



**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

**Décembre 2025, Volume 8
N°4, Page 291 - 500**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss(**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhoue (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain **de Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Décembre, Volume 8,
N°4, Pages 291 - 500

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adeh-dem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

**TUMEURS STROMALES GASTRO-INTESTINALES : QUELLE STRATEGIE
DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DANS UN PAYS A RESSOURCES
LIMITES ?**

**GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS: WHICH DIAGNOSTIC AND
THERAPEUTIC STRATEGY IN A COUNTRY WITH LIMITED RESOURCES?**

**IDE K.¹, BOKA TOUNGA. Y.^{1*}, SAIDOU.A.^{3,7}, SOUFIANOU. M. ^{.1}, ZABEIROU A. A³,
EFFATED. B. ^{2,7}, YOUNSA. H. ^{6,7}, JAMES D. L.^{5,7}, CHAIBOU M. S.^{4,7}, SANI R.^{1,7}.**

1.Département de chirurgie ; Hôpital National de Niamey

2.Département d'anatomopathologie Hôpital National de Niamey

3.Département de chirurgie, Hôpital Général de Référence de Niamey

4.Département d'anesthésie et réanimation de l'hôpital national de Niamey

5.Département de chirurgie, Hôpital Général de Référence de Maradi

6.Département de chirurgie, Hôpital National Amirou Boubacar Diallo

7.Faculté des sciences de la santé/Université Abdou Moumouni de Niamey

Auteur correspondant : BOKA TOUNGA Yahouza ; Médecin résident de chirurgie générale
ancien interne des hôpitaux Hôpital National de Niamey. BP : 238 ;

Mail : yahouzabokatounga@gmail.com ; Tel : +22798597850

RESUME

Les tumeurs stromales gastro-intestinales ou gastro intestinal stromal tumors (GIST) pour les Anglo-saxons, sont les tumeurs mésenchymateuses les plus fréquentes du tube digestif. L'objectif de cette étude était de rapporter 4 observations de patients opérés pour GIST localisés au niveau de l'estomac, afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de ces tumeurs. **Patients et méthodes :** Il s'agissait d'une série rétrospective portant sur 4 cas de GIST, pris en charge dans les services de chirurgies de l'hôpital National de Niamey.

Résultats : l'âge moyen était de 54 ans avec un sex-ratio de 3. Les localisations tumorales étaient l'estomac (4 cas) dont une avec envahissement hépatique. Le traitement était chirurgical suivi par l'Imatinib dans tous les cas. Tous les patients faisaient l'objet d'une surveillance clinique et radiologique tous les 6 mois. Aucune récurrence n'a été enregistrée, mais un patient était perdu de vue. **Conclusion :** Dans notre série, l'âge moyen, le sex-ratio et les localisations tumorales étaient conformes aux données de la littérature.

Mots-clés : Tumeur stromales gastro-intestinales, résection chirurgicale, Imatinib.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are the most common mesenchymal tumors of the digestive tract. The objective of this study was to report a series of four patients operated on for GIST located in the stomach, with the aim of contributing to improving the management of these tumors.

Patients and Methods: *This was a retrospective series of four cases of GIST treated in the surgical departments of the*

Niamey National Hospital. Results: the mean age was 54 years with a sex ratio of 3. Tumor locations were the stomach (4 cases), including one with hepatic invasion. Treatment was surgery followed by imatinib in all cases. All patients underwent clinical and radiological monitoring every 6 months. No recurrences were recorded, but one patient was lost to follow-up. Conclusion: In our series, the mean age, sex ratio, and tumor locations were consistent with published data.

Keywords: *Gastrointestinal stromal tumor, surgical resection, imatinib*

INTRODUCTION

Les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) sont des tumeurs conjonctives rares, généralement sporadiques, localisées généralement dans l'estomac ou le grêle. Ce sont pourtant les sarcomes les plus fréquents [1,2]. Elles dérivent des cellules de Cajal ou d'un de leurs précurseurs et expriment typiquement le phénotype KIT+ (95 % des cas) et DOG-1+ (95 % des cas). Une mutation oncogénique des gènes KIT ou platelet derived growth factor receptor alpha (PDGFRA), codant pour des récepteurs de type tyrosine kinase est retrouvée dans environ 85 % des GIST de l'adulte [2]. Ces mutations constituent le

facteur pathogénique essentiel, induisant une activation des protéines KIT ou PDGFRA. Le diagnostic de GIST est dans un premier temps présomptif, basé sur les caractéristiques endoscopiques, écho-endoscopiques ou radiologiques. Cependant la confirmation du diagnostic de GIST est uniquement immuno-histologique [2,3,4,5]. La découverte de l'efficacité d'inhibiteurs de récepteurs tyrosine kinase (ITK), imatinib puis sunitinib et regorafenib, a bouleversé le pronostic des GIST. Aucun travail n'a auparavant été consacré à l'étude des GIST au Niger, au cours de nos stages en chirurgie, nous avons

participé à la prise en charge d'un patient GIST. La complexité du diagnostic et du traitement a motivé notre choix.

L'objectif général de notre travail était : De contribuer à l'amélioration de la prise en charge des tumeurs stromales gastro-intestinales au Niger tout en mettant le point sur les difficultés rencontrées lors du diagnostic et de la prise en charge de ces tumeurs.

OBSERVATIONS

Observation 1 : MH âgée de 66 ans de sexe féminin, ménagère, d'ethnie peulh résidant à Niamey est une patiente hypertendue connue depuis 12 ans bien suivie, 9^{ème} geste et 9^{ème} pare, ménopausée depuis plus de 10 ans avec une habitude alimentaire riche en protéine animale et en lait, une sédentarité, une prise de cola régulière depuis plus de 10 ans et un tabagisme passif pendant 30 ans. Elle avait consulté à l'hôpital national de Niamey pour épigastalgies, sensation de masse abdominale et constipation évoluant depuis 20 mois. Plus tard s'étaient rajoutés des nausées vomissements et alternance de constipation diarrhée. L'examen clinique objectivait un état général conservé avec anorexie sélective et une bonne coloration cutanéomuqueuse. Les constantes étaient dans les limites de la normale avec une IMC à 25,72Kg/m. A l'examen physique, l'abdomen était distendu avec une masse épigastrique douloureuse, ferme et régulière

sans adénopathie, les touchers pelviens sont normaux.

L'échographie abdominale a montré une tumeur retro-gastrique probablement d'origine pancréatique. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale était sans particularité. Le scanner abdomino-pelvien avait objectivé une tumeur gastrique exophytique, probablement une GIST sans localisation secondaire ni adénopathie.

L'exploration chirurgicale sous AG, par laparotomie médiane xypho-pubienne a permis de découvrir une masse collée à la face postérieure de l'antrum facilement clivable avec le pancréas, sans localisation secondaire ni adénopathie. Le geste chirurgical était une gastrectomie polaire inférieure avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale de type Finsterer. Il s'agissait d'une résection R0 de la tumeur sans effraction tumorale apparente.

A l'anatomie pathologique, l'examen macroscopique montrait une masse tumorale arrondie mesurant 8×6×5 cm, à la coupe le contenu est hétérogène, liquidien et charnu (figure 1). L'histologie avait trouvé un aspect histopathologique de tumeurs à cellules fusiformes compatible avec un schwannome malin gastrique avec un indice mitotique à immunohistochimie : marquage KIT positif. En conclusion, il s'agissait d'une tumeur stromale gastrique à

risque intermédiaire de malignité selon la classification de Miettinen.

La patiente a reçu une thérapie adjuvante à base d'Imatinib pendant 2 ans. Suivie à 15 mois, la patiente ne présentait aucun signe clinique ou paraclinique de récurrence.

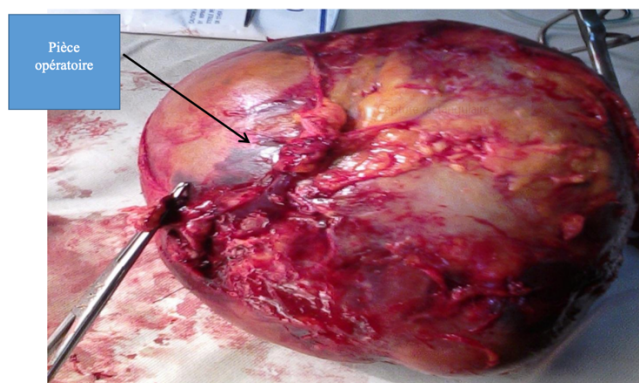


Figure 1 : pièce opératoire de gastrectomie polaire inférieure emportant la masse (Service de Chirurgie, Hopital National de Niamey)

Observation 2 : I.B. âgé de 36 ans de sexe masculin, était admis à l'hôpital national de Niamey pour masse abdominale et dysphagie. Il rapportait des antécédents médicaux de constipation chronique remontant à plusieurs années. Le début remonterait à 2 ans marqué par des douleurs épigastriques permanentes transfixiantes à type de brûlure, parfois de crampes accompagnées de reflux gastro-œsophagien. Il avait consulté dans des centres de santé, sans amélioration et devant l'apparition d'une voussure dans

l'hypochondre droit, des melaenas et une dysphagie basse totale, il a été référé en consultation de chirurgie viscérale. On notait une notion de sédentarité avec une alimentation qui serait riche en protéine animale. A l'examen clinique à son admission on notait : une altération de l'état général stade 2 de l'OMS, une légère pâleur cutanéomuqueuse, les constantes étaient normales. On notait également une voussure au niveau de l'hypochondre droit et une hépatomégalie indolore de consistance ferme, à surface régulière à bord tranchant avec une flèche hépatique à 16 cm. L'épigastrie était permanente et exacerbée à la palpation, des melaenas au toucher rectal sans tumeur. Le résultat des examens paracliniques mettait en évidence :

- Échographie abdominale : une hépatomégalie hétérogène avec flèche à 165mm et masse rénale gauche de 81×66mm ;
- Scanner abdomino-pelvien : une tumeur gastrique en sablier avec localisation secondaire hépatique probable et une masse au-dessus du rein gauche.
- Fibroscopie haute : une tumeur gastrique proximale d'aspect malin allant du cardia jusqu'à 8cm sur le corps gastrique. Réalisation de trois Biopsies (figure 2).



Figure 2 : Vue endoscopique d'une tumeur sous-muqueuse du cardia avec réalisation d'une biopsie (en bleu)

- Anatomie pathologique : un aspect histologique d'une tumeur à cellules fusiformes fortement évocatrices de tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) avec gastrite d'accompagnement, indice mitotique 10 et à l'immunohistochimie : KIT positif.
- Le bilan sanguin était sans particularité.

Le diagnostic de tumeur stromale gastrique ayant été posé, la classification AFIP l'a classé GIST métastatique.

Une indication opératoire de gastrostomie d'alimentation a été posée. Au bloc une incision médiane sus et sous ombilicale, à l'ouverture découverte d'une masse gastrique au niveau du fundus avec des métastases hépatiques et pancréatique, il n'y avait pas de localisations ganglionnaires. Il a été réalisé une gastrostomie d'alimentation. Une thérapie

ciblée a été indiquée à base d'Imatinib 400mg en prise unique par jour.

Revu au 3ème puis au 6ème mois, on a noté une diminution considérable des signes fonctionnels (la dysphagie) et physiques (syndrome tumoral). Vu le caractère onéreux de l'imatinib (1700000 FCFA la boîte de 100), le patient a dû interrompre le traitement et a été perdu de vue après deux (2) ans de suivi.

Observation 3 : A.H. de sexe masculin, âgé de 38 ans, commerçant, était admis en juillet 2021 au service de chirurgie viscérale pour douleurs abdominales et hématoméses. Quatre mois auparavant le patient aurait présenté des épigastalgies à type de crampes irradiant vers l'hypochondre gauche, persistantes malgré l'usage des IPP. Trois semaines auparavant, le patient aurait été admis aux urgences pour douleurs abdominales intenses et hématoméses et anémie à 5,4g/dl d'hémoglobine. Il a bénéficié d'un traitement symptomatique et d'une transfusion sanguine ayant conduit à une stabilisation et son hospitalisation en service de chirurgie digestive. Le patient n'a aucun antécédent personnel ni familial connu et son mode de vie fait ressortir une sédentarité, une alimentation riche en protéine animale, un tabagisme actif à 10 P/A et une prise quotidienne du thé. L'examen général à l'entrée a noté, un état général conservé, une pâleur cutané-

muqueuse modérée. Les constantes étaient normales avec un IMC à 20,32kg/m². L'examen physique avait mis en évidence une masse épigastrique ferme, régulière, mobile par rapport au plan superficiel mais fixée par rapport au plan profond et sensible à la palpation sans adénopathie. Le toucher rectal a retrouvé des traces de melaena sans tumeur. Le résultat des examens paracliniques mettait en évidence :

- à l'échographie : une masse retro gastrique probablement pancréatique ;
- au scanner abdominal : une masse gastrique de densité hétérogène non modifiée après injection du produit de contraste, exophytique très évocatrice de GIST sans localisations secondaires ni d'adénopathie ;
- à la fibroscopie haute : une ulcération et induration de la muqueuse du corps gastrique postérieur évoquant une GIST ;
- et à l'hémogramme : une anémie microcytaire hypochrome avec 7g/dl d'hémoglobine.

Au bloc, une incision médiane sus et sous ombilicale, avait permis la découverte d'une tumeur du corps gastrique postérieur exophytique. Une résection complète en monobloc R0 de la tumeur a été réalisée. L'exploration ne retrouvait ni localisations secondaires ni adénopathie.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a décrit une masse ovoïde pseudo-encapsulée qui était charnue et blanchâtre à la coupe dont histologie a montré un mixage de cellules épithéliales et fusiformes fortement évocateur de GIST, indice mitotique 5. L'immunohistochimie KIT positive. Le diagnostic de GIST était ainsi posé et classifié GIST localisée à faible risque de malignité selon Miettinen.

Revu à 3 mois post opératoire, on n'notait une disparition des signes fonctionnels, la fibroscopie et le scanner étaient normaux. Le patient a reçu une thérapie adjuvante à base Imatinib pendant 18 mois. Le patient est suivi depuis 3 ans sans récidence.

Observation 4 : AD âgé 74 ans de sexe masculin, est un patient hypertendu connu depuis 12 ans (aténolol 50mg 2 fois par jour), avec une habitude alimentaire riche en protéine animale et en lait, une sédentarité, une prise de cola régulière depuis plus de 10 ans et un tabagisme passif pendant 30 ans. Il a été admis pour épigastralgies, sensation de masse et constipation remontant à 2 ans. À l'examen clinique on notait : un état général conservé, un état hémodynamique stable, l'abdomen était distendu avec une masse épigastrique douloureuse, ferme et régulière sans adénopathie, le toucher pelvien est normal. Le résultat des examens paracliniques mettait en évidence :

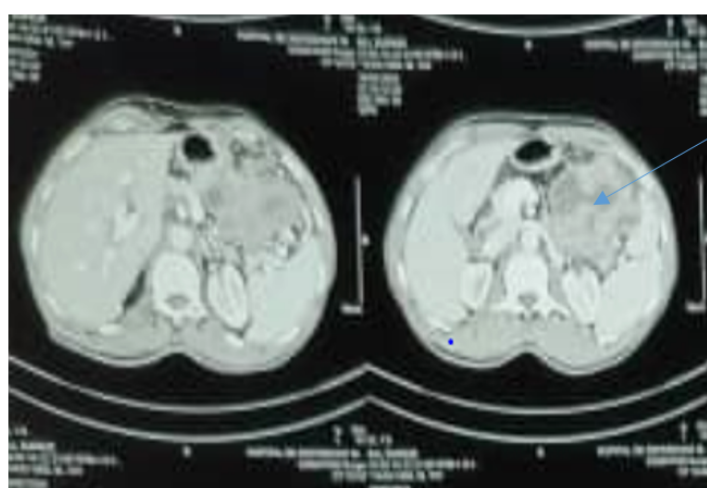
- à l'échographie : une tumeur retro gastrique probablement d'origine pancréatique La fibroscopie était sans particularité ;
- au scanner abdomino-pelvien, une tumeur gastrique exophytique, probablement une GIST sans localisation secondaire ni adénopathie (figure 3).

Une laparotomie exploratrice était indiquée, laquelle a permis la découverte d'une masse collée à la face postérieure de l'antrum facilement clivable avec le pancréas, sans localisation secondaire ni adénopathie. Une gastrectomie atypique avec rétablissement de la continuité gastro-jéjunale a été réalisée. Il s'agit d'une résection R0 de la

tumeur sans effraction tumorale apparente (figure 4A et 4B).

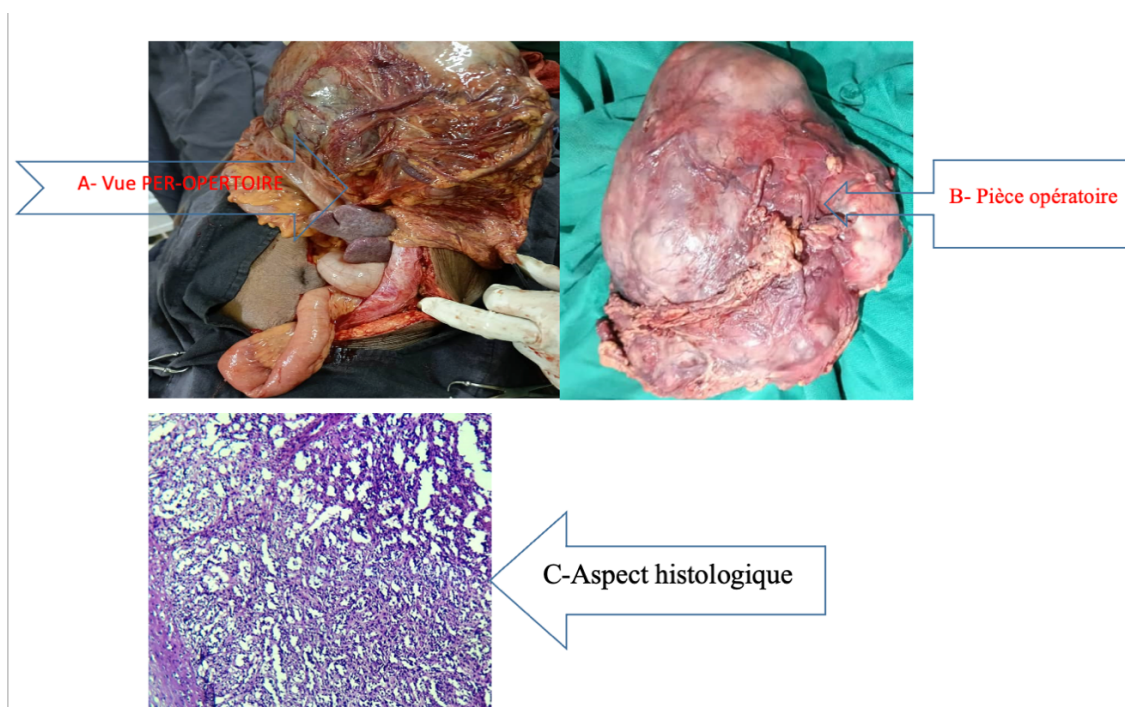
L'anatomie pathologique montrait un aspect histopathologique de tumeurs à cellules fusiformes compatible avec un schwannome malin gastrique (figure 4C) avec un indice mitotique à immunohistochimie : marquage KIT positif. En conclusion tumeur stromale gastrique GIST Classification selon Miettinen : GIST localisée à risque intermédiaire de malignité.

Le patient a reçu de thérapie adjuvante à base d'Imatinib pendant 18 mois. Suivie à 1 an 5 mois, la patiente ne présente aucun signe clinique ou paraclinique de récurrence.



Une tumeur gastrique
exo phytique

Figure 3 : le scanner abdomino-pelvien injecté en coupe transversale sur un avait objectivé une tumeur gastrique exophytique, probablement une GIST sans localisation secondaire ni adénopathie.



A : vue per-opératoire d'une masse collée à la face postérieure de l'antré facilement clivable avec le pancréas, sans localisation secondaire ni adénopathie

B : pièce opératoire

C : Histologie : aspect histopathologie de tumeurs à cellules fusiformes compatible avec un schwannome malin gastrique avec un indice mitotique à immunohistochimie : marquage KIT positif

Figure 4 : Aspects macroscopique et histologique du GIST gastrique (Patient 4)

DISCUSSION

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs rares au Niger, bien que ce sont des maladies sous diagnostiquées du fait des moyens diagnostiques limités. Les tumeurs stromales gastro-intestinales ou GIST sont des tumeurs rares : 1 à 3 % des tumeurs malignes gastro-intestinales mais près de 20 % des cancers de l'intestin grêle. En Afrique, une étude en Algérie avait rapporté, en 2023, 26 cas en 4 ans de GIST qui représentaient 1% de l'ensemble des

tumeurs gastro-intestinales [5]. En Tunisie, dans le registre national des cancers, les GIST représentaient également 1% des tumeurs digestives entre 1999 et 2003 [6]. Dans notre série l'âge moyen était de 55 ans avec les extrêmes allant de 35 et 74 ans. L'âge de découverte des GIST varie de 55 à 65 ans selon les séries les plus larges. Ces tumeurs sont très rares avant l'âge de 40 ans et exceptionnelles chez l'enfant [7, 8,9,10]. L'incidence liée à l'âge ayant rapporté plus de 30 cas par million pour les sujets âgés de

plus de 70 ans. Selon Joensuu [11] la médiane d'âge de survenue se situe entre 50 et 70 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la taille réduite de notre échantillon mais également par la fréquence certes rare mais apparemment accrue des GIST avant l'âge de 40 ans chez l'adulte. Dans notre série nous notons une prédominance de sexe masculin avec un sex-ratio de 3. Selon la littérature, Il n'existe pas de prédominance nette de sexe, même si une légère prédominance masculine a été observée dans certaines études. La répartition par sexe montre une distribution égale relativement cohérente entre les hommes et les femmes selon la synthèse épidémiologique de 2020 [12]. Le délai entre le début de la symptomatologie et l'hospitalisation variait de 1 à 3 ans dans notre série avec une moyenne de 2 ans nettement supérieure aux résultats de Blay et al en 2020 [3] et ceux de Nishida et al en 2019 [10] avec des moyennes respectives de 04 mois et de 8,6 mois. Ceci peut s'expliquer par le caractère non spécifique et la lenteur d'évolution de la symptomatologie des GIST retardant le diagnostic. Parmi les signes les plus couramment notés étaient les douleurs abdominales, l'hémorragie digestive et l'obstruction, mais un certain nombre de symptômes non spécifiques a été signalé à l'issue de quelques études [8]. Les mêmes constats ont été faites dans notre étude. La

tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a un double intérêt : le diagnostic et le suivi des patients sous traitements. Les GIST apparaissent sous forme de masse arrondie ou ovalaire à limites nettes, développée vers l'extérieur de la paroi digestive [5]. Dans notre travail, tous les patients avaient bénéficié d'une tomodensitométrie qui a permis de visualiser le processus tumoral, soit une sensibilité de 100% ce qui est similaire aux résultats de la littérature [3,5,10] qui ont retrouvé des aspects tomodensitométriques d'un processus tumoral dans 100% des cas avec le plus souvent des images évocatrices d'une GIST. Dans notre étude, tous les patients ont bénéficié d'une endoscopie digestive dont 75% évoquaient une GIST avec un aspect sous muqueux ulcéré tandis que dans un cas la fibroscopie n'avait relevé aucune particularité. Les sièges des lésions étaient sous cardiaux et fundiques dans 25% des cas chacun. L'écho-endoscopie est généralement réalisée au moment du diagnostic pour les GIST du tractus digestif haut ou du rectum. [3]. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une écho-endoscopie du fait de son indisponibilité. La radiographie du thorax est utile à la recherche des métastases pulmonaires mais les GIST semblent être d'extension pulmonaire très rare. Cet examen a été réalisé chez tous nos patients, aucune métastase n'a été objectivée.

L'immunohistochimie a joué, comme nous l'avons vu, un rôle essentiel dans l'émergence et la validation du concept de GIST : elle conserve aujourd'hui une importante fonction diagnostique. Dans notre série, malgré l'absence de l'immunohistochimie, la confirmation du diagnostic a pu être réalisée par un laboratoire à l'étranger (France) auquel nous avons fait parvenir les échantillons. Dans notre série les prélèvements provenaient des biopsies per-endoscopique dans deux des cas alors que les deux autres il s'agissait des pièces opératoires. Dans notre série une chirurgie a été indiquée dans tous les cas alors que l'imatinib n'a été indiquée que dans 33,33% des cas. Avant les années 2000, la chirurgie ne permettait que 50 % de survie à cinq ans, les patients inopérables avaient une survie inférieure à un an et la chimiothérapie était inefficace avec seulement 5 % de survie globale et trois mois de survie sans progression. La radiothérapie quant à elle ne permettait que moins de 5 % de taux de survie globale. [6,9] Ainsi dans la dernière décennie les GIST ont émergé du statut mal défini des tumeurs résistantes au traitement à une entité tumorale traitable utilisée comme modèle de cancer pour un traitement ciblé pluridisciplinaire. [6,10]. La prise en charge des GIST a été complètement modifiée par l'introduction de l'Imatinib qui a

transformé l'évolution des formes métastatiques. Les indications et les règles chirurgicales des formes primitives localisées ne sont que peu modifiées, récemment nuancées en fonction de la topographie tumorale [8,11,12].

CONCLUSION

Les tumeurs stromales gastro-intestinales sont des tumeurs rares dont la prise en charge s'avère difficile au Niger. Leur histogenèse correspond à une prolifération incontrôlée de cellules interstitielles de Cajal par activation du gène C-kit. Leur potentiel de malignité demeure souvent difficile à évaluer. Ces quatre (4) cas constituent les cas pris en charge au Niger. La difficulté diagnostic est lié l'absence des tests immunologiques. Leur prise en charge requiert une approche multidisciplinaire faisant appel à la chirurgie et aux inhibiteurs de KIT, avec en chef de file l'imatinib. Malheureusement son coût onéreux et sa disponibilité le rendent inaccessible.

Déclaration d'intérêts concurrents

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel concernant la recherche, la rédaction et/ou la publication de l'article.

Consentement des patients :

Le consentement éclairé écrit des patients a été obtenu pour la publication de ce rapport de cas et des images qui l'accompagnent.

REFERENCES

1. **Thésaurus National de Cancérologie Digestive.** Chapitre GIST (version novembre 2022). Disponible en ligne : <https://www.snfge.org/tncd>.
2. **Casali PG, Abecassis N, Bauer S, et al.** Gastrointestinal stromal tumors: ESMOEUROCAN clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2018 Oct 1;29(Suppl 4): iv68-iv78.
3. **Blay JY, Serrano C, Heinrich MC, et al.** Ripretinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumours (INVICTUS): a double blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2020 ;21 :923-934.
4. **Heinrich MC, Jones RL, von Mehreb M, et al.** Avapritinib in advanced PDGFRA D842V-mutant gastrointestinal stromal tumour (NAVIGATOR): a multicentre, open-label, phase 1 trial *Lancet Oncol* 2020; 21:935-946.
5. **Habib Zidane et al.** Tumeurs stromales gastro-intestinales : une étude rétrospective. *Pan African Medical Journal.* 2023 ;45(97). 10.11604/pamj.2023.45.97.36563
6. **Olfa Hellara*, Omar Toumi**, Rim Hadhri***, Wafa Ben Mansour* :** Caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des tumeurs stromales digestives : à propos de 25 cas. *LA TUNISIE MEDICALE* - 2014 ; Vol 92 (n°06) : 391-398
7. **Casali PG, Abecassis N, Bauer S, et al.** Gastrointestinal stromal tumors: ESMOEUROCAN clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2022 ;33 :20-33.
8. **Gronchi A, Bonvalot S, Poveda Velasco A, et al.** Quality of Surgery and Outcome in Localized Gastrointestinal Stromal Tumors Treated Within and International Intergroup Randomized Clinical Trial of Adjuvant Imatinib. *JAMA Surg.* 2021; 155: e200397.
9. **Marchiò C, Scaltriti M, Ladanyi M et al.** ESMO recommendations on the standard methods to detect NTRK fusions in daily practice and clinical research. Marchiò et al. *Ann Oncol.* 2019 ;30 :1417-1427.
10. **Nishida T, Hølmekjær T, Raut CP, et al.** Defining Tumor Rupture in Gastrointestinal Stromal Tumor. *Ann Surg Oncol* 2019 ;26 :1669-1675.
11. **Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, et al.** One versus Three years of adjuvant imatinib for operable gastrointestinal stromal tumor: a randomized trial. *JAMA* 2023; 307 :1265-1272
12. **Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, et al.** Three versus one year of adjuvant imatinib for high-risk gastrointestinal stromal tumor (GIST) : Survival analysis of a randomized trial after 10 years of follow-up. *Adjuvant Imatinib for High-Risk GI Stromal Tumor: Analysis of a Randomized Trial.* *J Clin Oncol* 2020 ;38 : Abs1150