

Traitement arthroscopique des kystes synoviaux du poignet



Christian Dumontier

Institut de la Main & SOS-Mains St Antoine, Paris

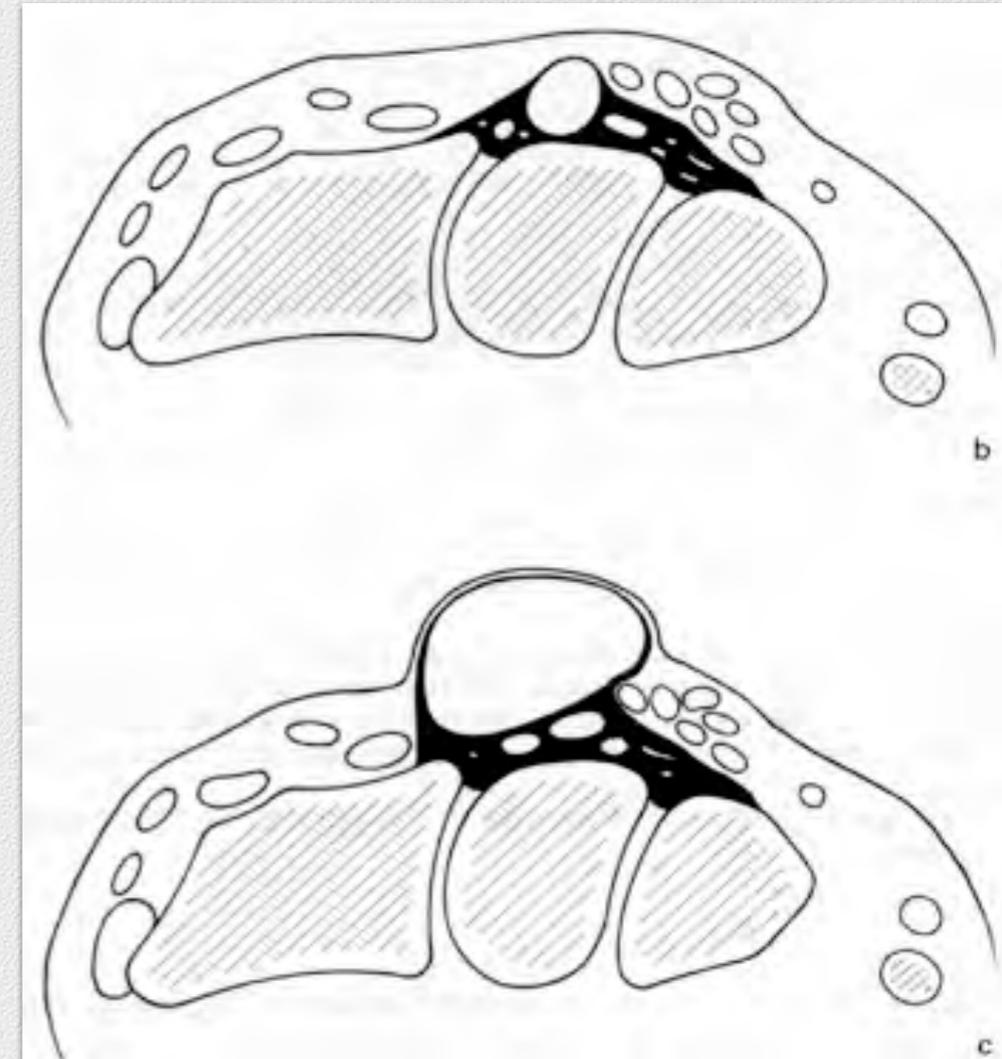


- C'est quoi un kyste synovial et d'où cela vient ?
- Peut-on le traiter sous arthroscopie ?
- Comment le traite t'on sous arthroscopie ?
- Quels sont les résultats ?

1

Kyste synovial

- Kyste mucoïde !
- Dégénérescence intra-ligamentaire
- Poche sans membrane basale le plus souvent

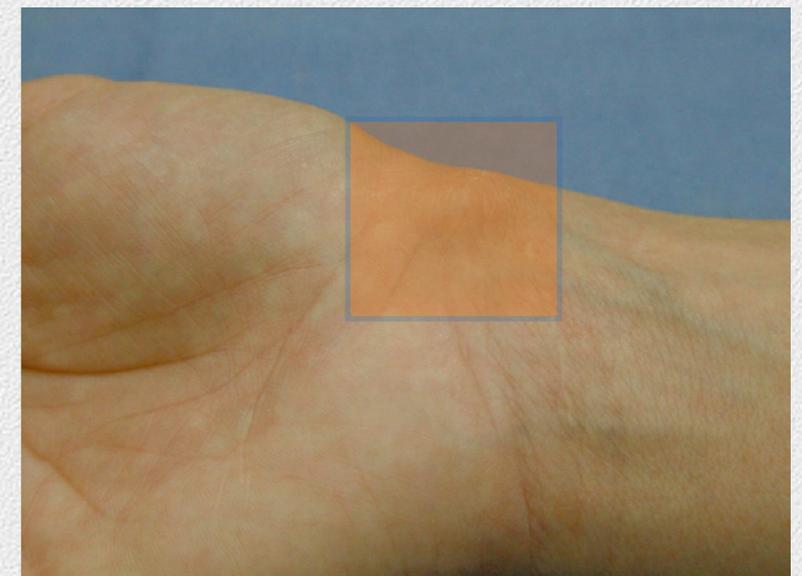


Le traitement suppose la résection de la zone malade !

1

Epidémiologie

- Deux-tiers des kystes sont situés à la face dorsale du poignet en regard de l'espace scapholunaire
- Un tiers à la face palmaire
- Le reste....un peu partout



D'où viennent les kystes ?

- Kystes dorsaux
 - Ligament scapholunaire presque toujours
- Kystes palmaires
 - Ligament scapholunaire / STT / TM
 - L'origine exacte est moins bien connue
- Certains kystes naissent d'autres articulations (RUD, piso-triquetrale, Carpo-métacarpiennes,...)

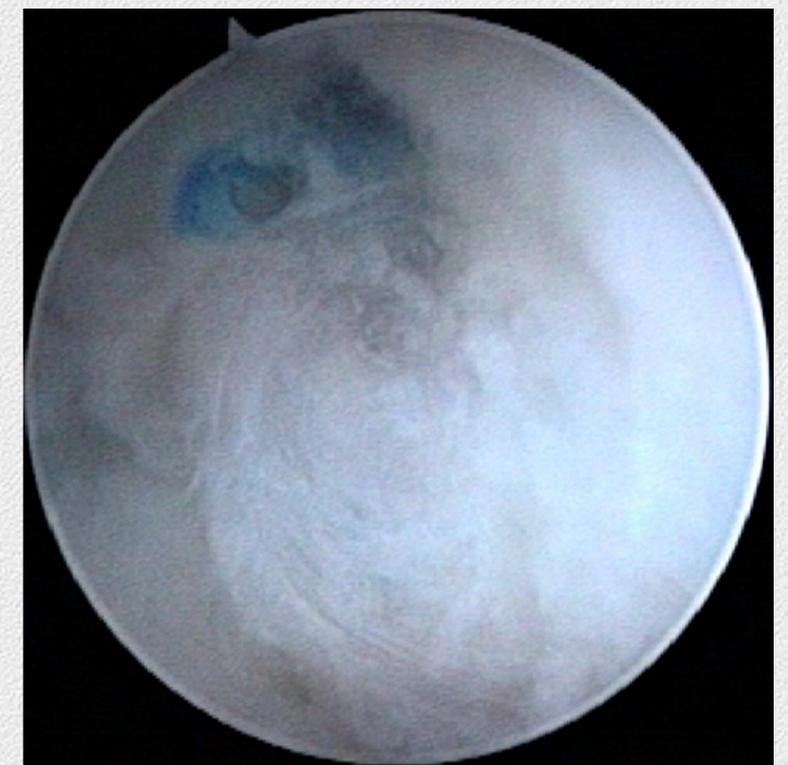
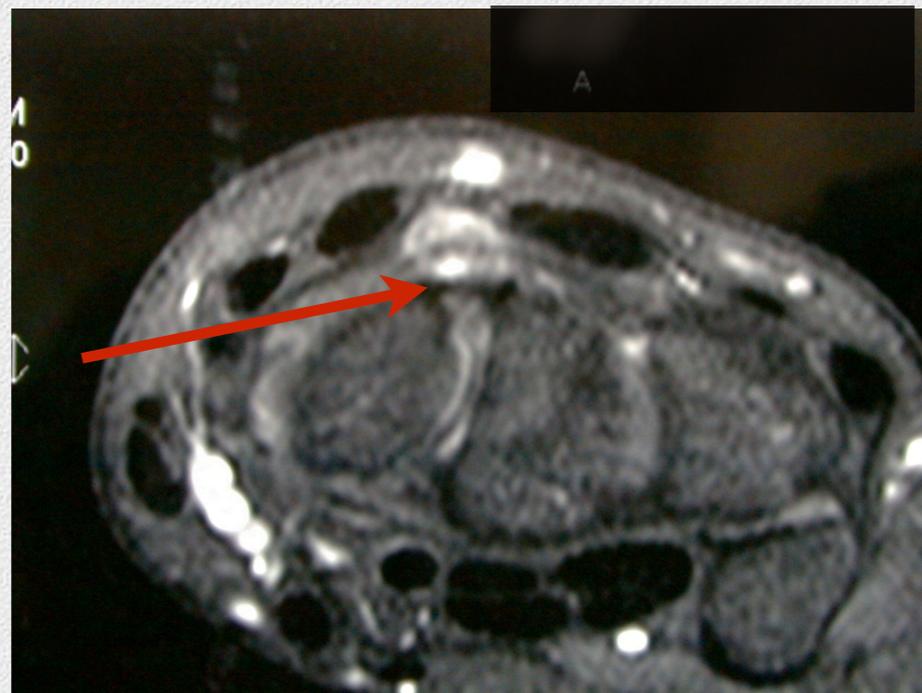
D'où viennent les kystes ?

- L'extériorisation du kyste ne se fait pas toujours en regard de la zone pathologique +++

Kystes dorsaux

1

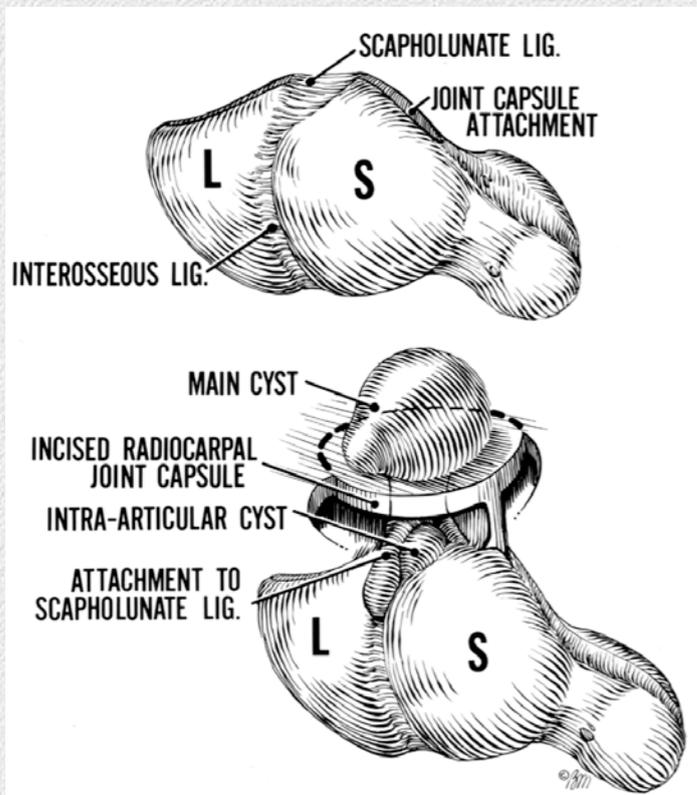
- Les kystes dorsaux naissent du ligament scapholunaire
- Il existe une zone de fragilité sur l'insertion osseuse du ligament, zone soumise à plus de tension chez les sujets laxes



Kystes dorsaux

1

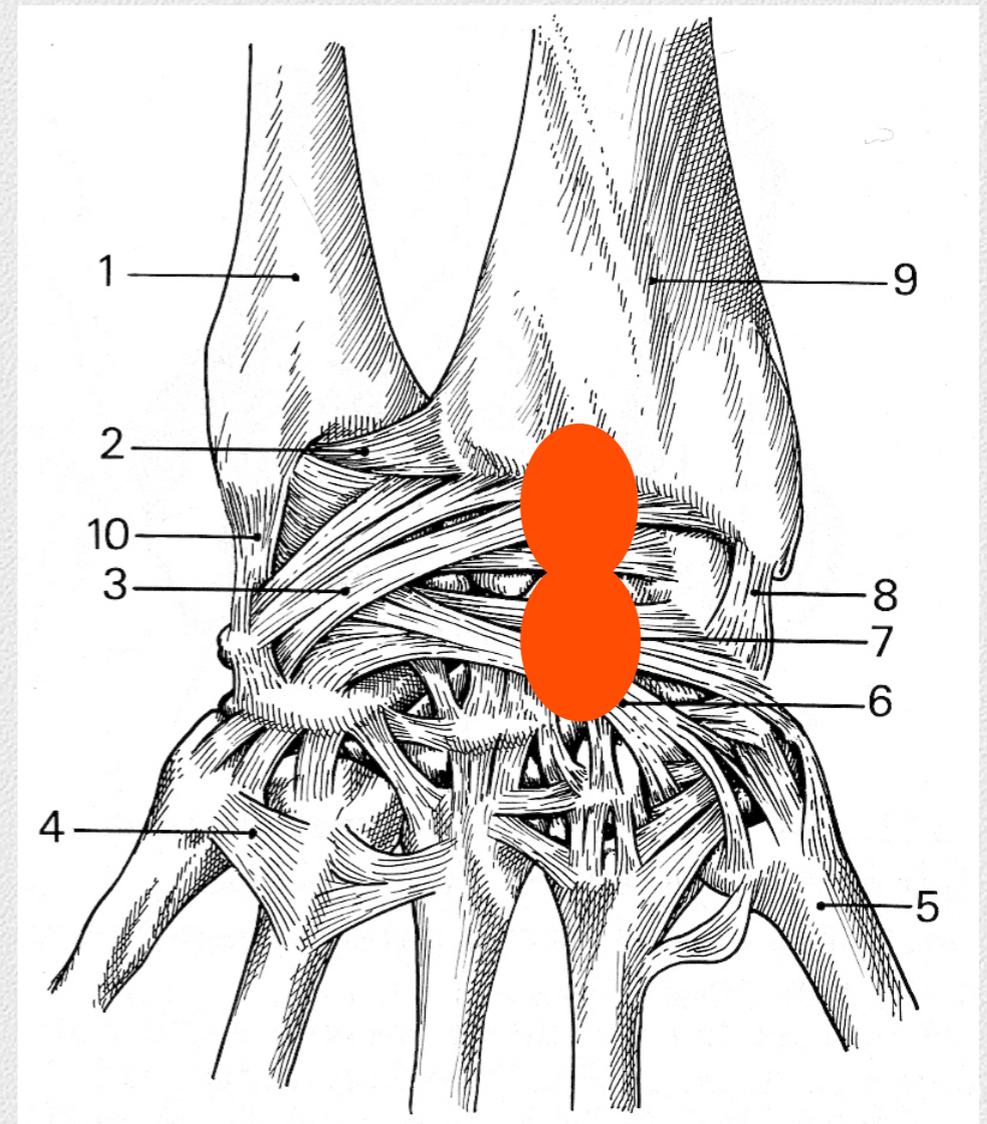
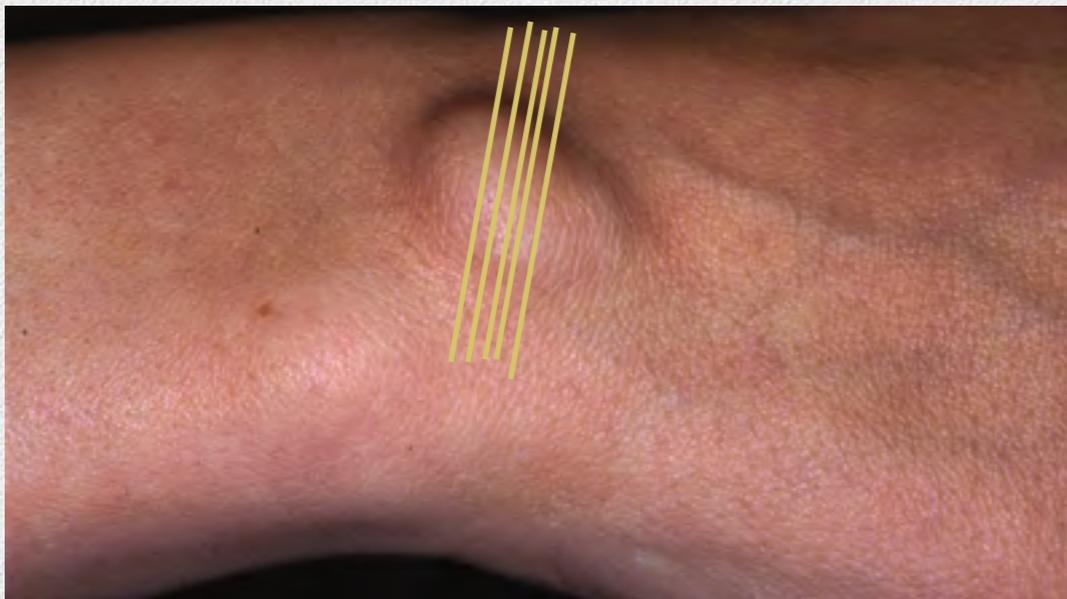
- Le kyste s'exteriorise à travers la capsule par un chemin plus ou moins tortueux



Kystes dorsaux

1

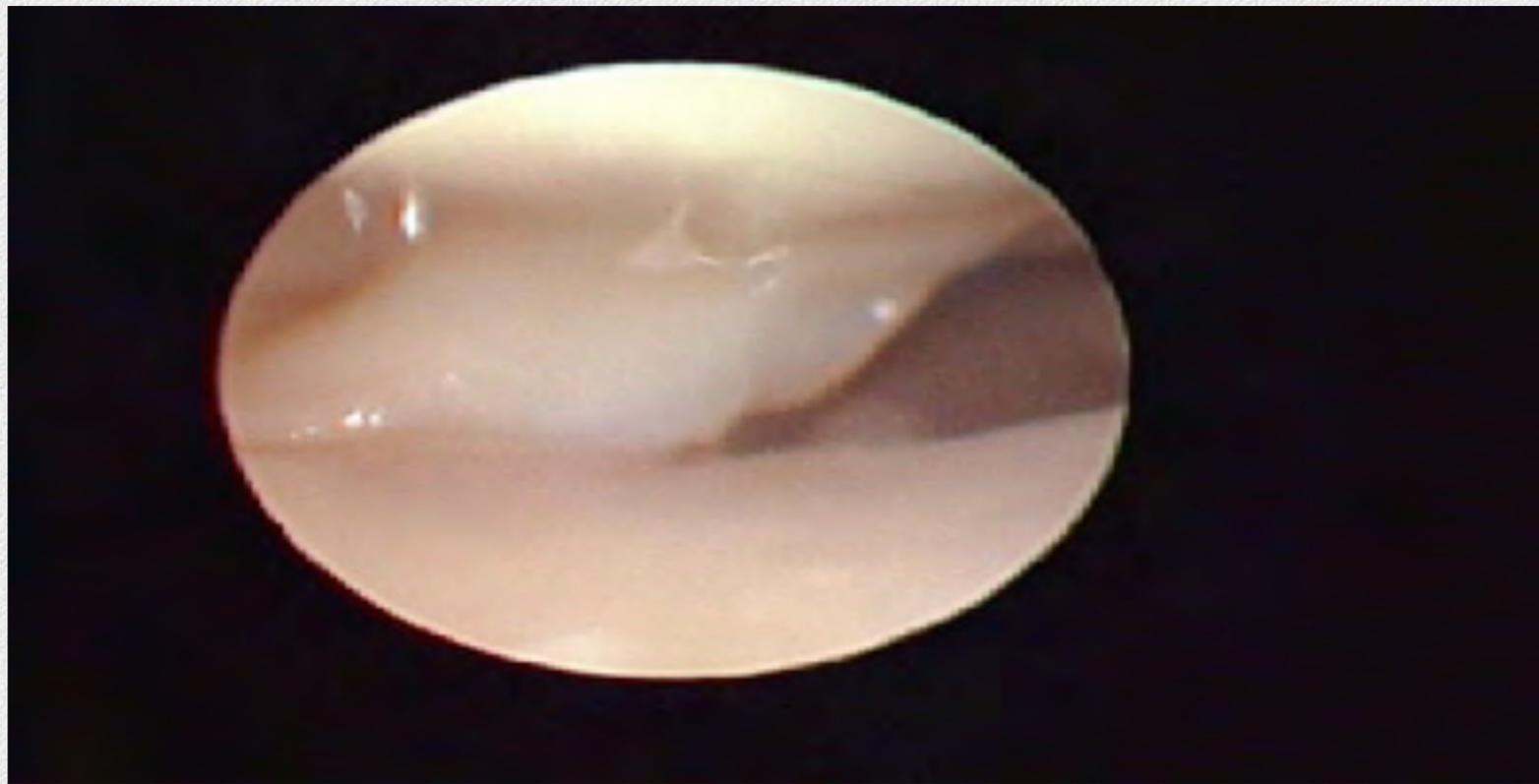
- Leur position “sur la peau” dépend du trajet de leur pédicule par rapport au ligament dorsal intercarpien
- Il n’y a pas de kystes radio-carpiens ou médio-carpiens



1

Exemple

- Kyste du bord ulnaire du poignet. L'échographie montre l'origine scapholunaire du kyste
- Vue initiale (arthroscopie à l'air) qui montre l'origine du kyste



1

Les kystes palmaires

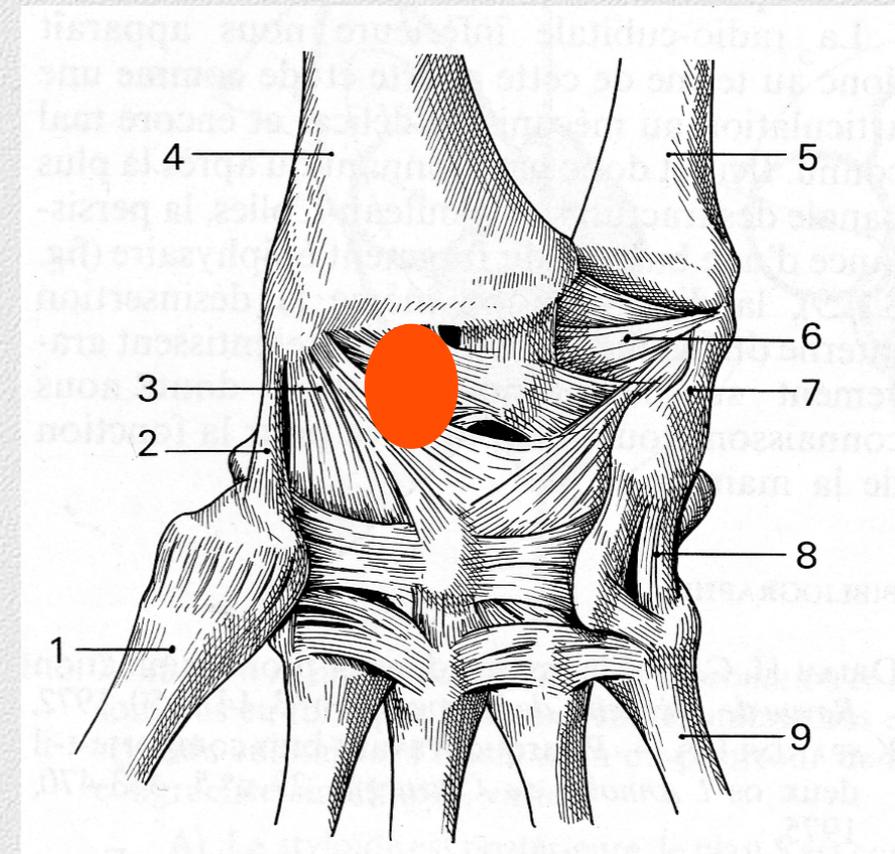
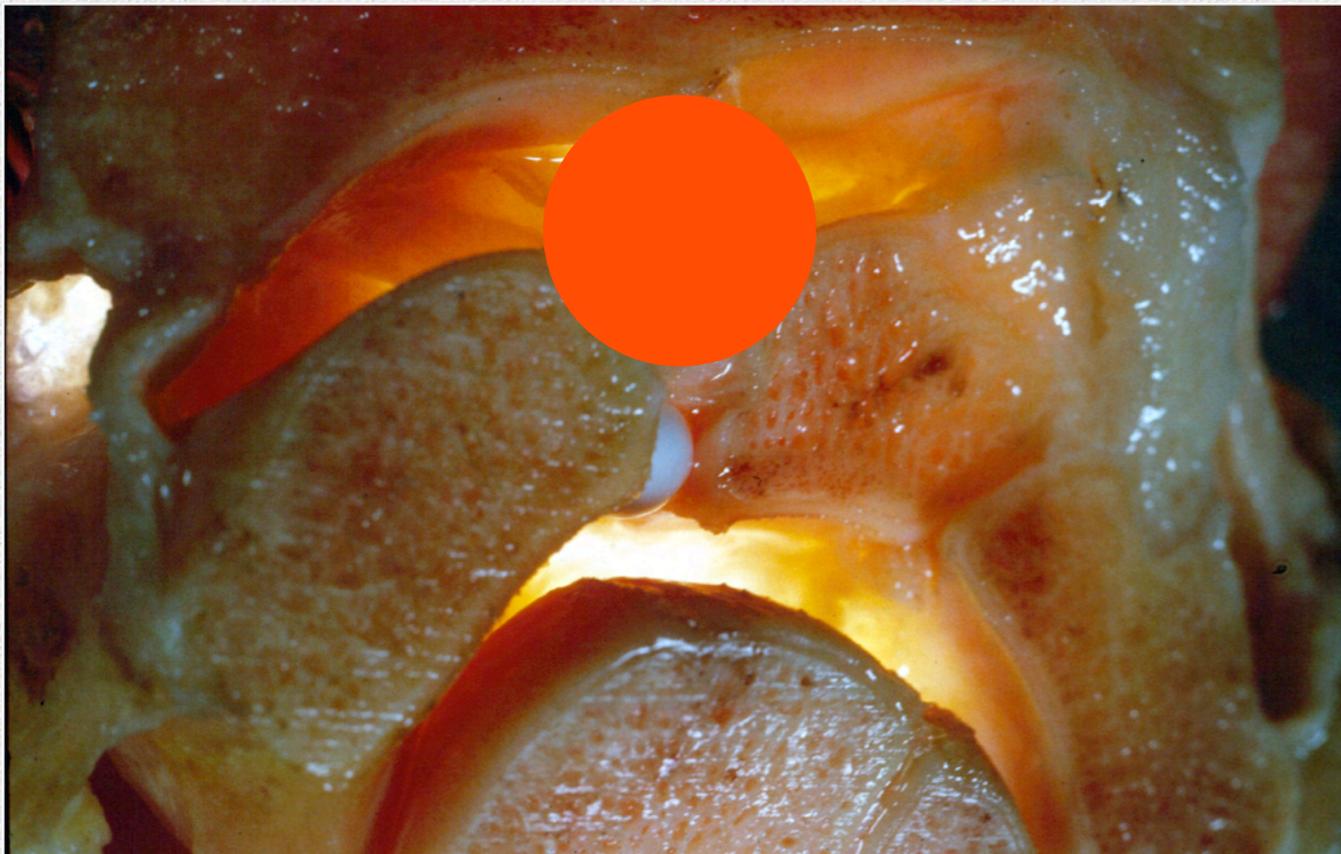
- Le kyste serait originaire de la partie antérieure du ligament scapholunaire



Kystes palmaires

1

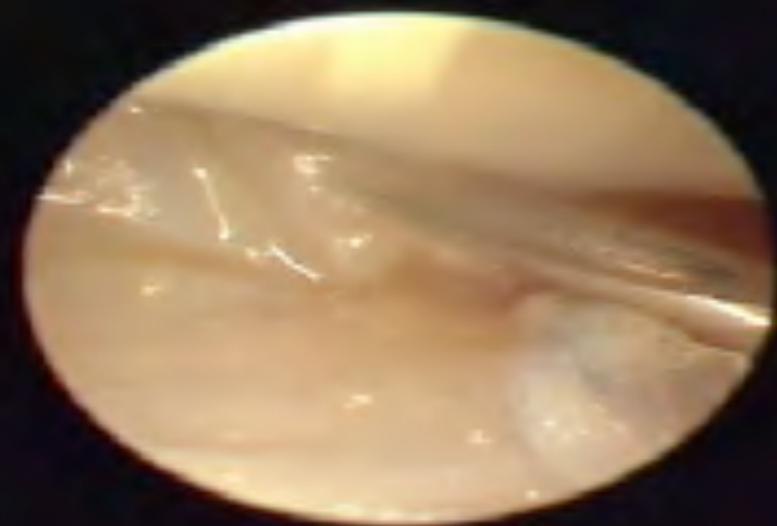
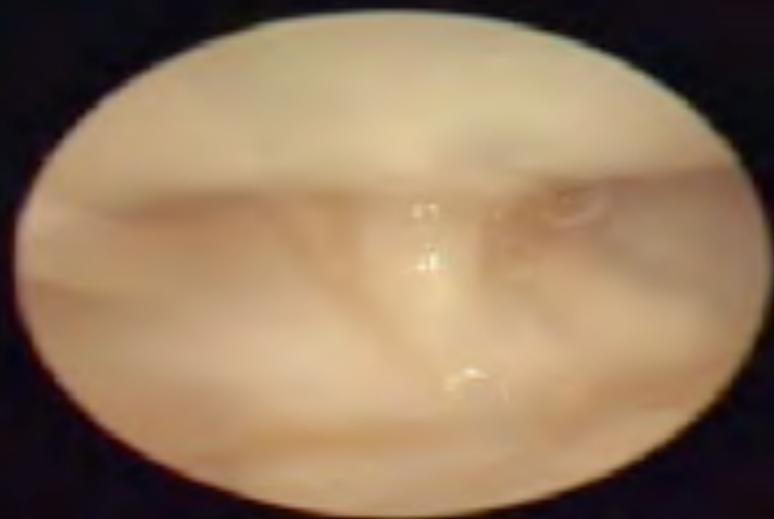
- Qui se projette entre les ligaments radio-scapho-capitatum et radio-lunaire
- Dans la radio-carpienne



1

Exemple

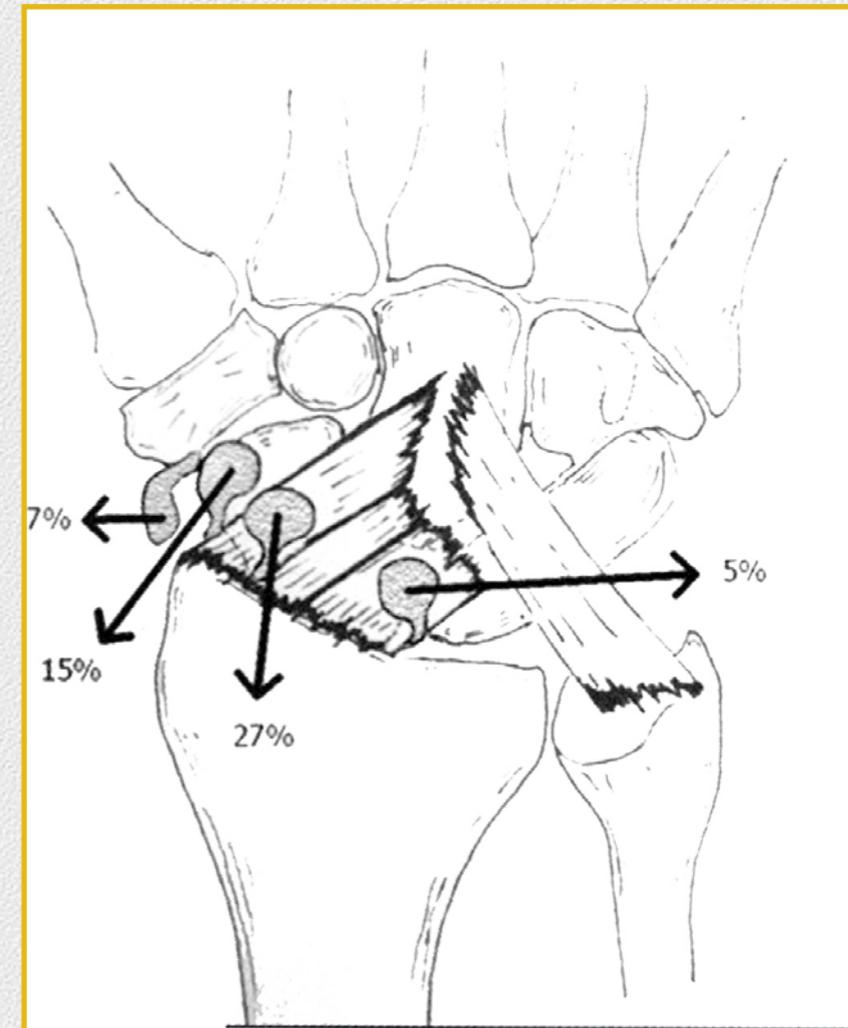
- Kyste antérieur du poignet qui apparaît entre les ligaments radio-lunaire et radio-scapho-capitatum
- Vidange à l'aiguille (arthroscopie à l'air)



Mais !

1

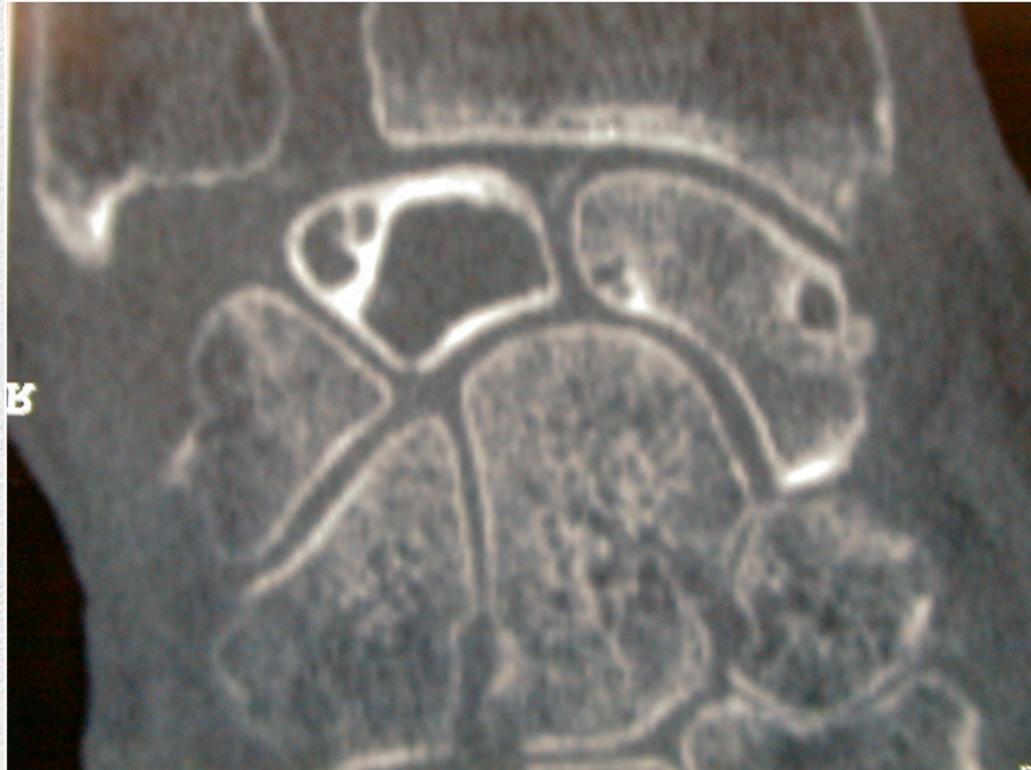
- Pour Angelides, 50% des kystes sont originaires de la STT (donc peu accessibles à l'arthroscopie)
- Pour des auteurs Argentins, l'origine (radiocarpienne) est variable
- Pour Rocchi, 1/3 des kystes n'étaient pas radio-carpiens



Faute d'imagerie pré-opératoire, on ne sait pas bien où se situe le collet du kyste, notamment pour les kystes antérieurs

Imagerie pré-op ?

1



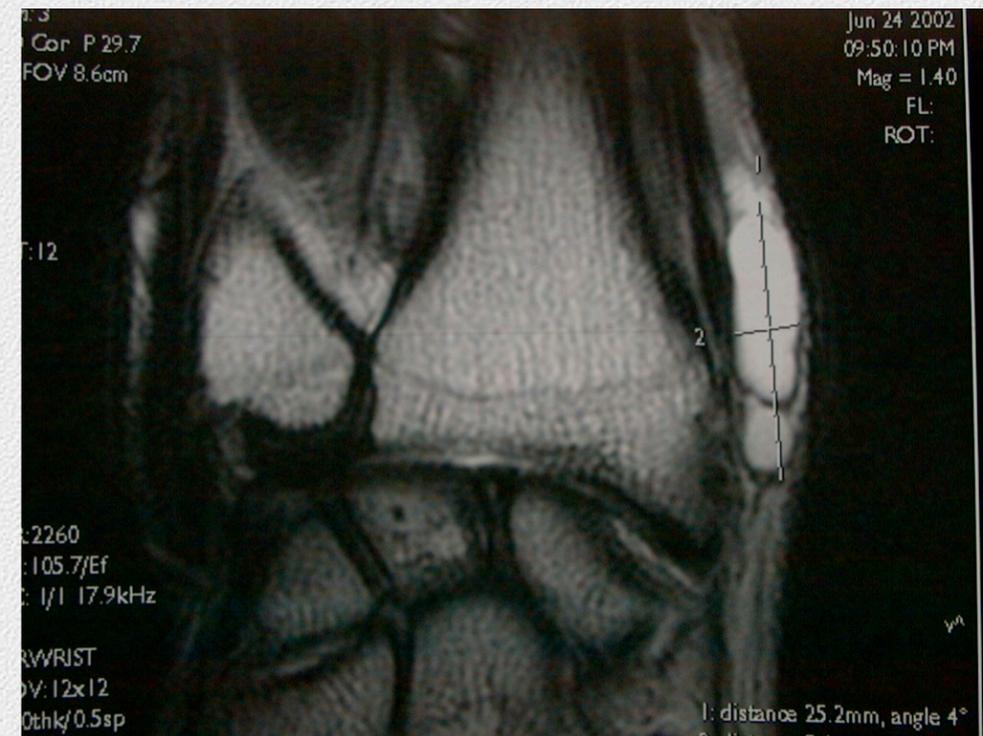
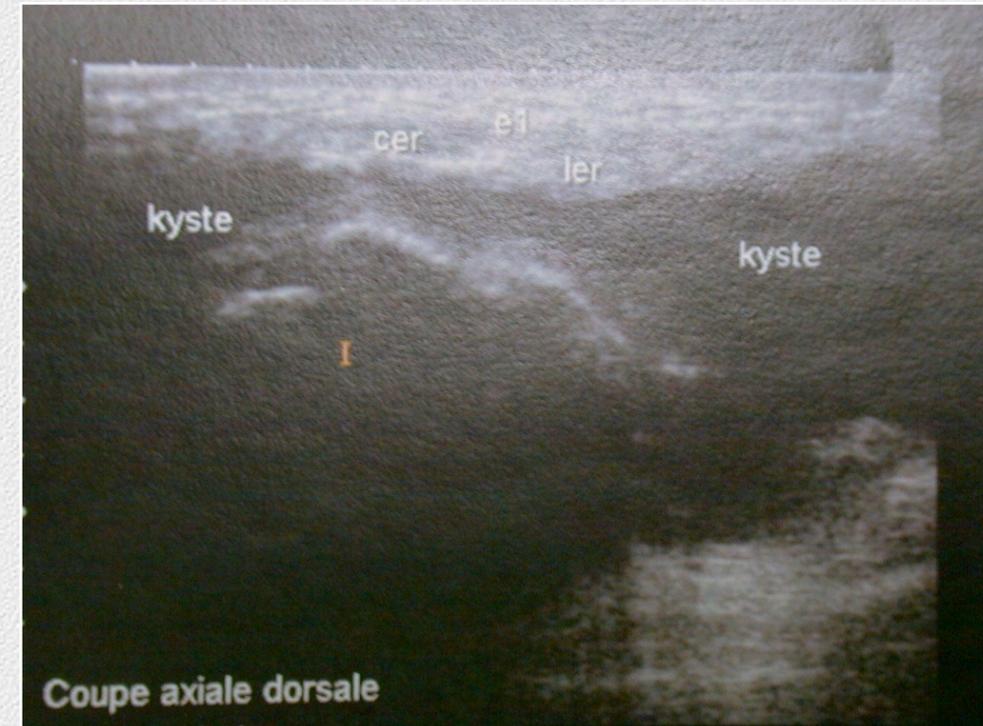
- Une radiographie simple (F + P) est nécessaire pour éliminer des pathologies sous-jacentes et/ou associées





Imagerie pré-op ?

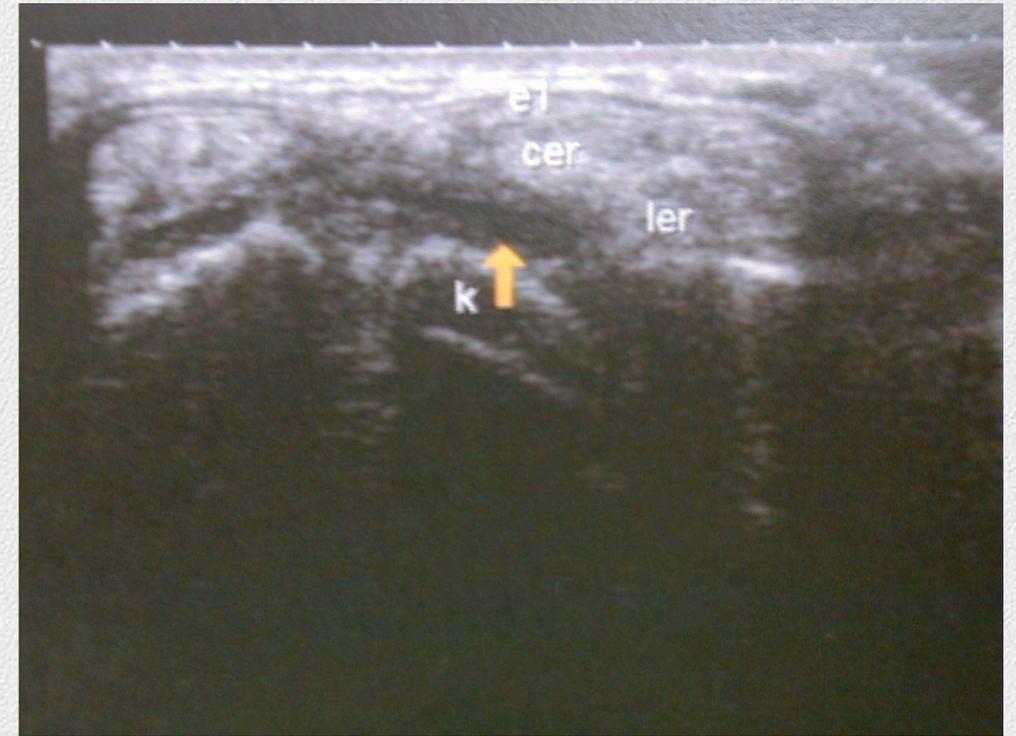
- Echographie et IRM sont utilisés lorsque le diagnostic est incertain
- Ils peuvent être utiles pour préciser l'origine du kyste notamment dans certaines localisations atypiques





Imagerie pré-op ?

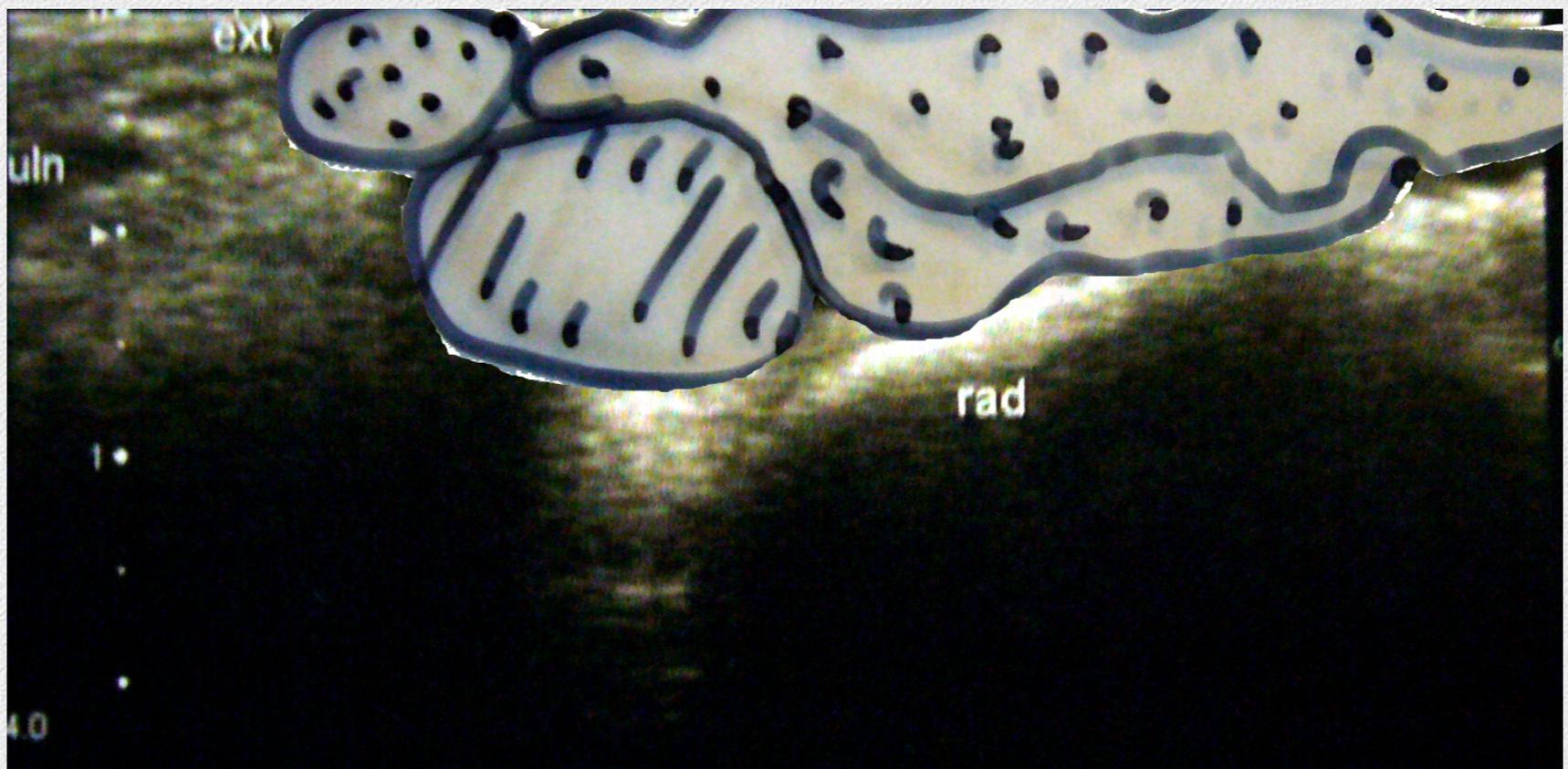
- Je fais presque systématiquement maintenant une échographie DE QUALITE en pré-opératoire
- Plus rarement une IRM



Imagerie pré-op ?

1

- Je ne leur demande pas si c'est un kyste
- Je leur demande où est le collet
- Ici le collet du kyste est dans la RUD chez cette jeune gymnaste donc c/i arthro



2

Pourquoi peut-on le traiter sous arthroscopie ?

- Le traitement du kyste mucoïde est la résection de la zone malade, pas l'ablation de la poche

~~● 1971, Fowler:~~

- Propose de ne réséquer que la capsule dans le traitement des kystes dorsaux. Logique, puisque c'est la zone pathologique, la poche liquidienne n'étant que témoin.

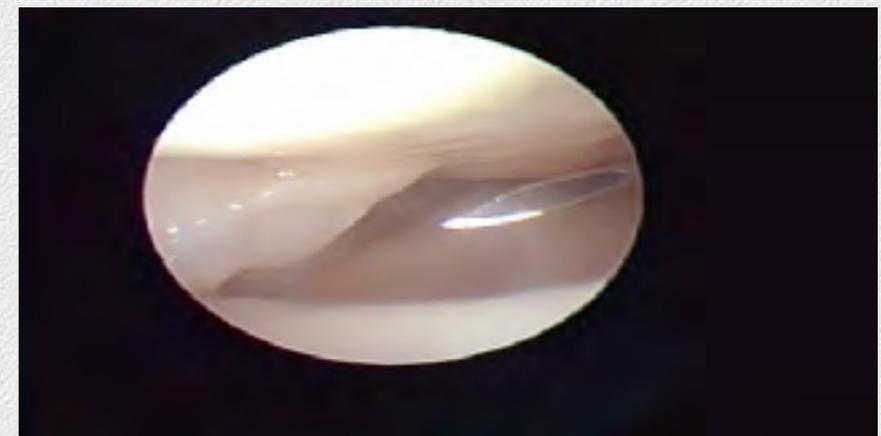
~~● 1987, Osterman:~~

- Guérit incidemment une patiente de son kyste dorsal lors d'une arthroscopie du poignet
- Commence une étude, prospective, de 18 cas, publiée en

3

Comment fait-on ?

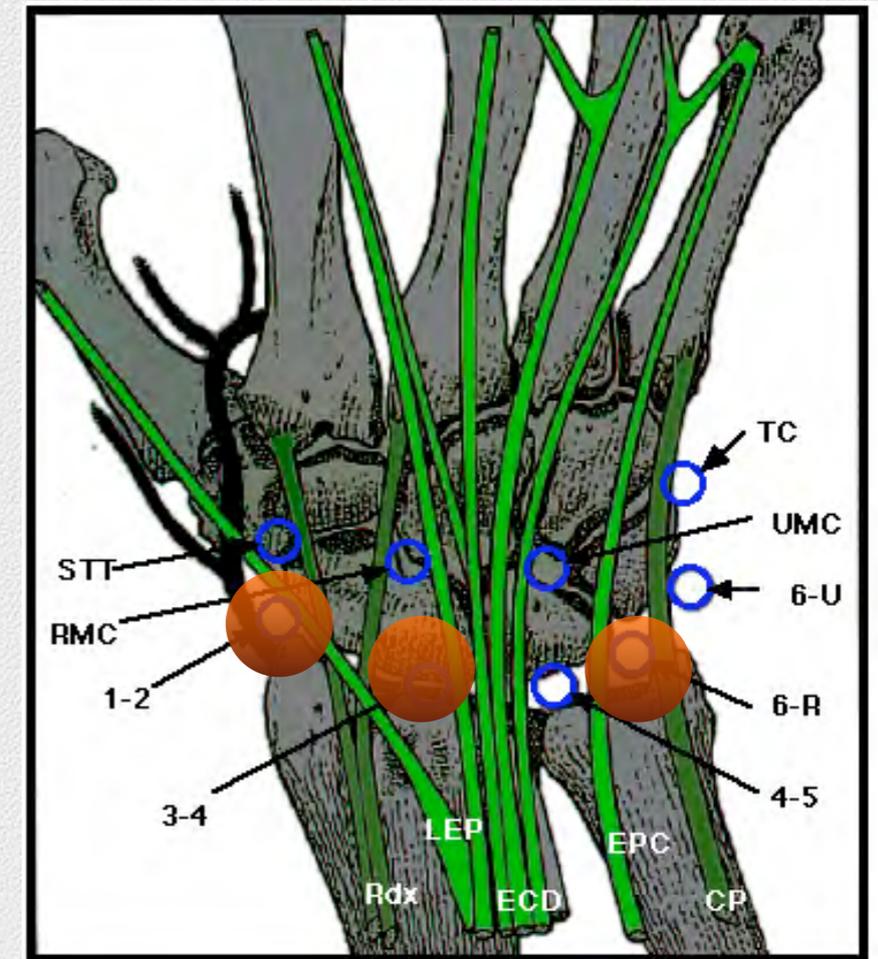
- Arthroscopie du poignet
 - Matériel adapté: scope 2,7 mm / Shaver et/ou Bistouri RF
 - Voies d'abord adaptées aux lésions
- Résection de la zone malade
 - Savoir où elle se situe !
 - Suffisamment mais pas trop !



Kyste dorsal

3

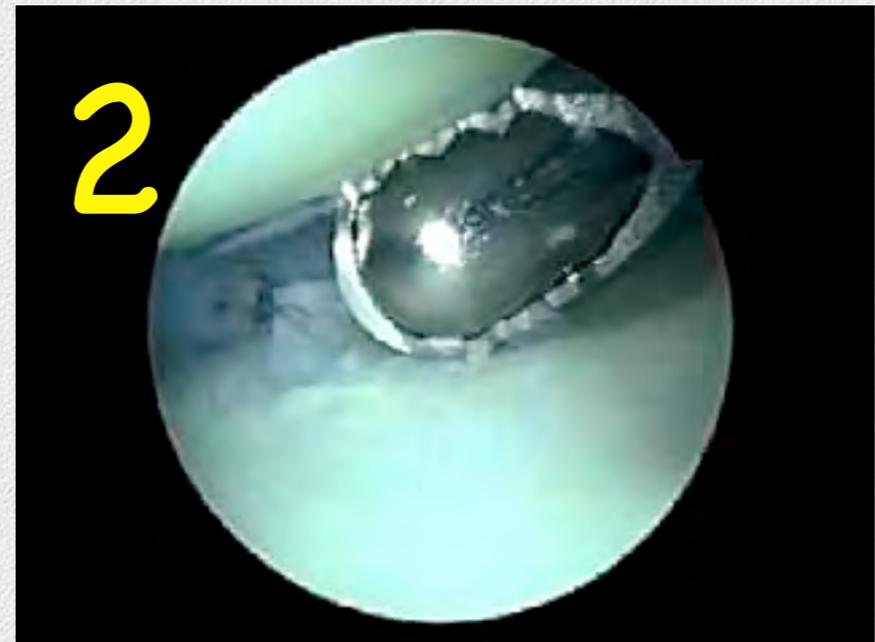
- Le kyste est dorsal, comme les voies d'abord
- Travaille "a retro", très tangentiel
- Scope dans la voie 6R
- Shaver dans la voie 3/4 (ou 1/2)
- Début de l'arthroscopie à l'air pour essayer de repérer l'origine du kyste



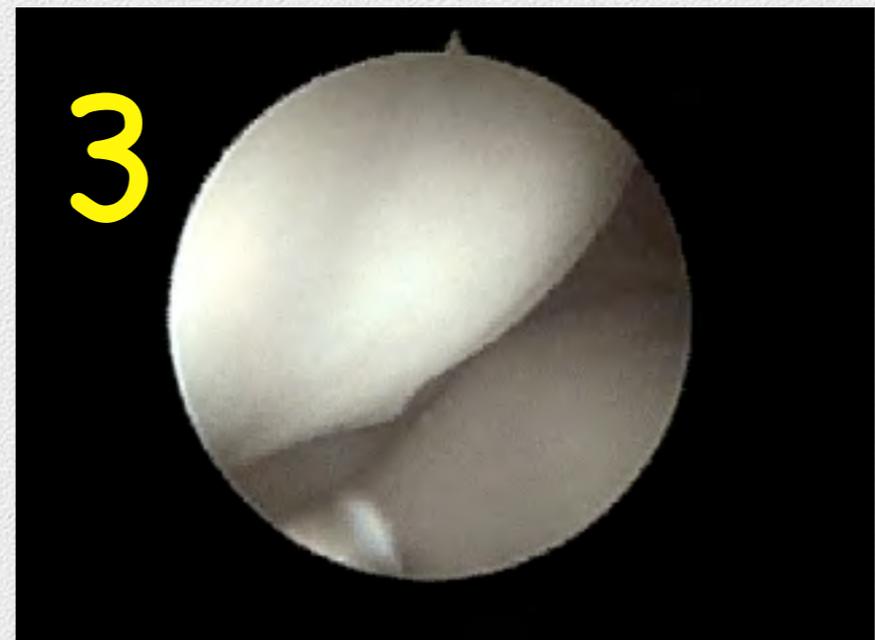
Repérer l'espace
scapho-lunaire



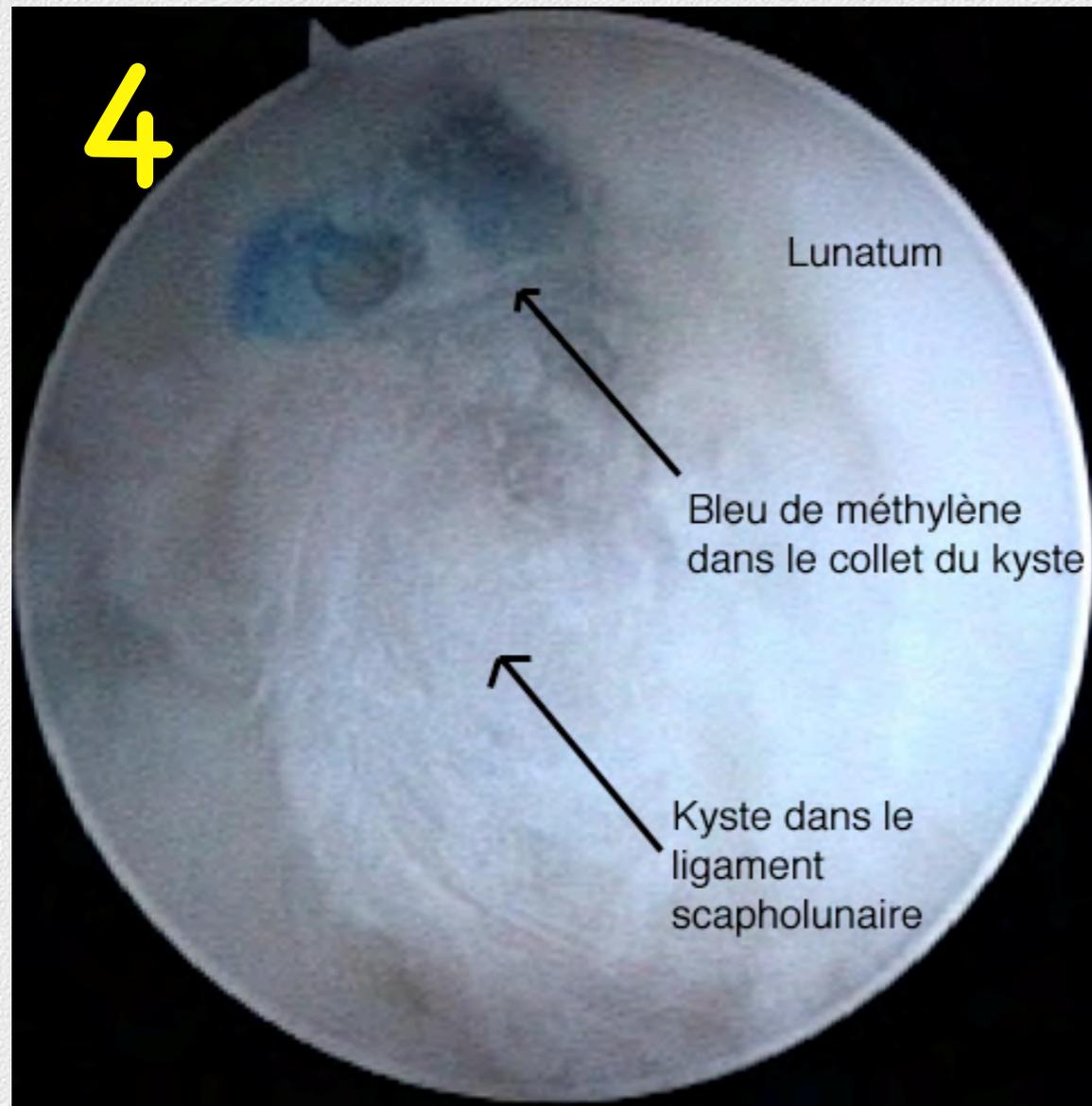
Enlever d'éventuelles
franges synoviales



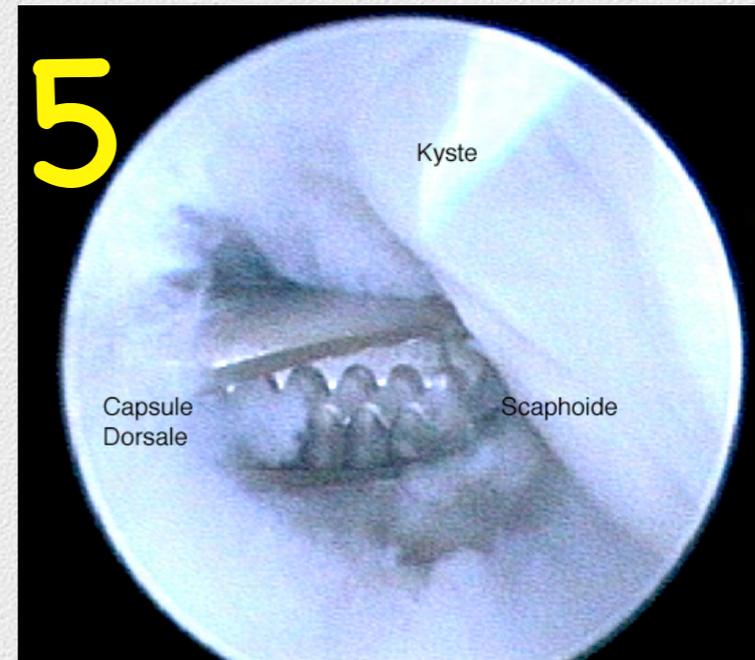
Suivre le ligament jusqu'à
l'insertion capsulaire



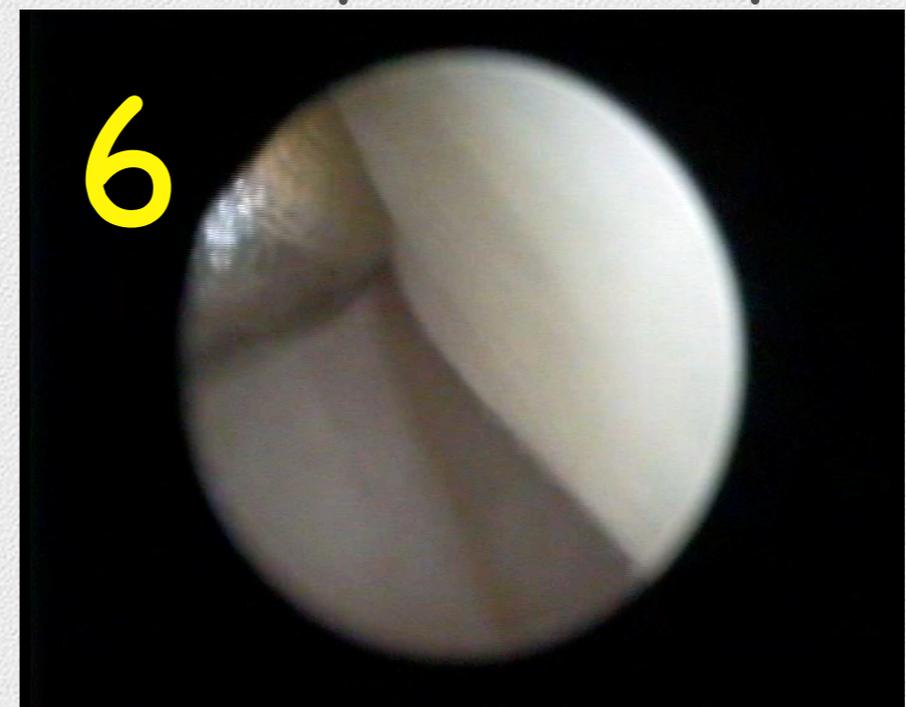
Rechercher un kyste dans le ligament scapho-lunaire (visible 30-60% des cas)



L'exciser (avec modération)



Puis réséquer la capsule



Petit truc

6bis



- J'injecte le kyste de bleu de méthylène (qqg gouttes) avant de commencer pour mieux repérer son collet



Exciser pour vider le
kyste

7

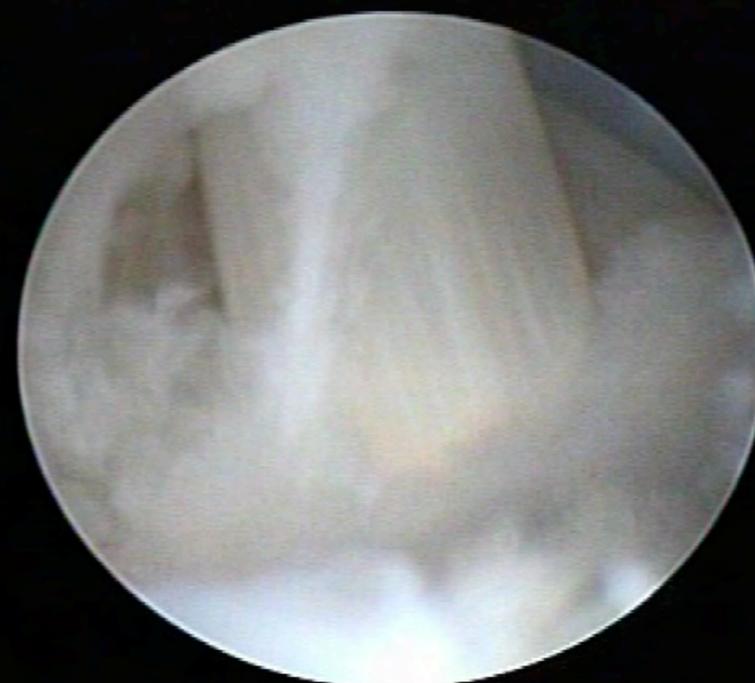


8



Jusqu'à voir les
tendons

8



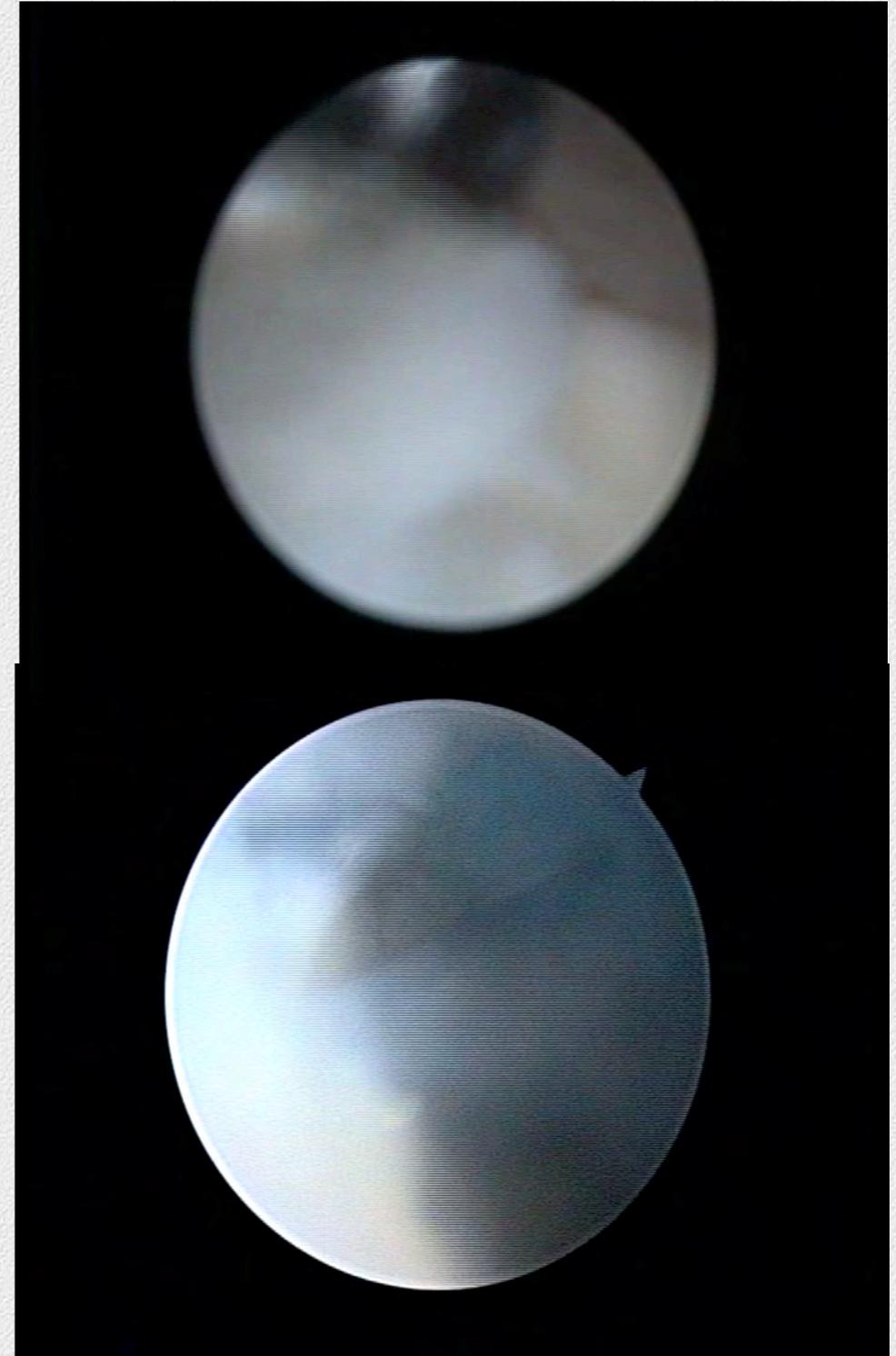
Les moments difficiles

- Lors de l'excision capsulaire, le liquide de lavage fuit dans les tissus sous-cutanés
 - Perte de pression = perte de visibilité
- La capsule excisée au shaver est parfois difficilement distinguable des fibres tendineuses sus-jacentes

Faut-il passer en médio-carpien ?

3

- Pas systématique
(\approx 1 fois sur 2 au début, presque plus jamais)
- Permet de compléter une résection radio-carpienne incomplète
- Geste plus difficile car triangulation plus courte



Certains résèquent les kystes par voie médio-carpienne de façon habituelle



Lesions associées ?

3

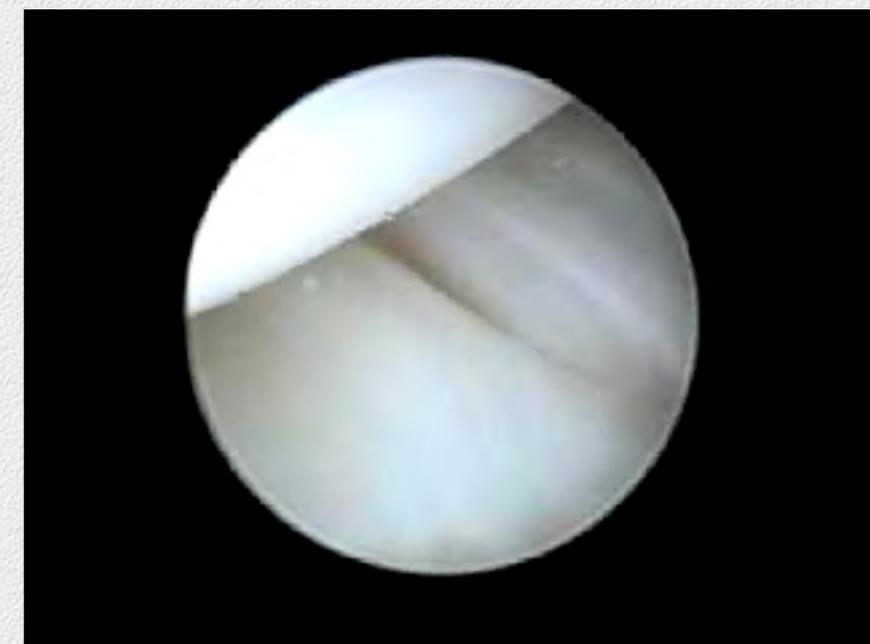
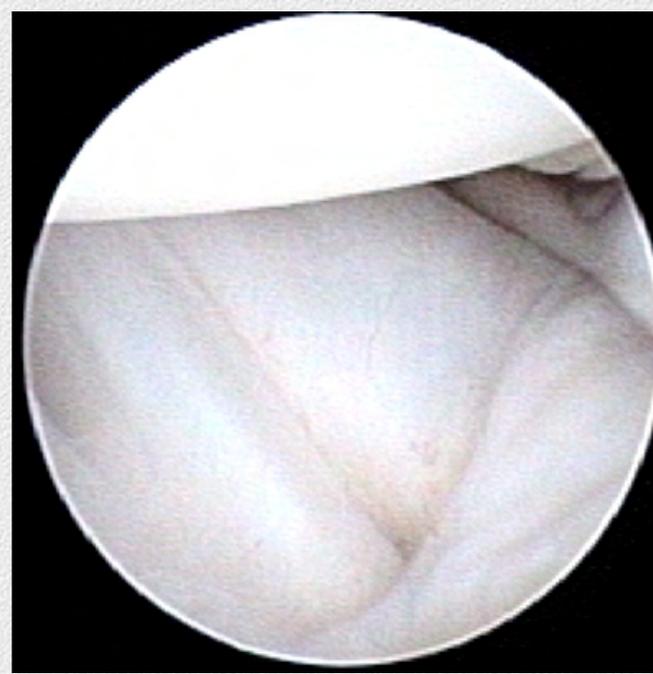
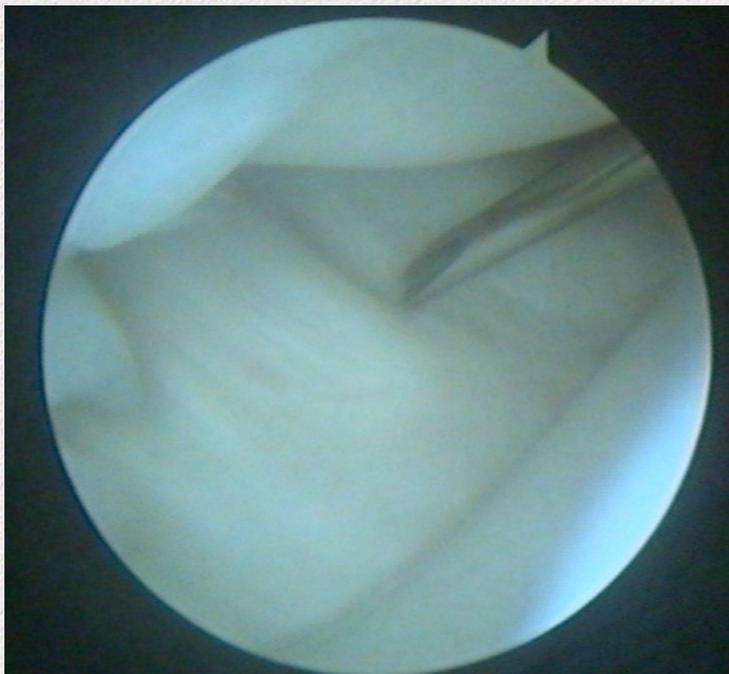
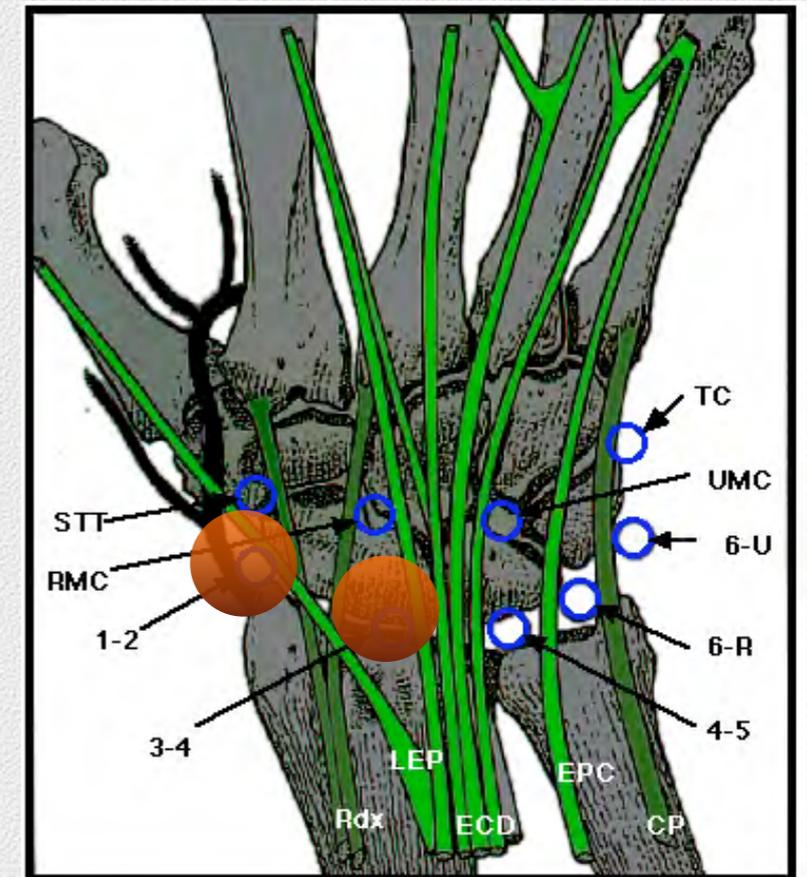
- Non dans mon expérience
- 50% de lésions associées dans la série d'Osterman
- 100% chez Polvsen

Aucun patient n'a eu de traitement associé, notamment d'une éventuelle instabilité.
Pas de relation kyste et instabilité



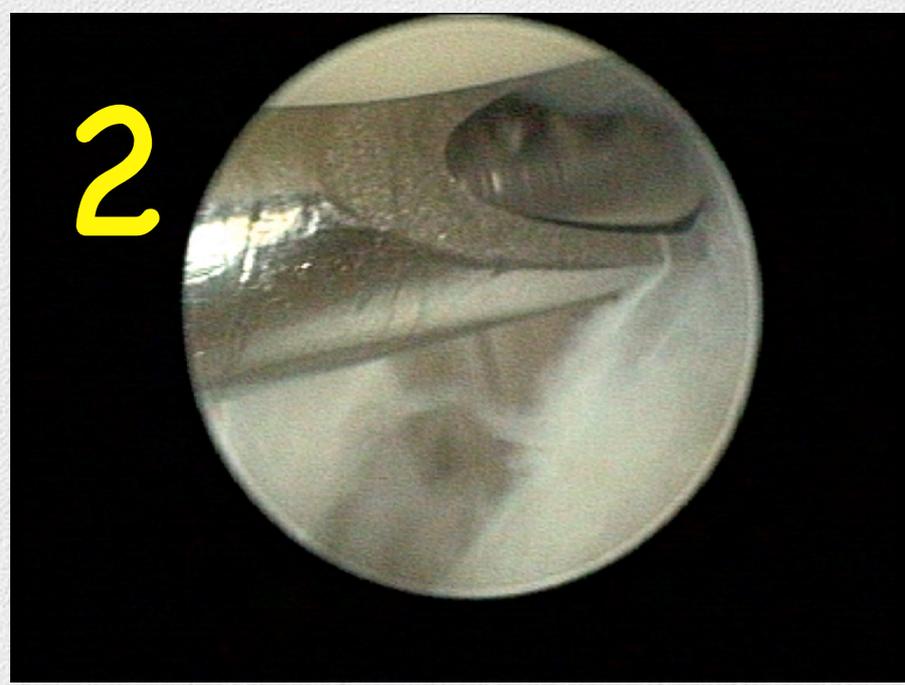
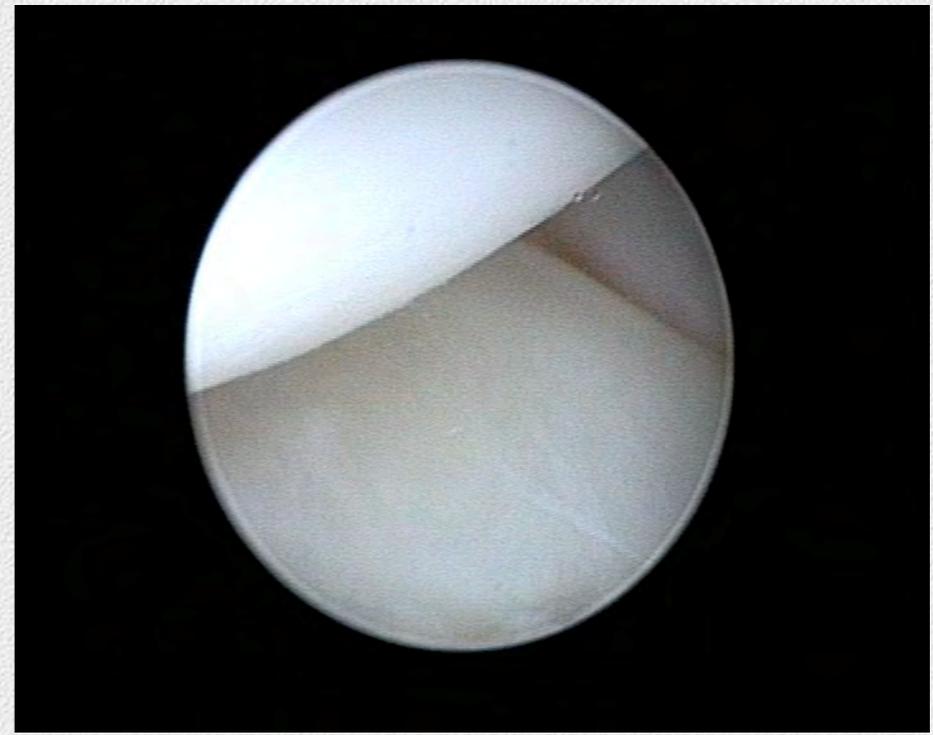
Les kystes palmaires

- L'accès arthroscopique est beaucoup plus facile
- Scope dans la voie 3/4
- Shaver dans la voie 1/2
- Repérer l'origine du kyste à l'air

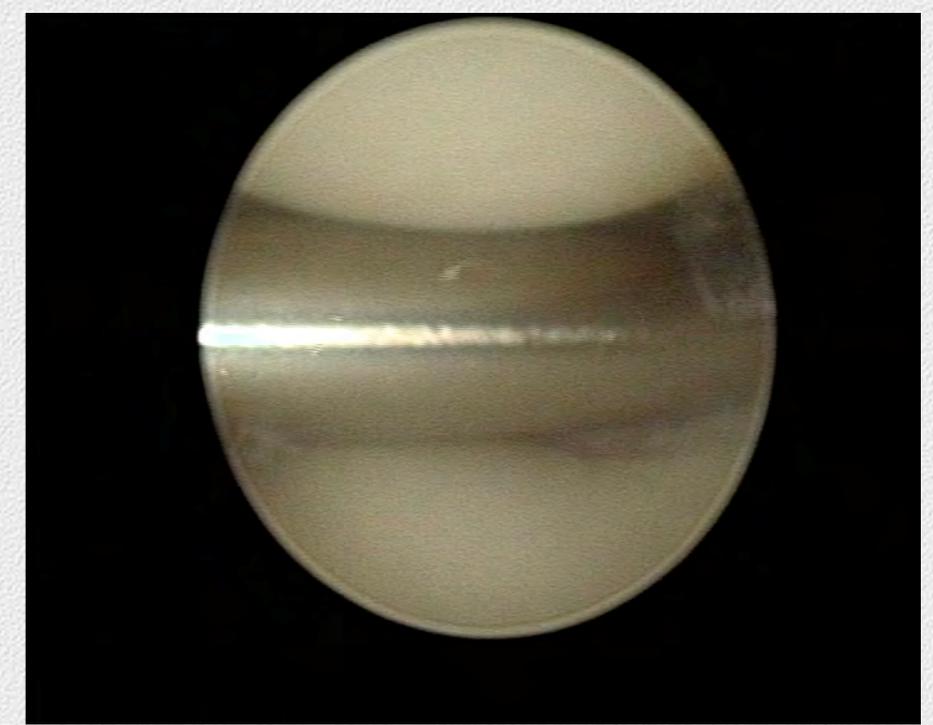


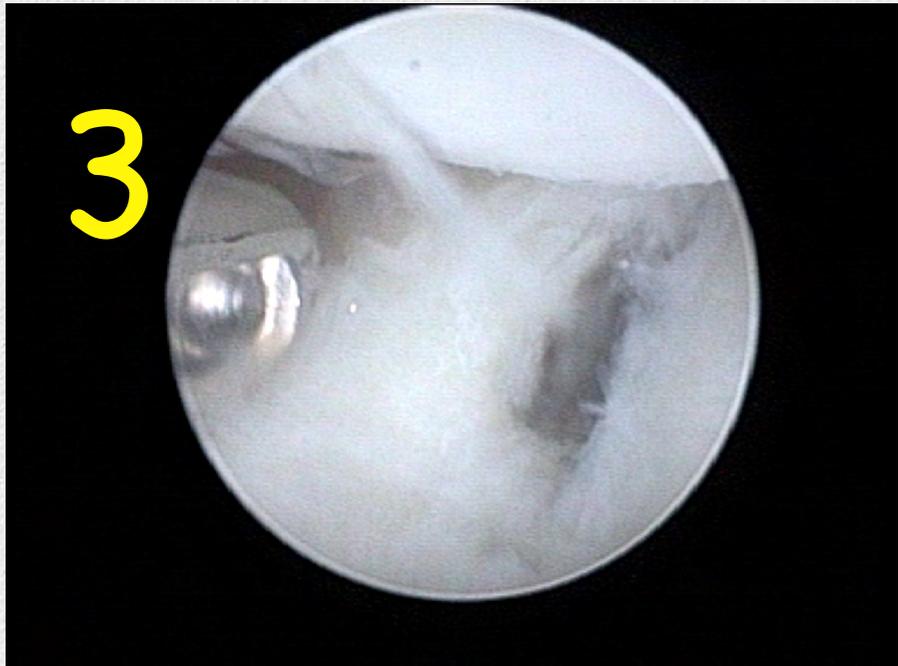


Voir l'espace entre les ligaments

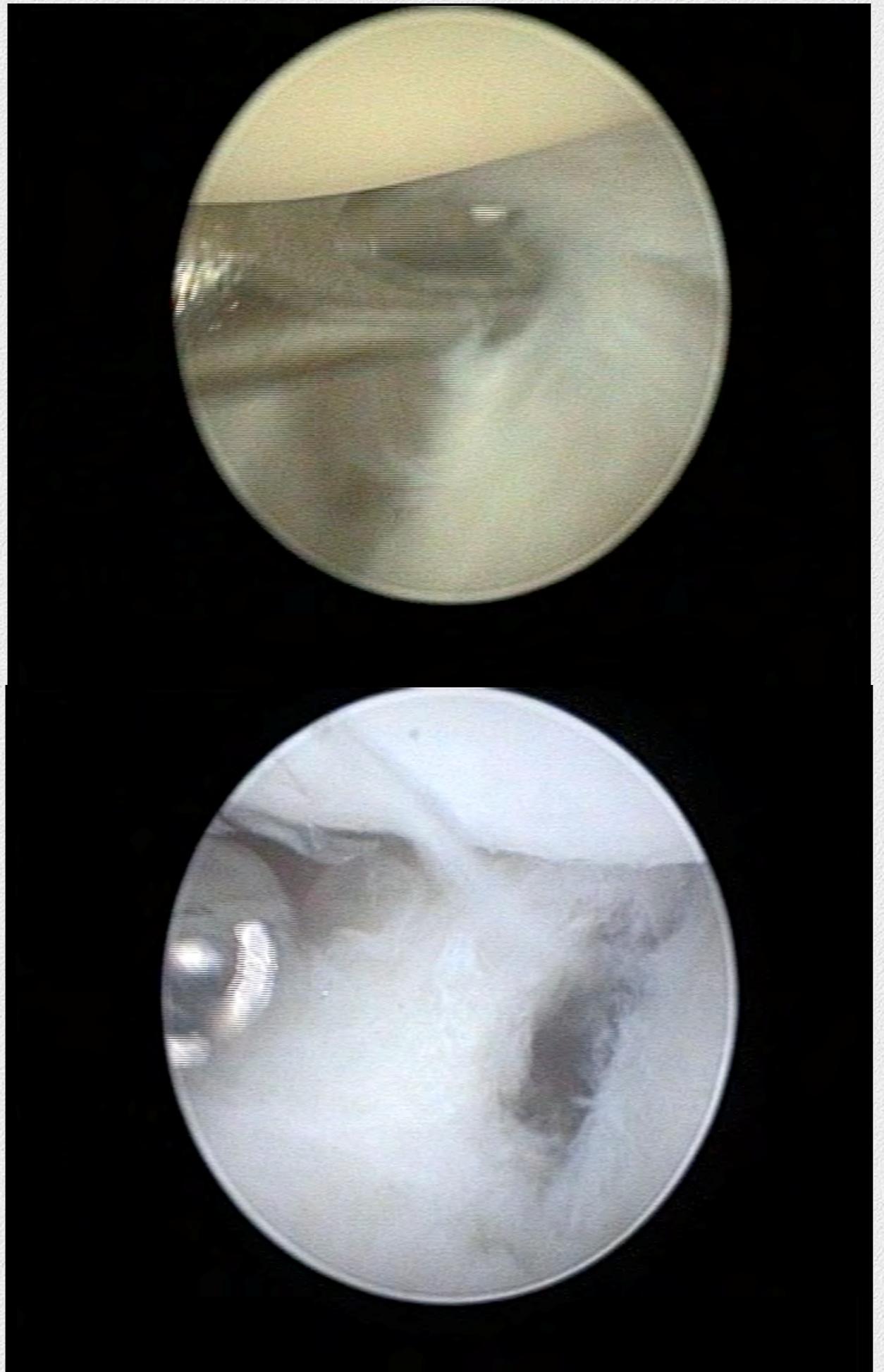


Exciser vers le haut, l'insertion capsulaire du ligament scapholunaire





La taille de l'excision
nécessaire n'est pas
connue



Quels sont les résultats ?

4



- Suites opératoires ?
- Complications ?
- Résultats fonctionnels ?
- Récidives ?





Les suites: simples !

4

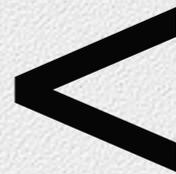
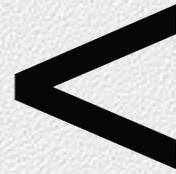
- Pas de points de suture
- Pas d'immobilisation
- Pas de rééducation

Le poignet reste néanmoins douloureux 2 à 3 mois
Quelques patients peuvent nécessiter de la rééducation car le poignet reste raide plusieurs semaines

Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

4

- Pas de rançon cicatricielle !



Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

4

● Pas de raideur

● 1% à 25% des patients après chirurgie

● Mobilité: 96% après traitement endoscopique





Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

4

● Pas de perte de force

- 2% - 45% des patients après chirurgie perdent 10 à 20% de la force de la poigne
- Récupération symétrique de la force de poigne chez 96% des patients traités endoscopiquement



Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

4

● Reprise du travail plus précoce

● 15 à 42 J en moyenne après traitement chirurgical

● 8 à 21 J après traitement endoscopique

Qu'apporte le traitement arthroscopique ?

4

	Ciel ouvert	Arthroscopie
Douleur	=	=
Cicatrice	-	+
Mobilité	-	+
Force	-	+
Reprise W	-	+

Récidives ?

4

- Aucune ou rares: 1/150 cas !
- D'autre séries sont moins brillantes: 10 à 15 %
- Je suis le plus mauvais: 30%

Plus de la moitié après deux ans de recul !



Ciel ouvert: Jusqu'à 15% de récidives

Que penser ?

4

- Un seul travail prospectif et randomisé avec 1 an de recul sur des kystes dorsaux
- Pas de différence entre les deux groupes
- 10-15% restent symptomatiques
- 10,7% de récurrence sous A° vs 8,7% à ciel ouvert

Les résultats des kystes palmaires



- 1 série de 5 cas: TVB à 16 mois de recul
- 1 série de 19 cas: TVB (recul 3 semaines ?)
- Mathoulin, bons résultats

A l'heure actuelle il est impossible de conclure

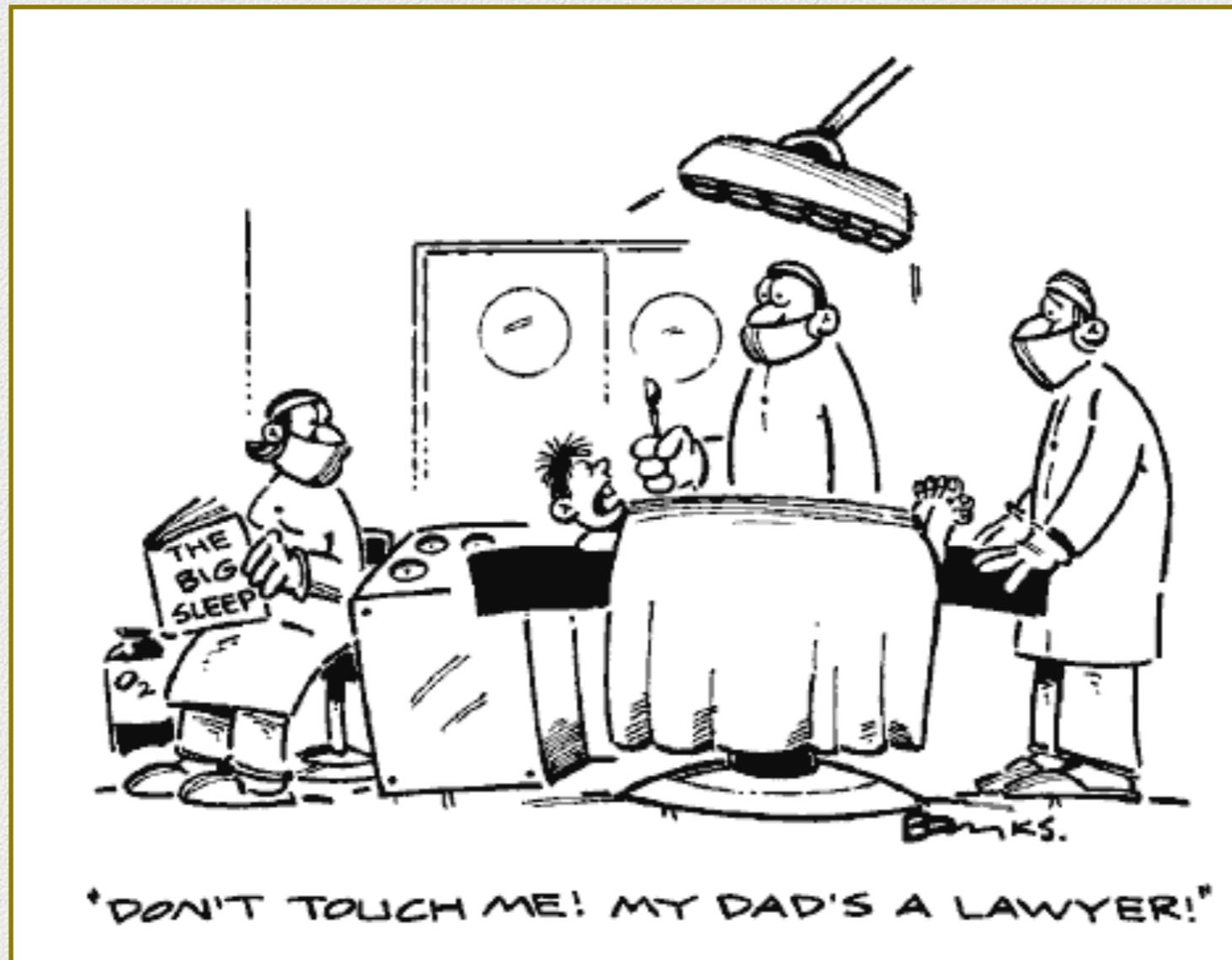
Ce qu'on peut dire des kystes antérieurs et de la chirurgie !

- Les séries chirurgicales donnent des résultats moyens (30% de récurrences et de complications)
- Etude de cohorte (Dias)
 - 52% de disparition spontanée à 5 ans
 - 47% de récurrence après ponction
 - 42% de récurrences après chirurgie !



Se souvenir

- Pathologie bénigne pour laquelle l'abstention reste de loin le meilleur traitement initial



Conclusion provisoire

- L'évolution naturelle des kystes reste mal connue
- Les kystes gênants doivent être opérés
- Les patients traités par arthroscopie et dont le kyste a disparu sont ravis !
- Ceux dont le kyste ont récidivé n'ont pas de séquelles mais gardent plus de douleurs
- Les complications sont très rares

L'arthroscopie reste une technique valorisante pour le chirurgien !

