



Hémorragie digestive haute suite à une tumeur stromale gastro-intestinale : à propos d'un cas *Upper digestive hemorrhage following a gastrointestinal stromal tumor: a case report*

Abdelillah Elbakouri¹, Oussama Lafkih¹, Mounir Bouali¹, Khalid Elhattabi¹, Fatimazahra Bensardi¹, Abdelaziz Fadil¹

Correspondance

Abdelillah Elbakouri MD,
Courriel : a.elbakouri@gmail.com

Summary

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are the most common mesenchymal tumors that can be life-threatening. Acute gastrointestinal bleeding requiring urgent surgery may occur in small percentage of GIST. Here, we describe a case of giant GIST of the stomach complicated by digestive hemorrhages treated in emergency by surgical resection consisting of an atypical type of gastrectomy taking away the tumor.

Keywords: gastrointestinal bleeding, gastrointestinal stromal tumors, urgent surgery

Received: March 20th, 2020

Accepted: October 29th, 2020

1 Service des urgences chirurgicales viscérales – CHU Ibn Rochd, Faculté de médecine et de Pharmacie de Casablanca, Maroc

Résumé

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont les tumeurs mésoenchymateuses les plus courantes, sombrant parfois le pronostic vital. Des hémorragies gastro-intestinales aiguës nécessitant une intervention chirurgicale urgente surviennent dans une petite fraction. Ici, nous décrivons un cas d'une GIST géante de l'estomac compliquée d'hémorragies digestives traitée par résection chirurgicale, en urgence, à type de gastrectomie atypique emportant la tumeur.

Mots-clés : hémorragies digestives hautes, tumeurs stromales gastro-intestinales, hémorragies digestives aiguës, urgence viscéral

Reçu le 20 mars 2020

Accepté le 29 octobre 2020

Introduction

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont les tumeurs mésoenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. Elles touchent tous les segments du tube digestif et se développent à partir des cellules interstitielles de Cajal (1). Avant que la pathogenèse de la GIST ne soit comprise, la plupart des GIST étaient auparavant diagnostiqués comme des schwannomes et les léiomyomes du tractus digestif (2). En raison du fait que la tumeur peut éroder la muqueuse, la présentation clinique la plus courante peut être une hématomèse aiguë, un méléna ou une anémie chronique (3). Nous présentons l'observation d'un patient admis au service des urgences viscérales du CHU IBN ROCHD Casablanca pour un volumineux GIST gastrique hémorragique responsable d'une instabilité hémodynamique.

Observation clinique

Patient âgé de 56 ans admis aux urgences pour des hématomèses de grande abondance. Ses antécédents personnels retiennent essentiellement une imprégnation tabagique chronique à 20 paquets/ année.

Il présentait, depuis 5 mois avant son admission, des douleurs abdominales à type de pesanteur, au niveau épigastrique et de l'hypochondre gauche avec plusieurs épisodes d'hématémèses de moyenne abondance qui s'étaient aggravées, 5 jours avant son admission, sans apyrexie et altération de l'état général. A l'examen clinique le patient était lucide, avec une polypnée à 26 cycles/min, une tachycardie à 110 battements/min, une hypotension artérielle à 80/40 mmHg et des conjonctives décolorées. L'examen abdominal avait montré une masse palpable de 10 cm de diamètre maximal à cheval sur l'épigastre et l'hypochondre gauche, dure, indolore, mobile par rapport au plan superficiel et fixe par rapport au plan profond. L'examen biologique avait trouvé une anémie, avec un taux d'hémoglobine à 7g/dL. Le reste du bilan était sans particularité.

Une fibroscopie réalisée, avait montré une compression extrinsèque de la paroi gastrique surmontée par une ulcération ombiliquée de la muqueuse gastrique, siège d'un caillot adhérent qui était décollé spontanément avec un saignement en nappe au niveau de la grande courbure. Cet aspect est très suggestif d'un GIST gastrique hémorragique. Une injection d'adrénaline était réalisée avec une hémorragie en jet au niveau du site de l'injection. Le scanner abdominal montrait la présence, au niveau de la paroi postérieure du corps de l'estomac, d'une masse bien limitée, à développement exophytique, hypo dense hétérogène, discrètement rehaussé après injection du produit de contraste. Elle mesurait 9,6*9,3*12,5 cm. Cette formation entraînait en contact intime avec la queue du pancréas avec perte du liseré de séparation. Le foie est siège, au niveau du segment II, d'une lésion hypodense bien limitée de contour régulier (figure 1). Le patient avait bénéficié de mesures de réanimation, avec remplissage et transfusion sanguine, puis il était acheminé au bloc.

Le geste opératoire consistait en une gastrectomie atypique fundique R0 au niveau de la face postérieure de l'estomac, une résection d'une masse épiploïque et une suture de la face postérieure de l'estomac. L'exploration

chirurgicale (figure 2) trouvait une masse tumorale au dépend de la face postérieure de l'estomac, à 4 cm du cardia, de 15 cm de diamètre. Elle est en contact intime avec la queue du pancréas et avec le pédicule splénique. Avec une deuxième masse tumorale de même que la première, de 5 cm de diamètre, indépendante de l'estomac, en contact intime avec l'épiploon gastro-splénique et le diaphragme. Les suites opératoires étaient simples et marquées par une bonne évolution clinique et biologique du malade puis le malade a été adressé pour chimiothérapie adjuvante à base d'Imatinib 400mg/jour jusqu'à ce jour avec une bonne tolérance. L'examen anatomo-pathologique trouvait, au niveau de la pièce de gastrectomie atypique, une prolifération tumorale d'architecture fusocellulaire et épithélioïde évoquant une GIST, mesurant 12 cm de plus grand diamètre. L'index mitotique est estimé à 7 mitoses/25 champs. Et une masse épiploïque avec un aspect morphologique d'un hémolympangiome.

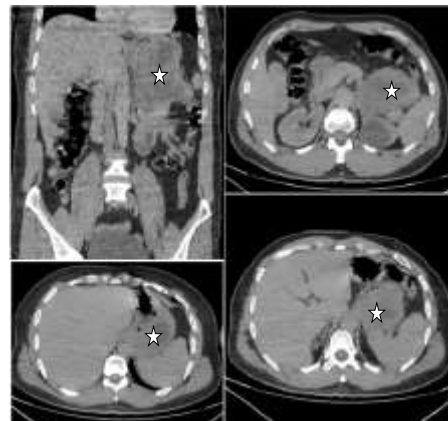


Figure 1. Masse bien limitée niveau de la paroi postérieure du corps de l'estomac (☆), à développement exophytique, hypodense hétérogène, discrètement rehaussé après injection du produit de contraste. De 9,6*9,3*12,5 cm de diamètre. Cette masse arrive en contact intime avec la queue du pancréas avec perte du liseré de séparation.

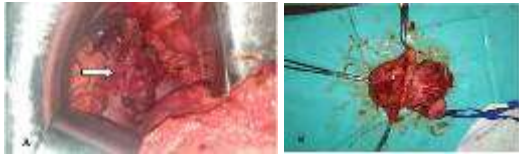


Figure 2. Masse tumorale au dépend de la face postérieure de l'estomac, à 4 cm du cardia, de 15 cm de diamètre, en contact intime avec la queue du pancréas et le pédicule splénique

A : image peropératoire de la tumeur

B : pièce opératoire après résection

Discussion

Bien que rare, les GIST sont les tumeurs méenchymateuses les plus courantes. Elles proviennent des cellules intestinales positives de c-KIT (CD117) de Cajal dans le tractus digestif (4). Les GIST peuvent se localiser sur tout le tractus digestif, avec une prédominance gastrique dans 60% des cas (5).

Les manifestations cliniques des GIST sont atypiques et non spécifiques, en fonction de la taille de la tumeur, de son emplacement et d'autres facteurs. Les présentations cliniques les plus courantes sont les hémorragies gastro-intestinales et les douleurs abdominales. Les hémorragies digestives sont les complications les plus dangereuses, nécessitant souvent une intervention chirurgicale d'urgence comme le c'est le cas de la présente observation. En cas d'hémorragie aiguë, la présentation peut inclure un état de choc (6). En général, au moment où les symptômes de saignement gastro-intestinal apparaissent, la tumeur aurait déjà atteint une taille relativement grande (7). Ce qui correspond au tableau clinique de notre malade.

Les examens utiles pour le diagnostic des GIST dépendent de la taille et de la localisation de la tumeur. Pour les tumeurs de moins de 5 cm et de siège gastrique ou colorectal, une simple endoscopie permet d'évoquer le diagnostic qui peut être confirmé par une échocendoscopie. Dans le cas de GIST très volumineuses, le scanner abdominal reste l'examen de référence (8).

L'endoscopie montre une muqueuse souvent d'aspect normal à la surface. Elle peut être ulcérée. Des biopsies sont réalisées mais le plus souvent elles sont négatives du fait de la profondeur de la tumeur dans la musculature.

Dans notre cas, l'endoscopie était à visée diagnostique et thérapeutique. La tomodensitométrie (TDM) thoracoabdomino-pelvienne a un double intérêt : le diagnostic et le suivi des patients sous traitements. Les GIST apparaissent sous forme de masse arrondie ou ovale à limites nettes, développée vers l'extérieur de la paroi digestive. L'appréciation du diamètre tumoral est un paramètre pronostique important (1).

Le but de la chirurgie est de réaliser des marges négatives (résection R0). Il est essentiel d'éviter une perforation per-opératoire qui entraîne un risque de récurrence majeur du fait d'une dissémination péritonéale (9). Pour une tumeur gastrique de siège antral ou fundique, une gastrectomie atypique ou segmentaire est indiquée (10).

Pour les patients présentant de grosses tumeurs et des saignements chroniques comme pour notre malade, si l'hémorragie aiguë n'est pas contrôlée, un traitement chirurgical d'urgence devient nécessaire. Environ 15 à 47% des patients présentent des métastases à distance au moment du diagnostic, les sites communs étant le foie, le péritoine et l'omentum (6), chose qu'on avait suspecté chez notre patient mais le résultat anatomopathologique de la masse épiploïque était revenu en faveur d'un hémolymphangiome. Seule l'histologie peut confirmer le diagnostic de GIST. La mesure du diamètre maximal est un paramètre important pour la classification pronostique. Il existe une grande diversité morphologique. Les cellules sont fusiformes dans 70% des cas avec une architecture fasciculée, et dans 20% des cas les cellules sont épithélioïdes, comme dans notre cas, et se localisent préférentiellement au niveau de l'estomac, et enfin, on peut avoir des variantes mixtes. Les GIST ont le plus souvent une activité mitotique faible et la nécrose est présente dans 20% des cas (1).

Les facteurs de risque de récurrence du GIST comprennent l'emplacement, la taille, l'index mitotique et la rupture de la tumeur. La perte de sang peropératoire a également un impact sur le pronostic. Moins il y a de perte de sang à la chirurgie, meilleur est le pronostic. Cela peut

être dû au fait que les saignements sont souvent liés à une invasion vasculaire ou à une atteinte séreuse. Le sang des tumeurs peut inciter les cellules mésothéliales à libérer de grandes quantités de cellulose dans le péritoine, ce qui crée des conditions favorables à l'implantation et à la croissance des tumeurs. Le taux de survie à 5 ans des tumeurs gastro-intestinales avec saignement et perforation n'est que de 24%, probablement en raison de la dissémination péritonéale. Cependant, ce mécanisme doit être étudié et confirmé. Le saignement de la tumeur stromale peut être causé par l'augmentation de l'invasion tumorale vers la muqueuse après une mutation génétique, conduisant à une hémorragie causée par la destruction de la couche muqueuse (6).

Conclusion

La résection chirurgicale complète en monobloc de la tumeur, sans effraction per-opératoire, est le traitement curatif des GIST localisées.

L'estimation du risque de récurrence est primordiale pour poser l'indication d'un traitement adjuvant et pour adapter la surveillance.

Bien que le mécanisme des saignements dans les GIST ne soit pas encore bien élucidé, les études existantes suggèrent que les GIST associés aux saignements ont tendance à assombrir le pronostic. Enfin, les GIST avec hémorragie gastro-intestinale sont plus susceptibles de réapparaître.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de manière équitable à ce travail et ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Sekkate S, Kairouani M, Abahssain H, Serji B, Boutayeb S, Mrabti H, *et al.* Tumeurs stromales gastro-intestinales. *Presse Médicale* 2012; **41** (10): 917-926.
2. Jumniensuk C, Charoenpitakchai M. Gastrointestinal stromal tumor: clinicopathological characteristics and pathologic prognostic analysis. *World J Surg Oncol.* 2018; **16** (1): 231.
3. Costache MF, Filip B, Scripcariu DV, Danilă N, Scripcariu V. Management of Gastric Stromal Tumor - Multicenter Observational Study. *Chirurgia* (Bucur). 2018; **113** (6): 780.
4. Wang L, Liu L, Liu Z, Tian Y, Lin Z. Giant gastrointestinal stromal tumor with predominantly cystic changes: a case report and literature review. *World J Surg Oncol* 2017; **15** (1): 220.
5. Fletcher CDM, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, *et al.* Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol.* 2002; **33** (5): 459-465.
6. Liu Q, Kong F, Zhou J, Dong M, Dong Q. Management of hemorrhage in gastrointestinal stromal tumors: a review. *Cancer Manag Res.* 2018; **10**: 735-743.
7. Trupiano JK, Stewart RE, Misick C, Appelman HD, Goldblum JR. Gastric Stromal Tumors: A Clinicopathologic Study of 77 Cases with Correlation of Features with Nonaggressive and Aggressive Clinical Behaviors. *Am J Surg Pathol.* 2002; **26** (6): 705-714.
8. Scaglia É, Jazeron J-F, Diebold M-D, Bouché O. Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST). *EMC - Gastro-Entérologie* 2010; **5** (1): 1-10.
9. Mei L, Du W, Idowu M, von Mehren M, Boikos SA. Advances and Challenges on Management of Gastrointestinal Stromal Tumors. *Front Oncol.* 2018; **8**: 135.
10. Piessen G, Lefèvre JH, Cabau M, Duhamel A, Behal H, Perniceni T, *et al.* Laparoscopic Versus Open Surgery for Gastric Gastrointestinal Stromal Tumors: What Is the Impact on Postoperative Outcome and Oncologic Results? *Ann Surg.* 2015; **262** (5): 831-840.