

Research Article

Profil Clinique et Anatomopathologique des Cancers de l'Ovaire à Yaoundé, Cameroun

Z. Sando,¹ E. Mboudou,² T. J. Fouogue,¹ G. Nganwa,¹ J. Tchuendem,¹ J. L. Essame,³ A. S. Doh,² et C. Y. Genton⁴

¹Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique, Yaoundé, Cameroun

²Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique, Yaoundé, Cameroun

³Laboratoire d'Anatomie Pathologique, Centre Pasteur, Yaoundé, Cameroun

⁴Institut Universitaire de Pathologie, Lausanne, Suisse

Address correspondence to Z. Sando, sandozac@yahoo.fr

Received 7 December 2009 ; Accepted 12 May 2010

Résumé Le but de cette étude rétrospective et descriptive était de déterminer les aspects cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'ovaire recensés entre le 1^{er} juillet 2003 et le 31 décembre 2008 à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé au Cameroun. Nous avons retenu 30 cas avec un âge moyen de $48,50 \pm 13,06$ ans. Les cancers de l'ovaire représentaient 10,75% des 279 cancers génitaux diagnostiqués au cours de la même période. Deux tiers des patientes avaient plus de 50 ans, et les grandes multipares constituaient 43,33% de l'échantillon. On notait une faible représentativité des patientes nullipares (10%). Des douleurs pelviennes associées étaient présentes dans 56,67% de cas. La majorité des tumeurs (93,33%) avaient une origine épithéliale. Les stades cliniques FIGO II et III réunis représentaient trois quarts de l'échantillon. La classification selon le TNM montrait des stades avancés (pT3 et pT4 réunis) chez 40% de la population. En conclusion, les cancers ovariens au Cameroun montrent une variété histomorphologique, les types épithéliaux étant plus fréquents. Les cancers sont souvent découverts à des stades avancés. Le rôle protecteur de la multiparité n'est pas relevé par cette étude. 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.

Mots Clés cancers ; ovaire ; histopathologie ; épidémiologie ; Cameroun

1 Introduction

Les cancers de l'ovaire font partie des cancers gynécologiques de la femme et ont un taux de mortalité et de morbidité élevé dans le monde et particulièrement en Afrique [18,20]. On constate une grande variabilité géographique de l'incidence des cancers de l'ovaire, ainsi qu'une variété des types histologiques rencontrés [1,5,11,18,20]. Les données existantes en Afrique sont rares, et souvent le résultat de

recherches sectorielles, car les relevés épidémiologiques y compris histopathologiques sont souvent inexistantes [1,2,12]. Les femmes âgées de 19 ans et plus sont généralement concernées, avec une prédilection pour les tranches de 50 à 59 ans [5,11]. Les cancers épithéliaux sont plus fréquents et constituent entre 25 et 45% des cancers ovariens [11,14]. Une relation inverse entre la parité et le taux de cancers ovariens a été souvent évoquée [14,18]. Les facteurs de risque incluent la nulliparité, l'histoire familiale des cancers de l'ovaire et les patientes présentant une mutation du gène BRCA1 ou BRCA2. Toutefois 90% de néoplasie maligne survient en l'absence de ces facteurs [8,13]. Ces cancers, comme la plupart de cancers gynécologiques dans les pays en voie de développement sont généralement découverts à un stade avancé [17,18,19] avec une survie à 5 ans dépassant rarement 40% malgré les traitements [8]. Au Cameroun, quelques données existent sur la localisation ovarienne des cancers [16,21], mais aucun travail sur les aspects cliniques et histopathologiques de ces cancers ovariens n'est à notre connaissance disponible. La précocité du diagnostic dépend en grande partie de la présentation clinique, intégrant le fait que l'ovaire est un organe profond difficilement accessible. La prise en charge médicale, en particulier chirurgicale ou chimiothérapique, ainsi que le pronostic dépend du type histologique et du degré d'extension de la maladie. Leur connaissance serait très utile pour les politiques de lutte contre le cancer. L'objectif de ce travail est de déterminer les aspects histopathologiques des tumeurs malignes de l'ovaire et de préciser le profil clinique des femmes qui en sont porteuses dans notre milieu.

2 Matériels et méthodes

Nous avons effectué à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) une étude rétrospective et descriptive de tous les dossiers des femmes hospitalisées pour un cancer de l'ovaire ayant fait l'objet d'un diagnostic anatomopathologique. Elle a porté sur la période allant du

1^{er} juillet 2003 au 31 décembre 2008. Le recrutement était consécutif, et ne concernait que les malades enregistrés dans ledit Hôpital. Il s'agit d'un hôpital spécialisé, de référence nationale en matière de santé de la mère et de l'enfant, qui dispose d'un bon système d'archivage des dossiers cliniques et des registres des diagnostics anatomopathologiques, permettant ainsi un recueil facile des différentes données.

Tous les malades opérées ayant été hospitalisées, tous leurs dossiers cliniques et anatomopathologiques étaient complets et étaient retenus. Les données étaient recueillies selon la méthode documentaire. Les données cliniques contenues dans chaque dossier ont été consignées sur une fiche technique anonyme. Celles relatives au diagnostic anatomopathologique ont été relevées à partir des archives des diagnostics du service d'anatomie et de cytologie pathologiques. Une attention particulière était portée sur l'âge de la patiente, la gravité, la ménopause ou non, les signes physiques (masse annexielle, dyspnée, ascite) et signes fonctionnels (douleurs pelviennes, pesanteur pelvienne, écoulement vaginal à type de métrorragie associée ou non à une hydorrhée). Les diagnostics anatomopathologiques étaient tous posés sur des pièces opératoires qui consistaient à des annexectomies seules ou associées à des hystérectomies totales. Les examens macroscopiques et microscopiques des pièces chirurgicales après coloration des coupes histologiques à l'hématoxyline-éosine permettaient d'établir la taille de la tumeur, l'effraction de la capsule ovarienne, extension extraovarienne ou non, le caractère uni ou bilatéral, l'atteinte des organes de voisinage. L'ascite était presque toujours prélevée lorsqu'elle était présente, et son examen cytologique était pris en compte dans la stadification. La stadification clinique utilisait le Système de la Fédération Internationale des gynécologues Obstétriciens (FIGO) [10] et la stadification anatomopathologique utilisait le système TNM [9]. Des duplicata des fiches détaillées des différents rapports de pathologie ont été faits, si nécessaire, pour informations complémentaires. Les coupes histologiques des cas portant un diagnostic imprécis pour ce qui est du type de néoplasie étaient relues par 3 pathologistes exerçant dans le service et le diagnostic consensuel était retenu. Pour des cas disposant d'un rapport de consultation ou de relecture des lames d'histopathologie provenant de l'étranger, précisément de Genève ou Lausanne, le diagnostic anatomopathologique retenu était celui figurant sur ledit rapport. Une clairance

Tranches d'âges (ans)	N (%)
≤ 20–29	3 (10, 00)
30–39	6 (20, 00)
40–49	4 (13, 33)
50–59	10 (33, 33)
≥ 60	7 (23, 33)
Total	30 (100, 00)

Tableau 1: Répartition des patientes par tranches d'âge.

éthique a été obtenue au préalable auprès du comité national d'éthique, et l'analyse des données a été réalisée grâce aux logiciels SPSS version 10.1 et Microsoft Excel 2007.

3 Resultats

3.1 Epidémiologie

3.1.1 Prévalence des cancers de l'ovaire

Nous avons retenu les dossiers de 30 patientes avec cancer de l'ovaire, tous unilatéraux sur les 279 cas enregistrés de cancers gynécologiques et mammaires pendant la même période. Le cancer de l'ovaire représente donc 10.75% des cancers gynécologiques et mammaires dans notre série.

L'âge moyen de notre population était de 48, 50 ± 13 , 06 ans. On note une fréquence bimodale, avec une bonne représentativité des femmes appartenant aux tranches d'âge de 50–59 ans et dans une moindre mesure celles âgées de 60 ans et plus (Tableau 1).

3.1.2 Parité

Les femmes nullipares étaient très peu représentées, et ne constituaient que 10% de notre échantillon, les femmes multipares constituaient l'essentiel de la population. Dans notre population, 47% des femmes étaient ménopausées et 53% non ménopausées.

Parité	N (%)
0	3 (10, 00)
1–4	14 (46, 67)
5–13	13 (43, 33)
Total	30 (100, 00)

Tableau 2: Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Age (ans)					Total
	≤ 20–29	30–39	40–49	50–59	≥ 60	
0	2	0	1	0	0	3
1–4	1	5	2	4	2	14
5–13	0	1	1	6	5	13
Total	3	6	4	10	7	30

La multiparité augmentait sensiblement avec l'âge des patientes.

Tableau 3: Relation entre la parité et l'âge des patientes.

3.1.3 Signes cliniques

Signes cliniques	N (%)
Masse annexielle	30 (100, 00)
Pesanteur pelvienne	23 (76, 67)
Douleur pelvienne	17 (56, 67)
Métrorragie	4 (13, 33)
Dyspnée	1 (3, 33)
Ascite	8 (26, 67)

La masse annexielle était le signe clinique le plus constant, suivi de la pesanteur pelvienne.

Tableau 4: Les signes cliniques.

3.1.4 Stadification clinique

Stades FIGO	N (%)
I-A	1 (3, 33)
I-C	2 (6, 67)
II-A	8 (26, 67)
II-B	4 (13, 33)

La moitié des patientes avait une tumeur cliniquement avancée FIGO III et IV.

Tableau 5: Répartition selon le stade FIGO des tumeurs pelviennes.

3.1.5 Types histopathologiques

Les tumeurs épithéliales étaient prédominantes parmi lesquelles les carcinomes à cellules claires, suivies de tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel (Tableau 6). Les tumeurs épithéliales survenaient chez les patientes nullipares ou celles avec une parité faible. La survenue des cystadénocarcinomes séreux ou mucineux augmentait avec la parité (Tableau 7).

Type Histologique	N (%)
Tumeurs épithéliales	28 (93, 33)
Cystadénocarcinome papillaire séreux	18 (60, 00)
Cystadénocarcinome mucineux	7 (23, 33)
Adénocarcinome à cellules claires	3 (10, 00)
Tumeurs du mésenchyme et des cordons sexuels	2 (6, 67)
Tumeur à cellules de la granulosa	1 (3, 33)
Tumeur de Sertoli-Leydig	1 (3, 33)
Tumeurs germinales	0 (0, 0)
Total	30 (100)

Tableau 6: Répartition selon le type histologique.

Parité	Type histologique					Tumeur germinale
	Tumeur épithéliale		Tumeur du mésenchyme et cordon sexuel		Tumeur de Sertoli-Leydig	
	Cystadénocarcinome séreux	Cystadénocarcinome mucineux	Carcinome à cellules claires	Tumeur à cellules de granulosa		
0	1	0	2	0	1	0
1-4	7	4	1	1	0	0
5-13	10	3	0	0	0	0
Total	18	7	3	1	1	0

Tableau 7: Relation entre la parité et le type histologique de la tumeur ovarienne.

3.1.6 Stadification pathologique

La stadification anatomopathologique montrait un stade avancé (pT3 ou pT4) chez 40% de patientes. Par ailleurs 43,33% avait une tumeur stade pT2.

Stades pathologiques	N (%)
pT1	5 (16, 67)
pT2	13 (43, 33)
pT3	9 (30, 00)
pT4	3 (10, 00)
Total	30 (100, 00)

Tableau 8: Répartition des patientes selon le stade pathologique.

4 Discussion

Notre étude n'a intéressé qu'une population de patientes d'une formation sanitaire de référence dans une ville qui en compte plusieurs, associées à des structures sanitaires de moindre importance dont le service d'archivage n'est pas bien établi. Il est possible que des malades aient échappé aux consultations de HGOPY pour se faire prendre en charge ailleurs, ce qui amoindrit la taille de notre échantillon et constitue un biais de notre étude. Dans le même ordre d'idée, des dossiers médicaux exploitables pourraient avoir été inexistantes parce que mal archivés ou parce que non constitués dans le cadre d'une prise en charge par exemple clandestine des malades, même si cette éventualité n'a pour l'instant pas été découverte dans ledit hôpital. En Afrique, le cancer de l'ovaire est le sixième cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme avec une fréquence de 3,7%. Par ordre de fréquence, il est au dixième rang parmi les cancers gynécologiques, mais c'est celui qui est greffé de la plus forte mortalité [18,20]. En effet, à cause du diagnostic très souvent tardif, la survie globale à cinq ans varie de 15 à 20% malgré les progrès thérapeutiques (chirurgie et chimiothérapie) [18, 19]. Dans notre milieu, les données relatives aux cancers de l'ovaire manquent cruellement. Une des raisons essentielles de cette lacune est la difficulté d'accès des patientes aux centres médicaux spécialisés. A cela s'ajoutent les difficultés à rassembler l'ensemble des données médicales, les patientes changeant souvent de médecin et d'hôpital, ou se dirigeant vers les tradipraticiens sans transfert automatique des données médicales lorsqu'elles existent.

Aspects cliniques. Dans cette analyse, les cancers de l'ovaire, tous unilatéraux, représentaient 10,75% des cancers génitaux et mammaires de la femme répertoriés pendant la même période. Cette proportion est proche de celles rapportées dans d'autres séries africaines [6,7,22].

Age. Les femmes dont l'âge est compris entre 40 et 59 ans sont plus représentées (Tableau 1), observation proche de celle faite par d'autres auteurs [7,11,21]. Les chiffres globaux mondiaux montrent une incidence maximale du cancer de l'ovaire entre 65 et 74 ans [18]. Le décalage vers la gauche observé dans notre série et dans bien d'autres pays africains [14,21] par rapport à la tendance mondiale peut s'expliquer par l'espérance de vie basse de la femme camerounaise qui est limitée à 52 ans.

Rôle de la parité. La multiparité est décrite comme un facteur protecteur vis-à-vis des cancers de l'ovaire [13], mais dans notre série 90% de patientes avaient au moins une parité de 1 et 43,33% avaient une parité de 5 et plus. Des observations allant dans le même sens ont été faites par Tebeu et al. à Maroua au Cameroun [21] et par Buhari et al. au Nigeria [4]. Bien que la petite taille des échantillons ne permette pas de conclure définitivement, le rôle protecteur

de la multiparité dans les cancers de l'ovaire devrait encore faire l'objet d'une actualisation approfondie des données dans notre milieu.

Ménopause. Près de la moitié des participantes à l'étude étaient ménopausées, ce qui est en conformité avec les données de la littérature. En effet le cancer de l'ovaire est le plus souvent diagnostiqué au cours de la période péri ménopausique [11, 13, 18].

Signes cliniques et stades FIGO. Les stades FIGO III et IV représentaient 50% des cas dans notre étude ; comme ailleurs, les cancers de l'ovaire sont souvent diagnostiqués tardivement, car les patientes ne consultent que longtemps après le début des symptômes qui sont en soi totalement aspécifiques [8]. Dans la série de Buhari et al., plus de la moitié des patientes a consulté plus de six mois après l'apparition des premiers symptômes [4]. Mandong et al. a fait également les mêmes observations [15].

Les tableaux cliniques des patientes de notre série sont dominés par la présence d'une masse et d'une pesanteur pelvienne, ce qui correspond à la présentation classique des tumeurs malignes de l'ovaire [3]. La symptomatologie douloureuse, observée dans plus de la moitié des cas, pourrait être due à la fréquence élevée des maladies inflammatoires pelviennes, souvent en relation avec les infections sexuellement transmissibles dont le chef de file est le *Chlamydia trachomatis*.

Types histologiques et stade pathologique (pT). Les cancers épithéliaux sont de très loin les plus fréquents (93,33% des cas), le cystadénocarcinome de type séreux étant le plus représenté. Cette prédominance de cancers épithéliaux est retrouvée dans toutes les séries, avec une proportion variable [2, 11, 14, 18]. L'absence du type endométrioïde peut s'expliquer comme dans les autres séries africaines par la faible prévalence de l'endométriose ovarienne en comparaison aux pays développés, le caractère difficile du diagnostic et la taille réduite de l'échantillon. Nous n'avons enregistré aucune tumeur germinale. En ce qui concerne la stadification, le stade pT2 était le plus fréquent dans notre série (43,33%) au moment du diagnostic, et les stades avancés (pT3 et pT4) concernaient 40% des patientes. La série de Tebeu et al. [21] fait ressortir une plus grande proportion de stades avancés ; ces trouvailles sont explicables par une inégalité d'information en matière de cancer et d'accès au dépistage précoce des cancers des populations dans ces deux localités, avec un avantage pour la population concernée par notre étude.

5 Conclusion

Le cancer de l'ovaire est une réalité dans notre pays. Les patientes de plus de 40 ans sont plus affectées. La présentation clinique associée au tableau classique des pelvialgies. Le diagnostic est souvent tardif. Les types histologiques épithéliaux sont plus fréquents, et correspondent aux données de la

littérature. Le rôle protecteur de la multiparité n'est pas mis en exergue dans cette étude. Nous recommandons une étude plus approfondie afin de préciser les données cliniques et anatomopathologiques du cancer de l'ovaire au Cameroun.

Bibliographie

- [1] S. S. Akhtar, M. A. Abu Bakr, S. A. Dawi, and I. U. Huq, *Cancer in Libya – a retrospective study (1981–1985)*, Afr J Med Med Sci., 22 (1993), 17–24.
- [2] K. Akpadza, S. Baeta, G. Napo-Koura, K. Kolani, L. D. Djaneyeboundou, and A. N. Nyame, *Le cancer de l'ovaire au Togo*, Med Afr Noire, 52 (2005), 302–306.
- [3] K. M. Brennan, V. V. Baker, and O. Dorigo, *Premalignant and malignant disorders of the ovaries and oviducts*, in Current Diagnosis and Treatment: Obstetrics and Gynecology, A. H. DeCherney, L. Nathan, T. M. Goodwin, and N. Laufer, eds., McGraw-Hill, New York, 10th ed., 2007.
- [4] M. O. Buhari, B. A. Ojo, M. A. Ijaiya, and P. A. Aboyei, *Ovarian cancers in Ilorin, Nigeria – a review of over 80 cases*, Niger Q J Hosp Med, 15 (2005), 127–130.
- [5] S. Chaichik, I. G. Ron, A. Baram, and M. Inbar, *Population differences in ovarian cancer in Israel*, Gynecol Oncol, 21 (1985), 155–160.
- [6] A. Dem, B. Traore, M. M. Dieng, P. S. Diop, T. Ouajdi, M. T. Lalami, et al., *Gynecological and breast cancers at the Dakar Cancer Institute*, Sante, 18 (2008), 25–29.
- [7] G. Enow-Orock, R. Mbu, N. M. Ngowe, F. K. Tabung, E. Mboudou, P. Ndom, et al., *Gynecological cancer profile in the Yaounde population, Cameroon*, Clin Mother Child Health, 3 (2006), 437–444.
- [8] M. M. Fields and E. Chevlen, *Ovarian cancer screening: a look at the evidence*, Clin J Oncol Nurs, 10 (2006), 77–81.
- [9] F. L. Greene, D. L. Page, I. D. Fleming, A. Fritz, C. M. Balch, D. G. Haller, et al., *AJCC Cancer Staging Manual*, Springer-Verlag, New York, 6th ed., 2002, pp. 275–277.
- [10] A. P. M. Heintz, F. Odicino, P. Maisonneuve, U. Beller, J. L. Benedet, W. T. Creasman, et al., *Carcinoma of the ovary. FIGO Annual Report*, J Epid Biostat, 6 (2001), 107–138.
- [11] Y. Katsube, J. W. Berg, and S. G. Silverberg, *Epidemiologic pathology of ovarian tumors: a histopathologic review of primary ovarian neoplasms diagnosed in the Denver Standard Metropolitan Statistical Area, 1 July–31 December 1969 and 1 July–31 December 1979*, Int J Gynecol Pathol, 1 (1982), 3–16.
- [12] J. Kazadi Buanga, *La chirurgie du cancer de l'ovaire en situation précaire. Le constat de St Jean de Dieu. A propos de 21 cas*, Med Afr Noire, 52 (2005), 126–128.
- [13] C. H. Lingeman, *Etiology of cancer of the human ovary: a review*, J Natl Cancer Inst, 53 (1974), 1603–1618.
- [14] S. B. Lucas and E. J. Vella, *Ovarian tumors in Malawi – a histopathological study*, J Obstet Gynaecol East Cent Africa, 2 (1983), 97–101.
- [15] B. M. Mandong and I. A. O. Ujah, *A ten-year review of gynaecological malignancies in Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria (1990–1999)*, Sahel Med J, 6 (2003), 49–52.
- [16] A. Mbakop, J. L. Essame Oyono, M. C. Ngbangako, and A. Abondo, *Current epidemiology of cancers in Cameroon (Central Africa)*, Bull Cancer, 79 (1992), 1101–1104.
- [17] D. M. Parkin, F. Sitas, M. Chirenje, L. Stein, R. Abratt, and H. Wabinga, *Part I: Cancer in Indigenous Africans – burden, distribution, and trends*, Lancet Oncol, 9 (2008), 683–692.
- [18] R. Sankaranarayanan and J. Ferlay, *Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem*, Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 20 (2006), 207–225.

-
- [19] E. W. Sonnendecker, *Cancer of the ovary. The Johannesburg hospital experience*, S Afr Med J, 73 (1988), 713–715.
- [20] Statistics about ovarian cancer. http://www.cureresearch.com/ovarian_cancer/stats-country.htm, 2010.
- [21] P.-M. Tebeu, P. Petignat, and P. Mhaweche-Fauceglia, *Gynecological malignancies in Maroua, Cameroon*, In J Gynecol Obstet, 194 (2009), 148–149.
- [22] M. Traore, F. S. Diabate, I. Diarra, N. Mounkoro, Y. Traore, I. Tekete, et al., *Cancers gynécologiques et mammaires: Aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du Point G à Bamako*, Mali Med, 1 (2004), 4–8.