



Autres tumeurs bénignes de la main

Dr N. Pauchard

SOS Main Dijon Bourgogne

DIU Chirurgie de la Main Dijon-Nancy

Tumeurs cutanées

- Naevi
 - Sur demande des dermatos
 - Critères dermatoscopiques
 - Exérèse si atypies uniquement
- Verrues vulgaires
 - Uniquement si doute diagnostique avec carcinome épidermoïde verruqueux voire mélanome achromique.
 - Donc sur demande du dermato
 - Donc Avis Dermato avant d'enlever une tumeur cutanée

Tumeurs glomiques

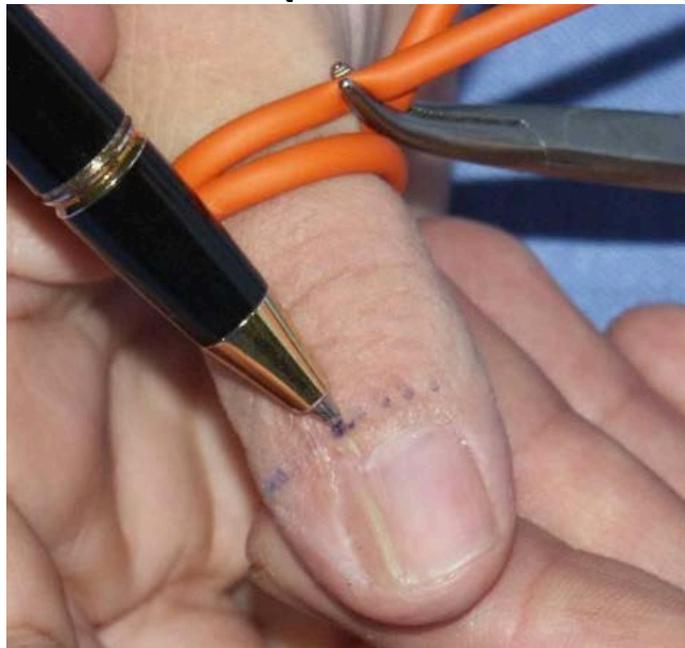
- Tumeur bénigne mésenchymateuse
 - Développée à partir du glomus (structure neuro myo vasculaire, resp microcirculation cutanée)
 - Jct dermohypodermique
 - 1 à 5 % des tumeurs de la main
 - Pic 40-50 ans (femme jeune, homme mûr...)
 - Phalange distale ++
 - zone bleuâtre sous unguéale
 - Douleur déclenchée par la pression du doigt et le froid
 - Parfois héréditaire: maladie de Barré-Masson

Clinique

- Signe de Love:



- Test d'Hildreth (bien exsanguiner)

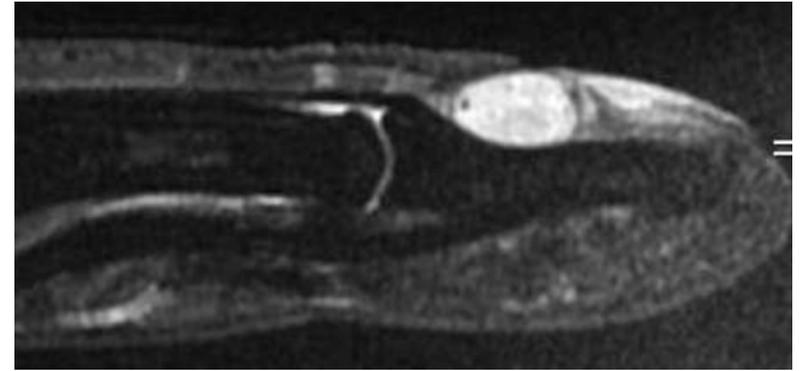


Imagerie

- Radio
 - Dépression de la corticale métaphyso diaphysaire de P3
 - La corticale reste intègre
 - Pas de réaction périostée



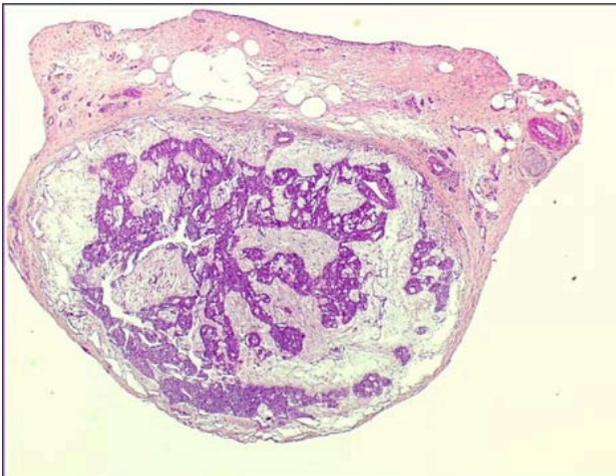
Imagerie



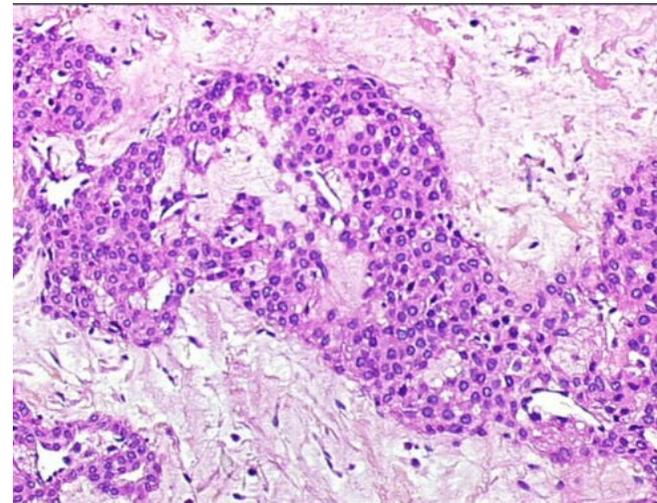
- Echo haute résolution
 - Petit nodule sous unguéal proximal d'échogénicité intermédiaire
 - Discrète vascularisation en codage coloré des flux
- IRM
 - HypoT1 et Hyper T2
 - Réhaussement intense, homogène et persistant après injection
 - Pas d'anomalie de signal ostéoméduillaire
 - ADC élevé

Microscopie

- 3 catégories
 - Tumeur glomique solide (75%)
 - Glomangiome (malformation glomuloveineuse)
 - Glomangiomyome (rare)



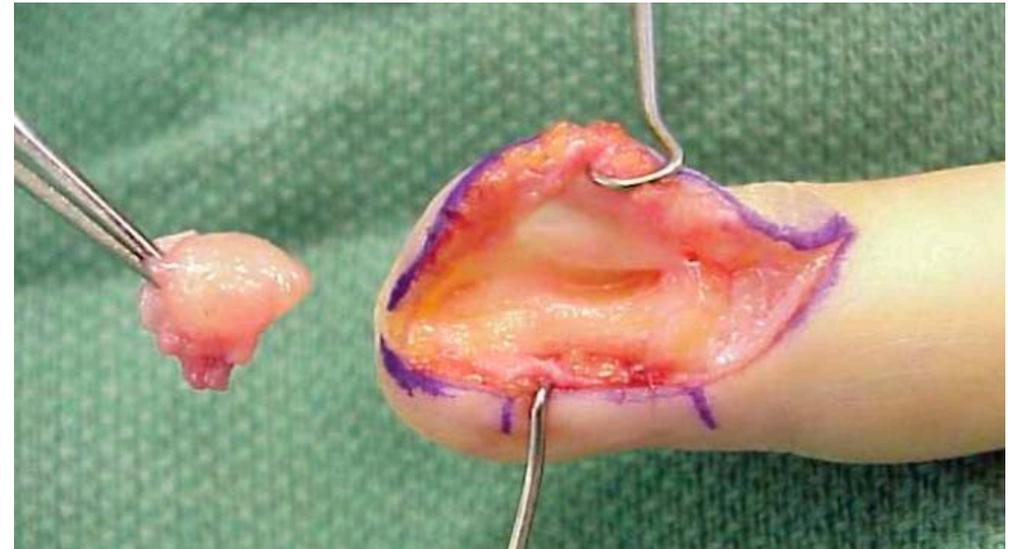
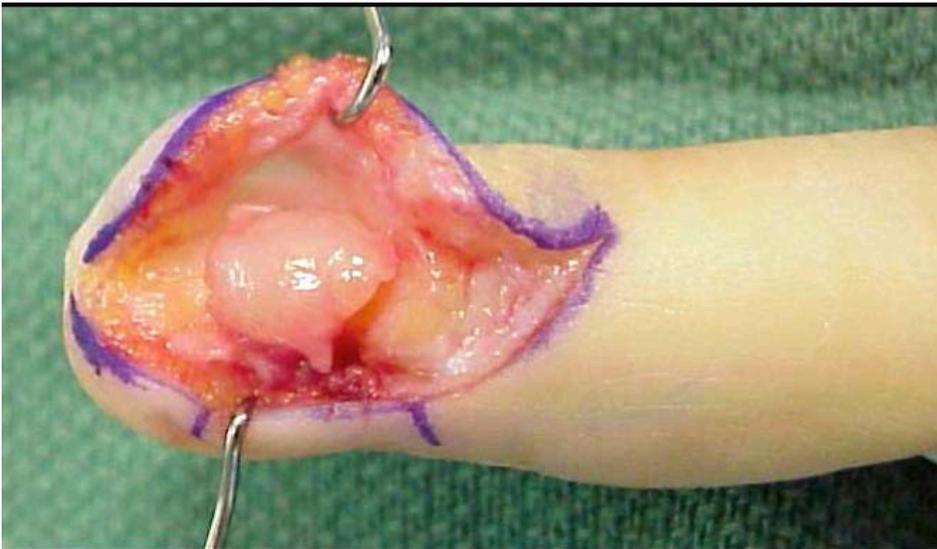
Tumeur bien limitée.
Amas de cellules rondes au sein d'un stroma
myxoïde



Amas de cellules rondes d'aspect épithélial se
disposant électivement autour de vaisseaux

Traitement

- Chirurgical: exérèse , abord latéral (récidive rare)



Abord péri unguéal



Abord trans unguéal (dystrophie)



LIPOME



- Pas d'âge
- ni sexe
- Ni localisation prédominante
- Souvent asymptomatique
- Exérèse pour le diagnostic... éliminer liposarcome
 - Sous aponévrotique, > 5cm, évolution rapide = biopsie ss echo et RCP avant exérèse
- Récidive rare

Tumeur à cellules géantes (TCG)

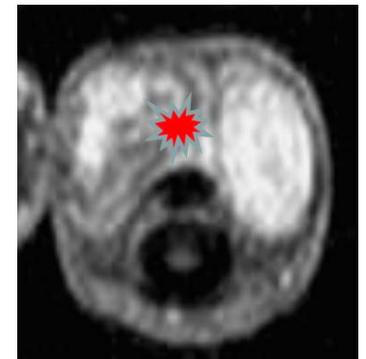
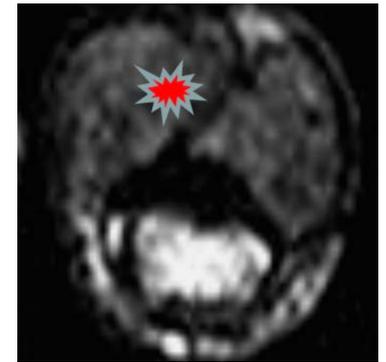
- Femmes ++
- 20-60 ans
- Gaine des fléchisseurs (proximal ou distal (pulpe) au début puis toute la gaine) D2 et D3 ++
- Ne pas confondre avec TCG osseuses (radius)
- Ferme, mobile, indolore, multilobulée
- Diminution mobilités actives
- 13% tumeurs de la main

TCG

- Forme extra articulaire de la synovite villo nodulaire pigmentée
- Traitement chirurgical mais récurrences fréquentes 7-27%
 - Importance du premier geste ++

Imagerie TCG

- Radio:
 - Réaction périostée possible pouvant mimer un chondrome périosté
 - Petite érosion osseuse possible
- IRM:
 - Masse bien délimitée entourant les fléchisseurs
 - Hypo T1 homogène
 - Hypo T2 hétérogène (dépôts d'hémosidérine)
 - Important réhaussement après injection



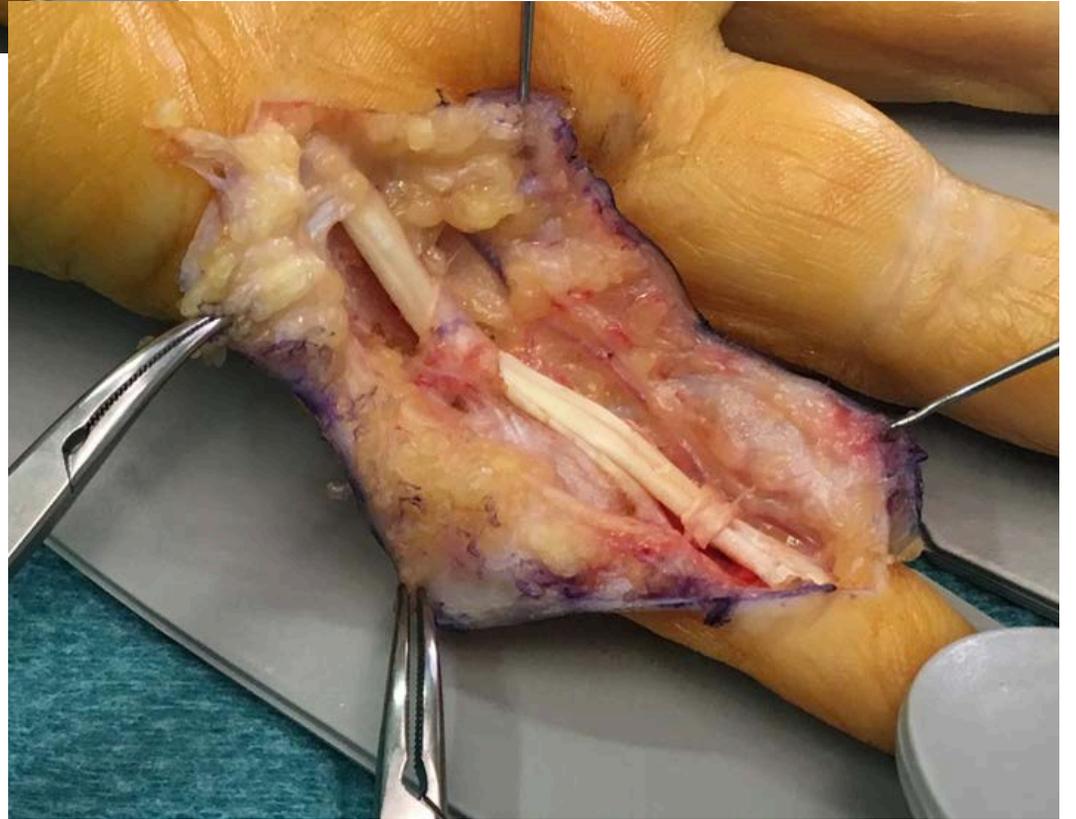
Aspect macroscopique

- Lésion encapsulée, ferme multilobulée
- Couleur jaune chamois avec bandes foncées (hémossidérine), parfois rose-gris
- Plus adhérente à la gaine et à la capsule mais pas au tendon











Kyste épidermoïde

- ATCD plaie, piquêre
- Bien limité, assez dur, parfois douloureux
- Surinfections
- Contenu blanchâtre
- Bien retirer la capsule +



Tumeurs bénignes osseuses

- Chondrome +++
- Exostose ou ostéochondrome solitaire (petit, sessile)
- Kyste synovial intra osseux
- Kyste anévrysmal (souffle la corticale, IRM++)
- Ostéome ostéoïde rare (TDM++ nidus)

Chondrome

- Tumeur cartilagineuse
- Les chondromes sont des hamartomes nés de cellules cartilagineuses aberrantes et composés de cartilage hyalin très bien différencié
- 60% des chondromes localisés à la main
- Adulte jeune (30 ans++)
- Apparition > 60 ans craindre chondrosarcome

Formes topographiques

- Chondromes centraux (enchondromes)
- Chondromes périphériques (ou périostés simulant exostose)
- Maladie des chondromes multiples
 - Maladie d'Ollier = enchondromatose
 - Syndrome de Malfucci si angiomatose associée

Chondrome solitaire

- Croissance lente
- Découverte fortuite sur radio
- Ou fracture pathologique
- Tb de croissance chez l'enfant



Chondrome solitaire

- Radio:
 - Géode arrondie ou polycyclique intra osseuse
 - Fines Calcifications ponctuéées ou floconneuses (selon âge de la tumeur)
 - Corticale amincie, soufflée car processus lent
 - Possibles encoches endostées
 - Pas de réaction périostée



Chondrome solitaire

- Souvent diagnostic fait à la radio
- Dans le contexte médico-légal actuel:
 - Bilan scanner et IRM recommandé ++
 - IRM: hypo T1 et hyper T2 avec réhaussement lent et intégrité des parties molles

Traitement

- Risque de dégénérescence rare à la main (+ important si chondromes multiples)
- Risque de fracture pathologique ++
- Surveillance annuelle possible si petit et non fragilisant
- Chirurgical
 - Curetage +/- comblement
 - Pas de traitement adjuvant recommandé sur les mains (OH, cryo...)
 - Anapath (attention sur P3, très peu de différences avec chondrosarcome de bas grade)
 - Possibles récives
 - Surveillance à distance

Comblement

- Rien?
- Autogreffe spongieuse?
- Substituts?
 - De plus en plus utilisés pour éviter la morbidité d'un prélèvement osseux
 - Pas d'infériorité sur les études comparatives (pas plus de fractures secondaires, pas plus de récives)
 - Bonne intégration et pas de réaction inflammatoire ou de résorption
 - Ciment à hydroxyapatite / granulés de phosphate tricalciques et hydroxyapatite

Fracture sur chondrome

- Traitement ortho +++
 - Rarement déplacé
 - curetage à distance
- Si déplacement
 - Fixateur externe

**1 SEULE CHOSE A RETENIR SUR CE
COURS:
TOUJOURS CRAINDRE LA TUMEUR
MALIGNÉ...**