

TUMEURS OVARIENNES BÉNIGNES

Loïc Boulanger

Service de chirurgie gynécologique
Hôpital Jeanne de Flandre
CHRU Lille

Physiologie ovarienne

- Kyste = tout contenu liquidien en image écho ou à l'examen macroscopique d'un diamètre > 3 cm.
- diminution de volume progressif du volume ovarien avec l'âge
- A tout âge mais recrudescence en période pubertaire et en pré ménopause (kystes fonctionnels)

Epidémiologie

- Fréquence des tumeurs bénignes = 5-7%
- 45 000 femmes par an en France, dont 32 000 femmes environ seraient opérées (chiffres PMSI 1998 et 1999).
- kystes opérés : 75 % sont organiques, 25 % sont fonctionnels, et 1 à 4 % des kystes supposés bénins sont malins.

Trois situations possibles

1. *kystes fonctionnels*:

- disparition dans le temps
- doivent être respectés
- surveillance simple

Trois situations possibles

2. *kystes organiques* (histologie car dégénérescence possible):

- Le caractère organique sera évoqué par la présence d'un des signes suivants :
 - Une ou plusieurs végétations intra kystiques ;
 - Composante solide ;
 - Diamètre du kyste supérieur ou égal à 6 cm quel que soit son aspect échographique ;
 - Caractère multiloculaire ;
 - Paroi épaisse.
- Les critères 1 et 2 sont les critères discriminants les plus pertinents en faveur de la malignité (surtout si associés à de l'ascite et/ou doppler pathologique).

Trois situations possibles

3. *tumeurs solides* (histologie car dégénérescence possible)

- Eliminer les pathologies pseudo tumorales

Anatomo-pathologie

Tous les tissus composant l'ovaire peuvent donner une prolifération tumorale

- **L'épithélium cœlomique** (mésothélium d'origine mullérienne recouvrant la surface ovarienne) donne des tumeurs souvent volumineuses :
 - séreuses (épithélium tubaire) 75 % bénignes, 25 % malignes
 - mucineuses (épithélium endocervical)
 - 85% sont bénignes ou borderline, 15% sont malignes
 - 25 % ressemblent aux séreuses
 - endométrioïdes (épithélium endométrial)
 - 15-30 % accompagnés de carcinome de l'endomètre
 - 15% coexistent avec de l'endométriose.
 - carcinomes à cellules claires ("mésonephroïdes")
 - association avec endométriose, ou carcinomes endométrioïdes
 - tumeurs de Brenner (paramalpighiennes)
 - adénofibrome peu commun. Association possible avec cystadénome mucineux
 - tumeurs mixtes épithéliales (ou mésodermiques)

- **le stroma gonadique** (issu des cordons sexuels) donne les tumeurs endocrines
 - de la thèque (fibrothécome) - à cellules de Leydig
 - de la granulosa - à cellules de Sertoli
- **les cellules germinales**
 - cellules d'origine : dysgerminome (= séminome chez l'homme)
 - développement extra embryonnaire : choriocarcinome, tumeur du sinus endodermique
 - développement embryonnaire : polyembryome
 - Rares, tissus foetaux immatures tératome immature
 - développement adulte : multi tissulaire (kyste dermoïde) carcinome embryonnaire
 - mono tissulaire (goitre ovarien, carcinoïde)
- **gonadoblastome (éléments germinaux + stroma gonadique)**
- **tumeurs à cellules lipidiques, tumeurs du stroma non spécialisé (cystadénofibrome)**

Signes cliniques

Signes d'appel : sensation de pesanteur, tiraillement anomalies des règles troubles urinaires (dysurie, pollakiurie) infertilité découverte fortuite

3 situations : kyste pelvien kyste abdominal tumeur solide

Signes cliniques : masse indépendante de l'utérus signe du sillon localisation latéro-utérine consistance rénitente, zones solides, contours bosselés (dermoïdes) variantes : fixité, masse dépendante de l'utérus (adhérences), kystes enclavés dans le Douglas

Diagnostic différentiel

Origine extra-utérine : globe vésical, cæcum ou sigmoïde distendu, hydrosalpinx, kyste du para-ovaire (non distinguable cliniquement), kyste du mésentère, pseudo kystes péritonéaux adhérentiels.

Origine utérine : grossesse, fibrome pédiculé, héli utérus, hémocolpos.

Cancer : masses fixées irrégulières, bilatérales, ascite, métastases épiploïques

Les examens complémentaires

- **L'échographie : EXAMEN DE REFERENCE ++++**

Indispensable

Objectifs : confirmer la masse latéro-utérine

préciser la taille, la structure (liquidienne, mixte ou solide) et les caractères (kystes uni ou multiloculaires, épaisseur des parois, végétations endo et exokystiques),

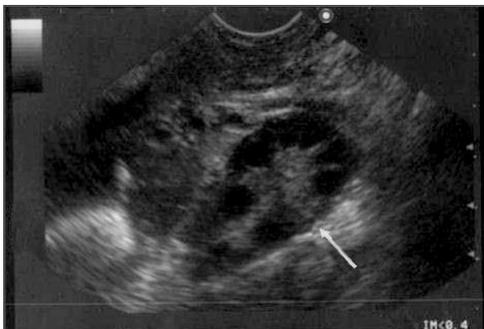
doppler (absence de néo vascularisation et index de pulsativité élevé en faveur de la bénignité).

Aide à la différenciation entre tumeurs bénignes et malignes

Pas de diagnostic histologique mais oriente le clinicien



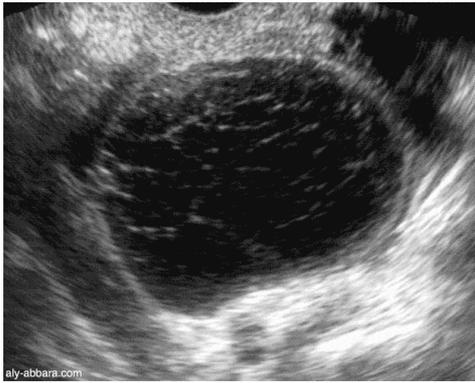
Penser au diagnostic différentiel si l'ovaire est visualisé.



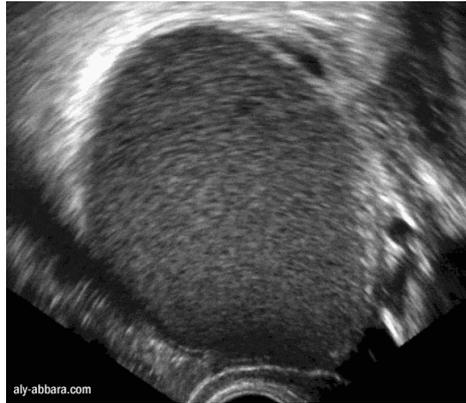
Ovaire normal



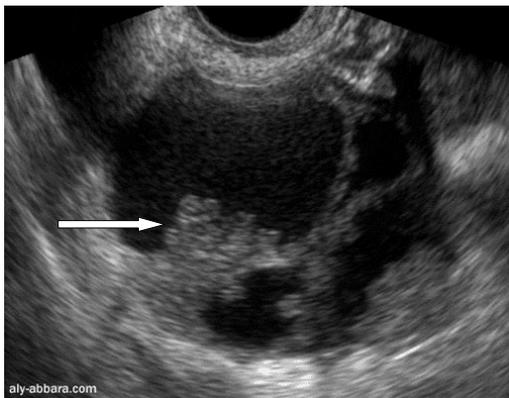
Kyste ovarien fonctionnel



Kyste corps jaune hémorragique



Endométriome



Kyste organique Végétation intra kystique

L'ASP

recherche des calcifications dans les kystes dermoïdes.

L'IRM et Le scanner abdomino-pelvien

suspicion de cancer clinique et/ou échographique
kystes dermoïdes
Endométriose ovarienne et péritonéale

Les marqueurs tumoraux plasmatiques

Les demander en cas de tumeur solide

- Le CA-125 est le marqueur des cancers épithéliaux de l'ovaire et plus particulièrement de type séreux (N < 35 UI)

Sensibilité de 95% et une spécificité de 61%.

Nombreux faux positifs (variations avec le cycle, endométriose, péritonite, pleurésie, ascite, tumeurs mammaires).

- L'ACE dans les tumeurs épithéliales mucineuses.

- L'α-FP et le β-HCG dans les tumeurs germinales.

- L'inhibine B dans les tumeurs de la granulosa.

(voir les recommandations).

La ponction échoguidée

Seulement si kyste anéchogène

Permet l'étude cytologique, hormonale et le dosage des marqueurs
hormones prédominantes : kystes fonctionnels
marqueurs élevés : organicité mais pas forcément cancer

La coelioscopie

Permet l'exérèse, mais aussi l'examen de la cavité pelvienne

Précise la nature histologique

D'emblée contre-indiquée en cas de tumeur dont le pôle supérieur est en position sus ombilicale.

Les complications

Les complications dégénératives

caractère de bénignité ou malignité fixé d'emblée ? (sauf pour borderline)

Les complications non dégénératives

la torsion

Fréquente

Douleur brutale constante, vomissements, état de choc, épisodes parfois sub-aigus

Défense, météorisme

Survient surtout sur des kystes mobiles (rare dans K et endométriose), dense (dermoïdes)

Torsion annexe totale > torsion seule du pédicule ovarien

Évolution vers tableau de choc mais aussi vers un sphacèle à bas bruit

Délai < 6 h : tentative de détorsion

Si aspect nécrotique : annexectomie sans détorsion

l'hémorragie

Soit intrakystique (modification de l'échostructure)

Soit intra péritonéale (rupture) : hémopéritoine

Coagulation ou suture ovarienne

la rupture

Rare dans les kystes organiques

Péritonite aiguë

aseptique (péritonite chimique du dermoïde)

septique (après abcès ovarien, ou sphacèle post-torsion)

Toilette péritonéale + traitement spécifique du kyste causal

la suppuration

Exceptionnelle (dermoïde pour la plupart)

Origine hémotogène, locorégionale (salpingite, sigmoïdite) ou iatrogène (ponctions)

oedème ovarien aigu

Affection autonome sur ovaire sain ou tumoral (hyperthécose, SOPK)

Douleur aiguë, torsion fréquente (50%). Parfois ascite et hydrothorax.

Ovariectomie (l'anapath élimine tumeur associée)

compression vésicale, digestive, de la VCI (faciès de Spencer Wells)

syndrome de Demons-Meigs

Association d'une tumeur ovarienne (fibrome ou fibro-thécome dans la description initiale) et d'un épanchement péritonéal et/ou pleural.

Complications au cours de la grossesse

fréquence des kystes fonctionnels au T1

volume utérin qui gêne la cœlioscopie à partir du début T2

risque d'avortement en cas d'ablation du corps jaune avant la douzième semaine

risque d'interruption prématurée de la grossesse en cas de laparotomie jusqu'en fin de grossesse,

fréquence de la torsion d'annexe dans le post-partum

Présentation dystocique (obstacle prævia)

→ chirurgie idéale = 4ème mois (préservation du corps jaune)

Au T1 :

cœliochirurgie (kystes anorganiques)

si ablation CJ : progestatifs

kystes anéchogènes : abstention ou ponction (RAS si liquide séreux, citrin et cyto négative)

Au T2 :

laparo en regard du kyste, ne pas stimuler l'utérus, tocolyse post-op

ponction possible selon même critères qu'au T1

Au T3 :

Abstention si critères bénins et non prævia,

Tumeurs prævia : Ponctions avant l'accouchement si anéchogènes

Césarienne dans le cas contraire (ou liquide mucoïde ou sébacé à la ponction)

Césarienne d'indication obstétricale : traitement étiologique

Voie basse : laparotomie en post-partum

cœlio après involution utérine

Traitement

Abstention +/- blocage hypophysaire (Cf.)

Cœliochirurgie

traitement préférentiel

principes : cytologie péritonéale première

examen de la paroi kystique, de la cavité abdominale

2 techniques : ponction + kystectomie
kystectomie d'emblée

Laparotomie

Indications : suspicion de malignité ou pour des tumeurs "borderline"
conditions techniques défavorables à la cœliochirurgie
(comme les kystes dermoïdes à forte composante solide)

Avantages :

contrôle de l'ensemble de la cavité abdominale

si signe de malignité, intervention élargie et stadification

Techniques chirurgicales

Kystectomie

femme jeune

conservation ovarienne +/- reconstruction

Préserve la fertilité (sauf si endométriose)

Ovariectomie

Tumeurs volumineuses

Si péri ménopause, hystérectomie non obligatoire

Annexectomie

Si tumeurs géantes avec destruction ovarienne, trompes étirées

Si forte suspicion macroscopique de cancer et patiente non prévenue

Intérêt de l'extempo

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (I)

Examen complémentaire de référence = échographie endovaginale

orientation diagnostique +++ , VPN du cancer élevée

critères d'organicité (cf.)

Doppler

TDM et IRM non recommandés dans la prise en charge des kystes supposés bénins.

Le CA 125 est le marqueur des tumeurs malignes du revêtement de l'ovaire.

Chez la femme non ménopausée et kyste supposé bénin : dosage inutile

Chez la femme ménopausée et kyste supposé bénin : dosage utile

En cas de kyste organique : doser marqueurs sériques en fonction de l'orientation (âge, critères échographiques)

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (II)

Traitement médical et chirurgical des kystes présumés fonctionnels (KOF)

Kystes fonctionnels spontanés (avant ou après ménopause)

Abstention thérapeutique (progestatifs macro dosés inutiles)

Kystes fonctionnels et contraception

Possibilité de KOF sous contraception OP minidosée 20 γ et 35 γ , et micro ou macro progestative.

Ne pas modifier la CO

Jusqu'à 30% de KOF après insertion de DIU au levonorgestrel mais simple surveillance.

KOF pauci-folliculaire et stimulation ovarienne : abstention thérapeutique

KOF et tamoxifène

Risque augmente si femme non ménopausée

Ne pas arrêter le TAM +/- agoniste LH-RH

KOF et THS : pas d'augmentation d'incidence

KOF induits par traitement chirurgicaux (adhérences) : dystrophie kystique

Si asymptomatique : abstention

Si symptomatique : adhésiolyse

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (III)

Ponction échoguidée (dosage E2 + CA 125 et cyto) :

- Inutile si KO asymptomatique
- Contre indiquée si suspicion écho de cancer, T borderline, k. mucineux ou dermoïde +++++
- Alternative à la chir si risque opératoire élevé sur kystes liquidiens purs ? mais récidive !

Prise en charge chirurgicale (généralités)

Indications :

- Kyste d'allure organique
- Augmentation de volume ou modification de morphologie d'un KOF
- Complication aigue suspectée
- KO(F) persistant après 3 cycles ?



S'assurer de la persistance du kyste en préopératoire !!!

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (IV)

Technique chirurgicale :

- Cœlioscopie +++
- Cytologie péritonéale première
- Kystectomie intra-péritonéale (femme non ménopausée) ou ovariectomie chez femme ménopausée
- Extraction avec sac
- Extemporane inutile sauf si suspicion K (végétations ou composante solide)

Cas des endométrioses

- Traitement de référence = kystectomie per cœlioscopique
- Ponction transvaginale peu souhaitable
- Drainage kystique per-cœlioscopique ne prévient pas les récidives si la paroi n'est pas électro-coagulée (mais empêche histologie)
- Ovariectomie si patiente ne souhaite plus d'enfant, récidive ou lésions sévères
- Analogues de la LH-RH en préopératoire ne facilite pas le geste
- CO par OP non contre-indiquée en post-op

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (V)

Conséquence de la kystectomie sur la fertilité

- Aucune (chez les patientes à priori fertile)
- Peut-être diminution de la réponse à une stimulation après chirurgie ovarienne conservatrice ou ovariectomie (femme suivie en AMP)

La période péri pubertaire

Fréquence des tumeurs germinales plus élevée

Si kyste organique :

- doser ACE, α -FP et β -HCG (malignité si +).
- Cœlio si kyste à priori bénin

KOF = idem à adulte

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) (VI)

Kyste de l'ovaire et grossesse

Généralités

- T1 : kystes fonctionnels
- Après 16 SA : KOF ou kystes dermoïdes
- Risque de complications faible si kyste \leq 6 cm
- La grossesse n'augmente pas le risque de dégénérescence ou de complications
- Indication d'imagerie identique
- Marqueurs sériques inutilisables (CA 125, α -FP et β -HCG augmentent)
- Ne pas ponctionner

CAT

- T1 : surveillance
- T2 et kyste < 6 cm = surveillance
- T2 et kyste \geq 6 cm = abstention, chir ?
- Si intervention, cœlio possible jusqu'à 17 SA (après : laparotomie)
- Conséquences obstétricales des kystes exceptionnelles (obstacle prævia = césarienne)

Traitement chirurgical d'un kyste ovarien d'allure bénin

- Le bilan préopératoire doit répondre aux questions suivantes:
 - Âge
 - ATCD perso et familiaux
 - Taille de la lésion, uni ou bilatéralité
 - Composition de la tumeur et aspect intra kystique (végétation +++)
 - Evaluation de la dissémination péritonéale
- Au total:
 - La lésion est-elle fonctionnelle / organique / suspecte ?
- CONTRÔLE ECHO LA VEILLE +++

L'examen extemporané

- Si lésion suspecte bilatérale chez une femme jeune ou si a déjà subi une annexectomie unilatérale
- Lésion suspecte chez patiente ménopausée
- Cancer évident ou très probable

La technique opératoire: le pneumopéritoine

- Jusqu'à 5 cm: pneumopéritoine en hypochondre gauche et trocart ombilical de 10 mm
- Au delà: plutôt réaliser une « open cœlioscopie »

Position des trocarts

- 1 trocart optique de 10 mm en sous ombilical
- 2 trocarts de 5 mm en sus pubien, 2 travers de doigts en dedans des EIAS
- 2 pinces atraumatiques
- 1 pince à préhension
- 1 bipolaire
- 1 paire de ciseaux
- 1 système d'aspiration lavage
- 1 pointe monopolaire
- 1 endobag

QuickTime™ et un décompresseur TIFF (non compressé) sont requis pour visionner cette image.

Préparation de la patiente

- Patiente à jeun, Prépa digestive pour certains, Rasage sus-pubien
- Patiente informée:
 - Des modalités de la laparoscopie
 - Des risques et des complications (laparoconversion,...)
 - Des modalités: kystectomie ou annexectomie

Préparation de la patiente

- AG
- Trendelenburg à 30°
- Membres inférieurs écartés avec accès au siège qui doit déborder légèrement du plan de la table
- Bras gauche le long du corps
- Sonde urinaire à demeure
- Canulation utérine
- Champ opératoire large

Principes de la chirurgie

- Examen à la recherche d'une carcinose péritonéale:
 - Grande cavité abdominale, omentum, coupes diaphragmatiques et gouttières pariéto-coliques
 - Cavité pelvienne: péritoine des fossettes ovariennes, cul-de-sac de Douglas et vésico-utérin
 - Surface de l'ovaire: vascularisation, végétations extra-kystiques

Principes de la chirurgie

- Respecter autant que possible le kyste: essayer de ne pas le rompre
- Si rupture: lavage péritonéal abondant et kystoscopie à la recherche de végétations intra-kystiques
- Extraction de la pièce dans un sac (endobag)
- Si kyste d'allure fonctionnelle qui est ponctionné: toujours associer une biopsie de la paroi du kyste

Principes de la chirurgie

- Kystectomie intra-péritonéale:
 - Incision longitudinale de la corticale ovarienne au bord antémésial et sur une longueur au moins égale au diamètre du kyste
 - Dissection de la corticale et énucléation du kyste
 - Hémostase rarement nécessaire, sauf pour les endométriomes (faire la coagulation pas à pas)
 - Pas de suture de l'ovaire



Kystectomie per coelioscopique

Principes de la chirurgie

- Si annexectomie: pédiculiser le lombo-ovarien après repérage de l'uretère: permet ensuite de l'éloigner
- Ouverture du toit du ligament large du rond aux vaisseaux iliaques
- Uretère est alors refoulé médialement
- Puis la face postérieure du ligament large est fenêtrée

Principes de la chirurgie

- Coagulation à la bipolaire sur 2 cm du lombo-ovarien
- L'annexe est alors pédiculisée sur les ligaments utéro-annexiels par section du péritoine postérieur
- Puis coagulation section de la trompe dans sa partie isthmique et de l'utéro-ovarien

CONCLUSION

- Kyste ovarien: pathologie fréquente
- Intérêt +++ de l'échographie
- Symptomatologie aiguë → ttt chir en urgence
- Kyste d'allure organique → ttt chir
- Augmentation de volume ou modification d'un kyste initialement d'allure fonctionnelle → ttt chir
- Sinon abstention, contrôle à 3 mois
- Si caractère organique: chirurgie