TUBERCULOSE MULTIFOCALE ET MALADIE DE MONDOR: QUAND L'INFECTIEUX RENCONTRE LE VASCULAIRE

1er Auteur : zeineb, DENDEN, médecin spécialiste en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, Hopital militaire principal d'instruction de Tunis (HMPIT), Tunis , TUNISIE

Autres auteurs, équipe:

- Zeineb, DENDEN, médecin spécialiste en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, HMPIT , Tunis, TUNISIE
- Souha, HANNACHI, professeur agrégé en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, HMPIT, Tunis, TUNISIE
- Ines, CHALBAOUI, interne en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, HMPIT, Tunis, TUNISIE
- Selima, BEN SEDRINE, interne en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, HMPIT, Tunis, TUNISIE
- Rym, ABID, professeur en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, HMPIT, Tunis, TUNISIE
- Riadh, BATTIKH, professeur en Maladies Infectieuses, Service des Maladies Infectieuses, HMPIT, Tunis, TUNISIE

Introduction

La tuberculose augmente le risque de complications thromboemboliques, notamment la maladie veineuse thromboembolique (MVTE). La MVTE est due dans ce contexte généralement à un état d'hypercoagulabilité induit par l'inflammation chronique. La maladie de Mondor (MD) est une pathologie veineuse superficielle rare. Nous rapportons un cas d'association de tuberculose extra-pulmonaire multifocale avec une thrombose superficielle des veines de la paroi thoracique.

Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 20 ans admise pour exploration d'un ballonnement abdominal progressif évoluant depuis un mois dans contexte d'amaigrissement, de fièvre et sueurs nocturnes. A l'examen, elle était subfébrile, présence d'une matité déclive au niveau des deux flancs avec une légère douleur à la palpation du muscle fessier. Le reste de l'examen clinique était sans anomalies. L'intradermo réaction à la tuberculine était positive. A la biologie, présence d'une CRP élevée, une anémie hypochrome microcytaire avec un taux de globules blancs normal. Le taux de LDH était augmenté. L'échographie abdominale a objectivé un épanchement intra-péritonéal multi-compartimental. Au scanner thoraco-abdomino-pelvien : présence d'une ascite de grande abondance avec rehaussement des feuillets péritonéaux associé à des multiples ganglions et adénomégalies rétro et intra-péritonéaux de rehaussement périphérique, présence de nodules ovalaires mammaires droits, collection intra musculaire de muscle grand fessier gauche associée à une sacro-iléite. Le drainage échoguidé de la collection a ramené un liquide rappelant l'aspect de caséum avec PCR BK positive confirmant le diagnostic de la tuberculose. Une échographie mammaire a été faite montrant un bilan sénologique ACR1 à gauche et ACR3 à droite avec découverte fortuite d'une thrombophlébite superficielle des veines sous cutanées de la paroi thoracique antérieure para sternale du même côté quadrant avec la MD. Le bilan de thrombophilie s'est révélé normal. La patiente n'a pas reçu un traitement spécifique pour la thrombose. Elle a été mise sous surveillance échographique de nodule mammaire. Elle a reçu le traitement antituberculeux avec bonne évolution.

Discussion

La maladie de Mondor est rare dont la prévalence reste méconnue dans la littérature. Elle est habituellement bénigne d'étiologie variée. Elle est plus fréquente chez les femmes. Le diagnostic positif est souvent clinique se manifestant principalement par un cordon douloureux. Il s'agit d'une pathologie des veines superficielles à localisation thoracique et abdominale le plus souvent. D'autres localisations veineuses sont possibles, notamment au niveau de la verge, de l'avant-bras et de la région inguinale. Des cas associés à un cancer du sein ou survenant suite à une chirurgie thoracique ou suite à un traumatisme local ont été décrits. Dans notre cas la découverte d'une thrombophlébite superficielle de la paroi thoracique antérieure était associée à un nodule du sein ACR3 dont surveillance est nécessaire. D'où parfois la recherche d'un facteur favorisant ou terrain sous-jacent de néoplasie est systématique. En absence de pathologie sous-jacente, cette maladie est spontanément résolutive.

Conclusion

La maladie de Mondor est une maladie bénigne touchant le réseau veineux superficiel. Elle reste sous-estimée car parfois asymptomatique et spontanément résolutive. Sa bénignité ne doit pas faire oublier une éventuelle pathologie néoplasique sous-jacente notamment mammaire. Toutefois, l'association de la maladie de Mondor avec la tuberculose dont le risque thromboembolique est bien établi est rarement rapportée dans la littérature.