

Le Thésaurus est un travail collaboratif sous égide de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE), de la Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD), du Groupe Coopérateur multidisciplinaire en Oncologie (GERCOR), de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (UNICANCER), de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD), de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED), de la Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO), de l'Association de Chirurgie Hépato-Bilio-Pancréatique et Transplantation (ACHBT), de la Société Française de Pathologie (SFP), de l'Association Française pour l'Etude du Foie (AFEF), et de la Société Française de Radiologie (SFR) (dont Société d'Imagerie Abdominale et Digestive (SIAD) et Fédération de Radiologie interventionnelle (FRI).

Chapitre 12

Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)

Date de cette version :
24/07/2022

Date de dernière mise à jour à vérifier sur www.tncd.org ou www.snfge.org

Mise en garde

Du fait de l'actualisation fréquente du TNCD, l'utilisation de ce document imprimé impose de vérifier qu'une version plus récente n'a pas été mise à disposition sur le site.

Si la date ci-dessus remonte à plus d'un an, ce document n'est certainement plus à jour et doit être remplacé par un nouveau.



GROUPE DE TRAVAIL : Bruno LANDI (Paris), coordonnateur, Jean-Yves BLAY (Lyon), Sylvie BONVALOT (Paris), Mathilde BRASSEUR (Reims), Jean-Michel COINDRE (Bordeaux), Jean-François EMILE (Boulogne-Billancourt), Vincent HAUTEFEUILLE (Amiens), Charles HONORE (Villejuif), Eric LARTIGAU (Lille), Valérie LAURENT-CROISE (Nancy), Axel LE CESNE (Villejuif), Olivier MIR (Villejuif), Marc PRACHT (Rennes).

RELECTEURS :

E. BLANCHET (La Rochelle), A. BERGER (Paris), J.-O. BLAY (Clermont-Ferrand), O. BOUCHE (Reims), S. CATTAN (Lille), E. CUELLAR (Toulouse), P. FAJADET (Saint-Jean), R. GUIMBAUD (Toulouse), J.-E. KURTZ (Strasbourg), T. LECOMTE (Tours), L. LELONG (Bayonne), P. MARIANI (Paris), W. MINA (Troyes), T. MORIN Tarbes), L. MOSSER (Rodez), S. ROOS (Albi), D. SMITH (Bordeaux).

Comment citer ce chapitre ?

[Gastrointestinal stromal tumours \(GISTs\): French Intergroup Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatments and follow-up \(SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO\)](#). Landi B, Blay JY, Bonvalot S, Brasseur M, Coindre JM, Emile JF, Hautefeuille V, Honore C, Lartigau E, Manton G, Pracht M, Le Cesne A, Ducreux M, Bouche O; Thésaurus National de Cancérologie Digestive (TNCD). Dig Liver Dis. 2019 Sep;51(9):1223-1231.doi: 10.1016/j.dld.2019.07.006.

Et mise à jour 2022 :

Landi B, Blay JY, Bonvalot S, Brasseur M, Coindre JM, Emile JF, Hautefeuille V, Honore C, Lartigau E, Manton G, Pracht M, Le Cesne A, Ducreux M, Bouche O, Ruskoné-Fourmestreaux A, Matysiak-Budnik T, Fabiani B, Quero L, Malamut G, Thieblemont C, Bouché O «Tumeurs Stromales Gastro-Intestinales (GIST)». Thésaurus National de Cancérologie Digestive, juillet 2022, en ligne [<http://www.tncd.org>]

Les GIST sont des tumeurs mésoenchymateuses se développant dans la majorité des cas dans l'estomac et le grêle, plus rarement le rectum, le côlon, l'œsophage ou le mésentère. Leur incidence est estimée à environ 15 cas/million d'habitants/an, l'âge médian au diagnostic est d'environ 60 ans, et le *sex-ratio* est d'environ 1/1. Elles dérivent des cellules de Cajal ou d'un de leur précurseur, et sont typiquement de phénotype CD117/KIT+ (95%) et DOG-1+ (95%). Elles présentent très fréquemment des mutations activatrices des gènes codant pour les récepteurs tyrosine-kinase KIT ou PDGFRA. Initialement considérées comme une entité homogène sur le plan nosologique, les GIST constituent en fait un ensemble hétérogène sur le plan de la biologie moléculaire, du comportement clinique et de la réponse au traitement. Les GIST sont généralement sporadiques ce qui n'impose pas de consultation d'oncogénétique en dehors des rares cas associés à des syndromes familiaux (cf. 12.1.3).

La mise à jour du chapitre GIST a pris en compte la dernière version des recommandations de l'ESMO [1]. Les associations nationales ou internationales de patients jouent un rôle essentiel dans la diffusion de l'information et l'aide à la prise en charge de ces tumeurs rares (<http://www.infosarcomes.org>). Les formes pédiatriques de GIST ne seront pas traitées ici.

L'association Française des Patients du GIST « Ensemble contre le GIST » (AFPG) a été dissoute en 2017 mais la thématique a été relayée par l'association « **Info Sarcomes** » <http://www.infosarcomes.org/>

12.1. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

12.1.1. Bilan d'extension

REFERENCE

- **Scanner (TDM) spiralé abdomino-pelvien trois temps avec un passage thoracique (*accord d'experts*).**

OPTIONS

- Écho-endoscopie (généralement réalisée à l'étape diagnostique dans les GIST de taille limitée du tractus digestif haut ou du rectum) (*accord d'experts*) ;
- IRM (notamment en cas de GIST du rectum) (*accord d'experts*) ;
- TEP-Scan (scintigraphie au FDG-glucose) en cas de doute sur une lésion métastatique en TDM ou IRM (*accord d'experts*).

12.1.2. Biopsies

Les biopsies endoscopiques superficielles (muqueuse) sont généralement négatives, car la tumeur se développe dans la musculuse du tube digestif [1,2]. L'indication d'une ponction-biopsie (par voie écho-endoscopique, percutanée ou opératoire) doit être discutée au cas par cas. Un tel geste comporte un risque hémorragique, et potentiellement de dissémination péritonéale lorsqu'elle est faite par voie percutanée ou coelioscopique. Elle est recommandée en pré-opératoire de manière générale dans les sarcomes. Cependant, dans les GIST, elle est surtout indispensable en cas de doute diagnostique, de résécabilité douteuse, de chirurgie lourde ou mutilante, ou de nécessité d'un traitement médical initial.

REFERENCES

Si la tumeur paraît résécable et que le patient est opérable, une ponction biopsie préopératoire doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle est recommandée mais non indispensable en cas de forte suspicion de GIST si une chirurgie ni lourde ni mutilante est possible (**avis d'expert**). Elle est néanmoins indispensable si le choix du traitement nécessite un diagnostic histologique certain (**accord d'experts**) :

- Doute diagnostique avec une autre tumeur nécessitant une chimiothérapie première ou une chirurgie différente (par exemple : lymphome, autres sarcomes, tumeur desmoïde, tumeur neuro-endocrine...).
- Tumeur localement avancée/non-résécable d'emblée ou nécessitant une chirurgie mutilante (faisant discuter un traitement initial par imatinib).
- Tumeur métastatique.

Quel type de biopsie ?

La biopsie peut porter sur la tumeur primitive ou la(les) métastase(s). Si la lésion n'est pas résécable du fait d'un envahissement loco-régional ou de métastases, une biopsie de la lésion la plus accessible est réalisée : biopsie hépatique sous contrôle radiologique (échographie ou scanographie) en cas de métastase hépatique, ou biopsie de la tumeur primitive sous contrôle écho-endoscopique ou radiologique. La ponction sous écho-endoscopie peut être privilégiée par rapport à la voie percutanée dans les GIST non métastatiques, même si dans l'essai randomisé du SSG XVIII/AIO le risque de rechute des GIST de haut risque n'était pas augmenté par la biopsie préopératoire percutanée n'a pas augmenté [3]. La biopsie doit être réalisée en centre spécialisé quand le risque de complication est important (GIST kystiques ou hémorragiques).

La biopsie doit être de taille suffisante pour le diagnostic histologique et la recherche de mutation de *KIT* ou *PDGFRA*. Elle doit être fixée dans du formol à 4 %. Le génotypage peut se faire sur les fragments fixés au formol, mais la rentabilité est supérieure sur un fragment congelé.

12.1.3. GIST syndromiques (rares) [4,5]

En l'absence de mutation de *KIT* ou *PDGFRA* une immunohistochimie avec SDH-B (sous-unité B de la succinate déshydrogénase) est recommandée. En effet une perte d'expression de SDH-B orientera vers une consultation d'oncogénétique pour rechercher une anomalie constitutionnelle de l'une des sous-unités de SDH. Par ailleurs les GIST avec perte d'expression de SDH-B peuvent donner des métastases dans les ganglions lymphatiques de drainage.

- Neurofibromatose de type 1 : mutation constitutionnelle du gène NF1, sans mutation somatique des gènes *KIT* et *PDGFRA*, GIST multiples, prédominant dans l'intestin grêle,

- GIST SDH-dépendantes (très rares) :
 - GIST sans mutation somatique de *KIT* et *PDGFRA*, cellules épithélioïdes, sujet jeune, antécédent familial de GIST. Intérêt de l'immunohistochimie SDH-B.
 - Syndrome (ou dyade) de Carney-Stratakis (mutation constitutionnelle ou altération épigénétique de la sous-unité A, B, C ou D de la SDH) : GIST gastriques multiples, paragangliome extra-surrénalien (pas de chondrome pulmonaire).
 - Triade de Carney (très rare) : pas de mutation constitutionnelle mais déficit de la SDH-B, femme jeune, 3 entités synchrones ou métachrones : GIST gastriques multiples, chondrome pulmonaire et paragangliome extra-surrénalien.
- Mutation constitutionnelle de *KIT* ou *PDGFRA* (exceptionnelle) : sujet jeune, antécédent familial de GIST, trouble de la motilité intestinale (dysphagie, constipation), taches pigmentées cutanées, hyperplasie des cellules de Cajal.

On recommande en cas de suspicion de mutation génétique constitutionnelle une consultation d'oncogénétique après information et accord du patient (**accord d'experts**). Les indications de la consultation d'oncogénétique et l'algorithme d'analyse génétique constitutionnelle en fonction de l'immunohistochimie SDH-B sont résumés dans l'annexe 1 (**accord d'experts**).

12.1.4. Bilan d'opérabilité

Orienté par les antécédents, l'examen clinique et la consultation d'anesthésie.

12.1.5. Cas particuliers des GIST de taille < 2 cm

Des séries suggèrent une prévalence élevée de GIST gastriques de petite taille (< 10 mm de diamètre) chez l'adulte après 50 ans, dont l'évolutivité n'est pas certaine et qui pourraient même régresser [1]. La mutation de *KIT* est un phénomène précoce, mais d'autres anomalies seraient responsables de l'évolutivité ou non de ces petites GIST. De plus, le risque d'évolution maligne des GIST de l'estomac semble très faible ou nul quand elles mesurent moins de 2 cm (cf. tableau du chapitre 12.3.1) [6]. La vitesse de croissance éventuelle des petites GIST gastriques semble variable. De ce fait, le choix entre surveillance ou résection est licite pour les GIST de l'estomac asymptomatique de moins de 2 cm, en tenant compte du terrain et de la localisation de la lésion dans l'estomac rendant simple ou complexe sa résection (Annexe 2). Dans tous les cas, une information et une discussion avec le patient sont nécessaires. L'exérèse endoscopique de ces petites GIST gastriques est une option qui doit être à l'avenir validée dans un essai prospectif.

Aucun schéma de surveillance n'est validé [6], mais une surveillance par endoscopie ou mieux par écho-endoscopie par exemple à 6 mois, 18 mois puis tous les 2 ans, à adapter en fonction du contexte, semble raisonnable (**avis d'expert**).

Pour les GIST du rectum ou du grêle de moins de 2 cm de diamètre, la résection est la règle malgré une taille limitée du fait du risque évolutif (notamment si l'index TNCD - Chapitre 12 : Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) – 24/07/2022

mitotique est élevé : cf. **tableau du chapitre 12.3.1**) [1]. Une histologie peut être nécessaire en préopératoire quand il existe un doute sur la nature exacte de la lésion (notamment pour différencier un léiomyome d'une GIST du rectum).

12.2. ANALYSE HISTOLOGIQUE ET MOLECULAIRE

Le diagnostic de GIST est effectué sur un examen histologique standard [1,2]. L'immuno-histochimie est nécessaire au diagnostic (**accord d'experts**). Le marqueur indispensable est *KIT* (CD117), avec une positivité dans 95 % des GIST. L'expression de *KIT* n'est cependant pas spécifique des GIST. Le marqueur DOG-1 est également recommandé et est positif dans 95 % des GIST. D'autres marqueurs sont recommandés pour étayer le diagnostic en cas de négativité (*CD34*, desmine, protéine S100) (**accord d'experts**). D'autres tumeurs, conjonctives, mélanocytaires ou endocrines, peuvent simuler une GIST. Les tumeurs les plus souvent confondues avec une GIST sont les tumeurs musculaires lisses et les fibromatoses.

La double lecture des lames d'anatomo-pathologie en centre expert de référence est recommandée par l'INCa pour tous les sarcomes, dont les GIST (RRePS, réseau de référence en pathologie des sarcomes). Elle permet de limiter les erreurs diagnostiques et d'améliorer la prise en charge thérapeutique. Elle a en outre l'avantage de favoriser le génotypage des GIST.

La recherche de mutations des gènes *KIT* et *PDGFRA* par une technique de biologie moléculaire, outre qu'elle permet de confirmer le diagnostic dans les cas difficiles, fait désormais partie de la pratique courante dans la prise en charge des GIST, du fait de son intérêt théranostique. Le génotypage des GIST est recommandé à l'exception des GIST à très bas risque de récurrence (cf. 12.3.1) [1,2].

Le type de mutation a une influence sur le pronostic et l'efficacité du traitement en situation adjuvante et métastatique [1] (cf. 12.3.2.). Les mutations de *KIT* (environ 75 % des cas) sont variables dans leur localisation et leur nature (délétions, duplications, substitutions ...). La mutation siège le plus souvent sur l'exon 11 de *KIT* (environ 65 % des cas). Les autres mutations de *KIT* siègent sur l'exon 9 (moins de 10 % des GIST localisées, 15 % environ des GIST métastatiques) et plus rarement sur d'autres exons. Les mutations de *PDGFRA* (10 % environ des GIST localisées, 3 % environ des GIST métastatiques) siègent le plus souvent sur l'exon 18 et sont le plus souvent une substitution D842V (cette mutation rend peu sensible à l'imatinib, cf infra-).

Dans 15 % des cas environ, on ne retrouve pas de mutation de *KIT* ou de *PDGFRA*. Ces GIST qui étaient regroupées sous le terme « *wild type* » (WT) correspondent en fait à un groupe hétérogène, où d'autres anomalies moléculaires sont souvent retrouvées : mutations des gènes *NF1*, *BRAF*, *KRAS*, *NRAS*, mutations ou pertes d'expression de sous-unités de la SDH, fusion du gène *NTRK* [7]. Ces maladies sont différentes sur le plan clinique, moléculaire, pronostique, et ne répondent pas forcément aux mêmes traitements. Une recherche de fusion du gène *NTRK* est recommandée pour les GIST avancées (sélection par test immuno-histochimique confirmé par séquençage (NGS ARN) ou séquençage (NGS ARN) d'emblée) [37]. Une immunohistochimie pour rechercher une perte d'expression de la SDH-B est aussi

recommandée en cas de GIST sans mutation de *KIT* ou *PDGFRA* mise en évidence, à visée diagnostique en l'absence de thérapie ciblée disponible à ce jour (**accord d'experts**) [1].

La collection de tissu congelé doit être encouragée, de nouvelles évaluations moléculaires pouvant être utiles au cours de l'évolution de la maladie, et dans le cadre de la recherche [1]. La mise en place d'un consentement généralisé en cancérologie et la création de tumorothèques est souhaitable.

12.3. ESTIMATION DU RISQUE DE RECIDIVE ET SURVEILLANCE

12.3.1. Après résection à visée curative

L'estimation du risque de récurrence est primordiale pour l'indication ou non d'un traitement adjuvant, et pour adapter la surveillance. L'imatinib est en effet le traitement adjuvant standard après résection microscopiquement complète (R0) d'une GIST à haut risque de récurrence, et une option en cas de risque intermédiaire (cf. infra-) [1].

Une dizaine de classifications pour estimer le risque de récurrence des GIST après résection microscopiquement complète (R0) ont été proposées. Elles présentent toutes des avantages et des inconvénients, et sont basées sur des séries historiques rétrospectives avant l'avènement du traitement adjuvant.

Il en existe 2 grands types :

- Celles classant les patients dans des groupes de risque de récurrence estimé (NIH, NIH modifiée par Joensuu ...). Les groupes ont été initialement définis de la manière arbitraire suivante : haut risque (>30 % de risque de récurrence), risque intermédiaire (10-30 %), faible (<10 %) et très faible risque (0-2 %). Cela reste assez généralement admis.
- Celles estimant de manière chiffrée le risque de récurrence (AFIP de Miettinen, nomogrammes, « contour maps »).

La première classification histo-pronostique du risque de récurrence fondée sur la taille de la tumeur et l'index mitotique, a été établie en 2002 lors d'un consensus [8]. **L'index mitotique est le facteur pronostique de récurrence le plus important** (et la perforation le cas échéant). Le nombre de mitoses doit désormais être évalué sur 5 mm² [9]. Cela correspond, sur les microscopes actuels, à 20 à 25 champs au grossissement x 40 au lieu des « 50 champs à fort grossissement (HPF) » indiqués dans les anciennes publications. D'autres paramètres topographiques, histologiques, immuno-histo-chimiques et moléculaires impactent le risque de récurrence.

De grandes séries rétrospectives ont permis de préciser ces données, mettant en évidence en outre, l'influence du siège de la tumeur et d'une perforation tumorale

(pronostic similaire à une GIST métastatique) sur le risque de récurrence [9]. Toutes les classifications sont utilisables en pratique, et aucune n'est parfaite. Les classifications AFIP de Miettinen et NIH modifiée par Joensuu (tableaux ci-dessous) [9,10] sont les plus utilisées. Une classification TNM est disponible (UICC TNM8) et intègre les principaux facteurs pronostiques [1]. Elle est encore peu utilisée en pratique.

Estimation du risque de récurrence ou de décès lié à la maladie dans les GIST localisées réséquées dans des groupes définis par la taille, l'index mitotique et le siège de la tumeur (AFIP : Armed Forces Institute of Pathology, d'après Miettinen) [9]. Les chiffres sont basés sur le suivi à long terme d'études portant sur 1055 GIST gastriques, 629 GIST jéjuno-iléales, 144 GIST duodénales et 111 GIST rectales Il convient d'y ajouter la perforation qui est associée à un risque élevé de récurrence.

Diamètre maximal de la tumeur (cm)	Index mitotique **	GIST gastrique	GIST jéjuno-iléale	GIST duodénale	GIST rectale
≤2	≤5	0	0	0	0
>2 -5	≤5	1,9 % (très faible)	4,3 % (faible)	8,3 % (faible)	8,5 % (faible)
>5 -10	≤5	3,6 % (faible)	24 % (intermédiaire)	-*	-*
>10	≤5	12 % (intermédiaire)	52 % (élevé)	34 % (élevé)	57 % (élevé)
≤2	>5	0	50 % (élevé)	-*	54 % (élevé)
>2 -5	>5	16 % (intermédiaire)	73 % (élevé)	50 % (élevé)	52 % (élevé)
>5 -10	>5	55 % (élevé)	85 % (élevé)	-*	-*
>10	>5	86 % (élevé)	90 % (élevé)	86% (élevé)	71 % (élevé)

* nombre de patients insuffisant pour l'estimation

** l'index mitotique est évalué par Miettinen sur une surface globale de 5 mm², estimation des 50 champs à fort grossissement classiques afin de limiter la variabilité en fonction des microscopes (cela correspond en effet à seulement 20-25 champs à fort grossissement sur des microscopes récents).

Estimation du risque de récurrence dans les GIST localisées réséquées dans la classification de Joensuu dérivée de celle du NIH. Elle vise notamment à mieux scinder les GIST à risque intermédiaire et élevé, et intègre le caractère péjoratif d'une perforation [10]

Risque de rechute	Taille	Index mitotique	Localisation
Très faible	≤ 2 cm	≤5	Indifférente
Faible	>2 – 5 cm	≤5	Indifférente
Intermédiaire	≤5 cm	6-10	Gastrique
	>5 – 10 cm	≤5	Gastrique
Élevé	Indifférente	Indifférent	Rupture tumorale
	> 10 cm	Indifférent	Indifférente
	Indifférente	> 10	Indifférente
	> 5 cm	> 5	Indifférente
	≤ 5 cm	> 5	Non gastrique
	>5 – 10 cm	≤5	Non gastrique

L'index mitotique et la taille étant des variables continues, les limites indiquées dans ces classifications doivent être interprétées judicieusement. Des « *contour maps* » pronostiques (cartes d'isolignes, c'est-à-dire de répartition de même valeur du risque de récurrence) qui incorporent l'index mitotique et la taille comme des variables continues ont été définies par Joensuu *et al.* à partir de séries de patients n'ayant pas reçu de traitement adjuvant [11]. Elles peuvent être consultées par exemple à l'adresse suivante : <https://liferaftgroup.org/risk-of-recurrence-details>. Les récurrences après chirurgie sont essentiellement hépatiques et/ou péritonéales. L'index mitotique de la tumeur influence la rapidité de survenue d'une récurrence. Pour les patients à haut risque de récurrence, elles surviennent surtout dans les 3 ans qui suivent la fin du traitement adjuvant. La majorité des récurrences surviennent dans les 5 ans suivant la chirurgie ou la fin du traitement adjuvant. Des récurrences plus tardives sont possibles mais rares [1]. Il n'existe pas de données dans la littérature permettant de valider un protocole précis de surveillance. Les protocoles de surveillance proposés correspondent donc à des avis d'experts (annexe 3).

L'exposition aux rayonnements ionisants et ses risques à long terme devant être pris en compte, d'autant plus que le patient est jeune et que la GIST a un risque de récurrence bas, l'IRM abdominale est une alternative au scanner [1].

REFERENCES

- Examen clinique et scanner spiralé abdomino-pelvien ou IRM abdominale (**accord d'experts**)
- Pas de rythme de référence établi par un essai (à discuter selon le risque de récurrence et le terrain)
- Scanner thoracique si GIST à haut risque ou GIST rectale au moins 1 fois/an (**avis d'experts**)

OPTIONS (**avis d'experts**) (annexe 3)

- Tumeurs à risque élevé (sous imatinib adjuvant) : tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans
- Tumeurs à risque élevé (après imatinib adjuvant) : tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuels pendant 5 ans
- Tumeurs à risque intermédiaire (sans imatinib adjuvant) : tous les 3 à 6 pendant 3 ans, puis tous les 6 mois jusqu'à 5 ans, puis annuels jusqu'à 10 ans
- Tumeurs à faible risque : tous les 6 à 12 mois pendant 5 ans
- Tumeurs à très faible risque : pas de surveillance systématique.

12.3.2. Influence du génotype et d'autres facteurs biologiques sur le risque de récurrence

Le génotype est un outil complémentaire pour évaluer le risque de récurrence. Ces données commencent à s'ajouter progressivement aux critères histo-pathologiques qui restent prépondérants pour estimer le risque de récurrence [12]. La relation entre génotype et risque de récurrence est complexe à analyser pour plusieurs motifs. D'une

part, parce qu'il existe une grande variété de mutations possibles au niveau de l'exon 11 de *KIT*. Dans une étude 138 mutations différentes de *KIT* et *PDGFRA* étaient présentes chez 496 patients [13]. Dix mutations représentaient cependant 56% de l'ensemble des mutations permettant certaines corrélations génotype/pronostic. D'autre part, outre sa valeur pronostique, la mutation a également une valeur prédictive de réponse au traitement par imatinib. Ainsi les mutations de l'exon 11 de *KIT* sont les plus sensibles à l'imatinib, alors que la mutation *PDGFRA* D842V est généralement résistante [1].

En pratique, les GIST avec mutation de *KIT* ont un risque de récurrence supérieur à celles avec mutation de *PDGFRA*, les GIST sans mutation *KIT/PDGFRA* ayant un risque intermédiaire entre ces 2 groupes. Parmi les mutations de l'exon 11 de *KIT*, les délétions ont un risque de récurrence supérieur aux substitutions, et les duplications (plus rares) ont un meilleur pronostic [12].

D'autres facteurs moléculaires sont à l'étude. Il a été montré que le niveau de réarrangement du génome tumoral a une valeur pronostique. Un index génomique corrélé au risque de récurrence a été déterminé, et est actuellement évalué dans une étude française prospective randomisée pour le traitement adjuvant de GIST de risque intermédiaire de rechute (Essai GI-GIST).

12.3.3. Critères d'évaluation par imagerie et surveillance au cours d'un traitement par inhibiteur de tyrosine-kinase pour GIST avancée ou métastatique [1,2]

La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste est l'imagerie la plus utilisée dans l'évaluation de la réponse (**accord d'experts**). Il a été montré que les critères RECIST de réponse tumorale n'étaient pas complètement adaptés à l'évaluation de la réponse tumorale dans les GIST traitées par imatinib. En cas de réponse, la masse devient hypodense et la partie prenant le contraste ainsi que la vascularisation tumorale diminuent en quelques semaines. Ces modifications ne sont pas toujours associées à une diminution de taille de la tumeur qui est plus lente, et peut même dans certains cas augmenter initialement. La mesure de la densité tumorale, en unités Hounsfield, est nécessaire. La diminution de la vascularisation tumorale évaluée par exemple par scanner dynamique ou Doppler avec injection de produit de contraste, traduit aussi l'efficacité du traitement (**accord d'experts**). Une augmentation de taille pouvant traduire l'efficacité du traitement, une revue de l'imagerie dans un pôle régional de cancérologie doit être envisagée avant son arrêt.

Des critères d'évaluation tomodensitométriques appropriés aux GIST ont été proposés pour définir le contrôle de la maladie sous imatinib [2] : diminution de la taille (mesure unidimensionnelle) > 10 % et/ou diminution de la densité après injection (en unités Hounsfield) d'au moins 15 %. Ces critères ont d'excellentes sensibilité et spécificité pour différencier les bons des mauvais répondeurs.

L'IRM abdominale est une alternative au scanner.

La progression tumorale en cas de maladie métastatique traitée par imatinib peut être localisée (par exemple porter sur 1 ou 2 métastases, apparition d'un " nodule dans la

masse " nécrotique), ou être diffuse. Les progressions focales représentent environ 50 % des progressions. Les modifications de densité intratumorale précèdent en moyenne de quelques mois les augmentations de taille des métastases. En cas de doute sur une progression, une relecture en centre expert est justifiée.

La TEP au FDG a montré une sensibilité élevée dans la détection de la réponse tumorale précoce. Elle est toutefois d'intérêt limité en pratique courante. L'écho-Doppler avec injection de produit de contraste permet aussi une évaluation précoce de la réponse par évaluation de la perfusion intra-tumorale des métastases hépatiques. Des logiciels permettent désormais d'obtenir une évaluation quantitative. Malgré sa simplicité et des études multicentriques concluantes, sa diffusion en pratique reste limitée.

L'amélioration symptomatique, les réponses tomодensitométrique (taille et densité), TEP (SUV max) et écho-Doppler (dB), sont toutes prédictives du contrôle tumoral par l'imatinib.

REFERENCES

- Examen clinique, hémogramme et biologie hépatique tous les mois pendant 3 mois puis tous les 3 mois
- Scanner spiralé abdomino-pelvien avec mesure de densité des lésions tous les 3 mois ou IRM abdominale (**accord d'experts**).

OPTIONS

- Écho-Doppler avec injection de produit de contraste (pré-thérapeutique puis dès J7 ou J28, puis tous les 3 mois) (**avis d'experts**).
- TEP au FDG (pré-thérapeutique puis dès J7 ou J28, puis tous les 3 mois) non recommandé en pratique courante (**avis d'experts**).

12.4. TRAITEMENT

Le réseau de référence clinique NETSARC (<https://netsarc.sarcomabcb.org>) labellisé par l'INCa comporte 26 centres spécialisés répartis sur tout le territoire national qui assurent la prise en charge de sarcomes des tissus mous et des viscères, des GIST et des tumeurs desmoïdes. Il est recommandé de présenter les dossiers de GIST à une RCP spécialisée de ces centres, tout du moins en cas de GIST de prise en charge délicate et pour tout avis de recours.

12.4.1. Traitement chirurgical

12.4.1.1. Principes de la chirurgie

La résection chirurgicale complète en monobloc de la tumeur est le seul traitement potentiellement curatif [1,2]. Il n'existe pas de consensus sur la marge optimale de résection, qui peut probablement être limitée, l'important étant une résection microscopiquement complète (R0) sur les tranches de section viscérales. Une chirurgie préservant les organes, c'est-à-dire sans interruption de la continuité digestive, peut être discutée si elle est réalisable avec une marge microscopiquement saine (notamment dans l'estomac). Les énucléations ne sont pas recommandées, car classiquement grevées d'un risque de récurrence plus élevé que les résections segmentaires, tout du moins pour les GIST gastriques et rectales [13]. Il est essentiel d'éviter une rupture tumorale per-opératoire qui est un facteur prédictif quasi absolu de récurrence péritonéale malgré une chirurgie macroscopiquement complète, au point que certaines équipes recommandent un traitement adjuvant pour une durée déterminée voire à vie dans cette situation. Les GIST volumineuses sont très fragiles, comprenant souvent des remaniements kystiques, hémorragiques et/ou nécrotiques. Elles doivent donc être manipulées avec la plus grande précaution, en particulier après traitement par imatinib [1,2]. Il n'y a pas de définition consensuelle de la rupture tumorale dans les GIST. Un groupe de chirurgien a récemment proposé sans qu'elles soient validées six situations à considérer comme une rupture tumorale : une effraction tumorale avec/sans essaimage (iatrogène ou spontanée), une ascite tachée de sang, une perforation gastro-intestinale au niveau de la tumeur (avec essaimage du contenu intra-luminal), une infiltration microscopique d'un organe de contact (T4b), une exérèse fragmentaire ou intra-lésionnelle, une biopsie chirurgicale (par laparotomie ou laparoscopie) [38]. Le curage ganglionnaire n'est pas systématique, car les métastases ganglionnaires sont rares et le risque de récurrence ganglionnaire limité, sauf dans les formes pédiatriques. En cas de doute, un picking ganglionnaire est recommandé.

Après résection microscopiquement incomplète (R1), la conduite à tenir reste l'objet de discussions au cas par cas, car d'une part il n'a pas été démontré qu'une reprise améliorerait le pronostic, et d'autre part, cette reprise n'est pas toujours un geste techniquement simple [39].

Un rapport de l'Association française de chirurgie (AFC) sur le traitement des GIST est disponible [14].

12.4.1.2. Tumeurs non-métastatiques

Tumeurs localisées

Le geste chirurgical dépend du siège de la tumeur.

- **Pour une tumeur gastrique** de siège antral ou fundique, une gastrectomie atypique (*wedge* résection possible sans interruption de la continuité digestive) ou segmentaire (pour des raisons anatomiques) est indiquée. Le choix de la technique opératoire (coelioscopie ou laparotomie) repose sur l'évaluation du risque de perforation per-opératoire. Il est en effet essentiel d'éviter une effraction per-opératoire de la tumeur qui péjore la survie globale. La résection sous coelioscopie est possible, mais elle doit être évitée en cas de volumineuse tumeur avec des remaniements importants kystiques, hémorragiques et/ou nécrotiques [15]. Les tumeurs de siège péri-cardial ou pré-pylorique peuvent nécessiter une

gastrectomie réglée. En cas de volumineuse tumeur, ou de tumeur proche du cardia, une gastrectomie totale peut être imposée par des contraintes anatomiques. Les équipes asiatiques pratiquent de plus en plus des résections endoscopiques pour les petites GIST gastriques (< 2 ou 3 cm), éventuellement par une approche combinée avec la coelioscopie, mais cela reste à valider.

- **Pour les tumeurs du grêle**, une résection segmentaire est indiquée.
- **Pour les tumeurs duodénales**, le type de chirurgie (conservatrice ou duodéno pancréatectomie céphalique) dépend de la localisation et de la taille tumorale. Une chirurgie conservatrice si elle est possible donne la même survie globale qu'une résection radicale [14].
- **Pour les tumeurs du rectum et du côlon**, une chirurgie réglée est classiquement recommandée. Néanmoins, une résection locale par voie transanale peut être discutée en RCP spécialisée en cas de GIST rectale de petite taille [1].
- **Pour les tumeurs œsophagiennes**, l'exérèse des GIST par énucléation sous thoracoscopie quand elle est possible peut être une alternative à l'œsophagectomie [16].
- **Lorsque la lésion est résécable, un traitement néo-adjuvant par imatinib n'est pas indiqué** [1,2]. En revanche, l'imatinib peut être indiqué après concertation pluridisciplinaire quand on estime qu'il peut modifier le geste opératoire en simplifiant la chirurgie ou en permettant une résection moins mutilante (préservation sphinctérienne pour le rectum par exemple) (cf 12.4.3.3 imatinib en situation néo-adjuvante) [17]. Ceci nécessite un suivi attentif afin de dépister précocement les 5-10 % de GIST d'emblée résistantes à l'imatinib, et d'évaluer le risque hémorragique notamment lorsque le mode de diagnostic de la tumeur a été un saignement.

Tumeurs localement avancées

Une exérèse large parfois mutilante n'est licite que si elle est complète. Cette attitude agressive est à moduler en fonction des organes concernés et du terrain. L'alternative d'un traitement néo-adjuvant est judicieuse quand la résection semble importante ou incertaine en préopératoire, pour limiter le geste chirurgical initial et augmenter les chances de résection complète. La chirurgie est alors envisagée quand la réponse maximale est observée (généralement après 6 à 12 mois de traitement) [1]. Il faut tenir compte du risque de complications sévères liées à la tumeur primitive (hémorragie, perforation, rupture tumorale) sous imatinib, même s'il semble limité. Cette approche doit être réservée à des centres experts.

12.4.1.3. Tumeurs métastatiques

Les métastases sont principalement péritonéales et hépatiques.

L'imatinib, un inhibiteur de tyrosine-kinases (ITK) dont KIT et PDGFRA, **est le seul traitement de première ligne** (cf 12.4.3.). La chirurgie n'est pas recommandée initialement au stade métastatique, mais peut être discutée en seconde intention sous traitement médical.

Avant traitement médical, l'exérèse de la tumeur primitive, si elle n'a pas eu lieu précédemment, n'est indiquée qu'en cas de symptômes majeurs (occlusion, hémorragie, perforation). Elle peut être discutée de manière multidisciplinaire en

tenant compte du terrain et de l'importance du geste chirurgical avant le traitement par imatinib afin de prévenir la survenue de complications locales (**avis d'expert**). Le risque de perforation ou d'hémorragie de la tumeur primitive sous imatinib n'est pas connu précisément et est probablement limité (2,7 % d'hémorragie tumorale et 2,7 % de perforation dans une étude, pas de perforation dans deux autres études) [18-20].

L'exérèse de volumineuses masses nécrotiques après traitement par imatinib, symptomatiques, et dont le risque de rupture semble important est préférable à une chirurgie en urgence pour complication (**accord d'experts**) [1]. Une telle chirurgie doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et doit être réalisée par une équipe entraînée.

Chez les patients répondeurs ou stables sous imatinib et potentiellement accessibles à une résection complète, la place de la chirurgie d'exérèse ou de la radiofréquence de métastases reste à préciser [1-2]. Sa faisabilité a été démontrée, mais son bénéfice en termes de survie n'est pas établi. Deux essais randomisés (poursuite de l'imatinib versus chirurgie + poursuite de l'imatinib) ont été suspendus du fait d'un recrutement trop lent [21]. Toute chirurgie dans ce cadre doit être discutée en réunion pluridisciplinaire (RCP), car le traitement par imatinib est le traitement de référence [14]. L'imatinib peut être arrêté la veille de la chirurgie et repris dès que le transit le permet.

Une exérèse ou une destruction par radiofréquence de métastases peuvent être envisagées en cas de progression focale de la maladie sous imatinib pour retarder l'évolution générale de la maladie. Ce traitement n'a pas d'intérêt en cas de progression diffuse sous traitement médical (**accord d'experts**) [1].

En cas de découverte per-opératoire d'une maladie métastatique lors de la résection de la tumeur primitive, il n'a pas été démontré de bénéfice d'une chirurgie de cytoréduction initiale des métastases et la résection du primitif associée à un traitement médical est indiquée. Après résection initiale macroscopiquement complète d'une maladie métastatique sans traitement médical préalable, un traitement adjuvant par imatinib est justifié (sauf en cas de mutation résistante à l'imatinib, cf infra). Cette situation n'ayant pas fait l'objet d'essais spécifiques, sa durée (comme un traitement adjuvant ou jusqu'à progression) doit être discutée en RCP (**avis d'expert**).

Après exérèse de métastases chez un patient en cours de traitement, la poursuite de l'imatinib est indispensable (accord d'experts) [1].

12.4.2. Chimiothérapie, radiothérapie

Traitements des formes avancées ou métastatiques

Les chimiothérapies cytotoxiques ne sont pas efficaces dans les GIST. La radiothérapie n'a été utilisée que ponctuellement, le plus souvent à visée symptomatique, pour des tumeurs fixées, responsables de douleurs ou hémorragiques, ou des métastases osseuses. Une série (phase II sur 25 patients) suggère qu'elle peut permettre dans certains cas des stabilisations de lésions abdominales ou hépatiques évolutives sous ITK [22].

Traitement adjuvant

La radiothérapie n'a été utilisée en adjuvant que dans de petites séries de patients qui avaient des facteurs de mauvais pronostic (envahissement local, marges envahies, rupture tumorale), sans que son intérêt soit démontré. Il n'existe pas d'éléments en faveur de la chimiothérapie cytotoxique en situation adjuvante.

12.4.3. Imatinib (Glivec®)

L'efficacité de l'imatinib a été établie dans les GIST localement avancées ou métastatiques (**niveau de la recommandation : grade A**), puis en situation adjuvante à la chirurgie.

12.4.3.1 Imatinib en situation métastatique

En règle générale, ou lorsque le génotype de la tumeur n'est pas connu, la dose standard d'imatinib est de 400 mg/j, un comprimé en une prise au milieu d'un repas.

Le génotypage des tumeurs est recommandé (accord d'experts) [1,2]. Les GIST avec mutation de l'exon 11 de *KIT* sont les plus sensibles à l'imatinib. La posologie de 800 mg/j d'emblée est recommandée en cas de GIST avec une mutation de l'exon 9 (**avis d'expert**). Une méta-analyse de 2 essais de phase III a montré que les patients ayant une mutation de *KIT* sur l'exon 9 (10 % environ) avaient une survie sans progression augmentée en cas de traitement par 800 mg/j d'emblée (19 mois vs 6 mois ; $p = 0,017$) [1]. La survie globale était supérieure, mais de manière non significative, en cas de traitement par 800 mg/j d'emblée (35 mois vs 28 mois ; $p = 0,15$) [23]. Cependant, l'échantillon était limité ($n = 91$), et le cross over autorisé lors d'une progression à 400 mg/j. Les GIST sans mutation de *KIT* ou *PDGFRA* ont globalement une sensibilité moindre à l'imatinib que les GIST avec mutation de l'exon 11 de *KIT*. Un avis en centre expert est indispensable pour les patients ayant une GIST SDH-déficiente. Par ailleurs, l'imatinib est peu ou pas actif chez les patients ayant une mutation de l'exon 18 de *PDGFRA* de type D842V [24], et l'avapritinib est actuellement disponible dans cette indication (cf 12.4.6) (en ATU de cohorte au 01/12/2020).

Il est recommandé dans le cadre de l'AMM de poursuivre le traitement par imatinib jusqu'à progression, intolérance ou refus du patient. Une augmentation de dose d'imatinib ou un changement d'inhibiteur de tyrosine-kinases doivent être discutés en cas de progression (*cf infra*). Il n'est pas recommandé de diminuer la dose en l'absence de toxicité majeure, du fait d'une majoration du risque de progression. Un essai du Groupe Sarcome Français (essai BFR 14) a testé l'utilité ou non de la poursuite de l'imatinib après 1 an, 3 ans ou 5 ans de traitement chez les patients stables ou répondeurs. La survie sans progression était significativement allongée en cas de poursuite de l'imatinib, et la profondeur de la réponse moindre en cas de réintroduction de l'imatinib à progression [1].

Des effets secondaires surviennent chez la majorité des patients, mais le plus souvent d'intensité modérée et régressant au cours du traitement [1,2]. La tolérance de l'imatinib est dose-dépendante. Les trois effets secondaires les plus fréquents sont les œdèmes, l'asthénie et les troubles digestifs. L'observance du traitement doit être surveillée à chaque consultation. La prise en charge précoce et efficace des effets secondaires est la clé de l'observance aux inhibiteurs de tyrosine-kinases. Les adaptations de doses doivent être faites selon les RPC du produit, et peuvent être

modulées en fonction des dosages plasmatiques de l'ITK du fait d'importantes variations inter-individuelles [25]. Un seuil de taux résiduel d'imatinib plasmatique à 760 ng/mL a été suggéré comme associé à une survie sans progression plus longue [40].

La résistance au traitement peut être primaire (dans les 6 premiers mois) (< 10 %), ou secondaire (après 6 mois). Il faut, avant de conclure à une résistance, éliminer un problème d'observance ou d'interactions médicamenteuses susceptible de diminuer l'exposition à l'imatinib (notamment jus de pamplemousse, inhibiteurs de la pompe à protons, millepertuis, etc. On peut consulter par exemple à ce sujet le thésaurus en ligne des interactions médicamenteuses de l'ANSM. Un dosage du taux plasmatique résiduel d'imatinib est judicieux. Des taux plasmatiques bas d'imatinib sont associés à un temps jusqu'à progression et un bénéfice clinique moindres [26]. Le bénéfice d'un monitoring systématique des taux plasmatiques d'imatinib sur l'optimisation de la prise en charge reste à démontrer.

En cas de résistance secondaire avérée, on distingue les résistances partielles (évolution au niveau d'une ou d'un nombre limité de métastases) et les résistances multifocales (sur plusieurs lésions). L'arrêt de l'imatinib sans mise en route d'un autre traitement par inhibiteur de tyrosine-kinase peut être associé à une poussée évolutive des clones tumoraux toujours sensibles même chez des patients en progression, avec un risque de progression plus rapide et intense. En cas de progression focale, un traitement local associé à la poursuite de l'imatinib (à la même dose ou à dose augmentée en cas de mutation de l'exon 9 ou de sous exposition plasmatique si la tolérance le permet) se discute. En cas de progression multifocale, l'inclusion dans un essai thérapeutique avec une nouvelle molécule, une augmentation des doses d'imatinib à 800 mg (qui se discute surtout en cas de taux plasmatique bas d'imatinib ou de GIST avec mutation de l'exon 9 de KIT traitée à dose standard, et permet une stabilisation transitoire chez 30 à 40 % des patients) ou un changement d'inhibiteur de tyrosine-kinase sont indiqués [1]. Une demande d'avis auprès d'une RCP NETSARC est recommandée afin d'optimiser les inclusions dans les essais.

12.4.3.2 Imatinib en situation adjuvante

On dispose des résultats de trois essais de phase III. Dans un essai multicentrique américain, 773 patients avaient une GIST localisée de taille supérieure ou égale à 3 cm et une résection complète dans les 14 à 70 jours précédant l'inclusion [27]. Les patients étaient randomisés entre imatinib 400 mg/j et placebo pendant un an. Le critère principal de l'étude était la survie sans récurrence. A un an la survie sans récurrence était de 97,7 % dans le bras imatinib versus 82,3 % dans le bras placebo ($p < 0,0001$). Il n'a pas été observé de bénéfice sur la survie globale. Les résultats de l'analyse en sous-groupes selon les classifications NIH de 2002 et AFIP de Miettinen du risque de récurrence n'ont pas montré de bénéfice en survie sans récurrence dans les groupes à faible et très faible risque. Une analyse secondaire de sous-groupes en fonction du génotype a été rapportée [28]. Un bénéfice significatif en survie sans récurrence était observé en cas de mutation de l'exon 11 de *KIT* (présente chez 346 patients), mais pas en cas de mutation de l'exon 9 (35 patients) ou d'absence de mutation détectée (64 patients), notamment en cas de neurofibromatose. En cas de mutation *PDGFRA* (28 patients), il existait un risque de récurrence spontané très faible, et aucun bénéfice de l'imatinib en cas de mutation D842V de l'exon 18 (mais bénéfice significatif en cas d'autres mutations de *PDGFRA*).

La seconde étude, européenne, a comparé 1 an contre 3 ans d'imatinib chez 400 patients ayant une GIST à haut risque de rechute (selon la classification de Fletcher de 2002 et donc certains patients étaient à risque intermédiaire selon la classification AFIP), ou une rupture tumorale pré ou per-opératoire [29]. L'imatinib (400 mg/j) devait être débuté dans les 3 mois qui suivaient l'intervention chirurgicale. A 3 ans, la survie sans récurrence était de 87 % dans le bras 3 ans d'imatinib contre 60 % dans le bras 1 an. Avec un suivi médian de 54 mois, la survie sans récurrence était de 66 % contre 48 % en faveur du traitement de 3 ans ($p < 0,0001$). La survie globale était meilleure à 5 ans avec un taux de 92 % dans le bras 3 ans contre 82 % dans le bras 1 an ($p = 0,019$). Les résultats actualisés avec un suivi médian de 10 ans confirment la supériorité du schéma adjuvant 3 ans qui se maintient en termes de survie sans récurrence ($p = 0,003$) et de survie globale : 79 % contre 65 % à 10 ans ($p = 0,004$) [30]. Une analyse de sous-groupes en fonction du génotype montrait là encore que les patients ayant une mutation de l'exon 11 de *KIT*, notamment les délétions qui sont le plus fréquentes des mutations, bénéficient le plus du traitement adjuvant.

La troisième étude, réalisée par l'EORTC a comparé imatinib 400 mg/j pendant 2 ans et surveillance chez 908 patients ayant une GIST à risque élevé ou intermédiaire [31]. Le critère principal était la survie sans échappement à l'imatinib (donné d'emblée dans le groupe surveillance en cas de rechute ou repris si rechute après traitement adjuvant) (IFS), différent de celui des autres études. Si la survie sans récurrence était significativement meilleure dans le bras imatinib, l'IFS à 5 ans était similaire (87% contre 84%). Dans les GIST à haut risque, il existait une tendance non significative à une meilleure IFS (79% contre 73%) ($p = 0,11$). Il n'existait pas de bénéfice en survie globale. Cette étude suggère un effet plus suspensif que curatif de l'imatinib en adjuvant.

L'AMM a été attribuée à l'imatinib en adjuvant en 2009 avec un intitulé qui ne fait mention ni de risque chiffré de récurrence ni de durée de traitement : « traitement adjuvant des patients adultes présentant un risque significatif de rechute après résection d'une tumeur stromale gastro-intestinale GIST KIT (CD117) positive ; les patients qui présentent un faible ou très faible risque ne doivent pas être traités ».

Une étude de phase II américaine a évalué le risque de récurrence chez 91 patients ayant une GIST à risque élevé de récurrence (en fait environ 1/3 des malades avaient un risque intermédiaire) traités par imatinib en adjuvant pendant 5 ans. La survie sans récurrence estimée à 5 ans était de 90% et à 8 ans de 80%. Dans la plupart des cas, les récurrences survenaient chez des patients n'ayant pas une mutation de l'exon 11 de *KIT*. Deux essais randomisés testant une durée plus longue de traitement adjuvant sont en cours en Europe (en France : essai IMADGIST, comparant arrêt imatinib après 3 ans vs 3 années supplémentaires chez les patients ayant un risque de récurrence estimé > 35 %). Les inclusions sont ouvertes et encouragées.

REFERENCES

Les discordances entre les 2 classifications NIH et AFIP pour estimer le risque de récurrence posent un problème d'indication thérapeutique en particulier pour les GIST gastriques de 5 à 10 cm avec moins de 5 mitoses. L'utilisation des classifications proposées par Miettinen et al. (AFIP), associée à la présence ou non d'une perforation, ou par Joensuu (NIH modifiée ou « *contour maps* ») semble judicieuse pour estimer le risque de récurrence (**avis d'experts**) [1].

La durée du traitement adjuvant par imatinib recommandée est de 3 ans dans les GIST à haut risque de récurrence, et d'au moins 3 ans dans les GIST perforées (accord d'experts). Il est possible qu'une durée plus longue soit plus efficace. L'inclusion des patients dans l'essai IMADGIST (cf supra--) doit être favorisée. En cas de rupture tumorale, en pré ou per-opératoire, le risque de récurrence sous forme de sarcomatose péritonéale est majeur. La durée optimale du traitement adjuvant n'est pas définie chez ces patients virtuellement métastatiques qui pourraient bénéficier d'un traitement jusqu'à progression (**avis d'expert**) [1].

- Dans les GIST à risque intermédiaire, l'analyse du terrain, le génotypage de la tumeur, l'information et l'avis du patient sont des éléments importants pour la décision thérapeutique. Le traitement adjuvant pour une durée de 3 ans est une option (**avis d'expert**). L'inclusion dans l'essai GI-GIST doit être favorisée.
- **La détermination du génotype de la tumeur est recommandée (accord d'experts) avant la mise en route d'un traitement adjuvant [1].** Les patients ayant une mutation de l'exon 11 de *KIT* (environ 60 % des patients) sont les plus à même de tirer profit du traitement adjuvant par imatinib. Ceux ayant une mutation de *PDGFRA* de type D842V de l'exon 18 (environ 20 % des GIST de l'estomac), mutation de résistance à l'imatinib, ne tirent pas de bénéfice du traitement adjuvant. Leur risque de récurrence spontanée est très faible. Le bénéfice du traitement adjuvant dans les GIST sans mutation de *KIT*/ou *PDGFRA* ou ayant une mutation de l'exon 9 de *KIT* est mal connu. Le traitement adjuvant n'est pas recommandé en cas de GIST liée à une perte d'expression ou une mutation de la *SDH* (GIST « *SDH* déficiente ») ou dans le cadre d'une neurofibromatose (mutation *NF1*) [1]. Certains préconisent l'imatinib à 800 mg/j en adjuvant en cas de mutation de l'exon 9 de *KIT* par analogie à la situation métastatique malgré l'absence d'étude spécifique [1], cette attitude n'est pas partagée par la plupart des experts français. Il sera important à l'avenir de mieux caractériser d'une part le risque de récurrence individuel (possiblement par de nouvelles méthodes telles que l'analyse des réarrangements géniques), d'autre part les patients qui bénéficient le plus du traitement adjuvant d'une durée prolongée.

12.4.3.3 Imatinib en situation néo-adjuvante

Il n'y a pas d'étude randomisée ayant évalué la place et les modalités de prescription d'un traitement néoadjuvant par imatinib. L'objectif est la préservation d'organe et l'augmentation du taux de résection R0. La dose la plus étudiée est 400 mg/j, un traitement de l'ordre de 6 à 12 mois permet d'obtenir un taux de réponse objective maximal, de l'ordre de 60 à 80 %. Dans les séries où la durée du traitement néoadjuvant dépasse 6 mois, le taux de résection R0 est plus élevé, supérieur à 80 %. La durée optimale n'étant pas fixée et dépendant probablement des caractéristiques tumorales (localisation, mutation), l'attitude proposée par des chirurgiens experts est de réaliser un scanner tous les 2-3 mois et d'opérer lorsque le volume tumoral est le plus faible, ou après une stabilité sur 2 imageries consécutives [17]. La médiane de traitement par imatinib dans cette série était de 10 mois.

12.4.4. Sunitinib (Sutent®)

Le sunitinib est un inhibiteur oral de tyrosine-kinase agissant sur plusieurs récepteurs tyrosine kinase transmembranaires (KIT, VEGF, PDGF). Il s'agit du seul inhibiteur de tyrosine-kinase ayant une AMM en deuxième ligne. Son efficacité a été démontrée par une étude de phase III multicentrique chez 312 patients avec une GIST métastatique ou non résécable ayant une résistance ou une intolérance à l'imatinib [32,33]. Les ITK après la première ligne entraînent plus souvent des stabilisations de la maladie que des réponses objectives radiologiques. La posologie classique (AMM) est de 50 mg/j 4 semaines sur 6. Un traitement continu à la dose de 37,5 mg /j aurait une efficacité similaire dans les GIST avec une tolérance comparable d'après une étude de phase II non randomisée [34]. L'observance du traitement est essentielle, et le traitement doit être personnalisé (posologie, schéma intermittent ou continu) selon la tolérance. La prise en charge précoce et efficace des effets secondaires est là encore indispensable. Du fait d'importantes variations inter-individuelles, les dosages plasmatiques du sunitinib peuvent être une aide à l'adaptation des doses. Les interactions médicamenteuses (notamment avec les inhibiteurs de la pompe à protons) sont à prendre en considération.

12.4.5. Regorafenib (Stivarga®)

Le regorafenib est un inhibiteur oral de tyrosine-kinase proche du sorafénib, agissant sur plusieurs récepteurs tyrosine kinase transmembranaires (KIT, VEGF, PDGF). Il s'agit du seul inhibiteur de tyrosine-kinase ayant une AMM en troisième ligne, en cas d'échec et/ou intolérance de l'imatinib et du sunitinib. Son efficacité a été démontrée par une étude de phase III multicentrique contre placebo, chez patients avec une GIST métastatique ou non résécable, résistants ou intolérants à l'imatinib et au sunitinib [35]. La dose préconisée est de 160 mg/j 3 semaines sur 4. Comme pour tous les ITK, la prévention et la prise en charge des effets secondaires, l'adaptation des doses à la tolérance, et la personnalisation du traitement, sont essentiels pour l'observance.

12.4.6. Ripretinib (QINLOCK®)

Le ripretinib a été évalué dans un essai randomisé de phase III contre placebo avec cross over en 4ième ligne thérapeutique. (Essai Invictus) [41]. Cet essai montre une amélioration significative de la PFS, et une supériorité en faveur du ripretinib pour le taux de réponse (11% vs 0%) et pour la survie (médiane de survie 6 mois vs non-atteinte >15 mois). Le médicament est disponible dans le cadre d'un accès précoce post-AMM à compter du 11/04/2022 en cas de GIST avancée ayant reçu au préalable un traitement par 3 ITK dont l'imatinib.

[Haute Autorité de Santé – Accès précoce à un médicament \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr)

12.4.7. Avapritinib (AYVAKIT®)

L'avapritinib a montré un taux de réponse de 88% et une médiane de survie sans progression proche de 24 mois pour les patients porteurs de mutations *PDGFRA* D842V inopérables ou métastatiques [42]. Les données d'efficacité et de tolérance

sont encore limitées. La prescription d'avapritinib devra être prise après proposition issue d'une RCP avec un centre de référence et de compétences dans la prise en charge des sarcomes (recommandation HAS). Il dispose d'une AMM européenne dans les GIST inopérables ou métastatiques avec mutation *PDGFRA D842V* (pas de spécification de ligne thérapeutique) et est disponible en pharmacie hospitalière. Il conviendra de prendre en compte la toxicité neurologique notable spécifique de ce médicament (inexpliquée à ce jour) revêtant 2 aspects : les hémorragies intracrâniennes rares et les troubles cognitifs de sévérité variable conduisant à diminuer la dose ou l'arrêt transitoire du traitement.

12.4.8. Autres molécules

Le **larotrectinib** (VITRAKVI®) est efficace en cas de fusion du gène *NTRK* à rechercher pour les GIST sans mutation *KIT* et *PDGFRA* [36, 37]. Il a obtenu une AMM conditionnelle de l'EMA en 2019 dans les tumeurs solides avec fusion du gène *NTRK* sans autre alternative thérapeutique. Ce médicament n'est actuellement remboursé en France que chez les patients pédiatriques ayant un fibrosarcome infantile ou un autre sarcome des tissus mous avec une fusion du gène *NTRK*. A noter qu'un autre médicament, l'entrectinib (ROZLYTREK®), appartenant à cette classe thérapeutique a obtenu une AMM conditionnelle de l'EMA en septembre 2020.

De nouvelles molécules prometteuses font l'objet d'études notamment après échappement à l'imatinib et au sunitinib dans les GIST métastatiques, et peuvent être accessibles par l'inclusion dans les essais. Il s'agit principalement d'inhibiteurs multikinases ayant une efficacité sur des mutations de *KIT* classiquement dites secondaires (exon 13-14/17-18) (par exemple cabozantinib, lenvatinib... - essai français LENVAGIST...). Certains ont une efficacité potentielle en cas de mutation *PDGFRA D842V* (crenolanib). Des inhibiteurs de VEGFR2 (par exemple vandetanib, cabozantinib) et inhibiteurs de points de contrôle immunitaires sont en cours d'évaluation. L'atezolizumab en combinaison avec l'imatinib est en évaluation versus imatinib chez des patients en échec thérapeutique dans l'essai Atezogist du Groupe Sarcome Français (début 2021).

Parmi les inhibiteurs multikinases ayant montré une certaine efficacité dans des phases II mais non développés dans les GIST et n'ayant pas d'AMM on peut citer : le sorafenib (Nexavar®), le pazopanib (Votrient®), le nilotinib (Tassigna®) (pas de supériorité sur l'imatinib dans les GIST lors de l'analyse intermédiaire d'une phase III en première ligne et moindre efficacité en cas de mutation de l'exon 9 de *KIT*), le dasatinib (Sprycel®).

12.4.9. Indications thérapeutiques

Toutes les décisions thérapeutiques concernant une GIST doivent faire l'objet d'une RCP. Un avis auprès d'un centre régional de référence dans la prise en charge des sarcomes et tumeurs conjonctives (réseau NETSARC, <https://netsarc.sarcomabcb.org>) est recommandé pour privilégier l'inclusion dans les essais et devrait être systématique notamment dans les cas atypiques ou de prise en charge délicate. La majorité des recommandations dans les GIST émanent de l'avis

d'experts. Des algorithmes schématisant les principales indications thérapeutiques figurent en annexes (annexes 3 et 4).

12.4.9.1. GIST résécable non métastatique, résection R0

12.4.9.1.1. REFERENCES

- Chirurgie d'exérèse R0 (*niveau de la recommandation : grade A*).
- Imatinib 400 mg/j en adjuvant pendant 3 ans si GIST à haut risque de récurrence (*niveau de la recommandation : grade A*) sauf si mutation PDGFRA de type D842V ou mutation NF1 dans le cadre d'une neurofibromatose ou GIST « SDH déficiente ».

12.4.9.1.2. OPTIONS

- Imatinib en adjuvant pendant 3 ans si GIST à risque intermédiaire de récurrence (*avis d'expert*). Tenir compte notamment du terrain, du statut mutationnel de la tumeur (exon 11 de KIT ou non) et des souhaits du patient.
- GIST perforée : pas d'accord sur la durée du traitement adjuvant (3 ans ou plus ?)
- Cas particulier des petites GIST (*avis d'expert*) :
 - Si GIST de l'estomac < 2 cm de diamètre : surveillance ou résection chirurgicale. Si surveillance : écho-endoscopie (ou à défaut endoscopie) à 6 mois, 18 mois puis tous les 2 ans, à adapter en fonction du terrain et de la croissance éventuelle de la lésion.
 - Si GIST de l'estomac > 2 cm de diamètre : résection chirurgicale.
 - Si GIST du grêle, du rectum ou du duodénum : résection chirurgicale quelle que soit la taille (cf. chapitre 12.1.5).

12.4.9.2. GIST résécable non métastatique, résection R1 ou R2

12.4.9.2.1. OPTIONS

- Discuter une reprise chirurgicale surtout en cas de résection R2 car la valeur péjorative d'une résection R1 n'est pas clairement établie (*avis d'experts*). Lorsque la séreuse est envahie (GIST de grande taille) ou qu'il y a eu une effraction tumorale, le pronostic est surtout lié à l'essaimage péritonéal et non plus à la tranche de section viscérale et une reprise d'exérèse n'est donc pas justifiée. En revanche, la reprise se discute lorsque que le patient est potentiellement curable par la chirurgie (séreuse non envahie, pas d'effraction tumorale et lésion à risque faible ou intermédiaire de récurrence). L'importance du geste chirurgical et le risque de séquelles associées sont aussi des éléments dont il faut tenir compte.
- Si une reprise n'est pas possible, que la résection est R2 (macroscopiquement incomplète) il faut discuter un traitement par imatinib et une reprise chirurgicale dans un deuxième temps (*avis d'expert*).
- Imatinib en adjuvant pendant 3 ans si GIST à risque élevé ou intermédiaire de récurrence et résection R1 (*avis d'expert*).

- Imatinib en post-opératoire sans limitation de durée si résection R2 et pas de reprise chirurgicale possible (*avis d'expert*).

12.4.9.2.2. ESSAIS CLINIQUES

- **Essai ImadGIST** : étude de phase III, randomisée, multicentrique, évaluant l'intérêt de la poursuite d'un traitement adjuvant par imatinib 3 ans supplémentaires dans le traitement des GIST à haut risque de récurrence. Coordonnateur : Pr JY Blay, Centre Léon Bérard, Lyon.

[Efficiency of Imatinib Treatment Maintenance or Interruption After 3 Years of Adjuvant Treatment in Patients With Gastrointestinal Stromal Tumours \(GIST\) - Full Text View - ClinicalTrials.gov](#)

- **Essai GI-GIST** : étude de phase III, randomisée, multicentrique évaluant l'efficacité d'un traitement adjuvant par imatinib pour les patients avec GIST de risque intermédiaire (selon Miettinen) ayant un Index Génomique de mauvais pronostic. Coordonnateur : Pr S Salas, AP-HM, Marseille.

[Evaluation de l'efficacité d'un traitement adjuvant par Imatinib \(Glivec®\) chez les patients porteurs d'une tumeur stromale gastro-intestinale de risque intermédiaire présentant un Index Génomique de mauvais pronostic. Etude multicentrique, prospective, randomisée : essai de phase 3 \(ap-hm.fr\)](#)

- **Essai WIPAGIST "Wild type Paediatric and Adult GIST"**. Étude rétrospective chez des patients atteints de GIST «*wild type*», de marqueurs démographiques, cliniques et moléculaires. Coordonnateur : Dr Ph Cassier, Centre Léon Bérard, Lyon.

12.4.9.3. GIST résécable, mais survenant dans un contexte de prédisposition familiale

OPTIONS

- Contexte de neurofibromatose de type 1 : les GIST sont souvent multiples sur le grêle, à ne pas confondre avec des métastases. Le traitement adjuvant par imatinib n'a pas d'intérêt [1]. Contact recommandé avec les centres de compétences régionaux de prise en charge de la neurofibromatose.
- Contexte de syndrome de Carney-Stratakis ou de perte d'expression de SDHB (GIST épithélioïdes gastriques du sujet d'âge < 30 ans). Des métastases ganglionnaires ont été rapportées, ce qui fait discuter un curage ganglionnaire dans ces formes rares.
- Contexte de mutation germinale de l'exon 13 de *KIT* : un traitement prolongé par imatinib peut être proposé en cas de GIST symptomatique, de plus de 3 cm et/ou à croissance rapide [5].

12.4.9.4. GIST de résecabilité douteuse ou chirurgie mutilante (œsophage ou rectum en particulier)

12.4.9.4.1. OPTIONS

- Discuter un traitement néo-adjuvant par imatinib 400 mg/j en vérifiant qu'il n'y a pas de résistance primaire à l'imatinib (*accord d'experts*).
- Résection chirurgicale secondaire dans un centre spécialisé à discuter au maximum de la réponse objective, après 6 à 12 mois d'imatinib (*accord d'experts*).
- Imatinib en adjuvant pour une durée totale de 3 ans (l'index mitotique avant traitement néoadjuvant n'étant généralement pas connu dans ces cas de volumineuse tumeur) (*accord d'experts*).

12.4.9.4.2. ESSAIS CLINIQUES

- Pas d'essai néo-adjuvant actuellement ouvert en France.

12.4.9.5. GIST non résecable, non métastatique

12.4.9.5.1. REFERENCES

- Traitement par imatinib 400 mg/j (*accord d'experts*).
- Résection chirurgicale secondaire dans un centre spécialisé à discuter au maximum de la réponse objective, après 6 à 12 mois d'imatinib (*accord d'experts*).

12.4.9.5.2. OPTIONS

- Traitement par imatinib 800 mg/j d'emblée si mutation de l'exon 9 de KIT connue (*avis d'expert*).
- GIST avec mutation *PDGFRA* D842V inopérables ou métastatiques (pas de spécification de ligne thérapeutique) : Avapritinib (cf. 12.4.7).

12.4.9.5.3. ESSAIS CLINIQUES

- Pas d'essai néo-adjuvant actuellement ouvert en France.

12.4.9.6. GIST métastatique

12.4.9.6.1. REFERENCES

- **Traitement par imatinib 400 mg/j (niveau de la recommandation : grade A).**
- **Exérèse de la tumeur primitive à discuter si risque de complication évalué comme important** (en particulier rupture d'une volumineuse tumeur liquéfiée) selon l'importance du geste opératoire (**accord d'experts**).
- **Traitement par imatinib 800 mg/j d'emblée si mutation de l'exon 9 de KIT (avis d'expert)**

12.4.9.6.2. OPTIONS

- GIST avec mutation *PDGFRA* D842V inopérables ou métastatiques (pas de spécification de ligne thérapeutique) : Avapritinib (AYVAKYT®) (cf 12.4.7).
- Si réponse ou stabilité et résection R0 potentiellement réalisable : résection et/ou radiofréquence des métastases après traitement par imatinib (procédure expérimentale), et poursuite de l'imatinib en post-opératoire (**avis d'expert**).
- Exérèse de métastases nécrotiques sous imatinib si risque de complication, en particulier de rupture de masses liquéfiées (**accord d'experts**).
- Cas particulier 1 : résection initiale (avant tout traitement par imatinib) complète d'une maladie métastatique limitée dans le même temps que la tumeur primitive : traitement adjuvant par imatinib si pas de mutation *PDGFRA* D842V pour une durée indéterminée (3 ans ou plus) à discuter en RCP (**avis d'expert**).
- Cas particulier 2 : en cas de GIST sans mutation de *KIT* ou *PDGFRA* retrouvée, d'évolution lente, recours à la destruction ou à l'exérèse des métastases plus fréquente.
- Cas particulier 3 : En cas de GIST « SDH déficiente », contact avec un centre NETSARC pour avis
- Dosage plasmatique de l'imatinib

12.4.9.6.3. ESSAIS CLINIQUES

- **Etude GIST-TEN** : Étude de Phase II, prospective, randomisée, multicentrique, en ouvert, évaluant l'intérêt d'interrompre ou de maintenir l'imatinib chez les patients ayant une GIST localement avancée/métastatique après 10 ans de traitement. Coordonnateur : Pr JY Blay, Centre Léon Bérard, Lyon

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05009927>

- Prendre contact avec un centre du réseau NETSARC pour information sur les essais en phase de recrutement ou à venir.
- **Registre Aviator2020**: Registre français de suivi à long terme de l'Avapritinib (cf 12.4.7). Coordonnateur : Dr Brahmi, Centre Léon Bérard, Lyon

[Synopsis AVIATOR 2020.pdf](#)

12.4.9.7. Progression sous imatinib 400 mg/j

12.4.9.7.1. REFERENCES

- Avis auprès d'une RCP du réseau NETSARC.
- Pas d'arrêt immédiat de l'imatinib avant la décision thérapeutique.
- Authentifier la progression radiologique
- Vérifier l'observance du traitement.
- Eliminer des interactions médicamenteuses et si possible contrôler l'exposition au traitement (par un dosage plasmatique du taux d'imatinib).
- Augmentation de l'imatinib à 800 mg/j si la tolérance à 400 mg/j le permet, surtout si sous-exposition à l'imatinib ou mutation de l'exon 9 de KIT traitée à 400 mg/j (*avis d'expert*)
- Ou changement d'ITK : sunitinib (50 mg/j 4 semaines sur 6) (*niveau de la recommandation : grade A*).

12.4.9.7.2. OPTIONS

- Résection ou radiofréquence voire embolisation des métastases si progression focale sous imatinib et discuter augmentation de l'imatinib à 800 mg/j (*avis d'expert*).
- Sunitinib en continu à 37,5 mg/j plutôt qu'à 50 mg/j 4 semaines sur 6.
- Dosage plasmatique de l'ITK (imatinib, sunitinib)
- GIST avec mutation *PDGFRA* D842V : Avapritinib si non administré lors de la première ligne (cf 12.4.7). Au 01/12/2020 : disponible en ATU de cohorte

12.4.9.7.3. ESSAIS CLINIQUES

- Prendre contact avec un centre du réseau NETSARC pour information sur les essais en phase de recrutement ou à venir

12.4.9.8. Progression après imatinib et sunitinib

12.4.9.8.1. REFERENCES

- Regorafénib 160 mg/j, 3 semaines sur 4
- Adaptation du traitement à la tolérance clinique. Prévention et prise en charge précoce des effets secondaires. Vérification de l'observance.

12.4.9.8.2. OPTIONS

GIST avec mutation *PDGFRA* D842V : Avapritinib si non administré dans une ligne antérieure (cf 12.4.7).

12.4.9.8.3 ESSAIS CLINIQUES

- Prendre contact avec un centre du réseau NETSARC pour information sur les essais en phase de recrutement ou à venir

- **Essai LENVAGIST** : 3^{ème} ligne ou plus, essai de phase II randomisé Lenvatinib vs Placebo (Cross over possible après progression). Coordonnateur : Pr JY Blay, Centre Léon Bérard, Lyon

[Multicentre Placebo-controlled Double-blinded Phase II Study of Lenvatinib Efficacy in Patients With Locally Advanced or Metastatic GIST \(Gastrointestinal Stromal Tumor\) After Imatinib/Sunitinib Failure - Full Text View - ClinicalTrials.gov](#)

- **Essai ATEZOGIST** : atezolizumab en combinaison avec l'imatinib versus imatinib seul chez des patients en échec thérapeutique après imatinib et sunitinib. Coordonnateur : Dr Brahmi, Centre Léon Bérard, Lyon

[Synopsis ATEZOGIST.pdf](#)

- **Essai REGOMUNE** (cohorte GIST). Essai de phase I-II régorafénib +avelumab (anti PD-L1). Coordonnateur : Dr Cousin, Institut Bergonié, Bordeaux.

[Essai clinique cancer Côlon et rectum/Côlon ou Rectum \(colorectal\), Appareil digestif \(autre que côlon et rectum\)/Tumeurs stromales digestives \(GIST\), Appareil digestif \(autre que côlon et rectum\)/Oesophage, Appareil digestif \(autre que côlon et rect \(e-cancer.fr\)](#)

12.4.9.9. Traitement au-delà de la 3^{ème} ligne

12.4.9.9.1. REFERENCES

- **Ripretinib** (QUINLOCK) en accès précoce . Critères d'octroi : GIST inopérable ou métastatique chez les patients ayant déjà reçu au moins 3 lignes de traitement par ITK.
- Si fusion du gène *NTRK* : **Larotrectinib** (per os 200 mg/j) (non remboursé) (pour GIST sans mutation *KIT* et *PDGFRA*) sans aucune autre option thérapeutique satisfaisante (sélection par test immuno-histochimique confirmé par séquençage (NGS ARN) ou séquençage (NGS ARN) d'emblée) (**niveau de la recommandation : grade B**) [36, 37].

12.4.9.9.2. OPTIONS

- GIST avec mutation *PDGFRA* D842V : Avapritinib si non administré dans une ligne antérieure (cf. **12.4.7**)

Autres ITK testés en phase 2 dans les GIST, mais prescription hors AMM sous la responsabilité du médecin et après information du patient, **si pas d'essai disponible**, après validation en RCP NETSARC.

12.4.9.9.3. ESSAIS CLINIQUES

- Prendre contact avec un centre du réseau NETSARC pour information sur les essais en phase de recrutement ou à venir

- **Essai LENVAGIST** : 3^{ème} ligne ou plus, essai de phase II randomisé Lenvatinib vs Placebo (cross over possible après progression). Coordonnateur : Pr JY Blay, Centre Léon Bérard, Lyon

[Multicentre Placebo-controlled Double-blinded Phase II Study of Lenvatinib Efficacy in Patients With Locally Advanced or Metastatic GIST \(Gastrointestinal Stromal Tumor\) After Imatinib/Sunitinib Failure - Full Text View - ClinicalTrials.gov](#)

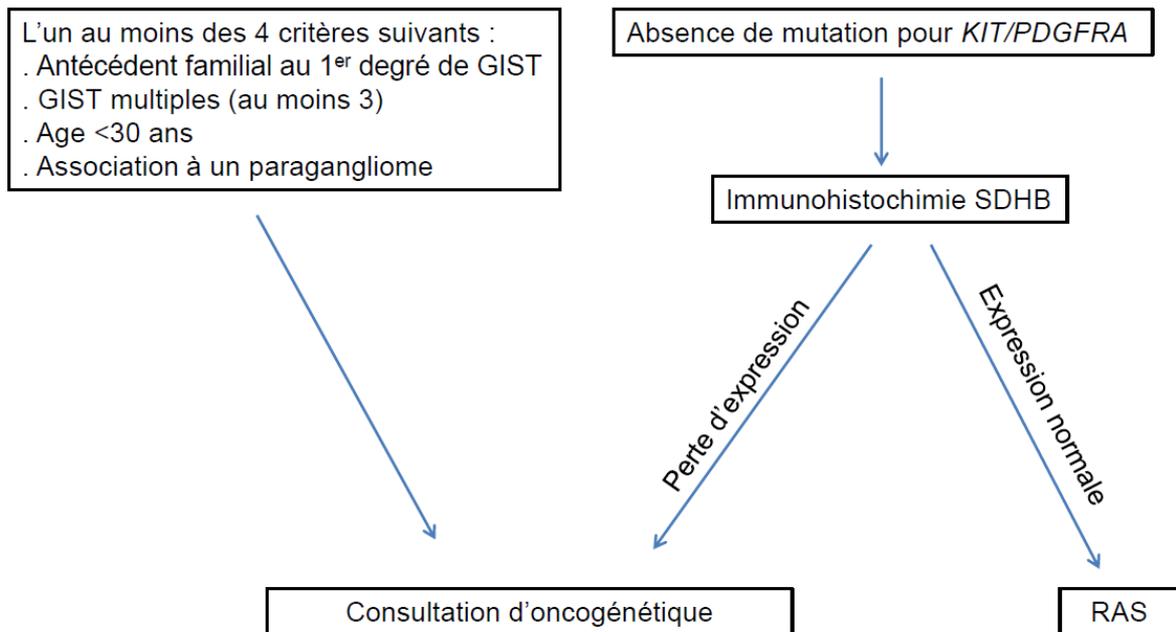
- **Essai ATEZOGIST** : atezolizumab en combinaison avec l'imatinib *versus* imatinib seul chez des patients en échec thérapeutique après imatinib et sunitinib. Coordonnateur : Dr Brahmi, Centre Léon Bérard, Lyon

[Synopsis ATEZOGIST.pdf](#)

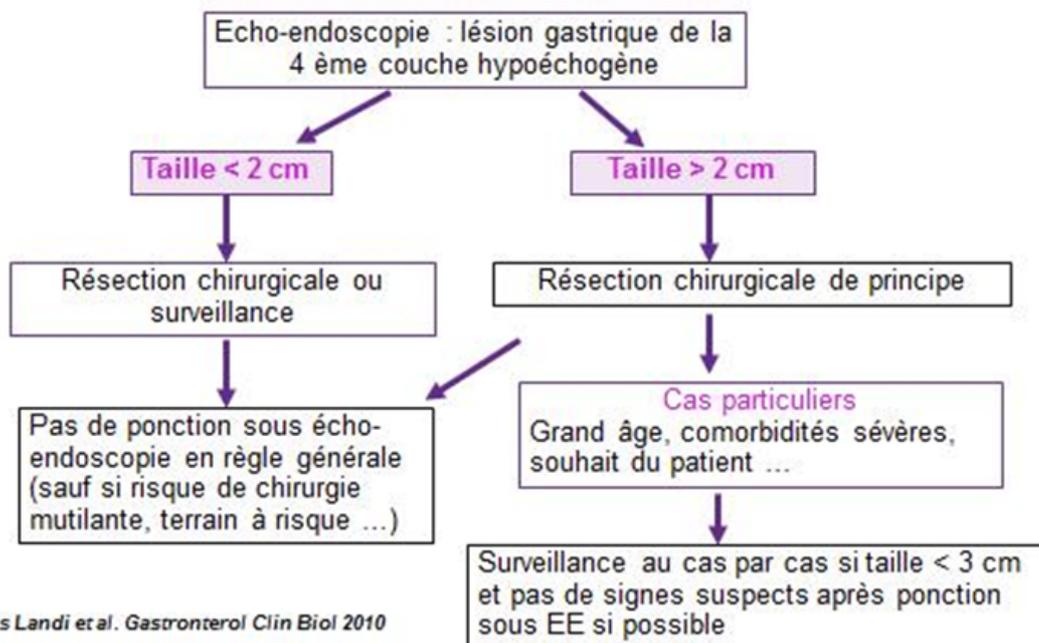
- Essais de phase I si état général conservé (PS 0-1) : s'adresser à un centre d'essais précoces

12.5. ANNEXES : ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE

Annexe 1. Indications de la consultation d'oncogénétique et algorithme d'analyse génétique constitutionnelle en fonction de l'immunohistochimie SDH

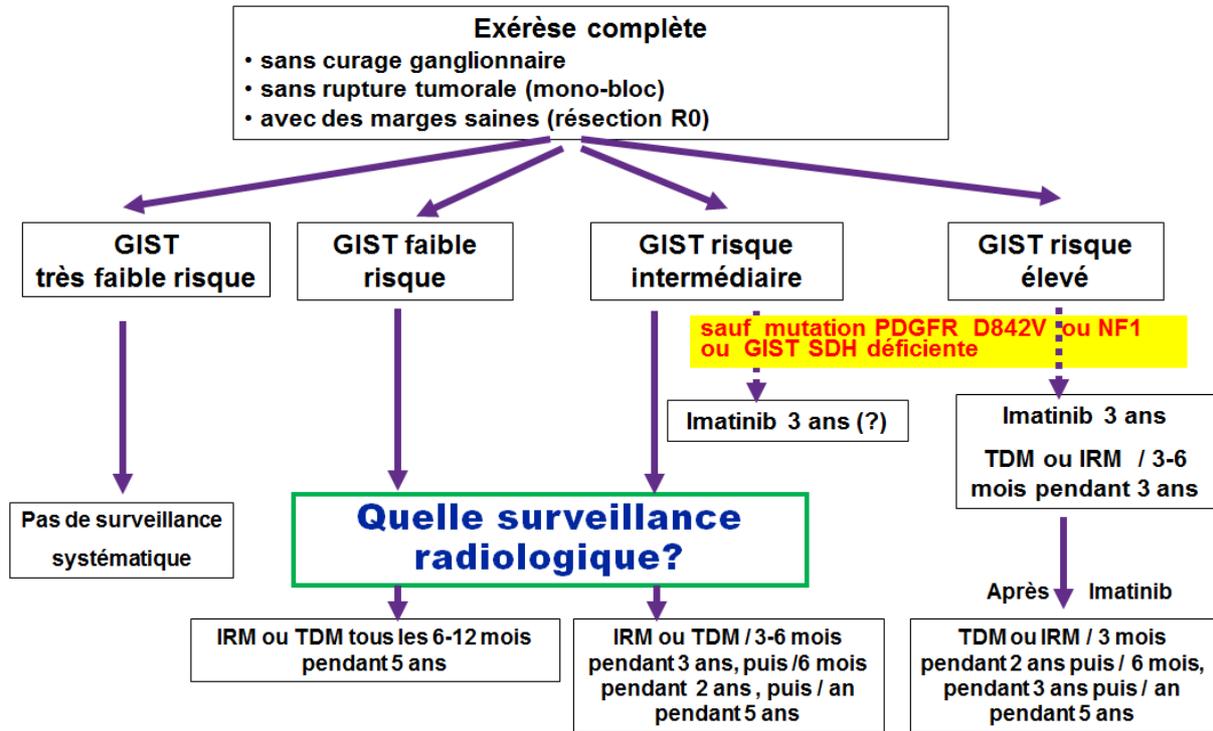


Annexe 2. Algorithme en cas de suspicion de GIST gastrique de petite taille (d'après réf 6.)



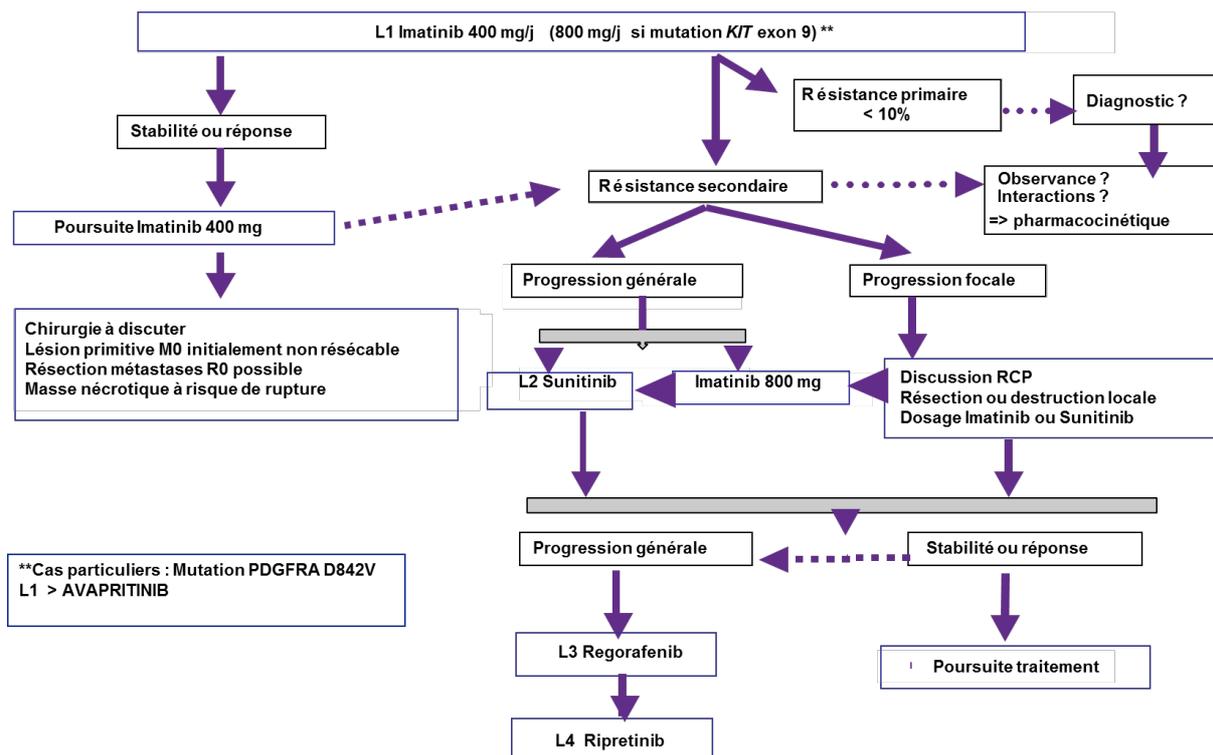
D'après Landi et al. *Gastroenterol Clin Biol* 2010

Annexe 3. GIST localisées : algorithme de prise en charge et surveillance (d'après réf 1.)



TDM ou IRM : abdomino-pelvienne. GIST à haut risque ou du rectum : TDM thorax en plus 1 fois/an

Annexe 4. GIST métastatiques ou localement avancées : algorithme schématique de prise en charge (d'après réf 1.)



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Casali PG, Abecassis N, Bauer S, et al. Gastrointestinal stromal tumors: ESMO-EUROCAN clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2022;33:20-33.
2. von Mehren M, Randall RL, Benjamin RS, et al. Gastrointestinal stromal tumors, version 2.2014. *J Natl Compr Canc Netw* 2014;12:853-62.
3. Eriksson M, Reichardt P, Sundby Hall K, et al. Needle biopsy through the abdominal wall for the diagnosis of gastrointestinal stromal tumour - Does it increase the risk for tumour cell seeding and recurrence? *Eur J Cancer* 2016 ;59:128-133.
4. Ricci R. Syndromic gastrointestinal stromal tumors. *Hered Cancer Clin Pract*. 2016;14:15. doi: 10.1186/s13053-016-0055-4.
5. Bachet JB, Landi B, Laurent-Puig P, et al. Diagnosis, prognosis and treatment of patients with gastrointestinal stromal tumour (GIST) and germline mutation of KIT exon 13. *Eur J Cancer* 2013;49:2531-41
6. Landi B, Bouché O, Guimbaud R, Chayvialle JA. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) <5 cm in size: review of the literature and expert propositions for clinical management. *Gastroenterol Clin Biol* 2010;34:120-33.
7. Nannini M, Urbini M, Astolfi A, Biasco G, Pantaleo MA. The progressive fragmentation of the KIT/PDGFR α wild-type (WT) gastrointestinal stromal tumors (GIST). *J Transl Med* 2017;15:113. doi: 10.1186/s12967-017-1212-x
8. Fletcher CDM, Berman J, Corless C, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol* 2002;33:459-65.
9. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *Semin Diagn Pathol* 2006;23:70-83
10. Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. *Hum Pathol* 2008;39:1411-1419.
11. Joensuu H, Vehtari A, Riihimäki J, et al. Risk of recurrence of gastrointestinal stromal tumour after surgery: an analysis of pooled population-based cohorts. *Lancet Oncol* 2012;13:265-74.
12. Joensuu H, Rutkowski P, Nishida T, et al. KIT and PDGFR α mutations and the risk of GI stromal tumor recurrence. *J Clin Oncol* 2015;33:634-42.
13. Emile JF, Brahimi S, Coindre JM, et al. Frequencies of KIT and PDGFR α mutations in the MolecGIST prospective population-based study differ from those of advanced GISTs. *Med Oncol* 2012;29:1765-72
14. Brigant C, Piessen G. Monographie de l'association Française de chirurgie, Edition Arnette 2015.
15. Piessen G, Lefèvre JH, Cabau M, et al. Laparoscopic Versus Open Surgery for Gastric Gastrointestinal Stromal Tumors: What Is the Impact on Postoperative Outcome and Oncologic Results? *Ann Surg* 2015;262:831-9.
16. Robb WB, Bruyere E, Amielh D, et al. Esophageal gastrointestinal stromal tumor: is tumoral enucleation a viable therapeutic option? *Ann Surg* 2015;261:117-24.

17. Rutkowski P, Gronchi A, Hohenberger P, et al. Neoadjuvant imatinib in locally advanced gastrointestinal stromal tumors (GIST): the EORTC STBSG experience. *Ann Surg Oncol* 2013; 20: 2937–2943
18. Demetri GD, Von Mehren M, Blanke CD, et al. Efficacy and safety of imatinib in advanced gastrointestinal stromal tumors. *N Engl J Med* 2002;347:472-80.
19. Verweij J, Casali PG, J Zalcborg J, et al. Progression-free survival in gastrointestinal stromal tumours with high-dose imatinib: randomised trial.. *Lancet* 2004;364:1127-34.
20. Blanke CD, Rankin C, Demetri GD, et al. Phase III randomized, intergroup trial assessing imatinib mesylate at two dose levels in patients with unresectable or metastatic gastrointestinal stromal tumors expressing the kit receptor tyrosine kinase: S0033. *J Clin Oncol* 2008;26:626-32
21. Du CY, Zhou Y, Song C, et al. Is there a role of surgery in patients with recurrent or metastatic gastrointestinal stromal tumours responding to imatinib: a prospective randomised trial in China. *Eur J Cancer* 2014;50:1772-8
22. Joensuu H, Eriksson M, Sundby Hall K, et al. Radiotherapy for GIST progressing during or after tyrosine kinase inhibitor therapy: A prospective study. *J Clin Oncol* 2016;34:244-50
23. [Gastrointestinal Stromal Tumor Meta-Analysis Group \(MetaGIST\)](#). Comparison of two doses of imatinib for the treatment of unresectable or metastatic gastrointestinal stromal tumors: a meta-analysis of 1,640 patients. *J Clin Oncol* 2010;28: 1247-53
24. Cassier PA, Fumagalli E, Rutkowski P, et al. Outcome of patients with platelet-derived growth factor receptor alpha-mutated gastrointestinal stromal tumors in the tyrosine kinase inhibitor era. *Clin Cancer Res.* 2012;18:4458-64
25. Patrikidou A, Le Cesne A. Key messages from the BFR14 trial of the French Sarcoma Group. *Future Oncol* 2017;13:273-284.
26. Demetri GD, Wang Y, Wehrle E, et al. Imatinib plasma levels are correlated with clinical benefit in patients with unresectable/metastatic gastrointestinal stromal tumors. *J Clin Oncol* 2009;27:3141-7
27. Dematteo RP, Ballman KV, Antonescu CR, et al. Adjuvant imatinib mesylate after resection of localised, primary gastrointestinal stromal tumour: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2009;373:1097-104
28. Corless CL, Ballman KV, Antonescu CR, et al. Pathologic and molecular features correlate with long-term outcome after adjuvant therapy of resected primary GI stromal tumor: the ACOSOG Z9001 trial. *J Clin Oncol* 2014;32:1563-70.
29. 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* 2012; 307:1265-1272
30. 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: Abs11503

31. Casali P, Le Cesne A, Poveda Velasco A, et al. Time to Definitive Failure to the First Tyrosine Kinase Inhibitor in Localized GI Stromal Tumors Treated With Imatinib As an Adjuvant: A European Organisation for Research and Treatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group Intergroup Randomized Trial in Collaboration With the Australasian Gastro-Intestinal Trials Group, UNICANCER, French Sarcoma Group, Italian Sarcoma Group, and Spanish Group for Research on Sarcomas. *J Clin Oncol*, 2015, 20 : 4276-83.
32. Demetri GD, van Oosterom AT, Garrett CR, et al. Efficacy and safety of sunitinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumour after failure of imatinib: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006;368:1329-38
33. Heinrich MC, Maki RG, Corless CL, et al. Primary and secondary kinase genotypes correlate with the biological and clinical activity of sunitinib in imatinib-resistant gastrointestinal stromal tumor. *J Clin Oncol* 2008;26:5352-9
34. George S, Blay JY, Casali PG, et al.. Clinical evaluation of continuous daily dosing of sunitinib malate in patients with advanced gastrointestinal stromal tumour after imatinib failure. *Eur J Cancer* 2009;45:1959-68
35. Demetri GD, Reichardt P, Kang YK, et al. Efficacy and safety of régorafénib for Advanced gastrointestinal stromal tumors after failure of imatinib and sunitinib. An international, multicentre, randomized, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2013;381;295-302.
36. Drilon A, Laetsch TW, Kummar S et al. Efficacy of Larotrectinib in TRK Fusion-Positive Cancers in Adults and Children. *N Engl J Med* 2018 22;378:731-739.
37. 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.
38. Nishida T, Hølmekjær T, Raut CP, et al. Defining Tumor Rupture in Gastrointestinal Stromal Tumor. *Ann Surg Oncol* 2019;26:1669-1675.
39. Gronchi A, Bonvalot S, Poveda Velasco A, et al. Quality of Surgery and Outcome in Localized Gastrointestinal Stromal Tumors Treated Within an International Intergroup Randomized Clinical Trial of Adjuvant Imatinib. *JAMA Surg*. 2020;155:e200397.
40. Bouchet S, Poulette S, Titier K, et al. Relationship between imatinib trough concentration and outcomes in the treatment of advanced gastrointestinal stromal tumours in a real-life setting. *Eur J Cancer* 2016;57:31-8.
41. 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.
42. 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.