

# Kyste Ovarien

## 1 Introduction

La pathologie annexielle constitue l'un des motifs les plus fréquents de consultation gynécologique, comme l'une des indications les plus fréquentes en chirurgie gynécologique : 5 à 7 % des femmes développent une tumeur ovarienne au cours de leur vie.

Les kystes ovariens peuvent être :

- Fonctionnels,
  - Ou organiques (lésions vraies), bénins ou malins
- a. Un grand nombre de ces kystes sont dits « **fonctionnels** », correspondant soit à de gros follicules pré-ovulatoires ou anovulatoires (> 3 cm, il est à noter que le follicule ovulatoire de De Graaf mesure 22 mm), soit à des corps jaunes kystiques. Ils disparaissent spontanément. Ils constituent les kystes les plus fréquents, avec une prévalence de 20 % chez les femmes en période d'activité génitale et 5 % après la ménopause. Ils sont favorisés par les inductions de l'ovulation. Ces kystes régressent spontanément dans 90 % des cas, en quelques semaines. Il a longtemps été classique de dire que les kystes fonctionnels n'existaient pas après la ménopause. Pourtant, il a été montré que 5 % des patientes ménopausées présentent un kyste fonctionnel. Les kystes uniloculaires doivent donc être correctement évalués avant d'être opérés.
- b. **Les kystes ovariens organiques sont le plus souvent bénins.** Seules 5 % des masses annexielles organiques diagnostiquées avant la ménopause sont néoplasiques ; et environ 15 % après la ménopause. Les kystes ne constituent pas des lésions pré-néoplasiques et doivent être pris en charge de façon simple, afin de ne pas altérer la vie ultérieure des femmes, en terme de fertilité, de douleurs séquellaires ou d'exercice inutile d'organes sains
- c. Inversement **le cancer de l'ovaire** est une pathologie de mauvais pronostic, qui nécessite un traitement adapté.

**Devant une « masse ovarienne » unilatérale, deux étapes sont toujours à respecter :**

- **affirmer l'organicité**
- **éliminer une lésion néoplasique.**

**Rappel :** 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.

Chacun de ces constituants peut donner des *tumeurs bénignes*, des *tumeurs à malignité limitée* (lésion borderline ou frontière) ou des *cancers*.

Les tumeurs épithéliales séreuses sont de loin les plus fréquentes et constituent 90 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes.

Cependant, la fréquence de chaque type de lésion (épithélium cœlomique / stroma spécialisé / cellules germinales) varie avec l'âge, comme la fréquence des cancers.

## 2 Quelle est la stratégie diagnostique devant une tumeur de l'ovaire unilatérale ?

### **Circonstances de découverte**

Il n'existe pas de symptomatologie spécifique des kystes de l'ovaire. Les signes d'appel principaux sont des douleurs pelviennes unilatérales modérées, généralement à 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 réalisés pour une autre raison.**

**L'examen clinique**

- **L'interrogatoire**

On note la date des *dernières règles normales* et l'on recherche les facteurs de risque de kyste fonctionnel : contraception orale minidosée, grossesse, stimulation ovarienne, syndrome des ovaires polykystiques ou au contraire des facteurs pouvant faire évoquer une nature néoplasique : antécédents personnels de cancer du sein ou de l'ovaire, antécédents familiaux au premier degré de cancer du sein ou de l'ovaire surtout s'ils sont survenus chez une femme jeune.

- **La palpation abdominale** ne retrouve aucune anomalie la plupart du temps, parfois le kyste pourra être perçu à travers la paroi (masse abdomino-pelvienne mate à la percussion).

- **L'examen au spéculum**

On note l'état du col. Il est impératif de réaliser des frottis en l'absence de frottis cervico-vaginal datant de moins de 2 ans.

- **Le 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.

Le reste de l'examen clinique est normal.

**Aucun élément ne permet alors d'affirmer la nature fonctionnelle, organique bénigne ou néoplasique de cette anomalie. Ce sont les examens complémentaires qui vont orienter vers le diagnostic final qui devra être confirmé par une étude anatomopathologique de toutes les tumeurs organiques.**

**Examens complémentaires**

**Echographie pelvienne avec étude Doppler.**

Le premier examen complémentaire à réaliser est une échographie pelvienne.

**Elle doit être effectuée par un opérateur compétent en gynécologie avec un appareillage adapté.**

**Elle se fera par voie abdominale et par voie vaginale.** Le compte rendu échographique doit décrire la lésion avec précision :

- Côté du kyste,
- Biométrie du kyste,
- Forme et situation (uni ou bilatérale),
- Echogénicité (anéchogène, 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-kystique (en précisant la taille et la situation)
- Description de l'ovaire controlatéral et de l'utérus à la recherche d'une pathologie associée
- Description du cul de sac de Douglas avec signalement d'une éventuelle ascite.

L'existence d'une ou de plusieurs végétations, un aspect complexe ou un aspect solide sont des arguments très évocateurs de malignité.

Une étude Doppler doit compléter l'étude morphologique.

**L'ASPECT ECHOGRAPHIQUE DU KYSTE NE PERMET PAS D'AFFIRMER SA NATURE FONCTIONNELLE.**

**POUR ELIMINER LES KYSTES FONCTIONNELS, IL FAUT RECOMMENCER L'EXAMEN A DISTANCE. EN EFFET 70 % DES KYSTES FONCTIONNELS REGRESSENT EN 6 SEMAINES ET 90 % EN 3 MOIS. L'INTERET DES TRAITEMENTS HORMONAUX FREINATEUR EST DISCUTE.**

**TOUT KYSTE PERSISTANT PLUS DE 3 MOIS EST CONSIDERE COMME UN KYSTE ORGANIQUE ET DOIT ETRE ANALYSE.**

## **Les explorations radiologiques complémentaires**

Le scanner pelvien et surtout l'IRM complètent le bilan dans certaines situations.

Les indications sont les suspicions de kyste dermoïdes ou endométriosiques pour lesquels ces examens ont des valeurs prédictives élevées.

L'IRM est également indispensable en cas de kyste volumineux (> 7cm de diamètre), car l'échographie ne peut alors fournir une exploration complète. L'analyse sémiologique est superposable à celle de l'échographie : biométrie, uni ou bilatéralité, contenu, présence de cloisons ou de végétations, aspect après injection de gadolinium. L'IRM fournit également des informations sur le péritoine (nodules), l'épilpooon, les aires ganglionnaires.

## **Les examens biologiques**

**La grossesse aura été éliminée au moindre doute par un dosage de B HCG plasmatique. Le dosage du CA125 est demandé pour aider dans la distinction kyste bénin / scancer.**

Une élévation du CA 125 après la ménopause est un argument fort pour la malignité.

**Le premier bilan est toujours clinique et échographique (+ CA125).**

**A l'issue de cette première étape, on recherche les arguments en faveur de la malignité. De nombreux scores ont été proposés.**

Les éléments qui apparaissent aujourd'hui importants sont :

- L'âge de la patiente,
- Ses antécédents familiaux,
- L'existence de végétations intra ou extrakystiques,
- Un TAMVx élevé ou un CA 125 augmenté,
- La bilatéralité des lésions.

En prenant ces éléments, plusieurs scores ont été proposés, le plus connu étant le RMI (Risk of Malignancy Index), permettant de déterminer la nature maligne d'un kyste avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 92 %.

## **Au total**

*Il existe plusieurs situations :*

- *Il n'existe pas d'argument immédiat de malignité,*
- *Il existe des arguments évidents en faveur de la malignité :*  
La tumeur est hétérogène avec des végétations, il s'agit d'une lésion bilatérale, associée à une ascite, le CA 125 est élevé (> 2N)...  
Il faut adresser la patiente à un centre spécialiste en oncologie gynécologique.
- *Il n'existe pas d'argument immédiat de malignité :*  
Il faut vérifier que la « tumeur ovarienne » persiste plus de 3 mois afin d'affirmer son organicité.  
On complètera le bilan par une échographie de deuxième intention et éventuellement une IRM, avant de proposer le traitement du kyste.

Il faut garder à l'esprit que le bilan pré-opératoire peut méconnaître un petit nombre de cancers stade I.

### 3 Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant une masse latéro-utérine ou une image kystique ?

Il s'agit essentiellement de diagnostics différentiels cliniques car l'échographie effectuée par un opérateur compétent, permet d'affirmer la nature non ovarienne de la formation. Cependant, dans quelques cas, la coelioscopie corrigera le diagnostic en cas de suspicion de kyste organique.

1. **kyste vestigial.** Il s'agit d'un reliquat du canal de Wolff qui est le plus souvent appendu au pavillon tubaire. Ces « kystes » ne se compliquent pas et ne sont pas des indications opératoires s'ils sont reconnus lors du bilan (kystes distinct de l'ovaire, mobilisable indépendamment de lui),
2. **vessie en réplétion,**
3. **caecum** à droite et **sigmoïde** à gauche
4. **hydrosalpinx**, dilatation tubaire séquellaire d'infection, (formation d'allure kystique à l'échographie, à paroi épaisse avec des cloisons tronquées et un contenu hétérogène, située entre l'utérus et l'ovaire),
5. **grossesse extra-utérine** (aménorrhée, hCG positifs, hémopéritoine, masse hétérogène distincte de l'ovaire),
6. **myome sous-séreux pédiculé** (échogénicité identique à celle du myomètre, mobilisation indépendante de l'ovaire, pédicule vasculaire provenant de l'utérus),
7. **faux kyste péritonéal** correspondant à un cloisonnement péritonéal par des adhérences (patientes ayant de multiples antécédents de chirurgie pelvienne et/ou d'infections).

### 4 Quelle est la prise en charge thérapeutique lorsqu'il n'existe pas d'argument immédiat de malignité ?

1. Les indications opératoires sont :
  - l'existence de complications,
  - la persistance après 3 cycles,

- des critères de kystes organiques,
- devant une modification d'un kyste d'allure fonctionnelle.

## 2. La cœlioscopie

Elle débute par une exploration complète de la cavité abdominale.

On procède ensuite au *traitement* du kyste supposé bénin :

- kystectomie chez les femmes non ménopausées, en suivant le plan de clivage naturel entre le kyste et l'ovaire sain,
- ovariectomie ou mieux annexectomie chez les femmes ménopausées ou en cas de kystes volumineux (> 80 mm de diamètre), car l'excérèse du kyste laisserait trop peu de parenchyme ovarien sain.

**Au moindre doute, il faut demander un examen extemporané en cas de kyste suspect, arrêter la cœlioscopie si la nature maligne est confirmée et réaliser une laparotomie médiane qui permettra de faire la stadification et le traitement de ce cancer. Il est donc indispensable d'avoir prévenu la femme du risque de laparotomie avant le début de l'intervention** (en cas de laparoconversion, il est impératif de réséquer les orifices de trocars, car des métastases peuvent siéger à ce niveau).

Finalement, la laparotomie n'est plus utilisée pour les kystes bénins, qu'en cas de contre-indication à la cœlioscopie. Les restrictions anesthésiques peuvent être observées lorsqu'il existe une insuffisance respiratoire ou cardiaque. Cependant, aujourd'hui l'obésité ou l'âge avancé ne sont plus des contre-indications systématiques. Sur le plan chirurgical, des antécédents majeurs comme les péritonites ou les chirurgies digestives lourdes (cancers coliques, maladie de Crohn, etc) augmentent le risque de complication digestive de la cœlioscopie, ainsi que le risque de laparoconversion. Dans ces cas, le bénéfice réel de la chirurgie doit être discuté.

## 3. Deux autres possibilités peuvent être proposées dans certains cas

### a. l'abstention thérapeutique

Elle est admissible en cas de kyste uniloculaire, anéchogène, à paroi fine, sans cloison ni végétation mesurant moins de 50 mm de diamètre, associé à un CA 125 sérique normal. Moins de 1 % de ces « kystes » correspondent en fait à des cancers.

L'abstention est dans ces cas d'autant plus intéressante, qu'il existe des contre-indications ou des facteurs de risque importants à l'anesthésie ou à la chirurgie. Les risques liés à l'intervention seraient alors supérieurs aux bénéfices attendus.

### b. la ponction échoguidée

La ponction des kystes ovariens est également possible. Les indications sont identiques à celles de l'abstention.

Le geste consiste en l'aspiration du contenu du kyste grâce à une ponction échoguidée. Il permet de faire une cytologie sur le contenu du kyste (dont la valeur prédictive est cependant médiocre) ainsi qu'un dosage du CA 125 et de l'œstradiol dans le liquide du kyste.

# 5 Quelles sont les évolutions des kystes ovariens ?

Ces tumeurs sont souvent latentes mais peuvent à tout moment se compliquer de façon aigue ou subaigue. Ce sont :

## La torsion

**Elle survient surtout pour les kystes lourds : dermoïdes, mucineux ; ou les kystes munis d'un pédicule très fin : kyste du parovaire.**

Le tableau clinique est caractéristique : il s'agit d'un **coup de tonnerre dans un ciel serein**. La douleur abdomino-pelvienne débute brutalement d'une seconde à l'autre et ne cède pas. Elle est associée à des vomissements et nausées.

L'examen retrouve un tableau de défense abdomino-pelvienne généralisée. L'examen gynécologique note un cul de sac extrêmement douloureux. Il n'y a pas de signe infectieux, ni de signe pouvant faire évoquer une occlusion.

Souvent des épisodes de subtorsion ont précédé l'accident aigu. L'échographie montre une image latéro-utérine. Le Doppler peut montrer l'arrêt de la vascularisation au niveau des pédicules utéro-ovariens et infundibulo-pelviens. **Une intervention est nécessaire en urgence** pour détordre le kyste. Il faut être conservateur chez les femmes jeunes, même en cas de geste tardif et même si l'aspect de l'ovaire est inquiétant.

Des contôles tardifs ont montré la récupération d'une fonction sub-normale.

Les classiques troubles de l'hémostase ne sont plus jamais observés.

## L'hémorragie intra-kystique

Elle survient souvent dans des kystes fonctionnels. Elle provoque l'apparition d'un syndrome douloureux pelvien à début rapide. L'examen clinique retrouve une défense dans l'une des deux fosses iliaques. L'un des culs de sac est comblé et douloureux. L'échographie retrouve un kyste très finement échogène si l'examen est réalisé tôt après l'accident ou hétérogène si l'examen est réalisé plus tard. Il est fréquent d'observer un épanchement péritonéal associé. Ici encore le traitement chirurgical s'impose afin de confirmer le diagnostic, d'arrêter l'hémorragie, et de traiter le kyste.

## La rupture du kyste de l'ovaire

Elle complique souvent l'hémorragie et ou la torsion. Le tableau est globalement superposable à celui de l'hémorragie. L'échographie peut orienter le diagnostic en montrant un épanchement péritonéal abondant. L'intervention confirme le diagnostic et permet le traitement.

## L'infection ovarienne (abcès ovarien)

Elle est soit secondaire à un tableau de pelvipéritonite d'origine génitale soit secondaire à une ponction ovarienne échoguidée pour traitement d'un kyste ou recueil ovocytaire. Son tableau est caractéristique avec hyperthermie, contractures pelviennes, hyperleucocytose. Ici encore l'intervention s'impose afin de confirmer le diagnostic de réaliser la toilette péritonéale et le drainage de l'abcès.

Le traitement antibiotique (triple antibiothérapie associant une céphalosporine, un aminoside et un imidazolé) est nécessaire.

### **Les rares compression d'organes pelviens**

(vésicale, rectale, veineuse, uérétérale).

### **Les complications obstétricales**

Un gros kyste enclavé dans le cul de sac de Douglas peut être responsable d'un obstacle praevia gênant la descente de la tête fœtale. Dans ce cas, on pourra être amené à réaliser une césarienne.

Au début de grossesse, on peut mettre en évidence un kyste ovarien ; Les complications sont plus fréquentes pendant la grossesse. La conduite à tenir est spécifique pendant la grossesse (abstention jusqu'à 16 S.A. le plus souvent puis exploration chirurgicale en cas de persistance après ce terme)

## **6 Points essentiels**

- C'est un des motifs les plus fréquents de consultation gynécologique,
- La principale étiologie est le kyste fonctionnel,
- La crainte du cancer de l'ovaire est liée à son mauvais pronostic mais il représente 5 % des kystes organiques avant la ménopause et 15 % en post-ménopause,
- Dans la majorité des cas, leur découverte est fortuite,
- L'examen clinique est souvent peu contributif,
- Le principal examen d'orientation diagnostique est l'échographie pelvienne,
- Elle sera réalisée par voie abdominale et surtout par voie endo-vaginale,
- Chez la femme jeune, la principale étiologie est le kyste fonctionnel ; il faudra contrôler l'échographie au bout de quelques mois avant de suspecter le diagnostic de kyste organique,
- En cas de persistance du kyste ou d'aspect suspect, une analyse anatomopathologique est recommandée,
- Dans les kystes non suspects de malignité, la coelioscopie permet le plus souvent de compléter l'exploration et de réaliser l'exérèse du kyste,
- La principale complication à redouter est la torsion d'annexe, plus fréquente en cas de kyste de l'ovaire, c'est une urgence chirurgicale.