

FACULTE DE MEDECINE –ANNABA  
Module de gynécologie-obstétrique

# KYSTES ET TUMEURS DE L'OVAIRE

*Dr BELAMRI I*

*Assistante en gynécologie-obstétrique*

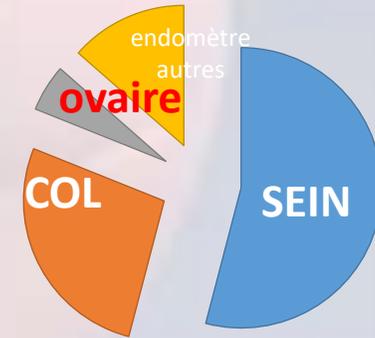
*EHS Elbouni*

# PLAN

- Généralités
  - Définitions
  - Rappel anatomo-histologique
  - Physiopathologie
  - Diagnostic positif 
  - Diagnostic différentiel
  - Classification FIGO
  - Complications
  - Prise en charge
  - Pronostic
  - conclusion
- ✓ Circonstances de découverte
  - ✓ Interrogatoire
  - ✓ Examen clinique
  - ✓ Examens complémentaires

# GENERALITES

- ❖ Un problème gynécologique difficile (clinique, histologie et pronostic).
- ❖ **HANTISE** = passer à coté d'un **cancer de l'ovaire**.
- ❖ Le cancer de l'ovaire:
  - 5<sup>ème</sup> cancer chez la femme, 3<sup>ème</sup> cancer gynécologique (5%)
  - **RARE**: 1femme/ 70  
(sein 1 femme/12)
  - Age moyen = **57ans**.
  - **MAUVAIS PRONOSTIC** (survie à 5ans = 30%):
    - \* Diagnostic tardif: longtemps asymptomatique/ pas de dépistage)
    - \* Cancer agressif.



# DEFINITIONS

## ➤ KYSTES OVARIENS FONCTIONNELS =

Formation à contenu liquidien , toujours bénigne , liée à un dysfonctionnement hormonal qui provoque la transformation d'un follicule ou d'un corps jaune physiologique en kyste > 3cm

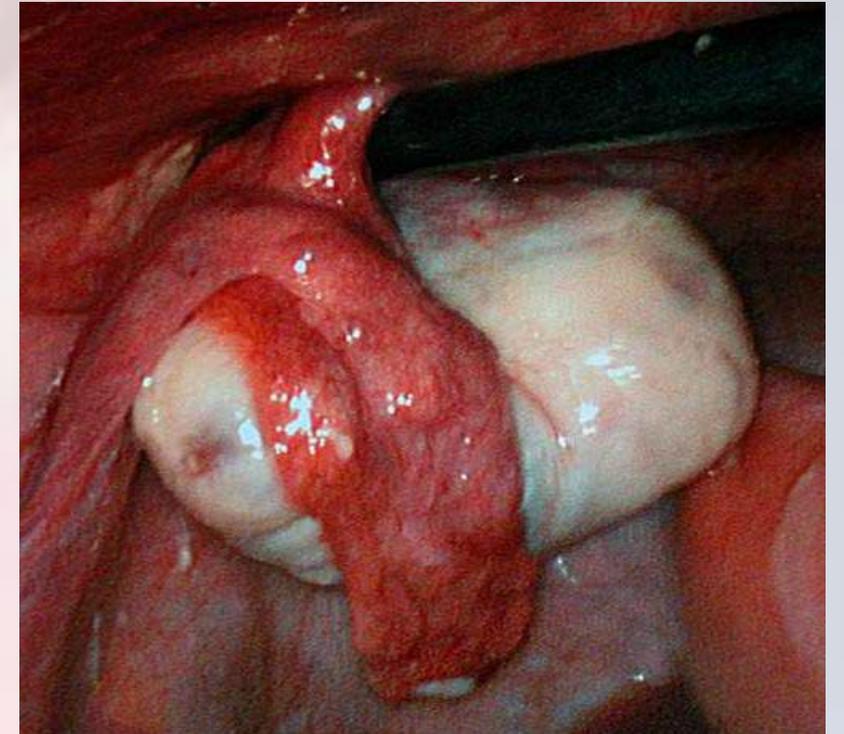
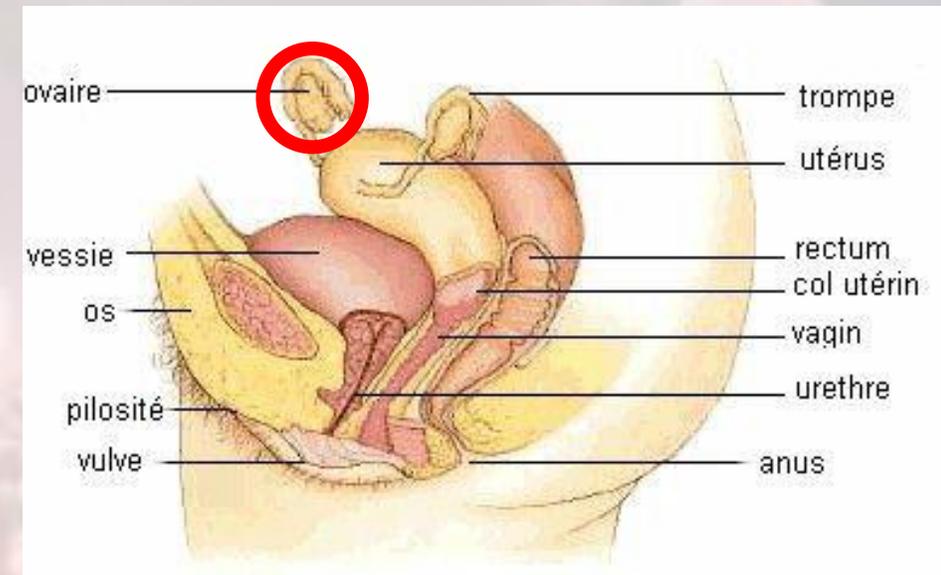
## ➤ TUMEURS OVARIENNES =

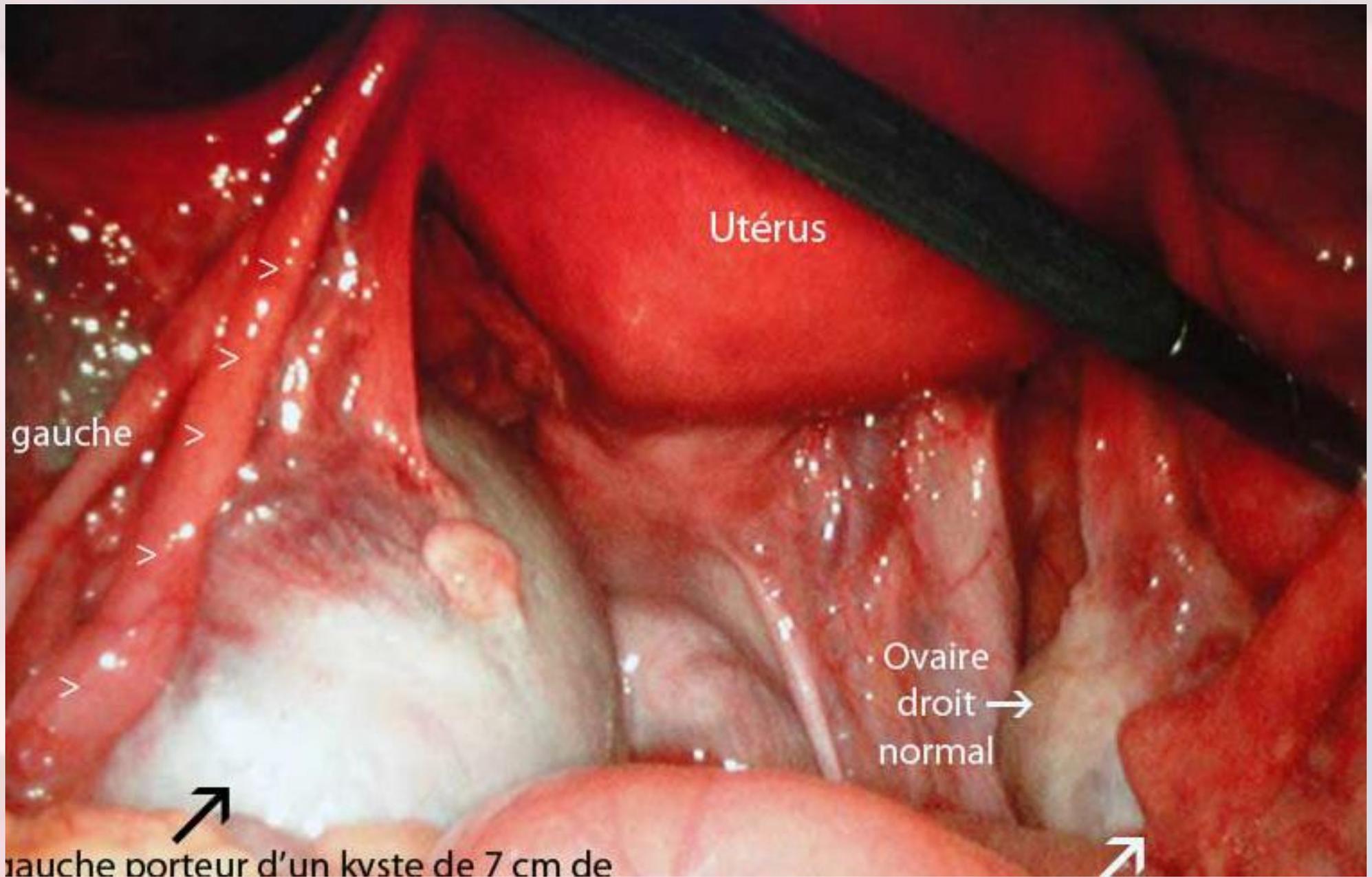
Processus prolifératif d'aspect kystique, solide ou végétant (mixte)  
Peut être : bénin ou malin ( primitif ou secondaire), sécrétant ou non, dont la croissance n'est pas liée à un dysfonctionnement hormonal.

# ANATOMO-HISTOLOGIE

## MACROSCOPIE:

- Deux glandes génitales femelles.
- Petites formations blanchâtres en forme d'amande pesant 6-8g chez l'adulte.
- Fonction double:
  - *Exocrine (ovulation)*
  - *Endocrine (sécrétion hormonale).*





## MICROSCOPIE:

➤ **Epithélium:** cubique simple

➤ **Albuginée**

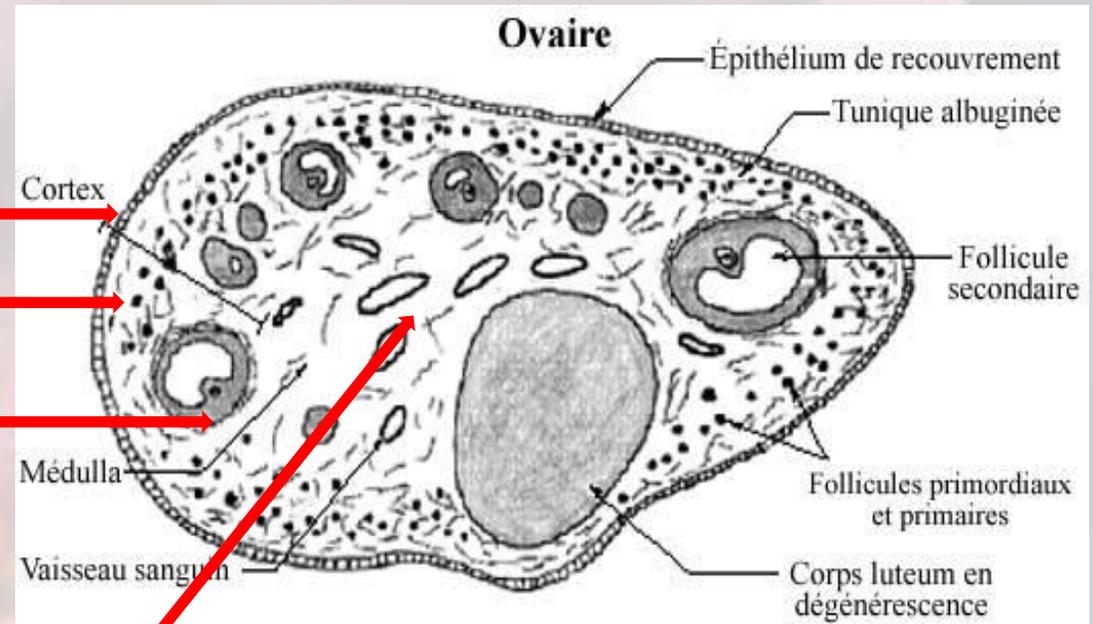
➤ **Zone corticale (CORTEX)**

épaisse périphérique

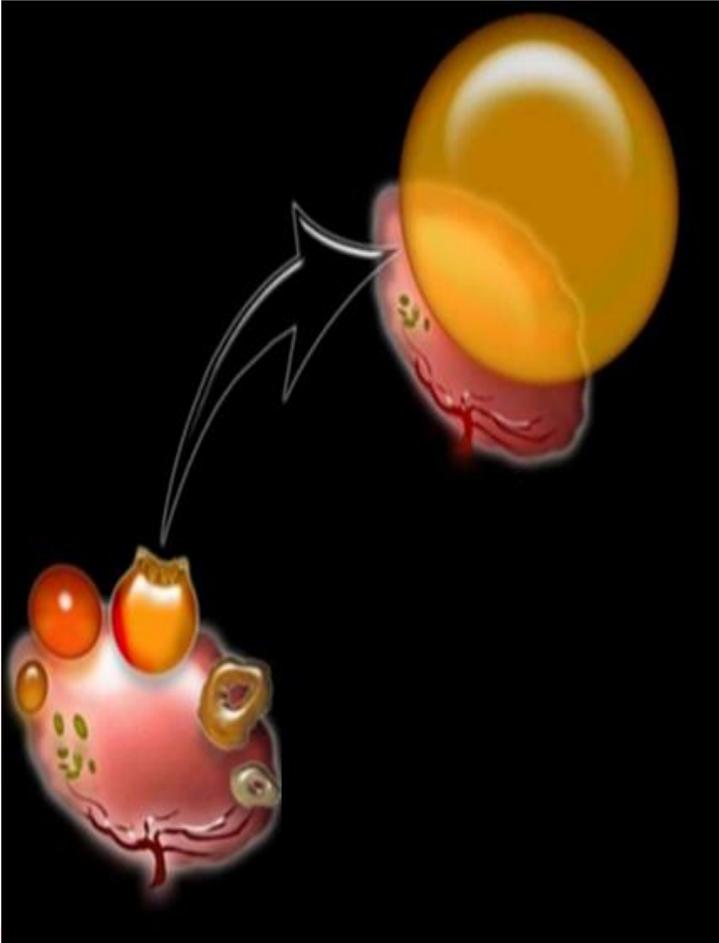
= follicules + stroma ovarien

➤ **Zone médullaire** située au centre: tissu conjonctif lâche, nerfs, vaisseaux sanguins et lymphatiques,

Chaque type cellulaire présent dans l'ovaire peut être à l'origine d'un développement de certaines formes de tumeurs



# KYSTES OVARIENS FONCTIONNELS

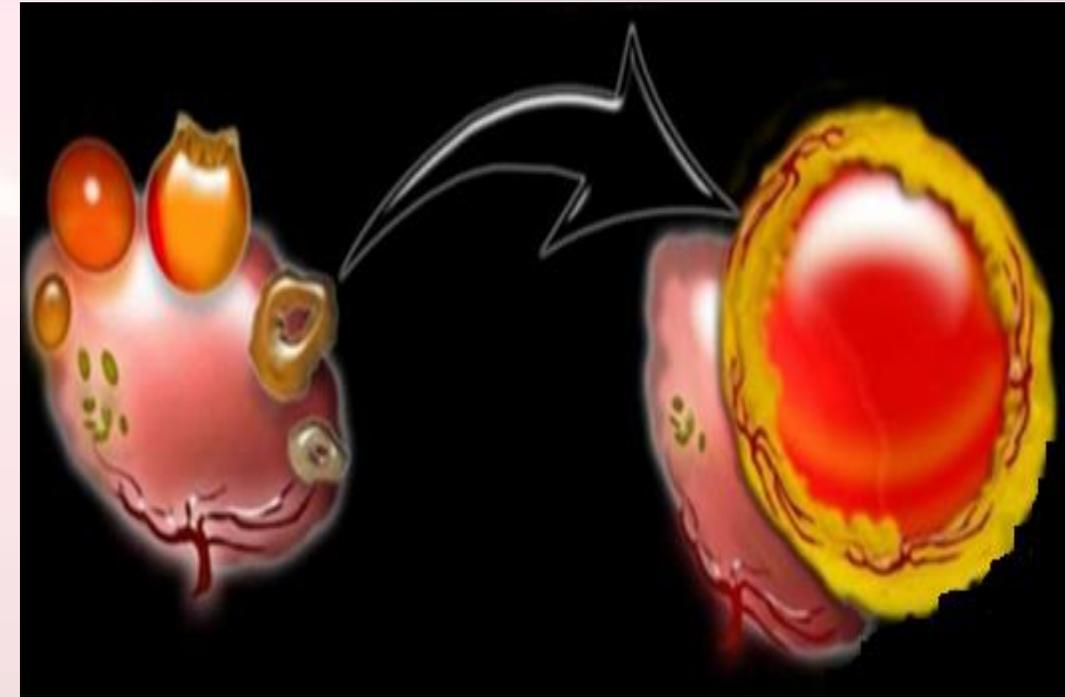


## Kystes folliculaires

- Dérivant d'un follicule pré-ovulatoire .
- Mesurant de 3 à 8 cm .
- Localisation corticale .
- Simple kyste uniloculaire, ronde ou ovale.
- Paroi fine, contenu jaune citrin
- Favorisé par:  $\uparrow$  FSH, induction de l'ovulation.
- Régressant spontanément au bout de 2 à 3 cycles menstruels).

## Kystes du corps jaune

- Détectés durant la 2ème phase du cycle (J15-J28).
- Moins volumineux( 2à 7 cm).
- Paroi souvent épaisse, crènelée et très vascularisée (néo-vascularisation).
- Contenu sanguinolent.
- Hémorragie intra- kystique fréquente.
- Régresse spontanément



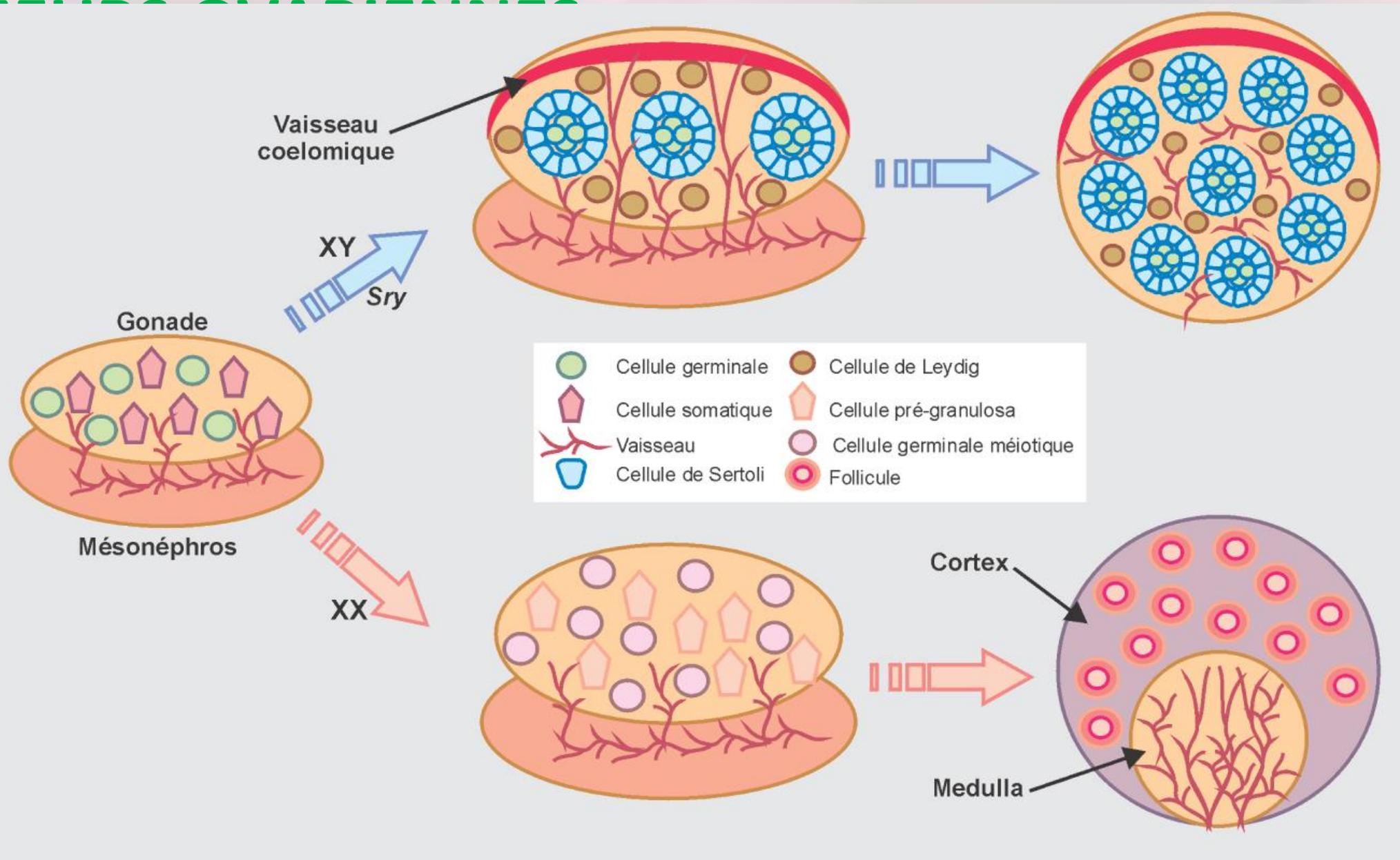
# TUM

## TUME

Bc

TUM

Tumeurs  
Tumeurs



oide +++)

S (5-10%)

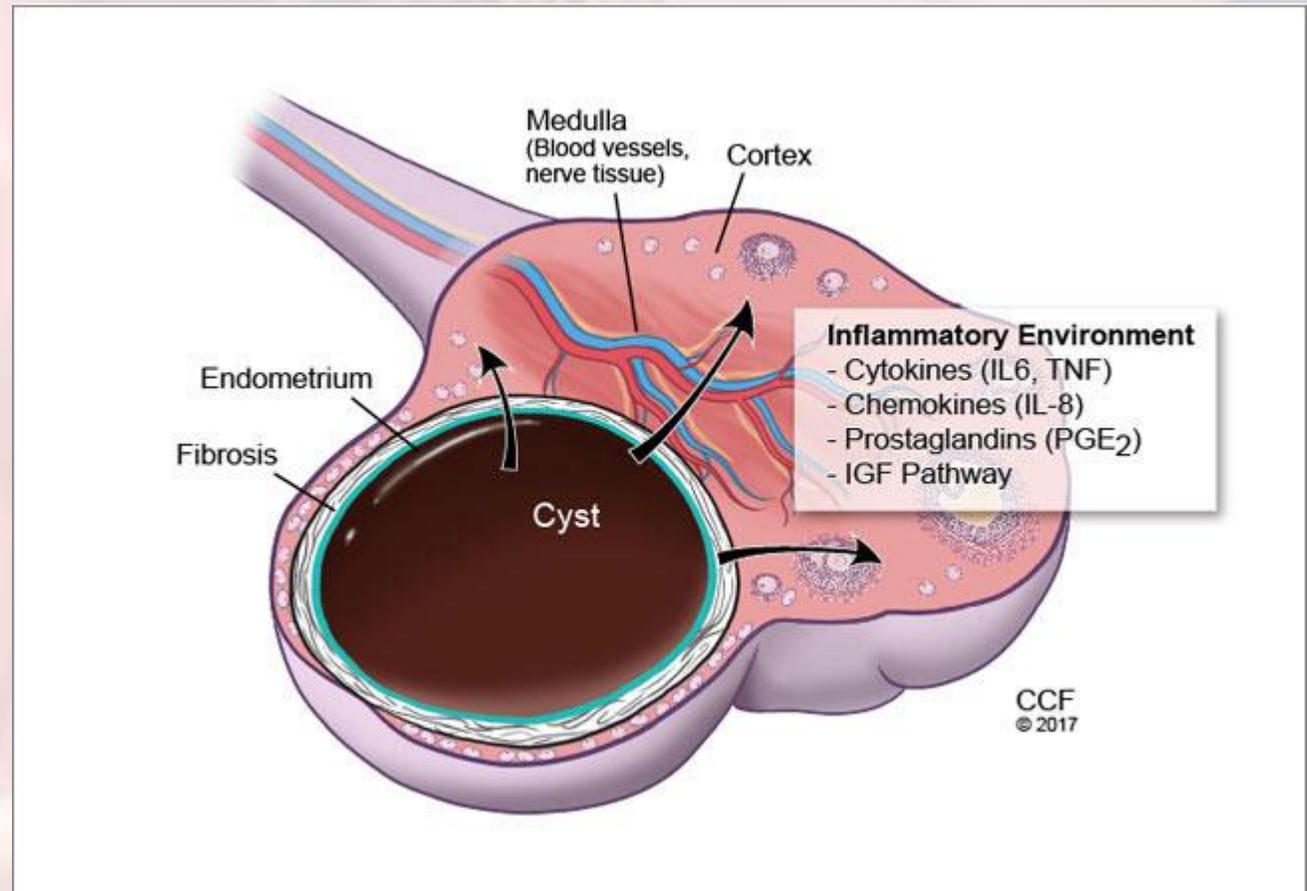
inulosa  
li-Leydig

**(METASTASES)**

Cérébrales  
lymphomes

# Cas particulier

Endométriome = endométriose ovarienne



# PHYSIOPATHOLOGIE

## FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DE L'OVAIRE

### GENETIQUE :

5 % à 10 % des cancers de l'ovaire = mutations BRCA 1 et 2 ou syndrome de Lynch .

### SITUATIONS D' HYPERESTROGÉNIE RELATIVE :

- Traitement hormonal de la ménopause (THS).
- Endométriose.
- Infertilité.
- Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).
- Obésité.
- Diabète.

### FACTEURS TOXIQUES :

- L'exposition professionnelle à certains composés aromatiques.
- Certains benzodiazepines et antidépresseurs

## FACTEURS PROTECTEURS

Toutes les situations permettant de diminuer le nombre d'ovulations au cours de la vie reproductive

- Multiparité
- Allaitement maternel
- Longue durée de contraception orale
- Hystérectomie et ligature de trompes
- Activité physique régulière/ alimentation riche en fibres et vit A
- L'exposition solaire (vitD)

# DIAGNOSTIC POSITIF

Difficile au début:

- Les cancers ovariens sont silencieux
- Les symptômes variés, non spécifiques
- Les signes cliniques apparaissent à un stade avancé

# Circonstances de découverte :

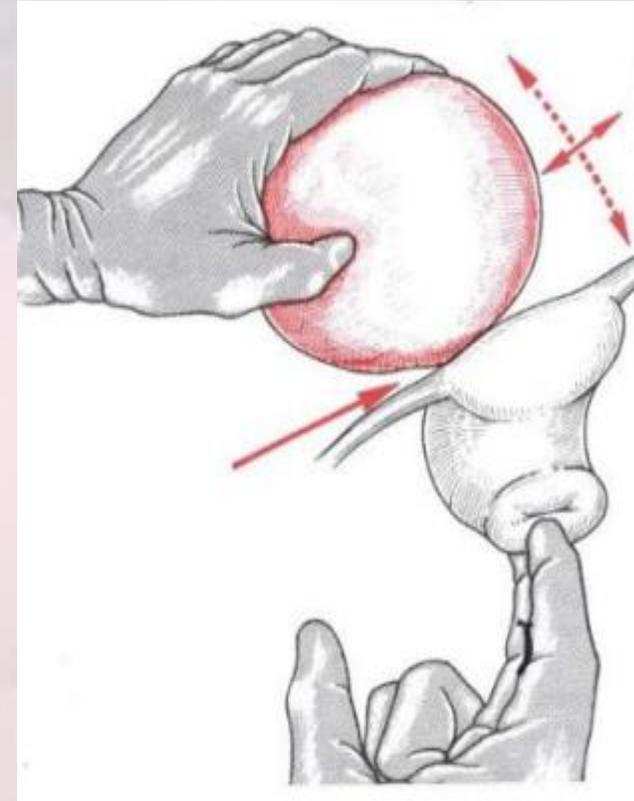
- Gêne ou pesanteur pelvienne
- Constataction d'une voussure pelvienne
- Troubles du cycle : dysménorrhées ,spanioménorrhée voire aménorrhée, plus rarement métrorragies
- Signes de compression vésicale ou rectale,
- Parfois révélées par une complication : torsion, rupture, hémorragie le plus souvent intra kystique ou infection (K. dermoïde)
- découverte systématique (TV /echo/ suivi de grossesse)
- altération de l'état général ou /et ascite

# INTERROGATOIRE

- Age
- ATCD
- Facteurs de risque
- Signes fonctionnels

# EXAMEN CLINIQUE

- Evaluation de l'état général +++
- **EXAMEN DU PELVIS** =
  - \* **INSPECTION**: voussure/ asymétrie/ abdomen distendu
  - \* **PALPATION**:
    - Caractéristiques sémiologiques d'une masse pelvienne
    - Examen des aires ganglionnaires
  - \* **PERCUSSION** : matité = kyste VS ascite
- **EXAMEN GYNECO** =
  - \* **SPECULUM** : déviation du col/ masse cervicale/ réaliser FCU
  - \* **TV-palper +/- TR** = comblement des CDS, sillon de séparation, caractéristiques sémiologiques de la masse, signes d'irritation péritonéale
  - \* **EXAMEN DES SEINS** +++



# EXAMENS PARA-CLINIQUES

## 1- ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE:

- Sus pubienne puis endo-vaginale = examen de référence en 1<sup>ère</sup> intention.
- Précise: localisation/ nombre/taille/ forme/ limites/ paroi/ échostructure/ épanchement/ vascularisation au doppler

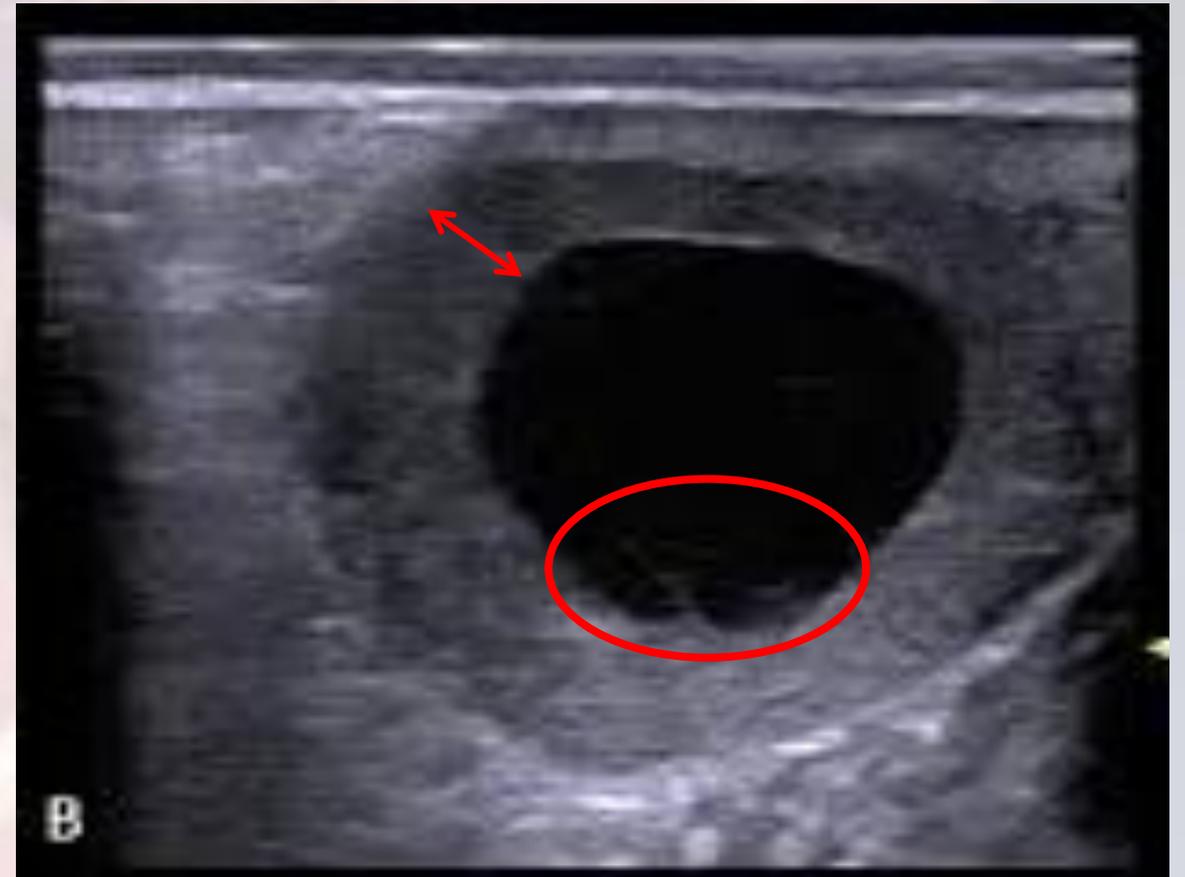
### Critères de bénignité d'un kyste de l'ovaire :

- Unilatéral / uniloculaire.
- Taille inférieure à 7cm,
- Parois fines/ contours réguliers,
- Echogénicité liquidienne et homogène
- Absence de cloisons/ de végétations,
- Absence d'ascite,
- Absence de vascularisation anarchique au doppler
-

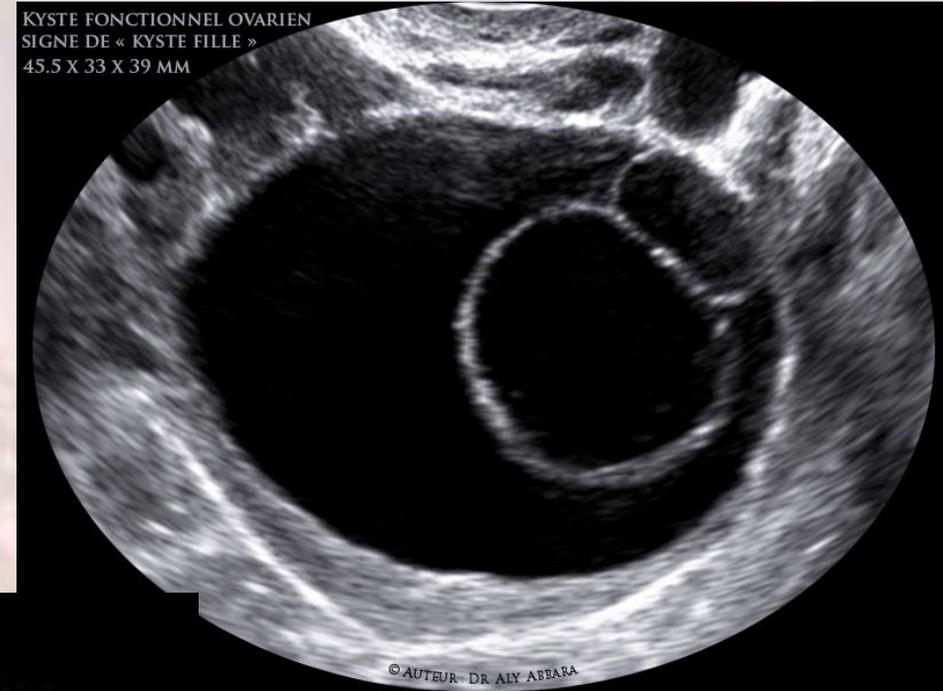


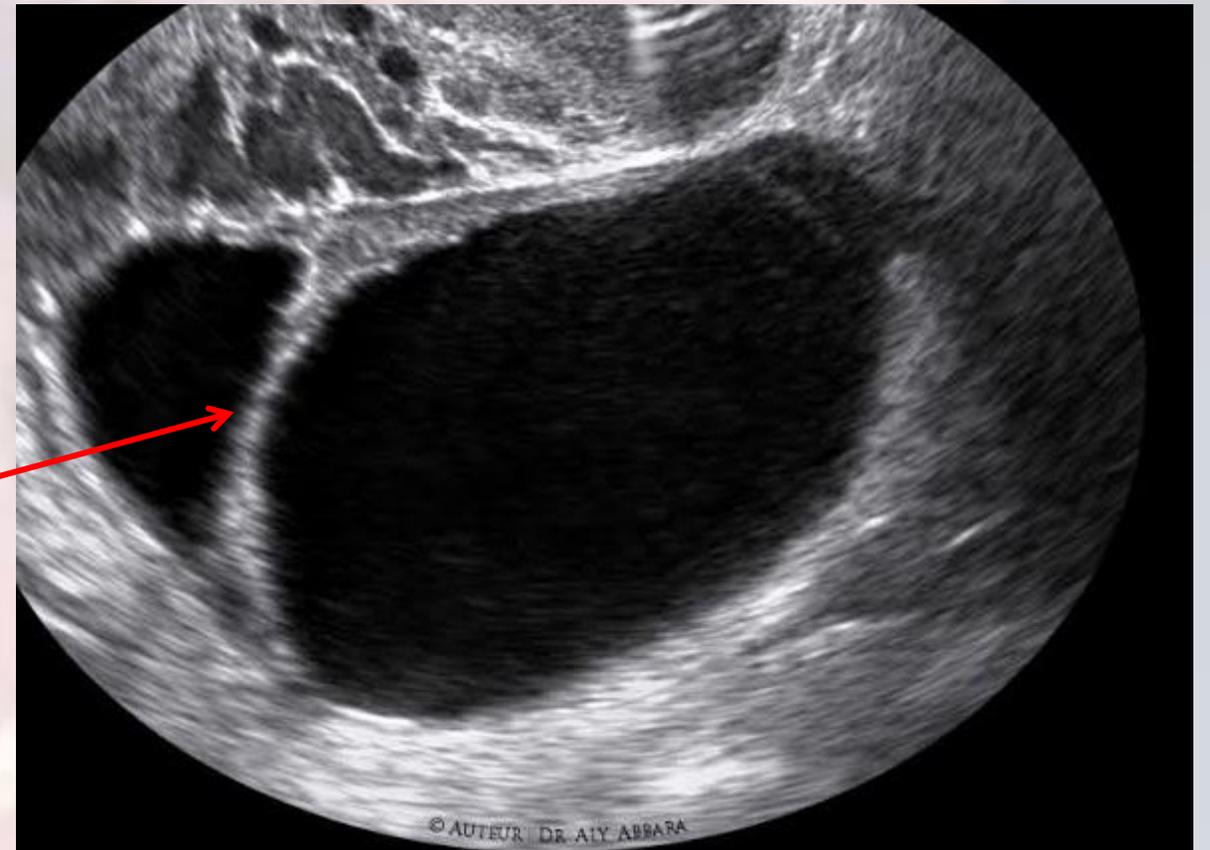
**Kyste folliculaire**

**Kyste lutéal**

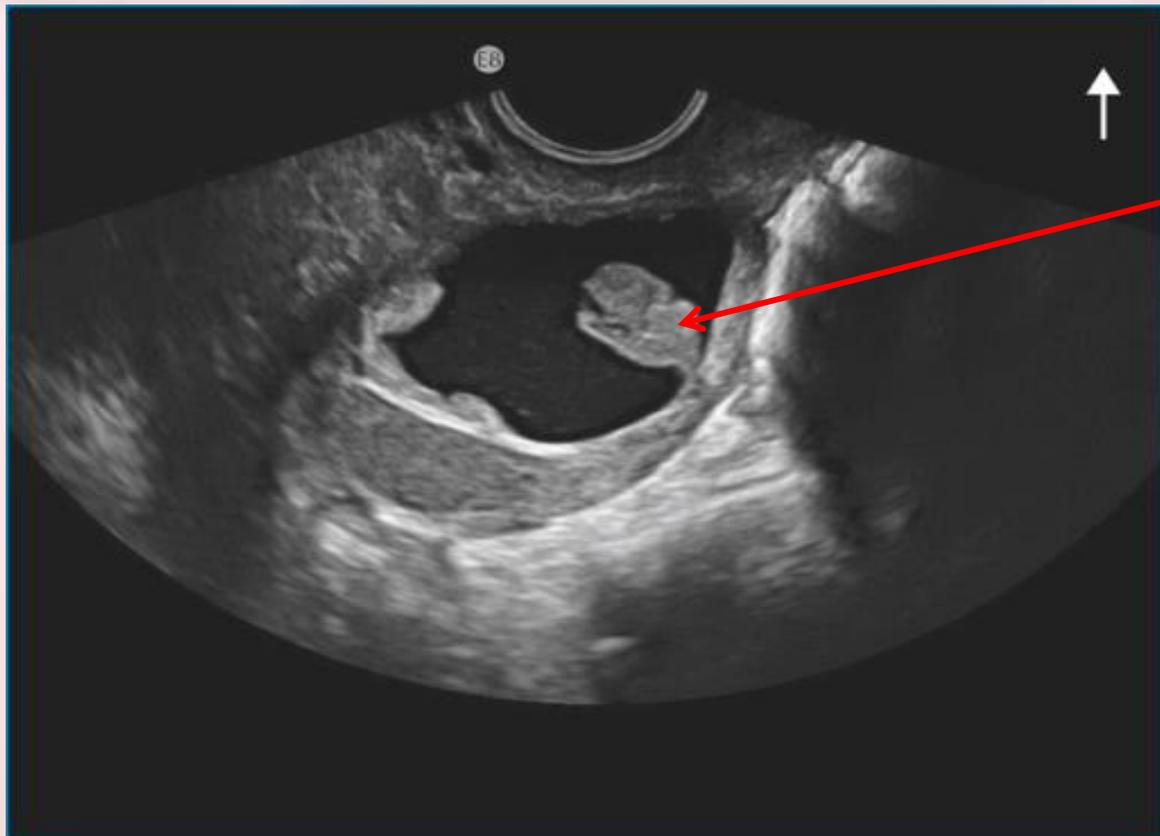


# PIEGES

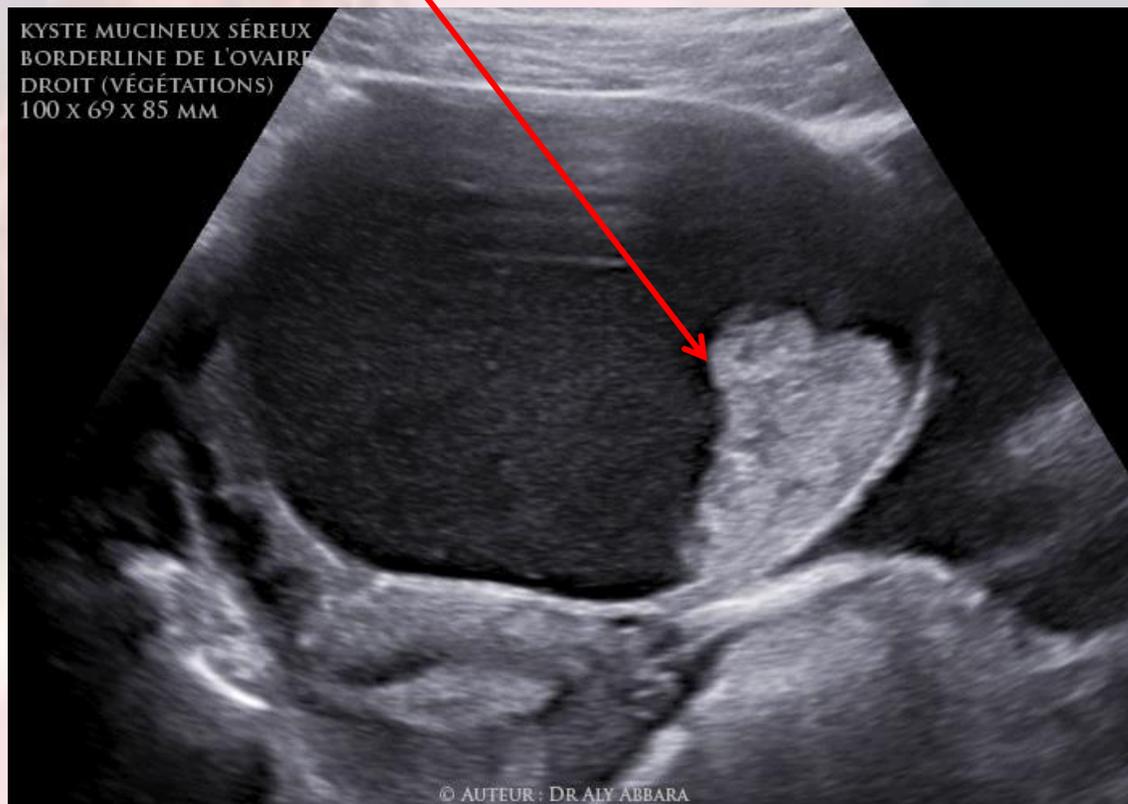




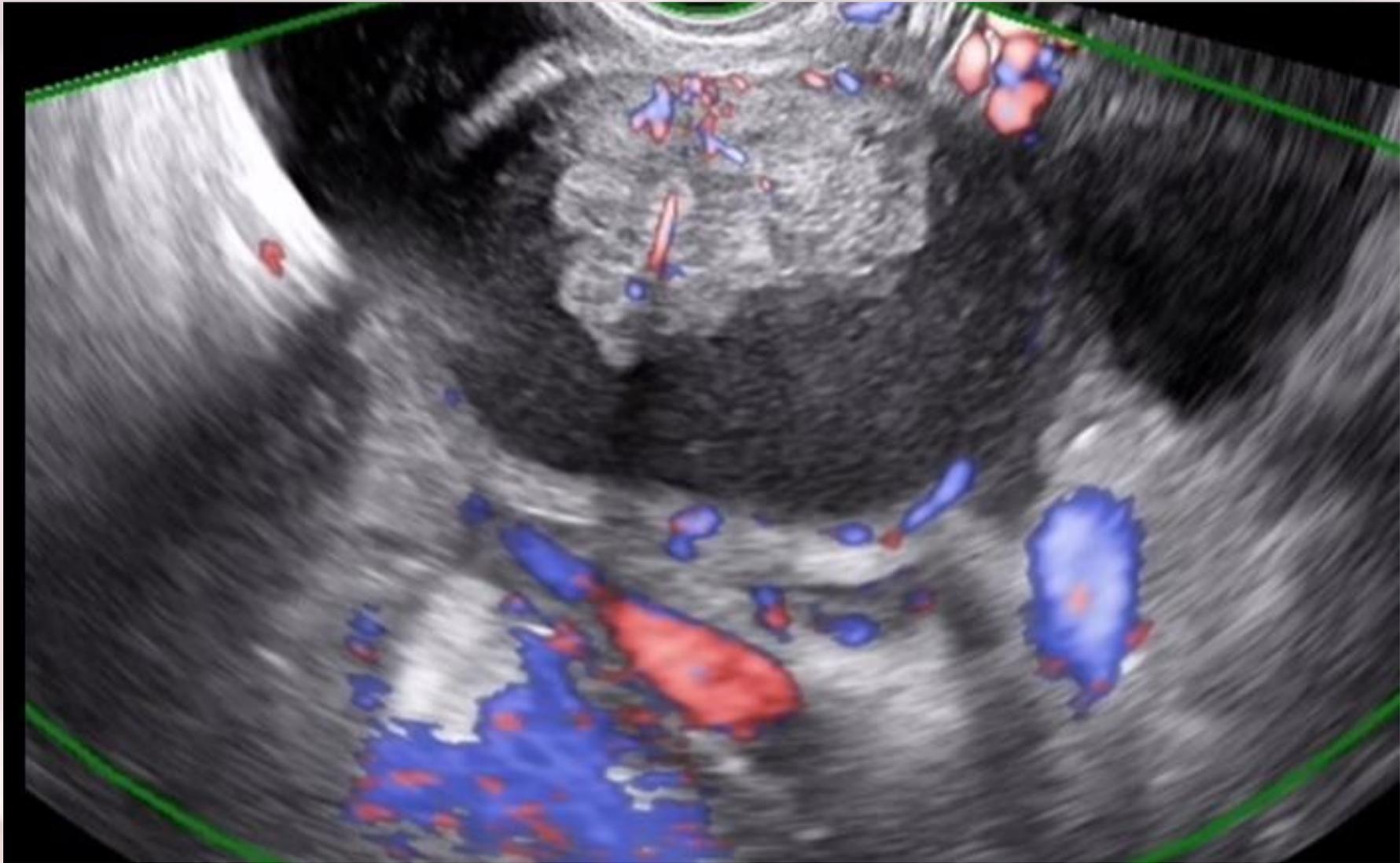
**Cloison intrakystique**



**végétation intrakystique**



KYSTE MUCINEUX SÉREUX  
BORDERLINE DE L'OVAIRE  
DROIT (VÉGÉTATIONS)  
100 X 69 X 85 MM

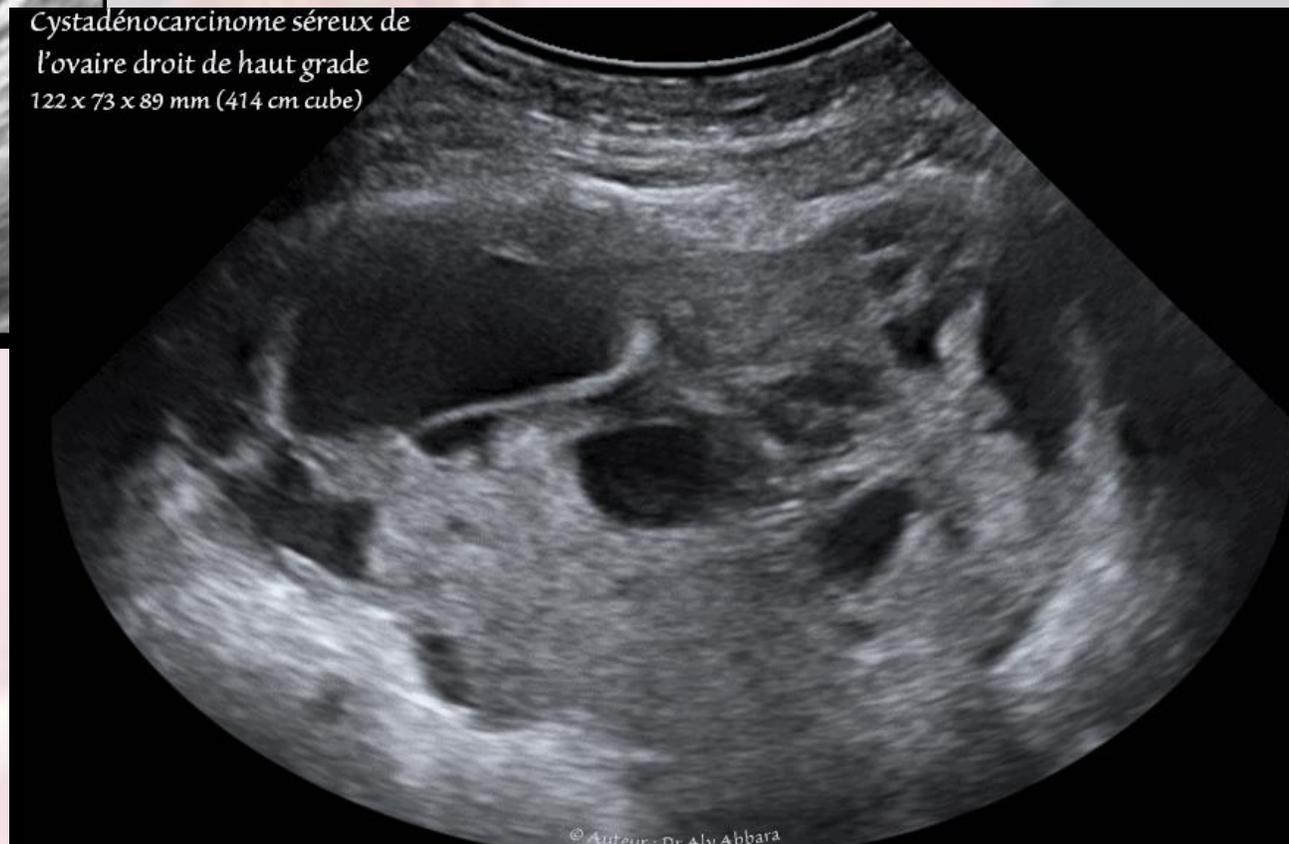


Kystes séreux à parois calcifiées  
Ovaire gauche



Auteur : Dr. Aly Abbara

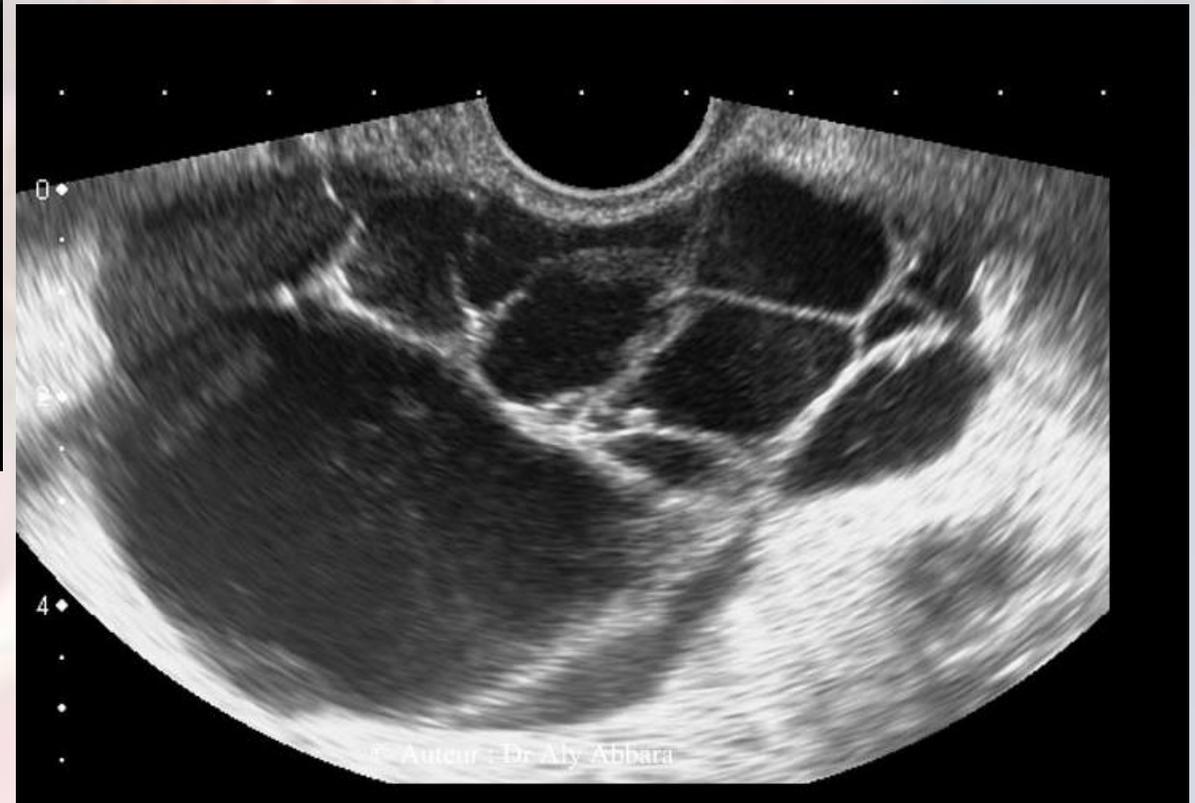
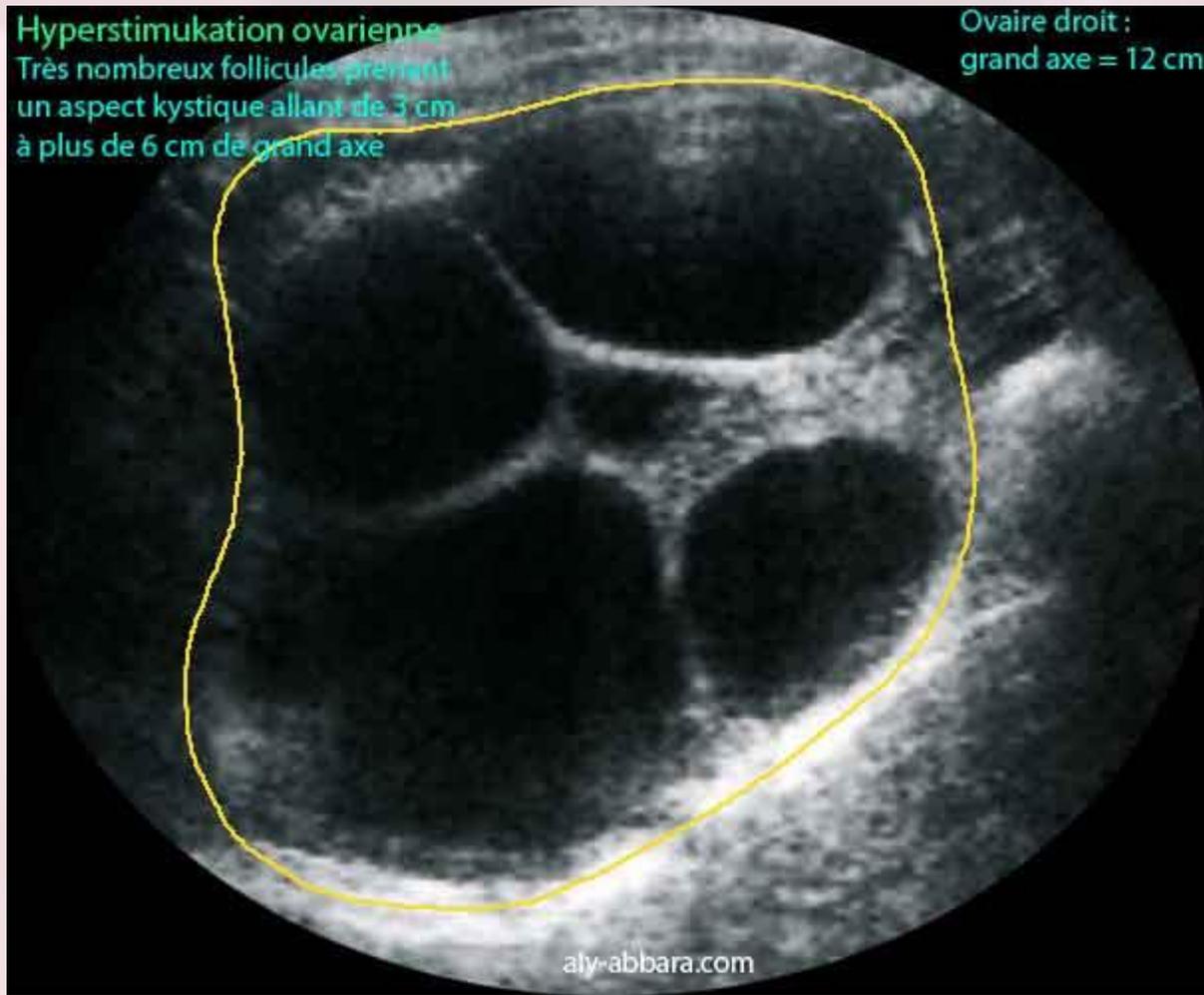
Cystadénocarcinome séreux de  
l'ovaire droit de haut grade  
122 x 73 x 89 mm (414 cm cube)

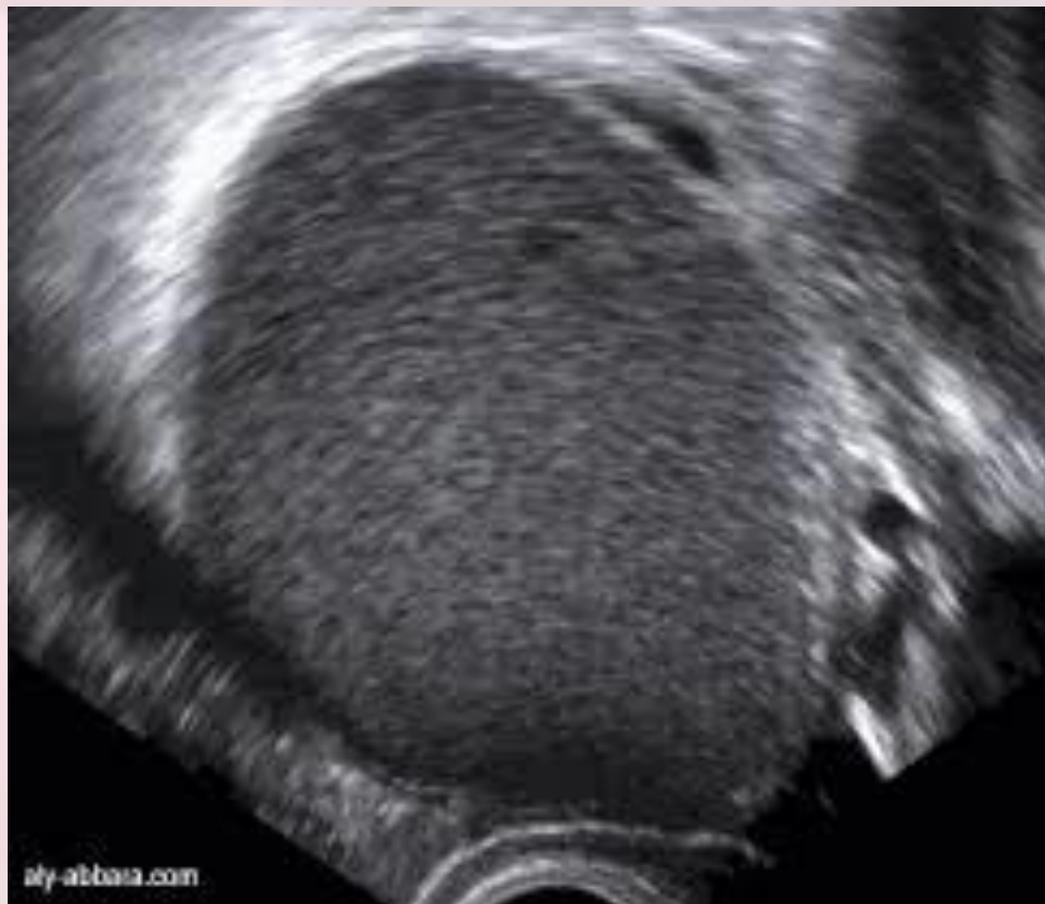


© Auteur : Dr. Aly Abbara

Hyperstimulation ovarienne  
Très nombreux follicules présentant  
un aspect kystique allant de 3 cm  
à plus de 6 cm de grand axe

Ovaire droit :  
grand axe = 12 cm





KYSTE DERMOÏDE  
OVARIEN BILATÉRAL



## 2- IRM pelvienne +/- PET-SCAN : en 2<sup>ème</sup> intention

- Complément du bilan en cas :
  - \* Doute sur l'appartenance ovarienne.
  - \* Suspicion de malignité (bilan d'extension loco-régionale)
  - \* Diamètre tumoral >7cm

L'IRM fournit également des informations sur le péritoine (nodules), l'épiploon, les aires ganglionnaires

## 3- Dosage du CA 125 : si suspicion de malignité + chez la femme ménopausée.

## 4- Coelioscopie diagnostique :

BUT:

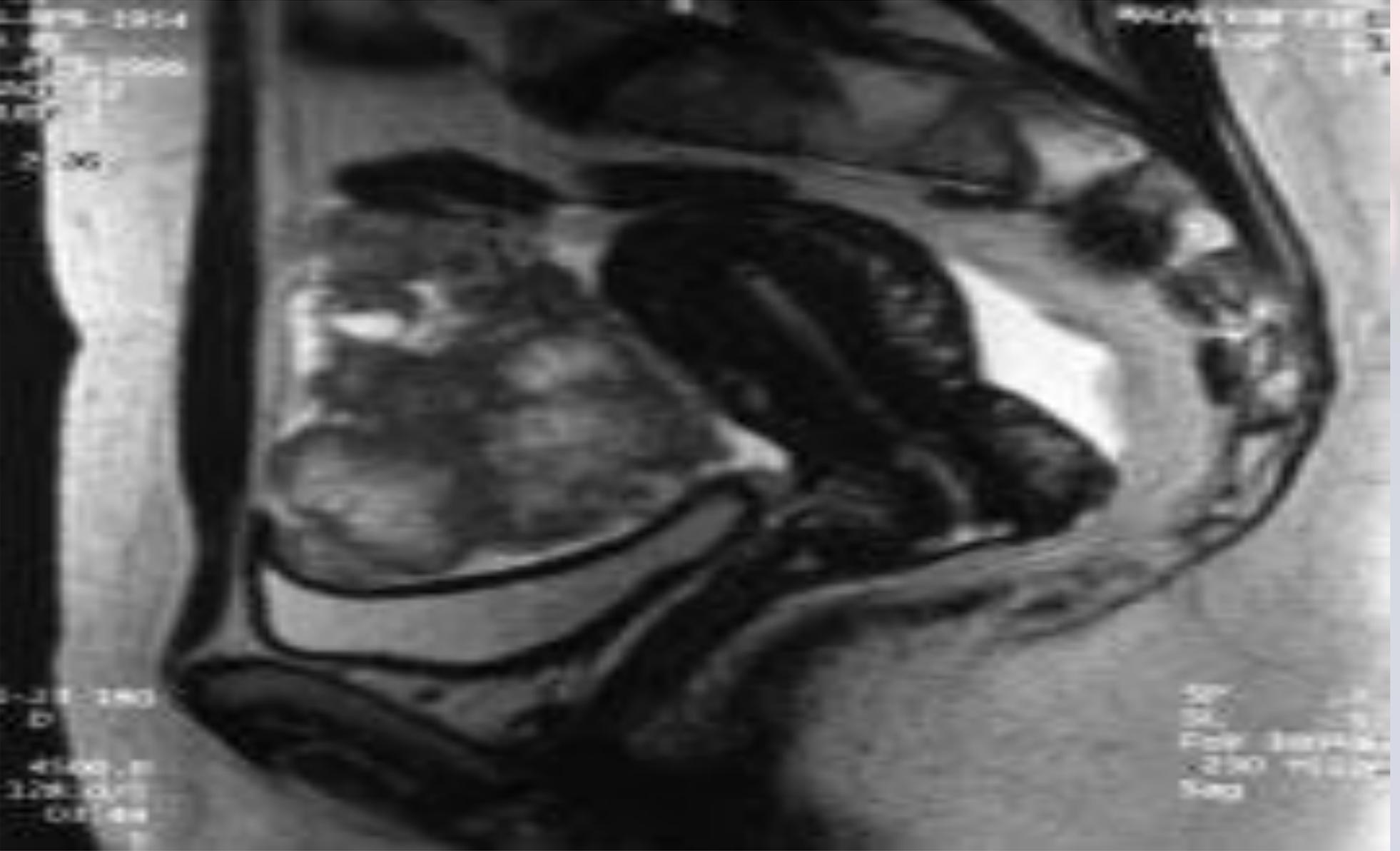
- \* Diagnostic de la nature du kyste.
- \* Exploration complète du péritoine et de la cavité abdominale (FIGO) .
- \* Juger la faisabilité d'un geste chirurgical.

195-1954  
195-1955  
195-1956  
195-1957  
195-1958

195-1959  
195-1960  
195-1961  
195-1962

195-1963  
195-1964  
195-1965

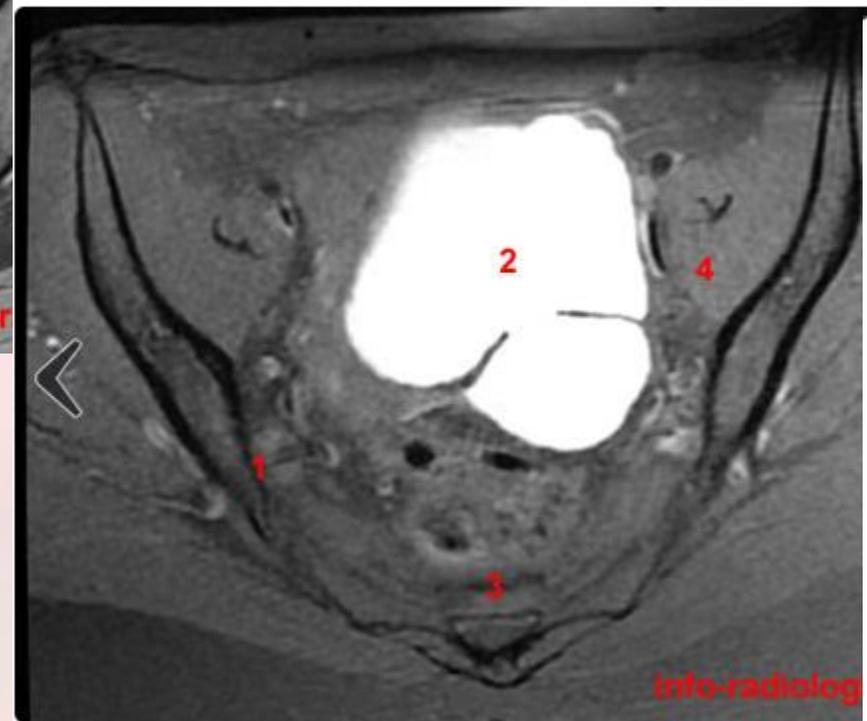
195-1966  
195-1967  
195-1968  
195-1969



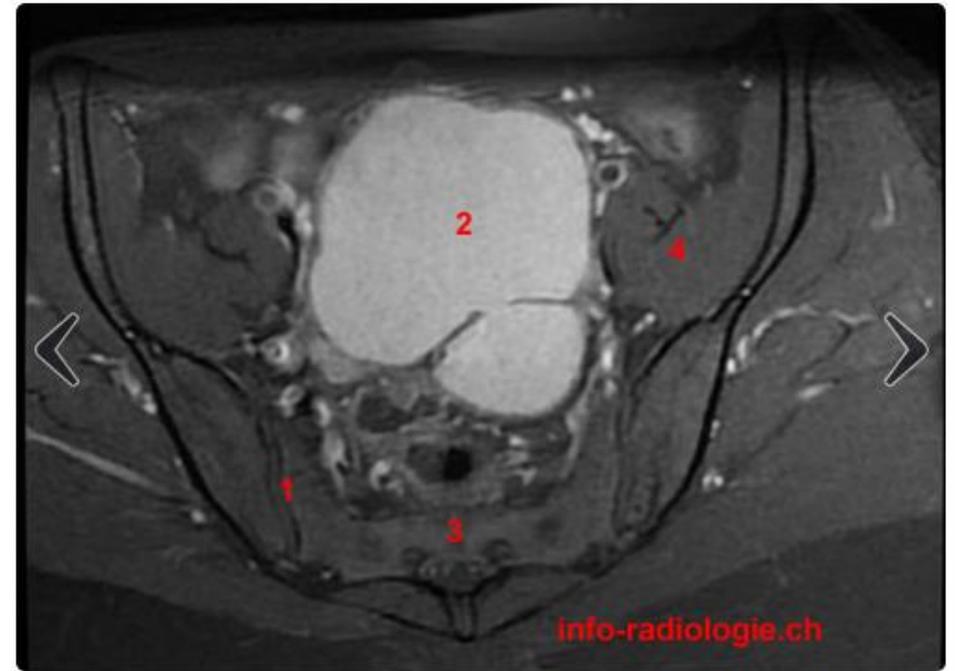
**Image 5. IRM du petit bassin, coupe axiale, pondération T1.** 1, Articulatio sacro-iliaque. 2, Endométriome (annexe gauche). 3, Sacrum. 4, Muscle iliopsoas (gauche).



**Image 6. IRM du petit bassin, coupe axiale, pondération T1, FATSAT.** 1, Articulatio sacro-iliaque. 2, Endométriome (annexe gauche). 3, Sacrum. 4, Muscle iliopsoas (gauche).



**Image 7. IRM du petit bassin, coupe axiale, pondération T1, FATSAT, après gadolinium.** 1, Articulatio sacro-iliaque. 2, Endométriome (annexe gauche). 3, Sacrum. 4, Muscle iliopsoas (gauche).

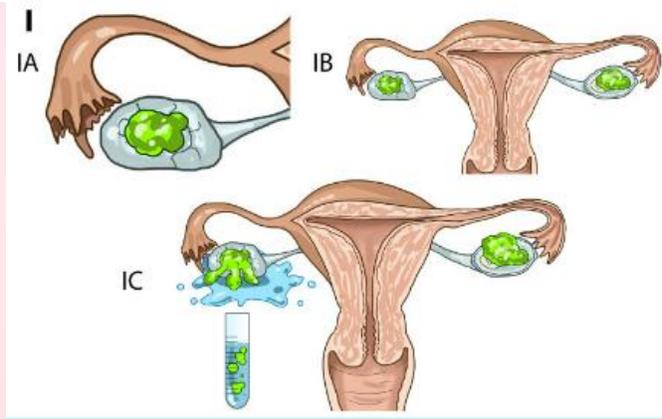


# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

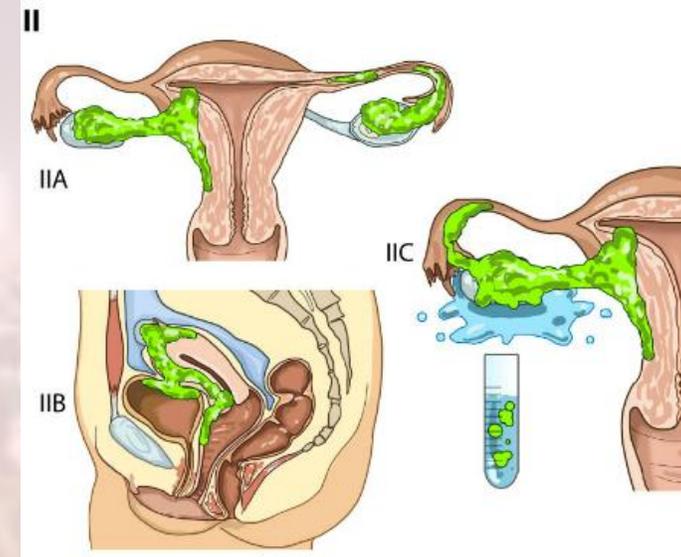
- **GEU**
- **PATHOLOGIES TUBAIRES**
- **MYOMES SOUS SEREUX PEDICULES**
- **TUMEURS APPARTENANT A D'AUTRES STRUCTURES PELVIENNE ( DIGESTIVE/ UROLOGIQUE/PERITOINE.....)**

# CLASSIFICATION FIGO

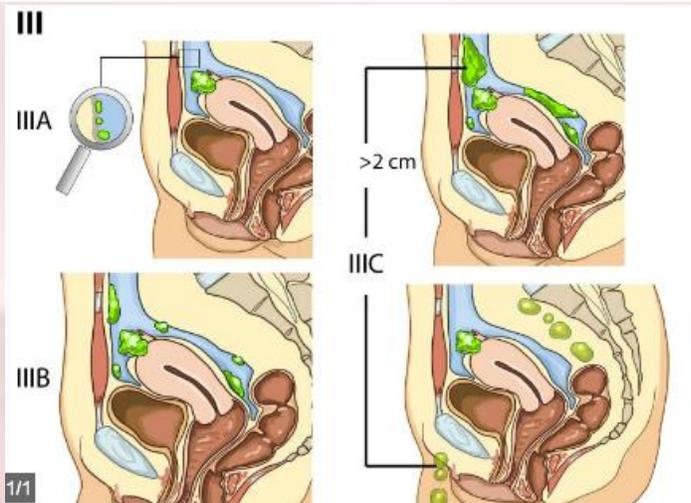
– Stade 1 : tumeur limitée aux ovaires.



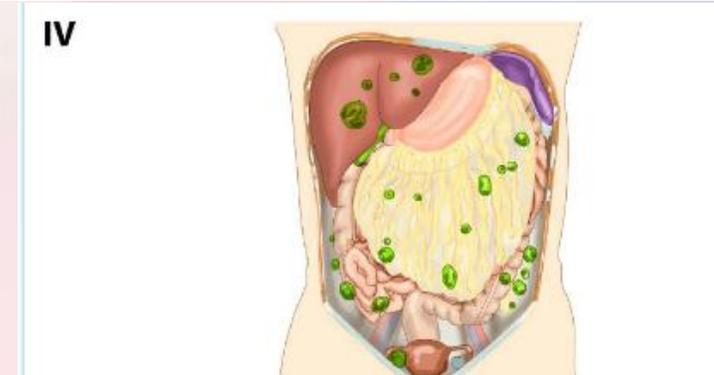
– Stade 2 : tumeur étendue au pelvis.



– Stade 3 : tumeur étendue à l'abdomen ou aux ganglions.



– Stade 4 : métastases viscérales ou épanchement pleural néoplasique.



# COMPLICATIONS

- **TORSION D'ANNEXE**
- **RUPTURE DE KYSTE**
- **L'HEMORRAGIE INTRA-KYSTIQUE**
- **LA COMPRESSION DES ORGANES DE VOISINAGE**
- **LA SURINFECTION**

# PRISE EN CHARGE

## Moyens :

- ABSTENTION THÉRAPEUTIQUE :

- CHIRURGIE :

- Commencer tjr par un prélèvement pour **cytologie péritonéale**.
- kystectomie, ovariectomie, annexectomie par **coelioscopie** ( traitement de référence)ou Laparotomie (en cas de contre-indication à la coelioscopie)
- Chirurgie de **réduction tumorale maximale**( traitement carcinologique complet) par laparotomie = hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + omentectomie+ appendicectomie + lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique + biopsies péritonéales multiples.

- THÉRAPIES ADJUVANTES :

- **Chimiothérapie** (très chimio-sensibles) : association taxol + sels de platine
- Agents **antiangiogéniques**: BEVACIZUMAB (AVASTIN®)
- NB : tumeurs non radiosensibles.

- MESURES ASSOCIES (dans tous les cas):

- \* Prise en charge des effets secondaires de la chimiothérapie.
- \* Prise en charge psychologique.
- \* surveillance régulière

# INDICATIONS

## 1- KYSTES FONCTIONNELS =

Abstention avec contrôle ultérieur à 3mois .

NB( aucun intérêt d'un blocage de l'ovulation par une pilule œstro-progestative combinée)

## 2- KYSTES ORGANIQUE AVEC CRITERES DE BENIGNITE

Chirurgie conservatrice : Kystectomie , ovariectomie ou annexectomie si T.volumineuse par coelioscopie + étude anapath

## 3 – TUMEUR SUSPECTE :

Annexectomie + examen extemporané , si malin = trt radical

## 4- TUMEURS MALIGNES:

coelio pour confirmation diagnostique puis/ou **laparotomie xypho-pubienne** d'emblée

### Formes limitées aux ovaires (stade I)

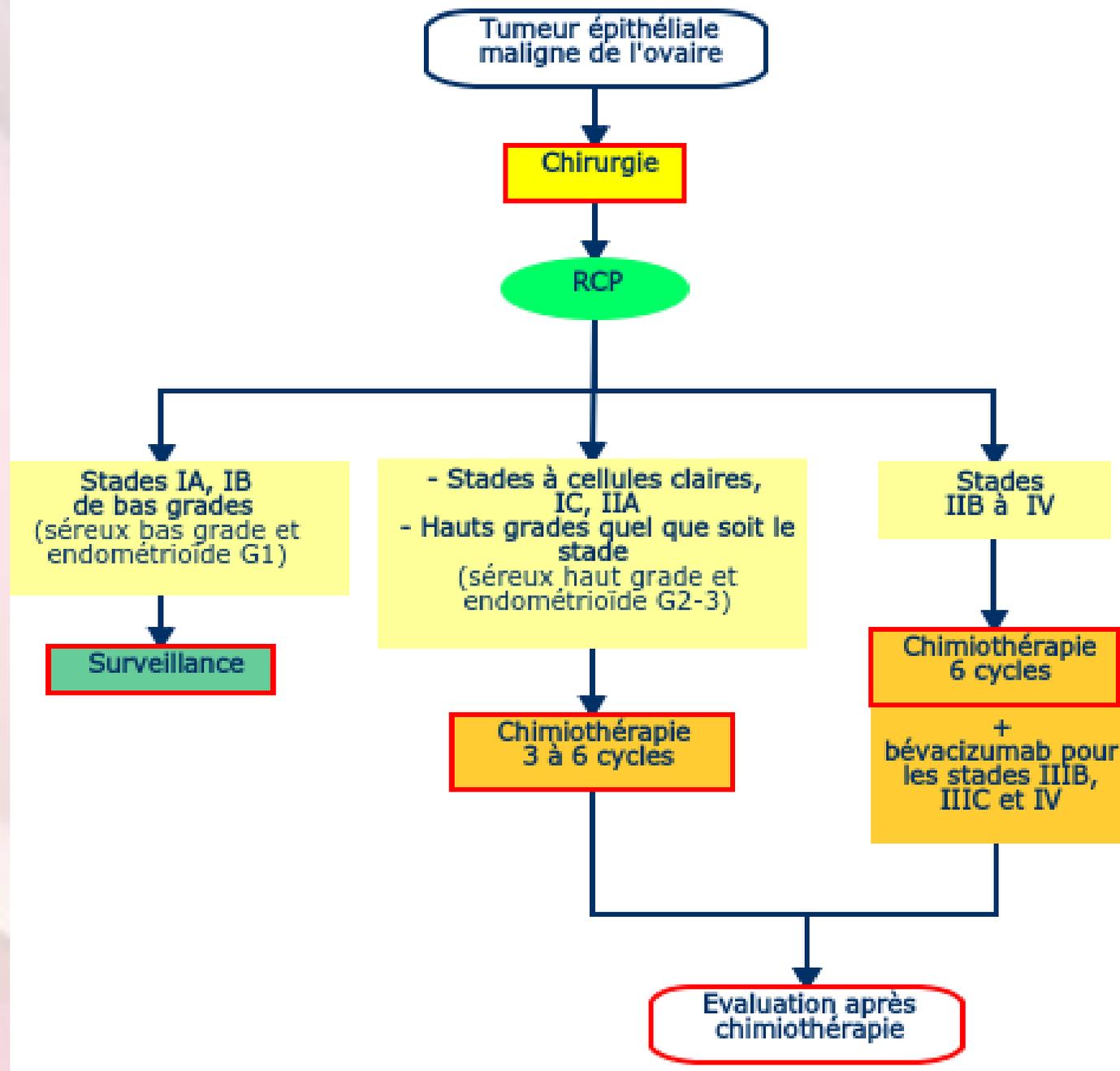
- si femme jeune +désire de grossesse:

Traitement conservateur + Cytologie péritonéale + exploration de la cavité péritonéale + complément en fonction du résultat anapath

- si non TRT radical

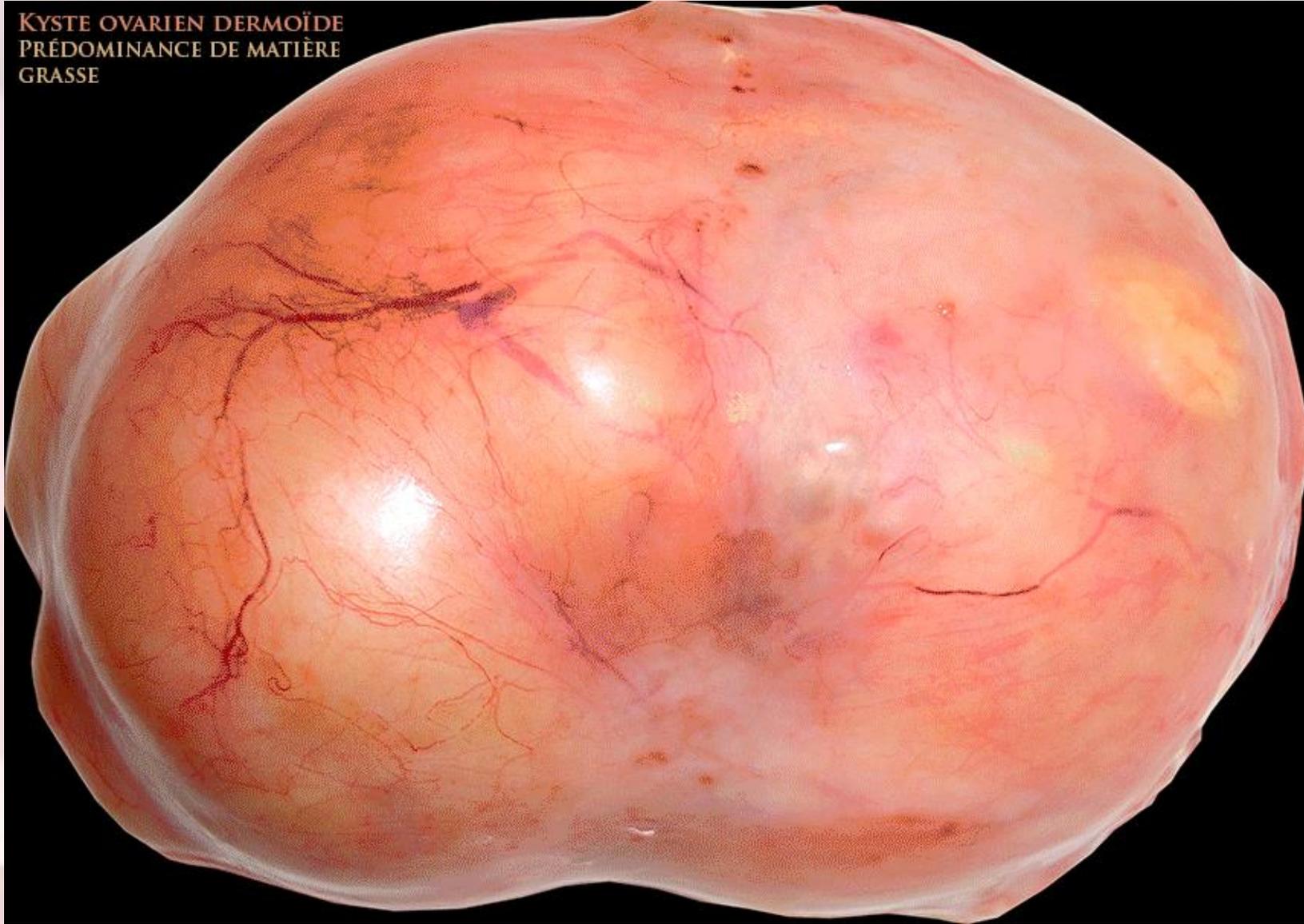
### Formes avancées (stades II, III, IV)

- Réduction tumorale maximale + Exploration du pelvis et de tout l'abdomen+ Cytologie + lymphadénectomie complète





KYSTE OVARIEN DERMOÏDE  
PRÉDOMINANCE DE MATIÈRE  
GRASSE



65 x 60 x 60 mm

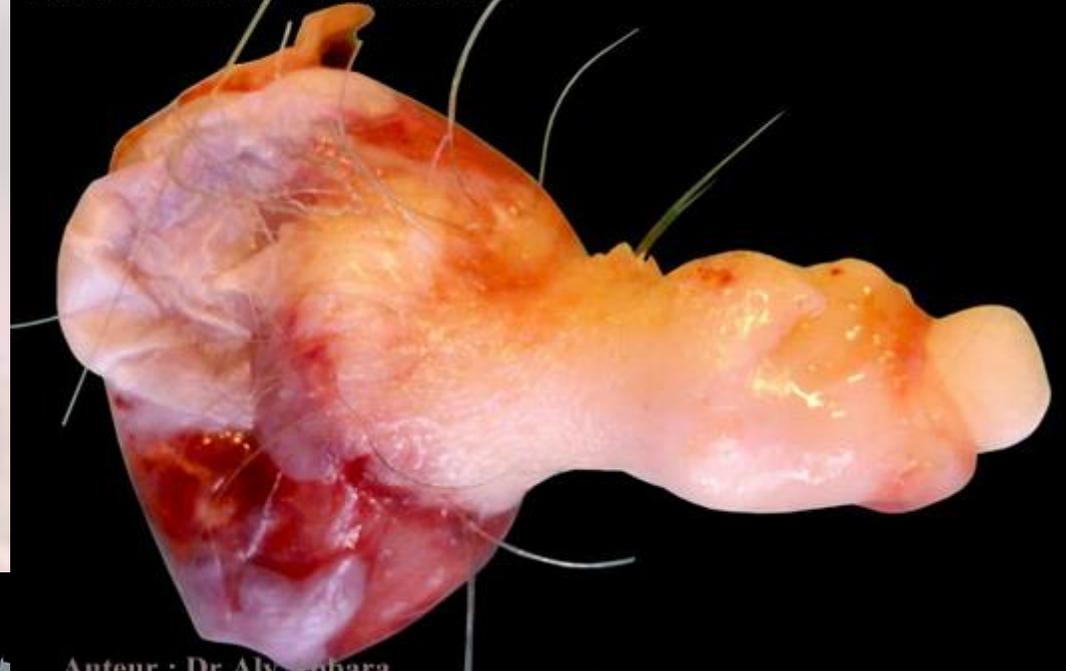


© Auteur : Dr Aly Abbara

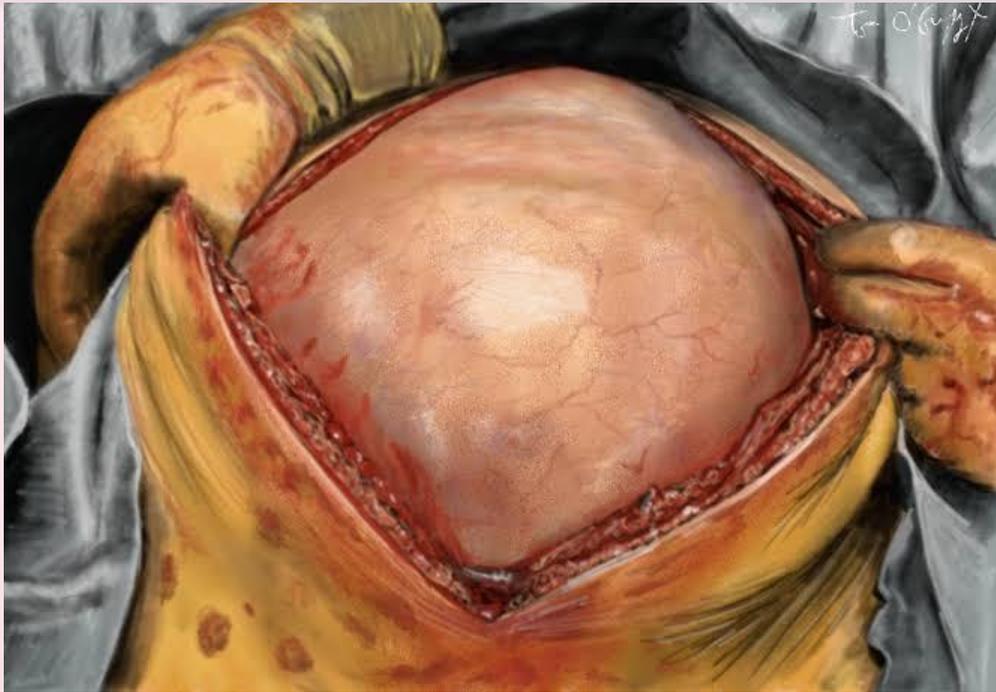
KYSTE DERMOÏDE  
OVAIRE DROIT  
85 x 88 x 66 MM  
257 CM<sup>3</sup>

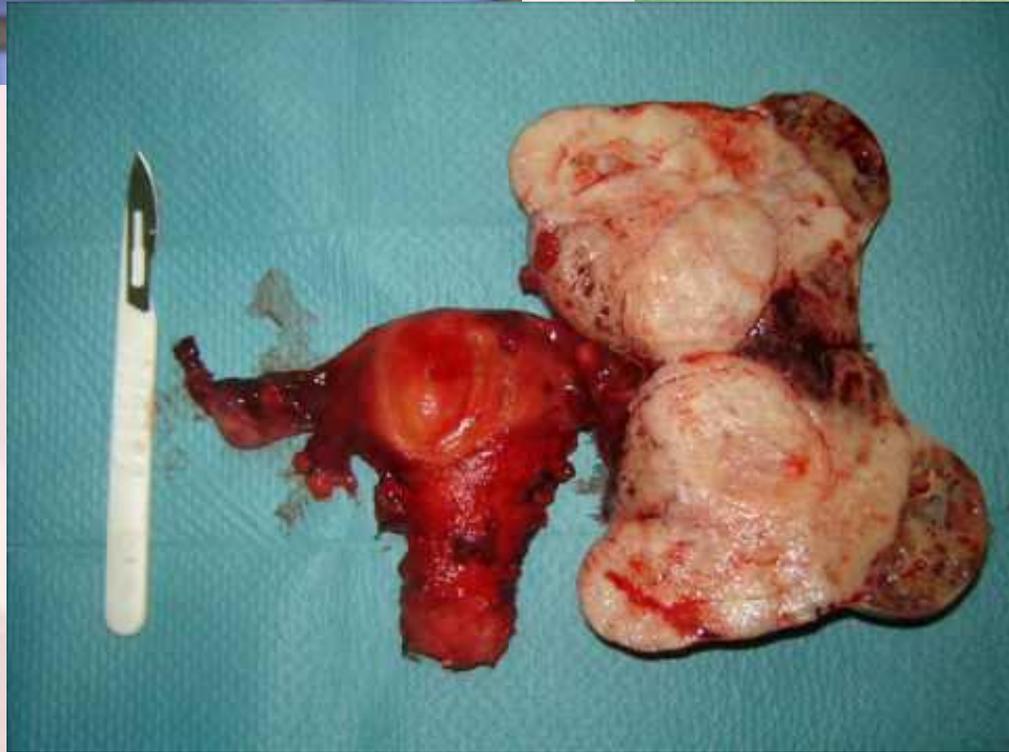
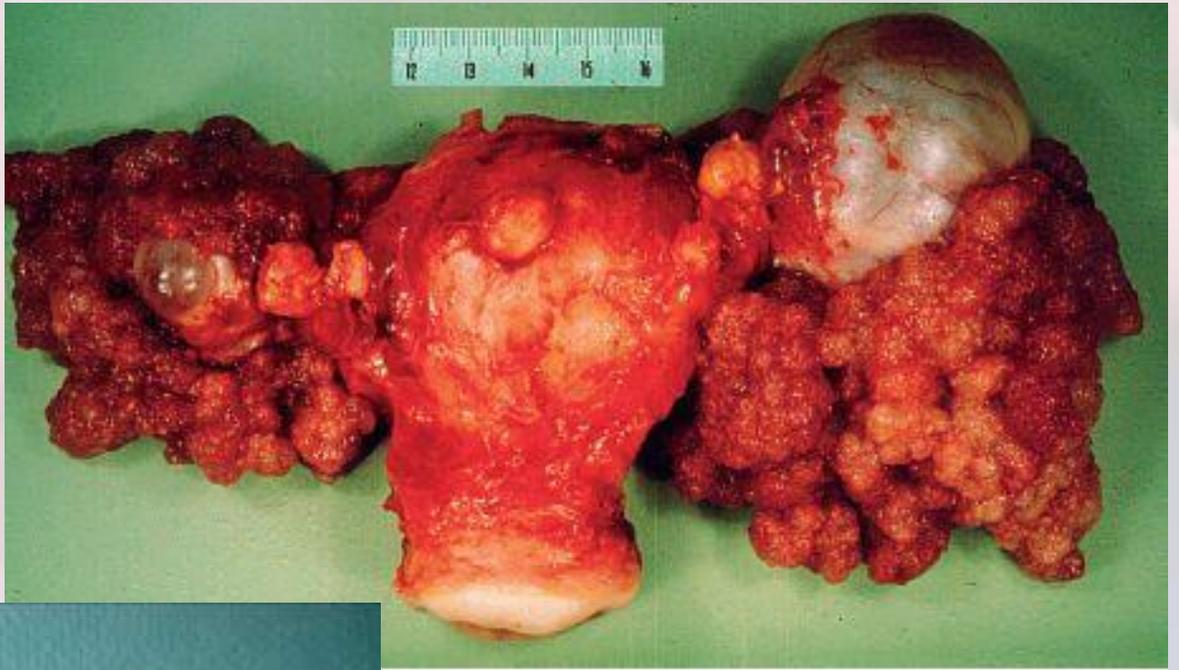
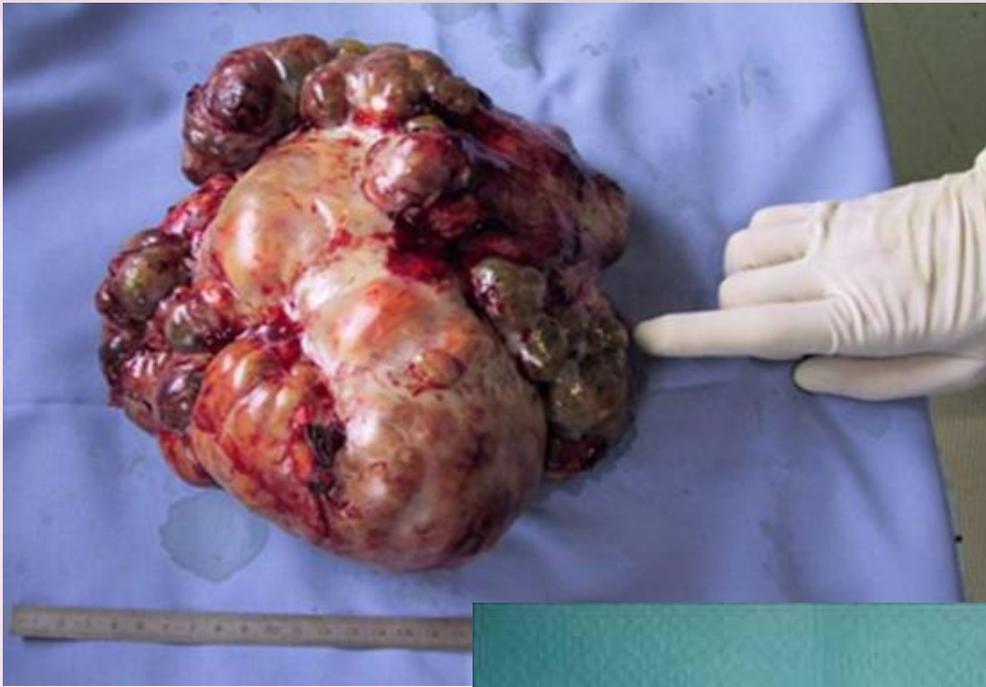


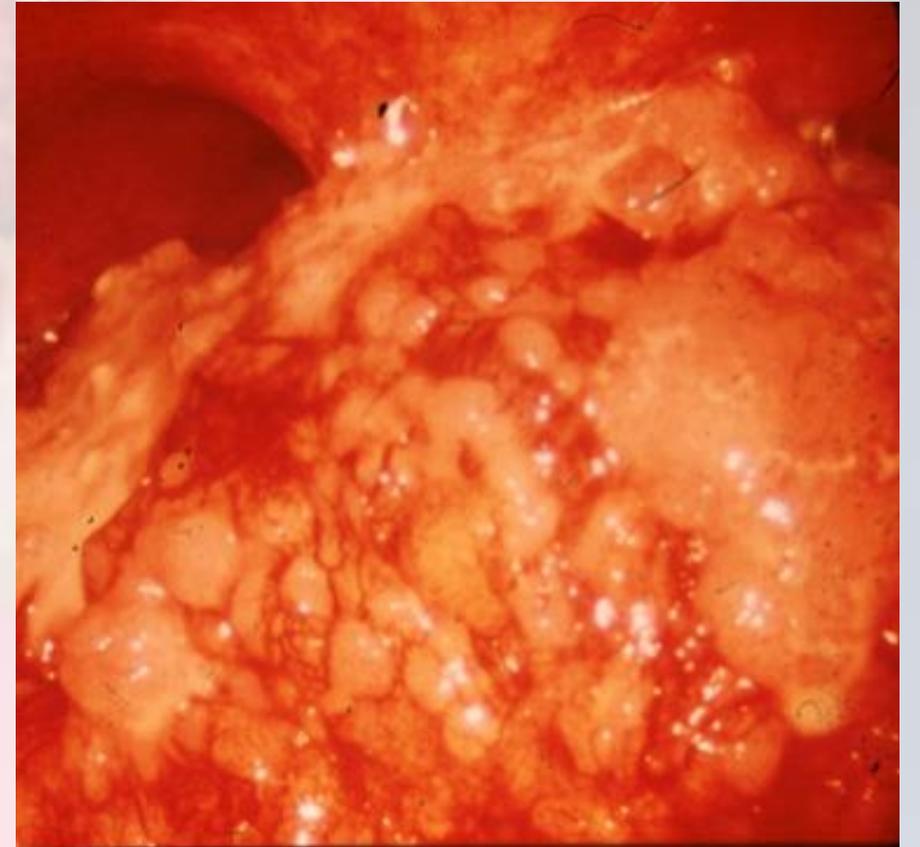
Kyste dermoïde contenant une dent  
30 x 29 x 22 mm = 10 cm cube



Auteur : Dr Aly Abbara







# PRONOSTIC

- **DEPEND :**

- Précocité du Dg. = stade FIGO.
- Grade histologique.
- Caractère complet ou non de l'exérèse chirurgicale

- **MAIS :** le pronostic global est sombre puisque **70% des patientes ont une extension abdominale au moment du Dg.**

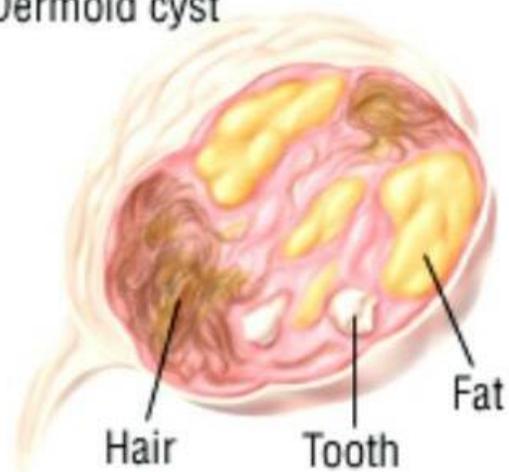
- **TAUX DE SURVIE A 5 ANS :**

- Stade 1 = 80 à 90% de survie
- Stade 2 = 40 à 60%
- Stade 3 = 10 à 15%
- Stade 4 = moins de 5%

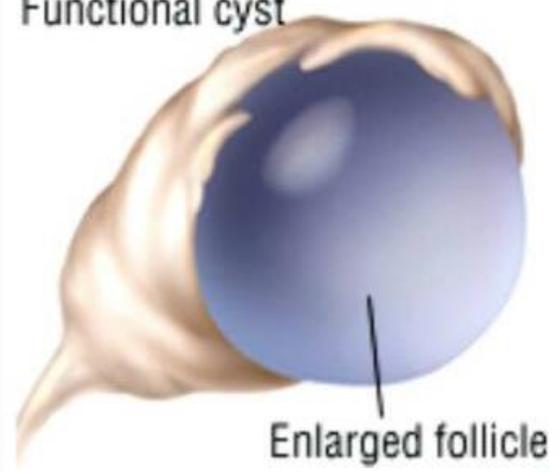
# CONCLUSION

- DEPISTAGE DIFFICILE.
- DIAGNOSTIC SOUVENT TARDIF.
- PRONOSTIC SOMBRE.

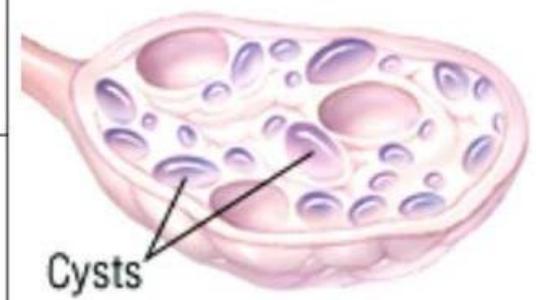
Dermoid cyst



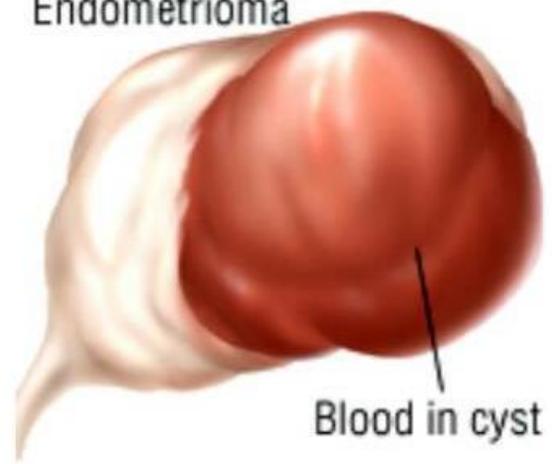
Functional cyst



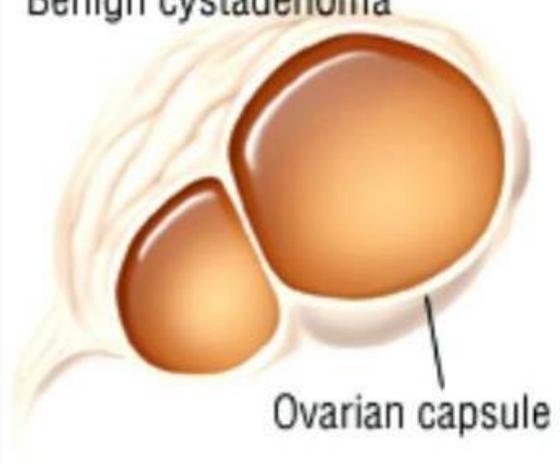
Polycystic ovary syndrome



Endometrioma



Benign cystadenoma



Types Of **Ovarian Cysts**