
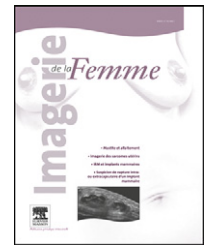




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Nodule de Sœur-Marie-Joseph : à propos d'un cas

Sister Mary Joseph's nodule: A case report

**Houssine Boufettal*, Saïd Hermas, Sakher Mahdaoui,
Mohammed Noun, Naïma Samouh**

*Service de gynécologie-obstétrique « C », faculté de médecine et de pharmacie,
université Ain Chok, hôpital universitaire Ibn Rochd, 20100 Casablanca, Maroc*

Disponible sur Internet le 27 avril 2011

MOTS CLÉS

Nodule de
Sœur-Marie-Joseph ;
Métastase ;
Ombilic ;
Adénocarcinome ;
Pronostic

Résumé Le nodule de Sœur-Marie-Joseph est une localisation métastatique exceptionnelle d'un cancer, souvent pelvien. Nous rapportons une observation de cette lésion suite à un adénocarcinome de l'ovaire chez une patiente de 60 ans dont l'évolution était marquée par le décès après traitement chirurgical et chimiothérapie. Le nodule de Sœur-Marie-Joseph est la métastase ombilicale d'un cancer primitif, qui est généralement un adénocarcinome. Elle survient souvent chez un malade dont le cancer est déjà connu ou le révèle. Sa présence est associée à un mauvais pronostic. Elle doit être connue du praticien, car sa reconnaissance peut permettre un diagnostic et un traitement adapté.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Sister Mary Joseph's
nodule;
Metastasis;
Umbilicus;
Adenocarcinoma;
Prognosis

Summary The Sister Mary Joseph's nodule is an exceptional localization of metastatic pelvic cancer. We report a case of this lesion following an adenocarcinoma of the ovary in a woman of 60-years-old and whose evolution was marked by death after surgery and chemotherapy. The Sister Mary Joseph's nodule is the umbilical metastasis of a primary cancer, usually adenocarcinoma. It often occurs in a patient whose cancer is already known or revealed by the nodule. Its presence is associated with a poor prognosis. The practitioner must know it because its recognition may enable diagnosis and accurate treatment.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant. 29, lotissement Abdelmoumen, résidence Al Mokhtar, 20100, Casablanca, Maroc.
Adresse e-mail : mohcineb@yahoo.fr (H. Boufettal).



Figure 1. Tomodensitométrie abdominopelvienne montrant une lésion pelvi-abdominale médiane, avec une composante kystique et une composante charnue, avec un rehaussement hétérogène après injection de contraste dégageant une masse ovale et une zone kystique cloisonnée. La lésion mesure 130 × 150 mm de diamètre.

Introduction

Le nodule de Sœur-Marie-Joseph est une localisation métastatique exceptionnelle d'un cancer, le plus souvent pelvien. Sa découverte est associée à un mauvais pronostic [1–5]. Nous rapportons une observation de cette lésion cutanée suite à un adénocarcinome de l'ovaire.



Figure 2. Photographie d'une tumeur de l'ombilic de 12 mm.

Observation

Une patiente, âgée de 60 ans, était opérée il y a deux mois pour un adénocarcinome de l'ovaire. Il était découvert à la suite d'une ascite abondante et d'une masse latéro-utérine droite mal limitée et dure. À l'échographie abdominopelvienne, cette masse apparaissait tissulaire, hétérogène, mesurant 15 cm. La tomodensitométrie abdominopelvienne montrait une masse pelvi-abdominale, légèrement latéralisée à droite, à double composante kystique et charnue. Elle mesurait 130 × 150 mm de diamètre (Fig. 1). Il existait un épanchement intrapéritonéal de moyenne abondance. Les CA 125 étaient augmentés à 385 UI/mL. La patiente avait subi une hystérectomie totale sans conservation annexielle

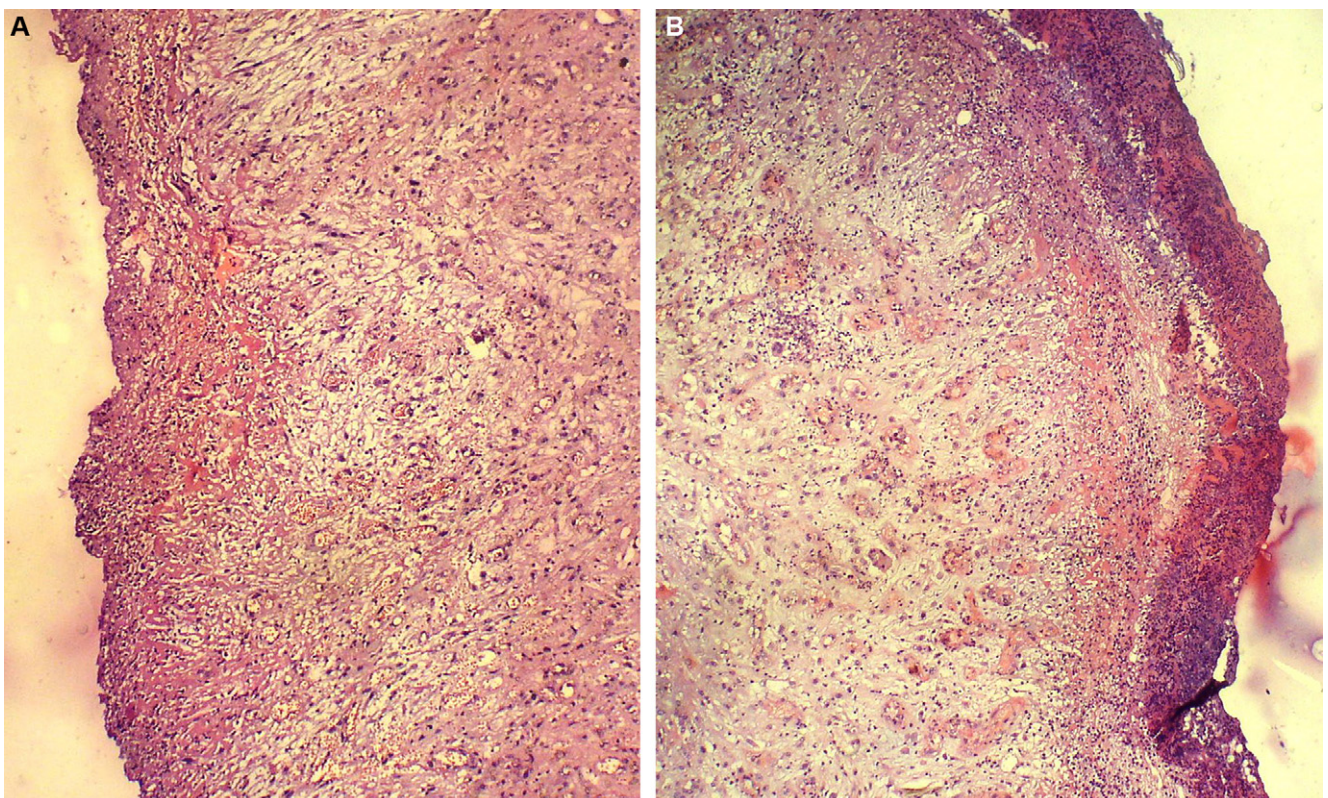


Figure 3. Coloration à l'hématoxyline éosine, image au faible grossissement 100 (A) et au fort grossissement 200 (B) : aspect de bourgeon, charnu, recouvert par un exsudat fibrinoleucocytaire et constitué de nombreux vaisseaux de type capillaire. En profondeur, est retrouvé un amas de cellules carcinomateuses évoquant une métastase ombilicale de l'adénocarcinome de l'ovaire.

avec omentectomie. Les suites opératoires étaient simples. La patiente était sortie à j4. Deux mois après, la patiente consultait pour une tuméfaction ombilicale non douloureuse et non prurigineuse. Cette tuméfaction augmentait progressivement de taille pour atteindre le jour de l'examen 12 mm de diamètre. Elle était de consistance ferme et non douloureuse à la palpation (Fig. 2). Une biopsie de la lésion était réalisée. Elle montrait un aspect de bourgeon, charnu, saillant, recouvert par un exsudat fibrinoleucocytaire et constitué de nombreux vaisseaux de type capillaire. En profondeur, était retrouvé un amas de cellules carcinomateuses évoquant une métastase ombilicale de l'adénocarcinome de l'ovaire (Fig. 3A et B). Une chimiothérapie à base de carboplatine était réalisée à raison de six cures. L'évolution était marquée par le décès de la patiente dix mois après dans un tableau de métastases pulmonaires.

Commentaires

Sœur Marie Joseph (1856–1939), aide-opératoire, avait remarqué que les malades atteints d'un cancer abdominal ou pelvien avaient parfois une tuméfaction ombilicale. Sir Hamilton Bailey rendit hommage à Sœur Marie Joseph en 1949 en parlant de *Sister Mary Joseph's nodule* [2,4].

Le nodule de Sœur-Marie-Joseph est la métastase ombilicale d'un cancer de la cavité abdominopelvienne (estomac, côlon, ovaire, endomètre...). C'est une lésion exceptionnelle. Très peu de cas sont décrits dans la littérature [1–4]. Ce nodule est généralement décrit comme étant ferme, irrégulier et ulcéré. Il peut dans certains cas s'accompagner d'une surinfection. La tumeur primitive est généralement un adénocarcinome, rarement un carcinome épidermoïde, un mélanome ou un sarcome. Dans notre cas, il s'agissait d'un adénocarcinome ovarien. Cette métastase ombilicale apparaît tardivement ; elle survient souvent chez un malade dont le cancer est déjà connu. Mais, elle peut le révéler. La présence de ce nodule est dans la plupart des cas associée

à un mauvais pronostic : la survie moyenne au moment du diagnostic est estimée à 11 mois [1–3]. Son aspect peu spectaculaire peut conduire à des erreurs diagnostiques. Ainsi, cette lésion permet de discuter le diagnostic différentiel avec une endométriose ombilicale, les granulomes pyogènes ou à corps étranger, un hémangiome, une localisation ombilicale d'une maladie de Crohn ou un mélanome [5]. De ce fait, seule l'étude anatomopathologique permet d'affirmer le diagnostic. Le mode d'extension prépondérant se fait par contiguïté à partir de la surface antérieure du péritoine, sinon l'extension peut être veineuse, lymphatique ou autour de résidus embryonnaires (ligament rond, ouraque, vestige de l'artère vitelline) [2].

Cette métastase ombilicale rare, mais caractéristique, doit être connue du praticien. Elle est facilement accessible à l'examen clinique. Sa reconnaissance comme lésion secondaire d'un cancer abdominopelvien primitif peut permettre un diagnostic et un traitement précoce.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Badri T, Fazaa B, Zermani R, Sfar R, Ben Jilani S, Kamoun MR. Tumeur de l'ombilic. *Ann Dermatol Venerol* 2005;132:55–7.
- [2] Boufettal H, Hermas S, Boufettal R, Jai SR, Kamri Z, Elmouatacim K, et al. Endométriose de cicatrice de la paroi abdominale. *Presse Med* 2009;38:e1–6.
- [3] Fairchild A, Janoski M, Dundas G. Sister Mary Joseph's nodule. *CMAJ* 2007;176:929–30.
- [4] Dubreuil A, Domp martin A, Barjot P. Umbilical metastasis or Sister Mary Joseph's nodule. *Int J Dermatol* 1998;37:7–13.
- [5] Boufettal H, Zekri H, Majdi F, Noun M, Hermas S, Samouh N, et al. Endométriose ombilicale primitive. *Ann Dermatol Venerol* 2009;136:941–3.