

Congrès national d'endoscopie digestive (**MINDAR**)

ALGER- 04 NOVEMBRE 2023

Tumeurs Sous muqueuses Digestives

Caractérisations échocendoscopiques...

S.Bouchemel, ALGER

Tumeurs sous muqueuses digestives



- Diagnostique Exacte des lésions
- Reconnaissance de leur potentiel de malignité
- Choix du traitement
- Surveillance
- -----
- -----
- ----

C'est quoi une Tumeur sous muqueuse Digestive ?:

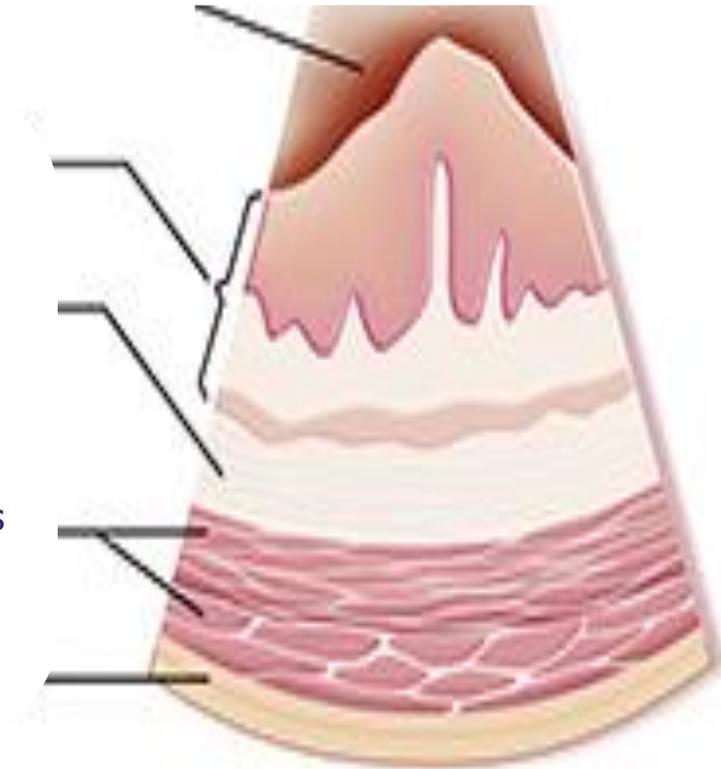
TSM= Une Variété de Lésions néoplasiques et non néoplasiques:

TSM MESENCHYMATEUSES:

- Les tumeurs stromales gastrointestinales (GIST)
- Les leiomyomes / Leiomyosarcomes
- Les lipomes
- Les schwannomes
- tumeur d'Abrikossoff,
- tumeurs glomiques,

TSM NON MESENCHYMATEUSES:

- l'hémangiome
- le kyste bronchogénique
- la dilatation kystique des glandes de la sous muqueuse
- le pancréas aberrant
- les tumeurs neuroendocrines



LESIONS SOUS EPITHELIALES ++++

C'est quoi une Tumeur sous muqueuse Digestive ?:

- Estomac : **50–70 % cas** - IG (iléon ++) 20–30 % cas ;
- Colon: Coecum - rectum (5–15 %)
- Œsophage (< 5 %)

Symptomatologie des LSE : fonction (taille , localisation).

TD Inférieur (Grêle ++) :

- Symptomatiques même les petites lésions (HD, occlusion)

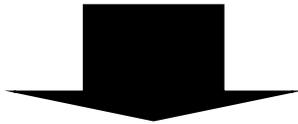
TD supérieur (Estomac +++) :

- Petite taille
- asymptomatiques (30% cas)
- Découverte fortuite
- Cpx (**saignement +++**): LSE volumineuses

Observation:

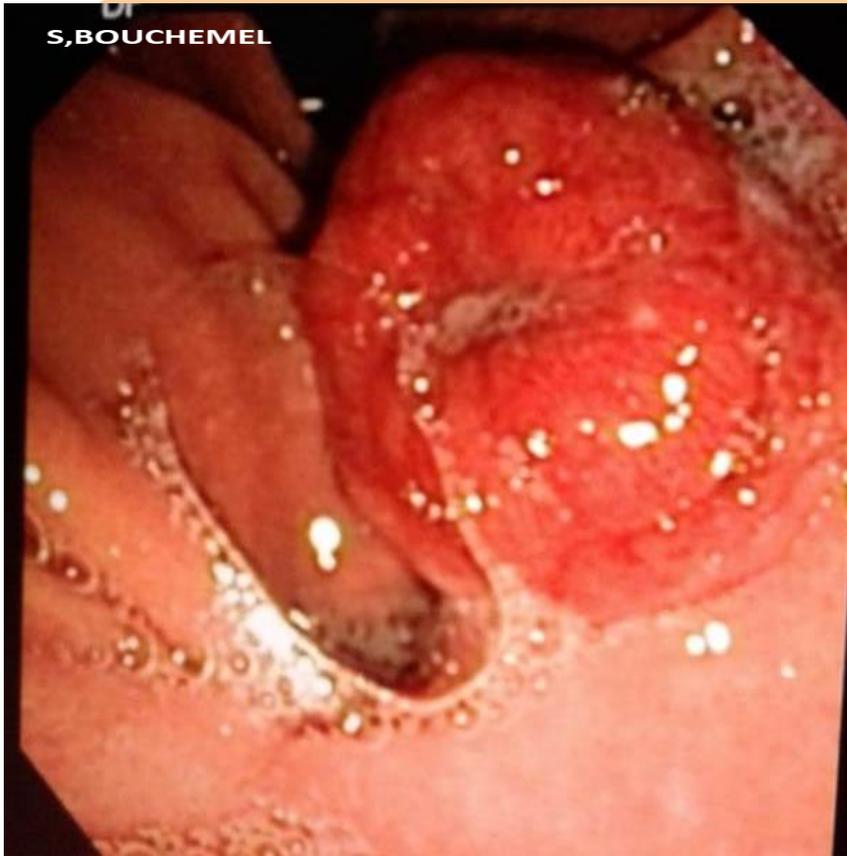
- Homme (G,T) , 42 ans
- ATCDs (-)
- Médicaments Gastro-toxiques (-)

- **HD / Hématémèse**
- Hb :08gr /dl – Hémostase correcte



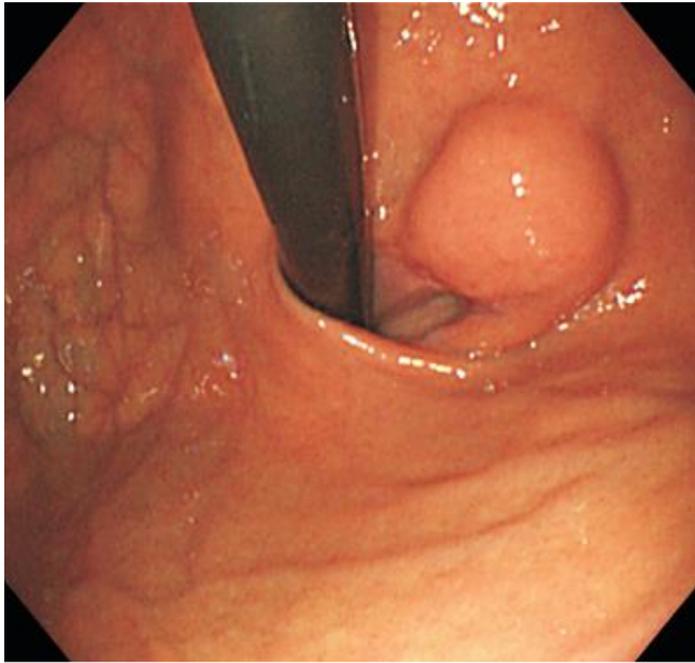
ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

FOGD :



Formation sous-muqueuse ulcérée (Angulus).
Biopsies: inflammation non spécifique de la muqueuse gastrique.

Est-il possible d'avoir une orientation diagnostique en se basant sur les caractéristiques endoscopiques d'une tumeur sous-muqueuse ?:

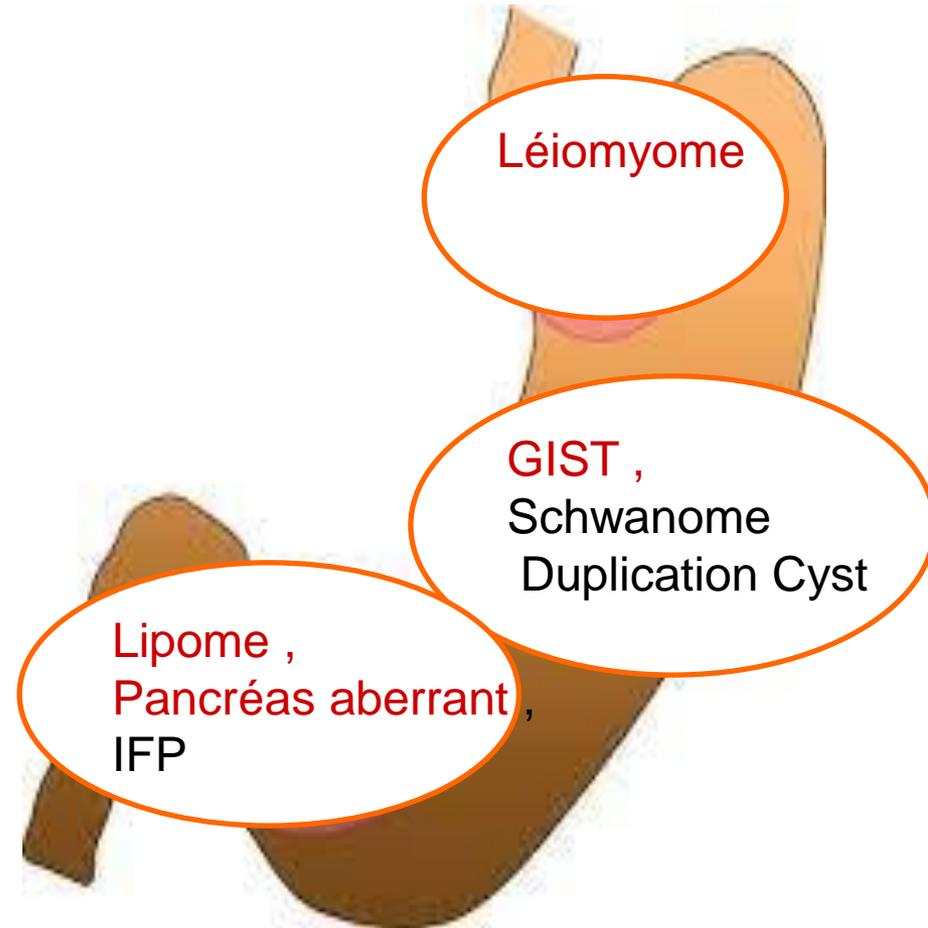
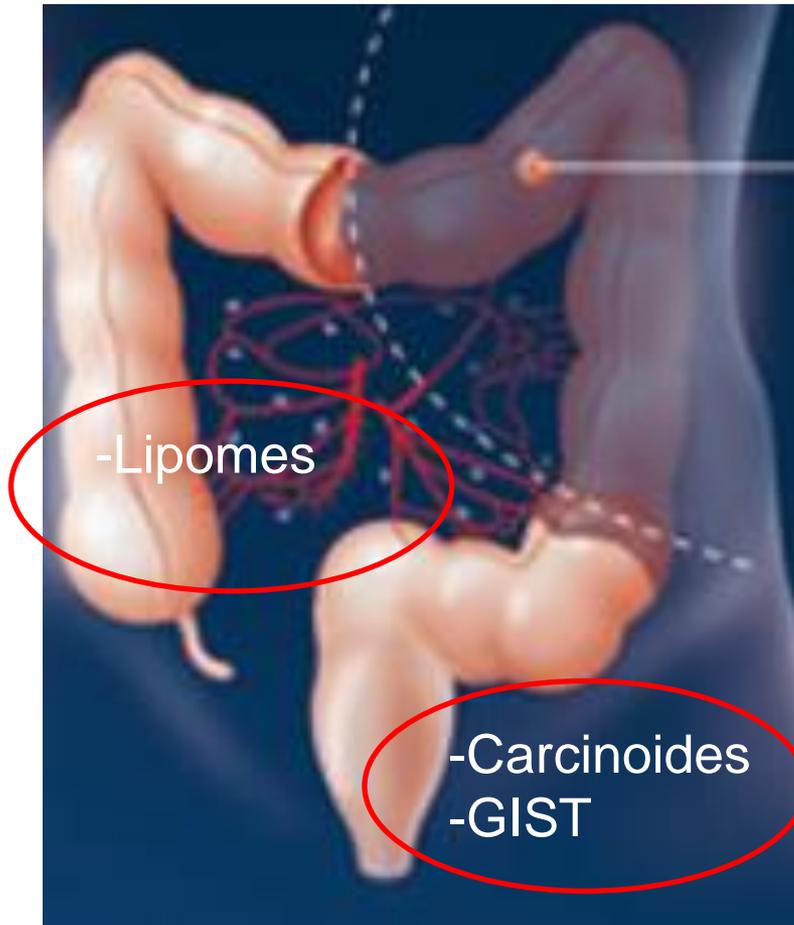


- Aspect endoscopique peu spécifique +++
(simples voussures ,muqueuse d'aspect normal) ,

Certaines caractéristiques endoscopiques :

- orienter le diagnostic ,
- prédire la nature histopathologique de la LSE.

1:La Localisation:

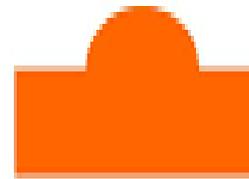


Estomac: 50–70 % des LSE

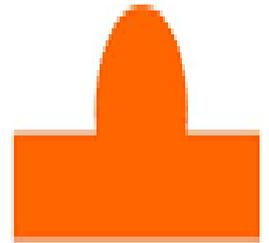
2: La Forme macroscopique : Classification de Yamada.

LES (sous muqueuse , Musculeuse):

GIST , Leiomyome , Schwanome



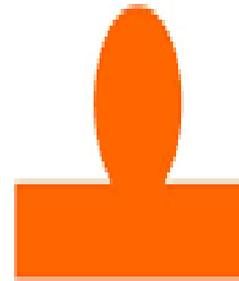
Yamada I



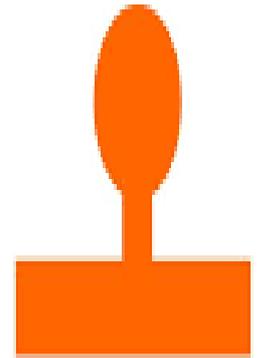
Yamada II

LES (Muqueuse profonde ,
sous muqueuse superficielle):

TNE , Pancréas aberrant



Yamada III

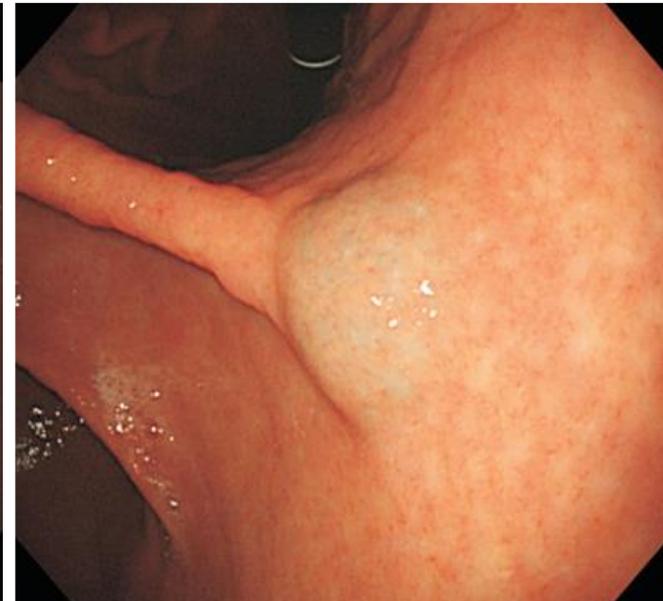
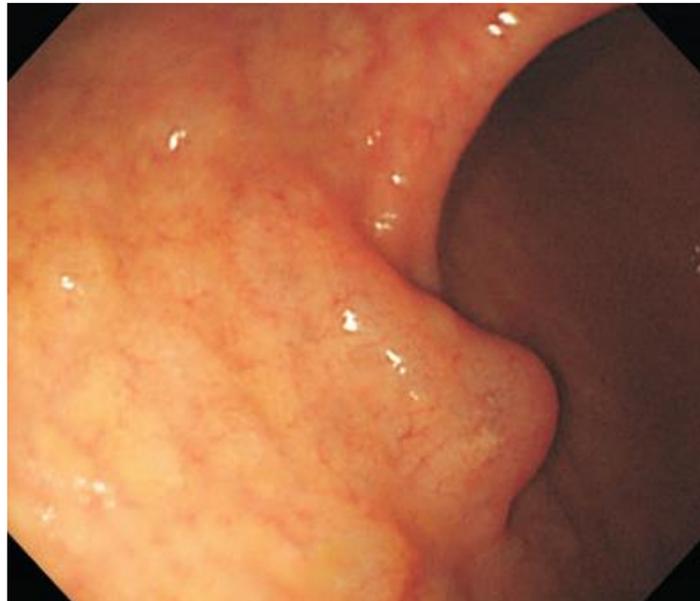
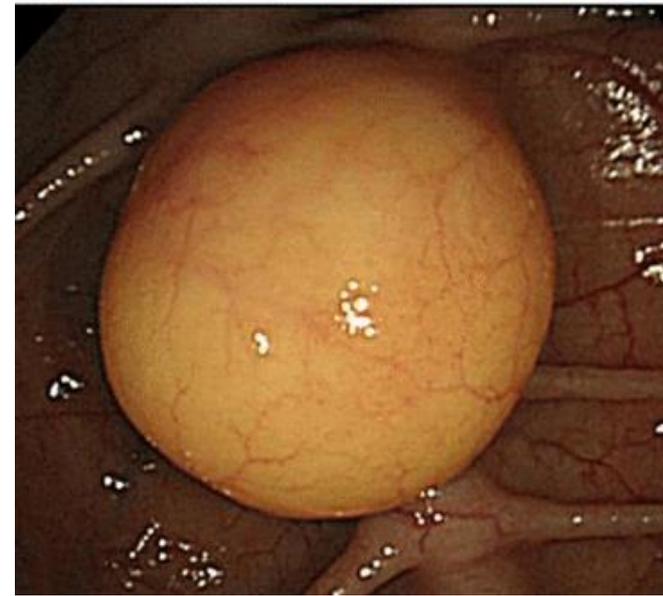


Yamada IV

3:La Couleur:

Certaines LES: Couleur caractéristique +++

- LSE jaunâtre :lipome, Tm à cellules granuleuses.
- LSE bleuâtre: lésion vasculaire (varice ,
-hémangiome).
- LSE translucide: lésion kystique à liquide clair .



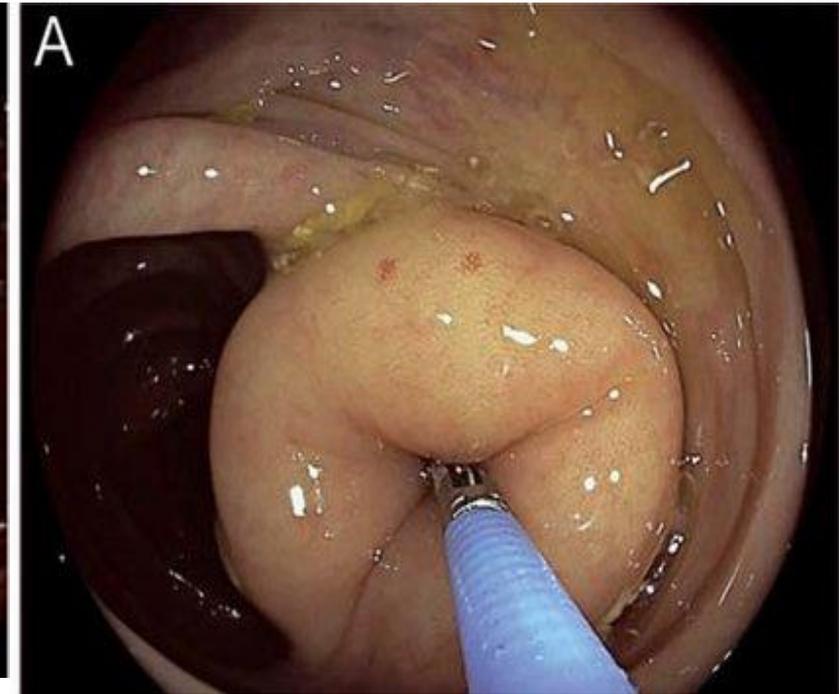
4:La Consistance & La Mobilité :

Le Signe de roulement (+) : LSE bénigne

Le Signe de roulement (-) : LSE maligne ?

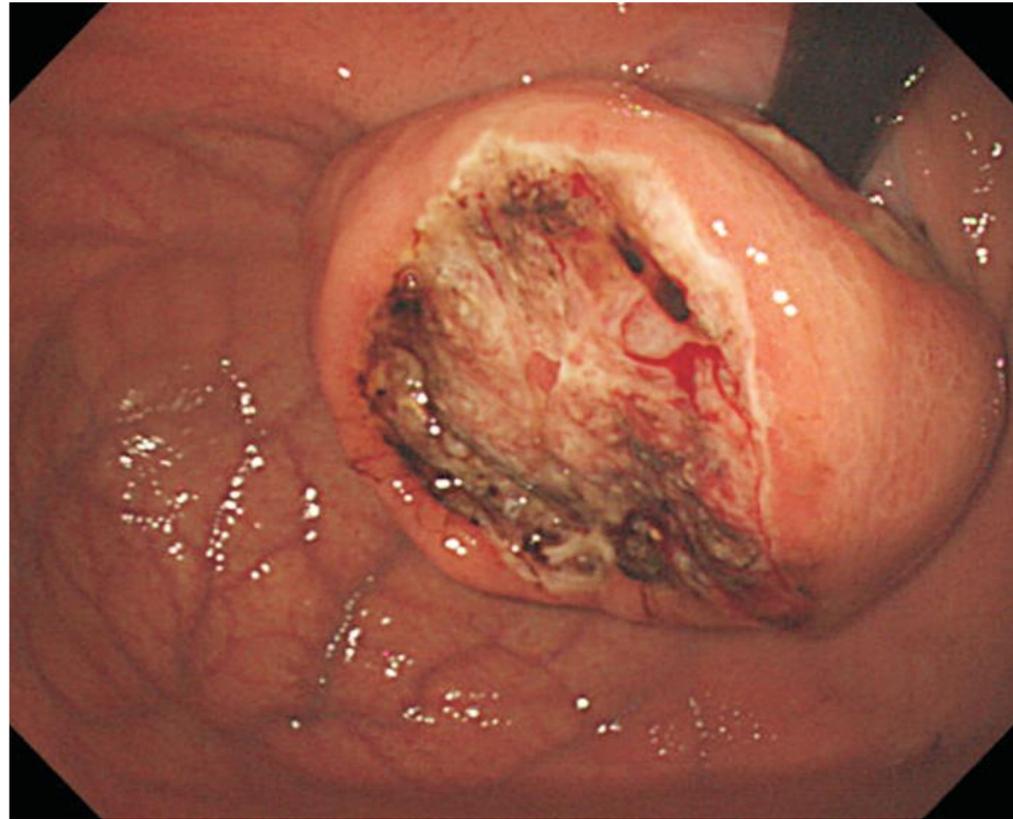
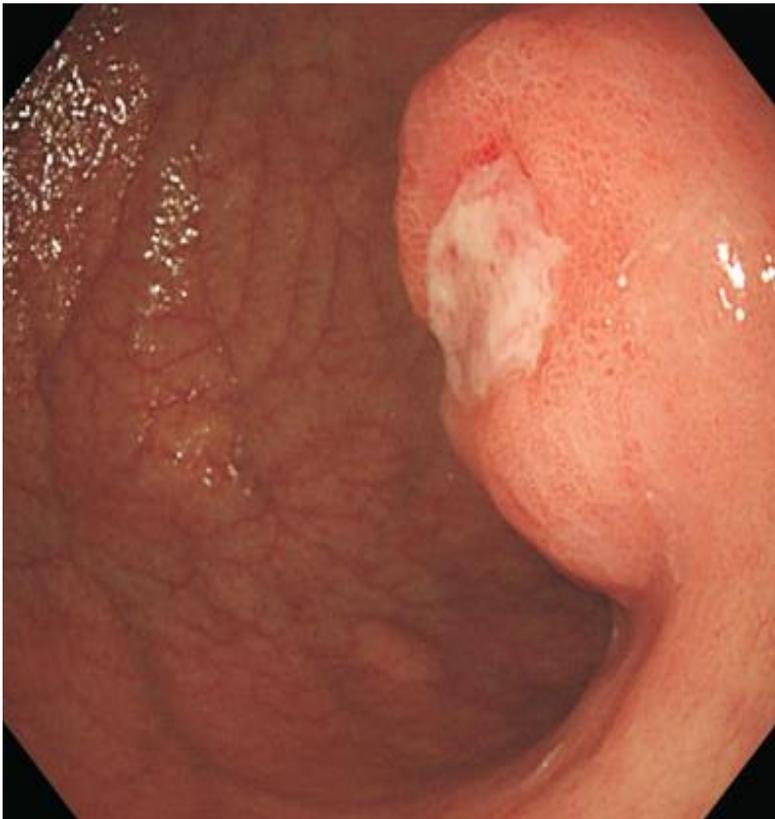
Le Signe de l'oreiller :

- Tumeurs bénignes (léiomyomes , lipomes)
- les tumeurs vasculaires ou kystiques,



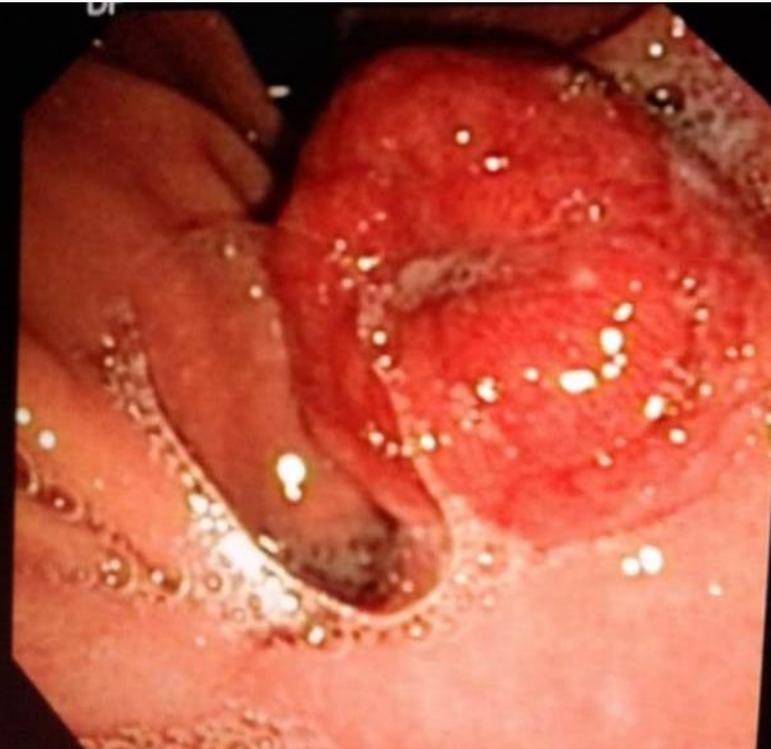
5: La Taille & Les Anomalies de la surface :

- Taille \geq 30 mm : Potentiel de Malignité ++
- Ulcérations: les tumeurs neuroendocrines (NET), les GIST à haut potentiel de malignité, les tumeurs carcinoïdes (rectum),



Notre Malade

- Siège : Estomac Distal LSE bénignes (P aberrant , Lipome , PFI)
- Type Y-I (sous muqueuse , musculieuse) (GIST , leiomyome , Schwanome)
- Surface ulcérée irrégulière , Taille : 20 mm : LES potentiellement maligne
- Pas de couleur caractéristique
- Consistance / Mobilité : non appréciées



Est-ce que ces caractéristiques, appliquées à notre patient, nous permettent d'établir un diagnostic positif (si oui, lequel ?)

- Tumeur stromale gastrique
- Léiomyome Gastrique
- Lipome Gastrique
- Pancréas aberrant
- Autres

?

Nature de la LSE

- L'endoscopie : précision DGC (quelques LES),
- Caractérisation difficile des LSE de la sous-muqueuse ou la musculieuse , LES à développement exophytique)

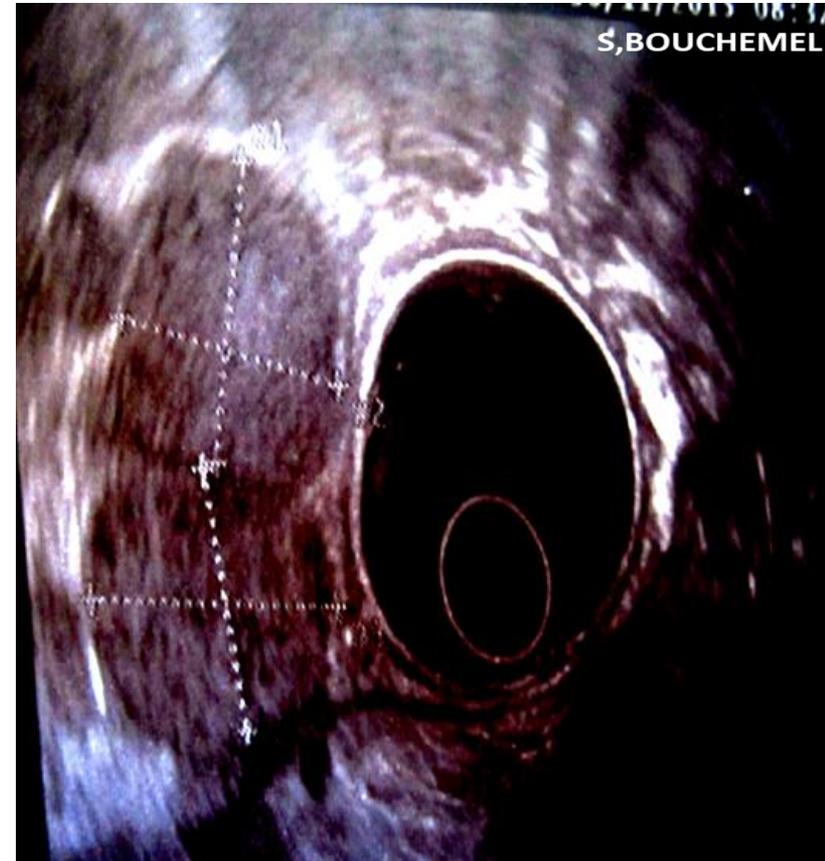
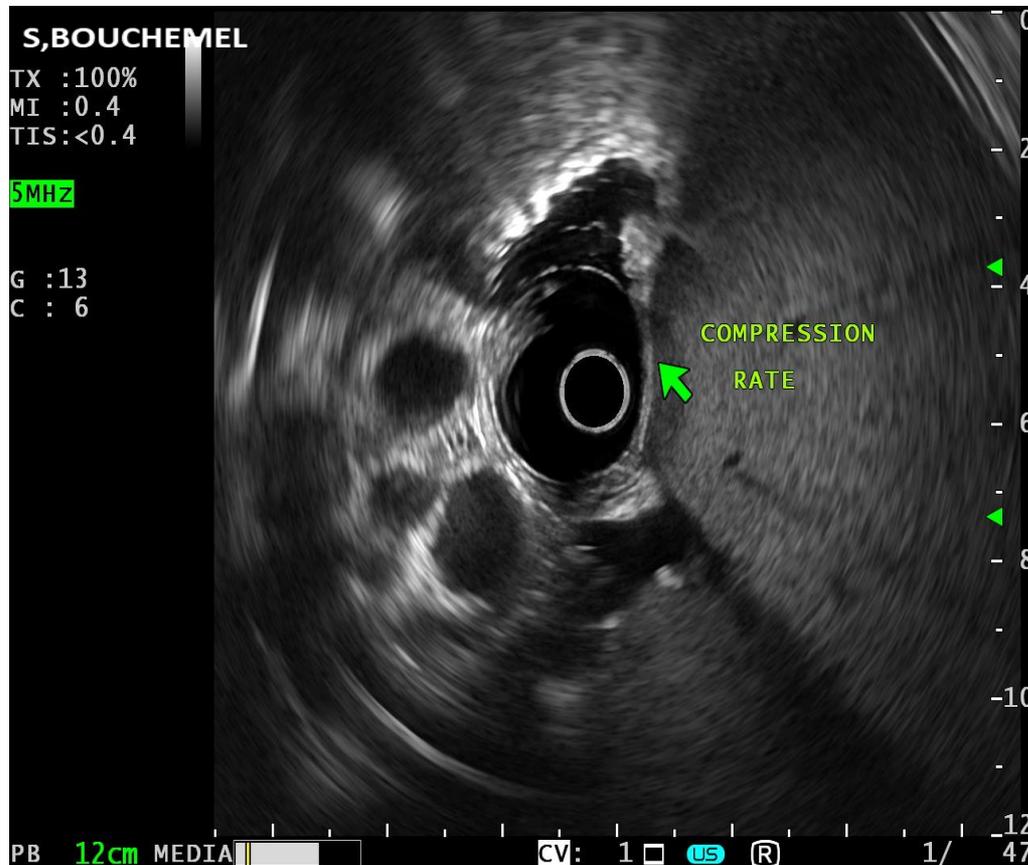


Echoendoscopie Digestive

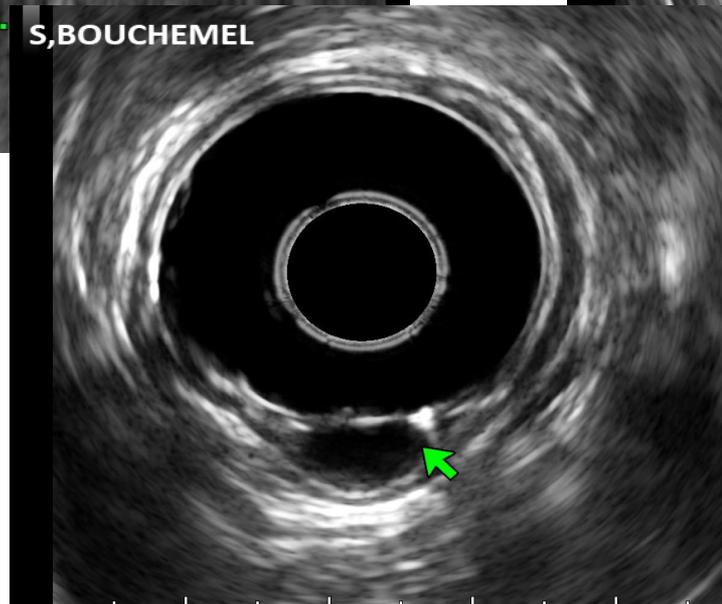
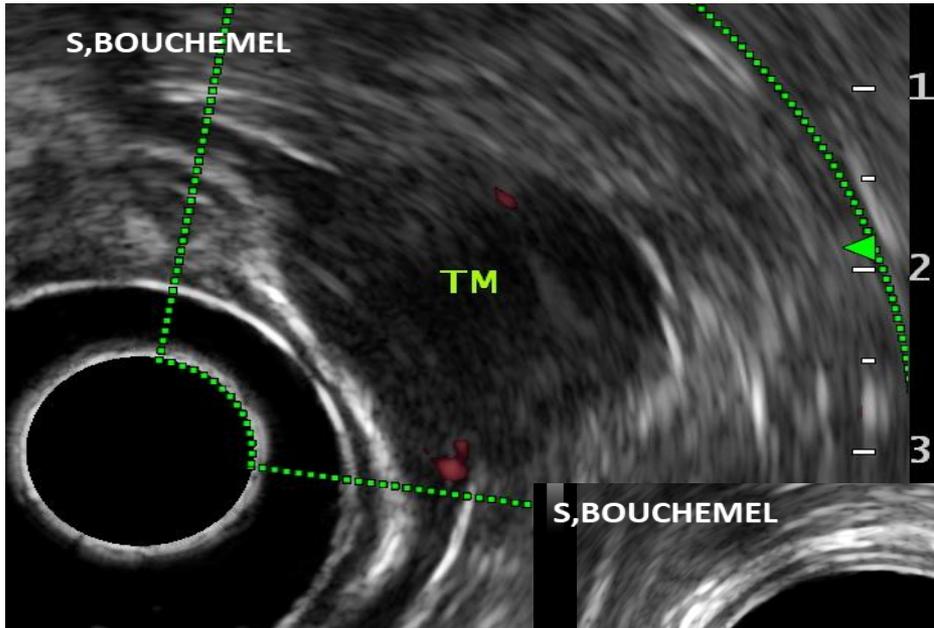
L'EE est le meilleur examen pour caractériser les LES OGD ou rectales quand elles sont de taille modérée,

l'échoendoscopie permet de :

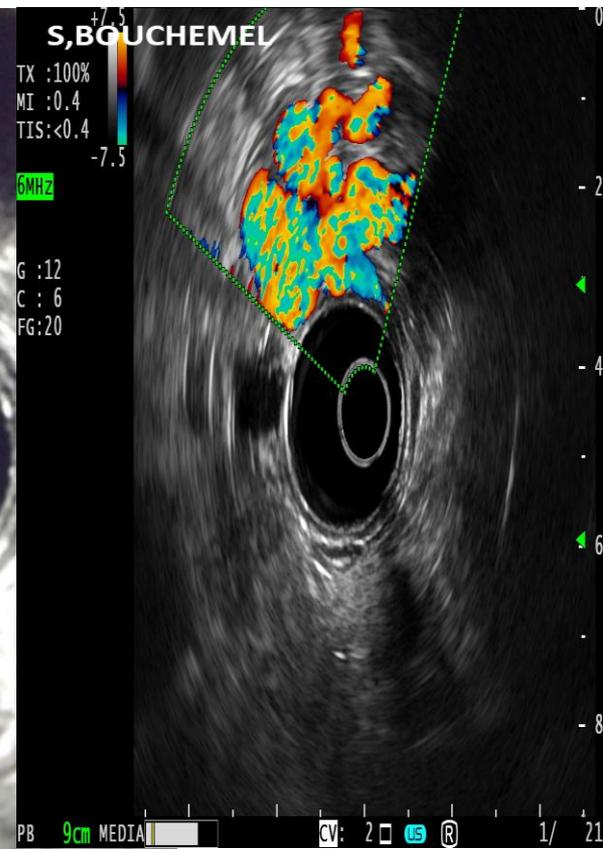
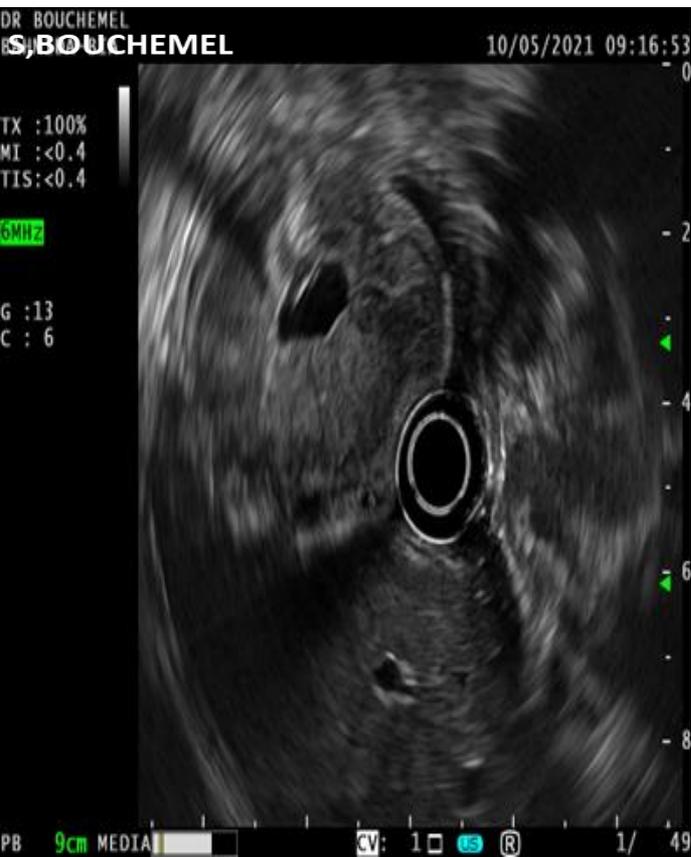
- 1: Confirmer le siège intra pariétal de la LES : Eliminer les lésions extra pariétales (une Compression extrinsèque)
(Précision DGC : 92-100% eus Vs 39-69% endo),



2: préciser La couche de naissance de la LES, son échogénicité, ses limites et sa taille :



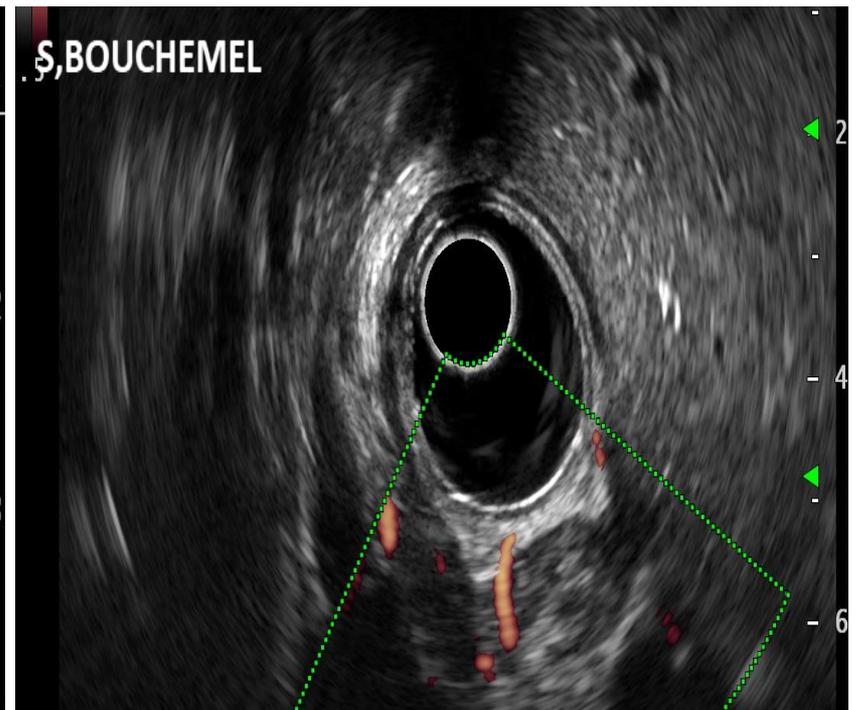
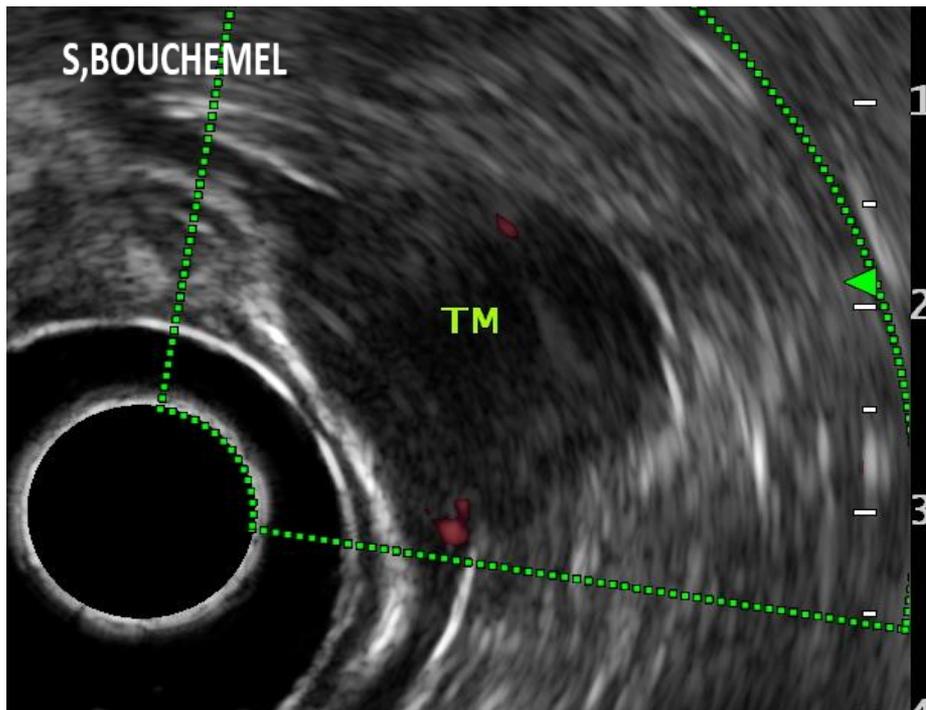
3: Affirmer la nature solide kystique ou vasculaire de la LSE :



4: Apporte une précision DGC (80%cas):

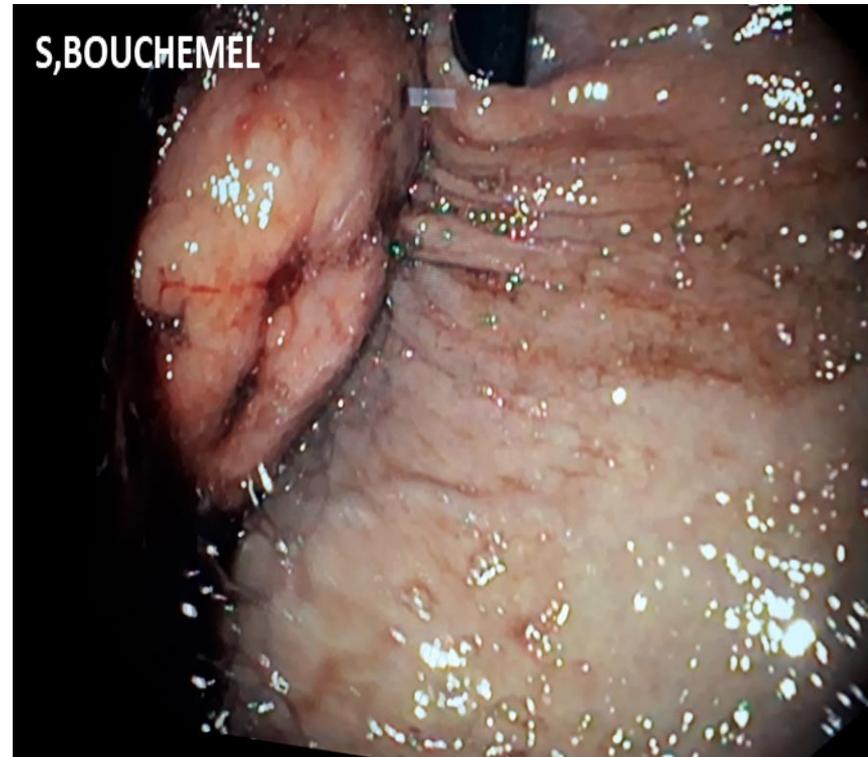
A: GIST (tumeur stromale) : (Estomac +++)

- Tumeurs hypoéchogènes, généralement homogènes, bien limitées
- Couche : musculuseuse / sous muqueuse ,
- richement vascularisée à partir des vaisseaux de la paroi gastrique,



signes échoendoscopiques suggestifs d'un caractère agressif ou de malignité :

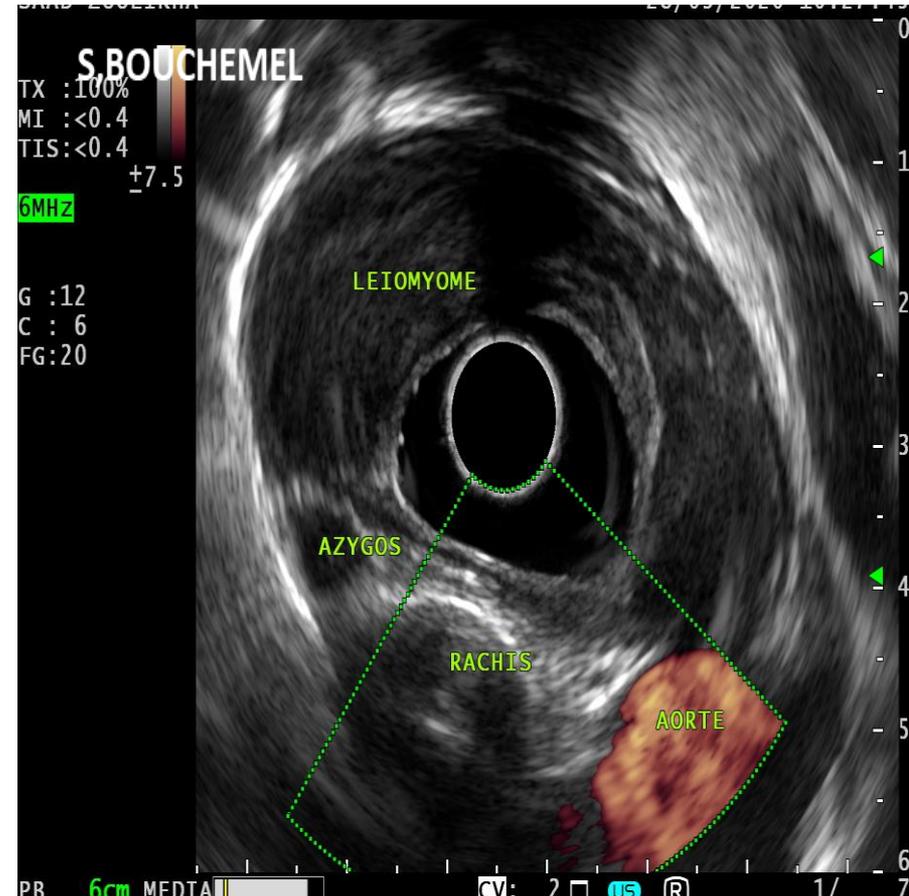
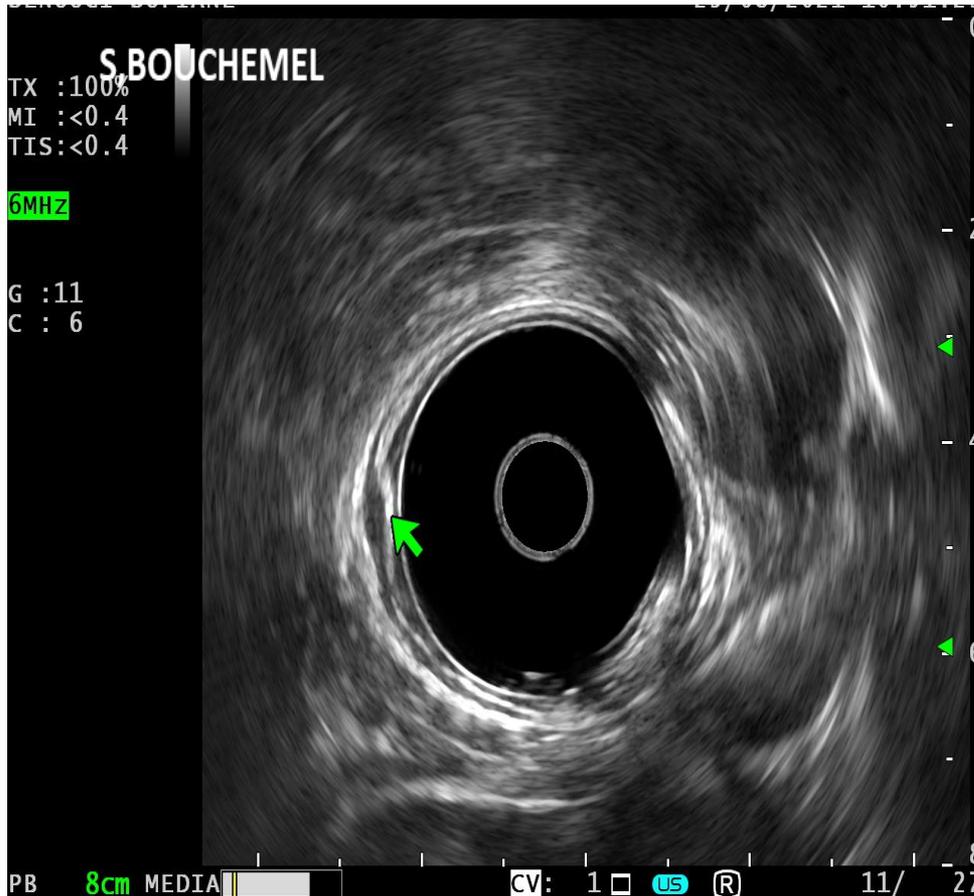
- La taille (>3 cm),
- L'aspect hétérogène, la présence de composants kystiques
- Contours externes irréguliers.
- ADPs péri tumorales



B: Leiomyome: (Œsophage/ Cardia +++)

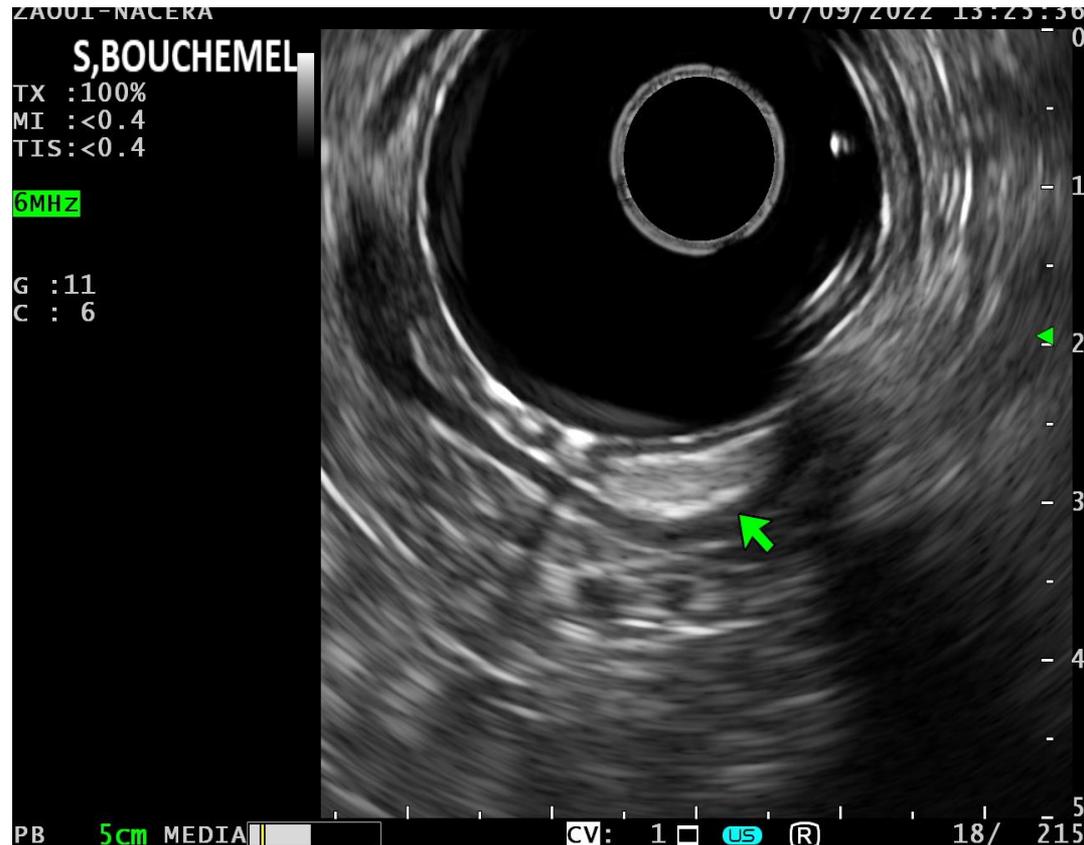
Tumeurs très hypoéchogènes, bien limitées

- Couche : sous muqueuse ++ , musculieuse



C: Lipome: (Colon +++ / Estomac---)

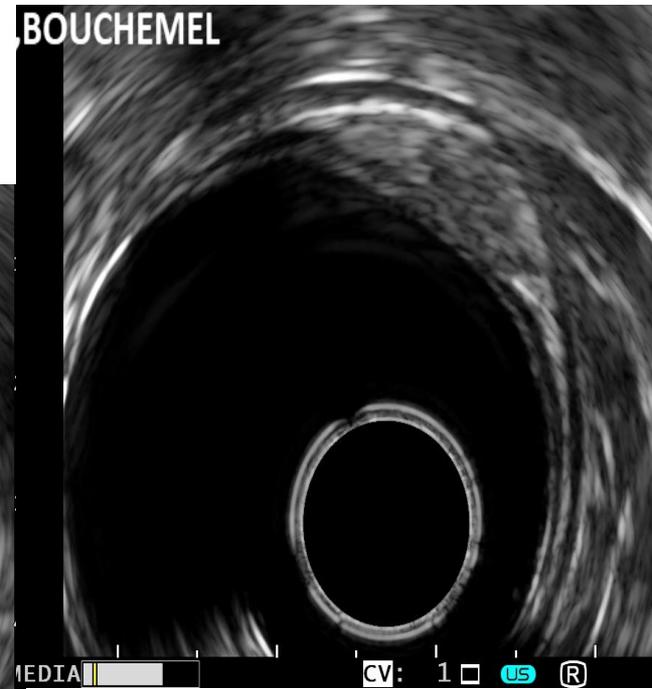
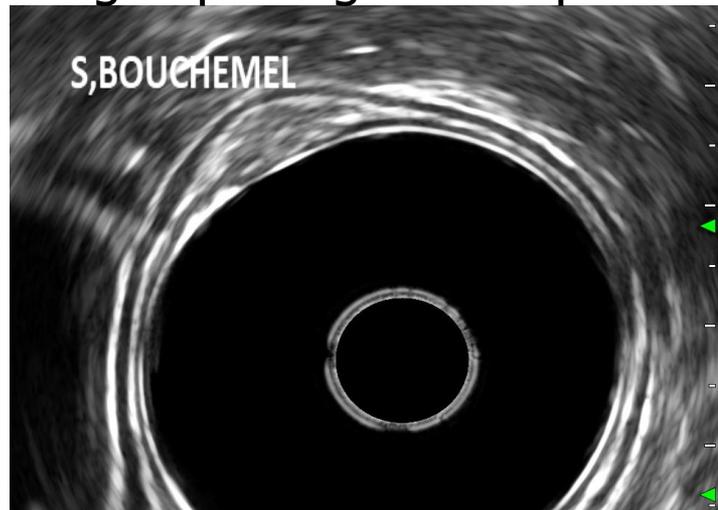
Tumeur hyperéchogène, bien limitée, d'aspect « brillant », développée dans la troisième couche hyperéchogène (sous muqueuse).



D: Pancréas aberrant (**antre +++**)

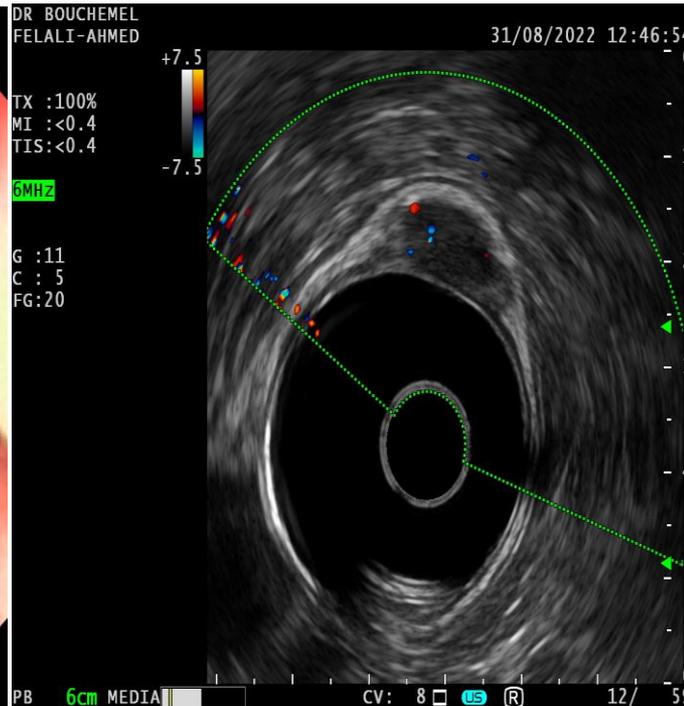
Très fréquente
asymptomatique. Potentiel de malignité (-)
L' Antre gastrique ++
Infra centimétrique , souvent ombiliqué

petite lésion hypoéchogène ou d'échogénicité mixte, de limites assez floues, allongée en « croissant de lune », pouvant se développer dans plusieurs couches, de la deuxième à la quatrième couche.
structures canales : signe pathognomonique



E: Tumeurs neuro endocrines (TNE)

- Dans l'estomac: multifocales.
- Muqueuse sous épithéliale : biopsie muqueuse standard +++
- Eus: apprécier l'infiltration pariétale
- Couche sous muqueuse ++

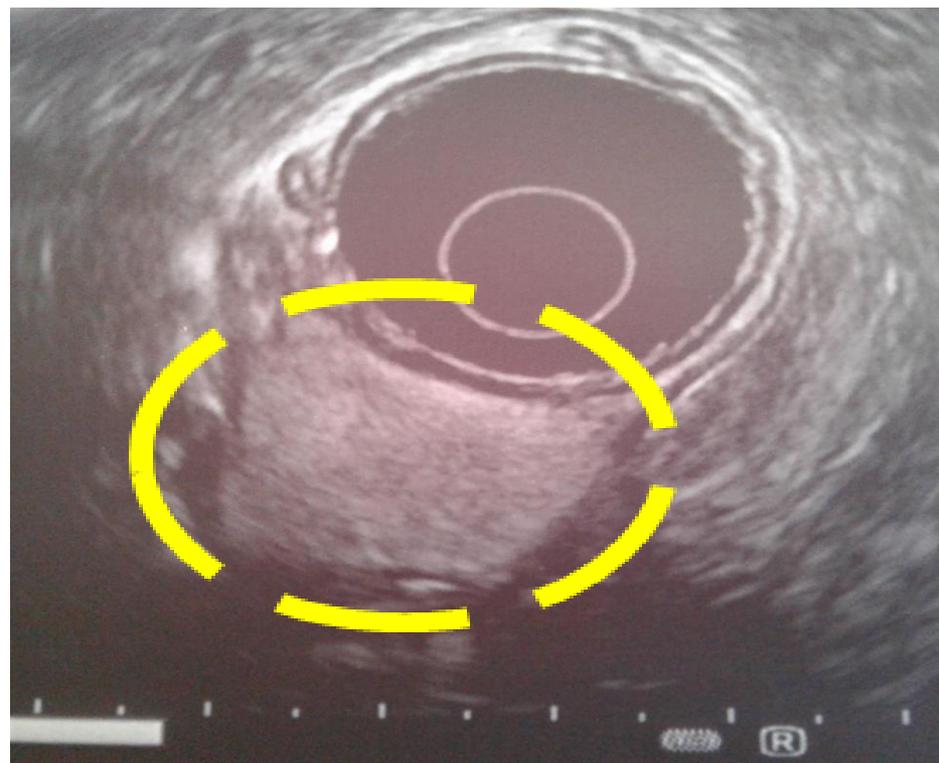


Chez Notre malade :

Eus :

une lésion hyperéchogène d'environ 25 mm de grand axe, bien limitée et homogène prenant naissance au niveau de la couche sous-muqueuse

= **Lipome gastrique.**



Notre malade :

Patient Jeune

LES antrale de plus de 20mm symptomatique (HD)
DGC échoendoscopique : tumeur bénigne (Lipome)

CAT?:

- Simple surveillance : lésion bénigne
- Biopsies (Preuve Histologique)
- Chirurgie (LSE hémorragique)

La preuve histologique:



N'est pas indispensable si :

- LSE de moins de 2cm (EE typique)
- Possibilité d'une chirurgie non agressive et non mutilante ,
- Pour certaines LES , telles que les varices , les lipomes, les duplication digestives et le pancréas aberrant dans sa forme typique, l'aspects EUS est suffisant pour le diagnostique, et un prélèvement de tissu n'est pas nécessaire.

La preuve histologique :



Est recommandée si :

- ** LES: (probables GIST , LES > 20 mm, ou présentant des critères a haut risque de malignité, ou nécessitant une résection chirurgicale)
- ** TRT médical de 1^{ère} intention (GIST métastatique ou localement avancée, malade non opérable)
- ** Chirurgie agressive et mutilante : localisation (Cardia , duodénum)
- ** Doute DGC avec une lésion ne nécessitant pas de TRT ni de surveillance (pancréas aberrant)
- ** Doute DGC avec une autre tumeur nécessitant une CT première ou une chirurgie différente (ADK , lymphomes , autres sarcomes)

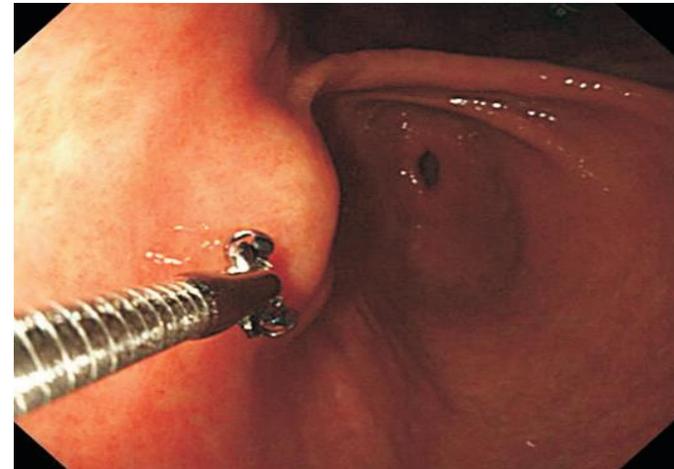
Preuve Histologique : Quel Moyen? :

A: Les Biopsies Endoscopiques:

1-La biopsie de la muqueuse recouvrant la LSE (pince à biopsies) :

Ne permet pas un diagnostic histologique.

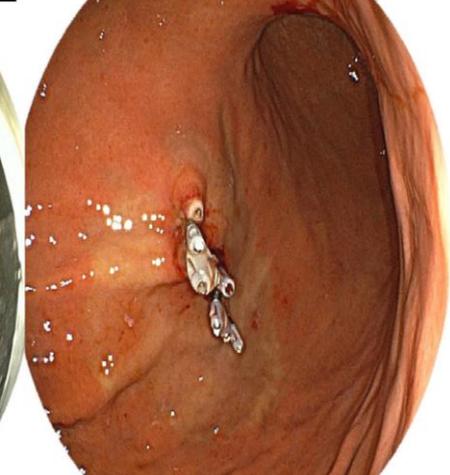
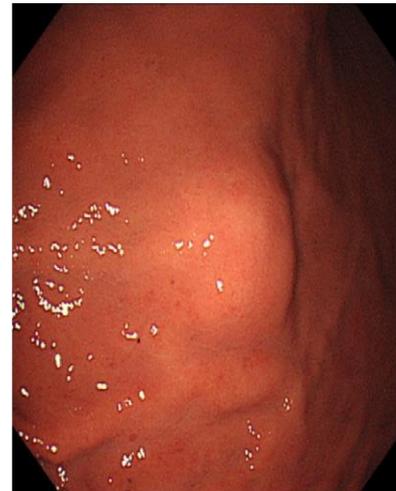
- Souvent négatives même en puits: (tumeur de la musculuse)
- Positives (Ulcération ++), dans les TNE (couche muqueuse profonde)



A: Les Biopsies Endoscopiques:

2-La biopsie assistée par incision muqueuse" (MIAB):

- Incision muqueuse + dissection de la sous-muqueuse jusqu'à ce qu'une partie de la tumeur soit exposée
- Prélever plusieurs échantillons de biopsie,
- Clips endoscopiques (saignements et/ou perforations).
- Surveillance : 02-03H
- IPP: 02-08 semaines



La biopsie assistée par incision muqueuse" (MIAB):

Avantages:

- Pas d'EUS préalable (problème de disponibilité)
- Meilleur Rendement avec les LSE gastriques à développement intra luminal (visibles par endoscopie conventionnelle) de moins de 20 mm quel que soit leur localisation.
- Matériel suffisant pour étude histologique et IHC
- Taux de complications négligeable

La biopsie assistée par incision muqueuse" (MIAB):

Limites :

- Déconseillée en cas de suspicion de GIST :
(rupture de la tumeur ----- une maladie métastatique).
- Temps de la procédure significativement long
- Difficulté technique : (LES recouvertes de tissus fibreux résistants, ,surface capsulaire trop glissante pour être saisie).
- Risque d'induire une fibrose sous-muqueuse qui peut affecter la résection endoscopique par tunnelisation sous-muqueuse pour les petites LES (GIST) gastriques,

B: Les Biopsies Echoendoscopiques (FNAB):

- Rentabilité DGC variable : (45-95%)
 - * Matériel suffisant pour étude histologique avec étude IHC
 - * Utilisation d'aiguilles adéquates (22 gauge , **19 gauge ++**)
- la précision diagnostique de l'histologie obtenue par EE-FNB est élevée (83 %-100 %).
- **LES à développement endo et exophytique**
- **Risque de complication:** très faible (**0 et 2 %**).
- **Aucun cas d'essaimage** péritonéal n'a encore été rapporté

B:Les Biopsies Echoendoscopiques:

- Limites :

- * L'obtention d'un matériel insuffisant: (1/3cas dans certaines séries).
- * Les GIST sont souvent pauci-cellulaires
- * Ponction délicate pour les tumeurs de petites tailles
- * l'expérience des operateurs.

La preuve histologique (MIAB / EUS FNAB) :

L'ESGE recommande :

- LSE de taille < 20 mm: la MIAB (1ère) ou l'EE-FNB (2ème) ,
- LSE de taille \geq 20 mm : MIAB = FNAB : (Rendements diagnostiques comparables , Compte tenu du temps de procédure plus court ,l'EUS-FNAB devrait rester la norme).

Pour Notre malade :

Pas de Biopsies : EE aspect typique + TDM

Traitement chirurgical : Taille de la LES , Son caractère hémorragique ++

