

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
1- RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DE L'OVAIRE	3
1.1. Anatomie	3
1.2. Physiologie	3
2- GENERALITES SUR LE KYSTE DE L'OVAIRE.....	6
2.1. Définition.....	6
2.2 Anatomie Pathologique	6
2.2.1 Les cystadenomes	6
2.2.2. Le kyste dermoïde	7
2.2.3. Le kyste endometriósique	7
2.2.4. Les kystes folliculaires et progestatifs	8
2.2.5 Les kystes fonctionnels infectieux	8
2.3. Formes cliniques.....	9
3- DIAGNOSTIC DU KYSTE DE L'OVAIRE	9
3.1. Examen clinique	9
3.1.1. Signes fonctionnels	9
3.1.2. Tableau clinique selon les formes	11
3.2. Examens paracliniques	12
3.2.1. Echographie	12
3.2.2 Radiographie simple de l'abdomen.....	13
3.2.3 Coelioscopie ou pelviscopie gynécologique	13
3.2.4. Hystérométrie.....	14
3.2.5. Dosage des marqueurs biologiques (CA 125 et CA 19.9)	14
3.2.6 L'Imagerie Par Résonance Magnétique (I.R.M)	14
3.2.7. Hystérosalpingographie	14
3.2.8. La tomодensitométrie	14
4. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	16

4.1 Pour les kystes de l'ovaires non compliqués	16
4.1.1 En cas de kyste pelvien	16
4.1.2. En cas de kyste à développement abdominal.....	17
4.2. Pour les kystes de l'ovaire compliqués	18
4.2.1. Des accidents mécaniques aigus	18
4.2.2 Des accidents de compression.....	18
4.2.3 Des accidents infectieux.....	19
5. EVOLUTION ET COMPLICATIONS	19
5.1. Evolution naturelle	19
5.2. Complications.....	19
5.2.1 Des complications mécaniques	20
5.2.2. Des complications infectieuses	21
5.2.3. Des complications dégénératives.....	21
5.2.4 Des complications obstétricales	23
6. TRAITEMENT	24
6.1. Pour les kystes fonctionnels	24
6.2. Pour les kystes organiques	24
6.2.1 La chirurgie percoelioscopique	24
6.2.2. La laparotomie	25
6.3. Pour les kystes compliqués.....	26
6.4. Kyste de l'ovaire et grossesse	26
6.4.1. En absence de toute complication.....	26
6.4.2. Si le kyste est compliqué.....	26
DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE	29
I- OBJECTIFS.....	30
II- CADRE D'ETUDE	30
1- HISTORIQUE DE LA CLINIQUE PRIVEE « M.M »	30
2. EMPLACEMENT DE CHAQUE SERVICE	30
3. ORGANISATION DU SERVICE	31
4- ORGANISATION DU TRAVAIL	34
III- METHODOLOGIE	34
1- METHODE	34

2- MATERIELS	34
IV- RESULTATS	35
1- FREQUENCE	35
2- AGE	37
3- GESTITE	39
4- PARITE	41
5- PROFESSION	43
6- SITUATION MATRIMONIALE	45
7- MODE D'ADMISSION	47
8- SIGNES A L'ENTREE	49
9- ANTECEDENTS	51
10- MOYENS DE DIAGNOSTIC	53
11- SIEGES DES KYSTES	55
12- CONDUITE A TENIR	57
13- EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA PIECE D'EXERESE OPERATOIRE	59
14- DUREE D'HOSPITALISATION	61
 TROISIEME PARTIE: COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	 63
 I- COMMENTAIRES	 64
1- FREQUENCE	64
2- AGE	64
3- GESTITE :	65
4- PARITE :	65
5- PROFESSION.....	65
6- SITUATION MATRIMONIALE.....	66
7- MODE D'ADMISSION	66
8- SIGNES A L'ENTREE.....	66
9- ANTECEDENTS	66
10- MOYENS DE DIAGNOSTIC.....	67
11- SIEGES DES KYSTES DE L'OVAIRE	67
12- CONDUITE A TENIR	68

13- EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA PIECE D'EXERESE	
OPERATOIRE	68
14- DUREE D'HOSPITALISATION.....	68
II- SUGGESTIONS.....	69
1. PREVENIR LES COMPLICATIONS	69
2. AMELIORER LA PRISE EN CHARGE.....	70
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1: Kyste fonctionnel et kyste organique	13
Tableau n°2: Fréquence annuelle des Kystes de l'ovaire	35
Tableau n°3: Répartition selon l'âge	37
Tableau n°4: Répartition selon la gestité	39
Tableau n°5: Répartition selon la parité	41
Tableau n°6: Répartition selon la profession	43
Tableau n°7: Répartition selon la situation matrimoniale	45
Tableau n°8: Répartition selon le mode d'admission	47
Tableau n°9: Répartition selon les signes à l'entrée	49
Tableau n°10: Répartition selon les antécédents	51
Tableau n°11: Répartition selon le moyen de diagnostic	53
Tableau n°12: Répartition selon le siège des kystes	55
Tableau n°13: Répartition selon la conduite à tenir	57
Tableau n°14: Répartition selon l'examen anatomo-pathologique	59
Tableau n°15: Répartition selon la durée d'hospitalisation	61

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Coupe verticale, médiane d'un ovaire.....	4
Figure n°2 : Les hormones féminines	5
Figure n°3 : Image échographique d'un kyste de l'ovaire préavia	15
Figure n°4 : Ablation percoelioscopique d'un kyste dermoïde.....	27
Figure n°5 : Pièce d'exérèse opératoire montrant un kyste ovarien.....	28
Figure n°6: Organigramme	33
Figure n°7: Fréquence annuelle des kystes de l'ovaire.....	36
Figure n°8: Répartition selon l'âge	38
Figure n°9: Répartition selon la gestité	40
Figure n°10: Répartition selon la parité	42
Figure n°11: Répartition selon la profession	44
Figure n°12: Répartition selon la situation matrimoniale	46
Figure n°13: Répartition selon le mode d'admission	48
Figure n°14: Répartition selon les signes à l'entrée	50
Figure n°15: Répartition selon les antécédents	52
Figure n°16: Répartition selon le moyen de diagnostic	54
Figure n°17: Répartition selon le siège des kystes	56
Figure n°18: Répartition selon la conduite à tenir	58
Figure n°19: Répartition selon l'examen anatomo-pathologique	60
Figure n°20 : Répartition selon la durée d'hospitalisation	62

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AEG	: Altération de l'Etat Général
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
cm	: Centimètre
CPN	: Consultation Prénatale
ECG	: Electro-CardioGramme
GEU	: Grossesse Extra-Utérine
gr	: Gramme
IEC	: Information-Education-Communication
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
J	: Jour
KIP	: Kystectomie Intra Péritonéale
KTP	: Kystectomie Transparietale
MM	: Mpitsabo Mikambana
mm	: Milimètre
OIP	: Ovariectomie Intrapéritonéale
OTP	: Ovariectomie Transpariétale
PF	: Planning Familial
TR	: Toucher Rectal
TV	: Toucher Vaginal

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

Les kystes ovariens sont des tumeurs liquidiennes développées aux dépens d'un ou des ovaires. Ils sont donc constitués d'une boule de liquide entourée d'une enveloppe et s'observent à tous les âges de la vie féminine (dès l'enfance, comme après la ménopause). [8]

Le nombre des femmes atteintes de kyste de l'ovaire est en hausse, contrastant avec le progrès considérable que connaît le domaine médical depuis plusieurs décennies. Ce problème est en passe de devenir même un problème de santé publique dans les pays développés. La stratégie à adopter face à un kyste de l'ovaire est une des précautions majeures du gynécologue. En effet, opérer à tort une lésion dénuée de toute évolutivité (ou vouée à la régression spontanée) et perdre du temps en face d'une tumeur (pouvant s'avérer maligne) qui, opérée plus tôt, aurait eu des meilleurs chances de guérison, pose un véritable dilemme. C'est là que l'exploration paraclinique (l'échographie surtout) prend toute son importance vu qu'elle permet de mettre à jour un grand nombre de kystes de l'ovaire encore cliniquement muets, mais aussi permet d'affiner le diagnostic pour une prise en charge adéquate.

Comme l'examen échographique commence à être relativement connu et utilisé à Madagascar, notre étude intitulée : "Prise en charge épidémio-clinique des kystes de l'ovaire à la clinique privée "MPITSABO MIKAMBANA" de Janvier 1998 à Juin 2001" va essayer de démontrer si la réalité à Madagascar rejoint la littérature mais surtout d'évaluer les cas de kystes de l'ovaire en suivant plusieurs critères. Des commentaires seront faits tandis que plusieurs suggestions vont être proposées.

Cette étude se divise en 3 parties :

- Première partie : Revue de littérature
- Deuxième partie : notre étude
- Troisième partie : commentaires et suggestions.

Une conclusion terminera le travail.

**PREMIERE PARTIE:
REVUE DE LA LITTERATURE**

1- RAPPEL ANATOMO-PHYSIOLOGIQUE DE L'OVAIRE

1.1. ANATOMIE [1] [2] [3] [4]

Glande génitale féminine au nombre de deux, les ovaires sont situés, dans la cavité abdominale, de chaque côté de l'utérus. Chaque ovaire a comme voisine la trompe de FALLOPE. L'ensemble ovaire-trompe donne le terme annexe. Les ovaires ont la forme d'une amande de couleur blanc rosée.

Savoir les différentes phases de l'activité cyclique d'un ovaire n'est pas une pratique courante. Pourtant, la reconnaissance exacte de cette « respiration » ovarienne procure un éclairage indispensable à l'établissement du bon diagnostic :

- En période d'activité génitale, les ovaires sont d'une taille moyenne de 35mm de longueur, 25mm de largeur et 10mm d'épaisseur. Ils sont de couleur blanc pur et pèsent chacun 6 à 8 grammes (g). Leur surface est irrégulière et mamelonnée correspondant aux follicules de GRAFF sous-jacent et aux cicatrices post-ovulatoires.
- Dans les âges extrêmes de la vie génitale, l'ovaire est :
 - lisse, blanc pur avant la puberté et pèse 2 à 3g.
 - petit, cérébriforme et blanc jaune après la ménopause, il pèse 1 à 2g et tend à s'atrophier.
- Dans les traitements contraceptifs, l'ovaire est lisse, blanc chamoisé.

1.2- PHYSIOLOGIE [5] [6] [7]

L'ovaire a une fonction double : assurer la sécrétion (fabrication) des hormones sexuelles femelles et libérer tous les mois un ovule mûr. Ils ont une fonction alternative, lorsque l'un des deux travaille, l'autre se repose. En effet, de nombreux ovules sont renfermés dans les ovaires. Ces ovules sont formés une fois pour toutes au 5^{ème} mois de la vie intra-utérine. A partir de la puberté, au milieu de chaque cycle menstruel, l'un de ces ovules est expulsé pour être capté par la trompe : c'est l'ovulation.

Après, certaines cellules du follicule débarrassé de l'ovule se transforment en corps jaune, à l'origine de la sécrétion de progestérone et d'œstrogène. En l'absence de fécondation, le corps jaune se développe sous forme d'une glande rouge très vasculaire centrée par le cratère d'ovulation puis il pâlit, jaunit et disparaît sous forme d'une cicatrice. Par contre, si grossesse il y a, le corps jaune continue sa fonction pendant le premier trimestre.

L'ovaire est en quelque sorte sous les ordres d'autres hormones, les gonadotrophines hypophysaires, qui sont les hormones sécrétées par l'hypophyse (glande située à la base du cerveau).

Une autre variété d'hormones, les hormones folliculo-stimulantes et lutéinisantes, stimulent également les ovaires.

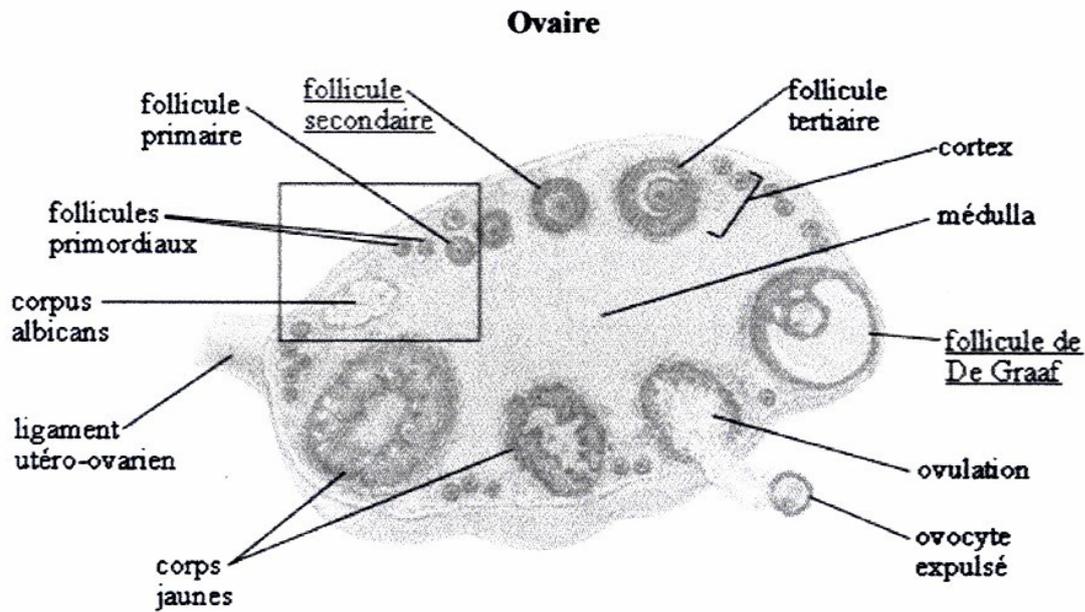


Figure N°1 : Coupe verticale, médiane d'un ovaire

2- GENERALITES SUR LE KYSTE DE L'OVAIRE

2.1. DEFINITION [8] [9] [10]

Le kyste de l'ovaire peut être comparé à une poche dont le contenu est liquide. Il peut s'observer à tous les âges de la vie féminine. Sous le terme de kystes de l'ovaire, on distingue:

- les kystes fonctionnels évoluant au cours du cycle menstruel (par défaut de fonctionnement de l'ovaire) et qui doivent être respectés, c'est-à-dire non opérés, dans la plupart des cas;

- les kystes organiques, partiellement liquidiens, en général bénins, qui doivent être enlevés chirurgicalement car ils peuvent se compliquer ou même dégénérer, surtout après la ménopause.

Cette dernière forme rejoint une autre définition : « On n'accepte comme Kystes de l'ovaire que les tumeurs non néoplasiques, en principe bénignes, qui sont développées aux dépens des éléments normaux de l'ovaire ou des vestiges inclus, et qui sont constituées par une paroi conjonctive, tapissée par un épithélium. Ceci élimine les kystes dystrophiques (folliculaires et progestatifs) et l'endométriome kystique de l'ovaire, qui sont des kystes fonctionnels ».

2.2 ANATOMIE PATHOLOGIQUE [11] [12] [13] [14] [15]

2.2.1 Les cystadénomes

Ils sont de deux types :

a- Kyste mucoïde ou cystadénome pseudo-mucineux

Ce kyste organique se présente sous la forme de plusieurs nodules. Ces nodules se fusionnent au fur et à mesure de l'évolution du kyste, donnant une cavité de taille variable allant de la taille d'une orange à celle d'une citrouille ou même plus.

Observé rarement avant qu'il ait pris la taille d'une orange, il peut devenir énorme et remplir tout l'abdomen. Son contenu est un liquide visqueux et filant, tantôt séreux, tantôt séro-sanguinolent. Dans les gros kystes, sa quantité peut atteindre 20 ou même 30 litres.

b- Kyste séreux ou kyste papillaire ou cystadénome séreux

D'après une étude récente, c'est le plus fréquent des kystes organiques actuellement (50%), s'il était encore au second plan, il y a quelques années, après le kyste mucoïde.

Sa principale caractéristique s'avère être les végétations papillaires qui peuvent-être exo ou endo-kystiques ou les deux à la fois. Son contenu est un liquide clair eau de roche.

2.2.2. Kyste dermoïde

C'est le plus rare des kystes organiques. C'est un dysembryome kystique c'est-à-dire une tumeur embryonnaire, des tératomes dont les tissus ont la même origine que les différents feuillets embryonnaires. Cette tumeur a un pédicule assez long, de volume variable et contient du liquide adipeux dans lequel baignent des productions tissulaires très variées selon leur feuillet d'origine :

- Cheveux, poils, ... pour le feuillet ectodermique.
- Dents, os, cartilage, ... pour le feuillet mésodermique.
- Thyroïde, muqueuse intestinale, ... pour le feuillet endodermique.

2.2.3. Kyste endométriosique

C'est un kyste fonctionnel. Il s'agit d'une localisation ovarienne de l'endométriose c'est-à-dire existence de cellules épithéliales et/ou stromales identiques aux cellules de l'endomètre au niveau de l'ovaire. Cette tumeur se présente sous la forme d'une coque épaisse dont le contenu liquidien a une coloration chocolat ou ressemble à du goudron.

2.2.4. Kystes folliculaires et progestatifs

Ils représentent 60% environ des kystes ovariens.

Les kystes folliculaires sont dus à des perturbations hormonales, plus précisément à un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien et regroupent un certain nombre de syndromes spécifiques (syndrome de Stein-Leventhal et dystrophie micropolykystique). Ces syndromes sont responsables d'une dysovulation ou d'un

anovulation, de la présence de follicules ovariens de taille variable, pouvant atteindre plusieurs centimètres (cm).

Les kystes progestatifs sont dus principalement aux micro-progestatifs (pilules), aux inducteurs d'ovulation (médicaments stimulant l'émission de l'ovule) et à une môle hydatiforme (tumeur bénigne le plus souvent due à une dégénérescence d'une partie du placenta, des villosités choriales, pendant la grossesse).

Ces kystes contiennent généralement un liquide de coloration jaune clair et dont la taille est inférieure à 5cm. Ils disparaissent habituellement après les règles ou après un traitement qui bloque l'ovulation. Ils sont susceptibles de se compliquer, généralement en devenant des kystes hémorragiques.

2.2.5 Kystes fonctionnels infectieux

Ils sont fréquents lors des salpingites et disparaissent avec le traitement de l'infection.

2.3. FORMES CLINIQUES [16] [17]

Le kyste de l'ovaire se manifeste sous plusieurs formes :

- kyste pelvien
- kyste à développement abdominal
- kyste enclavé dans le DOUGLAS
- kyste inclus dans le ligament large.

3- DIAGNOSTIC DU KYSTE DE L'OVAIRE [18] [19] [20]

Le kyste de l'ovaire n'a pas de symptomatologie spécifique. Les signes d'appel sont longtemps discrets et n'inquiètent pas la malade, ou sont trompeurs et n'incitent pas le médecin à pratiquer un examen gynécologique. Sa découverte est donc le plus souvent fortuite lors d'un examen (échographique) systématique. Lorsque les signes fonctionnels sont évocateurs, ils traduisent généralement des complications ou correspondent à un stade avancé du kyste.

3.1. EXAMEN CLINIQUE [9] [21] [22] [23]

3.1.1. Signes fonctionnels

Ils sont extrêmement variables. Parfois, la malade est amenée à se faire examiner devant :

a- Des anomalies des règles

On les retrouve dans 25% des cas.

- aménorrhée (absence des règles),
- hypomenorrhée avec spaniomenorrhée (règles peu abondantes et très espacées),
- anomalie de la menstruation et apparition intempestive de pertes de sang.

Ces anomalies se voient surtout dans les kystes de l'ovaire fonctionnels.

b- Des douleurs

C'est souvent le signe le plus précoce et le plus fréquent :

- une sensation de pesanteur ou de gêne,
- des douleurs intermenstruelles ou une dysménorrhée,
- des douleurs pelviennes exagérées par la station debout, les changements de position ou les rapports sexuels,
- plus rarement, des névralgies crurales, sciatiques ou inguinales par envahissement du plexus nerveux.

c- Une augmentation de volume de l'abdomen

C'est souvent le premier signe d'alarme suite à un volume important du kyste de l'ovaire.

d- Une stérilité

Cette stérilité se voit surtout dans le trouble fonctionnel de l'ovaire, plus précisément dans la dystrophie micropolykystique, la dystrophie anovulatoire ou syndrome de Stein-Leventhal. Cette stérilité est d'autant plus fréquente que la femme est jeune. Tout ceci tourne autour de l'absence ou l'altération de la qualité de l'ovulation et regroupe un certain nombre de syndromes spécifiques.

e- Des signes de voisinage

- Troubles intestinaux à type de constipation opiniâtre, plus rarement, d'occlusion intestinale.
- Signes urinaires à type de pollakiurie, de dysurie qui sont plus rares. La rétention complète d'urine est exceptionnelle.
- Des œdèmes des membres inférieurs et une altération de l'état général peuvent occuper le devant de la scène.

3.1.2. Tableau clinique selon les formes [24] [25] [26] [27]

a- En cas de kyste pelvien

Les kystes pelviens mesurent en général moins de 15 cm de diamètre. Ils sont entièrement logés dans le pelvis.

Dans la plupart des cas, l'inspection et la palpation ne révèlent rien. C'est là que le toucher vaginal (Toucher rectal chez la jeune fille) combiné avec le palper abdominal prend toute son importance. Il montre :

- un col dévié latéralement par la tumeur, de même que le corps utérin,
- un DOUGLAS comblé par une masse arrondie, en général de la grosseur d'une orange, rénitente, mobile et indolore,
- caractère essentiel de la tumeur : son indépendance par rapport à l'utérus c'est-à-dire que les mouvements du col pris entre deux doigts vaginaux n'entraînent pas le déplacement de la main abdominale posée sur le pôle supérieur de la masse.

b- En cas de kyste à développement abdominal

Ce kyste peut prendre un volume vraiment invraisemblable.

- L'inspection peut montrer une asymétrie abdominale en faveur du côté où siège le kyste,
- la palpation recherchera le vide sous-costal et le vide sus-pubien,
- la percussion montre un kyste avec une matité à convexité supérieure,
- le T.V. et palper combiné n'aide pas beaucoup au diagnostic vu que le kyste est souvent volumineux. Seule, la position de TRENDELENBURG permet de préciser que la tumeur est indépendante de l'utérus.

c- En cas de kyste enclavé dans le DOUGLAS

Le T.V. montre un kyste :

- qui refoule le col contre la symphyse pubienne.
- fixe, dû à son enclavement dans le DOUGLAS.

Il peut se désenclaver en position de TRENDELENBURG.

d- En cas de kyste inclus dans le ligament large

Le T.V. montre :

- un kyste refoulant l'utérus latéralement,
- un kyste qui semble faire corps avec l'utérus car il est difficile de le mobiliser.

C'est là que les examens complémentaires prennent toute leur importance.

3.2. EXAMENS PARACLINIQUES [28] [29] [30] [31] [32] [33]

3.2.1. Echographie

La première pratique de l'échographie pelvienne a été faite par LICHTMANN en 1978 pour le diagnostic d'une torsion tubaire. Depuis, l'échographie a bouleversé la démarche diagnostique.

C'est la plus importante et peut-être la moins invasive des investigations cliniques. Elle est réalisée soit par voie abdominale, soit par l'intermédiaire du vagin (voie transvaginale). Elle permet de :

- déterminer avec précision la taille du kyste, sa position, son volume, son épaisseur, celle de ses parois, son contenu, s'il est uniloculaire ou multiloculaire (une ou plusieurs cloisons),
- vérifier l'homogénéité,
- déterminer l'existence ou non des végétations endo ou exo-kystiques; l'existence des dents, poils, ...
- suspecter la possibilité d'une dégénérescence maligne.

Il arrive même que cette investigation découvre un kyste "ignoré" par l'examen clinique.

A cet examen vient s'associer, de nos jours et surtout dans les pays développés, la vélocimétrie Doppler (Doppler couleur), complément d'information précieux soit pour

caractériser la nature vasculaire de la masse supposée être ovarienne, soit pour aider à la définition anatomique en réalisant une véritable cartographie.

3.2.2 Radiographie simple de l'abdomen

De face et de profil, elle montre :

- quelquefois des calcifications permettant ainsi de poser le diagnostic d'un kyste dermoïde.

3.2.3 Coelioscopie ou pelviscopie gynécologique

Utilisée beaucoup plus dans les pays développés, elle est indiquée pour :

- éliminer des lésions non ovariennes,
- préciser la nature histologique du kyste,
- préciser l'existence ou non de végétations exokystiques,
- mettre la lumière sur un diagnostic hésitant.

Cet examen permet aussi, grâce à plusieurs critères, de discerner un kyste fonctionnel d'un kyste dermoïde comme l'indique le tableau ci-dessous:

Tableau n°1: Kyste fonctionnel et kyste organique selon leurs critères

Critères	Kyste fonctionnel	Kyste organique
Ligament utéro-ovarien	Normal	Allongé
Paroi du kyste	Mince	Epaisse
Vascularisation	Coraliforme	En peigne à partir du hile
Liquide	Jaune safran	Selon la nature du kyste
Aspect endokystique	Rétinoïde	Paroi lisse

3.2.4. Hysterometrie

Elle renforce le diagnostic car une profondeur utérine supérieure à 15cm ne plaide pas en faveur d'un kyste de l'ovaire.

3.2.5. Dosage des marqueurs biologiques (CA 125 et CA 19.9)

Surtout employés à la recherche d'une dégénérescence maligne dans les pays développés.

3.2.6 L'Imagerie Par Résonance Magnétique (I.R.M)

Il est rarement employé sauf dans les kystes de grande dimension et dans les kystes douteux. Sa fiabilité reste à discuter.

3.2.7. Hystérosalpingographie

L'intérêt de cet examen est considérablement réduit. Elle conserve ses indications chez la femme jeune désirant procréer et chez la femme âgée présentant des métrorragies, de manière à ne pas ignorer un cancer de l'endomètre associé.

3.2.8. La tomodensitométrie (Scanner)

Il est utile pour préciser l'atteinte des organes de voisinage et la structure hépatique. Les métastases hépatiques sont d'autant plus nettes que leur densité diffère de celle du parenchyme hépatique (examen inefficace si les nodules n'excèdent pas 1cm).

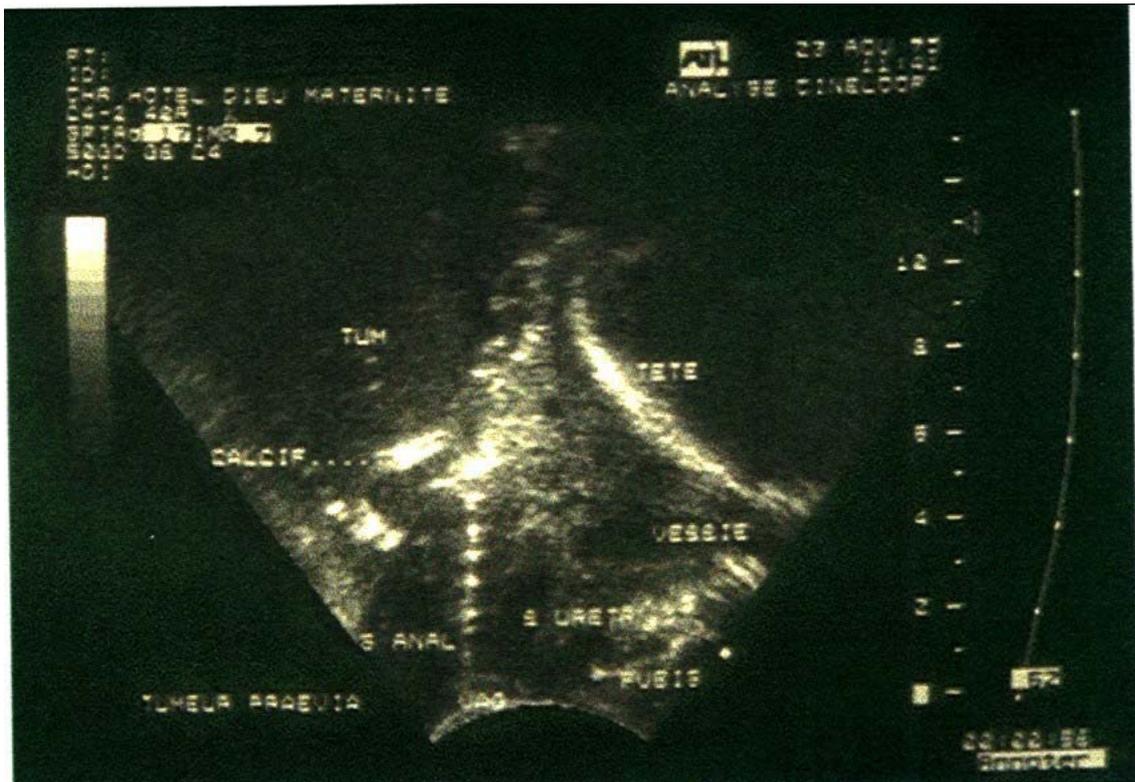


Figure N°3 : Image échographique d'un kyste de l'ovaire préavia

4. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [34] [35] [36] [37] [38] [39]

Il est vrai que le diagnostic d'un kyste de l'ovaire est assez facile en présence des signes qui le caractérisent. Ces signes viennent à manquer dans certains cas posant un problème diagnostic.

4.1 POUR LES KYSTES DE L'OVAIRE NON COMPLIQUES

Le diagnostic différentiel se pose suivant le siège et le volume du kyste.

4.1.1 En cas de kyste pelvien

Le problème diagnostic se fait avec :

a- Un pyosalpinx

- Fixe, douloureux,
- souvent bilatéraux, avec des phénomènes inflammatoires.

b- Un hématosalpinx

- Faire toujours une enquête rétrospective à la recherche d'une Grossesse Extra-Utérine (GEU).
- Procéder à un test de grossesse s'avère utile.

c- Un hydrosalpinx

Le diagnostic se fait surtout par les examens paracliniques.

d- Un kyste fonctionnel

- Kyste suivant le cycle menstruel
- Revoir la malade à un autre moment du cycle pour juger de sa permanence.

4.1.2. En cas de kyste à développement abdominal

a- S'il est de volume modéré

Le problème diagnostique se pose avec :

- Un globe vésical d'une rétention d'urine. Un simple cathétérisme vésical lèvera le doute
- Un fibrome pédiculé
- Un hydramnios, caractérisé par :
 - aménorrhée
 - présence des signes d'imprégnation de la grossesse
 - ballonnement foetal et Bruit du Cœur Fœtal positif
 - réaction biologique de la grossesse.
- Presque toutes les tumeurs abdominales :
 - hydronéphrose
 - tumeur de la rate
 - tumeur du foie, de la grosse vésicule.

Un examen complet et attentif, le toucher et le palper combinés fait en position de TRENDELENBURG diminuent les risques d'erreur. Mais ce n'est parfois qu'à la laparotomie exploratrice que le diagnostic est rectifié.

b- S'il est très volumineux

Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec :

- l'ascite qui est caractérisée par :
 - matité à concavité supérieure
 - déplissement de l'ombilic
 - présence de circulation veineuse collatérale

- signe de FOURESTIER : Sonorité lombaire en position assise ou accroupie en cas de kyste volumineux car il refoule l'intestin dans la fosse lombaire. C'est le contraire de l'ascite : c'est le liquide qui diffuse à ce niveau, d'où matité.

- signe de MOIROUD (signe de flot ascendant) : la sensation de flot d'un flanc à l'autre est perçue que ce soit dans le kyste ou dans l'ascite, mais ce flot peut aussi aller de bas en haut dans le kyste, permettant même de déterminer sa limite supérieure.

– A signaler qu'une association de kyste et d'ascite est possible, compliquant encore plus le diagnostic tout en faisant redouter une dégénérescence maligne.

4.2. POUR LES KYSTES DE L'OVAIRE COMPLIQUES

Ils posent beaucoup plus de problème du fait que ce sont surtout les signes de complications qui prédominent. Ces signes amènent à penser à :

4.2.1. Des accidents mécaniques aigus

- Appendicite perforée en cas de kyste de l'ovaire droit
- Pyosalpinx
- G.E.U
- Pancréatite aiguë hémorragique
- Inondation péritonéale.

4.2.2 Des accidents de compression

- Fibrome enclavé,
- utérus gravide rétrofléchi,
- toutes tumeurs pelviennes.

4.2.3 Des accidents infectieux

- Pelvi-péritonites.

5. EVOLUTION ET COMPLICATIONS [40] [41] [42] [43] [44]

5.1. EVOLUTION NATURELLE

Un kyste méconnu ou laissé à lui-même continue de s'accroître et va provoquer, peu à peu un double mécanisme de compression:

- compression extrinsèque par une tumeur volumineuse dans un espace inextensible.
- compression par envahissement néoplasique.

En cas de tumeur abdominale volumineuses, on peut observer une dyspnée par refoulement diaphragmatique.

En cas de tumeur enclavée dans le Douglas, des troubles vésicaux (pollakiurie) par compression vésicale et des troubles digestifs (constipation) par compression intestinale sont observés.

En cas de kyste inclus dans le ligament large, la compression urétérale peut entraîner une hydronéphrose.

En cas de compression par envahissement néoplasique, on peut observer une atteinte des plexus nerveux.

Un amaigrissement continu contraste avec l'abdomen énorme.

5.2. COMPLICATIONS

A un stade plus avancé, on assiste à :

5.2.1 Des complications mécaniques

a- La torsion

Elle représente 10% des complications des kystes de l'ovaire.

Elle se produit sur des kystes libres d'adhérences et de volume modéré. Cette torsion est la plupart du temps source d'autres complications comme la rupture, l'hémorragie ou l'infection.

– La torsion aiguë réalise un syndrome abdominal aigu, à point de départ pelvien. L'examen retrouve une défense plutôt qu'une vraie contracture. La douleur est intense et brutale. C'est une urgence chirurgicale.

– La torsion chronique entraîne des crises douloureuses pelviennes, brèves, survenant par à coups, suivies d'une rémission trompeuse et passagère, pouvant s'accompagner de vomissements. L'examen clinique permet de mettre en évidence une masse latéro-utérine douloureuse, qui impose l'intervention.

b- L'hémorragie intra-kystique

Elle est souvent associée à des phénomènes de torsion. Le kyste s'accroît rapidement lorsque l'hémorragie est intrakystique et s'accompagne de douleurs aiguës.

La manifestation clinique est presque identique à celle de la G.E.U. lorsque l'hémorragie est intrapéritonéale.

c- La rupture

Elle survient soit spontanément soit après un traumatisme abdominal :

– La rupture extra-péritonéale se fait généralement dans un organe creux, le plus souvent le rectum. On assiste, tantôt à une disparition, tantôt à une mise en tension de la tumeur.

– La rupture intra-péritonéale donne un tableau de péritonite généralisée surtout si le kyste est infecté.

d- Les compressions

A un degré plus élevé, les compressions mécaniques donnent :

- une anurie complète (compression urétérale)
- une occlusion rectale (compression rectale)
- un oedème considérable des membres inférieurs, irréductibles, pouvant même donner des embolies et des phlébites post-opératoires (compression vasculaire)
- une névralgie sciatique (compression sacrée).

5.2.2. Des complications infectieuses

Ces complications infectieuses sont rares. Le mode de contamination septique peut se faire par voie hématogène lors d'une infection générale ou par continuité lors d'une infection salpingienne. Cliniquement, il y a :

- la forme aiguë qui montre un syndrome de suppuration profonde :
 - fièvre et frissons
 - altération de l'état général (AEG)
 - polynucléose et leucocytose.
- la forme sub-aiguë est surtout marquée par :
 - une fièvre peu élevée
 - un amaigrissement continu
 - des troubles digestifs.

5.2.3. Des complications dégénératives

La dégénérescence cancéreuse est la plus grave des complications. Le cancer de l'ovaire se place au 3e rang des cancers de l'appareil génital. La malignité est à redouter devant:

- l'âge avancé de la femme, surtout après la ménopause
- une rapide altération de l'état général (A.E.G)
- une ascite surajoutée et une métrorragie.
- une tumeur à développement rapide donnant des douleurs et des signes de compression.

Si la tumeur est cliniquement maligne:

- la palpation révèle une tumeur dure, polylobée et asymétrique

- le toucher vaginal (TV) perçoit une masse dure, étendue, fixée, bilatérale
- le toucher rectal (TR) montre les coulées néoplasiques dans le cul-de-sac de DOUGLAS et l'infiltration des paramètres.

Parfois, cette malignité est difficile à diagnostiquer si bien que c'est l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire qui la révèle.

Il est important de pratiquer l'évaluation du stade du cancer en vue d'une prise en charge adéquate.

Cancer de l'ovaire

Classification de la Fédération Internationale du Gynécologie et d'Obstétrique

Stade I: tumeur limitée aux ovaires

Stade Ia: tumeur limitée à un ovaire sans ascite

Ia1: capsule ovarienne intacte

Ia2: capsule atteinte

Stade Ib : tumeur limitée aux deux ovaires sans ascite, contenant des cellules malignes

Stade Ic : tumeur limitée à un ou deux ovaires, mais ascite présente avec cytologie positive

Stade II: tumeur uni ou bilatérale avec extension pelvienne

Stade IIa: extension à l'utérus et/ou aux trompes

Stade IIb : extension aux autres structures pelviennes

Stade III : tumeur uni ou bilatérale

Stade III a: avec métastases ganglionnaires

Stade III b : avec métastases péritonéales ou viscérales intra-abdominales étendues au-delà du petit bassin

Stade IV: tumeur uni ou bilatérale avec métastases à distance, extra-abdominales.

5.2.4 Des complications obstétricales

La constatation d'un kyste de l'ovaire au cours des investigations pour stérilité en affirme la cause unique le plus souvent.

La fréquence de l'association tumeur kystique de l'ovaire et grossesse est en moyenne de 1/1000 grossesses.

Le diagnostic, en général facile en début de grossesse, devient plus difficile avec l'évolution de la grossesse car le volume utérin gêne l'examen clinique des annexes d'où l'importance de l'échotomographie.

Au cours de la grossesse, le kyste subit très souvent une complication qui met en péril la poursuite de celle-ci :

- des accidents de torsion,
- une rupture,
- des adhérences périkystiques,
- une infection.

Le kyste peut aussi compliquer la grossesse et l'accouchement :

- avortement ou accouchement prématuré,
- présentations vicieuses,
- engagement impossible de la tête (kyste praevia),
- contractions utérines inefficaces et absence de dilatation au cours de l'accouchement.

6. TRAITEMENT [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52]

6.1. POUR LES KYSTES FONCTIONNELS

Ces kystes peuvent être traités médicalement dans la plupart des cas. Le traitement chirurgical ne doit être proposé qu'en cas d'échec du traitement médical.

On prévoit le plus souvent un traitement d'épreuve de blocage de l'axe gonadotrope à base de pilule oestro-progestative:

- Pilule normodosée : 50 µg : 2 plaquettes en continu
- Progestatif : 19 norprégnane, nortéroïdes, 40 jours en continu.
- * Si le kyste a disparu: traitement d'entretien progestatif de j 15 à j 25.
- * Si le kyste persiste : traitement chirurgical.

6.2. POUR LES KYSTES ORGANIQUES

Le seul traitement est la chirurgie. Ce traitement ne soulève en général aucune difficulté, ni technique ni tactique.

METHODES : On utilise selon les cas, la kystectomie (exérèse du kyste seul), l'ovariectomie (exérèse de l'ovaire porteur du kyste), l'annexectomie (ovaire et trompe), l'hystérectomie (annexe plus utérus) et plus récemment la chirurgie per-coelioscopique.

INDICATIONS: Elles dépendent essentiellement de l'âge de la patiente, de son désir de procréation, mais également de la structure de la tumeur, de sa taille, de son uni ou bilatéralité, de son clivage,...

6.2.1. LA CHIRURGIE PERCOELIOSCOPIQUE

Elle est rarement employée dans les pays en voie de développement vu son coût élevé. L'efficacité de cette intervention est limitée aux kystes de moindre volume, exempts de toutes complications.

AVANTAGES: Elle est moins traumatisante pour la patiente (cicatrice à peine visible et l'opérée peut repartir dès l'effacement des effets anesthésiques).

INTERVENTION: Faite au travers de l'incision à peine visible au bord de l'ombilic. On y ajoute une ou deux mouchetures à droite et/ou à gauche pour glisser les instruments. Le chirurgien vérifie d'abord s'il n'y a rien de suspect dans le liquide, ni à l'intérieur de la cavité avant d'enlever progressivement et complètement le kyste. Suivant les caractères et la structure de la tumeur, on peut réaliser soit une kystectomie intrapéritonéale (KIP) ou une kystectomie transpariétale (KTP), soit une ovariectomie intrapéritonéale (OIP) ou une ovariectomie transpariétale (OTP). Après vérification de l'absence de saignement, l'intervention est terminée.

6.2.2. LA LAPAROTOMIE

Beaucoup plus pratiquée dans notre pays, elle permet une exérèse plus aisée que la voie coelioscopique.

INTERVENTION: L'incision est souvent médiane sous-ombilicale et transversale, dépassant l'ombilic de 2cm vers le bas, là où les poils ont été rasés (et où ils repoussent pour cacher la cicatrice). Elle peut être par nécessité, verticale, plus ou moins longue en remontant du bas. C'est le cas dans les grosses tumeurs négligées ou suspectes de dégénérescence.

AVANTAGE: Offre la possibilité :

- d'affiner le diagnostic, par l'exploration de la cavité pelvienne (utérus, trompe, les chaînes ganglionnaires et bien sur l'ovaire controlatéral), par l'exploration de la cavité abdominale (foie, coupes diaphragmatiques, grand épiploon, ...).
- de faire une ou plusieurs biopsies à distance de la tumeur, en cas de suspicion de malignité en vue d'un examen anatomo-pathologique.

Le traitement de ce qu'on va trouver ne sera que plus adéquat.

6.3. POUR LES KYSTES COMPLIQUES

Tout kyste compliqué est une urgence chirurgicale.

L'intervention, en plus de l'exérèse, sera suivie d'un large drainage péritonéal en cas de rupture ou d'infection.

En cas de malignité, une annexectomie bilatérale avec hystérectomie est l'intervention de base.

L'ablation de toute autre lésion suspecte (omentectomie, exérèse d'une anse grêle, d'un segment côlique, du dôme vésical, ...) s'avère nécessaire car peut améliorer le pronostic.

La tumorectomie ou l'annexectomie unilatérale n'ont pas leur place sauf dans des cas très particuliers tenant à l'âge ou au désir de maternité.

Un traitement chirurgical seul s'avère insuffisant en cas de malignité. La chimiothérapie complète le traitement chirurgical et parfois même la radiothérapie.

6.4. KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

6.4.1. En l'absence de toute complication

La grossesse sera poussée le plus loin possible et dès que l'enfant est viable, on pratique une opération césarienne. On enlève le kyste de l'ovaire après.

6.4.2. Si le kyste est compliqué

C'est le pronostic maternel qui prime.

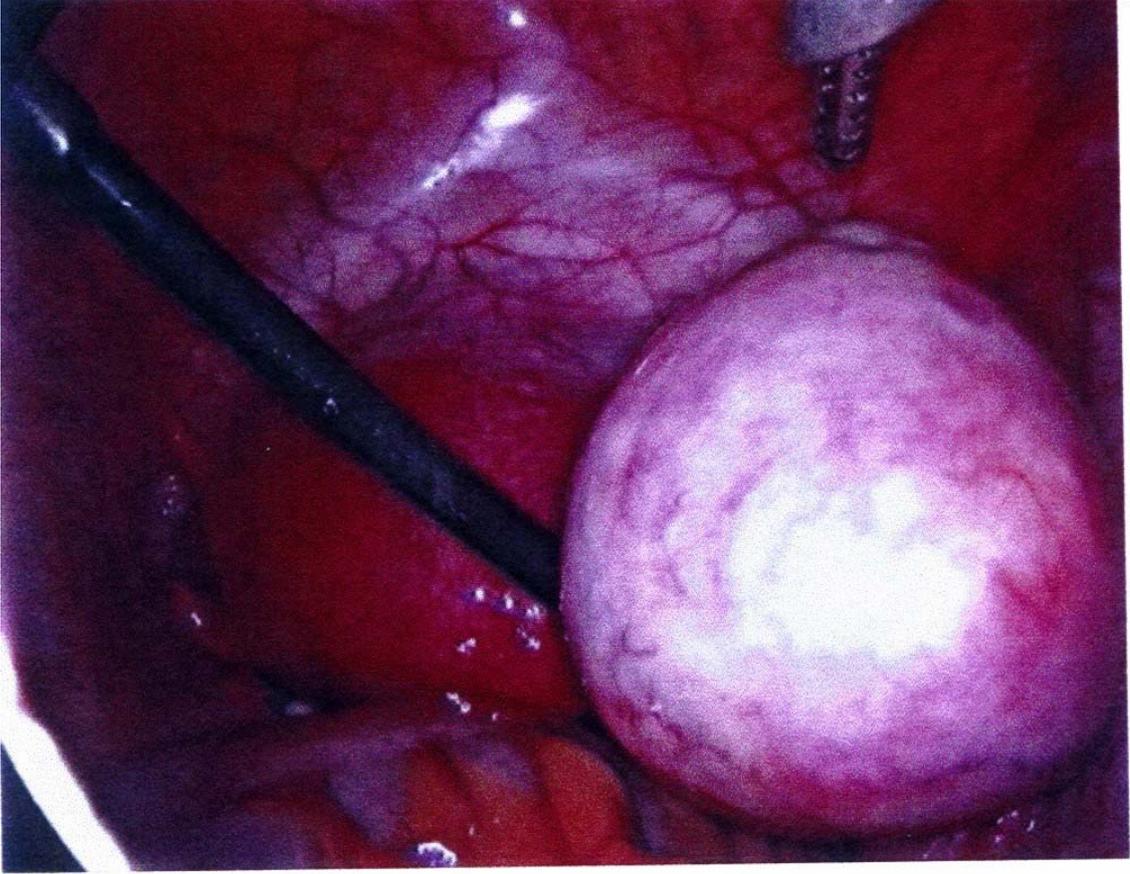


Figure N°4 : Ablation percoelioscopique d'un kyste dermoïde



Figure N°5 : Pièce d'exérèse opératoire montrant un kyste ovarien

DEUXIEME PARTIE:
NOTRE ETUDE

I- OBJECTIFS

Les buts de l'étude sont :

- Faire connaître le kyste de l'ovaire
- Démontrer d'une façon assez simplifiée les manifestations cliniques du kyste de l'ovaire, ses différentes formes cliniques ainsi que les complications
- Montrer les différentes modalités de prise en charge.

II- CADRE D'ETUDE

Notre étude a été menée à la clinique privée « MPITSABO MIKAMBANA » d'Antananarivo.

1- HISTORIQUE DE LA CLINIQUE PRIVEE « M.M »

La clinique privée « M.M » est le fruit d'une association de groupe de médecins, de techniciens et d'investisseurs, d'où son nom.

Le début du projet remonte à 1986. La construction a débuté en Août 1987 et la clinique est fonctionnelle depuis février 1990.

A signaler que la clinique est jumelée avec plusieurs universités allemandes (HAMBOURG, BERLIN, COLOGNE,...) d'où des échanges permanentes d'expérience. Dans ce sens, la clinique reçoit épisodiquement des étudiants en Médecine de ces universités pour stage.

Les infrastructures médicales et chirurgicales de la clinique proviennent presque toutes d'Allemagne.

2. EMPLACEMENT DE CHAQUE SERVICE

C'est un bâtiment de trois étages dont la capacité d'accueil est de 29 lits.

- Au rez-de-chaussée, on trouve :
 - un service d'accueil,
 - une salle d'urgences,
 - une salle de radiologie,
 - un bloc opératoire,

- un service administratif,
 - une pharmacie.
- Au premier étage :
- une salle de réanimation,
 - une salle de consultation,
 - une salle de kinésithérapie,
 - une salle d'Electro-cardiogramme (ECG),
 - 08 chambres.
- Au deuxième étage :
- 02 salles de consultations,
 - un laboratoire,
 - une salle d'accouchement,
 - 08 chambres.
- Au troisième étage :
- Cuisine,
 - Salle de réunion et réfectoire.

3. ORGANISATION DU SERVICE

Pour une meilleure efficacité et une qualité de service optimale, plusieurs unités de service ont été mises en place.

3.1 L'UNITE TECHNIQUE

a- Le service technique

- La salle d'urgences, combinée au service d'ambulances,
- la salle de radiologie,
- la salle de réanimation,
- le bloc opératoire,
- le service de Maternité,
- le laboratoire.

Le tout est supervisé par un major.

b- Le personnel technique

- 01 médecin directeur qui dirige toute l'unité technique et administrative
- 03 médecins spécialistes,
- 05 médecins généralistes,
- 01 major,
- 03 sages-femmes,
- 04 infirmiers,
- 03 anesthésistes,
- 01 kinésithérapeute,
- 03 laborantins,
- 06 aides-soignants,
- 04 manipulateurs radio.

3-2- L'UNITE ADMINISTRATIVE

a- Le service administratif

- Le service administratif et financier,
- le service logistique,
- le service de relation publique,
- le service de recouvrement.

b- Le personnel administratif

- 01 gestionnaire qui dirige l'unité administrative,
- 01 responsable administratif et financier,
- 01 responsable logistique,
- 06 agents de bureau,
- 16 personnels d'appui.

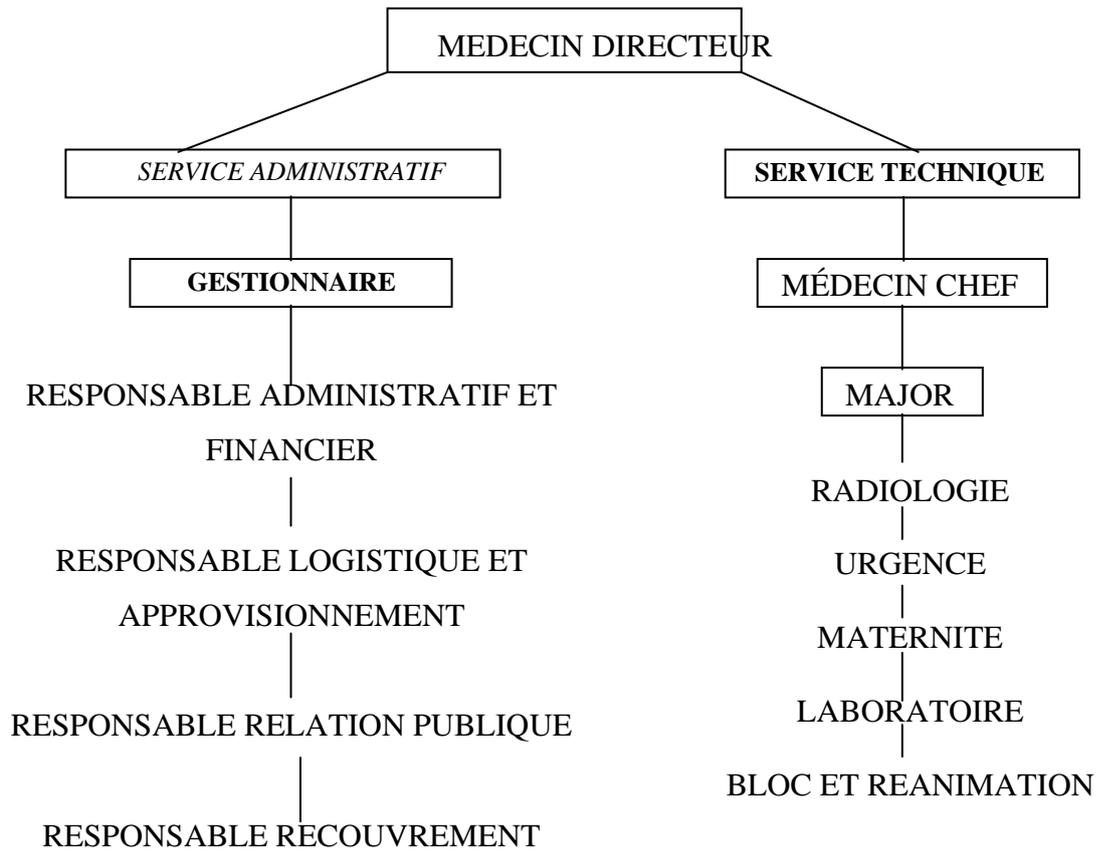


Figure N°06 : ORGANIGRAMME DE LA CLINIQUE M.M.

4- ORGANISATION DU TRAVAIL

- La clinique est ouverte 24 sur 24h.
- Chaque service est organisé afin d'assurer la réception du client à toute heure, d'être rapide et efficace.
- Chaque médecin après avoir effectué sa garde de nuit récupère le jour suivant tandis que les infirmiers et les aides soignants ont un tour de garde de 24/48heures.
- Le personnel administratif pratique un système de rotation par 12 heures.
- Pour une efficacité maximum, la clinique dispose même en plus de deux ambulances, d'un système qui permet d'évacuer ou de faire venir rapidement les malades par l'intermédiaire d'une compagnie aérienne. Elle se met aussi petit à petit à entrer dans l'ère de l'informatique.
- A titre d'information et selon les responsables, une filiale sera ouverte à Antsirabe vers la fin de l'année 2002.

III- METHODOLOGIE

1- METHODE

C'est une étude rétrospective faite sur les kystes de l'ovaire observés à la Clinique privée « MPITSABO MIKAMBANA » de janvier 1997 à juin 2001.

2- MATERIELS

Ils comprennent :

- le registre d'hospitalisation, les observations médicales, les protocoles opératoires.

Les paramètres utilisés sont :

- la fréquence,
- l'âge, la gestité et la parité,
- la profession, la situation matrimoniale,
- le mode d'admission, les signes à l'entrée, les antécédents
- le moyen de diagnostic, le siège du kyste de l'ovaire
- la conduite à tenir
- l'examen anatomo-pathologique
- la durée d'hospitalisation.

IV- RESULTATS

Ils sont présentés sous forme de tableaux et de figures.

1- FREQUENCE

Tableau n°2: Fréquence annuelle des kystes de l'ovaire vus à la clinique M.M.

ANNEE	NOMBRE	TAUX
1997	04	16%
1998	07	28%
1999	10	40%
2001	04	16%
TOTAL	25	100%

Remarque : Précisions d'emblée que 1 femme = 1 kyste quelque soit la forme de celui-ci.

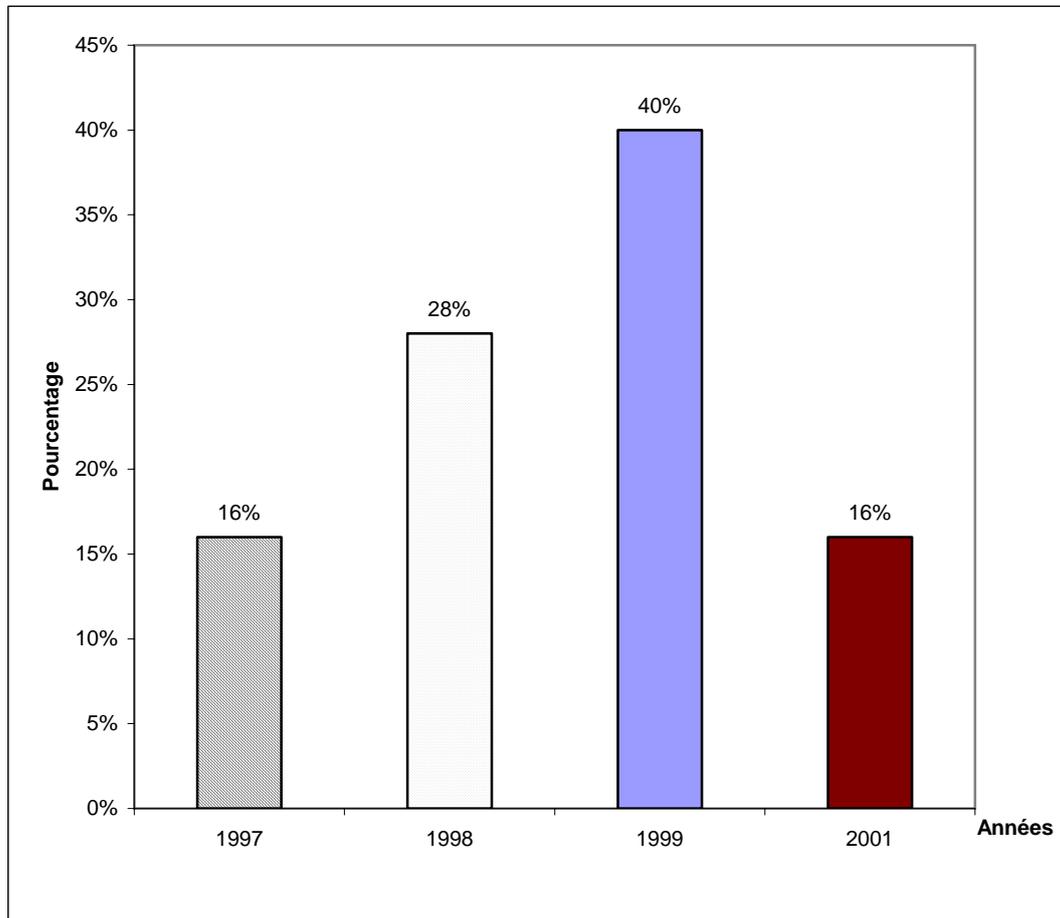


Figure n°7: Fréquence annuelle des kystes de l'ovaire

2- AGE**Tableau n°3: Répartition des K.O. selon le l'âge des patientes**

AGE	NOMBRE	PROPORTION
15-20 ans	4	16%
20-35 ans	13	52%
35-50 ans	08	32%
50 ans et plus	0	0%
TOTAL	25	100%

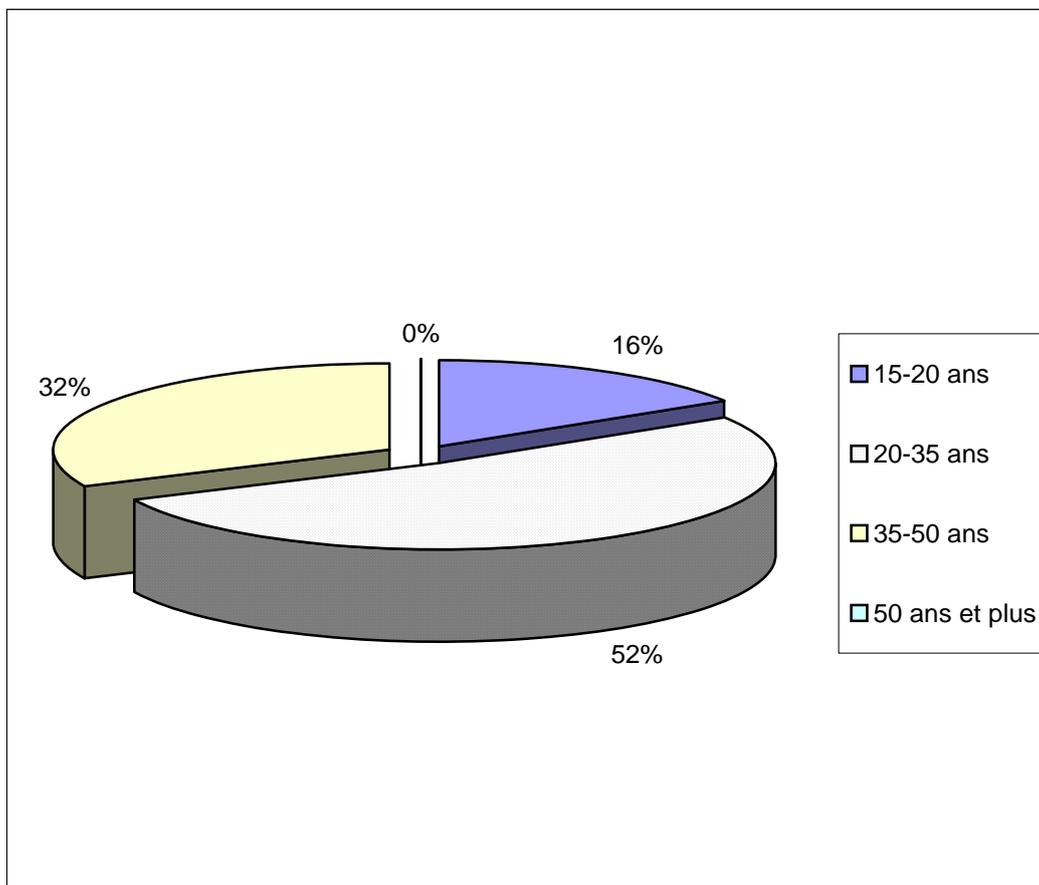


Figure n°8: L'âge des patientes porteuses de K.O.

3- GESTITE**Tableau n°4: Répartition des patientes selon la gestité**

GESTITE	NOMBRE	PROPORTION
G ₀	10	40%
G ₁	03	12%
G ₂	04	16%
G ₃	05	20%
G ₄ et plus	03	12%
Total	25	100%

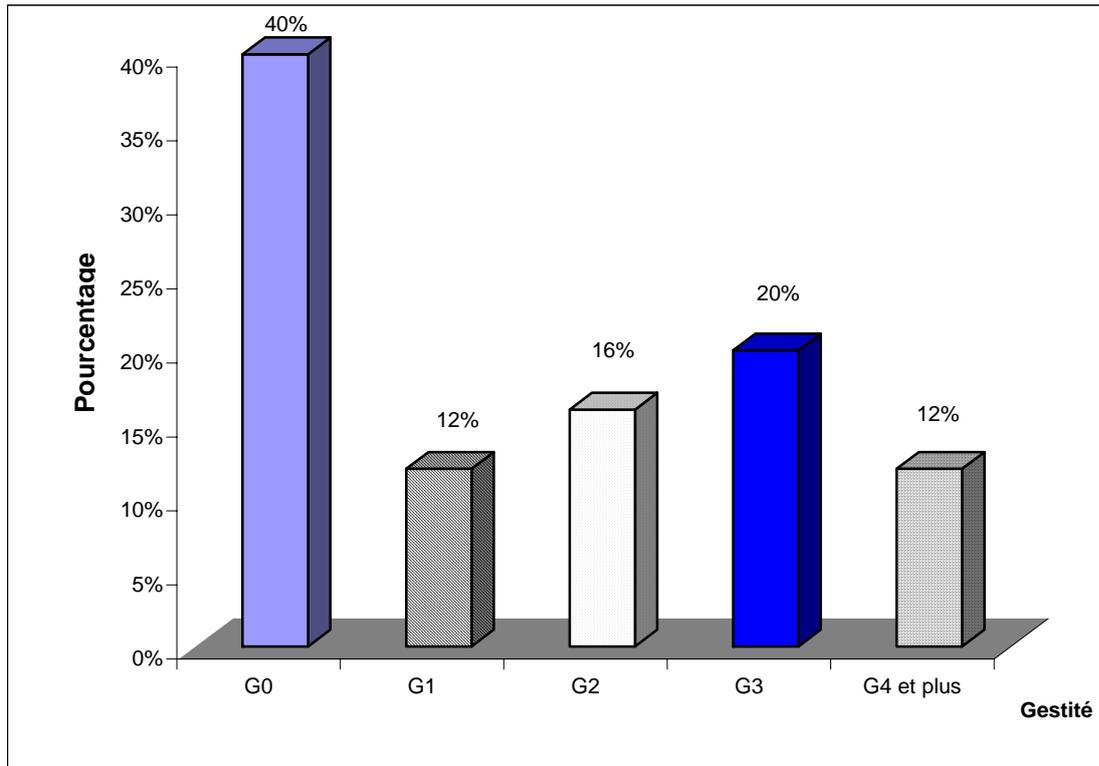


Figure n°9: Gestité des opérées pour K.O.

4- PARITE**Tableau n°5: Répartition des patientes selon la parité**

PARITE	NOMBRE	PROPORTION
Nullipare	09	36%
Primipare	05	20%
Paucipare	07	28%
Multipare	04	16%
Total	25	100%

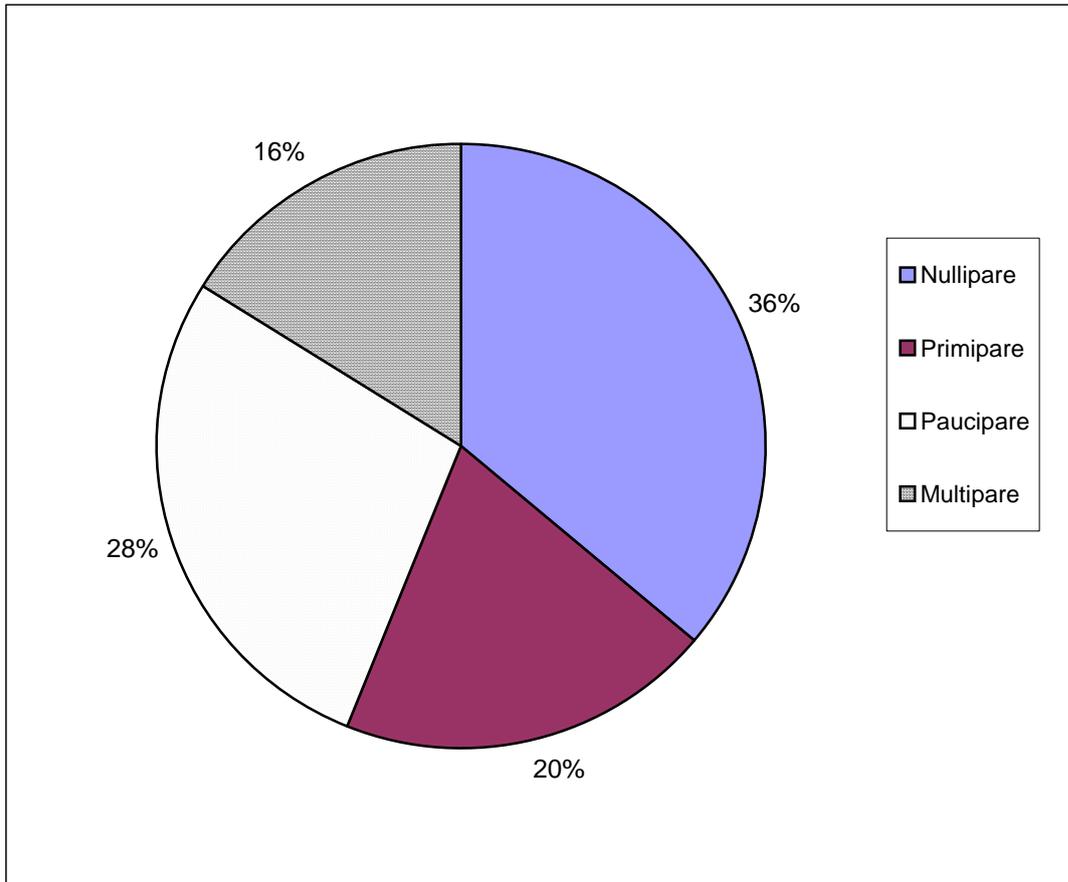


Figure n°10: Parité des patientes porteuses de K.O.

5- PROFESSION**Tableau n°6: Répartition des patientes selon la profession**

PROFESSION	NOMBRE	PROPORTION
Ménagère	06	24%
Etudiante	06	24%
Commerçante	02	8%
Autres	03	12%
Sans profession	04	16%
Non précisée	04	16%
Total	25	100%

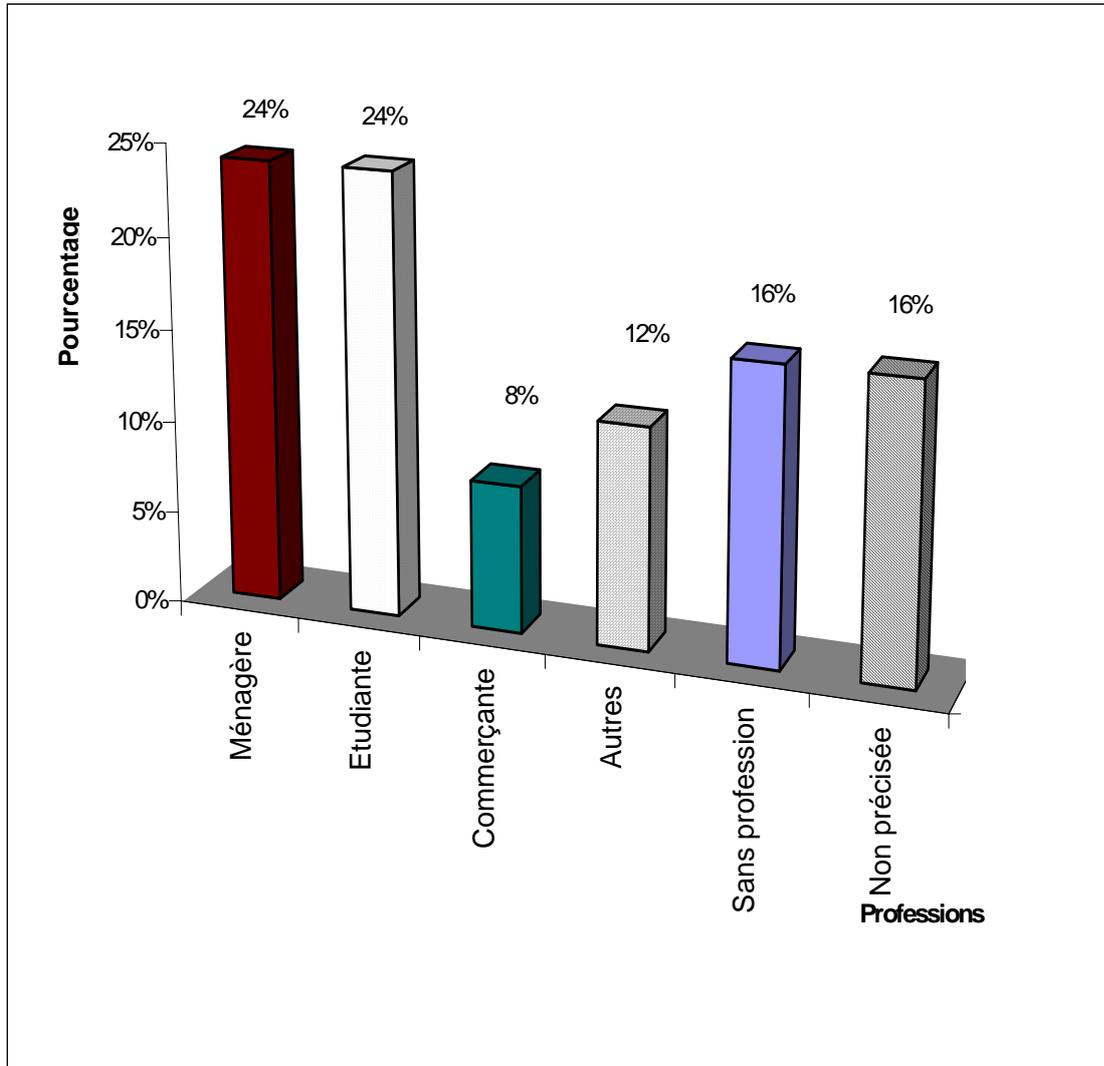


Figure n°11: Profession des patientes porteuses de K.O.

6- SITUATION MATRIMONIALE**Tableau n°7: Répartition des patientes selon la situation matrimoniale**

SITUATION MATRIMONIALE	NOMBRE	PROPORTION
Mariées légitimes	18	72%
Célibataires	07	28%
Total	25	100%

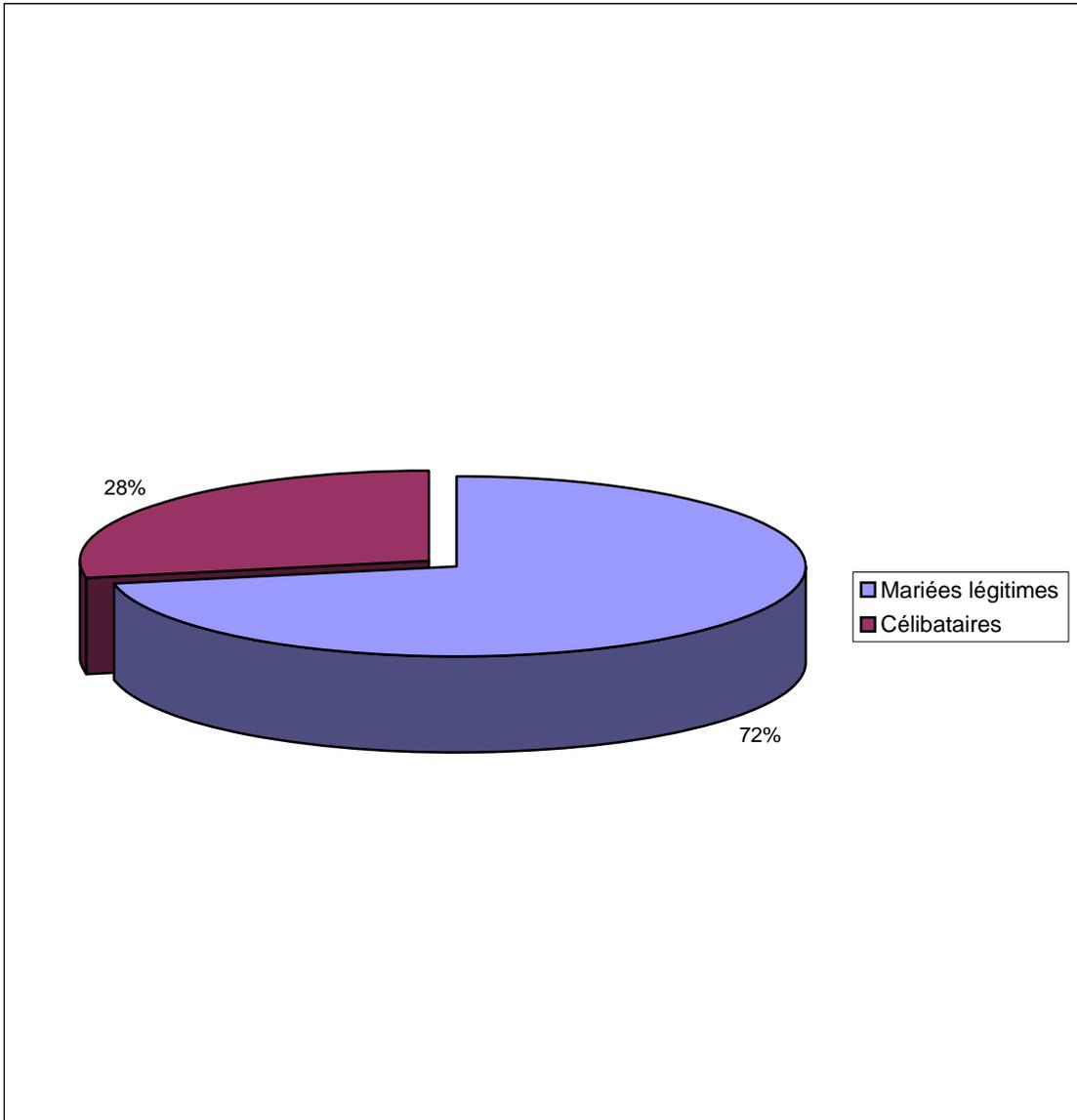


Figure n°12: Situation matrimoniale des patientes porteuses de K.O.

7- MODE D'ADMISSION**Tableau n°8: Répartition des patientes selon le mode d'admission**

MODE D'ADMISSION	NOMBRE	PROPORTION
Directe	25	100%
Evacuée	00	0%
Total	25	100%

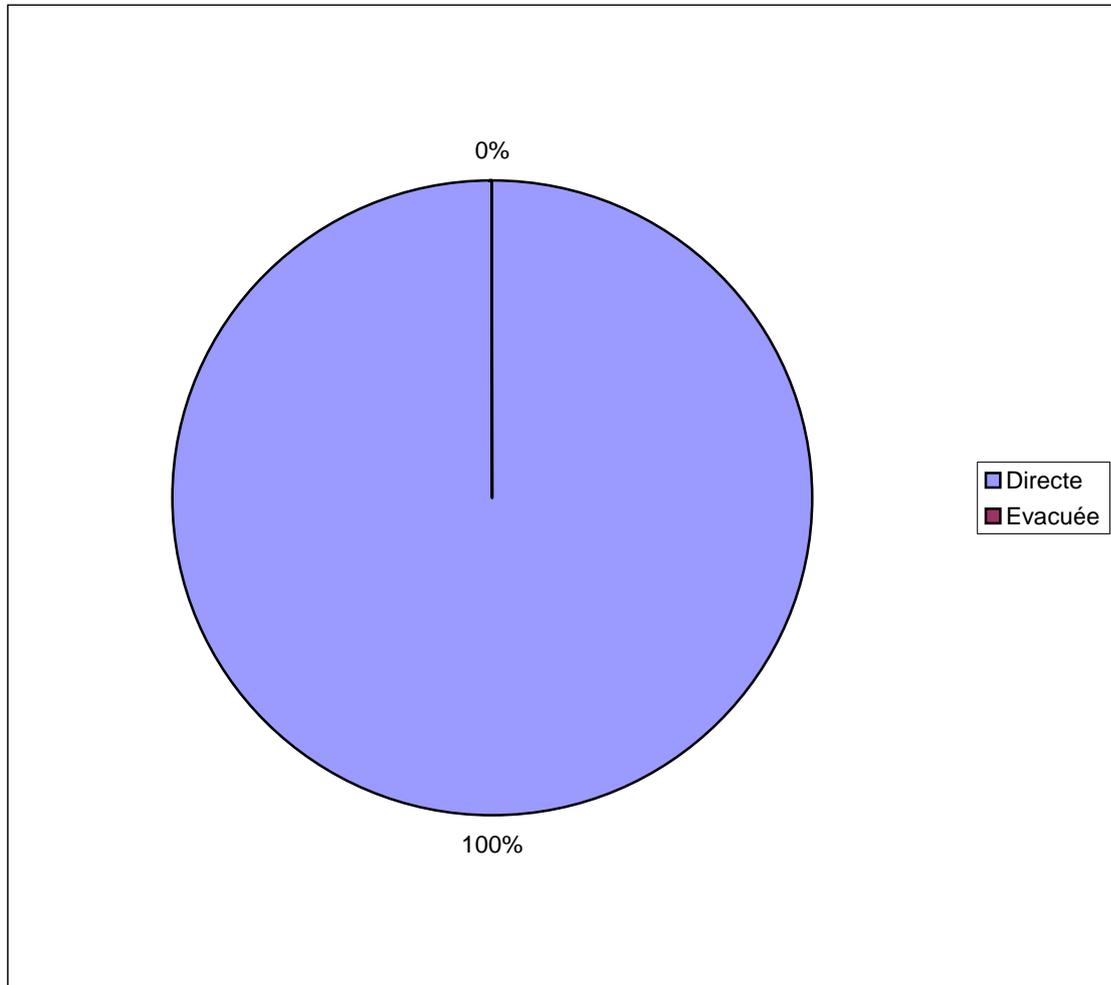


Figure n°13: Mode d'admission des patientes porteuses de K.O.

8- SIGNES A L'ENTREE**Tableau n°9: Répartition des patientes selon les signes à l'entrée**

SIGNES A L'ENTREE	NOMBRE	PROPORTION
Douleur pelvienne	04	16%
Masse pelvienne et abdominale	04	16%
Métrorragies	03	12%
Stérilité	01	04%
Signes associés*	13	52%
Total	25	100%

Remarque : *Parmi les signes associés, ont été constatés:

- douleur pelvienne,
- masse pelvienne,
- métrorragies,
- sensation de pesanteur pelvienne.

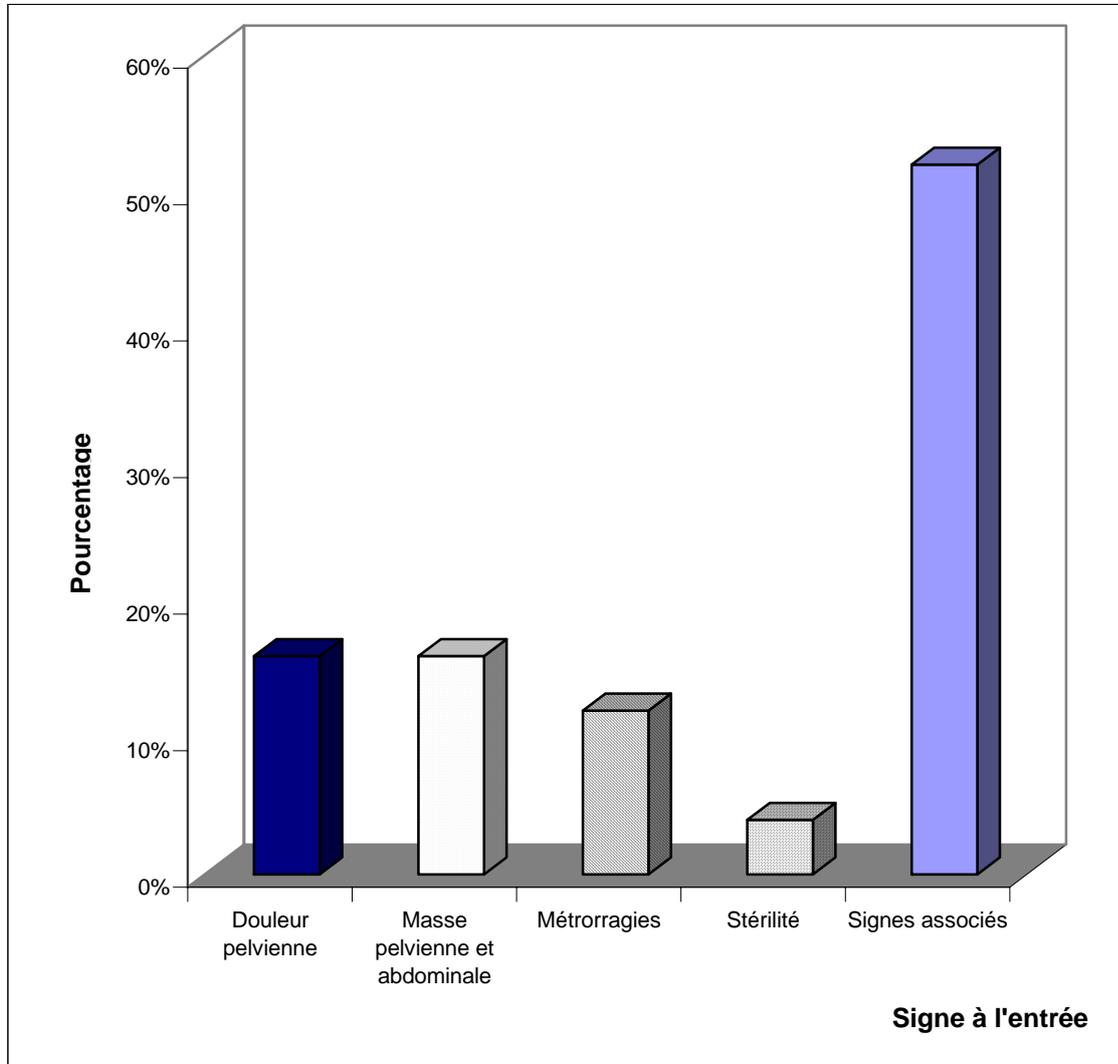


Figure n°14: Les signes à l'entrée des patientes porteuses de K.O.

9- ANTECEDENTS

Tableau n°10 : Répartition selon les antécédents des patients

ANTECEDENTS	NOMBRE	PROPORTION
Prise de pilules	04	16%
Laparotomie	05	20%
Stérilité	01	04%
Sans antécédents particuliers	08	32%
*Autres	07	28%
Total	25	100%

***Remarque:**

Autres = Antécédents qui n'ont aucun lien direct ou à distance avec le kyste de l'ovaire:

- Asthme,
- HTA,
- Amygdalectomie, ...

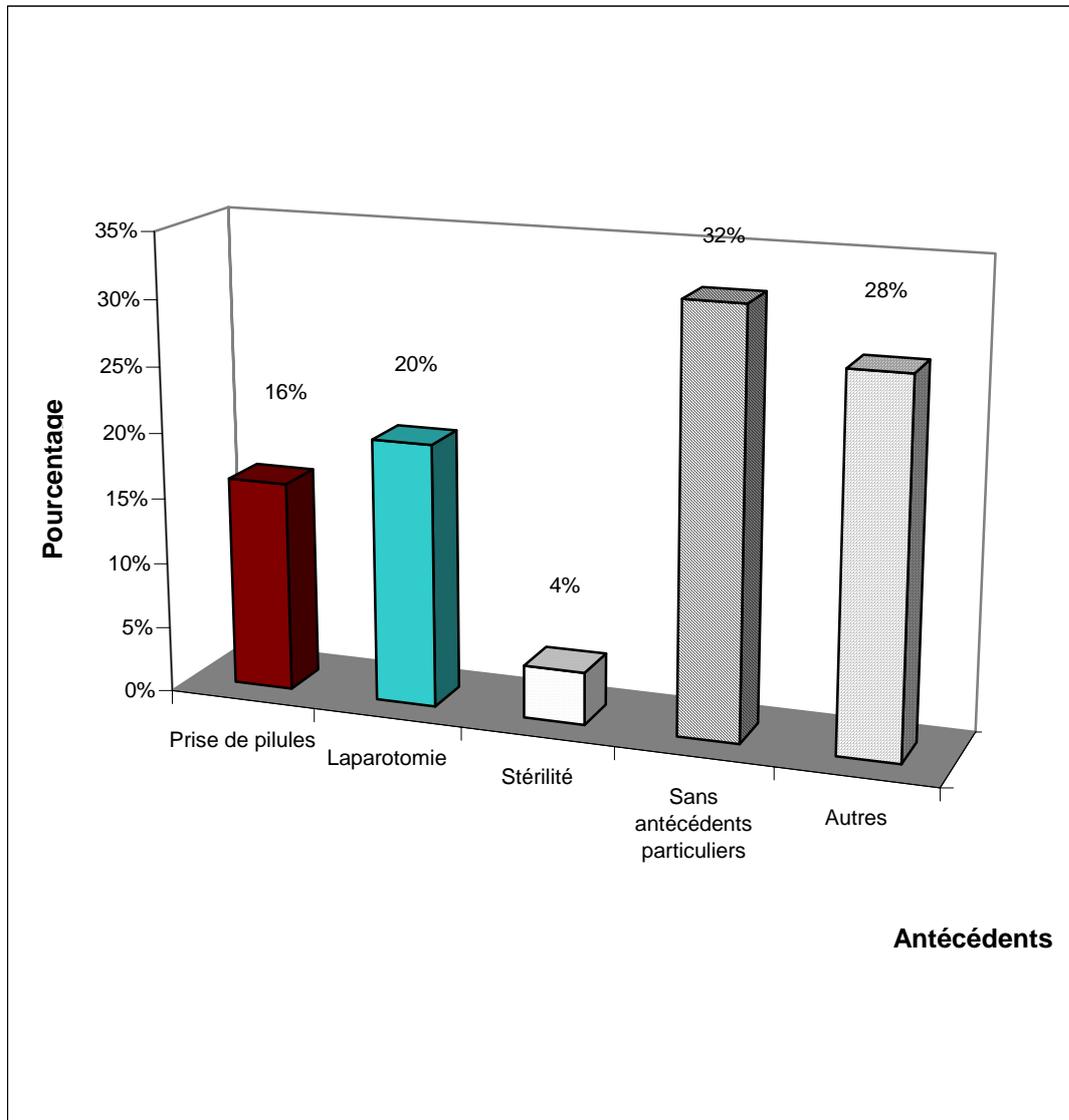


Figure n°15: Antécédents des opérées porteuses de K.O.

10- MOYENS DE DIAGNOSTIC**Tableau n°11: Répartition des patientes selon les moyens de diagnostic**

MOYENS DE DIAGNOSTIC	NOMBRE	PROPORTION
Clinique	03	12%
Echographique	22	88%
Total	25	100%

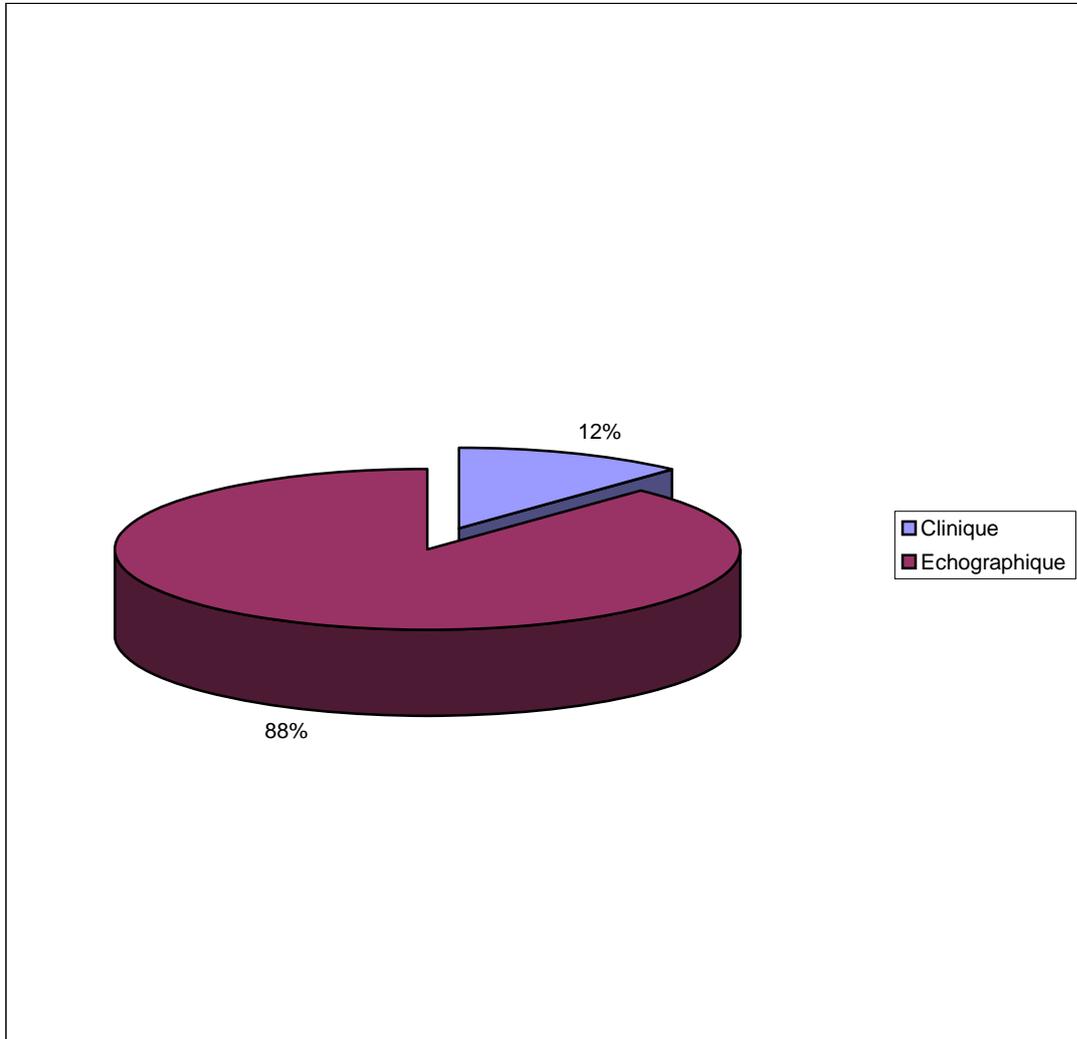


Figure n°16: Moyens de diagnostic du kyste ovarien

11- SIEGE DES KYSTES**Tableau n°12: Répartition des patientes selon le siège du kyste**

Siège	Nombre	Proportion
Droite	08	32%
Gauche	14	56%
Bilatéral	03	12%
Total	25	100%

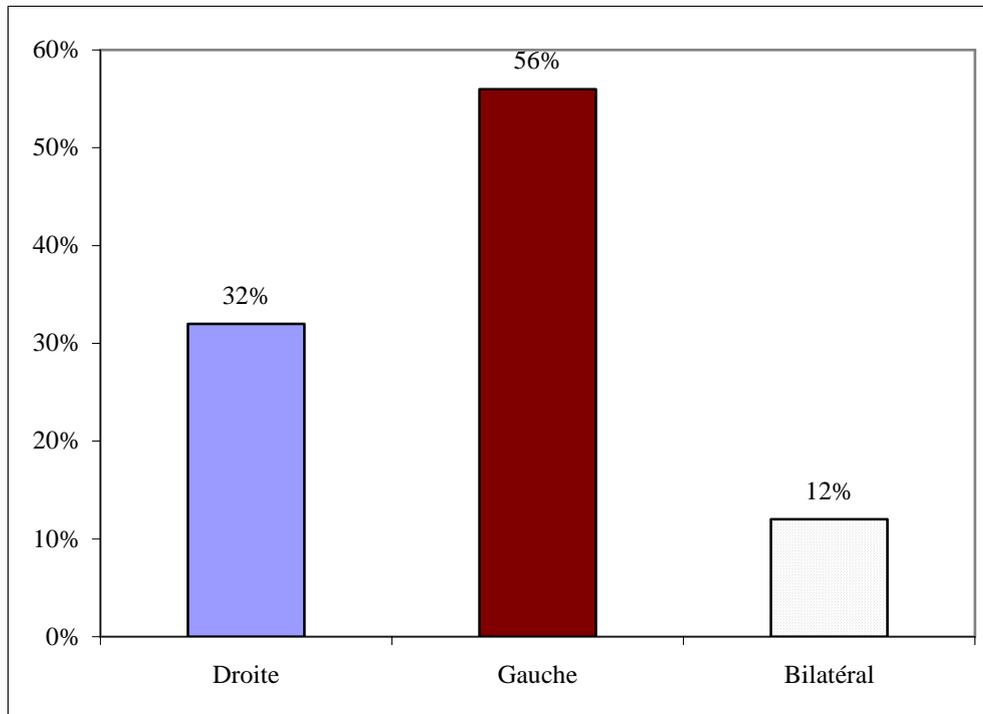


Figure n°17: Sièges des kystes opérés

12- CONDUITE A TENIR**Tableau n°13: Répartition des patientes selon la prise en charge opératoire**

CONDUITE A TENIR	NOMBRE	TAUX
Annexectomie	10	40%
Kystectomie	13	52%
Hysterectomie	02	08%
Total	25	100%

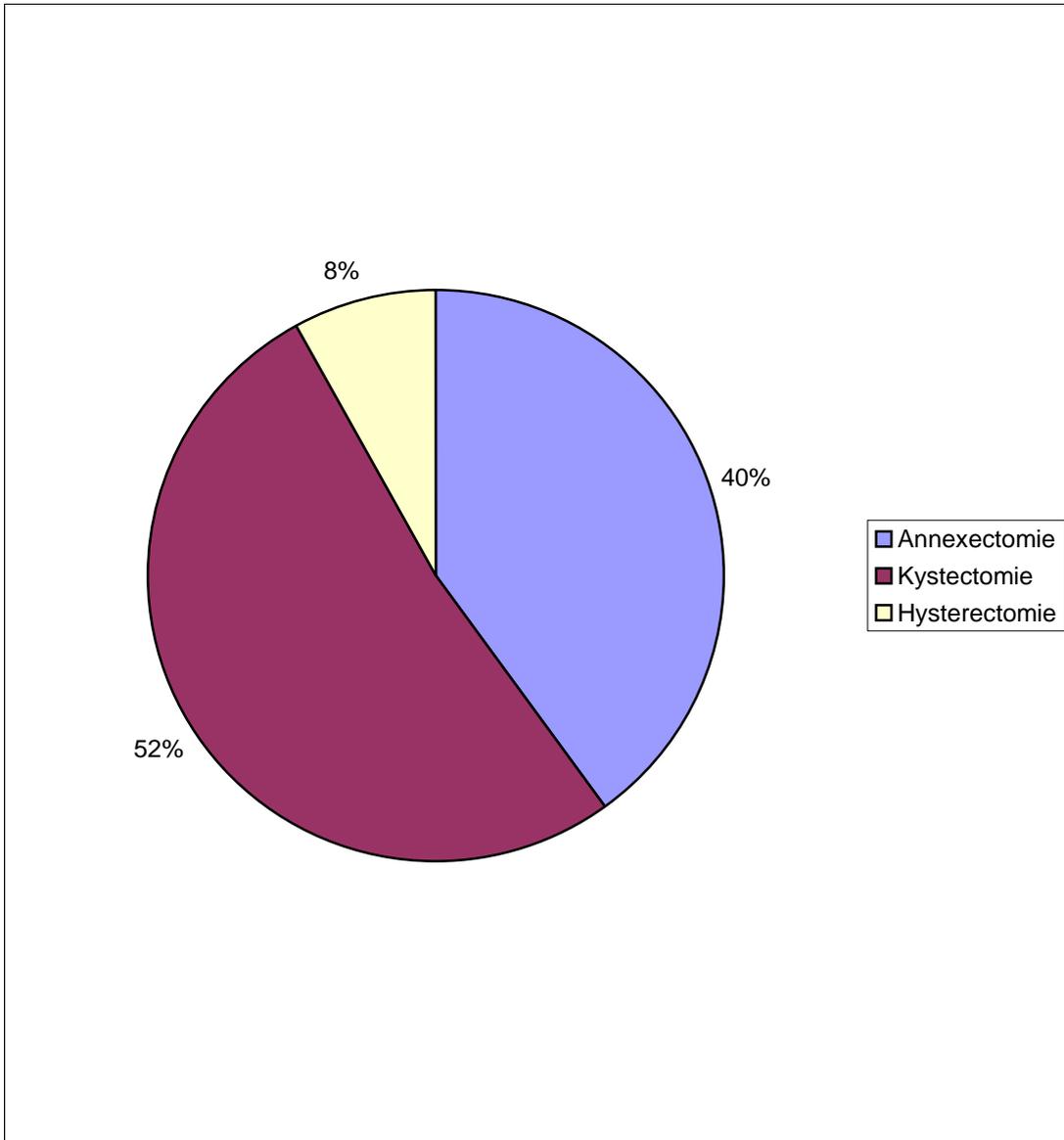


Figure n°18: Conduite tenue pour le K.O. pris en charge

13- EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA PIECE D'EXERESE OPERATOIRE**Tableau n°14 : Répartition des kystes selon l'examen anatomo-pathologique**

Examen anatomo-pathologique	Nombre	Taux
Oui	02	08%
Non	23	92%
TOTAL	25	100%

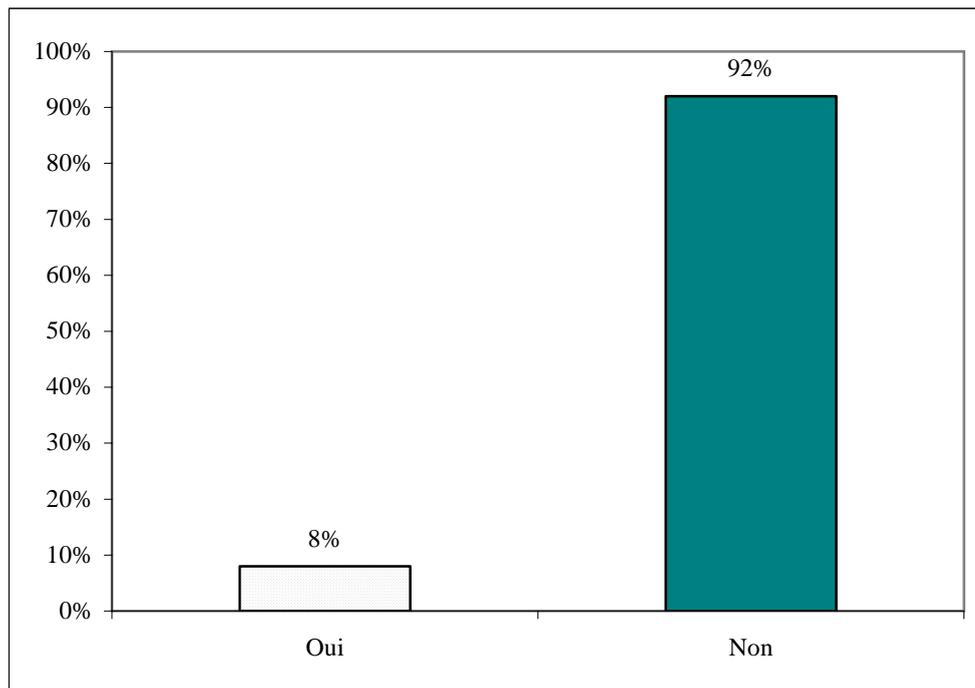


Figure n°19: Examen anatomo-pathologique des kystes enlevés

14- DUREE D'HOSPITALISATION**Tableau n°15: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation**

DUREE D'HOSPITALISATION	NOMBRE	TAUX
1 à 5 jours	09	36%
5 à 10 jours	11	44%
10 à 15 jours	04	16%
15 jours et plus	01	04%
Total	25	100%

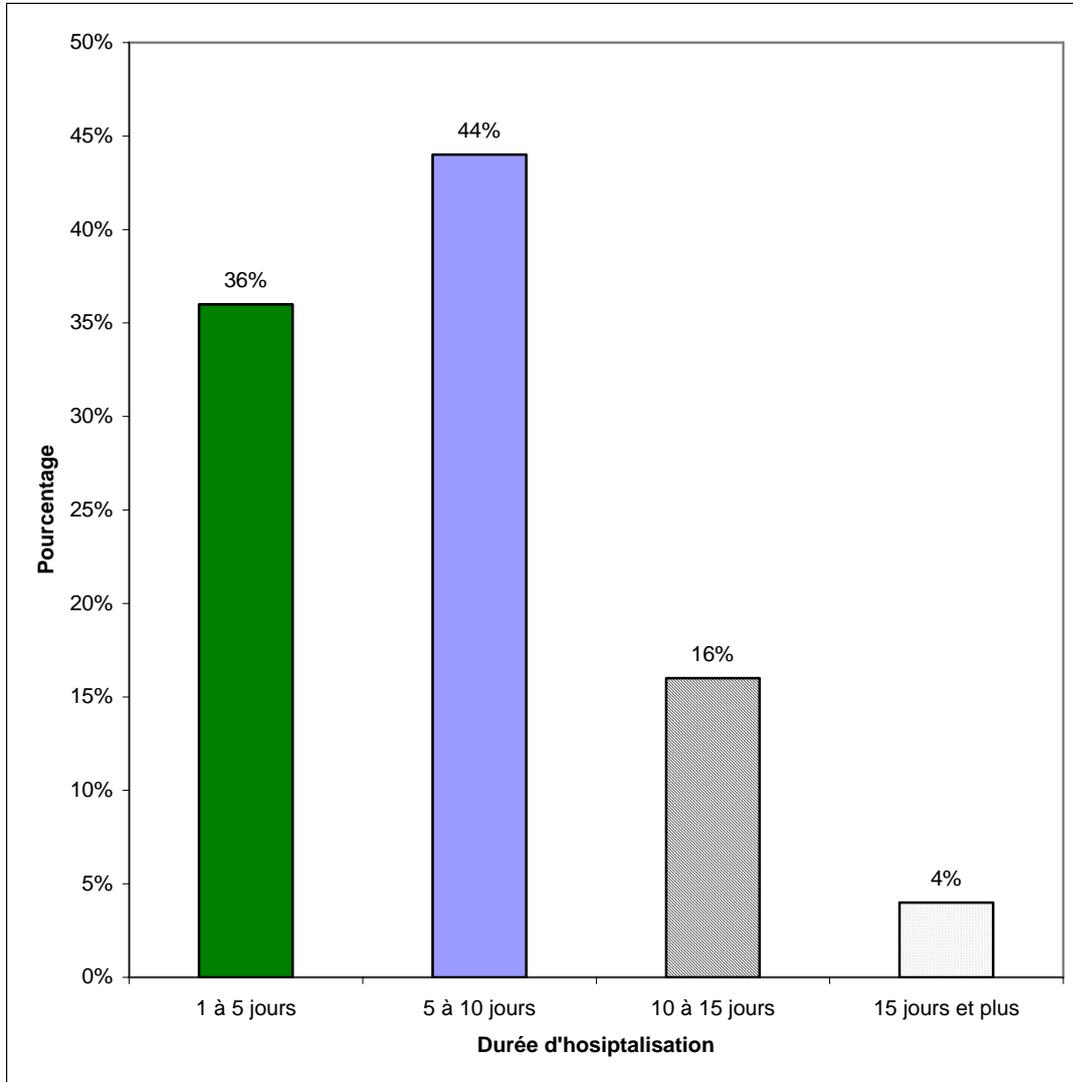


Figure n°20 : Durée d'hospitalisation des patientes opérées

**TROISIEME PARTIE:
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

I- COMMENTAIRES

Cette étude a été réalisée sur des cas de kyste de l'ovaire enregistrés à la clinique privée « M.M » allant de janvier 1997 à juin 2001. 25 cas ont été notés durant cette étude rétrospective, basée sur plusieurs critères :

1- FREQUENCE

La fréquence annuelle du kyste de l'ovaire ne cesse d'augmenter depuis 1997 à la clinique privée «Mpitsabo Mikambana". Si le taux était de 16% en 1997, il est monté à 28% en 1998, 40% en 1999. En fait, cette augmentation de la fréquence n'est que relative vu que cet tumeur kystique n'a, du moins jusqu'à maintenant, aucune cause prédisposante précise, ni des facteurs de risques bien posés. Donc, l'hypothèse la plus probable est, la généralisation de l'échometographie qui amène à une hausse du point de vue pratique. Cela va de soi, le nombre de positif augmente vu que cet examen permet de déceler le kyste de l'ovaire même s'il est encore cliniquement muet.

En plus, la clinique MM semble de plus en plus connue du public et même du pays.

Cette fréquence varie aussi en fonction de la géographie et selon l'origine ethnique. Elle est assez élevée en Europe du Nord et en Amérique du Nord. Il est rarement observé au Japon. Sa fréquence de 9% pour des patientes de race noire à 15% pour les sujets américains de race blanche. En France, sa fréquence est d'environ 13% de la population en passant de 5% en 1951 à 10% en 1982.

2- ÂGE

Même si le kyste de l'ovaire peut toucher la femme à tout âge, on note une nette prédominance chez les femmes de 20 à 35ans avec une proportion de 52%. Ce sont les femmes jeunes qui sont essentiellement concernées à la fois parce qu'elles subissent plus volontiers des examens ultrasonores et parce que l'existence de kystes dystrophique est chez elles beaucoup plus fréquente. De 35 à 50ans, la proportion est de 32%. 16% de 15 à 20ans. Ceci démontre que le kyste de l'ovaire touche plus particulièrement les femmes en âge d'activité génitale.

Si la proportion baisse avec l'âge avancé de la patiente, la découverte d'une tumeur ovarienne après la ménopause doit toujours faire penser à une possibilité de malignité. En effet, le moment de survenue du cancer de l'ovaire intéresse la femme de plus de 50 ans avec

une fréquence maximale entre 50 et 59 ans et une femme sur 70 (1,4%) développera un cancer de l'ovaire dans sa vie. Ce risque est de 4 à 6% s'il existe un antécédent familial du premier degré. Le kyste de l'ovaire est rare avant la puberté, mais pas impossible, et contrairement à celui de l'adulte, les tumeurs malignes sont plus fréquentes avec 20% des cas.

3- GESTITE

Les femmes primigestes et plus, sont moins touchées que les femmes qui n'ont jamais eu de grossesse. En effet, ces dernières arrivent en première ligne avec une proportion de 40 % alors que les autres se partagent le reste sans dépasser les 20% pour chaque classe.

4- PARITE

Là aussi, les chiffres ne sont que les reflets de ce que nous avons vu avec la gestité c'est-à-dire que les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant arrivent en tête avec une proportion de 36%.

Les primipares et paucipares se partagent 48% de cas tandis que les multipares ferment la marche avec une proportion de 16%.

Selon les chiffres constatés jusqu'ici, il est normal de penser que la survenue d'une grossesse pourrait diminuer le risque de développement d'une tumeur kystique ovarienne chez une femme en âge d'activité génitale.

5- PROFESSION

Les femmes ménagères et les étudiantes sont les plus exposées avec une proportion de 24% chacun. Les femmes sans profession ne sont pas loin avec une proportion de 16%, les commerçantes à 8%. Tout ceci démontre que le kyste de l'ovaire peut toucher les différentes couches sociales, sans distinction de revenu ni de culture.

Par contre, ces différences vont beaucoup peser sur l'évolution vu qu'il est plus facile de trouver un kyste de l'ovaire compliqué chez une patiente vivant loin des villes, moins cultivée, avec peu de moyen, que chez les citadines.

6- SITUATION MATRIMONIALE

Les femmes mariées sont les plus touchées avec un taux de 72%. Les célibataires ne représentent que 28% des cas.

7- MODE D'ADMISSION

Vu que 30% des kystes de l'ovaire étudiés sont de découverte fortuite, toutes les patientes sont des entrantes directes. Cette proportion à 100% tend à prouver le caractère, en général insidieux du kyste de l'ovaire, la rareté des complications. Tout ceci laisse à la patiente le temps de consulter suite à des troubles variés.

8- SIGNES A L'ENTREE

Les femmes présentant plusieurs signes associés sont majoritaires avec une proportion de 52% (surtout métrorragies et douleurs pelviennes). Les autres viennent consulter pour un seul signe tel qu'une douleur pelvienne (16%), une masse pelvienne (16%), des métrorragies (12%) ou même une stérilité (04%).

9- ANTECEDENTS

La proportion la plus élevée (32%) est attribuée aux femmes sans antécédent particulier. Arrivent ensuite les femmes ayant déjà subi une laparotomie avec une proportion de 20%. L'antécédent de prise de pilule ne récolte que 16%.

Un terrain personnel ou familial de risque kystique ovarien est également un élément à prendre en considération.

Les facteurs personnels de sur-risque sont bien sûr les antécédents de cancer du sein, de cancer du colon, de cancer de l'endomètre et bien sûr, un antécédent personnel de kyste de l'ovaire.

Plus qu'une simple hypothèse, un antécédent familial de premier degré augmente le risque de 4 à 6%.

La littérature montre que chez des patientes traitées par tamoxifène pour un cancer du sein, 10% de ces patientes à tous âges confondus présenteront un cas de kyste de l'ovaire et le plus souvent bénin. Il n'existe donc pas de preuve que le tamoxifène puisse favoriser une

tumeur ovarienne bénigne ou maligne. Tout ceci confirme donc qu'il n'existe pas de causes prédisposantes précises. Et même s'il y en a, cela ne présente pas trop d'intérêt vu que le kyste de l'ovaire s'observe à toutes les époques de la vie féminine.

10- MOYEN DE DIAGNOSTIC

Le diagnostic échographique domine largement avec une proportion de 88% des examens. Ceci prouve l'importance et l'efficacité de ce moyen. Le diagnostic clinique ne représente que 12%.

11- SIEGE DES KYSTES DE L'OVAIRE

C'est le kyste de l'ovaire gauche (KOG) qu'on retrouve en plus grand nombre avec une proportion de 56%. Vient ensuite le kyste de l'ovaire droit (KOD) avec 32%.

Une atteinte bilatérale de l'ovaire ferme la marche avec un taux de 12%. Il ne faut pas se laisser abuser par ces chiffres car dans la majorité des cas, tôt ou tard, un kyste peut passer de son unilatéralité à un kyste bilatéral (surtout le kyste dermoïde) et ce malgré qu'on a déjà traité le premier. Après découverte et traitement d'un kyste, une surveillance régulière est donc nécessaire.

12- CONDUITE A TENIR

Vu que le kyste de l'ovaire touche surtout les femmes de 20 à 35ans, dont la majorité sont des nullipares, il est normal que c'est la kystectomie qui soit la plus pratiquée avec un taux de 52% pour pouvoir laisser une possibilité de grossesse ultérieure. Vient ensuite l'annexectomie avec un taux de 40% alors que l'hystérectomie ne représente que 08% des cas.

A signaler que toutes ces interventions ont été faites par laparotomie qui, on le sait tous, a largement fait ses preuves dans notre pays.

Sur les 25 patientes opérées de kyste de l'ovaire, le taux de mortalité et de morbidité avoisinent les 0% et les complications post-opératoires sont rares.

Tout ceci tend à dire que l'intervention par laparotomie sera pratiquée pour un moment encore chez nous. C'est ce qui nous convient le mieux, vu notre manque d'investigation diagnostique et de moyen curatif.

13- EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Sur les 25 pièces d'exérèse opératoire, 02 seulement (08%) ont subi un examen anatomo-pathologique. Les 23 restants (92%) sont victimes du coût très élevé de cet examen qu'il faut avouer, n'est pas inutile, mais peut-être quasiment primordial pour la suite de la prise en charge et pour le pronostic.

14- DUREE D'HOSPITALISATION

Après exérèse d'un kyste de l'ovaire, si tout se passe bien, la durée d'hospitalisation ne dure en moyenne que 05 à 10 jours (44%). Il arrive même que la femme sorte avant le 05^e jour (36%). Un taux de 16% est attribué aux femmes qui restent entre 10 à 15 jours, suite à une décompensation des tares pre-existantes. Un faible taux de 04% a été noté pour une hospitalisation de plus de 15 jours, suite à une complication post-opératoire.

II- SUGGESTIONS

Vu la croissance incessante de la prévalence des kystes de l'ovaire quelques mesures doivent être prises pour minimiser les conséquences désastreuses de cette maladie.

Deux stratégies sont envisageables :

- Prévenir les complications,
- Améliorer la prise en charge de la cure des kystes de l'ovaire.

1. PREVENIR LES COMPLICATIONS

- Comme cette maladie a une évolution lente et insidieuse, il est normal de penser que les cas recensés dans ce travail n'est que la partie immergée de l'iceberg.
- Une sensibilisation des femmes en âge d'activité génitale, et même dès l'adolescence est donc nécessaire : les inciter à faire un examen gynécologique complet y compris les examens complémentaires, au minimum une fois dans l'année même en absence de tout problème.
- Eduquer ces femmes, leur donner le maximum d'information pour qu'elles sachent écouter leur propre corps, y déceler le moindre trouble et réagir dans le plus bref délai.
- Cette campagne de sensibilisation et d'éducation doit se faire surtout dans les endroits où les femmes côtoient le plus les personnels médicaux (centre de consultation prénatale ou CPN, Centre de Planning Familial ou PF,...).
- Une communication pour le changement de comportement est (CCC) également nécessaire et elle doit être axée sur l'amélioration du dialogue entre parents et enfants, surtout entre la mère et sa fille, c'est-à-dire :
 - Oser franchir cette barrière qui amène la mère à ne pas parler de certaines choses à sa fille, afin de lever la fausse pudeur sur la sexualité.
 - Instaurer le dialogue, une confiance mutuelle.
 - Donner à sa fille le maximum d'information, dès qu'elle entre dans la phase d'adolescence, concernant les changements que son corps va subir, la sexualité, les troubles et les maladies qui peuvent survenir.
 - Demander même l'aide d'un spécialiste s'il le faut, mais en général les conseils bien placés et pertinents du médecin ou de la sage-femme suffisent.

- Nous savons tous qu'un kyste de l'ovaire compliqué est plus difficile à diagnostiquer et amène souvent à une intervention intempestive avec tous les risques qui peuvent en découler. Le suivi de ces informations amène à un dépistage précoce du kyste de l'ovaire alors que les complications sont encore minimales, voire quasiment inexistantes. La patiente aura donc une marge de temps pour approfondir les examens complémentaires en vue d'une prise en charge adéquate.
- Une généralisation de l'examen échographique est indispensable. Il faut faire en sorte qu'il soit accessible à toutes les bourses. De même, une maîtrise parfaite de cette technique est capitale pour limiter les erreurs de diagnostic. Une formation spéciale et pour la manipulation de cet appareil et pour l'interprétation des résultats est fortement recommandée.
- Ces quelques suggestions non seulement amènent à diminuer considérablement les complications dues aux kystes de l'ovaire mais semblent aussi valables pour les autres troubles et maladies gynéco-obstétricaux.

2. AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

- Pour chaque patiente atteinte de kyste de l'ovaire, la prise en charge pourrait être différente suivant les formes, les signes cliniques, les antécédents, l'âge...
- Un degré de professionnalisme du personnel médical est donc nécessaire pour que la patiente ait la meilleure prise en charge, c'est-à-dire :
 - Ne pas s'empressez d'opérer un kyste fonctionnel sauf en cas d'échec du traitement médical;
 - Une kystectomie chez une femme jeune ou qui n'a jamais eu d'enfant est nécessaire pour lui laisser une chance de descendance. Les interventions assez lourdes (annexectomie voire hystérectomie) seront réservées aux femmes âgées ayant plusieurs enfants; ceci éliminerait totalement le risque de récurrence voire même prévenir une éventuelle dégénérescence maligne;

– Un suivi régulier d'une femme kystectomisée ou ovariectomisée d'un coté est primordial car une récurrence ou une formation kystique sur l'ovaire controlatéral est toujours possible;

– Un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire est toujours nécessaire non seulement pour confirmer la nature du kyste mais aussi pour pouvoir prendre les mesures adéquates en cas de découverte de cellules suspectes ou néoplasiques; un allègement du coût de cet examen serait donc un nouveau souffle sur le plan coût/efficacité non seulement pour cette maladie mais aussi pour beaucoup d'autres.

- Souhaitons qu'un examen anatomo-pathologique extemporané per-opératoire ne demeurera plus dans le domaine de l'utopie d'ici très peu de temps dans notre pays car cela résoudrait le problème d'une intervention répétitive pouvant affecter l'état général de la patiente sans parler des tares post-opératoires, ni des traumatismes psychologiques que cela engendrerait.
- D'autres études complémentaires sur des échantillons plus étendus, et même faites dans d'autres établissements, seraient intéressantes pour en savoir plus. De plus, tout cela devrait être complété par des recherches sur le plan étiologique (causes déterminantes et facteurs favorisants) car c'est à ce prix que des mesures préventives primaires et/ou secondaires pourraient être trouvées.
 - En attendant tout cela, la meilleure façon de se protéger c'est d'inciter ces femmes déjà opérées ou non présentant un kyste de l'ovaire ou ayant un antécédent personnel et/ou familial, à pratiquer systématiquement un examen gynécologique régulier.
 - Par contre, un dépistage systématique de masse reviendrait très onéreux et pour l'Etat et pour une famille modeste composée de plusieurs femmes. Il faut, à la limite, les éduquer à venir consulter au moindre trouble, même le plus banal, car cela pourrait beaucoup influencer sur le plan thérapeutique que pronostic.

CONCLUSION

CONCLUSION

Notre étude s'est portée sur 25 cas de kyste de l'ovaire relevés dans le registre de la clinique privée « MPITSABO MIKAMBANA » allant de Janvier 1997 à Juin 2001. Cette étude a permis de montrer que la prévalence de cette maladie est en progression constante vu que sur les 25 cas recensés en 4 ans, le nombre ne cesse d'augmenter chaque année. Le taux est passé de 16% en 1997 à 40% en 1999.

L'âge des femmes les plus touchées se situe dans la tranche de 20 à 35 ans soit 52% de l'ensemble des cas étudiés.

Selon la parité, les femmes nullipares sont les plus nombreuses avec 36% des cas.

Le kyste de l'ovaire peut toucher toutes les femmes sans distinction de niveau social, de culture, même de profession.

Les femmes mariées sont les plus touchées avec une proportion de 72%.

La majorité de ces femmes n'ont pas d'antécédents particuliers et le diagnostic s'est fait dans 88% des cas par un examen échographique.

Toutes ces femmes ont subi un traitement chirurgical, elles ont été de 52% de l'ensemble pour la kystectomie, 40% pour l'annexectomie et 08% pour l'hystérectomie.

Avec une bonne prise en charge, l'hospitalisation ne dure que 05 à 10 jours en moyenne (44% des cas).

Les complications restent rares alors qu'une dégénérescence maligne est possible tout en étant exceptionnelle.

Comme suggestions, nous proposons:

- une prévention des complications des kystes ovariens en incitant les femmes à consulter dès la moindre anomalie, d'où la nécessité d'un auto-examen permanent;
- une amélioration de la prise en charge des patientes porteuses de kyste de l'ovaire, afin de prévenir les complications à court et à long termes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Perlemuter L., Waligora J.: Cahier d'anatomie, préparation au concours, Petit bassin II, 3^{ème} édition 1975.
2. Douart A., Bourneuf J., Utérus : Anatomie nouvelle, Larousse médical, 1981: 1069.
3. Kamina P. : "Anatomie gynécologique et obstétricale" Malorsie 1984.
4. Monod CL., Duhamel B.: Schéma d'anatomie Ed. Gilbert, Paris 1977, 7, 23-29.
5. Giraud Jr., Bernard A., Ritten D.: Abrégé de gynécologie. Ed Masson, Paris, 1993: 325-351.
6. Lawrence Impey. Obstetric and Gynaecology : The ovary and its disorders, 33-40. Blackwell Science, 1999.
7. XII^{ème} Journées Pyrenéennes de gynécologie : Hormonologie féminine (oct 1998), 21-22.
8. Bernard Blanc, Leon Boulbi. Gynécologie 2^{ème} édition 1993, EDISEM: Tumeur de l'ovaire. 502-523.
9. Andriamanantsara L.: Gynécologie : Kyste de l'ovaire. 1997-1998: 01-23.
10. Bere K.J., Hacker N.: Practical gynecology; Baltimore Maryland: William et Wilkins, 1998: 311.
11. Burel C., Bennet A., Louvet J.P.: Ovaires polykystiques et études histologiques. Paris, Société française de gynécologie, 1999: 69-79.
12. Eriksson L., Kjelignin O., Von Scholtz : Kyste fonctionnel de l'ovaire; histopathologie. Gynecol obstét , 1999, 19, 155-159.

13. Gabriel R., Quereux C., Wahl P.: Kyste fonctionnel de l'ovaire EMC (Paris-France) Gynécologie, 158.7.1989.
14. Dennis Yi-Shin Kuo, Joan G. Jones, Carolyn D., Runowicz: in diseases of the ovary and Fallopian tubes; Danforth's obstetrics and gynaecology, 8th edition, 1999: 865-907.
15. American fertility society. Revised American fertility society: Classification for endometriosis. Fertil steril 1985, 43, 351-352.
16. Manhés H., Canis M., Boughizane S.: Séméiologie des masses annexielles; Cancer de l'ovaire; Annette Blackwell 1996: 251-228.
17. Bergquist A., Lunjberg O., Myhre E. : Human Endometrium and endometriotic tissue obtained simultaneously. A comparative histological study. Int. J. Gynecol. Pathol., 1984, 3, 135-145.
18. Malhevet P., Julon U., Audra PH., Lasnes Y.; Kyste de l'ovaire: Diagnostique et traitement contraceptif; Fertil sex 1992, 20, 1137-1141.
19. Franks S.: Epidemiologie des ovaires polykystiques, identification et prévalence : Soc fr gyn; Masson ed: 1989: 24-28.
20. Forest AM., Bremon A., Leveque J., Viallet A., Kyste de l'ovaire: place respective de l'examen clinique et de l'échographie, des marqueurs biologiques et de la cytologie; J. gynecol. Obst. Biol. Reprod 1990, 19, 829-836.
21. Goldzien JN. : Ovaires polykystiques; Fertil steril 1991, 36, 306-307.
22. MC Logan LS. : Stérilité et pathologies ovariennes. Obstet gynecol : 1994, 3, 254-262.
23. Pouly J.L., Bruchat M.A. : Kystes ovariens et coelioscopie à propos de 226 observations ; J. Gynecol. obstet. biol. reprod. 1997, 16, 53-57.
24. Givens J.R. Ovaires polykystiques : Ed gynecol. Endocrinol book Médical publisher : 1997: 127-131.

25. Benifla J.L., Haury J.P., Guglielmina J.N., Walker Cambrouzé, Bouquet L., Kystectomie percoelioscopie : Découverte histologique fortuite d'un carcinome ovarien, J. gynecol. obstet. reprod. 1992, 21, 45-90.
26. Suran C. Madelenat : Endométriose et stérilité 1 vol 1996. Masson Paris : 159-171.
27. Stein I.F., Leventhal M.L. : Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Gynecol. 1995, 25, 181-191.
28. Dargent D., Forget E.: Stratégie d'exploration d'une masse annexielle, Cancer de l'ovaire, Annette Blackwell 1996: 199-212.
29. Ohl J., Nisand I., Dellenbach P. : Aspects échographiques des kystes de l'ovaire : soc fr gyn. Masson ed 1999 : 82-94.
30. Bouton J.M., Denchez M., Ebone F. : Pratique de l'échographie en gynécologie et obstétrique : Vigot Ed 1994 : 108-111.
31. Dargent D., Malhevet P., Julou U., Aucra P.H., Lasnes Y., kyste de l'ovaire : Place de l'échographie dans le diagnostic et le traitement contracept. Fertil sex 1992, 20, 1137-1141.
32. Bruhat MA., Bal Soglio, Mage G. : Coelioscopie et kyste de l'ovaire. Gynécologie 1991 : 191-196.
33. II^{ème} Journées parisiennes d'échographie : gynecol. obstet. : De l'image échographique à la thérapeutique : Gynécologie - Sénologie 21-22 Juin 1996 CNIT La défense.
34. Salle B.: Le doppler pulsé couleur par voie transvaginale. Etude du cycle menstruel. Etude des masses latero-utérines. Thèse Lyon 1993.
35. Dargent D., Lasnes Y., Akiki S.: Kystes annexiels. Etude du liquide de ponction : Les marqueurs biologiques. Communication au Workshop laser et coeliochirurgie ou gynécologie. Clermont-Ferrand : 23-24, Nov 1998.

36. Grandberg S., Wikland M., Janson L. : Caractères macroscopiques des kystes et relation avec évaluation de l'ultrason, gynecol. oncol. 1989, 35,139-144.
37. Schweppe K.W. : Endometriotic Lesions : Location, gross, histologic and ultrastructural aspects. In currents. Concepts endometriosis, D.V. chadha, V.C. Buttram edit 1989, Alan R. Liss, New-York. 33-37.
38. Dargent D.: Diagnostic étiologique des kystes de l'ovaire par le dosage des stéroïdes et des marqueurs tumoraux dans le liquide du kyste. CIS Paris 16 mai 1999.
39. Nezhat C., Winner W.K. : Laparoscopic removal of dermoïde cysts. Obstet. gynecol. 1989: 78-81.
40. Perineau M., Monrozies X., Reme J.M. 1992 : Complications des kystes de l'ovaire. Rev. fr. gynecol. obstet. 1987 : 120-125.
41. Lopes P., Bessie O., Laurent F., Mensier A. : Les complications des masses annexielles - Rev. Gynecol. obstet. 1994. N° Spécial : 150-157.
42. Ramzy I. : Pathology of endometriosis in « Endometriosis » R.S. Shenken edit, 1 vol, 1989, J.B. Lippincott CO., Philadelphia. 49-81.
43. Franks S., Masson H.D., Polson D.N., Winston R.M. : Mécanisme d'absence d'ovulation chez les femmes avec syndrome polykystique ovarien. 1998 : hum reprod., 531-534.
44. Luciano A.A., Chapler F.K., Shernan B.M. : Hyperprolactinémie et kystes ovariens. Fertil steril : 1994, 41, 719-725.
45. Burghen G.A., Givens JR., Kitashi A.E. : Corrélation entre hyperandrogénisme et hyperinsulinisme dans les ovaires polykystiques. 1995, 61, 1126-1132.
46. Haury J.P., Madelenat T., Bouquet P. : Chirurgie paracoelioscopique des kystes ovariens : indications et limites à propos d'une série de 169 cas : J gynecol. obstet. biol. reprod. 1991: 829-836.

47. Daniel J.F., Miller W. : Traitement des ovaires polykystiques par laparoscopie. 1999, 91, 232-236.
48. Villet R. et Salet, Lizee D. : Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes) EMC (Paris – France). Techniques chirurgicales. Urologie-Gynécologie. 1995 : 141-600.
49. Audebert A., Guglielmina, Pennehouat G., Sebban Sall E.: La coeliochirurgie dans la prise en charge des kystes annexiels. Référence en gynécologie obstétrique. 1993, 1, 62-79.
50. Ratovo A.H. : Indications des hysterectomies au CHU d'Antananarivo HJRA. Thèse méd. Tananarive 1999 n°5068 : 2-16.
51. Dubuisson J.B., Meneux E., Chapron C. et Coll. : Techniques de la coeliochirurgie dans le traitement des kystes de l'ovaire. Contracept Fertil sex 1992, 20, 551-574.
52. Audebert A.J.M. : Les limites techniques du traitement coeliochirurgical des kystes annexiels à propos d'une série de 700 kystes, Job. gyn. 1994 : 409-414.

PERMIS D'IMPRIMER

Lu et approuvé,

Le Président de thèse,

Signé : Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception; même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Name and first names: RAMAROSON Hervé Yvon

**Title of the thesis : " PLUG IN COST EPIDEMIC CLINIC OF OVARY CYSTIC
HAS THE CLINIC DEPRIVES "MPITSABO
MIKAMBANA" JANUARY 1997 HAS JUNE 2001"**

Rubric : Public Health

Number of page : 74

Number of tables : 15

Number of figures: 20

Number of diagram : 0

Number of photograph : 0

Number of annex : 0

Number of bibliographical references : 52

SUMMARY

Ovary cystic is a benign tumor semi - liquid. The study Epidemic-clinic of these cysts to the private clinic "MPITSABO MIKAMBANA" of January 1997 to June 2001 aims as objective to make know ovary cystic of a manner enough simplified by passing by the clinic, complications and finally the plug in cost.

On 25 cases counted in 4 years, the prevalence has not ceased to increase pass 16% to 40%. having no causes predisposing precise, it touches all social layers. The age of predilection situates between 20 to 35 years (52%), especially women nullpares (32%) and the diagnosis been made in 88% of cases by the scan.

Left to themselves cysts end to complications that can be fearsome while processed in time, they finish by a rate of success adjoining 100%. The processing is almost exclusively surgical.

We emit as suggestions:

- a prevention of cyst complications
- an improvement of the plug in cost of their diagnosis and their cure.

Key words : cyst of the ovary, epidemiological, clinic

President of thesis : Professor RAKOTOMANGA Samuel

Reporter : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of the author : Logt 149 Cité Ampefiloha

Nom et Prénoms: RAMAROSON Hervé Yvon

**Titre de la thèse: "PRISE EN CHARGE EPIDEMIO CLINIQUE DES KYSTES
DE L'OVAIRE A LA CLINIQUE PRIVEE "MPITSABO
MIKAMBANA" DE JANVIER 1997 A JUIN 2001"**

Rubrique : Santé Publique **Nombre de page :** 74 **Nombre de tableaux :** 15

Nombre de figures: 20 **Nombre de schéma :** 0 **Nombre de photo :** 0

Nombre d'annexe : 0 **Nombre de références bibliographiques :** 52

RESUME

Le kyste de l'ovaire est une tumeur bénigne semi-liquide. L'étude épidémioclinique de ces kystes à la clinique privée "MPITSABO MIKAMBANA" de Janvier 1997 à Juin 2001 vise comme objectifs de faire connaître le kyste de l'ovaire d'une façon assez simplifiée en passant par la clinique, les complications et enfin la prise en charge.

Sur les 25 cas recensés en 4 ans, la prévalence n'a cessé d'augmenter passant de 16% à 40%. N'ayant pas de causes prédisposantes précises, il touche toutes les couches sociales. L'âge de prédilection se situe entre 20 à 35 ans (52%), surtout les femmes nullipares (32%) et le diagnostic se fait dans 88% des cas par l'échographie.

Laissés à eux-mêmes les kystes aboutissent à des complications qui peuvent être redoutables alors que traités à temps, ils finissent par un taux de réussite avoisinant les 100%. Le traitement est presque exclusivement chirurgical.

Nous émettons comme suggestions:

- une prévention des complications des kystes de l'ovaire
- une amélioration de la prise en charge de leur diagnostic et de leur cure.

Mots clés : kyste de l'ovaire, épidémiologie, clinique

Président de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Samuel

Rapporteur : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Logement 149 Cité Ampefiloha