

LES SYNOVITES VILLONODULAIRES DES GROSSES ARTICULATIONS (A PROPOS DE 14 CAS)

R. RIFAI, H. YACOUBI, MS. BERRADA, A. EL BARDOUNI, M. MAHFOUD, M. YAACOUBI,
M. EL MANOUAR

Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Rabat, Maroc

RESUME

Les auteurs rapportent 14 cas de synovite villo-nodulaire (SVN) des grosses articulations, sur une période de 1982-2001. Le diagnostic a été suspecté sur les données cliniques (hémarthroses à répétition). La confirmation historique a été obtenue dans les 14 observations, Tous nos patients sont opérés : arthrotomie et synovectomie subtotale. Les résultats obtenus sont satisfaisants 8 bons et très bons résultats. Pour les 12 patients suivis avec un recul moyen de 3 ans : 2 récurrences sont apparues dans un délai de 8 mois (genou) et 12 mois (épaule), après traitement des formes diffuses. La SVN nécessite un traitement rapide, le diagnostic est parfois difficile et l'IRM est un examen indispensable pour le diagnostic, la surveillance et le dépistage des récurrences.

Mots clés : synovite, villo-nodulaire, synovectomie, récurrence

ABSTRACT

The authors report 14 cases of villonodular synovitis of big joints : the knee (10 cases), ankle (2 cases), hip (1 case) and shoulder (1 case) observed between 1982-2001. Diagnosis was suspected with the clinical exam (iterative hemarthrosis), and always confirmed at histopathology. All of our patients were operated : subtotal synovectomy after arthrotomy. The result was satisfactory in 8 cases. Among 12 patients with the mean follow-up was 3 years, two had recurrence which appeared 8 months (knee) and 12 months (shoulder) after subtotal synovectomy for diffuse synovitis. The villonodular synovitis should be treated as soon as possible, diagnosis is sometimes difficult, so the magnetic resonance imaging is useful for diagnosis, survey and detecting recurrence.

Key words : synovitis, villonodular, synovectomy, recurrence

INTRODUCTION

La synovite villo-nodulaire (SVN) est une tumeur bénigne de la synoviale à potentiel de récurrence locale particulièrement élevé et dont l'origine semble histiocytaire ou fibroblastique (10). C'est une pathologie rare. De nombreuses étiopathogénies (6) de la maladie sont décrites mais aucune hypothèse ne peut être confirmée. L'incidence est estimée par Myers et Masi (8) à 1,8 par million d'habitants et par an. La maladie touche le plus souvent l'adulte jeune entre 20 et 40 ans. La localisation au genou représente 70% de l'atteinte des grosses articulations. La clinique des SVN est peu parlante, ce qui explique la durée de tolérance variable de cette pathologie encore mystérieuse. L'examen par l'IRM permet désormais d'identifier plus tôt la maladie et de réaliser une cartographie très précise des lésions. Cette étude se propose d'évaluer les résultats des synovectomies chirurgicales par arthrotomie dans la SVN.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 14 patients atteints de SVN des grosses articulations, opérés entre 1982-2001, sur une période de 9 ans.

Il s'agissait de 6 femmes et 8 hommes, d'âge moyen de 26 ans (extrêmes entre 16 et 68 ans). Dix localisations étaient au niveau du genou, une au niveau de la hanche, deux au niveau de la cheville et un cas au niveau de l'épaule.

L'ancienneté des symptômes avant l'établissement du diagnostic a été en moyenne de 50 mois pour l'ensemble de la série (extrêmes entre 11 mois et 6 ans).

Au niveau du genou, les signes d'appel étaient dans 8 cas dominés par des hémarthroses à répétition et dans un cas un syndrome méniscal dominait le tableau. Dans les localisations de la cheville et de l'épaule, les signes cliniques étaient représentés, en plus de la douleur, par la limitation des amplitudes articulaires et un empatement périarticulaire. Enfin, des douleurs articulaires isolées étaient notées chez le patient qui avait l'atteinte de la hanche.

L'envahissement osseux a été noté dans 4 cas : érosion corticale au point de réflexion de la synoviale, géodes polycycliques au niveau des zones d'insertion capsulo-ligamentaire communiquant avec la cavité articulaire. L'IRM, examen encore onéreux dans notre pays, fait chez un seul de nos malades a montré la présence de nombreuses images nodulaires tissulaires au sein de zones liquidiennes d'épanchement en avant et de part et d'autre de l'extrémité inférieure du fémur, au niveau de l'articulaire fémoro-patellaire et s'étendant le long et en arrière du tendon quadricipital et en arrière de l'échancrure intercondylienne et en arrière du condyle fémoral gauche (forme diffuse).

RESULTATS

Tous nos patients ont été traités par la chirurgie classique : arthrotomie et synovectomie la plus large possible. L'intervention à chaque fois a permis de reconnaître la

maladie par son aspect macroscopique, en confirmant systématiquement le diagnostic par un examen anatomopathologique. Une résection en un temps a été réalisée chez 9 patients dont un malade opéré pour un syndrome méniscal. Un autre patient avait un diagnostic préopératoire de kyste hydatique de la hanche. Pour les 5 autres patients, la résection a été faite en deux temps : biopsie première, suivie d'un complément de résection après résultat histologique.

Deux des 14 patients opérés ont été perdus de vue. Les 12 autres patients ont été revus. Au niveau du genou, on a noté trois formes localisées, sans récurrence ni complications mécaniques, au dernier examen. Dans les formes diffuses, on a observé deux récurrences (genou à 8 mois et épaule à 12 mois) qui ont nécessité une reprise chirurgicale complétée par une synoviorthèse à l'acide osmique. Les résultats étaient satisfaisants. Le recul de deux patients de notre série est inférieur à 5 mois. Le

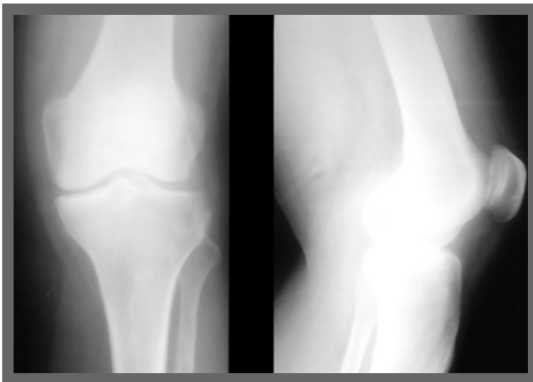


Fig. 1. Radiographie des genoux (face) : normale chez notre patient comme dans 71% (6), cependant, elle peut montrer des érosions corticales, des géodes polycycliques au niveau des zones d'insertion ligamentaire

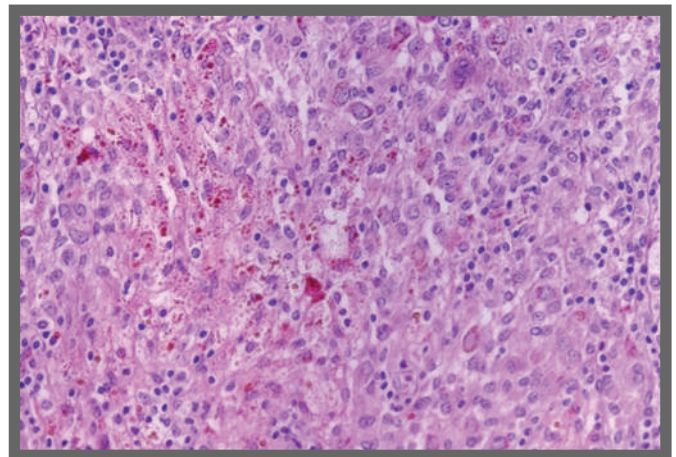


Fig. 2. Lésions composées de nodules et de villosités recouverts de cellules synoviales. Tissu composé en partie d'histiocytes et de macrophages remplis partiellement d'hémossidérine. Plusieurs cellules géantes et cellules spumeuses

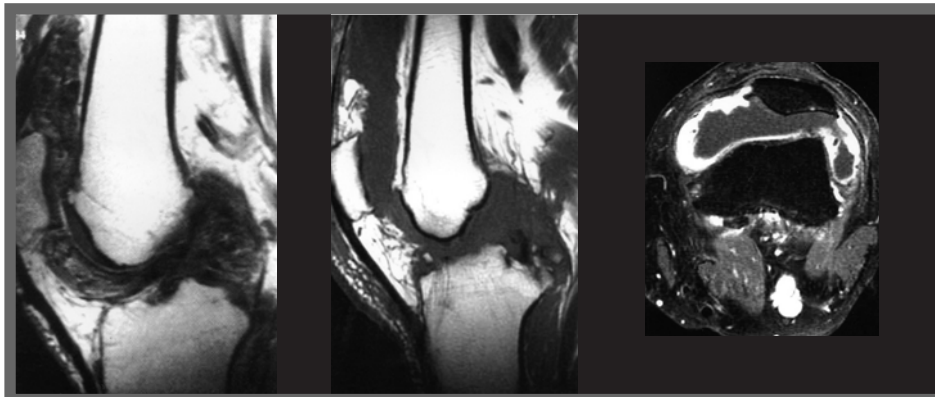


Fig. 3. Différents aspects IRM d'une forme diffuse des SVN du genou, noter la présence des images tissulaires lésionnelles au niveau des articulations fémoro-patellaire, fémoro-tibiale, le long et en arrière du tendon quadricipital, en arrière de l'échancrure intercondylienne

résultat fonctionnel a été bon 8 fois (extension complète et flexion supérieure à 120°) et moyen 3 fois (flexion limitée à 90°). Dans 1 cas, une raideur séquellaire du genou a été observée et une intervention mobilisatrice a été nécessaire.

DISCUSSION

La SVN touche les deux sexes de façon égale. La moyenne d'âge lors des premiers signes est de 26 ans dans notre série, et de 36 ans pour les cas publiés (6). Le délai diagnostique a été très variable, en moyenne 50 mois. Ce délai peut aller jusqu'à 72 ans pour Rao (10). Myers (8) retrouve un délai plus court (10 à 15 mois) pour les formes localisées, qui serait dû à une symptomatologie mécanique plus parlante des formes tumorales. Le genou reste bien la localisation préférentielle de la SVN avec 71% de cas dans notre série, pourcentage assez proche de celui que l'on révèle dans la littérature (2, 11). La hanche et la tibio-tarsienne viennent ensuite.

Enfin, Samuel (12) rapporte un cas rare de SVN de l'articulation talo-scaphoïdienne.

La distinction entre formes localisée et diffuse est classique. La forme localisée représente 21% dans notre série, entre 20 et 25% dans les séries de Myers (8) et Ogilvie-Harris (9). L'envahissement osseux est moins fréquent au genou que sur l'ensemble des localisations essentiellement au niveau de la hanche. Ceci semble défendre la théorie mécanique où l'hyperpression pousse les villosités à pénétrer l'os par les orifices vasculaires (14). Elle est en effet tardive au niveau du genou dont la capacité articulaire est plus grande et plus facilement extensible.

Dans la forme localisée ou tumorale de la SVN du genou, les symptômes sont principalement de type mécanique à type de syndrome méniscal ou corps étranger intra-articulaire. Ceci souligne tout l'intérêt diagnostique et thérapeutique de l'arthroscopie. La forme diffuse se manifeste classiquement par un épanchement récidivant ou chronique, avec douleurs modérées. Dans notre série, l'hémarthrose était présente dans 50% des cas du genou. Gaubert (2), dans sa série des SVN du genou, ne retrouve un épanchement que dans 44% des cas et une symptomatologie mécanique dans 18% des cas.

Les radiographies standard sont le plus souvent normales (70% de notre série), d'autant qu'il s'agit d'une forme localisée du genou. Gaubert (2) retrouve 26% de lésions osseuses, Le Tiec (6) en retrouve 29% au niveau du genou. L'échographie et l'artériographie n'ont pas d'intérêt dans cette pathologie. La tomographie peut montrer un épanchement ou une masse synoviale, elle permet une

bonne cartographie des lésions osseuses. Mais l'IRM constitue actuellement l'examen de référence pour le bilan et la surveillance des SVN (2). C'est un examen paraclinique non invasif déterminant et presque incontournable (1, 4, 5). Les éléments décisifs du diagnostic sont l'hypertrophie synoviale associée à des dépôts d'hémosidérine visible en T1 et T2 et surtout en séquence d'écho de gradient. L'IRM dresse la carte des lésions, mais en aucun cas elle ne peut se substituer à l'examen anatomo-pathologique pour affirmer le diagnostic.

La synovectomie est le traitement idéal des SVN avant l'installation des lésions ostéo-cartilagineuses irréversibles. Elle peut être réalisée sous arthroscopie ou après arthroscopie ou après arthrotomie. L'arthroscopie reste la meilleure méthode diagnostique et thérapeutique surtout dans les formes localisées. Elle permet aussi d'atteindre des zones d'accès difficile comme les régions péri-méniscales et les coques condyliennes. Elle peut être renouvelée si l'évolution nécessite des gestes successifs et localisés. Par contre, dans les formes diffuses, la synovectomie par arthrotomie reste le traitement logique pour réaliser une synovectomie la plus complète. En fait, arthrotomie et arthroscopie méritent d'être associées. Dans les formes diffuses, l'arthroscopie première permet de traiter les lésions d'accès difficile grâce à la miniaturisation des moyens d'exérèse. L'arthrotomie secondaire enlèvera toute la masse tumorale occupant la grande cavité.

La synoviorthèse chimique à l'acide osmique, proposée pour la première fois en 1951 par Von Reis et Swenson, donne des résultats décevants au prix de lésions non négligeables du cartilage (6). D'autres auteurs ont pu utiliser avec succès la synoviorthèse isotopique à l'Yttrium 90, surtout dans les formes diffuses et les récurrences massives. Après 20 ans d'utilisation de l'Yttrium, aucune pathologie maligne n'a été décrite (7).

Les récurrences sont une regrettable mais réelle caractéristique de la maladie. Leur fréquence varie selon les localisations et les formes anatomiques. Dans notre série, nous avons eu deux récurrences sur 10 patients revus, et ont concerné des formes diffuses (genou au 8ème, épaule au 12ème mois). Pour Schwartz (13), le délai moyen de récurrence est de 4,9 ans, et le risque est de 7% à 1 an, 15% à 5 ans et 35% à 25 ans. Le genou a une potentialité de récurrence significativement plus élevée que les autres articulations. Ces récurrences, en fait, traduisent la quasi-impossibilité de réaliser l'exérèse chirurgicale « carcinologique » d'une lésion étendue très diffuse mais bénigne.

CONCLUSION

Tumeur bénigne, la SVN est une pathologie mystérieuse quant à ses origines et son mode de développement. Elle mérite d'être dépistée et traitée dès le début de son évolution surtout dans sa forme localisée. L'IRM permet de suspecter le diagnostic et le traitement des formes localisées et les récidives circonscrites. Les formes diffuses et massives méritent la synovectomie chirurgicale aussi complète que possible seul facteur qui diminue de façon significative le risque de récurrence.

REFERENCES

1. Duffor M, Franceschi JP. La synovite villo-nodulaire hémopigmentée. *J Radiol* 1991 ; 72 : 363-73.
2. Gaubert J, Mazabrand A, Verdie JC. Les synovites villo-nodulaires hémopigmentées des grosses articulations. *Rev Chir Orthop* 1974 ; 60 : 265-98.
3. Hernigou Ph, Marichez M, Voisin MC. Apport de l'IRM dans le bilan de la synovite villo-nodulaire du genou à forme pseudotumorale. *Rev Chir Orthop* 1991 ; 76 : 218-21.
4. Jelinek JS, Krandsdorf MJ. Imaging of pigmented villonodular synovitis with emphasis on MR imaging. *AJR* 1989 ; 152 : 337-42.
5. Krandsdorf MJ, Jelinek JS. Soft tissue masses : diagnosis using MR imaging. *AJR* 1989 ; 153 : 541-7.
6. Le Tiec Th, Hulet C, Locker B. La synovite villo-nodulaire du genou, analyse d'une série de 17 cas et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop* 1998 ; 84 : 607-16.
7. Menkes CJ. Is there a place for chemical and radiation synovectomy in rheumatic disease ? *Rheumatol Rehabil* 1979 ; 18 : 65-77.
8. Myers BW, Masi AT. Pigmented villonodular synovitis and tenosynovitis : a clinical epidemiologic study of 166 cases and literature review. *Medicine* 1980 ; 59 : 229-38.
9. Ogilvie-Harris DJ, Mc Lean J, Zarnett ME. Pigmented villonodular synovitis of the Knee. *J Bone Joint Surg* 1992 ; 74A : 119-23.
10. Rao AS, Vigorota VJ. Pigmented villonodular synovitis. A review of 81 cases. *J Bone Joint Surg* 1984 ; 66A : 76-94.
11. Rochwerger A, groulier P. Synovite villo-nodulaire pigmentée du genou : à propos de 22 cas. *Rev Chir Orthop* 1998 ; 84 : 600-6.
12. Samuel J, Denis A, Voisin C. A propos d'un cas de synovite villo-nodulaire de l'articulation astragaloscaphoïdienne. *Med Chir Pied* 1986 ; 6 : 47-9.
13. Schwartz HS, Unni KK. Pigmented villonodular synovitis. A retrospective review.
14. Scott PM. Bone lesions in pigmented villonodular synovitis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1968 ; 50 : 306-11.