

**SYNOVITE
VILLONODULAIRE
PIGMENTEE DE LA
CHEVILLE : à propos d'un cas
PIGMENTED VILLONODULAR
SYNOVITIS OF THE ANKLE:
about one case**

Sinaa Mohamed 1, Bousbaa Hicham 2, El
ouasti Jamal 2, Albouzidi Abderrahmane 3

RESUME :

La synovite villonodulaire pigmentée (SVNP) est une prolifération pseudotumorale bénigne rare de la synoviale articulaire, d'étiologie inconnue. Elle peut aussi se développer au sein des bourses séreuses, des gaines tendineuses. Généralement, elle atteint les grosses articulations notamment le genou et la hanche. La localisation de la cheville est très rare, avec seulement quelques cas publiés dans la littérature. Nous rapportons un cas d'un patient de 46 ans présentant une SVNP de la face postérieure de la cheville gauche. La radiographie n'a pas montré de lésion osseuse apparente. Le traitement a consisté en une exérèse chirurgicale.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec la rédaction de cet article
1-Service d'anatomie pathologique, hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.
2-Service de traumatologie orthopédique, hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc.
3- Service d'anatomie pathologique, hôpital militaire Mohammed V, Rabat, Maroc.

Le résultat de l'examen anatomo-pathologique conclu à une SVNP des tendons. Le contrôle post opératoire Le contrôle post opératoire après 24 mois n'a

MOTS-CLÉS : synovite villonodulaire pigmentée, cheville.

ABSTRACT:

Pigmented villonodular synovitis (SVNP) is a rare benign pseudotumoral proliferation of the synovial joint, of unknown etiology. It can also develop within the bursae, tendinous sheaths. Generally, it affects large joints including the knee and hip. The localization of the ankle is very rare, with only a few cases published in the literature. We report a case of a 46-year-old patient with SVNP from the posterior aspect of the left ankle. The radiograph did not show any apparent bone lesions. Treatment consisted of surgical excision. The result of the pathological examination concluded at a SVNP tendons. Postoperative control after 24 months showed no signs of recurrence.

Keys words: Pigmented villonodular synovitis, ankle.

INTRODUCTION :

La SVNP est une affection proliférative rare appartenant à la dystrophie synoviale bénigne, caractérisée par une hyperplasie villose ou nodulaire de la synoviale, d'étiologie inconnue (1). Cette pathologie est habituellement mono-articulaire, touchant les grosses articulations tels le genou et la hanche. La localisation de la cheville est très rare avec seulement quelques cas publiés dans la littérature. La certitude diagnostique repose sur l'examen anatomopathologique. Nous rapportons un cas de SVNP touchant l'articulation de la cheville.

OBSERVATION :

Patient de 46 ans présentant depuis huit mois de sa consultation, une tuméfaction à la face postérieure de la cheville gauche dans un contexte de polyarthralgies. L'examen physique de cette cheville révéla une tuméfaction légèrement saillante de part et d'autre du relief du tendon achilléen. Elle semblait non adhérente à la peau et en profondeur. Cette tuméfaction n'était pas douloureuse. La radiographie n'a pas montré de lésion osseuse. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montrait la présence d'une masse hétérogène intra-articulaire envahissant la gouttière postérolatérale de cheville, se rehaussant après l'injection de produit de contraste faisant évoquer une pathologie pseudo tumorale. Une biopsie chirurgicale a été réalisée. L'examen anatomopathologique montrait des franges synoviales bordées de cellules hyperplasiques en deux ou trois couches (figure 1), dont l'axe renferme une population riche et polymorphe de cellules histio-monocytaires, tantôt arrondies ou fusiformes tantôt volumineuses avec un cytoplasme abondant chargé de gouttelettes lipidiques formant des cellules spumeuses (figure 2). Les cellules comme le tissu interstitiel renferment en quantité variable, du pigment ferrique (figure 3). On a conclu à une synovite villonodulaire pigmentée des tendons. Le patient a bénéficié d'une résection de la masse par voie postérolatérale avec une synovectomie subtotale. Aucun geste osseux n'était effectué. A deux ans de recul, le patient ne présentait aucun signe de récurrence.

DISCUSSION :

Décrite pour la première fois par Chassignac et Al. en 1941 (1), la SVN est une tumeur fibro-histiocytaire responsable d'une hyperplasie pigmentée des villosités synoviales pouvant confluer en nodule.

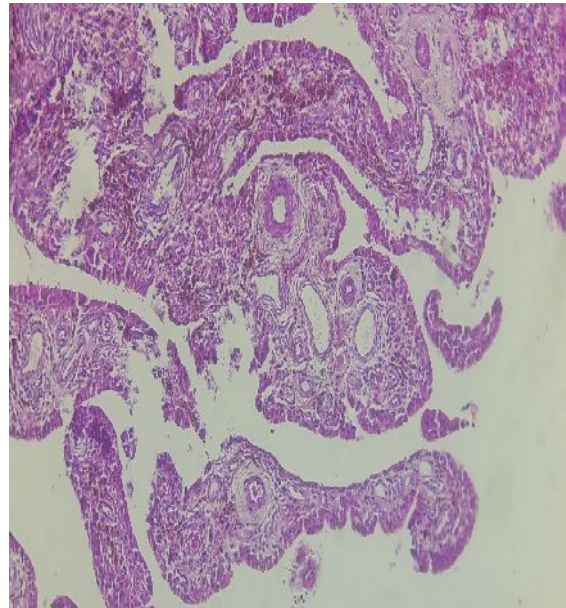


Figure 1 : Franges synoviales épaissies bordées de cellules hyperplasiques, dont l'axe renferme un infiltrat inflammatoire polymorphe de cellules monocytaires.

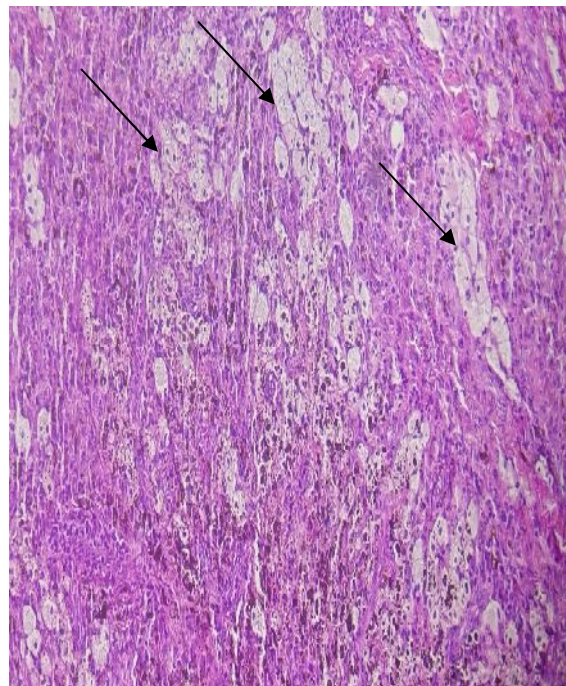


Figure 2 : Infiltrat histiocytaire avec un cytoplasme abondant chargé de gouttelettes lipidiques formant des cellules spumeuses (flèche)

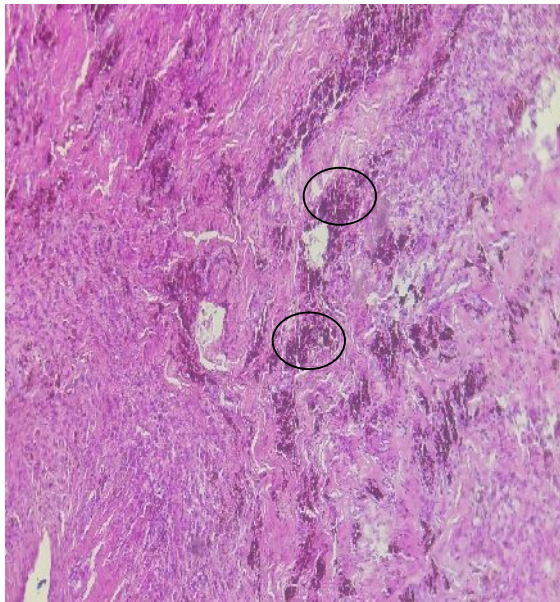


Figure 3 : Les éléments inflammatoires et le tissu interstitiel renferment du pigment ferrique.

Elle peut aussi toucher les gaines tendineuses et les bourses séreuses. Morphologiquement, nous distinguons des formes diffuses intéressant l'ensemble de la synoviale et des formes localisées (2).

C'est une pathologie de l'adulte de 20 à 85 ans, sans prédominance de sexe. L'étiopathogénie de la SVN est mal connue et encore discutée aujourd'hui. Bien que plusieurs hypothèses aient été émises telles que la survenue d'une prolifération synoviale liée à une inflammation chronique, une néoplasie bénigne d'étiologie inconnue, une anomalie du métabolisme lipidique local et des traumatismes répétés (2). Certaines aberrations cytogénétiques sont détectées dans la majorité des cas de SVN mais pas dans tous (3). Certains auteurs comme Perka et Al. suggèrent que l'étiopathogénie de la SVN serait inflammatoire dans les formes localisées et néoplasique dans les formes diffuses (3).

Cliniquement, c'est une masse de croissance lente, douloureuse dans 15% des cas évoluant depuis plusieurs mois, prédominance dans le genou (75%), sinon

la hanche (15%), rare dans les doigts, orteils, cheville, coude, encore plus rare dans la colonne vertébrale (surtout cervicale). La tumeur forme une masse à point de départ articulaire postérieur. Certaines localisations exceptionnelles ont été rapportées comme l'articulation sacro-iliaque, l'articulation temporomaxillaire. L'atteinte est rarement plurifocale. La localisation est surtout superficielle (2/3 à 90% des cas), avec possibilité d'épanchement articulaire ou d'hémarthrose (4,5). La symptomatologie clinique de la SVN est donc non spécifique, sans signe pathognomonique, rendant le diagnostic difficile.

Les radiographies standards sont en général normales. Des érosions osseuses sont parfois observées à un stade avancé du fait du caractère destructeur de la SVN. Dans les formes localisées, l'échographie peut objectiver une formation hypoéchogène qui peut être associée à un épanchement articulaire. L'IRM reste l'examen de choix et peut montrer de multiples lésions synoviales présentant un signal hypo-intense ou intermédiaire en T1 et un hypo signal en T2 et écho de gradient [7]. Les villosités touchées sont bien distinguées du liquide articulaire. De petites zones d'hypo signal sont mises en évidence dans les masses synoviales sans rehaussement du signal par le gadolinium ce qui correspond à des dépôts d'hémosidérine (6).

L'arthroscopie montre un aspect souvent caractéristique, permet la confirmation histologique, et précise l'étendue : la SVN localisée prend la forme d'un nodule typiquement ocre, sessile ou plus souvent pédiculé, de consistance ferme, avec un piqueté hémorragique, dans les formes diffuses, il existe une prolifération synoviale villositaire majeure en masse, de couleur ocre ou brune, avec parfois un piqueté hémorragique caractéristique (7).

L'étude histologique reste indispensable pour confirmer ou affirmer le diagnostic. Il s'agit d'une prolifération pseudotumorale mal limitée en périphérie et peut comporter des zones de prolifération cellulaire, dense, monomorphe. Dans les zones villosités, la tumeur est constituée de franges synoviales épaisses bordées de cellules hyperplasiques en deux ou trois couches, dont l'axe renferme une population riche et polymorphe de cellules histiocyto-monocytaires, tantôt arrondies ou fusiformes tantôt volumineuses avec un cytoplasme abondant chargé de gouttelettes lipidiques, projetées dans la cavité articulaire, souvent coalescentes, séparées les unes des autres par des fentes limitées par des cellules synoviales. Des cellules géantes ostéoclastiques, spumeuses, mononucléées, dépôts d'hémosidérine en proportion très variable sont souvent observées. Les nodules forment des masses exophytiques, bien limitées le plus souvent, à contours polycycliques, rattachées de façon plus ou moins large à la synoviale articulaire. La tumeur est souvent circonscrite par une capsule fibreuse de laquelle se détachent des cloisons collagènes qui lobulent la tumeur de façon plus ou moins apparente. Cette capsule n'est pas toujours complète et la tumeur peut être en continuité avec le tissu synovial normal, comme elle peut s'étendre, à travers la capsule articulaire, aux tissus mous voisins, graisse et muscle en particulier (8,9).

L'évolution locorégionale de la SVNP est lente avec une extension à toute la synoviale, à l'os et aux parties molles adjacentes. Une SVNP localisée non traitée peut évoluer vers une forme diffuse, d'où l'intérêt d'un traitement précoce et adéquat. Ce traitement n'est pas encore standardisé, il n'y a pas de stratégie thérapeutique uniforme du fait de la rareté de cette affection. Il repose en premier lieu sur une synovectomie chirurgicale soigneuse, la plus complète possible. Dans les formes localisées,

comme notre cas, une synovectomie partielle est la règle, qui peut être réalisée sous arthroscopie ou par un abord chirurgical. Dans les formes diffuses, la synovectomie totale doit être complétée par un curetage osseux. Certains auteurs préconisent les synoviorthèses (isotopiques ou osmiques) dans les cas où la synovectomie est incomplète. D'autres recommandent l'utilisation d'anti-tumor necrosis factor alpha (antiTNF- α) chez des patients refusant les traitements habituels, mais son efficacité est discutée. Le pronostic à long terme de la maladie dépend de l'extension de la lésion au moment du diagnostic, de la localisation et de la qualité de l'exérèse. Généralement les formes localisées guérissent après exérèse complète, avec un risque de récurrence quasi nul (10). Pour notre patient, à plus de deux ans de recul, il n'y avait pas de récurrence locale.

CONCLUSION

La SVNP dans sa forme localisée touche avec prédilection le genou (75% des cas), la hanche et rarement la cheville. Le tableau clinique est le plus souvent aspécifique. L'IRM reste l'examen clé dans cette pathologie aussi bien pour le diagnostic, que pour le suivi. Le diagnostic final est posé par l'étude histologique de biopsie synoviale ou de pièce opératoire.

REFERENCES:

1. Tekaya R, Haouel M, Kammoun SH et al. Synovite villonodulaire de l'articulation sub-talaire. *Médecine et Chirurgie du Pied*. 2011; 27(4):106-108.
2. Jaffe HL, Lichtenstein L, Sutro CJ. Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis. *Archives Pathology*. 1941;31(3):731-765.
3. Abdellatif B, Jonathan B, Ismail A, Abdelouab J, La synovite villonodulaire de la cheville, une localisation rare: à propos d'un cas, *Pan African Medical Journal*. 2016; 23:90 doi:10.11604.
4. Sharma H, Rana B, Mahendra A, et al. Outcome of 17 pigmented villonodular synovitis of the knee at 6 years mean follow-up. *Knee*. 2007;14(5):390-4.

5. Murphey MD, Rhee JH, Lewis RB, et al. Pigmented villonodular synovitis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*.2008;28(5):1493-518.
6. Perka C, Labs K, Zippel H,et al. Localized pigmented villonodular synovitis of the knee joint: neoplasm or reactive granuloma?A review of 18 cases.*Rheumatology*.2000;39(2):172-178.
7. Sharma H, Jane MJ, Reid R. Pigmented villonodular synovitis: diagnostic pitfalls and management strategy. *Curr Orthop* .2005;19(3):215-22.
8. Dines JS, DeBerardino TM, Wells JL, et al.Long-term follow-up of surgically treated localized pigmented villonodularsynovitis of the knee. *Arthroscopy*.2007;23(9):930-7.
9. Sharma V, Cheng EY.Outcomes after excision of pigmented villonodular synovitis of the knee. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2009; 467(11): 2852-2858.
10. Ogilvie-Harris DJ, Mc Lean J, Zarnett ME. Pigmented villonodular synovitis of the knee: results of total arthroscopic synovectomy, partial arthroscopic synovectomy, and arthroscopic local excision. *J Bone Joint Surg Am*.1992;74(1):119-23.

