

Synovectomie sous contrôle arthroscopique : indications, principes et résultats

Synovectomy under arthroscopic control: indications, principles and results

Olivier Charrois ^{a,*}, Stéphane Louisia ^b, Philippe Beaufils ^b

^a *Clinique Geoffroy–Saint-Hilaire, 59, rue Geoffroy–Saint-Hilaire, 75005 Paris, France*

^b *Centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay cedex, France*

Reçu le 13 septembre 2005 ; accepté le 23 mars 2006

Disponible sur internet le 25 avril 2006

Mots clés : Genou ; Synovectomie ; Synoviale ; Arthroscopie

Keywords : Knee; Synovectomy; Synovial; Arthroscopy

1. Introduction

La synoviale peut être à l'origine ou être le siège de nombreuses affections susceptibles de justifier sa destruction ou son excision chirurgicale.

L'agressivité de la synovectomie par arthrotomie comparée à la relative innocuité et à l'amélioration des techniques médicales de synoviorthèse a, dans un premier temps, fait reculer les indications des synovectomies. Depuis le développement des techniques, moins invasives, de synovectomies sous contrôle arthroscopique [1–4], elles ont repris une place importante dans le traitement des affections synoviales.

2. Indications

Toute affection synoviale chronique responsable ou entretenant une inflammation ou un saignement peut, dès lors qu'elle n'est pas accessible à un traitement médical, justifier une synovectomie. De la nature de cette affection et en particulier de son caractère diffus ou localisé dépend l'étendue de la synovectomie.

2.1. Polyarthrite rhumatoïde

La synovectomie peut trouver une indication à mi-chemin entre traitement médical et arthroplastie lorsque ni traitement de fond ni synoviorthèse ne permettent de contrôler l'inflammation synoviale d'un genou conservant un interligne articulaire fonctionnel [5,6]. Dans cette indication la synovectomie tente d'être totale. Elle ne semble néanmoins pas pouvoir être définitivement curative, la néosynoviale régénérée pouvant, à nouveau, être le siège d'un processus inflammatoire équivalent.

2.2. Arthropathies hémophiliques

Lorsque les hémarthroses récidivent malgré un traitement médical permettant une stabilisation des paramètres de l'hémostase, la résection de la synoviale hypertrophique a été proposée [7–9] afin de limiter leur fréquence et leurs conséquences articulaires. La synovectomie, qui nécessite une prise en charge périopératoire spécialisée des anomalies de l'hémostase, concerne surtout la région antérieure du genou et vise à réséquer les zones hypertrophiques sans chercher à être totale. Chez ces patients, la fréquence des contaminations par le VIH et le VHC impose des précautions particulières. La réalisation arthroscopique de la synovectomie, entre autre avantage, limite le risque d'accident d'exposition au sang.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charrois@noos.fr (O. Charrois).

2.3. Synovite villonodulaire

Hormis le cas des formes tumorales circonscrites pédiculées, le caractère généralement diffus de cette affection impose une synovectomie la plus complète possible. Celle-ci peut être arthroscopique [10] mais l'étendue postérieure voire extra-articulaire dans le creux poplité de la dystrophie peut imposer le choix d'une excision par arthrotomie, l'association des deux techniques [11] ou une approche arthroscopique postérieure créant un vaste espace postérieur réunissant les deux compartiments en arrière du ligament croisé postérieur [4].

2.4. Chondromatose et ostéochondromatose

Cette affection bénigne est une excellente indication de synovectomie arthroscopique lorsque la maladie est encore évolutive. Elle sera la plus économique possible, se limitant à la résection des zones en cours de métaplasie [12]. Au stade de corps libres intra-articulaires, l'arthroscopie permettra leur ablation.

2.5. Arthrite septique

Le drainage articulaire doit être associé à une antibiothérapie adaptée au germe. Au stade précoce, l'arthroscopie permet d'orienter le lavage articulaire et, par des biopsies, de préciser l'extension dans la profondeur de la synoviale du sepsis. Pour les formes traitées plus tardivement, la synovectomie s'impose car elle permet d'exciser les fausses membranes, d'effondrer les collections cloisonnées et de réséquer les zones hypertrophiques, qui sont essentiellement localisées à la partie antérieure de la cavité articulaire [13–15].

3. Principes de la synovectomie arthroscopique

L'indication d'une synovectomie doit être fondée sur une certitude diagnostique. Hormis le cas d'une urgence septique, un bilan par IRM préalable (Fig. 1) est indispensable. Il permettra d'apprécier l'extension de l'affection synoviale (Fig. 2) et de planifier la synovectomie.

Certaines affections synoviales, localisées, ne nécessitent qu'une synovectomie parcellaire qui n'altère pas la fonction de la synoviale, alors que d'autres, diffuses, nécessitent une synovectomie totale. L'excision complète de cette structure, nécessaire au bon fonctionnement articulaire, est envisageable car sa capacité de régénération permet, à terme, la restauration d'une néosynoviale fonctionnelle. Néanmoins, elle est techniquement irréalisable. En effet, si la plus grande partie de la synoviale, localisée à la partie antérieure du genou, est accessible à une excision chirurgicale, son intricat, à la partie moyenne et postérieure du genou, avec les ménisques, les ligaments, et les éléments vasculonerveux postérieurs, rendent son excision totale impossible sans de sérieux dommages de ces structures. La synovectomie ne doit donc pas être considérée comme une excision « carcinologique » mais plutôt comme un compromis entre la réduction de volume du tissu pathologique et le respect des éléments anatomiques du genou. Comparée à



Fig. 1. Le bilan IRM de la pathologie synoviale, ici une synovite villonodulaire, permet d'apprécier son extension et de planifier la synovectomie.



Fig. 2. Bilan arthroscopique de la même affection synoviale.

la synoviorthèse, la synovectomie a l'avantage de permettre une résection ciblée et la plus complète possible des zones synoviales pathologiques et ce, même lorsque leur volume est important. En revanche, elle ne prétend pas accéder, sans dégâts anatomiques, à tous les recoins tapissés de synoviale. Les avantages et limites de ces deux propositions thérapeutiques devraient, à l'avenir, permettre de déterminer leurs places, seules ou associées, dans le traitement des différentes affections synoviales.

Au genou, il est possible de distinguer la synoviale entourant la cavité sus et péripatellaire, volumineux plan de glissement de l'appareil extenseur, de celle, au relief rendu complexe par la présence des ménisques et des ligaments croisés, entourant les compartiments fémorotibiaux. À la partie postérieure de l'échancrure intercondylienne, un mésosagittal tapissé de synoviale vient entourer les ligaments croisés, cloisonnant les compartiments postéromédial et postérolatéral.

Ainsi, si la synovectomie arthroscopique antérieure est aisée en utilisant les quatre voies d'abord habituelles (voies antérolatérale et médiale, situées dans les triangles délimités par le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389638>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389638>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)