

Case report

Ostéochondromatose synoviale de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce chez une patiente atteinte d'un lupus érythémateux systémique

Hanan Loukil¹, Faten Frikha^{1,&}, Mouna Snoussi¹, Saida Garbaa¹, Raida Ben Salah¹, Zouhir Bahloul¹

¹Service de Médecine Interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

[&]Corresponding author: Faten Frikha, Service de Médecine Interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Key words: Ostéochondromatose, lupus, arthrose

Received: 29/09/2015 - Accepted: 17/10/2015 - Published: 23/10/2015

Abstract

L'ostéochondromatose synoviale est une métaplasie du tissu synovial. Elle engendre de petites masses cartilagineuses qui font saillie à la face interne de la synoviale, puis, se pédiculisent et enfin s'en détachent en développant des chondromes libres. On en distingue deux formes d'ostéochondromatose, la forme primitive, qui est rare, et la forme secondaire plus fréquente dont l'origine est généralement l'arthrose. Nous rapportons un cas d'ostéochondromatose synoviale de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce chez une patiente atteinte d'un lupus érythémateux systémique.

Pan African Medical Journal. 2015; 22:185 doi:10.11604/pamj.2015.22.185.8065

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/185/full/>

© Hanan Loukil et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

L'ostéochondromatose synoviale est une métaplasie du tissu synovial. Elle engendre de petites masses cartilagineuses qui font saillie à la face interne de la synoviale, puis, se pédiculisent et enfin s'en détachent en développant des chondromes libres. Ces derniers peuvent s'ossifier et justifier ainsi le terme d'ostéochondromatose [1-3]. On en distingue deux formes, une forme primitive, et une forme secondaire dont l'origine est généralement l'arthrose. L'ostéochondromatose au niveau de la main est décrite comme rare [2]. Nous rapportons un cas d'ostéochondromatose synoviale de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce chez une patiente atteinte d'un lupus érythémateux systémique (LES).

Patient et observation

Une femme âgée de 48 ans a été hospitalisée dans notre service en 2012 pour une polyarthrite touchant de façon bilatérale les grosses et les petites articulations. Le diagnostic de LES dans sa forme bénigne a été retenu devant la notion de photosensibilité, l'atteinte articulaire, et un bilan immunologique positif (anticorps antinucléaires positifs à 1/1280 et anti-ADN natifs positifs). Elle a été traitée par une corticothérapie associée à l'hydroxychloroquine avec une bonne évolution. Deux ans plus tard, elle se présentait avec des douleurs mécaniques des 2 pouces. L'examen clinique objectivait une saillie de la tête métacarpienne des 2 pouces avec une déformation en « pouce adductus » bilatérale plus accentuée à gauche (**Figure 1**). La radiographie standards des 2 mains objectivait une rhizarthrose évoluée avec volumineuses productions ostéophytiques en regard de l'articulation trapézo-métacarpienne évoquant une ostéochondromatose multiple (**Figure 2**). Sous traitement symptomatique antalgique et une orthèse des 2 pouces, la malade a été stabilisée.

Discussion

L'ostéochondromatose est une pathologie dont la définition la plus communément adoptée actuellement est celle proposée par Jaffe en 1958 et reprise par Roderer en 1981: « métaplasie au sein du tissu synovial de certaines cellules en chondrocytes qui entraînent la formation de petites masses arrondies de tissu cartilagineux, qui font saillie à la face interne de la synoviale, puis se pédiculisent et enfin s'en détachent, devenant des chondromes libres intra-articulaires » [1]. Il en résulte une gêne à la mobilisation et un syndrome tumoral aboutissant à plus ou moins long terme, en l'absence de traitement, à une destruction articulaire.

La fréquence globale de cette affection est probablement sous-estimée dans la population mondiale ; elle atteint le plus souvent les grosses articulations et peu de cas d'atteinte de la main et des doigts ont été publiés [2-5]. Milgram [6] distingue trois phases dans le cycle de l'ostéochondromatose: Phase 1: maladie intrasynoviale sans corps étrangers libres; Phase 2: prolifération synoviale active avec corps étrangers libres ; Phase 3: corps ostéochondromateux libres multiples sans maladie intrasynoviale.

Le diagnostic radiologique précoce de l'ostéochondromatose n'est possible qu'à partir du stade 2 (de Milgram) avec corps étrangers. Les radiographies standards montrent des chondromes calcifiés dans l'aire para-articulaire. Cependant, le scanner ou mieux encore l'IRM trouvent leur place dans la chondromatose pure radiotransparente [7]. On en distingue deux formes

d'ostéochondromatose, la forme primitive, qui est rare, et la forme secondaire plus fréquente dont l'origine est généralement l'arthrose. D'autres affections, comme, la dysplasie épiphysaire, la maladie de Legg-Perthes Calve, l'ostéonécrose aseptique, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète, la chondrocalcinose, ont été citées comme des causes possibles. Dans le cas de notre patiente, nous attribuons le développement de l'ostéochondromatose au lupus. A notre connaissance, C'est le deuxième cas d'ostéochondromatose associée au lupus [8].

Le traitement de l'ostéochondromatose diffère selon sa forme primaire ou secondaire. Dans les formes primaires, on préconise une synovectomie avec ablation des corps étrangers mais les récurrences sont fréquentes. Dans les formes secondaires, l'évolution est le plus souvent lente et le traitement est étiologique par traitement de l'arthropathie préexistante et ablation des corps étrangers.

La revue de la littérature montre que ces lésions évoluent le plus souvent avec bénignité et le pronostic peut être, avec Sim [9] et Lichenstein [10] considéré comme bénin dans l'ostéochondromatose de la main puisque aucun cas de transformation maligne n'a été décrit. Et même si à l'examen microscopique on observe une hyperactivité nucléaire des cellules cartilagineuses, leur multiplication rapide n'est que le témoin d'une activité propre aux cellules cartilagineuses en croissance. La transformation sarcomateuse a été observée dans les chondromatoses au genou et à la hanche. En revanche, les récurrences ne sont pas exceptionnelles.

Conclusion

Cette observation d'ostéochondromatose est particulière du fait de la localisation bilatérale de cette métaplasie et du fait de son association à une maladie lupique.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs déclarent avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Main gauche: aspect de pouce adductus

Figure 2: Radiographie standard des 2 mains : multiples formations de petites masses arrondies de tissu cartilagineux réalisant l'aspect en chou-fleur

Références

1. Saotome K, Tamai K, Koguchi Y, Sakai H, Yamaguchi T. Growth potential of loose bodies: an immuno-histochemical examination of primary and secondary synovial osteochondromatosis. J Orthop Res. 1999; 17(1):73-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

2. Nakashima H, Sugiura H, Nishida Y, Yamada Y, Ishiguro N. Synovial osteochondromatosis of the carpometacarpal joint. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2007;36(10):E151-2. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Gottschalk HP, Newbury R, Wallace CD. Synovial chondromatosis in a child's thumb: a case report and review of the literature. *Hand (N Y)*. 2012;7(1):98-102. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Muramatsu K, Hashimoto T, Tominaga Y, Taguchi T. Large synovial osteochondromatosis arising from the interphalangeal joint of the thumb: a case report and review of the literature. *Anticancer Res*. 2014;34(2):1057-60. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Kettelkamp DB, Dolan J. Synovial chondromatosis of an interphalangeal joint of a finger : Report of a case. *J Bone Joint Surg*. 1966;48 (2):329-332. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis: a histopathological study of 30 cases. *J Bone Joint Surg Am*. 1977;59(6):792-801. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Torreggiani WC, Al Ismail K, Munk PL, Roche C, Keogh C, Nicolaon S et al. The imaging spectrum of Baker's (popliteal) cysts. *Clin Radiol*. 2002;57(8):681-91. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Patri B, Mateus C. Ostéochondromatose associée à une ostéonécrose aseptique au cours d'un lupus systémique. *La Revue de Médecine Interne*. 1999;20(8):722-723. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Sim FH, Dahlin DC, Ivins JC. Extra-articular synovial chondromatosis. *J Bone Joint Surg*. 1977;59(4):492-495. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Lichenstein L, Hall JE. Periosteal Chondroma: a distinctive benign cartilage tumor. *J Bone Joint Surg*. 1952; 24(3):691-697. **PubMed** | **Google Scholar**



Figure 1: Main gauche: aspect de pouce adductus

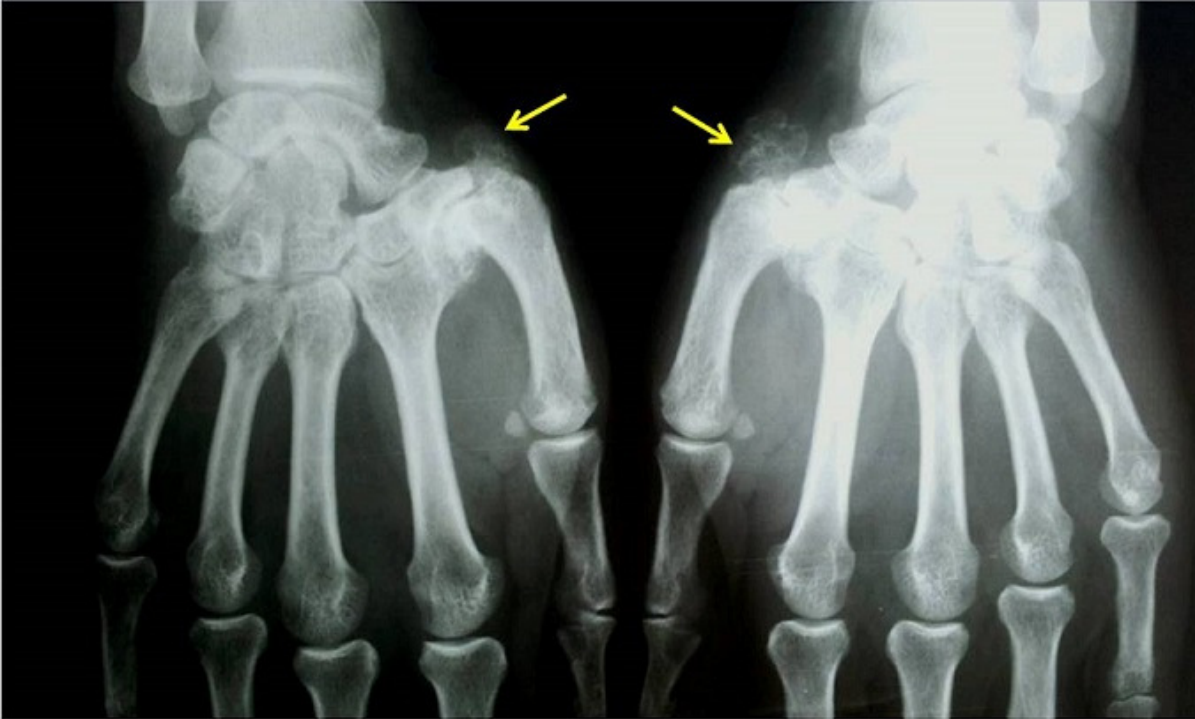


Figure 2: Radiographie standard des 2 mains : multiples formations de petites masses arrondies de tissu cartilagineux réalisant l'aspect en chou-fleur