

# Item 342 : Tuméfaction pelvienne chez la femme – Kyste des ovaires

---

---

**Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

Pré-Requis.....	3
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I Quelle est la stratégie diagnostique devant une tumeur de l'ovaire unilatérale ? .....</b>	<b>5</b>
<b>II Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant une masse latéro-utérine ou une image kystique ? .....</b>	<b>8</b>
<b>III Quelle est la prise en charge thérapeutique lorsqu'il n'existe pas d'argument immédiat de malignité ?.....</b>	<b>9</b>
<b>III.1 Les indications opératoires.....</b>	<b>9</b>
<b>III.2 La cœlioscopie.....</b>	<b>9</b>
<b>III.3 Deux autres possibilités peuvent être proposées dans certains cas.....</b>	<b>10</b>
<b>III.4 Quelles sont les évolutions des kystes ovariens ?.....</b>	<b>11</b>
<b>IV Annexes.....</b>	<b>12</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>12</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>19</b>
<b>Recommandation .....</b>	<b>20</b>
<b>Abréviations.....</b>	<b>20</b>

## PRE-REQUIS

- Anatomie de l'ovaire avec sa vascularisation.
- Développement folliculaire.
- Physiologie du péritoine.
- Physiologie du cycle menstruel.
- Histologie de l'ovaire.
- Embryologie des ovaires.
- Mécanismes de la fécondation.

## OBJECTIFS

ENC :

- Devant une tuméfaction pelvienne chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

SPECIFIQUE :

- Devant une tuméfaction pelvienne chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.
- Argumenter l'attitude thérapeutique.
- Planifier le suivi thérapeutique.

La pathologie annexielle constitue l'un des motifs les plus fréquents de consultation gynécologique, comme l'une des indications les plus fréquentes en chirurgie gynécologique : 5 à 7 % des femmes développent une tumeur ovarienne au cours de leur vie.

Les kystes ovariens (*cf. glossaire*) peuvent être :

- fonctionnels,
- ou organiques (lésions vraies), bénins ou malins.

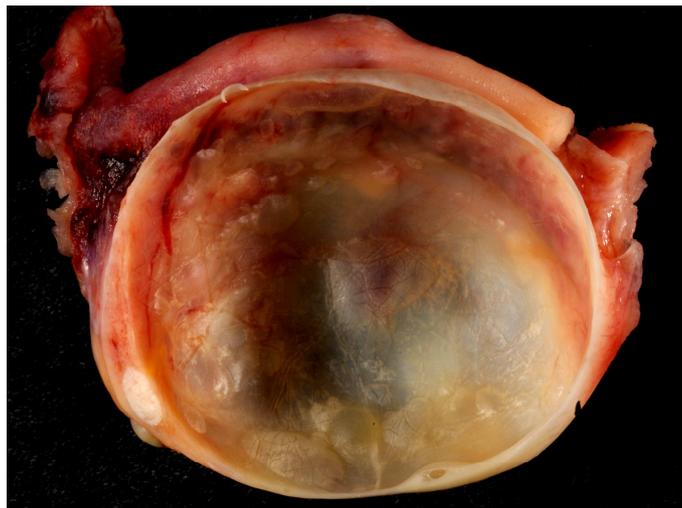
a. Un grand nombre de ces kystes sont dits « *fonctionnels* », correspondant soit à de gros follicules préovulatoires ou anovulatoires (> 3 cm, il est à noter que le follicule ovulatoire de De Graaf (*cf. glossaire*) mesure 22 mm), soit à des corps jaunes kystiques. Ils disparaissent spontanément. Ils constituent les kystes les plus fréquents, avec une prévalence de 20 % chez les femmes en période d'activité génitale et 5 % après la ménopause (*cf. glossaire*). Ils sont favorisés par les inductions de l'ovulation.

Ces kystes régressent spontanément dans 90 % des cas, en quelques semaines.

Il a longtemps été classique de dire que les kystes fonctionnels n'existaient pas après la ménopause. Pourtant, il a été montré que 5 % des patientes ménopausées présentent un kyste fonctionnel. Les kystes uniloculaires (*cf. glossaire*) doivent donc être correctement évalués avant d'être opérés.

b. *Les kystes ovariens organiques sont le plus souvent bénins.* Seules 5 % des masses annexielles organiques diagnostiquées avant la ménopause sont néoplasiques (*cf. glossaire*) ; et environ 15 % après la ménopause. Les kystes ne constituent pas des lésions préneoplasiques et doivent être pris en charge de façon simple, afin de ne pas altérer la vie ultérieure des femmes, en terme de fertilité, de douleurs séquellaires ou d'exérèse (*cf. glossaire*) inutile d'organes sains.

#### Kyste ovarien bénin



(Source : Wikipédia. Kyste ovarien [Internet]. Wikipédia; 2006.)

c. Inversement le *cancer de l'ovaire* est une pathologie de mauvais pronostic, qui nécessite un traitement adapté.

Devant une « masse ovarienne » unilatérale, deux étapes sont toujours à respecter :

- affirmer l'organicité (cf. glossaire),
- éliminer une lésion néoplasique.

**Rappel :** Les tumeurs de l'ovaire peuvent être développées à partir des 3 constituants principaux des gonades : l'épithélium (cf. glossaire) cœlomique (cf. glossaire) (mésothélium (cf. glossaire) ), le stroma (cf. glossaire) spécialisé (tumeur des cordons sexuels) et les cellules germinales.

Chacun de ces constituants peut donner des tumeurs bénignes, des tumeurs à malignité limitée (lésion borderline ou frontière) ou des cancers.

Les tumeurs épithéliales séreuses sont de loin les plus fréquentes et constituent 90 % de l'ensemble des tumeurs ovariennes.

Cependant, la fréquence de chaque type de lésion (épithélium cœlomique / stroma spécialisé / cellules germinales) varie avec l'âge, comme la fréquence des cancers.

## I QUELLE EST LA STRATEGIE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE TUMEUR DE L'OVAIRE UNILATERALE ?

---

### Circonstances de découverte

Il n'existe pas de symptomatologie spécifique des kystes de l'ovaire. Les signes d'appel principaux sont des douleurs pelviennes unilatérales modérées, généralement à type de pesanteur ; des métrorragies (cf. glossaire) ; une pollakiurie (cf. glossaire) ou des troubles digestifs par compression.

*Mais dans plus de 50 % des cas le kyste de l'ovaire est latent, découvert sur un examen clinique ou sur une échographie réalisés pour une autre raison.*

### L'examen clinique

- **L'interrogatoire :** On note la date des *dernières règles normales* et l'on recherche les facteurs de risque de kyste fonctionnel : contraception orale minidosée, grossesse, stimulation ovarienne, syndrome des ovaires polykystiques ou au contraire des facteurs pouvant faire évoquer une nature néoplasique : antécédents personnels de cancer du sein ou de l'ovaire, antécédents familiaux au premier degré de cancer du sein ou de l'ovaire surtout s'ils sont survenus chez une femme jeune.

- **La palpation abdominale** ne retrouve aucune anomalie la plupart du temps, parfois le kyste pourra être perçu à travers la paroi (masse abdomino-pelvienne mate à la percussion).
- **L'examen au spéculum** (cf. *glossaire*) : On note l'état du col. Il est impératif de réaliser des frottis en l'absence de frottis cervicovaginal datant de moins de 2 ans.
- **Le toucher vaginal** : Il retrouve une masse latéro-utérine, rénitente (cf. *glossaire*), régulière, séparée de l'utérus par un sillon, indépendante de la mobilisation utérine. Elle peut être parfois prolabée (cf. *glossaire*) dans le cul-de-sac de Douglas (cf. *glossaire*).

Le reste de l'examen clinique est normal.

*Aucun élément ne permet alors d'affirmer la nature fonctionnelle, organique bénigne ou néoplasique de cette anomalie. Ce sont les examens complémentaires qui vont orienter vers le diagnostic final qui devra être confirmé par une étude anatomopathologique de toutes les tumeurs organiques.*

## **Examens complémentaires**

*Échographie pelvienne avec étude Doppler* (cf. *glossaire*).

Le premier examen complémentaire à réaliser est une échographie pelvienne.

*Elle doit être effectuée par un opérateur compétent en gynécologie avec un appareillage adapté. Elle se fera par voie abdominale et par voie vaginale.* Le compte rendu échographique doit décrire la lésion avec précision :

- Côté du kyste,
- Biométrie du kyste,
- Forme et situation (unilatérale ou bilatérale),
- Échogénicité (cf. *glossaire*) (anéchoïque, discrètement échogène, homogène ou hétérogène),
- Caractéristiques de la paroi (épaisseur, régularité),
- Existence de cloison(s) (en précisant l'épaisseur, et la régularité),
- Existence de végétations intrakystique ou extrakystique (en précisant la taille et la situation),
- Description de l'ovaire controlatéral et de l'utérus à la recherche d'une pathologie associée,

- Description du cul-de-sac de Douglas avec signalement d'une éventuelle ascite (cf. *glossaire*).

L'existence d'une ou de plusieurs végétations, un aspect complexe ou un aspect solide sont des arguments très évocateurs de malignité.

Une étude Doppler doit compléter l'étude morphologique.

*L'aspect échographique du kyste ne permet pas d'affirmer sa nature fonctionnelle.*

*Pour éliminer les kystes fonctionnels, il faut recommencer l'examen à distance. En effet, 70 % des kystes fonctionnels régressent en 6 semaines et 90 % en 3 mois. L'intérêt des traitements hormonaux freinateurs est discuté.*

*Tout kyste persistant plus de 3 mois est considéré comme un kyste organique et doit être analysé.*

### **Les explorations radiologiques complémentaires**

Le scanner pelvien et surtout l'IRM (cf. *glossaire*) complètent le bilan dans certaines situations.

Les indications sont les suspicions de kystes dermoïdes ou endométriosiques (cf. *glossaire*) pour lesquels ces examens ont des valeurs prédictives élevées.

L'IRM est également indispensable en cas de kyste volumineux (> 7 cm de diamètre), car l'échographie ne peut alors fournir une exploration complète. L'analyse sémiologique est superposable à celle de l'échographie : biométrie, unilatéralité ou bilatéralité, contenu, présence de cloisons ou de végétations, aspect après injection de gadolinium (cf. *glossaire*). L'IRM fournit également des informations sur le péritoine (nodules), l'épiploon (cf. *glossaire*), les aires ganglionnaires.

### **Les examens biologiques**

*La grossesse aura été éliminée au moindre doute par un dosage de  $\beta$ -hCG plasmatique. Le dosage du CA 125 (cf. *glossaire*) est demandé pour aider dans la distinction kyste bénin / cancer.*

Une élévation du CA 125 après la ménopause est un argument fort pour la malignité.

*Le premier bilan est toujours clinique et échographique (+ CA 125).*

*À l'issue de cette première étape, on recherche les arguments en faveur de la malignité. De nombreux scores ont été proposés.*

Les éléments qui apparaissent aujourd'hui importants sont :

- L'âge de la patiente,
- Ses antécédents familiaux,
- L'existence de végétations intrakystiques ou extrakystiques,
- Un TAMVx (*cf. glossaire*) élevé ou un CA 125 augmenté,
- La bilatéralité des lésions.

En prenant ces éléments, plusieurs scores ont été proposés, le plus connu étant le Risk of Malignancy Index (Risk of Malignancy Index), permettant de déterminer la nature maligne d'un kyste avec une sensibilité de 80 % et une spécificité de 92 %.

### Au total

- Il existe plusieurs situations :
  - Il n'existe pas d'argument immédiat de malignité,
  - Il existe des arguments évidents en faveur de la malignité :
    - La tumeur est hétérogène avec des végétations, il s'agit d'une lésion bilatérale, associée à une ascite, le CA 125 est élevé (> 2N)...
  - Il faut adresser la patiente à un centre spécialiste en oncologie gynécologique.
- Il n'existe pas d'argument immédiat de malignité :
  - Il faut vérifier que la « tumeur ovarienne » persiste plus de 3 mois afin d'affirmer son organicité.
  - On complètera le bilan par une échographie de deuxième intention et éventuellement une IRM, avant de proposer le traitement du kyste.

Il faut garder à l'esprit que le bilan préopératoire peut méconnaître un petit nombre de cancers stade I.

## II QUELS SONT LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS À ÉVOQUER DEVANT UNE MASSE LATERO-UTÉRINE OU UNE IMAGE KYSTIQUE ?

---

Il s'agit essentiellement de diagnostics différentiels cliniques car l'échographie effectuée par un opérateur compétent, permet d'affirmer la nature non ovarienne de la formation. Cependant, dans quelques cas, la coelioscopie (*cf. glossaire*) corrigera le diagnostic en cas de suspicion de kyste organique.

1. **Kyste vestigial**. Il s'agit d'un reliquat du canal de Wolff (*cf. glossaire*) qui est le plus souvent appendu au pavillon tubaire. Ces « kystes » ne se compliquent pas et ne sont pas des indications opératoires s'ils sont reconnus lors du bilan (kystes distincts de l'ovaire, mobilisables indépendamment de lui),
2. **Vessie en réplétion**,
3. **Caecum** (*cf. glossaire*) à droite et **sigmoïde** (*cf. glossaire*) à gauche,
4. **Hydrosalpinx** (*cf. glossaire*), dilatation tubaire séquellaire d'infection, (formation d'allure kystique à l'échographie, à paroi épaisse avec des cloisons tronquées et un contenu hétérogène, située entre l'utérus et l'ovaire),
5. **Grossesse extra-utérin** (aménorrhée (*cf. glossaire*), hCG positifs, hémopéritoine (*cf. glossaire*), masse hétérogène distincte de l'ovaire),
6. **Myome** (*cf. glossaire*) **sous-séreux** (*cf. glossaire*) **pédiculé** (*cf. glossaire*) (échogénicité identique à celle du myomètre (*cf. glossaire*), mobilisation indépendante de l'ovaire, pédicule vasculaire provenant de l'utérus),
7. **Faux kyste péritonéal** correspondant à un cloisonnement péritonéal par des adhérences (patientes ayant de multiples antécédents de chirurgie pelvienne et/ou d'infections).

### III QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE LORSQU'IL N'EXISTE PAS D'ARGUMENT IMMEDIAT DE MALIGNITE ?

---

#### III.1 LES INDICATIONS OPERATOIRES

Les indications opératoires sont :

- l'existence de complications,
- la persistance après 3 cycles,
- des critères de kystes organiques,
- devant une modification d'un kyste d'allure fonctionnelle.

#### III.2 LA CŒLIOSCOPIE

Elle débute par une exploration complète de la cavité abdominale.

On procède ensuite au traitement du kyste supposé bénin :

- Kystectomie (*cf. glossaire*) chez les femmes non ménopausées, en suivant le plan de clivage naturel entre le kyste et l'ovaire sain,
- Ovariectomie (*cf. glossaire*) ou mieux annexectomie (*cf. glossaire*) chez les femmes ménopausées ou en cas de kystes volumineux (> 80 mm de diamètre), car l'exérèse du kyste laisserait trop peu de parenchyme (*cf. glossaire*) ovarien sain. **Au moindre doute, il faut demander un examen extemporané en cas de kyste suspect, arrêter la cœlioscopie si la nature maligne est confirmée et réaliser une laparotomie (*cf. glossaire*) médiane qui permettra de faire la stadification et le traitement de ce cancer. Il est donc indispensable d'avoir prévenu la femme du risque de laparotomie avant le début de l'intervention** (en cas de laparoconversion (*cf. glossaire*), il est impératif de réséquer les orifices de trocars (*cf. glossaire*), car des métastases (*cf. glossaire*) peuvent siéger à ce niveau). Finalement, la laparotomie n'est plus utilisée pour les kystes bénins, qu'en cas de contre-indication à la cœlioscopie. Les restrictions anesthésiques peuvent être observées lorsqu'il existe une insuffisance respiratoire ou cardiaque. Cependant, aujourd'hui l'obésité ou l'âge avancé ne sont plus des contre-indications systématiques. Sur le plan chirurgical, des antécédents majeurs comme les péritonites (*cf. glossaire*) ou les chirurgies digestives lourdes (cancers coliques, maladie de Crohn (*cf. glossaire*), etc.) augmentent le risque de complication digestive de la cœlioscopie, ainsi que le risque de laparoconversion. Dans ces cas, le bénéfice réel de la chirurgie doit être discuté.

### III.3 DEUX AUTRES POSSIBILITES PEUVENT ETRE PROPOSEES DANS CERTAINS CAS

#### a. L'abstention thérapeutique

Elle est admissible en cas de kyste uniloculaire, anéchogène, à paroi fine, sans cloison ni végétation mesurant moins de 50 mm de diamètre, associé à un CA 125 sérique normal.

Moins de 1 % de ces « kystes » correspondent en fait à des cancers.

L'abstention est dans ces cas d'autant plus intéressante, qu'il existe des contre-indications ou des facteurs de risque importants à l'anesthésie ou à la chirurgie. Les risques liés à l'intervention seraient alors supérieurs aux bénéfices attendus.

#### b. La ponction échoguidée

La ponction des kystes ovariens est également possible. Les indications sont identiques à celles de l'abstention.

Le geste consiste en l'aspiration du contenu du kyste grâce à une ponction échoguidée. Il permet de faire une cytologie sur le contenu du kyste (dont la valeur prédictive est

cependant médiocre) ainsi qu'un dosage du CA 125 et de l'œstradiol (*cf. glossaire*) dans le liquide du kyste.

### III.4 QUELLES SONT LES EVOLUTIONS DES KYSTES OVARIENS ?

Ces tumeurs sont souvent latentes mais peuvent à tout moment se compliquer de façon aiguë ou subaiguë. Ce sont :

- **La torsion**

- Elle survient surtout pour les kystes lourds : dermoïdes, mucineux ; ou les kystes munis d'un pédicule très fin : kyste du parovaire.
- Le tableau clinique est caractéristique : il s'agit d'un **coup de tonnerre dans un ciel serein**. La douleur abdomino-pelvienne débute brutalement d'une seconde à l'autre et ne cède pas. Elle est associée à des vomissements et nausées.
- L'examen retrouve un tableau de défense abdomino-pelvienne généralisée. L'examen gynécologique note un cul-de-sac extrêmement douloureux. Il n'y a pas de signe infectieux, ni de signe pouvant faire évoquer une occlusion.
- Souvent des épisodes de subtorsion ont précédé l'accident aigu. L'échographie montre une image latéro-utérine. Le Doppler peut montrer l'arrêt de la vascularisation au niveau des pédicules utéro-ovariens et infundibulopelviens. **Une intervention est nécessaire en urgence** pour détordre le kyste. Il faut être conservateur chez les femmes jeunes, même en cas de geste tardif et même si l'aspect de l'ovaire est inquiétant.
- Des contrôles tardifs ont montré la récupération d'une fonction subnormale.
- Les classiques troubles de l'hémostase (*cf. glossaire*) ne sont plus jamais observés.

- **L'hémorragie intrakystique**

- Elle survient souvent dans des kystes fonctionnels. Elle provoque l'apparition d'un syndrome douloureux pelvien à début rapide. L'examen clinique retrouve une défense dans l'une des deux fosses iliaques. L'un des culs-de-sac est comblé et douloureux. L'échographie retrouve un kyste très finement échogène si l'examen est réalisé tôt après l'accident ou hétérogène si l'examen est réalisé plus tard. Il est fréquent d'observer un épanchement péritonéal associé. Ici encore le traitement chirurgical s'impose afin de confirmer le diagnostic, d'arrêter l'hémorragie, et de traiter le kyste.

- **La rupture du kyste de l'ovaire**

- Elle complique souvent l'hémorragie et ou la torsion. Le tableau est globalement superposable à celui de l'hémorragie. L'échographie peut orienter le diagnostic en montrant un épanchement péritonéal abondant. L'intervention confirme le diagnostic et permet le traitement.
- **L'infection ovarienne (abcès ovarien)**
  - Elle est soit secondaire à un tableau de pelvipéritonite (*cf. glossaire*) d'origine génitale soit secondaire à une ponction ovarienne échoguidée pour traitement d'un kyste ou recueil ovocytaire. Son tableau est caractéristique avec hyperthermie, contractures pelviennes, hyperleucocytose (*cf. glossaire*) . Ici encore l'intervention s'impose afin de confirmer le diagnostic de réaliser la toilette péritonéale et le drainage de l'abcès.
  - Le traitement antibiotique (triple antibiothérapie associant une céphalosporine (*cf. glossaire*), un aminoside (*cf. glossaire*) et un imidazolé (*cf. glossaire*) ) est nécessaire.
- **Les rares compressions d'organes pelviens**
  - (vésicale, rectale, veineuse, urétérale).
- **Les complications obstétricales**
  - Un gros kyste enclavé dans le cul-de-sac de Douglas peut être responsable d'un obstacle prævia (*cf. glossaire*) gênant la descente de la tête fœtale. Dans ce cas, on pourra être amené à réaliser une césarienne. Au début de grossesse, on peut mettre en évidence un kyste ovarien ; Les complications sont plus fréquentes pendant la grossesse. La conduite à tenir est spécifique pendant la grossesse (abstention jusqu'à 16 SA le plus souvent puis exploration chirurgicale en cas de persistance après ce terme).

## IV ANNEXES

---

### GLOSSAIRE

- aménorrhée : Absence des règles, de menstruation. Le plus souvent, la grossesse en est la cause. Dans les autres cas, l'aménorrhée peut être l'unique symptôme d'une pathologie ou au contraire, un parmi de nombreux autres. La recherche de la cause d'une aménorrhée nécessite rarement des examens nombreux. La prise en charge thérapeutique est parfois plus délicate.

- aminoside : Aminoside ou aminoglycoside : Famille d'antibiotiques actifs sur certains types de bactéries. Ils comprennent l'amikacine, la gentamicine, la kanamycine, la néomycine, la nétilmicine, la paromomycine, la streptomycine, et la tobramycine. La plupart de ces antibiotiques sont produits par des bactéries de la famille des actinomycètes, ou en sont dérivés par hémisynthèse. Ceux qui sont dérivés des actinomycètes du genre *Streptomyces* prennent le suffixe « -mycine », ceux qui sont dérivés du genre *Micromonospora* prennent le suffixe « -micine ».
- annexectomie : Ablation chirurgicale des trompes de Fallope et des ovaires.
- ascite : Épanchement liquidien intra-abdominal, ou accumulation de liquide dans la cavité péritonéale. Elle peut être de plusieurs types : séreuse, exsudative (riche en protéines), hémorragique, infectée, chyleuse (riche en triglycérides).
- CA 125 : CA 125 (Carbohydre Antigen 125, souvent appelé Cancer Antigen 125) : Marqueur tumoral qui peut être retrouvé en quantité élevée dans le sang de patients atteints de certains cancers d'organes digestifs ou génitaux. Il augmente également dans des maladies digestives ou génitales non cancéreuses. Son taux sanguin est corrélé au volume de la tumeur : plus celle-ci est volumineuse, plus le taux est important. CA 125 est une glycoprotéine de type mucine produite par le gène MUC16. Son dosage est particulièrement intéressant dans le cancer de l'ovaire, notamment dans la surveillance de celui-ci. Ainsi, après un traitement, sa diminution indique une bonne efficacité thérapeutique, alors que sa réaugmentation peut traduire la rechute du cancer. La spécificité et la sensibilité du CA 125 sont insuffisantes pour l'utiliser comme seul marqueur dans le dépistage du cancer du revêtement de l'ovaire.
- Caecum : Première partie du côlon. Il est formé d'un sac auquel s'abouche l'orifice de la valvule iléo-cæcale (appelée aussi valvule de Bauhin). C'est au niveau de cette valvule que l'iléon se déverse dans le côlon. L'appendice, qui peut donner l'appendicite, est appendu au cæcum.
- canal de Wolff : Canal de Wolff ou canal mésonéphrotique : Primitivement uretère primaire, lors du stade indifférencié du développement de l'appareil génital. Chez l'humain, ce stade a lieu à la 6ème semaine embryonnaire. Au cours de l'évolution phylogénétique, le canal de Wolff acquiert, chez le mâle, des fonctions génitales, tandis qu'il disparaît chez la femelle.
- céphalosporine : Classe d'antibiotiques bactéricides bêta-lactamines. Avec les céphamycines, ils forment le sous-groupe des céphems.
- cœlioscopie : Technique chirurgicale mini-invasive de diagnostic (cœlioscopie proprement dite) et d'intervention (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale, de plus

en plus utilisée sur l'appareil digestif (chirurgie viscérale), en gynécologie, et en urologie. Elle fait partie des techniques d'endoscopie chirurgicale.

- cœlomique : Cœlome : Cavité générale, complètement bordée par le mésoderme, qui en forme la membrane.
- cul-de-sac de Douglas : Cul-de-sac de Douglas ou cul-de-sac recto-vaginal : Repli du péritoine entre l'utérus et le rectum, formant un cul-de-sac recto-vaginal. Le cul-de-sac de Douglas est l'endroit où s'accumulent les liquides qui peuvent se trouver par accident dans la cavité péritonéale (sang, pus, etc.). Cet endroit du corps est accessible par le toucher rectal, ce qui permet le diagnostic de nombreuses pathologies. Chez l'homme, ce cul-de-sac est simplement l'extrémité inférieure de la cavité péritonéale, entre la face postérieure de la vessie et la face ventrale du rectum.
- Doppler : Examen échographique en deux dimensions non-invasif qui permet d'explorer les flux sanguins intracardiaques et intravasculaires. Elle est basée sur un phénomène physique des ultrasons, l'effet Doppler.
- Échogénicité : Aptitude d'un tissu à rétrodiffuser les ultrasons.
- endométriosique : Endométriose : Présence de cellules endométriales en dehors de la cavité utérine (cavité péritonéale et ovaire). L'endométriose est une maladie bénigne mais incurable, encore mystérieuse pour la communauté médicale. Ni son origine, ni son remède ne sont déterminés à ce jour, bien que plusieurs hypothèses aient été émises (notamment le rôle du reflux d'endomètre par les trompes de Fallope dans la cavité pelvienne, lors des règles). 80 % des endométrioses ont une localisation ovarienne. Les lésions d'endométriose, outre la sphère gynécologique, peuvent également se situer sur les organes digestifs, dont le rectum, sur la vessie, voire sur les reins. Dans de rares cas, des atteintes pulmonaires se produisent.
- épiploon : Épiploon ou omentum : Ensemble de deux feuillets de péritoine accolés et qui relie deux viscères entre eux. Le grand épiploon ou grand omentum va de l'estomac au côlon transverse et forme un tablier à double feuillet qui se retrouve à la surface des intestins ; le petit épiploon ou petit omentum est tendu de l'estomac au foie. Chaque épiploon est parcouru par de nombreux vaisseaux.
- épithélium : Tissu constitué de cellules étroitement juxtaposées, sans interposition de fibre ou de substance fondamentale (en microscopie optique, ce qui les distingue des tissus conjonctifs). Les cellules sont associées les unes aux autres grâce à des jonctions intercellulaires. Ils ne sont pas vascularisés à l'exception des stries vasculaires (cochlée, production de l'endolymph). L'apport des nutriments et l'export des déchets se fait en relation avec le tissu conjonctif sous-jacent par l'intermédiaire d'une lame basale, sur laquelle repose tout épithélium (si un tissu a

des cellules jointives mais pas de basale, ce n'est pas un épithélium, exemple : épendymocytes).

- exérèse : Intervention chirurgicale consistant à retirer de l'organisme un élément qui lui est nuisible ou inutile (organe, tumeur, corps étranger, etc.).
- follicule ovulatoire de De Graaf : Follicule de De Graaf : Follicule ovarien se formant durant les heures précédant l'ovulation. Les cellules du cumulus oophorus se transforment. Celles situées au contact de la zone pellucide s'allongent et se disposent radialement par rapport à l'ovocyte, constituant la corona radiata, qui accompagnera l'ovocyte à sa sortie de l'ovaire. Les autres sont dissociées, et constituent une masse ayant l'aspect d'une nébuleuse.
- gadolinium : Élément chimique, métal des terres rares. Il est gris argent, malléable et ductile à la température ambiante.
- hémopéritoine : Épanchement de sang dans la cavité péritonéale, cavité virtuelle délimitée par les deux feuillets du péritoine, membrane qui tapisse d'une part la paroi de l'abdomen, d'autre part les organes abdominaux. Un hémopéritoine est le signe d'une lésion viscérale ou vasculaire. Il est dû en général à un traumatisme violent provoquant la rupture d'un organe plein (foie, rate). Il s'observe également en cas de grossesse extra-utérine ayant entraîné une rupture de la trompe. Moins fréquemment, il est lié à la présence d'une tumeur intra-abdominale. Lorsqu'il y a rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale, on parle d'un hémorétropéritoine.
- hémostase : Processus physiologique qui permet d'interrompre le saignement pour éviter l'hémorragie.
- Hydrosalpinx : Collection de liquide séreux (liquide fabriqué par les cellules recouvrant l'intérieur des trompes utérines) s'accumulant dans la partie terminale d'une ou des deux trompes à la fois. L'une des caractéristiques de l'hydrosalpinx est l'accolement des parois. L'hydrosalpinx est une complication d'une salpingite, c'est-à-dire d'une affection d'une ou des deux trompes quand celle-ci n'est pas traitée. Quand l'hydrosalpinx survient des deux côtés (bilatéral), il est alors responsable de stérilité.
- hyperleucocytose : Augmentation du taux de globules blancs dans le sang.
- imidazolé : Imidazoles : Composés organiques aromatiques hétérocycliques contenant deux atomes d'azotes.
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- Kystectomie : Ablation chirurgicale d'un kyste de l'ovaire.
- kystes ovariens : Kyste ovarien : Petite poche remplie de liquide développée aux dépens d'un ovaire. Il s'agit d'une affection extrêmement fréquente, découverte la

plupart du temps de manière fortuite au cours d'un examen d'imagerie (échographie par exemple). Ces kystes sont bénins dans la grande majorité des cas, et ont des causes variées.

- laparoconversion : Passage d'une coelioscopie en laparotomie en cours d'intervention, avec une cicatrice classique en ouvrant le ventre.
- laparotomie : Acte chirurgical consistant en l'ouverture de l'abdomen par une incision laissant le passage direct à d'autres actes chirurgicaux sur les organes abdominaux et pelviens. La laparotomie est une voie d'abord chirurgicale. Différentes incisions sont possibles. La plus courante est une ouverture allant du pubis au bord inférieur du sternum (appelée laparotomie médiane xyphopubienne). Dans le cadre de certaines interventions en chirurgie gynécologique, notamment les césariennes, la laparotomie est horizontale et très basse, à la limite des poils pubiens. Elle est nommée « incision de Pfannenstiel ».
- maladie de Crohn : Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale (MICI) pouvant atteindre une ou plusieurs parties du tube digestif. C'est une maladie évoluant par poussées et alternant avec des phases d'accalmie. Les poussées se manifestent généralement par des douleurs abdominales, une diarrhée avec des glaires et parfois du sang, et souvent de la fatigue.
- ménopause : Arrêt des règles. Lors de la ménopause la femme ne possède plus suffisamment de follicules car ceux-ci ont été soit utilisés pour le cycle ovarien soit les cellules folliculaires ont dégénéré par le phénomène d'atrésie folliculaire. On la divise en plusieurs étapes : périménopause (période d'irrégularités des cycles menstruels précédant la ménopause et l'année qui suit l'arrêt apparent des règles) ; post-ménopause (ménopause confirmée). La ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans en France.
- mésothélium : Tissu biologique constitué d'une couche de cellules épithéliales simple pavimenteux qui tapisse la surface interne des cavités séreuses de l'organisme. Les cellules sont unies entre elles par des complexes de jonctions et des desmosomes permettant une bonne étanchéité de la couche de cellules. Le cytoplasme des cellules qui la composent est très mince (inférieur à 1  $\mu\text{m}$ ) et son noyau est relativement arrondi par rapport à l'endothélium qui est de la même classification, un épithélium simple pavimenteux.
- métastase : Croissance d'un organisme pathogène ou d'une cellule tumorale à distance du site initialement atteint. Chez l'homme, les métastases peuvent se produire par diffusion de cellules malignes ou de microorganismes par voie sanguine (hématogène) ou lymphatique (les ganglions lymphatiques métastatiques sont appelés adénopathies).

- métrorragie : Saignement génital survenant en dehors des règles. On peut avoir des métrorragies après la ménopause ou à cause d'une grossesse extra-utérine rompue. Dans ce dernier cas le fœtus peut s'être développé dans les trompes (au lieu de l'utérus) et ainsi, rompre un vaisseau sanguin. La métrorragie peut ainsi signer un hémopéritoine. C'est une urgence médicale. Le terme métrorragie ne préjuge en rien de l'abondance du saignement. Il ne faut pas confondre métrorragie avec ménorragie, qui définit des règles anormalement longues et abondantes.
- Myome : Tumeur bénigne formée de tissu musculaire. C'est une des pathologies dites hormono-sensibles. « Myome utérin » est le nom donné à la maladie bénigne et fréquente, qui se caractérise par la formation de myomes dans le muscle utérin.
- myomètre : Couche musculuse interne de la paroi utérine.
- néoplasique : Néoplasie : Formation nouvelle – le néoplasme – qui se développe par prolifération cellulaire et qui présente une organisation structurale et une coordination fonctionnelle faible, voire nulle, avec le tissu environnant. Le néoplasme est le terme utilisé en médecine pour désigner une tumeur ou un cancer. Elle forme une masse tissulaire distincte qui peut être : soit bénigne, elle est alors le plus souvent d'évolution lente et limitée et peut être traitée par résection ; soit maligne, elle est alors progressive, proliférante, infiltrante, disséminante, récidivante, plus difficilement traitable et possiblement fatale. Le terme néoplasie est souvent synonyme de tumeur.
- organicité : Ensemble des phénomènes liés à la fonction d'un organe.
- Ovariectomie : Ovariectomie ou oophorectomie : Ablation chirurgicale des ovaires.
- parenchyme : Organe la somme des tissus constituant les parties fonctionnelles (et souvent vitales) d'un organe, c'est-à-dire assurant la fonction propre de cet organe (et non les cellules ou structures dites de soutien, de remplissage ou d'alimentation de cet organe bien que ces dernières aient aussi souvent des rôles fonctionnels secondaires). Ce sont par exemple : les neurones (éléments fonctionnels de base du système nerveux), les hépatocytes (qui assurent plusieurs des fonctions vitales du foie), les entérocytes (dans l'intestin, constitués des cellules spécialisées dans la fonction de l'organe), les néphrons (ou glomérules, qui, dans le rein, sont les éléments permettant la filtration du sang et l'excrétion des déchets via l'urine), les bronchioles et alvéoles pulmonaires, la « pulpe rouge » et la « pulpe blanche » (correspondant aux follicules lymphoïdes) de la rate. L'innervation des parenchymes (hors tissus nerveux) va de l'absence totale (neurones) à une faible présence (épiderme).

- pédiculé : Pédicule : Ensemble des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et des nerfs, qui sont dédiés à un organe et permettent son fonctionnement et son interaction avec le reste du corps.
- pelvipéritonite : Infection des organes reproducteurs féminins (utérus, trompes de Fallope, ovaires), qui peut se propager à travers les tubes, dans le bassin autour de l'utérus, de la vessie et le gros intestin. L'infection provoque une inflammation. L'infection est plus fréquente chez les jeunes femmes, celles qui ont un nouveau partenaire, et ceux qui n'utilisent pas de préservatifs. Occasionnellement, l'infection de l'utérus (endométrite) et les trompes de Fallope (salpingite) arrive seule, mais si l'utérus est infecté, les tubes sont susceptibles d'être infectés, et vice-versa.
- péritonite : Inflammation du péritoine. La péritonite est une infection grave qui peut déboucher sur la mort si elle n'est pas traitée, car la surface péritonéale est supérieure à la surface corporelle ; les conséquences locales et générales sont donc très rapides. L'infection provient d'une suppuration ou d'une perforation du tube digestif permettant à des bactéries d'atteindre le péritoine. En fonction des moyens locaux et généraux de défense, trois évolutions sont possibles : la guérison, l'abcès, ou la péritonite.
- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions en petites quantités. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine.
- prævia : Placenta prævia : Localisation anormale du placenta qui peut être responsable d'hémorragies sévères au cours du troisième trimestre de la grossesse. Le placenta est normalement inséré dans le fond de l'utérus ; il est dit prævia lorsque ce n'est pas le cas. Dans ce cas il est localisé sur le segment inférieur et peut alors être latéral, marginal (lorsqu'il affleure par son bord l'orifice du col de l'utérus), partiellement recouvrant, ou recouvrant lorsque il est tout entier situé au-dessus de l'orifice interne du col. Le placenta prævia est favorisé par les malformations utérines, les fibromes sous-muqueux, les antécédents de manœuvres endo-utérines (curetage, aspiration, IVG), un utérus cicatriciel (par césarienne en particulier), des grossesses nombreuses, l'âge avancé de la mère, le tabagisme, des antécédents personnels de placenta prævia.
- prolabé : Relatif à un organe ayant suivi une descente, un prolapsus.
- rénitent : Qui offre une certaine résistance à la pression des doigts.
- sigmoïde : Sigmoides ou côlon sigmoïde : Boucle située dans la fosse iliaque gauche. Elle fait suite au côlon descendant, et donne naissance au rectum.

- sous-séreux : Qui est placé sous les membranes séreuses.
- spéculum : Outil médical – généralement en métal ou à usage unique en plastique – permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- œstradiol : Œstradiol ou estradiol : Dérivé naturel du métabolisme du cholestérol (via la testostérone), et d'intérêt vital pour le maintien de la fertilité et des caractères sexuels secondaires chez la femme.
- stroma : Réseau conjonctif (mésenchyme) de support d'une cellule, d'un tissu ou d'un organe (ex : stroma de l'endomètre utérin).
- TAMVx : TAMVx (Time-Averaged Maximum Velocity) : Paramètre mesuré par l'étude Doppler, et qui prend en compte la résistance des vaisseaux et la vitesse du flux sanguin.
- trocart : Instrument chirurgical qui se présente sous la forme d'une tige cylindrique creuse, pointue et coupante à son extrémité et surmontée d'un manche. Le trocart sert à faire des ponctions et des biopsies.
- uniloculaire : Qui ne contient qu'une cavité.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Bergeron C. : Limites et pièges du cytodiagnostics des kystes de l'ovaire. Revue Française des Laboratoires. 1995 Mar;1995(274):39-42.
- Bernard P. : Les kystes de l'ovaire. Faculté de Médecine de Grenoble; 2002.
- Brun JL, Le Touzé O, Leng JJ. : Traitement médical et chirurgical des kystes de l'ovaire fonctionnels. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):452.
- Cosson M, Goffinet F, Golfier F, Lansac J, Marret H. : Le kyste de l'ovaire – Introduction. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):47.
- Demont F, Fourquet F, Rogers M, Lansac J. : Épidémiologie des kystes de l'ovaire apparemment bénins. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):411.
- Folini X, Bourdel N, Rabischong B, Jardon K, Botchorishvili R, Pouly JL, et al. : Comment je fais... le traitement cœlioscopique d'un kyste dermoïde de l'ovaire ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010 Dec;38(12):773-775.
- Goffinet F. : Kyste de l'ovaire et grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):4108.

- Marret H. : Échographie et doppler dans le diagnostic des kystes ovariens : indications, pertinence des critères diagnostiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):20-23.
- Narducci F, Orazi G, Cosson M. : Kyste ovarien : indications chirurgicales et voies d'abord. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):467.
- Sarfati R, Magnin G. : Traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'ovaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2000; 630-H-10.
- Vacher-Lavenu MC. : Cytologie des kystes fonctionnels de l'ovaire. Revue Française des Laboratoires. 1995 Mar;1995(274):33-37.
- Villet R, Salet-Lizée D. : Kyste de l'ovaire : conduite à tenir devant une masse annexielle. Imagerie de la Femme. 2007 Sept;17(3):185-188.
- Vinatier D, Houfflin V, Colinet P. : Marqueurs tumoraux et kystes de l'ovaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2001 Nov;30(HS1):440.

## RECOMMANDATION

- Carbonne B, Goffinet F, Lansac J, Barbarino-Monnier P, Brun JL, Chapron C, et al. Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 1999. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_09.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_09.HTM)
- Lansac J, Barbarino-Monnier P, Brun JL, Chapron C, Cosson M, Goffinet F, et al. Prise en charge des kystes de l'ovaire présumés bénins. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF); 2001. : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/ACCUFRST.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/ACCUFRST.HTM)

## ABREVIATIONS

- hCG : human Chorionic Gonadotropin (Hormone Chorionique Gonadotrope humaine)
- RMI : Risk of Malignancy Index
- SA : Semaine d'Aménorrhée