

CAS CLINIQUE

SYNOVITE VILLONODULAIRE PIGMENTÉE EXTRA- ARTICULAIRE, A PROPOS D'UNE LOCALISATION EXCEPTIONNELLE

H. Bousbaa, H. Zejjari, M. Ouahidi, M. Bennani,
T. Cherrad, EL. Kasmaoui, J. Louaste, K. Rachid,
L. Amhajji

Department of Orthopaedics & Traumatology, Military
Hospital Moulay Ismail, BP 50000 Meknes, Morocco.

Mots clés : synovite villo-nodulaire ; avant-bras ;
chirurgie

INTRODUCTION

La synovite villo-nodulaire pigmentée (SVNP) est une maladie rare et bénigne, d'étiologie inconnue. C'est une prolifération affectant la synoviale des articulations, les bourses séreuses et les gaines tendineuses. Jaffe et Al. [1] considèrent la synoviale d'une articulation, la gaine tendineuse, et la bourse séreuse comme une unité anatomique qui peut donner lieu une famille commune de lésions, comprenant les formes localisées et diffuses de la SVNP, les tumeurs à cellules géantes de la gaine des tendons (téno-synovite nodulaire), ainsi que les SVNP extra-articulaires à partir des bourses séreuses (bursite villonodulaire pigmentée BVNP), sans oublier les tumeurs diffuses à cellules géantes de la gaine des tendons. L'atteinte des bourses séreuses est le cas le moins fréquent, et seulement quelques cas de BVNP extra-articulaire ont été signalés dans la littérature [1-4]. Le but de cet article est de rapporter un cas rare de BVNP extra-articulaire développée au niveau de la région du coude avec une revue de la littérature.

OBSERVATION

Le cas que nous rapportons concerne une femme de 50 ans qui a présenté une tuméfaction indolore de la partie antérosupérieure de l'avant-bras gauche, augmentant progressivement de volume depuis 2 ans. C'est une masse rénitente, adhérente au plan profond, située en avant de la partie terminale du tendon distale du muscle biceps brachial. Avec absence de signe de compression artérielle ou nerveuse. L'échographie a montré une masse kystique hétérogène atypique à 5cm en dessous du pli du coude gauche d'environ 4 cm x 2 cm, l'examen scanographique du coude gauche a montré la présence sous le revêtement cutané de la partie antérieure du

coude, d'une formation à double composante kystique et charnue, cette dernière est faite de multiples cloisons épaisses, irrégulières et des végétations intrakystiques prenant assez fortement le contraste après injection, les contours sont réguliers à limites bien définies, respectant les structures adjacentes.

L'exploration chirurgicale a découvert une formation kystique de 5cm de diamètre, qui était adhérente à la partie terminale du tendon distal du biceps et à l'os au niveau de la tubérosité bicipitale du radius, aucun prolongement vers l'articulation du coude n'a été découvert. Après ouverture, le kyste était tapissé à l'intérieur de multiples villosités brunâtres.

Le diagnostic de SVNP a été confirmé par l'anatomopathologie

Le résultat fonctionnel a été excellent, avec un recul de 1 an, le coude est de mobilité normale, sans signes de récurrence.



Figure 1 : Aspect clinique de la tumeur de l'avant-bras



Figure 2 : Echographie du coude, montrant une masse kystique hétérogène atypique



Figure 3 : TDM du coude montrant une formation à double composante kystique et charnue



Figure 4 : Aspect macroscopique du nodule

DISCUSSION

La SVNP est une pathologie bénigne mais potentiellement agressive, caractérisée par une prolifération villonodulaire de la synoviale avec dépôt de pigmentation d'hémosidérine, et une infiltration du stroma par des histiocytes et des cellules géantes. Bien qu'il ait été suggéré qu'il s'agit d'un processus inflammatoire, le degré négligeable de l'inflammation, le modèle de croissance nodulaire, et la propension à la récurrence locale, orientent plus vers un processus néoplasique [1,2].

C'est une affection rare, l'incidence de la SVNP est de 1,8 patients par million d'habitants par an, la SVNP est presque exclusivement intra articulaire, les formes extra-articulaires sont extrêmement rares et tendent à se produire dans les mêmes endroits que les SVNP intra-articulaires, et sont généralement des extensions des lésions intra-articulaires[2,3].

Plus rare est l'implication d'une véritable bourse (BVNP) sans communication articulaire. Les rares cas cités dans la littérature concernent surtout des localisations autour du genou, mais aussi l'atteinte

sporadique des bourses séreuses au niveau sous acromial, de l'olécrane, psoas iliaque, sacro-iliaque, et de la région temporo-mandibulaire. Le cas de notre patiente concerne probablement un développement à partir de la bourse synoviale décrite par Ward Collins, située à l'insertion du tendon distal du biceps brachial [5-9].

C'est une pathologie qui survient essentiellement chez l'adulte jeune entre la 3ème et la 5ème décennie, la plupart des cas sont diagnostiqués avant 40 ans, les deux sexes sont également atteints dans la majorité des cas. Il existe une prédominance féminine pour certaines formes localisées [4].

Longtemps silencieuses, les SVNP présentent une symptomatologie peu spécifique : douleur, gonflement, épanchement articulaire, mais la limitation fonctionnelle n'est pas commune. L'IRM réalise une cartographie très précise des lésions, le signe le plus caractéristique est la présence d'un signal hétérogène au sein d'un épaissement synoviale, avec présence d'hyposignaux en T1 ou T2 correspondant aux dépôts d'hémosidérine, l'IRM peut aussi montrer l'extension anormale du tissu synovial dans la région péri-articulaire, vers les tendons adjacents ou des bourses. Elle aide dans la planification chirurgicale [10].

La confirmation du diagnostic est anatomo-pathologique sur prélèvement biopsique, la synovite villonodulaire pigmentée est décrite comme une prolifération villositaire et/ou nodulaire constituée de cellules mononucléées, plurinucléées de type histiocytaire et fibroblastique. [1,2]

La récurrence est fréquente dans SVNP intra articulaire diffuse, et corrélée avec une localisation au niveau du genou et une résection incomplète. Au contraire des BVNP, qui sont extra articulaires et localisées, ce qui permet au chirurgien d'être plus agressif et de réséquer la masse en sa totalité, sans crainte de perte fonctionnelle significative.

CONCLUSION

La SVNP est une prolifération synoviale bénigne mais localement agressive. Son développement à partir des bourses séreuses extra articulaires est exceptionnel.

RÉFÉRENCES

1. M1. Jaffe HL, Lichtenstein L, Sutro CJ (1941) Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis. A discussion of the synovial and bursal equivalents of the tenosynovial lesion commonly denoted as xanthoma, xanthogranuloma, giant cell tumor of myeloplaxoma of the tendon sheath, with some consideration of this tendon sheath itself. Arch Pathol 31:731-65.
2. Rao AS, Vigorita VJ (1984) Pigmented villonodular synovitis (giant cell tumor of the tendon sheath and synovial membrane). A review of eighty-one cases. J Bone Joint Surg (Am) 66:76-94

3. Haitao Zhao, Aditya V. Maheshwari, Dhruv Kumar, and Martin M. Malawer, "Giant Cell Tumor of the Pes Anserine Bursa (Extra-Articular Pigmented Villonodular Bursitis): A Case Report and Review of the Literature," *Case Reports in Medicine*, vol. 2011, Article ID 491470, 6 pages, 2011.

4. Aditya V. Maheshwari, Carlos A. Muro-Cacho, J David. Pitcher. Pigmented villonodular bursitis/diffuse giant cell tumor of the pes anserine bursa. *The Knee* 1 October 2007 (volume 14 issue 5 Pages 402-407

5. De Benedittis M, Turco M, Petruzzi M, Cortelazzi R: Extra-articular diffuse-type giant cell tumour of the temporomandibular joint. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Mar;42(3):380-5.

6. Jonathan Daniel Stevenson, Gillian Cribb, Paul Cool. Pigmented villo-nodular synovitis of joints and tendon sheaths. *Orthopaedics and Trauma* Vol. 26, Issue 4, Pages 273-279.

7. A. V. Maheshwari, C. A. Muro-Cacho, and J. D. Pitcher Jr., "Pigmented villonodular bursitis/diffuse giant cell tumor of the pes anserine bursa: a report of two cases and review of literature," *Knee*, vol. 14, no. 5, pp. 402–407, 2007.

8. A. I. Riccio, J. Christoforetti, and C. C. Annunziata, "Pigmented villonodular synovitis of the pes anserine bursa: case report," *The Journal of Knee Surgery*, vol. 20, no. 1, pp. 44–47, 2007.

9. S. Sami, G. Liu, K. Mithoefer, M. Suri, and H. J. Mankin, "Pigmented villonodular synovitis of the anserine bursa," *Orthopedics*, vol. 26, no. 6, pp. 651–652, 2003.

10. M. Ohnuma, T. Sugita, T. Kawamata, M. Hosaka, Y. Yoshizumi, and J. Umehara, "Pigmented villonodular synovitis of the knee with lesions of the bursae," *Clinical Orthopaedics and Related Research*, vol. 414, pp. 212–218, 2003.

11. A. Pinaroli, T. Aït Si Selmi, E. Servien, P. Neyret. Prise en charge de la synovite villonodulaire hémopigmentée du genou et de ses récurrences À partir d'une série rétrospective de 28 cas. *Revue de chirurgie orthopédique* 2006, 92, 437-447.

12. H Sekiya, H Ozawa, N Sugimoto, Y Kariya, Y Hoshino Pigmented villonodular synovitis of the elbow in a 6-year-old girl: a case report *Journal of Orthopaedic Surgery* 2007;15(1):106-8

13. SMC Wyatt, N Rolton, GA Veale: Pigmented villonodular synovitis of the elbow with a fenestrated fossa: a case report. *Journal of Orthopaedic Surgery* 2009; 17(1):127-9

