

LE KYSTE SYNOVIAL DE LA HANCHE : UNE CAUSE RARE DE COMPRESSION DE LA VEINE ILIAQUE

M. DE SMEDT, P. LECHIEN

SUMMARY : *Synovial cyst of the hip. A rare cause of compression of the iliac vein.*

A case of synovial cyst of the hip presenting as a venous compression in the lower limb is reported. From a review of about 100 cases reported in the literature, the pathogenesis, diagnosis and treatment are discussed.

Keywords : synovial cyst of the hip ; iliopsoas bursa ; iliac vein compression.

Mots-clés : kyste synovial de la hanche ; bourse du psoas-iliaque ; compression veine iliaque.

INTRODUCTION

La bourse séreuse du muscle psoas iliaque est peu connue des chirurgiens car elle est source de peu de pathologies. Elle est susceptible cependant comme beaucoup de bourses de s'enflammer et de provoquer une bursite. Elle peut aussi être à l'origine d'un kyste synovial de la hanche qui prend parfois une taille considérable, comprimant les structures avoisinantes, le plus souvent la veine fémorale, pouvant même s'étendre sous le ligament inguinal et comprimer ou refouler des organes intra-abdominaux (1, 3, 5). Nous relatons ici le cas d'un patient qui a développé un tel kyste appuyant sur le réseau veineux iliaque externe.

OBSERVATION

En juin 1994, Monsieur Z., âgé de 71 ans, se présente au service des urgences car il a remarqué depuis une dizaine de jours un gonflement du membre inférieur gauche. Une phlébographie per-

met d'exclure une phlébite mais par contre met en évidence une compression extrinsèque de la veine iliaque externe (Fig. 1). Le patient est hospitalisé pour mise au point de cette lésion et une héparinothérapie préventive est mise en route.

Aucune masse n'est palpable vu l'excès pondéral du patient et l'examen clinique ne révèle rien de particulier. La radiographie de la hanche gauche montre des signes discrets de coxarthrose, sans que le patient ne signale de plainte à ce niveau.

Le scanner met en évidence une formation ovoïde du creux inguinal gauche, comprimant l'axe veineux avec, lors de l'injection de contraste, rehaussement en périphérie et centre hypodense. Cet aspect évoque une adénopathie nécrotique. La ponction-biopsie sous contrôle scanner ramène du liquide citrin visqueux faisant penser à la possibilité d'un kyste synovial de la hanche. Ce diagnostic est confirmé par la réalisation d'un arthroscanner de la hanche (Fig. 2).

Ce kyste est enlevé par un abord inguinal. L'examen anatomopathologique de la lésion confirme sa nature synoviale bénigne. Les suites opératoires se sont déroulées sans problème et le patient a pu quitter le service au dixième jour. Actuellement, 18 mois après l'intervention, le volume du membre inférieur reste normal et il n'existe toujours aucun signe de récurrence ni aucune plainte au niveau de la hanche.

Hôpital civil de Châtelet, service de chirurgie orthopédique, Rue du Beau Moulin, 80, 6200 Châtelet, Belgique.

Correspondance et tirés à part : M. De Smedt, 19, Rue Franck, 4623 Magnée.

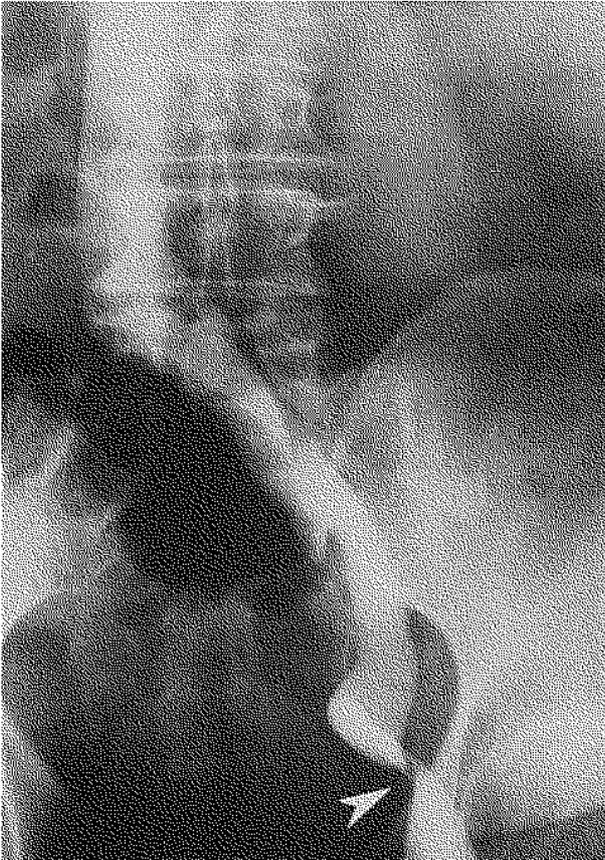


Fig. 1. — Phlébographie. Compression de la veine iliaque externe gauche par une masse extrinsèque.

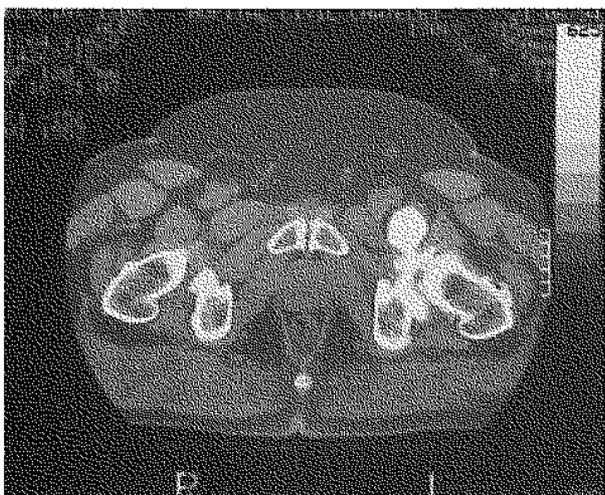


Fig. 2. — Arthroscanner. Mise en évidence du kyste synovial laminant la veine iliaque.

DISCUSSION

La bourse du psoas iliaque, présente chez 98% des adultes, est située entre le tendon du muscle psoas et la capsule articulaire de la hanche. Ses mensurations de 3 à 7 cm de longueur sur 2 à 4 cm de largeur en font la plus grande bourse séreuse de l'organisme. Son originalité anatomique réside en sa communication physiologique avec l'articulation de la hanche chez environ 15% de la population, allant même jusqu'à 30 ou 40% en cas de pathologie associée de la hanche. Cette connexion mesure de quelques millimètres à 3 ou 4 cm et résulte soit des conséquences d'une hyperpression chronique dans l'articulation de la hanche, soit d'un traumatisme du tendon du psoas sur la capsule articulaire. En effet, il existe une zone de faiblesse entre le ligament iliofémoral et le ligament pubofémoral où la capsule est réduite à un fin feuillet en contact direct avec la bourse séreuse.

Cliniquement, l'augmentation du volume de cette bourse se manifeste souvent par l'apparition d'une masse inguinale plus ou moins sensible, isolée ou associée à une compression de voisinage. Cette croissance se fait localement mais la bourse peut aussi s'insinuer sous le ligament inguinal et donner une symptomatologie abdominale. Vers le bas, par contre l'extension ne se fait qu'exceptionnellement en-dessous de la limite du petit trochanter. Ainsi, on a décrit localement une compression de l'artère fémorale, cause de claudication intermittente, du nerf crural (2) et des veines iliaque et fémorale provoquant un œdème du membre inférieur ou même une thrombose veineuse profonde (1, 2, 3). En outre, peuvent être comprimés ou refoulés en intra-abdominal, l'intestin grêle, le colon, le caecum, la vessie et/ou les uretères (1, 3, 5). Parfois le premier et seul signe est une masse abdominale.

Le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile à faire et peut être à l'origine d'erreurs d'interprétation ou d'errances diagnostiques comme le montre bien la première interprétation que nous avons faite du scanner de notre patient où nous pensions nous trouver devant des adénopathies nécrosées. Si depuis l'ère du scanner le diagnostic est rendu beaucoup plus facile, avant celle-ci dans bien des cas seule la chirurgie permettait de lever

les derniers doutes. L'arthrographie ne permet pas toujours de retrouver de communication entre le kyste et l'articulation. Quant à la résonance magnétique nucléaire elle ne semble pas amener actuellement beaucoup plus de précision que le scanner. Une attention toute particulière s'impose dans le cas d'un kyste asymptomatique ayant des rapports étroits avec l'artère fémorale, car il donne toutes les caractéristiques clinique, échographique et artériographique d'un faux anévrisme (2, 4).

Ce kyste synovial de la hanche peut apparaître sans étiologie déterminée mais il entre souvent dans le cadre d'une pathologie sous-jacente de la hanche. En effet, on retrouve fréquemment dans les antécédents du patient une maladie provoquant une augmentation du volume et de la pression du liquide synovial. Cette maladie est souvent une polyarthrite rhumatoïde (1, 3, 4, 5), mais aussi simplement une arthrose comme chez notre patient (4) ou une prothèse totale de hanche descellée ou infectée. Plus exceptionnellement on retrouve une synovite villonodulaire (3), une ostéochondromatose, une ostéonécrose aseptique, une arthrite septique, une chondrocalcinose ou un traumatisme.

Le traitement idéal est bien entendu celui de la pathologie causale lorsque celle-ci peut être identifiée et est accessible à la thérapeutique. Dans le cas qui nous occupe, l'évolution arthrosique n'en était qu'à son début et il n'y avait aucune place pour une autre chirurgie que la résection simple de ce kyste comme cela a été réalisé par la plupart des auteurs parfois dans un but diagnostique. Ce geste ne permet malheureusement pas de prévenir une éventuelle récurrence (1, 3). On a décrit comme complications à cette chirurgie une arthrite septique (4) et deux désunions de plaie avec écoulement séreux. Certaines équipes ont réalisé une ponction simple du kyste associée ou non à l'injection de corticoïdes avec un taux de récurrence très élevé mais acceptable pour une technique aussi peu invasive.

CONCLUSION

Le kyste synovial de la hanche peut être à l'origine d'une pathologie propre qu'il est intéres-

sant de connaître car elle n'est probablement pas si rare que la centaine de cas répertoriés dans la littérature pourraient le faire croire. Le scanner s'avère l'examen le plus efficace pour établir le diagnostic et l'extension de la lésion. Le traitement de choix est si possible celui de l'affection causale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Atkinson M. H. Rheumatoid synovial cyst of the hip, an unusual cause of leg swelling. *J. Rheumatol.*, 1986, 13, 986-8.
2. Benichou M., Joyeux A., Mary H., Thevenet A. Kyste synovial de la hanche. Deux cas révélés par une symptomatologie vasculaire. *J. Mal. Vasc.*, 1985, 10 (3), 209-11.
3. Chilton C. P., Darke S. G. External iliac venous compression by a giant iliopsoas rheumatoid bursa. *Br. J. Surg.*, 1980, 67, 641.
4. Mainard D., Reynier A., Delagoutte J. P. Intérêt du scanner pour le diagnostic des kystes synoviaux de la hanche. A propos de deux cas. *Revue de la littérature. Rev. Chir. Orthop.*, 1989, 75, 271-277.
5. Watson J. D., Ochsner S. F. Compression of the bladder due to rheumatoid cysts of the hip. *Am. J. Rad.*, 1967, 99, 695-696.

SAMENVATTING

M. DE SMEDT, P. LECHIEN. Synoviale cyste van de heup. Zeldzame oorzaak van compressie van de vena iliaca.

De auteurs rapporteren een geval van synoviale heupcyste die aanleiding gaf tot een veneuze compressie ter hoogte van het onderste lidmaat. Aan de hand van een overzicht van de literatuur worden de pathogenese, diagnose en behandeling benaderd.

RÉSUMÉ

M. DE SMEDT, P. LECHIEN. Le kyste synovial de la hanche : une cause rare de compression de la veine iliaque.

Les auteurs présentent le cas d'un kyste synovial de la hanche comprimant le réseau veineux iliaque externe et provoquant un oedème du membre inférieur. A travers une revue de la centaine de cas publiés dans la littérature à ce jour, la pathogénie, le diagnostic et le traitement de cette lésion sont envisagés.