

Mondors sygdom i thoraxvæggen seks måneder efter excision af malignt melanom

Emir Hasanbegovic, Faranak Nezame Sarmady & Anders Frøkjær Ulrik

KASUISTIK

Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brand-sårsbehandling, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2014;176:V02140115

Mondors sygdom (MS) er en superficiel tromboflebitis i thoraxvæggen eller brystet, hvori indgår vena epigastrica superior, v. thoracoepigastrica eller v. thoracica lateralis [1]. Incidensen af MS hos patienter opereret i mamma er på ca. 1% [2]. Den typiske patient er en kvinde i alderen 30-60 år. Kvinde:mand-ratioen er 3:1 [1].

SYGEHISTORIE

En 39-årig kvinde blev af egen læge henvist til en ekstraordinær kontrol på en plastikkirurgisk afdeling, idet hun igennem fjorten dage havde haft smerter i en nytilkommen streng i huden på venstre side af thorax. Strengen var særligt smertefuld ved palpation.

Patienten var seks måneder forinden blevet behandlet med excision af et malignt melanom af typen superficielt spredende i venstre lumbalregion. Breslowtykkelsen var 0,55 mm, og Clarks level var 3 med dermale mitoser og uden ulceration eller regression. Sentinel-lymfeknudebiopsi fra venstre lyske og venstre aksil var uden malignitet. Fra aksillen var der blevet udtaget én sentinel-lymfeknude og tilsvarende fra lysken. Patienten fulgte et kontrolforløb i henhold til Dansk Melanom Gruppens anbefalinger.

Ved den subakutte kontrol både så og palperede man en subkutan beliggende tynd streng med en

længde på ca. 5 cm. Strengen strakte sig vertikalt fra venstre side af thorax op til basis af venstre mammas nedre laterale kvadrant (**Figur 1A**). Der var udtalt ømhed ved palpation. Huden var uden misfarvning, og der var ikke mistanke om infektion.

Man overvejede en ultralydskanning af området, men besluttede i stedet at udføre en diagnostisk excisionsbiopsi i lokalanalgesi, hvor man samtidigt direkte kunne se forandringen. Biopsien blev foretaget via en mindre incision i inframammærfuren på tværs af forandringen. En subkutan beliggende strengdannende struktur, der var ca. 3 mm i diameter, kunne fridissekeres. Forandringen lignede mest af alt et fortykket lymfekar eller en tromboseret vene (**Figur 1B**). Et stykke på 1 cm blev excideret, hvorved det blev klart, at der var tale om en rørstruktur. En patologisk undersøgelse af biopsien viste, at der var tale om bløddelsvæv med uspecifik reaktiv forandring, der var intet malignt.

DISKUSSION

En nytilkommen og smertefuld forandring i huden hos en patient, der er blevet behandlet for malignt melanom, kan være psykisk belastende, idet den kan give mistanke om recidiv af sygdommen.

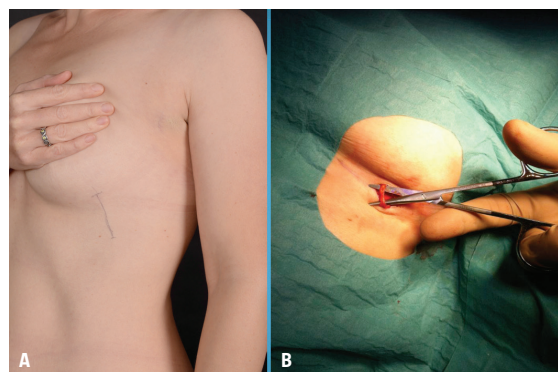
MS viser sig oftest ved pludseligt opståede smerter, som efterfølges af dannelsen af en øm og palperbar streng i mamma [1] eller inframammært [3]. Strengen kan være 2-5 mm bred [3] og 5-30 cm lang [1]. Der er ingen inflammatorisk reaktion perifert for venen [4], og smerterne kan forværres ved bevægelse [1].

Ofte er MS idiopatisk, men en hyppig disponerende faktor er nylig kirurgi i området og langt overvejende kirurgi i mamma, enten som en operation for mammacancer eller som et kosmetisk indgreb [2, 4]. Andre disponerende faktorer er tidligere traumer i området, mammaabsces eller mammacancer, omend sidstnævnte er sjælden [1, 3, 4]. Hvis der opstår MS efter kirurgi, vil det typisk ske 3-6 uger postoperativt, men der er også beskrevet tilfælde seks måneder postoperativt og i en enkelt case hele 13 år efter en brystforstørrende operation [3].

Hos patienten i sygehistorien må man formode, at det var indgrebet i venstre aksil med udhentning af

FIGUR 1

Præoperativt, hvor den subkutane strengdannelse er tegnet op. B. Peroperativt, hvor strengdannelsen er fridissekeret.



en lymfeknude til *sentinel*-lymfeknudediagnostik, der forårsagede MS.

Patofysiologien involverer skade på de vertikalt orienterede superficielle vener på thoraxvæggen eller abdomen, f.eks. når man ved kirurgi ligerer eller el-koagulerer karret. Tilstedeværelsen af veneklapper forhindrer retrogradt flow, hvilket resulter i stase, inflammation og trombedannelse [3]. Forløbet er sædvanligvis benignt og selvlimiterende med rekanalisering og remodelering af kollagenet i karret efter 2-8 uger [3]. Der kan eventuelt gives symptomatisk behandling med analgetika.

Hos patienter, der netop har gennemgået et kirurgisk indgreb i nærheden af forandringen, vil diagnosen iatrogen MS kunne stilles med stor sikkerhed alene ved klinisk vurdering. Hos patienter, som har MS og ikke umiddelbart har fået foretaget kirurgi, må man undersøge, om der kunne være andre årsager, såsom traume, infektion/absces, trombofili og ikke mindst brystcancer [3]. Tilsvarende hvis symptomerne ikke aftager inden for den forventede tidsperiode [4].

MS er en sjælden, benign og selvlimiterende tilstand, som kan vise sig efter kirurgi på thorax eller bryst. Plastikkirurger, mammakirurger og alment praktiserende læger bør have kendskab til tilstanden for at kunne berolige og rådgive disse patienter.

SUMMARY

Emir Hasanbegovic, Faranak Nezame Sarmady & Anders Frøkjær Ulrik:

Mondor's disease in the chest wall six months after excision of malignant melanoma

Ugeskr Læger 2014;176:V02140115

This case report presents a 39-year-old woman with Mondor's disease in the left chest wall six months after excision of a malignant melanoma in the left lumbar region, with sentinel lymph node-biopsy from the left axilla. Mondor's disease is a rare, benign and self-limiting superficial thrombophlebitis, which can appear after surgery on the breast or thorax. Aetiology, pathophysiology, clinical presentation and disease course are reviewed.

KORRESPONDANCE: Emir Hasanbegovic, Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.
E-mail: emir.hasanbegovic@regionh.dk

ANTAGET: 25. marts 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 7.7.2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige på Ugeskrif

LITTERATUR

1. Pugh CM, DeWitty RL. Mondor's disease. J Nat Med Assoc 1996;96:359-63.
2. Khan UD. Mondor disease: a case report and review of the literature. Aesthet Surg J 2009;29:209-12.
3. Coscia J, Lance S, Wong M et al. Mondor's thrombophlebitis 13 years after breast augmentation. Ann Plast Surg 2012;68:336-7.
4. Laroche JP, Galanaud J, Labau D et al. Mondor's disease: what's new since 1939? Thromb Res 2012;130:S56-8.