African Jounal of Perinatology vol.2 issue 2 de Mai-Août 2025 P:(90-94)

Diagnostic anténatal des kystes de l'ovaire : A propos de deux cas

Asma Korbi, Ichrak Belghaieb, Marwen Ben Khélifa, Wassim Khayati

Service de gynécologie obstétrique centre de maternité et de néonatologie Monastir, Tunisie

Résumé :

Les auteurs apportent 2 cas de diagnostic anténatal de kyste ovarien fœtal à évolution favorable et font une mise au point brève sur le sujet à cette occasion.

Abstract:

The authors present two cases of antenatal diagnosis of fetal ovarian cyst with favorable outcome and provide a brief update on the subject on this occasion.

Introduction :

Le diagnostic antenatale des kystes ovariens est de plus en plus frequent, d'une part du fait de l'amélioration des techniques d'échographie [1], et d'autre part du fait d'un suivi plus attentif des grossesses. Le kyste ovarien fœtal est la plus fréquente des masses

Observations

Nous rapportons deux cas de kyste ovarien de diagnostic anténatal. Une échographie obstétricale a été réalisée dans les deux cas. Il s'agit de deuxretrouvées chez le fœtus féminin. [2,3] Le kyste de l'ovaire fœtal, que ce soit fœtus de sexe féminin chez lesquels on a découvert une masse kystique intraabdominale avant ou après la naissance, est très souvent bien toléré sur le plan général, n'entraînant ni complication obstétricale, ni symptomatologie post-natale. [4]



à l'âge de 28 SA dans le 1er cas et 30 SA dans le deuxième (figure 1et 2). Cette masse était à contenu anéchogène, à paroi fine et sans continuité avec le système urinaire. Le suivi échographique a montré une persistance de cette masse au cours de la grossesse dans le 1 er cas qui a été traité en post natal et une régression spontanée dans le deuxième cas

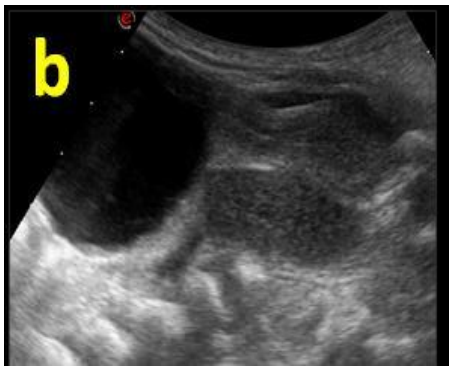


Figure 1. Echographie anté(a) et postnatale(b): kyste de l'ovaire découvert à 28 SA persistant au cours et après la grossesse. Ponction en post-natal

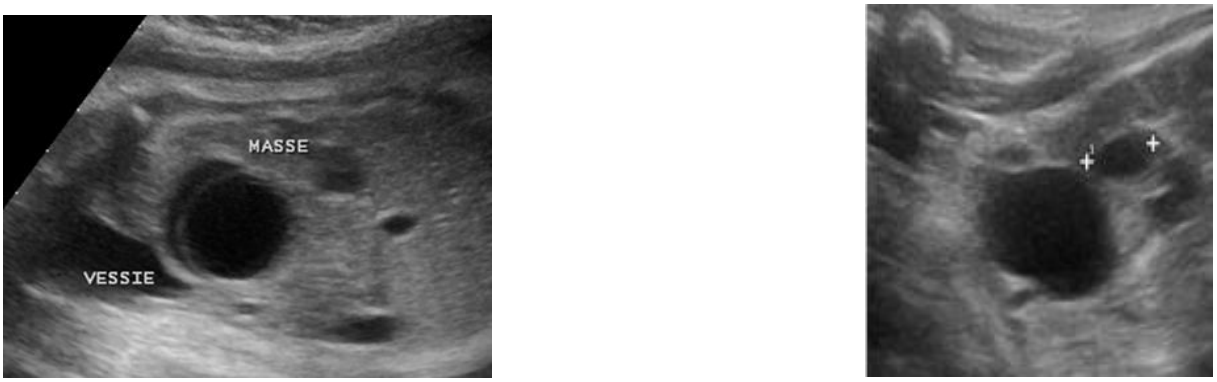


Figure 2 : échographie anténatale Kyste de l'ovaire découvert à 30 SA (a), régression spontanée au cours de la grossesse (b)

Discussion :

Le diagnostic des kystes ovariens fonctionnels peut être fait dès la 28ème semaine d'aménorrhée. Ces kystes peuvent atteindre jusqu'à 15 cm de diamètre et apparaissent comme des masses intraabdominales ou abdominopelviennes arrondies et bien limitées. [5,6] L'incidence de ces kystes ovariens fœtaux est, d'après la littérature, de 1/2600 grossesses [7]. Ces kystes peuvent avoir, en échographie [8], un aspect de kyste ovarien simple ou de kyste ovarien compliqué . Un Kyste simple est uniloculaire et anéchogène. Un Kyste ovarien compliqué est hétérogène, hémorragique, présentant des calcifications, des septations un niveau liquidien ou ayant des composantes solides [9]En effet, l'étroitesse du pelvis en période périnatale oriente leur développement vers la cavité abdominale. La physiopathologie de ces kystes fœtaux est encore inconnue à ce jour mais ils résulteraient d'un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique fœtal avec une hyperstimulation hormonale provenant des gonadotrophines fœtales, des œstrogènes maternels et de l'HCG placentaire [7] Les facteurs de risque connus d'après la littérature sont le diabète maternel, l'alloimmunisation rhésus, la pré-éclampsie du fait d'une sensibilité accrue à l'HCG dans ces situations [10]. L'hypothyroïdie fœtale est aussi évoquée dans certaines études anciennes [8] car elle entrainerait une stimulation de FSH et LH..La découverte d'un kyste de l'ovaire isolé, même volumineux, compliqué ou non, ne gêne pas la

croissance du fœtus.La surveillance échographique doit être mensuelle jusqu'au 8 ème mois, puis tous les quinze jours jusqu'à la naissance. Une consultation anténatale du chirurgien pédiatre doit avoir lieu au cours du 8 ème mois de grossesse. La ponction anténatale doit être évitée. Les complications associées aux kystes ovariens peuvent inclure des ruptures de kyste avec risque d'ascite ou d'hémorragie intra abdominale [10], des saignements intrakystiques avec risque d'anémie fœtale [7], des torsions annexielles ainsi que des complications fœtales à type de compression pulmonaire, de compression viscérale avec obstruction digestive et d'hydramnios [4]. Le risque de pathologie ovarienne maligne est extrêmement rare avant l'âge de 2 ans. La médiane d'apparition des tératomes immatures, qui sont les tumeurs ovariennes infantiles les plus fréquentes, étant de plus de 14 mois [6].La prise en charge actuelle n'est pas consensuelle. Elle consiste en une simple surveillance échographique ou, dans quelques équipes, une ponction du kyste ovarien en anténatal. Cependant, la ponction anténatale comporte des risques tels que la rupture prématurée des membranes, la chorioamniotite, l'accouchement prématuré ou des saignements [5]. En postnatal, la prise en charge consiste en une simple surveillance, une ponction du kyste mais peut aller jusqu'à une chirurgie d'exploration systématique, selon les protocoles locaux [6]. L'enjeu de la prise en charge est double [7]. D'une part, il est crucial de ne pas méconnaitre une torsion ovarienne lors de la surveillance, qui entrainerait la perte de l'ovaire sans prise en charge. D'autre part, il est important de ne pas opérer un kyste simple ou qui présenterait une hémorragie devant le risque de morbi-mortalité chirurgicale sans risque fonctionnel pour l'ovaire atteint. L'ovaire étant un organe pair, non vital, cela questionne sur les risques de la prise en charge à la naissance de ces kystes ovariens unilatéraux. En France et dans le monde, il n'y a pas de consensus sur la prise en charge des kystes ovariens anténataux, ce qui entraine la mise en place de protocoles locaux différents dans chaque centre. Cette pathologie peut aussi entrainer des inquiétudes parentales quant à la vie génitale future de leur enfant.

Conclusion

Une prise en charge rigoureuse, tant en anté- qu'en postnatal d'un kyste de l'ovaire peut permettre d'éviter la survenue d'une torsion et donc de sauvegarder le potentiel de fertilité.

Références:

1- Soler A. Historique et technique de l'échographie. In: L'échographie obstétricale

2- Bascietto F, Liberati M, Marrone L, Khalil A, Pagani G, Gustapane S, et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis: Fetal ovarian cysts. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Jul;50(1):20–31.

3- Gorincour G. La naissance du diagnostic prénatal: Spirale. 2013 Aug 1;N° 66(2):143–54.

4- . Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations a risque identifiees. Synthese des recommandations professionnelles (mai 2007). Gynecol Obstet Fertil. 2008 Jan;36(1):111–4.

5- Viossat P, Ville Y, Bessis R, Jeny R, Nisand I, Teurnier F, et al. Rapport du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal (CNTEDP) : recommandations pour l'échographie de diagnostic. Gynecol Obstet Fertil. 2014 Jan;42(1):51–60.

6- Cinelli H. Enquête nationale périnatale 2021, mieux comprendre la santé périnatale en France métropolitaine. Sages-Femmes. 2023 Feb;22(2):34–9.

7- Galinier P, Bouali O, Ballouhey Q, Mouttalib S, Le Mandat A, Lemasson F, et al. Kystes ovariens fœtaux: prise en charge. Arch Pediatr. 2012 Jun;19(6):H253.

8- Muthee BW, Bray HJ. Approach to the postnatal sonographic evaluation of prenatally detected abdominopelvic cysts. Ultrasonography. 2022 Jan 1;41(1):53–73.

15- Cinelli H. Enquête nationale périnatale 2021, mieux comprendre la santé périnatale en France

expliquée aux parents [Internet]. Toulouse: Érès; 2005. p. 41–55. (1001 bébés).

9- Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. Radiol. 1988 Sep;168(3):817–21.

10- Valenti C, Kassner EG, Yermakov V, Cromb E. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. Am J Obstet Gynecol. 1975 -Sep;123(2)Soler A. Historique et technique de l'échographie. In: L'échographie obstétricale expliquée aux parents [Internet]. Toulouse: Érès; 2005. p. 41–55. (1001 bébés).

11- Bascietto F, Liberati M, Marrone L, Khalil A, Pagani G, Gustapane S, et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis: Fetal ovarian cysts. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Jul;50(1):20–31.

12- Gorincour G. La naissance du diagnostic prénatal: Spirale. 2013 Aug 1;N° 66(2):143–54.

13- . Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations a risque identifiees. Synthese des recommandations professionnelles (mai 2007). Gynecol Obstet Fertil. 2008 Jan;36(1):111–4.

14- Viossat P, Ville Y, Bessis R, Jeny R, Nisand I, Teurnier F, et al. Rapport du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal (CNTEDP) : recommandations pour l'échographie de diagnostic. Gynecol Obstet Fertil. 2014 Jan;42(1):51–60.

métropolitaine. Sages-Femmes. 2023 Feb;22(2):34–9.

16- Galinier P, Bouali O, Ballouhey Q, Mouttalib S, Le Mandat A, Lemasson F, et al. Kystes ovariens fœtaux: prise en charge. Arch Pediatr. 2012 Jun;19(6):H253.

17- Muthee BW, Bray HJ. Approach to the postnatal sonographic evaluation of prenatally detected abdominopelvic cysts. Ultrasonography. 2022 Jan 1;41(1):53–73.

18- Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. Radiol. 1988 Sep;168(3):817–21.

Valenti C, Kassner EG, Yermakov V, Cromb E. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. Am J Obstet Gynecol. 1975 -Sep;123(2):216