

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2003
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2003*

Prise en charge des kystes ovariens chez l'adolescente

P. RAYNAL, F. LEWIN*
(Paris)

FRÉQUENCE

L'estimation de la fréquence et de la répartition des masses ovariennes chez l'adolescente est difficile car elles sont le plus souvent asymptomatiques, et parce que la majorité des études concerne des cas chirurgicaux, surestimant le taux d'organicité (1).

Perçu et coll. (15) ont réalisé des échographies systématiques chez 139 filles âgées de 10 à 19 ans, hospitalisées pour un autre motif : ils ont repéré 17 kystes ovariens (12 %), de diamètre moyen 47 mm (33 à 65,3), siégeant indifféremment du côté droit ou gauche ; le suivi échographique de ces jeunes filles a montré la disparition spontanée en trois mois dans 11 cas, sous traitement œstroprogestatif dans 4 cas, et 2 ont finalement été opérées. Dans cette série 12 % de jeunes filles asymptomatiques ont un kyste de l'ovaire, fonctionnel dans 98 % des cas.

De la même façon, le risque de malignité varie selon les auteurs mais semble bien inférieur à ce qui était estimé autrefois. Bien que ce soit le cancer du tractus génital le plus fréquent à l'adolescence, le risque de malignité devant une tumeur organique de l'ovaire ne semble pas dépasser 10 %. Le cancer de l'ovaire représente 1 % des cancers chez l'enfant.

* Service de gynécologie-obstétrique – Hôpital Saint-Vincent-de-Paul
82 avenue Denfert-Rochereau – 75014 PARIS.

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES (3) (5) (13) (16)

I. Kystes fonctionnels

- *Le kyste folliculaire* résulte d'une variation du processus ovarien physiologique : le follicule grossit pendant la phase folliculaire ; il mesure généralement 2 à 3 cm juste avant l'ovulation. Si l'ovulation ne se produit pas, le follicule continue de grossir et forme un kyste.

- *Le kyste du corps jaune* est un autre type de kyste fonctionnel : le corps jaune formé après la rupture folliculaire peut être large, parfois jusqu'à 6 cm, et persister au-delà des deux semaines de la phase lutéale. Il se forme alors un kyste, parfois hémorragique.

2. Kystes organiques bénins

Ils proviennent soit des cellules germinales, soit des cellules épithéliales. Chez l'enfant et l'adolescente, la majorité (70 %) des tumeurs ovariennes organiques sont des tumeurs germinales ; la fréquence des tumeurs épithéliales augmente avec l'âge et représente jusqu'à 30 % des tumeurs organiques de l'ovaire chez la fille entre 15 et 17 ans. Ces chiffres sont inverses de ceux observés chez l'adulte.

a. Tumeurs germinales

La plus fréquente est le kyste dermoïde ou tératome mature de l'ovaire. Il contient les dérivés d'un ou plusieurs feuilletts embryonnaires (endoderme, mésoderme, ectoderme). Son développement est lent. Il est bilatéral dans 6 à 20 % des cas selon les études.

b. Tumeurs épithéliales

Développées à partir de l'épithélium de surface, il s'agit des cystadénomes séreux et mucineux. Souvent de grand volume, ils peuvent être uni- ou multiloculaires à paroi épaisse et contenu visqueux pour le cystadénome mucineux.

3. Tumeurs malignes (5)

a. **La plupart des tumeurs ovariennes malignes sont d'origine germinale**, contenant en proportion variable : tumeur du sac vitellin, choriocarcinome, carcinome embryonnaire, tératome immature. Ces composants malins peuvent être associés à une composante mature bénigne, risquant de faire méconnaître le caractère malin qui peut être minime voire passer inaperçu à l'examen anatomo-pathologique. Ceci rend compte de la nécessité de doser les marqueurs sériques spécifiques (α -fœtoprotéine, β -hCG) en préopératoire.

Enfin, les autres tumeurs germinales malignes sont des dysgerminomes : tumeur maligne au sein d'un gonadoblastome survenant chez un enfant de phénotype féminin mais dont le caryotype comporte un chromosome Y.

b. **Les tumeurs malignes non germinales** sont appelées tumeurs de la granulosa, tumeurs de Sertoli, de Leydig, thécomes. Elles sont ou non sécrétantes.

c. **Tumeurs épithéliales malignes** : adénocarcinomes séreux ou mucineux, exceptionnels à cet âge.

MODES DE DÉCOUVERTE

1. **Le kyste de l'ovaire est longtemps asymptomatique** et peut être découvert fortuitement lors d'une échographie pelvienne ou devant des calcifications sur une radiographie de l'abdomen sans préparation.

2. **Les symptômes les plus fréquents sont** (4) (13) :

- *La douleur pelvienne*, allant de la vague pesanteur à la douleur aiguë bien localisée, de durée variable, sans rapport avec le cycle.

Sur une série de 486 patientes (22) admises pour masse ovarienne, 56 % présentaient une douleur abdomino-pelvienne. D'autres séries donnent les mêmes chiffres (2).

- *La palpation d'une masse abdominale* : dans cette même série, 55 % des patientes avaient une masse palpable à l'examen. Dans d'autres, ces chiffres sont moindres (22 %) (2). Il s'agit alors d'une masse mobile, plus ou moins latéralisée, indolore.

- *Les autres symptômes* plus rares sont la distension abdominale (8 à 24 %), les troubles gastro-intestinaux (7 à 40 %), les signes urinaires (3 à 18 %).

- Enfin, les tumeurs ovariennes sécrétantes peuvent être à l'origine de métrorragies, d'aménorrhée, de virilisation. Chez les jeunes patientes, elles peuvent être responsables d'une puberté précoce. Les tumeurs malignes provoquent plus fréquemment des douleurs et des désordres endocriniens.

3. **Les complications** peuvent révéler une masse ovarienne :

- *La rupture ou l'hémorragie intrakystique* n'offrent aucune particularité par rapport à l'adulte ; la difficulté est de penser à un tel diagnostic chez l'adolescente.

- *La torsion d'annexe* est la complication à redouter. Dans sa forme classique, les douleurs sont au premier plan, elles sont intenses et s'accompagnent volontiers de vomissements et fébricule. La palpation de l'abdomen provoque une défense. Ce tableau évoque une appendicite aiguë mais l'échographie, qui doit faire partie du bilan préopératoire, redresse le diagnostic, nous y reviendrons.

Ce tableau aigu a pu être précédé d'épisodes de subtorsion, caractérisés par des crises douloureuses spontanément résolutive. C'est à ce stade que l'échographie aurait pu mettre en évidence la masse ovarienne et permettre une thérapeutique appropriée afin d'éviter la torsion.

La torsion est favorisée par l'existence d'une masse ovarienne, mais elle survient parfois sur annexe saine : la difficulté est alors d'éviter la récurrence.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Chez l'adolescente, une image latéro-utérine à l'échographie évoque en premier lieu une image ovarienne. Cependant il peut s'agir :

- D'un abcès appendiculaire ;
- D'un hydrosalpinx chez une jeune fille présentant des antécédents d'infection pelvienne ou chez laquelle le contexte évoque un risque particulier ;
- Et surtout d'une grossesse extra-utérine, d'autant que les troubles des règles sont fréquents ;

- Enfin, il ne faut pas méconnaître la possibilité d'une malformation utérine à type d'utérus bicorne avec une hémicavité borgne : l'obstacle à l'écoulement menstruel provoque une rétention qui peut en imposer pour une masse annexielle.

L'ÉCHOGRAPHIE (19) (23) (Figure 1)

Elle complète l'examen clinique chez la jeune fille. Non douloureuse, non invasive, elle permet de porter un diagnostic dans un grand nombre de cas.

Elle est réalisée chez la jeune fille vierge par voie transabdominale, vessie pleine ; après les premiers rapports, la voie transvaginale peut être proposée, mais ne doit jamais être imposée en cas de réticence ou de refus.

1. **Les ovaires normaux** de l'adolescente sont volumineux, souvent asymétriques, et contiennent de nombreux follicules de grande taille jusqu'à l'établissement de cycles ovulatoires. Ils sont dits « multifolliculaires » et inquiètent à tort les échographistes non habitués à l'examen des ovaires à cet âge.

2. **Le kyste folliculaire** se présente sous la forme d'une image liquidienne à paroi fine et régulière, à contenu anéchogène. Il mesure par définition plus de trois centimètres de diamètre.

Le kyste du corps jaune peut donner une image plus complexe, mixte, car il est fréquemment hémorragique.

3. Les kystes organiques bénins

- *Le kyste dermoïde* donne une image mixte avec des zones liquidiennes, des zones hétérogènes et des zones fortement échogènes correspondant aux calcifications visibles sur la radio de l'abdomen sans préparation. La taille est variable et peut être très volumineuse. L'échographie vérifiera l'absence de lésion dans l'ovaire controlatéral.

- *Le cystadénome séreux* ou *mucineux* se présente parfois comme un kyste folliculaire (Figure 2), mais le plus souvent il existe des cloisons intrakystiques et le contenu peut être plus échogène.

4. Les tumeurs malignes

L'échographie ne permet pas toujours le diagnostic de malignité. Si l'image est celle d'un kyste simple à paroi fine, le risque

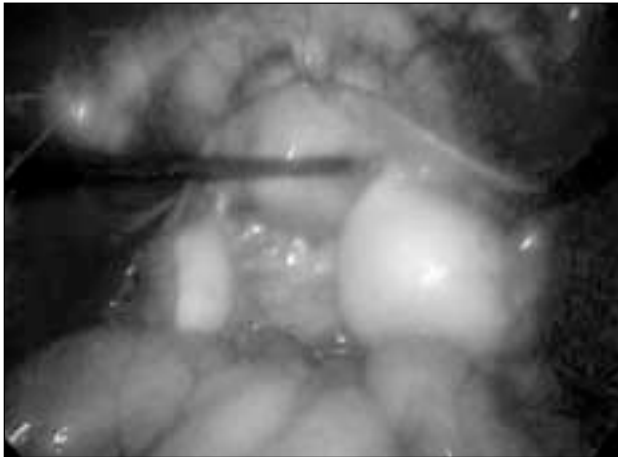
Figure 1

Image échographique d'un kyste ovarien liquidien pur, à parois fines correspondant à un cystadénome séreux.



Figure 2

Aspect cœlioscopique du même cystadénome séreux de l'ovaire droit.



de malignité est quasi nul. Devant une masse solide ou mixte, il n'existe pas de critère formel de malignité ; la présence d'une ascite, une vascularisation importante du kyste au doppler sont des signes péjoratifs.

5. La torsion d'annexe

L'échographie est aujourd'hui l'examen préopératoire indispensable. Elle permet d'éliminer les autres causes de douleurs abdominales aiguës et de faire pratiquer la cœlioscopie en urgence, évitant ainsi, dans un grand nombre de cas, la castration. L'image est celle d'une masse solide ou mixte, avec ou sans épanchement du Douglas. L'association d'une douleur aiguë et d'une telle image annexielle doit immédiatement faire évoquer la torsion. Des signes plus spécifiques ont été décrits (7) : follicules proéminents dans la zone corticale sur un ovaire plus gros que l'autre, phénomène lié à l'œdème : ce signe aurait une valeur prédictive positive de 87,5 % et une spécificité de 93,3 %. Une autre étude montre que l'échographie peut mettre en évidence le pédicule tordu dans 87 % des cas (10). Le Doppler n'est pas toujours pathologique en cas de torsion, mais le flux est absent lorsque l'ovaire est nécrosé.

PRISE EN CHARGE (Schéma 1)

La prise en charge d'un kyste ovarien chez l'adolescente sera fonction :

- Des symptômes ;
- De l'aspect échographique.

Il faut savoir garder à l'esprit le risque de torsion, le risque de malignité, mais il faut à tout prix éviter d'opérer les kystes folliculaires.

1. **Si le kyste a été découvert de façon fortuite** sur une échographie faite pour une autre indication, qu'il n'existe pas ou peu de douleurs et que l'image est celle d'un kyste folliculaire, la règle est d'attendre la disparition spontanée.

Des publications anciennes (17) ont montré l'intérêt d'un traitement œstroprogestatif dans le but de supprimer la fonction gonadotrope.

Des études plus récentes montrent que les œstroprogestatifs ont un rôle préventif dans la formation de kystes folliculaires

mais qu'ils n'ont aucun effet significatif sur la disparition d'un kyste préexistant (9) (18) (21).

Dans une étude randomisée, le traitement œstroprogestatif n'accélère pas la disparition du kyste ovarien : dans les deux groupes 95 % des kystes ont disparu en 6 semaines (21).

Ainsi, devant un kyste d'allure fonctionnelle, le traitement freinateur ne se justifie pas, sauf peut-être en cas de kyste très volumineux (8) ou dans un deuxième temps s'il n'a pas disparu spontanément en quelques semaines.

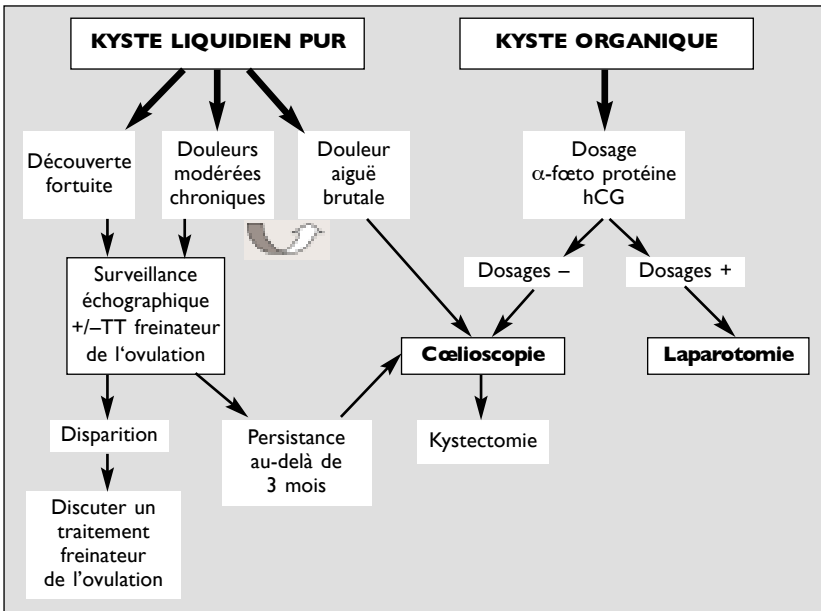
Pendant cette période il convient :

- De prévenir du risque de torsion et de consulter en urgence en cas de syndrome douloureux aigu ;
- De pratiquer une surveillance échographique quelques semaines plus tard en début de cycle.

Si le kyste a disparu, la question se pose d'un traitement freinateur dans le but d'éviter la récurrence : la mise en route d'un tel traitement doit tenir compte de l'ancienneté des premières règles, de contre-indications éventuelles ; le choix ira vers un

Schéma 1

Prise en charge des kystes ovariens chez l'adolescente



KYSTES OVARIENS CHEZ L'ADOLESCENTE

œstroprogestatif normodosé ; un suivi échographique est nécessaire dans tous les cas.

Si le kyste n'a pas disparu, la cœlioscopie se justifie après 3 mois : elle découvrira alors un kyste organique ou un kyste paratubaire et permettra la kystectomie. Dans ce cas, un traitement œstroprogestatif préventif n'a pas d'indication.

Figure 3

Kystectomie perçœlioscopique

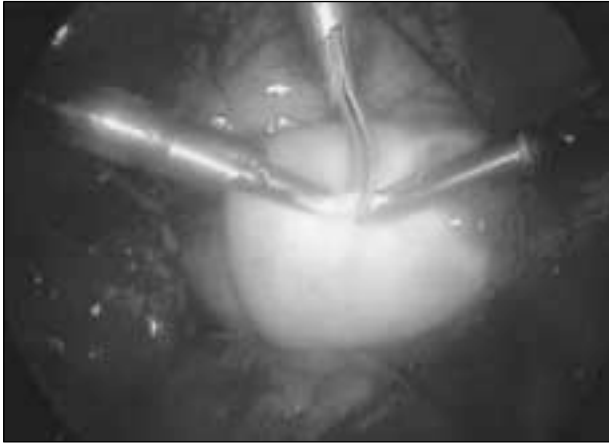
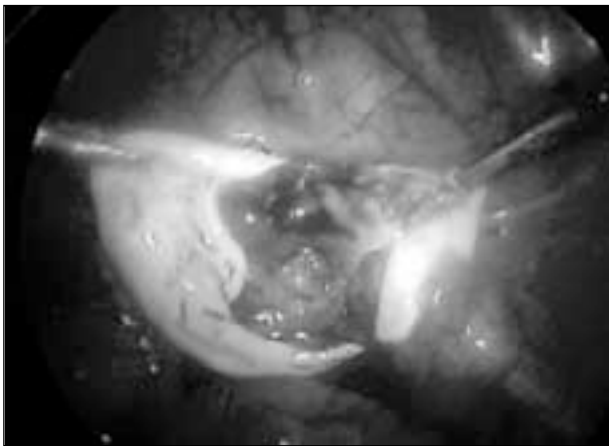


Figure 4

Kystectomie perçœlioscopique. Ouverture du kyste ovarien



2. **Si le kyste a été découvert dans un contexte de syndrome abdominal aigu**, ou s'il existe des épisodes douloureux intenses évocateurs de subtorsion, la cœlioscopie s'impose sans délai. Elle permet la détorsion et, si l'ovaire n'est pas encore nécrosé, la conservation ovarienne après kystectomie. La question de l'utilité de fixer l'ovaire détordu (ovariopexie par raccourcissement du ligament utéro-ovarien) n'est pas résolue : la crainte de ce geste est un retentissement sur la fertilité ultérieure (12).

3. **Si le kyste a été découvert dans un contexte de douleurs modérées**, chroniques, et que l'échographie montre une image de kyste simple, purement liquidien, il est possible d'attendre en gardant à l'esprit le risque de torsion : il faut prévenir la jeune fille et sa famille de la nécessité de consulter en urgence en cas d'aggravation des douleurs, et rapprocher la surveillance échographique.

4. **Si l'échographie montre une image mixte d'allure organique**, la cœlioscopie s'impose.

- En préopératoire, un dosage des marqueurs sériques (α -fœtoprotéines et β -hCG) est indispensable car on a vu qu'une composante maligne peut exister au sein d'un tératome d'allure bénigne.

- Les autres techniques d'imagerie (scanner, IRM) n'ont pas prouvé ici leur intérêt (8).

CONCLUSION

La prise en charge des kystes de l'ovaire de l'adolescente telle qu'elle est proposée dans le schéma 1 permet de répondre à ces objectifs qui nous paraissent essentiels :

- Ne pas méconnaître une torsion d'annexe qui nécessite une cœlioscopie en urgence ;

- Ne pas méconnaître, même s'il est rare, un cancer de l'ovaire devant une image d'allure solide ou mixte à l'échographie et pratiquer un dosage des marqueurs sériques en préopératoire ;

- Ne pas se précipiter sur la cœlioscopie devant une image liquidienne qui a toute chance d'être un kyste fonctionnel, même s'il est volumineux : la surveillance échographique permettra de constater sa disparition dans la plupart des cas.

KYSTES OVARIENS CHEZ L'ADOLESCENTE

Résumé

Bien que la fréquence du kyste de l'ovaire chez l'adolescente soit difficile à chiffrer et varie selon les études, il semble s'agir d'une pathologie fréquente et le plus souvent fonctionnelle.

Les tumeurs ovariennes organiques bénignes sont essentiellement d'origine germinale (kyste dermoïde ou tératome bénin mature). Les tumeurs malignes sont rares, leur taux ne dépassant pas 10 % des tumeurs organiques.

Le kyste de l'ovaire est souvent découvert fortuitement lors d'une échographie ; lorsqu'ils existent, les symptômes les plus fréquents sont la douleur pelvienne et la palpation d'une masse abdominale. Il peut aussi être révélé par une complication, et notamment par la torsion d'annexe qui est la complication à redouter et qui constitue une urgence chirurgicale.

L'échographie est l'examen essentiel : elle permet de faire le diagnostic de kyste ovarien, d'orienter vers la nature fonctionnelle ou organique du kyste, d'évoquer une torsion d'annexe devant un tableau chirurgical aigu.

La prise en charge dépend des symptômes et de l'aspect échographique : le kyste fonctionnel régresse spontanément en quelques semaines avec ou sans traitement freinateur ; l'existence de douleurs doit faire craindre une complication ; un aspect de tumeur organique indique une cœlioscopie.

Un schéma de prise en charge est proposé, l'objectif étant de ne pas méconnaître une torsion d'annexe nécessitant une cœlioscopie en urgence, de ne pas méconnaître une lésion maligne nécessitant une prise en charge particulière, mais de ne pas opérer inutilement un kyste folliculaire.

Bibliographie

1. Brown MF, Hebra A, Mc Geelhin K et al. Ovarian masses in children: a review of 91 cases of malignant and benign masses. *J Pediatr Surg* 1993; 28: 930-932.
2. Cass DL, Hawkins E, Brandt ML et al. Surgery for ovarian masses in infants, children and adolescents : 102 consecutive patients treated in a 15-year period. *Journal of Pediatric Surgery* 2001; 36: 693-699.
3. Duflos-Cohade C. Pathologie tumorale de l'ovaire, in *Gynécologie Médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente* par Salomon Y, Thibaud E, Rappaport R, éd. Doin, Paris, 1992.
4. Ehren IM, Mahour HG, Isaacs H. Benign and malignant ovarian tumors in children and adolescents. A review of 63 cas. *Am J Surg* 1984; 147: 339-344.
5. Flamant F, Baranzelli MC, Martelli H, Nihoul-Fekete C. Tumeurs malignes de l'ovaire, in *Gynécologie Médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente* par Salomon Y, Thibaud E, Rappaport R, éd. Doin, Paris, 1992.
6. Fotiou SK. Ovarian malignancies in adolescence. *Ann NY Acad Sci* 1997; 816: 338-342.
7. Graif M, Itzchale Y. Sonographic evaluation of ovarian torsion in childhood and adolescence. *AJR* 1988; 150: 647-649.
8. Lardy H, Robert M. Kystes de l'ovaire présumés bénins en période péripubertaire (10 à 16 ans). *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2001; 30: 4S94-4S99.
9. Lanes S, Birmann B, Walker A et al. Oral contraceptive type and functional cysts. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 956-961.
10. Lee EJ, Kwon HC, Joo HJ. Diagnosis of ovarian torsion with color doppler sonography. depiction of twisted vascular pedicle. *J Ultrasound Med* 1998; 17: 83-87.
11. Lewin F, Henry A, Landowski Ph. Aspects chirurgicaux de la pathologie gynécologique de l'enfant in *Mises à Jour en Gynécologie Obstétrique*, éd Vigot, Paris, 1994.
12. Merrit DF. Torsion of the uterus adnexa. A review. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1991; 4: 3-13.
13. Pfeifer SM, Gosman GG. Evaluation of adnexal masses in adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 1999; 46: 573-592.
14. Piipo S, Mustaniemi L, Lenko H et al. Surgery for ovarian masses during childhood and adolescence. a report of 79 cases. *J. Pediatr Adolesc Gynecol* 1999; 12: 223-227.
15. Porcu E, Venturoli S, Dal Prato L, et al. Frequency and treatment of ovarian cysts in adolescence. *Arch Gynecol Obstet* 1994; 255: 69-72.
16. Quint EH. Adnexal masses in teenagers. *J Ped Adolesc Gynecol*, 2000; 13: 145-146.
17. Spanos WJ. Preoperative hormonal therapy of cystic adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 551-555.
18. Steinkampf M, Hammond K, Blackwell R et al. Hormonal treatment of functional ovarian cysts. a randomized prospective study. *Fertil Steril* 1990; 54: 775-783.
19. Surrat JT, Siegel MJ. Imaging of pédiatric ovarian mass. *Radiographics* 1991; 11: 533-548.
20. Templeman CL, Hertweck SP, Scheetz JP et al. The management of mature cystic teratom as in children and adolescents: a retrospective analysis. *Human Reproduction* 2000; 15: 2669-2672.
21. Turan C, Zorlu CG, Ugur M et al. Expectant management of functional ovarian cysts. An alternative to hormonal therapy. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 47: 257-260.
22. Van Winter JT, Simmons PS, Podratz KC. Surgically treated masses in infancy, childhood and adolescence. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1780-1793.
23. Warner BW, Kuhn JC, Barr LL. Conservative management of large ovarian cysts in children. the value of serial pelvic ultrasonography. *Surgery* 1992; 112: 749-755.