

Alexandre, 22 ans

- Tuméfaction douloureuse face interne du genou droit apparue il y a 6 mois
- Gène à la pratique sportive...



0126334924
020Y
Masculin
Pos. patient : FFS
Desc. examen : EXT IRM GENOU AVEC INJECTION
Desc. série : LOC DROIT
< 5 - 1 >

R

15

5 cm

TE : 89,69 ; TR : 491,90
Et:1 TA:90,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 621
L 1243

20/07/2023
14:29:46
Actuel
181% Pixel
DFOV 42,4 x 21,0 cm
LT 4,00 mm
Visionneuse

R

3 cm

TE : 40,88 ; TR : 3343,00
Et:11 TA:160,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 316
L 706

20/07/2023
14:30:58
Actuel
45% Pixel
DFOV 32,3 x 16,0 cm
LT 3,00 mm
Visionneuse

R

3 cm

TE : 40,88 ; TR : 3343,00
Et:11 TA:160,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 316
L 706

20/07/2023
14:32:15
Actuel
45% Pixel
DFOV 32,3 x 16,0 cm
LT 2,70 mm
Visionneuse

R

15

3 cm

TE : 43,32 ; TR : 2128,00
Et:10 TA:160,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 374
L 776

0126334924
020Y
Masculin
Pos. patient : FFS
Desc. examen : EXT IRM GENOU AVEC INJECTION
Desc. série : Ax DP FS 2.5mm ARDL
< 7 - 1 >

R

15

3 cm

TE : 43,32 ; TR : 2128,00
Et:10 TA:160,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 374
L 776

20/07/2023
14:32:15
Actuel
45% Pixel
DFOV 32,3 x 16,0 cm
LT 2,70 mm
Visionneuse

R

3 cm

TE : 17,00 ; TR : 651,05
Et:1 TA:30,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 364
L 729

0126334924
020Y
Masculin
Pos. patient : FFS
Desc. examen : EXT IRM GENOU AVEC INJECTION
Desc. série : Sag T2* GRE ARDL
< 10 - 21 >

R

3 cm

TE : 17,00 ; TR : 651,05
Et:1 TA:30,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 364
L 729

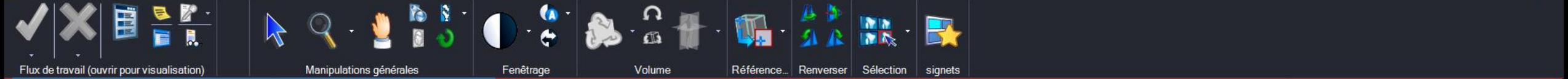
20/07/2023
14:39:19
Actuel
91% Pixel
DFOV 32,3 x 16,0 cm
LT 2,50 mm
Visionneuse

R

3 cm

TE : 17,00 ; TR : 651,05
Et:1 TA:30,00

CENTRE DE CONSULTATION DU SPORT
GE MEDICAL SYSTEMS SIGNA Artist
C 364
L 729



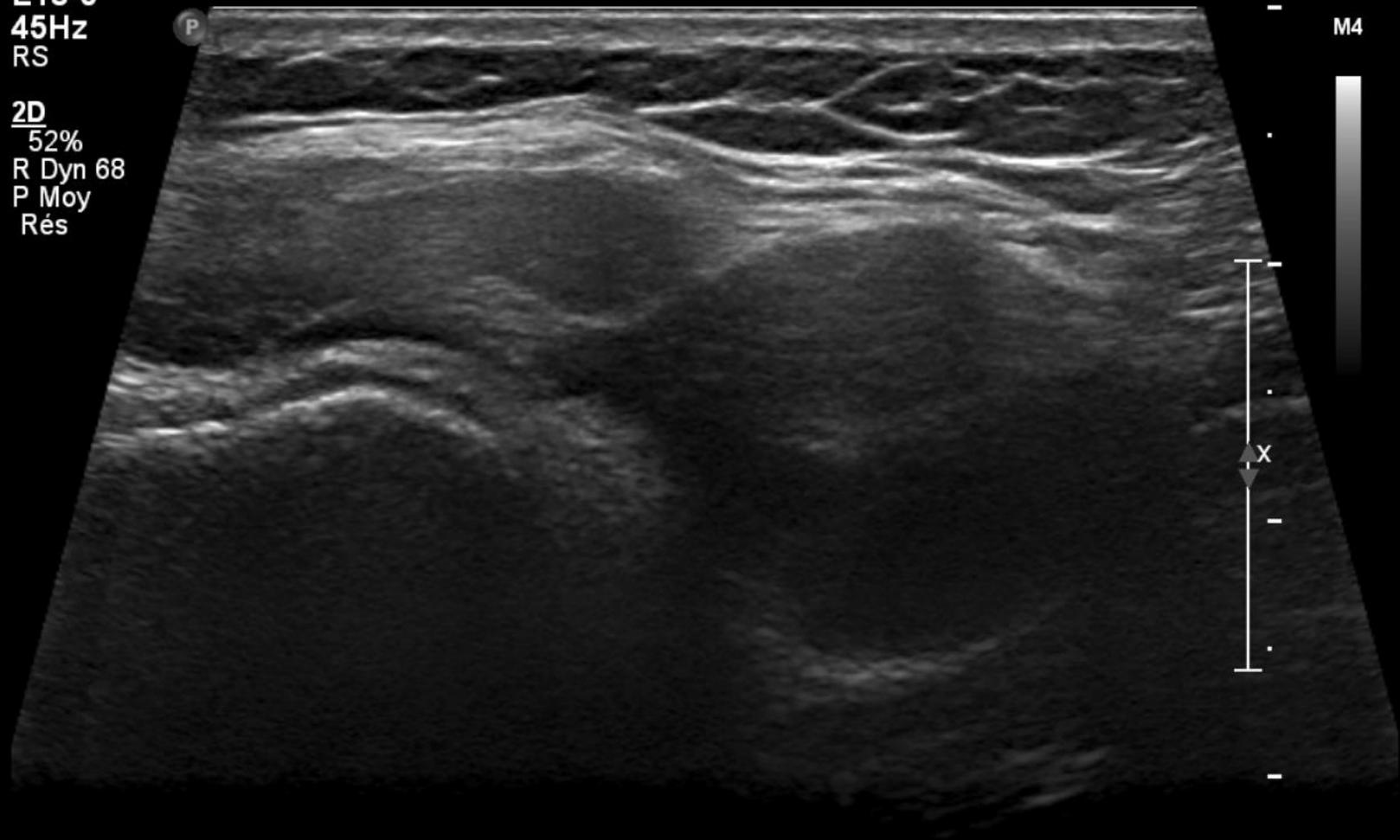
0126334924
Masculin
<1.1 - 1 >

Superc
L18-5
45Hz
RS

2D
52%
R Dyn 68
P Moy
Rés

TISO.1 MI 0.8

28/12/2023
14:17:00
Actuel
121% Pixel
DFOV 85,1 x 41,6 mm
Visionneuse



M4



3.5cm

Anapath :

- **Examen microscopique**

Les fragments intéressent une prolifération faite de cellules le plus souvent épithélioïdes. Ces cellules ont un noyau arrondi ou réniforme et un cytoplasme éosinophile abondant avec des dépôts d'hémosidérine. Il s'y associe de nombreuses cellules géantes plurinucléées. Au niveau du stroma on observe des zones de fibrose, des dépôts d'hémosidérine. Absence de nécrose tumorale. Absence d'atypie cytonucléaire.

- **CONCLUSION :**

Lésion au contact des tendons de la patte d'oie ; biopsie :
Tumeur ténosynoviale à cellules géantes.

Synovite villonodulaire

tumeur à cellules géantes des gaines

tumeur à cellules géantes osseuse

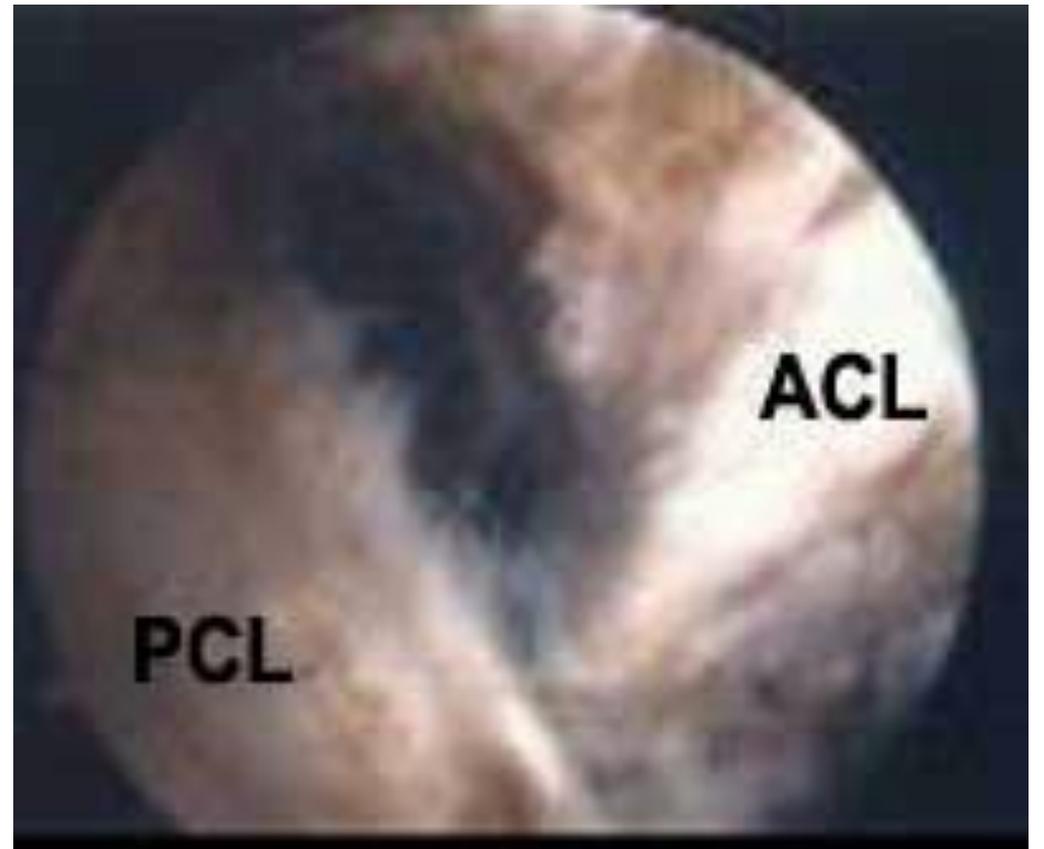
Synovite villonodulaire

Épidémiologie

- Incidence de la SVN = 1,8 / million d'habitant / an
- Sex ratio 1/1 ou 2H/1F
- Survient le plus souvent chez un adulte jeune
 - la moitié des cas publiés dans les revues de la littérature sont découverts entre 3^e et 4^e décennie
- Monoarticulaire
- Siège le plus fréquent = genou 80%
 - Puis hanche
 - Les autres localisations articulaires (cheville, coude ou épaule) sont exceptionnelles

Définition et historique

- Hyperplasie des villosités synoviales pouvant confluer en nodules
- On distingue :
 - Des formes localisées
 - Articulations
 - Bourses séreuses
 - Gaines synoviales
 - Des formes diffuses
 - Essentiellement articulaires



T1



T2



T1 FS
gado



GRE



Taille de l'image : 512 x 512
Taille de la vue : 705 x 705
NF : 4635 LF : 9270

S

10057186 (16 y , 15 y)
GENOU GE-19 — Sag T2* GRE
8146
7

AD



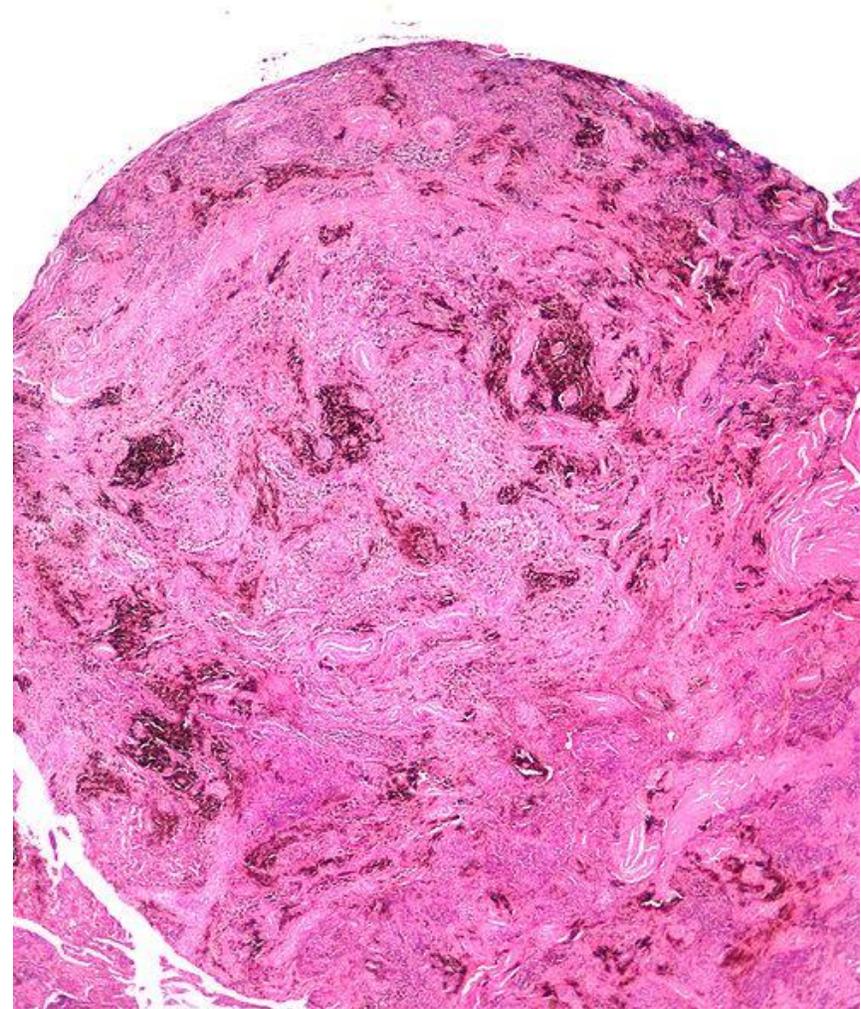
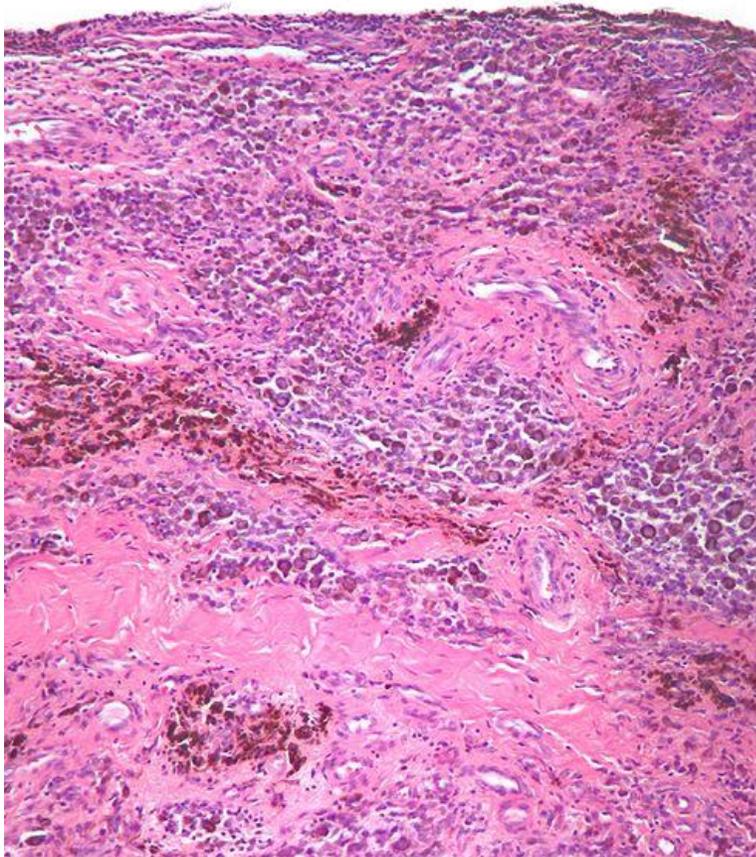
Zoom : 138% Angle : 0
Im : 10/22 (D → G)
Non compressé
Epaisseur : 3.00 mm Position : -143.26 mm

TE: 13.3 TR: 500
FS: 1.5
10/12/09 14:30:55
Made In OsiriX

Histologie

- Macroscopie :
 - épaissement de la synoviale qui apparaît de couleur brunâtre et hérissée de papille filiforme
 - Celles-ci finissent par fusionner entraînant la formation de nodules pédunculés
- Microscopie :
 - Prolifération :
 - De cellules mononucléés non suspectes de malignité
 - De cellules géantes plurinucléées
 - Associée à des sidérophages

Histologie



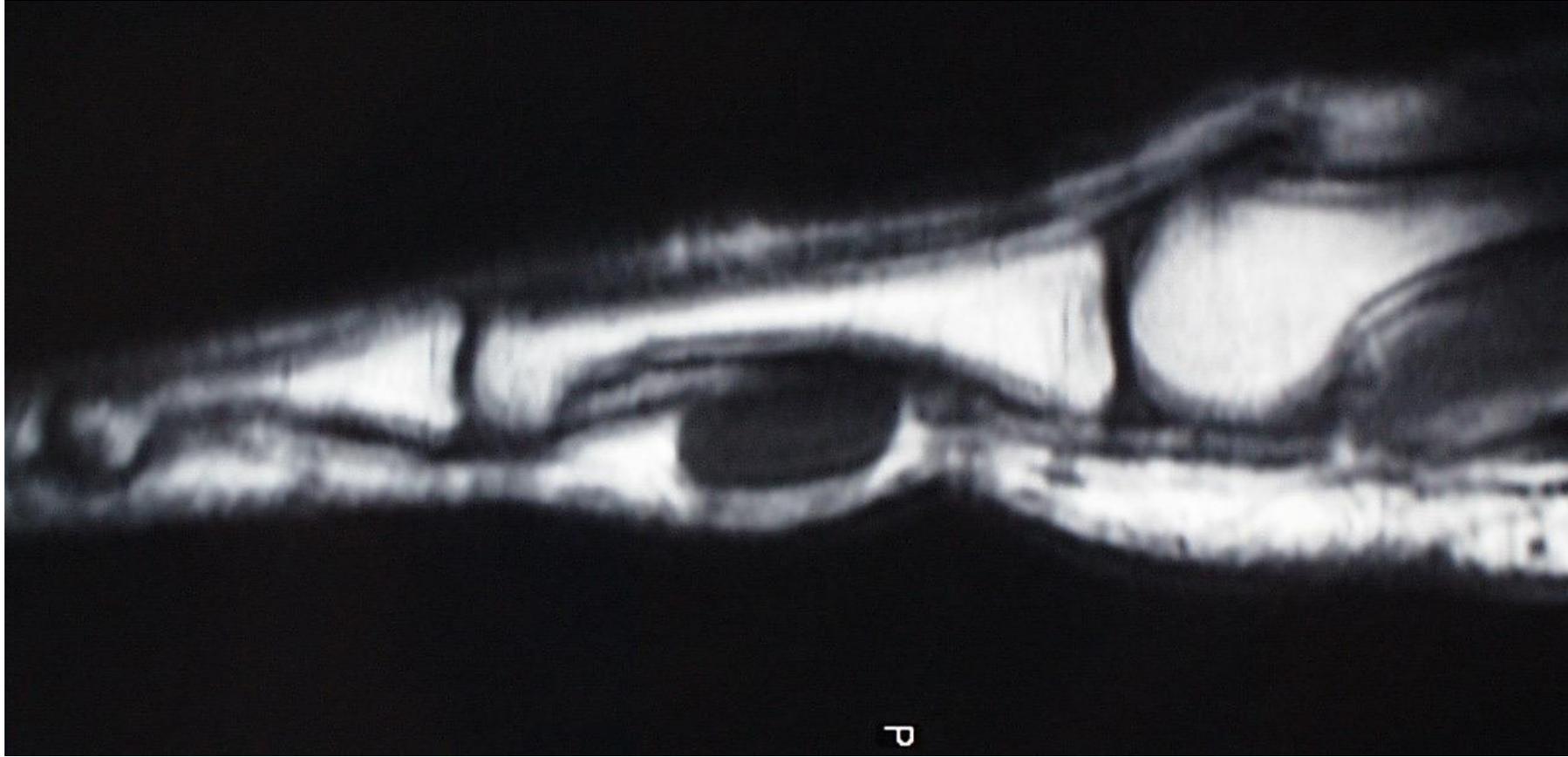
Tumeur à cellule géante des
gaines

Définition, épidémiologie

- Équivalent de la synovite villonodulaire, mais localisée aux gaines synoviales des tendons
- Rare
- Habituellement entre 30 et 50 ans
- Plus fréquent chez la femme
- Le plus souvent aux mains

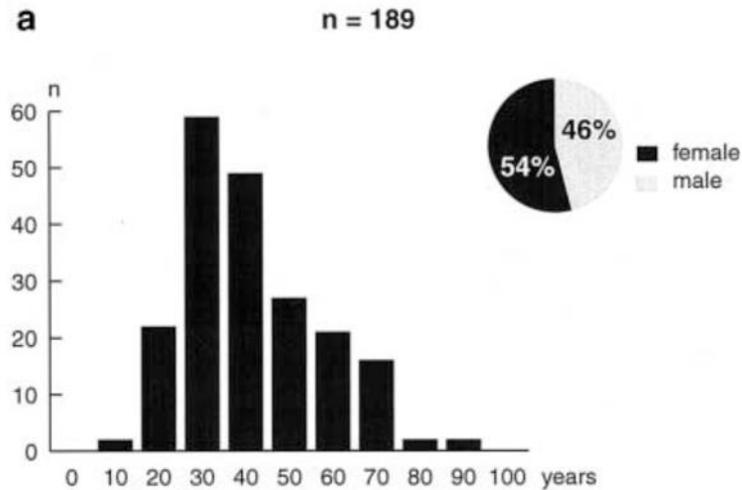




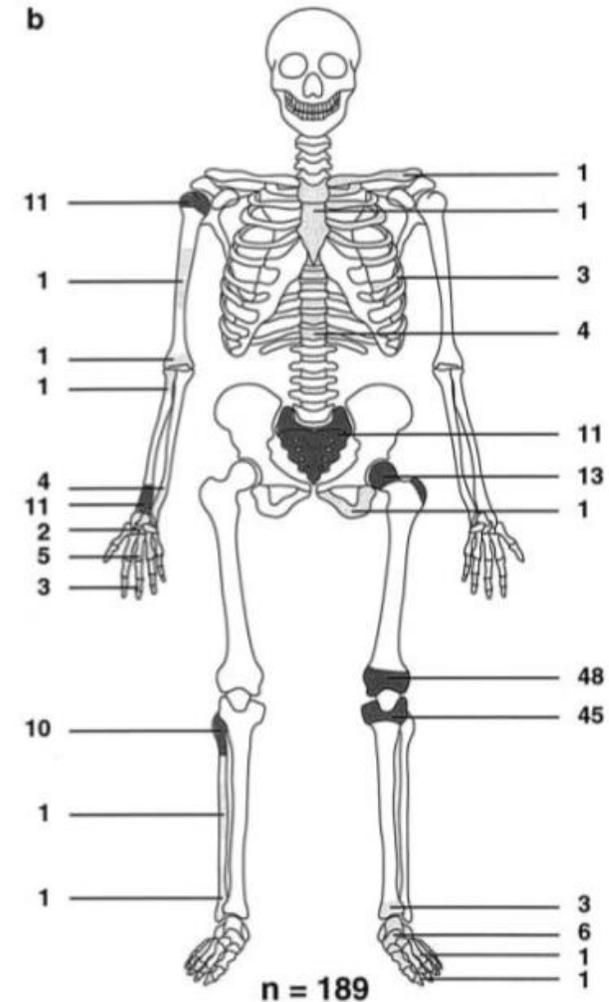


Tumeur à cellules géantes

Épidémiologie



- 3 à 5% de toutes les tumeurs primitives osseuses
- 15 à 20% de tumeurs bénignes
- Fréquence plus élevée chez les Pagétiques



Présentation clinique

- Douleur, gonflement, limitation de l'articulation à proximité de l'épiphyse touchée
- Surtout le genou :
 - Épiphyse distale du fémur
 - Épiphyse proximale du tibia
- Attention aux localisations rares (squelette axial) :
 - Vertèbres
 - Pelvis
 - Sacrum
- Fracture pathologique révélatrice = 10 à 35% des cas
- Exceptionnelles formes multiples (< 1%)
 - Attention au diagnostic différentiel avec les tumeurs brunes de l'hyperparathyroïdie...

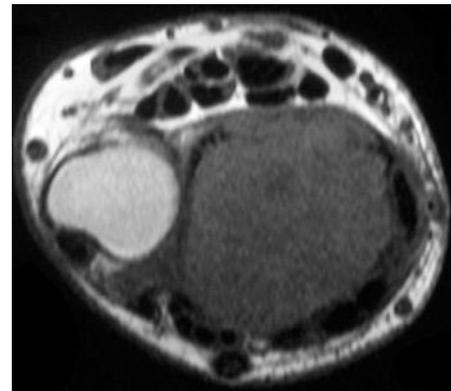




Femme de 55 ans



Architecture en logettes



Tumeur hypervascularisée

Femme de 22 ans



Femme de 26 ans



Métastases « bénignes »

- 2 à 9% des cas
- Métastases pulmonaires essentiellement

Bertoni F. Clin Orthop 1988; 275 ± 285

Kay RM. Clin Orthop 1994; 219 ± 230

Métastases bénignes... femme de 28 ans

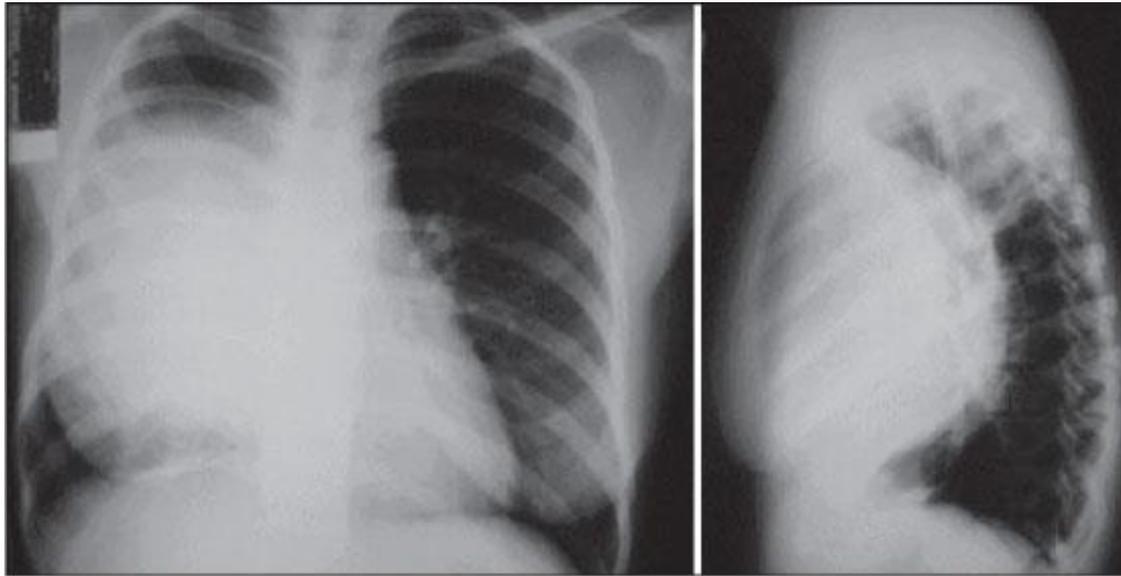


Figure 1. Chest radiography. Posteroanterior and lateral views showing an extensive mass in the right hemithorax, affecting the middle lobe and the anterior segment of the upper right lobe.

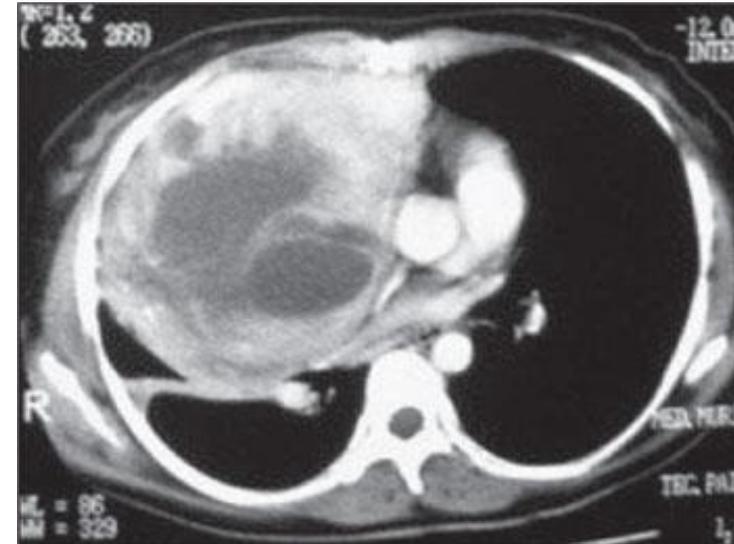


Figure 2. Computed tomography. Axial view, mediastinal window, demonstrating a mass compressing the superior vena cava, with dense soft tissues and heterogeneous contrast enhancement.

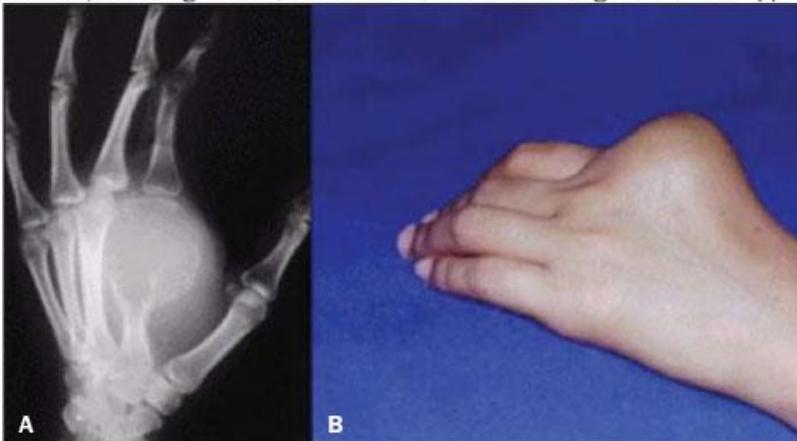


Figure 3. A: Hand radiography demonstrating lytic lesion with insufflation affecting the distal half of the second metacarpal bone. **B:** Photo of the hand showing the expansive nature of the lesion.

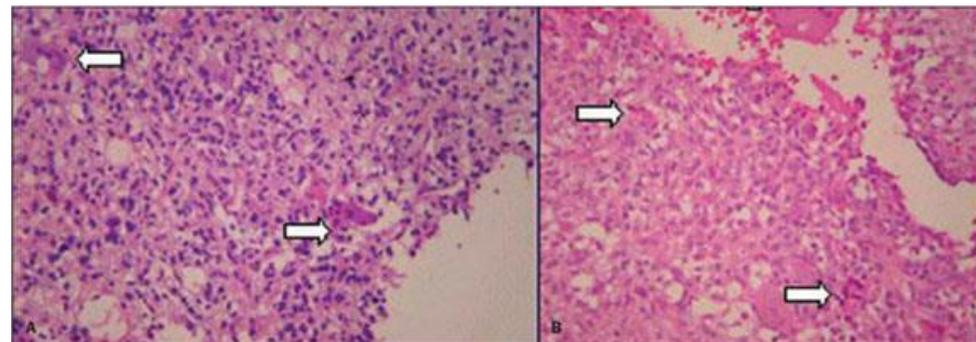
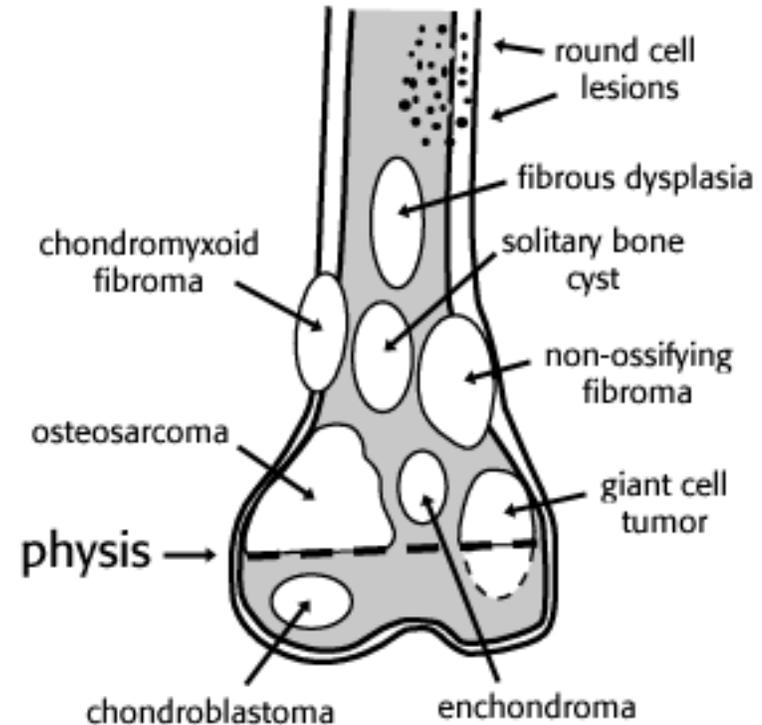


Figure 4. Hematoxylin-eosin transthoracic (A) and percutaneous biopsies of the finger (B) showing a benign stroma with intermingled giant multinuclear cells (arrows).

Diagnostics différentiels

- Kyste anévrysmal
- Cortical defect
- Ostéosarcome
- Chondroblastome
- Tumeurs brunes de l'hyperpara



Garçon de 20 ans



Kyste anévrysmal



Kyste anévrysmal



Kyste essentiel



Fibrome non ossifiant

Garçon de 15 ans

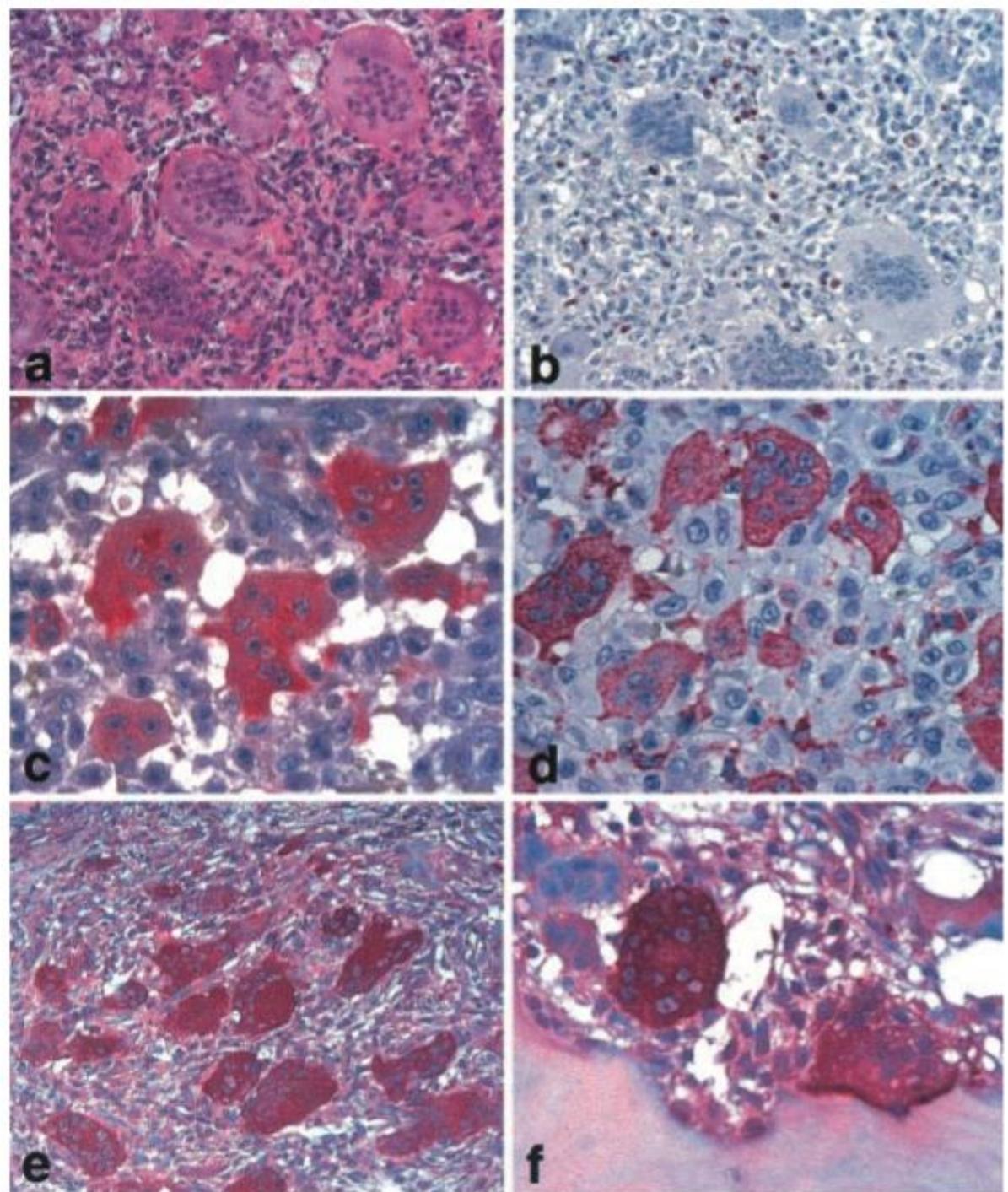


Ostéosarcome ostéogénique

Histologie

3 types de cellules :

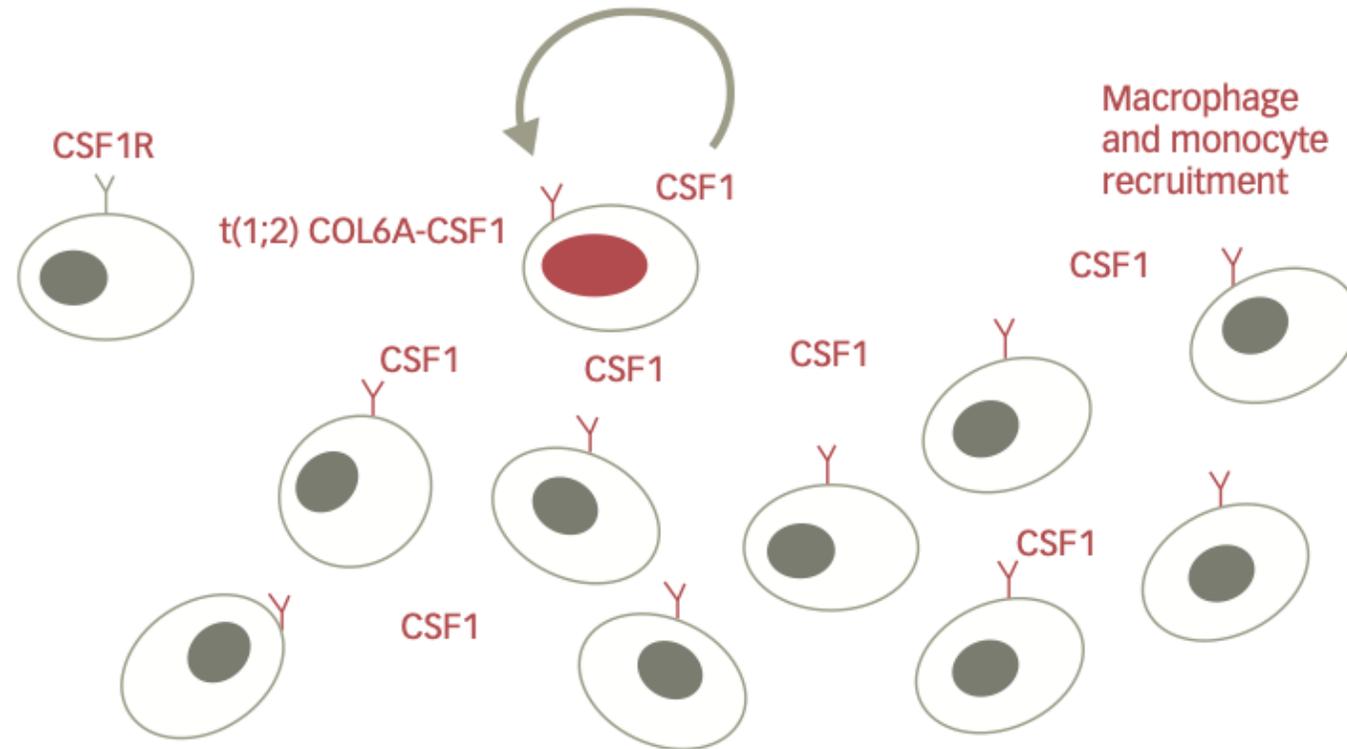
- Monocytes en fuseau
 - En couronne
 - Parfois en amas avec des aspects mitotiques
- Monocytes arrondis
- Cellules géantes :
 - 5 à 100 noyaux
 - Noyaux d'aspect identique aux monocytes arrondis
 - Jamais d'aspect mitotique
 - Sclérose osseuse réactionnelle parfois



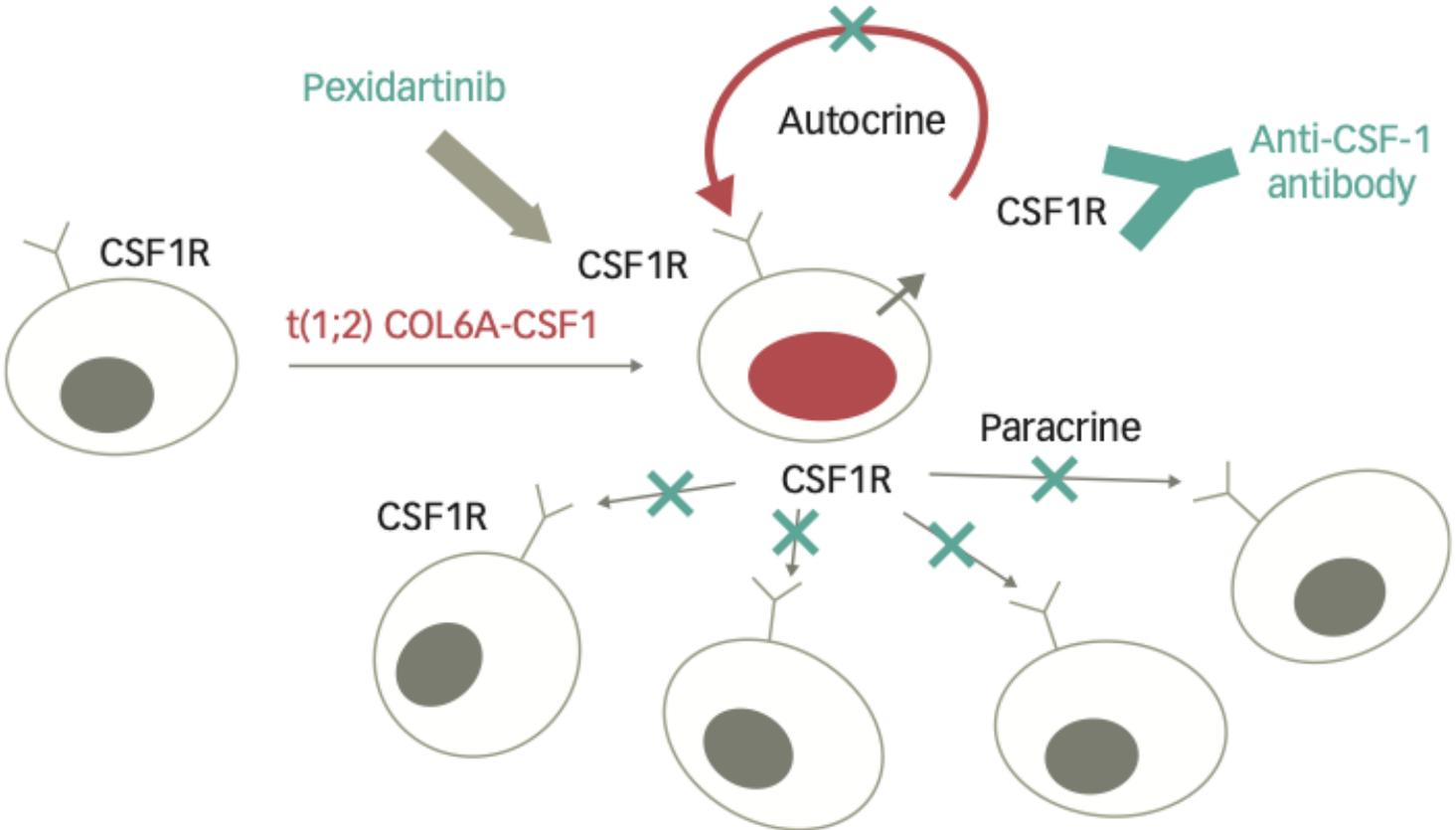
Translocation bras court du chromosome 1p11-13

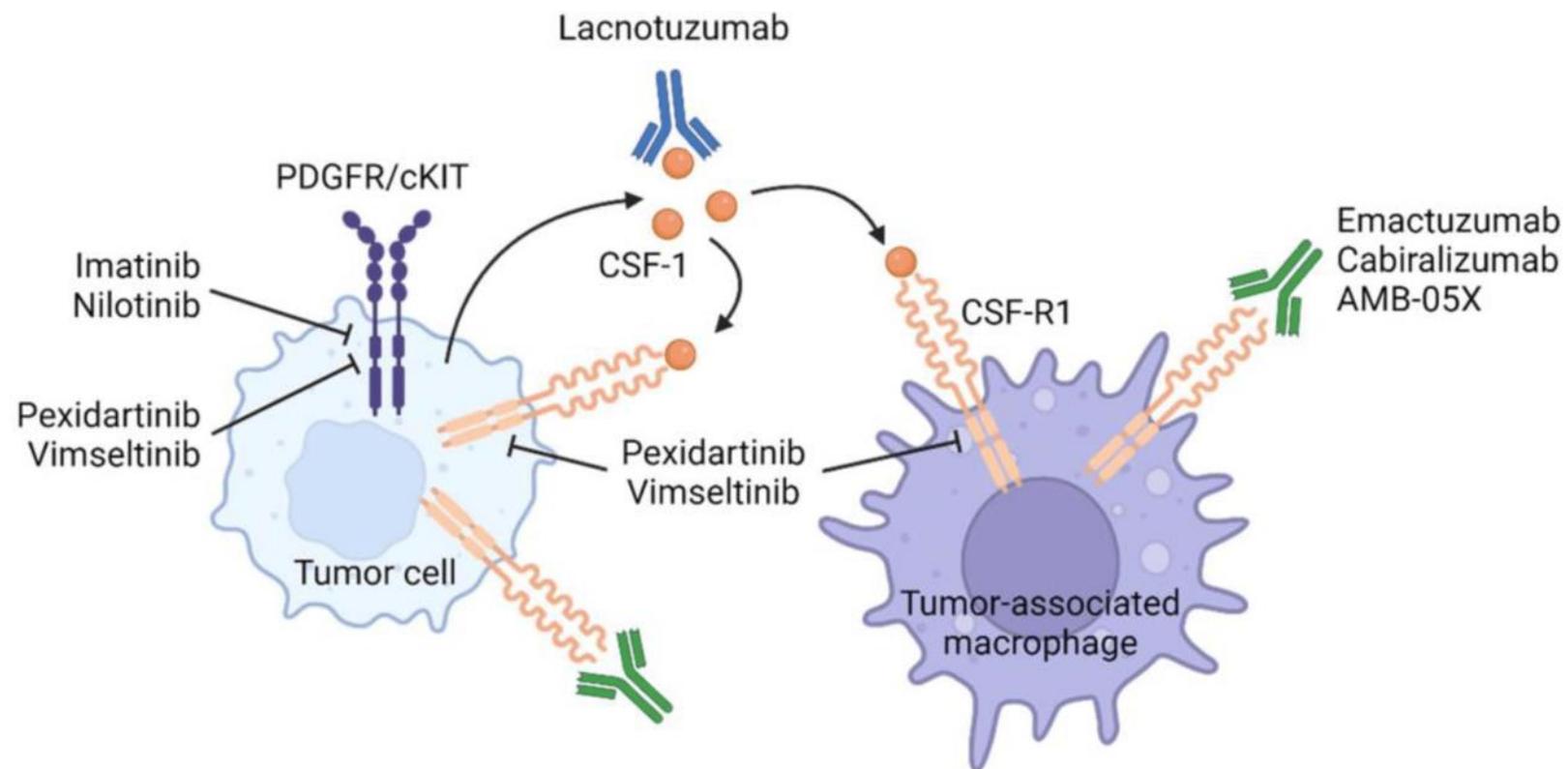
Surexpression du facteur 1 de stimulation des colonies de macrophages (CSF1)

Attraction et prolifération des monocytes et macrophages qui expriment CSF1R



Traitement





Traitement en pratique :

- TCG localisées (TGCT-L) : chirurgie seule
- TCG diffuses (TGCT-D) :
 - Anticorps anti-CSF1R : Emactuzumab
 - Anticorps anti-CSF1 : Lacnotuzumab
 - Inhibiteurs de tyrosine kinase : Pexidartinib