Le dossier – La main en médecine interne chez l'adulte

C. FRANCÈS
Service de Dermatologie-Allergologie,
Hôpital Tenon, PARIS.

Quiz diagnostiques

Quiz n° 1

Madame R., âgée de 39 ans, consultait pour ces lésions des mains (***fig. 1 et 2***). Née d'un père malgache et d'une mère espagnole, elle avait toujours vécu en France, travaillant dans le prêt-à-porter, vivant en concubinage, mère d'une fille de 5 ans. Elle avait une discrète intoxication tabagique de l'ordre de 5 cigarettes par jour depuis 15 ans sans antécédent personnel ou familial particulier. En dehors des lésions des doigts, l'examen clinique était strictement normal.

La radiographie des mains montrait un aspect grillagé des dernières phalanges prédominant à droite sur les 3e et 4e doigts, à gauche sur les 2e, 3e et 4e doigts avec une tuméfaction des parties molles (***fig. 3***).

Quel diagnostic évoquer ?

Fig. 1 : Main droite : infiltration périunguéale des 3e et 4e doigts avec altérations unguéales secondaires. Tuméfaction de la 1re phalange du 5e doigt.

Fig. 2 : Main gauche : infiltration périunguéale des 2e et 4e doigts avec altérations unguéales secondaires. Tuméfaction de la 2e phalange du 5e doigt.

Fig. 3 : Radiographies des deux mains : aspect grillagé des dernières phalanges prédominant à droite sur les 3e et 4e doigts, à gauche sur les 2e, 3e et 4e doigts avec une tuméfaction des parties molles.

Quiz n° 2

Un jeune homme de 22 ans, étudiant en Lettres, était venu en urgence en consultation de dermatologie pour des œdèmes des 2 mains plus marqués à droite (***fig. 4 à 6***), apparus brutalement depuis 72 heures. L'interrogatoire mettait en évidence un épisode identique lors de la préparation du concours d'entrée à l'École normale supérieure, 2 ans auparavant, spontanément résolutif en 5 jours. Il n'y avait aucun antécédent familial comparable, pas de douleurs abdominales inexpliquées ou de mort subite par asphyxie dans la famille. Lui-même n'avait eu aucune intervention ni maladie particulière notamment digestive, ORL ou urticarienne. Il ne prenait aucun médicament en dehors de 3 comprimés de cétirizine/jour, prescrits par son médecin traitant depuis 48 heures, apparemment sans effet.

L'examen clinique constatait l'œdème non inflammatoire des mains gênant fonctionnellement, un discret œdème palpébral (***fig. 7***). Le reste de l'examen clinique était strictement normal. Il n'y avait pas d'adénopathie périphérique ni de manifestation digestive ou respiratoire.

Quel diagnostic évoquer ?

Fig. 4 : Œdème marqué de la main droite (face dorsale).

Fig. 5 : Œdème marqué de la main droite (face palmaire) avec impotence fonctionnelle.

Fig. 6 : Œdème plus discret de la main gauche.

Fig. 7 : Discret œdème palpébral.

Le dossier – La main en médecine interne chez l'adulte

Quiz n° 3

Un homme de 35 ans, sans antécédent familial ou personnel particulier, était hospitalisé en néphrologie, à la suite d'une sinusite traitée par amoxicilline pendant 10 jours, pour une poussée hypertensive brutale avec une protéinurie de 2 g/24 heures. L'examen dermatologique mettait en évidence des lésions purpuriques et nécrotiques des mains (***fig. 8 et 9***) avec érythème de l'antitragus des 2 oreilles (***fig. 10***). Le reste de l'examen clinique était normal. Il n'y avait pas d'autre atteinte systémique clinique, notamment articulaire, cardiaque ou cérébrale.

Quel diagnostic évoquer ?

Fig. 8 : Lésions érythémateuses et nécrotiques de la face palmaire du pouce droit.

Fig. 9 : Lésions purpuriques et nécrotiques de la face palmaire des 2e, 3e et 4e doigts de la main gauche.

Fig. 10 : Lésion érythémateuse de l'antitragus de l'oreille droite.

Quiz n° 4

Une femme de 75 ans, mariée, mère de 4 enfants, retraitée, ancienne secrétaire, sans intoxication alcoolo-tabagique, avait comme seul antécédent un reflux gastro-œsophagien traité par un inhibiteur de la pompe à protons. Depuis 1 an, elle avait constaté un œdème de la main droite l'empêchant de porter ses bagues. Puis était apparu un placard érythémateux infiltré avec quelques lésions sur la face postéro-externe du bras droit, présence de dysesthésies au moindre contact (***fig. 11 à 14***). Les radiographies des mains ne révélaient qu'une arthrose. La biologie standard était sans anomalie (VS, CRP normales). Il n'y avait pas d'anticorps antinucléaires.

Elle était venue en consultation avec les résultats d'une première biopsie montrant un infiltrat superficiel et profond composé de lymphocytes avec des plasmocytes, et quelques ectasies vasculaires (***fig. 15 à 17***).

Quel diagnostic évoquer ?

Fig. 11 : Infiltration érythémateuse de la face dorsale de la main droite.

Fig. 12 : Face palmaire des mains normale.

Fig. 13 : Main droite de profil montrant l'infiltration cyanotique.

Fig. 14 : Présence de discrètes lésions infiltrées de la face postéro-externe du bras droit.

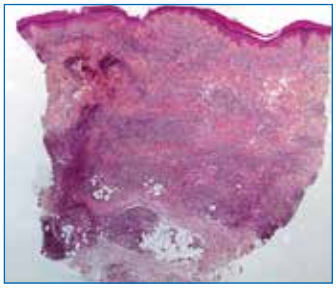

Fig. 15 : Aspect anatomopathologique à faible grossissement (× 20) montrant un infiltrat cellulaire sur toute la hauteur du derme.

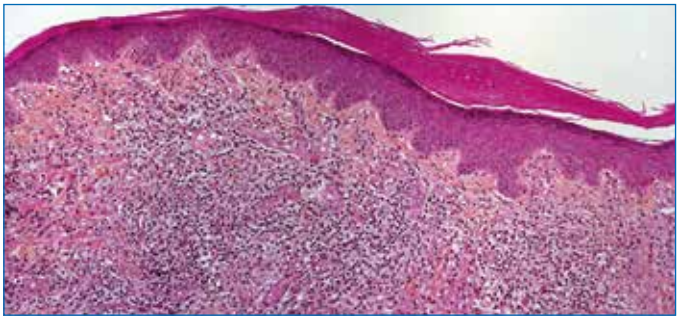

Fig. 16 : À plus fort grossissement (× 100), l'infiltrat apparaît lymphocytaire avec des ectasies vasculaires.

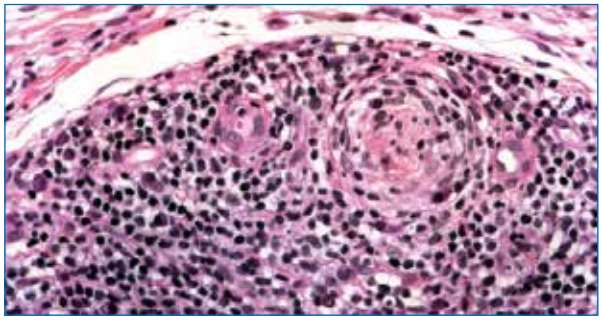

Fig. 17 : La présence de plasmocytes en grand nombre est bien visible à ce grossissement (× 400).

Le dossier – La main en médecine interne chez l'adulte

Quiz n° 5

Fig. 18 : Lésions bulleuses et pustuleuses de la face palmaire de la main droite.

Fig. 19 : Lésions similaires moins marquées de la face palmaire de la main gauche.

Fig. 20 : Lésion papuleuse œdémateuse d'un bras.

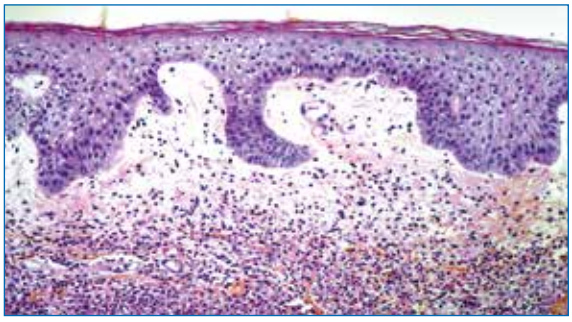

Fig. 21 : Aspect anatomopathologique de la lésion du bras (× 200).

Une femme de 35 ans, martiniquaise, mariée, mère de 2 enfants de 5 et 8 ans, cadre dans l'administration territoriale, sans intoxication alcoolo-tabagique, consultait pour des lésions des mains (***fig. 18 et 19***), évoluant initialement par poussées et rémissions depuis 6 mois environ puis permanentes. Elle avait également des polyarthralgies inflammatoires d'horaire matinal avec dérouillage. Elle ne se plaignait d'aucune autre manifestation en dehors d'yeux rouges qu'elle jugeait satellites de l'atteinte cutanée. L'examen clinique mettait en évidence :

– l'existence d'une lésion similaire du bras qui a été biopsiée (***fig. 20 et 21***) ;
– une fièvre modérée à 38 °C ;
– des yeux rouges rapportés à une épisclérite par l'ophtalmologiste (***fig. 22***) ;
– une asymétrie nette des pouls des 2 bras, très faibles à gauche ; une asymétrie tensionnelle (90/60 mmHg à gauche, 140/90 mmHg à droite) ;
– l'absence d'autre anomalie clinique.

Les premiers examens complémentaires ont révélé :

– un syndrome inflammatoire avec une VS à 70 mm à la 1re heure, une CRP à 120 mg/L, un taux de fibrinogène à 6,5 g/L ;
– une hyperleucocytose à 12 500/mm^3 avec des polynucléaires à 9 200/mm^3 ;
– l'absence d'anticorps antinucléaires, d'anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles, d'élévation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, d'anticorps anti-CCP, de facteur rhumatoïde ;
– la négativité de l'enquête infectieuse (hémocultures, sérologies virales, bactériennes, parasitaires, multiples).

Quel diagnostic évoquer ?

Fig. 22 : Épisclérite de l'œil gauche.