

Plutôt inhabituel

Lipome arborescent comme cause de douleurs au genou

Dr méd. univ. (A) Anna-Katharina Calek, Dr méd. univ. (A) Markus Kasiman, Dr méd. Ruben A. Mazzucchelli, Dr méd. Johannes B. Erhardt

Département Orthopédie, Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, Grabs



Contexte

Les douleurs antérieures du genou peuvent être causées par une multitude de facteurs étiologiques. Le lipome arborescent en constitue une cause rare. Dans cet article, nous rapportons le cas d'un patient de 30 ans, qui se plaignait de tuméfactions récidivantes et de douleurs suite à une contusion du genou.

Présentation du cas

Anamnèse

Suite à une contusion, un conducteur de locomotive âgé de 30 ans souffrait depuis plusieurs semaines de douleurs au genou persistantes et d'épanchements récidivants. Les douleurs, dont l'intensité était maximale au niveau de la face ventrale du genou et de la fosse poplitée, incommodaient particulièrement le patient dans son travail, lorsqu'il fournissait un effort ou faisait des mouvements. Au demeurant, l'anamnèse du patient était sans particularité.

Statut

L'examen clinique a révélé une nette tuméfaction du genou gauche, avec un épanchement intra-articulaire massif. À la palpation, un kyste de Baker d'une taille d'env. 2 × 4 cm (largeur × hauteur) a été décelé au niveau médial de la fosse poplitée avec une extension en direction latérale. Par ailleurs, le patient a fait état d'une sensation de tension au niveau antérieur ainsi que de douleurs lors de la flexion forcée, sans restriction de l'amplitude des mouvements actifs et passifs. La démarche du patient était normale, avec un axe des jambes non dévié.

Diagnostic

Sur le plan radiologique, les clichés du genou en incidence antéro-postérieure et latérale ont montré une gonarthrose débutante. Pour la mise au point des symptômes, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche avait déjà été prescrite. Cet examen a révélé une lésion vilieuse de structure ramifiée

arborescente avec une hyperintensité homogène du signal au niveau du compartiment fémoro-patellaire (fig. 1). Par ailleurs, un kyste de Baker dorsal (fig. 2) et une chondropathie patellaire sévère ont été objectivés. Les autres structures internes ne présentaient pas d'anomalies.

Diagnostic

Le diagnostic de lipome arborescent avec kyste de Baker dorsal dans le cadre d'une chondropathie patellaire sévère et d'une gonarthrose débutante a été posé.

Traitement

En l'absence d'amélioration suite aux mesures conservatrices avec mise au repos, cryothérapie, surélévation et analgésie orale, une opération a été pratiquée pour traiter les symptômes. Cette opération a tout d'abord consisté en une arthroscopie du genou gauche avec résection du lipome arborescent (fig. 3), suivie d'une résection ouverte du kyste de Baker. En intra-opératoire, trois échantillons ont été prélevés avant la résection du lipome afin de confirmer le diagnostic.

Évolution

L'évolution postopératoire initiale s'est déroulée normalement et le patient a pu quitter l'hôpital lors du deuxième jour postopératoire. Il était autorisé à solliciter totalement son genou en fonction de ses symptômes, avec une amplitude des mouvements libre. Déjà le jour de sa sortie, le patient s'est représenté avec une hémorragie secondaire au niveau du redon. Cette dernière a cessé spontanément et d'autres anomalies ont pu être exclues. Aucune complication n'est survenue par la suite. Un rendez-vous a été planifié six semaines après l'opération pour un contrôle clinique et pour discuter les résultats histologiques. Le patient ne s'est toutefois pas présenté au rendez-vous par manque de temps, si bien qu'une consultation téléphonique a eu lieu. Lors de cette conversation, le patient a déclaré ne pas présenter aucun symptôme et avoir une bonne résistance à l'effort au quotidien. La tendance aux tuméfactions avait totalement régressé.



Anna-Katharina Calek

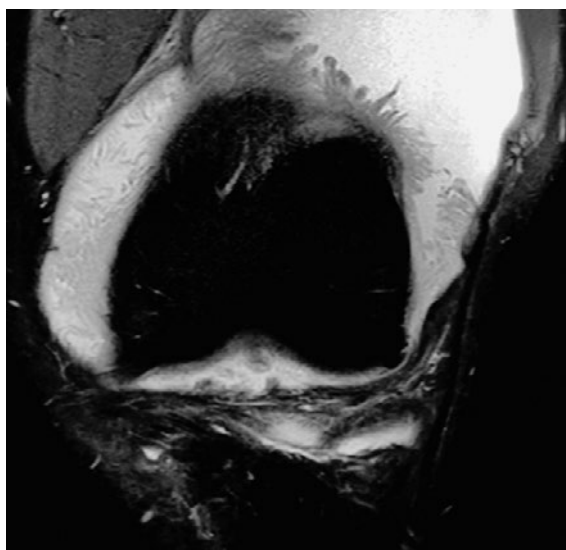


Figure 1: Lésion vilieuse ramifiée, arborescente.



Figure 2: Kyste de Baker.

Près d'un an et demi après l'opération, une nouvelle consultation téléphonique a eu lieu. Le patient a signalé une évolution très réjouissante. Il ne présentait plus de douleurs depuis longtemps, l'amplitude des mouve-

ments était libre et similaire des deux côtés. Il pouvait à nouveau exercer sans limitations sa profession de conducteur de locomotive, qui implique avant tout une position debout. De même, il a sans problème pu reprendre le sport (football). Suite à l'arthroscopie du genou avec résection du lipome arborescent et à la résection ouverte du kyste de Baker, les douleurs antérieures du genou et la tuméfaction incommodante à la flexion au niveau de la fosse poplitée avaient totalement disparu. Par la suite, de nouveaux épanchements n'ont plus été constatés.

Discussion

Le lipome arborescent représente une affection articulaire bénigne rare, qui se caractérise par une prolifération vilieuse sous-synoviale de tissu adipeux. Le lipome arborescent a été décrit pour la première fois en 1904 par le chirurgien allemand Albert Hoffa, mais avec une étiologie indéterminée [1–3]. Cette affection peut se manifester par une multitude de symptômes [4] et, outre l'hypertrophie du corps adipeux infra-patellaire, également appelée «maladie de Hoffa» [5], elle constitue une autre cause de douleurs antérieures du genou. La prolifération du corps adipeux de Hoffa peut être à l'origine de symptômes d'impingement avec douleurs et limitations fonctionnelles par compression du corps adipeux dans la trochlée ou au niveau tibio-fémoral [6]. Ce diagnostic est souvent utilisé pour décrire les états douloureux au niveau du genou antérieur.

Le lipome arborescent touche le plus souvent le genou, avant tout le récessus supra-patellaire, et il survient parfois aussi de façon bilatérale. D'autres articulations peuvent néanmoins aussi être affectées, telles que l'articulation du coude, l'articulation de la hanche, le poignet, l'articulation scapulaire et la cheville [7]. Seules quelques centaines de cas ont pour l'instant été décrits dans la littérature. Sur le plan étiologique, le lipome arborescent est de plus en plus attribué à un événement

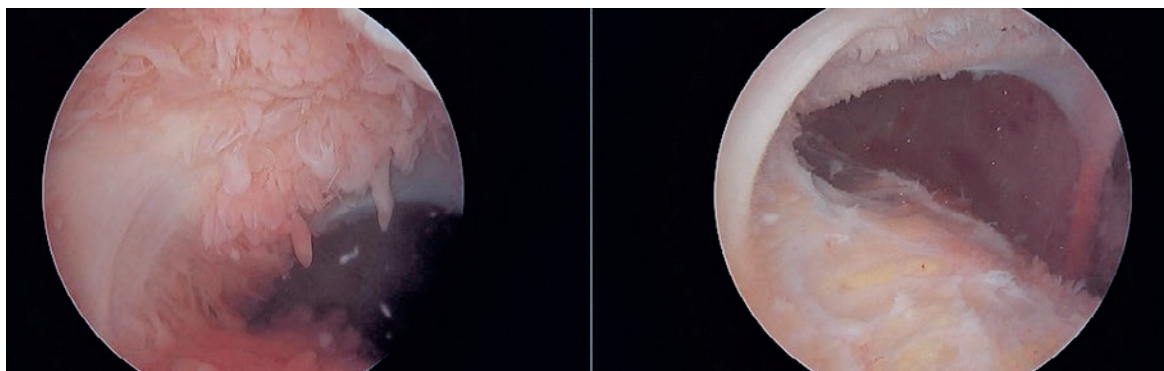


Figure 3: Lipome arborescent en intra-opératoire avant (gauche) et après la résection arthroscopique (droite).

Correspondance:
Dr méd. univ. (A)
Anna-Katharina Calek
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
anna-katharina.calek[at]
kssg.ch

traumatique, à une irritation chronique ou à une inflammation [2, 8]. La maladie touche en premier lieu les patients au cours de la troisième à cinquième décennie de vie, et il n'existe pas de prédilection franche pour un sexe en particulier [2, 9].

L'IRM s'est établie comme le principal instrument pour confirmer le diagnostic. Elle permet un diagnostic précis et très spécifique, avec une détermination exacte de la taille de la lésion, qui joue un rôle important pour la planification du traitement ultérieur [10].

Au vu de la littérature peu abondante, qui se limite actuellement à des présentations de cas, les preuves relatives au traitement du lipome arborescent symptomatique sont encore largement incertaines. En fonction de la taille de la lésion et de l'articulation affectée, il est possible de réaliser une synovectomie ouverte ou arthroscopique. Déjà en 1998, Sola et Wright ont présenté de premiers résultats satisfaisants après la réalisation d'une synovectomie mini-invasive [11]. Les deux techniques permettent néanmoins d'obtenir de résultats satisfaisants, avec une faible morbidité intra- et post-opératoire. Pour citer les avantages évidents de la variante arthroscopique, le résultat cosmétique de la procédure ouverte est moins bon, tout comme la symptomatologie de la douleur post-opératoire légèrement plus longue chez certains patients en raison de la plus grande surface de la plaie.

Les injections intra-articulaires de corticoïdes peuvent temporairement procurer un soulagement des symp-

tômes, mais elles ne représentent néanmoins pas l'option thérapeutique de référence [10]. En cas de diagnostic confirmé, un traitement chirurgical consistant en une synovectomie est recommandé. L'objectif de l'intervention est d'une part de supprimer les symptômes et d'autre part de prévenir la progression d'une possible dégénérescence articulaire voire le développement d'une arthrose prématurée. L'équipe de Natera a décrit cinq cas dans lesquels le report de l'opération pourrait avoir favorisé une progression [12].

Remerciements

Tous les clichés d'IRM sont la propriété du Diagnose Zentrum City Buchs Radiologie Südost. Nous remercions le centre pour la mise à disposition des images.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Sanamandra SK, Ong KO. Lipoma arborescens. Singapore Med J. 2014;55(1):5–10.
- 2 Heyer C, Lemburg SP. Lipoma arborescens of the knee joint. Rofo. 2005;177(10):1447–9.
- 3 De Souza TP, Carneiro JBP, Dos Reis MF, Batista BB, Gama FAS, Ribeiro SLE. Primary lipoma arborescens of the knee. Eur J Rheumatol. 2017;4(3):219–21.
- 4 Miladore N, Childs MA, Sabesan VJ. Synovial lipomatosis: A rare cause of knee pain in an adolescent female. World J Orthop. 2015;6(3):369–73.
- 5 Magi M, Branca A, Bucca C, Langerame V. Hoffa disease. Ital J Orthop Traumatol. 1991;7(2):211–6.
- 6 Seitlinger G, Scheurecker G, Högler R, Kramer J, Hofmann S. Bildgebende Diagnostik des Patellofemoralgelenks. Arthroscopie. 2010;23:176–83.
- 7 Kamran F, Kavin K, Vijay S, Shivanand G. Bilateral lipoma arborescens with osteoarthritis knee: Case report and literature review. J Clin Orthop Trauma. 2015;6(2):131–6.
- 8 Dürr HR, Klein A. Diagnosis and therapy of benign intraarticular tumors. Orthopade. 2017;46(6):498–504.
- 9 Kloen P, Keel SB, Chandler HP, Geiger RH, Zarins B, Rosenberg AE. Lipoma arborescens of the knee. J Bone Joint Surg Br. 1998;80(2):298–301.
- 10 De Vleeschhouwer M, Van Den Steen E, Vanderstraeten G, Huyse W, De Neve J, Vanden Bossche L. Lipoma Arborescens: Review of an Uncommon Cause for Swelling of the Knee. Case Rep Orthop. 2016;2016:9538075.
- 11 Fornaciari P, Schai PA, Kurrer MO, Exner GU. Arthroscopic Synovectomy in Bilateral Lipoma Arborescens. J Orthop Case Rep. 2016;6(5):7–13.
- 12 Natera L, Gelber PE, Erquicia JI, Monllau JC. Primary lipoma arborescens of the knee may involve the development of early osteoarthritis if prompt synovectomy is not performed. J Orthop Traumatol. 2015;16(1):47–53.

L'essentiel pour la pratique

- Le lipome arborescent peut se manifester par une multitude de symptômes.
- L'IRM représente la modalité d'imagerie de choix.
- Le diagnostic définitif devrait toujours être confirmé par histologie afin de pouvoir exclure avec certitude les diagnostics différentiels potentiels.
- D'après les preuves actuellement disponibles, la synovectomie arthroscopique est une technique sûre et efficace pour le traitement de cette affection, et elle est associée à peu de complications postopératoires. Elle peut prévenir la progression accélérée d'une arthrose voire sa survenue.