

LETTRE A L'EDITEUR

**SYNOVITE VILLO-NODULAIRE PIGMENTEE
A PROPOS D'UN CAS AU CHU DE LOMÉ**

DOSSIM A., EFOE A., NAPO-KOURA G., NDAKENA K., NAKPANE N.

RESUME

Un cas de synovite villo-nodulaire pigmentée est rapporté. Une synovectomie a été pratiquée. Le résultat a été bon.

Il s'agit d'une affection relativement rare dont l'histoire se confond à celle d'une monoarthropathie chronique. Le diagnostic est souvent assuré par une biopsie lors d'une arthrotomie.

SUMMARY

A case of coloured villo-nodular synovitis has been reported. A synovectomy has been done. The result was good.

It was a relatively rare affection the description of which is mistaken for the one of a chronic mono-arthropathy. The diagnosis is often ensured by a biopsy during an arthrotomy.

INTRODUCTION

La synovite villo-nodulaire pigmentée est une hyperplasie villose, ou nodulaire de la synoviale. Il s'agit d'une tumeur bénigne désignée aussi sous le nom de synovialome bénin, ou de xanthome synovial ou encore de tumeur bénigne à cellules géantes articulaire [ALGUACIL - GARCIA A. (1)]

Nous rapportons ici un cas qui a posé un problème d'erreur de diagnostic.

Observation

Un cultivateur de 70 ans, en bon état général a été hospitalisé d'urgence le 30-09-1995, pour tuméfaction douloureuse du genou gauche avec impotence fonctionnelle totale suite à une chute de sa propre hauteur.

Il souffrait depuis 3 semaines et la prise de 800 milligrammes d'Ibuprofène par jour pendant 9 jours n'avait entraîné qu'une faible regression de la douleur.

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique du Centre Hospitalier Universitaire de Tokoin-Lomé (Togo)

Depuis 1976, soit 19 ans environ, le patient souffrait régulièrement des mêmes crises douloureuses du genou gauche calmées par le simple repos au lit.

L'examen à l'admission a noté :

- Un genou gauche tuméfié dans son ensemble, avec des scarifications d'âges différents. Le genou était chaud et douloureux à la moindre mobilisation. Ces douleurs ne présentaient aucune irradiation particulière.
- La circonférence du genou gauche passant par le milieu de la rotule était de 54 centimètres et celle du genou droit 42 centimètres.
- Par ailleurs, il existait un choc rotulien et une limitation de la flexion à 20°. La distance talon-fesse était de 1 mètre environ.

L'examen du genou droit, des articulations coxo-fémorales et le reste de l'examen clinique était normal (la température était de 37°C).

Il n'existait pas de syndrome biologique inflammatoire, la vitesse de sédimentation à la première heure était de 13 millimètres. La numération formule sanguine était normale. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive à 20 millimètres avec cicatrice de BCG.

La ponction articulaire a donné 70 centimètres cubes de liquide xanthochromique trouble avec de nombreux cristaux d'acide urique. On notait 704 éléments par millimètre cube dont 95 % de polynucléaires et 5 % de lymphocytes. Il n'existait pas de germes visibles à l'examen microscopique direct et la culture était négative au bout de 5 jours.

La radiographie de face et de profil du genou gauche a révélé :

- une infiltration des parties molles
- quelques calcifications du creux poplité.
- des signes d'arthrose fémoro-patellaire (squaring) et fémoro-tibiale (pincement et ostéophytes).

Devant cette symptomatologie monoarticulaire, nous avons pensé à une crise subintrante de goutte et mis le patient

sous colchicine 3 mg per os.

En 72 heures, l'épanchement articulaire s'est reconstitué avec une persistance de la douleur.

Une arthrotomie a été décidée pour lavage articulaire et biopsie.

A l'ouverture articulaire environ 150 centimètres de liquide louche ont été évacués. On notait la présence de substances pâteuses blanchâtres ressemblant à du caséum tuberculeux.

Dès le lendemain de l'arthrotomie, un traitement antituberculeux d'épreuve a été entrepris et une genouillère plâtrée fenêtrée a été mise en place.

À J24 de ce traitement spécifique, la douleur a disparu, mais persistait encore une tuméfaction sans choc rotulien.

A J41 d'hospitalisation, le résultat de l'examen anatomopathologique est connu : fragments de tissu synovial, ulcéré en surface, hyperplasique comportant des fragments villonodulaires tapissés de fibrine et infiltrés d'éléments inflammatoires lymphoplasmocytaires mêlés à des histiocytes à cytoplasme chargé de pigment par places. Aspect en faveur d'une synovite villonodulaire ulcérée en surface, en poussée inflammatoire aiguë.

Nous avons arrêté le traitement antituberculeux et pratiqué une synovectomie aussi complète que possible.

Les suites opératoires ont été simples. Nous avons noté une reprise de la marche avec canne, après une semaine de rééducation fonctionnelle

À deux mois de recul, le genou gauche ne présentait plus d'épanchement, et sa circonférence était de 45 centimètres, la flexion était limitée à 80°. La marche sans canne était possible mais le Patient a signalé une gonalgie mécanique gauche.

1 - ALGUACIL - GARCIA. et al
Giant cell tumor of tendon sheaths and pigmented villo-nodular sinovitis.
Am J. Clin. Path. 69 : 6, 1978.

DISCUSSION

La Synovite villo-nodulaire est une monoarthropathie chronique s'accompagnant de douleur modérée et d'une tuméfaction articulaire. Elle est relativement fréquente [ALGUACIL - GARCIA (1)]. Mais, curieusement trop peu de publications ont été consacrées à cette affection.

L'aspect séro-sanglant de l'épanchement articulaire habituellement signalé dans cette affection n'est pas retrouvé chez notre patient.

GRANOWITZ et al ont déjà signalé l'absence de syndrome biologique inflammatoire.

Dans notre cas, la localisation était au genou mais ALGUACIL - GARCIA et al (1), GRANOWITZ S.P. et al (2) ont décrit des localisations à la hanche et sur des gaines tendineuses.

En outre l'origine tumorale de cette affection est difficile à démontrer. Dans la littérature, les traumatismes et microtraumatismes répétés ont été indexés comme des facteurs favorisants [1, 2].

Chez notre patient, nous estimons que les microlésions répétées de la goutte au niveau de l'articulation seraient un facteur aggravant.

CONCLUSION

La synovite villo-nodulaire est une tumeur bénigne articulaire de l'adulte. Son diagnostic différentiel avec une tumeur maligne articulaire et les errements diagnostiques imposent la biopsie au moindre doute. La synovectomie totale suivie de l'irradiation. post-opératoire constitue le traitement sûr de cette tumeur. Cette radiothérapie post-opératoire n'a pas été appliquée à notre patient compte tenu de l'insuffisance de nos moyens.

BIIBLIOGRAPHIE

2 - GRANOWITZ S.P. et al.
The pathogenesis and long-term end results of pigmented villo-nodular Sinovitis.
Clin. Orthop. Rel Res., 114 : 335, 1976.