



Kystes synoviaux et mucoïdes de la main et du poignet

Dr N. Pauchard

SOS Main Dijon Bourgogne

DIU Chirurgie de la Main Dijon-Nancy

Synoviaux / Mucoïdes ?

- Kyste synovial:
 - hernie de la synoviale dans les tissus avoisinants l'articulation
 - toujours communiquant avec la cavité articulaire par un chenal plus ou moins large
 - paroi est fibreuse, tapissée de cellules synoviales.

Synoviaux / Mucoïdes ?

- Kyste Mucoïde (ganglion cyst)
 - cavités kystiques contenant une substance épaisse « mucoïde », formée de MPS concentrés à base d'acide hyaluronique.
 - Paroi fibreuse avec des fibroblastes matures et des myxofibroblastes entourés de collection mucineuse
 - paroi est recouverte de cellules pseudo-synoviales aplaties (pas de revêtement synovial)
 - pédicule entre la cavité articulaire et le kyste inconstant mais doit être recherché systématiquement car souvent filiforme.

Synoviaux / Mucoïdes ?

- Kyste synoviaux = hernie synoviale
- Kystes mucoïdes ?
 - Théorie synoviale: le kyste se formerait à partir de la cavité articulaire (pertuis capsulaire). Caractère fluctuant . Le long des axes vasculonerveux (point d'entrée dans la capsule). Modification de paroi liée à l'hyperpression.
 - Théorie traumatique: hernie de tissu conjonctif en dessous d'un ligament ou d'un tendon qui subit une métaplasie myxofibroblastique secondaire avec production de mucine. Cette théorie est souvent évoquée pour les kystes synoviaux intra-osseux du poignet.

Synoviaux / Mucoïdes ?

- Kystes mucoïdes (suite)
 - **théorie embryonnaire** : une métaplasie myxofibroblastique de résidus synoviaux embryonnaires.
 - **théorie tumorale** évoquée pour les kystes intra-neuraux (certains schwannomes peuvent subir une dégénérescence kystique)

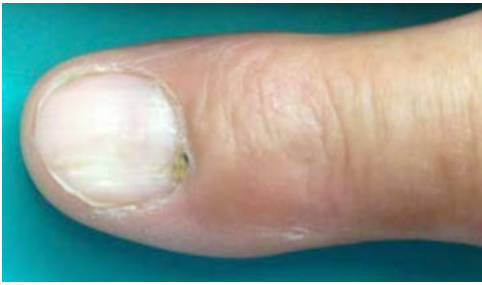
- théorie **synoviale** plus communément acceptée.

– Kystes synoviaux	50 %
– Kystes mucoïdes	10 %
– Tumeurs à cellules géantes	13 %
– Kystes épidermiques	8 %
– Naevi	6 %
– Verrues	4 %
– Tumeurs nerveuses	4 %
– Tumeur glomique	4 %
– Tumeurs osseuses	1%
– Tumeurs vasculaires	<1%
– Maladies de système	<1%
– Lipome	<1%
– Fibromatoses	<1%
– Corps étranger	<1%
– Infection	<1%

Kyste mucoïde digital

- IPD ++
 - Communication constante avec IPD
 - Femme, 50 ans
 - Contexte arthrosique fréquent
 - Face dorsale
 - Entre IPD et matrice, position latérale
 - Indolore, translucide, vésiculeux
 - Adhérence à la peau (# kyste synovial)
 - Evolution: fistulisation – affaissement – récurrence et INFECTIONS+++ (arthrites septiques)





Kyste mucoïde IPD



- Traitements
 - Pas d'abstention: déformation unguéale , risque de fistulisation, de surinfection
 - Non chirurgical : ponction infiltration à éviter (à laisser aux dermatologues), récurrences systématiques.
 - Chirurgical++ : radical
 - Prévenir que l'arthrose sous jacente n'est pas traitée... (Faire 1 radio, pas besoin d'écho si typique)
 - Excision de la lésion (anapath++)
 - Excision cutanée en regard (lambeau Hueston++ ou autre, greffe)
 - Excision du collet articulaire
 - Si radical récurrence < 3% (25% en l'absence de résection cutanée et du collet)



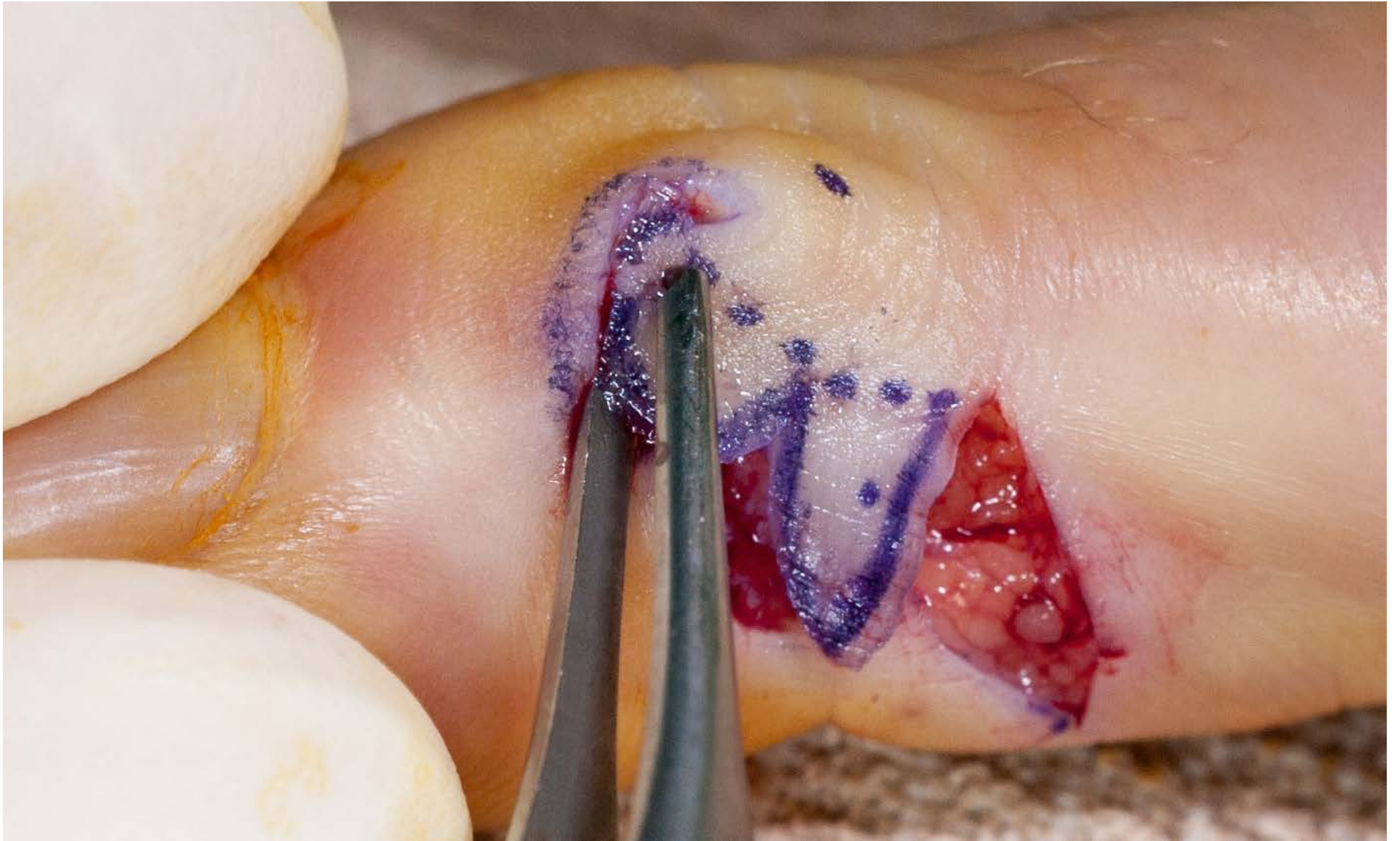


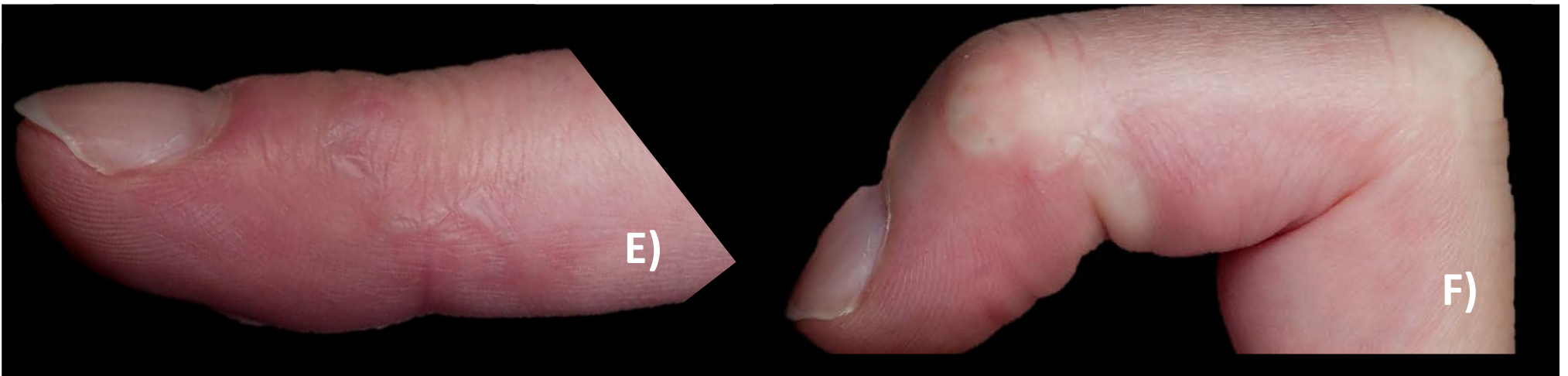
**U" lisa" on)du)lambeau)bilobé)de)Zitelli)dans)la)couverture)des)pertes)de) substance)cutanée)suivant)l'excision)des)kystes)mucoïdes)digitaux.)
A)propos)de)9)cas.)**



N Pauchard *, T Jager *, B Pedoutour *, J Vogels **, F Dap *, G Dautel *
* Centre Chirurgical Emile Gallé, CHU Nancy. ** CHU Fort de France.





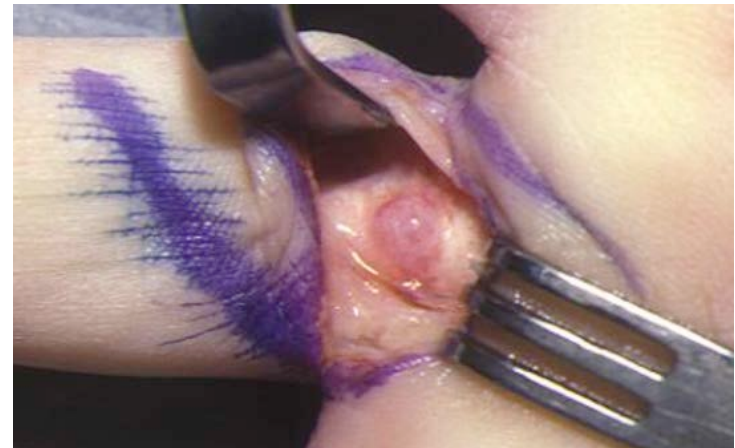


Kyste poulie A1

- Fréquent
- Nodule de 5 mm situé au pli palmaire MP doigts longs (D3++)
- Non mobile avec le fléchisseur
- Gênant plus que douloureux, peut varier de volume avec activité.
- Parfois associé à ténosynovite des fléchisseurs
- Radio normale
- Echo : masse liquidienne anéchogène avec renforcement postérieur

Kyste poulie A1

- Traitement:
 - Abstention si typique : peut régresser, peut persister sans gêner.
 - Chirurgical:
 - Exérèse lésion + collet au niveau de la poulie
 - Savoir repérer la ténosynovite pour ouvrir la poulie A1 si nécessaire.
 - Anapath ++



Kystes du poignet

- Dorsaux :
 - Ligament scapholunaire ++
 - Autres interlignes
- Palmaires:
 - Gouttière du pouls (STT++)

Kystes du poignet

- Toujours Faire Radio + Echo pour confirmer
 - Absence de lésion ostéoarticulaire sous jacente (arthrose STT, pathologie SL...)
 - Caractère liquidien
 - Si doute : IRM.

Traitement des kystes du poignet

Être clair avec le patient:

Pour l'exérèse:

- Douleur, gêne importante
- > 6 mois (1/3 régressent spontanément)

Pour l'abstention:

- Récidive fréquente (5-20%)
- Cicatrice (esthétique)
- Non douloureux
- Raideur post opératoire fréquente (dorsaux)
- SDRC...
- Si kyste synovial typique

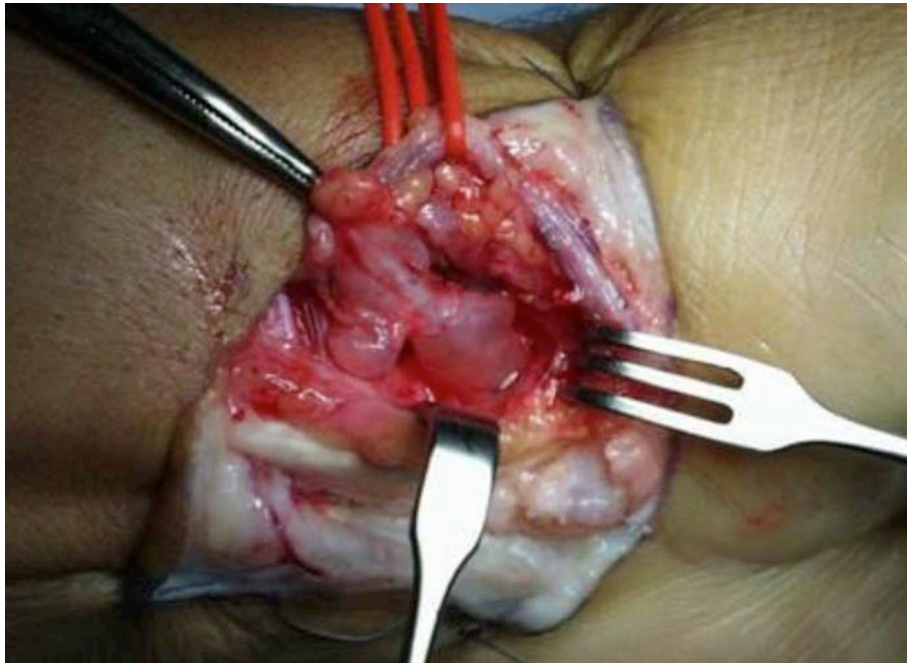
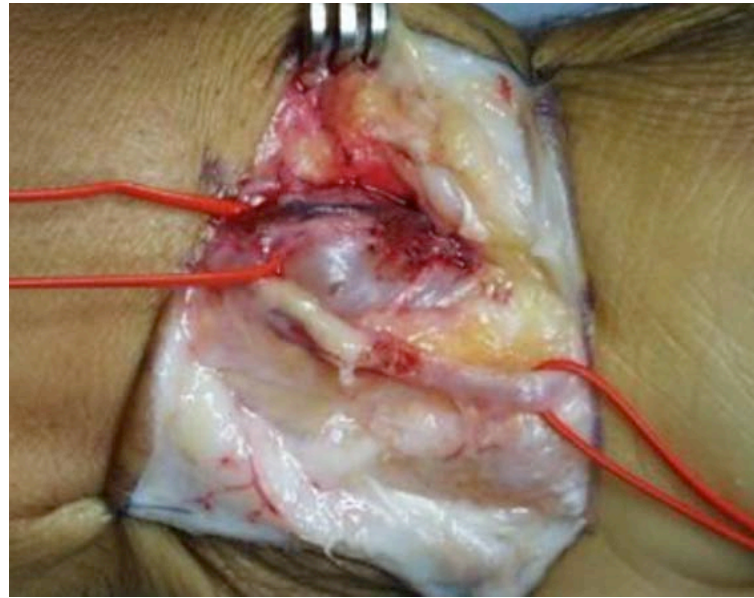
Traitements non chirurgicaux

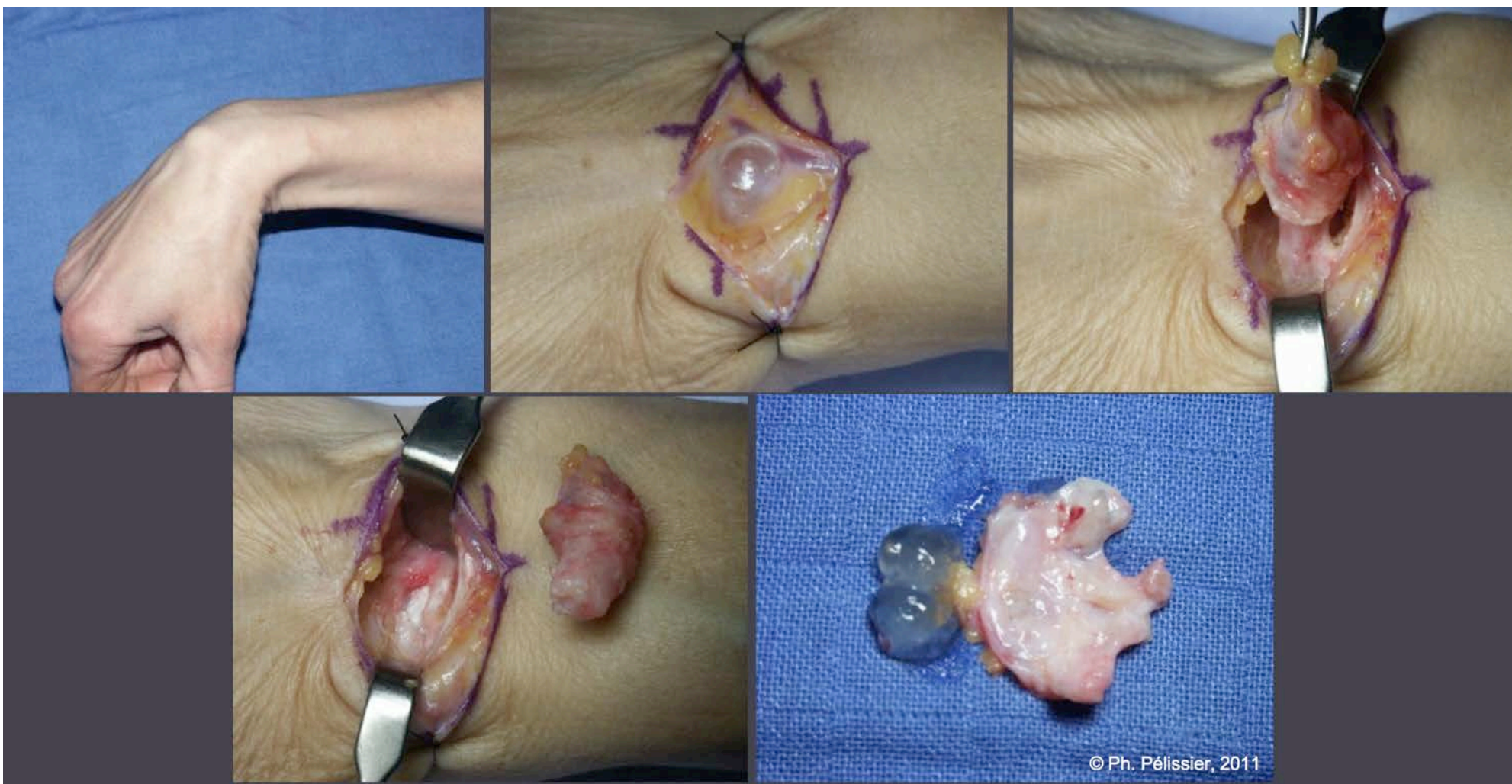
- Écrasement...
 - 80 % récidence
 - douloureux
- Ponction infiltration corticoïdes
 - Récidence++
- Transfixion



Traitements chirurgicaux

- Chirurgie ciel ouvert
 - Exérèse complète avec collet
 - Récidive 5-15 %
 - Mobilisation immédiate ++
 - Surveiller à J15 en consultation pour la mobilité et les douleurs cicatricielles (massage, kiné)





© Ph. Pélissier, 2011

www.e-plastic.fr

Traitements chirurgicaux

- Exérèse arthroscopique
 - Récidive 10 - 30%
 - complications restent fréquentes même si moins d'enraidissement.

Résection arthroscopique des kystes synoviaux dorsaux du poignet : à propos de 54 cas

Arthroscopic treatment of dorsal ganglion cyst at the wrist. About 54 cases

R. Chassat^a, G. Nourissat^a, , , G. Chaumeil^a, C. Dumontier^{a, b}

- Opérateurs expérimentés en arthroscopie
- Kystes dorsaux
- Difficile dans 1 cas sur 3
- 3 conversions
- 29,7% récidives
- 1 hématome enkysté , 1 SDRC
- EVA 1,78 en postop... (recul moyen 28 mois)
- Temps opératoire 41 minutes

Parenthèse: Kystes intra osseux

- Fréquents (scaphoïde – lunatum-capitatum)
- Rarement symptomatiques
 - souvent découverte fortuite sur traumatisme (difficulté à faire comprendre au patient que le kyste n'est pas la cause des douleurs , scinti++)
 - fracture pathologique (rare)
- Diagnostics différentiels : Conflits (syndrome ulnocarpien), arthrose (géodes), Résorption PLA, implants silicones...

Pour conclure

- Ne pas toujours opérer
- Savoir expliquer
- Radio et ECHO avant abstention car si non liquidien...

- Si on opère, on opère bien...
- Et on suit le patient