

Kystes synoviaux

Doudeur Richard BERAÇASSAT

Les kystes synoviaux appelés à tort "ganglions" par les anglo-saxons sont les plus fréquentes des tumeurs de la main. Il s'agit de formations fibreuse kystiques contenant un liquide visqueux, gélifique, communiquant le plus souvent avec une articulation sous-jacente. Leurs dimensions sont variables pouvant aller de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres de diamètre.

Les traumatismes et microtraumatismes répétés peuvent jouer un rôle dans la formation de ce type de kyste qui apparaît plus fréquemment chez le sujet jeune et dans le sexe féminin. Cependant, ils sont loin d'être constamment retrouvés. Sur le plan histologique, ils correspondent en fait à une dégénérescence kystique bénigne du collagène des tissus para-articulaires et para-tendineux. Les localisations possibles des kystes synoviaux sont très nombreuses et peuvent se voir aussi bien au membre supérieur qu'au membre inférieur et même au niveau de la colonne vertébrale. Le poignet et les articulations du carpe sont les sièges les plus fréquents de développement des kystes synoviaux. Ils sont alors situés plus fréquemment sur la face dorsale que sur la face palmaire. A la main, ils sont le plus souvent situés le long des tendons flexisseurs à la base des doigts.

On y rattache les kystes mucocystes situés à la face dorsale des doigts en regard de la troisième phalange et qui constituent le plus souvent une complication de l'arthrose.

Il s'agit d'une tumefaction élastique et fixe souvent indolore. Lorsqu'elle est située à la face dorsale du poignet, elle s'accroît dans les mouvements de flexion et prend alors un caractère isométrique. Plus rarement, le kyste peut être à l'origine de douleurs lors des mouvements forcés de flexion et d'extension. Parmi les examens complémentaires, seule la radiographie standard du poignet est nécessaire pour éliminer une pathologie sous-jacente.

En l'absence de gêne fonctionnelle, l'abstention thérapeutique est fréquente, d'autant qu'un certain nombre de ces kystes disparaissent spontanément. Cependant, en cas de kyste douloureux, volumineux, limitant la fonction ou pour des raisons esthétiques, un traitement peut être proposé.

• Le ponction :

elle est faite sous anesthésie locale et doit être suivie d'une injection de produit sclérosant ou de corticoïdes. Le taux de récidive est important, environ 50%, mais ce traitement est justifié devant le caractère relativement incertain du traitement chirurgical.

• Le traitement chirurgical :

Il consiste à enlever toute la poche kystique ainsi qu'une capsule de capsule articulaire en profondeur pour limiter le risque de récurrence. L'intervention peut être faite en chirurgie ambulatoire sous anesthésie loco-régionale.

En post-opératoire, une immobilisation du poignet peut parfois être conseillée pendant 15 à 20 jours. Une rééducation est le plus souvent nécessaire pour récupérer les mouvements de flexion-extension du poignet. Ce traitement a pour inconvénient d'entraîner, notamment chez le travailleur manuel, un arrêt de travail. Le risque de récurrence n'est pas nul (environ 5%), de même que la possibilité de voir persister une légère limitation des mouvements de flexion-extension du poignet.

Il nous semble qu'une intervention chirurgicale ne doit être décidée que devant une gêne fonctionnelle authentique ou un préjudice esthétique notable.