

Les kystes synoviaux

Les kystes du poignet, désignés sous le nom de kystes synoviaux, sont des tuméfactions circonscrites, arrondies, légèrement mobiles et indolentes.



Les anglo-saxons utilisent le terme <<ganglion>> . Ils sont décrits dans l'Antiquité. Ambroise Paré en fait mention. Les anciens expliquaient leur apparition par la rupture des gaines tendineuses et l'épanchement dans le tissu cellulaire avoisinant.

Les kystes synoviaux sont l'apanage des sujets jeunes, à l'âge adulte, plus souvent chez la femme habituellement entre 18 et 35 ans. Ils peuvent être éventuellement découverts à l'occasion d'un traumatisme, mais la preuve n'en a jamais été apportée.

Aetiologie

La théorie de la hernie synoviale a été exposée par Begin (1832), elle ne doit plus être retenue.

Gosselin (1851) expose une théorie folliculaire, certaines synoviales sont pourvues de cul de sacs qui les prolongent.

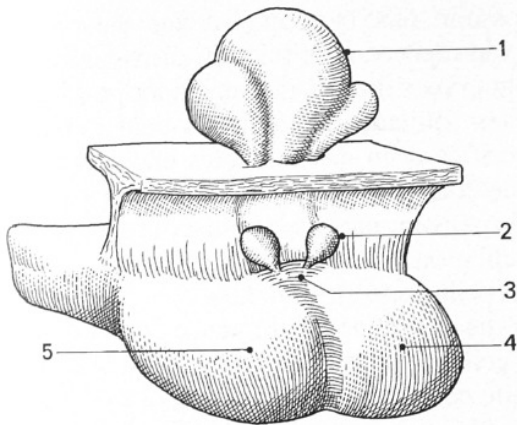
Lecène (1927) propose la théorie de dégénérescence colloïde du tissu cellulaire just-articulaire.

Delarue (1955) appui cette théorie.

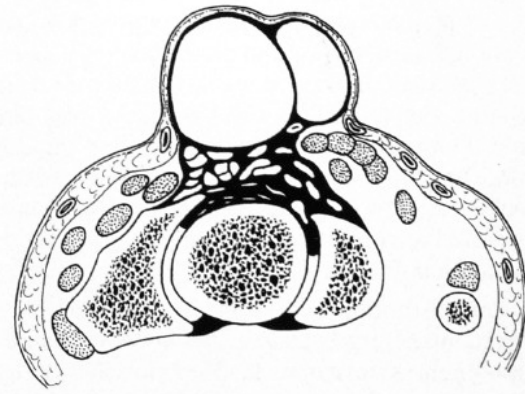
En 1976, Angelides et Wallace font une étude très détaillée de sa pathogénie; certains kystes prennent leur point de départ dans le ligament scapho-lunaire.

L'ÉVOLUTION DU PROCESSUS PATHOLOGIQUE:

- Tout d'abord, il se constitue auprès de l'articulation ou du tendon une masse fibreuse d'aspect fibrillaire aux dépens de laquelle va se former par fonte autolytique du tissu conjonctif, une liquéfaction gélatiniforme centrale ébauche de kyste.
- A la phase de maturité, les tissus péri-kystiques s'amincissent. Le pseudo-kyste peut envoyer des prolongements.
- Dans une troisième phase de guérison, le processus de fonte autolytique s'arrête et le pseudo-kyste se limite en prenant l'aspect d'un kyste vrai.
- La dégénérescence mucoïde du tissu conjonctif capsulaire et péri-articulaire semble donc être l'explication la plus valable et celle qui prédomine actuellement. (J.P.Razemon, dans Traité de Chirurgie de la Main, tome V)



MICRO-ANATOMIE



PHYSIOPATHOLOGIE

LES MODALITÉS DE TRAITEMENTS SONT :

- Dans la majorité des cas, les kystes du poignet entraînent peu de gêne fonctionnelle.
- Ecrasement, faire éclater le kyste par une pression brusque.
- Ponction, elle affaisse le kyste mais laisse en place sa paroi. Elle est donc fréquemment suivi de récurrence (jusqu'à 100 %). Certains auteurs la font suivre d'une injection intra-kystique d'un produit sclérosant.
- L'ablation chirurgicale du kyste lui-même apporte un risque de récurrence plus important.
- L'exérèse kystique avec capsulectomie, ce qui crée par contre une brèche articulaire importante.
- L'exérèse par voie arthroscopique.