



Tumeur stromale gastrique polaire supérieure révélée par une gastrite ulcérée à *Helicobacter pylori*: à propos d'une observation

M Cissé*¹, I Konaté¹, M Dieng¹, O Ka¹, A Dia¹, CT Touré¹

¹ Clinique Chirurgicale, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

Résumé

Les tumeurs stromales constituent le sarcome gastro-intestinal le plus fréquent du tube digestif. Nous rapportons dans cette observation un cas de tumeur stromale gastrique particulier pour trois raisons: d'abord son mode de révélation par une gastrite ulcérée à *Helicobacter pylori*, ensuite sa situation gastrique polaire supérieure qui nécessitait une gastrectomie totale et enfin l'inaccessibilité du traitement adjuvant en milieu défavorisé pour la prise en charge de sa récurrence métastatique.

Mots-clés: Gastrectomie; *Helicobacter pylori*; Tumeur stromale

Upper polar gastric stromal tumor revealed by *Helicobacter pylori* ulcerated gastritis: report of a case

Summary

Gastrointestinal stromal tumors are the most common sarcomas of the digestive tract. We report a case of gastric tumor stromal especially for three reasons: first, his way of revelation by an *Helicobacter pylori* ulcerated gastritis, then its polar upper gastric situation which needed a total gastrectomy and adjuvant treatment inaccessibility due to poor financial conditions for management of its metastatic recurrence.

Keywords: Gastrectomy; *Helicobacter pylori*; Stromal tumor

Introduction

Les tumeurs stromales constituent le sarcome gastro-intestinal le plus fréquent du tube digestif [1,2]. Dans 95% des cas, elles résultent d'une mutation du c-kit (CD117) avec activation anarchique du signal de prolifération cellulaire [3,4]. La localisation gastrique retrouvée dans cette observation est la plus fréquente [5]. Les auteurs rapportent un cas particulier par son mode de révélation, sa localisation polaire supérieure et insistent sur l'inaccessibilité du traitement adjuvant en milieu défavorisé.

Observation

Malamine S est un patient de 60 ans, hypertendu connu depuis 10 ans, qui avait consulté pour des douleurs épigastriques ulcéroformes évoluant depuis deux mois et rebelles au traitement anti-acide. Ces douleurs étaient associées à une constipation sans autres troubles du transit associés. A l'examen, le patient était en bon état général avec une tension artérielle à 170/110mmHg, un pouls à 74 battements/min et une température à 36°5C. La palpation montrait une sensibilité épigastrique sans masse palpable. Le reste de l'examen mettait en évidence des hémorroïdes stade II. La numération formule sanguine montrait une anémie hypochrome microcytaire. L'endoscopie digestive haute visualisait la présence d'une formation bourgeonnante, ulcérée par endroits, saignant au contact et située au niveau du fundus. La biopsie de cette tumeur révélait un aspect de gastrite ulcérée à *Helicobacter pylori* en poussée aiguë sans signe de malignité. Un traitement médical de l'ulcère et d'éradication de *H pylori* avait été institué pendant une durée de quatre semaines. Une endoscopie de

contrôle à la fin du traitement retrouvait une tumeur ovoïde et régulière de l'antré à tendance hémorragique avec disparition de l'ulcère. Une seconde biopsie montrait une gastrite ulcérée avec vascularite sans signe de malignité. Une tomographie était alors prescrite et montrait un épaississement des parois gastriques avec une formation tumorale sous muqueuse endo luminale de 65x41mm, de siège fundique, sans autres anomalies notées (Figure 1).



Fig. 1: Scanner montrant la tumeur gastrique sous muqueuse avec épaississement des parois

Une laparotomie médiane retrouvait une tumeur qui siégeait au tiers supérieur de l'estomac jusqu'au voisinage du cardia (Figure 2). Elle intéressait les deux courbures gastriques avec un développement exophytique bourgeonnant et était de consistance ferme. Le reste de l'exploration était sans particularité. Une gastrectomie totale avec

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: macisse22@yahoo.fr (M Cissé).

¹ Adresse actuelle: Clinique Chirurgicale, CHU Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

curage périgastrique de type D1,5 et anastomose oesojéjunale sur anse en Y avaient été réalisées. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montrait une lésion gastrique tumorale sous muqueuse faite de cellules fusiformes avec des atypies cytonucléaires diffuses et des mitoses supérieures à 10 pour 10cfg. Les sept ganglions prélevés étaient non envahis. L'immunohistochimie montrait que la tumeur exprimait des anticorps CD34 et était actine négatif. L'analyse concluait à une tumeur stromale gastrique. Aucun traitement adjuvant n'avait été entrepris du fait de l'inaccessibilité financière du patient à la chimiothérapie. Une récurrence métastatique hépatique multiple et non résécable était objectivée à l'échographie à neuf mois post-opératoire, entraînant rapidement le décès deux mois plus tard, à 11 mois de la gastrectomie.

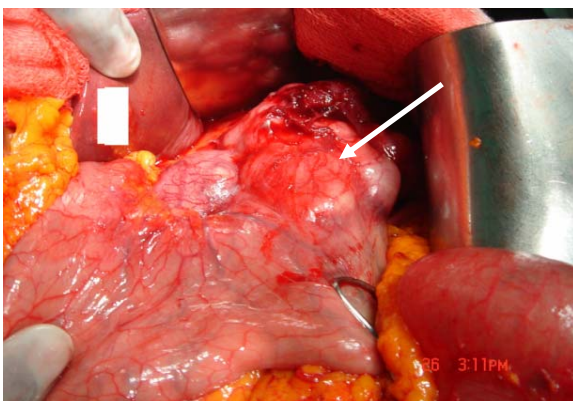


Fig. 2: Vue opératoire de la tumeur exophytique gastrique polaire supérieure

Discussion

Les tumeurs stromales constituent le sarcome gastro-intestinal le plus fréquent du tube digestif [1,2]. Elles ont été identifiées depuis 1998 comme une entité nosologique propre [2]. Il s'agit de prolifération immature de cellules fusiformes et/ou épithéloïdes naissant dans la musculature du tube digestif. Elles partagent des caractéristiques communes avec les cellules de Cajal dont elles pourraient dériver [1]. Mais leur localisation sur des zones où ces cellules sont absentes (péritoine) a fait privilégier la théorie de leur origine à partir d'une cellule mésenchymateuse indifférenciée primitive capable de se différencier en cellule de Cajal, en cellule musculaire lisse ou en cellule tumorale [3]. Dans 95% des cas, elles résultent d'une mutation du c-kit (CD117) avec activation anarchique du signal de prolifération cellulaire [4]. D'autres marqueurs comme les CD34 (notre observation), l'actine, le PS 100, la desmine sont souvent positifs [3,4]. La localisation gastrique retrouvée dans notre observation est la plus fréquente (50-70%) [5]. Mais elles peuvent se localiser également tout le long du tube digestif et sur le péritoine. Leur symptomatologie n'est pas spécifique. La douleur est assez fréquente et dans notre observation, elle relevait aussi bien d'un ulcère gastrique que de la tumeur. La cicatrisation de l'ulcère après éradication de *H pylori* et traitement anti-ulcéreux prouve cette association. En l'état actuel des connaissances, *H pylori* ne jouerait aucun rôle dans la genèse de ces tumeurs stromales. D'autres tableaux cliniques tels que: hémorragie digestive, syndrome perforatif

ou occlusif ou encore une anémie peuvent être révélateurs [5-7]. Dans 30% des cas, ces tumeurs sont totalement asymptomatiques et de découverte fortuite [5]. Cette clinique non spécifique explique l'importance de l'imagerie dans le diagnostic. L'endoscopie digestive haute nous avait permis de voir la tumeur mais les biopsies n'étaient pas contributives. Elles ne le sont d'ailleurs que dans 15 à 30% des cas [3]. Cela s'explique par la localisation habituelle sous muqueuse de la tumeur, pas toujours accessible par un prélèvement superficiel. Le scanner est par contre un bon examen pour caractériser la tumeur, faire le bilan d'extension et déterminer sa résécabilité [4]. L'imagerie par résonance magnétique, le Pet-scan, et l'écho endoscopie peuvent apporter des arguments complémentaires au diagnostic [4]. Selon Albérini [8], la réalisation d'un Pet-scan pré thérapeutique peut être utile pour évaluer la réponse précoce au traitement dès le huitième jour. La prise en charge de ces tumeurs est bien codifiée. Quand elles sont résécables, le traitement de choix est la chirurgie avec une résection R0 [4]. La localisation particulière de notre tumeur nous a obligés à réaliser une gastrectomie totale, les gastrectomies polaires supérieures étant souvent mal supportées. Le curage n'est pas nécessaire car l'envahissement ganglionnaire est rare. Les récurrences métastatiques sont accessibles au traitement spécifique à l'imatinib mé-sylate et ce traitement doit être continué tant qu'il y a un bénéfice clinique [9]. D'après l'étude Pivot en phase II, à deux ans, les réponses complètes sont nulles mais 80% des patients présentent une réponse partielle ou une stabilisation [9]. Malheureusement notre patient ne pouvait pas bénéficier de ce traitement adjuvant et il était finalement décédé à 11 mois post opératoires. Toute tumeur stromale est potentiellement maligne. Ce potentiel est estimé en fonction de la taille et de l'index mitotique [10]. Notre cas était de mauvais pronostic avec un potentiel malin élevé. Malgré la résection R0, il avait présenté une récurrence métastatique hépatique non résécable à neuf mois post-opératoire. Ce risque de récurrence, proportionnel au degré de malignité, est estimé à 20% dans les deux premières années malgré la résection complète [4,11], ce qui explique la nécessité d'un suivi avec au minimum un scanner tous les trois mois pendant les trois premières années [4].

Conclusion

Les tumeurs stromales restent le sarcome gastro-intestinal le plus fréquent du tube digestif avec une localisation gastrique prédominante. La récurrence après résection R0 n'est pas rare et dépend du potentiel malin de la tumeur. Cette récurrence reste accessible à la chimiothérapie adjuvante qui améliore la survie. Par ailleurs, cette observation nous permet de nous interroger sur le rôle éventuel de *H pylori* dans les tumeurs stromales et de faire un plaidoyer pour l'amélioration de l'accessibilité de certains traitements adjuvants onéreux en milieu défavorisé.

Références

- 1- Scoazec JY. C-KIT et tumeurs «stromales» gastrointestinales : plus qu'un nouveau marqueur. *Ann Pathol* 2000; 20: 91-2.
- 2- Ray-Coquard I, Le Cesne A, Michallet V, Boukovinas I, Ranchere D, Thiesse P, et al. Tumeurs stromales du tractus digestif: actualité 2003. *Bull Cancer* 2003; 90: 69-76.
- 3- Clère F, Carola E, Halimi C, de Gramont A, Bonvalot S, Panis Y, et al. Actualités sur les tumeurs stromales gastro-intestinales: à partir de sept observations de tumeurs malignes. *Rev Med Interne* 2002; 23: 499-507.

- 4- GIST consensus meeting panelists. Consensus meeting for the management of gastrointestinal stromal tumors. Report of the GIST Consensus Conference of 20-21 March 2004, under the auspices of ESMO. *Ann Oncol* 2005; 16: 566-78.
- 5- Balaton AJ, Coindre JM, Cvitkovic F. Tumeurs stromales digestives. *Gastroenterol Clin Biol* 2001; 25: 473-82.
- 6- Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: recent advances in understanding of their biology. *Hum Pathol* 1999; 30: 1213-20.
- 7- Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): definition, occurrence, pathology, differential diagnosis and molecular genetics. *Pol J Pathol* 2003; 54: 3-24.
- 8- Alberini JL, Al Nakib M, Wartski M, Gontier E, Cvitkovic F, Rixe O, et al. Place de l'imagerie par tomographie par émission de positons pour les tumeurs stromales gastro-intestinales. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31: 585-93.
- 9- Demetri GD, Von Mehren M, Blanke CD, Van Den Abbeele AD, Eisenberg B, Roberts PJ, et al. Efficacy and safety of imatinib mesylate in advanced gastrointestinal stromal tumors. *N Engl J Med* 2002; 347: 472-80.
- 10- Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol* 2002; 33: 459-65.
- 11- Duffaud F, Blay JY. Gastrointestinal stromal tumors: biology and treatment. *Oncology* 2003; 65: 187-95.