

Fait clinique

Un cas de léiomyome gastrique
de découverte fortuite



TMA Rajaonahary*¹, AH Rambel², M Rakotovo³,
F Tsiotery⁴, LH Samison³, HN Rakoto-Ratsimba³, RD Gizey⁴

¹ Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service d'Urologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

⁴ Service d'Anatomie Pathologique, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

Le léiomyome digestif est une tumeur bénigne rare. La localisation gastrique est la plus fréquente. Nous en rapportons un cas observé chez un homme de 73 ans dans le cadre d'une hémorragie digestive haute. Malgré un traitement médical bien conduit, l'hémorragie restait active et avait motivé une exploration chirurgicale. L'origine du saignement était une tumeur sous cardiale faisant 5,5cm de grand axe. L'histologie avait conclu en un léiomyome gastrique et l'évolution était favorable. Les difficultés de la prise en charge dans notre contexte sont discutées.

Mots-clés: Chirurgie; Estomac; Hémorragie digestive; Léiomyome

A case of gastric leiomyoma incidentally discovered

Summary

Digestive leiomyoma is an uncommon benign tumour. Gastric location is the most frequent. We report here a case observed in a 73 year-old man presented with an upper digestive bleeding. In spite of adapted medical treatment, bleeding persisted and an exploring laparotomy was performed. Exploration found a 5.5cm dimension under cardial bleeding tumour. Histological examination showed gastric leiomyoma. Evolution was uneventful. Difficulties of diagnosis and treatment in our context were discussed.

Keywords: Digestive bleeding; Leiomyoma; Stomach; Surgery

Introduction

Les tumeurs des fibres musculaires lisses du tube digestif sont rares et la localisation gastrique reste la plus fréquente. En effet, les tumeurs musculaires constituent moins de 2% des tumeurs du tractus digestif. Nous rapportons dans cette étude un cas de léiomyome gastrique observé chez un homme de 73 ans présentant une hémorragie digestive importante et ayant nécessité une prise en charge chirurgicale. L'objectif de ce travail est double: tout d'abord mettre en évidence les difficultés diagnostiques en milieu précaire, puis rapporter l'avantage d'une prise en charge adéquate de l'hémorragie digestive.

Observation

Mr R. âgé de 73 ans, ayant un antécédent d'hémorragie digestive en Juin 2006, était admis en service de réanimation chirurgicale en Octobre 2006 pour un 2^{ème} accident d'hémorragie digestive sous forme d'hématémèse et de méléna. L'examen clinique à son entrée montrait une anémie clinique confirmée par un taux d'hémoglobine à 7g/dL. Après la mise en route du traitement médical et des mesures de réanimation d'urgence, une endoscopie digestive haute n'avait montré qu'une ulcération sous-cardiale saignant en nappe. Le patient était gardé en réanimation avec prescription d'inhibiteur de la pompe à protons. Du fait de la persistance de l'hémorragie au 5^{ème} jour de réanimation avec un état hémodynamique instable et un taux d'hémoglobine à 5,5g/dL malgré le remplissage vasculaire, une exploration chirurgicale était indiquée. En per-

opératoire, une masse arrondie sous-cardiale postérieure à développement endoluminal était observée (Figure 1A). La gastrotomie avait permis de trouver une tumeur blanchâtre sessile, bien limitée, de consistance ferme, mesurant 5,5cm de grand axe, surmontée d'une ulcération saignant en nappe (Figure 1B). Une gastrectomie polaire supérieure avec anastomose oeso-gastrique était confectionnée. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait conclu en un léiomyome gastrique sous-muqueux (Figures 2 et 3). Après un recul de 21 mois, aucune récurrence n'était détectée.

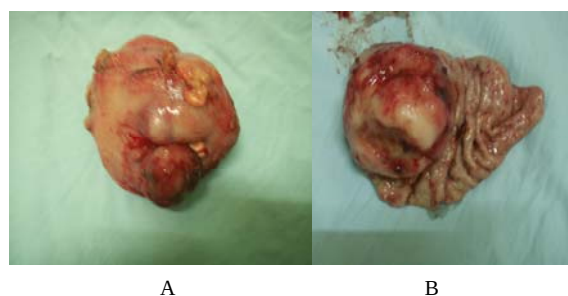


Fig. 1: Aspects macroscopiques de la tumeur

A: vue à la face postérieure

B: vue endoluminale

Discussion

Les léiomyomes gastriques sont des tumeurs rares à potentialité maligne, de localisation essentiellement cardiale. Les cellules tumorales ont les caractères des fibres musculaires lisses [1]. Ils se rencontrent souvent autour de la 6^{ème} décennie et sans prédominance d'un sexe par rapport à l'autre. Les circonstances de découverte les plus fréquentes sont les hémorragies digestives. Les autres ma-

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: tokybeloh@yahoo.fr (TMA Rajaonahary).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

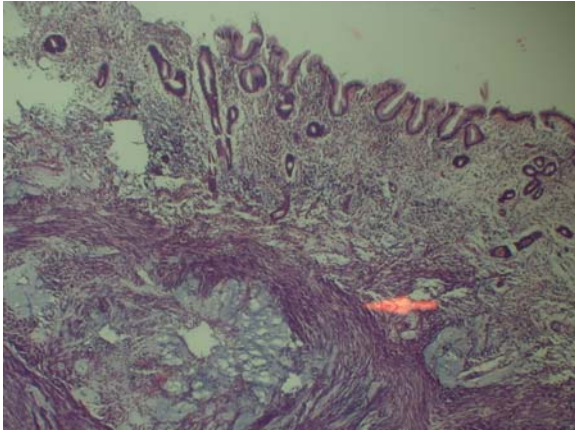


Fig. 2: Microscopie: muqueuse gastrique et léiomyome dans la sous-muqueuse (Hematoxyline éosine x40)

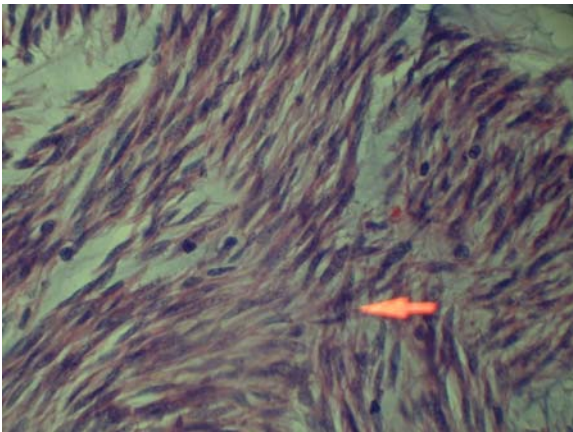


Fig. 3: Microscopie: léiomyome gastrique (Hematoxyline éosine x400)

nifestations comme les douleurs chroniques post-prandiales, les épigastralgies aiguës peuvent être au premier plan et la perception d'une masse épigastrique ou de l'hypocondre gauche est exceptionnelle. Dans tous les cas, la symptomatologie dépend du développement de la tumeur au sein des tuniques digestives [2]. Les tumeurs sous-muqueuses sont à développement intraluminal et sont souvent à l'origine d'une ulcération et d'une hémorragie digestive [3]. Les tumeurs intramurales sont souvent asymptomatiques et celles sous séreuses se découvrent, selon leur dimension, par une masse épigastrique. En cas d'hémorragie digestive, l'endoscopie digestive peut objectiver une tumeur sous-muqueuse qui peut être ulcérée; mais elle peut être normale en cas de tumeur intramurale ou sous-séreuse. Toutes ces caractéristiques correspondent au cas de notre patient qui présentait une tumeur sous séreuse ulcérée et hémorragique, mais l'endoscopie digestive haute n'avait trouvé que l'ulcération sous-cardiale sans objectiver une tumeur à développement intraluminal. D'autres examens complémentaires peuvent être demandés, comme l'échographie qui peut retrouver une masse souvent hétérogène ou parfois kystique de siège épigastrique; le transit baryté peut montrer une image lacunaire à contours irréguliers avec large base d'implantation; l'échoendoscopie, selon certains auteurs, permet de différen-

cier les compressions extrinsèques des tumeurs intrapariétales [4]; le scanner donne plutôt une orientation quant à l'origine gastrique en montrant un épaississement pariétal sans spécificité. La biopsie endoscopique peut aider au diagnostic mais elle est souvent superficielle même en cas d'ulcération et l'examen extemporané donne dans la majorité des cas, la nature de la tumeur sans pouvoir affirmer la malignité ou la bénignité [5]. Dans un contexte de précarité, l'accès à ces investigations paracliniques est souvent limité pour permettre d'avoir un diagnostic pré-opératoire. Cette situation s'ajoute à la difficulté diagnostique patente des tumeurs musculaires digestives qui offre une place importante à la chirurgie, à la fois exploratrice et thérapeutique. Dans notre cas, l'exploration chirurgicale d'une hémorragie digestive active a permis de poser le diagnostic et d'assurer le traitement. Sur le plan histologique, le léiomyome est constitué de cellules fusiformes disposées en faisceaux tourbillonnants et la nature musculaire est parfois difficile à reconnaître d'où l'intérêt de l'immunohistochimie [6]. Le léiomyome gastrique est classé parmi les tumeurs conjonctives de l'estomac. Son aspect histologique se distingue par la nature musculaire et l'absence de polymorphisme cellulaire. Par ailleurs, l'activité mitotique basse (1 à 5 mitoses par champs) et l'absence d'invasion du tissu environnant permettent d'éliminer un léiomyosarcome. Néanmoins, une taille >5cm de la tumeur doit être considérée et surveillée comme maligne [7]. Notre patient dont la tumeur mesurait 5,5cm de diamètre était surveillé de façon périodique et aucune récurrence ni métastase n'était découverte après un recul de 21 mois.

Conclusion

Le léiomyome gastrique est une tumeur qui peut être découverte par des arguments cliniques, radiologiques et endoscopiques selon son développement par rapport aux tuniques de l'estomac. La difficulté à l'accès à ces investigations complémentaires constitue une difficulté diagnostique en milieu précaire. L'exérèse chirurgicale est toujours indiquée du fait du potentiel malin de ces tumeurs et une surveillance à long terme est de règle afin de dépister des récurrences ou des métastases éventuelles.

Références

- 1- Dumontier I, Poulet B, Carnot F, Barbier JP. Tumeurs bénignes de l'estomac. *Encycl Med Chir, Gastro-entérologie*, 9-026-A-10.
- 2- Lezrek M, Kabiri H, Choho A, Rachid K, Janati I, Taobane H, et al. Léiomyome gastrique à propos d'un cas. *Médecine du Magrheb* 1996; 32-34.
- 3- Loze S, Bercovicci D, Masson B. Les tumeurs musculaires digestives, diagnostic et traitement à propos de 10 cas. *J Chir* 1994; 131: 496-500.
- 4- Cotte L, Souquet JC, Valette PJ, Berger F, Boulez J, Chayvialle JA. Tumeurs musculaires gastriques: apport de l'endosonographie. *Gastro-enterol Clin Biol* 1989; 13: 847-8.
- 5- Harry L, Evans HL. Smooth muscle tumors of the gastro-intestinal tract. A study of 56 cases followed for a minimum 10 years. *Cancer* 1985; 56: 2242-50.
- 6- Ueyama T, Ke-Jian Guo, Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoji M. A clinicopathologic and immunohistochemical study of gastro-intestinal stromal tumors. *Cancer* 1992; 69: 947-55.
- 7- Ng EH, Pollock RE, Munsell MF, Atkinson EN, Romsdahl MM. Prognostic factors influencing survival in gastrointestinal leiomyosarcomas. Implications for surgical management and staging. *Ann Surg* 1992; 215: 68-77.