

Synovite des fléchisseurs induite à distance de l'utilisation d'un lac textile.

G.RAIMBEAU, A. FONDIMARE

RESUME

Le traitement chirurgical d'un majeur gauche à ressaut, proposé à une femme de 30 ans après échec de deux infiltrations est suivi, quelques mois après, de l'apparition d'une synovite froide importante et localisée à la zone opérée. Le doigt a retrouvé une fonction normale, le bilan biologique et l'état général sont normaux. Devant la persistance de cette " masse " synoviale, on réalise une synovectomie. L'examen histologique met en évidence une hyperplasie synoviale modérée, au contact d'un matériel biréfringent, de structure filamenteuse manifestement exogène. La lecture des lames histologiques permet d'éliminer une infection, la trace de dépôt bleuté sur une micro-fibre, élément responsable de la réaction à corps étranger, oriente vers un lac textile de même couleur utilisé pendant l'intervention. Après la synovectomie tout rentre dans l'ordre et trois ans après, la main reste normale. A partir de cette observation exceptionnelle, on ne peut qu'approuver l'utilisation des lacs en plastique et insister sur les risques de synovite aseptique lorsqu'un microcorps étranger reste dans la gaine de l'appareil fléchisseur.

Ann Chir Main (Ann Hand Surg), 1994,13, n° 1, 56S9.

MOTSCIÉS: CorDs étranger. Fléchisseurs. Synovite des fléchisseurs. Main.

Nous rapportons, avec près de 7 ans de recul, l'observation d'une synovite induite des fléchisseurs après l'utilisation d'un lac textile. Le délai écoulé nous permet d'éliminer tout processus pathologique concomitant ayant pu interférer.

OBSERVATION

Madame DJ., 30 ans, travailleuse manuelle droitrière, présente depuis quelques mois un important ressaut du majeur gauche, résistant à plusieurs infiltrations de corticoïdes et réalisant un véritable crochet digital réductible. Le traitement chirurgical est alors proposé et réalisé en novembre 86, sous anesthésie loco-régionale intra-veineuse. Par une courte incision, oblique, empruntant un pli cutané, on explore les tendons fléchisseurs après un abord longitudinal de la poulie A1. On recherche un élément anatomique pouvant expliquer l'importance du crochet digital, seul le fléchisseur profond est légèrement déformé. La vérification anatomique est faite avec une traction séparée sur chaque tendon fléchisseur en utilisant un lac textile. Les suites opératoires sont simples et le doigt retrouve une fonction normale en quelques jours. Vers le 6e mois, cette patiente revient avec une masse froide d'un diamètre de 3 cm, localisée en regard de la cicatrice, évoquant une synovite ([fig. 1](#)). Les radiographies de la main, le bilan biologique et l'état général sont normaux. Aucune notion d'arthralgie ni de ténosynovite sur un autre site, n'est rapportée par la patiente. Devant cette masse palmaire, on intervient sous anesthésie axillaire et on découvre une synovite des fléchisseurs, avec du liquide synovial sans grain riziforme, développée de l'arcade vasculaire palmaire à l'entrée de la poulie A2. Une synovectomie est réalisée, il n'existe aucune lésion intratendineuse. La pièce opératoire est confiée pour une étude histologique et cyto bactériologique. Aucun germe ne sera mis en évidence, une recherche de mycobactérie atypique reste

négative. L'étude histologique (fig. 2) montre des altérations nettes avec une hypertrophie villositaire, des franges synoviales qui sont bordées par des synoviocytes hypertrophiques souvent épithélioïdes, avec une bordure chevelue en brosse.

Le chorion sousjacent est fibrocongestif, on observe d'exceptionnelles cellules géantes en profondeur et un matériel biréfringent en lumière Polarisée, de structure filamenteuse, manifestement exogène, constitué de brins présentant, à fort grossissement, une faible coloration bleutée. Il n'y a pas de réaction lymphocytaire ni plasmocytaire. On ne retrouve pas de polynucléaires. Il n'est pas identifié de dépôt microcristallin.

Ce résultat nous a conduit à faire une recherche policière pour étiqueter les micro-corps étrangers retrouvés. Après discussion avec le pathologiste, il nous est apparu que l'on pouvait retenir, comme suspect, le lac textile bleu (fig. 3), utilisé lors de l'intervention pour manipuler les tendons fléchisseurs. Une étude en lumière polarisée confirme que des fragments de lac textile venant du même fournisseur présentent le même aspect clair, biréfringent.

DISCUSSION

La découverte du microcorps étranger a permis d'étiqueter cette synovite des fléchisseurs. Devant une telle synovite, avec hyperplasie synoviale, sans signe cellulaire évocateur d'une réaction septique ou d'un processus rhumatoïde, il faut évoquer ce diagnostic de réaction à corps étranger mais seule la visualisation du granulome autour du corps étranger permettra de confirmer; dans le cas contraire, on reste au diagnostic de synovite réactionnelle d'origine indéterminée [1,3].

L'irritation mécanique peut donner cet aspect synovial, mais il n'y a jamais de cellules géantes et des zones de métaplasie chondroïde sont souvent retrouvées au stade évolué. La synovite à piquant, en dehors de tout contexte septique, peut se rapprocher de cette observation par la réaction synoviale hyperplasique et, surtout, la visualisation en lumière polarisée de l'élément végétal ou de la substance cristalline en cas de piqûre d'oursin. Toutefois, dans notre observation, il existe peu de granulomes à cellules géantes, à la différence des synovites à piquant [5].

Aucune observation identique n'a été retrouvée dans la littérature malgré une recherche bibliographique approfondie. Cependant, on rapportera la publication de Ch. P. Goodnough [4] qui publie 8 cas de synovite articulaire secondaire à des corps étrangers nonmétalliques.

CONCLUSION

Les lacs textiles ne doivent plus être utilisés pour la chirurgie des tendons fléchisseurs, il leur faut préférer les lacs en plastique ou les crochets métalliques. Il faut probablement, également, être très méfiant vis-à-vis du talc des gants [2].

REFERENCES

1. DAUPLEIX D., DREVFUS P. Synovites à piquants. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris), 14208 A" 4, 1989.
2. ELLIS H. The hazards of surgical glove dusting powders. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1990, 171 : 521-527.

3. GERSTER J.C. Affections des gaines synoviales. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris)~ 15153 A" 9, 1987.

4. GOODNOUGH Ch. P., FRYMOYER J.W. Synovitis secondary to nonmetallic foreign bodies. *J. Trauma*, 1975, 11 960963.

5. PIARD F., LEVILLAIN P., MICHIELS R., JUSTRABO R.

REGNARD P.J., KWASEK P. Les ténosynovites à piquant végétal. *Arch Anat Cytol Pathol?* 1985, 33, 257260.

RAIMBEAU G., FONDIMARE A. Late onset of flexor tenosynovitis due to foreign body reaction from fibers from a woven retraction loop. (*In French*).

Ann Chir Main (Ann Hand Sure), 1994' 13, no l' 5659.

SUMMARY: A thirty year old woman underwent trigger finger release of her left middle finger after two injections failed to give relief. Several months later, site developed an area of nodular tenosynovitis localized to the operative site. Her finger had recovered full function, her general health was good, and routine lab work was normal. Because of the persistent mass, flexor tenosynovectomy was performed. Histologic examination revealed synovial hyperplasia associated with a filamentous birefringent foreign material. The bluish color of the foreign material indicated that it came from a fabric retraction loop used during the original operation. She made an uneventful recovery, and three years later her hand remained normal. As a result of this unusual complication, we recommend the use of retraction loops made of plastic rather than fabric. Whenever a microforeign body remains in the flexor tendon sheath, there is risk of aseptic tenosynovitis.

KEYWORDS: Foreign body. Flexor. Flexor tenosynovitis. Hand.

RAIMBEAU G., FONDIMARE A. Sinovitis de flexores provocado a distancia por la utilización de un lazo textil.

Ann Chir Main (Ann Hand Surg), 1994, 13, n°1, 5659.

RESUMEN: El tratamiento quirúrgico de un tercer dedo izquierdo con resalto, propuesto a una mujer de 30 años ante el fracaso de dos infiltraciones seguidas, algunos meses después, de la aparición de una sinovitis frías importante, localizada en la zona operada. El dedo ha vuelto a su función normal, el balance biológico y el estado general son normales. Ante la persistencia de esta "masa" sinovial se realiza una sinoviectomía. El examen histológico pone en evidencia una hiperplasia sinovial moderada al contacto con un material birefringente de estructura filamentosa manifiestamente exógena. La lectura de las láminas histológicas permite eliminar una infección, la huella de depósito azulado sobre una microfibrilla, elemento responsable de la reacción de un cuerpo extraño, nos lleva a pensar que se trata de un lazo textil del mismo color utilizado durante la intervención. Después de la sinoviectomía, volvió a estar en orden y 3 años después la mano quedó normal. A partir de esta observación excepcional, no nos queda más que aprobar la utilización de lazos plásticos e insistir sobre los riesgos (de sinovitis aseptica cuando un microcuerpo extraño queda en la faja del aparato flexor).

PALABRAS CLAVE: Cuerpo extraño. Flexores. Sinovitis de los flexores. Mano.