

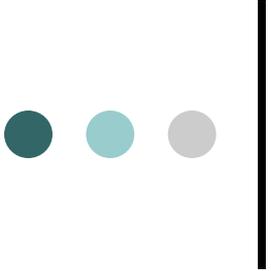


Kystes de l'ovaire après la ménopause: Faut-il tous les opérer ?

Philippe Merviel, Odile Gagneur,
Sophie Sanguin, Abdou Nasreddine,
Fabrice Sergent, Jean Gondry

CHU Amiens – Picardie et UPJV





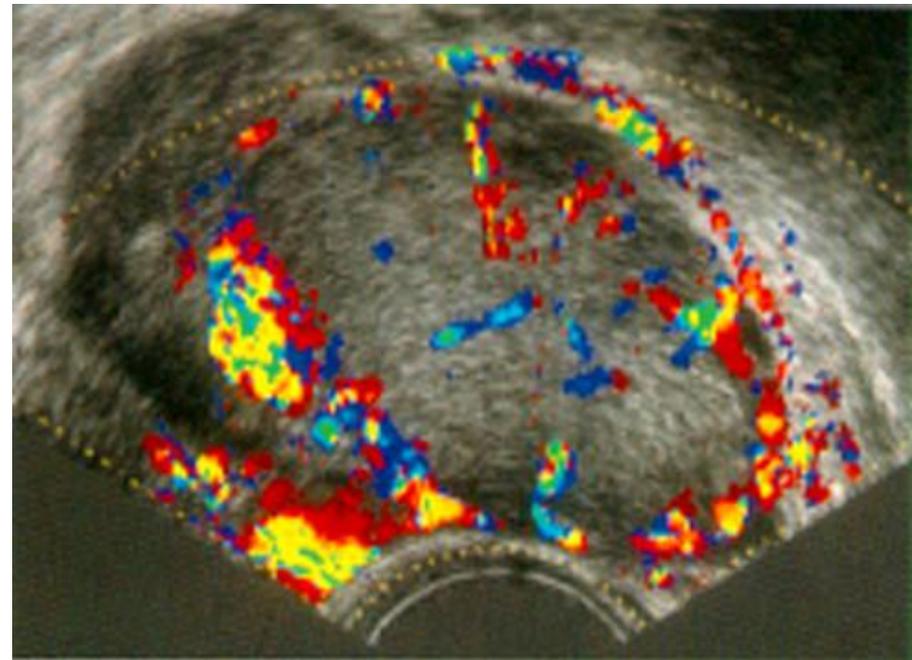
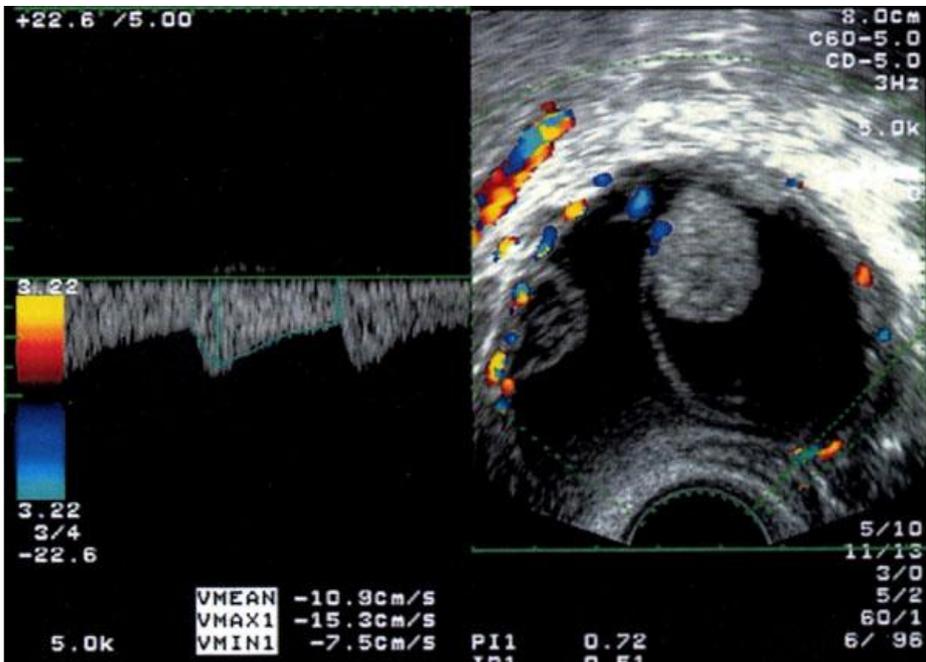
Kystes de l'ovaire

- Fréquent → Source d'examens complémentaires (ETG, IRM, CA 125) → Source d'interventions chirurgicales « non utiles »
- 7% chez les femmes en période d'activité génitale, **14 à 18% chez la femme ménopausée** → 75% sont organiques, 25% fonctionnels, **1 à 4% des kystes supposés bénins sont malins**

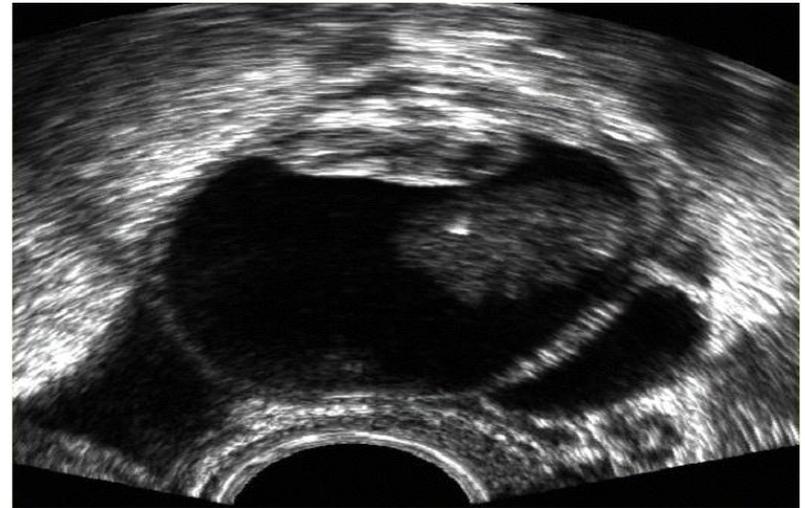
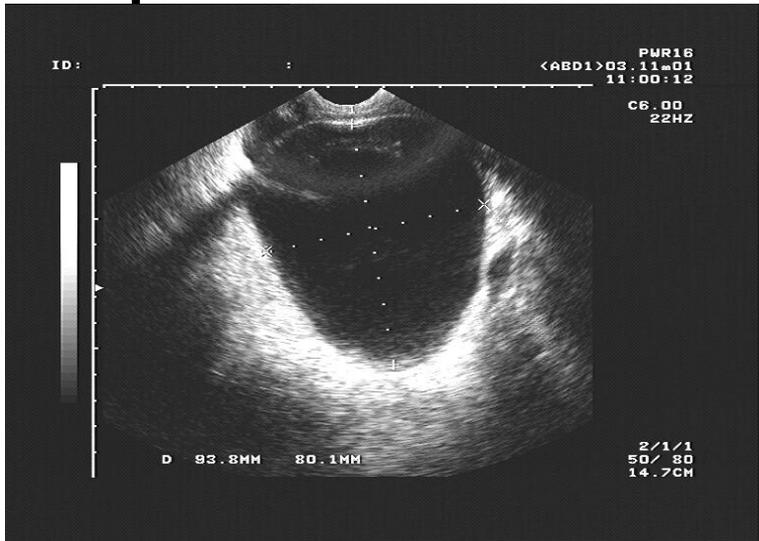
Echographie pelvienne et Doppler: 1^{ère} intention

- Par voie vaginale. **Ne pas signaler les images < 1 cm**
- Sp: 80%, Se: 90%, **concordance ETG / histo 70-80%**
- L'expertise de l'échographe est le paramètre le plus performant
- Classement selon la nomenclature du **groupe IOTA** : 6 groupes
- **Doppler**: Peu performant seul. Localisation et quantification des vaisseaux en zone solide.

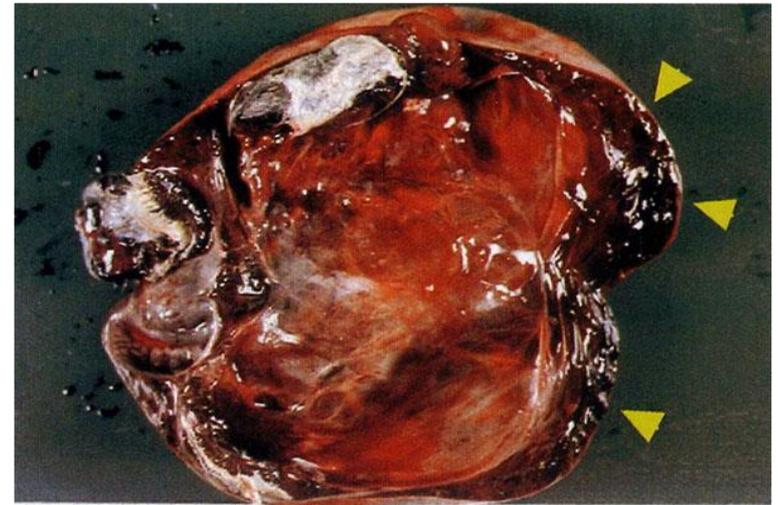
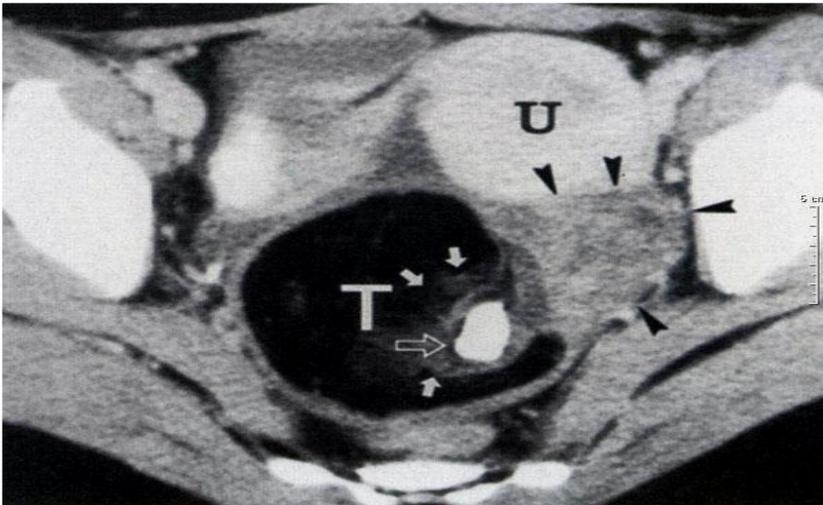
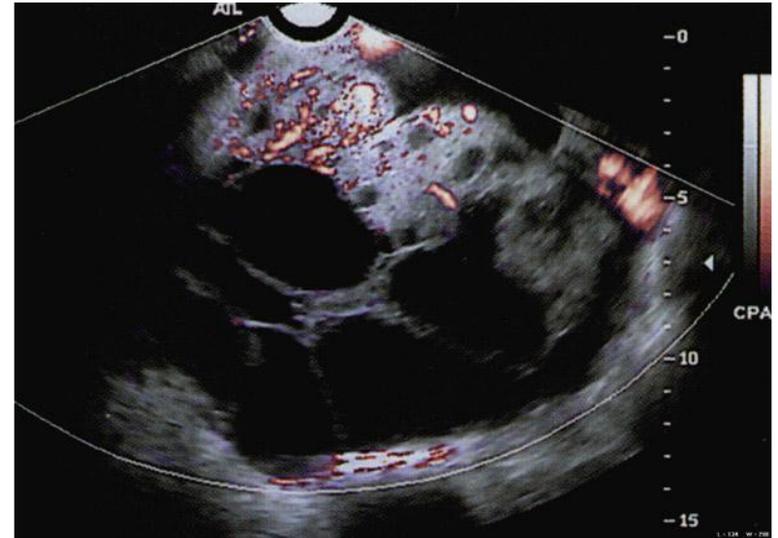
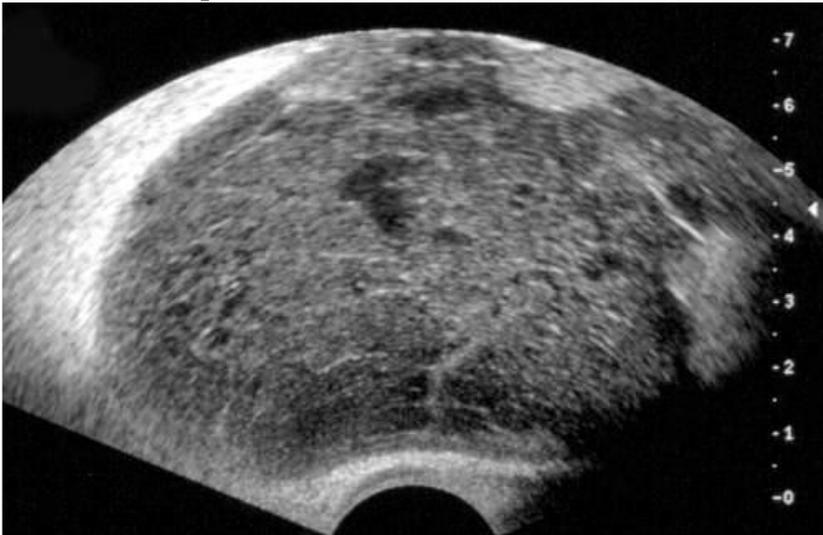
En Doppler couleur, l'existence de vaisseaux tissulaires à basse résistance est en faveur de la malignité, l'existence de vaisseaux périphériques avec des flux à haute résistance est en faveur de la bénignité

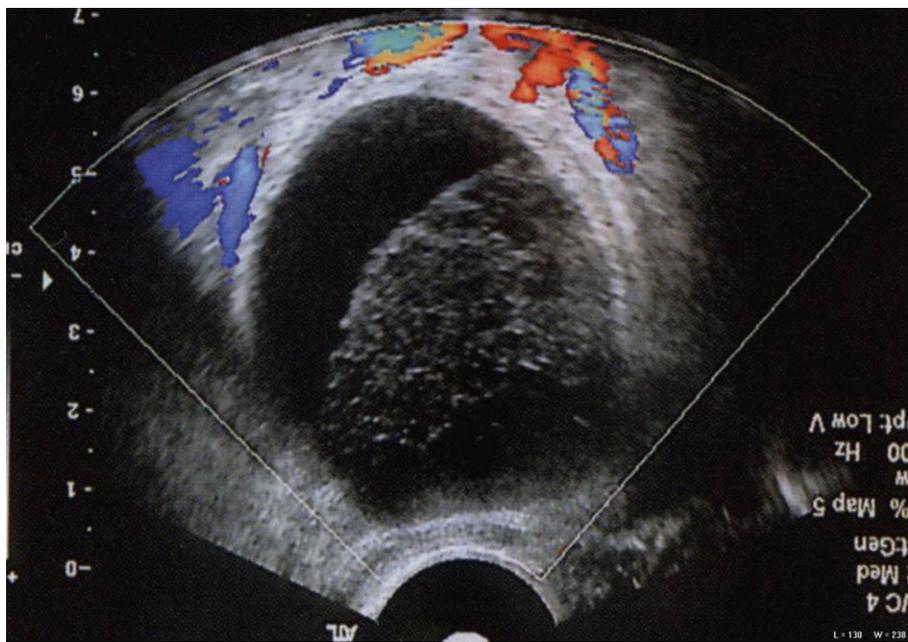
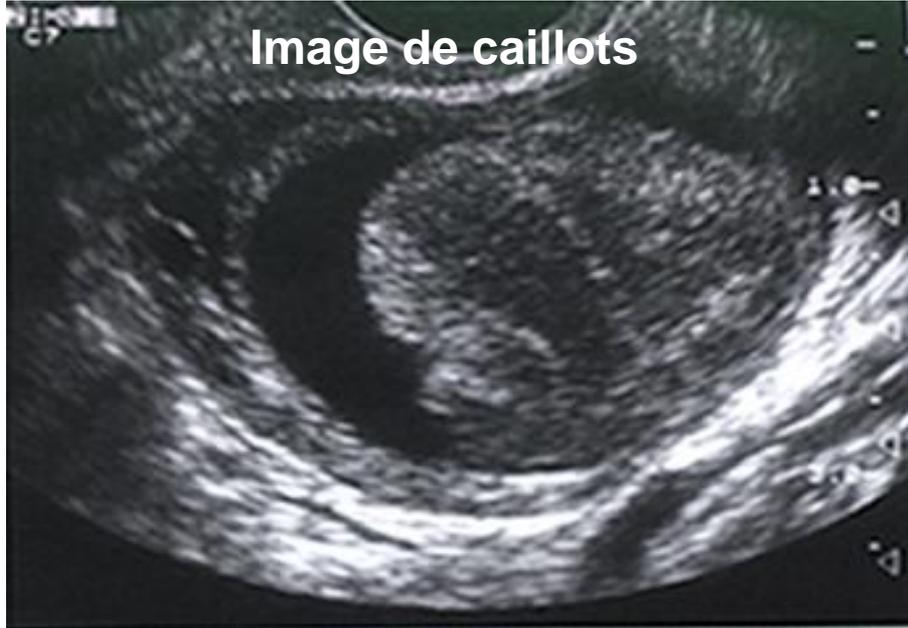
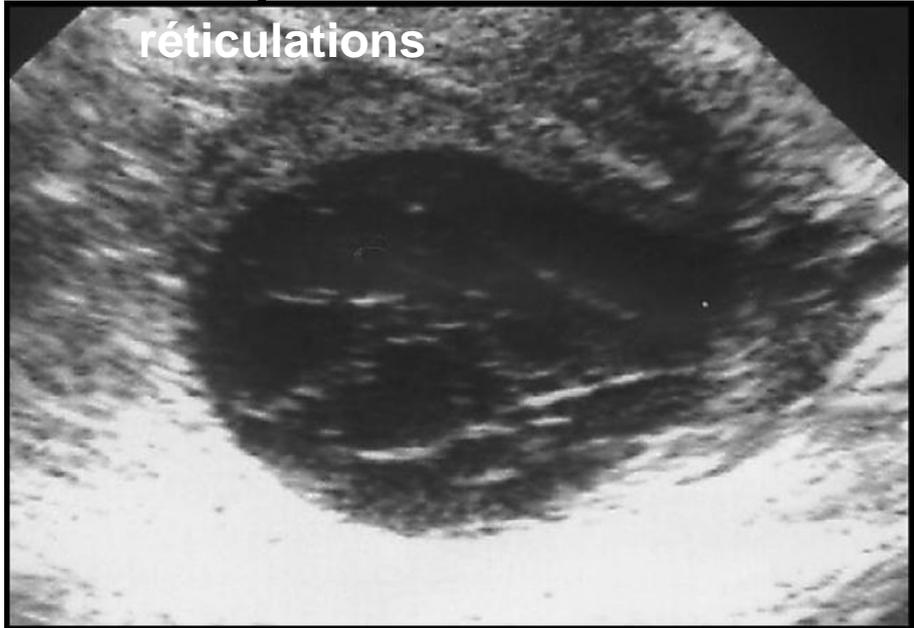


Kystes ovariens bénins

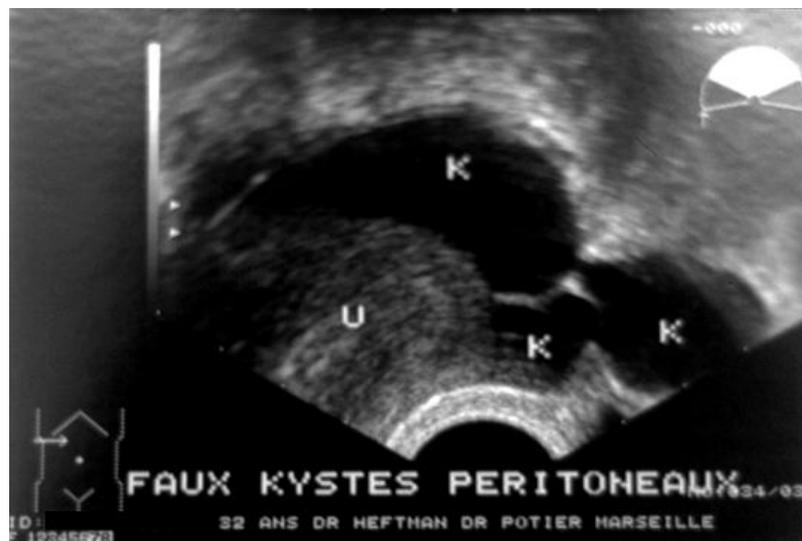
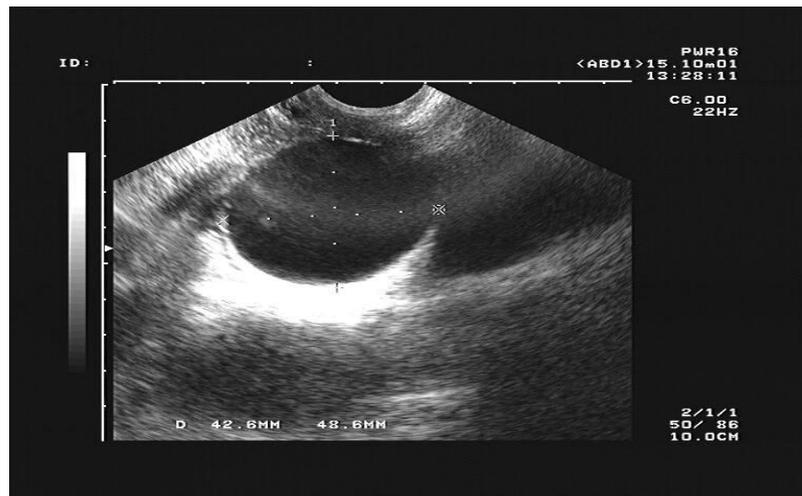


Kystes ovariens malins





« Faux Kystes Ovariens »



Nomenclature IOTA

(International Ovarian Tumor Analysis)

UNILOCULAIRE

solide

liquide

pur

impur

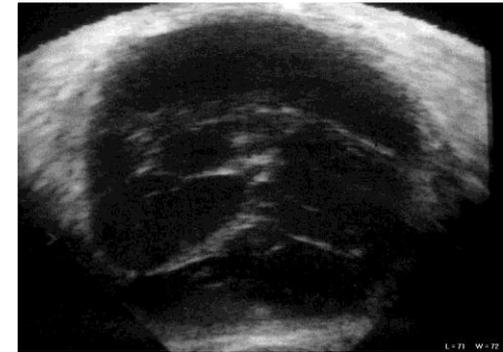
MULTILOCULAIRE

solide

liquide

pur

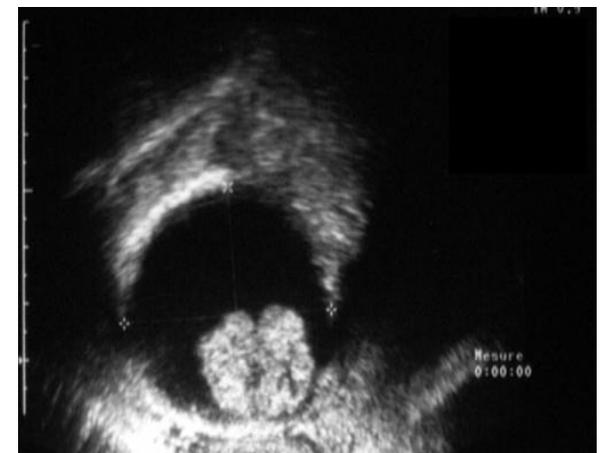
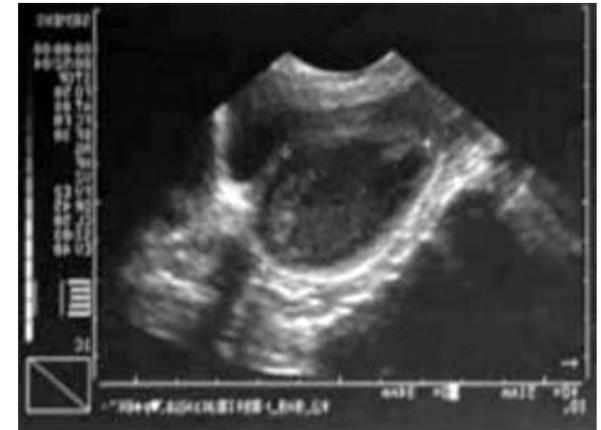
impur

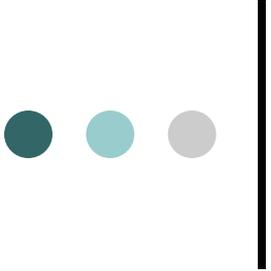


+ masse déterminée, indéterminée et masse complexe

UNILOCULAIRES

- **Liquidien pur:** anéchogène transsonique, sans particule ni zone échogène ou solide
- **Liquidien impur:** liquide d'échogénicité autre qu'anéchogène, par exemple dermoïde hyperéchogène, endométriosique ou hémorragique échogène
- **uniloculaire solide:** présence d'une zone solide mesurable ou d'une végétation de plus de 3 mm





Prévalence des kystes ovariens uniloculaires asymptomatiques en post-ménopause

Auteur, Année	N femmes évaluées	Kyste de l'ovaire N (%)
Andolf, 1988	534	30 (6%)
Wolf, 1991	149	22 (15%)
Levine, 1992	184	32 (17%)
Vuento, 1995	1 364	160 (12%)
Aubert, 1998	622	36 (6%)
Modesitt, 2003	15 106	2 763 (18%)
TOTAL	17 959	3 043 (17%)

Régression spontanée des kystes ovariens uniloculaires asymptomatiques en post-ménopause

Auteur, Année	Nb initial de KO	Délai de contrôle (mois)	Disparition spontanée
Andolf, 1988	15	1 (contrôle 1) 24 (contrôle 2)	6 (40%) 13 (87%)
Levine, 1992	72	3 - 23	38 (53%)
Vuento, 1995	160	1 - 3	132 (83%)
Aubert, 1998	36	4 - 70	3 (8%)
Modesitt, 2003	3 259	3 (contrôle 1) 12 (contrôle 2)	2 151 (66%) 2 261 (69%)
TOTAL	3 542		2 453 (70%)

Le plus souvent dans les trois premiers mois

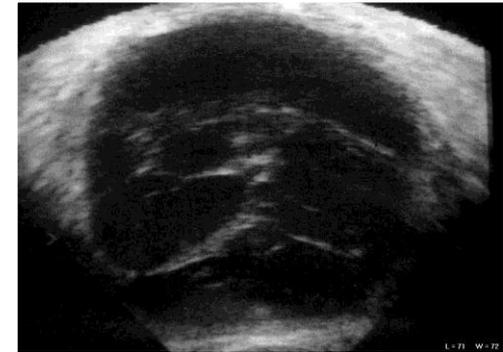
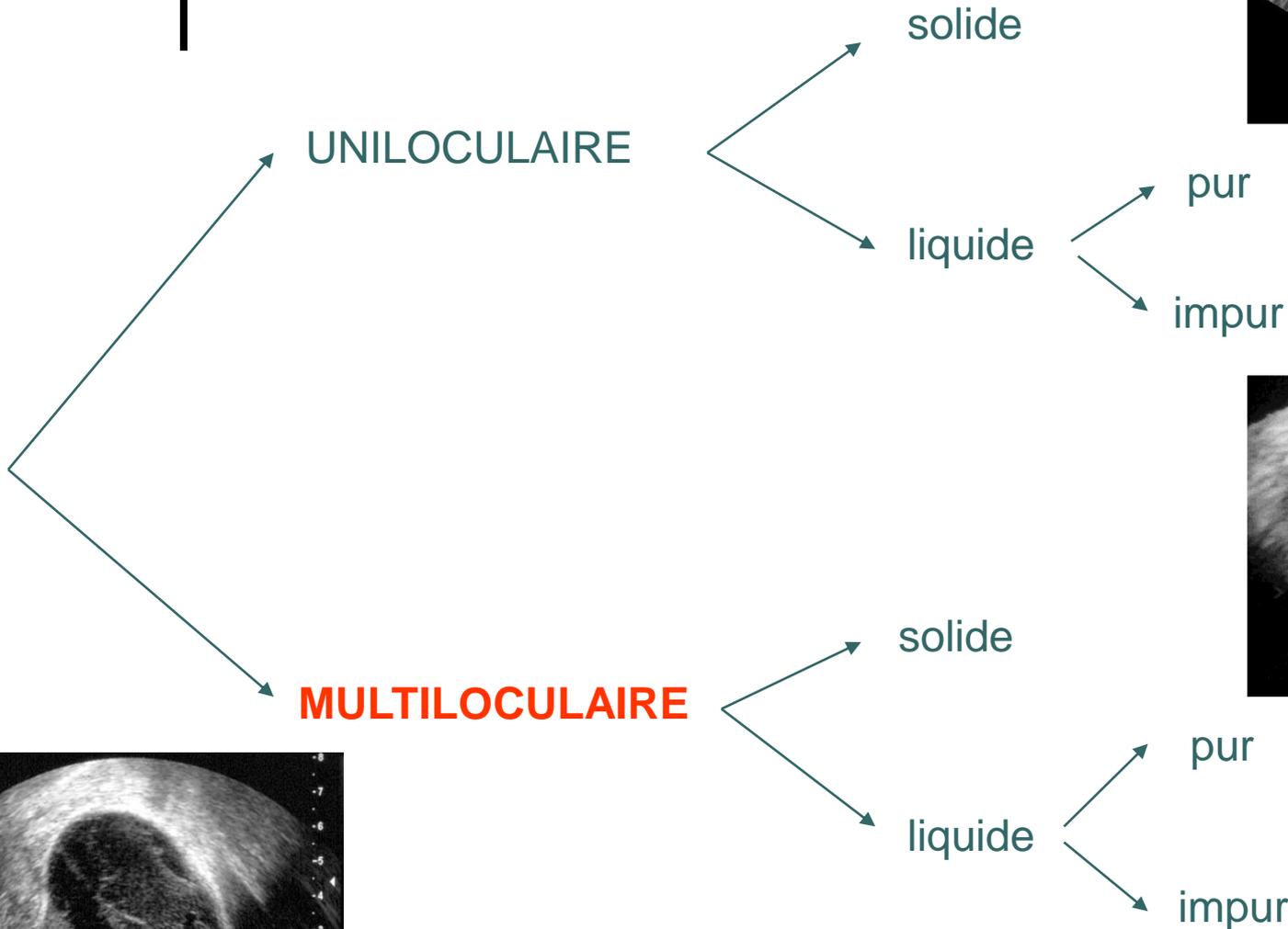
kystes ovariens > 5 cm uniloculaires asymptomatiques en post-ménopause

Auteur, Année	KO N	Borderline N (%)	Cancer N (%)
Andolf, 1988	8	0	0
Ekerhovd, 2001	247	0	4 (1,6%)
Modesitt, 2003	40	0	0
TOTAL	295	0	4 (1,4%)

Auteur, Année	KO N	Borderline N (%)	Cancer N (%)
Andolf, 1988	22	0	0
Wolf, 1991	22	0	0
Levine, 1992	77	0	0
Aubert, 1998	36	0	0
Ekerhovd, 2001	383	0	0
Modesitt, 2003	3 218	0	0
Valentin, 2003	33	0	0
Dorum, 2005	31	0	0
TOTAL	3 822	0	0

Nomenclature IOTA

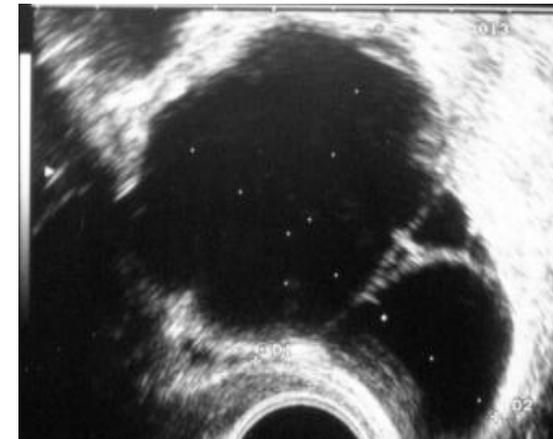
(International Ovarian Tumor Analysis)



+ masse déterminée, indéterminée et masse complexe

MULTILOCUAIRES

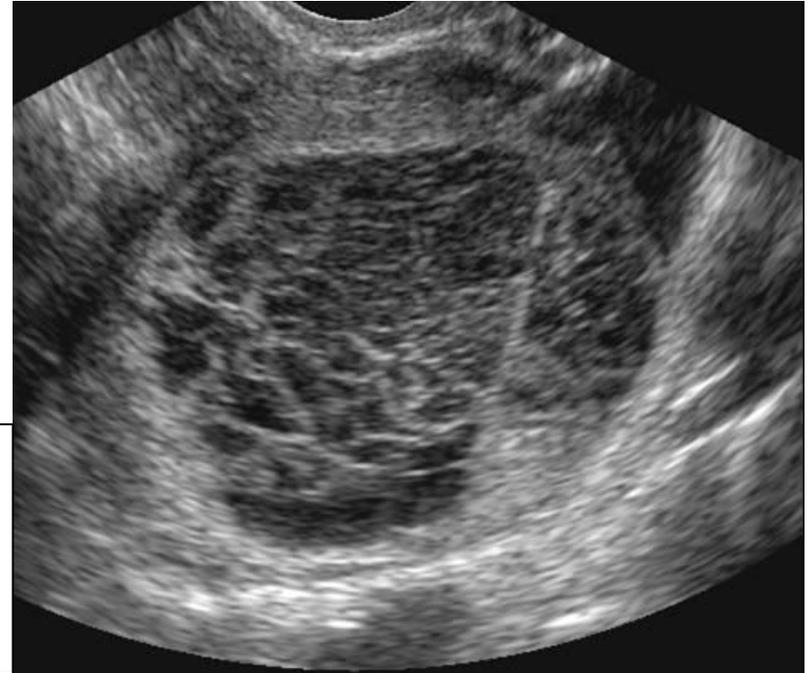
- **Multiloculaire liquidien impur:** présence d'au moins une cloison
- **Multiloculaire solide:** présence d'une cloison et d'une zone solide mesurable ou d'une végétation supérieure à 3 mm
- **Solide:** présence d'une portion solide > 80 % de la lésion



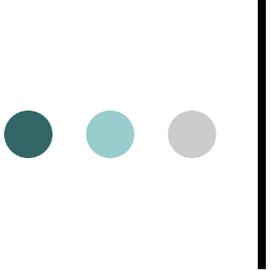
Kystes ovariens multiloculaires en post-ménopause

- **Prévalence: 3,2%**
- **Résolution spontanée**

Cloisons hyperéchogènes non systématisées et irrégulières (> 3 mm)



Auteur, Année	Nb initial de KO	Délai de contrôle (mois)	Disparition spontanée
Bailey, 1998	250	2	135 (55%)



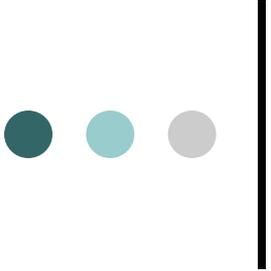
Kystes ovariens multiloculaires en post-ménopause

< 5 cm

Auteur, Année	KO N	Borderline N (%)	Cancer N (%)
Bailey, 1998	222	0	3
Ekerhovd, 2001	130	3	4
Valentin, 2003	2	0	0
Dorum, 2005	2	0	0
TOTAL	356	3 (0,8%)	7 (2%)

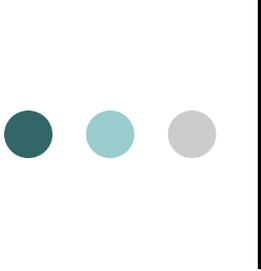
> 5 cm

Auteur, Année	KO N	Borderline N (%)	Cancer N (%)
Bailey, 1998	28	0	6
Ekerhovd, 2001	130 (toutes tailles)	1	5
Valentin, 2003	1	0	0
Dorum, 2005	2	1	0
TOTAL	161	2 (1,2%)	11 (7%)



Pourcentage de tumeur maligne en fonction de l'aspect échographique (d'après Granberg, 1991)

Aspect échographique	Nombre de cas	% de malignité
uniloculaire	296	0.3 %
Uniloculaire solide	203	47 %
multiloculaire	205	16 %
Multiloculaire solide	209	73 %
solide	80	60 %



Timmerman (UOG 2000)

	Critères de Malignité (M)
M1	Masse irrégulière solide
M2	Présence d'une ascite
M3	Au moins 4 structures papillaires
M4	Masse irrégulière multiloculaire solide de diamètre max 10 cm
M5	Forte vascularisation en Doppler couleur
	Critères de Bénignité (B)
B1	Kyste uniloculaire
B2	Présence d'une composante solide < 7 mm
B3	Cône d'ombre postérieur
B4	Masse multiloculaire lisse < 10 cm de diamètre
B5	Absence de flux Doppler couleur

Malin: 1 ou + M sans B; Bénin: 1 ou + B sans M; indéterminée: M et B ou 0

Quand prescrire un examen de 2^e intention pour un kyste ovarien ? (> 5 cm)

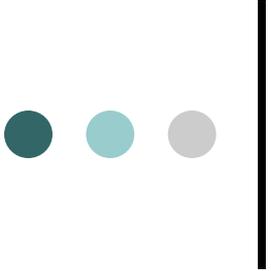
○ Si associée à 1 FDR de malignité:

- ATCD perso de K du sein ou de l'ovaire
- Contenu hémorragique
- Irrégularité de la paroi

○ Examens de 2^e ligne:

- **IRM** (Se/Sp: 92-88%, 15% des masses, > 7 cm, complexe)
- **CA 125**: non indiqué en 1^{ère} intention dans les masses uniloculaires liquidiennes, mais recommandé après la ménopause. La spécificité du dosage plasmatique d'HE4 est supérieure à celle du CA125 pour le diagnostic de malignité, mais non utilisé en pratique courante



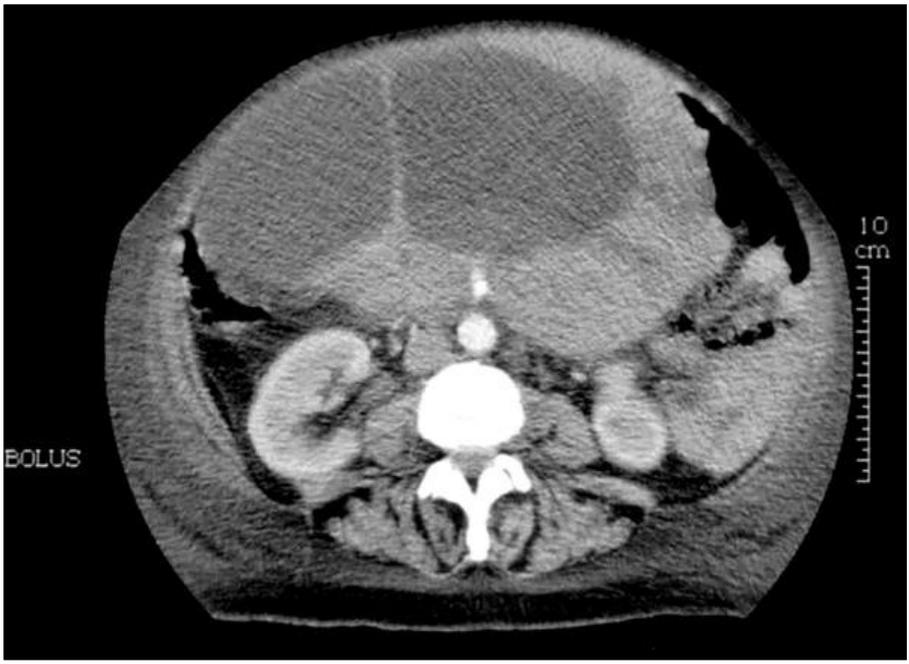
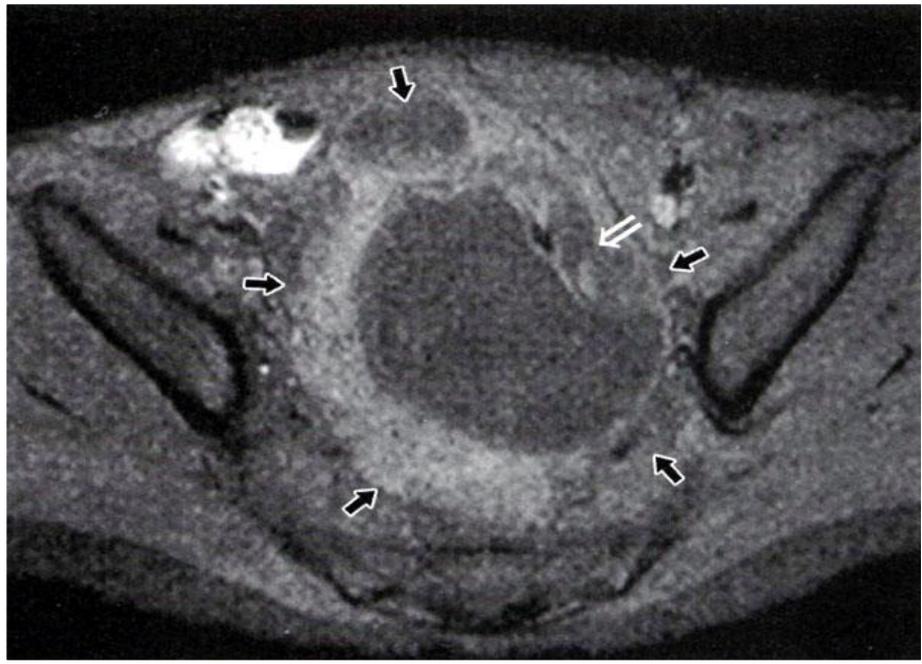
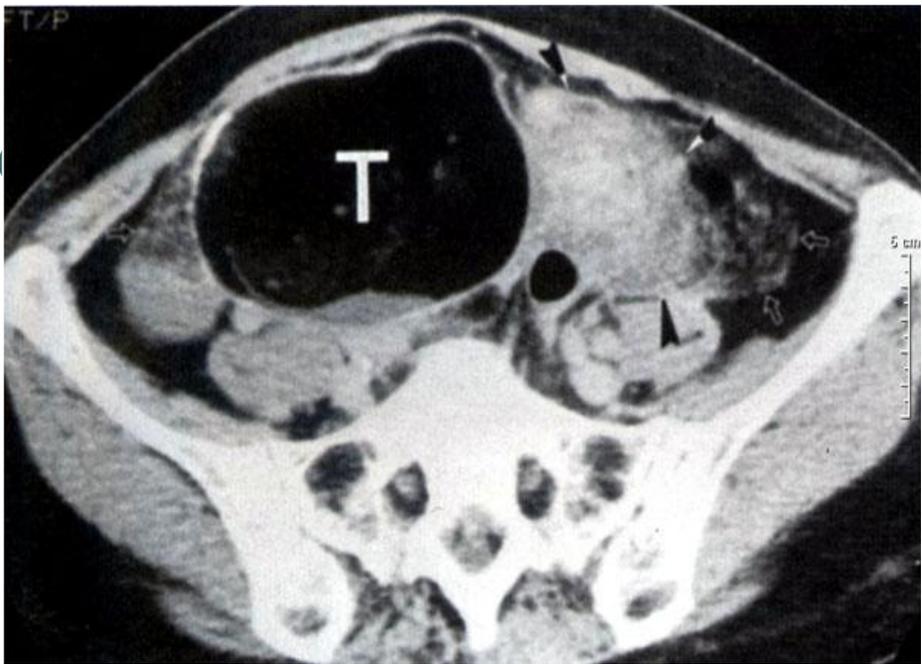


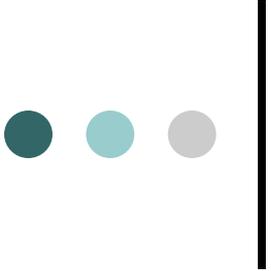
Algorithme « ROMA »

- **RR d'apparition K ovarien à 1 an et 5 ans:**
CA 125 > 30 UI/l: 36 et 14; CA 125 > 100 UI/l: 205 et 74 !!!
(Jacobs BMJ 1996)
- ROMA: basé sur la valeur du CA125 +/- HE4, les données échographiques et le statut ménopausique.
- Meilleure sensibilité que le CA125 et l'HE4 seuls pour le diagnostic de malignité.
- Chez la femme ménopausée : (11,4 non ménop)
 - ROMA $\geq 29,9$ = haut risque de cancer de l'ovaire
 - ROMA < 29,9 = faible risque de cancer de l'ovaire

IRM: séquences T1 et T2, perfusion et diffusion







RISQUE DE CANCER DE L'OVAIRE CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE

- Les kystes fonctionnels sont rares en post-ménopause (25%)
- La prévalence du cancer augmente avec :
 - le terrain personnel (OR: 12) ou familial de risque de cancer de l'ovaire
 - l'âge
 - le diamètre du kyste > 7-10 cm, composante solide, irrégularité de la paroi (2 + 1/mm), flux sanguin dans les projections papillaires (4), ascite
 - l'élévation du CA 125 plasmatique (moins de faux positifs par endométriose ou infection pelvienne que chez les femmes jeunes)

Pour les kystes < 5 cm avec tous les critères de bénignité, en l'absence de facteurs de risques et de symptômes cliniques, l'abstention thérapeutique est recommandée

La ponction échoguidée n'est pas indiquée à titre diagnostique et thérapeutique (sauf très haut risque anesthésique)

Kyste uniloculaire liquidien pur

< 5 cm: 0,4% de K
> 5 cm: 1,4%

nature	Age moyen
k. dermoïde	28 ans
Cystadénome séreux	41 ans
k. endométriosique	49 ans
Cancer stade IA	52 ans
Cancer > IA	60 ans

Symptomatique

Asymptomatique

> 10 cm

< 7-10 cm

**Coelioscopie:
annexectomie +/-
bilatérale**

Tt chirurgical

**Si ATCD
perso / fam:
chirurgie**

**Abstention
Surveillance
à 3mois**

**Masse complexe,
multiloculaire (7%)**



● ● ● | Cœlioscopie + / Laparotomie

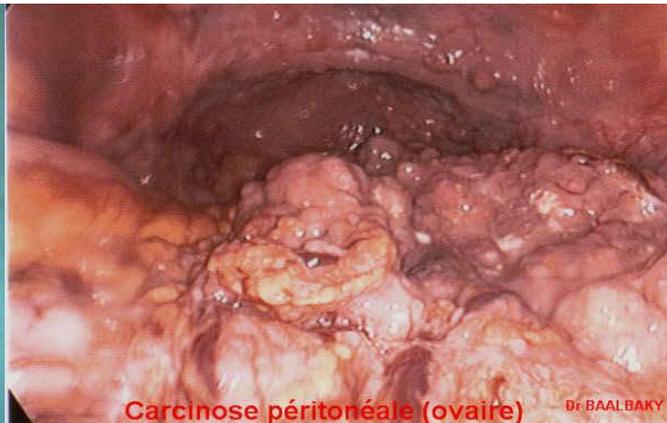
- Exploration péritonéale et cytologie péritonéale
- Sac endoscopique: diminue le temps opératoire et le risque de dissémination du contenu kystique
- **Annexectomie bilatérale** non recommandée avant la ménopause; **après la ménopause: réduit le risque de cancer ovarien, mais peut augmenter les risques cardio-vasculaires** (si ablation < 65 ans)

Pas de surveillance particulière si bénin (qqs le geste chir)



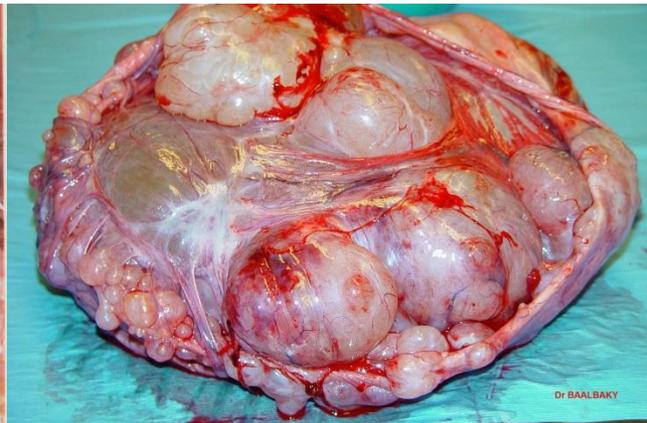
Adénocarcinome ovarien

Dr BAALBAKY



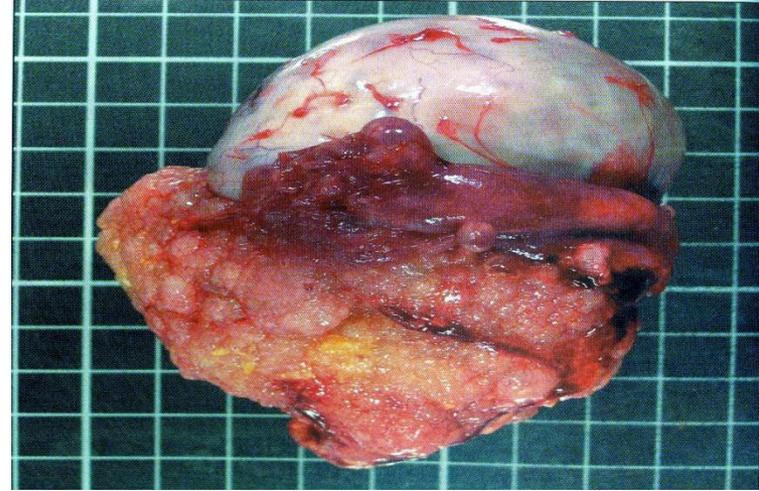
Carcinose péritonéale (ovaire)

Dr BAALBAKY



Dr BAALBAKY

Extemporannée ?



- Avec prudence
- Sensibilité et spécificité pour les lésions bénignes et cancers **> 80%** (moins bons résultats pour les lésions mucineuses, les grosses tumeurs et l'expérience gynécologique du pathologiste)
- Le diagnostic extemporané des tumeurs ovariennes à malignité atténuée est moins précis, avec une sensibilité moyenne de **55 %**

TUMEURS DE L'OVAIRE A LA LIMITE DE LA MALIGNITE (TOLM) OU BORDERLINE (BOT)

- 10 à 20 % des tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire (1,6 à 4,8 pour 100 000 femmes/an)
- **Age de survenue: 2/3 après 40 ans**
- Masse uniloculaire anéchogène, végétations intrakystiques, aspect multiloculaire, mixte
- Découverte dans 90% des cas à un **stade IA**
- **90 % de survie** globale à cinq ans



Conclusions



- **Uniloculaire < 5 cm: pas de risque de cancer.** Si 5-10 cm: % facteurs de risque personnel/familial et si symptomatique
- **Si multiloculaire, cloison épaisse, échogène, composante solide, aspect papillaire, Doppler** → annexectomie
- Mortalité par cancer de l'ovaire (4/100000) → pour améliorer la survie d'1 femme, il faudrait faire 226 annexectomies