



Les tumeurs bénignes gynécologiques

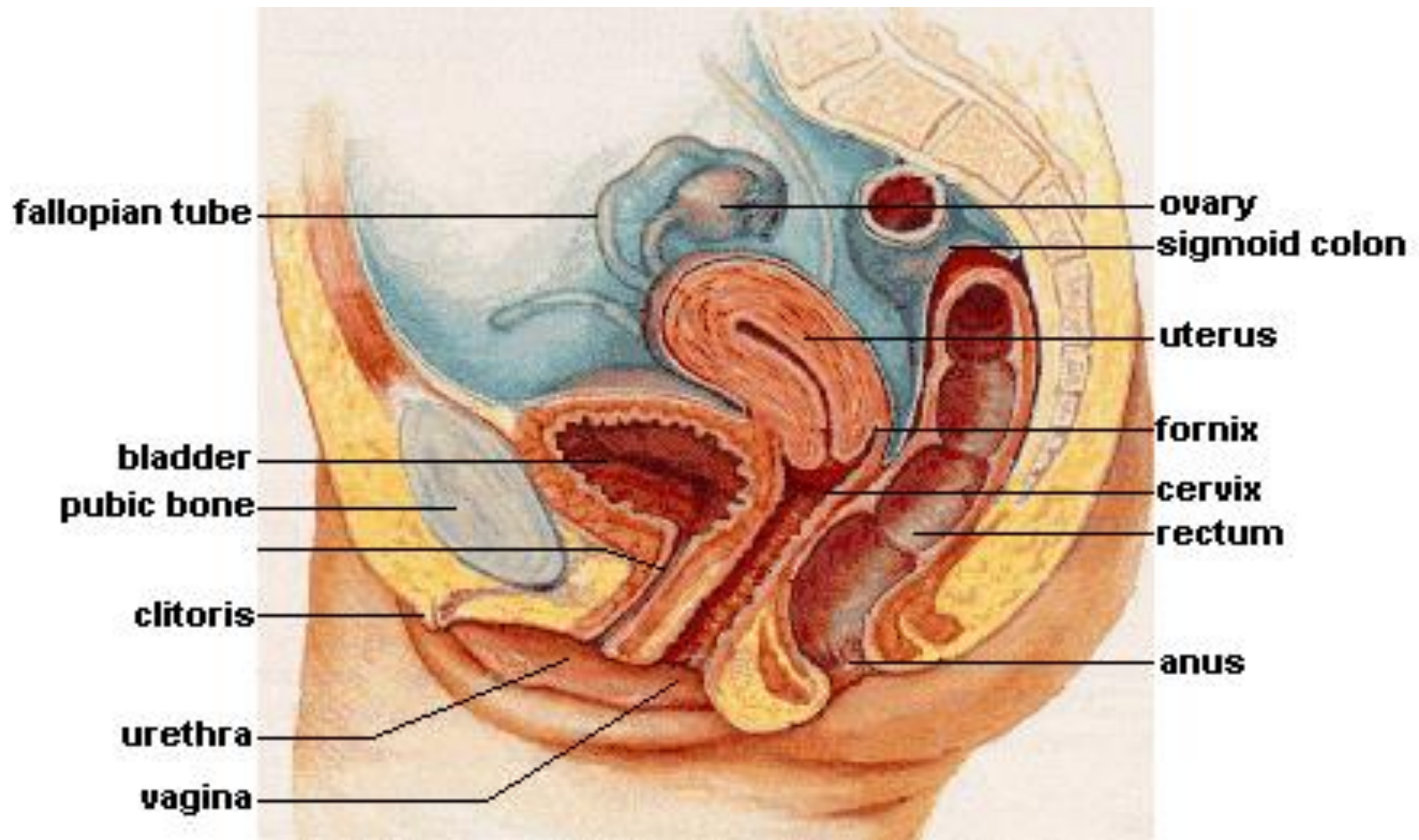
Dr Eugénie Jolivet
Gynécologie obstétrique
MFME



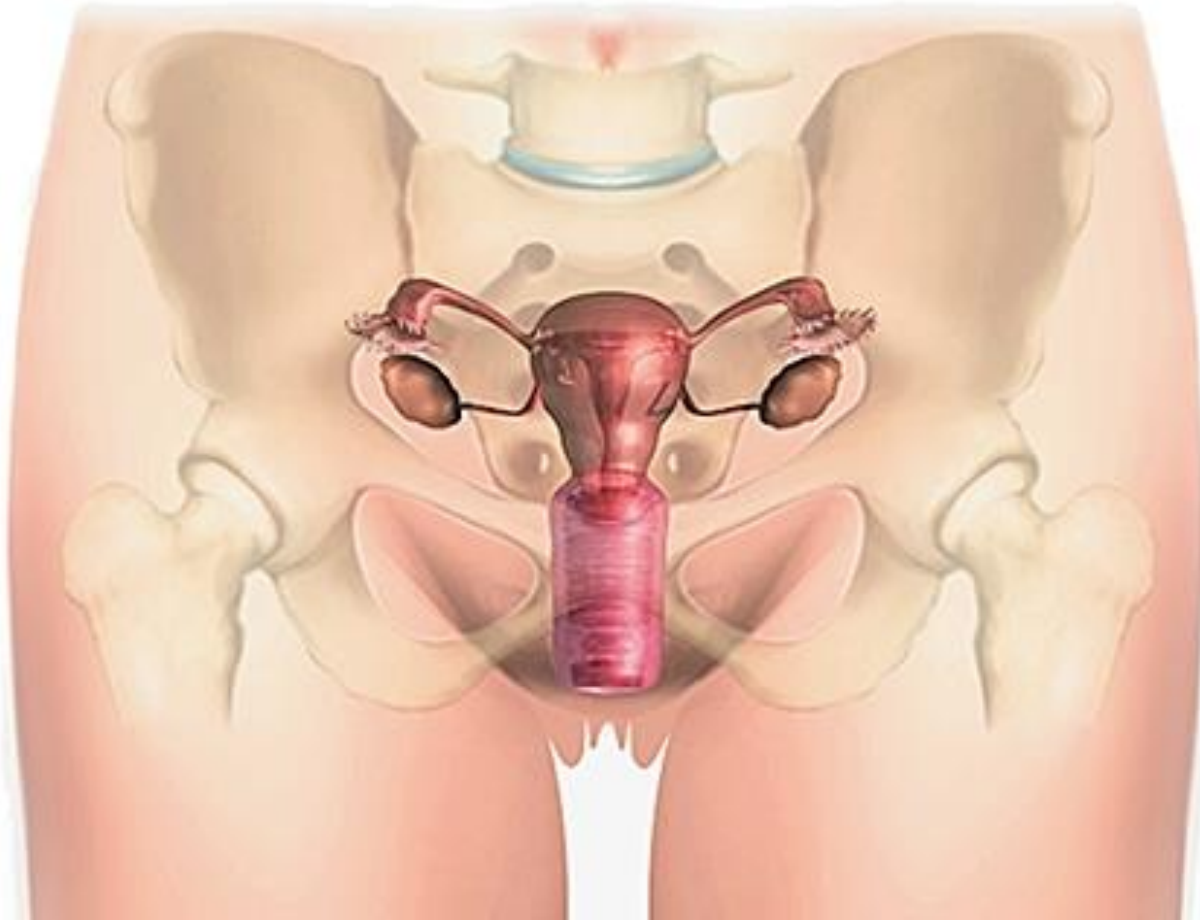
Plan

- Rappels anatomiques et histologiques
- Tumeurs bénignes de l'utérus
 - Les fibromes
 - Les polypes
- Tumeurs bénignes de l'ovaire

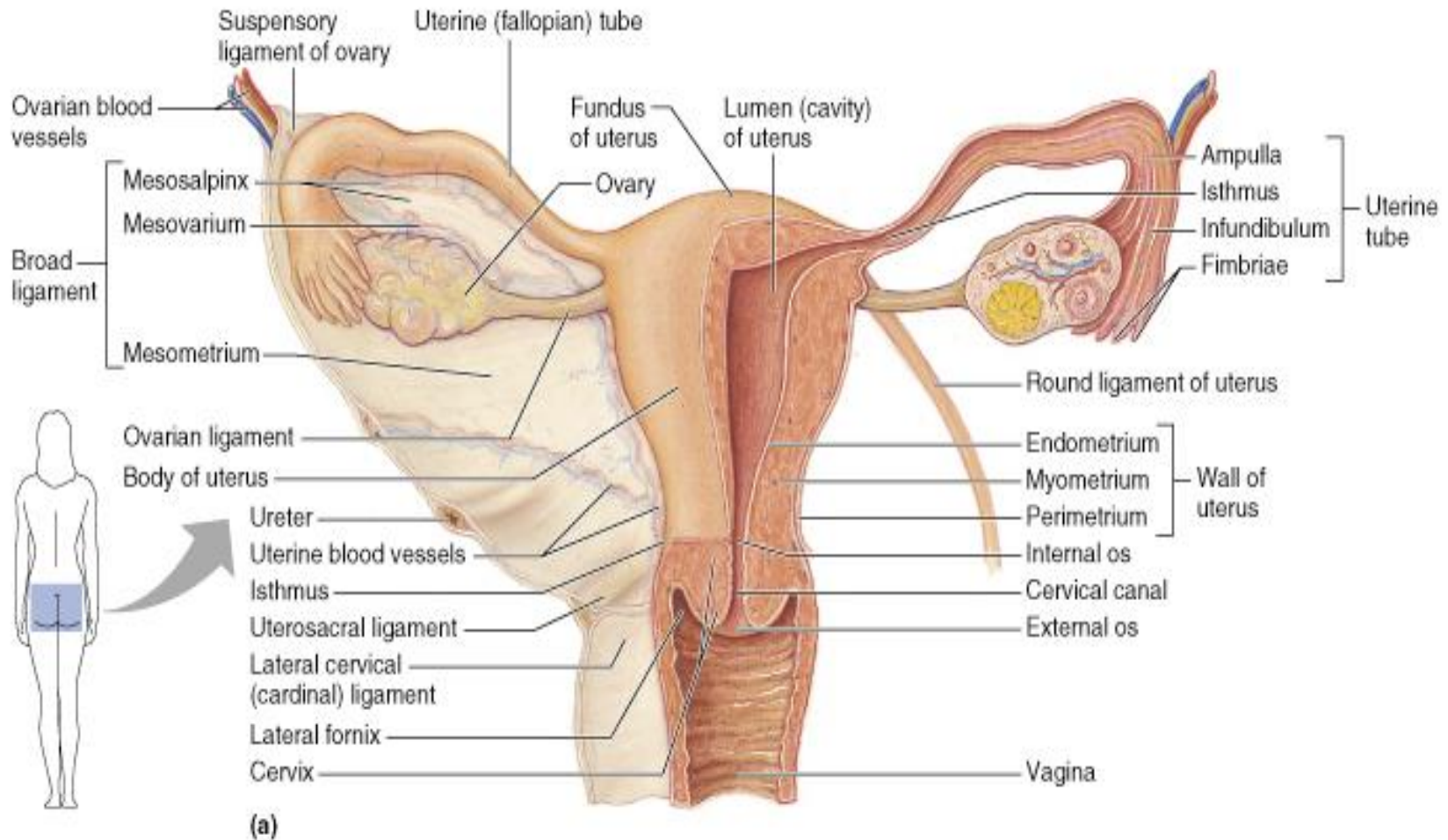
Anatomie du pelvis féminin



Anatomie de l'appareil génital féminin



Anatomie de l'appareil génital féminin



L'utérus

- 2 parties : le corps et le col
- Le corps
 - Il est aplati d'avant en arrière et antéversé par rapport au col (c'est à dire incliné vers l'avant).
 - L'utérus est un muscle lisse creux tapissé intérieurement d'une muqueuse.
 - La cavité corporeale est de forme triangulaire.
 - La lumière utérine est virtuelle : les deux faces antérieure et postérieure de la muqueuse sont accolées.
- Le col
 - De forme cylindrique, il est centré par le canal cervical qui présente deux rétrécissements :
 - Un supérieur l'isthme.
 - Un inférieur, orifice externe du col de l'utérus.
 - Entre eux on trouve l'endocol.

L'utérus

■ Histologie

- La paroi proprement dite de l'utérus comprend : le myomètre ; tissu musculaire lisse, et l'endomètre, muqueuse.
- Le myomètre
 - 12 à 13 mm d'épaisseur sur les 15 mm d'épaisseur totale de la paroi.
 - C'est à partir de ces fibres musculaires lisses du myomètre que se développent les fibromes utérins ou fibroléiomyomes (tumeurs bénignes). Ceux-ci peuvent être très gros (jusqu'à 10kg) et très nombreux.
- L'endomètre
 - Son épaisseur est variable selon l'imprégnation hormonale (l'endomètre est un organe cible des œstrogènes et de la progestérone) :
 - Avant la puberté ou après la ménopause : épaisseur de 5 à 10 dixièmes de mm.
 - Pendant la vie génitale active : modifications cycliques
 - Période menstruelle : abrasé
 - Période proliférative : s'épaissit de 4 à 12mm
 - Période sécrétoire : s'épaissit jusqu'à 14 mm

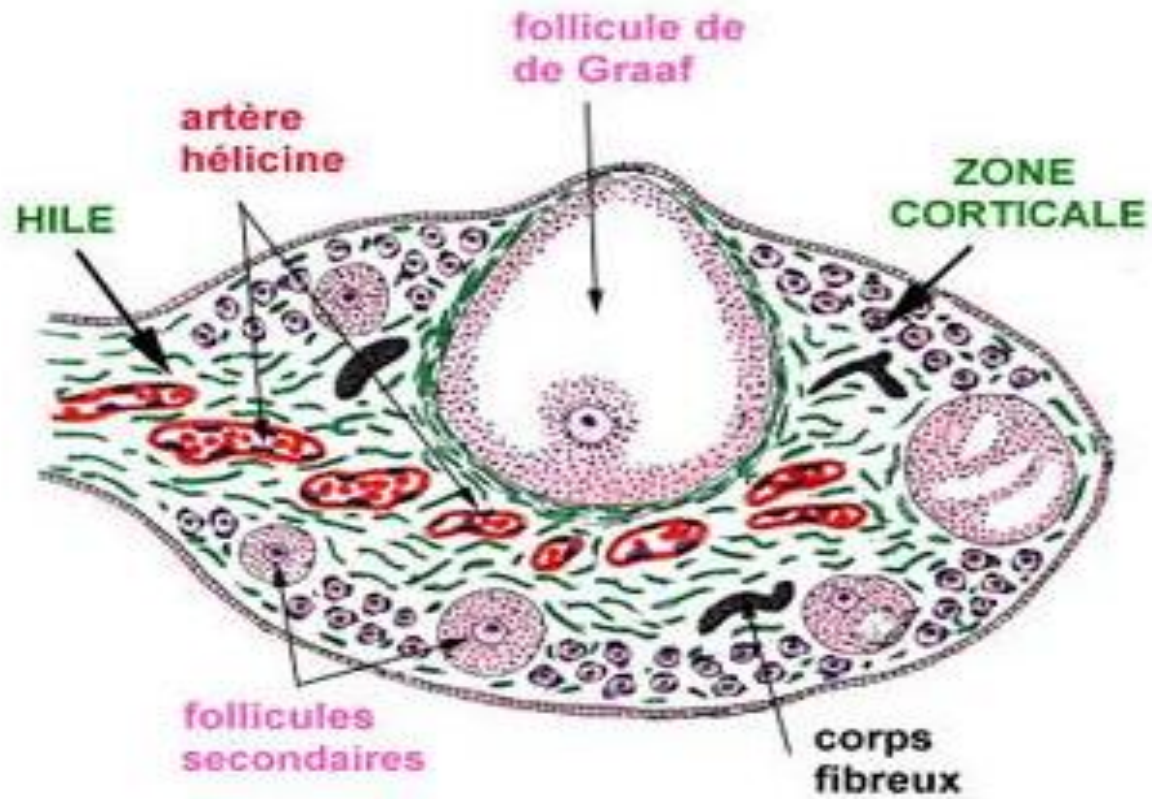
Les ovaires

- Deux glandes symétriques de forme ovoïde.
- Situés dans la grande cavité péritonéale, mais dépourvus de revêtement péritonéal.
- Reliés à la paroi lombaire par le ligament lombo-ovarien, qui contient les vaisseaux ovariens.
- Reliés à l'utérus par le ligament utéro-ovarien.

L'ovaire

- Constitué d'un **épithélium** et d'un **parenchyme** ovariens (parenchyme : zone centrale de l'ovaire).
- Les **cellules germinales** se développent dans le parenchyme (**tissu conjonctif, cellules endocrines**).
- L'ovaire contient 200 000 à 300 000 cellules sexuelles ou gamètes mais seul un petit nombre parviendra à maturité : 200 à 300.
- Les cellules sexuelles, ou ovocytes vont se transformer en ovules.
- L'ensemble de l'ovocyte et des cellules folliculeuses constitue un follicule.
- Trois sortes de follicules :
 - Les follicules pré-antraux : 0,15 à 2mm
 - Les follicules antraux : 2 à 5 mm
 - Les follicules adultes, ou de De Graaf : 1 seul à chaque cycle, 20 à 25 mm en préovulatoire.

L'ovaire





Les tumeurs bénignes utérines

- Au niveau du myomètre : les fibromes ou myomes utérins
- Au niveau de l'endomètre : les polypes

Les fibromes

- Les fibromes sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes de la femme ; leur fréquence en Europe est de l'ordre de 20 % des femmes à partir de 30 ans et de 40 % des femmes à 50 ans.
- Ils croissent sous l'influence de plusieurs facteurs et en particulier, les œstrogènes et l'hormone de la croissance.
- Il s'agit d'une tumeur solide, très ferme de volume variable (de quelques mm à plusieurs dizaines de cm) et d'un poids allant de quelques grammes à plus de 1000 grammes.
- L'utérus peut être le siège d'un seul fibrome, mais en vérité, dans 2/3 des cas, les fibromes sont multiples (de quelques noyaux fibromateux à plusieurs dizaines chez la même femme).
- Leurs limites sont arrondies, régulières mais sans vraie capsule.

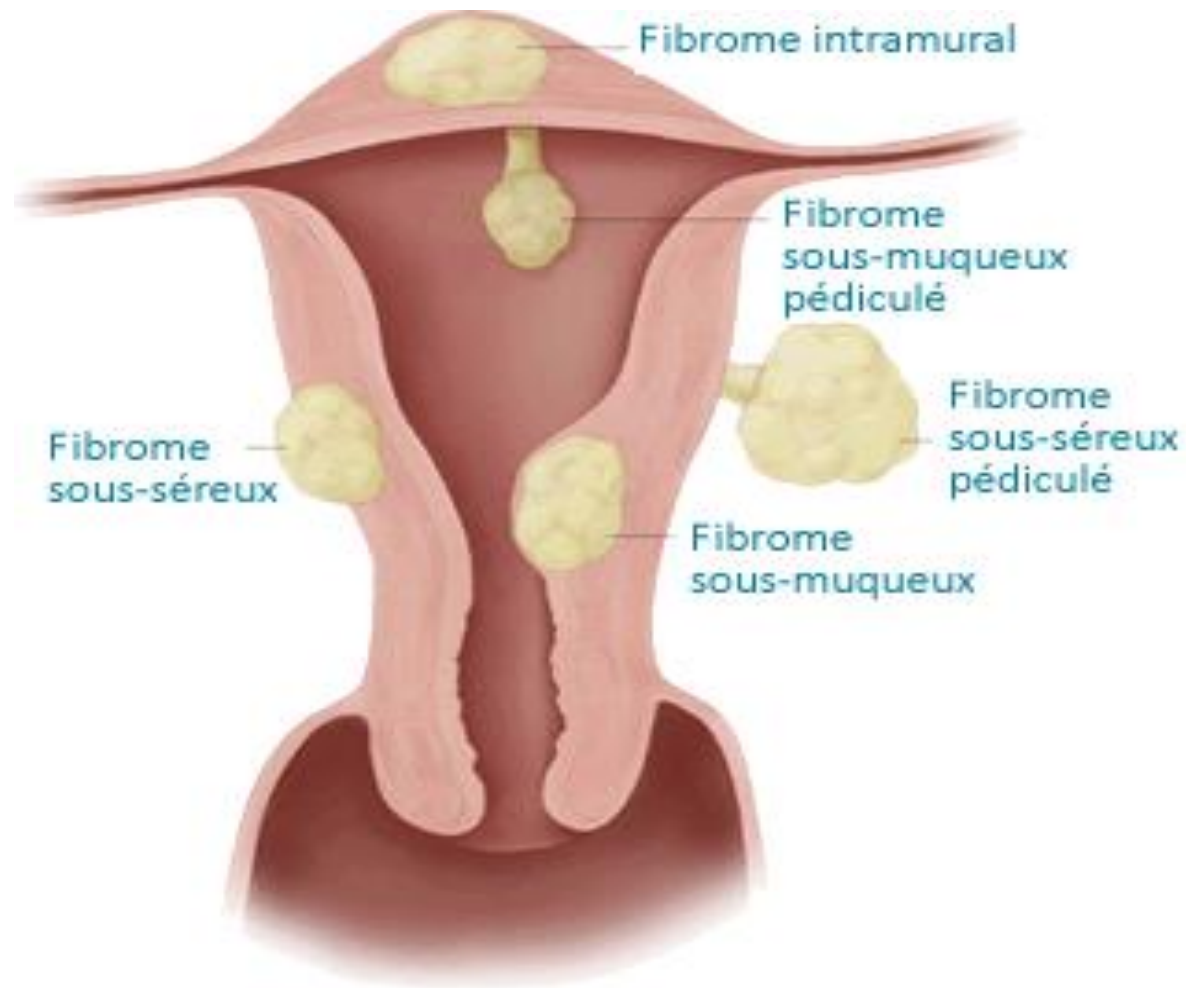
Les fibromes

- Les manifestations cliniques : méno-métrorragies, ou symptômes liés au volume.
- Le fibrome lui-même ne saigne pas mais peut entraîner un saignement endométrial par agrandissement de la cavité soit par altération de la muqueuse. Le point essentiel est donc sa localisation par rapport à la cavité.
- Les localisations des fibromes au niveau de l'utérus sont très variables
- Sur le corps utérin
 - **interstitiel** (ou intramural) quand il est localisé dans la paroi musculaire de l'utérus
 - **sous muqueux** (endocavitaire) quand il se développe dans la cavité utérine et que l'endomètre recouvre la partie saillante dans cette cavité
 - **sous séreux** quand il se développe sur la surface externe de l'utérus. Il peut être sessile ou pédiculé
- Sur l'isthme utérin
- Sur le col utérin

Les fibromes

- On peut distinguer trois types de fibromes sous muqueux :
 - **fibrome sous muqueux pédiculé (type I)** quand le fibrome est relié à la paroi de la cavité utérine par un pédicule, il se développe dans sa totalité dans la cavité utérine. Dans certains cas, le pédicule est assez long pour que le fibrome, sous l'effet des contractions utérines dilate le canal cervical et apparaît au niveau de l'orifice externe du col utérin ou dans le vagin, c'est le fibrome accouché par le col.
 - **fibrome sous muqueux sessile à grand diamètre intracavitaire** (type II ou sous muqueux à angle aigu) : dans ce type de fibrome moins de la moitié du fibrome est interstitiel, c'est-à-dire se situe dans la paroi musculaire de l'utérus.
 - **fibrome sous muqueux sessile à grand diamètre intramural** (type III ou sous muqueux à angle obtus) où la majeure partie du fibrome est intramurale et il n'y a qu'une petite partie qui se développe dans la cavité utérine

Les fibromes



Les fibromes : évolution

■ Modifications de volume

- Les fibromes peuvent rester stables en volume mais la tendance à l'augmentation de volume est l'événement le plus habituel.
- L'augmentation de volume des fibromes se fait :
 - verticalement, c'est-à-dire vers la cavité abdominale
 - horizontalement pouvant être à l'origine de phénomènes de compression au niveau des organes avoisinants (vessie, uretères, rectum, vaisseaux pelviens...).

Les fibromes : évolution

■ Transformations :

- Les fibromes sont des tumeurs susceptibles d'être le théâtre de perturbations de la vascularisation ; l'insuffisance vasculaire aiguë ou chronique explique certaines transformations structurelles comme :
 - **l'œdème ; la hyalinisation ; la thrombose ;**
 - **la calcification**
 - **l'involution adipeuse** ou le fibrome prend l'aspect d'un lipome ;
 - **la nécrobiose aseptique** : c'est un infarctus du fibrome, il se voit fréquemment pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat (après l'accouchement) ;
 - **la cavitation** (la transformation pseudokystique) suite à une nécrobiose
 - **la torsion** des fibromes sous séreux pédiculés qui entraîne la nécrobiose du fibrome et la rupture de ses pédicules veineux superficiels avec le risque de l'hémorragie intra-péritonéale.
 - **l'accouchement par le col utérin** des fibromes sous muqueux à long pédicule avec l'infection et la nécrose qui sont associé souvent à cet événement.

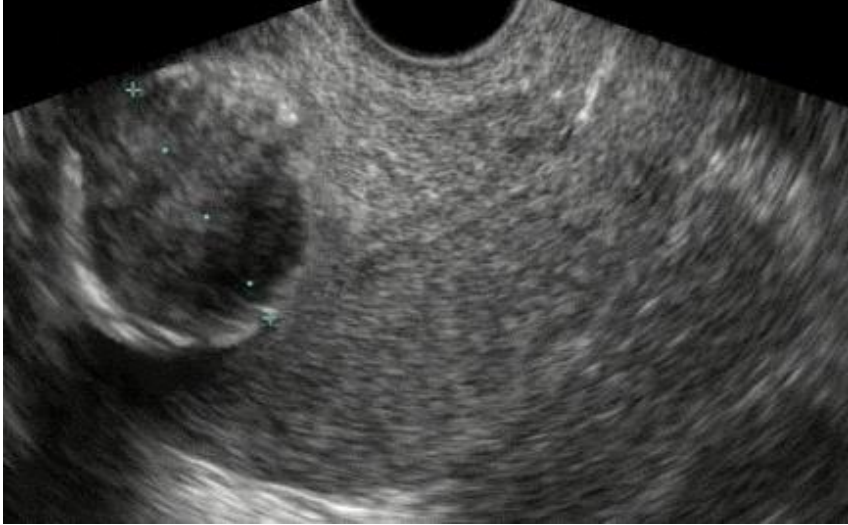
Les fibromes : signes fonctionnels

- Les fibromes utérins peuvent rester asymptomatique mais peuvent aussi, être à l'origine de un ou plusieurs symptômes comme:
 - les **ménorragies** et les **métrorragies** concernent les fibromes sous muqueux
 - les **signes de la compression** des organes avoisinant tel que la vessie, l'uretère et le rectum
 - les **douleurs pelviennes** : ce sont des douleurs chroniques mais dans certains cas ce sont des douleurs aiguës (en cas torsion d'un fibrome sous séreux pédiculé, ou une nécrobiose aseptique aiguë...);
 - les **hydrorrhées**
 - les fibromes pourraient être responsables de 2 à 10 % des **problèmes de stérilité**, soit parce qu'ils compriment les trompes, soit parce qu'ils empêchent l'implantation de l'embryon
 - **Pendant la grossesse**, ils peuvent provoquer des avortements à répétition et dans certains cas particuliers des troubles dans le déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance du placenta ; en particulier le fibrome prævia (précédant la présentation fœtale où l'accouchement par voie naturelle est impossible, donc la césarienne s'impose.

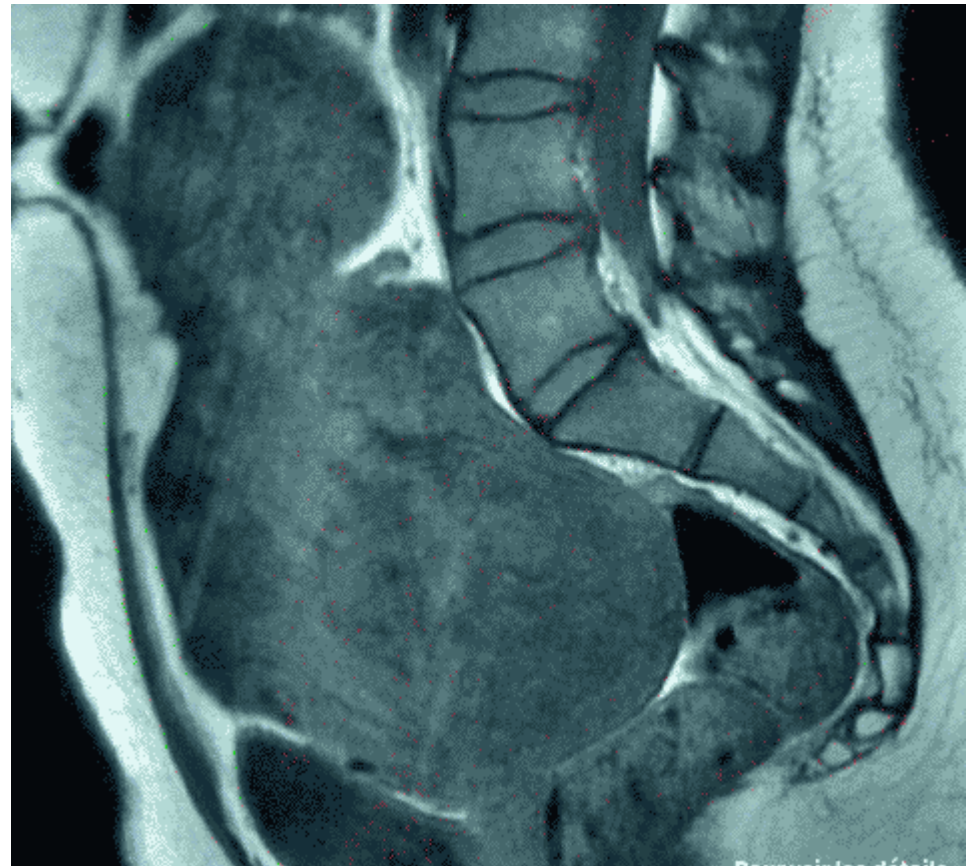
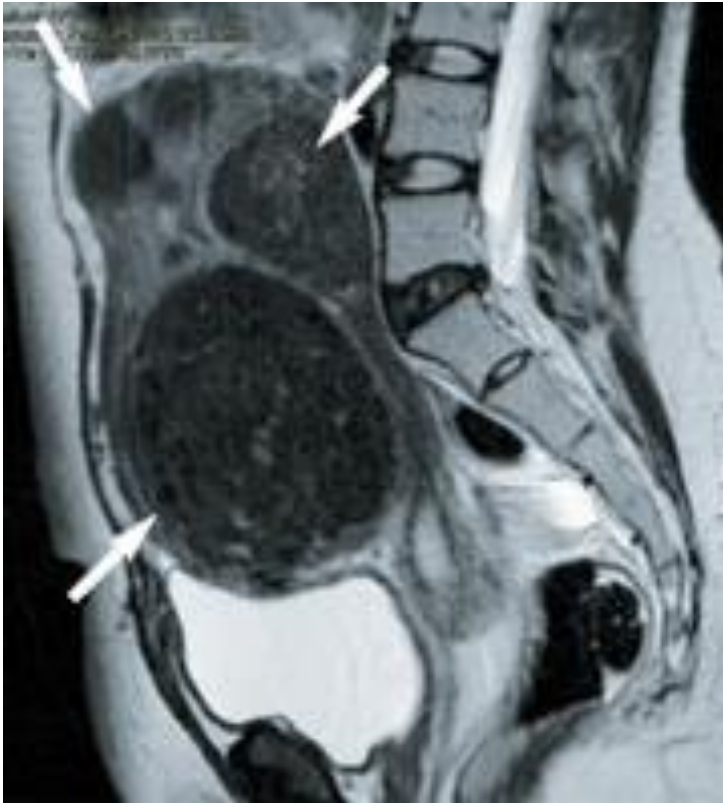
Les fibromes : diagnostic

- Le diagnostic des fibromes utérins et leurs localisations peut être fait :
 - Par l'examen clinique (physique) ;
 - Par l'échographie par voie abdominale et endovaginale
 - Par l'hystérosonographie pour les fibromes sous muqueux
 - L'IRM, le scanner et l'hystérosalpingographie sont peu utilisés en pratique

Les fibromes : diagnostic échographique



Les fibromes : diagnostic



Les fibromes: traitements

- Les fibromes utérins asymptomatiques de petite taille n'ont pas besoin d'être traités (50 à 80 % des fibromes)

- les fibromes symptomatiques doivent être traités. Ce traitement est différent selon l'âge de la femme et son désir de grossesse :
 - **Chez la femme jeune, et la femme désireuse d'enfants**, le traitement consiste à l'ablation du fibrome. Cet acte chirurgical prend le nom de **myomectomie** par :
 - **Hystérocopie opératoire pour les sous muqueux de petite taille**
 - **Laparotomie**
 - **Coelioscopie**

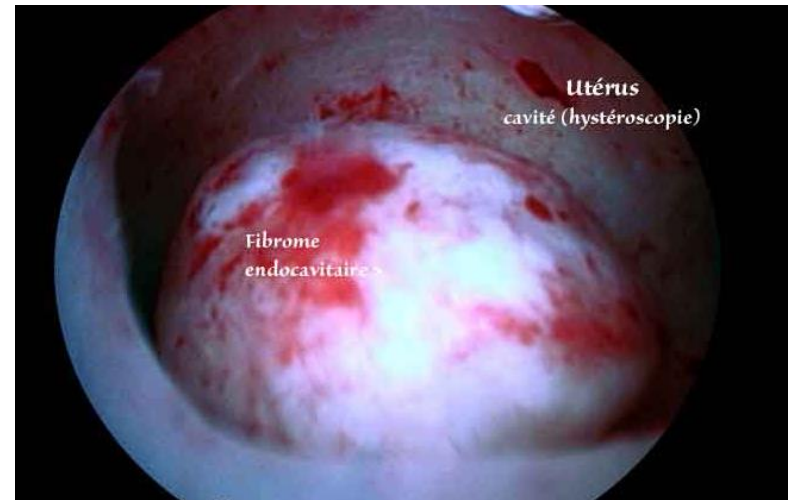
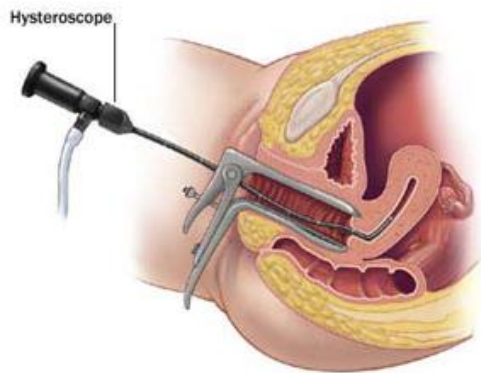
 - **Chez la femme âgée et la femme non désireuse d'enfant** , l'hystérectomie est souvent envisagée et peut être réalisée par laparotomie (voie haute) ou par voie vaginale (voie basse) en fonction du volume de l'utérus

Les fibromes: traitements

- Le traitement médical par macroprogestatifs est symptomatique des ménorragies
- Les analogues de la GnRH permettent d'arrêter l'hémorragie dans l'attente de l'intervention en cas de ménorragies importantes entraînant une déglobulisation
- L'embolisation artérielle est une technique de radiologie interventionnelle, alternative à la chirurgie
 - Ponction de l'artère fémorale
 - Cathétérisme des artères utérines
 - Blocage des artères par des particules inertes

Les fibromes: traitements

■ Hystéroscopie opératoire

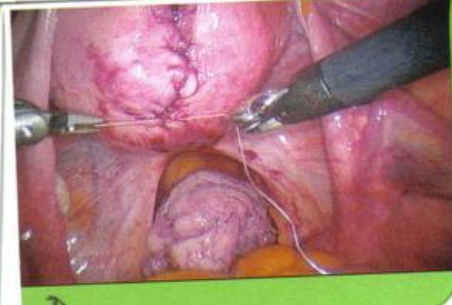


Le post-opératoire de la résection hystéroscopique

- Suites simples
- Hospitalisation de 24-48 heures
- Complications
 - Perforation utérine
 - Prévention par prise de Cytotec 2cp IV le matin permettant une dilatation préalable du col
 - Septiques rares
 - Métaboliques : liées au passage intravasculaire du glycoColle utilisé comme moyen de distension
 - Signes visuels : diplopie, amaurose
 - Signes neurologiques : nausée, céphalées, agitation, convulsion
 - Signes cardiorespiratoires
 - Insuffisance rénale

Les fibromes: traitements

- La myomectomie



Le post-opératoire de la myomectomie

■ Les soins :

- Ablation de la sonde urinaire le soir même ou à J1
- Pas d'antibiothérapie
- Anticoagulants selon les facteurs de risque (recommandations de la SFAR 2005)
- Cicatrice de Pfannenstiel le plus souvent
- Sortie vers J5

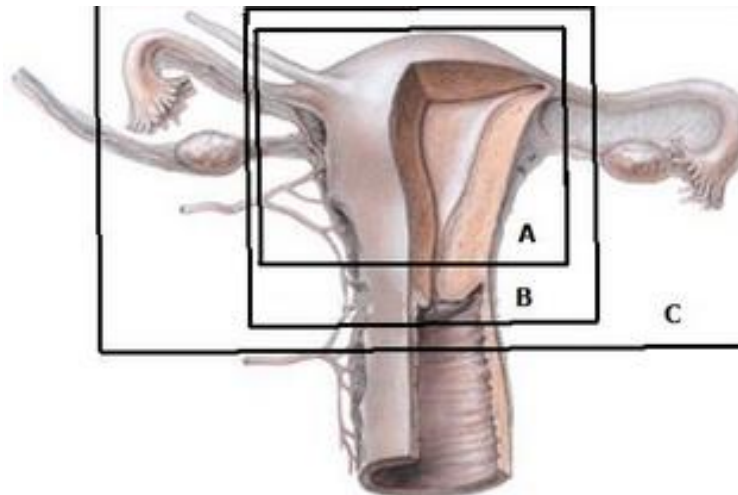
■ Les complications :

- Hémorragie +++
- Fièvre secondaire à infection urinaire, pulmonaire, hématome intramural (accompagné de douleurs)
- Synéchies et adhérences
- Récidives
- Phlébite

Les fibromes: traitements

■ L'hystérectomie

- Subtotale : le col est laissé en place (A)
- Totale : on fait l'exérèse de la totalité de l'utérus (B)
- Conservatrice : les ovaires sont laissés en place (B)
- Non conservatrice : on associe à l'hystérectomie l'ablation des ovaires (C)



Le post-opératoire de l'hystérectomie

■ Les soins

□ Par laparotomie

- Ablation de sonde vésicale à J1
- Antibiothérapie peropératoire
- Lever précoce, anticoagulants et bas de contention selon les recommandations
- Cicatrice de Pfannenstiel le plus souvent
- Sortie vers J5-J7
- Pas de bains ni de rapport pendant 3 semaines

□ Par voie vaginale

- Ablation de mèche vaginale à J1
- Ablation de la sonde vésicale 2 heures après
- Antibioprophylaxie per- opératoire
- Lever précoce, bas de contention et anticoagulants selon recommandations
- Sortie entre J3 et J5

Le post-opératoire de l'hystérectomie

■ Les complications

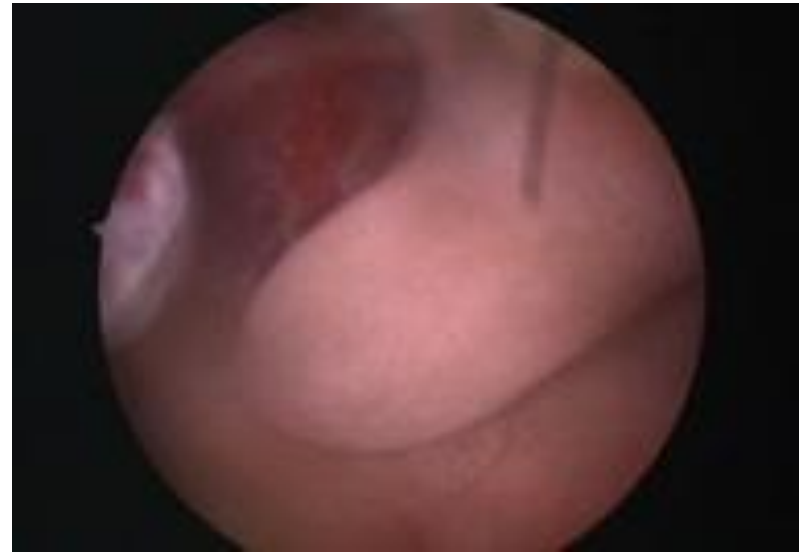
- Hémorragie
- Plaies urologiques vésicale (sonde vésicale 7 jours) ou urétérales
- Plaies digestives
- Complications infectieuses : infection urinaire, abcès de paroi, infection d'hématome profond
- Complications thromboemboliques

Les polypes

■ Définition

- Le polype utérin se caractérise par une hyperplasie focale et bénigne de l'endomètre. Il se traduit d'abord par une petite zone dystrophique incluse dans l'épaisseur de la muqueuse. En grossissant, il va se pédiculiser pour s'intérioriser dans la cavité.
- Ils peuvent être uniques ou multiples. Un polype peut être « pédiculé » (comportant un pied d'insertion) ou sessile (large base d'implantation). Il peut être "fibreux" ou "muqueux".
- Un polype peut se situer dans la cavité utérine (polype intra-cavitaire), dans le col utérin (polype de l'endocol) ou s'extérioriser à travers l'orifice externe du col utérin (polype accouché par le col).
- Un polype peut mesurer quelques millimètres (micro-polype) ou occuper la totalité de la cavité utérine.

Les polypes

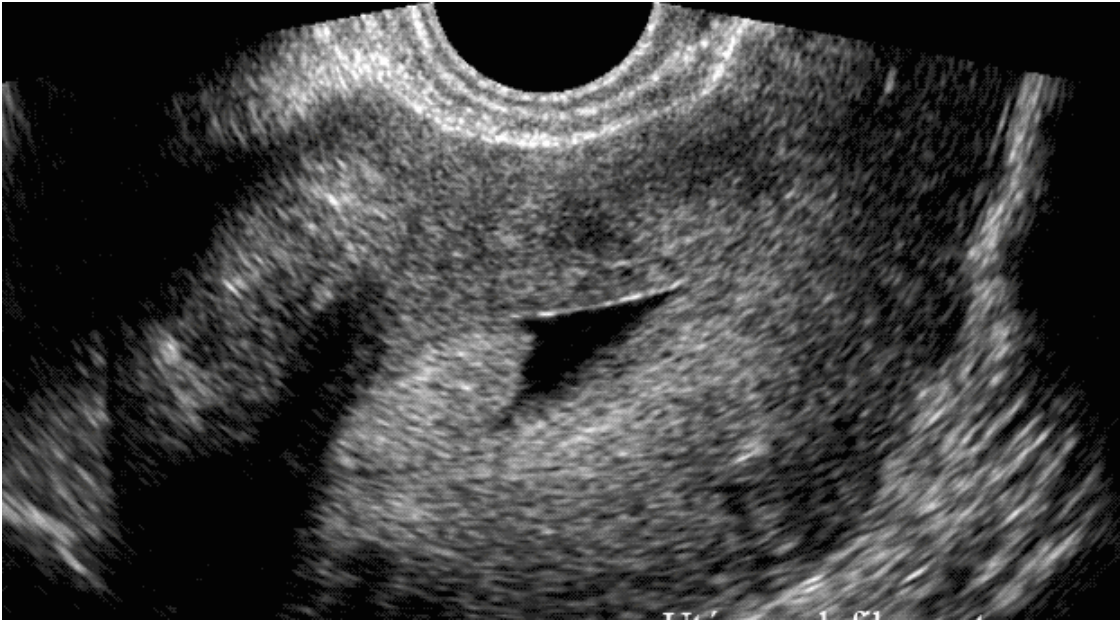


Les polypes : Signes cliniques

- Ils sont le plus souvent asymptomatiques
- On les découvre fréquemment :
 - à la suite d'une hémorragie d'origine génitale survenant en dehors des règles (métrorragie) ou à la suite de règles trop abondantes (ménorragie)
 - lors d'un bilan de stérilité (échographie, hystérosalpingographie, hystérocopie diagnostique)
 - ou par hasard, lors d'une échographie pelvienne ou lors d'une consultation gynécologique de routine.

Les polypes : diagnostic

- Lors de la découverte d'un polype utérin, il peut être nécessaire de pratiquer plusieurs examens afin d'évaluer son mode de traitement :
 - une échographie pelvienne, de préférence en première partie du cycle (quelques jours après les règles)
 - une hystérocopie diagnostique, parfois associée à une biopsie de l'endomètre.
- Ces examens permettent d'une part d'évaluer l'existence d'un lien de cause à effet entre la présence du polype et les symptômes signalés. Ils permettent d'autre part d'apprécier le reste de l'utérus et de vérifier l'existence ou non d'autres pathologies associées comme les fibromes ou l'adénomyose.



Les polypes

- Un polype peut parfois ressembler à un fibrome utérin (polype fibreux) ou à un cancer de l'endomètre (polype atypique, irrégulier). A l'inverse, un cancer de l'endomètre peut parfois ressembler à un polype.
- Un polype peut être cancérisé. Seul l'examen histologique (son analyse partielle après biopsie de l'endomètre ou son analyse complète après son ablation) permet le diagnostic de bénignité avec certitude.
- L'association d'un polype à un cancer de l'endomètre est plus fréquente après la ménopause.

Les polypes : traitement

- Dans certains cas, un traitement médicamenteux par des progestatifs peut s'avérer efficace (polypes de petite taille, d'aspect muqueux, non suspects).
- Mais d'une manière générale, le traitement d'un polype utérin est l'ablation chirurgicale par hystéroscopie opératoire (résection hystéroscopique du polype) ou curetage.
- Chez une femme jeune qui désire une grossesse, cette ablation est réalisée en prenant toutes les précautions afin de préserver sa fertilité.

Les polypes : évolution

- Un polype peut récidiver malgré son ablation.
- Pour cette raison, chez une femme qui a accompli son désir de maternité il est souvent proposé l'ablation de toute la muqueuse utérine. On parle alors d'endométrectomie. Cette opération s'effectue également par la technique d'hystéroscopie opératoire.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire

On parle souvent de lésion ou kyste organique : masse ovarienne qui n'apparaît pas physiologique en raison de son aspect morphologique ou de sa persistance au-delà de 3 cycles pour un kyste uniloculaire à paroi fine et lisse.

- **Leur définition exclut les kystes fonctionnels.** Ils correspondent à des follicules en période ovulatoire (20-25mm) ou à des kystes folliculaires géants de plus de 30mm retrouvés en échographie.

Ces kystes disparaissent après les règles ou après un traitement oestroprogestatifs.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : circonstances de découverte

- Il peut s'agir :
 - d'une gêne, de pesanteurs ou d'algies pelviennes.
 - d'une augmentation de volume de l'abdomen.
 - d'une découverte fortuite au cours d'un examen gynécologique systématique ou d'une échographie dans le cadre d'un bilan de stérilité.
 - de troubles des règles, d'une dysménorrhée (en particulier dans l'endométriose), d'une spanioménorrhée, voire d'une aménorrhée et plus rarement de métrorragies.
 - de signes de compression vésicale ou rectale.
 - d'une complication en dehors ou pendant la grossesse.
 - d'un élément trouvé pendant la surveillance d'une grossesse débutante.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : diagnostic

- Examen général permet de rechercher :
 - une masse abdominale palpable, rénitente, parfois mobile.
 - des signes de compression veineuse, nerveuse ou d'un organe de proximité, en particulier au niveau des membres inférieurs.
- Examen gynécologique :
 - Il est pratiqué sur une table gynécologique, vessie et rectum vides ; il comporte d'abord l'examen du col au spéculum, qui permettra de vérifier la présence ou l'absence de leucorrhée ou de saignement, de noter une déviation du col par une masse pelvienne. Cet examen comportera la réalisation d'un frottis cervico-vaginal.
 - Les touchers pelviens associés à la palpation abdominale retrouvent :
 - une masse latéro-utérine arrondie, le plus souvent indolore, séparée de l'utérus par un sillon, mobilisable indépendamment de l'utérus.
 - parfois, la tumeur est prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, bien perçue au toucher rectal.
 - certains kystes peuvent être fixés.
- l'examen gynécologique sera toujours complété par un examen des seins.

Classification microscopique

■ Tumeurs épithéliales

- Cystadénomes séreux, mucineux, endométrioides
- Tumeurs à cellules claires

■ Tumeurs des cellules germinales

- Dysgerminomes
- Dysembryomes (kystes dermoïdes)

■ Tumeurs du mésenchyme

- Tumeurs granulothécales
- Tumeurs à cellules de Sertoli

■ Tumeurs conjonctives

- Fibromes

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : diagnostic

■ Examens complémentaires :

- L'examen essentiel est **l'échographie** réalisée par voie abdominale (vessie pleine), puis par voie endovaginale (sauf si la patiente est vierge). Elle retrouve une masse latéro-utérine :
 - anéchogène, liquidienne, uniloculaire à parois fines, régulières : kyste dont il faut éliminer le caractère fonctionnel par un nouvel examen clinique et une nouvelle échographie après les règles. Lorsqu'il est organique, ce kyste est souvent séreux.
 - liquidienne avec cloisons fines évoquant un kyste mucineux ou séreux.
 - liquidienne avec une trame finement échogène évoquant alors une endométriose.
 - solido-liquide, avec une proportion plus ou moins importante de liquide : il faut alors se méfier d'un cancer ovarien, mais en présence d'une structure arrêtant les ultrasons avec un cône d'ombre postérieur, on pensera alors à un kyste dermoïde qui n'est pas une tumeur épithéliale, mais une tumeur germinale.
 - solide évoquant alors un fibrome de l'ovaire.

De toute façon les masses solido-liquides et solides justifient une exploration chirurgicale par coelioscopie le plus souvent.

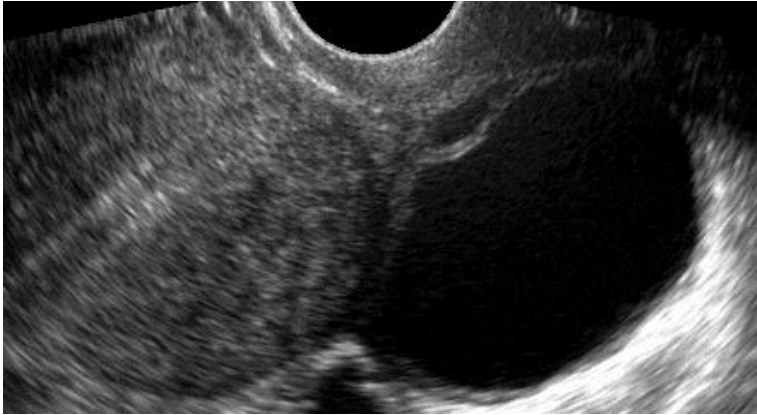
- un **dosage du CA125** si on suspecte un cancer
- **IRM abdominopelvienne**
- **Examen anatomopathologique** de la pièce d'exérèse

Les tumeurs bénignes de l'ovaire



- Images échographiques d'ovaires normaux

Les tumeurs bénignes de l'ovaire



- Image échographique de kyste fonctionnel

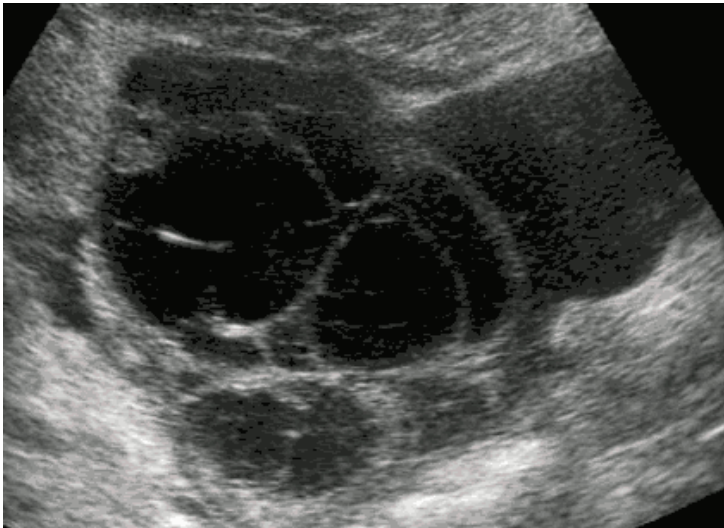


- Image kystique ovarienne anéchogène avec contenu

Les tumeurs bénignes de l'ovaire



- Kyste dermoïde



- Kyste mucoïde

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : diagnostics différentiels

* Une masse abdomino-pelvienne doit faire éliminer :

- un utérus gravide (échographie).
- une ascite.
- une rétention aiguë d'urine.
- un fibrome.
- une tumeur digestive.

* Une masse pelvienne doit faire éliminer :

- une origine extra-ovarienne : une grossesse extra-utérine (GEU) ou intra-utérine (GIU (éliminée par un dosage des bêta-hCG et une échographie)), un fibrome, une pathologie tubaire (salpingite, hydrosalpinx).
- un cancer de l'ovaire à forme kystique ou non.
- les affections ovariennes non tumorales : kyste folliculaire (qui fluctue en fonction du cycle), kyste lutéal, lutéome de la grossesse et les kystes iatrogènes, qui compliquent parfois les traitements inducteurs de l'ovulation.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : Evolution et pronostic

- Les tumeurs bénignes de l'ovaire sont souvent latentes mais peuvent à tout moment se compliquer de façon aiguë ou subaiguë.
- La complication la plus grave est la dégénérescence maligne justifiant à elle seule le dogme de l'exérèse chirurgicale de tout kyste organique de l'ovaire.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : Evolution et pronostic

■ Complications aiguës :

- Elles réalisent des tableaux d'urgence chirurgicale.
- **La torsion** est la complication la plus fréquente touchant surtout les kystes lourds à long pédicule :
 - la douleur est brutale, intense, paroxystique, accompagnée de nausées et de vomissements.
 - l'examen de l'abdomen retrouve une douleur et une défense hypogastrique.
 - le toucher vaginal difficile, car très douloureux, retrouve parfois une masse latéro-utérine fixée.
 - le diagnostic posé, l'intervention s'impose d'urgence. Le toucher vaginal sera refait sous anesthésie générale.
- **L'hémorragie** est le plus souvent intrakystique accompagnant une torsion. Elle est rarement extra-kystique, associée à une rupture de kyste avec signes de choc hémorragique et d'hémopéritoine pouvant évoquer un tableau de GEU rompue.
- **La rupture du kyste** complique parfois la torsion. Elle entraîne un tableau de péritonite, s'accompagne de vomissements, d'un état de choc et d'un syndrome infectieux au début. L'intervention s'impose d'urgence.
- **L'infection aiguë** est rarissime, donnant un tableau de pyosalpinx.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : Evolution et pronostic

■ **Complications chroniques :**

□ Compression des organes pelviens :

- compression vésicale : dysurie, pollakiurie, voire rétention aiguë d'urine.
- compression rectale : ténesme, constipation.
- compression veineuse pouvant entraîner des œdèmes des membres inférieurs.
- déviation urétérale par les kystes inclus dans le ligament large.

□ La dégénérescence maligne :

- est incertaine et peut-être s'agit-il plutôt initialement de tumeurs malignes primitives à forme kystique.
- concerne les tumeurs " borderline ".

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : traitement

- La prise en charge des tumeurs ovariennes a priori bénignes reste dominée par la gravité du cancer de l'ovaire. Face à un kyste ovarien, on se heurte toujours à deux écueils :
 - confirmer l'organicité de façon à ne pas opérer abusivement des kystes fonctionnels.
 - exclure la malignité, afin de ne pas traiter insuffisamment un cancer de l'ovaire
- Plus la taille du kyste et l'âge de la patiente sont élevés et plus la probabilité qu'il soit organique est grande.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : traitement de la femme non ménopausée

- un kyste fonctionnel doit avant tout être éliminé par :
 - deux examens cliniques et échographiques à deux moments différents du cycle.
 - un traitement d'épreuve par blocage de l'ovulation (estroprogestatifs ou progestatifs) pendant 3 mois.
- Le traitement chirurgical s'impose en cas de tumeurs organiques ou supérieures à 5cm de diamètre :
 - kystectomie : le traitement peut être conservateur surtout si la femme est jeune.
 - ovariectomie ou annexectomie (ablation de l'ovaire et de la trompe), si la tumeur est volumineuse ou difficile à disséquer.
- Le type d'intervention est fonction du type de tumeur, de sa taille, de la quasi-certitude de bénignité ou non, de l'âge de la patiente :
 - rarement ponction échoguidée d'un kyste purement liquidien de moins de 5cm, dont on pense qu'il est purement fonctionnel (20% des cas après blocage de l'ovulation chez les femmes jeunes).
 - plus fréquemment, coelioscopie exploratoire suivie de coeliochirurgie pour les kystes de l'ovaire de moins de 8cm soit par kystectomie. La laparotomie aura lieu en cas de tumeur solido-liquide, solide, de suspicion de cancer et d'échec ou de difficulté de la coeliochirurgie.
- L'examen histologique de la pièce opératoire sera systématique. Il sera extemporané s'il existe le moindre doute quant à la nature histologique de la tumeur.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : traitement

■ Femme ménopausée :

- Les données épidémiologiques sont actuellement bien connues, l'incidence du cancer de l'ovaire augmente à partir de 45 ans et ce jusqu'à 60 ans.
- Ces données doivent conduire à la prudence, et la chirurgie sera systématique soit par coelioscopie, soit par laparotomie, pour analyse de la pièce.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : traitement

- Complications :
 - En cas de complications aiguës, le tableau clinique doit le plus souvent conduire à la chirurgie d'urgence. La coéloscopie a pris une grande place dans ce type de lésion. Il est maintenant possible de réaliser le traitement chirurgical par coéloscopie seule, la conversion en laparotomie étant toujours possible en fonction des constatations percoéloscopiques.

Les tumeurs bénignes de l'ovaire : traitement par kystectomie

■ 1



■ 2



■ 3



■ 4



■ 5



Les tumeurs bénignes de l'ovaire :

Complications opératoires

- **En peropératoire** : la blessure de l'uretère

- **En post-opératoire** :
 - Coudure de l'uretère provoquant douleur de colique néphrétique
 - Hémorragie par lachâge du moignon lombo-ovarien
 - Occlusion postopératoire