

Chapitre 18

Kystes ovariens

Dans ce chapitre, ne seront abordés que les kystes les plus fréquemment rencontrés soit les kystes dermoïdes et fonctionnels. Un chapitre entier ci-après est réservé au syndrome des ovaires polykystiques.

Kyste dermoïde

Le kyste dermoïde est une tumeur bénigne relativement fréquente chez les femmes de 16 à 55 ans, souvent localisée dans les ovaires mais pouvant se trouver ailleurs dans le corps. Originaire de tissus embryonnaires, notamment des cellules germinales, il peut contenir divers types de tissus et organes comme des muscles, des os, des ongles, des cheveux, des dents et même des ébauches de cerveau. Il se résorbe rarement seul. Dans l'attente de la chirurgie, la mobilisation du kyste dermoïde empêchera que cette masse crée un point fixe dans le bassin à l'origine des symptômes d'inconfort abdominopelvien et musculosquelettique. Des positions déclives et hypopressives de type gènepectoral peuvent aussi s'avérer bénéfiques.

Kystes fonctionnels

Le kyste fonctionnel ovarien est le résultat d'une ovulation désordonnée. Il est dû à une stimulation ovarienne excessive au cours du cycle menstruel causée par un dérèglement hormonal ou une inflammation locale qui laisse distinguer deux types de kyste fonctionnel ([figure 18.1](#)) :

- le **kyste ovarien folliculaire**, le plus fréquent, provient de l'évolution inhabituelle d'un follicule. Le site folliculaire grossit anormalement sans libérer d'ovules et peut tendre la surface de la membrane jusqu'à la taille d'un citron, entraînant douleurs et inconforts. Sa rupture lors d'une ovulation peut engendrer une douleur spontanée non fulgurante mais qui peut persister quelques jours due à l'inflammation causée par la présence de liquide dans la cavité pelvienne ;
- le **kyste ovarien lutéal**, moins fréquent correspond quant à lui à une augmentation du volume du corps jaune. Les kystes lutéaux entraînent une prolongation de la phase sécrétoire due à la production persistante de progestérone. Ils peuvent saigner dans la cavité kystique, entraînant une distension de la capsule ovarienne. **Sa rupture dans le péritoine peut être à l'origine d'une hémorragie abdominopelvienne et constitue une urgence médicale voire parfois chirurgicale** afin de stopper l'hémorragie. La rupture de ce type de kyste entraîne une douleur fulgurante qui pousse à se plier en deux.

Intérêt ostéopathique

Le kyste fonctionnel demeure bénin. L'échographie pratiquée par voie abdominale ou endovaginale permet de découvrir les kystes ovariens et de fournir des informations sur leur taille, leur localisation, l'épaisseur de leur paroi, la quantité et le type de liquide contenu. Lorsque suspecté, nous devons diriger la patiente vers son médecin afin de confirmer le type de kyste.

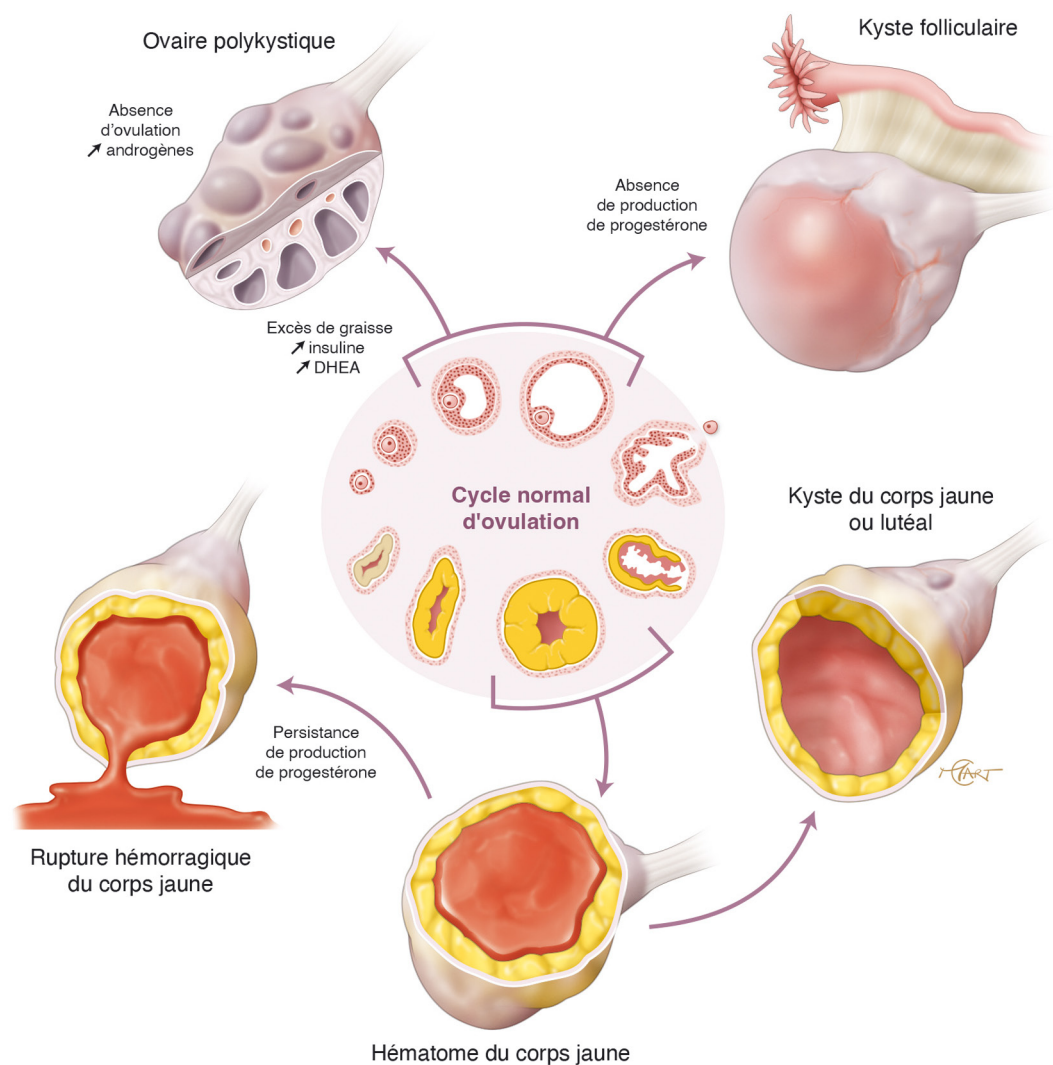


Figure 18.1. Kystes folliculaires, lutéaux et ovaires polykystiques.

Dessin de Cyrille Martinet.

Causes possibles des kystes fonctionnels

- Dysfonction hypothalamohypophysaire et de l'axe HHO.
- Dysfonctions endocriniennes : thyroïde, pancréas, surrénales ayant toutes un effet sur la fonction ovarienne.
- Dysfonction de mobilité ovarienne.
- Problème vasculaire de l'ovaire par une mauvaise position-mobilité de celui-ci ou de l'utérus.

- Antécédents de séquelles d'infections génitales ou encore séquelles d'intervention chirurgicale au niveau du petit bassin.
- Intolérances alimentaires, acidité, consommation de produits laitiers responsables de la congestion-inflammation du cæcum et/ou du sigmoïde affectant, par rapport de contiguïté la position, la vascularisation et la fonction de l'ovaire. Ces intolérances se répercutent aussi sur l'œstrobolome et le système immunitaire à l'origine du déséquilibre hormonal et de l'inflammation.

- Situations de surmenage, de problèmes professionnels ou personnels, de chocs émotionnels.

Conduites et considérations ostéopathiques à prendre en compte pour l'abord gynécologique des kystes fonctionnels

À la palpation, nous détectons une masse lisse mais dissociable de l'utérus (figure 18.2).

Un kyste fonctionnel offre un rebond liquidien. Un ovaire légèrement augmenté de volume mais plus ferme et bosselé témoigne d'un ovaire polykystique.

L'utérus se présente plutôt normal à la palpation mais peut être changé de position par l'influence et la grosseur du kyste. On le trouve généralement incliné ou translaté du côté opposé à la présence du kyste. L'échographie et un diagnostic médical permettent de confirmer notre impression thérapeutique. Le kyste folliculaire peut parfois se résorber de lui-même en fin de cycle ou au bout de quelques cycles.

Cependant, en présence d'un kyste fonctionnel folliculaire, l'ovaire peut être progressivement drainé, soit par une manœuvre externe appropriée (expliquée avec les techniques), soit, de préférence,

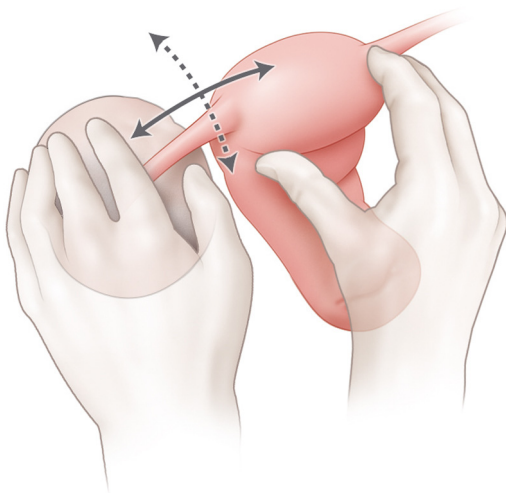


Figure 18.2. À la palpation, nous détectons une masse lisse mais dissociable de l'utérus.

Dessin de Cyrille Martinet.

par une approche interne. Il est également important de vérifier l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien en relançant la SSB et l'hypophyse, et d'obtenir la mobilité complète de l'ovaire ainsi que son apport vasculo-nerveux afin de prévenir les récides. Une attention particulière doit être portée à la cause inflammatoire sous-jacente du kyste ovarien. Il est crucial de relancer la mobilité du cæcum pour un kyste ovarien droit, d'examiner les causes de son inflammation (intolérances alimentaires, sucres), et de s'assurer de la mobilité du sigmoïde pour un kyste ovarien gauche, en prenant en compte les causes potentielles de son inflammation. Toute autre glande en déséquilibre devra également être traitée.

En ostéopathie, nous obtenons généralement de bons résultats sur les kystes fonctionnels, en technique fonctionnelle douce, en associant à nos gestes un drainage du kyste folliculaire, ceci en exerçant une très légère pression volumétrique sur celui-ci et en laissant dérouler les tissus et le drainage sous les doigts. En aucun cas, la manœuvre ne doit être douloureuse ou inconfortable.

Histoire de cas

Une ostéopathe russe âgée d'une trentaine d'années, venue au pays afin de participer à un de mes séminaires en gynécologie a reçu un diagnostic de kystes ovariens et ce, à deux mois d'intervalle avant son départ pour Montréal. Elle a ainsi été évaluée à deux reprises sous échographie. Un kyste à l'ovaire gauche de $5,85 \times 4,95 \times 5,9$ cm et un second kyste à l'ovaire droit de $2,85 \times 1,55 \times 2,2$ cm ont été identifiés, lui infligeant beaucoup de douleurs et d'inconforts abdominopelviers. Lors des deux études échographiques, on a également retrouvé 1 à 2 mL de liquide libre dans le petit bassin ainsi qu'un début d'adénomyose affichant un utérus légèrement augmenté de volume. Ses cycles menstruels étaient très irréguliers avec des ovulations et des menstruations également très douloureuses.

Elle s'est présentée au séminaire avec un inconfort abdominopelvien à ce point important que sa démarche s'en est trouvée ralentie, qu'elle ressentait de la difficulté à demeurer debout ou en position assise. Seule la position couchée la soulageait.

Bien que la plupart des participants soient tous des médecins-ostéopathes d'expérience, elle refuse que l'on pratique sur elle les techniques enseignées, par



peur que sa situation empire. Je lui propose alors de la traiter devant la classe pour la soulager.

Nous avons d'abord procédé à des techniques de drainage péritonéal et lymphatique de l'abdomen et du petit bassin. Le grêle, le cadre colique, le foie et les reins ont été dégagés afin de diminuer la pression dans le petit bassin. Par la suite, l'utérus et les ovaires sont repérés. Les masses kystiques soulèvent légèrement sa paroi abdominale. La présence d'un œdème est constatée. L'utérus est d'abord rééquilibré par rapport au sacrum afin de relancer sa mobilité.

Les ovaires ainsi que leurs masses kystiques sont normalisés en technique fonctionnelle d'accompagnement au drainage. La patiente sent les bienfaits immédiats. Vu de l'extérieur, l'abdomen s'est immédiatement retrouvé moins gonflé. Il n'y a plus de douleur à la palpation et la patiente n'éprouve plus d'inconfort en position debout et assise. Sa démarche est maintenant aisée, plus normale et dissociée. Elle dit se sentir immédiatement beaucoup plus légère.

Elle a été traitée à deux autres reprises aux cours du séminaire avec à chaque fois des gains significatifs. Les kystes semblent pratiquement résorbés en fin de séminaire.

À son retour à Moscou, elle subit à nouveau une échographie. Les résultats palpatoires obtenus au cours du

traitement sont confirmés. L'utérus n'est plus augmenté de volume, les kystes ont complètement disparu ! Elle m'écrit trois mois plus tard pour me remercier et me dire que depuis les traitements reçus, ses cycles se sont régulés. Elle n'a plus eu de douleur ni d'inconfort abdominopelvien. Elle a aussi modifié son alimentation, cessant de consommer du gluten et des produits laitiers. Les kystes folliculaires répondent la plupart du temps très bien au traitement et se résorbent généralement en une à deux séances. Les conseils alimentaires pour empêcher les récurrences sont de mise. Rappelons que pour leur rapport de contiguïté, pour l'ovaire droit, ce sont les sucres et produits laitiers qui sont les plus importants à éviter alors que pour le gauche, ce sont les protéines animales et le gluten. Pour comprendre ces interactions, vous référer au tome 2 [1].

Référence

- [1] Camirand N. Cerveau abdominal et ostéopathie. Approche intégrative des problèmes digestifs, inflammatoires, immunitaires et de l'humeur. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2022.