

Savez-vous lire les signes de la main ?

Audrey Lafortune et Michel Bernier

« Docteur, j'ai remarqué ça sur ma main, est-ce normal ? » Et si cette découverte en cachait d'autres ou était plus importante qu'elle n'y paraît ?

METTEZ VOS CONNAISSANCES à l'épreuve en répondant aux questions suivantes sur les manifestations cliniques découvertes à l'examen des mains dans un questionnaire de type vrai ou faux. Le diagnostic différentiel des lésions des mains comprend diverses maladies qui nécessitent une reconnaissance précoce afin de limiter d'éventuelles complications locales ou multisystémiques regrettables.

Cas n° 1

Lors de la prise en charge d'un nouveau patient de 74 ans, vous remarquez une incurvation prononcée de la pulpe de ses doigts. Quelle maladie soupçonnez-vous ?

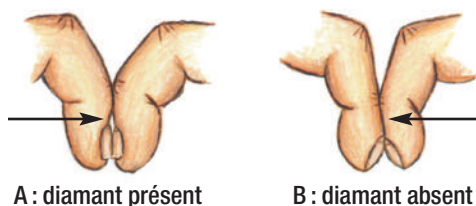
1. Le signe de Schamroth est fiable pour confirmer le diagnostic d'hippocratisme digital.

Vrai. L'hippocratisme digital se caractérise par l'élargissement de la pulpe des doigts et des orteils¹. Il est important de le différencier de l'accentuation de la courbure des ongles, fréquente chez le patient âgé². Les examens

La D^{re} Audrey Lafortune est résidente en médecine familiale à l'UMF du nord de Lanaudière et au Centre hospitalier régional de Lanaudière, à Joliette. Le D^r Michel Bernier, omnipraticien, exerce aussi au Centre hospitalier régional de Lanaudière. Il est membre agrégé de l'Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice.

Figure 1

Signe de Schamroth



Source : Tremblay JL. Examen de la main et du poignet. Dans : *L'examen musculosquelettique*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2009. p. 96. Reproduction autorisée.

radiologiques des doigts sont peu utiles en pratique, le diagnostic faisant appel à vos habiletés cliniques. Le signe de Schamroth est un test simple, pratique et valide (figure 1)³. En l'absence d'hippocratisme digital, l'apposition de la face dorsale des phalanges correspondantes forme une fenêtre en losange (diamant). L'oblitération de cette fenêtre est anormale. De plus, la palpation de la base du lit de l'ongle est anormalement spongieuse²⁻⁴.

2. L'hippocratisme digital est uniquement associé à des maladies pulmonaires causant de l'hypoxie.

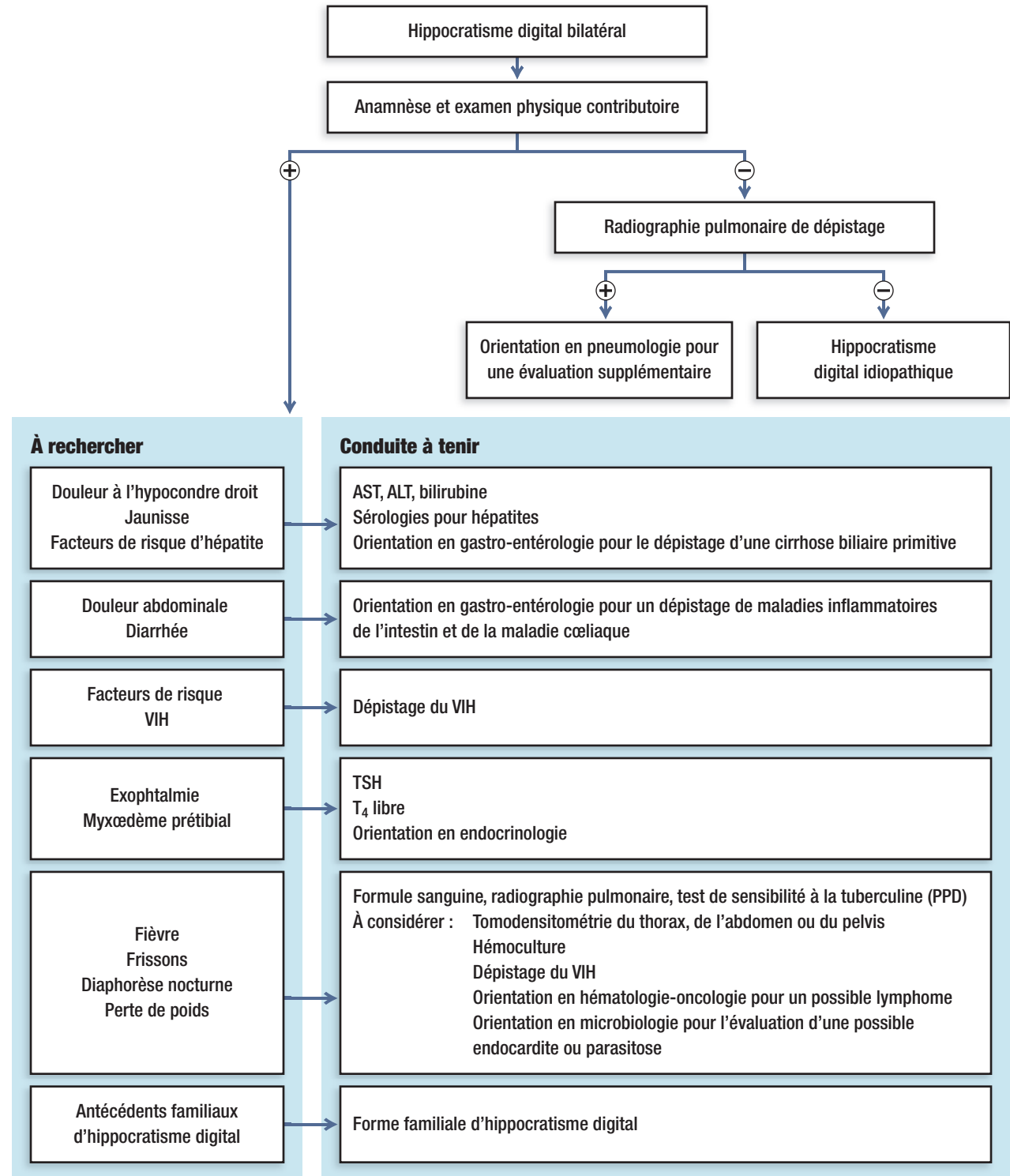
Faux. Le diagnostic différentiel de l'hippocratisme digital bilatéral est vaste, et la physiopathologie ne demeure encore que partiellement comprise. Il est donc essentiel

Jusqu'à preuve du contraire, il faut rechercher une maladie sous-jacente chez un patient atteint d'hippocratisme digital bilatéral.

Repère

Figure 2

Évaluation de l'hippocratisme digital



Source : Spicknall KE, Zirwas MJ, English JC. Clubbing: an update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52 (6) : 1020-8. Traduction et adaptation autorisées.

de faire une anamnèse détaillée ainsi qu'un examen physique complet et minutieux chez tout patient atteint d'hippocratisme digital bilatéral. Jusqu'à preuve du contraire, une maladie sous-jacente doit être recherchée, la forme familiale étant rarissime^{2,3}. Dans la majorité des cas, il s'agira d'une affection des appareils respiratoire ou cardiovasculaire :

- maladies bronchopulmonaires : cancers pulmonaires, fibrose kystique, bronchiectasies, fibrose pulmonaire, abcès, empyème ;
- maladies cardiaques : malformations congénitales cyanogènes ;
- maladies digestives : maladies inflammatoires de l'intestin, maladie coeliaque, atteintes hépatiques (cirrhose et hépatite) ;
- autres : hyperthyroïdie importante (acropachie), infections (tuberculose, VIH, endocardite), syndrome paraneoplasique (ostéoarthropathie hypertrophique)¹⁻⁴.

Recherchez des antécédents familiaux, des expositions professionnelles (amiante, etc.) et des facteurs de risque en lien avec ces maladies. La revue des appareils et des systèmes doit comprendre les symptômes pulmonaires, gastro-intestinaux et constitutionnels afin de mettre en évidence un cancer, une infection ou un état inflammatoire⁴. Au moment de l'examen physique, portez attention aux aires ganglionnaires et à l'auscultation pulmonaire et recherchez une hépatomégalie ou une douleur à la palpation de l'abdomen⁴.

3. La tomодensitométrie thoracique est l'examen de choix pour l'évaluation de l'hippocratisme digital.

Faux. Tout patient atteint d'hippocratisme digital chez qui l'anamnèse n'est pas concluante et l'examen physique est normal devrait minimalement passer une radiographie pulmonaire⁴. La prescription d'examens de laboratoire est dictée selon le diagnostic différentiel établi pour chaque patient et l'orientation en spécialité, selon la cause trouvée. La figure 2⁴ résume les grandes lignes d'une première évaluation d'hippocratisme digital chez un patient.

Cas n° 2

Une dame dans la cinquantaine (patiente A) vous consulte pour des déformations aux mains. Elle est convaincue qu'elle est atteinte de polyarthrite rhumatoïde comme son père (patient B) (photos 1). Sur la base de l'inspection des mains, qu'avez-vous à lui dire ?



Photos 1. Mains déformées

Source : Tremblay JL. Examen de la main et du poignet. Dans : *L'examen musculosquelettique*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 2009. p 100. Reproduction autorisée.

4. Vous pouvez d'emblée rassurer la patiente quant au caractère bénin de ses déformations aux doigts.

Vrai. Votre patiente souffre d'arthrose primaire. Les nodosités de Bouchard (à l'articulation interphalangienne proximale) et d'Heberden (à l'articulation

Parfois très volumineuses, les nodosités de Bouchard et d'Heberden concordent avec un diagnostic d'arthrose primaire en raison de leur emplacement, de leur consistance solide et de l'absence de synovite aux articulations métacarpophalangiennes.

Repère

Tableau I

Caractéristiques des nodules associés à l'arthrose, à la polyarthrite rhumatoïde et à la goutte tophacée chronique^{1,3-9,11}

Type de lésion	Distribution	Caractéristiques	Évolution	Traitement*
Arthrose				
Nodosité de Bouchard	Articulations interphalangiennes proximales (IPP)	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Consistance ferme⁶ ⦿ Souvent bilatérale, parfois symétrique⁷ 	Croissance insidieuse ou par « poussées inflammatoires », indolore entre les crises ⁶	Application d'une préparation topique à base de capsaïcine, AINS par voie orale, infiltration de corticostéroïdes ⁶
Nodosité d'Heberden	Articulations interphalangiennes distales (IPD), surtout 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e doigts ⁶			
Kyste mucoïde	Périphérie des IPD > périphérie des IPP ³	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Consistance molle⁶ ⦿ Visibilité à la transillumination¹¹ ⦿ Compression de la matrice unguéale à l'occasion¹ 	Parfois rupture spontanée et risque d'infection ⁶	Ponction et aspiration ou incision et drainage, puis bandage compressif pendant quelques semaines ¹
Polyarthrite rhumatoïde				
Nodule rhumatoïde	Points de pression ou régions sujettes aux traumatismes (coudes, pieds, tendons d'Achille, doigts) ^{5,11}	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Consistance ferme ⦿ Nodule sous-cutané ⦿ Taille variable (mm-cm) ⦿ Absence de douleur^{5,11} 	Taille peut varier selon le traitement de la polyarthrite rhumatoïde ⁸	Infiltration de corticostéroïdes et d'anesthésiques locaux ⁸
Goutte tophacée chronique				
Tophus goutteux	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Olécrane, doigts et orteils, hélix et anthélix de l'oreille^{6,11} ⦿ Association avec les nodules d'arthrose à l'occasion³ 	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Consistance variable⁶ ⦿ Aspect blanchâtre et crayeux³ ⦿ Taille variable ⦿ Douleur souvent absente¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Apparition parfois avant la 1^{re} crise de goutte ⦿ Involution avec un traitement hypo-uricémiant⁹ ⦿ Parfois rupture spontanée 	Infiltration de corticostéroïdes et AINS par voie orale ¹¹

* Ces nodosités peuvent être dérangeantes esthétiquement, mais leur traitement respectif n'est justifié que si elles sont douloureuses ou enflammées.

interphalangiennes distales) peuvent parfois entraîner (ostéophyte) et l'absence de synovite aux articulations d'importantes déformations et devenir très volumineuses, mais leur emplacement, leur consistance solide métacarpophalangiennes concordent avec ce diagnostic^{3,5,6} (tableau I)^{1,3-9,11}. L'arthrose de l'articulation carpo-

métacarpienne du pouce s'appelle rhizarthrose et peut donner également lieu à une saillie osseuse³. Outre une anamnèse à la recherche d'arthralgies à distance et l'établissement de leur topographie et de leur caractère mécanique plutôt qu'inflammatoire, aucune épreuve de laboratoire ni aucun examen d'imagerie ne sont requis⁷. Le diagnostic d'arthrose digitale est clinique. La corrélation entre les découvertes radiologiques et l'intensité des symptômes est faible⁶. Les modalités analgésiques usuelles devraient soulager les douleurs ressenties.

Les articulations arthrosiques, particulièrement les articulations interphalangiennes distales, peuvent être le siège de kystes mucoïdes (arthrosynoviaux) juxtaposés aux nodosités d'Heberden^{3,6}. Il est possible de différencier les kystes des nodosités par leur consistance plus molle et la présence de liquide articulaire visible par transillumination.

Chez le père de votre patiente, les déformations du poignet et l'atteinte des articulations métacarpophalangiennes entraînant une déviation ulnaire concordent avec une polyarthrite rhumatoïde³. Ces patients peuvent occasionnellement avoir des nodules rhumatoïdes au niveau des doigts^{3,5}. Cette affection impose des démarches diagnostiques additionnelles afin de limiter les éventuelles destructions articulaires. L'évaluation nécessite une radiographie des articulations atteintes et des examens de laboratoire (bilan de base, vitesse de sédimentation, protéine C réactive et facteur rhumatoïde)⁷ ainsi que l'analyse du liquide synovial si possible.

La goutte tophacée chronique peut, quant à elle, aussi s'accompagner de tuméfactions au niveau des articulations des doigts. L'apparence des tophus est assez caractéristique. Le meilleur test diagnostique demeure l'analyse du liquide synovial d'une articulation symptomatique par microscopie polarisée compensée à la recherche de cristaux d'urate⁹. Au long cours, les radiographies des articulations atteintes présentent un aspect classique d'érosions juxtaarticulaires et des dépôts visibles de cristaux d'urate^{7,10}.

Pour ces maladies, l'examen physique doit inclure celui de la main (voir l'article du D^r Sébastien Turgeon intitulé : « L'évaluation du poignet et de la main, clé en main », dans le présent numéro) et du reste de l'appareil locomoteur (inspection, palpation, amplitudes articulaires). Complétez par la recherche d'autres nodosités (nodules rhumatoïdes, tophus) ou de modifications cutanées à distance¹⁰.

5. Si la patiente vous avait consulté pour une nodosité unique grossissant rapidement sur un doigt sans autres symptômes, une tumeur des tissus mous aurait été une possibilité à envisager.

Vrai. Outre les tuméfactions mentionnées précédemment, le diagnostic différentiel comprend les coussinets des phalanges, les callosités des travailleurs manuels, les granulomes à corps étrangers, les lipomes ainsi que certaines tumeurs des tissus mous^{3,6}. C'est pourquoi il est important de déterminer l'emplacement des tuméfactions (articulations ou tissus mous), de distinguer une nodosité d'un kyste et de vérifier les autres caractéristiques, telles que l'apparence et la texture, l'évolution, le nombre et les symptômes associés (douleur, œdème, etc.)^{6,11}.

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'une nodosité unique à croissance rapide sans maladie sous-jacente repérée, il est préférable de prescrire une biopsie diagnostique afin d'éliminer une tumeur des tissus mous. Les tumeurs à cellules géantes et les lipomes sont bénins, mais il pourrait s'agir d'une lésion sarcomateuse (rare) ou de métastases^{3,6,11}.

Cas n° 3

Un patient droitier s'est fait une banale entorse au poignet droit à la suite d'un accident de travail il y a six semaines. Il vous consulte de nouveau, car il a de plus en plus mal. L'œdème semble aussi avoir progressé. Quel sera votre diagnostic différentiel ?

6. Dans le cas de ce patient, nous vous confirmons qu'il s'agit d'un syndrome douloureux régional complexe. Ce problème survient toujours après un traumatisme et est reconnaissable par la douleur disproportionnée respectant la distribution d'un dermatome.

Faux. Le syndrome douloureux régional complexe peut compliquer de multiples problèmes, l'événement initial pouvant être un traumatisme des tissus mous (40 %), une fracture (26 %), un infarctus (12 %) ou un accident vasculaire comme un AVC (3 %). Dans 36 % des cas, l'événement initial ne peut être trouvé¹². Quant

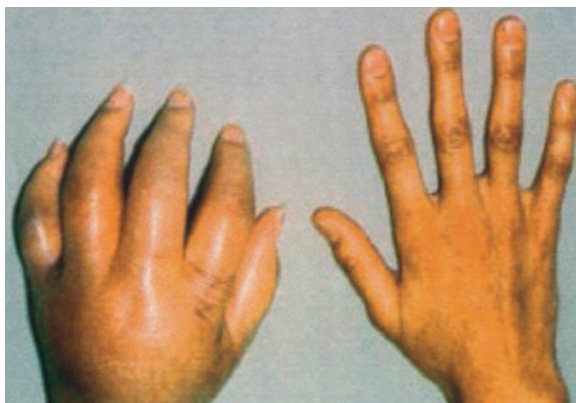


Photo 2. Syndrome douloureux régional complexe en phase aiguë dont le tableau clinique est important à la main gauche chez une patiente souffrant par ailleurs d'un début d'arthrose digitale. Source : Baron D. *L'arthrose : de la clinique au traitement*. Paris : Éditions Med'Com ; 2011. 282 p. Reproduction autorisée.

à la douleur, il s'agit effectivement du symptôme cardinal. Elle est disproportionnée en intensité et en durée par rapport à la lésion initiale et est souvent décrite comme une sensation de brûlure lancinante. Elle ne se limite pas à la distribution d'un dermatome donné et est ressen-

tie au-delà du territoire lésé¹³, notamment dans toute la main et parfois même dans l'avant-bras en cas d'atteinte du poignet par exemple. Les autres symptômes associés en cours d'évolution comprennent la diminution des mouvements actifs des doigts, des paresthésies, de l'œdème et une altération de la température de la peau ou de l'activité sudomotrice¹²⁻¹⁴ (photo 2)⁶.

7. La présence d'une ostéoporose mouchetée diffuse à la radiographie permet de poser rapidement le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe.

Faux. Le diagnostic est essentiellement clinique, les critères de Budapest étant les plus acceptés (tableau II)¹⁵. En phase aiguë, la scintigraphie osseuse est l'examen de choix, alors qu'en phase chronique (> 6 mois), la radiographie simple peut révéler entre autres une ostéoporose mouchetée diffuse. Cette découverte n'est pas toujours constante et est tardive. La radiographie standard ne doit donc pas être considérée comme l'examen initial lorsqu'on soupçonne cette maladie^{12,13,15}. De plus, une réponse favorable au traitement médical

Tableau II

Critères de Budapest pour le diagnostic du syndrome douloureux régional complexe

Tous les critères (A-D) doivent être présents :

(A) La douleur est continue et disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant				n
Catégorie	Description (un ou plus d'un élément)	Signe	Symptôme	
1. Sensitif	Allodynie, hyperalgie	n	n	
2. Vasomoteur	Asymétrie de la température, modifications de la couleur de la peau, asymétrie de la couleur de la peau	n (asymétrie de température : > 1 °C)	n	
3. Sudomoteur, œdémateux	Œdème, modification de la sudation, asymétrie de la sudation	n	n	
4. Moteur, trophique	Diminution de l'amplitude articulaire active, dysfonctionnement moteur (faiblesse, tremblements, dystonie) modifications trophiques (poils, ongles, peau)	n	n	
(B) Le patient présente au moins un signe dans au moins deux catégories différentes.				n
(C) Le patient présente au moins un symptôme dans au moins trois catégories différentes.				n
(D) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et les symptômes.				n

Source : Goebel A. Complex regional pain syndrome in adults. *Rheumatology* 2011 ; 50 (10) : 1739-50. Traduction et adaptation autorisées.

appuie également le diagnostic¹².

Les signes et les symptômes du syndrome douloureux régional complexe ressemblent à ceux de nombreuses affections¹²⁻¹⁵, d'où la nécessité de faire une bonne évaluation à l'aide de tests paracliniques de manière à éliminer toutes les autres possibilités. Le diagnostic différentiel comprend entre autres un traumatisme en phase aiguë, une infection (cellulite, arthrite septique, ostéomyélite), une réaction allergique locale ainsi qu'une obstruction veineuse, artérielle ou lymphatique.

8. Un traitement multimodal soutenu et rapide s'impose afin de renverser le problème et d'ainsi limiter les séquelles qui guettent et menacent votre patient.

Vrai. À retenir que dans un traumatisme de la main, la mobilisation précoce du membre peut réduire le risque d'être atteint du syndrome douloureux régional complexe¹⁴. Il faut envisager rapidement la possibilité de tel syndrome et instaurer un traitement multidisciplinaire dans les meilleurs délais afin de limiter l'apparition de séquelles fonctionnelles à long terme. En effet, ce syndrome diminue la qualité de vie des patients et peut compromettre le retour au travail en réduisant la dextérité, la force de préhension, l'endurance, etc. (photo 3).

Le médecin doit soulager adéquatement la douleur pour permettre la mobilisation précoce et ainsi limiter la perte de mouvements et les conséquences néfastes de la non-utilisation du membre atteint¹³. En première ligne, les médicaments contre les douleurs neuropathiques (ex. : prégabaline – Lyrica et amitriptyline – Elavil), les bisphosphonates, les AINS et les corticostéroïdes peuvent être utiles en monothérapie ou en association^{14,15}. La physiothérapie et l'ergothérapie réduisent la douleur et améliorent la fonction du membre atteint, tout en apportant un bienfait psychologique^{13,15}. L'ajout d'un narcotique doit être aussi considéré au besoin, car la douleur pourrait retarder l'amorce de la réadaptation¹³. Si l'état du patient ne s'améliore pas, il ne faut pas hésiter à orienter rapidement ce dernier vers une clinique de la douleur, le cas



Photo 3. Syndrome douloureux régional complexe en phase chronique

Ce patient présente à la main gauche une fibrose qui ankylose et limite les mouvements. Certains cas pourraient être beaucoup plus graves.

échétant, car certaines interventions spécialisées spécifiques à cet état pourraient en changer l'évolution¹⁴.

EN PRÉSENCE de découvertes somme toute « banales » à l'examen physique des mains, il est parfois important, voire essentiel d'approfondir l'anamnèse et l'examen physique et de prescrire certains bilans afin de limiter l'évolution de problèmes pouvant mener à des complications ou à des séquelles plus graves chez un patient. Dorénavant, prenez le temps de regarder les mains de vos patients. Elles vous parlent! 🦋

Date de réception : le 7 janvier 2013

Date d'acceptation : le 16 janvier 2013

La D^{re} Audrey Lafortune et le D^r Michel Bernier n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Wolff K, Johnson R. *Fitzpatrick's color atlas & synopsis of clinical dermatology*. 6^e éd. Ohio : Éditions McGraw-Hill; 2009. 1104 p.
2. Myers KA, Farquhar DR. Does this Patient Have Clubbing? *JAMA* 2001; 286 (3) : 341-7.
3. Tremblay JL. Examen de la main et du poignet. Dans : *L'examen musculosquelettique*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 2009. 368 p.

En cas de syndrome douloureux régional complexe, il faut instaurer un traitement multidisciplinaire dans les meilleurs délais afin de limiter l'apparition de séquelles fonctionnelles à long terme.

Repère

Summary

Palm Reading, Anyone? Certain findings on physical examination of the hand may be the signs of a systemic disease, some being pathognomonic, or may be red flags for disorders requiring prompt patient management to limit complications.

First, it is essential to give a detailed questionnaire and a complete physical examination to all patients presenting with bilateral finger clubbing in order to eliminate any underlying disorder. An algorithm for assessing bilateral clubbing is proposed. Second, while nodules on the fingers may merely be unattractive, some characteristic swellings must lead the clinician to search for a systemic pathology and an appropriate treatment. Lastly, complex regional pain syndrome may complicate several conditions. Its clinical presentation, characterized primarily by pain that is out of proportion to the initial injury, must be quickly identified by the clinician in order to offer the best possible treatment and to prevent it from becoming chronic.

4. Spicknall KE, Zirwas MJ, English JC. Clubbing: an update on diagnosis, differential diagnosis, pathophysiology, and clinical relevance. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52 (6) : 1020-8.
5. Evangelisto A, Werth V, Schumacher HR. What is that nodule? A diagnostic approach to evaluating subcutaneous and cutaneous nodules. *J Clin Rheumatol* 2006; 12 (5) : 230-40.
6. Baron D. *L'arthrose : de la clinique au traitement*. Paris : Éditions Med'Com ; 2011. 282 p.
7. Tremblay JL. IMPACT : initiative mauricienne pour faciliter la prise en charge de l'arthrite et d'autres conditions articulaires. 2001. 4 p.
8. Schur PH, Turesson C. Rheumatoid nodules. *UpToDate* (à jour au 24 juillet 2012). Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 2 septembre 2012).
9. Drouin J. Goutte, pseudogoutte et hydroxyapatite : cristallisez vos connaissances ! *Le Médecin du Québec* 2012 ; 47 (11) : 65-72.
10. Klippel JH, Stone JH, Crofford LEJ et coll. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13^e éd. New York : Springer-Verlag ; 2008. 721 p.
11. Sheon RP, De Keyser F. Ganglia and nodules. *UpToDate* (à jour au 24 juillet 2012). Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 2 septembre 2012).
12. Abdi S, Sheon RP. Etiology, clinical manifestations, and diagnosis of CRPS in adults. *UpToDate* (à jour au 17 avril 2012). Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 4 juillet 2012).
13. Beaudoin N, Bergeron Y, Fugère F et coll. Syndrome douloureux régional complexe (SDRC). Dans : Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R, rédacteurs. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. : Saint-Hyacinthe, Paris : Edisem-Maloine ; 2008. p. 1035-65.
14. Abdi S. Prevention and management of complex regional pain syndrome in adults. *UpToDate* (à jour au 21 novembre 2012). Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 4 juillet 2012).
15. Goebel A. Complex regional pain syndrome in adults. *Rheumatology* 2011 ; 50 (10) : 1739-50.