

Maladie de Mondor bilatérale après reconstruction mammaire immédiate par prothèses avec matrice dermique acellulaire

RÉSUMÉ : La physiopathologie de la maladie de Mondor n'est pas clairement établie à ce jour. L'hypothèse la plus probable serait que la section des rameaux veineux superficiels provoquerait une stase veineuse et, par conséquent, une thrombose dans un contexte de vascularite locale.

Son traitement est très controversé, et aucune étude n'a montré de supériorité d'un traitement par rapport à un autre ni même évalué une abstention thérapeutique. Dans tous les cas, il faudra rassurer la patiente sur la bénignité de la maladie et l'absence de séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

Nous présentons ici un cas de maladie de Mondor bilatérale après reconstruction mammaire immédiate par prothèses avec matrice dermique acellulaire.



→ L. ADJADJ
Hôpital Henri-Mondor, CRÉTEIL.

Observation clinique

Nous présentons le cas (*fig. 1*) d'une patiente âgée de 41 ans ayant bénéficié d'une mastectomie totale bilatérale prophylactique préservant les plaques aréolo-mamelonnaires (PAM), associée à une reconstruction mammaire immédiate bilatérale par prothèses avec utilisation de matrice dermique acellulaire (*fig. 2 et 3*). L'objectif des dermes porcins humanisés et décellularisés est l'obtention d'un tissu de soutien additionnel avec une inflammation rapportée comme faible.

La matrice acellulaire a été fixée au bord inférieur du muscle grand pectoral et au niveau du sillon sous-mammaire par surjet de monobrin à temps de résorption long. La patiente avait pour antécédent deux tumorectomies pour papillomes intracanaux bilatéraux (il y a 8 et 10 ans).

Les suites opératoires immédiates ont été simples, et la patiente a pu quitter le service au 5^e jour postopératoire avec quelques ecchymoses mamelonnaires sans souffrance de l'étui cutané ni des PAM (*fig. 4*).

Lors du rendez-vous de consultation postopératoire de la 3^e semaine, la patiente a rapporté l'apparition de cordons indurés (*fig. 5*). L'examen clinique a révélé deux cordons verticaux des segments IV des deux seins en direction de l'ombilic. Par la suite, un autre cordon est apparu à la partie latéro-thoracique droite, associé à une contraction pseudocapsulaire du sein droit. Ces lésions, responsables de tension et de prurit, n'étaient identifiables que par la palpation.

Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire postopératoire modéré sans signification.



FIG. 1: Aspect préopératoire.



FIG. 2: Aspect peropératoire: matrice dermique acellulaire recouvrant l'implant prothétique.



FIG. 3: Aspect peropératoire de la matrice dermique acellulaire fluorescente. Nous visualisons une bonne vascularisation des PAM permettant une mastectomie conservatrice de ces dernières.



FIG. 4: Aspect postopératoire immédiat (J5). Présence d'ecchymoses mamelonnaires et du segment III. À noter que la patiente avait, en préopératoire, une cicatrice du quadrant interne du sein gauche.

SEINS

Une échographie-Doppler veineuse a été réalisée à la recherche d'une thrombose veineuse profonde et/ou superficielle, et a retrouvé une occlusion bilatérale des veines sous-mammaires et latéro-thoraciques mesurant 1 mm à 1,5 mm de diamètre, pouvant s'apparenter à une maladie de Mondor (MM).

Le compte rendu anatomopathologique identifiait, à gauche, de multiples papilloadénomes intracanaux sans signes de malignité et, à droite, des lésions de mastopathie sclérokytiste proliférante sans atypie.

La patiente a alors été traitée par massothérapie LPG associée à des anti-inflammatoires non stéroïdiens sous antibioprophylaxie (suspicion de capsulite rétractile inflammatoire associée à la MM).

Le rendez-vous de contrôle de la 4^e semaine identifiait un aspect clinique inchangé. Cependant, la patiente n'était

plus douloureuse, et la sensation de prurit avait disparu.

À la 5^e semaine postopératoire, la peau était redevenue souple, les cordons avaient disparu et la patiente n'avait plus de douleur ni de prurit. La patiente n'était donc plus atteinte de MM à 5 semaines postopératoires et 2 semaines post-diagnostic (fig. 6).

Quelle est la physiopathologie de la maladie de Mondor ?

La physiopathologie de la MM n'est pas clairement établie à ce jour, mais l'hypothèse la plus probable serait que la section des rameaux veineux superficiels provoquerait une stase veineuse et par conséquent une thrombose dans un contexte de vascularite locale. Des origines lymphatiques ont également été suggérées, mais aucune étude n'a pu le démontrer. Une théorie plus récente sug-

gère que les cordons résulteraient d'une contracture post-traumatique du *fascia superficialis* après incision ou mise en tension, formant ainsi des plis.

Quelles localisations peuvent être touchées ?

Elles sont majoritairement sous-mammaire (post-chirurgie mammaire, surtout si celle-ci est associée à un curage axillaire), pénienne (post-rapport sexuel traumatique) et thoracique (post-chirurgie cutanée), mais toutes les régions peuvent être atteintes.

Quels sont les facteurs déclenchants ?

Aucune relation avec le gel de silicone n'a été démontrée. Cependant, dans le cas que nous présentons, nous pouvons nous interroger sur le rôle de la matrice dermique acellulaire, des papillomes



FIG. 5 : Aspect à 3 semaines postopératoires : présence sous chaque sillon sous-mammaire d'un cordon induré de trajet vertical allant jusqu'à la région para-ombilical.



FIG. 6 : Aspect de guérison totale à 5 semaines postopératoire, soit 2 semaines après la découverte et le traitement de la maladie de Mondor.

intracanalaires, de la mastopathie sclérokystique et des ecchymoses postopératoires dans le déclenchement de la MM. Ce cas pose la question du rôle de la matrice dermique acellulaire comme facteur favorisant la survenue d'une MM, bien que ces matrices de derme porcin soient humanisées et décellularisées avec, pour double objectif, une réduction de l'inflammation et une limitation de l'utilisation de matrice humaine difficile d'obtention (rare, problèmes éthiques).

Comment poser le diagnostic de maladie de Mondor?

Il est avant tout clinique, et doit être évoqué après une chirurgie ou autre acte invasif par la présence de cordons sous-cutanés indurés, parfois prurigineux, lors de la mise en tension de la peau sus-jacente sans signes inflammatoires localisés.

Quel est le rôle des examens paracliniques?

Leurs intérêts sont très faibles.

L'échographie identifie des cordons sous-cutanés d'environ 1 mm d'épaisseur, sans signe vasculaire de phlébite évoquant des trajets de lymphangite. Il s'agit donc plus d'une vascularite au sens global du terme. Notre cas paraît être le seul décrit dans la littérature, où l'échographie identifiait clairement des signes de thrombose veineuse. Cela confirme bien que l'échographie est un examen complémentaire radiologique-dépendant, et que sa pratique systématique ne semble pas justifiée en raison d'un possible grand nombre de faux négatifs. Certains auteurs recommandent de réaliser un bilan d'imagerie à la recherche d'une néoplasie mammaire en cas de survenue d'une MM du sein spontanée, bien qu'aucun lien de causalité n'ait été établi.

Les biopsies sont inutiles, car elles n'apportent aucun argument diagnostique.

Le bilan biologique est normal, mais peut permettre de rechercher un trouble de la crase sanguine sous-jacent.

Quel est le traitement de la maladie de Mondor?

Il est très controversé, et aucune étude n'a démontré de supériorité d'un traitement par rapport à un autre ni même évalué une abstention thérapeutique.

Les options thérapeutiques décrites sont les suivantes: AINS associés à une HBPM/ anticoagulants curatifs/anticoagulants prophylactiques + HBPM préopératoire, lors des reconstructions mammaires prothétiques chez des patientes ayant déjà des facteurs de risque de MM/injection intralésionnelle de corticoïdes (triam-

SEINS

cinolone)/repos complet du bras homolatéral + 5 mg de bétaméthasone/rupture manuelle ou par LPG des cordons. Ces thérapeutiques permettraient de réduire la durée d'évolution de la maladie qui, dans tous les cas, est spontanément réversible en moins de 3 mois.

Dans tous les cas, il faudra rassurer la patiente sur la bénignité de la maladie et l'absence de séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

POINTS FORTS

- ➞ La maladie de Mondor est une affection bénigne dont la physiopathologie n'est pas clairement établie à ce jour.
- ➞ Le diagnostic est clinique, et les examens d'imagerie ont un rôle très limité.
- ➞ Son traitement reste très controversé.
- ➞ Dans tous les cas, il est important de rassurer la patiente sur l'absence de séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

Pour en savoir plus

1. PIGNATTI M, LOSCHI P, PEDRAZZI P *et al.* Mondor's disease after implant-based breast reconstruction. Report of three cases and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2014;67:e275-e277.
2. NIECHAJEV I. Mondor subcutaneous banding after trasaxillary breast augmentation: case report and the review of the literature. *Aesthetic Plast Surg*, 2013;37:767-769.
3. TIJERINA VN, SAENZ RA. Mondor's syndrome: a clinical finding on subfascial breast augmentation. *Aesthetic Plast Surg*, 2010;34:531-533.
4. PASTA V, D'ORAZI V, SOTTILE D *et al.* Breast Mondor's disease: diagnosis and management of six new cases of this underestimated pathology. *Phlebology*, 2015;30:564-568.
5. KADIOGLU H, YILDIZ S, ERSOY YE *et al.* An unusual case caused by a common reason: Mondor's disease by oral contraceptives. *Int J Surg Case Rep*, 2013;4:855-857.
6. COSCIA J, LANCE S, WONG M *et al.* Mondor's thrombophlebitis 13 years after breast augmentation. *Ann Plast Surg*, 2012;68:336-337.
7. DIETERICH M, STUBERT J, GERBER B *et al.* Biocompatibility, cell growth and clinical relevance of synthetic meshes and biological matrixes for internal support in implant-based breast reconstruction. *Arch Gynecol Obstet*, 2015;291:1371-1379.
8. WALSH JC, POIMBEUF S, GARVIEN DS. A common presentation to an uncommon disease. Penile Mondor's disease; a case report with literature review. *Int Med Case J*, 2014;7:155-157.
9. ANDREW-SALZBERG C, DUNAVANT C, NOCERA N. Immediate breast reconstruction using porcine acellular dermal matrix (Strattice): long term outcomes and complications. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2013;66:323-328.
10. DUDRAP E, MILLIEZ PY, AUQUIT-AUCKBUR I *et al.* Mondor's disease and breast plastic surgery. *Ann Chir Plast Esthet*, 2010;55:233-237.
11. SHAH NA, GRYSKIEWICZ J, CRUTCHFIELD CE. Successful Treatment of a Recalcitrant Mondor's Cord Following Breast Augmentation. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2014;7:50-51.
12. LHOEST F, GRANDJEAN FX, HEYMANS O. La maladie de Mondor: une complication de la chirurgie mammaire. *Ann Chir Plast Esthet*, 2005;50:197-201.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Une unité mobile de prévention du risque opératoire au plus près des équipes médico-chirurgicales

50 établissements de santé visités dans toute la France: tel est le programme 2016 de l'ASSPRO Truck "Branchet on the road", l'unité mobile de prévention du risque opératoire, lancé à l'initiative de l'association de prévention du risque opératoire (ASSPRO) et du cabinet Branchet, leader exclusif de l'assurance responsabilité civile professionnelle médicale des praticiens libéraux du plateau technique.

L'objectif de ce camion *high-tech* est de dispenser de façon itinérante des formations pratiques, utiles et innovantes au plus près du lieu d'exercice des équipes médico-chirurgicales (anesthésistes, chirurgiens, infirmiers, brancardiers, secrétaires médicales...) dans une perspective de diminution significative du risque opératoire et d'augmentation du nombre de praticiens formés.

J.N.

D'après un communiqué de presse du cabinet Branchet.