



**Juin 2025, Volume 8
N°3, Pages 184 - 290**

**ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE**

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique
Mamadou Diawo Bah - Anesthésie-Réanimation
Mamadou Cissé- Chirurgie Générale
Ndèye Fatou Coulibaly -Orthopédie-Traumatologie
Richard Deguenonvo -ORL-Chir. Cervico-Faciale
Ahmadou Dem -Cancérologie Chirurgicale
Madieng Dieng- Chirurgie Générale
Abdoul Aziz Diouf- Gynécologie-Obstétrique
Mamour Gueye - Gynécologie-Obstétrique
Sidy Ka -Cancérologie Chirurgicale
Ainina Ndiaye - Anatomie-Chirurgie Plastique
Oumar Ndour- Chirurgie Pédiatrique
André Daniel Sané - Orthopédie-Traumatologie
Paule Aida Ndoye- Ophtalmologie
Mamadou Seck- Chirurgie Générale
Yaya Sow- Urologie-Andrologie
Alioune BadaraThiam- Neurochirurgie
Alpha Oumar Touré - Chirurgie Générale
Silly Touré - Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (Tunisie)
Momar Codé Ba (Sénégal)
Cécile Brigand (France)
Amadou Gabriel Ciss (Sénégal)
Mamadou Lamine Cissé (Sénégal)
Antoine Doui (Centrafrique)
Aissatou Taran Diallo (Guinée Conakry)
Biro Diallo (Guinée Conakry)
Folly Kadidiatou Diallo (Gabon)
Bamourou Diané (Côte d'Ivoire)
Babacar Diao (Sénégal)
Charles Bertin Diémé (Sénégal)
Papa Saloum Diop (Sénégal)
David Dosseh (Togo)
Arthur Essomba (Cameroun)
Mamadou Birame Faye (Sénégal)
Alexandre Hallode (Bénin)
Yacoubou Harouna (Niger)
Ousmane Ka (Sénégal)
Omar Kane (Sénégal)
Ibrahima Konaté (Sénégal)
Roger Lebeau (Côte d'Ivoire)
Fabrice Muscari (France)
Assane Ndiaye (Sénégal)
Papa Amadou Ndiaye (Sénégal)
Gabriel Ngom (Sénégal)
Jean Léon Olory-Togbe (Bénin)
Choua Ouchemi (Tchad)
Fabien Reche (France)
Rachid Sani (Niger)
Anne Aurore Sankalé (Sénégal)
Zimogo Sanogo (Mali)
Adama Sanou (Burkina Faso)
Mouhmadou Habib Sy (Sénégal)
Adegne Pierre Togo (Mali)
Aboubacar Touré (Guinée Conakry)
Maurice Zida (Burkina Faso)
Frank Zinzindouhoue (France)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2025, Volume 8,
N°3, Pages 184 - 290

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@hotmail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adeh-dem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

SOMMAIRE

EDITORIAL

ARTICLES ORIGINAUX

PAGES

1. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des péritonites spontanées primitives au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Maradi au Niger. **Maman Boukari H et al** 184
2. L'opération de Heller par voie laparoscopique pour achalasie à propos de 8 cas au CHU de Treichville. **Goho KM et al** 193
3. Les péritonites post-opératoires : aspects diagnostiques et prise en charge à l'hôpital régional de Kankan. **Koundouno AM et al** 199
4. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la maladie hémorroïdaire au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (Gabon). **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. Péritonites aiguës généralisées biliaires d'origine typhique. **Boka Tounga Y et al** 215
6. Prise en charge des formes compliquées de l'appendicite aiguë de l'adulte **Niasse A. et al**... 223
7. Évaluation du temps d'attente des patients en salle de préparation du bloc opératoire dans deux hôpitaux de Yaoundé (Cameroun). **Bang GA et al** 231
8. Gestion de la gangrène de Fournier en chirurgie générale : quels résultats ? **Hama Y et al** 238
9. Arthrodèse de la cheville : alternative radicale salvatrice dans les pays à ressources limitées. **Dabire MN et al** 246
10. Cancers de l'ovaire : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 170 cas à l'Institut Joliot Curie de Dakar. **Thiam J et al** 253

CAS CLINIQUES

11. Prise en charge d'une tumeur desmoïde géante abdominale à l'unité de chirurgie oncologique de l'Hôpital National Donka. **Touré AI et al** 261
12. Tumeur gastrique perforée compliquée d'abcès hépatiques et spléniques : à propos d'un cas. **Dieng M et al** 269
13. A propos d'un gossybipome pariétal : une curieuse découverte. **Kambiré JL et al** 277
14. La maladie de Bowen péri-anale : à propos d'un cas au CHU de Bouaké. **Leh Bi KI et al** 282
15. Corps étranger incarcéré dans le haut rectum : à propos d'un cas. **Leh Bi KI et al** 287

CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINALS ARTICLES

PAGES

1. *Epidemiological and therapeutic aspects of primary spontaneous peritonitis at the Regional Hospital Center of Maradi in Niger.* **Maman Boukari M et al** 184
2. *Heller's laparoscopic operation for achalasia about 8 cases at teaching hospital of Treichville.* **Goho KM et al** 193
3. *Post-operative peritonitis: diagnostic aspects and management at the Kankan regional hospital.* **Koundouno AM et al** 199
4. *Diagnostic and therapeutic aspects of hemorrhoid disease at the University Hospital center of Libreville (Gabon).* **Dyatta Mayombo K et al** 208
5. *Acute generalized biliary peritonitis of typhoid origin.* **Boka Tounga Y et al** 215
6. *Management of complications of acute appendicitis in adult.* **Niasse A et al** 223
7. *Evaluation of patient waiting time in the theatre's preparation room in two hospitals of Yaounde (Cameroon).* **Bang GA et al** 231
8. *Management of Fournier's gangrene in general surgery: what are the outcomes?* **Hama Y et al** 238
9. *Ankle arthrodesis: a radical solution in low-income countries.* **Dabire MN et al** 246
10. *Ovarian cancer: epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects, about 170 cases at the Joliot Curie Institute in Dakar.* **Thiam J et al** 253

CASES REPORTS

11. *Management of a giant abdominal desmoid tumor at the oncological surgery unit of the Donka National Hospital.* **Toure A et al** 261
12. *Perforated gastric tumour complicated by hepatic and splenic abscesses: a case report.* **Dieng M et al** 269
13. *About a parietal gossybipoma: a curious discovery* **Kambire JL et al** 277
14. *Peri-anal Bowen disease: a case report from Bouake Hospital.* **Leh Bi KI et al** 282
15. *Foreign body incarcerated in the Upper rectum: a case report.* **Leh Bi KI et al** 287

CANCERS DE L'OVAIRE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES. A PROPOS DE 170 CAS A L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE DAKAR.

OVARIAN CANCER: EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS. ABOUT 170 CASES AT THE JOLIOT CURIE INSTITUTE IN DAKAR.

THIAM J¹, BARRY A¹, KOULIBALY O¹, KA S¹, DIENG MM², DEM A¹

1- Service de chirurgie oncologique du Centre Hospitalier National Dalal Jamm

2- Service de radiothérapie du Centre Hospitalier National Dalal Jamm

Auteur correspondant : Jaafar Ibn Abou Talib Thiam ; 775342900 ;

thiamjaafar@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Les cancers de l'ovaire sont des cancers au pronostic sombre, car de découverte tardive. Le but de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du cancer de l'ovaire à l'institut Joliot Curie de Dakar. **Patients et méthode :** Il s'agissait d'une étude longitudinale descriptive et analytique avec collecte rétrospective à l'institut Joliot Curie de Dakar de quatre ans allant de janvier 2015 au 31 Décembre 2018 portant sur les cancers de l'ovaire. **Résultats :** Nous avons colligé 170 patientes soit une fréquence de 42,5 cas par an. L'âge moyen de nos patientes était de 51 ans. Les douleurs abdomino-pelviennes étaient le principal motif de consultation. La moitié de nos patientes étaient ménopausée au moment du diagnostic soit 49,4%. Cliniquement, une masse était palpable dans 45,8% des cas. Une échographie, une tomodensitométrie et une imagerie par résonance magnétique étaient pratiqués chez 96, 137 et 13 cas respectivement. Le dosage du CA125 était élevé chez 115 patientes soit 79,9 %. Les carcinomes étaient le type histologique le plus rencontré. Les stades avancés étaient les stades les plus fréquents. La chirurgie ovarienne a été pratiquée dans 68,8% des cas

et la chimiothérapie a été faite chez 98 patientes (57,6%) des cas. Une récurrence a été notée chez 13 patientes soit 7,6%. La survie globale moyenne était de 12 mois 7 jours.

Conclusion : Le cancer de l'ovaire est une pathologie de mauvais pronostic au Sénégal et les patientes de plus de 40 ans étaient les plus affectées. Le diagnostic est souvent tardif. Des études à plus grande échelle doivent être menées, les résultats pouvant être d'une plus grande utilité aux politiques de santé.

Mots-clés : Cancer, ovaire, Institut Joliot Curie, Dakar

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cancers have a poor prognosis due to their late discovery. The aim of this study was to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic, and prognostic aspects of ovarian cancer at the Joliot Curie Institute in Dakar. **Patients and Methods:** This was a descriptive and analytical longitudinal study with retrospective data collection at the Joliot Curie Institute of Dakar over a four-year period from January 2015 to December 31, 2018, concerning ovarian cancers. **Results:**

We collected data on 170 patients, with an average of 42.5 cases per year. The average age of the patients was 51 years. Abdomino-pelvic pain was the main reason for consultation. Half of the patients (49.4%) were menopausal at the time of diagnosis. Clinically, a palpable mass was present in 45.8% of cases. Ultrasound, CT scans, and/or MRI were performed in 96, 137, and 13 cases respectively. CA125 levels were elevated in 115 patients (79.9%). Carcinomas were the most frequently encountered histological type. Advanced stages were the most common. Ovarian surgery was performed in 68.8% of cases and chemotherapy was

*administered to 98 patients (57.6%). Recurrence was noted in 13 patients (7.6%). The average overall survival was 12 months and 7 days. **Conclusion:** Ovarian cancer is a disease with a poor prognosis in Senegal, most commonly affecting women over 40 years of age. Diagnosis is often delayed. The prognosis remains very poor in our country. Larger-scale studies are needed, as their results could be more useful for public health policy.*

Keywords : Cancer, ovary, Joliot Curie Institute, Dakar

INTRODUCTION

Le cancer de l'ovaire (CO) est une tumeur maligne qui se développe généralement à partir du revêtement de surface des ovaires. La forme la plus fréquente est le carcinome épithélial de l'ovaire [1]. IL occupe le cinquième rang des cancers féminins [2] et la huitième place en tant que cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde [3]. La fréquence de ce cancer varie selon les pays et l'ethnie. En 2012, l'incidence la plus élevée du CO a été enregistrée dans le nord de l'Europe et aux États-Unis, et l'incidence la plus faible a été signalée au Japon [4]. Néanmoins, les populations africaines enregistrent un taux de mortalité élevé [3]. Cette mortalité élevée peut être liée aux déterminants sociaux de la santé.

Des facteurs tels que la pauvreté et le faible accès à la santé peuvent avoir un impact sur l'issue du CO [5] comme dans d'autres maladies. Néanmoins, il est également important de mentionner qu'à l'heure actuelle, il n'existe aucun programme de dépistage en santé publique afin de le détecter à temps. La gravité particulière de ces tumeurs tient à leur agressivité et à la situation anatomique des ovaires dans la grande cavité péritonéale. Ces

tumeurs se développent sans symptômes spécifiques expliquant la fréquence des diagnostics tardifs. En effet, 60 à 80 % des cancers de l'ovaire sont vus à des stades III et IV. [6]. Le CO reste toutefois un problème de santé publique, car il occupe une part importante de mortalité et de morbidité chez les femmes.

Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs du cancer de l'ovaire à l'institut Joliot Curie de Dakar.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude longitudinale, descriptive et analytique avec collecte rétrospective réalisée à l'Institut Joliot Curie de Dakar sur une période de 04 ans allant de janvier 2015 à décembre 2018 portant sur les cancers de l'ovaire confirmés par cytologie, histologie d'une biopsie ou sur pièce opératoire. Nous avons collecté sur une fiche électronique les données épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives. Les données ont été collectées à partir des dossiers cliniques. Nous avons

calculé les effectifs, les moyennes, les écarts-type, les minimums, les maximums et les médianes. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant le test de khi deux et les données quantitatives en utilisant le test de Student. Une clairance éthique a été obtenue au préalable auprès du comité national d'éthique. Les données ont été analysées par le logiciel XLSTAT 2021. L'étude de la survie a été réalisée par la méthode de Kaplan-Meier.

RESULTATS

Nous avons colligé 170 patientes au cours de notre période d'étude avec une moyenne de 42,5 cas par an. L'âge moyen était de 51 ans avec des extrêmes de 18 et de 77 ans. La figure 1 montre le nombre des cas par tranche d'âge.

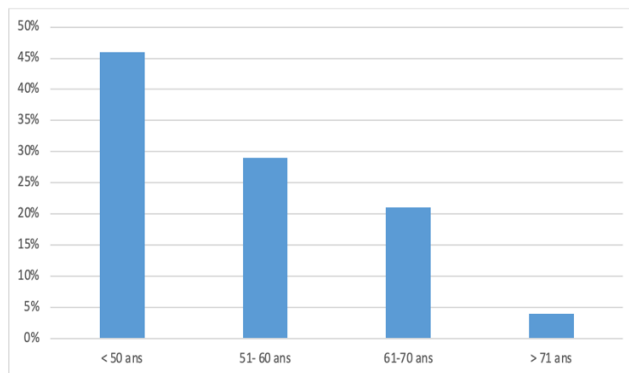


Figure 1 : Répartition des patientes par tranche d'âge.

Selon le statut hormonal, 86 (51%) des patientes étaient non ménopausées. Le tableau clinique était fait d'un syndrome tumoral dans tous les cas (tableau I). Dans le cadre du bilan diagnostique, 137 patientes (80,5%) ont bénéficié d'une tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne (tableau II). La plupart des patientes étaient classées stades III (36%) et IV (41%) de la classification FIGO (figure 2).

Tableau I : Examen clinique

Examen clinique	Nombre	%
- Masse abdomino pelvienne	78	45,8
- Ascite	65	38,2
- Syndrome tumoral	100	100

Tableau II : Examen paraclinique

Explorations	Nombre	%
Echographie abdomino-pelvienne	96	56,4
TDM thoraco abdomino-pelvienne	137	80,5
IRM	13	7,6

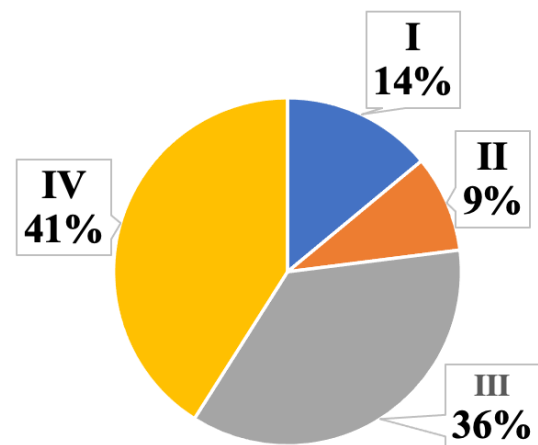


Figure 2 : Stadification selon FIGO

Une cytologie réalisée chez 76 patientes a permis de retrouver des cellules malignes dans 80,2% des cas (n=61) comme reporté dans le tableau III.

Tableau III: Anatomie pathologique

Cytologie/ Biopsie	Nombre	%
Cytologie (76)		
- Cellules malignes	61	80,2
Biopsie (28)		
- Carcinomes	28	100
❖ Adénocarcinome	22	78,6

Au plan thérapeutique, 117 patientes ont bénéficié d'une chirurgie dont 49 chirurgies régionales de l'ovaire (41,8%) et une chirurgie de réduction tumorale dans 16 cas (13,6%) comme le montre le tableau IV. Cinquante-six patientes avaient reçu une chimiothérapie néoadjuvante. Le protocole à base de sels de platine était le plus couramment utilisé (n=94 soient 95,9%).

Tableau IV : Données thérapeutiques

Traitements	Nombre	%
❖ Chirurgie 1 ^{ère} intention (117)		
Chirurgie Régionale Ovarienne	49	41,8
Annexectomie uni ou bilatérale	18	15,3
Chirurgie de Réduction tumorale	16	13,6
Hystérectomie et annexectomie	19	16,2
Biopsie	13	11,1
CHL	2	1,7
❖ Chirurgie 2 ^{ème} intention (11)		
Chirurgie complète	5	45,4
Biopsie	2	18,2
Hystérectomie	3	27,3
Traitement des complications	1	9,1
❖ Chimiothérapie (98)		
Chimiothérapie néoadjuvante	56	57,1

L'histologie des pièces opératoires était reportée pour 92 patientes. Les carcinomes séreux étaient dominants (n=49 ; 53,3%)(tableau V).

Tableau V : Anatomie-pathologie de la pièce opératoire

Pièce opératoire (92)	Nombre	%
Carcinomes (73)		
❖ Séreux	49	53,3
❖ Mucineux	10	10,9
❖ Non précis	14	15,2
Sarcomes	13	14,1
Lésions borderline	6	6,5

Sur le plan évolutif, 13 récurrences et 20 décès étaient notés. Selon les stades, la survie à 4 ans était respectivement de 78,4 % au stade I, 53,7 % au stade II, 32,2 % au stade III et 7,7 % au stade IV.

La survie globale de nos malades à cinq ans est de 13 %.

DISCUSSION

Durant l'année 2020, l'IARC (International Agency for Research on Cancer) a recensé 313959 cas de cancer ovarien dans le monde avec une incidence de 6,6 par 100.000 habitants, ce qui classe cette incidence à la 9^{ème} place parmi tous les cancers et la 8^{ème} chez la femme. Les estimations de l'IARC pour le Sénégal font état de 248 cas de cancer ovarien. Ce cancer est le 6^{ème} cancer de la femme sénégalaise et le 2^{ème} cancer gynécologique [7]. En France, l'incidence du cancer de l'ovaire est passée de 8,2 à 7,6 pour 100000 habitants entre 2005 et 2012 [8,9].

Dans notre série, nous avons recensé 170 cas de cancer ovarien sur une période de 4 ans allant de 2015 à 2018. L'incidence de notre série était de 42,5 cas par an largement en dessous des chiffres de la littérature. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces tumeurs ne sont pas toujours reçues dans le service et que la confirmation histologique est absente dans certains cas.

L'âge moyen de nos patientes était de 51 ans avec des extrêmes de 18 et 74 ans ; la majorité des patientes étaient âgées de moins de 50 ans au moment du diagnostic dans 46% des cas. Nasioudis et al [10] ont noté un âge de diagnostic similaire de 55 ans. Il en est de même dans l'étude de Sando et al [11] au Cameroun en 2010 qui ont également trouvé une tranche d'âge qui se rapproche de la nôtre, 40-59 ans. Il est décrit que le cancer de l'ovaire survient le plus souvent au cours de la période péri-ménopausique. Ainsi la tendance globale de l'incidence augmente avec l'âge [12,13,14].

En fonction du type histopathologique, on notait la présence d'adénocarcinome séreux dans 53,3% des cas représentant le type histologique malin le plus fréquent. Ceci est en accord avec la majorité des études dans la littérature [15, 16]. Les stades FIGO III et IV représentaient 77% des cas des cancers de l'ovaire dans notre série. Ce résultat corrobore avec ceux de Benhessou et al au Maroc en 2016 [13] qui montraient que les stades avancés étaient majoritaires confirmant l'affirmation selon laquelle le cancer de l'ovaire est souvent diagnostiqué à des stades avancés, car la maladie est souvent insidieuse et sans signes cliniques apparents [13,2], mais aussi les malades ne consultent souvent que plusieurs mois (en moyenne 6 mois) après l'apparition des premiers symptômes [17].

Dans notre série, la cœlioscopie diagnostique n'était réalisée chez aucune patiente. La cœlioscopie permet de diagnostiquer une maladie indétectable à l'échographie et à l'examen tomodensitométrique dont l'extension contre-indiquerait une exérèse complète. Elle permet également de préciser l'atteinte de sites chirurgicalement problématiques comme le pédicule hépatique [18,19]. En pratique, même si des patientes présentent des critères de non-résécabilité à la TDM, la réalisation d'une cœlioscopie d'évaluation initiale est préconisée pour réaliser une exploration la plus complète possible, réaliser des gestes biopsiques et avoir donc des éléments morphologiques initiaux de départ pour mieux évaluer l'efficacité du traitement néo-adjuvant [18,19].

La chirurgie est la pierre angulaire du traitement des cancers de l'ovaire. En effet, depuis les travaux de Griffith, toutes les séries ont mis en évidence la valeur pronostique de la qualité de l'exérèse qui doit être idéalement sans résidu microscopique. Elle est optimale lorsque le résidu est inférieur à 2 cm. En fait, la notion de la chirurgie optimale a beaucoup évolué dans le temps et varie dans la

littérature de 0,5 à 2 cm. Actuellement, il est admis une taille résiduelle tumorale de 1 cm [18,19,20]. Dans notre étude la chirurgie ovarienne a été réalisée chez 48, 7% des cas contrairement à De Nonneville et al [21] en France qui ont rapporté 83,5 % de réduction tumorale complète.

La chimiothérapie occupe une place très importante dans le traitement des cancers de l'ovaire d'autant plus que le diagnostic est fait le plus souvent à des stades avancés [22]. La très grande majorité des équipes réalisent une chirurgie d'intervalles après trois à quatre cures de chimiothérapie qui sont poursuivies après la chirurgie de *debulking* à six ou neuf cures de chimiothérapie. Depuis les travaux de Weisberger *et al.* [23], confirmés par les essais de phase III [24, 25], la chimiothérapie intra-péritonéale garde tout son intérêt en permettant d'obtenir de fortes concentrations de substance sur le péritoine tout en limitant la concentration plasmatique source de toxicité systémique. La survie globale de nos malades à cinq ans est de 13 % et elle reste faible par rapport aux données de la littérature du fait du diagnostic tardif, du manque de chirurgiens habitués à chirurgie régionale de l'ovaire et de l'inaccessibilité aux substances pour une bonne chimiothérapie. La moyenne de survie globale de toutes les patientes de notre série était de 12 mois 7 jours. Nous

avons noté 20 décès, qui a survenu en moyenne après 392,25 jours de la date de première consultation à l'institut. De Nonneville et al [21] ont noté une médiane de survie générale de 72,8 mois (6,07 ans) avec une survie à 5 ans estimée à 58%.

Les limites de cette étude sont l'aspect rétrospectif et pour cela des actions devraient être menées pour favoriser un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate de la maladie. Des études à plus grande échelle doivent être menées, les résultats pouvant être d'une plus grande utilité aux politiques de santé.

CONCLUSION

Le cancer de l'ovaire est une réalité dans notre pays. Les patientes de plus de 40 ans sont plus affectées. Le diagnostic est souvent tardif. Le pronostic de ces tumeurs reste très sombre dans notre pays. L'introduction de la chimiothérapie néo-adjuvante permet une chirurgie d'exérèse optimale qui reste le principal facteur pronostique et qui doit être discutée en concertation pluridisciplinaire afin d'offrir aux patientes les meilleures chances de survie sans récidives et globales.

Conflits d'intérêts : Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

REFERENCES

1. **Eisinger F, Bressac B, Castaigne D, Cottu P-H, Lansac J, Lefranc J-P, et al.** Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire. *Bull Cancer* 2004 ;91(3):219-237.
2. **Dem A, Dieng MM, Ka S, Gaye PM, Diouf D, Gaye-Fall MC.** 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. *Bulletin du Cancer* 2013; 100(2):155-160.
3. **Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya HI.** Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. *Int J Women's Health* 2019; 11:287-299.
4. **Holschneider CH, Berek JS.** Ovarian cancer: Epidemiology, biology, and prognostic factors. *Semin in Surg Oncol* 2000; 19:3-10.
5. **Braveman P, Gottlieb L.** The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports* 2014; 129(2):19-31.
6. **Institut national du cancer (INCa).** Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire. *Thésaurus* novembre 2018. https://assets.roche.com/f/173873/x/1a75943d44/synthese_conduites_a_tenir_initiales_devant_patientes_atteintes_cancer_epithelial_ovaire_mel_20181207.pdf
7. **Quaye L, Gayther SA, Ramus SJ, Di Cioccio RA, McGuire V, Hogdall E, et al.** The effects of common genetic variants in oncogenes on ovarian cancer survival. *Clin Cancer Res* 2008;14(18):5833-5839
8. **IARC.** Cancer today-
<https://gco.iarc.who.int>. Data version: Globocan 2022 (version 1.1) - 08.02.2024
9. **Carcopino X, Levêque J, Riethmuller D.** Cancers gynécologiques pelviens. Issy-les-Moulineaux [France]: Elsevier Masson 2013 ; 352 :460.
10. **Nasioudis D, Sisti G, Kanninen T.T, Holcomba K, Tommasob MD, Fambrinib M et al.** Epidemiology and outcomes of squamous ovarian carcinoma; a population-based study. *Gynecologic Oncology* 2016; 141(1):128-133.
11. **Sando Z, Mboudou E, Fouogue TJ, Nganwa G, Tchuendem J, Essame JL et al.** Profil clinique et anatomopathologique des cancers de l'ovaire à Yaounde, Cameroun. *Clinics in Mother and Child Health* 2010 ;7(1):1183-1188
12. **Tazi MA, Benjaafar N, Er-Raki.** Incidence des cancers à Rabat. *Registre des Cancers* 2005-2009 : 51-53
13. **Benhessou M, Boumba LMA, Benchkrroun MN, Bouhya S, and Ennaji MM.** Cancer épithélial de l'ovaire au Maroc: Analyse épidémiologie sur une série de 182 cas au CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc. *International Journal of Innovation and Scientific Research* 2016, 20(1):153-162.
14. **Fanomezantsoa R, Solonirina DR, Nomezharisoa REH, Felantsoa AR, Florine R, Hery Nirina RR.** Une étude rétrospective sur le cancer de l'ovaire avec un recul médian de 42 mois. *Pan African Medical Journal* 2015;20:1-6.
15. **Akpadza K, Baeta S, Napo-Koura G et al.** Le cancer de l'ovaire au Togo. *Med Afr Noire* 2005; 52(5):302-306.
16. **Sankaranayayanan R, Ferlay J.** Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Pract & Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20(2):207-225
17. **Mandong BM, Ujah IAO.** A ten years review of gynaecological malignancies in Jos University Teaching Hospital Jos- Nigeria (1990-1999). *Sahel Medical Journal* 2003, 6(2):49-52.

18. Lefranc JP, Renouvel F, Vincens E, Akakpo JP, Lauratet B, Lucidarme O et al. Évaluation de la résécabilité dans les cancers de l'ovaire. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2010; 10(3):14-16.
19. Morice PH, Camatte S, Dubernard G, Balleyguier c, Thoury a, Pautier P, et al. Chirurgie initiale ou d'intervalle dans les cancers de l'ovaire de stade avancé: comment sélectionner les patientes et pour quels résultats? E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2004; 3(2): 35-42.
20. Kojs Z, Glinski B, Pudelek J, Urbanski K, Karolewski K, Mitus J et al. Abstention thérapeutique dans les cancers ovariens avancés après laparotomie de second look négative. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006 ;35(1) : 16-22.
21. De Nonneville A, Zemmour C, Frank S, Jolyd F, Ray-Coquarde I, Costaz H et al. Clinicopathological characterization of a real-world multicenter cohort of endometrioid ovarian carcinoma: Analysis of the French national ESME-Unicancer database. Gynecologic Oncology. 2021; 163(1):64-71
22. Lhomme C, Pautier P. Facteurs pronostiques et chimiothérapie de première ligne des adénocarcinomes ovariens. *Encycl Med Chir* (Gynécologie) 2000; 630-J-10 : 8 p. (Paris : Elsevier).
23. Weisberger AS, Lewine B, Storaasli JP. Use of nitrogen mustard in treatment of serous effusions of neoplastic origin. J.A.M.A 1955; 159(18):1704-1707.
24. Alberts D S, Liu PY, Hannigan EV, O'Toole R, Williams SD, Young JA, Franklin EW et al. Intraperitoneal cisplatin plus intravenous cyclophosphamide *versus* intravenous cisplatin plus intravenous cyclophosphamide for stage III ovarian cancer. N Engl J Med 1996; 335:1950-1955.
25. Markman BM, Bundy B N, Alberts D S, Fowler JM, Clark-pearson DL, Carson LF, Wadler S et al. Phase III standard dose intravenous cisplatin plus paclitaxel *versus* moderately high-dose carboplatin followed by intravenous paclitaxel and intraperitoneal cisplatin in small volume stage III ovarian carcinoma: an intergroup study of the Gynaecologic Oncology Group, Southwestern Oncology Group, and Eastern Cooperative Oncology Group. J Clin Oncol 2001;19(4):1001-7.