

PROBLEMES POSES PAR LES MASSES OVARIENNES DECOUVERTES EN COURS DE GROSSESSE

N BOURNETON, M KAPPELLA, (V+Y)(AUBARD)

Service de Gynécologie – Obstétrique

Hôpital de la mère et de l'enfant

CHU de LIMOGES

Quelles sont elles ?

- **Gynécologiques**

- GEU +++

- Annexielles, Kyste ovarien +++

- Fibromes

- **Extra Gynécologiques**

- Digestives

- Vésicales

- Autres (ggs, vasculaires, ...)

- **Diagnostic**

- **Echo** +++

- **Clinique**



Problématiques

Complications du kyste

- Malignité (1 à 8 %)
- Rupture ++
- Torsion



Complications de la grossesse

- Kyste praevia
- Rupture, hémorragie, torsion pendant le travail

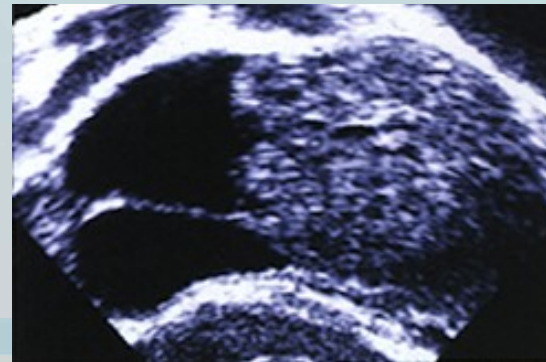
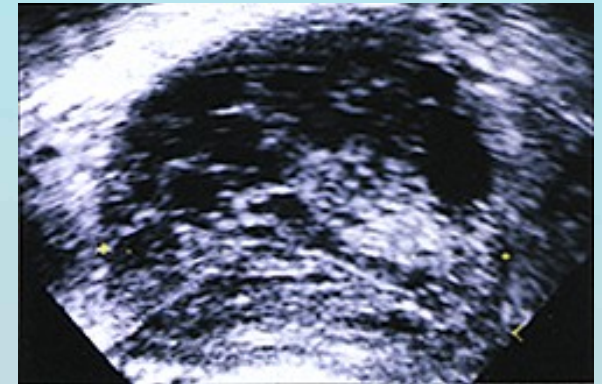
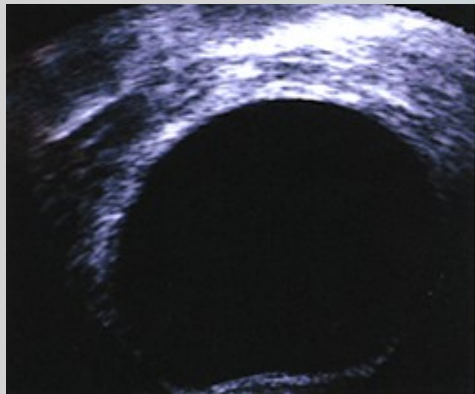
Complications du traitement

- Conséquences de la chirurgie, MAP, RPM, infection ...
- Bien être foetal EME
- Agents tératogènes



La découverte du kyste ...

- Échographie avant ou après 12 SA
- Incidence de 0.5 à 3 % après 16 SA



Quelle attitude proposer ?

- **La surveillance**

Échographie rassurante, critères de taille < 5 cm

Pas de signes cliniques

- **Examens complémentaires**

~~le CA 125 ??~~

~~IRM pelvienne~~

- **Le traitement**

~~la ponction écho guidée ???~~

Coelioscopique +++ < 17 – 19 SA

Laparotomie médiane sous ombilicale > 19 SA

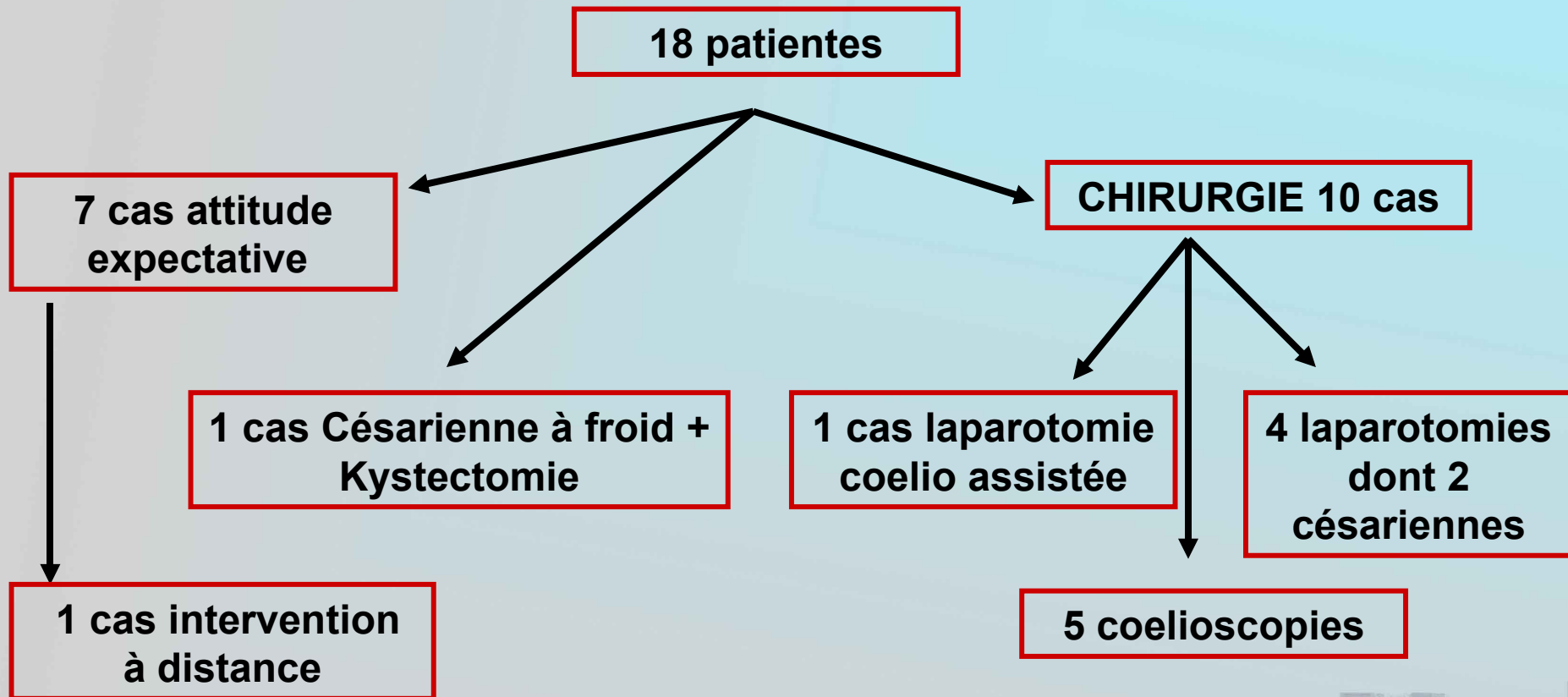
Kystectomie per césarienne

Chirurgie à distance



Voici notre expérience ...

Étude retrospective multicentrique sur 18 patientes



Résultats détaillés

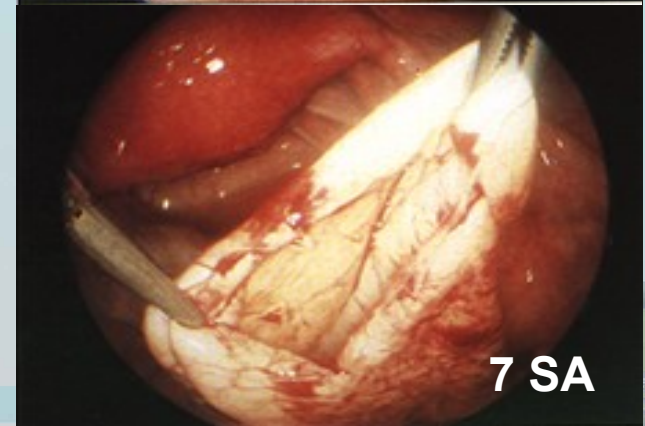
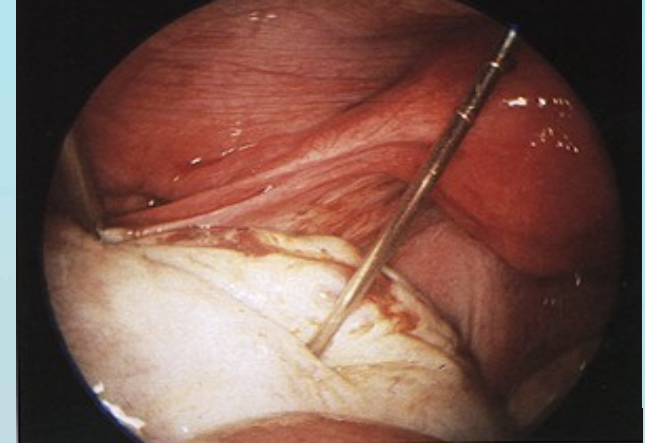
- **Circonstances de découverte**
 - Avant la grossesse : 3 cas
 - Après l'écho des 12 SA : 15 cas
- **Examens complémentaires**
 - IRM pelvienne 9 cas (décision d'attitude expectative sur 4 cas)
 - CA 125 : 3 cas (3 à 4 N)
- **Décision d'intervention**
 - Douleurs 4 cas (une torsion d'annexe)
 - Aspect écho ou IRM douteux 6 cas
 - Chirurgie à distance , 1 cas « per césarienne », 1 cas torsion à 3 semaines du post partum.
- **Abstention**
 - 5 cas disparition du kyste
 - 1 cas coelioscopie à distance sans urgence



La chirurgie < 17/19 SA

Pb de faisabilité chirurgicale

- GEU, vésicule, appendicite
- Pas de canulation utérine
- Insufflation dans l'hypochondre gauche ++
- Pb position des trocards triangulation, pb exposition
- Taille de l'utérus
- Risque de plaies utérines
- Kystectomie intrapéritonéale +++





La chirurgie < 17/19 SA

Pb anesthésiologiques

- Échanges foeto-placentaires
- Bas débit, pneumopéritoine, Trendelenbourg
- Acidose f(temps opératoire, pressions max d'insufflation)
- Fréquence respiratoire de la mère +++

Pb obstétricaux

- RPM (cure de corticoïde pré opératoire)
- MAP (tocolyse systématique ?)
- Infection (ATB)
- Tératogénicité



La chirurgie après 20 SA

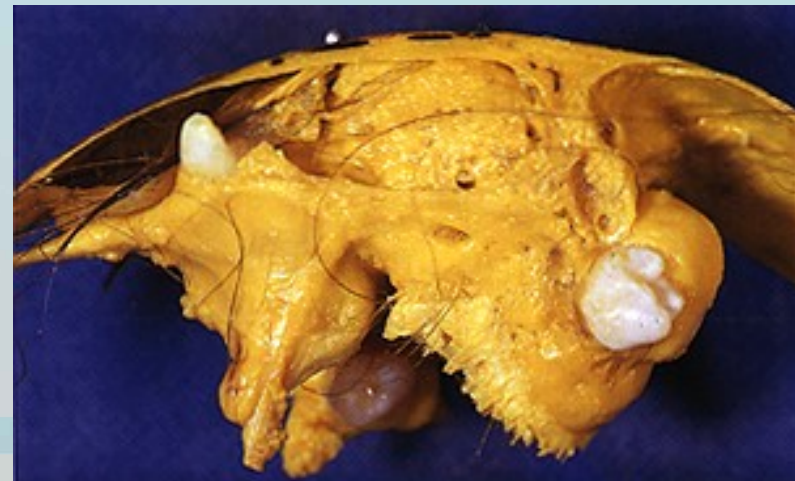
- **Par laparotomie**

- **Laparotomies sous ombilicales ++**
- **Laparotomies ciblées FID ou FIG**
- **Extériorisation de l'utérus +/- possible**



ANATOMOPATHOLOGIE

- 3 kystes séreux.
- 3 cystadénomes mucineux (abcédé dans un cas).
- 1 kyste simple péri-annexiel à revêtement mullerien.
- 1 kyste lutéinique associé à des phénomènes hémorragiques
- 1 tumeur vitelline associée à un cystadénome mucineux (césarienne)
- 1 kyste deremoïde



Les suites obstétricales ...

- **Suites chirurgicales simples dans tous les cas**
- **1 cas, RPM à 22 SA soit dix semaines après la coelioscopie (grossesse gémellaire)**
- **1 cas, I.M.G.**
- **2 cas, macrosomie foetale (1 cas associé à un hydramnios sans étiologie retrouvée)**
- **2 cas, hypotrophie foetale**



Le cas le plus grave ...

- **Tumeur Vitelline associée à un cystadénome mucineux.**
 - Découverte à l'échographie des 22 SA
 - Asymptomatique, marqueurs RAS
 - Indication opératoire posée sur les 14 cm de diamètre et aspect IRM
- **Stratégie adoptée**
 - Laparotomie à 23 SA (anatomopathologie)
 - Puis chimiothérapie 2 cures (Cis platine Etoposide)
 - Césarienne à 34 SA avec MMH
 - 2 nouvelles cures de chimiothérapie
- **Suivi**
 - La patiente ne présente pas de récurrence depuis deux ans, GEU en décembre 2007
 - L'enfant va bien



Recommandations du CNGOF

- **Les kystes découverts à 12 SA fonctionnels (NP2)**
- **>16 SA K fonctionnels et dermoïdes (NP3)**
- **Peu de complications si < 6 cm (NP 3) donc surveillance +++**
- **CA 125, BHCG, AFP inutiles**

- **CAT**
 - **12 SA surveillance si écho OK, taille < 6cm, clinique = 0 (NP5)**
 - **> 16 SA, taille < 5 cm surveillance (NP3)**
 - **Pas de ponctions (NP5)**
 - **Si chirurgie coelioscopie > laparotomie jusqu'à 16 – 17 SA(NP3)**

- **Conséquences obstétricales très rares, césarienne que si K praevia prouvé (TV + écho)**



Pour finir ...

**Chirurgie codifiée, faisabilité établie
(expérience +++)**

IRM

Kystectomie per césarienne +++

Coelioscopie à distance



