

## **DISCUSSION AUTOUR D'UN CAS SUSPECT DE NODULE DE SŒUR MARIE- JOSEPH**

*REFENO Valéry<sup>1</sup>\*, RAMAROKOTO Malalafinaritra Patrick Marco<sup>2</sup>, RAFARAMINO Florine<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Ancien Interne des Hôpitaux en Oncologie Médicale, Service d'Oncologie du CHU Professeur ZAFISAONA Gabriel, Mahajanga.

<sup>2</sup> Ancien Interne des Hôpitaux en Gynécologie-Obstétrique, Complexe Mère-Enfant du CHU Professeur ZAFISAONA Gabriel, Mahajanga.

<sup>3</sup> Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Oncologie-Radiothérapie, Faculté de Médecine d'Antananarivo

Reçu le 29 Mars 2018

Accepté le 25 Août 2019

### **MADAME ET MONSIEUR LES REDACTEURS EN CHEF,**

Le nodule de Sœur Marie-Joseph est la localisation secondaire cutanée ombilicale d'un cancer. Seulement deux cas malgaches ont été rapportés et ce travail est en réponse à l'article de Razafindrafara et al paru dans votre revue (1-4). Notre objectif était de discuter de l'intérêt d'une biopsie d'une lésion ombilicale suspecte de malignité chez une femme atteinte d'un cancer pelvien multi-métastatique menaçant son pronostic vital à court terme (2).

Il s'agissait d'une femme de 39 ans ayant présenté des métrorragies post-coïtales et des leucorrhées depuis Septembre 2016. Vers début 2017, elle a bénéficié d'un frottis cervico-utérin et a été référée en oncologie. Déniant le diagnostic de « cancer », elle n'a pas consulté et a égaré le compte-rendu de l'examen.

En Novembre 2017, la fatigabilité et l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs ont motivé la consultation en gynécologie. L'échographie abdomino-pelvienne avait retrouvé une uretéro-hydronephrose bilatérale, des nodules hépatiques, des adénopathies latéro-aortiques, une ascite, une hématométrie et un col volumineux hétérogène. Un nouveau frottis cervico-utérin a été fait et était en faveur d'un carcinome.

La patiente n'avait pas d'antécédents particuliers. Elle rapportait une dyspnée modérée, des douleurs des membres inférieurs et une constipation. Elle était asthénique, l'examen gynécologique retrouvait un gros col mal limité, friable, avec comblement des culs de sac latéraux. Le toucher rectal a retrouvé une compression du rectum sans effraction de la paroi

\*Auteur correspondant : [refenovalery@gmail.com](mailto:refenovalery@gmail.com)

antérieure et des paramètres infiltrés. L'examen abdominal retrouvait un nodule ombilical de 3,5 cm de grand axe, dur, indolore, violacé, sans ulcération (Figure).



Figure : Photographie de la lésion cutanée ombilicale

Cette lésion ombilicale serait apparue vers Juillet 2017 et a augmenté progressivement de volume. Par ailleurs, elle présentait des adénopathies inguinales et un syndrome d'épanchement liquidien pleural. Malgré son état, la patiente a refusé l'hospitalisation.

En Décembre 2017, la patiente était admise pour dyspnée intense et anasarque. La radiographie du thorax a retrouvé un lâcher de ballon et un épanchement pleural liquidien bilatéral. Le dosage du Carcinoma Antigen 15-3 était à 31.092 UI/ml (Normal < 35 UI/ml). La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'onco-gynécologie a proposé une chimiothérapie palliative de type Paclitaxel-Carboplatine mais la patiente était décédée de défaillance multiviscérale avant tout traitement spécifique.

L'âge moyen de découverte des métastases ombilicales est de 60 ans (2,3). Les cas malgaches étaient âgés de 60 et 73 ans (1,2). A notre

connaissance, la patiente la moins âgée présentant un nodule de Sœur Marie-Joseph était âgée de 46 ans (5). L'âge précoce de la patiente (35 ans) pourrait faire évoquer la présence de facteurs particuliers mais celui-ci pourrait également être l'évolution naturelle d'une maladie longtemps négligée.

La métastase ombilicale est diagnostiquée dans 80% des cas sur un cancer déjà connu comme dans notre cas (3,5). Notre cas se distingue des autres cas malgaches pour lesquels la lésion ombilicale a révélé le cancer (1,2). Classiquement, la métastase cutanée ombilicale se présente sous forme d'un nodule indolore, érythémateux ou violacé, ulcéré ou non, indolore, ferme ou dure et mal limité, de 1 à 4 cm de grand axe comme tel était le cas de notre lésion ombilicale (1-4).

L'anatomopathologie est l'examen clé qui confirme la nature métastatique de la lésion ombilicale et permet de la distinguer des tumeurs malignes cutanées primitives, des tumeurs bénignes, des lésions infectieuses et inflammatoires (2,3,5). Les tumeurs primitives gynécologiques les plus fréquentes sont l'ovaire et l'endomètre (2,4). Nous avons retenu une primitive gynécologique pelvienne dans les limites des explorations réalisées. Notons que cette primitive n'est pas retrouvée dans 30% des cas (1). Dans notre cas, la biopsie de l'ombilic aurait pu confirmer une métastase ombilicale et le type histologique de la tumeur primitive mais devant la maladie avancée et le pronostic sombre, celle-ci n'a pas été réalisée.

Les 5 mois de survie de notre patiente après la découverte de la lésion ombilicale concorde avec celle après diagnostic des métastases ombilicales qui est en

moyenne de 11 mois mais varie de 3 à 48 mois (2–5). Cette survie est obtenue généralement par une chimiothérapie palliative (2–4). Celle-ci n'a pas été débutée chez notre patiente du fait de son état trop altéré.

On suppose que de nombreuses lésions ombilicales ne sont pas et/ou ne peuvent pas être explorées et ceci peut expliquer que seulement deux cas malgaches de nodules de Soeur Marie-Joseph soient rapportés à ce jour. Toute lésion ombilicale suspecte devrait-être biopsiée. Néanmoins quel en serait le bénéfice si le pronostic vital à court terme est déjà mis en jeu par le cancer ?

#### **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

RV et RMPM ont apporté leur contribution substantielle à la conception ET à la rédaction préliminaire de l'article ET leur approbation finale de la version à publier ET s'engagent à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la recherche en veillant à ce que les questions liées à l'exactitude ou l'intégrité de toute partie de l'œuvre soient examinées de manière appropriée.

RF a apporté sa contribution substantielle à la conception ET à la révision critique de l'article ET leur approbation finale de la version à publier ET s'engagent à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la recherche en veillant à ce que les questions liées à l'exactitude ou l'intégrité de toute partie de l'œuvre soient examinées de manière appropriée.

#### **CONFLITS D'INTERET**

Aucun. La patiente a donné son accord verbal pour l'utilisation à des fins de recherche des informations lui concernant.

#### **REFERENCES**

1. Andriamiharisoa N, Ranaivo I, Adriananja V, Ramarozatovo L, Rapelanoro Rabenja F. Une forme atypique de nodule de Soeur Marie Joseph. *Ann Dermatol Venereol.* 2013;140(12S1):615.
2. Razafindrafara H, Refeno V, Hasiniatsy N, Randriamahavonjy R, Rafaramino F, Randrianjafisamindrakotroka N. Un deuxième cas de nodule de Soeur Marie Joseph à Madagascar. *Revue Malgache de Cancérologie.* 2017;2(1):42-8.
3. Boufettal H, Hermas S, Mahdaoui S, Noun M, Samouh N. Nodule de Soeur Marie-Joseph : A propos d'un cas. *Imag Femme.* 2011;21:83-5.
4. El Khadir A, Hliwa W, Tahiri M, Haddad F, Badre W, Nadir S et al. Métastase cutanée ombilicale (ou Nodule de Soeur Marie Joseph) révélatrice d'un adénocarcinome grélique (A propos d'un cas). *Ann Dermatol Venereol.* 2013.140(S1):115.
5. Al-Wadi K, Bernier M. Nodule de Soeur Marie-Joseph. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(8):722.