

Kystes ovariens

Introduction / Définition

- Le kyste ovarien est une cavité néoformée possédant un revêtement propre
- Les kystes ovariens sont des tumeurs partiellement ou totalement liquidiennes
- Ils peuvent se former à tous les âges de la vie, mais ils surviennent essentiellement chez la femme en période d'activité génitale.
 - **Kystes ovariens fonctionnels** : il s'agit de la transformation kystique transitoire, à partir de structures ovariennes, pendant le cycle menstruel, de taille supérieure à 3 cm. Ce sont des anomalies annexielles non-tumorales mais secondaires à un dysfonctionnement hormonal, ils sont spontanément régressifs dans la majorité des cas
 - **Kystes ovariens organiques** : se développant à partir de ses éléments constitutifs propres (tumeurs ovariennes primitives) ou venant se greffer dans l'ovaire. Ils sont le plus souvent bénins, mais peuvent être borderlines ou malins.
- Les kystes ovariens constituent l'un des motifs les plus fréquents de consultation gynécologique
- L'étape diagnostique repose principalement sur l'échographie qui a pour but d'affirmer l'organicité du kyste de façon à ne pas opérer inutilement des kystes fonctionnels, et doit permettre d'exclure la malignité

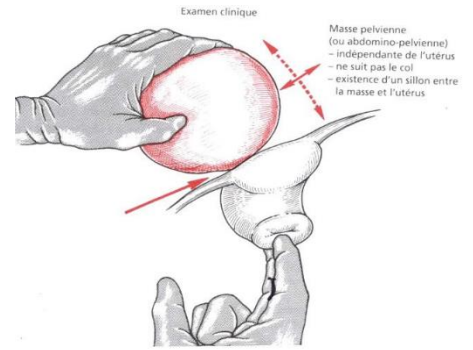
Anatomopathologie

- **Kystes fonctionnels** :
 - Il s'agit de la transformation kystique transitoire de structures ovariennes du cycle normal et non pas d'une prolifération tumorale
 - Ce sont des formations liquidiennes pures. Ils peuvent être des kystes folliculaires (à partir du follicule) ou lutéinique (à partir du corps jaune)
- **Kystes organiques** :
 - Les tumeurs de l'ovaire peuvent être développées à partir des 3 constituants principaux des gonades : l'épithélium cœlomique (mésothélium), le stroma spécialisé (tumeur des cordons sexuels) et les cellules germinales.
 - Ce sont des kystes qui ne régressent pas spontanément, ils peuvent être bénins, malins ou borderline
 - Les kystes bénins sont classés en quatre catégories principales : kystes séreux, kystes dermoïdes, kystes muqueux, kystes endométriosiques à contenu hémorragique

Etude clinique

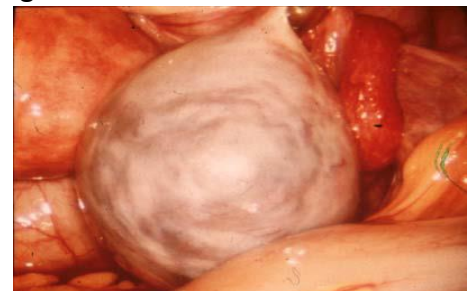
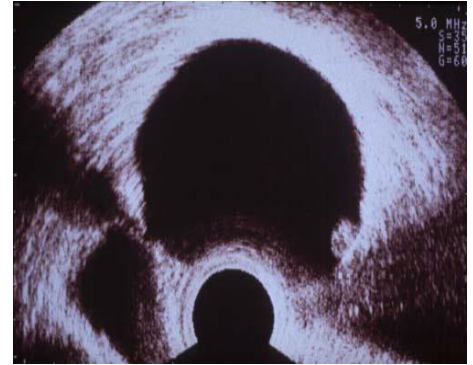
- **Interrogatoire** : âge, antécédents familiaux, antécédents personnels gynécologiques, obstétricaux, date des dernières règles normales, grossesse, ménopause, contraception (nature), stimulation ovarienne, syndrome des ovaires polykystiques
- **Signes fonctionnels** : il n'existe pas de symptomatologie spécifique des kystes de l'ovaire, les signes d'appel principaux sont : des douleurs pelviennes unilatérales modérées, type de pesanteur, des métrorragies, une pollakiurie ou des troubles digestifs par compression. Mais dans plus de 50 % des cas, le kyste de l'ovaire est latent, découvert sur un examen clinique ou sur une échographie réalisée pour une autre raison
- **Examen clinique** :
 - **Inspection** : l'abdomen respire bien, absence de voussure abdominale visible
 - **Palpation** : mains à plat réchauffées, la palpation abdominale ne perçoit aucune anomalie en cas de kyste purement pelvien

- **Examen au spéculum** : on note l'état du col, parfois il est latéro-dévié. Il est impératif de réaliser des frottis en l'absence de frottis cervico-vaginal datant de moins de 2 ans.
- **Toucher vaginal** : il retrouve une masse latéro-utérine, rénitente, régulière, séparée de l'utérus par un sillon, indépendante de la mobilisation utérine. Elle peut être parfois prolabée dans le cul-de-sac de Douglas



- **Examens complémentaires :**

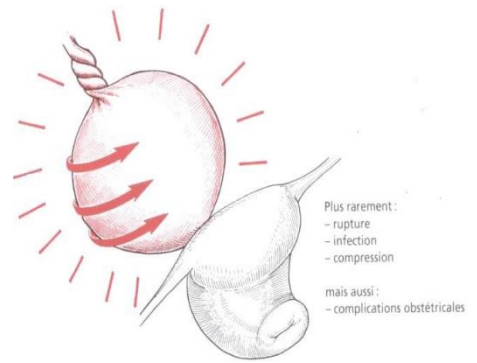
- **Echographie pelvienne** : c'est le premier examen complémentaire à réaliser, on doit préciser : côté du kyste (uni- ou bilatéralité), taille du kyste, forme (ovale ou ronde), échogénicité (anéchoïque, discrètement échogène, homogène ou hétérogène), caractéristiques de la paroi (épaisseur, régularité), existence de cloison(s) (en précisant l'épaisseur, et la régularité), existence de végétations intra- ou extra-kystiques (en précisant la taille et la situation), description de l'ovaire controlatéral, présence d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas
- **Doppler** : doit compléter l'étude morphologique. Il permet de donner la cartographie de la vascularisation (périphérique en cas de kystes fonctionnels, centrale en cas de kystes organiques) en précisant l'existence d'une vascularisation des cloisons et surtout des végétations
- **Explorations radiologiques** (scanner pelvien et surtout IRM) : peuvent être un complément du bilan pour rattacher la lésion à l'ovaire et préciser ses rapports avec les organes de voisinage. L'IRM fournit également des informations sur le péritoine (nodules), l'épiploon, les aires ganglionnaires
- **Dosage du CA 125** : est demandé pour aider dans la distinction kyste bénin et cancer (N < 30 UI/ml). Cet examen présente de nombreux faux positifs, en particulier chez les femmes en période d'activité génitale : endométriose et pathologies extra-génitales. Une élévation du CA 125 après la ménopause est un argument fort pour la malignité
- **Cœlioscopie diagnostique** : diagnostic de la nature du kyste, exploration complète du péritoine et de la cavité abdominale pour éliminer les signes de malignité (végétations exo-kystiques, ascite, adhérences), faire la part entre un kyste fonctionnel et un kyste organique bénin, juger la faisabilité d'un geste thérapeutique cœlio-chirurgical



	kyste organique bénin	kyste fonctionnel
Ligament utero ovarien	allongé	normal
Paroi du kyste	épaisse	mince
Liquide kystique	Clair, muqueux, chocolat, dermoïde	Jaune citrin
Aspect interne de la paroi (kystoscopie)	lisse	rétiniforme
kystectomie	facile	difficile

Complications

- **Torsion** : urgence chirurgicale, elle survient surtout pour les kystes lourds : dermoïdes, mucineux ou les kystes munis d'un pédicule fin, il s'agit d'un accident aigu, avec de violentes douleurs abdominales constantes, vives, un état de choc s'installe rapidement et le ventre se météorise sans que la défense pariétale soit évidente. L'examen échographique reconnaît la présence d'une tumeur kystique en localisation soit pelvienne, soit abdominale
- **Hémorragie intra-kystique** : elle survient souvent dans des kystes fonctionnels provoquant l'apparition d'un syndrome douloureux pelvien à début rapide et ayant tendance à régresser pendant la surveillance.
 - **Examen clinique** : sensibilité dans l'une des deux fosses iliaques, l'un des culs-de-sac est comblé et douloureux.
 - **Echographie** : kyste très finement échogène si l'examen est réalisé tôt
 - **Conduite à tenir** : surveillance sous antalgiques ou chirurgie
- **Rupture** : le tableau est globalement superposable à celui de l'hémorragie. L'échographie peut orienter le diagnostic en montrant un épanchement péritonéal abondant
- **Compressions** : compression vésicale avec une pollakiurie ou digestive avec des constipations et un état sub-occlusif



Kyste et grossesse

- **Au cours de la grossesse** : peuvent se compliquer (torsion, infection voire rupture). Il faut y penser, L'intervention se justifie au cours du 4^e mois (après le relais placentaire)
- **Au cours du travail** : un kyste abdominal peut déterminer une présentation dystocique, les kystes pelviens prævia forment des obstacles irréductibles contrairement aux fibromes
- **Dans les suites de couches**

Traitement

- **Moyens** :
 - **Chirurgie** : kystectomie, ovariectomie, annexectomie. Le traitement doit être complet :
 - **Cœlio-chirurgical** : indiqué en-dehors de la suspicion préopératoire de la malignité
 - **Laparotomie** : en cas de contre-indication à la cœlioscopie (d'ordre général (tares cardiorespiratoires) ou local (suspicion de malignité, abdomen multi-opéré))
 - **Abstention thérapeutique** : avec contrôle ultérieur pendant les prochaines menstruations ou après 3 mois pour évaluer l'évolution du kyste. On peut s'aider éventuellement d'un blocage de l'ovulation par une pilule œstro-progestative combinée
- **Indications** :
 - **Aspect échographique évocateur d'un kyste fonctionnel** :
 - Abstention thérapeutique +/- pilule œstro-progestative combinée puis contrôle ultérieur
 - Ponction écho-guidée si kyste < 5 cm et âge < 40 ans.
 - **Aspect évocateur d'un kyste organique bénin** : tout kyste organique doit être analysé histologiquement. Avant d'opérer, il faut vérifier que la tumeur ovarienne persiste plus de 3 mois afin d'affirmer son organocité. On complètera le bilan par une échographie de 2^e intention avant de proposer le traitement du kyste.
 - **Kystectomie** : chez les femmes non-ménopausées
 - **Ovariectomie ou annexectomie** : chez les femmes ménopausées