



CASE REPORT

Cystadenoma of the ovary: report of two cases

Manel CHERBAL, Mohamed Said CHENNINE

ABSTRACT

Serous cystadenoma of the ovary is the most common benign epithelial ovarian tumor, accounting for approximately two-thirds of all benign epithelial ovarian neoplasms. It typically exhibits slow growth and remains asymptomatic, with diagnosis often being incidental during imaging examinations performed for unrelated conditions. However, the lesion may become symptomatic when it reaches a large size, develops complications, or exerts a mass effect on adjacent structures. The initial diagnostic evaluation is based on clinical examination and ultrasonography. Magnetic resonance imaging (MRI) is the most accurate imaging modality for characterizing the lesion and assessing its benign or malignant nature. Nevertheless, laparoscopy remains the standard surgical approach for its management whenever feasible. We report two cases of ovarian serous cystadenoma. The first involved a 17-year-old girl who presented with marked abdominal distension and colicky abdominal pain mimicking renal colic. Imaging revealed a giant 31 cm cystic mass, precluding a laparoscopic approach. The second case involved a 32-year-old woman with a 7 cm ovarian cystic mass that was discovered incidentally during the investigation of low back pain. In this patient, surgical treatment was indicated from the outset and was successfully performed laparoscopically.

Service de chirurgie générale et d'oncologie, EPH
El Oued, Ben Amer El Djilani – Algérie.**Received:** 29 May 2026**Accepted:** 22 Jul 2026**Correspondence to:** Manel CHERBALE-mail: Manelcherbal@gmail.com**Keywords:** Ovarian cystadenoma, macroscopical appearance, benign tumor

1. INTRODUCTION

Le cystadénome séreux est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'ovaire, il représente 2/3 cas des tumeurs épithéliales. Il peut être de nature solide ou kystique ou semi-solide, en fonction de la fraction d'épithélium et de stroma qu'il contient et de l'activité sécrétrice de l'épithélium qui le compose [1], mais il est essentiellement kystique, le plus souvent uniloculaire, mais peut aussi contenir des végétations ou des parties tissulaires, d'où le diagnostic doit être codifié afin de rechercher des signes de malignité pour guider la prise en charge. L'accessibilité aisée de l'échographie, qui est l'examen de première intention, a permis le diagnostic des kystes asymptomatiques. La coelioscopie est indiquée en première intention mais s'il existe un doute sur le caractère malin de la tumeur, une voie classique ou une laparoconversion est obligatoire afin de diminuer le risque de dissémination.

Nous rapportons deux cas de cystadénome séreux ovarien chez deux patientes jeunes en âge de procréation, dont la clinique, l'imagerie et la prise en charge diffèrent. Nous confrontons ces cas aux données de la littérature.

2. CAS 1

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 32 ans, G4P4 sans antécédents médicaux et chirurgicaux. À l'interrogatoire, la patiente a rapporté la notion de lombalgies. L'examen clinique retrouve une patiente en état général conservé, des constantes hémodynamiques correctes, un IMC à 20,0. L'examen physique objective un abdomen souple, siège d'une masse au niveau de la fosse

iliaque gauche mobile de 5 cm de grand axe environ. L'échographie pelvienne faite mettant en évidence une masse kystique gauche de 60 x 73 mm, l'ovaire droit ainsi que l'utérus sont sans anomalies. Les marqueurs tumoraux, à savoir CA125, CA 19.9, sont négatifs ; le reste de l'examen est strictement normal.

La décision opératoire a été posée, nous abordâmes la malade par voie coelioscopique, 03 trocars ont été placés. Un trocart de 10mm au niveau ombilical, deux trocars de 5 mm au niveau de la fosse iliaque droite et gauche (figure 1). Après la position Trendelenburg, l'exploration chirurgicale objectiva une masse kystique d'allure bénigne macroscopiquement au dépend de l'ovaire gauche (figures 2, 3), un utérus de structure normale, les deux trompes ainsi que l'ovaire droit sont sans anomalies ; le reste de l'exploration de la cavité abdominale est strictement normale. Une résection avec extraction du kyste a été faite et l'hémostase a été assurée.

Les suites opératoires simples, la patiente est mise sortante à J1 postopératoire. L'étude anatomopathologique de la pièce objectiva un cystadénome séreux de l'ovaire multiloculaire sans végétations, sans signes de malignité.

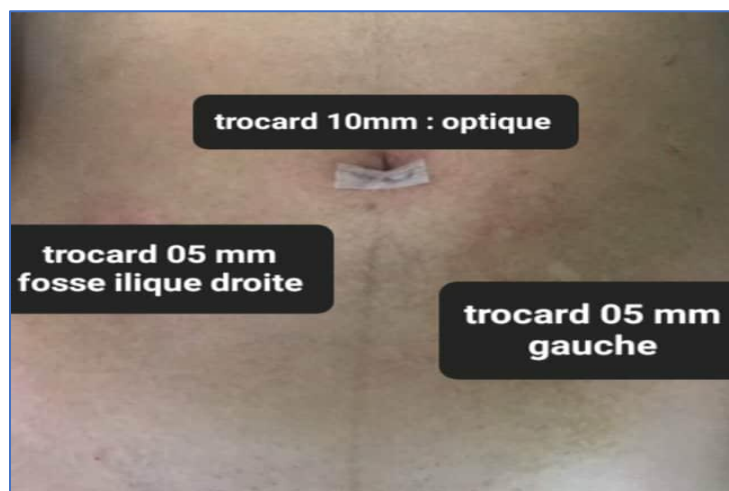


Figure 1. La mise en place des trocars.

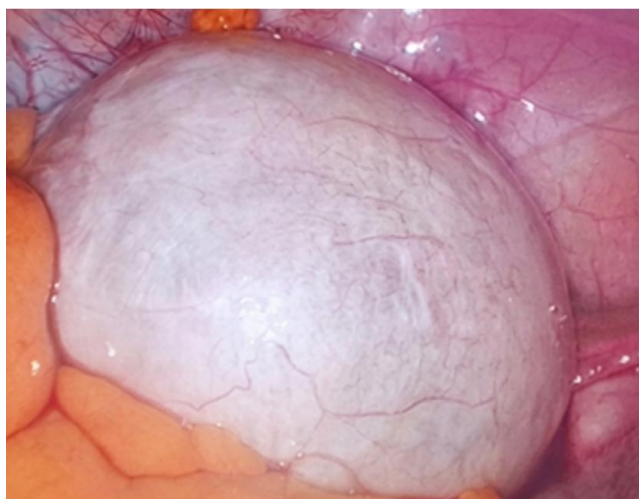


Figure 2. Aspect macroscopique du kyste ovarien gauche en per-opératoire

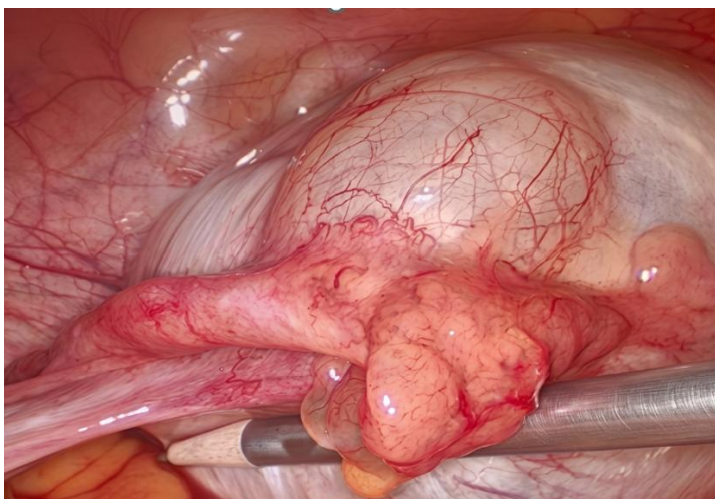


Figure 3. La trompe gauche + le kyste

3. CAS 2

La deuxième patiente, âgée de 17 ans, célibataire, sans antécédents médicaux (appendicectomie à l'âge de 13 ans), à l'interrogatoire, la patiente a rapporté la notion de douleurs abdominales irradiant vers le dos. Une notion de dyspnée, de toux et de vomissement ont

été rapportées également. L'examen clinique retrouve une patiente en bon état général, des constantes hémodynamiques correctes, un IMC à 17,0. Un léger œdème des deux membres inférieurs. L'examen physique objective un abdomen distendu, siège d'une masse prenant tout l'abdomen de la région épigastrique jusqu'au pubis. La TDM abdomino pelvienne faite dans le cadre de l'exploration mettant en évidence une volumineuse masse kystique bien limitée mesurant 235 x 127 mm, étendue sur une hauteur de 297 mm d'appartenance mal définie, probablement ovarienne gauche, à paroi fine multicloisonnée sans composante solide, cette masse exerce un effet de masse sur les artères et les veines iliaques, responsable d'une urétéro-hydronéphrose bilatérale en amont.

Une IRM pelvienne (figure 4) faite confirmant la masse kystique d'appartenance ovarienne gauche mesure 237 x 116 x 310 mm, bien limitée, multicloisonnée à paroi fine et régulière, exerçant un effet de masse sur les axes vasculaires et les deux uretères iliaques arrivant à la paroi abdominale antérieure sans signe d'envahissement ; ascite libre de petite abondance pelvienne, un téléthorax objective un épanchement pleural gauche minime. Les marqueurs tumoraux : CA125 = 52,2 u/ml ; CA 19.9= 31,86 U/ml ; ACE négatif. Le reste de l'examen est strictement normal.

La décision opératoire a été posée, nous abordâmes la malade par voie médiane xypho-pubienne. À l'ouverture, l'énorme masse refoule tous les organes, l'ovaire et la trompe gauche sont pris par la masse (figure 5), une annexectomie gauche a été réalisée, l'ablation de la masse est faite sans effraction de sa capsule (figure 6). Les suites opératoires simples. La malade est mise sortante à j2 post opératoire. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire objective un cystadénome séreux de l'ovaire sans signe de malignité.



Figure 4. IRM pelvienne coupe coronale montre l'aspect cloisonné du kyste.

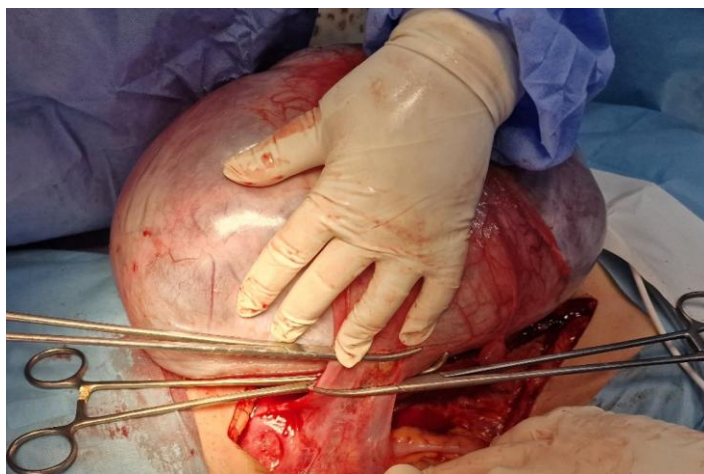


Figure 5. Aspect macroscopique du kyste en per-opératoire.



Figure 6. aspect final de la masse kystique sans effraction de sa capsule.

4. DISCUSSION

Les cystadénomes de l'ovaire sont le plus souvent de type séreux, mais ils peuvent aussi être de type endométrioïde, à cellules claires ou mucineux [2 ; 3]. Ils apparaissent fréquemment chez des femmes en âge de procréation [4]. Ces tumeurs sont le plus souvent asymptomatiques. Lorsqu'elles sont volumineuses, elles sont susceptibles d'entraîner douleurs, troubles de la vidange rectale, toux, lombalgies, augmentation du périmètre abdominal ou dysurie, des œdèmes des membres inférieurs [2 ;5 ;6].

La présence d'un épanchement liquidien dans l'observation n° 2 évoque un syndrome de Demons. Cependant, ce diagnostic ne peut être retenu qu'en présence de la triade associant une tumeur ovarienne bénigne, une ascite et un hydrothorax, avec disparition de ces épanchements après résection de cette dernière [7 ;8]. L'échographie pelvienne constitue l'examen de première intention dans l'évaluation des tumeurs ovariennes. L'IRM est indiquée pour les masses supérieures à 7 cm, complexes ou indéterminées. Le scanner est réservé au bilan d'extension des cancers ovariens. La ponction diagnostique est contre-indiquée, tandis que le CA 125 n'est pas recommandé en première intention.

Le CNGOF recommande une surveillance annuelle des kystes ovariens asymptomatiques de 4 à 5 cm. Une intervention chirurgicale est envisagée en présence de symptômes, d'une évolution morphologique du kyste, d'un diamètre supérieur à 6 cm ou d'une atteinte bilatérale [9]. Chez la femme en âge de procréer, la question de la préservation de la fertilité doit faire préférer une kystectomie, chez la femme ménopausée il est licite de faire une annexectomie, celle-ci est réservée également chez les patientes de moins de 40 ans en cas de forte suspicion de malignité car le risque de dissémination et d'effraction capsulaire de la masse kystique est important ainsi que le plan de clivage envahi [9].

La coelioscopie fait partie intégrante de l'exploration d'une tumeur ovarienne présumée bénigne et permet le diagnostic anatomopathologique. Le traitement laparoscopique d'un kyste ovarien doit être réalisé lorsque tous les critères de bénignité sont présents en échographie vaginale : la taille est inférieure à 5 cm, avec contenu liquidien ou dermoïde, moins de 3 cloisons fines (< 3 mm), paroi fine (< 3 mm), absence de végétations et doppler normal. Il est par ailleurs possible, en cas de kyste « bénin » mesurant entre 5 et 10 cm de diamètre, si l'accès coelioscopique est envisageable chez la patiente [10]. Quant à la laparotomie médiane est indiquée en cas d'adhérences pelviennes majeures, d'impossibilité technique de réaliser une coelioscopie ou de suspicion de malignité d'un kyste ovarien, afin de limiter les risques de rupture et de dissémination. Bien qu'elle soit associée à une morbidité plus élevée et à un séjour hospitalier prolongé, elle demeure la voie d'abord de référence dans ces situations [11]. Les cystadénomes de l'ovaire peuvent présenter plusieurs caractéristiques macroscopiques appartenant habituellement au cancer de l'ovaire (végétations, cloisons et paroi épaisses, liquide intrakystique suspect, vascularisation anarchique de la corticale ovarienne). Il est donc important pour les chirurgiens de ne pas méconnaître l'aspect morphologique faussement inquiétant de ces tumeurs finalement bénignes, d'où l'intérêt d'un examen extemporané devant toute tumeur présentant un aspect macroscopique inquiétant [12]. Les principales complications des tumeurs kystiques ovariennes sont la torsion annexielle, l'hémorragie intrakystique et la rupture de kyste hémorragique. La coelioscopie demeure l'examen de référence pour confirmer une torsion ovarienne. Chez les femmes en période génitale, une attitude conservatrice est privilégiée. L'hémorragie intrakystique relève d'un traitement symptomatique, tandis que la prise en charge d'une rupture dépend de la tolérance clinique, des troubles de la coagulation ou des récidives. [13 ;14 ;15].

5. CONCLUSION

Le cystadénome séreux de l'ovaire est une tumeur bénigne fréquente dont la prise en charge repose sur une évaluation clinique et radiologique rigoureuse. Le choix de la voie d'abord chirurgicale dépend principalement de la taille de la tumeur et du risque de malignité. La coelioscopie constitue l'approche de référence pour les masses présumées bénignes de petite taille, offrant les avantages d'une chirurgie mini-invasive avec une morbidité réduite. En revanche, la laparotomie demeure indiquée pour les tumeurs volumineuses ou lorsqu'une suspicion de malignité existe. Quelle que soit la voie d'abord retenue, une évaluation préopératoire minutieuse est essentielle afin d'adapter la stratégie chirurgicale et d'éviter toute prise en charge susceptible de compromettre le pronostic en cas de cancer ovarien méconnu.

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Wolfe SA, Seckinger DL Jr. Varied anatomical types of ovarian adenofibroma: a proposed classification. *Am J Obstet Gynecol.* 1967;99(1):121-5.
2. Czernobilsky B, Borenstein R, Lancet M. Cystadenofibroma of the ovary. A clinicopathologic study of 34 cases and comparison with serous cystadenoma. *Cancer.* 1974;34(6):1971-81. doi: 10.1002/1097-0142(197412)34:6<1971::AID-CNCR2820340616>3.0.CO;2-N
3. Fatum M, Rojansky N, Shushan A. Papillary serous cystadenofibroma of the ovary: is it really so rare? *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75(1):85-6. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00415-5
4. Bell DA. Serous adenofibromas of the ovary. A report of 10 cases. *Am J Surg Pathol.* 1991;15(3):227-32. doi: 10.1097/00000478-199103000-00003
5. McNulty JR. The ovarian serous cystadenofibroma: a report of 25 cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1959;77(6):1338-44.
6. Laculle-Massin C, Collinet P, Faye N. Diagnosis of presumed benign ovarian tumors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2013;42(8):760-73. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.09.031
7. Meigs JV. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax: Meigs' syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;67(5):962-85. doi: 10.1016/0002-9378(54)90258-6
8. Brun JL. Demons syndrome revisited: a review of the literature. *Gynecol Oncol.* 2007;105(3):796-800. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.01.050
9. Canis M, Mage G, Wattiez A, Masson FN, Pouly JL, Botchorishvili R, et al. Operative laparoscopy and the adnexal cystic mass: where to set the limit? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1997;26(3):293-303.
10. Bourdel N, Canis M. Treatment strategies in presumed benign ovarian tumors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2013;42(8):802-15. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.09.035
11. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(1):109-14. doi: 10.1016/S0002-9378(97)70447-2
12. Atallah D, Morice P, Camatte S, et al. Place and results of frozen section analysis in the management of malignant and borderline ovarian tumors. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004;32:651-6.
13. Tsafir Z, Hasson J, Levin I, Solomon E, Lessing JB, Azem F. Adnexal torsion: cystectomy and ovarian fixation are equally important in preventing recurrence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;162(2):203-5. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.02.027
14. Pansky M, Smorgick N, Herman A, Schneider D, Halperin R. Torsion of normal adnexa in postmenarchal women and risk of recurrence. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2 Pt 1):355-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000250969.15438.17
15. Huchon C, Staraci S, Fauconnier A. Adnexal torsion: a predictive score for pre-operative diagnosis. *Hum Reprod.* 2010;25(9):2276-80. doi: 10.1093/humrep/deq173