

Exérèse laparoscopique des tumeurs stromales gastriques

Laparoscopic resection of gastric stromal tumors

Houcine Maghrebi, Faouzi Chebbi, Amine Makni, Anis Haddad, Amine Daghfous, Fadhel Fteriche, Wael Rebai, Rachid Ksantini, Mohamed Jouini, Montassar Kacem, Zoubeir Ben safta.

Service de Chirurgie générale. Hôpital la Rabta / faculté de médecine de Tunis

RÉSUMÉ

Les tumeurs stromales digestives (GIST) sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. La localisation gastrique représente 60% des cas [1,2]. L'exérèse chirurgicale complète demeure le traitement de référence des formes localisées. Cette chirurgie peut actuellement être faite par laparoscopie lorsque la taille lésionnelle ne dépasse pas les 5 cm. Elle doit cependant respecter impérativement quelques principes : une exérèse chirurgicale complète en mono-bloc, avec des marges saines et sans effraction tumorale. Cette technique sera donc réservée à des équipes entraînées et pour des tumeurs sélectionnées en fonction de la taille et du siège. Nous décrivons l'exérèse chirurgicale par voie laparoscopique des tumeurs stromales gastriques en expliquant les différentes étapes et astuces techniques.

Mots-clés

Chirurgie; laparoscopie; tumeurs stromales digestives

SUMMARY

Gastro-intestinal stromal tumors (GIST) are the most common mesenchymal gastrointestinal tumors. The Gastric location represents 60% of cases [1,2]. Complete surgical excision remains the treatment of reference for the localized forms. This surgery can be made by laparoscopy when the lesion's size doesn't exceed 5 cm. Some principles must be respected: a mono-block complete surgical resection, with healthy margins and without effraction. This technique will be reserved for trained teams and for selected cases according to the size and location. We herein try to explain the surgical laparoscopic excision of gastric stromal tumors explaining .

Key-words

Surgery; laparoscopy; gastrointestinal stromal tumors

Les tumeurs stromales digestives (GIST) sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. La localisation gastrique représente 60% des cas [1,2]. L'exérèse chirurgicale complète demeure le traitement de référence des formes localisées. Cette chirurgie peut actuellement être faite par laparoscopie lorsque la taille lésionnelle ne dépasse pas les 5 cm. Elle doit cependant respecter impérativement quelques principes : une exérèse chirurgicale complète en mono-bloc, avec des marges saines et sans effraction tumorale. Cette technique sera donc réservée à des équipes entraînées et pour des tumeurs sélectionnées en fonction de la taille et du siège.

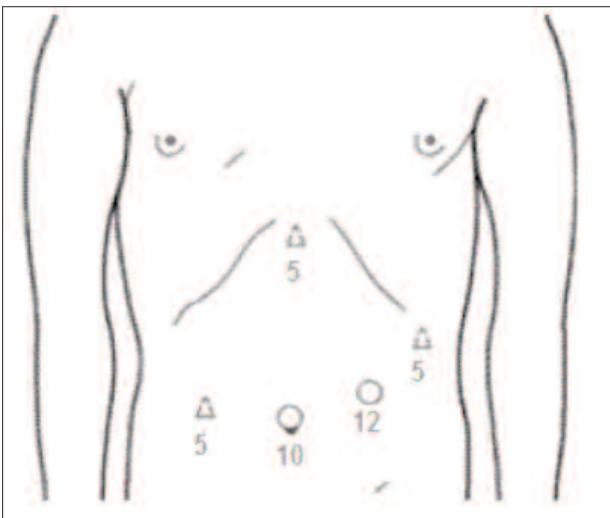
Nous décrivons l'exérèse chirurgicale par voie laparoscopique des tumeurs stromales gastriques en expliquant les différentes étapes et astuces techniques.

1/ L'installation du patient

Le patient est installé en décubitus dorsal, jambes et bras écartés, en position proclive. L'opérateur se positionne entre les jambes du patient (French position). Dans cette position, l'aide se place à sa droite de l'opérateur. La colonne de coelioscopie est placée en regard de l'épaule droite du patient.

2/ L'emplacement des trocarts : La position des trocarts dépend du siège de la tumeur et de la corpulence du malade. En général, on utilise (figure 1) 5 trocarts. Le 1er trocart optique de 10 mm à vision axiale ou au mieux à vision latérale de 30°. Ce trocart est mis à l'ombilic si la lésion est antrale. Il est mis un peu plus haut sur la ligne médiane si la lésion est au niveau du corps gastrique ou sous cardiale. Le 2ème trocart de 5mm est positionné en sous-xyphoïdien pour l'écartement du foie. Le 3ème trocart de 5mm est placé au niveau du flanc droit pour la main gauche du chirurgien. Un 4ème trocart de 12mm est placé en para-ombilical gauche ou au niveau de l'hypochondre gauche pour la main droite du chirurgien et il servira pour l'introduction d'une agrafeuse linéaire coupante. Enfin, un 5ème trocart de 5mm est positionné au niveau du flanc gauche pour l'aide opératoire en cas de besoin.

Figure 1 : l'emplacement des trocarts



3/ Exploration : Le premier temps est explorateur (figure 2) pour établir un bilan des lésions et surtout repérer le siège exact de ou des lésions décrites aux examens complémentaires pré opératoires dont figure le scanner obligatoirement. Ce dernier est réalisé avec injection de produit de contraste et surtout avec ingestion d'eau. Cette dernière manœuvre permet d'écarter les parois gastriques autorisant une meilleure précision de la base d'implantation de la tumeur.

Figure 2 : 1^{ère} étape de la chirurgie : l'exploration



L'exposition (figure 3) de la tumeur constitue l'étape primordiale. Les tumeurs de plus de 3 cm sont habituellement faciles à repérer surtout lorsqu'elles sont sur la paroi antérieure de l'estomac.

Figure 3 : Etape de l'exposition en s'aidant de fils accrochés à la paroi



Dès l'introduction de la caméra, on retrouve une voussure sur l'estomac. La lésion est facilement mobilisable par le palpateur mais rapidement on se rend compte qu'elle ne peut pas s'éloigner trop de son siège initial. On remarque alors une rétraction de la paroi antérieure de l'estomac sur une surface de quelques cm² : c'est la base d'implantation de la lésion. Dans le cas de toutes petites lésions, une endoscopie per opératoire est d'un grand secours.

Par ailleurs, les lésions qui se rapprochent des bords de l'estomac, nécessitent une préparation du lit d'exérèse. En effet, on procède au sacrifice des branches terminales des vaisseaux gastriques qui pourrait gêner l'acte d'exérèse. Du côté du bord droit, on doit préserver les nerfs de Latarjet. Une lésion qui siège au niveau de la grosse tubérosité nécessite parfois une mobilisation complète de la partie supérieure de l'estomac par section des vaisseaux courts, du ligament gastro splénique et du ligament phréno gastrique. Une tumeur postérieure oblige à l'ouverture de l'arrière cavité des épiploons par décollement colo-épiploïque ou par ouverture du ligament gastro-colique.

4/ Exérèse de la tumeur : La résection chirurgicale doit être répondre à certains principes [3]: elle doit être complète en monobloc, sans effraction tumorale. En effet, bien qu'encapsulées, ces tumeurs sont très friables et leur effraction ou rupture durant l'exérèse entraîne une dissémination intra péritonéale avec comme conséquence une survie similaire à celle des patients ayant eu une exérèse incomplète. Une marge de 1 à 2 cm est considérée comme suffisante. Les GIST sont des tumeurs encapsulées avec une faible tendance à l'invasion directe des organes avoisinants. Le curage ganglionnaire n'est pas systématique car les métastases ganglionnaires sont rares et le risque de récurrence ganglionnaire est limité. En effet, les GIST disséminent par voie hématogène et très rarement, voire probablement jamais, par voie lymphatique.

Plusieurs types d'exérèse ont été décrits : L'Exérèse extra gastrique commence par une traction sur la paroi de l'estomac où siège la tumeur (repérée par l'ombilication de la paroi gastrique). L'exérèse peut être facilitée par l'application d'une agrafeuse linéaire dont la couleur (bleu : 3,5mm ou verte : 4,8mm) sera fonction de l'épaisseur de la paroi gastrique. L'exérèse peut tout simplement se faire à l'aide d'un crochet coagulateur suivie d'une fermeture simple au fil de la gastrotomie. Le deuxième type est l'exérèse trans gastrique : L'intervention commence par une gastrotomie antérieure permettant d'accéder à la tumeur qui est souvent située sur la face postérieure de l'estomac. On réalise une traction sur la tumeur permettant de l'accoucher par la gastrotomie. L'excision est faite par l'application d'une pince agrafeuse linéaire. La gastrotomie antérieure est par la suite renforcée par un surjet au fil non résorbable. Enfin, l'exérèse intra gastrique : L'estomac est gonflé soit par la sonde gastrique ou par voie endoscopique après avoir clamer le duodénum moyennant une pince atraumatique. Ceci permettra d'éviter le passage du gaz vers le grêle ce qui gênera le reste de la procédure laparoscopique par manque d'espace de travail. On procède par la suite à l'introduction de 3 trocars à travers la paroi gastrique (trocarts avec ballonnet pour éviter les fuites de gaz). Le but de cette technique étant d'éviter la sortie du trocart et la contamination péritonéale.

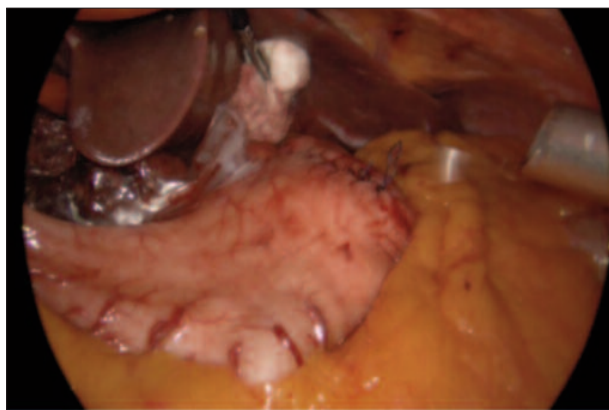
Une endoscopie per opératoire peut être utile lorsqu'il s'agit d'une petite lésion pour aider à localiser la zone de résection quand la lésion a un développement intra gastrique. Des techniques combinant endoscopie et laparoscopie ont été rapportées. Les tumeurs situées sur la petite courbure verticale explosent au risque de lésion des nerfs de Latarjet. Les tumeurs situées à proximité du cardia (figure 4) ou du pylore peuvent imposer une gastrectomie réglée, selon les constatations opératoires.

Figure 4 : Tumeurs situées à proximité du cardia : repérage du cardia par la Sonde naso-gastrique



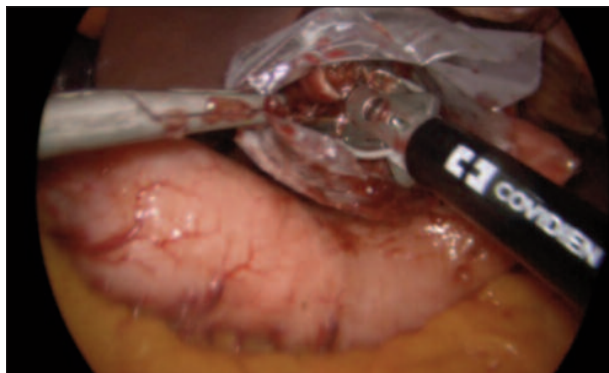
5/ Réparation après exérèse (figure 5): La perte de substance gastrique étant ensuite fermée par suture manuelle. On termine par la vérification de la qualité de la suture par un test d'étanchéité à l'air ou au bleu de méthylène.

Figure 5 : Fermeture de la perte de substance gastrique par des sutures intracorporelles



6/ extraction de la pièce : La pièce de résection est extraite dans un sac en plastique (figure 6), évitant ainsi tout contact avec les organes intra péritonéaux. Le drainage de la cavité péritonéale et de l'estomac ne sont pas systématiques.

Figure 6 : Extraction de pièce résection après l'avoir placée dans un sac



Références

1. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *semin Diagn Pathol* 2006;23:70-83
2. Bdioui H1, Jouini M, Bouzaïene H et al. Gastrointestinal stromal tumours: clinical and therapeutic features. A report of 25 cases. *Tunis Med* 2006;84 :599-602
3. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR et al. Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8 (Suppl 2):S1-41