

Tumeurs stromales de l'estomac : Apport du scanner

H. Nadif; A. Daki; H. Belgadir ; O. Amriss ; N. Mossali ;
N.Elbenna

Service de Radiologie 20 Aout 1953. CHU Ibn Rochd de
Casablanca

Introduction

- Les tumeurs stromales sont les tumeurs conjonctives les plus fréquentes du tube digestif, dont la localisation gastrique est préférentielle.
- Individualisées par l'expression de la protéine C-Kit, sensibles à un traitement inhibiteur ciblé de tyrosine kinases : l'imatinib.
- Le scanner est actuellement l'examen d'imagerie de référence dans le diagnostic, le bilan d'extension et le suivi post thérapeutique.

Objectif

- Souligner l'intérêt de l'imagerie notamment le scanner multi-coupes dans la prise en charge des tumeurs stromales gastriques.

Matériels et méthodes

- Série rétrospective portant sur 28 patients sur une période de trois ans.
- Tous les patients ont bénéficié d'une TDM abdominale sans et avec injection de produit de contraste avec reconstructions multi planaires.

Résultats

- Age moyen : 51 ans
- Le sexe masculin était prédominant
- L'examen clinique a objectivé :
 - douleur abdominale chez 18 patients;
 - masse abdominale chez 4 ;
 - des vomissements et hématuries chez 6 patients.

- La TDM abdominale a objectivé :
 - Masse tissulaire gastrique : 9 cas
 - Epaissement pariétal gastrique : 19 cas
 - Localisation secondaire hépatique : 6 cas
 - Localisation secondaire péritonéale : 3 cas
 - ADP locorégionales : 2 cas



TDM Abdominale +C : Epaissement pariétal gastrique régulier diffus intéressant le corps et la grande tubérosité ;il s’y associe des métastases hépatiques

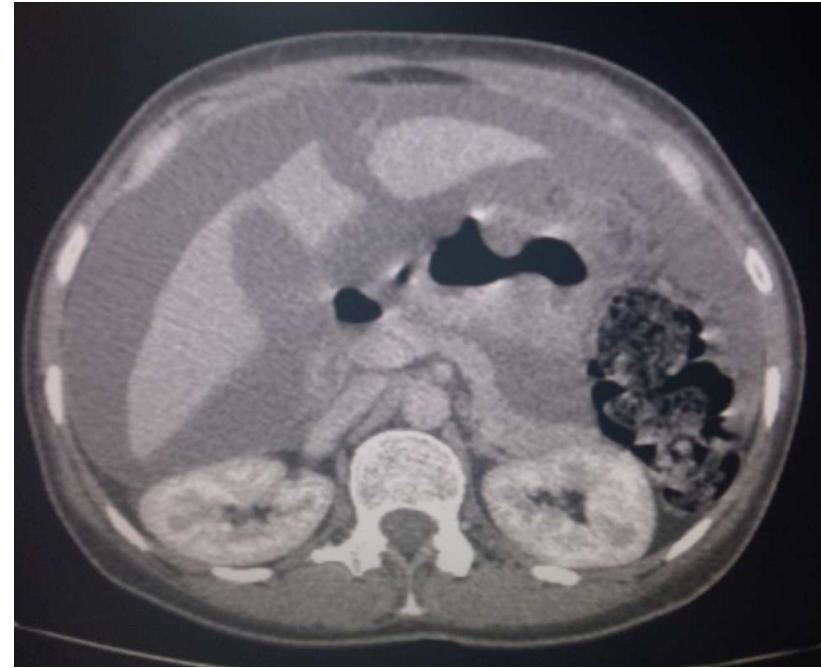
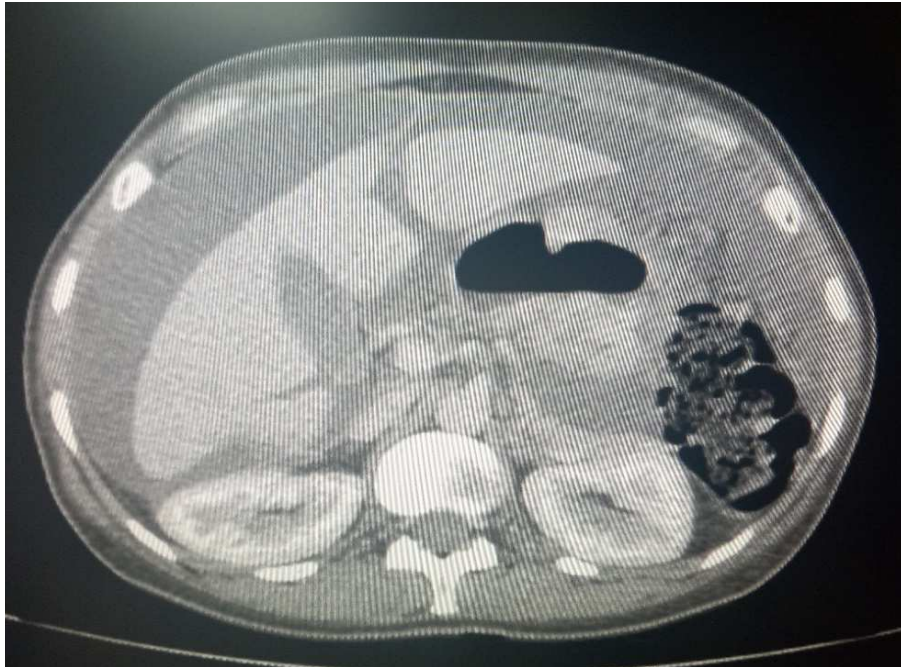


TDM Abdominale avec opacification digestive : épaissement pariétal gastrique diffus hypodense



**TDM Abdominale: Epaissement pariétal
gastrique sténosant associé à des
métastases hépatique et péritonéale**





TDM Abdominale +C : Epaissement pariétal antro-pylorique irrégulier associé à un épanchement péritonéal de grande abondance

Discussion

- GIST: tumeurs conjonctives à potentiel évolutif incertain exprimant les anticorps CD117 (C-kit).
- Symptomatologie clinique polymorphe, non spécifique, variable en fonction: du siège, de la taille de la tumeur, de son mode de développement.

- Signes cliniques associés :
 - Douleur
 - Masse abdominale
 - Altération de l'état général
 - Hémorragie digestive
 - Plus rarement: complications révélatrices (occlusion, signes d'envahissement vasculaire ou intestinal, métastases...)

Imagerie

- Aspects variables en fonction du siège et de la taille de la tumeur.
- Tumeur développée à partir de la musculaire propria des parois digestives.
- Important développement exophytique exoluminal. .
- Plus rarement, composante intramurale ou intraluminal prédominante.

Imagerie

ASP : non spécifique

- Opacité de tonalité hydrique refoulant les clartés digestives
- Calcifications: rares Opacifications digestives:

Opacifications digestives:

- Intérêt du cliché de profil
- Masse sous muqueuse à angle droit ou obtus avec la paroi

Échographie :

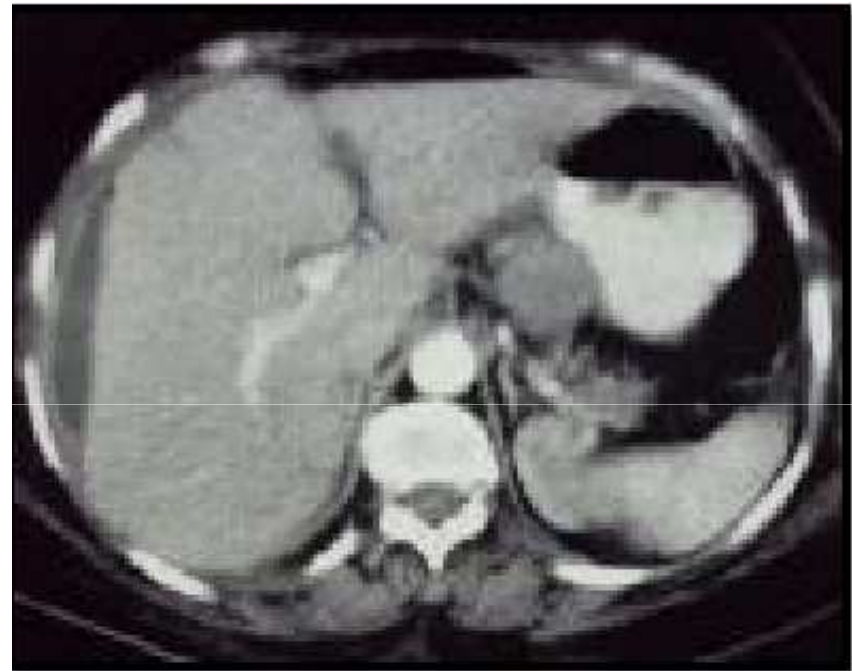
- La tumeur est typiquement hypoéchogène avec de larges plages liquidiennes .
- Composante tissulaire vascularisée au doppler
- Recherche de métastases hépatiques ou de carcinose péritonéale

Scanner :

- Appréciation du volume tumoral extraluminal
- Détermination de l'origine pariétale difficile
- La tumeur:
 - Densité tissulaire
 - Rehaussement périphérique après injection du PDC dans 90% des cas
 - Rehaussement homogène : rare
 - Zones centrales hypodenses pouvant correspondre à de la nécrose à de l'hémorragie ou des formations kystiques
- Calcifications rares:3 %



TDM abdominale C+: masse hypo dense par rapport au parenchyme hépatique, accolée à la petite courbure gastrique



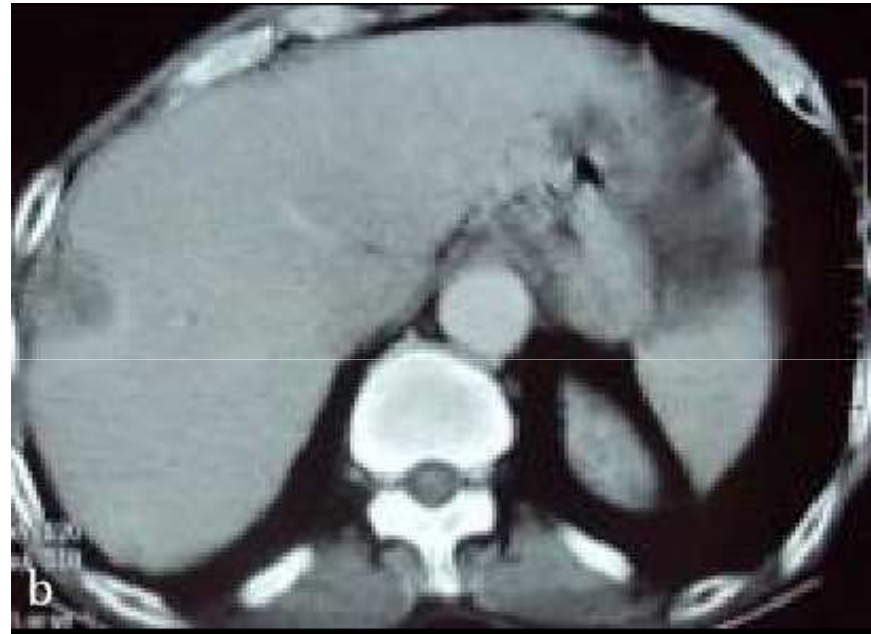
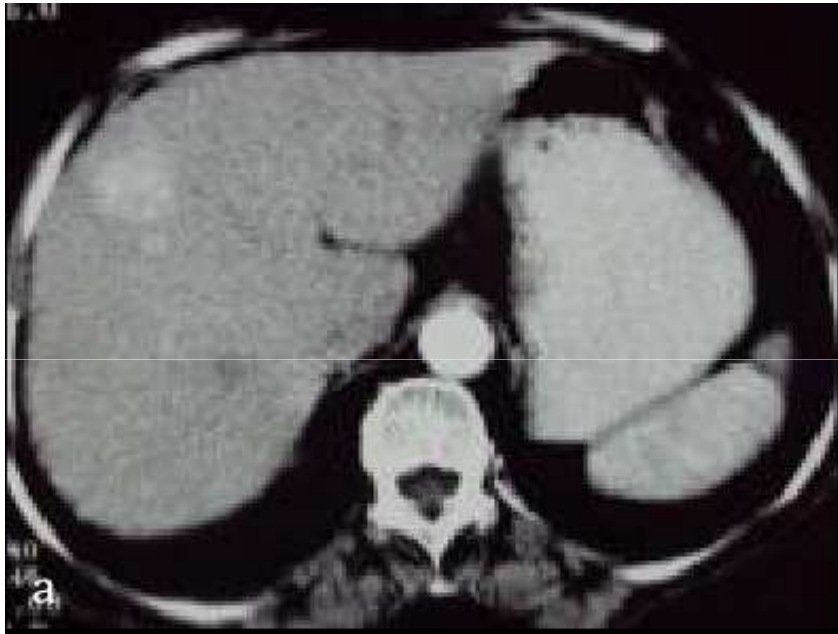
TDM abdominale après opacification digestive : petite formation tissulaire hypodense de la paroi gastrique, à développement exoluminale



TDM abdominale : tumeur gastrique à développement exophytique hypo dense renfermant des zones de nécrose



TDM en contraste spontané : énorme masse digestive à développement exoluminal kystisée



TDM abdominale en coupe axiale :
a-métastase hépatique d'un GIST se rehaussant de façon intense en temps artériel de l'injection
b- métastase hépatique nécrotique en partie

Scanner : Bilan d'extension

- L'évolution métastatique est hématogène et se fait préférentiellement vers le foie et le péritoine et plus rarement vers le poumon et l'os.
- Les métastases hépatiques se présentent comme les lésions initiales.
- L'atteinte mésentérique se traduit par des nodules de petite taille à contours nets souvent homogènes
- L'atteinte ganglionnaire est exceptionnelle.

Scanner : Surveillance post thérapeutique:

- Après un traitement chirurgical :
 - Détecter une récurrence Le rythme et la durée de la surveillance est fonction de degré de malignité de la lésion initiale
- Après le traitement par Glivec: Evaluer la réponse au traitement
 - Détecter précocement les échappement

Signes de réponse au traitement:

- Diminution de la densité lésionnelle de 15 UH mesurée en temps portal de l'injection +++
- ± les critères RECIST

Signes de non réponse:

- Augmentation de la taille tumorale >20%
- Absence de diminution de la densité lésionnelle
- Apparition de nodules prenant le contraste au niveau des parois des kystes +++
- Apparition de nouvelles lésions

Limites de la TDM:

- Sous estimation de la réponse par une pseudo augmentation du volume tumoral liée à la nécrose extensive
- Visualisation de lésion non vues initialement

Traitement

- Résection chirurgicale optimale avec marges saines.
- Pour les lésions métastatiques :
 - Traitement médical par inhibition spécifique du mutant c-Kit par le STI-571 = imatinib mésylate = Glivec®
 - Chimiothérapie; chimio-embolisation.

Conclusion

- Le scanner reste un examen incontournable pour le diagnostic positif, le bilan d'extension et la surveillance des tumeurs stromales ; toutefois l'examen anatomopathologique est indispensable pour la confirmation diagnostique.