



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE  
PHARMACIE  
RABAT



Année 2021

Mémoire n° : 113

# **VOLUMINEUX KYSTES OVARIENS**

## **A PROPOS de deux cas**

**Présenté et soutenu par Dr BENZINA INTISSAR**

**Directeur de mémoire : Pr KHARBACH Aicha**

**Pour l'obtention du diplôme de spécialité en gynécologie-obstétrique**

## PLAN

- I. Résumé
- II. Définition
- III. Rappel des recommandations concernant la PEC des Tumeurs ovariennes probablement bénigne
- IV. Case report
- V. Résultats
- VI. Discussion
- VII. Conclusion

## I. Résumé

Les volumineux kystes ovariens sont des motifs fréquents en consultation de gynécologie.

La définition des KO reste souvent floue, la prise en charge doit toujours être prudente et attentive du fait de la crainte de la malignité, quel que soit la taille du kyste d'où la nécessité d'un bilan pré opératoire complet et adéquat.

L'étape diagnostique initiale reste basée sur la triade : clinique, imagerie et marqueurs tumoraux

Le traitement hormonal reste infructueux et inopportun chez les patiente ayant un KO liquidien uniloculaire de gros volume ainsi la cœlioscopie reste la voie d'abord de référence du traitement chirurgical des tumeurs ovariennes probablement bénignes.

Méconnaître un cancer de l'ovaire à un stade précoce représente un dilemme dans la prise en charge d'un kyste uniloculaire anéchogène surtout chez une femme ménopausée en raison des tares qui y sont souvent associé.

La prise en charge classique d'un KO est soit une kystectomie ou une annexectomie si possibilité laparoscopique.

**Mots clés :cystadénomes séreux,borderline,cœlioscopie**

## المخلص

النساء وأمراض التوليد طب في متكرر بشكل تحدث الكبيرة المبيض تكيسات تكون أن يجب ، المبيض لخراجات الأحيان من كثير في الغامض للتعريف نظرًا كان مهما ، الخبيثة الأورام من الخوف بسبب ومتيقظة حذرة دائمًا الإدارة وكاف الجراحة قبل كامل تقييم إلى الحاجة ثم ومن ، الكيس حجم

السريية العلامات :الثالوث على قائمة الأولية التشخيص خطوة تظل السائل العين أحادي بكيس المصابات النساء الورمفي وعلامات والتصويرية هو البطن تنظير يظل ، به يوصى ولا فعال غير الهرموني العلاج يكون ، النقي الفشل يمثل الحدية الشخصية لاضطراب الجراحي للعلاج الأول المرجعي الخط أحادي كيس إدارة في معضلة المبكرة مراحل في المبيض سرطان على التعرف في غالبًا التي العيوب بسبب اليأس سن بعد المرأة في خاصة ، الصدى عديم العين ماتكفل

الرعاية التقليدية لكيس المبيض إما استئصال الكيستكتأ واستئصال المرفق محتيا مكانية بالمن ظار

الكلمات الرئيسية  
الحدودي  
جراحة التنظيرية

## **I-Abstract**

Large ovarian cysts are frequent situations in clinical practice in gynecology-obstetrics.

Because of the often unclear definition of ovarian cysts, management must always be cautious and attentive because of the fear of malignancy, whatever the size of the cyst, hence the need for a complete and adequate preoperative workup.

The initial diagnostic stage remains based on the triad: clinical, imaging and tumour markers

Hormonal treatment remains unsuccessful and inappropriate in patients with a large unilocular fluid KO. Laparoscopy remains the reference approach to surgical treatment of probably benign ovarian tumors.

Failure to recognize early-stage ovarian cancer represents a dilemma in the management of an anechogenic unilocular cyst especially in a postmenopausal woman because of the risks that are often associated with it.

The classical management of a KO is either a cystectomy or adnexectomy if laparoscopic possibility.

**Keywords : serous cystadenomas, borderline, laparoscopy**

## II. DEFINITION

Les TO peuvent se germer à partir des trois constituants primordiaux des gonades : le stroma spécialisé (sexual cordon tumors) les germinal cells et le mésothélium,

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 ainsi que celle des cancers varient avec l'âge.[1]

Les kystes de l'ovaire sont des grosseurs anormales remplies de liquide le plus souvent bénins. Ils sont soit fonctionnels et transitoires influencés par les sécrétions hormonales du cycle menstruel, soit organiques. Dans ce dernier cas, elles ne disparaissent pas spontanément. [1]

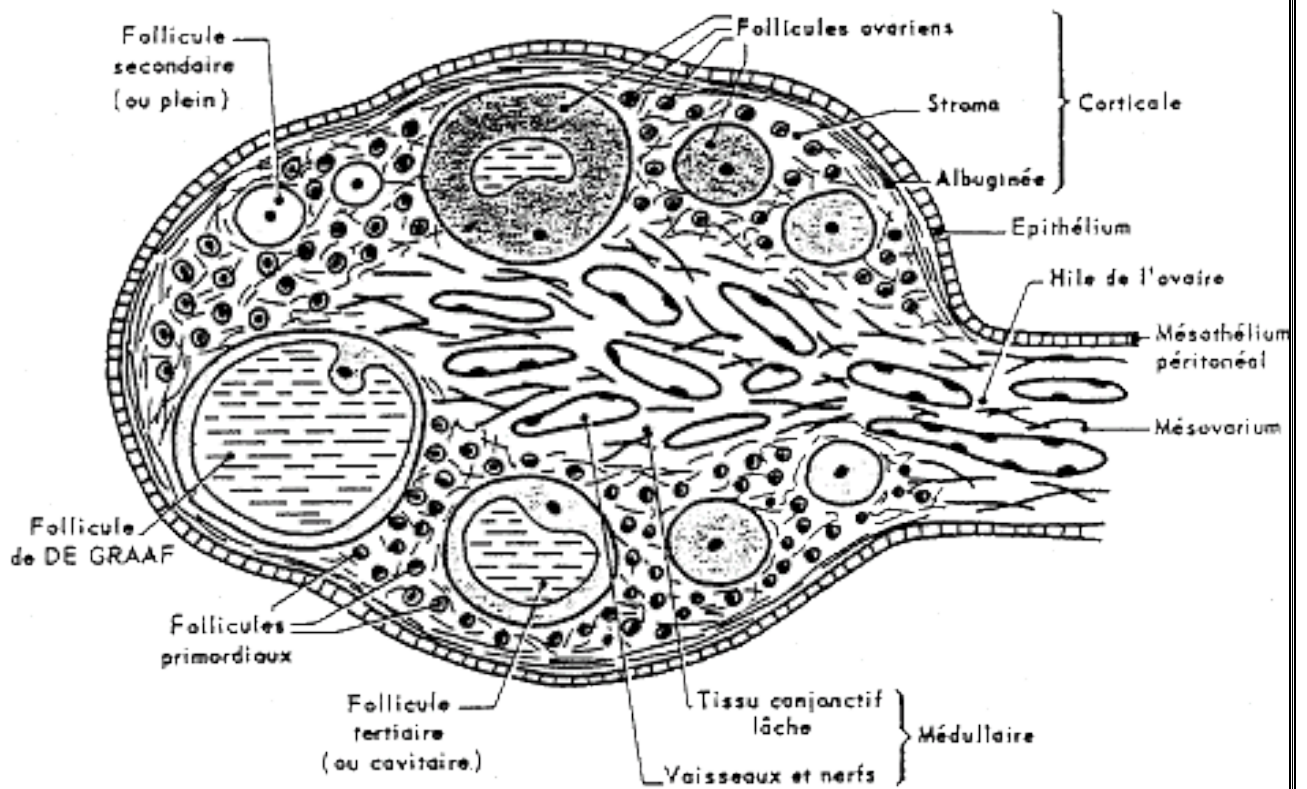
Seules 5% des TOPB d'origine organiques mis en évidence avant la ménopause sont néoplasiques, et environ 15% en post ménopausique.[1]

Les KO ne constituent pas de lésions pré néoplasiques, leur PEC doit être simple a fin de préserver la fertilité des patientes et de ne pas engendrer par la suite des algies chroniques ou d'exérèse absurde d'organes sains.[1]

Mais devant un kyste ovarien de taille supérieure à 10 cm, unilatéral, deux étapes sont toujours à suivre :

- reconnaitre l'organicité
- Dissiper une lésion pré-néoplasique.

Ceci nous motiva à initier un travail sur les aspects cliniques et la prise en charge des volumineux kystes ovariens dans le service de gynécologie et d'obstétrique de la maternité souissi, CHU RABAT.



### **III. Les recommandations de la PEC des tumeurs ovariennes présumées bénignes (TOPB)**

#### **Bilan pré opératoire**

La clinique et la radiologie initient toujours le bilan.

À l'issue de ce premier raisonnement, on recherchera les signes au profit de la bénignité et la malignité. De nombreuses classifications ont été proposées.

#### **Les explorations radiologiques complémentaires**

- **L'échographie pelvienne**

L'examen élémentaire et capital à réaliser est une écho-pelvienne avec doppler et doit décrire la lésion avec précision :

Le côté du kyste, taille, Forme et situation (unilatérale ou bilatérale) son échogénicité, Ses caractéristiques de la paroi, l'existence de cloisons (en précisant l'épaisseur, et la régularité), la présence de végétations intra ou extra kystiques avec précision de leurs caractéristiques

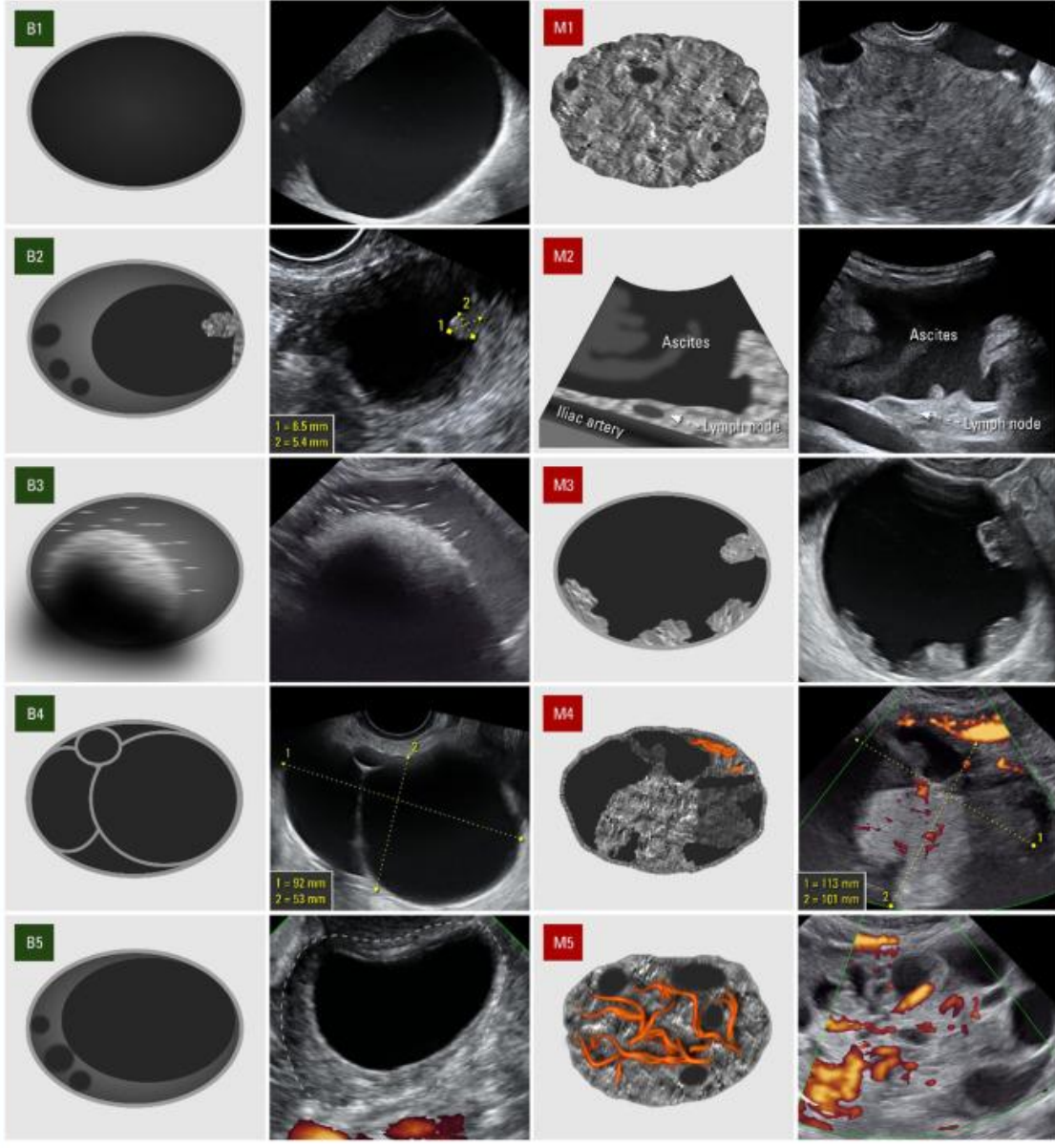
La description de l'état de l'ovaire controlatéral de l'utérus à la recherche d'une pathologie coassociée, le cul-de-sac avec présence ou non d'ascite.

Une étude Doppler doit compléter l'étude morphologique en calculant le TAMVx (*time averaged maximum velocity*) paramètre qui prend en compte la résistance des vaisseaux et la vitesse du flux sanguin. [1]

International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) simple rules

- B1** Unilocular cyst
- B2** Presence of solid components, maximal diameter < 7 mm
- B3** Presence of acoustic shadows
- B4** Smooth multilocular tumor, maximal diameter < 100 mm
- B5** No blood flow (color score 1)

- M1** Irregular solid tumor
- M2** Presence of ascites
- M3** At least four papillary structures
- M4** Irregular multilocular solid tumor, maximal diameter >100mm
- M5** Very strong blood flow (color score 4)



Classification IOTA des KO

- **Scanner et IRM (imagerie par résonance magnétique)**

Le scanner pelvien et surtout Imagerie par résonance magnétique couronnent le bilan dans diverses situations.

L'Imagerie par résonance magnétique est nécessaire en cas de KO volumineux (> 7 cm/dm), car l'écho-pelvienne ne pourras alors nous fournir des informations complètes ni une exploration globale de la situation. La clinique restant superposable à l'échographie : biométrie, uni ou bilatéralité le contenu, présence de cloisons ou de végétations, aspect après injection de gadolinium.

Imagerie par résonance magnétique donne aussi des informations sur le péritoine (nodules), l'épiploon, les aires ganglionnaires et la présence ou non de carcinose péritonéale associée.

Catégories (n=1340)	VPP de malignité	PLR	invasif + frontière	Description
<b>O-RADS MRI 1</b>				Absence de masse annexielle (pas de lesion ou origine non annexielle)
<b>O-RADS MRI 2</b> Benin (n=571)	0.3%	0.01	0 + 2	Kyste uniloculaire ou trompe liquidien pur sans portion tissulaire Kyste uniloculaire endométriosique, sans rehaussement interne Lésion graisseuse, sans portion tissulaire Absence de rehaussement pariétal Portion tissulaire en hypoT2W et hypo DW signal
<b>O-RADS MRI 3</b> Probablement benin (n=213)	5.6%	0.27	4 + 8	Kyste uniloculaire avec hyperT1 (non graisseux ou endometriosique) Kyste multiloculaire, sans portion tissulaire Portion tissulaire se rehaussant selon une courbe type 1
<b>O-RADS MRI 4</b> Indeterminée (n=122)	49.2%	4.42	40 +20	Portion tissulaire se rehaussant selon une courbe type 2
<b>O-RADS MRI 5</b> Malin (n=133)	89.5%	38.8	112 + 7	Portion tissulaire se rehaussant selon une courbe type 3 Implants péritonéaux

Classification O'RADS des TM de l'ovaire

## **LE BILAN BIOLOGIQUE**

Après un dosage négatif de  $\beta$ -hCG plasmatique.

- **CA125**

Le CA125, aussi appelé Mucin16, est une glycoprotéine associée à la membrane cellulaire, composée d'environ 22 000 amino-acides ; elle a été initialement détectée grâce à l'anticorps monoclonal OC125. C'est un composant de la surface oculaire, du tractus respiratoire et de l'épithélium du tractus génital féminin.

Les taux sériques du CA125 sont augmentés dans un grand nombre de cancers ovariens, mais sa spécificité est loin d'être absolue, car il peut être élevé dans les maladies bénignes de l'ovaire, l'endométriose, les épanchements péritonéaux et de nombreux autres cancers non ovariens.

Les valeurs usuelles chez la femme sont inférieures à 35U/mL. Chez les femmes non ménopausées, le taux est relativement stable au cours du cycle menstruel, en moyenne 14U/mL en situation physiologique (NP4).[3]

- **CA19-9**

Le CA19-9 est un déterminant antigénique porté dans le sérum par une protéine de type mucine. Il s'agit d'une sialoprotéine de masse moléculaire 10kDa, de structure proche du groupe sanguin Lewis a. Elle a été détectée grâce à l'utilisation d'un anticorps monoclonal provenant d'une lignée cellulaire de carcinome colorectal.

C'est essentiellement un marqueur des cancers du pancréas et du côlon, mais il peut être augmenté dans certain cancer mucineux de l'ovaire.

Il faut noter que les sujets de groupe sanguin Lewis (a-, b-), soit 3 à 7 % de la population, n'expriment pas cet antigène.

Les valeurs usuelles chez l'adulte sont inférieures à 35 U/mL. Les taux sériques peuvent être augmentés chez les porteurs d'hépatite ou de cirrhose.[3]

- **CA72-4**

Le CA72-4, aussi appelé Tumor Associated Glycoprotein72, a été défini à l'aide de l'anticorps monoclonal 72-3 à partir d'une métastase hépatique de cancer

du sein. C'est une glycoprotéine de masse élevée supérieure à 10 000kDa. Elle est présente dans de nombreux adénocarcinomes, sein, estomac, endomètre, poumon, et également dans les cancers séreux et mucineux de l'ovaire.

Les valeurs usuelles chez l'adulte sain sont inférieures à 6U/mL.

- **ACE**

L'Antigène Carcino-Embryonnaire (ACE)

C'est une glycoprotéine qui est produite normalement avant la naissance.

Après la naissance, elle n'est plus produite par l'organisme. Toutefois, il existe un taux résiduel d'ACE chez l'adulte.

Les valeurs normales :

Elles sont exprimées en nanogrammes (ng/ml). La valeur seuil de la normalité est comprise entre 3 et 5 ng/ml.

Son intérêt :

C'est un marqueur non spécifique du suivi des adénocarcinomes.

Il est utile pour les cancers du sein, les cancers digestifs, les cancers de l'ovaire, les cancers de l'utérus, le cancer médullaire de la thyroïde.

Le dosage de l'ACE a une valeur pronostic importante pour les cancers du sein et du colon et il est très utile dans la surveillance thérapeutique et diagnostic des rechutes

Ses limites

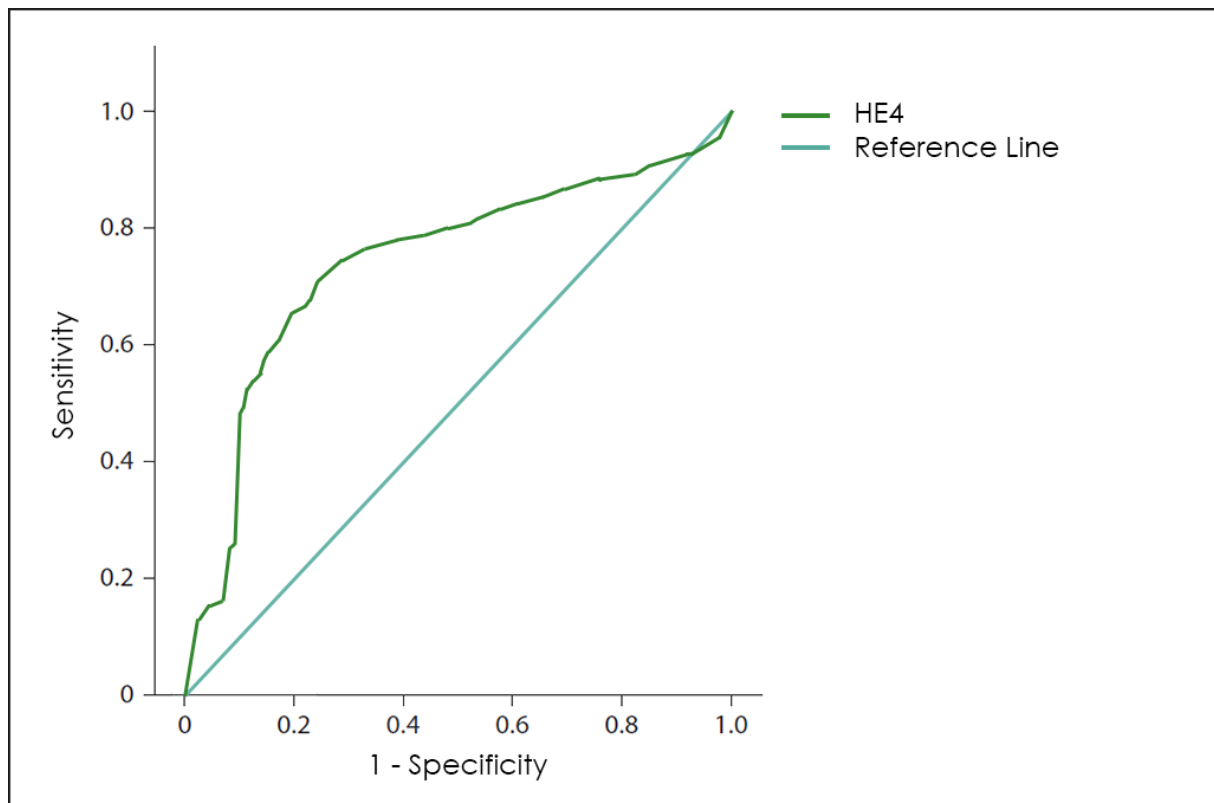
De nombreuses conditions médicales peuvent s'accompagner d'une élévation des valeurs de l'ACE. On peut citer, le tabagisme, l'excès d'alcool avec cirrhose, les maladies inflammatoires digestives comme la rectocolite hémorragique, les pancréatites et les hépatites

- **HE4**

HE4 est une glycoprotéine exprimée dans les cellules épithéliales ovariennes, ainsi que dans d'autres tissus tumoraux, mais très peu dans les tissus normaux. Sa spécificité semble donc supérieure. Elle est codée par un gène faisant partie d'une famille de gènes codant pour des antiprotéinases, les WAP-domain proteins (de Whey Acidic Protein, présente dans le lait). Ces protéines auraient un rôle anti-inflammatoire. Toutefois, la fonction de HE4 n'est pas établie.

Les valeurs usuelles généralement rapportées sont inférieures à 140 pmol/L. Chez les femmes non ménopausées, le taux de HE4 varie selon la période du cycle menstruel. Les taux moyens sont plus élevés en phase périovulatoire ( $45,3 \pm 1,2$  pmol/L) qu'en phase folliculaire ( $39,1 \pm 1,1$  pmol/L) chez les femmes de moins de 35 ans en situation physiologique (NP4). [3]

Algorithme de risque de malignité ovarienne Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA)



Algorithme de risque de malignité

ROMA est une équation exponentielle combinant les taux de HE4 et de CA125  
 $ROMA (\%) = \frac{e^{PI}}{1 + e^{PI}} \times 100$

PI est un index prédictif (Predictive Index) combinant HE4 et CA125 en fonction du statut ménopausique ou non.

Pour les femmes non ménopausées :

$$PI = -12,0 + 2,38 \times \log_n[HE4] + 0,0626 \times \log_n[CA125].$$

Pour les femmes ménopausées :

$$PI = -8,09 + 1,04 \times \log_n[HE4] + 0,732 \times \log_n[CA125].$$

L'algorithme ROMA a permis de classer les patientes selon le risque de cancer ovarien (faible / élevé) avec une spécificité de 75 % et une sensibilité de 77 à 92 % selon le statut de ménopause (NP2) [4]

**OVARIAN BIOMARKER TOOL**  
Brought to you by Fujirebio Diagnostics, Inc.

CA125+HE4

Algorithmme du Risque de la Maladie Ovarienne (ROMA) pour calculer le risque de Cancer Epithélial de l'Ovaire.

Préménopause  Postménopause

Valeur CA125: 60

Valeur HE4: 40

**Calculer**

**Résultats** [Réinitialiser](#)

- Préménopause
- Valeur CA125 = 60
- Valeur HE4 = 40

**4.9%** les valeurs ROMA

Accueil | Calculatrice | Références | Langue | À propos de Fujirebio | Aider

Plateforme pour le calcul de l'IR

## PEC chirurgicale

Le rôle du traitement chirurgical consiste en une kystectomie entière avec une limitation du risque de rechute et de récurrence, ainsi que la prévention de tout risque de métastase tumorale s'il s'agit de cancer et d'épargner la majorité du capital ovarien sain afin de ne pas acquiescer la fertilité ultérieure chez les patientes non ménopausées.

- **Manceuvres chirurgicales**

La ponction écho guidée est praticable chez les patientes ayant un KO liquidien pur uniloculaire, mais sa prouesse n'est pas supérieure à la surveillance et l'abstention (NP2).

La sclérothérapie à l'éthanol dans le cas des endométriomes récurrents est en cours d'appréciation dont l'objectif est la préservation du capital folliculaire (NP4).

Elle peut être suggérée aux patientes prises-en-charge en PMA procréation médicalement assistée souffrants d'endométriomes récurrents en post-kystectomies (grade C).

Il n'y a pas de recommandations pour une ponction échoguidée chez les patientes asymptomatiques ayant un KO liquidien pur uniloculaire (grade B).

### **La coelioscopie**

C'est la voie d'abord de référence du traitement chirurgical des TOPB (grade A). Elle est aussi performante que la laparotomie dans le traitement des endométriomes ovariens (NP2) ; plus avantageuse par rapport aux adhérences postopératoires, (NP1) et doit être préférée à la laparotomie dans les TOPB (grade A).

La laparoscopie en utilisant un trocart unique (single port) est assurée ainsi que praticable dans les Tumeur ovarienne probablement bénignes (NP3). Ses privilèges par rapport à la technique classique (laparotomie) en termes de timing opératoire, algies postopératoires et saignements (pertes de sang) ne sont pas prouvées (NP4). Les désavantages esthétiques sont en cours d'appréciation. Son utilisation est donc admissible (grade C)

Il n'y a pas de recommandations pour la chirurgie robotisée. (grade C).

En cas de TOPB la réalisation d'une annexectomie ou d'une kystectomie avec exploration péritonéale sont habituellement suivies d'une cytologie péritonéale pour étude cellulaire. Qu'elle soit à kyste fermé ou à kyste ouvert il n'y a pas de recommandations ni pour la kystoscopie ni pour la suture ovarienne après la réalisation de la kystectomie (grade B).

Il n'y a pas de recommandations pour la biopsie de l'ovaire controlatéral.

L'incision mésiale en cas de kystectomie pour les KO dermoïdes, diminue le risque de rupture peropératoire (NP2).

En première intention, en cas d'un KO endométrioïde, la technique chirurgicale la plus recommandée est la kystectomie intra-péritonéale (grade A).

L'excision par rapport à la destruction de la paroi des KO en cas d'endométriomes est plus efficace en terme de préservation de la fertilité (NP1), sans baisse de la réponse à la stimulation ovarienne en cas de PMA (NP2), avec des taux de grossesses élevés (NP1), y compris chez les patientes infertiles (NP2).

La **coagulation bipolaire** comme traitement exclusif et en première intention est à éluder en raison des multiples récurrences post opératoire et de la diminution du nombre des grossesses après chirurgie (grade A).

**Il n'y a pas d'arguments suffisants pour conseiller l'utilisation de l'énergie plasma et du laser CO2 dans le traitement des endométriomes.<sup>i</sup>**

### **PEC CHIRURGICALE DES TOPB**

#### **Technique chirurgicale :**

L'extraction du KO lors d'une coelioscopie à l'aide d'une endobag diminue le risque de dissémination péritonéale du contenu kystique, la quantité du sérum utilisé pour le lavage péritonéal et le timing opératoire ont aussi des bénéfices (NP2).

L'usage d'une endobag pour l'extraction d'une tumeur ovarienne probablement bénigne est donc recommandée (grade B).

Usuellement, la technique la plus réputée auprès des chirurgiens est l'extraction Trans pariétale de l'endobag, néanmoins la voie transvaginale pourrait être moins douloureuse (NP2).

### **Les barrières anti-adhérencielles :**

L'usage systématique des barrières anti-adhérentielles n'est pas recommandée après une coelioscopie pour les tumeur ovarienne probablement bénignes (grade C) leur efficacité n'a pas été prouvée pour la prévention anti-adhérencielle post annexectomie, kystectomie ou ovariectomie (NP2).<sup>ii</sup>

### **HISTOLOGIE**

**L'examen histologique extemporané** de la pièce sur les zones solides ainsi que végétantes est institutionnel pour un anatomopathologiste entraîné.

Sa sensibilité et sa spécificité pour l'étude et le diagnostic des lésions ovariennes malignes et bénignes sont supérieures à 80 % (NP3).

Les lésions mucineuses ainsi que les tumeurs de l'ovaire à malignité réduite sont plus à risque de diagnostic peu précis lors de l'étude extemporané, avec une sensibilité moyenne de 55 % (NP3), même chose pour les lésions de grande taille qui elles aussi sont dépendantes de la spécialisation de l'anatomopathologiste en gynécologie (NP4).

L'examen histologique extemporané pour le diagnostic des tumeurs de l'ovaire doit donc être utilisé avec beaucoup de précautions et de prudence (grade C).

### **Les prélèvements cytologiques**

Recueillis sur citrate, sont transférés sans délai à la structure ou à défaut fixés à l'alcool absolu, volume à volume.

il n'y a pas de recommandation pour l'examen extemporané des liquides kystique et péritonéal.

**Les pièces opératoires** (à l'état frais) sont acheminées immédiatement vers la structure d'anapath, conditionnées sous vide et conservées à + 4 °C avant d'être transférées dans les 48 h, ou fixées par le formaldéhyde.

Il n'y a pas d'utilité à adresser le liquide kystique pour un examen cytologique lorsque le KO est disponible pour un examen histologique [2].

#### **IV. Case report**

Notre étude a porté sur deux cas de volumineux kystes de l'ovaire pris en charge novembre 2019 et octobre 2020 au service de gynécologie et d'obstétrique au CHU IBN SINA, RABAT.

Il s'agit d'une étude descriptive, comparative avec les données de la littérature ainsi que les recommandations.

Nous avons retenu pour notre étude certaines données générales dont

- L'âge au moment du diagnostic,
- Les antécédents
- l'imagerie, les marqueurs biologiques
- le traitement incluant la voie d'abord et le geste chirurgical réalisé.

Nous nous sommes intéressés également à l'évolution postopératoire immédiate, et à long terme

- Les données recueillies sont résumées dans les tableaux suivants :  
Premier cas : Mme MA. 60ans  
Deuxième cas Mme VL.72ans

## V. RESULTATS

- Patiente N°1:

Madame MA Agée de 60 ans

sans antécédents médicaux

antécédents chirurgicaux : cinq césariennes + une laparotomie pour ligature des trompes

antécédents gynécos obstétricaux : G5P5 pas de suivi gynécologique

Ménopausée à 50 ans pas de traitement hormonal substitutif

sans antécédents familiaux

antecedentstoxiques : tabac 1/2 paquet par jour

### Clinique

Patiente consultant pour des douleurs pelviennes chronique avec une échelle analogique de la douleur à cinq évoluant depuis un mois avec un transit conservé et sans signes urinaires

### Examens complémentaires

TDM plus injection : très volumineuse formation kystique Multi cloisonné de 24 × 16 cm a priori ovarienne gauche à quand tournait pas d'épanchement ascitique pas d'amas épiploïque.

Pas de syndrome occlusif digestif ou rénal, pas d'adénomégalie profonde intra ou rétropéritonéale.

Diverticulose sigmoïdienne simple.

IRM sans injection : important ascite et une volumineuse masse multiloculée 78.3 mm de grand axe avec multiples cloisons internes; classer en score 5 de la classification Adnex MR scring System +

une deuxième masse plus petite demême aspect de 66,8 mm/dm est visible à droite ainsi que plusieurs localisations (fig2)

Relecture IRM : pas d'implants péritonéaux, lame d'ascite de faible abondance

biologie : ACE= 1.1 (<5.1)

CA 19.9 = 21.2 (<37)

CA 125 = 31 (<35)

- **Patiente N°2 : Madame VL**

Agée de 72 ans ayant comme antécédents médicaux une HTA sous iperten 10 mg

Antécédents chirurgicaux : une trachéotomie dans l'enfance (noyau), une greffe cutanée pour brûlures en 1992 (bras et cuisses)

Antécédents gynécobstétricaux : G5 P4 trois accouchement par voie basse dont une grossesse gémellaire cerclée, deux fausses couches

La mammographie : R.A.S.

Pas de traitement hormonal substitutif

Pas d'antécédents familiaux

Antécédents toxiques : tabac arrêté à 40 ans

**Clinique**

À l'examen : une volumineuse masse pelvienne évoluant depuis six mois avec douleur pelvienne sans signes urinaire ou digestif

### **Radiologie**

TDM+ inj : Volumineuse masse abdominale étendue de l'hypocondre droit jusqu'à la région pelvienne, elle présente une densité liquidienne non rehaussée après injection de produit de contraste, sa paroi est fine et semble se

rehausser.

Elle est mesurée à 12.3 Cm sur les coupes coronales et 32.0 cm sur les coupes sagittales.

Sur sa partie la plus haute que on retrouve bourgeons pariétaux sur rehaussant discrètement après injection.

Elle est le siège d'une microcalcification en son sein.

Elle refoule l'utérus à gauche et à droite qui ainsi que la vessie vers le haut.

IRM : kyste géant origine ovarienne pas de critère de malignité (fig2)

Biologie : -ACE

-CA 19.9,

-CA125 normaux

- PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

### **Patiente N1 :**

COELIOSCOPIE DIAGNOSTIQUE PREMIERE + LAPAROTOMIE POUR ANNEXECTOMIE BILATERALE (fig3)

- cytologie péritonéale directe

- cytologie intrakystique
- annexectomie gauche
- annexectomie droite

**Patiente N2 :**

**ANNEXECTOMIE BILATERALE PAR COELIOSCOPIE**

- cytologie péritonéale directe
- cytologie intrakystique
- annexectomie gauche
- annexectomie droite

▪ **RESULTAT ANAPATH :**

**Patiente N1 :**

1) Annexectomie droite montrant un cystadénome séreux bénin, de 1,5 cm et

une trompe sans particularité.

2) et 3) Annexectomie gauche montrant un cystadénomemucineux borderline de 12cm

(adressée pour relecture)

4) 5) et 6) Liquides intra-kystiques et péritonéal dépourvus d'élément suspect

de malignité.

Après relecture par labo anapathHCL: tumeur mucineuse borderline sans foyer de micro invasions ni assez de complexité architecturale pour parler d adénocarcinome infiltrant.

**Patiente N2 :**

1) Annexectomie droite : tumeur de Brenner bénigne de 2,5 cm de l'ovaire.

Trompe sans particularité.

2) Annexectomie gauche : cystadénomemucineux bénin de type endocervical de

17 cm de grand axe de l'ovaire.

Trompe sans particularité.

3) Liquide intra-kystique à prédominance macrophagique non suspect.

Absence de signe histologique de malignité.



Figure 1

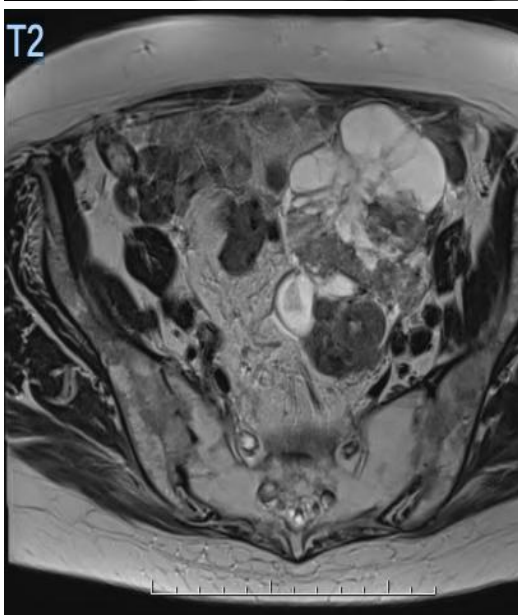


Figure 2

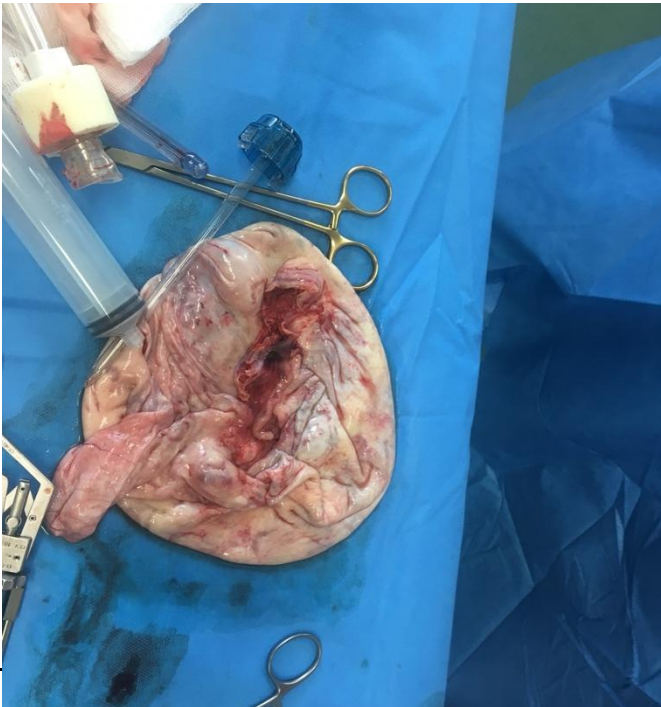


Figure 3

**Traitement complémentaire :**

**Patiente N1 :**

dossier présenté en RCP : reprise de la patiente pour coelioscopie de second look :

- Réalisation d'une appendicectomie avec des biopsies péritonéales multiples.

**Patiente N2 :**

Suites opératoires simples pas de nécessité de reprise chirurgicale.

**Les éléments qui ont conditionnés notre prise en charge, conformément aux recommandations [2], sont :**

L'âge de nos patientes,

leurs antécédents familiaux,

L'existence de végétations intra kystiques ou extra kystiques,

Leurs marqueurs tumoraux

La bilatéralité des lésions

**VI. DISCUSSION**

En période post ménopausique, la découverte d'une masse annexielle est une situation fréquente qui concerne 15 à 20% de la population [5] chose qui est le plus souvent d'une valeur péjorative et fait craindre un cancer [6].

### **Masse fonctionnelle ou pas ?**

La difficulté de PEC se pose lorsqu'il s'agit d'un KO simple anéchogène uniloculaire à paroi fine.[7]

En outre, dans les études qui ont consisté à réaliser une échographie transAbd et endoVag à des séries de patientes ménopausées asymptomatiques, sa prévalence varie entre 3,4 et 20,9% de l'ensemble de patientes ménopausées [8] Canis et al. sur 430 images kystiques pures étudiées par voie endovaginale ont trouvé 5 tumeurs borderline (1,2%) mais aucune tumeur maligne [9]

Méconnaître un cancer de l'ovaire à un stade précoce représente un dilemme dans la prise en charge d'un kyste uniloculaire anéchogène surtout chez une patiente ménopausée en raison des tares associés, le dosage du CA 125 ainsi que la connaissance de la taille du kyste permettent-ils d'éviter une erreur?

Le risque de malignité de kystes uniloculaires chez la femme ménopausée est faible et est corrélé à la taille du kyste, chose qui a été prouvée par plusieurs études, lorsque la taille du kyste est < 5 cm, la malignité chez la femme ménopausée est très rare [10, 11].

D'autre part, plus que 50% des KO d'allures simples disparaissent spontanément dans les trois mois, il est donc tout à fait légitime de proposer une abstention thérapeutique avec une surveillance radiologique et d'intervenir si il devient symptomatique ou en cas de modification structurale[12].

En 1998, Une étude internationale multicentrique a démontré qu'une patiente ménopausée avec un KO asymptomatique <5 cm/dm et un taux de CA 125=normal ont un risque quasi nul pour développer un cancer

et vice versa un taux élevé de CA 125 est presque toujours évocateur de malignité[13-14].

### **Les explorations devant une masse annexielle**

Les cancers de l'ovaire intéressent 80% des femmes de plus de 50 ans présentant des kystes ovariens avec un risque multiplié par 12 si l'on compare les tranches d'âges 20-29 et 60-69[15].

De nombreux modèles incluent le statut ménopausique dans l'évaluation du risque de malignité.

Chez la femme ménopausée, le risque de malignité atteint 70% en cas d'association d'anomalies ovariennes échographiques (une image kystique hétérogène ou échogène, des végétations, la taille kystique > 8 cm) et d'un taux de CA125 > 22,2 UI/ml.

Avec ces mêmes aspects échographiques[16], ce risque n'est atteint chez la femme non ménopausée que lorsque le taux de CA125 dépasse 66,7 UI/ml [6] pour Benacerraf et al. [17] l'association CA125 - échographie augmente la valeur prédictive négative de malignité.

Au total, chez la femme ménopausée, lorsque l'examen clinique, l'aspect échographique et le CA 125 sont en faveur de la malignité, 75% des patientes auront la confirmation de la malignité lors de la chirurgie. Inversement, lorsque ces trois informations concordent vers la bénignité, moins de 5% des patientes ménopausées auront un cancer [18].

Le doppler pulsé, la tomodensitométrie pelvienne (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), le PET Scan et plus récemment l'échographie Doppler (3D) ont été intégrés dans l'exploration préopératoire des tumeurs ovariennes et dans le cadre du bilan d'extension ou au cours de la surveillance post-opératoire.

La pertinence diagnostique de l'IRM est légèrement supérieure à celle de la TDM [7], mais il n'existe pas d'examen qui permet un diagnostic de certitude.

## **Coelioscopie et diagnostic de malignité :**

Le traitement par laparoscopie d'un KO peut et doit être réalisé lorsque la majorité des critères sont en faveur de bénignité : en écho pelvienne et vaginale la taille doit être < 5 cm le contenu doit être liquidien ou dermoïdes, la présence de moins de 3 cloisons fines dont la taille est inférieure à 3 mm à paroi fine inférieure à 3 mm ou bien une absence de végétations ainsi qu'un doppler normal. Il est également possible en cas de kyste « bénin » mesurant entre 5 et 10 cm/dm si l'accès laparoscopique est réalisable chez la femme.

Dans tous les cas, une exploration per-opératoire doit être réalisée.

La distinction avec certitude d'un KO apparaissant macroscopiquement bénin avec une lésion visiblement maligne est possible, dans tous les cas, pour éviter le risque de dissémination, des précautions doivent être envisager systématiquement lors de toute kystectomie par laparoscopie.

Ces précautions impliquent l'usage d'une endobag, la lutte contre les fuites de gaz le lavage des instruments, des trocars et des orifices cutanés par un agent cytotoxique de type chlorexidine ou povidone-iodine, la suture des orifices de trocart de plus de 10 mm en trois plans et la réduction de l'intervalle entre la laparoscopie diagnostique d'une tumeur maligne et le début d'une chimiothérapie ou d'une chirurgie d'exérèse complète à une semaine. [19] (F. Narducci [1]).

La coelioscopie reste l'examen de référence pour le diagnostic de malignité ou de bénignité des masses annexielles. Canis et al. ont montré que l'exploration coelioscopique est sûre et fiable avec une sensibilité de 100%, une spécificité de 93,5%, une VPP de 37,8%, et une VPN de 100% dans une étude rétrospective incluant 1098 patientes ont évalué la concordance entre le diagnostic macroscopique chirurgical et le diagnostic histologique définitif [20] (CNGOF, 2011) (Canis M, 1997)

Selon les dernières recommandations en présence de plusieurs éléments suspects, une laparotomie médiane doit être réalisée, et plus

particulièrement en cas d'une suspicion de cancer avec atteinte extra ovarienne ou si il existe un haut risque de rupture du KO en peropératoire. En fonction de l'expérience du chirurgien et de la disponibilité d'un anatomopathologiste bien entraîné, en plus de l'exploration peropératoire, une laparoscopie avec examen extemporané sur la pièce d'annexectomie peut être réalisée.

Cette coelioscopie de première intention permettra ainsi de choisir la voie d'abord et de juger de l'opérabilité des plus convenables [20].

En présence d'un élément suspect lors de l'exploration pré ou peropératoire du KO, une cytologie péritonéale ainsi qu'une exploration pelvienne et abdominale soignée devront être réalisées, associées aux biopsies péritonéales. Selon l'âge de la patiente seront réalisées une annexectomie ou kystectomie seront réalisées, tout en évitant la rupture intrapéritonéale du kyste en peropératoire, au besoin par une laparotomie.

### **debulking**

Cette deuxième intervention est alors une urgence thérapeutique [8] Pour Kindermann et al. d'après une série multicentrique de 192 tumeurs ovariennes invasives ou à malignité réduite, 52 % (13/25) des patientes ayant un cancer de l'ovaire au stade I jusqu'au III réopérées par laparotomie avec un délai supérieur à 8 jours avaient une dissémination précoce tumorale. Cependant, dans cette série, le taux de rupture était supérieur à 90 % et un endobag fut utilisé dans moins de 10 % des coelioscopies [19-21].

De même, Van Dam et al. rapportent que le taux de métastases sur orifice de trocart est diminué si l'intervalle entre la laparoscopie diagnostique d'un cancer et le début d'une chimiothérapie ou d'une chirurgie complète est écourtée (6 vs 17 jours,  $p < 0,01$ ) [22].

## **VII. CONCLUSION**

Au cours de notre étude dans le Service de gynécologie-d'obstétrique M1M3, nous avons constaté que les kystes de l'ovaire sont relativement fréquents, la prise en charge doit toujours être prudente et attentive du fait de la crainte de la malignité

Quel que soit la taille du kyste d'où la nécessité d'un bilan pré opératoire complet et adéquat.

L'étape diagnostique initiale reste basée sur la triade: clinique, imagerie et marqueurs tumoraux

Les bénéfices du traitement par coelioscopie sont indiscutables sous réserve d'un respect absolu des règles carcinologiques, La laparotomie est fortement indiquée en cas de forte suspicion de cancer avec atteintes extra ovariennes ou d'impossibilité technique à la coelioscopie liée à la patiente ou au volume du kyste.

La patiente doit toujours être avertie du risque de laparotomie en cas de découverte d'un cancer ou de difficultés techniques, et le risque d'annexectomie doit avoir été évoqué lors de la consultation préopératoire.

## **REFERENCES**

**3-Ovarian tumor markers of presumed benign ovarian tumors**

**N. Lahlou a, J.-L. Brun b, c**

**Site internet : <https://www.em-consulte.com/en/article/853538>**

**2- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).**

**Recommandations pour la pratique clinique – Les tumeurs de l'ovaire présumées bénignes. Site internet : CNGOF. Paris ; 2013**

**5- Dørum A, Blom GP, Ekerhovd E, Granberg S. Prevalence and histologic diagnosis of adnexal cysts in postmenopausal women: an autopsy study. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(1):48–54. [PubMed] [Google Scholar]**

**6- Pour Koonings et al**

**Reimer T, Gerber B, Müller H, Jeschke U, Krause A, Friese K. Differential diagnosis of peri- and postmenopausal ovarian cysts. Maturitas.**

**1999;31(2):123–32. [PubMed] [Google Scholar]**

**4- Moore R.G., McMeekin D.S., Brown A.K., DiSilvestro P., Miller M.C., Allard W.J., and al. A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass Gynecol Oncol 2009 ; 112 : 40-46 [cross-ref]**

**7 -Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins (2001) site officiel :**

**<http://www.cngof.fr/maladies/348-les-kystes-fonctionnels>**

**histopathologic diagnosis. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(2):48–54.**

**[PubMed] [Google Scholar]**

9- Canis M, Mage G, Raiga J, et al. CNGOF. XVII. Paris:Vigot; 1993. Cancer de l'ovaire: diagnostic et prise en charge d'une masse annexielle: mises à jour en gynécologie et obstétrique. [Google Scholar]

10- Dørum A, Blom GP, Ekerhovd E, Granberg S. Prevalence and histologic diagnosis of adnexal cysts in postmenopausal women: an autopsy study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(1):48–54. [PubMed] [Google Scholar]

8- Ekerhovd E, Wienerroith H, Staudach A, Granberg S. Preoperative assessment of unilocular adnexal cysts by transvaginal ultrasonography: a comparison between ultrasonographic morphologic imaging and

11- Ekerhovd E, Wienerroith H, Staudach A, Granberg S. Preoperative assessment of unilocular adnexal cysts by transvaginal ultrasonography: a comparison between ultrasonographic morphologic imaging and histopathologic diagnosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(2):48–54. [PubMed] [Google Scholar]

13- Schutter EM, Sohn C, Kristen P, Möbus V, Crombach G, Kaufmann M, et al. Estimation of probability of malignancy using a logistic model combining physical examination, ultrasound, serum CA 125, and serum CA 72-4 in postmenopausal women with a pelvic mass: an international multicenter study. *Gynecol Oncol.* 1998;69(1):56–63. [PubMed] [Google Scholar]

14- Zanetta G, Lissoni A, Torri V, Dalla Valle C, Trio D, Rangoni G, et al. Role of puncture and aspiration in expectant management of simple ovarian cysts: a randomised study. *BMJ.* 1996;313(7065):1110–3. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]

12- Ekerhovd E, Wienerroith H, Staudach A, Granberg S. Preoperative assessment of unilocular adnexal cysts by transvaginal ultrasonography: a comparison between ultrasonographic morphologic imaging and histopathologic diagnosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(2):48–54. [PubMed] [Google Scholar]

**15- Koonings PP, Campbell K, Mishell DR, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. Obstet Gynecol. 1989;74(6):921–6. [PubMed] [Google Scholar]**

**16 - .Tingulstad S, Hagen B, Skjeldestad FE, Onsrud M, Kiserud T, Halvorsen T, Nustad K. Evaluation of a risk of malignancy index based on serum CA125, ultrasound findings and menopausal status in the pre-operative diag.**

**17- Benacerraf BR, Finkler NJ, Wojciechowski C, Knapp RC. Sonographic accuracy in the diagnosis of ovarian masses. J Reprod Med. 1990;35(5):491–5. [PubMed] [Google Scholar]**

**19-F. Narducci [1], G. Orazi [1], M. Cosson [1]  
Kyste ovarien : indications chirurgicales et voies d'abord**

**20- Canis M, Mage G, Wattiez A, Masson FN, Pouly JL, Botchorishvili R, et al. Operative laparoscopy and the adnexal cystic mass: where to set the limit? J GynecolObstet Biol Reprod. 1997;26(3):293–303. [PubMed] [Google Scholar]**

**18- Pérez-López FR, Chedraui P, Troyano-Luque JM. Peri- and post-menopausal incidental adnexal masses and the risk of sporadic ovarian malignancy: new insights and clinical management. Gynecol Endocrinol. 2010;26(9):631–43. [PubMed] [Google Scholar]**

**21- Kindermann G, Maassen V, Kuhn W. Laparoscopic management of ovarian tumors subsequently diagnosed as malignant: a survey from 127 german departments of obstetrics and gynecology. J Pelvic Surg 1996; 2 : 245-51.**

**22-Kindermann G, Maassen V, Kuhn W. Laparoscopic management of ovarian tumors subsequently diagnosed as malignant: a survey from 127 german departments of obstetrics and gynecology. J Pelvic Surg 1996; 2 : 245-51.**

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).  
Tuméfaction pelvienne chez la femme – Kyste des ovaires. Site internet :  
Université médicale virtuelle francophone. Nantes (France) ; 2011**