



TUNISIE ORTHOPÉDIQUE

Année 2009, Vol 2, N° 1

pp 79—82

 Accès Libre sur / Free Access on
www.sotcot.org.tn

La synovite villonodulaire diffuse. A propos d'un cas extra-articulaire

Diffuse pigmented villonodular synovitis. An extra-articular case report

Hannachi Sassi S., Znaïdi N., Mrad K., Abbas I., Dhoub R., Driss M., Ben Slama S., Zitoun M., Ben Hamida N., Ben Romdhane K.
 Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques. Institut Salah Azaiez, Bab Saadoun, 1006 Tunis, Tunisie.

CORRESPONDANCE : Dr Samia HANNACHI SASSI

Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques. Institut Salah Azaiez, Bab Saadoun, 1006 Tunis, Tunisie

E-mail : samia.hannachi@rns.tn

RÉSUMÉ

La synovite villo-nodulaire est une lésion qui naît de la membrane synoviale ou de la gaine des tendons. Elle est souvent intra-articulaire ou très rarement à développement extra-articulaire. Nous rapportons ici un cas de synovite villo-nodulaire dans sa forme diffuse et extra-articulaire. Il s'agit d'un homme de 54 ans présentant une tumeur de la cuisse droite évoluant depuis 12 ans et augmentant progressivement de taille. Le patient a consulté pour une apparition d'une gêne fonctionnelle. L'IRM a montré une tumeur des parties molles extra-articulaire sans atteinte osseuse. Une biopsie a été faite et l'étude histologique et immuno-histochimique a conclu à une synovite villo-nodulaire. Une exérèse en bloc a été ensuite faite.

ABSTRACT

Pigmented villonodular synovitis is a lesion that involves the synovial membrane of joints or tendon sheaths. We describe in this paper a case of an extra-articular diffuse pigmented villonodular synovitis.

It was about a 54-year-old man who presented with a slowly progressive tumor of the right thigh appeared since 12 years ago. MRI had shown a diffuse extra-articular soft tissue tumor without bone involvement. Biopsy was done and had concluded to the diagnosis of pigmented villonodular synovitis. En bloc resection was then done.



I. INTRODUCTION

La synovite villonodulaire est une affection articulaire bénigne rare, de pathogénie inconnue, affectant les gaines tendineuses et les bourses synoviales. Classiquement, deux formes sont reconnues: une forme localisée et une forme diffuse extra-articulaire. La forme diffuse peut être de siège articulaire ou bien exclusivement extra-articulaire. La forme diffuse est exceptionnelle et particulièrement trompeuse [3]. A propos d'une observation de synovite villonodulaire diffuse dans sa forme extra-articulaire, nous proposons de rappeler les caractéristiques anatomo-cliniques de cette tumeur en insistant sur les aspects anatomopathologiques.

II. OBSERVATION

Homme âgé de 54 ans sans antécédents pathologiques particuliers, a été hospitalisé pour une tuméfaction crurale antéro-externe du tiers inférieur de la cuisse droite évoluant depuis 12 ans et augmentant progressivement de taille occasionnant une gêne fonctionnelle. L'examen clinique révélait une tuméfaction de la face antérieure et postérieure du genou droit de consistance solide (Figure 1).



Figure 1 : Tuméfaction de la face antérieure et postérieure du genou droit

La radiographie standard et l'IRM objectivait une lésion tissulaire très étendue dans les parties molles postérieures du genou droit. Il n'y avait pas d'atteinte osseuse (Figures 2 et 3).

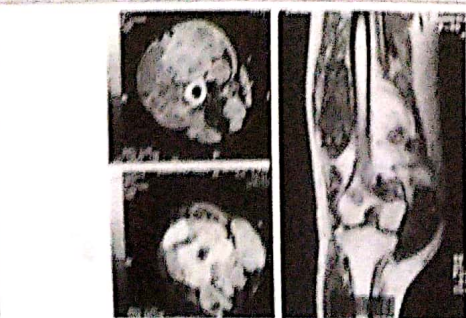


Figure 2 et 3 : Radiographie standard (profil) et IRM : lésion tissulaire très étendue dans les parties molles postérieures du genou droit sans atteinte osseuse

Une biopsie chirurgicale a été réalisée et avait conclu à une synovite villo-nodulaire.

Une exérèse chirurgicale était réalisée ayant ramené deux pièces opératoires bien limitées mais non encapsulées mesurant 13 et 9 cm de grand axe. Elles présentaient à la coupe un aspect solide de couleur jaune chamois qui était lobulé par des tractus fibreux (Figure 4).

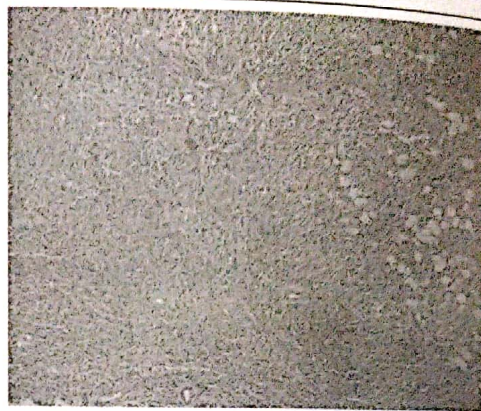


Figure 4 : Lésions solides de couleur jaune chamois et lobulées par des tractus fibreux

L'examen histologique montrait une prolifération cellulaire d'aspect homogène, d'architecture diffuse, mêlée à des histiocytes spumeux (Figure 5).

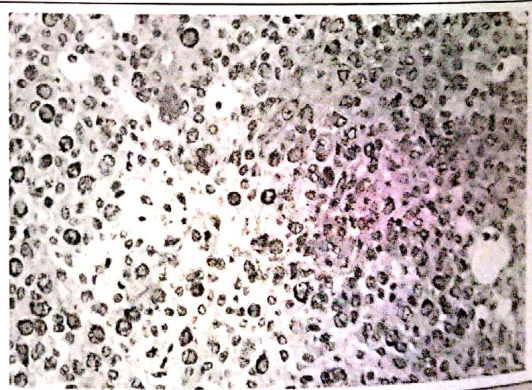


Figure 5 : Histologie standard (X100) : Prolifération cellulaire en nappes diffuses mêlée à des histiocytes spumeux

La prolifération cellulaire était monomorphe faite de petites cellules à noyau foncé, à cytoplasme peu abondant qui étaient intriquées à des cellules de plus grande taille à noyau plus clair et à cytoplasme plus abondant éosinophile, des sidérophages, des histiocytes à cytoplasme spumeux et quelques cellules géantes plurinucléées de type ostéoclastique (Figure 6).

L'étude immunohistochimique montrait que les cellules étaient diffusément et intensément positives pour la vimentine et le CD68 (Figure 7). Elles étaient négatives pour le CIA.

III. DISCUSSION

La synovite villonodulaire (SVN) est une affection bénigne de la synoviale [1, 2]. En 1941, JAFFE et al. [3], ont proposé de rassembler les différentes manifestations de cette affection en une entité à laquelle le nom de « synovite, bursite ou ténosynovite villonodulaire pigmentée » était donné. En 1995, ENZINGER et WEISS [4] leur



ont attribué le terme de synovite villonodulaire extra-articulaire ou de tumeur ténosynoviale à cellules géantes diffuse quand l'atteinte est confinée au tissu mou avec ou sans atteinte de l'articulation adjacente. Cette forme diffuse est rare, pouvant être de localisation intra-articulaire, correspondant à la synovite villonodulaire pigmentée ou bien de localisation principalement ou exclusivement extra-articulaire au niveau des tissus mous, situation exceptionnelle [2, 5].

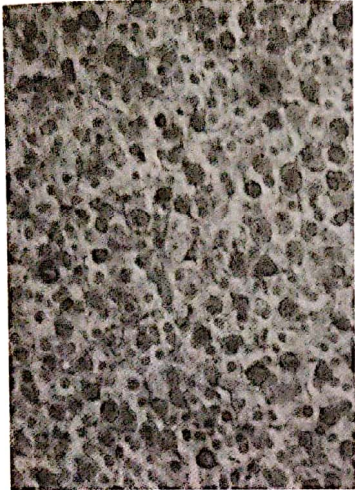


Figure 6 : Histologie standard (X400) : Prolifération cellulaire monomorphe faite de petites cellules intriquées à des sidérophages, des histiocytes spumeux et quelques cellules géantes multi-nucléées de type ostéoclastique



Figure 7 : Étude immunohistochimique : marquage intense et diffus avec la vimentine (a) et le CD68 (b)

La synovite villonodulaire est une pathologie rare, dont l'incidence est estimée par MYERS et MASI [6] à 1,8 par million d'habitants et par an. Son étiopathogénie est encore inconnue ; deux théories s'opposent actuellement : l'une réactionnelle et l'autre proliférative. Initialement considérée comme une lésion de nature réactionnelle, du fait de la présence de macrophages dans la synoviale, dont l'origine serait selon certains auteurs une contamination virale, et selon d'autres un dysfonctionnement immunitaire, un traumatisme unique, ou encore des micro-traumatismes répétés [7]. Actuellement, la SVN est plutôt considérée comme une lésion de nature tumorale, en raison de son caractère extensif, de sa capacité à récidiver localement, de la description de formes malignes avec

d'exceptionnelles métastases par ENZINGER et WEISS et de la présence d'anomalies génétiques récurrentes [5, 7]. La SVN peut se voir à tout âge mais touche essentiellement l'adulte avec une incidence plus élevée à la quatrième décennie sans prédilection pour le sexe [7-9]. L'atteinte est dans la plupart des cas mono-articulaire, intéressant le genou dans 80% des cas. D'autres articulations peuvent être touchées, notamment la hanche, le pied ou la cheville [1, 8, 9].

La symptomatologie clinique n'est pas spécifique ; il s'agit le plus souvent d'une tuméfaction douloureuse d'évolution variable de quelques mois à plusieurs années, d'une gêne mécanique ou d'un épanchement récidivant ou chronique. Dans ce dernier cas, la ponction qui est un geste simple et non traumatique permet d'orienter le diagnostic quand elle met en évidence une hémarthrose isolée [8, 9].

La radiographie standard est peu spécifique, elle est le plus souvent normale ou montre une augmentation des parties molles [9]. L'arthrographie, la TDM ont peu de valeur, surtout depuis l'avènement de l'IRM. Cette dernière constitue l'examen de référence pour préciser l'invasion synoviale, l'extension vers l'os et les parties molles, visualiser les contrastes entre les différents composants histologiques. Le signe le plus caractéristique est la présence d'un signal hétérogène avec présence d'hyposignaux en T1 ou T2 correspondant aux dépôts d'hémossidérine et des zones d'hyposignal en T1 et hyper en T2 correspondant aux zones inflammatoires rehaussées par le Gadolinium. Enfin, l'IRM permet d'orienter la stratégie opératoire, en plus de son rôle incontestable dans la surveillance à court et à long terme [8, 9].

Le traitement est basé sur la synovectomie notamment lorsque l'évolution n'est pas parvenue au stade de lésions ostéo-cartilagineuses irréversibles. Elle peut être réalisée sous arthroscopie ou après arthrotomie. Elle doit être soignée et la plus complète possible [10].

Les synoviorthèses isotopiques à l'Yttrium 90 semblent être un traitement complémentaire intéressant après synovectomie, dans les formes très étendues ou les récidives importantes [9, 11].

Macroscopiquement, la lésion peut être de grande taille. Elle est mal limitée, souvent multinodulaire, sans capsule fibreuse périphérique. La lésion siège au niveau péri-articulaire, dans la région musculaire ou à prédominance sous cutanée. A la coupe, les aspects de nécrose et les remaniements kystiques sont relativement rares [5].

Histologiquement, il s'agit d'une prolifération d'aspect homogène avec ou sans fentes rappelant une architecture synoviale. La densité cellulaire est variable avec alternance de zones cellulaires denses faites de petites cellules rondes à noyau ronds, chromatiques avec un cytoplasme peu abondant, et des zones plus lâches constituées de cellules à noyau également rond mais souvent à chromatine claire et à cytoplasme éosinophile plus abondant. Il s'y associe des cellules histiocytaires de type géantes multinucléés, des sidérophages et des cellules xanthomateuses. Un infiltrat lymphocytaire dispersé est toujours retrouvé [5]. Ces différents aspects sont retrouvés



dans notre observation.

Certains aspects histologiques trompeurs peuvent être observés : une activité mitotique focalement élevée, des cellules à noyau plus atypique, une vascularisation riche de type hémangiopéricytaire ou quelques foyers de nécrose. En immunohistochimie, les cellules tumorales expriment le CD68 [5], comme dans notre cas.

La majorité des auteurs considèrent actuellement la SVN comme une tumeur bénigne pouvant exceptionnellement dégénérer [9]. Les récurrences sont fréquentes dans les grandes séries rapportées atteignant les 50% [9, 12]. La synovectomie aussi complète que possible est le seul facteur qui diminue de façon significative le risque de récurrence [9, 12]. Une surveillance par IRM est indispensable dans le but de déceler les récurrences.

IV. RÉFÉRENCES

- 1) Chow L.T., Kumta S.M., King W.W. Extra-articular pigmented villonodular synovitis of the temporomandibular joint. *J Laryngol Otol* 1998; 112:182-5.
- 2) Peterson L.F., Johnson E.W., Woolner L.B. Extra-articular pigmented villonodular synovitis of the knee. Report of a case. *Am J Clin Pathol* 1958; 30:158-62.
- 3) Jaffee H.L., Lichtenstein L., Sutro C.J. Pigmented villonodular synovitis, bursitis, and tenosynovitis: a discussion of the synovial and bursal equivalents of the tenosynovial lesions commonly denoted as xanthoma, xanthogranuloma, giant cell tumor, or myeloplasma of the tendon sheath, with some consideration of the tendon sheath lesion itself. *Arch Path Lab Med* 1941; 31:731-65.
- 4) Enzinger F.M., Weiss S.W. Benign tumors and tumorlike lesions of synovial tissue. In *soft Tissue Tumors*. 3rd Edition C.V. Mosby: St. Louis 735-755.
- 5) Coindre J.M. Tumeur ténosynoviale à cellules géantes dans sa forme diffuse. *Bull Fr AIP* 2003; 37:61-4.
- 6) Myers B.W., Masi A.T. Pigmented villonodular synovitis and tenosynovitis: a clinical epidemiologic study of 166 cases and literature review. *Medicine* 1980; 59:223-38.
- 7) Olivier E., Defives T. Les localisations rachidiennes de la synovite villonodulaire pigmentée. Une observation et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop* 2003; 89:549-57.
- 8) Bahiri R., Hassikou H., Amine B., Bahri A., Wahbi S., El Manaouar M., Hajjaj-Hassouni N. Synovite villonodulaire. *Press Med* 2005; 34:649-50.
- 9) Le Tiec T., Hulet C., Locker B., Béquin J., Vielpeau C. La synovite villonodulaire du genou. Analyse d'une série de 17 cas et revue de la littérature. *Rev Chir Orthop* 1998; 84:607-16.
- 10) Rochwerger A., Grouhier P., Curvale G., Franceschi J.P., Dufour M. Synovite villonodulaire pigmentée du genou. Résultats des traitements à propos de 22 cas. *Rev Chir Orthop* 1998; 84:600-6.
- 11) Shabat S., Kollender Y., Merimsky O., Isakov J., Flusser G., Nyska M., Meller I. The use of surgery and yttrium 90 in the management of extensive and diffuse pigmented villonodular synovitis of large joints. *Rheumatology* 2002; 41:1113-8.
- 12) Bentley G., Mac Auliffe T. Pigmented villonodular synovitis. *Ann Rheum Dis* 1990; 49:210-1.

