



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



## Expression inhabituelle des synovites et bursites

### Unusual presentation of synovitis and bursitis

Frédéric Lioté

Inserm UMR 1132, service de rhumatologie, (centre Viggo Petersen), hôpital Lariboisière, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
Accepté le 16 juillet 2018  
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :  
Bursite  
Ténosynovites  
Nodule rhumatoïde  
Tophus  
Synovite villo-nodulaire  
Lipome arborescens  
Chondromatose synoviale

Keywords:  
Bursitis  
Tenosynovitis  
Rheumatoid nodule  
Tophus  
Pigmented villonodular synovitis  
Lipoma arborescens  
Synovial chondromatosis

#### RÉSUMÉ

Membranes synoviales, bourses séreuses et gaines ténosynoviales sont étendues autour des articulations et des tendons de l'ensemble de notre organisme. Vascularisées, elles sont exposées aux inflammations de toutes sortes et le rhumatologue est au fait des infections, des inflammations spécifiques comme celle de la sarcoïdose mais aussi de la polyarthrite rhumatoïde et de la goutte. Cependant, certaines affections rares peuvent aussi se développer dans les articulations au détriment du tissu synovial, ou des bourses et gaines synoviales péri-tendineuses. Le pot-pourri de tumeurs bénignes, de malformations vasculaires ou de troubles de l'hémostase, etc. sera discuté dans cette brève revue.

© 2018 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Synovial membranes, bursas and tenosynovial sheaths are lying around joints and tendons overall. Since there are vascularized, various types of inflammation can involve these structures. Rheumatologist will have to handle such infectious, or inflammatory, specific processes such as sarcoidosis, rheumatoid arthritis and gout. Moreover rare diseases can also develop with synovial tissues or bursas. A potpourri of various disease such as benign tumors, vascular malformations and hemostasis disorders, etc. will also be discussed in this short review.

© 2018 Société Française de Rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Introduction

Bourses séreuses et gaines ténosynoviales sont étendues autour des articulations et des tendons de l'ensemble de notre organisme. Vascularisées, elles sont exposées aux inflammations de toutes sortes et le rhumatologue est au fait des infections, des inflammations spécifiques comme celle de la sarcoïdose mais aussi de la polyarthrite rhumatoïde et de la goutte, voire de cristaux calciques de pyrophosphate ou d'apatite (cf. Gaufenic A et al., ce numéro). Cependant, certaines affections rares peuvent aussi se développer dans les articulations au détriment du tissu synovial, ou des bourses et gaines synoviales péri-tendineuses.

Autant de bourses séreuses, autant de formes atypiques. Nous allons revoir les formes typiques de ces atteintes atypiques et ne

manquerons pas de distinguer les difficultés diagnostiques de ces affections fréquentes ou plus rares (**Encadré 1**).

#### 1.1. Fistules synoviales

Les fistules cutanées d'origine synoviale sont des communications entre un espace synovial ou ténosynovial et la peau. Elles peuvent compliquer les chirurgies de la main (section à ciel ouvert de poulie A1) [1], des arthroplasties [2] ou des chirurgies diverses et arthroscopies du genou [3]. Elles restent rares et sont quantifiées à moins de 0,001 % dans les arthroscopies du genou (4 cas sur 3354 arthroscopies) [3]. Elles coïncident dans les cas de prothèses à des infections post-opératoires, justifiant la dépose du matériel, l'excision de la fistule et une antibiothérapie. Dans tous les cas, il conviendra de faire les examens nécessaires à l'exclusion d'un sepsis post-opératoire. La cure chirurgicale de la fistule passe par son excision.

Adresse e-mail : frederic.liote@aphp.fr

<https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2018.07.006>

1878-6227/© 2018 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Encadré 1 : Synovites et bursites inhabituelles dans leur expression clinique ou leur topographie.**

- Fistules synoviales (pathologies surtout vues par les dermatologues)
- Bursites (de topographie inhabituelle, donc celles révélatrices de PR, bursites nodulaires, autres bursites communiquant avec l'articulation que les 'kystes poplités' aux genoux).
- Kystes mucoïdes (ganglial cysts), notamment leurs formes migratrices
- Hémarthroses spontanées récidivantes (dont celles dues à des angiomes synoviaux)
- Tumeurs bénignes intra-articulaires pouvant simuler ou compliquer des polyarthrites
- Synovites villo-nodulaires
- Ostéochondromatose synoviale localisées ou diffuses
- Lipomes arborescents
- Ténosynovites à cellules géantes

Dans de rares cas, elles sont « spontanées », peut-être du fait de thromboses lymphatiques locales, dans un contexte de rhumatisme inflammatoire chronique [4,5].

### 1.2. Bursites

De nombreuses bourses séreuses participant au glissement des structures anatomiques entre elles ou à la protection d'une articulation par exemple. Des réactions inflammatoires peuvent survenir au détriment des tissus synoviaux des bourses en cas de traumatisme, d'irritation et conduire alors à une réaction micro-traumatique ou à une bursite septique [6]. Un exemple classique concerne les poseurs de moquettes, parquets et autres carrelages, qui développent des bursites pré patellaires volontiers septiques. Le staphylocoque doré est le germe le plus fréquent. L'indication chirurgicale peut être urgente en raison du risque de fistulisation à la peau d'une part et d'infection de l'articulation sous-jacente d'autre part. Les atypies résultent des microorganismes identifiés dans certaines bursites : Mycobactéries atypiques par exemple [6].

Ailleurs il s'agira de localisations bursales de pathologies granulomateuses chroniques comme la sarcoïdose [7,8]. Cela concerne les bourses olécraniennes, pré patellaires, qu'elles soient isolées ou associées à d'autres signes évocateurs. En IRM on constate une lésion tissulaire prenant le contraste de façon hétérogène. C'est l'examen histologique qui en fait le diagnostic avec les diagnostics courants, infection atypique, réaction fibro-granulomateuse, tophus goutteux, nodules rhumatoïdes ou xanthomes.

Les bursites rhumatoïdes sont classiques en des sites usuels (olécrane, région achilléenne, bicipito brachiale) et sont sources de tuméfaction douloureuses ou asymptomatiques, pouvant parfois comprimer un nerf de voisinage. Le diagnostic peut se discuter parfois entre bursite et nodule rhumatoïde, dont certains peuvent coexister [9]. Le liquide est inflammatoire mais peut contenir des aspects en grains de riz ou des cristaux de cholestérol dans les formes évoluées, dites vieillies. De rares cas de bursites récidivantes peuvent s'observer dans certaines polyarthrites rhumatoïdes (PR) [10] et au même titre que bursites et ténosynovites peuvent être la partie visible d'une PR. Elles peuvent parfois se compliquer de lésions tumorales [11].

Exceptionnellement une bursite de frottement (bourse bicipito-brachiale, achilléenne) peut amener au diagnostic d'un ostéochondrome de voisinage [12].

À part rappelons que dans la pseudo-polyarthrite rhizomélisque, des bursites sont présentes aux épaules et aux hanches mais aussi

en régions interépineuses. Échographie articulaire, mais aussi IRM et PET-scan sont parfois utiles au diagnostic.

Des atteintes ectopiques méritent d'être simplement citées : régions pré achilléennes classiques, en regard ou en avant [13] des malléoles tibiales ou péronières (JM Berthelot, communication personnelle), voire rachidiennes interépineuses comme celles de la PPR ou rétro-sacrées, voire ischiatiques ; exceptionnellement sous l'omoplate dans l'espace omo-serratique.

### 1.3. Kystes mucoïdes ou ganglial cysts

Les *ganglial cysts* sont des kystes synoviaux remplis d'un matériel mucoïde gélatineux. Bien que le mécanisme exact de leur formation ne soit pas connu, il est possible qu'ils soient constitués à la suite de microtraumatismes conduisant à une dégénération mucoïde des tissus. Ce sont les masses des tissus mous les plus fréquentes à la main et au poignet, mais ils peuvent aussi se rencontrer autour du genou et de la cheville.

Habituellement asymptomatiques au poignet et à la main, certains *ganglial cysts* peuvent générer une douleur, une sensibilité locale, ou créer une gêne esthétique. Des méthodes non chirurgicales et chirurgicales peuvent être proposées, mais le taux de récurrence est élevé avec le traitement médical. L'excision chirurgicale est la technique qui assure une guérison moyennant une bonne connaissance des structures adjacentes neurologiques ou vasculaires.

Autour du genou, il ne sera pas fait référence au kyste poplité (*Baker's cyst*) communiquant avec l'articulation fémorotibiale. Sont souvent présents autour du genou, le kyste méniscal, le kyste de l'articulation péronéo-tibiale/fibulaire proximale et le kyste de la tente des croisés [14]. Les kystes de l'articulation péronéo-fibulaire proximale sont rares et sans étiologie bien connue. Une douleur localisée et une tuméfaction locale sont faciles à identifier. L'excision chirurgicale est la solution thérapeutique. Les kystes de la tente des ligaments croisés sont dus à une différenciation mucoïde des ligaments croisés, aux traumatismes articulaires. Une gonalgie avec une limitation de l'amplitude articulaire, en particulier après effort sont les signes révélateurs. L'IRM est l'examen diagnostique.

Fait curieux, des *ganglial cysts* peuvent migrer à distance de leur point de départ. C'est le cas du kyste mucoïde développé à partir de la partie postéro supérieure de la capsule de l'épaule vers l'incisure de l'épine de l'omoplate : c'est la cause des compressions du nerf suprascapulaire.

### 1.4. Hémarthrose spontanée

Dans la gamme des diagnostics d'hémarthrose, tous les rhumatologues connaissent l'hémophilie, rarement reconnue à l'âge adulte, le rhumatisme à pyrophosphate de calcium, la synovite villo-nodulaire (SVN). Il faut ne pas méconnaître une autre cause de saignement à l'âge adulte, la maladie de Willebrand. C'est le trouble de l'hémostase le plus fréquent ; il est dû à un défaut quantitatif (types 1 et 3) ou qualitatif (type 2) du facteur von Willebrand. La transmission en est autosomique dominante ou récessive, et la femme est plus fréquemment symptomatique, même avec un déficit modéré. Loin derrière les saignements muqueux (65 %), les hémarthroses sont le saignement révélateur dans 15 % des cas [15].

D'autres déficits des facteurs de l'hémostase peuvent générer des hémarthroses, mais il s'agit alors de déficits acquis et rares, comme un déficit acquis en facteur V dans un contexte de myélome par exemple [16].

Des saignements iatrogènes sont possibles après traumatisme. Visible en arthroscopie, le saignement provient alors des artères périphériques de la partie postérieure du ménisque latéral, cause d'hémarthroses spontanées récidivantes [17].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8964106>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8964106>

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