

**TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS DE L'OVAIRE A L'UNITE  
D'ONCOLOGIE DE DONKA.**

**SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN CANCER IN THE DONKA ONCOLOGY  
UNIT.**

**BAH M, TRAORE B, SOUARE M.B, TCHINTCHEU M.F, TOURE A.I, DIANE S,  
CISSE I.K**

*Unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry.*

Unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka, CHU de Conakry.

**Correspondant : Dr Malick Bah, Assistant chef de clinique,**

**Email: [lickmadem@yahoo.fr](mailto:lickmadem@yahoo.fr) BP : 5575 Conakry.**

---

**RESUME**

**Introduction :** Evaluer les résultats du traitement chirurgical des cancers de l'ovaire à l'unité de chirurgie oncologique de Donka.

**Patientes et méthodes:** Il s'agissait d'une cohorte rétrospective de patientes opérées pour cancer de l'ovaire confirmé histologiquement, du 11 avril 2007 au 31 décembre 2017.

**Résultats:** Nous avons colligés 69 cas de cancer de l'ovaire dont 20 (28,98%) ont été opérées. L'âge variait de 13 à 66 ans avec une moyenne de 41,5 ans ; 45% étaient ménopausées, et 35% des multipares. Les douleurs abdomino-pelviennes et l'ascite étaient révélateurs respectivement chez 14 et 11 patientes. L'échographie abdomino-pelvienne a objectivé une masse ovarienne chez 57,9% des cas. Au cours de la chirurgie initiale, une cytoréduction minimale était obtenue chez 14 patientes et une cytoréduction maximale chez 6 patientes. La chirurgie de second look a été réalisée chez 6 des opérées. Les complications post-opératoires observées étaient une éviscération, une suppuration et une éviscération avec 2 récurrences locorégionales. La survie à 12 mois était de 38%.

**Conclusion :** Le diagnostic des cancers de l'ovaire est tardif. La chirurgie demeure le traitement de référence soutenue par la chimiothérapie afin d'améliorer la survie et le pronostic des cancers de l'ovaire dans

notre contexte.

**Mots clés:** Cancer ovaire – résultats-  
traitement chirurgical

**Summary**

**Introduction:** To evaluate the results of surgical treatment of ovarian cancers at the Donka Oncology Surgery Unit.

**Patients and methods:** This was a retrospective cohort of patients operated for histologically confirmed ovarian cancer from April 11, 2007 to December 31, 2017.

**Results:** We collected 69 cases of ovarian cancer, of which 20 (28.98%) were operated on. The age ranged from 13 to 66 years with an average of 41.5 years; 45% were menopausal and 35% multiparous. The abdominopelvic pain and ascites were revealing respectively in 14 and 11 patients. The preoperative diagnosis was based on abdomino-pelvic ultrasound performed in 19 patients, she objectified the ovarian mass in 57.9% of cases. During the initial surgery, minimal cytoreduction was obtained in 14 patients and maximum cytoreduction in 6 patients. Second-look surgery was performed in 6 of the operated patients. The postoperative complications observed were ventral hernia, suppuration and evisceration with 2 locoregional recurrences. Survival at 12 months was 38%.

**Conclusion:** The diagnosis of ovarian cancer is late. Surgery remains the standard treatment supported by chemotherapy to improve the survival and prognosis of ovarian cancer in our context.

**Keywords:** Ovarian cancer - results - surgical treatment

## INTRODUCTION

Les cancers ovariens sont considérés comme les cancers gynécologiques les plus meurtriers. Ils représentent le septième cancer et la huitième cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde [1,2]. En Afrique, le cancer de l'ovaire est le sixième cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme avec une fréquence de 3,7% [3]. Au Cameroun, les cancers de l'ovaire représentaient 11,35% des cancers génitaux diagnostiqués [4].

Les tumeurs épithéliales de l'ovaire ou tumeurs du revêtement ovarien représentent environ 65 % de l'ensemble des tumeurs et plus de 85 % des tumeurs malignes de l'ovaire de l'adulte [5]. Alors que 30% sont diagnostiqués au stade Idans les pays développés, plus des deux tiers sont vus à des stades plus avancés dans les pays en développement [6,7].

Les deux méthodes de traitement des cancers de l'ovaire sont la chirurgie encadrée par la chimiothérapie pour, d'une part, réduire la tumeur au maximum, et, d'autre part, contrôler la pathologie au plan général [7]. Le pronostic s'en trouve amélioré d'autant que le stade est précoce [8]. Le taux de survie est inférieur pour des cancers de l'ovaire indifférenciés de grade 3.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les résultats du traitement chirurgical des cancers de l'ovaire à l'unité de chirurgie oncologique.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une cohorte rétrospective concernant les patientes suivies pour cancer de l'ovaire opérés et confirmés histologiquement à l'unité de chirurgie oncologique de Donka de 2007 à 2017. Les données collectées étaient les caractéristiques des patientes (âge, provenance, profession, statut marital, antécédents), le diagnostic (signes cliniques, imagerie, marqueurs biologiques, et histologique), la stadification chirurgicale selon la FIGO 2018, le traitement (chirurgical,

chimiothérapie) et le suivi des patients (complications chirurgicale, survie, récurrence). Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 21.0. La survie a été calculée selon la méthode de Kaplan Meier.

## RESULTATS

De 2007 à 2017, nous avons recensé 3214 cas de tumeurs malignes parmi lesquelles 69 cas de cancers de l'ovaire dont 20 (29%) ont été opérées.

L'âge variait de 13 à 66 ans avec une moyenne de 41,5 ans. Elles étaient mariées dans 14 cas (70%) et 11 (55%) d'entre elles étaient ménagères. On notait un antécédent de cancer de l'ovaire dans 2 cas (10%) ; elles étaient ménopausées dans 45% des cas.

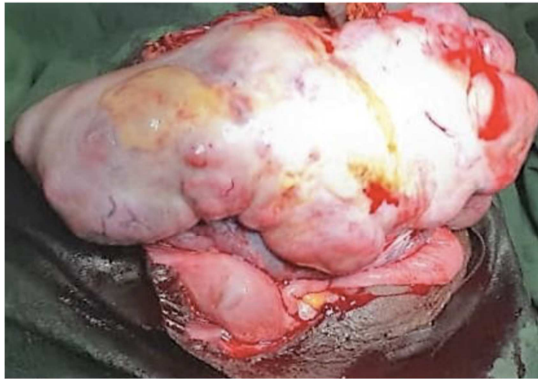
Les douleurs abdomino-pelviennes (70%) et l'ascite (55%) étaient les principaux signes fonctionnels. On notait à l'examen physique une masse pelvienne et/ou distension abdominale dans 9 cas, un amaigrissement dans 5 cas et un indice OMS supérieur à 2 dans 7 cas.

Le marqueur CA125 était supérieur à 35UI/mL chez 11 patientes (55%). L'échographie abdominopelvienne réalisée chez 19 patientes a mis en évidence une image hypo-échogène au dépend de l'ovaire dans 11 cas (57,9%). La tomodensitométrie abdomino-pelvienne a mis en évidence une image hypodense au dépend de l'ovaire dans les 2 cas sur 2 (Figure 1).



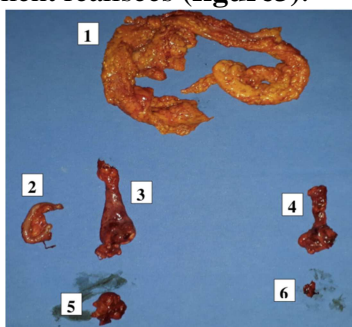
**Figure 1 :** masse latéro-utérine gauche sous forme d'hypodensité avec des parois épaisses, multiple et confluyente.

La chirurgie a été le traitement de premier choix chez toutes les patientes parmi lesquelles deux avaient bénéficié d'une chirurgie de l'ovaire, ailleurs. A l'exploration chirurgicale, le cancer de l'ovaire était classé stades I (4 cas), II (4cas)(**Figure2**), III (2 cas) et IV (10 cas).



**Figure 2** : tumeur ovarienne polylobée avec des végétations classée stade II en per-opératoire.

La chirurgie initiale avait été réalisée chez les 20 patientes dont une cyto-réduction minimale chez 14patientes (70%) et une cytoréduction maximale chez 6 patientes (30%). La chirurgie de seconde intention après chimiothérapie avait été réalisée chez 6 patientes. Sur les six patientes, une cytoréduction minimale (4 cas) et une cytoréduction maximale (2 cas) avaient été initialement réalisées (**figure3**).



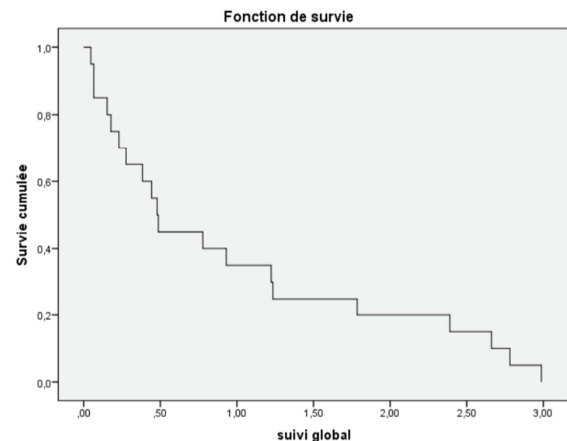
**Figure 3** : Chirurgie de second look avec cytoréduction maximale montrant les pièces opératoires (1 : omentum ; 2 : Appendice ; 3 : ligament lombo-ovarien droit ; 4 : ligament lombo-ovarien gauche ; 5 : produit de curage ilio-obturateur droit ; 6 : produit de curage ilio-obturateur gauche).

Les complications post opératoires étaient l'éventration dans 2 cas (10%), la suppuration pariétale dans 2 cas (10%) et l'éviscération dans 1 cas (5%).

L'examen anatomopathologique post-opératoire a montré 7 cystadénocarcinomes séreux et 4 adénocarcinomes bien différenciés.

La chimiothérapie a été réalisée chez 12 patientes dont une en néo-adjuvant (Protocole Paraplatine- Paclitaxel). Les réponses thérapeutiques évaluables étaient objectives dans 2 cas.

Les patientes ont été suivies après un délai médian de 11,5 mois (IC95%.2,8-57,2) et nous avons noté 2 cas de récurrences locorégionales.La survie globale à 12 mois était de 38%, à 24 mois de 17% et à 36 mois de 3% (**Figure4**).



**Figure 4** : Courbe de survie globale des patientes opérées

## DISCUSSION

Dans notre étude, les tumeurs de l'ovaire représentaient 0,6% de l'ensemble des tumeurs malignes reçues au service. Nos résultats sont comparables à ceux de Fanomezantsoa et al [9] qui dans leur étude ont trouvé une fréquence de 0,9%. Notre résultat est toutefois assez modeste compte tenu de la mono-centricité de l'étude.

L'âge de notre série (41,5 ans) rejoint celui d'Engbang et al qui ont retrouvé une moyenne d'âge de 42,40±13,28 ans et des

extrêmes allant de 14 à 70 ans et celui de N'Dah et al qui ont trouvé un âge moyen de 40 ans avec un pic entre 45 et 54 ans [10,11]. Toutefois, d'autres auteurs africains et occidentaux ont trouvé une moyenne d'âge proche ou au-delà de 50 ans [4,12].

Classiquement, les tumeurs épithéliales représentaient le type histologique le plus fréquent suivi des tumeurs germinales chez les femmes jeunes [13]. Dans notre contexte, l'étude histologique des pièces opératoires était dominée par les tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire dans 12 cas soit 60%, le cystadénocarcinome de type séreux étant le plus représenté. Cette prédominance de tumeurs épithéliales était supérieure à celle qu'avait trouvée Akpadza et al, soit 20,51% et proche de N'Dah et al, soit 57,48% suivies des tumeurs germinales dans 2 cas soit 10% [11,14]. Cette remarque est identique à celles de Nnadi et al qui a trouvé que la tumeur maligne ovarienne la plus représentée était les tumeurs épithéliales de surface qui représentaient 82,6% (38cas) et la plus commune était le cystadénocarcinome séreux soit 25 cas (65, 7%) suivies des tumeurs germinales 10, 9% (5cas)[15].

L'histoire naturelle des cancers de l'ovaire est caractérisée par une extension péritonéale et pelvienne rapide dont l'éradication impose un traitement chirurgical encadré par la chimiothérapie. La chirurgie qui a pour objectif, la réduction des masses ovariennes et extra ovariennes macroscopiques a été réalisée chez 29% des patientes dans notre étude. La chirurgie était initiale chez toutes les patientes comme dans d'autres études [9].

Le type de chirurgie initiale est conditionné par l'extension locorégionale pelvi-abdominale, la résécabilité des lésions, le risque hémorragique et l'état de la patiente. Selon le type de chirurgie initiale, 70% ont bénéficié d'une cytoréduction minimale justifiée par l'extension locorégionale et métastatique retrouvée chez 60% de nos patientes. Le

traitement chirurgical a consisté en une hystérectomie, une annexectomie bilatérale, une omentectomie, une appendicectomie, le curage lombo-aortique n'était pas systématique. Nos résultats sont différents de ceux de Madagascar qui avaient trouvés que l'hystérectomie totale et annexectomie bilatérale était l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans 40 cas soit 64,52% suivie de l'annexectomie unilatérale dans 10 cas soit 16,13%, et qui avaient trouvé des gestes chirurgicaux complémentaires associant omentectomie et lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique dans 6 cas soit 9,68% [9].

Cette prédominance de la chirurgie initiale de cytoréduction minimale dans notre étude et celle de Madagascar pourrait s'expliquer par le fait du choix des gestes opératoires qui sont fonction du bilan lésionnel. Cependant, même dans les centres entraînés, une chirurgie complète initiale peut être réalisée dans 60 à 75% des cas et les suites opératoires sont souvent lourdes [16]. De même, 30% de nos patientes ont bénéficié de chirurgie de second look. Ce résultat est inférieur à celui de la Taskin et al qui avaient réalisé 57,3% de chirurgie de second look [17]. En effet, la réalisation de la chirurgie de second look dépend de certains critères : l'âge de la patiente, le stade avancé, le grade et type histologique, le taux de réduction en chirurgie primaire, la chimiothérapie adjuvante, le taux de CA.125 et la survie globale après chirurgie.

Toutes les séries rapportées ont démontré que si l'acte chirurgical optimal était essentiel pour parvenir à une curabilité d'une tumeur ovarienne maligne, le traitement adjuvant est indispensable afin d'améliorer le pronostic.

L'association chirurgie initiale et chimiothérapie à base de sels de platine et de Taxanes est le traitement de référence des cancers de l'ovaire [18, 19]. Le cancer de l'ovaire est chimio sensible. Dans notre

étude, la chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 11 patientes.

L'utilisation de la chimiothérapie néoadjuvante pour réduire la morbidité périopératoire et d'augmenter le pourcentage de résection complète sans altérer la survie. La grande majorité des équipes réalisent une chirurgie d'intervalles après 3 à 4 cures de chimiothérapie, parfois poursuivies après la chirurgie de Debulking jusqu'à un total de 6 à 9 cures de chimiothérapie. Cette planification a pour avantage d'obtenir une rémission des lésions intra-abdominales et d'améliorer la durée de réponse en cas de rémission complète.

Nos patientes ont été suivies dans un délai moyen de 11,5 mois avec un taux de mortalité de 65%. Cette mortalité était surtout alourdie par le retard diagnostique, le coût inaccessible du traitement adjuvant

et la non observance thérapeutique. On observait 2 cas de récidives locorégionales. Le taux de survie globale était de 38% à 12 mois alors qu'à Madagascar, Fanomezantsoa et al ont rapporté une survie de 38,71% à 5 ans [9]. Le faible taux de survie dans notre étude pourrait s'expliquer par le petit nombre de femmes ayant bénéficié d'une cytoréduction maximale. Le taux de survie est meilleur en cas de cytoréduction maximale par rapport à la cytoréduction minimale, 16,3% et 2,3% à 5 ans respectivement au Sénégal [7].

## **CONCLUSION**

Le mauvais pronostic des cancers de l'ovaire ne peut être amélioré qu'à condition d'une cytoréduction chirurgicale optimale encadrée par la chimiothérapie.

---

## **REFERENCES**

1. Sancho-Garnier H. Épidémiologie des cancers gynécologiques : utérus, ovaire, vulve, vagin. *Cancers gynécologiques pelviens 2013*; 85-99.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2014; 136(5):E359-86.
3. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin Obst et Gynaecol.* 2006; 20(2): 207-25.
4. NdambaEngbang J.P, MveKoh V, Tchente C.N, et al. Aspects histopathologiques et épidémiologiques des cancers génitaux de la femme dans la région du littoral, Cameroun. *Pan Afr Med J* 2015 ; 21 : 116.
5. Brun JL, Boubli B, Sasco AJ. Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. *EMC- Gynécologie.* 2012 ; 7: 1-9.
6. Rufford BD, Jacobs IJ, Menon U. Feasibility of screening for ovarian cancer using symptoms as selection criteria. *BJOG* 2007; 114 (1):59-64.
7. Dem A, Dieng M.M, Ka S, et al. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire dans le centre ouest-africain de lutte contre le cancer de Dakar. *Bull Cancer* 2013; 100(2):155-60.
8. Seward SM, Winer I. Primary debulking surgery and neoadjuvant chemotherapy in the treatment of advanced epithelial ovarian carcinoma. *Cancer Metastasis Rev* 2015; 34(1):5-10.



9. Fanomezantsoa R, Solonirina DR, Nomezantsoa REH et al. Une étude rétrospective sur le cancer de l'ovaire avec un recul médian de 42 mois. *Pan Afr Med J.* 2015; 20: 211.
10. Engbang N.J.P, Essome H, Dina Bell E, et al. Profil épidémiologique et histologique des cancers ovariens à Douala (Cameroun): à propos de 91 cas. *J Afr Cancer* 2015; 7(4): 190-4.
11. N'Dah KJ, Doukoure B, Troh E, et al. Epidemiological and Histological Aspects of Women Genital Cancers in Côte d'Ivoire. *Open J Obs Gyn* 2014; 4 (9):516–523.
12. Jayson GC, Kohn EC, Kitchener HC, et al. Ovarian cancer. *Lancet* 2014; 384 (9951): 1376–1388.
13. Benoit L, Désir JP, Fraisse J, et al. Evolution of therapeutic practices and survival of ovarian cancer in Bourgandi between 1982-1996: a registry-based study. *Ann Chir* 2004; 129(8):415-21.
14. Akpadza K, Baeta S, Napo-koura G, et al. Cancer de l'ovaire au Togo. *Med Afr Noire* 2005; 5205:302-6.
15. Nnadi DC, Singh S, Ahmed Y, et al. Histo-pathological features of genital tract malignancies as seen in a tertiary health center in north-western Nigeria: A 10 year review. *Ann Med health Sci Res* 2014; 4(3): 213-217.
16. Dubot C, Khalil A, Chereau E, et al. Traitements médicaux de première ligne des cancers de l'ovaire. *Méd Reprod* 2012; 14 (1): 39-46.
17. Taskin S, Gungor M, Ortac F. Surgical second-look in epithelial ovarian cancer: high recurrence rate after negative results and lack of survival benefit limits its role in standard management. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2011; 12(1):21-25.
18. Cannistra SA. Cancer of the ovary. *N Engl J Med* 2004; 35(24):2519-29.
19. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK et al. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 2002; 20(5):1248-1259.