

LES KYSTES MUÇOÏDES DES DOIGTS (OU KYSTES ARTHRO-SYNOVIAUX)

(photos protégées par un Copyright)

Il s'agit de petites **tuméfactions** toujours **bénignes** siégeant autour de la dernière articulation des doigts (près de l'ongle). Elles sont remplies d'un liquide clair et filant (mucoïde). D'origine articulaire, ces tumeurs accompagnent les articulations arthrosiques ou qui vont le devenir, d'où leur nom plus précis de kystes arthro-synoviaux (KAS).

Les KAS peuvent rester centrés sur l'articulation, ou migrer vers l'ongle. Lorsqu'ils compriment la matrice de l'ongle ils entraînent une déformation en gouttière par pression sur la matrice (KAS sus-matriciels). Parfois ils se fistulisent au bord libre du repli proximal, peuvent se surinfecter et prêtent parfois à confusion avec un panaris ou d'autres tumeurs péri-unguéales. Certains KAS soulèvent la matrice et peuvent être responsables d'une voussure sous l'ongle ou d'un ongle en pince.

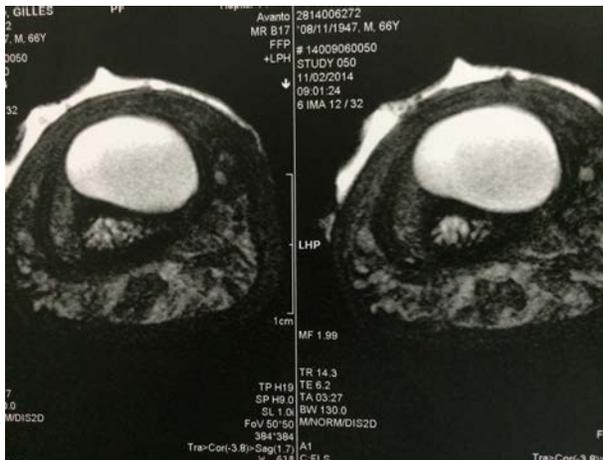


Petit kyste sus matriciel responsable d'une fistule chronique : soit une croûte sèche comme ici, soit des épisodes plus inflammatoires (rouge, gonflé) prenant l'aspect d'un pseudo-panaris

Lorsque le diagnostic de KAS sus ou sous-matriciel demande à être confirmé, l'IRM de haute résolution montre parfaitement sa nature liquidienne et son siège. La radio centrée sur l'interligne articulaire, de face profil, permet de faire l'état des lieux et montre les ostéophytes en cas d'arthrose.



A gauche la gouttière sur l'ongle est très évocatrice de KAS sus matriciel (et la déformation de l'articulation traduit l'arthrose responsable de ce kyste). Mais parfois le diagnostic est plus difficile comme pour ce kyste sous matriciel, et une IRM peut être indiquée. L'IRM (de haute résolution, images Pr Drapé, Hop Cochin) montre clairement (en blanc) le kyste attaché à l'interligne articulaire arthrosique, soulevant la matrice et la lame unguéale)



Le **traitement** est variable . Pour les petits kystes récents, sans déformation de l'ongle, une simple surveillance est possible car ils peuvent être spontanément régressifs. Les ponctions directes peuvent fragiliser la peau et faire courir un risque d'infection, elles sont plutôt contraindiquées.

Lorsque le kyste reste centré sur une articulation arthrosique, il peut être affaissé par voie trans-articulaire (plutôt que par une injection directe dans le kyste) en même temps que l'on fait une infiltration intra-articulaire de Cortivasol (Altim*). Ce geste est effectué avec une anesthésie locale par le chirurgien de la main ou un rhumatologue entraîné.

Les kystes péri-unguéaux peuvent être traités de première intention par un produit sclérosant (Trombovar*); ce geste est effectué par des dermatologues habitués à la pathologie unguéale, mais comporte 30% de récives. Les kystes volumineux, fistulisés, récidivés ou accompagnés d'une déformation de l'ongle deviennent une indication à la chirurgie.

L'intervention consiste à enlever le kyste et son pédicule articulaire qui existe toujours et qu'il faut identifier, souvent satellite d'un petit ostéophyte articulaire. Cette toilette articulaire prévient les récurrences. Il peut être nécessaire d'ôter la peau en regard du kyste lorsque celui-ci est pré-fistulisé, et de couvrir la perte de substance par un petit lambeau cutané local ou par une greffe de peau prélevée en peau isochrome et non dégraissée au pli de flexion du poignet

La **chirurgie** est en règle ambulatoire (dans la journée), sous anesthésie locale ou loco-régionale (seul votre bras ou votre doigt sont endormis). Des **complications** sont toujours possibles : la plus fréquente est la **récidive** du kyste, sur un terrain arthrosique le plus souvent. La toilette articulaire des ostéophytes diminue sensiblement le taux de récurrence postopératoire. L'infection locale est un risque surtout dans les kystes qui se sont déjà percés ou qui ont eu de nombreux traitements locaux. La prise d'antibiotiques est parfois nécessaire pour les éviter. En cas d'infection une nouvelle intervention peut être nécessaire. L'enraidissement de l'articulation est plus le fait de l'arthrose que de l'opération de même que les douleurs de la région opérée. Néanmoins comme pour tous les tissus, la cicatrice sera épaisse, rouge et parfois sensible pendant plusieurs semaines ou mois car il y a eu un geste de nettoyage articulaire. Une main gonflée, douloureuse, avec transpiration puis raideur est possible comme après toute intervention sur les membres (Algodystrophie).

Photos copyright Dr A Salon, reproduction interdite