



Faculté De Médecine

LE KYSTE DE L'OVAIRE ET SA TORSION



➤ Réalisé par :

BETTEBGHOR Khadidja

CHIRIFI Mohamed Amine

DEKKICHE Fatima

BEN CHOUK Arselan

HADRA Houria

BEN ARADJ Mohamed

➤ Encadreur :

Pr : BENHEBIB

Dr. BEN HARIB BLAD
Gynécologue - Obstétricien
Chef de Service

• ANNEE UNIVERSITAIRE 2009/2010

PREFACE

Notre étude se déroule au niveau du service de gynécologie obstétrique.

Elle consiste en l'étude du kyste de l'ovaire et sa torsion dans la wilaya de Tlemcen durant la période 2007-2009

VII - DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIEL

VIII-COMPLICATIONS:

1-TORSION DE L'OVAIRE OU DE L'ANNEXE

**2-HEMORRAGIE INTRA- KYSTIQUE OU HEMRRAGIE
INTR A-PERITONIALE**

3-RUPTURE DU KYSTE

4-COMPRESSION D'UN ORGANE DE VOISINAGE

5-DEGENERESCENCE MALIGNE

IX-TRAITEMENT:

1-ABSTENTION THERAPEUTIQUE

2-TRAITEMENT OESTROPROGESTATIF

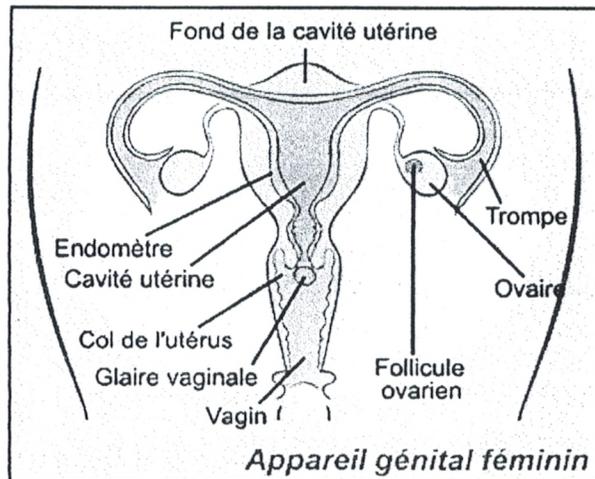
3-PONCTION ECHO-GUIDEE

**4-TRAITEMENT CHIRURGICALE ET GESTES
OPERATOIRES**

KYSTE ET FERTILITE

KYSTE ET GROSSESSE

LA PARTIE THEORIQUE



Ovaire

Fonction

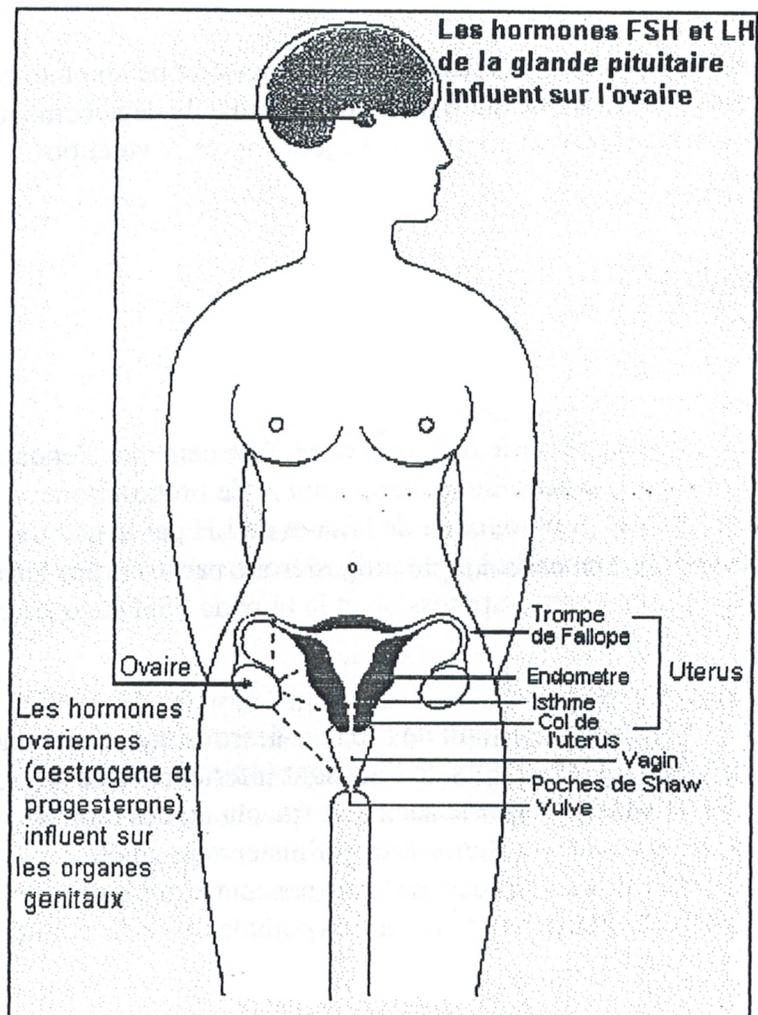
Les ovaires sont les organes qui produisent les ovules (ovocytes, ovulation). Ils ont également pour fonction la sécrétion des hormones sexuelles féminines (œstrogène et progestérone) qui interviennent dans le développement des caractères sexuels secondaires, dans le cycle menstruel, dans la nidation de l'œuf et dans le développement du placenta.

Dimensions

En forme d'un ovoïde, les ovaires mesurent environ 3,5-2-1 centimètres. Ils sont situés de chaque côté de l'utérus. Leur forme et leur taille varient au cours de la vie d'une femme. Lisses avant la puberté, ils deviennent légèrement bosselés lors de la période d'activité génitale du fait des nombreuses cicatrices consécutives aux ruptures de follicules ovariens. Après la ménopause, ils redeviennent lisses et s'atrophient.

Division

Les ovaires sont reliés à l'utérus par les ligaments utéro-ovariens et aux trompes utérines par les ligaments tubo-ovariens.



L'Ovulation (expulsion d'un ovule par l'ovaire) est l'événement le plus important dans un cycle fertile; elle se produit une fois seulement au cours du cycle à un moment particulier, même lorsque plusieurs ovules sont expulsés.

Le mécanisme ovulatoire produit aussi les deux hormones ovariennes, l'oestradiol et la progestérone.

Avant l'ovulation, l'oestradiol est produit uniquement par le follicule en développement; cette hormone stimule les glandes du col de l'utérus (ou cervix) pour sécréter un type particulier de glaire ("ayant des caractéristiques fertiles") qui est essentielle pour permettre le passage des spermatozoïdes dans le col pour atteindre l'ovule. L'oestradiol stimule la croissance de la paroi de l'endomètre dans l'utérus (utérus se dit womb en anglais).

Après l'ovulation, la progestérone et l'oestradiol sont produits par le corps jaune qui se forme à partir du follicule détruit. La progestérone cause le changement brutal dans la sensation donnée par la glaire immédiatement après l'ovulation, ce qui définit le signe du Sommet.

La progestérone prépare aussi l'endomètre pour l'implantation de l'ovule si celui-ci est fécondé.

La production ovarienne d'œstradiol chute brutalement pendant cet intervalle avant l'ovulation. Après l'ovulation, le follicule qui s'est rompu est transformé en corps jaune, et la production de la seconde hormone ovarienne, la progestérone, augmente rapidement en même temps que celle d'œstradiol. Cette progestérone provoque le changement brutal dans les caractéristiques de la glaire cervicale qui marque le signe du Sommet. La décroissance du taux de progestérone vers la fin du cycle provoque ensuite la menstruation.

II-DÉFINITION DU KYSTE OVARIEN:

Il s'agit d'une tumeur à composante liquidienne, développée au dépens d'un ovaire, de taille > 30 mm. Un kyste de l'ovaire est le plus souvent de nature bénigne.

Il s'agit d'une pathologie fréquente. Environ 5% des femmes développent un kyste de l'ovaire au cours de leur vie.

III-CLASSIFICATION:

Les kystes ovariens sont tout d'abord subdivisés en kystes fonctionnels et en kystes organiques.

- **Les kystes fonctionnels** : ces kystes sont les plus fréquents. Ils surviennent chez les femmes en période d'activité génitale. Les kystes fonctionnels sont dus à un « dérèglement hormonal » qui provoque la transformation d'un follicule ou d'un corps jaune physiologique en kyste. Par définition, ils disparaissent spontanément après les règles ou après un traitement médicamenteux hormonal. Un kyste fonctionnel de l'ovaire est un kyste bénin. La survenue de ce type de kyste est favorisée par un traitement inducteur de l'ovulation, par les contraceptions micro progestatives ou par le stérilet au Lévonorgestrel.
- **Les kystes organiques** : ces kystes sont développés au dépens de l'épithélium de surface (tumeurs épithéliales de l'ovaire) ; du stroma spécialisé (tumeurs des cordons sexuels) ou des cellules germinales (tumeurs germinales de l'ovaire). Ces tumeurs sont le plus souvent bénignes, mais peuvent être à malignité limitée (tumeur Border line de l'ovaire) ou malignes. Environ 5% des kystes organiques, découverts avant la ménopause et 15% des kystes organiques après la ménopause, sont malins.

IV-Signes cliniques – Symptômes

Les signes cliniques les plus fréquents sont :

- Pesanteur pelvienne
- Douleur pelvienne chronique ou aiguë (lors d'une complication), plutôt unilatérale
- Troubles du cycle menstruel : métrorragies, aménorrhée, dysménorrhée
- Infertilité, stérilité
- Troubles urinaires (par compression de la vessie), constipation (par compression du rectum)
- Augmentation du volume de l'abdomen.

Mais souvent, les kystes ovariens sont découverts fortuitement, lors d'une échographie pelvienne de routine ou effectuée pour un autre motif.

V-Examen clinique

La palpation de l'abdomen retrouve parfois une masse pelvienne. Le toucher vaginal permet de retrouver une masse latéro-utérine, rénitente, indépendante de l'utérus, parfois prolabée dans le cul de sac de Douglas. Elle peut être plus ou moins volumineuse.

VI- Diagnostic - Examens

complémentaires :

Echographie pelvienne avec Doppler

L'échographie, effectuée par voie abdominale et/ou par voie vaginale, permet de poser le diagnostic d'un kyste de l'ovaire. C'est l'examen de référence. Elle précise le côté du kyste, sa taille, l'aspect de sa paroi, la présence ou l'absence de cloisons ou de végétations, la présence d'une composante solide ou liquide. Elle recherche la présence d'une ascite (épanchement liquidien intra abdominal).

Radiographie de l'abdomen sans préparation

Elle permet parfois de retrouver des calcifications pelviennes en cas de kyste dermoïde de l'ovaire.

IRM pelvienne

L'imagerie par résonance magnétique (avec injection de Gadolinium) permet d'orienter le diagnostic devant une suspicion d'endométriose pelvienne ou de kyste dermoïde. Elle est indiquée également en cas de kyste organique de taille supérieure à 7 cm de diamètre car l'échographie pelvienne est insuffisante dans ces cas. L'IRM précise le côté du kyste, sa taille, l'aspect de sa paroi, la présence ou l'absence de cloisons ou de végétations, la présence d'une composante solide ou liquide. Elle permet également d'explorer le péritoine, l'épiploon, les aires ganglionnaires et l'atteinte éventuelle des organes de voisinage.

Marqueurs tumoraux

Le dosage du CA 125, de l'ACE, de l'HCG et de l' α -foeto protéine est parfois demandé afin d'orienter le diagnostic et de permettre une surveillance post thérapeutique.

VII-Diagnostic différentiel

Plusieurs affections peuvent présenter des signes cliniques ressemblant à ceux d'un kyste ovarien et être à l'origine d'une erreur diagnostique :

- Kyste vestigial (ou para tubaire)
- Grossesse extra-utérine (le test de grossesse est positif)
- Hydrosalpinx
- Fibrome sous -séreux pédiculé
- Faux kyste péritonéal (chez une patiente mutli opérée)
- Anse digestive
- Vessie pleine

Rupture du kyste

La rupture se manifeste par une douleur pelvienne brutale, d'intensité modérée, parfois associée à des nausées ou à des vomissements. Le diagnostic est évoqué par l'examen clinique et par l'échographie, retrouvant un kyste ovarien affaissé associé à un épanchement péritonéal abondant.

Compression d'un organe de voisinage

Un kyste ovarien volumineux peut comprimer la vessie et être à l'origine d'une pollakiurie (mictions anormalement fréquentes). Il peut comprimer le rectum et être à l'origine d'une constipation ou de fausses envies d'aller à la selle

Dégénérescence maligne

C'est la transformation d'un kyste en cancer.

IX-Traitement

Le traitement des kystes fonctionnels est le plus souvent l'abstention thérapeutique (en dehors de la survenue d'une complication). Celui des kystes organiques est le plus souvent chirurgical.

1- Abstention thérapeutique

Elle peut être envisagée devant la suspicion d'un kyste fonctionnel, sous réserve de la vérification de sa disparition après 3 mois.

Elle peut également s'envisager en cas de forte probabilité de bénignité (kyste uniloculaire, à parois fines, anéchogène, de taille < 5 cm, sans végétations ni cloisons intra kystiques et avec des marqueurs tumoraux négatifs) chez une patiente présentant des risques anesthésiques ou opératoires importants.

2- Traitement oestro-progestatif

La prescription d'une pilule contraceptive n'a pas démontré une efficacité supérieure à celle de l'abstention thérapeutique. Elle permet en revanche d'éviter une grossesse

Laparotomie

En cas de doute quant à la bénignité du kyste ovarien, un examen extemporané est demandé en cours d'intervention. Si la nature « Border line » ou maligne est confirmée, le chirurgien adapte le geste chirurgical qui sera habituellement plus élargi. Ici l'examen extemporané est possible qu'il s'agisse d'une coelioscopie ou d'une laparotomie.

GESTES ET TECHNIQUES OPERATOIRES

Kystectomie

Il s'agit de l'ablation du kyste en passant par le plan de clivage séparant la paroi du kyste du reste du parenchyme ovarien (tissu ovarien). La technique de référence est la **kystectomie intra péritonéale** : le kyste est retiré dans la cavité abdominale puis évacué à l'aide d'un petit sac à travers l'orifice de coelioscopie.. La kystectomie trans péritonéale correspond à l'extériorisation de l'ovaire hors de la cavité abdominale puis l'ablation du kyste et la réintégration de l'ovaire dans l'abdomen.

Ovariectomie

Il s'agit de l'ablation de l'ovaire porteur du kyste. L'ovariectomie est préconisée chez la femme ménopausée ou lorsque le kyste est suspect de malignité.

Annexectomie

Il s'agit de l'ablation de l'ovaire porteur du kyste et de la trompe utérine homolatérale. L'annexectomie est préconisée chez la femme ménopausée ou lorsque le kyste est suspect de malignité. Dans ces cas, elle est souvent bilatérale.

Hystérectomie par voie haute avec annexéctomie uni ou bilatérale

C' est l'ablation totale de l'utérus associée à une annexéctomie . Cette méthode est indiquée en cas de malignité confirmée ou pour une grande multipare .

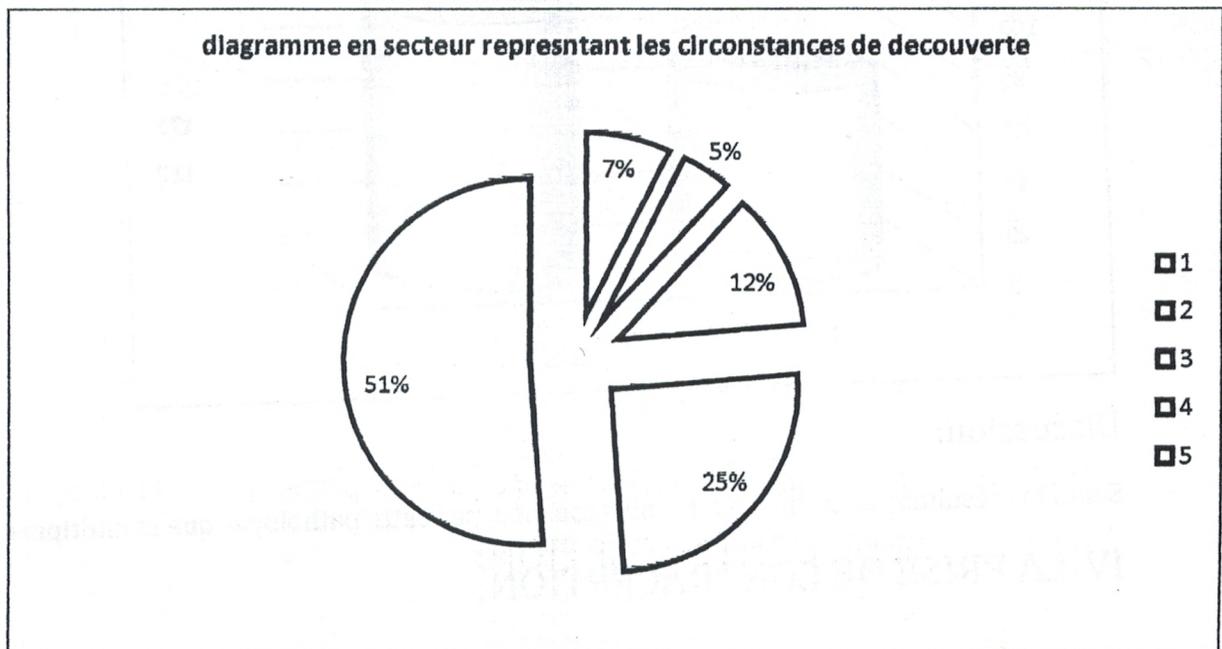
LA PARTIE

PRATIQUE

II- LES CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE:

Pour cette catégorie nous avons réparti les cas selon leur mode de consultation ; c'est-à-dire selon les symptômes suivants: aménorrhée , métrorragie, douleur pelvienne, infertilité et bien sûr la découverte fortuite lors d'un autre motif ,représenté par le tableau suivant:

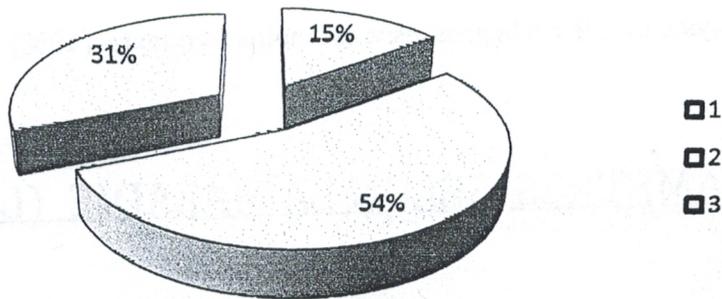
Circonstances de découverte	Effectif
Aménorrhée (1)	15
Métrorragie (2)	9
Infertilité (3)	25
Douleur pelvienne (4)	52
Découverte fortuite (5)	106



Discussion:

Nous remarquons que la découverte du kyste ovarien est fortuite dans la moitié des cas (51%); alors qu'elle est signalée par la douleur pelvienne dans le quart des cas ; vient ensuite l'infertilité (12%), l'aménorrhée (7%) , la moins fréquente étant la métrorragie avec 9%.

CAMENBERT REPRESENTANT LA CONTRACEPTION



DISCUSSION:

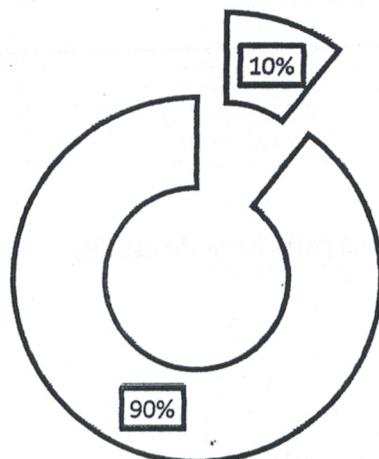
Nous remarquons que la majorité des femmes qui n'ont pas pris de contraceptif ont développé un kyste ovarien (+ de 50%)

V-L'ASSOCIATION AVEC LA GROSSESSE:

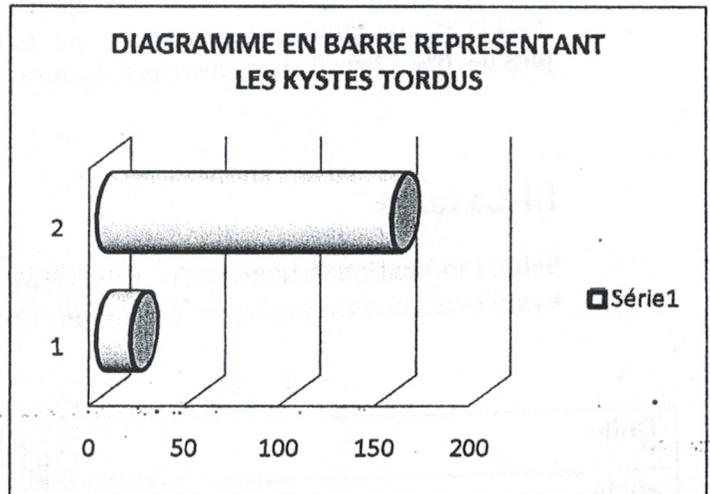
Puisque notre étude concene la femme ,il est logique d'étudier l'association de la grossesse avec le kyste ovarien

GROSSESSE	KYSTE OVARIEN
7	182

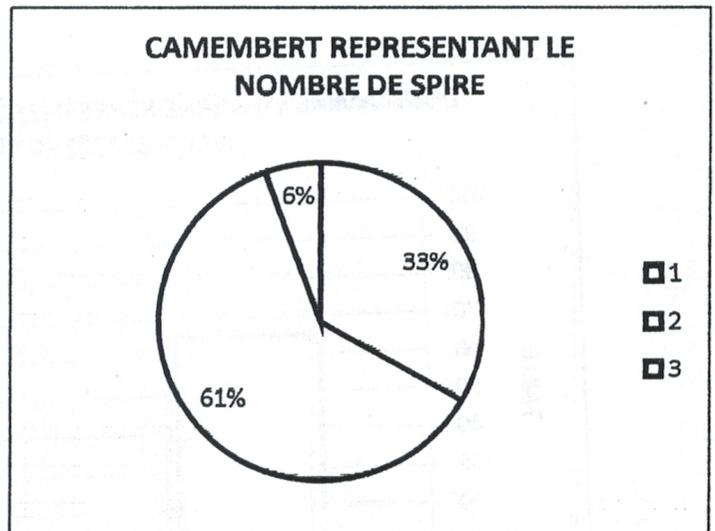
DIAGRAMME EN SECTEUR REPRESENTANT LA GROSSESSE ET LE KYSTE



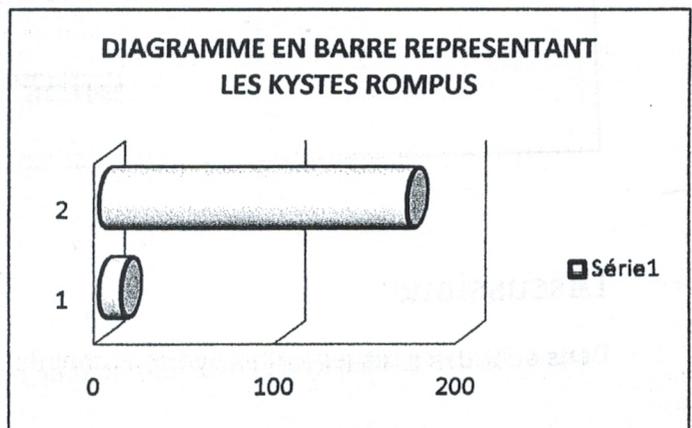
Kyste tordu	Kyste non tordu
18(1)	155(2)



Nombre de spires	Nombre de cas
0(1)	6
1(2)	11
>1(3)	1

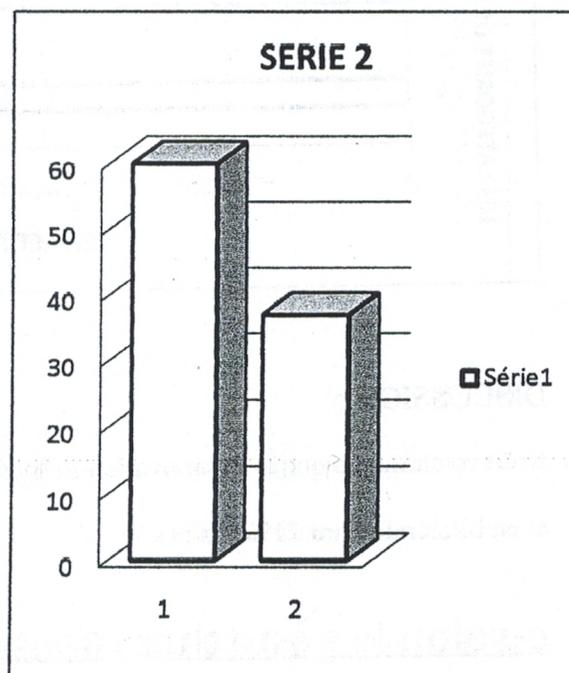
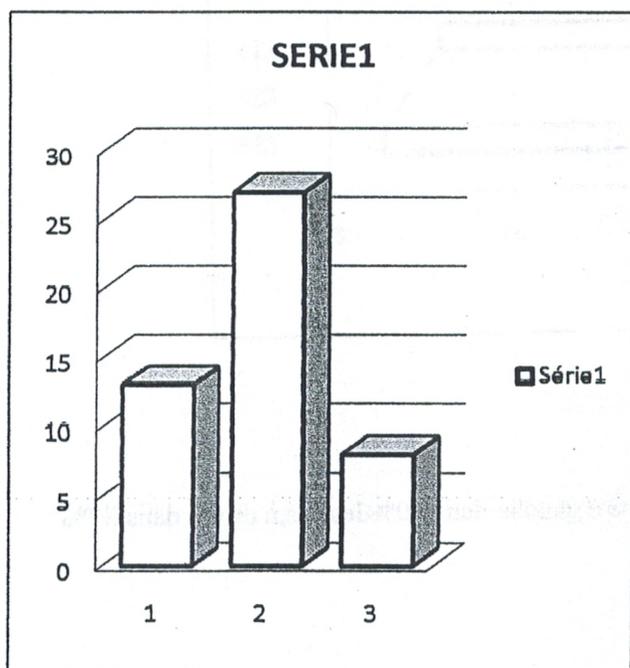


KYSTE ROMPU	KYSTE NON ROMPU
12(1)	170(2)



IV-L'ASPECT ECHOGRAPHIQUE :

ASPECT	EFFECTIF
ANECHOGENE	13(SERIE 1)
HETEROGENE	27(2)
CLOISONE	8 (3)
REGULIER	60(SERIE 2)
IRREGULIER	37(2)

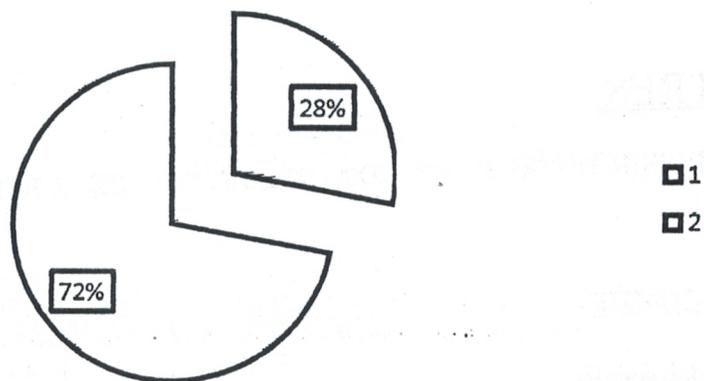


DISCUSSION:

Nous constatons que l'aspect hétérogène est majoritaire, vient ensuite l'aspect anechogene puis le cloisonné.

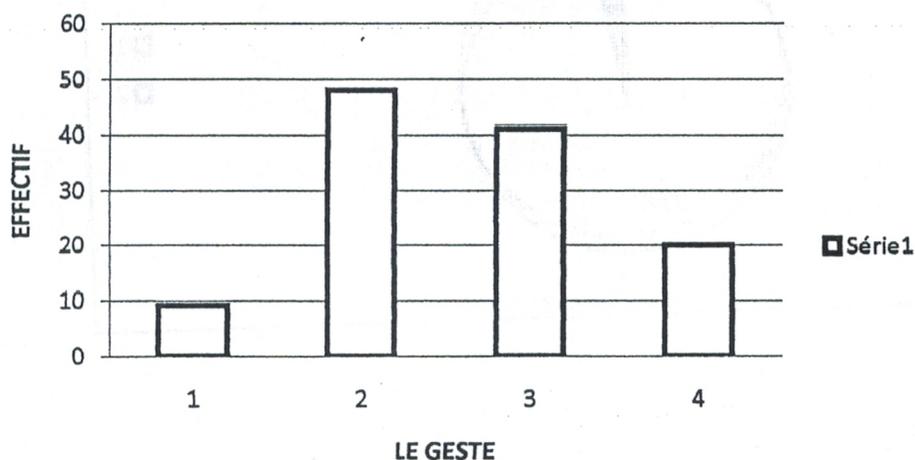
Pour la régularité, on distingue que 60% des kystes ovariens sont réguliers.

**DIAGRAMME EN SECTEUR REPRESENTANT LES 2 GESTES
THERAPEUTIQUES**



TRAITEMANT CHIRURGICAL	EFFECTIF
OVARIECTOMIE(1)	9
KYSTECTOMIE(2)	48
ANNEXECTOMIE(3)	41
HVH + ANNEXECTOMIE (4)	20

**DIAGRAMME EN BARRE REPRESENTANT LES MODALITES DU
GESTE CHIRURGICALE**

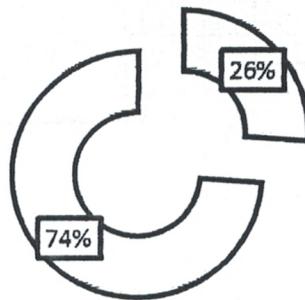


II-LE RECOURS AU TRAITEMENT CHIRURGICAL:

En cas d'échec du traitement médical il y a toujours le relai par le traitement chirurgical ; soit immédiatement après le premier chuc- up ,soit après l'apparition d'une complication telle une rupture ou torsion.

LE GESTE MEDICAL	LE RECOURS A LA CHIRURGIE
46	12

DIAGRAMME EN SECTEUR REPRESENTANT LE POURCENTAGE DU RELAI CHIRURGICAL DU KYSTE



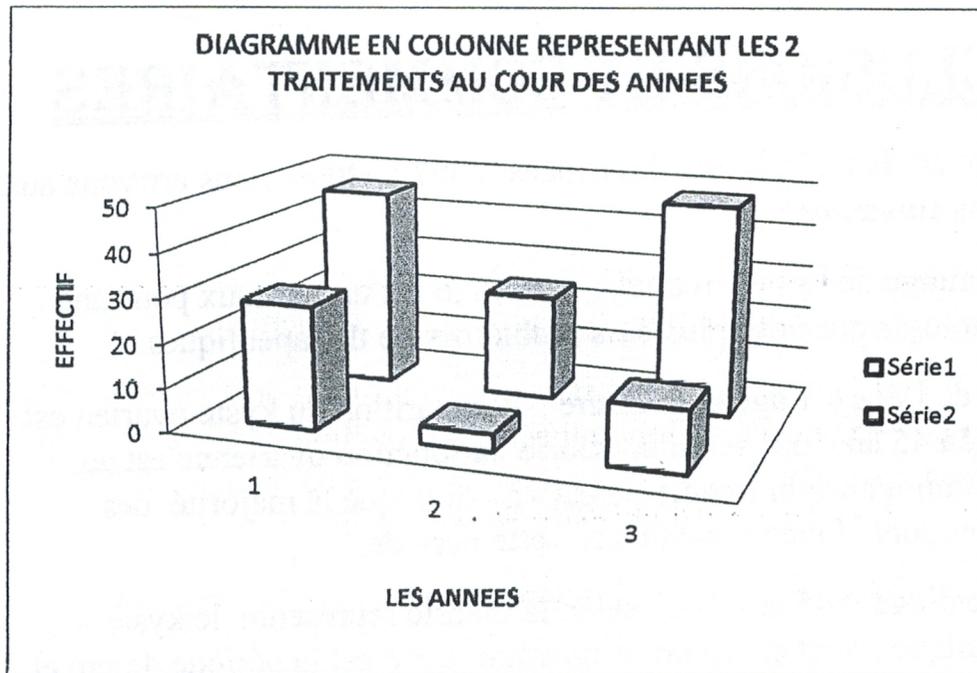
DISCUSSION:

Le recours au traitement chirurgical est représenté par un pourcentage de 26%

D-LA REPARTITION SELON LES ANNEES:

I-SELON LE NOMBRE DE KYSTES :

LES ANNEES	NOMRE DE CAS
2007(1)	74
2008(2)	28
2009(3)	80



DISCUSSION:

Dans cette comparaison nous constatons que sur toute la durée étudiée le traitement chirurgical est toujours majoritaire.

-La taille détermine 2 choses importantes : la nature probable du kyste ($>6\text{cm}$ =malin ; $<6\text{cm}$ = bénin) et le geste thérapeutique ($<6\text{cm}$ =médical ; $>6\text{cm}$ =chirurgical). C'est pour cela que nous l'avons étudié et nous avons constaté que la majorité des kystes sont $<6\text{ cm}$ de diamètre mais cela n'élimine pas la malignité.

- Il en est de même pour l'aspect échographique qui, selon le tableau déjà décrit dans la partie théorique, détermine la malignité ou la bénignité .Les résultats de l'étude montrent ,en somme que les aspects déterminant la malignité sont majoritaires.

Nous pouvons donc dire que les kystes sont malins.

Il est bien évident de dire ;selon nos résultats ; que la localisation de prédilection d'apparition du kyste ovarien est la gauche,représenté par 40% des cas ensuite la droite avec 37% et en dernier la bilatéralité.

-Selon le geste thérapeutique pratiqué nous avons constaté que :

Le geste le plus pratiqué est le chirurgical avec 72% ,soit à cause de la taille $>6\text{cm}$ qui n'est pas le cas dans notre étude car la majorité était pour ceux $<6\text{cm}$;soit à cause de l'aspect échographique qui indique surtout la malignité ; soit parce que ce traitement assure la non récurrence.

En même temps, le traitement chirurgical le plus pratiqué est la kystéctomie pour préserver l'intégrité de l'ovaire surtout chez les nullipares , en deuxième position l'annexectomie .A propos de l'HVH ,elle est pratiquée pour les grandes multipares ou les ménopausées pour éviter les complications .

Nous avons recherché la probabilité de l'échec thérapeutique qui peut être soit :

Médical : 26% des personnes qui ont bénéficié de traitement médical ont ensuite bénéficié du chirurgical comme un traitement définitif et on peut le considérer comme un échec pour le médical. Mais le traitement médical a toujours sa place dans la thérapeutique en première intention.

Chirurgical : la récurrence (unilatérale) ne représente que 0,54% .Nous pouvons définitivement dire que le traitement chirurgical est le plus efficace.