

Traitement conservateur des Kystes de l'ovaire de diagnostic anténatal

Conservative management of antenatally diagnosed ovarian cyst

Kaabia. O ^(1,2), **Mathlouthi. J** ⁽³⁾, **Zgaya. R** ⁽²⁾, **Mbarki. D** ⁽²⁾, **Mghirbi. O** ⁽³⁾,
Ben Ayed. D ⁽³⁾, **Bellalah. M** ⁽³⁾, **Barka. M** ⁽³⁾, **Nouri. A** ⁽⁴⁾, **Nouri. S** ⁽³⁾, **Bibi. M** ^(1,2),
Mahdhaoui. N ⁽³⁾, **Khairi. H** ^(1,2)

⁽¹⁾ Université de Sousse, Faculté de Médecine de Sousse, LR12ES03, 4000, Sousse, Tunisie

⁽²⁾ Service de Gynécologie Obstétrique CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

⁽³⁾ Service de Néonatalogie CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie

⁽⁴⁾ Service de Chirurgie pédiatrique CHU Fattouma bouguiba Monastir, Tunisie

RÉSUMÉ

Les kystes ovariens sont les masses intra-abdominales les plus courantes chez les fœtus de sexe féminin. Leur diagnostic anténatal est de plus en plus aisé mais leur prise en charge ne fait toujours pas l'unanimité que ce soit in utero ou en post-natal. Ce travail décrit trois (3) cas cliniques de kystes ovariens fœtaux de diagnostic anténatal diagnostiqués au Service de Gynécologie Obstétrique du CHU Farhat Hached de Sousse entre 2012 et 2017 et pris en charge par le Service de Néonatalogie du CHU Farhat Hached de Sousse et de chirurgie pédiatrique du CHU Fattouma Bouguiba Monastir. A travers ces observations, nous abordons les particularités de la prise en charge conservatrice des kystes de l'ovaire et leur évolution in utero et néonatale en fonction de la stratégie thérapeutique adoptée. La prise en charge thérapeutique des kystes de l'ovaire chez le fœtus et le nouveau-né varie de l'expectative à l'approche chirurgicale. Devant la possibilité de régression spontanée des kystes ovariens, non compliqués, de découverte anténatale dans les mois qui suivent la naissance, nous avons opté dans les trois cas rapportés dans cet article, pour une approche conservatrice basée sur la ponction écho-guidée itérative en post natal du contenu des kystes ovariens avec une surveillance clinique et à l'imagerie. Le but de cette approche étant d'éviter les complications de la chirurgie d'une part et de préserver le maximum de parenchyme ovarien sain pour ne pas compromettre le fonctionnement ultérieur de l'ovaire.

Mots-clés : Kyste de l'ovaire, Diagnostic anténatal, Traitement conservateur, Ponction écho-guidée, Suivi.

ABSTRACT

Ovarian cysts are the most common intra-abdominal masses in female fetuses. Their prenatal diagnosis is becoming easier, but their management is still not unanimous, whether in utero or in newborns. This work describes three (3) clinical cases of fetal ovarian cysts diagnosed antenatally at the Department of Obstetrics and Gynecology at Farhat Hached University Hospital in Sousse between 2012 and 2017 and followed by the Department of Neonatology at Farhat Hached University Hospital in Sousse and the Department of Pediatric Surgery at Fattouma Bouguiba University Hospital in Monastir. Through these observations, we discuss the peculiarities of the conservative management of ovarian cysts and their evolution in utero and after the delivery according to the chosen therapeutic strategy. The therapeutic management of ovarian cysts in the fetus and newborn varies from expectation to surgical approach. Because of the possibility of spontaneous regression during the first months following birth of uncomplicated ovarian cysts of antenatal discovery, we opted, in the three cases reported in this article, for a conservative therapeutic approach based on the iterative ultrasound-guided puncture of the ovarian cyst content in the new-borns with clinical monitoring and imaging during the follow up. The goal of this approach is to avoid the surgical complications, on the one hand, and to preserve as much healthy ovarian parenchyma as possible so as not to compromise the subsequent functioning of the ovary.

Key words : Ovarian cyst, Antenatal diagnosis, Conservative management, Ultrasound-guided puncture, Follow up.

Auteur correspondant :

Mail : Dr.kaabia@gmail.com

INTRODUCTION

Les kystes ovariens sont les masses intra-abdominales les plus courantes chez les fœtus de sexe féminin [1, 2]. Le diagnostic étiologique des masses intra-abdominales fœtales s'est considérablement développé grâce à l'apport de l'imagerie (échographie et Imagerie par résonance fœtales) [3,4]. La diminution de la stimulation hormonale (gonadotrophines fœtales, œstrogènes maternels et gonadotrophine chorionique humaine placentaire) après l'accouchement peut entraîner une résolution spontanée du kyste dans les mois qui suivent la naissance, en dehors des complications qui sont relativement rares [5]. Cette modalité évolutive a remis en question le dogme de la prise en charge chirurgicale des kystes ovariens de diagnostic anténatal et a permis de développer plusieurs stratégies de prise en charge conservatrices [3]. Nous rapportons dans cet article trois observations de kystes ovariens de diagnostic anténatal avec une expectative in, utero suivie de ponctions écho-guidées après la naissance avec une évolution favorable.

OBSERVATION 1

Nouveau-né de sexe féminin issue d'une grossesse bien suivie de déroulement normal avec découverte à 30 semaines d'aménorrhée (SA) d'une masse abdomino-pelvienne à paroi fine et régulière de 50 mm de diamètre mise sur le compte d'un kyste ovarien fœtal, née à 40 SA par voie basse pesant 3450 g. Elle était eupnéique. La palpation abdominale n'a pas trouvé de masse. L'échographie à J3 de vie a montré une formation kystique pelvienne de 50 mm de grand axe à paroi fine contenant des petites vésicules filles au niveau de sa paroi, confirmant le diagnostic de kyste de l'ovaire droit (figure 1).

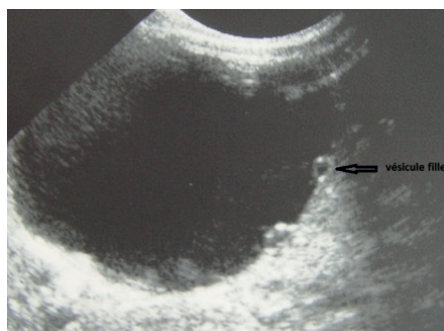


Figure 1 : Echographie pelvienne : formation kystique pelvienne de 50 mm de grand axe à paroi fine, contenant des petites vésicules filles au niveau de sa paroi (flèche), évoquant un kyste de l'ovaire.

Une ponction écho guidée du kyste est pratiquée à J8 de vie ramenant 60 ml de liquide jaune citrin et le nouveau-né est mis sortant le lendemain de la ponction. Le contrôle échographique à un mois note une régression de la taille du kyste mesurant 32 X 27 mm, et à 4 mois, l'ovaire droit est siège de quelques follicules dont le plus volumineux fait 5 mm de diamètre. A un an, l'ovaire droit est morphologiquement normal.

OBSERVATION 2

Nouveau-né de sexe féminin issue d'une grossesse bien suivie de déroulement normal avec découverte à l'échographie du 3ème trimestre d'une masse abdomino-pelvienne anéchogène pure à paroi fine et régulière de 70 mm de diamètre arrivant jusqu'à la paroi abdominale antérieure et en contact avec la vésicule biliaire mise sur le compte d'un kyste ovarien fœtal, née à 36 SA par forceps. A la naissance, elle est admise en réanimation néonatale pour détresse respiratoire néonatale modérée. L'abdomen était distendu par une masse rénitente de 80 mm perçue à droite. La radiographie thoraco-abdominale de face a montré une opacité intra-abdominale de grande taille refoulant les clartés digestives à gauche (figure 2).



Figure 2 : Radiographie thoraco-: opacité intra-abdominale pelvienne médiane et paramédiane droite de grande taille de tonalité hydrique sans calcifications, refoulant les clartés digestives vers le haut et vers la gauche.

L'échographie, à J1 de vie, a objectivé une masse kystique abdomino-pelvienne de 100X80 mm, à contenu anéchogène homogène et à paroi fine régulière, latéralisée à droite évoquant un kyste ovarien droit associé à un rein gauche ectopique en position pelvienne. Le dosage de l'alpha-fœto-protéine était à 54340 UI/ml et l'hormone gonadotrophine chorionique était indétectable. Une ponction écho-guidée est pratiquée à J6 de vie ramenant 200 cc de liquide jaune citrin (figure 3).

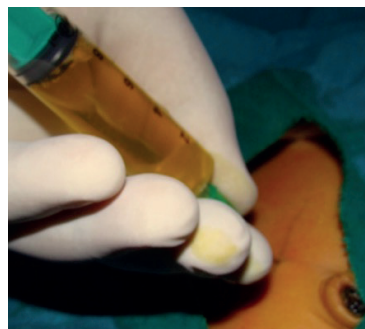


Figure 3 : Ponction écho-guidée ramenant un liquide jaune citrin. (Marquage à la paroi fait lors du temps échographique).

L'étude du liquide de ponction à dosé l'œstradiol à 3500 UI/L. Le dosage de l'alpha-fœto-protéine et l'examen bactériologique sont revenus négatifs.

Le nouveau né est sortie à J10 de vie puis réadmise à J21 de vie lors de la découverte d'une masse kystique résiduelle de 45 X 34 X 36 mm d'où une deuxième ponction sous contrôle échographique ramenant 38 cc de liquide jaune citrin. L'échographie de contrôle a visualisé une petite cavité résiduelle de 9 mm de diamètre qui a spontanément disparu lors des contrôles échographiques à 1 3 et 12 mois.

OBSERVATION 3

Nouveau-né de sexe féminin, issue d'une grossesse bien suivie jusqu'à 36 SA avec la découverte à l'échographie anténatale d'une masse abdominale à paroi fine de 80 X90 mm de diamètre, à contenu anéchogène, est née par voie basse à 39 SA pesant 3100 g. A l'inspection, on note une voussure de la fosse iliaque droite en rapport avec une masse rénitente à surface lisse, bien limitée, de 100 mm de grand axe, occupant la fosse iliaque droite, l'hypogastre et le flanc droit, à la palpation. La radiographie thoraco-abdominale montre une masse abdomino-pelvienne médiane et paramédiane droite de 100 mm de grand axe, de tonalité hydrique sans calcifications, refoulant les clartés digestives vers le haut et vers la gauche. L'échographie à J1 de vie, visualise une masse kystique abdomino-pelvienne anéchogène homogène à paroi fine de 100 X 50 mm de grand axe, avec présence de vésicules filles évoquant le diagnostic du kyste ovarien droit (figure 4).

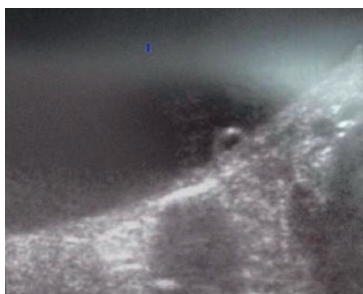


Figure 4 : Echographie pelvienne : Agrandissement d'une masse kystique pelvienne anéchogène homogène à paroi fine, avec présence d'une vésicule fille évoquant le diagnostic du kyste ovarien droit.

La ponction écho-guidée de la masse kystique ramenant 120 ml du liquide jaune citrin est réalisée à J3 de vie. Le contrôle échographique, après 72 heures, montre la persistance d'un kyste latéro-vésical droit d'origine ovarienne de 58X18X2 4 mm, d'où une deuxième ponction écho-guidée ramenant 12 cc avec collapsus total de la cavité kystique. Les dosages hormonaux dans le liquide de ponction ont trouvé : un taux d'œstradiol = 24500 UI/L, l'alpha-fœto-protéine et l'hormone gonadotrophine chorionique étaient indétectables. Le nouveau-né a été mise sortante à J10 de vie. Les contrôles échographiques faits à 1, 3 et 12 mois ont confirmé l'absence de récurrence locale du kyste ovarien.

DISCUSSION

Ces trois observations permettent de décrire les modalités du traitement conservateur des kystes ovariens de diagnostic anténatal par ponction écho-guidée. En effet, le kyste ovarien fœtal est une pathologie relativement fréquente dont l'incidence est estimée à 1 sur 1000 fœtus [1]. L'échographie anténatale reste le gold standard pour le diagnostic des kystes ovariens fœtaux, généralement à partir de 21 SA [3]. Le signe de "kyste fille" décrivant une petite structure ronde et anéchoïde dans le kyste (figures 1 et 4) est pathognomonique, in utero et en post natal, pour signer l'origine ovarienne du kyste [5]. Les kystes ovariens fœtaux sont classés selon des critères échographiques en deux groupes: simple (uniloculaire, anéchogène, rond, unilatéral et à paroi mince) [2] et complexe ou compliqué (composante hyperéchogène, persistant, à paroi épaisse, avec des septa fins intrakystiques) [2,4]. La plupart des kystes simples involue au cours des premiers mois de la vie [5]. La torsion est plus fréquente dans les gros kystes et la plupart des complications des kystes ovariens fœtaux (nécrose, formation d'adhérences et perte potentielle de l'ovaire avec altération de la fertilité) sont la conséquence de la torsion[5].

La prise en charge anténatale de ces kystes simples est faite de deux options :

- L'abstention thérapeutique avec des échographies en série pendant le reste de la grossesse pour surveiller tout changement de taille ou d'échogénicité interne. Cette attitude semble raisonnable en absence de toute complication fœtale, entraînant un risque de prématurité ou d'hypoplasie pulmonaire. Cette démarche d'expectative, en présence de kystes simples, permet de suivre l'évolution naturelle des kystes ovariens fœtaux, soit vers la stabilisation ou vers la modification à type de régression, d'augmentation de volume ou de complication [5].

- La ponction écho-guidée du kyste fœtal proposée pour les kystes de plus de 50 mm ou ceux dont le diamètre augmente de plus de 10 mm par semaine mais qui reste controversée en l'absence d'essais cliniques en matière de complications fœtales [6]. Les principaux arguments avancés contre la ponction-aspiration in-utero du kyste sont l'absence de certitude diagnostique avant la ponction, avec le risque de ponctionner un autre organe; l'existence d'un risque iatrogène: maternel (hémorragie, infection), obstétrical (menace d'accouchement prématuré, rupture de la poche des eaux, chorio-amnionite, perte fœtale), ou fœtal (plaie vasculaire et perforation digestive); la modification de l'aspect échographique prénatal du kyste altérant le suivi échographique ultérieur.

Il est à noter que la plupart des petits kystes ovariens fœtaux simples régressent après la naissance en raison de l'arrêt brutal de l'exposition aux hormones maternelles et placentaires [1]. L'attitude thérapeutique face à un kyste de l'ovaire néonatal est controversée dans la littérature, étant donné l'existence d'une possibilité de régression spontanée dans les mois qui

suivent la naissance. Elle varie de l'expectative à l'approche chirurgicale; la ponction écho-guidée étant une solution intermédiaire mais conservatrice [3]. Le choix thérapeutique est fonction de la taille du kyste ovarien, de son aspect échographique, de sa modalité évolutive, mais aussi d'un éventuel doute quant à sa nature histologique [5]. Le but du traitement est d'éviter les complications, de préserver le maximum de parenchyme ovarien sain et de ne pas compromettre le fonctionnement ultérieur de l'ovaire [4].

La prise en charge conservatrice en post natal des kystes ovariens non compliqués renferme :

- L'abstention thérapeutique qui est l'approche la plus conservatrice avec une période d'observation avec une surveillance clinique et échographique à la naissance, 7 jours après puis toutes les 4 à 6 semaines [6]. Cette surveillance s'arrête si le kyste disparaît signant la guérison ou qu'il s'agrandisse, devienne symptomatique ou persiste plus de 6 mois imposant alors le recours à une autre option thérapeutique [6]. Elle doit être discutée pour les kystes qui sont moins exposés au risque de torsion et dont la régression spontanée est la règle, tels que les kystes d'allure fonctionnelle (uniloculaires, entièrement liquidiens, à parois fines et sans échos internes, de moins de 40 mm de diamètre) [6].

- La ponction écho-guidée du contenu du kyste. Elle est préconisée pour réduire le risque de complication des kystes fonctionnels et d'éviter le recours au traitement chirurgical nécessitant une anesthésie générale [3]. Elle est moins controversée que celle en anténatal car sa valeur et sa sécurité ont été clairement établies lorsque le diagnostic est plus sûr et que le risque de complications est faible [1]. En effet, c'est un geste de mise en œuvre facile, se pratiquant en ambulatoire après anesthésie locale, exigeant une asepsie parfaite de la paroi abdominale avec protection stérile de la sonde échographique [4]. La voie d'abord peut être abdominale percutanée (pour les kystes volumineux plaqués contre la paroi abdominale) ou transcutanée trans-vésicale ou per-urétrale trans-vésicale (pour les kystes de petite taille). Les indications de la ponction écho-guidée doivent être parfaitement choisies [3], le kyste doit être : simple, d'allure fonctionnelle, purement liquidien, anéchogène, uniloculaire, à paroi fine et régulière, à contours internes nets, unilatéral et ayant toutes les caractéristiques de bénignité. La ponction ne sera réalisée qu'après avoir éliminé un tératome bénin ou un cystadénome et après dosage des marqueurs tumoraux sériques, du fait de risque faible mais non nul d'essaimage d'un processus malin, d'hémorragie intra-tumorale voire d'adhérences intra-péritonéales secondaires [4]. Ce geste thérapeutique, qui peut être répété, permet d'affaiblir le kyste ovarien, de réduire les risques de torsion ultérieure et, éventuellement, de préserver le parenchyme ovarien. Les risques de récurrence sont faibles puisque l'enfant est sevré de l'environnement hormonal materno-placentaire. De plus, la ponction apporte des éléments diagnostiques complémentaires, via l'analyse cytologique et

biochimique du liquide prélevé, qui permet de distinguer les kystes fonctionnels (liquide de couleur citrin et limpide, présence de cellules de la granulosa, une teneur élevée en œstradiol et en progestérone) des kystes organiques (Les dosages du CA 125 et de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) positifs sont un critère d'organocité et non de malignité si la positivité des dosages est seulement limitée au liquide de ponction avec des taux sériques normaux) et de proposer, pour ces derniers, une orientation de la nature histologique (le liquide peut être eau de roche pour les kystes séreux, mucineux pour les kystes mucineux ou huileux pour les kystes dermoïdes) [7]. Les ponctions écho-guidées pratiquées chez nos patientes ont toutes ramené un liquide jaune citrin évoquant l'origine fonctionnelle des kystes ovariens. Pour nos patientes, on a dosé l'alpha foëto-protéine et l'hormone gonadotrophine chorionique qui étaient négatives. La principale limite de cette technique est l'absence de certitude diagnostique en l'absence du signe « des vésicules filles » avec un cas de duplication jéjunale prise pour un kyste ovarien et dont le contenu de ponction était jaune citrin avec des taux d'œstradiol élevés et qui s'est soldé par le décès par nécrose digestive [8]. Les autres inconvénients de cette technique sont l'absence de possibilité d'un bilan pelvien complet, ni d'un contrôle histologique de la paroi du kyste avec les risques de perforation d'organes de voisinage, de blessure vasculaire ou digestive, d'infection du kyste ponctionné et de péritonite par rupture du kyste. Une surveillance échographique (le lendemain du geste puis de façon hebdomadaire) permettra d'apprécier l'efficacité de la ponction et d'exclure une complication nécessitant une exploration chirurgicale. Par la suite, on doit compléter par une échographie au premier, troisième et sixième mois pour dépister une éventuelle récurrence qui peut se voir dans 30 % des cas [5]. En cas de récurrence, le choix sera discuté entre un traitement chirurgical ou une nouvelle ponction écho guidée; c'est l'option choisie pour deux de nos patientes lors des récurrences après 3 et 11 jours rencontrées respectivement dans l'observation 3 et 2.

- L'abord chirurgical peut être conservateur. Il est généralement indiqué pour les kystes complexes, symptomatiques ou de taille croissante, ainsi que pour ceux qui persistent plus de 6 mois [3] de prime abord ou après échec des ponctions écho-guidées. La chirurgie laparoscopique est réalisable et sans danger chez les nouveau-nés présentant un kyste ovarien [3]. Une approche chirurgicale conservatrice avec kystectomie ou fenestration doit être envisagée lors du traitement d'un kyste simple et volumineux afin de préserver le tissu ovarien fonctionnel [3]. De même que la détorsion ovarienne simple avec biopsie de la paroi du kyste et surveillance clinico-biologico-échographique peut être une option en cas de torsion pour préserver la fonction ovarienne ultérieure de l'ovaire. Cette alternative conservatrice est contre-indiquée si la torsion expose la patiente à un risque de septicémie ou d'instabilité hémodynamique [7].

REFERENCES

- [1] Tyraskis, A., et al., A retrospective multicenter study of the natural history of fetal ovarian cysts. *Journal of pediatric surgery*, 2018. 53(10): p. 2019-2022.
- [2] Bascietto, F., et al., Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 2017. 50(1): p. 20-31.
- [3] Trinh TW, and Kennedy AM et al. Fetal ovarian cysts: review of imaging spectrum, differential diagnosis, management, and outcome. *Radiographics*, 2015. 35(2): p. 621-635.
- [4] Ogul, H., et al., Prenatal and postnatal ultrasonographic findings of the torsioned ovarian cyst: a case report and brief literature review. *International surgery*, 2015. 100(3): p. 514-517.
- [5] Signorelli, M., et al., The prognostic value of antenatal ultrasound in cases complicated by fetal ovarian cysts. *Journal of neonatal-perinatal medicine*, 2019. 12(3): p. 339-343.
- [6] Kim, H.S., et al., Diagnosis of neonatal ovarian torsion : Emphasis on prenatal and postnatal sonographic findings. *Journal of Clinical Ultrasound*, 2016. 44(5): p. 290-297.
- [7] Akın MA, Akın L, Özbek S, Tireli G, Kavuncuoğlu S, Sander S, Akçakuş M, Güneş T, Öztürk MA, Kurtuğlu S et al. Fetal-neonatal ovarian cysts—their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2010; 2(1):28-33.
- [8] Puligandla PS, Laberge JM. Lethal outcome after percutaneous aspiration of a presumed ovarian cyst in a neonate. *Semin Pediatr Surg*. 2009; 18(2):119-21.