

Les kystes annexiels au cours de la vie

Dr S. Wegener

Enjeux



Augmentation du nombre d'échographie gynécologique « de routine » qui sont de plus en plus performantes



Augmentation détection de masse annexielles



Reconnaître les cancers ovariens et les envoyer dans un centre de référence

Éviter des opérations inutiles (augmentation morbidités et coûts)

Incidence

Tumeurs ovariennes présumées bénignes (TOPB) difficile à évaluer:

- 2,5% de kystes uniloculaires simple retrouvées lors d'US de routine
- 7% femmes asymptomatiques en période d'activité génitales
- 14-18% femmes ménopausées

- 10% de femmes auront dans leur vie une chirurgie pour une masse annexielle suspecte

Diagnostic différentiel d'une masse annexielle

	Bénin	Malin
Gynécologique	Kyste fonctionnel Endométriose Cystadénome séreux Cystadénome mucineux Tératome mature Absès tubo ovarien Kyste para-tubaire Hydrosalpinx Leiomyome Anomalies Mülleriennes	Carcinome épithelial Tumeurs des cellules germinales Tumeurs Cancer métastatique
Non gynécologique	Pseudokyste péritonéal Absès diverticulaire Absès appendiculaire Rein pelvien Diverticule urétéral Diverticule vésical	Principalement cancers gastro-intestinaux et mammaires

Investigations

- Anamnèse:
 - DDR/TG
 - Symptômes (douleurs, augmentation du périmètre abdominale, appétit, transit, pertes de poids)
 - Statuts ménopausique
 - FR
- Examen clinique:
 - Palpation abdominale, TV,TR
 - Peu sensible ni spécifique

Echographie

- Spécificité 80 % , sensibilité 90 %
- Echographie abdominale pour les grosses masses ou les masses d'origine non gynécologiques
- Doppler
- Imagerie 3D pour les cas complexes
- Ne pas signaler les images uniloculaires liquidiennes anéchogènes de > de 3 cm avant la ménopause et de > de 1 cm après la ménopause
- Utiliser la nomenclature IOTA pour caractériser la masse ovarienne.

International Ovarian Tumor Analysis

The logo for the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) project. It features the word "IOTA" in large, white, bold, sans-serif capital letters. The letters are set against a dark orange rounded rectangular background. Below the text, there is a stylized white outline of an ovary with its fallopian tube and associated structures, also within the orange background.

IOTA

- **Développer et valider méthodes(s) permettant de poser un diagnostic avant la chirurgie :**
 - Terminologie standardisée
 - Estimation du risque de malignité selon différents modèles prédictifs : LR 1, LR2, Simple Rules

Terminologie standardisée (2000)

- Paroi interne du kyste:
 - régulière vs irrégulière



Smooth



Smooth

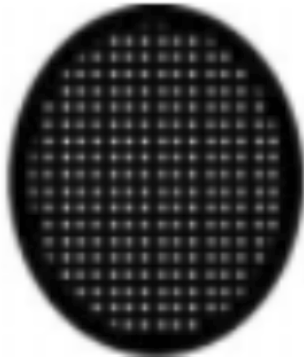


Irregular

Contenu intra-kystique



Anéchogène



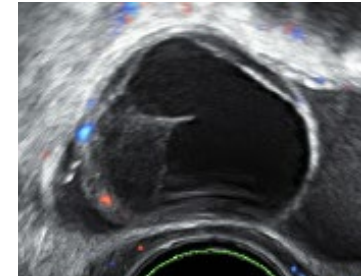
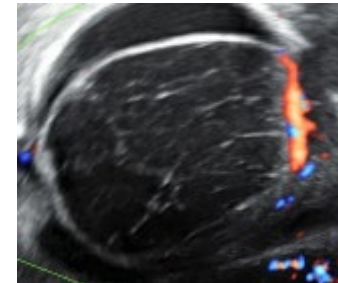
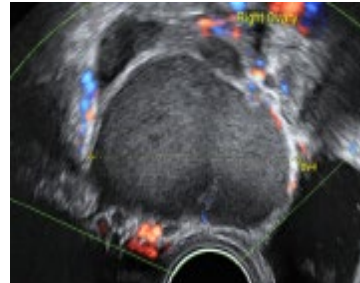
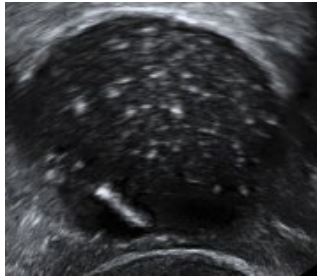
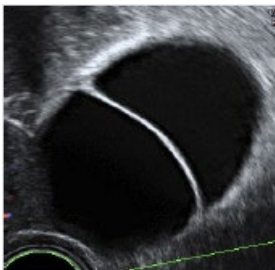
Hypoéchogène



En verre dépoli



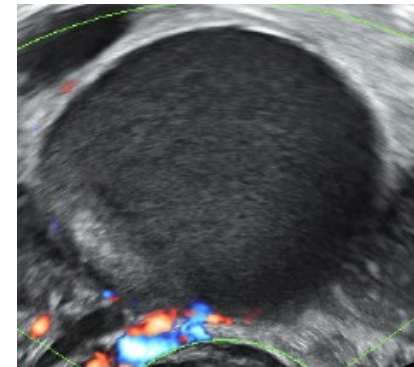
Hémorragique



Contenu intra-kystique (2)

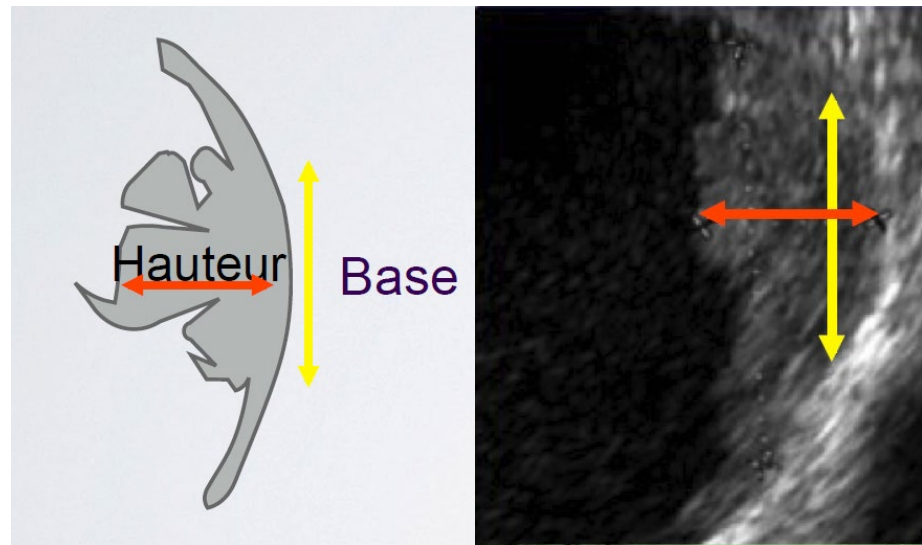


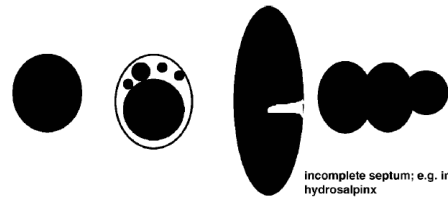
Échogénicité mixte (souvent retrouvé dans les tératomes matures kystiques)



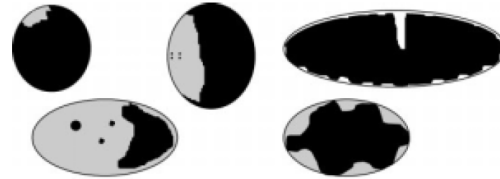
Taille et aspect de la végétation

- **Nombre** de végétations (1, 2, 3 ou >3)
- **Taille**
- Si **<3mm**, pas décrit comme végétation (mais irrégularité de paroi)

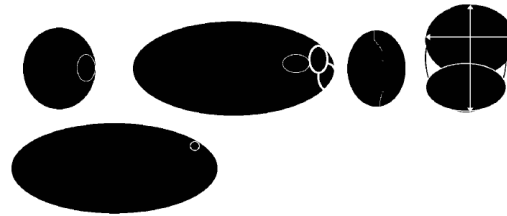




1. Uniloculaire



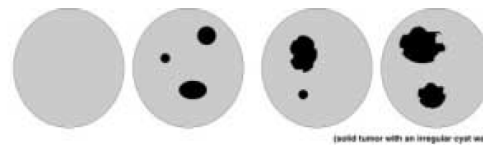
2. Uniloculaire mixte : au moins une partie solide mesurable (végétation, paroi irrégulière)



3. Multiloculaire: au moins 1 septum complet mais pas de composante solide mesurable



4. Multiloculaire mixte (multiloculaire ayant au moins une partie solide)



5. Solide (>80% portion solide)

6. Non classable (en raison de leur mauvaise visualisation)

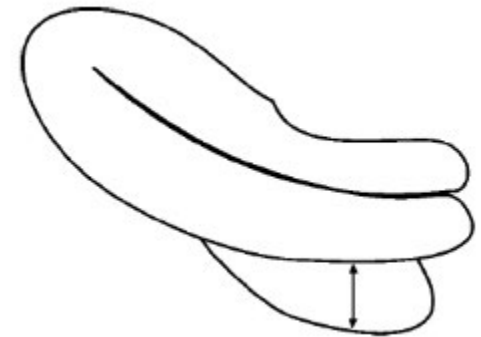
6 catégories
(chaque lésion est classifiée)

Analyse Doppler

- Septa, parois, parties solides
- Score (sur le doppler couleur):
 1. Pas de flux sanguin
 2. Flux minime
 3. Flux moyen
 4. Flux important

Autres:

- Cône d'ombre
- **Septum**: brin de tissu solide qui va d'un côté à l'autre du kyste, mesurer sa partie la plus épaisse
- Ascite
- Liquide dans le douglas (mesure AP)



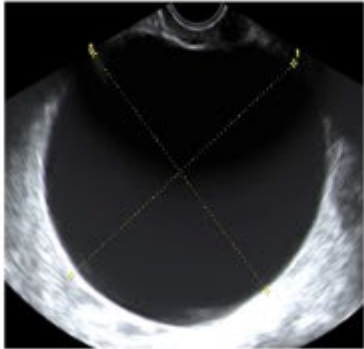
Simple Rules

- Permet de **classifier** 77% des masses
- Moins performants pour abcès, fibromes, tumeur séreuse borderline stade I
- Sensibilité et spécificité idem à LR1 et LR2

Simple Rules

- Si une ou plusieurs caractéristiques-**M** s'appliquent en l'absence de caractéristiques-**B**: masse classée comme **maligne**
- Si une ou plusieurs caractéristiques-**B** s'appliquent en l'absence de caractéristiques-**M**: masse classée comme **bénigne**
- Si des caractéristiques-**M** et des caractéristiques-**B** s'appliquent, la masse **ne peut être classée**
- Si aucune des caractéristiques n'est applicable, la masse **ne peut être classée**

B1 Unilocular



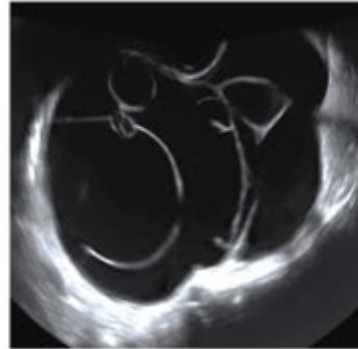
B2 Presence of solid components with largest diameter < 7 mm



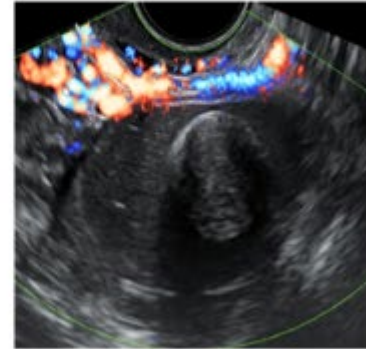
B3 Presence of acoustic shadows



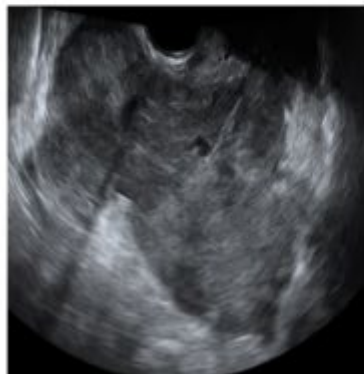
B4 Smooth multilocular tumor with largest diameter < 100 mm



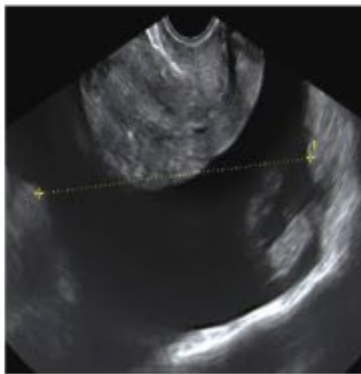
B5 No blood flow (color score 1)



M1 Irregular solid tumor



M2 Presence of ascites



M3 At least 4 papillary structures



M4 Irregular multilocular-solid tumor with largest diameter ≥ 100 mm



M5 Very strong blood flow (color score 4)



Sensibilité 95%, spécificité 91%

Table 10. Summary classification of Simple Rules risk calculation based on all data (n=4848).

Features	Observed malignancy rate	Estimated individual risk of malignancy	Classification
No M-features AND >2 B-features	1/175 (0.6%)	<0.01-0.29%	Very low risk
- No M-features AND two B-features - No M-features AND feature B1 present	20/1560 (1.3%)	0.19-2.7% 1.2-3.1%	Low risk
No M-features AND one B-feature present (except B1)	60/722 (8.3%)	2.4 -15.2%	Intermediate risk
- No features - Equal number of M and B-features - >0 M-features, but more B than M-features	451/1096 (41.1%)	27.5-48.7% 5.6-78.1% 1.3-28.4%	Elevated risk
More M than B-features present	1133/1295 (87.5%)	42.0- >99.9%	Very high risk

Place de l'IRM et du CT

- Ne sont **pas recommandés** pour l'évaluation **initiale** d'une masse annexielle
- **IRM**: meilleure caractérisation d'une **masse suspecte complexe**
- **CT**: **bilan d'extension**: évaluation de l'ascite, implants péritonéaux , atteinte des ganglions pelviens et para-aortiques , métastases à distance

CA 125

- La sensibilité et spécificité sont les plus élevées pour les masses suspectes de l'ovaire chez les femmes **post-ménopausées**
- Doser chez toutes patientes post-ménopausées et chez les pré-ménopausées si **masse suspectes** à l'échographie. Importance surtout pour suivre la cinétique
- Elevé dans d'autre pathologie (endométriose, grossesse, PID, cancer non gynécologique)

Autres marqueurs sériques

- **α FP, LDH et hCG**: à doser chez les adolescents et chez les femmes de <40 ans avec masse complexe et symptômes d'excès œstrogènes (saignement utérin) ou androgènes (virilisation)
- Suspicion de tumeurs des cellules germinales

Stratégies Diagnostiques

En fonction de:

- Données échographiques
- Circonstances de découvertes/symptômes
- L'âge ou statuts ménopausique
- Facteurs de risque (histoire familiale +, BRCA...)
- Résultats de laboratoire

Période pré-pubertaire

- Examen abdominal sans toucher pelvien systématique.
- En général bénin.
- Echographie par voie abdominale.
- IRM si tumeur classée « indéterminée ».
- Si bilatéral ou signes endocriniens en dehors de la période pubertaire: tester AFP, hCG, stéroïdes sexuels.

Management

Découverte d'une
masse annexielle

US
+/- marqueurs
sériques

Définir un risque
faible-moyen-élevé
de malignité selon
IOTA

PRE-ménopause

Risque Faible

Risque Intermédiaire

Risque élevé

Surveillance *

Surveillance*

Prise en charge chirurgicale

* Sauf si:

CA 125 >200 U/ml

>10 cm ou symptôme

Tumeur germinale suspectée, FR

PRE-ménopause

Risque Faible

Risque Intermédiaire

Si surveillance:

US à 3 puis 6 mois

US à 6 semaines,
puis à 3 mois, puis 6
mois, puis 1 année

CA125 pas fait de routine sauf si entre 35-200 U/mL
(dans ce cas refaire à chaque US)

POST-ménopause

Risque Faible:

kyste uniloculaire anéchogène de moins de 10 cm

Surveillance:

(le risque de complication chirurgical est plus élevé que le risque de malignité)

US et CA125 à 3 puis 6 mois

Risque Intermédiaire

Selon FR, Symptômes et CA 125

CA125 et US à 6 semaines et 12 semaines puis tout les 3-6 mois pdt 1 ans

Risque élevé

Prise en charge chirurgicale

• >10 cm

• CA 125 >35 U/ml

• Symptômes CA, FR+

Prise en
charge
chirurgicale:
Masse
probablement
bénigne

- Laparoscopie voie d'abord de référence avec exploration péritonéale et cytologie péritonéale
- Kystectomie en pré-ménopause
- Attention à la préservation de la fertilité
- Annexectomie (+/- bilatérale) en post ménopause
- Extraction de la masse doit toujours être faite dans un sac

Kyste dermoïde

- Croissance régulière estimée a moins de 2mm/an
- Les transformations malignes surviennent chez les femmes de plus de 50 ans, et pour des diamètres > à 10 cm
- Abstention chirurgicale possible si asymptomatique et petit diamètre (<4-6cm)
- Habituel de les surveiller 1x/ an
- Chirurgie si symptômes, gros volume ovarien, modification au cours du suivi
- Risque de récurrence est faible, pas de surveillance post-opératoire recommandée de façon systématique

Endométriose

- Les endométrioses sont rarement isolés
- But du traitement de l'endométriose:
 - Enlever les symptômes
 - Prévenir les complications (rupture ou torsion)
 - Exclure malignité
 - Améliorée la sub-fertilité
 - Préserver la fonction ovarienne

Endométriose (2)

- Si endométriose symptomatique: Kystectomie par laparoscopie puis contraception 6 mois pour prévenir récurrence
- Si asymptomatique et moins de 5 cm (et image typique): surveillance avec examen clinique et US tout les 6 mois pdt 1 à 2 ans. Si kyste augmente de taille ou si image devient complexe Ad chirurgie

Hydrosalpinx

- Si asymptomatique une chirurgie n'est pas recommandée et aucune surveillance nécessaire
- A l'exception des patientes suivies en PMA

Keys points

- US: description standardisé **IOTA**
- Classer la masse selon **risque de malignité**
- **Surveillance vs chirurgie** pour les masses à faible/intermédiaire risques ,selon **statuts MP, FR, symptômes** (coûts et morbidités de la chirurgie)
- Envoyer les patientes à haut risques dans un **centre spécialisé**



Bibliographie

- Timmerman D, Valentin L, Bourne T.H, Collins W.P, Verrelst H, Vergote I. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 500-505
- Timmerman D, Van Calster B, Testa A, et al. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2016), doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.007.
- Guide de pratique en cas de découverte d'une masse annexielle. Commission Qualité de la société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique, *bulletin des médecins suisses*, 2004;85:10: 52o.52
- CNGOF, septième partie, Recommandations pour la pratique Clinique, 37es journées nationales, Paris, 2013
- RCOG/BSGE, Management of suspected ovarian masses in premenopausal women, Green-top guideline N°62, November 2011
- ACOG Committee Opinion No.716; The Role of the Obstetrician- Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer in Women at Average Risk. *Obstetrics & Gynecology* 2017; 130(3): 664–665.
- Practice bulletin: Evaluation and management of an adnexal masses, *The american college of obstretricians and gynecologists*, number 174, november 2016, e210, vol.128,N05
- Michael G Muto; Up to date; Management of an adnexal mass, sep 24 2018
- Frederick Rand Ueland; Serum biomarkers for evaluation of an adnexal mass for epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, or peritoneum; Up to date
- Michael G Muto ; Up to date; Approach to the patient with an adnexal mass; feb 23 2018

MERCI

pour votre
attention!

Journée d'automne du
GRSSGO 2018