



Myxoïdcyste

B. Verhamme

Myxoïdcysten zijn goedaardige pseudocysten. Ze zijn meestal gelokaliseerd op de dorsale zijde van de distale interfalangeale gewrichten, vaker aan de vingers dan aan de tenen.

Het zijn pseudocysten: er is immers geen epitheliale aflijning van het kapsel, maar wel een fibreuze wand met myxomateus stroma.

Degeneratieve aantasting van het DIP-gewricht door osteoarthritis is het meest plausible pathogenetische mechanisme. Immers osteoarthritis gaat gepaard met inflammatie en dus ook overproductie van synoviaal vocht. Bovendien veroorzaken osteofyten ook openingen in het gewrichtskapsel, resulterend in lekkage van dit synoviaal vocht. De verbinding tussen het gewricht en de cyste is aantoonbaar door een injectie met methyleenblauw intra-articulair.

Tabel 1. Niet-chirurgische behandelmethoden. [26]

Techniek		Succesratio
1 Naaldpunctie (gemiddeld 2 tot 5 x)	Punctie met evacuatie van inhoud	39%
2 Steroïdinjectie	Triamcinolonacetonide 2,5-5 mg/ml in cyste 0,1-0,5 ml Meermaals	61%
3 Injectie scleroserend agens [9,12]	Polidocanol 0,5-3% Sodiumtetracyclusulfaat 0,5-3% Injectie in cyste na extrusie (0,1-0,5 ml) Eenmalig/meermaals (4-6 weken)	77% CAVE: Necrose-inflammatie
4 Cryotherapie [11,15]	Dubbele vriescyclus 2 behandelingen Extrusie-inhoud Grote vriesmarges	72%
5 CO ₂ -laser [16]		(88%) Weinig data
6 Infraroodcoagulatie [17])		(76%) Weinig data
7 Fotodynamische therapie [21]	Na extrusie-injectie van 5% gel 5-aminolevulinezuur Belichting na 120 min	(100%) weinig data

Tabel 2. Klassieke chirurgische behandelmethoden. [26]

1 Excisie cyste	Primaire sluiting	
	Sluiting door middel van rotatieflap	Rhomboidflap [19]
		Bilobedflap [7,18]
		U-shaped flap
	Sluiting door middel van greffe	
2 Verwijderen osteofyten	Via T- of H-vormige incisie [25]	
3 Combinatie 1. + 2. [23]		

Naargelang de lokalisatie van de cyste, en de eventuele druk op het nabijgelegen nagelapparaat, varieert de klinische presentatie:

- Tussen het DIP-gewricht en de proximale nagelwal: fluctuerende nodulus
- Onder de proximale nagelwal: met longitudinale impressie in de nagelplaat
- Onder de nagelmatrix: met bulging van de nagelplaat

Alle behandelmethoden, zowel de chirurgische als de niet-chirurgische, hebben een effect op het hiervoor beschreven pathogenetisch mechanisme. Ze reduceren de effecten van de osteoarthritis, zoals afname van de inflammatie door steroïdinjectie of chirurgische verwijdering van de osteofyten, ofwel ze reduceren de lekkage van het synoviaal vocht door onderbreken van de communicerende pedikel: door cicatisatie (cryochirurgie, punteren, injectie scleroserend agens, plastie/greffe), of door specifieke ligatuur van deze pedikel.

De niet-chirurgische behandelmethoden omvatten: cryotherapie, repetitieve punctie, steroïdinjectie, injectie scleroserend agens, maar ook CO₂-laser en fotodynamische therapie (tabel 1).

Tabel 3. 'Conservatieve' chirurgische behandelmethoden. [26]

Auteur	Jaartal	Techniek	Aantal	Succesrate
De Berker [2]	2001	Flap + ligatuur met methyleenblauw	47 vingers 7 tenen	94% 57%
Lawrence [3]	2005	Flap	26 vingers 7 tenen	92% 33%
Di Chiacchio [8]	2017	Self graft + blinde ligatuur	? ?	? ?

Tabel 4. Behandelingsdiagram. [24]

	Therapie	Succesratio	Opmerkingen
Eerste optie	Chirurgie	95%	Vingers: ligatuur met methyleenblauw 1e keuze
Tweede optie	Sclerotherapie	77%	Cave: huidnecrose en ↓ mobiliteit DIP-gewricht
	Cryotherapie	72%	
Derde optie	Steroïdinjectie	61%	
	Naaldpunctie	39%	

Dermatoloog, dienst Dermatologie, Universitair ziekenhuis Leuven

De chirurgische behandelmethoden kunnen opgedeeld worden in twee groepen:

- De klassieke behandeltechnieken omvatten excisie van cyste (met sluiting door middel van greffe of flap) of verwijderen van de osteofyten (al dan niet gecombineerd met excisie van de cyste). Nadeel is de forse postoperatieve pijn en soms blijvende reductie van mobiliteit (tabel 2).
- De 'conservatieve' chirurgische behandelmethoden zijn minder invaliderend en worden beschreven in tabel 3.

De techniek van De Berker, met ligatuur van de pedikel onder geleide van methyleenblauw, wordt uitgebreid beschreven. [2]

- Stap 1: Intra-artculaire injectie van methyleenblauw. Hierbij wordt 0,05 tot 0,1 ml van methyleenblauw geïnjecteerd met behulp van een insulinespuit en een naald van 30 Gauge intra-articulair in het DIP-gewricht. De injectie wordt geplaatst in de flexieplooi aan de ventrale zijde van het DIP-gewricht, paramediaan. Het gewricht wordt hierbij in lichte flexie-stand gehouden en de naald wordt naar distaal gericht in een hoek van 60°. Men zal een discrete blauwe verkleuring zien verschijnen in de cyste (figuur 1).
- Stap 2: Na het aanleggen van de garrot, wordt een semicirculaire incisie gemaakt tussen de cyste en het gewricht en wordt de flap losgemaakt (figuur 2).
- Stap 3: Vervolgens wordt de pedikel tussen cyste en gewricht gevisualiseerd als een blauw lijnvormige verkleuring. Deze wordt afgebonden met behulp van resorbeerbare draad (bijvoorbeeld vicryl 5/0). De cyste zelf wordt evenwel ter plaatste gelaten (figuur 3).
- Stap 4: De flap wordt teruggeplaatst. De huid wordt gehecht (figuur 4).

Van alle behandelmethoden heeft chirurgie het hoogste succesratio (tabel 4). De techniek van De Berker geniet nog steeds de voorkeur gezien de lagere morbiditeit. Cryotherapie en injectie van scleroserende agentia worden beschouwd als tweedelijnsbehandeling. Gezien het risico op necrose wordt deze laatste techniek echter met enige terughoudendheid toegepast. Derdelijnsbehandelingen zijn injectie met corticosteroiden en repetitieve punctie. Van de overige technieken zoals CO₂-laser en fotodynamische therapie, zijn te weinig gegevens

LITERATUUR

1. Li K, Barankin B. Digital mucous cysts. Review. *J cut med surg* 2010;14(5):199-206.
2. De Berker D, Lawrence C. Ganglion of the distal interphalangeal joint (myxoidcyst) *Arch Dermatol* 2001;137(5):607-10.
3. Lawrence C. Skin excision and osteophyte removal is not required in the surgical treatment of digital myxoid cysts. *Arch Dermatol* 2005; 141(12):1560-4.
4. Lin Y, Wu Y, Scher K. Nail changes and association of osteoarthritis in digital myxoid cyst. *Dermatol Surg*. 2008;34(3):364-9.
5. Salerni G, et al. Dermatoscopic pattern of digital mucous cyst: report of three cases. *Dermatol Pract Concept* 2014;4(4):65-7.
6. Miller P, et al. Focal mucinosis (myxoid cyst). *J Dermatol Surg Oncol* 1991;18:716-9.
7. Blume PA, Moore JC. Digital mucoïd cyst excision by using bilobed flap technique and arthroplastic resection. *J Foot Ankle Surg* 2005;44(1):44-8.



Figuur 1.



Figuur 2.



Figuur 3.



Figuur 4.

Figuren 1-4. De vier stappen van de techniek van De Berker.

8. Di Chacchio N, Fonseca Noriega L, et al. Digital mucous cyst: surgical closure technique based on self-grafting using skin overlying the lesion. *Int J Dermatol* 2017;56:464-6.
9. Esson G, Holme S. Treatment of 63 subjects with digital mucous cysts with percutaneous sclerotherapy using polidocanol. *Dermatol Surg* 2016;42(1):59-62.
10. Drapé JL, Idy-Peretti I, et al. MR imaging of digital mucoïd cysts. *Radiology* 1996;200(2):531-6.
11. Kuflik E. Specific indications for cryosurgery of the nail unit. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:702-6.
12. Park S, Park E, et al. Treatment of digital mucous cysts with intralesional sodium tetradecyl sulfate injection. *Dermatol Surg* 2014;40:1249-54.
13. Derks D, Koch AR. Gunstige resultaten van chirurgische behandeling van mucoïdcysten aan vingers en duim bij 20 patiënten, ziekenhuis Leyenbrug, Den Haag 1992/99. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144 (27): 1314-8.
14. Kim B, Jwa S. A case of digital myxoid cyst coexisting with epidermal inclusion cyst. *Ann Dermatol* 2008;20(2):67-9.
15. Böhler-Sommeregger K, Kuschera-Hienert G. Cryosurgical management of myxoid cysts. *J Dermatol Surg Oncol* 1988;14:1405-8.

De complete literatuurlijst is vanaf drie weken na publicatie van dit artikel te vinden op www.nvdv.nl.

SAMENVATTING

Digitale myxoïdcysten zijn pseudocysten die veroorzaakt worden door osteoartritis van het distaal interfalangeaal gewricht. Er wordt dan ook meestal een communicerende pedikel teruggevonden tussen de cyste en het gewricht. Het klinisch beeld varieert naargelang de lokalisatie van de cyste. In dit artikel worden de verschillende chirurgische en niet-chirurgische behandelmogelijkheden en hun respectievelijke succesratio besproken. Chirurgie is de eerstekeusbehandeling met de grootste garantie op succes. De chirurgische techniek zoals beschreven door De Berker, wordt uitgebreid geïllustreerd.

TREFWOORDEN

mucoïd – myxoïde – cyste – behandeling

SUMMARY

Digital mucous cysts are pseudo-cysts, that are related to osteo-arthritis of the distal interphalangeal joint. Often a communicating pedicle between the cyst and the joint is found. Clinical presentation depends on the localisation of the cyst.

In this article, the different surgical and non-surgical treatment options and their cure rates are discussed. Surgery shows the highest cure rate and is therefore considered as the first line treatment. The surgical technique as developed by de Berker is discussed in detail.

KEYWORDS

mucoïd – myxoid – cyst – treatment

Gemelde (financiële) belangverstrengeling
Geen

CORRESPONDENTIEADRES

Beatrice Verhamme

E-mail: beatrice.verhamme@uzleuven.be