

LES KYSTES DE L'OVAIRE

A. LOKOSSOU, J. DENAKPO, J. BAGNAN-TONATO, R.X. PERRIN

INTRODUCTION

Les kystes de l'ovaire (hormis les endométrïomes ovariens) se définissent comme une tumeur organique développée aux dépens des éléments cellulaires normaux ou des vestiges embryonnaires de l'ovaire, tout ou partiellement liquidien, en règle bénigne [7]. Ils sont de nature histologique diverse; leur évaluation clinique reste difficile, peu sensible et peu spécifique. Pour plusieurs auteurs [2, 4, 14, 16], l'exploration échographique est déterminante dans l'approche diagnostique; elle évite une intervention inutile pour une pathologie fonctionnelle non compliquée et indique la probabilité de bénignité ou de malignité; l'échographie endovaginale (couplée au Doppler couleur et au dosage de l'antigène CA-125) permet de surveiller les lésions ovariennes en péri et post ménopause; mais la question demeure toujours de connaître la nature de ces tumeurs. En réalité, l'incertitude histologique et l'évolution imprévisible de ces kystes ovariens rendent compte de la complexité du problème, l'incidence du cancer de l'ovaire étant de 9 à 17 pour 100 000, et le risque pour une femme de développer cette maladie durant sa vie approximativement de 1 sur 70 [15]. Le dépistage multimodal (échographie endo vaginale associée au dosage de CA 125) n'a pas démontré son influence sensible sur la réduction de la mortalité par cancer de l'ovaire [19]. C'est pourquoi tous les gynécologues invitent à la prudence et recommandent d'opérer tout kyste de l'ovaire organique et d'adresser la pièce opératoire à l'anatomopathologiste pour un examen complet. Nous allons exposer la prise en charge des kystes organiques de l'ovaire en excluant de cette mise au point les ovaires polykystiques et les kystes fonctionnels.

1. EPIDEMIOLOGIE

Les kystes de l'ovaire sont fréquents (80 à 90% des tumeurs de l'ovaire). Une étude menée à la Clinique de Gynécologie-Obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry [20] note que sur

289 interventions gynécologiques pratiquées en 2006, 49 (16,96%) l'ont été pour une tumeur ovarienne avec les cystadénomes séreux bénins au premier rang (16,33%), les cystadénomes mucineux et les tératomes matures bénins, respectivement aux deuxième et troisième rangs (14,29% et 4,09%); dans cette même série [20], les cystadénocarcinomes séreux représentent 6,13% des tumeurs ovariennes opérées.

A la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO/CNHU- HKM) de Cotonou [11], l'examen histologique de 218 tumeurs de l'ovaire (TO) opérées classe les tumeurs bénignes au premier rang (66,50%) et note 6% de cancers ovariens, l'âge moyen des patientes étant de 30 ans pour les TO bénignes et de 40,9 ans pour les TO malignes. A l'Institut Curie de Dakar [4], le cancer de l'ovaire représente 6,9% des cancers féminins, ces patientes ayant en moyenne 49,5 ans.

Par ailleurs, les endométrïomes ovariens sont fréquents chez les femmes infertiles et le nombre de séjours d'hospitalisation en clinique et à l'hôpital pour tumeurs bénignes de l'ovaire en 1998 - 1999 concernerait 45000 femmes dont 32000 environ seraient opérées [12, 17, 21]. Sur les données histologiques, les auteurs [17] constatent que près de 75% des kystes opérés sont organiques, 25% sont fonctionnels et 1 à 4% des kystes supposés bénins se révéleront malins. La majorité des kystes fonctionnels se voient à la période d'activité génitale et 13 à 31% des kystes de l'ovaire opérés après la ménopause sont fonctionnels.

2. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La plupart des kystes sont développés à partir de l'épithélium de surface ovarien; leur contenu est plus ou moins liquide.

- Le kyste séreux ou cystadénome séreux (25 à 30%) est lisse, mobile, uni ou pauci loculaire, de 10 cm de diamètre environ, parfois beaucoup plus; il contient un liquide séreux, limpide, et souvent riche en protéines. Il est formé d'une membrane mince à une seule assise épithéliale. La prolifération de l'épithélium ovarien sous forme de végétations intra ou exokystiques (végétations papillaires) fera craindre la malignité.

Tirés à part : Dr. A LOKOSSOU, Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique. Email: tonylokossou@yahoo.fr.

LOKOSSOU A., DENAKPO J., BAGNAN-TONATO J., PERRIN R.X. Les kystes de l'ovaire. Journal de la SAGO. 2007, vol. 8, n°2, p.40-47

- Le kyste mucoïde ou cystadénome pseudo mucineux ou mucineux (60% des kystes de l'ovaire) est de volume variable mais volontiers important, souvent multiloculaire; il est formé de cavités multiples, bordées d'un épithélium sécrétoire produisant une substance épaisse, gélatineuse. Il est habituellement pauci symptomatique. Les complications mécaniques y sont rares du fait de la fixité de ces tumeurs par des adhérences péri-kystiques. Il dégénère:

- soit sous forme d'adénocarcinome pseudo-mucineux, avec des végétations endokystiques, puis exokystiques siégeant sur le péritoine ;
- soit sous l'aspect particulier de la maladie gélatineuse du péritoine par implantation de l'épithélium pseudo-mucineux dans la grande cavité.

- Les kystes dermoïdes sont des tumeurs embryonnaires contenant un liquide gras et des éléments organoïdes que sont les poils, les os, les dents, le tissu cutané et les follicules sébacés. Ces tumeurs dégèrent très rarement.

- Le kyste endométriosique de l'ovaire a un aspect macroscopique souvent évocateur à la coelioscopie d'après BRUHAT [1]: coloration brunâtre, vascularisation rare et mal systématisée, allongement du ligament utéro-ovarien et lésions associées; le contenu du kyste est chocolat, épais « dit goudron ». La lésion histologique est représentée par du tissu endométrial comportant à la fois des glandes et du stroma; cependant, une histologie négative ne permet pas d'exclure la maladie. Il existe une association entre endométriose et cancer de l'ovaire, mais le risque de transformation maligne reste controversé [18].

Pour les experts [17], l'examen extemporané n'est pas adapté à l'évaluation anatomopathologique d'un kyste de l'ovaire ; le chirurgien doit garder à l'esprit que le pathologiste peut ne pas pouvoir conclure sauf dans les cas d'un kyste de structure solide, comportant des végétations intra ou extra-kystiques.

3. CLINIQUE

3.1. Circonstances de découverte

Les kystes organiques de l'ovaire sont découverts à l'occasion de symptômes divers : habituellement, les troubles des règles prédominent : aménorrhée, dysménorrhée ou

métrorragies; les douleurs à type de pesanteur ou de tiraillement, les troubles urinaires, digestifs ou veineux ne sont pas spécifiques au début.

Plus tard ou au stade de dégénérescence, les signes de complication apparaissent. Mais souvent, c'est une découverte fortuite lors d'une consultation gynécologique.

3. 2. Examen clinique

3.2.1. L'interrogatoire précise : l'âge de la patiente, la date d'apparition des troubles, leur allure évolutive, la prise médicamenteuse notamment hormonale, les antécédents gynéco-obstétricaux, l'éventuel désir de grossesse.

3.2.2. L'examen clinique proprement dit recherchera les signes fonctionnels, généraux et physiques.

L'examen gynécologique, temps essentiel, doit être complet, méthodique, conduit sur une table gynécologique, après évacuation vésicale, en s'aidant du palper abdominal:

*** Le kyste latéro-utérin, non compliqué, pose peu de problèmes diagnostiques:**

- l'examen au spéculum retrouve un col utérin (dévié latéralement) et permet de faire un frottis cervico-vaginal, éventuellement une inspection visuelle après application de l'acide acétique (IVA) à 5% ou du lugol (IVL), une colposcopie et une biopsie ;

- Le toucher vaginal est capital; il précise les caractéristiques de la masse pelvienne: le col et le corps sont déviés latéralement par une masse latéro-utérine de volume variable (en faire un schéma), arrondie, dont le pôle supérieur est parfois palpé par la main abdominale; cette masse est indolore, de consistance variable: rénitente, à surface lisse (évoquant le kyste séreux), ou dure et bosselée (évoquant le kyste dermoïde); cette masse est indépendante de l'utérus car séparée par un sillon, mobilisable séparément, ne suivant pas les mouvements imprimés à l'utérus.

*** Le kyste à développement abdominal** se manifeste par une voussure hypogastrique à convexité supérieure, arrondie, nettement circonscrite, découverte le plus souvent par la malade elle-même; la limite inférieure se dégage au mieux en Trendelenburg (vide sous-pubien), le col est alors ascensionné. Cette tumeur est mobilisable et se différencie en règle facilement d'une ascite.

* **Le kyste prolapsé dans le Douglas** plaque le col de l'utérus contre la symphyse pubienne (au toucher vaginal) ; le kyste est fixé, bombant dans le Douglas; parfois, il se désenclave en Trendelenburg (valeur du toucher rectal associé).

* **Le kyste inclus dans le ligament large** se traduit par une masse latéro-utérine, refoulant l'utérus du côté opposé.

En cas d'altération de l'état général, l'examen clinique doit être complet puis focalisé sur l'abdomen : il recherche une ascite et comporte la palpation du foie; une importance particulière doit être portée au toucher vaginal et rectal pour apprécier l'envahissement pelvien (carcinose péritonéale, envahissement rectal).

* **Parfois (patiente obèse), on perçoit une masse difficilement mobilisable, bilatérale, se différenciant mal de l'utérus.** Tantôt, le diagnostic est fortement suspect sur la clinique, et il est nécessaire de pratiquer une échographie et de revoir cette femme après les règles afin d'éliminer un kyste fonctionnel; ailleurs, le diagnostic est douteux, et c'est dans ce cas que l'on s'aidera d'examen complémentaires.

3.3. Examens paracliniques

3.3.1. Les radiographies de l'abdomen sans préparation peuvent montrer des opacités (os, dents) évoquant le kyste dermoïde.

3.3.2. La radiographie pulmonaire recherche un épanchement pleural qui peut être rattaché au rare syndrome de Demons-Meigs (ascite + hydrothorax droit ou bilatéral + tumeur bénigne de l'ovaire); le plus souvent, il s'agit d'une tumeur solide, mais parfois c'est un kyste dermoïde [7].

3.3.3. L'échographie et le Doppler

• L'échographie est indispensable pour orienter le praticien sur la nature du kyste: les kystes fonctionnels disparaissent à des examens successifs, les kystes organiques de l'ovaire persistent.

L'échographie endovaginale est plus pertinente; mais par voie transpéritonéale, on a une vision d'ensemble notamment pour les grosses tumeurs. L'ultrasonographie permet de faire une description morphologique du kyste, d'en analyser la structure solide, liquidienne ou mixte, de mesurer l'épaisseur de la paroi et des septa, de visualiser les végétations intra et exokystiques, l'épanchement intrapéritonéal, et

de faire les mensurations. L'approche de la bénignité ou de la malignité se basera sur les signes échographiques pris individuellement [3].

- Le kyste séreux a une échostructure anéchogène; ses contours sont fins, nets et réguliers. Le kyste de grande taille, pelvi-abdominal a fortiori multiloculaire, pose peu de problèmes thérapeutiques. Par contre, les kystes de petite taille posent le problème de leur organocité et il est dès lors nécessaire de revoir la femme après les règles, avec un nouvel examen échographique.

- Le kyste mucoïde est souvent pelvi-abdominal, à contours nets, multiloculaire, avec un contenu finement échogène.

- Le kyste dermoïde a une échostructure mixte, liquide et solide. Son contenu est hétérogène, avec des zones hyperéchogènes (dents, os) réalisant un cône d'ombre acoustique empêchant la visualisation du contour postérieur.

- Le kyste endométriosique est également une tumeur liquidienne pure, mais il existe une trame finement échogène, traduisant le contenu épais, endométriosique. Il est fixé, constant dans sa position, quel que soit le degré de remplissage de la vessie.

• **La cartographie Doppler** confirme la suspicion morphologique de malignité par la présence d'un flux dans un composant solide mais elle n'apporte pas d'éléments complémentaires significatifs dans les lésions d'allure bénigne.

Pour Coquel et coll. [3], seul le caractère central (dans un composant solide, une végétation ou un septum) d'un flux vasculaire a une valeur statistique.

En pratique, le caractère organique des kystes sera évoqué par la présence d'un des signes suivants [17]:

- une ou plusieurs végétations intrakystiques;
- diamètre du kyste supérieur ou égal à 6 cm quel que soit son aspect échographique;
- composante solide;
- caractère multiloculaire;
- paroi épaisse.

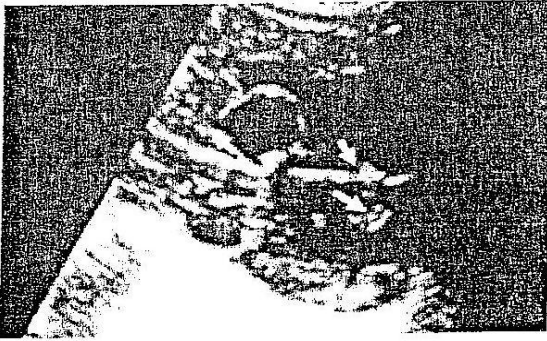


Photo 1 : Image échographique de kyste probablement séreux de l'ovaire avec des septa épais chez une jeune patiente de 30 ans (→végétations intra-kystiques faisant craindre la malignité).



Photo 2 : Kyste de l'ovaire de la photo 1 (laparotomie: tumeur trilobée + lame d'ascite): pièces opératoires adressées en anatomie pathologique).

L'absence de signal Doppler renforce alors le niveau de confiance dans le diagnostic; une masse classée bénigne a un risque très faible de ne pas l'être.

Le bilan préthérapeutique ne s'intéressera à la tomographie assistée par ordinateur (TDM) et à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) que dans les cas de kyste suspect; ces explorations ne sont pas recommandées dans la prise en charge des kystes de l'ovaire supposés bénins.

3.3.4. La TDM permet de localiser les implants péritonéaux ou épiploïques des kystes malins (tout en sachant que les implants infra centimétriques ne sont pas détectables), les ganglions rétropéritonéaux, l'atteinte de l'utérus ou du recto-sigmoïde.

3.3.5. L'IRM est supérieure à la TDM pour l'étude de l'extension locorégionale, à l'utérus et au recto-sigmoïde.

3.3.6. L'urographie intraveineuse (UIV) permet de mettre en évidence les complications liées aux compressions de l'arbre urinaire (urétéro-hydronephrose). L'échographie rénale peut compléter l'exploration de l'arbre urinaire.

3.3.7. La cœlioscopie est la voie de prédilection pour explorer et traiter un kyste ovarien apparemment bénin et les tumeurs « borderline » malgré un risque plus élevé de rupture per opératoire de kyste.

3.3.8. Les marqueurs tumoraux

- Le CA 125 sérique est indiqué lorsque le kyste de l'ovaire est suspect de malignité. Chez la femme en période d'activité génitale ayant un kyste supposé bénin, le dosage de CA 125 n'est pas recommandé, tandis que chez la femme ménopausée, le dosage du CA 125 est recommandé pour une meilleure prise en charge thérapeutique [17]. Cependant, le CA 125 n'a pas une spécificité élevée pour préciser la nature d'un kyste; son taux est augmenté au cours de plusieurs situations physiologiques ou pathologiques (cycle menstruel, grossesse, endométriose, pelvipéritonite, ascite et cancers digestifs).

- Les autres marqueurs comme l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) et le CA 19.9 sont recommandés si le CA 125 n'est pas élevé.

- Dans la période péri pubertaire, l'alpha fœtoprotéine et les bêta HCG plasmatiques sont utiles pour exclure une tumeur germinale.

4. EVOLUTION - COMPLICATIONS

L'évolution d'un kyste organique ne se conçoit que traitée par la chirurgie. En l'absence de traitement, les complications sont quasi inéluctables: elles sont aiguës, subaiguës ou chroniques.

4.1. Les complications aiguës

4.1.1. La torsion de kyste. Elle débute par une douleur sus-pubienne brutale chez une jeune femme en bonne santé apparente avec parfois des nausées et des vomissements et l'accélération du pouls; mais il n'y a pas de fièvre et la tension artérielle est stable.

- A l'examen, on retrouve une défense sus-pubienne, sans contracture, sans météorisme.

- Au toucher vaginal, on perçoit une masse latéro-utérine, très « douloureuse, tendue,

dure. Le doigtier ne revient pas souillé de sang.

- Le toucher rectal est subnormal.
- A l'échographie, il y a des modifications de la tumeur : augmentation rapide du volume, contenu très hétérogène, œdème périphérique. Mais surtout, ce kyste est exquisément douloureux sous la sonde [9].

L'échographie permet en outre d'éliminer une grossesse évolutive. La modification de l'abdomen sans préparation ne visualise pas de pneumopéritoine.

Le diagnostic est facile si le kyste était connu. Ailleurs, il est plus difficile. De toute façon, il s'agit d'un abdomen aigu chirurgical et le diagnostic est fait à l'intervention qui s'impose en urgence. Cette torsion peut être à l'origine d'une hémorragie intra-kystique ou d'une rupture secondaire.

4.1.2. La rupture de kyste : elle entraîne un syndrome douloureux abdominal aigu, à début brutal, avec douleurs pelviennes atroces s'étendant vite à tout l'abdomen. Il existe souvent un état de choc ; il n'y a pas de fièvre. A l'examen, on retrouve une contracture ; le toucher vaginal est impossible, le toucher rectal est douloureux. L'échographie peut mettre en évidence un épanchement péritonéal.

L'intervention devant ce tableau aigu d'irritation péritonéale s'impose. Si celle-ci n'est pas réalisée, l'évolution va dépendre du contenu du kyste : guérison en cas de kyste séreux bénin, dissémination péritonéale dans le cas contraire, péritonite en cas de kyste suppuré ou hémorragie péritonéale s'il y a rupture vasculaire.

4.1.3. Les hémorragies peuvent se produire dans le kyste à l'occasion d'une torsion ou dans le péritoine à l'occasion d'un hémopéritoine aigu, avec signes d'hémorragie interne.

4.2. Les complications subaiguës

4.2.1. L'infection et la suppuration sont rares. Le mode de contamination septique peut se faire par voie hématogène lors d'une infection générale, ou par contiguïté lors d'une salpingite ou d'une diverticulite colique.

La symptomatologie est bâtarde associant des signes infectieux et péritonéaux : douleur, défense sus-pubienne, décalage thermique. Il n'y a pas de métrorragies. L'examen au spéculum est normal et au toucher vaginal, on perçoit une masse latéro-utérine (dans le cas du kyste pelvien) douloureuse, sensible, empâtée. L'échographie va permettre d'éliminer un processus gravidique, une pathologie

fonctionnelle ovarienne, une complication de fibromes utérins.

La coélioscopie est irremplaçable pour la confirmation du diagnostic, les prélèvements bactériologiques, l'évaluation du pronostic et le traitement.

4.2.2. La torsion subaiguë

Elle est responsable de crises douloureuses pelviennes, brèves, spontanément résolutes, pouvant s'accompagner de lipothymie et de vomissements. L'examen clinique retrouve une masse latéro-utérine, douloureuse, confirmée par l'échographie. La coélioscopie prend ici toute sa valeur en mettant en évidence la torsion ou l'infection.

4.3. Les complications chroniques

4.3.1. La dégénérescence. Il s'agit d'une complication chronique classique décrite pour les kystes de l'ovaire. Ces complications chroniques sont classiquement attribuées aux tumeurs malignes primitives à forme kystique. On retrouve fréquemment alors à l'échographie des végétations intra-kystiques ou extra-kystiques. C'est pour cela que devant tout kyste banal ovarien organique, on doit évoquer la possibilité d'un cancer et avoir une confirmation histologique.

4.3.2. La compression. Elle est à l'origine de troubles digestifs, respiratoires, voire métaboliques. Le kyste de l'ovaire développé dans les ligaments larges peut comprimer les uretères avec cette « image de trop bel uretère à l'UIV » [7]. L'enclavement dans le cul-de-sac de Douglas peut être responsable d'une constipation par compression rectale, et l'existence d'une pollakiurie évoque une compression vésicale.

5. CAS PARTICULIERS

5.1. Kyste de l'ovaire et grossesse. Les kystes dermoïdes sont plus fréquents. L'échographie joue un rôle dans le diagnostic des kystes fonctionnels en confirmant leur disparition après le quatrième mois de grossesse ; les complications mécaniques, le risque d'avortement ou d'accouchement prématuré sont augmentés.

En fin de grossesse, le kyste peut réaliser un obstacle praevia ou être responsable d'une présentation vicieuse rendant l'accouchement dystocique.

5.2. En période péri pubertaire, le kyste dermoïde est la tumeur germinale la plus fréquente. L'échographie abdominale est l'examen de référence. La découverte de ces kystes impose le dosage des marqueurs sériques spécifiques, notamment l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), l'alpha-fœto-protéine et la fraction bêta hCG ; leur positivité signe la malignité [17].

5.3. Kystes de l'ovaire en période péri et post ménopausique. L'avènement des sondes endovaginales de très grande résolution permet de découvrir fortuitement des kystes ovariens asymptomatiques chez la femme ménopausée. Classiquement, une annexectomie est pratiquée à cette période. Mais ces kystes disparaissent spontanément pour la plupart; certains auteurs [5,14] recommandent impérativement un monitoring de l'antigène CA 125 associé à une surveillance échographique; les éléments de mauvais pronostic sont l'augmentation de la taille du kyste, l'échostructure solide, un flux vasculaire anormal au Doppler et l'élévation de l'antigène CA 125. En général, ils pensent que lorsqu'un kyste ovarien uniloculaire a une taille inférieure à 13 cm avec un taux de CA 125 inférieur à 35 UI/ml, la nature bénigne est probable.

6. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

6.1. Devant une masse latéro-utérine

• Eliminer ce qui n'est pas ovarien

- la grossesse extra-utérine : il faut savoir l'évoquer systématiquement chez une femme en période d'activité génitale (test immunologique qualitatif de β HCG, échographie) ;
- un fibrome utérin sous-séreux pédiculé peut en imposer pour un kyste ovarien,
- un hydrosalpinx,
- un pyosalpinx.

• Il faut ensuite éliminer les affections ovariennes non tumorales

- la dystrophie ovarienne multikystique ;
- le kyste fonctionnel surtout, qui peut régresser spontanément ou après blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire, d'où la règle de revoir ces patientes à la fin des règles suivantes et, si le doute persiste, de pratiquer une coelioscopie.

6.2. Devant une masse abdominale, il faut éliminer:

- une grossesse mais l'association est possible ;

- une ascite dont la matité est déclive à limite supérieure concave ;
- un fibrome utérin (sous-séreux et pédiculé) ;
- une tumeur abdominale: kyste du mésentère, tumeur intestinale ;
- une rétention d'urines (la clinique et le sondage vésical permettent de l'éliminer).

7. TRAITEMENT

Les kystes organiques doivent bénéficier d'une prise en charge chirurgicale.

- Les indications opératoires peuvent s'imposer lors d'une symptomatologie aiguë évoquant une complication. Pour les kystes organiques asymptomatiques, il est recommandé un délai de un à trois cycles avec contrôle échographique avant d'intervenir.

- La voie d'abord sera fonction de la taille du kyste, de l'âge et du désir de maternité de la patiente. La coelioscopie est la voie de prédilection tout en sachant qu'une laparotomie de conversion ne saurait être écartée.

7.1. La technique opératoire

• Quelle que soit la voie d'abord [17]

- la cytologie du liquide péritonéal sera réalisée;
- en cas de kyste ovarien unilatéral chez la femme ménopausée, il faut réaliser une annexectomie qui sera bilatérale pour la majorité des auteurs;
- en cas de kyste dermoïde controlatéral de petite taille, l'intérêt de sa prise en charge chirurgicale simultanée n'est pas évalué.

• La voie coelioscopique constitue la technique de référence

- la kystectomie intra-péritonéale sera pratiquée après ponction ou à kyste fermé ;
- en cas de kyste volumineux (taille ≥ 10 cm) supposé bénin (exploration ultrasonore, CA 125 et CA19.9 normaux), la coeliochirurgie donne aussi de bons résultats en des mains entraînées; la présence d'adhérences peut conduire à des laparotomies de conversion; le maximum de parenchyme ovarien sera épargné chez les jeunes patientes.
- pour certains auteurs [10], les kystes dermoïdes de taille ≥ 8 cm se rompent plus fréquemment lors de la coelioscopie opératoire; cependant, pour d'autres [13], la coeliochirurgie offre un plus grand bénéfice en terme de réduction des douleurs, des adhérences post-opératoires et de la durée d'hospitalisation.
- en cas d'endométriome ovarien, le traitement coeliochirurgical par kystectomie intra-péritonéale est le traitement de référence [18]; il

est comparable (en terme de récurrences, de fertilité ultérieure et de limitation des adhérences) à la stratégie qui privilégie les analogues de la LHRH en pré-opératoire ou la stratégie en trois temps (coelioscopie diagnostique et drainage, puis traitement médical par les analogues, puis deuxième coelioscopie d'exérèse), la stratégie en trois temps constituant l'une des approches lorsque la chirurgie en un temps est trop difficile.

GAL et al. [8] ont démontré qu'il y a une réduction significative de la morbidité post-opératoire et un rapide rétablissement après une kystectomie ou une annexectomie per coelioscopie par rapport aux mêmes indications par laparotomie; mais le risque de rupture de kyste est plus élevé par coelioscopie que par laparotomie.

7.2. Les cas particuliers

7.2.1. Pendant la grossesse, la surveillance échographique conduit au diagnostic fréquent des kystes de l'ovaire. Dans les cas de kystes apparemment bénins, la coelioscopie est la technique de référence entre 16 et 23 semaines d'aménorrhée (SA). Des kystes dermoïdes ont été traités entre 9 et 15 semaines de grossesse avec une issue favorable [6].

Pour les experts du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) [17], l'intervention chirurgicale ne semble pas justifiée pour les kystes persistant au-delà de 16 SA à condition que leur diamètre soit inférieur à 5 cm; la coelioscopie demeure alors la technique de choix jusqu'à 16-17 SA.

7.2.2. En période péri pubertaire ou pendant l'adolescence, la fréquence des tumeurs germinales est plus élevée, marquée essentiellement par les kystes dermoïdes. L'échographie abdominale et le dosage des marqueurs sériques (ACE, α -foetoprotéine, β -hCG) sont les explorations à envisager en cas de kystes organiques; la positivité des marqueurs sériques est un critère de malignité de ces tumeurs germinales [17].

7.2.3. En période péri et ménopausique, l'exploration ultrasonore des kystes de l'ovaire doit être associée au dosage sérique du CA125. D'après DIKENSOY et al. [5], les kystes uniloculaires de moins de 13 cm de diamètre avec un taux de CA125 inférieur à 35 UI/ml sont en général bénins alors que ceux dont le diamètre est supérieur à 13 cm avec un CA125 compris entre 35 et 50 UI/ml sont suspects (tumeurs borderline ou cancers) à l'examen

anatomopathologique. Il faut tenir compte de ces paramètres pour choisir une technique chirurgicale appropriée.

8. PRONOSTIC

Le kyste organique bénin de l'ovaire a un pronostic favorable malgré un potentiel de récurrence locale non négligeable pour certains; mais des surprises désagréables sont possibles après l'examen histologique et les données statistiques sont souvent effrayantes. Dans une série européenne randomisée [19], la médiane de survie après cancer de l'ovaire diagnostiqué est de 79,9 mois dans le groupe témoin ($p=0,0112$), tandis que le nombre de décès dans le groupe dépisté n'est pas statistiquement différent de celui observé dans le groupe témoin. En ce qui concerne les patientes à haut risque, cette même étude [19] note qu'il ne faut pas s'attendre à une réduction significative de la mortalité. Mais nous espérons que les recherches en cours sur le dépistage des cancers de l'ovaire vont améliorer substantiellement la survie des malades dans un avenir proche.

CONCLUSION

Les kystes de l'ovaire posent essentiellement le problème de leur nature histologique. Même bénins, ils ont un potentiel de récurrence locale. Avec les progrès de la coelioscopie opératoire, il est possible de traiter les kystes ovariens apparemment bénins de grande taille sans oublier que la laparotomie évite la rupture et l'essaimage péritonéal du contenu des volumineux kystes. Souvent, la découverte du cancer est une surprise; c'est pourquoi le diagnostic per-opératoire devra rester incertain et tout kyste ovarien opéré doit faire l'objet d'un examen anatomopathologique complet de la pièce opératoire.

REFERENCES

1. BRUHAT MA. Endométriose. In: Coelioscopie opératoire de MA BRUHAT, G. MAGE, J-L. POULY, H. MANHES, M. CANIS, A. WATTIEZ. Diffusion MDSI/McGRAW-HILL- Paris 1989; 109-132.
2. CHRISTENSEN JT, BOLDSSEN JL, WESTER GAARD JG. Functional ovarian cysts in premenopausal and gynecologically healthy women. *Contraception* 2002; 66(3): 153-7.

3. **COQUEL PH, GUERIN DU MASTAGENET B.** Tumeurs organiques de l'ovaire. In: Echographie en pratique gynécologique par Y. Ardaens, B. Guérin Du Mastagenet, P. Coquel. Quatrième édition. Elsevier Masson 2007; 151-201.
4. **DEM A., TRAORE B., DIENG M.M., GAYE FALL M. C., KASSE AA, GAYE M., TOURE P.** Cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut Curie de Dakar. *Oncologie Clinique en Afrique* 2006; 02: 17-21.
5. **DIKENSOY E, BLAT O, UGUR MG, OKZUR A, ERKILIC S.** Serum CA-125 is a good predictor of benign disease in patients with postmenopausal ovarian cysts. *Eur J Gynaecol Oncol.*2007; 28(1):45-7.
6. **EI-SHAWARBY SA, HENDERSON AF, MOSSA MA.** Ovarian cysts during pregnancy: dilemmas in diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(7):669-75.
7. **FIGNON A, BOZON Y, TARIEL D, LANSAC J.** Kyste de l'ovaire. *Revue de Méd. Tours* 1987; 21(8):523-536.
8. **GAL D, LOVECCHIO JL, KOHN N.** Comparative study of laparoscopy vs. laparotomy for adnexal surgery: efficacy, safety, and cyst rupture. *J Gynaecol Surg* 1995; 11(3):153-8.
9. **GUERIN DU MASTAGENET B.** Torsion d'annexe. In: Echographie en pratique gynécologique. De Y. Ardaens, B. Guérin du Mastagenet, Ph. Cocquel, 4^{ème} Edition Masson 2007, 231-233.
10. **LABERGE PY, LEVESQUE S.** Short-term morbidity and long - term recurrence rate of ovarian dermoid cysts treated by laparoscopy versus laparotomy. *J Obstet Gynaecol Can.*2006; 28(9):789-93.
11. **LOKOSSOU A, KOMONGUI DG, ADISSO S, PERRIN RX, ALIHONOU E.** Les tumeurs malignes de l'ovaire à Cotonou (Bénin): aspects épidémiologiques. *Oncologie Clinique en Afrique* 2006; 02: 7-9.
12. **MERVIEL Ph, LOURDEL E, DLABY B, LOPRESTI J Ph, GAGNEUR O, NASREDDINE A.** Prise en charge des kystes ovariens endométriosiques et fertilité ultérieure. *Reproduction Humaine et Hormones* 2006; 19(7-8); 397- 404.
13. **MILLINGOS S, PROTOPAPAS A, DRAKAKIS P, LIAPI A, LOÛTRADIS D, RODOLAKIS A & al.** Laparoscopic treatment of ovarian dermoid cysts: eleven years' experience. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.*2004;11(4):478-85
14. **OYELESE Y, KUECK AS, BARTER JF, ZALUD I.** Asymptomatic postmenopausal simple ovarian cyst. *Obstet Gynecol Surv.*2002; 57(12):803-9.
15. **PECORELLI S, JONES III HW, NGAN HYS, BENDER HG, BENEDET JL.** Cancer of the ovary. In: Staging classifications and clinical practice guidelines of gynecologic cancers by the FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Ed. Elsevier 2000; 63-78
16. **RAIGA J, DJAFER R, BENOIT B, TREISSER A.** Prise en charge des kystes ovariens. *Journal Chir. Paris* 2006; 143(5): 278-284.
17. **Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF.** Kyste de l'ovaire apparemment bénin (Rapporteur : J. Lansac). In: Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Diffusion Vigot-Paris 2001; T.XXV: 261-271.
18. **Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF.** Prise en charge de l'endométriome. In: Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Diffusion Vigot-Paris 2006; T.XXX: 161-175.
19. **SALONNE CL, JOURDAIN O, LEFEBVRE C, GEOFFRION H, DESCAMPS Ph.** Problèmes spécifiques au dépistage du cancer de l'ovaire. In: Dépistage des cancers gynécologiques et mammaires. Philippe Descamps, Jean-Jacques Baldeuf, Pascal Bonnier. Ed. Masson Paris 2004; 145-148.
20. **SY T, DIALLO Y, TOURE A, DIALLO FB, BAH OA, KEITA N, DIALLO MS.** Diagnostic et prise en charge chirurgicale des tumeurs ovariennes à la Clinique de Gynécologie Obstétrique Ignace Deen de Conakry. *Le Bénin Médical* 2007; 35: 34- 37.
21. **YAZBECK C, MADELENAT P, SIFER C, HAZOUT A, PONCELET C.** Endométriomes ovariens: effet de la kystectomie laparoscopique sur la réponse ovarienne en fécondation in vitro. *Gynécologie-Obstétrique et Fertilité* 2006; 34(9); 808- 812.