
Prise en charge des kystes ovariens

Les kystes ovariens sont présents chez 6% d'une population féminine asymptomatique. La plupart sont bénins ou fonctionnels, et le rôle du médecin est surtout d'éliminer le cancer qui a une incidence annuelle croissant avec l'âge, environ 50 pour 100 000 chez les femmes de 50 à 75 ans¹. La ponction-aspiration à l'aiguille fine a été proposée comme une alternative à la chirurgie conventionnelle ou laparoscopique.

Une étude randomisée² menée entre 1990 et 1994 a cherché à comparer les résultats au bout de six mois de la ponction aspiration et de la simple surveillance. 278 femmes âgées de 14 à 81 ans (âge moyen 40 ans) ont été réparties en 2 groupes, 143 avec une surveillance simple, et 135 avec ponction-aspiration à l'aiguille guidée par échographie. Etaient incluses, les femmes ayant une masse kystique non échogène d'un diamètre de 40 à 70 mm, et n'ayant pas plus de 2 fins cloisonnements. Les autres critères d'exclusion étaient la présence de liquide dans le cul de sac de Douglas, l'existence d'antécédents néoplasiques, la ponction antérieure d'un kyste ovarien. Le critère de mesure était la résolution du kyste ou le développement d'un cancer. La résolution du kyste était affirmée,

après un suivi de 6 mois, par l'absence de la lésion et l'absence de kyste folliculaire supérieur à 20mm de diamètre. Il a été constaté un taux de résolution pratiquement identique dans les deux groupes: 46% dans le groupe aspiration et 44,6% dans le groupe surveillance. Le taux est inversement corrélé avec la taille du kyste et l'âge de la patiente. Une seule femme avait une forme maligne limitée à l'examen histopathologique. Les auteurs concluent qu'une stratégie d'attente de six mois ne fait pas prendre de risque et permet d'observer une résolution dans un tiers des cas, l'aspiration n'apportant pas de meilleurs résultats que la surveillance seule. Cela permet d'éviter ainsi les risques et le coût de chirurgie dans un tiers des cas.

A propos de cette étude, un éditorial³ fait le point sur la prise en charge des kystes de l'ovaire en fonction de l'âge, du statut hormonal et de la taille et de la structure du kyste. Les auteurs posent quatre questions:

1°) Comment savoir si un kyste est bénin ou malin? L'examen clinique est souvent mis en défaut. L'échographie intravaginale est plus performante avec une prédiction de bénignité dans 96% selon la présence ou non de végétation; une autre étude montre cependant une VPN de 71% chez la femme ménopausée. Le CA 125 n'est pas discriminant (50% seulement des femmes présentant un cancer ovarien stade I ont une élévation du CA125).

2°) L'examen cytologique est-il sûr? la réponse semble être oui (19 cancers méconnus sur 1632 cas).

3°) Quels sont les conséquences de l'aspiration sur le kyste malin? les données de la littérature ne montrent aucune différence au bout de 5 et 10 ans en cas d'aspiration ou de non aspiration.

4°) Quel est le taux de récurrence après aspiration à l'aiguille? les réponses sont contradictoires: 80% de récurrence chez les femmes ménopausées pour une étude, et 53% de guérison spontanée dans une autre étude.

Les auteurs concluent que pour les femmes non ménopausées l'expectative peut être proposée pour les kystes d'apparence bénigne. Une évacuation à l'aiguille pouvant être proposée après 3 à 6 mois en cas de persistance. En cas de récurrence ou de néoplasie évidente il faut proposer la chirurgie. Après la ménopause la plus forte incidence du cancer exclut pour les auteurs, une attitude attentiste: une évacuation à l'aiguille est possible pour les kystes inférieurs à 50mm non échogènes, unilobulaire et un CA125 inférieur à 35UI/ml, pour tous les autres cas la chirurgie est conseillée.

Ces 2 articles nous ont paru intéressants. Le premier parce-qu'il nous rappelle la nécessité de prendre en compte l'histoire naturelle de la maladie dans l'évaluation de toute nouvelle action médicale. Les deux par leur complémentarité au-delà de leurs divergences apparentes. L'âge, le statut hormonal, la taille du kyste, sa structure sont les éléments de base de notre décision. L'attitude de prudence sera le plus souvent adoptée.

1- Carlson K.J., Skates S.J., Singer D.E., Screening for ovarian cancer. Ann Intern Med. 1994;121:124-132

2- Zanetta G. and al. Role of puncture and aspiration in expectant management of simple ovarian cysts: a randomised study. BMJ 1996;313:1110-1113.

3 - Salat-Baroux J., Merviel Ph., Kuttann F. Management of ovarian cysts: Depends on age, menopausal status, and size and structure of the cyst. BMJ 1996;313:1098

Numéro 37 du 21 novembre 1996

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)