



GYNAIX OPTIS

Samedi
29 janvier 2022

GRAND HÔTEL ROI RENÉ
AIX-EN-PROVENCE

Dr Thomas Jauffret
Praticien hospitalier
CHI Aix-Pertuis

OVAIRE : DU KYSTE AU CANCER

- Prévalence des **kystes ovariens** :
 - Femmes ménopausées 14 et 18 %
 - Période d'activité génitale : 7 %
 - Découverte fortuite dans 50 % des cas

- Facteurs de risque identifiés de kystes ovariens présumés bénins :
 - ménopause < 40 ans
 - lévonorgestrel
 - antécédents de chirurgie gynécologique ou de kyste ovarien bénin

- Cancer de l'ovaire :
 - peu fréquent (4500 nouveaux cas par an en France, 7e cancer féminin)
 - mauvais pronostic : **taux de survie à cinq < 30 %**.
 - **stade 1** (limitée aux ovaires, 25% des cas au diagnostic) : survie à cinq ans ≈ 90 %.

- NE PAS OPERER **EN EXCES**
- NE PAS MECONNAITRE UN KYSTE OVARIEN **ORGANIQUE POTENTIELLEMENT MALIN**

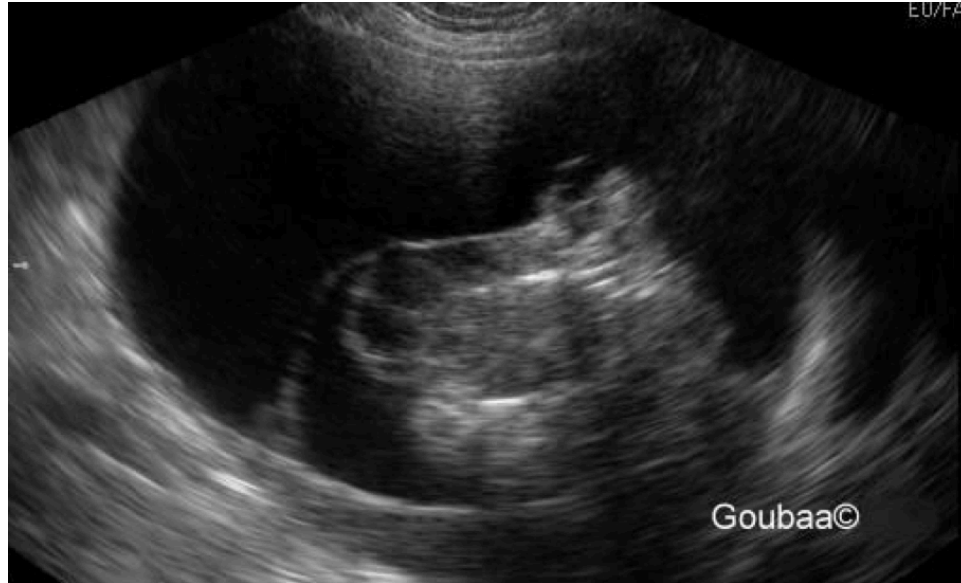
FONCTIONNELS

- Petite **taille** (< 40 mm le plus souvent, rarement > 70 mm)
- **Liquidien** pur avec renforcement postérieur à l'échographie
- **Evolution** dans le temps :
 - En cas d'activité génitale :
 - 76 % de disparition après un cycle
 - 100 % après deux cycles
 - 55 % de disparition à 3 mois après 50 ans

ORGANIQUES

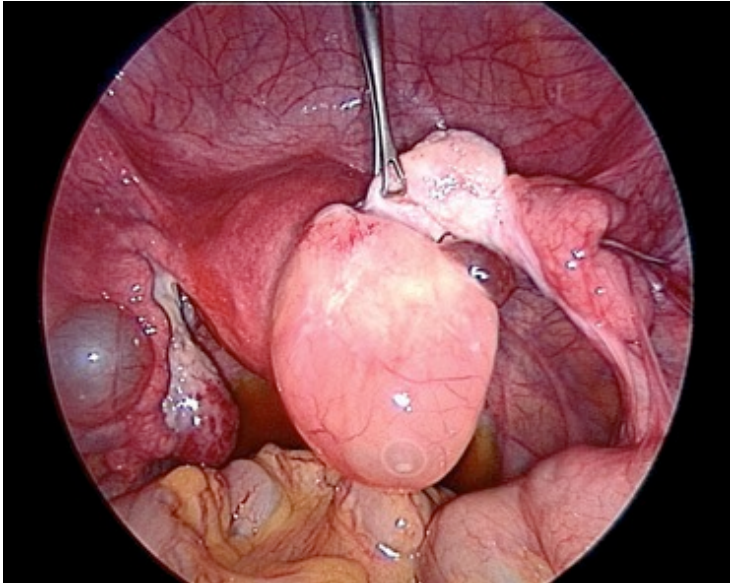
- Une ou plusieurs **végétations** intrakystiques
- Diamètre du kyste supérieur ou égal à **6 cm**
- Composante **solide**
- Caractère **multiloculaire**
- **Paroi épaisse**

- CYSTADENOME MUCINEUX : taille 2 à 20 cm. Possible association à pseudomyxomes péritonéaux et à des tumeurs appendiculaires
- CYSTADENOME SEREUX :
 - 2 à 15 cm, liquidiens, anéchogènes, homogènes, uniloculaires dans 75 % des cas
 - Bilatéraux dans 25 % des cas
- ENDOMETRIOME
- KYSTE DERMOÏDE (TERATOME MATURE) : Tumeurs germinales contenant des dérivés des différents feuilletts embryonnaires
- FIBROTHECOME



Kyste dermoïde

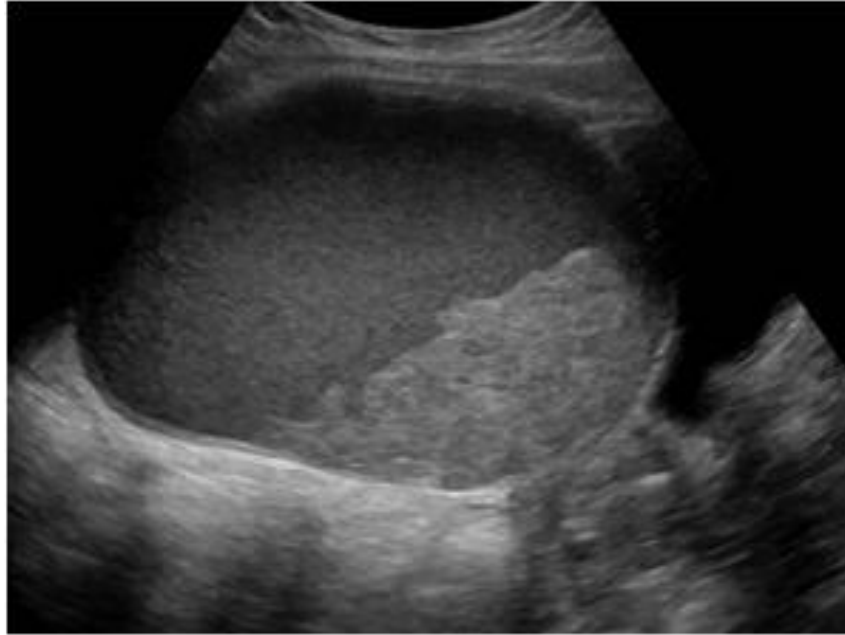




Fibrothécome ovarien

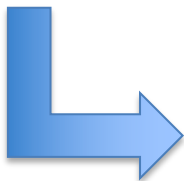
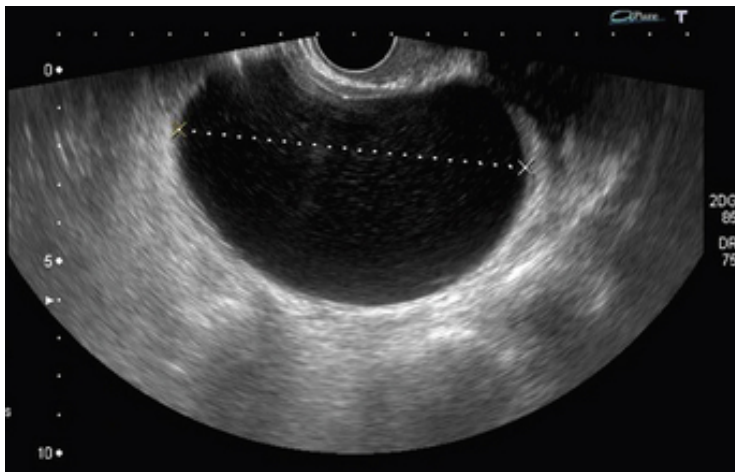


Kyste dermoïde



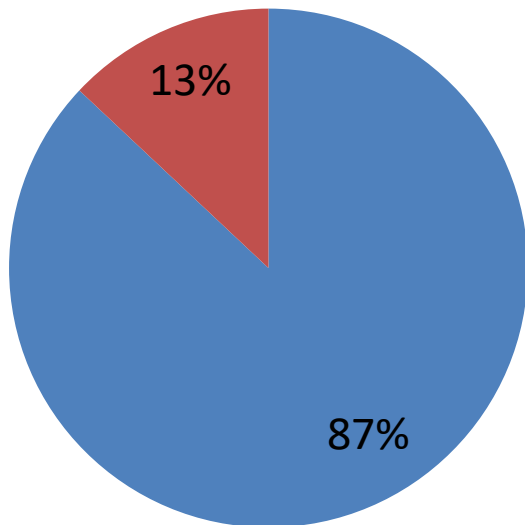
Endométriome

UNILOCULAIRE
+
LIQUIDIEN PUR
+
ASYMPTOMATIQUE
+
DIAMETRE MAX < à 10 cm

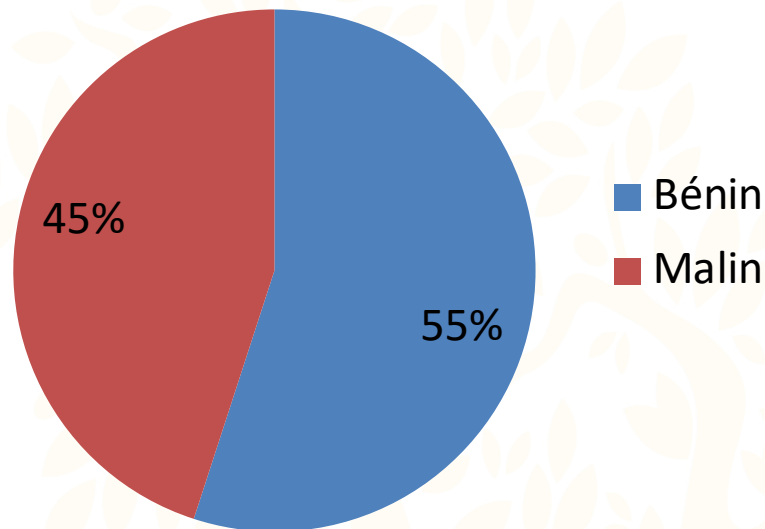


**Risque de cancer ovarien comparable
à celui des femmes sans kyste
(0,3 à 0,4 %)**

Pré ménopause



Ménopause



1) Examen clinique :

- Toucher vaginal :
 - tumeur palpable mobile ou fixée
 - Infiltration du petit bassin
 - perception de nodules de carcinose dans le cul de sac de Douglas
- Signes d'extension tumorale :
 - Adénopathies inguinales et sus claviculaires
 - Hépatomégalie
 - Ascite
- Signes généraux : AEG, troubles digestifs, algies pelviennes, métrorragies, dyspnée...

2) Echographie pelvienne: critères IOTA (International Ovarian Tumor Analysis)

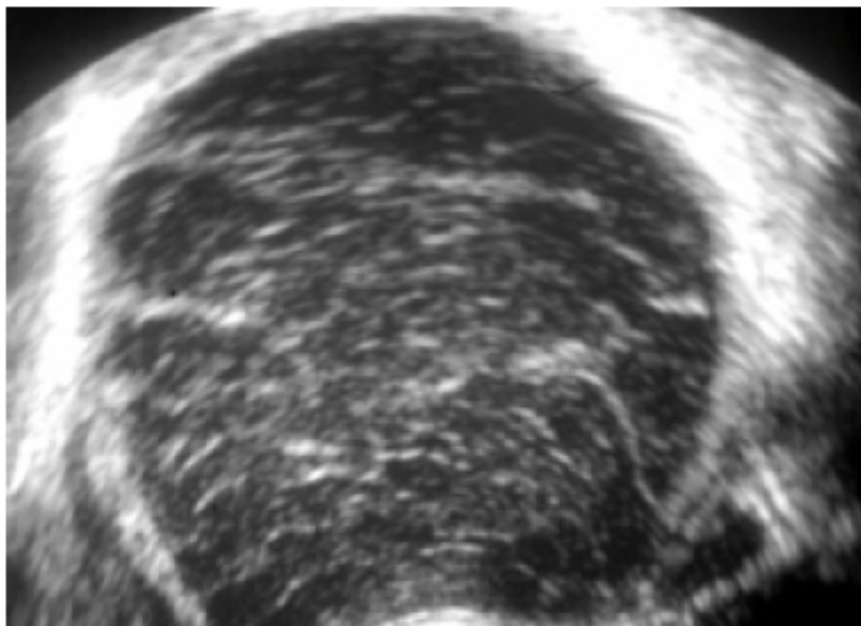
Règles de lésions bénignes		Règles de lésions malignes	
B1	Uniloculaire	M1	Masse solide irrégulière
B2	Composant solide le plus volumineux de diamètre < 7 mm	M2	Ascite
B3	Ombre acoustique	M3	≥ 4 végétations
B4	Lésion multiloculaire à parois lisses < 100 mm	M4	Tumeur multiloculaire à composante solide et irrégulière, et diamètre maximal ≥ 100 mm
B5	Absence de flux	M5	Vascularisation intense en doppler

Exemple 1



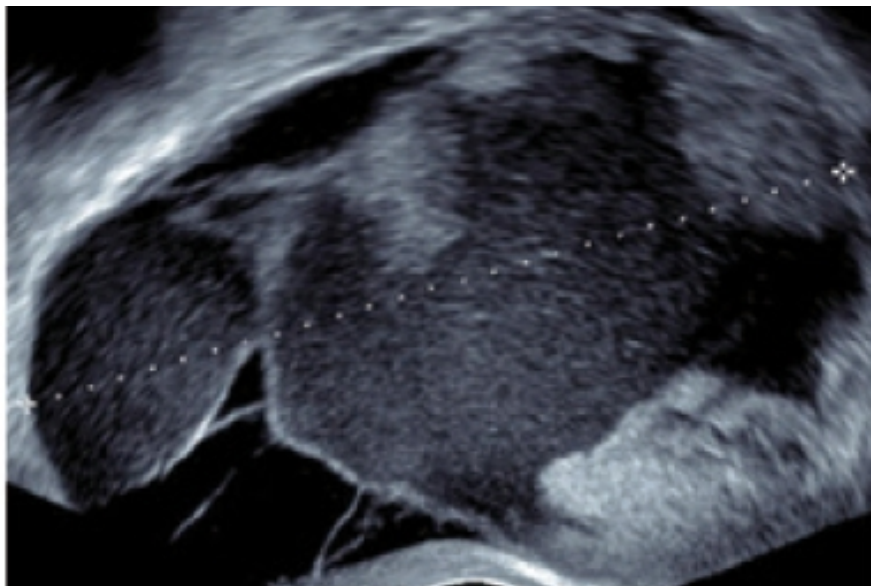
Malin	Bénin
☐ tumeur solide irrégulière	☒ kyste uniloculaire
☐ présence d'un épanchement péritonéal	☒ présence de composantes solides dont le plus grand diamètre est inférieur à 7 mm
☐ présence d'au moins quatre végétations	☒ cône d'ombre
☐ tumeur irrégulière multilocloisonnée solide dont un des diamètres est supérieur à 10 cm	☐ masse multiloculaire lisse avec un diamètre maximal inférieur à 100 mm
☐ un score colorimétrique fort	☒ absence de flux en doppler couleur

Exemple 2



Malin	Bénin
❑ tumeur solide irrégulière ❑ présence d'un épanchement péritonéal ❑ présence d'au moins quatre végétations ❑ tumeur irrégulière multilocloisonnée solide dont un des diamètres est supérieur à 10 cm ❑ un score colorimétrique fort	✗ kyste uniloculaire ✗ présence de composantes solides dont le plus grand diamètre est inférieur à 7 mm ❑ cône d'ombre ❑ masse multiloculaire lisse avec un diamètre maximal inférieur à 100 mm ❑ absence de flux en doppler couleur

Exemple 3



Malin	Bénin
✗ tumeur solide irrégulière	☐ kyste uniloculaire
☐ présence d'un épanchement péritonéal	☐ présence de composantes solides dont le plus grand diamètre est inférieur à 7 mm
✗ présence d'au moins quatre végétations	☐ cône d'ombre
✗ tumeur irrégulière multilocloignée solide dont un des diamètres est supérieur à 10 cm	☐ masse multiloculaire lisse avec un diamètre maximal inférieur à 100 mm
☐ un score colorimétrique fort	☐ absence de flux en doppler couleur

3) IRM pelvienne : en deuxième intention (masses pelviennes complexes, kystes > 7 cm)

4) Marqueurs tumoraux :

- CA 125
- HE4 (*human epididymal proetin 4*)

- Dosage sanguin CA 125 (Grade A) :
 - Sensibilité : **78,7 %**
 - Spécificité : **77,9 %**

- CA 125 augmenté dans d'autres situations cliniques :
 - 1^{er} et 2^{ème} trimestre de la grossesse
 - endométriose
 - abcès
 - cirrhose
 - pathologie pulmonaire
 - certains cancers : poumon, pancréas, sein, endomètre, col et côlon-rectum

- ROMA = *Risk of Ovarian Malignancy Algorithm*
- Score combinant **HE4 et CA 125**
- sensibilité de 75 % et spécificité : 77 à 92 %
- **Interprétation :**

Femme *pré-ménopausée*

- ROMA ≥ 11.4 : risque élevé
- ROMA < 11.4 : risque faible

Femme *ménopausée*

- ROMA ≥ 29.9 : risque élevé
- ROMA < 29.9 : risque faible

- Kyste liquidien **anéchoïque** pur > **10 cm**
- Kyste fonctionnel avec ATCD personnels/familiaux de cancers du sein/ovaire : pas de notion de seuil, une intervention chirurgicale peut être proposée d'emblée
- Kystes dermoïdes (risque de malignité : 1-2 %) : si **symptomatique** ou taille > **4-6 cm**
- Endométriomes : risque de dégénérescence < 1 %

Chapron et al. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001

Taille > 3 cm / 1- 3 cm si ménopausée

Antécédents personnels/familiaux sein/ovaire

Oui

Echographie expert +/- chirurgie

Non

> 7-10 cm

Non

Oui

Critères **IOTA**

IRM, Avis chirurgical

Oui

Non

Avis expert échographiste

Pas de surveillance systématique

Persistance doute

Oui

Non

Avis chirurgical, IRM

Pas de surveillance systématique

- Incidence **faible** :
 - 2- 5 femmes sur 100 000
 - 10 – 20 % des tumeurs épithéliales ovariennes
- Diagnostic à un **stade précoce** dans la majorité des cas (atteinte un ou deux ovaires)
- Patiente **< 40 ans** dans un tiers des cas
- Survie globale **excellente** (97%, 90% et 88 % à 10 ans pour les stades I, II et III respectivement)
- Récidive : **2-24 %** (dont < 4 % sous forme invasive)

➤ **Pas de consensus**

➤ Kystes fonctionnels :

- résolution spontanée (pré ménopause) : 76% après un cycle, 100 % après 2 cycles
- contrôle après deux cycles (mais non systématique)

➤ Kystes dermoïdes : surveillance simple des kystes asymptomatiques et < 4 – 6 cm

➤ Kystes endométriosiques : régression à la ménopause

➤ Dans tous les autres cas :

- En théorie : pas de surveillance systématique
- En pratique : surveillance annuelle ou au cas par cas

MERCI