

Article original

## Résection arthroscopique des kystes synoviaux dorsaux du poignet : à propos de 54 cas

### Arthroscopic treatment of dorsal ganglion cyst at the wrist. About 54 cases

R. Chassat<sup>a</sup>, G. Nourissat<sup>a,\*</sup>, G. Chaumeil<sup>a</sup>, C. Dumontier<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie orthopédique, SOS main, hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France

<sup>b</sup> Institut de la main, clinique Jouvenet, 75016 Paris, France

Reçu le 11 avril 2006 ; accepté le 10 septembre 2006

#### Résumé

**Introduction.** – Les kystes synoviaux peuvent parfois relever de la chirurgie. Différentes techniques arthroscopiques ont été développées. Nous présentons une étude rétrospective du traitement par résection synoviale endoarticulaire des kystes dorsaux du poignet.

**Objectifs.** – Évaluation de la technique arthroscopique de résection endoarticulaire des kystes synoviaux dorsaux du poignet.

**Méthodes.** – Nous avons revu 54 kystes chez 52 patients. Ont été évaluées : la douleur, la force, la récurrence et les complications.

**Résultats.** – Le recul moyen est de 28 mois (6 à 78 mois). L'arrêt de travail moyen est de 8,8 jours, le temps opératoire de 41 minutes (25 à 90). Dans 67 % des cas, l'intervention a été jugée aisée. Trois conversions ont dû être réalisées pour mauvaise vision intra-articulaire. Les complications furent un hématome enkysté et une algodystrophie. La douleur préopératoire moyenne était de 3,37 pour 1,76 en postopératoire. La flexion dorsale moyenne était de 89 % comparée au côté controlatéral, la flexion palmaire moyenne était de 88 %. Nous avons observé 16 récurrences (29,7 %). Dans notre série, 60 % des récurrences arrivèrent dans la première année de notre expérience. Indépendamment de notre expérience, cette intervention nous est apparue très difficile dans un cas sur trois.

**Conclusion.** – La technique de résection endoarticulaire du « collet » du kyste synovial du dos du poignet est donc exigeante. Dans des mains expérimentées, elle reste difficile dans un cas sur trois avec un taux de récurrence trois fois plus important que dans les techniques à ciel ouvert. Ce taux est peut-être corrélé au long recul de notre étude mais aussi et surtout à la courbe d'apprentissage de cette technique.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Introduction.** – Ganglion cyst of the wrist can, some time, need surgery. Different arthroscopic technical procedures have been described. We report our experience in all articular resection of dorsal ganglion cyst of the wrist.

**Objectives.** – Evaluation of efficiency of resection of dorsal ganglion cyst of the wrist by of arthroscopic resection of the pedicle.

**Methods.** – Fifty-four cysts of 52 patients have been evaluated retrospectively. Operative data, pain, strength, recurrence and complications have been collected.

**Results.** – Average follow up was 28 months (6 to 78). Return to work was 8,8 days, operative time 41 minutes (25 to 90). In 67% cases, the operation was judged easy. Three surgeries had to be performed open. Complications were one hematoma and one neurodystrophy. Pain decrease from 3,37 to 1,76 on analogical pain scale. Flexion was 89% of opposite side, extension 88%. Sixteen recurrences (29.7%) were found. Sixty percent of those recurrences occurred during the first year experience. But independently of experience, the operative performance was found difficult in 1 time on 3.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [gnourissat@wanadoo.fr](mailto:gnourissat@wanadoo.fr) (G. Nourissat).

**Conclusion.** – Endoarticular arthroscopic resection of the pedicle of ganglion cyst is not so reproducible. In experimented hands, it remains a difficult procedure after a long learning curve with a recurrence rate 3 times higher from what is reported in literature for open surgery. For our discharge, our long follow-up can contain some cases of de novo cyst explaining this high rate, the learning curve is certainly the main reason for our high recurrence.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Arthroscopie ; Kyste ; Poignet

**Keywords:** Arthroscopy; Ganglion cyst; Wrist

## 1. Introduction

Si la position du kyste synovial à la face dorsale du poignet est variable, sa naissance se fait quasi systématiquement dans un carrefour situé entre les tendons extenseurs en dedans, les *extensor carpi radialis brevis* et *longus* en dehors et l'*extensor pollicis longus* en proximal, juste en regard de l'articulation scapholunaire [1,2]. Certains auteurs affirment que le kyste communique à travers la capsule, par une zone de dégénérescence mucoïde située à la face postérieure du ligament scapholunaire [3–8]. L'arthroscopie est devenue un instrument important dans l'évaluation des lésions ligamentaires du poignet car elle permet une excellente exploration de la partie fibrocartilagineuse du ligament scapholunaire en radiocarpien comme en médiocarpien [9,10]. Ces bases anatomiques, associées à la meilleure connaissance de la vision intra-articulaire du poignet, ont poussé plusieurs auteurs à proposer une résection intra-articulaire des kystes synoviaux du poignet par excision du pertuis [7,8]. Notre expérience s'est faite en considérant que la naissance du kyste se fait toujours en regard du ligament scapholunaire, dans l'articulation radiocarpienne [3–8]. Dans une étude rétrospective, nous rapportons notre expérience opératoire ainsi que nos résultats cliniques.

## 2. Matériel et méthode

Entre 1995 et 2004, 52 patients présentant un kyste arthro-synovial de la face dorsale du poignet ont été traités par résection arthroscopique. On dénombrait 41 femmes et 11 hommes. L'âge moyen lors de la chirurgie était de 40 ans avec des extrêmes allant de 18 à 71 ans.

Les motifs de consultation étaient les suivants : douleurs de la face dorsale du poignet ( $n = 39$ ), caractère inesthétique du kyste ( $n = 9$ ), gêne du patient ( $n = 46$ ).

La douleur moyenne préopératoire était de 3,37 (0 à 9) évaluée grâce à l'échelle analogique visuelle cotée de 1 à 10. Deux patients sur trois n'avaient jamais été traités pour leur kyste. Parmi 17 patients ayant déjà bénéficié d'une thérapeutique, sept (13 %) avaient subi plus d'une ponction, sept (13 %) présentaient une récurrence après traitement chirurgical à ciel ouvert, quatre (7 %) une ponction unique et un (2 %) un écrasement.

Le délai moyen de prise en charge arthroscopique après l'apparition du kyste était de 25 mois avec des extrêmes allant de 0 à 168 mois.

Les critères d'évaluation étaient :

- concernant la période périopératoire :
  - la difficulté opératoire (cotée en : aucune, moyenne, élevée) ;
  - la durée opératoire ;
  - les complications immédiates et secondaires ;
- concernant les données cliniques :
  - les mobilités actives ainsi que la force comparées aux données préopératoires ;
  - la durée d'arrêt de travail ;
  - les récurrences.

## 3. Technique chirurgicale

L'intervention se déroule sous anesthésie locorégionale, le patient est installé en décubitus dorsal. La constitution de l'espace de travail est obtenue grâce à une traction au zénith, sans arthropompe.

Une optique de 30°, de diamètre 2,7 mm, ainsi qu'un *shaver* à partie molle de 3 mm sont utilisés pendant l'intervention.

Les voies d'abord utilisées pouvant être utilisées sont les voies 3–4, 6R, 6U, 1–2 et UMC et RMC [11].

L'optique est introduite par la voie 6R ce qui permet l'exploration complète de l'articulation radiocarpienne. Le drainage est réalisé par la voie 6U de façon non systématique et le *shaver* parties molles de 3 mm introduit par la voie 3–4, parfois à travers le kyste. Le scalpel n'est utilisé que pour l'incision de la peau. Dès que celle-ci est franchie l'opérateur utilise une pince type Christophe pour écarter les parties molles et surtout les branches sensitives du nerf radial et dorsales récurrentes du nerf ulnaire dont l'anatomie est extrêmement variable [12]. Nous instillons, directement dans le kyste, avant l'intervention, quelques millilitres d'un mélange bleu de méthylène-sérum physiologique afin de voir l'origine du kyste dans le ligament scapholunaire. La fuite du bleu de méthylène en intra-articulaire lors de la résection arthroscopique du « collet » est une aide précieuse pour confirmer la résection de la zone de communication. L'exposition satisfaisante du kyste a parfois nécessité un débridement superficiel du ligament scapholunaire (Fig. 1) afin de mieux visualiser l'origine intra-articulaire du kyste et d'être certains d'avoir atteint sa base capsulaire. Parfois le kyste est bombant dans l'articulation (Fig. 2).

La résection de la capsule et du pertuis kystique, teinté de bleu, est ensuite réalisée, qui expose souvent les tendons extenseurs comme recommandé par différents auteurs [7,8] (Fig. 3). À la fin de l'intervention, les incisions cutanées sont laissées

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4049761>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4049761>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)