

KYSTE SYNOVIAL DE LA HANCHE
A PROPOS D'UN CAS RÉVÉLÉ PAR UNE COMPRESSION VEINEUSE

J. LEGAYE, S. REDIER

L'observation d'un cas de compression veineuse par un kyste synovial de hanche conduit les auteurs à répertorier les implications diagnostiques et thérapeutiques de cette lésion. L'association à une polyarthrite rhumatoïde, une nécrose idiopathique de la tête fémorale, une coxarthrose ou une arthrite est soulignée. La variété des tableaux cliniques est décrite.

Keywords : hip ; synovial cyst ; ilio-psoas bursa ; vein compression.

Mots-clés : hanche ; kyste synovial ; bourse du psoas ; compression veineuse.

1. INTRODUCTION

Le kyste arthro-synovial de la hanche est une entité rare, d'expression clinique variable. L'observation d'un cas, révélé par une symptomatologie de compression veineuse, conduit à passer en revue les implications diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

2. OBSERVATION

Madame A. V., 45 ans, se plaint d'un oedème progressif du membre inférieur droit depuis 4 à 5 mois. La palpation du pli inguinal droit est un peu douloureuse, mais aucune masse n'est perçue.

La probabilité d'une compression veineuse conduit à réaliser une phlébographie qui objective une compression extrinsèque de la veine fémorale, sans thrombophlébite. Le réseau veineux du membre inférieur est turgescant. Une asymétrie du flux veineux est constatée à l'Echo Doppler.

L'échographie de la région inguinale révèle une formation d'un diamètre de 4 à 5 cm, oblongue, entourée d'une capsule bien délimitée et à contenu hypo-échogène.

Le CT Scan visualise cette masse de faible densité au contact de la veine fémorale. Le diagnostic de kyste arthrosynovial de la hanche est évoqué. L'arthrographie de la hanche droite ne permet pas de visualiser de communication entre la cavité articulaire et le kyste. L'articulation est par ailleurs normale, sans coxarthrose ni nécrose coxo-fémorale.

Le bilan hématologique est sans particularité. Aucun syndrome inflammatoire n'est constaté (VS 8, CRP:0.65, leucocytose et numération normale, fibrinogène:315). Les tests rhumatismaux sont normaux.

Une ponction réalisée sous contrôle par CT Scan ramène 2 cc de liquide mucoïde. Des corticoïdes sont injectés. Une régression de l'oedème du membre s'en suit, mais la récurrence survient endéans le mois. L'indication d'exérèse chirurgicale est alors posée.

L'intervention, sous anesthésie péridurale, est réalisée en décubitus dorsal. L'incision, verticale, est centrée sur les vaisseaux du triangle de Scarpa. L'abord vasculaire est aisé, permettant de découvrir une masse rénitente sous les vaisseaux fémoraux (figure 1). Sa dissection révèle le mince pédicule du kyste, traversant la capsule antérieure de la hanche. Le kyste est enlevé par section de ce collet, laissant un orifice de 2 mm de diamètre. Le liquide mucoïde qu'il contient confirme bien le diagnostic de kyste synovial chronique.

L'évolution clinique est ensuite favorable : l'oedème régresse rapidement, un Echo-Doppler veineux réalisé au 5^e jour ne visualise plus d'asy-

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Cliniques Universitaires U.C.L. - Mont-Godinne, B-5530 Yvoir, Belgique.

Correspondance et tirés à part : J. Legaye.

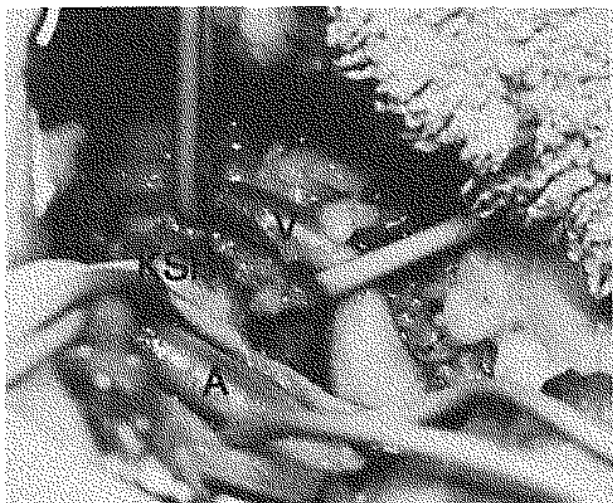


Fig. 1. — Aspect per-opératoire du triangle de Scarpa :
A. : Artère fémorale ; V. : Veine fémorale ; KSH. : Kyste
synovial de la hanche.

métrie du flux veineux. Un traitement anticoagulant préventif est instauré.

3. DISCUSSION

Les localisations des kystes arthro-synoviaux sont multiples (poignet, genou, coude, cheville, dos du pied) (5). La localisation à la hanche est rare. Une centaine d'observations sporadiques est rapportée depuis Velpeau en 1847. Les cas bilatéraux sont rares. La taille moyenne est de 5 cm, bien qu'un kyste de 20 cm ait été décrit par Garcia (2, 3).

La paroi du kyste arthro-synovial est constituée d'un support conjonctif et d'un revêtement interne de cellules mésothéliales. Ces cellules sécrètent un liquide séreux, qui se transformera en substance mucoïde par déshydratation (3).

Le kyste synovial de la hanche provient de la bourse séreuse située près du chef fémoral du muscle psoas-iliaque. Elle est aussi appelée bourse du psoas, bourse iliaque, ilio-fémorale, ou encore ilio-pectinéale (5). Elle est en rapport avec l'arcade crurale en haut, le ligament pubo-fémoral en bas, le ligament de Bertin en dehors, le pédicule vasculaire fémoral en dedans et en avant. Cette bourse ne communique avec l'articulation de la hanche que chez 15% des sujets «normaux». Une

communication est plus fréquente en cas de coxarthrose (25%), de coxite rhumatoïde (10%) et surtout de nécrose coxo-fémorale (37%) (2, 3, 5).

La kystisation de cette cavité, normalement virtuelle, s'effectue selon deux modalités : soit par hyper-pression intra-articulaire, soit lors d'un traumatisme. Lorsqu'existe une hyper-sécrétion synoviale, elle doit être associée à un phénomène de clapet au niveau de l'orifice de communication pour entraîner une augmentation de volume de la bourse. Ce pertuis n'est pas toujours individualisable à l'arthrographie, soit en raison de son étroitesse, soit en raison de son obstruction (oedème local, fibrose...) (2, 3, 5). L'existence d'une irritation synoviale impose d'en rechercher l'origine. Les étiologies les plus fréquentes sont la polyarthrite rhumatoïde (kystes synoviaux multiples), la coxarthrose (1 cas de kyste sur 5 à 600 hanches opérées) et la nécrose idiopathique de la tête fémorale. D'autres étiologies ont également été rapportées : chondrocalcinose, arthrite infectieuse (ou infection de prothèse totale de hanche), synovite pigmentée villo-nodulaire, arthrite non spécifique, lupus érythémateux, sarcoïdose.

Lorsqu'un traumatisme est relaté durant les semaines précédant l'apparition du kyste, il s'agit d'une contraction brutale du psoas ou d'une hyper-extension de la hanche. Il n'existe alors aucune communication avec l'articulation coxo-fémorale. Le kyste synovial est ainsi parfois qualifié de bursite aiguë du psoas (pouvant ensuite passer à la chronicité) (3, 5).

Dans notre observation, aucun traumatisme n'est mentionné, pas plus qu'une étiologie rhumatismale, dégénérative ou ischémique n'a été retrouvée par la mise au point hématologique, radiographique ou par CT Scan. Les cas survenant sur hanche normale sont rares.

La symptomatologie révélatrice du kyste synovial de hanche est variable. La douleur inguinale est souvent confondue avec la coxopathie sous-jacente éventuelle. Une masse inguinale est rarement palpée. Elle est alors parfois pulsatile, au contact de l'artère fémorale, simulant l'existence d'un anévrisme fémoral. Le plus fréquemment, le kyste est révélé par l'existence de compressions de voisinage : oedème d'un membre inférieur (avec parfois thrombophlébite), névralgies de compres-

sion du nerf crural ou fémoro-cutané, douleur «sciatique». Des cas de compression intra-pelvienne sont rapportés pour les kystes les plus volumineux ayant migré le long du psoas iliaque, dans l'espace rétro-péritonéal. En aucun cas une localisation plus basse que le petit trochanter n'a été observée (3, 4, 5).

Outre les compressions, les kystes peuvent se compliquer d'hémorragie intra-cavitaire, de rupture, ou d'infection (surtout en conséquence d'arthrographies ou de ponction).

Les confusions de diagnostic le plus fréquemment évoquées dans la littérature sont l'anévrisme de l'artère fémorale commune, la hernie inguino-scrotale, l'ectopie testiculaire, une adénopathie ou une hémopathie ganglionnaire, un abcès inguinal (en particulier tuberculeux), une tumeur enkystée ou une arthrite inflammatoire. Lorsqu'une compression endo-pelvienne est à l'origine du diagnostic, il convient de différencier le kyste d'une lésion vésicale, d'un hydrocèle, d'un kyste ovarien, d'un kyste hydatique ou d'un abcès pottique du psoas et même d'un pseudokyste du pancréas migrant le long du psoas (2, 3, 4).

En plus de la clinique, le diagnostic repose sur les techniques d'imagerie. La radiographie simple révèle parfois l'existence d'une lésion coxale (dégénérative, ischémique ou infectieuse). L'ultrasonographie visualise une formation kystique, au contenu hypo-échogène trans-sonore (liquide séreux) ou finement échogène (liquide mucoïde). Elle permet surtout la distinction diagnostique entre un kyste et un anévrisme fémoral (2). Le CT Scan et la résonance magnétique sont pour tous les auteurs les techniques de choix, non seulement pour asseoir le diagnostic (lésion à contenu de densité liquidienne, non modifiée par l'injection, à paroi fine parfois calcifiée) mais surtout pour préciser les rapports anatomiques et l'éventuelle communication articulaire. Dans certains cas, une lésion du même type, quoique plus petite et sans expression clinique, est visualisée à la hanche controlatérale (3). Ceci relativise la fréquence de ces kystes dont l'expression clinique est souvent nulle ou confondue. Par contre, l'arthrographie ne sera réalisée qu'avec circonspection en raison du risque septique et du peu d'information qu'elle apporte (2, 5). La phlébographie est souvent le

premier examen réalisé car beaucoup de cas sont diagnostiqués par les chirurgiens vasculaires lors du bilan d'œdème des membres inférieurs. Elle met alors en évidence une compression extrinsèque de la veine fémorale, au dessus de la crosse de la saphène. La cystographie complète parfois le bilan des volumineux kystes comprimant les organes pelviens.

La régression spontanée du kyste arthro-synovial de la hanche est rare. Le traitement conservateur est parfois suffisant. Il associe les antalgiques, les anti-inflammatoires et parfois une traction axiale. La ponction évacuatrice avec injection de corticoïdes permet parfois une rémission, surtout en cas de polyarthrite rhumatoïde (2, 3).

La chirurgie d'exérèse reste le seul geste radical, accompagné d'une synovectomie lors d'arthrite inflammatoire. Il permet dans le même temps l'exérèse du kyste et la cure de la lésion d'origine (coxarthrose, nécrose aseptique, arthrite). Il reste cependant que quelques cas de récurrence sont décrits (2, 3, 5).

4. CONCLUSION

Lésion bénigne et rare, le kyste synovial de la hanche se révèle selon des tableaux symptomatologiques variables, déterminant les modalités du diagnostic. La constatation d'un tel kyste doit conduire à rechercher la pathologie articulaire qui en est l'origine. Après échec du traitement médical, le traitement chirurgical résout à la fois la conséquence fonctionnelle du kyste et sa lésion primitive.

BIBLIOGRAPHIE

1. Armstrong P., Saxton H. Iliopsoas bursa. *Br. J. Radiol.*, 1972, 45, 493-495.
2. Garcia J., Chevalley P. Kystes synoviaux de la hanche: diagnostic par tomodensitométrie. *J. Radiol.*, 1985, 66, 425-432.
3. 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.
4. McGraw R. W., Morton K. S., Duncan C. P. Massive intrapelvic synovial cyst as a complication of total hip replacement arthroplasty: a case report. *Can. J. Surg.*, 1991, 34 (3), 267-269.

5. Sartoris D. J., Danzig L., Gilula L., Greenway G., Resnick D. Synovial cysts of the hip joint and iliopsoas bursitis : A spectrum of imaging abnormalities. *Skeletal Radiol.*, 1985, 14, 85-94.

SAMENVATTING

J. LEGAYE, S. REDIER. Ganglion van het heupgewricht. Beschrijving van een geval met veneuze compressie.

Aan de hand van een veneuze stuwning veroorzaakt door een ganglion van de heup, wordt de diagnostiek en de therapie van deze aandoening besproken. De associatie met rhumatoïde arthritis, avasculaire heup-

kopnecrose of arthritis wordt onderstreept. Beschrijving van verschillende ziektebeelden.

ABSTRACT

J. LEGAYE, S. REDIER. Synovial cyst of the hip. Report of a case with venous compression.

Femoral vein compression by a synovial cyst of the hip is described, and the differential diagnosis is discussed. Such a lesion may be associated with rheumatoid arthritis, idiopathic necrosis of the femoral head or acute arthritis. The various clinical patterns are reviewed.