TRAITEMENT des KYSTES SYNOVIAUX du POIGNET par ATTELLE DORSALE COMPRESSIVE

Basset-Varinard Nicole , MK-ergothérapeute-orthésiste, 16 av Rockefeller, 69008, Lyon

Le traitement des kystes au poignet par orthèse statique compressive permet la sédation et l'involution de l'inflammation, éloignant ou retardant l'intervention chirurgicale. L'attelle est strictement modelée au plan dorsal, la mousse compressive précisement adjointe, le port intermittent nocturne est conseillé

MOTS CLEFS :
Kystes synoviaux, gêne douloureuse, orthèse repos, sedation, involution du kyste

Les kystes synoviaux sont des tuméfactions en relation étroite avec les articulations et les gaines synoviales, qui siègent fréquemment au poignet, notemment à sa face dorsale.

Malgré le caractère bénin de leur symptomatologie, ils entrainent une gÍne fonctionnelle parfois importante nécessitant une mise au repos relatif et avantageusement traitée par mode compressif.

L'attelle compressive dorsale du poignet est un moyen facile qui vaut toujours d'Ítre pratiquÈ avant une décision chirurgicale.

ANATOMO PHYSIOLOGIE

Les kystes synoviaux sont les plus fréquentes des tumeurs de la main, atteignant plus souvent la femme et le sujet jeune. La plupart se développent aux dépens des synoviales articulaires {1}{2}{3}.
Ils siègent dans leur grande majorité à la face dorsale du poignet et sont toujours reliés à l'articulation scapho-lunaire. La topographie la plus commune se situe entre les tendons long extenseur du pouce et extenseur commun de l'index .

La masse principale du kyste est uni ou multiloculaire, reliée à la capsule articulaire par un pertuis ou conduit kystique.
L'arthrographie indique en général une impression d'un effet valvulaire entre l'articulation et le kyste.
Les explorations microchirurgicales et anatomopathologiques ont démontré que le kyste synovial a des connections avec l'articulation scapho-lunaire à travers les ligaments et la capsule.

La pathologie des kystes synoviaux reste mal élucidée.
De nombreux auteurs pensent que la lésion initiale est une altération dégénérative du tissu conjonctif péri-tendineux résultant de micro-traumatismes.
Chronologiquement, il s'agirait d'une altération de la substance fondamentale entrainant un différenciation des fibres, s'accompagnant d'une accumulation de mucopolysaccharides, puis d'une dégénérescence fibrinoïde.

CLINIQUE

Le kyste dorsal du poignet a un aspect typique rond et régulier. Il est parfois petit, mais caractéristique par sa consistance ferme, élastique et sa mobilité.
Il peut demeurer silencieux ou prendre un caractère douloureux.
Il peut se traduire par une gÍne au mouvement, des douleurs localisées exacerbées par la palpation, ou irradiant à l'avant-bras, parfois des paresthésies par compression d'une branche nerveuse.

TRAITEMENT {4} {5}

Méthode chirurgicale

Discutée dans cette affection bénigne car toujours grévée du risque de récidive. L'abstention est justifiée si le kyste est petit, bien toléré.
La ponction évacuatrice suivie de l'injection de produits sclérosants donnerait moins de récidives.
L'exérèse de la lésion sous garrot pneumatique et anesthésie régionale permet l'ablation complète des kystes paratendineux, avec un risque de récidive moins important que pour les kystes d'origine articulaire.

Méthode médicale

L'écrasement a été décrit, qui rejoindrait notre technique compressive.
Celui-ci est recommandé avec une large pièce de monnaie.
Les "bons résultats" en seraient dus à l'éclatement du kyste et à la destruction du système valvulaire par hyperpression.
Cette méthode est souvent douloureuse et parfois impossible à réaliser.
Nous lui préférons une manière plus dosée.

L'ORTHESE DORSALE COMPRESSIVE

Réalisée en matériau thermoformable, elle a pour principe:

-une mise au repos strict intermittent de l'articulation, de par sa rigidité et son port nocturne. (fig. 1)

-une action compressive localisée, par le biais d'une adjonction de mousse à mémoire lente. (fig. 2)

Orthèse dorsale de repos du poignet

Fig 1.

Méthode

Le moulage s'effectue en position neutre du poignet, légère flexion dorsale et inclinaison cubitale.
Le modelage soigneux de la région du carpe est impératif pour une parfaite action.

Action compressive par mise en place d'un bourrelet de mousse

Fig 2

Le repérage palpatoire précis du kyste permet de bien localiser la mousse à l'intérieur de l'attelle, la taille de l'adjonction étant proportionnelle à celle du kyste.
L'effet de la compression serait à la fois mécanique, selon la technique de l'écrasement précédemment décrite mais aussi circulatoire, comme constaté lors de la compression des cicatrices traumatiques et du brûlé.

Intêret clinique de la méthode

- Les patients décrivent pour la plupart une sédation rapide, à partir de la troisième à la huitième nuit.
- La plupart d'entre eux participent de ce fait pleinement au traitement proposé, d'autant plus que celui-ci n'entraine aucune gÍne fonctionnelle la journée.

L'attelle demeure dans la table de nuit lorsque la séda-

tion totale est obtenue et peut-être réutilisée en cas de récidive.

- L'attelle compressive a une action sédative et également de répression du volume du kyste.

Les récidives de l'épisode douloureux sont fréquemment citées. Il importe donc de sensibiliser le patient à une prévention de celles-ci par:

- La protection du poignet par un bandage élastique au cours des gestes en force ou de répétition que nous aurons identifiés comme tant le point de départ d'une "crise kystique", ou dans les cas rebelles par une attelle circulire semi-rigide. (fig. 4)

- Le port nocturne de l'attelle compressive dès l'apparition d'un début de douleur, car il est démontré que la politique du laisser-faire aboutit souvent à une gêne fonctionnelle importante. Il suffit d'un port de la contention 2 ou 3 nuits pour que la douleur s'estompe et disparaisse.

L'étude ergonomique des gestes déclencheurs est abordée en parallèle.

CONCLUSION

Nous n'avons pas d'étude statistique du résultat, les patients soulagés revenant rarement consulter. Notre pratique concerne des poignets post-traumatiques pour la plupart, ceux-ci étant souvent affectés par cette complication à la fois bénigne et invalidante. Nous l'avons également appliquée sur des kystes d'origine micro-traumatique, avec le même résultat.

Ce traitement simple vaut d'être tenté avant toute tentative chirurgicale.

Bibliographie

{1} Angelides A.C., Wallace P.F., Dorsal ganglion on the wrist. J. Hand Surg., 1976, 1, 228-235.

{2} Holm P.C.A., Pansey S.D., Treatment of ganglia of the hand and wrist with aspiration and injection of hydrocortisone. Hand, 1973, 5, 63.

{3} Inselin M., Traité de chirurgie de la main. Ed. médicales, Flammarion, 1967, 745-749.

{4} Delarue, Mignot, Payen, Roussel, Les lésions dégénératives des tissus tendineux et aponévrotiques. Presse méd., 1955, 63, 607-610.

{5} Fyle I.S., Mc Farlane A., Pigmented villonodular synovis of the hand. Hand, 12, 179-188.