



Fiche d'information patient **N°26:**

KYSTES SYNOVIAUX DU PIED ET DE LA CHEVILLE

Madame, monsieur, votre chirurgien vient de vous proposer une prise en charge chirurgicale pour votre pathologie (du pied-de la cheville)

Il vous a expliqué les modalités générales de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles, ...). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clés de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

Celui-ci se tient également à votre disposition avant l'intervention pour répondre de nouveau à vos questions.

Fiche réalisée par la commission médico-juridique de l'Association Française de Chirurgie du Pied et de la Cheville (AFCP)

Fiche consultable en ligne sur les sites

AFCP (<https://www.afcp.com.fr/infos-publicques/infos-patients/>)

SOFCOT (<http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients>)

ORTHORISQ (<http://www.orthorisq.fr>)

*Scannez ou cliquez sur
le QR CODE*

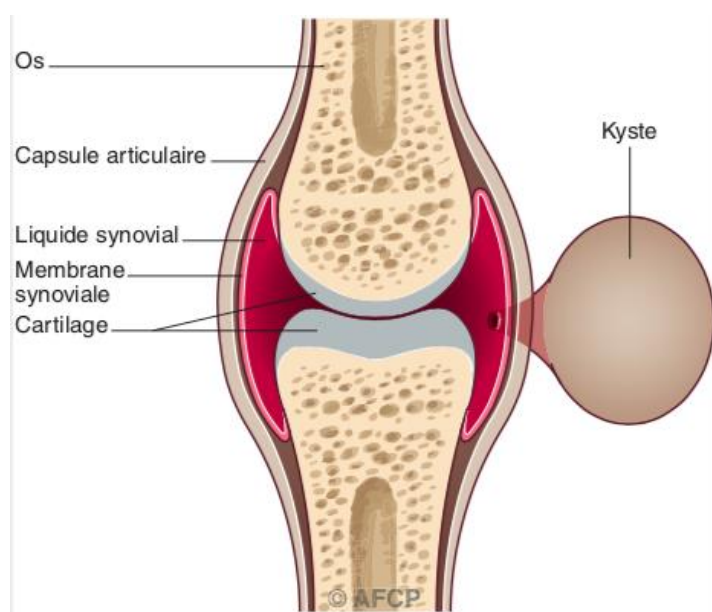


L'ANATOMIE

Les kystes synoviaux sont des lésions provenant de l'enveloppe capsulo-synoviale (manchon) qui relie les os d'une articulation, ou de la membrane synoviale qui entoure des tendons.

Le kyste synovial est une sorte de « petit ballon », d'enveloppe très fine, rempli d'un liquide visqueux. Il est rattaché par un pied à sa zone d'origine ou parfois directement implanté sur celle-ci.

Le kyste peut être unique ou multilobulé (comme plusieurs bulles de savons accolées).



Sa survenue est le plus souvent spontanée mais peut parfois être en rapport avec une atteinte articulaire sous-jacente.

LA PATHOLOGIE (LE PROBLEME)

Les kystes synoviaux représentent environ 30 % des tuméfactions des parties molles du pied et de la cheville.

Leur localisation préférentielle se situe au niveau du dos du pied.

Sur le plan évolutif, ils peuvent apparaître progressivement ou rapidement, puis garder leur taille (quelques millimètres à plusieurs centimètres) ou parfois augmenter à nouveau de volume ou diminuer.

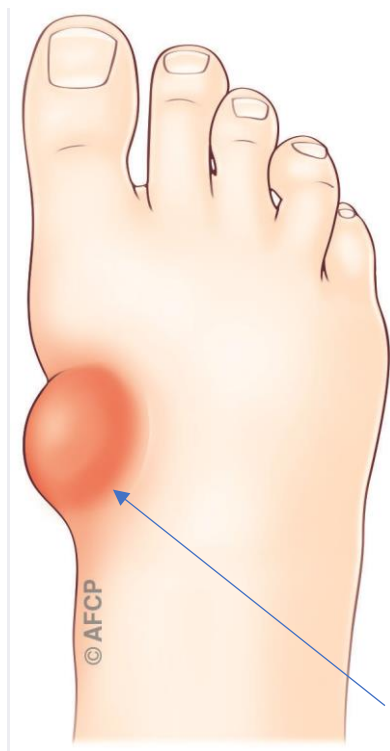
Il s'agit toujours d'une lésion bénigne.

Il peut arriver qu'ils deviennent gênants par leur volume et/ou par la compression d'éléments avoisinants.

LE DIAGNOSTIC

LA CLINIQUE

Le motif de consultation le plus fréquent est la constatation de l'apparition d'une tuméfaction visible et/ou palpable.



Exemple : Kyste du médio pied interne

Le kyste peut être à l'origine de symptômes qui varient en fonction de sa localisation et de son retentissement sur les éléments proches.

Il peut s'agir:

- D'une gêne conflictuelle au chaussage sur un kyste volumineux ou mal placé ;
- De la compression d'un nerf avec des signes sensitifs (fourmillements et/ou diminution de sensibilité) ou plus rarement des signes moteurs (diminution de la force musculaire) ;
- D'une perte de liberté de mouvement plus ou moins douloureuse du fait du volume du kyste ;
- De signes en rapport avec la compression de vaisseaux à proximité (œdème, ischémie).

Parfois les douleurs retrouvées proviennent de l'articulation d'où le kyste est originaire sans que celui-ci soit obligatoirement responsable des symptômes.

L'examen retrouve une tuméfaction arrondie, bien limitée, plus ou moins volumineuse, molle ou parfois très dure, de sensibilité variable à la palpation. Il peut arriver qu'un kyste assez profond soit moins facile à palper.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

En fonction des éléments recherchés, votre médecin pourra faire appel à différents examens complémentaires.

Des examens d'imagerie de type échographie et/ou Imagerie par résonance magnétique (IRM) peuvent permettre de confirmer la présence d'un kyste synovial, son volume et d'apprécier son éventuelle origine articulaire ou à partir de gaines tendineuses.

Les radiographies standards ne permettent pas de mettre en évidence le kyste synovial qui est transparent à la radiographie mais peuvent parfois révéler des altérations articulaires sous-jacentes, éventuellement précisées par une IRM ou un scanner.

En cas de retentissement d'un kyste mal placé ou volumineux sur des structures avoisinantes (nerf ou vaisseau), d'autres examens peuvent être utiles en complément de ceux déjà cités (électromyogramme, doppler vasculaire,...).

QUE SE PASSE-T-IL SI ON NE FAIT RIEN ?

Les kystes synoviaux sont parfaitement bénins et ne sont symptomatiques que par la gêne qu'ils occasionnent directement ou sur les structures de voisinage.

En l'absence de symptômes, il n'y a pas d'indication pour une ablation de principe.

L'évolution est imprévisible, elle peut se faire par la persistance du kyste, son augmentation de taille mais aussi parfois par sa diminution de volume voire sa disparition. Dans ce dernier cas, une réapparition peut survenir dans un délai très variable et sans facteur déclenchant.

La persistance de symptômes compressifs, notamment d'un nerf de proximité, peut entraîner l'aggravation progressive plus ou moins rapide des signes neurologiques. Cette évolution peut abîmer progressivement les fibres nerveuses comprimées dont la récupération peut être lente et/ou partielle y compris après le traitement chirurgical du kyste, à l'origine de la compression.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

En l'absence de symptômes, l'abstention thérapeutique est la règle.

Pour certains kystes gênants, un traitement médical peut être proposé selon les cas, la localisation, le retentissement sur les structures voisines. Il peut s'agir de ponctions avec ou sans infiltration associée. On peut également proposer d'adapter le chaussage.

La ponction peut être parfois réalisée sous guidage (échographie ou scanner) . Ces gestes ont leurs complications propres et peuvent ne pas modifier le volume du kyste ou empêcher sa ré-augmentation de volume ultérieure.

Parfois la localisation du kyste proche de structures nobles (nerf ou vaisseaux) rend difficile son ablation chirurgicale : dans ce cas la ponction guidée peut être le seul traitement possible, et votre chirurgien vous orientera vers un confrère radiologue, pouvant réaliser ce geste.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (les opérations)

En l'absence d'amélioration avec le traitement médical ou devant l'apparition de complications, il est possible d'envisager une prise en charge chirurgicale.

> L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation est le plus souvent ambulatoire (une journée d'hospitalisation), plus rarement de quelques jours selon vos pathologies associées.

> L'INSTALLATION

Au bloc opératoire, vous serez installé à plat dos, parfois sur le côté ou à plat ventre selon la localisation du kyste à opérer.

Lors de votre passage au bloc opératoire, ne vous étonnez pas si l'on vous demande plusieurs fois votre identité, le côté à opérer (à votre arrivée, lors de votre installation...) : c'est une procédure obligatoire pour tous les patients (appelée « check-list de sécurité ») et demandée par la Haute Autorité de santé.

> L'ANESTHESIE :

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur est obligatoire. Ce médecin vous expliquera, lors de cette consultation, les modalités et les choix possibles d'anesthésie adaptée à la chirurgie et à vos problèmes de santé.

Lors de cette consultation, il sera également fait le point sur vos traitements médicamenteux. De nouveaux traitements pourront également être mis en place, que cela soit avant ou après l'intervention. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Ils comportent bien sûr des risques spécifiques.

L'anesthésie pourra être locorégionale (anesthésie d'un segment de membre, de la jambe aux orteils), rachidienne (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou générale.

Une transfusion sanguine est rare dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

> LA TECHNIQUE (Déroulement de l'intervention)

L'intervention consiste à retirer le kyste synovial et, si possible, sa base d'implantation pour limiter le risque de récurrence d'un nouveau kyste. Il peut parfois être nécessaire d'associer un geste supplémentaire comme libérer un nerf adhérent au kyste et comprimé par celui-ci.

En cas de kyste d'origine articulaire une antibioprofylaxie préopératoire pourra être administrée.

L'opération se déroule avec un abord nécessitant une cicatrice dont la taille dépend du volume du kyste et des gestes associés nécessaires. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'enlever des ostéophytes (becs osseux) en cas de souffrance articulaire.

Parfois la cicatrice est centimétrique en cas de geste sous arthroscopie.

La durée de l'intervention, en moyenne d'une vingtaine de minutes, peut varier selon la localisation du kyste (facilement accessible ou non), les lésions constatées et les gestes associés.

Le plus habituellement le kyste synovial retiré est envoyé au laboratoire d'anatomopathologie pour une analyse histologique au microscope et confirmation du diagnostic (les résultats vous seront transmis par votre chirurgien, ainsi qu'à votre médecin traitant).

Lors de l'intervention, un garrot peut être utilisé pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Dans ce cas, celui-ci est habituellement placé au niveau de la cuisse ou de la cheville.

Parfois, pour éviter un hématome, il peut être utilisé un drainage (système pour évacuer le saignement post opératoire) qui est retiré plus ou moins rapidement selon le geste réalisé.

Une immobilisation, de quelques jours ou semaines, par une attelle ou un plâtre sera parfois jugée nécessaire par votre chirurgien, de même qu'une période de béquillage sans appui.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituel imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Une fois réveillé et l'intervention terminée, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'OPERATION

Le traitement des kystes synoviaux entraînant une gêne suffisante pour motiver une intervention d'ablation a pour objectif de faire disparaître ou d'améliorer les symptômes pré opératoires qui lui sont dus. Néanmoins, la récurrence d'un nouveau kyste est parfois possible.

LE POST-OPERATOIRE

> LA DOULEUR

Elle est liée à l'hématome, le gonflement de la cheville, une irritation d'un nerf sous cutané, une souffrance cicatricielle et d'autres causes moins fréquentes. La prise en charge de cette douleur débute souvent par le bloc anesthésiant réalisé en salle de pré-anesthésie. La levée du bloc nerveux anesthésiant peut être à l'origine d'une recrudescence de la douleur qu'il faudra prévenir. Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent vous être prescrits comme les antibiotiques, les antalgiques, les anti inflammatoires ou d'autres traitements. Ils comportent des risques propres et il ne faut pas hésiter à consulter votre médecin en cas d'inefficacité ou d'intolérance.

> **L'OEDEME POST-OPERATOIRE** (=gonflement du pied et des orteils)

Il est habituel en chirurgie du pied, et n'est pas toujours une complication. La prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la qualité de la cicatrisation et de l'immobilisation : ainsi, une certaine période de repos, de surélévation peut être utile. Cet œdème peut durer longtemps (plusieurs semaines, voire plusieurs mois) et ne prête le plus souvent pas à conséquence : il peut obliger à adapter transitoirement les chaussures lorsque l'appui est autorisé.

> **LA PREVENTION DES PHLEBITES :**

Selon les situations et le type de l'opération réalisée, l'appui immédiat n'est pas toujours complètement autorisé, voire strictement interdit durant une période plus ou moins longue. Dans ce cas, il peut être prescrit par votre chirurgien ou votre anesthésiste des traitements anticoagulants, afin d'éviter la formation d'un caillot, pouvant boucher une ou plusieurs veines. En fonction de vos antécédents et de votre état de santé, ce traitement pourra être adapté (doses différentes, produit par injection réalisée par une infirmière ou par voie orale...).

> **LE PANSEMENT**

est réalisé avec soins lors de l'intervention selon les habitudes de votre chirurgien et le plus souvent, il ne doit pas être modifié. Cependant, si des soins sont réalisés à votre domicile, il est important de veiller à l'hygiène de votre cicatrice tant que les fils sont présents et qu'elle n'est pas totalement étanche. L'hygiène des mains est capitale et il ne faut jamais toucher sa cicatrice sans se laver les mains. Veillez toujours à disposer chez vous d'un point de lavage ou d'un flacon de produits hydro-alcooliques pour l'infirmière qui réalisera vos soins.

> **LA REEDUCATION :**

Des consignes de rééducation sont enseignées par les kinésithérapeutes selon le protocole du chirurgien : appui autorisé ou non, mobilisation de la cheville et des orteils.

> **L'ARRET DE TRAVAIL :**

Sa durée est variable selon la localisation du kyste retiré, la réalisation de gestes complémentaires et la nécessité d'avoir recours à une immobilisation post opératoire. Il peut aller de quelques jours à quelques semaines. Il dépend également de votre activité professionnelle (station debout prolongée, chaussage de sécurité, déplacements, etc...) .

> **LES CONSULTATIONS POST-OPERATOIRES :**

Votre chirurgien sera amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical.

Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et/ou faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien, en conformité avec la loi JARDE de mars 2012 (Décret 2016-1537). Dans ce cas, un consentement particulier sera demandé par votre chirurgien et sera inclus dans votre dossier.

Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle.

LES RISQUES

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prendra en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes à d'autres risques plus importants.

Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

> LES DOULEURS CHRONIQUES :

De façon aléatoire et imprévisible, après toute prise en charge médicale et/ou chirurgicale, des phénomènes douloureux peuvent persister et/ou se renforcer. Parfois des douleurs différentes peuvent survenir.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'installer dans le temps sous la forme d'un syndrome douloureux régional complexe (anciennement algodystrophie): ce syndrome peut évoluer sur de nombreux mois (en moyenne 18 à 24 mois selon les études), et laisser parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires définitives. Des séquelles douloureuses chroniques permanentes locales et/ou à distance du foyer opératoire peuvent également survenir :

- Syndrome douloureux post opératoire chronique
- Douleurs neuropathiques périphériques : ces douleurs sont d'origine nerveuse, leurs causes sont variables et le plus souvent elles ne sont pas liées au geste chirurgical lui-même.

Leur mode de survenue, leur diagnostic et leur suivi sont complexes et peuvent relever de la compétence de spécialistes de la prise en charge de la douleur pour des propositions thérapeutiques adaptées souvent longues et parfois d'efficacité partielle.

> L'INFECTION

Malgré toutes les précautions de désinfection et de préparation cutanée, toute incision chirurgicale expose à un risque de contamination microbienne qui peut être responsable d'une infection. Ces infections peuvent se déclarer de manière précoce

ou beaucoup plus tardive. Elles nécessitent souvent la mise en place de plusieurs antibiotiques, peuvent nécessiter des ré-interventions chirurgicales et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles.

> LES TROUBLES CICATRICIELS

Malgré tout le soin apporté par votre chirurgien à votre cicatrice, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale telle le diabète. On peut retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation avec une désunion, une nécrose cutanée ou une cicatrice disgracieuse.

De plus, en cas de kystes synoviaux sous cutanés, la peau en regard est souvent très fine et fragile et peut être le siège de lésions per opératoire ou de complications secondaires comme une nécrose cutanée.

La survenue d'un hématome est une éventualité possible compte tenu de la poche de décollement persistant après l'ablation du kyste et pouvant être le siège d'un hématome par saignement postopératoire. Cet hématome peut parfois nécessiter une nouvelle intervention pour évacuation.

> LA RECIDIVE

Un kyste synovial peut parfois réapparaître à plus ou moins longue échéance. Il ne s'agit pas d'une récurrence à proprement parler mais d'un nouveau kyste apparu à proximité de la zone d'origine de celui qui a été retiré, traduisant la "tendance" des tissus synoviaux locaux à produire ce type de lésion .

> LES ECHECS

Le résultat après l'opération n'est pas toujours celui que vous espériez.

Outre l'apparition d'un nouveau kyste, l'articulation dont le kyste est originaire peut présenter une évolution pathologique propre et être à l'origine de symptômes évoluant pour leurs propres compte .

La libération d'un nerf comprimé ne se traduit pas toujours par la disparition des symptômes sensitifs et/ou douloureux en rapport.

De plus, le geste de libération d'un nerf comprimé par un kyste peut parfois être à l'origine d'une lésion de ce nerf , malgré toutes les précautions prises par votre chirurgien. Ces lésions sont liées au contact parfois très intime entre les structures anatomiques concernées (adhérences importantes ou nerf englobé dans le kyste).

Enfin, un nouveau traumatisme peut altérer le résultat.

> L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant notamment les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

L'arrêt complet du tabac est recommandé pendant au moins 6 semaines avant et après l'intervention (En cas de besoin n'hésitez pas à vous faire aider par votre médecin traitant).

> LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

Toute prise en charge chirurgicale, surtout du membre inférieur, peut favoriser la création d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales.

La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anticoagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

> LES COMPLICATIONS REGIONALES

Etant donnée la proximité de la zone opératoire d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir (par exemple : lorsqu'un hématome est volumineux, il peut nécessiter une évacuation chirurgicale et un drainage).

> LA RAIDEUR

Tout geste articulaire nécessité par l'ablation d'un kyste synovial et de sa zone d'origine peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une ré-intervention.

> AJOURNEMENT DE L'OPERATION

Enfin il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- En cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- De traitement personnel nécessitant une modification ou un arrêt (par exemple, anticoagulants ou antiagrégants comme l'aspirine...),
- De blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- En cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention, ou en cas d'évènement non prévu au bloc opératoire, pouvant interrompre le déroulement de l'opération y compris après réalisation de l'anesthésie.

QUESTIONS FREQUENTES

« Peut-on opérer les deux pieds ou les deux chevilles en même temps ? »

Selon les cas il est possible que vous présentiez des kystes sur les deux chevilles ou les deux pieds. Il est parfois possible selon les habitudes de votre chirurgien, la localisation des kystes, la technique chirurgicale choisie et le type d'anesthésie réalisée d'opérer les deux pieds ou chevilles en même temps. Parlez-en avec votre chirurgien qui saura vous expliquer et vous conseiller sur ce qu'il est raisonnable de faire dans votre situation.

« Ma douleur sera-t-elle importante ? quelle sera la durée de mon arrêt de travail ? »

La douleur est le plus souvent modérée, mais dépend de la taille du kyste, de sa localisation, mais aussi des gestes associés.

En général l'arrêt de travail est de quelques semaines, mais peut être plus long si le traitement comporte des gestes osseux par exemple.

« Comment vais-je faire à mon domicile ? »

Selon l'opération réalisée, vous pourrez ou non reposer le pied par terre avec ou sans l'aide de cannes anglaises (béquilles).

Dans le cas de la chirurgie de l'avant-pied, vous pourrez marcher avec une (ou deux) chaussure(s) spéciale(s), prescrite(s) par votre chirurgien. Cette chaussure protège votre pied le temps de la consolidation éventuelle de l'os (geste associé), et de la cicatrisation des tissus.

Selon la localisation du kyste, votre chirurgien vous conseillera sur les possibilités de chaussage après l'opération.

« A partir de quand puis-je reconduire mon véhicule ? »

Pendant la période de port de la chaussure médicale la conduite de votre véhicule est fortement déconseillée. Votre chirurgien pourra vous expliquer les possibilités de reprise de la conduite en fonction de votre évolution.

« Que faire si mon pied ou ma cheville redevient douloureux ou s'il augmente de volume (=œdème) ? »

L'œdème est un signe très fréquent et le plus souvent non pathologique.

Dans certains cas et s'il est associé à une forte douleur, ce peut être le signe d'une anomalie au niveau de la cicatrisation ou sur l'os (déplacement du matériel par exemple).

« Que faire en cas de température ou d'anomalie sur ma cicatrice ? »

Si vous présentez une température élevée (=fièvre) ce peut être le signe d'une éventuelle infection.

Si votre cicatrice, lors des pansements, est rouge, inflammatoire ou présente un écoulement, il faut consulter le plus rapidement possible votre chirurgien, qui saura vous conseiller et mettre en œuvre les traitements adaptés (locaux ou généraux (antibiotiques))

« Que faire si je ressens une douleur du mollet ou une oppression respiratoire ? »

Ces signes peuvent être liés à l'existence d'un caillot dans une veine (=phlébite) ou à une migration de ce caillot vers le poumon (embolie pulmonaire) avec des conséquences possibles graves.

Le risque est plus important si en fonction de l'opération réalisée vous n'avez pas le droit de poser le pied au sol : dans ce cas votre chirurgien vous aura prescrit des médicaments (=anticoagulants) de protection, mais même avec ces traitements le risque n'est pas nul et ces signes doivent vous alerter.

D'une façon générale, tout symptôme nouveau doit conduire à consulter soit votre médecin traitant, soit votre chirurgien, ou en cas d'urgence l'établissement dans lequel vous avez été opéré.

Si vous ne réussissez pas à joindre les praticiens, n'hésitez pas à appeler le centre 15 (SAMU) qui pourra vous orienter.