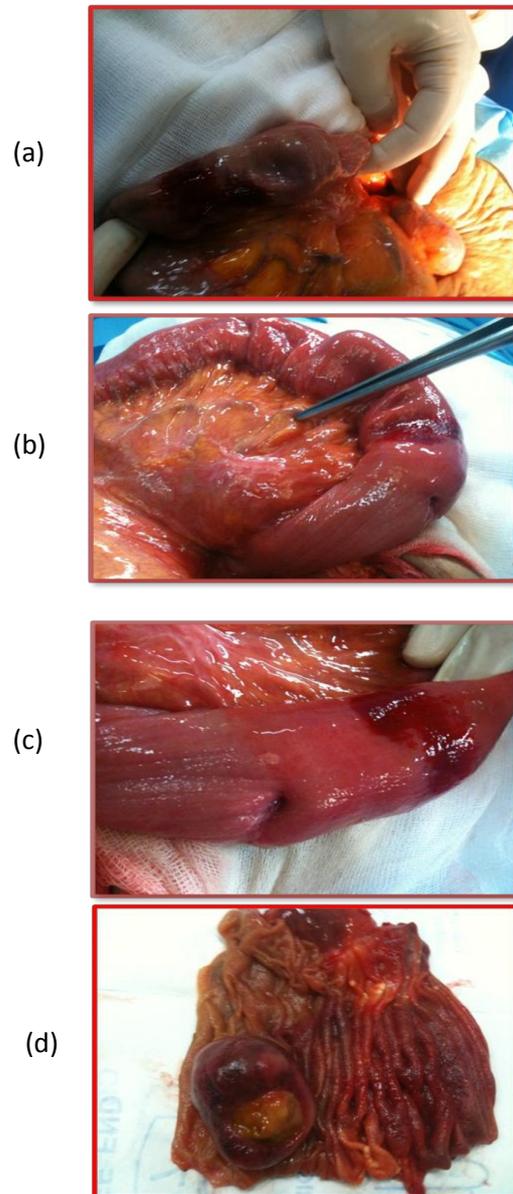
Figure 4. Pacemaker en place

L'étude anatomo- pathologique de la pièce opératoire a conclue a une tumeur stromale intestinale a faible risque ,avec bonne limites de résection.
 Aucun traitement adjuvant n'a été instauré.

III-Discussion :

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs rares ; elles peuvent se développer le long du tube digestif et parfois à partir de l'épiploon et du Le curage ganglionnaire n'est pas réalisé du fait de la rareté des métastases ganglionnaires

mésentère. Cliniquement, la découverte des tumeurs est souvent fortuite, mais elles peuvent se révéler par une complication à type d'occlusion intestinale ou d'hémorragie digestive.
 Le diagnostic positif repose sur l'examen anatomopathologique : morphologie fusiforme ou épithélioïde et marquage immunohistochimique positif pour KIT et CD34. dissémination péritonéale.



Figures 5 : Données per-opératoire :
 (a) Désinvagination, (b) Souffrance vasculaire,
 (c) Siege du téléscopage ; Hématome pariétal,
 (d) Pièce opératoire

Le pronostic dépend de la taille, du nombre de mitoses et de la localisation (classifications National

Institute of Health [NIH] et Armed Forced Institute of Pathology [AFIP]).(tableau1-2) Le traitement adjuvant par imatinib vient d'être démontré efficace après résection des tumeurs à risque élevé de rechute.

les patients qui présentent un faible ou un très faible risque de récurrence, ne doivent pas être traités et c'est le cas de notre patiente.

IV-Conclusion :

Les tumeurs de l'intestin grêle sont caractérisées par une symptomatologie clinique non spécifique à cause de sa grande distensibilité et de son contenu liquidien, ce qui rend leur diagnostic difficile et la maladie est souvent découverte à un stade avancé. Qu'elles peuvent souvent se manifester par des urgences abdominales telles que l'occlusion intestinale aigue.

♦ Classification consensus du NIH (2002)		
Groupe de risque	Diamètre tumoral maximal	Nombre de mitose par 50 CFG
Très faible risque	< 2 cm	< 5
Faible risque	2 - 5 cm	< 5
Risque intermédiaire	< 5 cm	6 - 10
	5 - 10 cm	< 5
Risque élevé	5 - 10 cm	6 - 10
	> 10 cm tout	tout > 10

Tableau 1. Classification consensus du NIH 2002

Nouvelle classification pronostique de l'AFIP [24].						
Groupe	Paramètres de la tumeur		Caractérisation du risque de métastases en fonction de la localisation des GIST			
	Taille	Index mitotique	Estomac	Jéjunum et iléon	Duodénum	Rectum
1	≤ 2 cm	≤ 5/50 HPF	Aucun (0%)	Aucun (0%)	Aucun (0%)	Aucun (0%)
2	> 2 cm ≤ 5 cm	≤ 5/50 HPF	Très bas (1,9%)	Bas (4,3%)	Bas (8,3%)	Bas (8,5%)
3a	> 5 cm ≤ 10 cm	≤ 5/50 HPF	Bas (3,6%)	Modéré (24%)		
3b	> 10 cm	≤ 5/50 HPF	Modéré (12%)	Élevé (52%)	Élevé ^b (34%)	Élevé ^b (57%) ^a
4	≤ 2 cm	> 5/50 HPF	Aucun (0%) ^a	Élevé (50%) ^a		Élevé (54%) ^a
5	> 2 cm ≤ 5 cm	> 5/50 HPF	Modéré (16%)	Élevé (73%)	Élevé (50%)	Élevé (52%)
6a	> 5 cm ≤ 10 cm	> 5/50 HPF	Élevé (55%)	Élevé (85%)		
6b	> 10 cm	> 5/50 HPF	Élevé (86%)	Élevé (90%)	Élevé ^b (86%)	Élevé ^b (72%)

AFIP : Armed Forced Institute of Pathology ; GIST : tumeur stromale gastro-intestinale ; HPF : champ à fort grossissement (*high power field*).
^a Catégories de tumeurs avec de très petits effectifs.
^b GIST duodénales et rectales combinées dans les groupes 3a et 3b ou 6a et 6b car nombre réduit de cas.

Tableau 2. Nouvelle classification pronostique de l'AFIP

Références

- 1.LANDI.B et coll. Traitement adjuvant des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) localisées. Cancéro dig. Vol. 2 N° 2 - 2010 - 96-100.
- 2.LANDI.B. Tumeurs stromales gastro-intestinales : caractéristiques cliniques et diagnostic. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2012, 196, nos 4-5, 845-853
- 3.MONTEMURRO.M et coll. Diagnostic et traitement des GIST. *Forum Med Suisse* 2008;8(30-31):544-549

- 4.OUSEHAL. A.les tumeurs stromales malignes du grêle : à propos de 9 cas radiol 2001 ;82 :35-40.
5. SAMLANI. Z et coll. Les tumeurs stromales gastro-intestinales : profil épidémiologique, clinique et thérapeutique au CHU de Marrakech . *Hegel Vol. 3* N° 1 – 2013.
- 6.SCAGLIA. É et coll. Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-027-A-15, 2010.