

Cancers épithéliaux primitifs de l’ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs à Ouagadougou

Paratyandé Bonaventure YAMEOGO^{1*}, Ouowene Prisca Marina SOUGUE¹, Adjirata KOAMA²,
Soutougnoma Laure Clarisse YAMEOGO³, Diane BANCE¹, Blandine BONANE-THIEBA⁴,
Olga Mélanie LOMPO⁵

Résumé

Objectif : décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques, et évolutifs du cancer épithélial de l’ovaire à Ouagadougou.

Patientes et méthodes : Il s’est agi d’une étude longitudinale et descriptive, menée entre le 1er Janvier 2012 et le 30 Septembre 2017 et portant sur 57 cas de cancers épithéliaux de l’ovaire. La survie globale a été calculée selon la méthode de Kaplan Meier. La comparaison des survies a été possible par la méthode du Log Rank.

Résultats : Le cancer de l’ovaire a représenté 3,1% des cancers féminins. L’âge moyen était de $49,6 \pm 16,8$ ans. Le délai moyen de consultation était de $10,4 \pm 8,6$ mois. La distension abdominale et les douleurs abdominales étaient les principaux motifs de consultation dans respectivement 75,9 et 43,1% des cas. La taille moyenne des masses était de $9,8 \pm 3,2$ cm. Les adénocarcinomes séreux représentaient 67,8%. Les patientes étaient d’emblée métastatiques à l’imagerie dans 55,1 %. Le traitement a été la chimiothérapie seule (8,8%) et la chimiothérapie associée à la chirurgie (40,3%). Il s’agissait d’une chirurgie régionale de l’ovaire dans 13,6% des cas et d’une réduction tumorale dans 86,4%. La médiane de survie était de 6 mois. La survie globale à 5 ans était de 47,8%.

Conclusion : Le cancer épithélial survient à un âge relativement jeune. Le diagnostic est tardif. Le taux de survie est faible. L’optimisation diagnostique permettrait d’améliorer le pronostic.

Mots-clés : *Cancers-ovaire-diagnostic-traitement-survie.*

1 Service de chirurgie viscérale, CHU Yalgadogo Ouédraogo Ouagadougou , Burkina Faso.

2 Service de radiologie et d’imagerie médicale, CHR de Koudougou Burkina Faso

3 Service de chirurgie viscérale, CHU Tengandogo Ouagadougou Burkina Faso

4 Service de gynécologie-obstétrique, CHU Yalgadogo Ouédraogo Ouagadougou , Burkina Faso

5 Service d’anatomie pathologique, CHU Yalgadogo Ouédraogo Ouagadougou , Burkina Faso Email

*Auteur Correspondant : Paratyandé Bonaventure YAMEOGO, Tel : (+221)77 837 75 92, Email : boyampa@yahoo.fr

Primary ovarian cancers: epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects in Ouagadougou

Abstract

Objective: Describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary features of epithelial ovarian cancer in Ouagadougou

Patients and methods: This is a longitudinal and descriptive study over 57 cases of epithelial ovarian cancers. The study covers the period from 1st January, 2012 to 30th September, 2017. Overall survival was calculated using the Kaplan Meier method. Survivals were compared thanks to the Log Rank method.

Results: Ovarian cancer represented 3.1% of female cancers. The patients' average age was 49.6 ± 16.8 years. The average deadline for consultation was 10.4 ± 8.6 months. Abdominal distention and abdominal pain were the main reasons for consultation in respectively 75.9% and 43.1% of cases. The average size of the masses was 9.8 ± 3.2 cm. Serous adenocarcinomas represented 67.8% of cases. Imaging revealed that the patients were already metastatic in 55.1 % of cases. The treatment was: chemotherapy alone in 8.8% of cases and chemotherapy associated with surgery in 40.3% of cases. Regional surgery on the ovary (in 13.6% of cases) and a tumour reduction (in 86.4% of cases) were performed. Median survival was 6 months. Overall survival at 5 years was 47.8%.

Conclusion: Epithelial cancer occurs at a quite young age. Diagnosis is late. Survival is low. Optimization of diagnosis could help improve prognosis.

Keywords: cancers- ovary-diagnosis-treatment -survival .

Introduction

Le cancer épithélial de l'ovaire est une prolifération maligne développée aux dépens des cellules épithéliales d'un ou des deux ovaires (1). C'est un problème de santé publique car selon l'OMS environ 200000 nouveaux cas de cancer de l'ovaire sont diagnostiqués chaque année dans le monde (2). Il existe une disparité géographique de l'incidence et de la mortalité du cancer de l'ovaire (3). C'est la première cause de décès par cancer gynécologique dans les pays développés et la deuxième dans les pays en développement (4). .

Les facteurs de risque les mieux établis sont l'âge avancé et les mutations génétiques BRCA1 et BRCA2 (5). Le diagnostic est évoqué sur des arguments cliniques et radiologiques et confirmé à l'histologie. Les cancers épithéliaux représentent plus de 80% des cas de l'ensemble des cancers de l'ovaire (6). Leur prise en charge est multidisciplinaire et la chirurgie occupe une place essentielle (7). .

Plus de 70 % des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués à un stade avancé avec déjà une extension péritonéale (6). C'est pourquoi le pronostic de la maladie reste très défavorable malgré les progrès de la chirurgie et des traitements médicaux (8, 9). La survie à 5 ans passe de 90 % pour les stades 1 à 33 % pour les stades 3 et 4 (8, 9). C'est toute la nécessité d'une détection précoce. Au Burkina Faso peu d'études ont été menées sur la pathologie ovarienne. Pourtant des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués en pratique courante et les difficultés d'un diagnostic précoce et d'un traitement adapté existent. .

C'est pourquoi nous avons entrepris cette étude dans le but de décrire les particularités épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du cancer épithélial de l'ovaire au Burkina Faso.

I. Patientes et Méthode

Il s'est agi d'une étude longitudinale, descriptive à collecte rétrospective portant sur les cas de cancers épithéliaux de l'ovaire, menée du 1er Janvier 2012 au 30 Septembre 2017, soit une période 5 ans et 9 mois. Elle a été menée à Ouagadougou (Burkina Faso), au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU YO), centre de référence nationale de la prise en charge des cancers de l'ovaire et au Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) Schiphra.

Nous avons inclus tous les cas de cancer épithélial de l'ovaire confirmés à l'histologie sur pièce opératoire dont les dossiers cliniques étaient exploitables. Nous avons colligé pour chaque patiente les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. Les tumeurs ont été classées selon la classification de la FIGO en 4 stades.

La survie globale a été calculée selon la méthode de Kaplan Meier. La survie comparée a été calculée grâce à la méthode du Log Rank. La p value à 0,05 a été considérée comme significative, un risque d'erreur $\alpha=0,05$ a été admis. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi info 3.5.1, version française. L'autorisation des directeurs d'hôpitaux, des chefs des différents services concernés a été obtenue avant la collecte. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés pour toutes les patientes.

II. Résultats

En cinq ans et neuf mois, nous avons recensé 94 cas de cancers de l'ovaire dont 68 cas de cancer épithélial (72%). Pendant cette même période, 2186 cancers féminins ont été diagnostiqués, le cancer de l'ovaire a été le troisième cancer (4,3%) après celui du sein (65,4%) et du col de l'utérus (27,4%). Sur les 68 cas de cancer épithélial de l'ovaire 57 dossiers ont été exploitables. L'âge moyen des patientes a été de 49,6 ans \pm 16,8 avec des extrêmes de 18 et 81 ans. La tranche d'âge de 50 à 60 ans a représenté 28,8% des cas. Les patientes sont venues du milieu urbain dans 66,7% des cas. Le délai moyen de consultation a été de 10,4 mois \pm 8,6 avec des extrêmes de 15 jours et 60 mois. Deux (02) patientes (5,6%) ont eu leurs ménarches avant 12 ans. Le nombre moyen de grossesse a été de 04 \pm 3,2. Les nulligestes et les nullipares ont représenté 25% des patientes.

Vingt-six patientes (59,1%) étaient ménopausées. Il n'a pas été noté de prise de traitement hormonal substitutif de la ménopause. Deux (02) patientes (3,5%) ont pratiqué une contraception orale à base d'oestro-progestatifs pendant 3 et 5 ans. Il n'a pas été noté d'antécédent personnel de cancer du sein ni de l'ovaire. Deux patientes ont eu un antécédent familial de cancer de l'ovaire. La douleur pelvienne a été le motif de consultation dans 75,9% des cas. La découverte du cancer de l'ovaire a été fortuite chez 26 patientes. Elle a été faite au détour d'une intervention chirurgicale chez 23 patientes et à l'imagerie médicale chez trois patientes (incidentalome). Les patientes ont présenté des signes de compression urinaire à type de dysurie (3 cas) et de rétention aigüe d'urine (01 cas). Les patientes ont présenté une constipation (05 cas) et un syndrome occlusif (01 cas). Les troubles menstruels ont été constitués d'aménorrhée non gravidique (07 cas), de métrorragie (08 cas) et de ménorragie (01 cas). A l'examen général, un amaigrissement a été noté chez 10 patientes. Six patientes ont présenté des œdèmes des membres inférieurs. L'indice de performance de l'OMS a été précisé chez 53 patientes. Parmi elles, 21 patientes (39,6%) ont été classées stade I. A l'examen physique, ont été notés une distension abdominale chez 35 patientes (61,4%), un nodule de Sœur Marie Joseph chez 4 patientes (7%).

La palpation a mis en évidence une masse abdomino-pelvienne chez 18 patientes (31,6%). Les masses ont été uniquement pelviennes latéro-utérines dans huit cas (14%). Une ascite a été notée chez 29 patientes (50,9%) (Figure 1).



Figure 1 : Patiente de 50 ans porteuse d'un adénocarcinome ovarien avec ascite de grande abondance. Source : service de chirurgie du CMA Schipbra. 1 : Augmentation du volume de l'abdomen 2 : ombilic déplié non inflammatoire

Le dosage des marqueurs tumoraux, le CA125 a été réalisé chez 32 patientes et a été supérieur à la normale dans 30 cas soit 93,7%. Le taux moyen de CA125 était de 1101,5 UI/ml. Deux patientes ont réalisé le dosage des ACE. Le taux a été supérieur à la normale dans 01 cas.

L'échographie abdomino-pelvienne a été réalisée chez 22 patientes, dont 02 par la voie endovaginale. Les masses pelviennes mises en évidence ont mesuré plus de 05 cm dans 07 cas. Elles ont été bilatérales chez 14 patientes (14/22). Les masses ont été hyperéchogènes avec des contours irréguliers dans 13 cas (13/22). L'analyse doppler a été réalisée chez 2 patientes et a retrouvé une hypervascularisation.

La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM TAP) a été réalisée chez 37 patientes. Elle a mis en évidence une masse hétérogène dans 20 cas et mixte dans 10 cas. La taille moyenne des masses a été de $9,8 \pm 3,2$ cm avec des extrêmes de 4 et de 20 cm (figure 2).

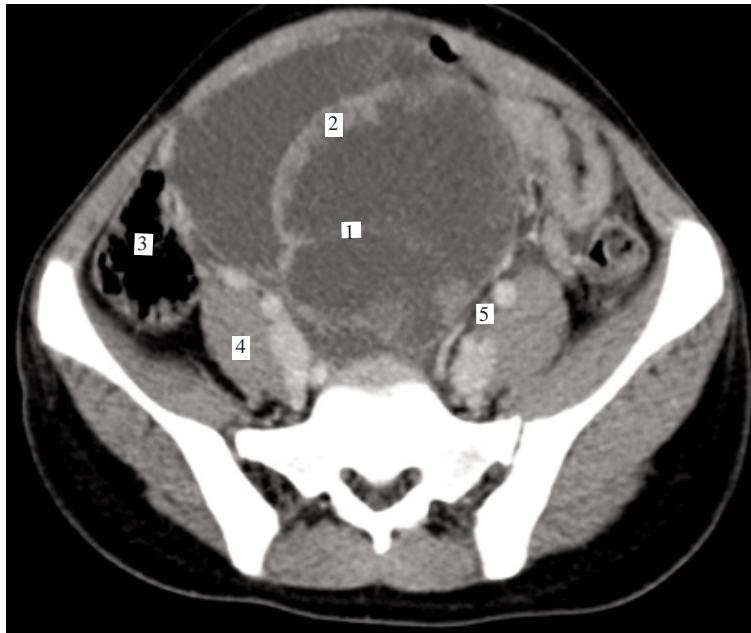


Figure 2 : Scanner, coupe axiale d'une masse ovarienne droite, kystique (1), contenant une cloison épaisse irrégulière et rehaussée par le produit de contraste (2). Cette masse adhère au colon ascendant (3) et au muscle psoas droit (4) avec disparition du liseré graisseux de sécurité à droite (5). Source : Service de chirurgie du CMA Schippha. 1 : masse kystique ovarienne droite 2 : cloison épaisse irrégulière 3 : colon ascendant 4 : muscle psoas droit 5 : liseré graisseux de sécurité gauche.

Deux patientes ont réalisé une IRM soit 3,5% des patientes. Dans un cas elle a montré une masse ovarienne droite de 11 cm de grand axe avec une ascite et des nodules péritonéaux de 1 à 2 cm. Dans l'autre cas, il s'est agi d'une masse de l'ovaire gauche mesurant 6 cm. Des métastases hépatiques ont été retrouvées à l'échographie dans huit (08) cas et des métastases pulmonaires à la radiographie thoracique dans 04 cas. La TDM TAP a objectivé des métastases chez 24 patientes, il s'est agi de métastases hépatique, pleurale, pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale, utérine, rectale, vésicale, iléale et surrénale.

L'examen anatomo-pathologique a été réalisé chez 44 patientes et le type histologique a été précisé dans 31 cas (tableau I). Le grade histologique a été précisé dans 05 cas, il s'est agi du grade I dans 2 cas et du grade II dans 3 cas. Le cancer a été de découverte fortuite sur pièce d'annexectomie ou de tumorectomie chez 26 patientes. Dans 10 cas, il s'est agi d'une pièce de chirurgie de l'ovaire guidée par des signes cliniques, radiologiques et biologiques évocateurs. Dans huit cas, le diagnostic histologique a été fait sur pièce de biopsie péritonéale devant des masses ovariennes inextirpables. Dans 13 cas, le diagnostic de cancer de l'ovaire a été retenu devant une cytologie et des signes cliniques, biologiques et radiologiques évocateurs.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction du type histologique (n=31)

| Type histologique | Fréquence | Pourcentage (%) |
|-----------------------------------|-----------|-----------------|
| Adénocarcinome a cellules claires | 1 | 3,2 |
| Carcinome indifférencié | 3 | 9,7 |
| Tumeur endométrioïde | 2 | 6,4 |
| Adénocarcinome mucineux | 4 | 12,9 |
| Adénocarcinome séreux | 21 | 67,8 |
| Total | 31 | 100 |

L'exploration chirurgicale et le bilan d'extension clinique et paraclinique qui ont été réalisés nous ont permis de déduire le stade anatomo-clinique des patientes : stades IV (55,1%) et III (30,6%), et les stades II (8,2%) et I (6,1%) Plusieurs modalités de traitement ont été utilisées. La chirurgie a été le seul traitement chez 21 patientes (36,8%). Elle a été associée à la chimiothérapie dans 23 cas (40,3%). La chimiothérapie a été le seul traitement chez 5 patientes (8,8%) et 8 patientes (14,1%) n'ont reçu aucun traitement. La chirurgie a été réalisée chez 44 patientes. La chirurgie d'emblée a été réalisée chez 38 patientes (86,4%) et la chirurgie d'intervalles chez 06 patientes (13,6%).

La répartition des patientes en fonction des gestes chirurgicaux réalisés a été représentée dans le tableau II. Des complications per opératoires ont été notées chez trois patientes. Il s'est agi d'un cas d'instabilité hémodynamique qui a nécessité l'arrêt de l'intervention et une réanimation. Le second cas a été une perforation d'anse intestinale qui a été traitée par une suture directe et enfin un cas de rupture de la coque de la masse ovarienne.

Tableau II : répartition des patientes selon les gestes chirurgicaux réalisés (n=44)

| Gestes | Fréquence | Pourcentage % |
|--|------------------|----------------------|
| Tumorectomie | 03 | 6,8 |
| SOU * | 03 | 6,8 |
| SOB** | 06 | 13,6 |
| HAT*** + SOB | 06 | 13,6 |
| HAT + SOB + omentectomie | 03 | 6,8 |
| HAT + SOB + appendicectomie | 02 | 4,5 |
| HAT + SOB + appendicectomie + omentectomie | 08 | 18,2 |
| HAT + SOB + appendicectomie + omentectomie + curage ilio-obturateur bilatéral | 03 | 6,8 |
| HAT + SOB + appendicectomie + omentectomie + curage ilio-obturateur + résection digestive | 03 | 6,8 |
| Biopsies péritonéales | 06 | 13,6 |
| HAT+ SOU + résection d'une récurrence | 01 | 2,3 |
| Total | 44 | 100 |

* Salpingo-Ovariectomie Unilatérale ; ** :Salpingo-Ovariectomie Bilatérale ; *** :Hystérectomie Abdominale Totale

La chimiothérapie a été réalisée chez 28 patientes (49,1 %). Elle a été néo-adjuvante dans 03 cas, adjuvante dans 14 cas, néo-adjuvante puis adjuvante dans 06 cas. Dans 05 cas, elle a été palliative. Le nombre moyen de cures a été de $4,7 \pm 2,1$ cures avec des extrêmes de 1 et 12. Elle a été à base de sels de platine et de taxanes. La médiane de survie a été de 06 mois. La survie globale à 5 ans a été de 47,8% (figure 3).

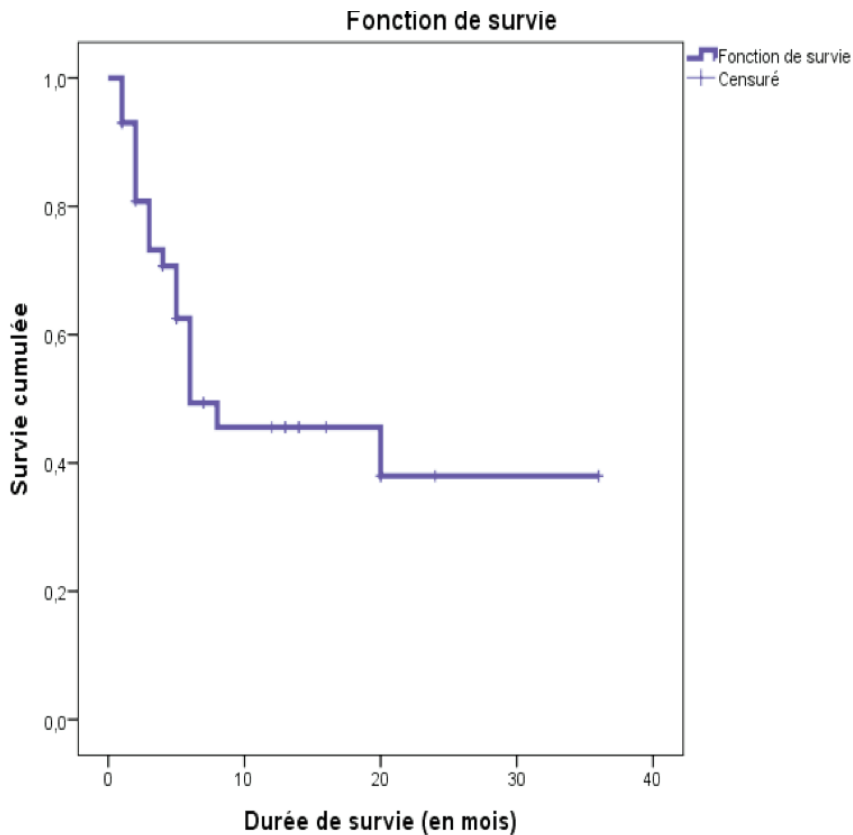


Figure 3 : Courbe de survie globale des patientes selon Kaplan Meier

III. Discussion

Le cancer épithélial de l’ovaire est un cancer rare. En 5 ans et 9 mois, nous avons recensé 68 cas de cancer ovarien dans la ville de Ouagadougou, soit une fréquence annuelle de 11,8 cas. Ce constat est corroboré par d’autres auteurs dans le monde (9-11). Cependant, on a noté une augmentation de l’incidence ces dernières années. Le nombre de nouveaux cas de cancer de l’ovaire est passé de 4400 cas en 2015 à 22440 pour l’année 2017 aux Etats -Unis (11). L’âge moyen de nos patientes a été de 49,6 ans. L’âge médian a été de 50 ans. L’âge moyen dans les séries africaines est compris entre 40 et 54 ans (9, 12, 13). Il est largement inférieur à celui de la littérature occidentale qui est de 62 à 65 ans (14, 15). Cela suggérerait que le cancer de l’ovaire apparaîtrait à un âge plus jeune en Afrique. Le délai moyen de consultation a été long (10,4 mois avec des extrêmes de 15 jours et 60 mois) (13). Ce constat pourrait s’expliquer d’une part par le mode d’évolution de la maladie.

En effet, du fait de la situation profonde de l'ovaire, les signes d'une maladie ovarienne sont d'apparition tardive. D'autre part, la pauvreté, l'ignorance, et la confiance au traitement traditionnel dans notre contexte pourrait expliquer ce long retard à la consultation. Dans notre étude, 5,6% des patientes ont eu leurs ménarches avant ou à l'âge de 12 ans. C'est un facteur de risque controversé, largement discuté dans la littérature (12, 17).

La nulliparité est un facteur de risque du cancer ovarien (14, 17). Les nullipares ont représenté 25% des cas, nos résultats sont corroborés par une autre équipe à Madagascar (12). La prise d'une pilule contraceptive pendant plus de cinq ans diminue le risque de cancer de l'ovaire de 30 à 50 % (19). Cette fréquence relativement élevée du cancer de l'ovaire dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que l'utilisation de la pilule contraceptive n'est pas de pratique courante dans notre contexte. Seulement 3% des femmes en union ont eu à la pratiquer (18).

L'un des facteurs de risque les plus importants de cancer épithélial ovarien, ce sont les antécédents familiaux de cancer de l'ovaire (20). Ils ont été retrouvés dans seulement 3,5% des cas, contre classiquement de 5-10% (12, 14, 17). Ceci pourrait s'expliquer dans notre contexte, par le fait que, tous les cas ne parviennent pas toujours à l'hôpital pour des raisons socio-économiques. Aussi, aucune preuve biologique oncogénétique n'a été rapportée par manque de moyens à la fois matériel et technique. Il n'existe pas de parallélisme anatomo-clinique dans le cancer de l'ovaire (12,13). La découverte fortuite du cancer de l'ovaire a été notée chez 45,6% des patientes. Cela s'expliquerait par le fait qu'il n'existe pas de signes spécifiques du cancer ovarien. En outre, ces patientes n'ont pas eu une exploration complète de leur masse avant d'être opérées.

Les signes physiques les plus retrouvés ont été une distension abdominale (61,4%), une ascite (50,9%) une masse abdomino-pelvienne (31,6%) (12). Il s'est agit de signes tardifs compatibles avec le stade de découverte de la maladie. L'échographie abdomino-pelvienne a été la première technique d'exploration utilisée du fait de sa simplicité, son innocuité, son faible coût, sa sensibilité (86 à 94%) et sa spécificité (94 à 96%) pour distinguer le caractère probablement bénin ou malin des masses annexielles (19). En effet plusieurs critères permettent de suspecter la malignité d'une masse ovarienne. Il s'agit notamment de la présence d'une composante tissulaire, l'hypervascularisation de la masse au doppler couleur, la présence de cloisons épaisses irrégulières, les contours irréguliers, l'envahissement des organes de voisinage, la présence d'une ascite (19). L'échographie permet également de faire le bilan d'extension et de suivre l'évolution pendant et après le traitement (19). Elle a été réalisée chez 22 patientes (38,6%). La radiographie pulmonaire a été réalisée chez 17 patientes (29,8%) et a permis de noter des lésions métastatiques pulmonaires dans 04 cas. Un plus large recours à ces deux techniques d'exploration a été rapporté par une autre équipe, respectivement 64,5% et 51,6% (12). Cette différence s'expliquerait par le fait que dans notre étude, la TDM TAP a été l'examen de première intention dans le bilan d'extension des masses ovariennes. La radiographie pulmonaire et l'échographie abdomino-pelvienne n'ont été prescrites que chez les patientes qui n'ont pas été en mesure de réaliser le scanner par faute de moyens financiers.

La TDM offre une excellente résolution spatiale et des performances satisfaisantes pour l'évaluation des métastases ganglionnaires, viscérales et péritonéales (19). Elle nous a

permis de retrouver des métastases chez 64,9% des patientes ayant réalisé cet examen. Le dosage des marqueurs tumoraux, notamment le CA125 n'a été réalisé que chez 32 patientes (56,2%) (12). Cela pourrait s'expliquer par le coût élevé du test dans notre contexte. Le taux de CA125 a été élevé dans 93,7% des cas. Malgré la simplicité de ce test, il faut garder à l'esprit que s'il est supérieur à la normale dans 80% des cancers évolués de l'ovaire, il n'est augmenté que dans moins de 50 % des cancers de stade I (20). Des marqueurs plus récents sont utilisés pour le diagnostic y compris aux stades précoces : le dosage combiné du HE4 (Human Epididimal protein 4) et des CA125 permettant d'établir le risque de malignité de la tumeur ovarienne à travers le score ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) (20). A l'examen histologique, les tumeurs malignes séreuses ont été les plus fréquentes (67,8%) (13).

Le stade I de la FIGO a été retrouvé seulement dans 6,1% des cas et 85,7% des cas de cancer ont été découverts à un stade avancé (stades III et IV) (19). Ce constat serait lié au fait que le cancer de l'ovaire a une évolution silencieuse. La possibilité d'un test diagnostique précoce et d'un traitement adapté pourrait permettre d'améliorer le pronostic. La chirurgie associée à la chimiothérapie (40,3% des cas), constitue la pierre angulaire de la prise en charge de ce cancer. Une autre équipe à Dakar a trouvé plutôt 56,48% de cas, où la chirurgie était associée à la chimiothérapie (9)..

Seuls 77,2 % de nos patientes ont été opérées contre 100 %, dans une série africaine (12). Cela est dû d'une part au mode de recrutement de nos patientes et d'autre part, à l'inaccessibilité financière des structures privées car, le bloc opératoire de l'hôpital public de référence dans la prise en charge des cancers, était en panne et est resté fermé pendant 8 mois. La chirurgie du cancer épithélial de l'ovaire doit comprendre au minimum une cytologie péritonéale, une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, une omentectomie et une appendicectomie (chirurgie standard) (16). La chirurgie standard a été réalisée dans seulement 08 cas (18,2%). Cette insuffisance dans le traitement chirurgical s'expliquerait par le fait que le diagnostic de cancer de l'ovaire n'a pas été retenu en pré opératoire dans la majorité des cas. En effet chez 23 patientes le diagnostic n'a été posé qu'après examen anatomopathologique de la pièce opératoire. Une meilleure exploration des masses ovariennes par la coelioscopie avec établissement du score de Fagotti modifié, permettrait de mieux planifier la prise en charge du cancer épithélial de l'ovaire (16). .

La chimiothérapie du cancer épithélial de l'ovaire associe un sel de platine et un taxane (12). La chimiothérapie a été faite par voie périphérique dans tous les cas. Moins de la moitié des patientes (49,1%) ont eu une chimiothérapie. Cela s'expliquerait par le coût élevé des molécules recommandées. L'association des sels de platine et taxanes toutes les 3 semaines a été utilisée dans la majorité des cas (20/28) suivant les recommandations de la littérature (20). .

Les facteurs pronostiques du cancer épithélial de l'ovaire sont : le grade histologique, la chirurgie complète et la réponse à la chimiothérapie (20). Le caractère optimum de la chirurgie ainsi que le grade histologique (précisé dans seulement 5 cas), n'ont pas été précisé dans les différents comptes rendus. Ces données manquantes ne nous ont pas permis d'évaluer leur effet sur le pronostic. La durée moyenne de suivi a été de 8,8 mois. Treize patientes ont été perdues de vue soit 22 ,8% (12). Ce taux élevé s'expliquerait par la pauvreté

et l'ignorance de nos populations et le recours au traitement traditionnel. .

La moyenne de survie globale a été de 17,3 mois. La médiane de survie a été de 06 mois. La survie globale à 5 ans a été de 47,8% (6). Cette forte mortalité dans notre étude, cache des réalités socio-économiques difficiles, associées le plus souvent à la découverte tardive de ce cancer, rendant ainsi le pronostic très sombre.

Conclusion

Au 3ème rang des cancers féminins, le cancer de l'ovaire a comme type histologique le plus fréquent, le cancer épithélial qui présente un polymorphisme clinique. Dans notre contexte, la découverte est le plus souvent fortuite chez des patientes relativement jeunes. La douleur abdomino-pelvienne est le motif de consultation le plus fréquent. Au diagnostic, la majorité des patientes a déjà des métastases. Le traitement repose sur la chirurgie et la chimiothérapie. La survie est faible. L'imagerie notamment l'échographie et les nouveaux marqueurs biologiques (dosage combiné HE4 et CA125, score ROMA) aideraient à améliorer le diagnostic précoce et le pronostic de cette pathologie qui demeure encore sombre.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Guastalla J P, Ray-Coquard I.** Les cancers ovariens. 2ème édition. Paris. Springer. 2012, 630p.
2. **INCa.** Les cancers en France. 2014. Disponible à l'URL : <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/824-les-cancers-en-france-edition-2014>. [consulté le 02/04/2019].
3. **La Vecchia C.** Epidemiology of ovarian cancer: A summary review. *European Journal of Cancer Prevention* 2001; 10(2) : 125-129.
4. **Jemal A, Bray F, Center M M, Ferlay J, Ward E, Forman D.** Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(2) :69–90.
5. **Schorge J O, Modesitt S C, Coleman R L, Cohn D E, Kauff N D, Duska L R et al.** SGO White Paper on ovarian cancer: etiology, screening and surveillance. *Gynecol Oncol* 2010; 119(1):7–17.
6. **Lowe K, Chia V, Taylor A, O'Malley C, Kelsh M, Mohamed M et al.** An international assessment of ovarian cancer incidence and mortality. *Gynecologic Oncology*. 2013 ; 130 :107-114.
7. **Heudel P-E, et al.** Prise en charge initiale du cancer de l'ovaire avancé : quelles sont les informations radiologiques, anatomo-pathologiques et chirurgicales importantes pour une stratégie thérapeutique optimale ? *Bull Cancer*. 2015 ; 102 (6) : 772-779.
8. **Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Bryant A.** Interval debulking surgery for advanced epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 1:60-14.
9. **Dem A, Traoré B, Dieng M, Diop P, Ouajdi T, Lalami T et al.** Les cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut du cancer de Dakar. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*. 2008 ; 18-1.
10. **Chen WQ, Zheng RS, Baade PD, Zhang SW, Zeng HM, Bray F, et al.** Cancer statistics in China, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2016; 66:115–32.
11. **American cancer society.** Global cancer facts and figures 3rd edition (en ligne)..Disponible à l'URL: <http://www.cancer.org/acs/group/content...acspsc-044738>. Consulté le 02-04-2019 à 17h
12. **Fanomezantsoa R, Solonirina DR, Nomezharisoa REH, Felantsoa AR, Florine R, Hery NRR.** Une étude rétrospective sur le cancer de l'ovaire avec un recul médian de 42 mois. *Pan African Medical Journal*. 2015; 20:211 doi:10.11604/pamj.2015.20.211.6113.
13. **Lokossou A, Akpo-Akele M, Azon-Kouanou A, Aguida L, Hougbe F, Perrin RX.** Les cancers de l'ovaire en

milieu hospitalier à Cotonou. *Carcinol. Clin. Afrique* 2011; 10(1): 29-33.

14. **Fotopoulou C, Hall M, Cruickshank D, Gabra H, Ganesan R, Hughes C, et al.** British Gynaecological Cancer Society (BGCS) Epithelial Ovarian/Fallopian µTube/Primary Peritoneal Cancer Guidelines: recommendations for Practice, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (2017).

15. **Tanda ET, Budroni M, Cesaraccio R, Palmieri G, Palomba G, Capobianco G et al.** Epidemiology of ovarian cancer in North Sardinia, Italy, during the period 1992-2010. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2015;36(1):69-72.

16. **Selle F, Gladieff L, Morice P, Treilleux I, Hardy-Bessard Anne C, et al.** Cancer de l’ovaire en première ligne Actualités chirurgicales et médicales Mise à jour Nice st Paul de Vence 2019

17. **Argento M, Hoffman P, Gauchez AS.** Le cancer de l'ovaire et les perspectives d'amélioration de la précocité du diagnostic. *Immuno-analyse et biologie spécialisée.* 2008;23:251-9.

18. **Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International,** Avril 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

19. **Bharwani N, Reznik RH, Rockall AG.** Ovarian Cancer Management: the role of imaging and diagnostic challenges. *Eur JRadiol* 2011;78 :41—51.

20 **Kyung-Hwa S , Hyung-Hoi K , Byung Su K, Dong Soo, Jong Kil J, Ki Hyung K.** Clinical Usefulness of Cancer Antigen (CA) 125, Human Epididymis 4, and CA72-4 Levels and Risk of Ovarian Malignancy Algorithm Values for Diagnosing Ovarian Tumors in Korean Patients With and Without Endometriosis *Ann Lab Med* 2019;40:40-47