

Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins (2001)

Note sur les **Niveaux de preuve scientifique (NP)**

Le groupe de travail...

Introduction		
<ul style="list-style-type: none"> • Épidémiologie • Examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Échographie et doppler ○ Indications et pertinence des autres examens : • Le traitement médical et chirurgical des kystes présumés fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • La ponction échoguidée : indications diagnostiques, thérapeutiques, techniques et examens • Indications et technique de la prise en charge chirurgicale <ul style="list-style-type: none"> ○ Indications opératoires ○ Le choix de la voie d'abord ○ La technique opératoire • L'envoi en anatomo-pathologie 	<ul style="list-style-type: none"> • La prise en charge médicale et chirurgicale de l'endométriome • Conséquences de la kystectomie sur la fertilité • Les kystes de l'ovaire en période péripubertaire • Kyste de l'ovaire et grossesse
<p><i>Les textes complets rédigés par les experts et la bibliographie sont réunis dans le numéro spécial du</i></p> <p>JOURNAL DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION</p> <p><i>J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001; 30 (Hors Série 1): 4S7-4S109</i></p>		

Promoteur : CNGOF

Comité d'organisation : B. Carbonne, F. Goffinet, J. Lansac

Experts du groupe de travail :

J. Lansac (Président, Tours), P. Barbarino-Monnier (Nancy), J.L. Brun (Bordeaux), C. Chapron (Paris), M. Cosson (Lille), F. Goffinet (coordinateur, Paris), F. Golfier (Lyon), H. Lardy (Tours), H. Marret (Tours), P. Mathevet (Lyon), M.C. Vacher-Lavenu (Paris), F. Vaudoyer (Lyon), D.Vinatier (Lille)

Lecteurs :

F.X. Aubriot (Paris), A. Audebert (Bordeaux), J.L. Bénifla (Paris), B. Blanc (Marseille), J. Bréhéret (Niort), M. Canis (Clermont-Ferrand), L. Cravello (Marseille), E. Daraï (Paris), P. Gadonneix (Paris), P. Gillard (Angers), R. Jeny (Saint-Maurice), O. Jourdain (Bordeaux-Bruges), G. Leclercq (Beaune), G. Levard (Poitiers), J.M. Levêque (Rennes), P. Madelenat (Paris), G. Magnin (Poitiers), C. Taranger-Charpin (Marseille), R. Villet (Paris), F. Walker-Combrouze (Paris), N. Winer (Nantes)

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Introduction

La prise en charge des kystes de l'ovaire apparemment bénins par le gynécologue-obstétricien est une situation usuelle que la pratique généralisée de l'échographie a rendue encore plus fréquente.

Nous avons exclu du sujet de ces RPC les tumeurs malignes évidentes ou borderline mais il faut garder à l'esprit qu'une lésion échographiquement ou coelioscopiquement bénigne peut se révéler un cancer ou une tumeur à malignité limite.

Nous avons aussi exclu du sujet de ces recommandations les tumeurs solides (fibrothécome, tumeurs de la granulosa) ainsi que les ovaires polykystiques de type I ou II et les kystes apparus dans le cadre d'une stimulation plurifolliculaire pour FIV ou ICSI.

Par contre nous incluons les dystrophies sous-péritonéales de l'ovaire et les kystes apparus au cours de traitements médicamenteux comme les anti-oestrogènes.

L'écueil principal de ce travail sur la prise en charge des kystes de l'ovaire est qu'un grand nombre de données concernent la chirurgie. Ainsi, en raison des difficultés pour organiser des essais thérapeutiques, beaucoup de conclusions n'auront pas le **niveau de preuve** 1 ou 2.

Pour chaque chapitre, les auteurs ont envisagé les problèmes posés en période d'activité génitale et après la ménopause. La période péri-pubertaire et la grossesse sont traitées dans deux chapitres à part.

Épidémiologie

Il est difficile de se faire une idée exacte de l'incidence des kystes de l'ovaire bénins dans la population. Si l'on en croit le PMSI, le nombre de séjours d'hospitalisation en clinique et à l'hôpital pour tumeurs bénignes de l'ovaire pour les années 1998 et 1999 concernerait 45 000 femmes par an en France, dont 32 000 femmes environ seraient opérées.

Sur les données histologiques, 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. Ils peuvent aussi se voir après la ménopause où ils représentent 13 à 31 % des kystes de l'ovaire opérés (NP3)

Échographie et doppler : indications, pertinence des critères diagnostiques

L'échographie est l'examen diagnostique de référence (NP2). L'échographie endo-vaginale s'est substituée à l'échographie transpéritonéale, ne nécessitant plus que les patientes aient la vessie pleine. La voie abdominale demeure néanmoins utile pour avoir une vision d'ensemble et pour les grosses tumeurs (NP2).

Le compte rendu échographique devrait comprendre au minimum la description de la masse, le dépistage d'un épanchement liquidien intrapéritonéal, l'examen de l'ovaire controlatéral et celui de l'utérus à la recherche d'une pathologie associée.

L'échographie permet dans la majorité des cas d'orienter le praticien sur la nature du kyste, notamment pour les kystes fonctionnels, les endométriomes et les kystes dermoïdes.

Le caractère fonctionnel sera affirmé par la disparition du kyste à l'échographie.

Le caractère organique sera évoqué par la présence d'un des signes suivants (NP3) :

- 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.

Additionnée à la présence d'une ascite, la présence de ces paramètres, observés isolément ou plus encore associés entre eux, fera évoquer la malignité. L'importance de la composante solide et l'existence de végétations sont les critères discriminants en faveur de la malignité les plus pertinents (NP3). Cette étude échographique morphologique permet d'obtenir une valeur prédictive négative élevée à l'égard d'un cancer de l'ovaire. L'utilisation de scores particuliers, compte tenu de leur diversité et de leur manque de reproductibilité, ne peut être recommandée (NP4).

Le doppler améliore les performances de l'échographie morphologique dans la discrimination entre bénignité et malignité (NP2). Une vascularisation centrale et un index de résistance bas sont les éléments les plus importants pour évoquer la malignité (NP3) d'autant plus qu'ils sont associés à plusieurs signes échographiques d'organocité.

L'utilisation du doppler avec injection de produit de contraste, de l'échographie 3D ou de l'échographie peropératoire n'est pas validée.

Indications et pertinence des autres examens : *IRM, scanner, marqueurs tumoraux*

L'IRM et le scanner ne sont pas recommandés dans la prise en charge des kystes de l'ovaire supposés bénins (NP5).

Le CA 125 est le marqueur électif des tumeurs malignes du revêtement de l'ovaire. Chez la femme en période d'activité génitale ayant un kyste supposé bénin, son dosage systématique n'est pas recommandé (NP4). Chez la femme ménopausée ayant un kyste supposé bénin, le dosage du CA 125 est recommandé pour une meilleure prise en charge thérapeutique (NP4).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Le traitement médical et chirurgical des kystes présumés fonctionnels

Les kystes fonctionnels spontanés

Chez la femme en période d'activité génitale, le traitement médical progestatif macrodosé, (danazol, oestroprogestatifs) n'est pas recommandé car il n'est pas plus efficace que l'abstention thérapeutique pour la prise en charge des kystes fonctionnels asymptomatiques (NP1).

Chez la femme ménopausée, en l'absence de facteurs de risque et de symptomatologie clinique, l'abstention thérapeutique est recommandée devant un kyste ovarien supposé fonctionnel (KOF) (NP3).

Les kystes fonctionnels induits par les traitements médicaux

Sous contraceptifs oraux, les follicules continuent à se développer sous oestroprogestatifs minidosés (20 mg à 35 mg) (NP1). L'apparition d'un KOF est donc possible. Il n'y a pas d'augmentation de l'incidence des KOF sous contraception microprogestative et progestative (NP2).

Il n'est pas recommandé de modifier la contraception d'une femme ayant un KOF isolé et asymptomatique apparaissant sous contraception orale (NP5).

Avec les stérilets au levonorgestrel, des kystes ovariens fonctionnels sont observés dans 12 à 30 % des cas au cours des premiers mois suivant l'insertion du stérilet. Il n'y a pas lieu de prescrire un traitement médical ni de les ponctionner (NP5).

Les KOF induits par des traitements inducteurs de l'ovulation paucifolliculaire disparaissent spontanément avec l'arrêt du traitement. Il faut recommander l'abstention thérapeutique (NP2).

Sous tamoxifène, le risque de développer un KOF est d'autant plus grand que l'activité ovarienne perdure. La surveillance simple sans arrêt du traitement est recommandée. Un traitement par agonistes de la GnRH peut constituer un test thérapeutique s'il est suivi de disparition du KOF (NP4).

Sous traitement hormonal substitutif (THS), il n'y a pas d'augmentation de l'incidence des KOF (NP3). Dans ces conditions, la prise en charge d'un KOF apparaissant sous THS doit être identique à celle des KOF spontanés chez la femme ménopausée non substituée (NP4).

Les KOF induits par les traitements chirurgicaux

En l'absence de symptomatologie ovarienne, le traitement médical ou chirurgical de la dystrophie kystique des ovaires sous-adhérentiels n'est pas recommandé (NP5). Dans les formes symptomatiques, aucune étude contrôlée n'a validé l'adhésiolyse chirurgicale ou l'annexectomie pour traiter la dystrophie kystique des ovaires sous-adhérentiels.

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

La ponction échoguidée : indications diagnostiques, thérapeutiques, techniques et examens

La ponction échoguidée n'est pas plus efficace que l'abstention thérapeutique pour la prise en charge des KOF asymptomatiques de la femme en période d'activité génitale (NP1).

La ponction est contre-indiquée en cas de suspicion échographique de tumeur maligne ou borderline, de kyste mucineux ou dermoïde (NP5).

Certains proposent cette technique comme alternative au traitement chirurgical dans les lésions liquidiennes pures persistantes, en particulier chez les femmes présentant un risque opératoire élevé (NP5).

La ponction est réalisée par voie endo-vaginale sous contrôle échographique direct avec examen biologique (CA 125, estradiol) et cytologique du liquide.

Si la ponction ramène un liquide mucoïde, huileux, sanglant ou goudron, une coelioscopie devra être réalisée rapidement (NP5).

Il n'existe aucune donnée concernant les modalités de la surveillance après une ponction échoguidée (NP5). La fréquence des récurrences est élevée. Elles nécessitent un traitement chirurgical (NP5).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Indications et technique de la prise en charge chirurgicale

Indications opératoires

Quand opérer ?

En présence d'une symptomatologie aiguë évoquant une complication, les kystes de l'ovaire doivent le plus souvent être opérés en urgence (NP5).

En l'absence de symptomatologie clinique, il n'existe pas de données permettant de déterminer un délai idéal pour la réalisation de cette exploration chirurgicale. De nombreux auteurs recommandent un délai de 1 à 3 cycles avec contrôle échographique (NP5).

Qui opérer ?

L'indication opératoire est recommandée :

- en cas de kyste d'allure organique à l'échographie ;
- lors d'une augmentation de volume ou de modifications morphologiques d'un kyste d'allure fonctionnelle (NP4).

L'opérateur s'assurera avant l'intervention de la persistance du kyste ovarien (NP5).

Le choix de la voie d'abord

Devant un kyste apparemment bénin, la coelioscopie est la voie de prédilection (NP1). On préviendra néanmoins la patiente que l'on peut être amené à faire une laparotomie de conversion en cas d'aspect péroopératoire suspect ou de difficultés techniques.

La technique opératoire

La kystectomie intra-péritonéale constitue la technique de référence (NP4).

Quelle que soit la voie d'abord (NP5) :

- Un prélèvement cytologique péritonéal premier doit toujours être réalisé ;
- La ponction percoelioscopique d'un kyste d'allure fonctionnelle ne doit pas en constituer le seul traitement ;
- Il n'existe pas d'argument suffisant pour privilégier la kystectomie après ponction par rapport à la kystectomie à kyste fermé ;
- L'incision anti-mésiale est conseillée, ainsi que l'extraction de la paroi kystique à l'aide d'un sac ;
- Il n'existe pas d'argument suffisant en faveur ou en défaveur de la suture ovarienne ;
- Le bénéfice des barrières anti-adhérences n'est pas prouvé dans les kystectomies ovariennes ;
- En cas de kyste ovarien unilatéral chez la femme ménopausée, il faut réaliser une annexectomie ; elle sera bilatérale pour la majorité des auteurs ;
- En cas de kyste volumineux, il faut s'efforcer de garder le maximum de parenchyme ovarien ;
- En cas de kyste dermoïde controlatéral de petite taille, l'intérêt de sa prise en charge chirurgicale simultanée n'est pas évalué ;
- En cas de kyste mucoïde, le traitement conservateur est la règle et il n'y a pas d'argument suffisant justifiant une appendicectomie systématique ;
- Les torsions d'annexe peuvent être traitées par coelioscopie et de façon conservatrice le plus souvent. La prévention des récurrences est assurée par l'exérèse du kyste.

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Comment adresser un kyste de l'ovaire au [pathologiste](#) ?

Il faut si possible envoyer la pièce en entier, fraîche, sans la retourner et avec des renseignements cliniques.

Qu'attendre d'un examen anatomopathologique extemporané ?

L'examen extemporané n'est pas adapté à l'évaluation anatomopathologique d'un kyste de l'ovaire. Le chirurgien ne doit demander cet examen que si la réponse a une incidence sur l'acte opératoire, en gardant à l'esprit que le résultat histologique dans ces conditions est opérateur-dépendant et que le pathologiste peut ne pas pouvoir conclure.

La meilleure indication est l'étude d'un kyste comportant des végétations intra ou extra-kystiques ou la présence de parties solides.

La prise en charge médicale et chirurgicale de l'endométriome

Le traitement coeliosurgical par kystectomie intrapéritonéale est le traitement de référence des endométriomes ovariens (NP1).

La ponction échoguidée n'est pas le traitement de première intention même si cette technique peut être utilisée dans le cadre de l'AMP (NP4). Dans ce cas, un traitement antibiotique prophylactique lors de la ponction vaginale est indiqué (NP3).

Le drainage percoelioscopique simple est insuffisant car il ne prévient pas les récurrences (NP2).

Le drainage accompagné de la destruction de la paroi du kyste au laser ou par électrocoagulation est comparable à la kystectomie intrapéritonéale en ce qui concerne le risque de récurrences et la fécondité ultérieure (NP1). En revanche, la destruction de la paroi du kyste empêche toute étude histologique.

La stratégie en trois temps : coelioscopie diagnostique et drainage, traitement médical par les analogues suivi d'une deuxième coelioscopie d'exérèse est comparable au traitement en un seul temps en termes de récurrences, de grossesses, de limitation des adhérences (NP3).

L'annexectomie ou l'ovariectomie peut se justifier chez la femme qui ne souhaite plus d'enfant, qui a récidivé, ou a des lésions très sévères (NP5).

La prescription d'un traitement médical par les analogues de la GnRH en préopératoire n'apporte pas d'avantages en termes de durée opératoire, de durée et de facilité de la kystectomie (NP3).

La prescription d'une contraception orale par les oestroprogestatifs n'est pas contre-indiquée après le traitement d'un endométriose (NP1).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Conséquences de la kystectomie sur la fertilité.

Chez des patientes a priori fertiles, les traitements chirurgicaux ovariens conservateurs quelle que soit la nature histologique du kyste ne semblent pas altérer la fertilité spontanée ultérieure.

Après chirurgie conservatrice, la réponse à la stimulation ovarienne est difficile à analyser. Certains travaux concluent à une réponse diminuée (NP4).

Les résultats contradictoires des études rétrospectives ne permettent pas de conclure quant à l'influence d'une ovariectomie unilatérale sur la réponse de l'ovaire restant en stimulation ovarienne. Cependant, la plupart des auteurs recommandent de privilégier les traitements conservateurs chez les femmes jeunes, a fortiori infertiles (NP5).

Les kystes de l'ovaire en période péripubertaire (10 à 16 ans)

La fréquence des tumeurs germinales est plus élevée que chez l'adulte. Il s'agit essentiellement du kyste dermoïde.

L'échographie abdominale est l'examen de référence. La découverte d'un kyste organique impose le dosage des marqueurs sériques (ACE, alpha-foetoprotéine, beta-hCG). Leur positivité signe la malignité (NP1).

Le traitement des kystes fonctionnels.

Il est identique à celui de l'adulte. Devant un kyste fonctionnel, l'abstention thérapeutique est la règle (NP1).

En cas de récurrence de kystes folliculaires, l'indication d'un traitement hormonal freinateur (pilule minidosée ou d'analogue de la GnRH en l'absence de puberté) n'est pas validée. La ponction n'est pas utilisée en pédiatrie.

Le traitement des kystes organiques

Si le dosage des marqueurs tumoraux est négatif, la coelioscopie est le traitement de choix des kystes bénins de l'ovaire chez l'enfant ou l'adolescente (NP1). Le traitement conservateur type kystectomie intrapéritonéale est recommandé.

Le type histologique ne modifie pas les indications déjà vues chez l'adulte.

Il n'est pas démontré que la surveillance échographique postopératoire soit utile (NP5).

[< Sommaire des
RPC <](#)

[Haut de page](#)

Kyste de l'ovaire et grossesse

Au cours du premier trimestre, les kystes de l'ovaire découverts sont le plus souvent fonctionnels (NP2). Ils n'entraînent généralement pas de complications et régressent spontanément.

Après 16 semaines, les kystes fonctionnels et les kystes dermoïdes sont les plus fréquents (NP3).

Le risque de complication semble très rare lorsque la taille du kyste est inférieure à 6 cm (NP3). En cas de masse non suspecte à l'échographie et en cas de taille inférieure à 6 cm, le risque de cancer semble également exceptionnel (NP3). La grossesse ne semble pas augmenter le risque de dégénérescence ou de complications (NP3).

La place de l'imagerie n'est pas différente de celle rapportée en dehors de la grossesse. Les marqueurs tumoraux comme le CA 125, l'alpha-foetoprotéine et l'hCG ne sont pas utilisables puisqu'ils sont élevés du fait de la grossesse.

Conduite à tenir

Au premier trimestre la surveillance simple est la conduite la plus habituelle en l'absence de symptômes ou de signes suspects à l'échographie (NP5).

La règle selon laquelle tout kyste persistant au-delà de 16 SA doit être opéré ne semble pas justifiée à condition que son diamètre soit inférieur à 5 cm (NP3).

Pour les gros kystes de plus de 6 cm, nous ne disposons pas de données imposant l'abstention ou l'intervention (NP3).

En l'absence de données, il n'est pas recommandé de réaliser une ponction en cours de grossesse (NP5).

En cas d'indication d'intervention, la coelioscopie semble la technique de choix jusqu'à 16-17 SA (NP3). Ensuite, la laparotomie a été la voie d'abord la plus évaluée (NP4).

La ponction échoguidée n'a pas été validée pendant la grossesse.

Les conséquences obstétricales du kyste de l'ovaire sont exceptionnelles et seul un examen clinique et échographique diagnostiquant un obstacle praevia évident doivent imposer une césarienne prophylactique (NP5).

Au cours d'une césarienne, la présence d'un kyste de l'ovaire impose une kystectomie (NP5).

Paris, le 7 décembre 2001

Pr. J. Lansac

[< Sommaire des
RPC <](#)