

APPROCHE LAPAROSCOPIQUE DES TUMEURS BENIGNES GASTRIQUES

G.FOURTANIER
CHU Toulouse

Tumeurs sous-épithéliales de l'estomac

Tumeurs conjonctives:

- différenciées (musculaires, vasculaires, nerveuses, adipeuses)
- indifférenciées (Tumeurs Stromales)

Les TS dérivent des cellules interstitielles de CAJAL

Tumeurs sous-épithéliales de l'estomac

Léiomyome/Lsarcome	D+	CD34 -	CD117 -
Schwannome	D -	CD34 -	CD117 - S100+
Tumeur glomique	D -	CD34 -	CD117 - S100 -
Tumeur stromale		CD34 +	CD117 +

D : desmine

Tumeurs sous-épithéliales de l'estomac

20-30% des TS gastriques sont malignes (T > 5cm et >5 mitoses /Champ à Fort Grossissement)

En pratique :

- Tumeurs bénignes
- Tumeurs à malignité potentielle (malignes et de malignité incertaine)

Echo-endoscopie

Diagnostic différentiel:

- Tumeurs sous-muqueuses conjonctives
- Lipome, duplication, pancréas aberrant
- Compression extrinsèque
- Varices tubérositaires intrapariétales

Echo-endoscopie

Critères de bénignité :

- Limites régulières
- Homogène
- $T < 3$ cm

3 critères : VPP 100%

Critères de malignité potentielle :

- Limites irrégulières
- Plages liquidiennes intra-tumorales
- ADP suspects (ronde, > 1 cm, hypoéchogène)

1 critère : VPP 80% 3 critères : VPP 100%

Quelles tumeurs opérer?

- lésions symptomatiques
- ou ulcérées
- ou $T > 3$ cm
- ou malignité potentielle à l'EE

Quelle résection?

T < 5 cm gastrectomie atypique

2 cm de marge

pas de curage (2% de N+)

pas d'énucléation car risque de

récidive

(DeMatteo Ann Surg 2000,231,51)

T > 5cm gastrectomie typique

curage D1 (rare N+)

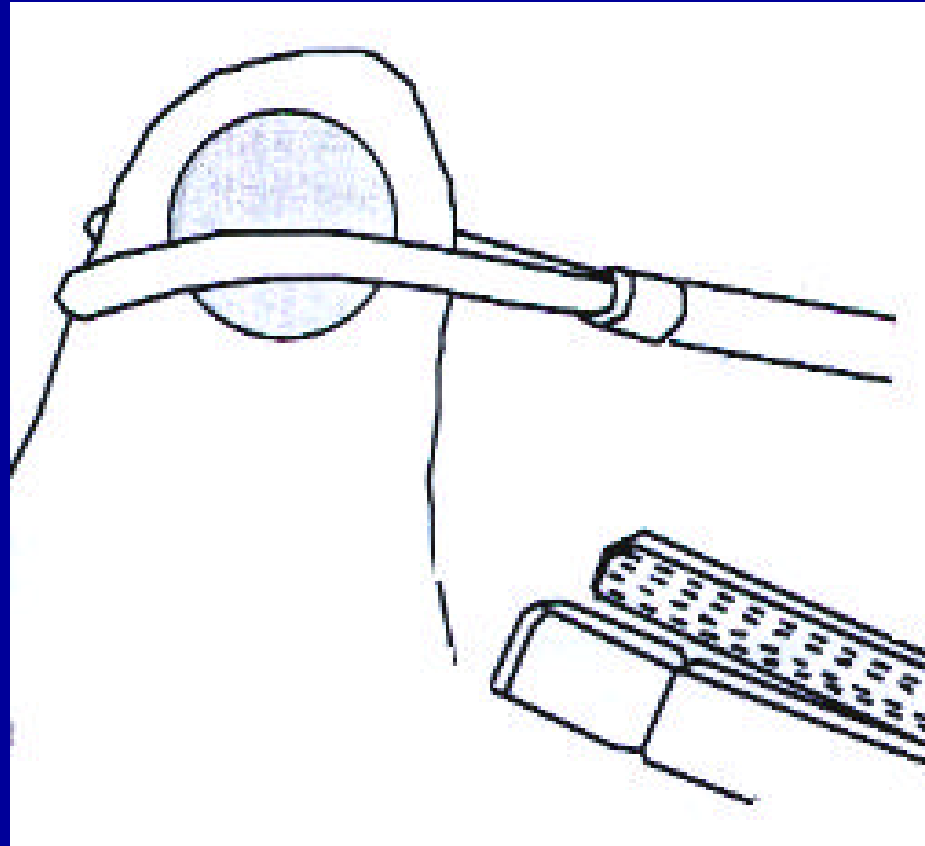
Quelle voie d 'abord?

- Laparoscopie sauf si tumeur manifestement maligne
- Pas de métastase connue sur orifice de trocart
- Tumeurs sous-séreuses / tumeurs intra-luminales (t.i.l.)
- Endoscopie peropératoire pour les t.i.l.+++
- Tumeurs < 1 cm des extrémités : gastrectomie partielle ?

2 apports importants en perop

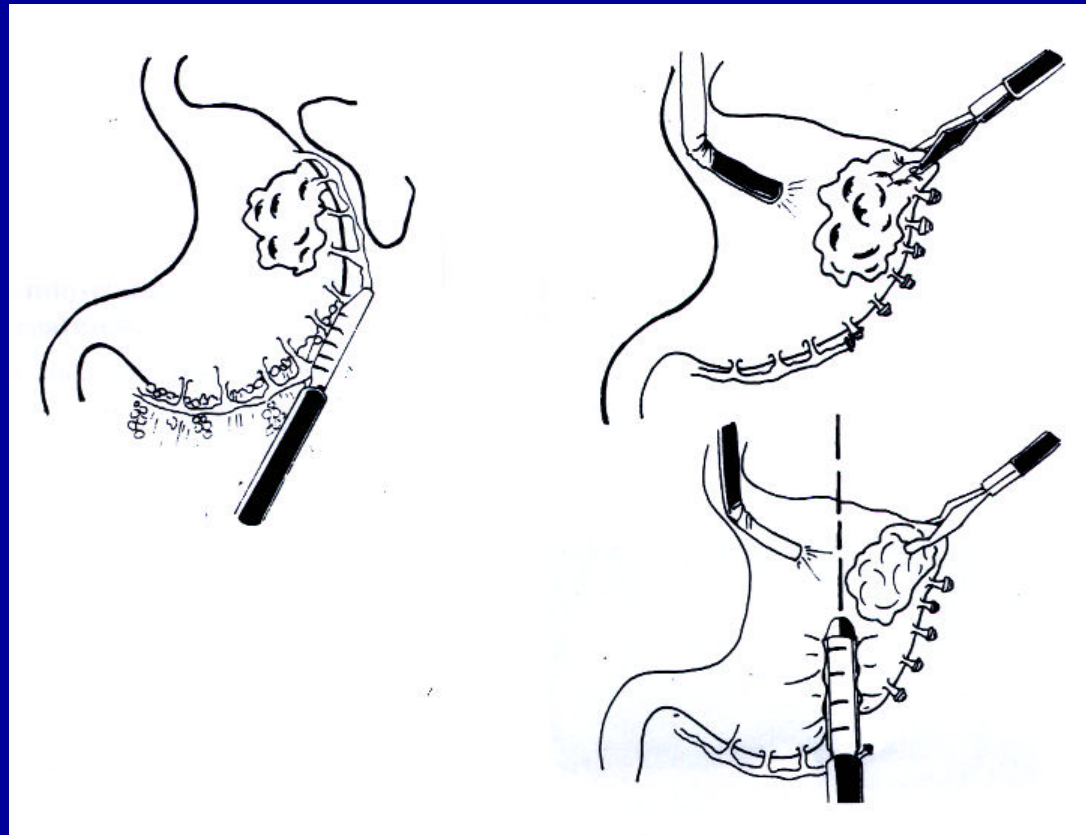
- L'endoscopiste pour localiser la lésion et guider l'exérèse et en fin d'opération vérifier l'hémostase
- Le pathologiste pour un examen extemporané qui élimine un cancer ou pour évaluer la marge de résection

Technique exo-gastrique



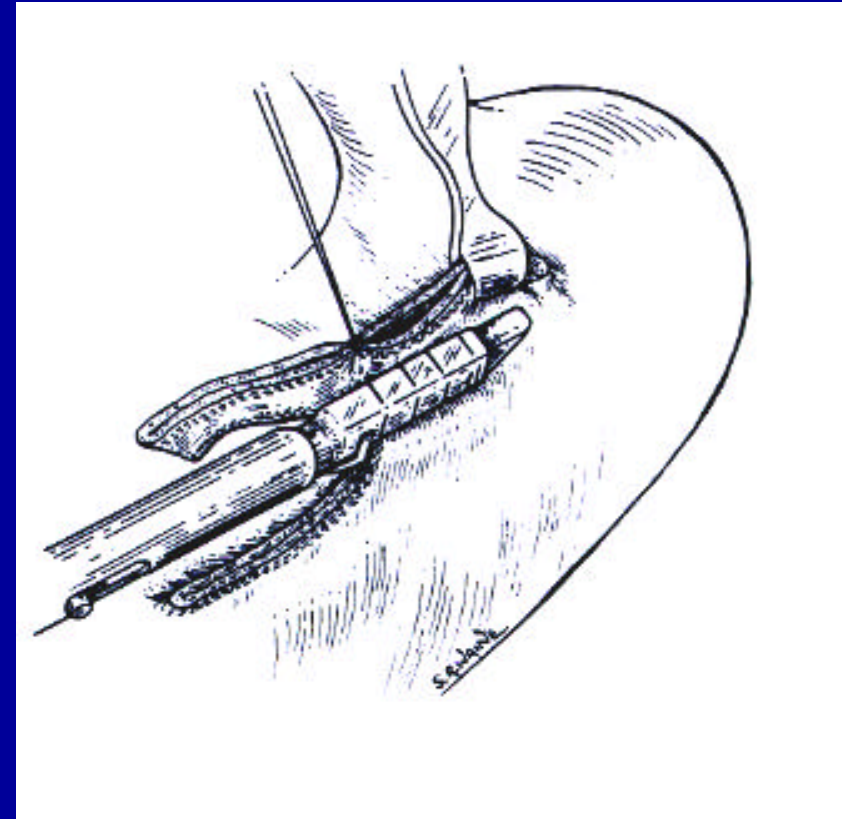
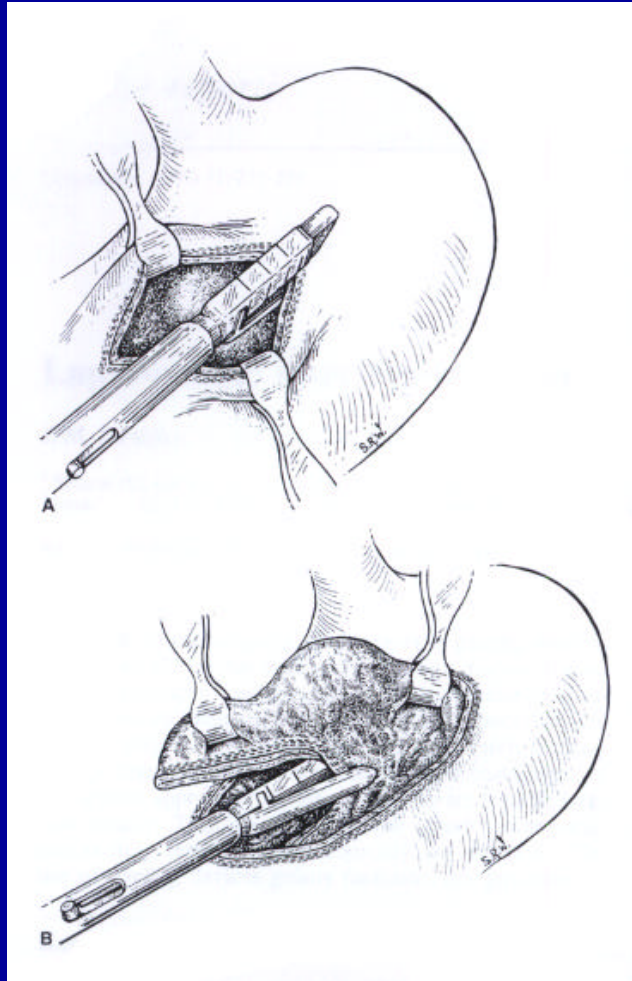
Sekimoto Surg Endosc 1999,13,71

Technique exo-gastrique fibro-assistée



Trias Surg Endosc 1996

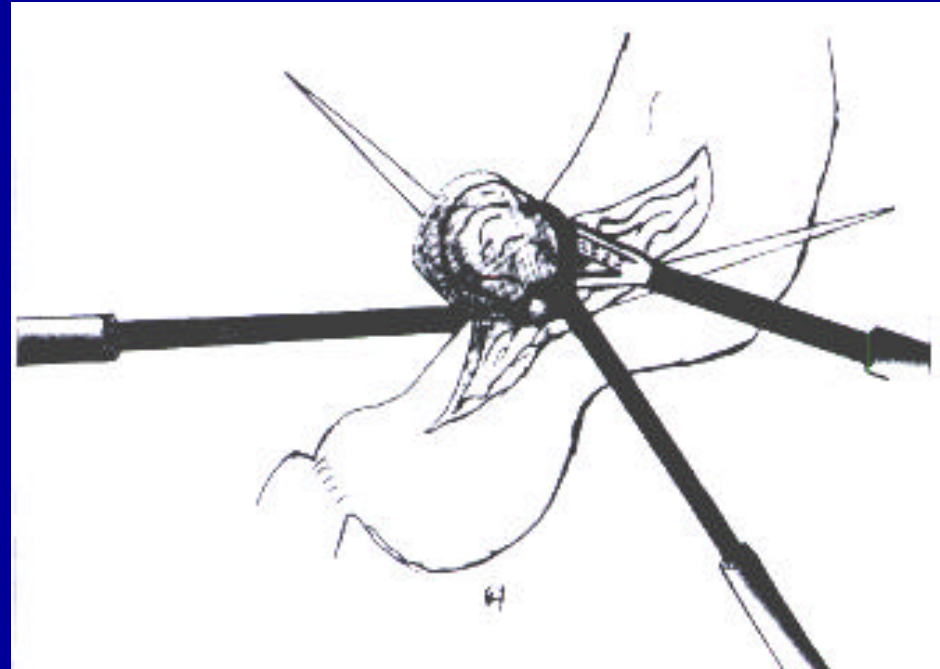
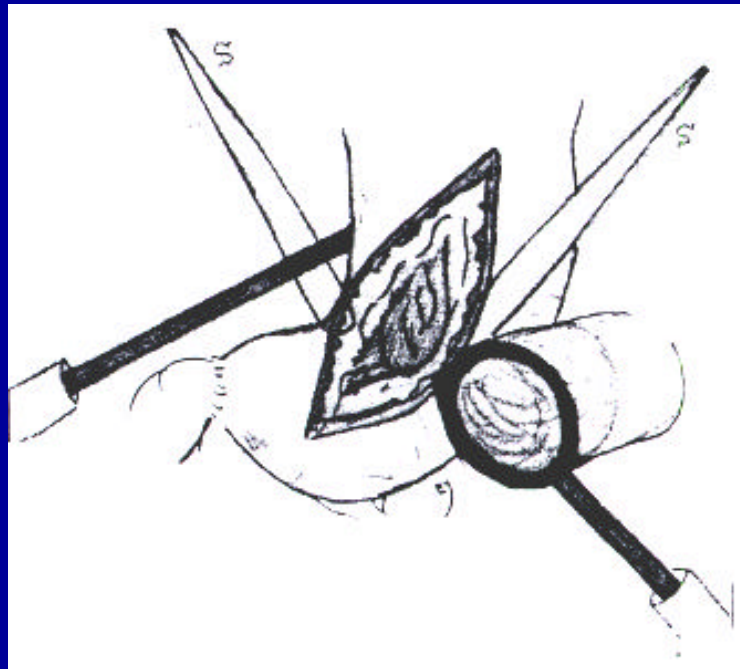
Technique trans-gastrique



Ibrahim I.M.

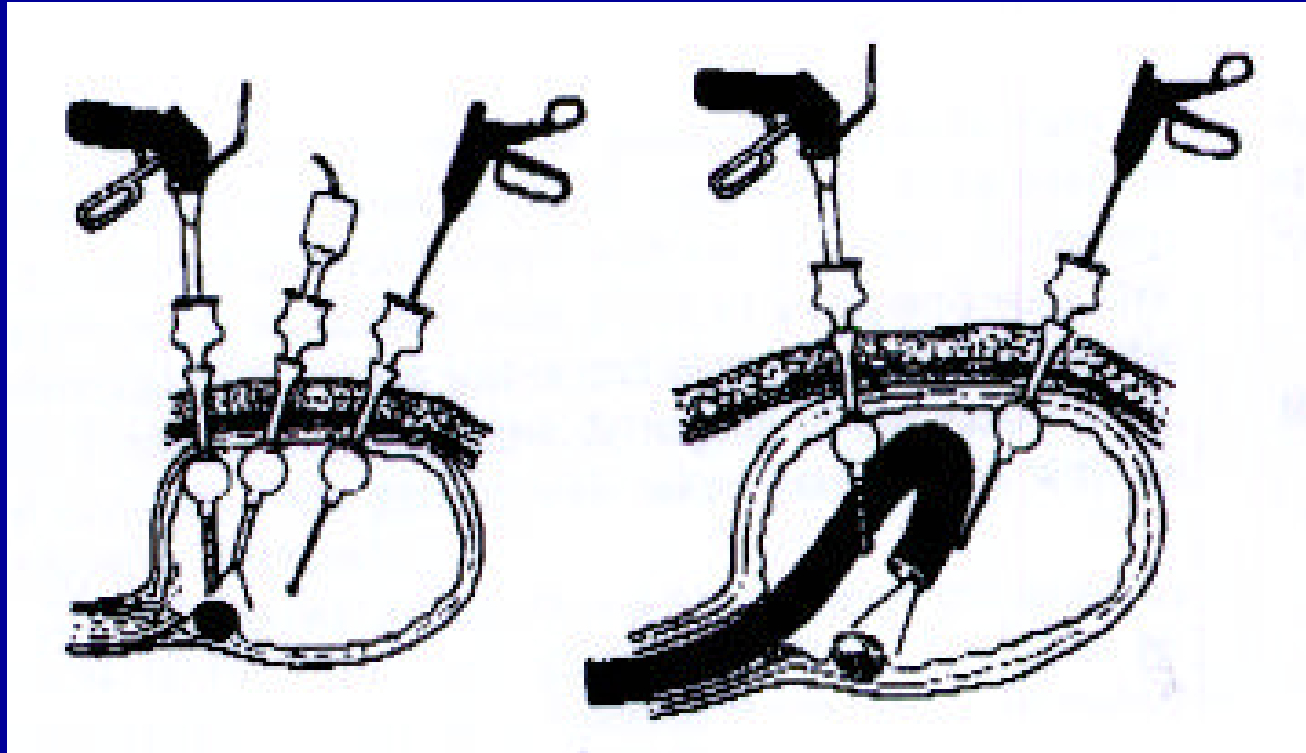
Surg Endosc 1997,11,277

Technique « no-touch »



Yahchouhy Surg Endosc 2002

Technique intra-gastrique



Ohashi Surg Endosc 1995,9,169

Tanigushi Surg Endosc 1997,11,287

Sekimoto Surg Endosc 1999,13,71

Tumeurs de la jonction oeso-gastrique

6 TS JOG

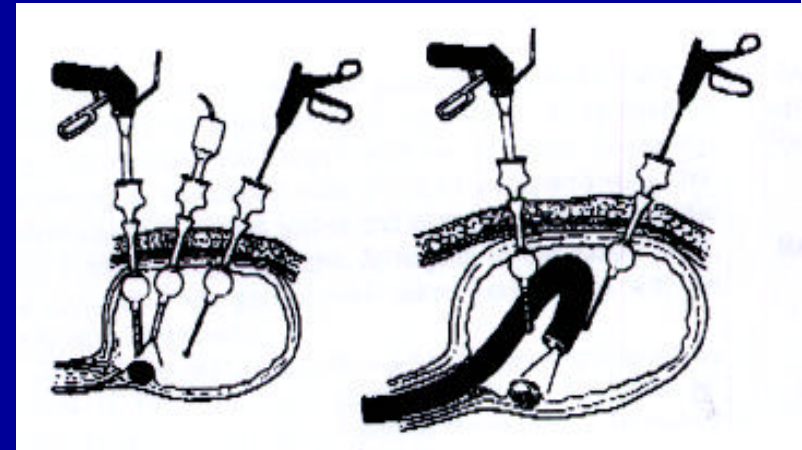
Taille : 2,4 cm (1,7-3,2)

d TS-JOG : 2,8 cm (1-5)

Technique intra-gastrique

Extraction orale dans un sac (T < 4 cm)

Exérèse panpariétale : perte du pneumopéritoine



Tagaya Surg Endosc 2002,16,177

**Laparoscopie
(n=21)**

**laparotomie
(n=12)**

Taille tumorale (en cm)	4,5 (1,7-8,2)	4,9 (1-6,5)
bénin/malin	15/6	7/5
durée opératoire (mn)	169 (65-300)	160 (55-220)
pertes sanguines (ml)	106 (20-200)	129 (80-175)
durée de séjour (j)	3,8* (2-7)	6,2 (3-9)
morbidité	2 réinterventions pour marges limites	1 sténose orificielle

Matthews Surg Endosc 2002,16,803

Au total

Voie exo-gastrique : tumeurs antérieures ou extra-luminales

Voie trans-gastrique : tumeurs postérieures (> 4 cm)

Voie intra-gastrique : tumeurs postérieures < 4 cm
tumeurs JGO et pylore (distance > 1 cm) < 4 cm

Tagaya Surg Endosc 2002,16,177

CONCLUSIONS

- La résection laparoscopique est appropriée au traitement des tumeurs bénignes
- La morbidité est faible
- Elle est largement acceptée dans la littérature
- Il faut cependant être exigeant sur les critères histologiques avant, pendant et après l'opération et ne pas hésiter à passer à des excrèses plus larges si nécessaire