

Le Nodule ombilical du sœur Marie-Joseph associé à un adénocarcinome ovarien: A propos d'un cas

[Sister Mary Joseph's umbilical nodule associated to ovarian adenocarcinoma: A case report]

Abdelkader Akharraz, Majdouline Boujoual, Farid Kassidi, Jaouad Kouach, Driss Moussaoui, and Mohammed Dehayni

Service de Gynécologie Obstétrique,
Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V,
Rabat, Maroc

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Sister Mary Joseph's umbilical nodule designates an exceptional location umbilical metastatic of cancer, which is generally often pelvic adenocarcinoma. We report a case of this lesion due to adenocarcinoma of the ovary advanced in a patient, 58 years old who underwent surgery and chemotherapy. This nodule may indicate cancer or designates a recurrence. Adenocarcinoma is the most common histological type. Ovarian etiology is the leading cause in women. Faced with an umbilical metastasis, the prognosis is pejorative. Survival would be better however with combined surgery and chemotherapy treatment. So it must be known by the practitioner, because his recognition may allow early diagnosis and appropriate treatment.

KEYWORDS: Ovarian adenocarcinoma, umbilical metastasis, Sister Mary Joseph's nodule, surgery, chemotherapy.

RESUME: Le terme de nodule de Sœur Mary Joseph désigne une localisation métastatique ombilicale exceptionnelle d'un cancer, souvent pelvien qui est généralement un adénocarcinome. Nous rapportons une observation de cette lésion suite à un adénocarcinome de l'ovaire avancé chez une patiente de 58 ans ayant bénéficié d'un traitement chirurgical et de la chimiothérapie. Ce nodule peut être révélateur du cancer ou traduire une récurrence. L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent. L'étiologie ovarienne est la première cause chez la femme. Devant une métastase ombilicale, le pronostic demeure sombre. La survie serait cependant meilleure avec un traitement combiné chirurgie-chimiothérapie. Donc elle doit être connue par le praticien, car sa reconnaissance peut permettre un diagnostic précoce et un traitement adapté.

MOTS-CLEFS: Adénocarcinome ovarien, métastase ombilicale, nodule de Sœur Marie-Joseph, chirurgie, chimiothérapie.

1 INTRODUCTION

Le Nodule de Sœur Marie Joseph constitue généralement une localisation cutanée unique et rare de métastase de cancer viscéral, le plus souvent pelvien. L'étiologie ovarienne est la première cause chez la femme et sa découverte est associée à un mauvais pronostic [1]. Il pose un problème de diagnostic étiologique (la recherche de la tumeur primitive n'est pas toujours aisée) et de pronostic. Le but de notre travail est de mettre en exergue la difficulté du diagnostic étiologique, à travers une nouvelle observation d'une métastase cutanée ombilicale révélatrice d'un adénocarcinome ovarien chez une patiente de 58 ans.

2 OBSERVATION MÉDICALE

Il s'agit d'une patiente âgée de 58 ans, quatrième geste et quatrième part, diabétique sous régime seul, ménopausée depuis dix ans sans traitement hormonal substitutif, présentant depuis 9 mois des douleurs abdominopelviennes paroxystiques, constipation chronique avec une augmentation progressive de volume abdominale et sensation de pesanteur sans signes urinaires ou génitaux associés le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré à 25 kilogrammes en trois mois dont l'examen clinique avait trouvé un abdomen légèrement distendu avec un nodule ombilical ferme, mesurant 3 cm de diamètre, indolore et infiltrant en profondeur [Figure. 1] sans masse abdominopelvienne palpable.



Fig.1. Nodule ombilical sous cutané

Une échographie pelvienne avait trouvé un utérus de taille normale, deux masses latérorutérines solidokystiques ovariennes faisant environ 4 cm sur 3.5 cm à droite et 5 cm sur 4.5 cm à gauche avec une ascite de moyenne abondance. Une tomodynamométrie abdominopelvienne avait été réalisé objectivant deux tumeurs ovariennes solidokystiques, des nodules péritonéaux, un nodule tissulaire pariétal ombilical faisant 2.5 cm et une ascite de moyenne abondance [Figure.2].

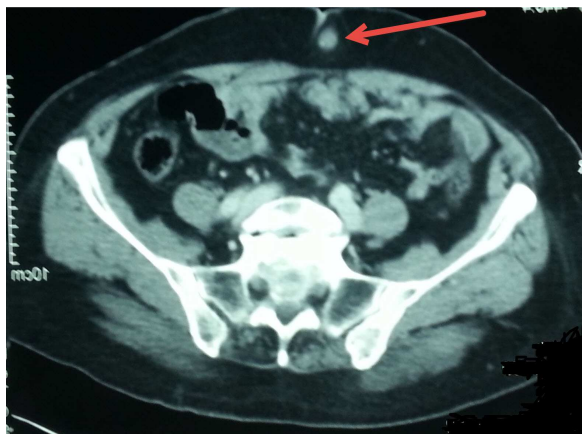


Fig.2. Coupe transversale tomodynamométrique dont la flèche désigne le nodule de sœur marie joseph

Le marqueur tumoral CA 125 était très élevé à 275 UI/l et les autres demandés (CA19-9, ACE et α foetoprotein) étaient normaux.

La patiente a subi une laparotomie médiane sus ombilicale. L'exploration chirurgicale notait deux masses ovariennes blanchâtres très friables dont la plus grande faisait 6 cm à son grand diamètre au dépend de l'ovaire gauche, la présence de granulations blanchâtres péritonéales en rapport avec une carcinose péritonéale, un nodule de la région ombilicale infiltrant

l'aponévrose des muscles droits et une ascite jaune citrine de moyenne abondance. Il n'y avait pas de nodules hépatiques, gastriques ou coliques. On avait réalisé une colpohystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale, curage pelvien lombo-aortique bilatéral, omentectomie infracolique, une appendicectomie, des biopsies péritonéales et une résection du nodule ombilical avec un prélèvement de liquide péritonéal [Figure.3].



Fig.3. La pièce opératoire montrant le nodule après résection

L'examen anatomopathologique avait objectivé un adénocarcinome ovarien moyennement différencié avec carcinose péritonéale et un nodule ombilical métastatique associé à deux ganglions positifs du promontoire, ainsi qu'un nodule de la gouttière pariéto-colique et du Douglas. La cytologie du liquide d'ascite révélait la présence de cellules néoplasiques. Le néoplasme était alors classé en stade III C et un traitement complémentaire par chimiothérapie associant paclitaxel et carboplatine débuté. La patiente est actuellement en cours de traitement.

3 DISCUSSION

Le nodule de Sœur Mary Joseph est une métastase ombilicale d'un cancer du tractus gastro-intestinal ou de la sphère gynécologique. Sa création est le fait de Sir Hamilton Bailey en hommage à la première personne ayant saisi la signification clinique de cette lésion [1], [2].

Les métastases ombilicales sont rares. On estime entre 1 et 3 % le nombre de patients présentant une atteinte carcinomateuse abdomino-pelvienne avec extension ombilicale [3].

La physiopathologie du nodule de Sœur Mary Joseph est encore incomplètement élucidée. Plusieurs hypothèses ont été avancées. Le mécanisme supposé est celui d'un envahissement par contiguïté des métastases péritonéales à l'ombilic, théorie confirmée, semble-t-il, dans notre cas, sinon l'extension peut être veineuse, lymphatique ou autour de résidus embryonnaires (ligament rond, ouraque, vestige de l'artère vitelline) [2].

Sa présentation clinique est très variable mais facilement accessible à l'examen clinique [4]. 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 qui est celui d'un adénocarcinome dans près de 75 % des cas, plus rarement un carcinome épidermoïde, un cancer indifférencié ou encore une tumeur carcinoïde [5], [6].

Les cancers gynécologiques représentent la deuxième étiologie (après les cancers digestifs), les cancers ovariens étant de loin les plus fréquents (34 %) par rapport aux cancers de l'endomètre (12 %) et du col (5 %) [1], [4].

La signification pronostique de cette métastase ombilicale est péjorative, la survie moyenne au moment du diagnostic est estimée à 11 mois [1], [2]. Les différents travaux n'ont pas permis à ce jour de définir un consensus sur les indications thérapeutiques, un traitement combiné chirurgie-chimiothérapie semblant cependant apporter une meilleure réponse en termes de survie pour les cancers ovariens [6].

4 CONCLUSION

Le nodule de Sœur Mary Joseph est une métastase ombilicale cutanée d'un cancer intra-abdominal avancé. Cette métastase ombilicale rare, mais caractéristique, doit être connue du praticien. Son diagnostic est posé cliniquement et confirmé par la biopsie et l'examen anatomo-pathologique mais la tumeur primitive demeure inconnue dans les tiers cas. Son pronostic demeure péjoratif.

REFERENCES

- [1] K. Srivastava and K. Kaur, "Stability of Impulsive Differential Equation with any Time Delay," *International Journal of Innovation and Scientific Research*, vol. 2, no. 3, pp. 280–286, 2013.
- [2] Jacques J, Mesturoux L, Vong C, Legros R, Loustaud-Ratti V. Un nodule ombilical. *La Revue de médecine interne*, no.35, pp. 73–74, 2014.
- [3] Boufettal H, Hermas S, Mahdaoui S, Noun M, Samouh N. Nodule de Soeur-Marie-Joseph : A propos d'un cas. *Elsevier Masson, Imagerie de la Femme*, no.21, pp. 83-85, 2011.
- [4] Piura B. Umbilical metastasis: Sister Mary Joseph's nodule. *Harefuah*, no.145, pp.505-550, 2006.
- [5] Limmathurotsakul D, Rernimitr P, Korkij W, Noppakun N, Kullavanijaya P, Rerknimitr R. Metastatic mucinous cystic adenocarcinoma of the pancreas presenting as Sister Mary Joseph's nodule. *JOP*; vol.8, pp.344-349, 2007.
- [6] Fairchild A, Janoski M, Dundas G. Sister Mary Joseph's nodule. *CMAJ*, no.176, pp.929-930, 2007.
- [7] Khalid Al-Wadi, Mark Bernier et al. Nodule de Sœur Marie-Joseph. *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 32, n° 8, p. 722, 2010.