

La Synovite Villonodulaire Pseudotumorale : à propos d'un cas

Mohamed Ali Sbai, Lamjed Tarhouni, Saied Baccari, Adel Khorbi, Nassim Ben Hmida, Salim Daas, Mohamed Souissi, Rafik Marzouk, Messaoud Tebib.

Service d'orthopédie, hôpital Mohamed Tahar Maamouri de Nabeul.

M. Ali Sbai, L. Tarhouni, S. Baccari, A. Khorbi, N. Ben Hmida, S. Daas, M. Souissi, R. Marzouk, M. Tebib.

M. Ali Sbai, L. Tarhouni, S. Baccari, A. Khorbi, N. Ben Hmida, S. Daas, M. Souissi, R. Marzouk, M. Tebib.

La Synovite Villonodulaire Pseudotumorale : à Propos d'un Cas

Pseudotumoral Villonodular Synovitis : A Case Report

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°08) : 610 - 613

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°08) : 610 - 613

R É S U M É

Prérequis : La synovite villonodulaire pigmentée pseudotumorale est une affection rare et bénigne, pose souvent un problème diagnostic.

But: Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation: Nous rapportons une observation rare de synovite villonodulaire pseudo tumorale du tiers inférieur de la cuisse gauche observée chez une patiente de 28 ans ayant consulté pour tuméfaction de la cuisse gauche. L'évolution est favorable après résection chirurgicale avec un recul de 3 ans, permettant au vue des données de la littérature, de rappeler les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette forme clinique rare.

S U M M A R Y

Background: Pseudotumoral pigmented villonodular synovitis is rare and diagnosis is difficult.

Aim: Report of new case.

Case: We report an original observation of a pseudotumoral pigmented villonodular synovitis occurred in a 28 years old patient with no recurrence after surgical treatment. A review of the literature was made in order to precise the epidemiological, diagnostic and therapeutic characteristics.

Mots - clés

Tumeur; Synoviale; Synovite villonodulaire pigmentée;

Key - words

Tumor; Synoviale membrane; Pigmented villonodular synovitis

La synovite villonodulaire pigmentée est une affection rare et bénigne qui se caractérise par une prolifération cellulaire se développant aux dépens de la membrane synoviale(1,2). La forme pseudotumorale pose souvent un problème diagnostic. Le diagnostic précoce permettant un traitement chirurgical a temps, diminue le taux de récurrence.

OBSERVATION

Mme F.S âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour une tuméfaction du tiers inférieur de la cuisse gauche évoluant depuis un an, augmentant progressivement de volume, indolore, sans notion de traumatisme, ni d'inoculation septique.

L'examen clinique trouvait une patiente en bon état général, apyrétique, une tuméfaction hémicirculaire antéro interne du tiers inférieur de la cuisse gauche, molle, avec présence de télangiectasie en regard (figure 1).

Figure 1 : Aspect Clinique de la tuméfaction du tiers inférieur de la cuisse.



Le genou était stable de mobilité normale indolore avec un discret choc rotulien. L'examen de la hanche était normal, pas d'adénopathie satellite. Le bilan biologique notait un discret syndrome inflammatoire avec une V.S à 15 mn à la première heure. Les radiographies standards montraient une tuméfaction antérieure des tissus mous du tiers inférieur de la cuisse gauche (figure 2).L'examen IRM montrait un processus tumoral mal limité du tiers inférieur de la cuisse, envahissant le quadriceps avec extension au genou et se rehaussant après injection du gadolinium (figure 3,4).

Figure 2 : Aspect radiographique montrant la tuméfaction des tissus mous de la cuisse.



Figure 3 : Image IRM de la tumeur de face et de profil qui se rehausse après injection de produit de contraste.



Figure 4 : Image IRM de la tumeur de face et de profil qui se rehausse après injection de produit de contraste.

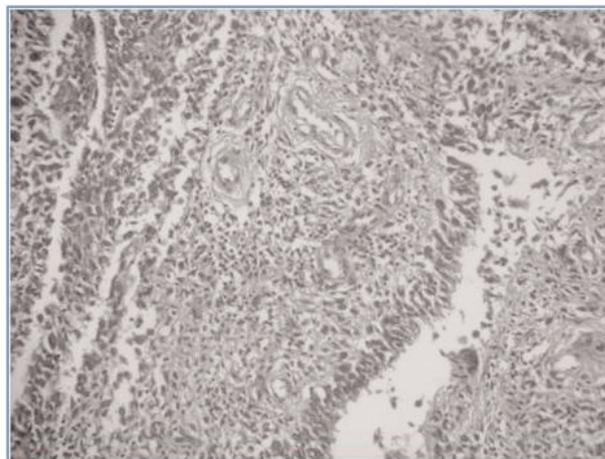


Plusieurs étiologies ont été évoquées ; tumorale bénigne, tumorale maligne ou infectieuse. L'abord chirurgical de la tumeur trouvait un processus tumoral englobant le fémur sans l'envahir et s'étendant à l'articulation du genou (figure 5). L'examen histologique après biopsie de la lésion montrait la présence d'une hyperplasie des franges associée à des nodules constitués de cellules mononucléées régulières associées à des cellules géantes multinucléées et à des histiocytes (figure 6). Certaines cellules sont chargées de pigments hémossidériques et conduisent à une synovite villonodulaire pseudo tumorale. Avec un recul de 3 ans le genou gauche est de mobilité normale, sans signes de récurrence.

Figure 5 : Vue per opératoire de la tumeur



Figure 6 : Aspect anatomopathologique avec hyperplasie des franges



DISCUSSION

Cette pathologie rare correspond à une lésion proliférative idiopathique de la membrane synoviale caractérisée par un stroma fibreux, des dépôts d'hémossidérine et une infiltration histiocyttaire et à cellules géantes. La synovite villonodulaire pigmentée peut en effet être diffuse et intéresser l'ensemble de la synoviale d'une articulation ou au contraire être focale, et présenter alors un aspect pseudo tumoral.

L'épaississement synovial peut être de type vilieux, nodulaire ou villonodulaire (1).

Les formes diffuses intra articulaires intéressent par ordre de fréquence décroissante le genou (80 % des cas), la hanche (10%), la cheville (5 à 7 %), le poignet (2 à 3 %), l'épaule (2 %) et le coude (1 à 2 %), mais toutes les articulations peuvent être affectées(2,3). Les formes focales pseudo tumorales siègent essentiellement au genou, notamment en regard de la graisse de Hoffa. Les formes focales intra articulaires se révèlent rarement par un blocage (4,5). Les radiographies standards sont normales ou révèlent une tuméfaction des tissus mous non spécifique, parfois nodulaire et de densité élevée en raison des dépôts d'hémossidérine, mais non calcifiée. L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan d'extension de cette affection. La synoviale épaisse présente un signal hétérogène mais elle comporte typiquement, et quelque soit la pondération, des plages en hyposignal témoignant d'un tissu fibreux mais surtout de dépôts d'hémossidérine dont la visibilité est renforcée sur les séquences en écho de gradient. L'injection de chélate de Gadolinium rehausse la synoviale, sauf les contingents fibreux et les dépôts d'hémossidérine qui sont par conséquent très nettement silhouettés (6).

À l'examen anatomopathologique, la synovite villonodulaire pigmentée est décrite comme une prolifération vilieuse et/ou nodulaire constituée de cellules mononucléées, plurinucléées de type histiocyttaire et fibroblastique, contenant des inclusions lipidiques et d'hémossidérine. Un nombre variable de cellules

géantes est également observé. Le taux de récurrence de cette affection est particulièrement élevé, 45 % (7,8) La durée minimale de surveillance conseillée est de cinq ans, les récurrences surviennent le plus souvent dans les trois premières années (8). Les récurrences fréquentes impliquent de réaliser une chirurgie la plus complète possible. Si la tumeur est localisée, la chirurgie peut être facile et non invalidante. En présence d'une lésion diffuse, plus invasive, la chirurgie doit être étendue, conduisant parfois à l'amputation. Une alternative proposée est une chirurgie moins agressive (résection intra lésionnelle) suivie d'un traitement adjuvant, radiothérapie externe ou

instillation intra-articulaire de colloïdes radioactifs(9). Ce traitement peut permettre la préservation du membre et de la fonction articulaire dans une population de patients relativement jeunes. Quelques cas de transformation maligne ont été rapportés, l'origine néoplasique, auparavant rejetée, est à nouveau évoquée dans la littérature(10). Bertoni et al. ont décrit huit cas qu'ils considéraient comme des synovites villonodulaires pigmentées de type malin. En tenant compte de l'évolution fatale de la moitié des patients, ils ont préconisé une chirurgie radicale en présence de synovite villonodulaire pigmentée maligne(11).

Références

1. C. Giannini, B.W. Scheithauer, D.E. Wenger and K.K. Unni , Pigmented villonodular synovitis of the spine : a clinical, radiological, and morphological study of 12 cases. *J Neurosurg* 1996;2:592-597.
2. S. Remy, O. Lafenêtre, A. Huchet, D. Chauveaux, B.N. Bui and G. Kantor, Radiothérapie postopératoire d'une tumeur bénigne de la cheville. *Cancer/Radiother* 1999; 2: 242-244.
3. J. Calmet, J. Hernandez-Hermoso, J. Gine and F. Jimeno, Localized pigmented villonodular synovitis in an unusual location in the knee. *Arthroscopy* 2003;19:144-149.
4. A.L. Nielsen and T. Kiaer , Malignant giant cell tumor of synovium and locally destructive pigmented villonodular synovitis : ultrastructural and immunohistochemical study and review of the literature. *Hum Pathol* 1989; 1:765-771.
5. Lichtenstein L et Sutro CJ cités par Abdul-Karim F.W., El Naggar A.K., Joyce M.J., Makley J.T., Carter J.R.H.L. Jaffe, Diffuse and localized tenosynovial giant cell tumor and pigmented villonodular synovitis : a clinicopathologic and flow cytometric DNA analysis. *Hum Pathol* 1992; 42A: 729-735.
6. A. Cotten , X Demondion , N Boutry , P Chastanet , E Delfaut. Imagerie des affections synoviales, tumorales ou non. *J. radiol.* 2000; 81: 381-389.
7. A.S. Rao and V.J. Vigorita , Pigmented villonodular synovitis (giant-cell tumor of the tendon sheath and synovial membrane) . A review of eighty-one cases. *J Bone Joint Surg* 1984; 6: 76-94.
8. B. O'Sullivan, B. Cummings, C. Catton, R. Bell, A. Davis, V. Fornasier et al., Outcome following radiation treatment for high-risk pigmented villonodular synovitis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;66A: 777-786.
9. Shabat S., Kollender Y., Merimsky O. Isakov, J., Flusser G. Nyska M. et al., The use of surgery and yttrium 90 in the management of extensive and diffuse pigmented villonodular synovitis of large joints, *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:1113-1118.
10. F.M. Enzinger and S.W. Weiss In: *Soft tissue tumors* CV Mosby, Philadelphie 1988:747-751.
11. F. Bertoni, K.K. Unni, J.W. Beabout and F.H. Sim , Malignant giant cell tumor of the tendon sheaths and joints (malignant pigmented villonodular synovitis). *Am J Surg Pathol* 1997 ;47A: 153-163.