

Sémiologie de la main

Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr. Pascal Sève, Pr. Christiane Broussole

2013

Table des matières

Introduction.....	3
1. Examen vasculaire.....	3
2. Examen articulaire.....	4
3. Examen neuro-musculaire.....	5
3.1. Motricité.....	5
3.2. Réflexes ostéo-tendineux.....	6
3.3. Sensibilité.....	6
4. Exemples d'anomalies.....	7
4.1. Morphologie.....	8
4.2. Coloration.....	8
4.3. Peau.....	8
4.4. Ongles.....	9
4.5. Vasculaires.....	9
4.6. Ostéo-articulaires.....	10
4.7. Neurologiques.....	11
5. Testez vos connaissances.....	11
6. Dossiers cliniques.....	11
7. QROCs.....	12
8. Illustrations.....	12
8.1. Main déformée.....	12
8.2. Main détruite.....	15
8.3. Main gonflée.....	17
8.4. Main rétractée.....	21
8.5. Main inflammatoire.....	22
8.6. Main tâchée.....	24
8.7. Main sclérosée.....	25
8.8. Main surchargée.....	27
8.9. Doigts bleus.....	29
8.10. Doigts rouges.....	30
8.11. Doigts blancs.....	31
8.12. Grosse main.....	31
8.13. Main infectée.....	32
8.14. Main hyperlaxe.....	34
8.15. Main atrophiée.....	35
8.16. Vascularites, artérites.....	35
8.17. Main et maladies autoimmunes.....	36
8.18. Bulles.....	38
8.19. Ongles.....	40

Objectifs spécifiques

- Connaître l'examen clinique de la main :
 - Vasculaire
 - Articulaire
 - Neuro-musculaire
- Reconnaître des anomalies "*à haut rendement diagnostique*".

Introduction

L'examen des mains peut apporter des informations sémiologiques précieuses. Les symptômes de nombreuses maladies, locales ou générales, peuvent s'exprimer au niveau des mains, qui peuvent aussi refléter les occupations professionnelles, la personnalité ou l'émotivité du patient. Enfin, « prendre et tenir la main du patient » est un geste de réconfort qui pourra participer à l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et le malade.

1. Examen vasculaire

L'examen est bilatéral et comparatif. Les éléments suivants seront relevés :

A l'inspection :

- Oedème.
- Distribution des veines.
- Couleur de la peau et des lits unguéaux.

A la palpation :

- Température cutanée (utilisez le dos de votre main !).
- Pouls radial : il est recherché avec la pulpe des doigts, à la partie externe de la face antérieure du poignet.
- Pouls cubital : on peut le recherche à la palpation profonde de la partie interne de la face de flexion du poignet, mais il n'est pas toujours palpable.
- Manoeuvre d'Allen : elle a pour objectif d'étudier la perméabilité des artères radiale et cubitale (ou ulnaire) et met en jeu l'arcade palmaire (anse radio-cubitale). Elle s'effectue de la manière suivante :
- Après avoir comprimé les artères radiale et cubitale entre les pouces et les doigts de l'examineur, demandez au patient de pomper.
- Puis, le patient ouvre la main : la paume est pâle.
- Levez la compression de l'artère cubitale, ce qui vous permet d'objectiver l'arcade palmaire : la paume rougit en 3 à 5 secondes.
- Puis relâchez l'artère radiale pour en étudier la perméabilité (en levant la compression de l'artère radiale, tout en maintenant celle de l'artère cubitale).
- La revascularisation doit se faire d'un seul tenant sans zones blanches d'ischémie qui témoigneraient d'une lésion de vascularite.

Figure 1 : Manoeuvre d'Allen



Figure 2 : Manoeuvre d'Allen



Figure 3 : Manoeuvre d'Allen



Figure 4 : Manoeuvre d'Allen



2. Examen articulaire

L'examen est bilatéral et comparatif. Les éléments suivants seront relevés :

A l'inspection :

- Gonflement, rougeur, déformation, amyotrophie.
- Amplitude des mouvements :
 - Fermer le poing puis étendre et écarter les doigts.
 - Fléchir et étendre le poignet.
 - Déplacer la main en dehors et en dedans, paume en bas.

A la palpation :

- Recherche d'un gonflement et de points douloureux.
- Palpation entre le pouce et l'index des faces interne et externe de chaque articulation interphalangienne distale.
- Palpation entre le pouce et l'index des faces interne et externe de chaque articulation interphalangienne proximale.
- Palpation avec les pouces des articulations métacarpophalangiennes.
- Palpation du poignet avec les pouces placés sur le dos du poignet, les doigts étant en-dessous.

3. Examen neuro-musculaire

L'examen est bilatéral et comparatif. Les éléments suivants seront relevés :

- Motricité.
- Réflexes ostéo-tendineux.
- Sensibilité.

3.1. Motricité

Inspection

- Recherche de mouvements anormaux.
- Recherche d'une amyotrophie.

Tonus musculaire

- Evaluation de la résistance musculaire à l'étirement passif :
- Prendre la main du sujet en soutenant le coude : étendre les doigts et le poignet afin de rechercher une éventuelle résistance.
- Empoigner l'avant-bras du sujet et agiter la main en avant et en arrière.

Force musculaire

- La cotation de la force musculaire se fait de façon habituelle :
 - 0 = aucune contraction,
 - 1 = contraction visible n'entraînant aucun mouvement,
 - 2 = contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur,
 - 3 = contraction permettant le mouvement contre la pesanteur,
 - 4 = contraction permettant le mouvement contre résistance,
 - 5 = force musculaire normale.
- Extension du poignet :
 - demander au sujet de fermer le poing et d'étendre le poignet lorsqu'on le pousse,
 - met en jeu les racines C6, C7 et C8 ainsi que le nerf radial.
- Flexion du poignet :
 - demander au sujet de fermer le poing et de fléchir le poignet lorsqu'on le tire vers le bas,
 - met en jeu les racines C6 et C7 ainsi que le nerf médian.
- Abduction des doigts :
 - main du sujet paume en bas et doigts écartés : demander au sujet de résister lorsqu'on essaye de rapprocher les doigts,
 - met en jeu les racines C8 et D1 ainsi que le nerf cubital.
- Opposition du pouce :
 - le sujet doit essayer de toucher l'extrémité de l'auriculaire avec le pouce malgré la résistance de l'examineur,
 - met en jeu les racines C8 et D1 ainsi que le nerf médian.

3.2. Réflexes ostéo-tendineux

- Examen comparatif entre les deux côtés.
- Percussion rapide et directe du tendon musculaire avec le marteau à réflexes : contraction unique du muscle correspondant.
- Manœuvre de facilitation : demander au sujet de serrer les dents.
- **Réflexe bicipital (C5, C6)**
 - Avant-bras demi-fléchi, paume tournée vers le bas
 - Placer un doigt fermement sur le tendon du biceps et le frapper avec le marteau à réflexe
 - Observer la flexion du coude par contraction du biceps
- **Réflexe tricipital (C7, C8)**
 - Avant-bras demi-fléchi, paume tournée vers le corps
 - Frapper le tendon du triceps au-dessus du coude
 - Observer l'extension de l'avant-bras sur le bras par contraction du triceps
- **Réflexe stylo-radial (C5, C6)**
 - Avant-bras demi-fléchi, paume tournée vers le bas
 - Percuter la styloïde radiale
 - Observer la flexion et la supination de l'avant-bras par contraction du long supinateur
- **Réflexe cubito-pronateur (C8)**
 - Avant-bras demi-fléchi
 - Percuter la styloïde cubitale
 - Observer la pronation de la main

3.3. Sensibilité

Figure 5 : Territoires des racines sensibles

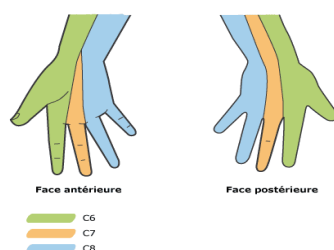
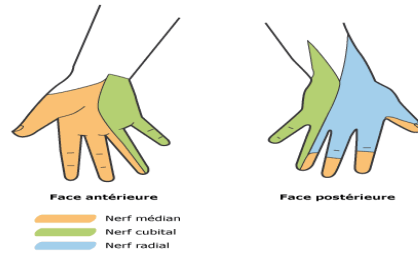


Figure 6 : Territoires sensitifs des nerfs périphériques



- Nerf médian :
 - Principal nerf sensitif de la main.
 - Face palmaire des trois premiers doigts et moitié externe du 4^{me} doigt ; majeure partie de la paume, en dehors d'une ligne prolongeant l'axe de l'annulaire.
- Nerf radial : face dorsale du pouce, de la 1^{ère} phalange de l'index, de la moitié externe de la 1^{ère} phalange du majeur ; face dorsale de la main en dehors d'une ligne prolongeant l'axe du majeur.
- Nerf cubital : face palmaire du 5^{me} doigt et de la moitié interne du 4^{me} doigt.

Examen de la sensibilité cutanée

- Sensibilité tactile : effleurer la peau du sujet avec un coton.
- Sensibilité douloureuse : appliquer alternativement la pointe et l'extrémité mousse d'une épingle.
- Sensibilité thermique : appliquer un tube à essai rempli d'eau très chaude ou un tube à essai rempli d'eau glacée.
- Tact discriminatif : toucher la pulpe d'un doigt simultanément en deux endroits avec deux épingles.

Examen de la sensibilité proprioceptive

- **Sens de position**
 - Saisir un doigt du patient entre le pouce et l'index en le tenant par les côtés
 - Montrer au sujet ce que l'on entend par « en haut » et « en bas » lorsque son doigt est déplacé.
 - Demander au sujet, ayant fermé les yeux, de répondre « en haut » ou « en bas » lorsque le doigt est déplacé.
- **Sens des vibrations (pallesthésie)**
 - Utiliser un diapason de basse tonalité (128 ou 256 Hz).
 - Frapper le diapason sur le talon de la main et l'appliquer fermement sur une articulation interphalangienne distale.
 - Demander au sujet de signaler lorsque les vibrations cessent.
 - Si le sens vibratoire est altéré, examiner des saillies osseuses plus proximales.

4. Exemples d'anomalies

Dans cette section sont présentées plusieurs exemples d'anomalies sémiologiques des mains que tout clinicien doit connaître.

Comme vous le verrez, une analyse sémiologique appliquée des mains du patient est bien utile (indispensable !).

4.1. Morphologie

Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique, avec hippocratisme digital

Périostose engainante avec hypertrophie de la pulpe de la dernière phalange et bombement des ongles en verre de montre.

Observée en particulier dans les maladies bronchopulmonaires telles que les cancers du poumon (syndrome paranéoplasique) et dans les cardiopathies congénitales.

Figure 7 : Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique



4.2. Coloration

Cyanose

Coloration bleue des téguments, due à un taux d'hémoglobine réduit du sang capillaire supérieur à 5g/100 ml.

La cyanose est observée en particulier dans les insuffisances cardio-respiratoires avec hypoxie.

Figure 8 : Cyanose



4.3. Peau

Vitiligo

Trouble de la pigmentation de la peau : plaques décolorées d'un blanc mat, à contours précis.

Marqueur clinique de nombreuses maladies auto-immunes (thyroïdite auto-immune, maladie de Biermer...).

Figure 9 : Vitiligo



Eczéma d'irritation primaire

Plaques de contour mal limité, roses, sèches, fissuraires.

Figure 10 : Eczéma d'irritation primaire



Psoriasis

Hyperkératose palmaire.

Figure 11 : Psoriasis

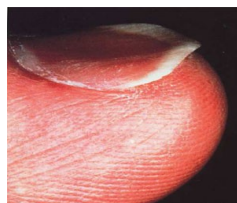


4.4. Ongles

Koïlonichie

Déformation des ongles en cuillère à soupe.
Rencontrée dans la carence en fer.

Figure 12 : Koïlonichie



4.5. Vasculaires

Syndrome de Raynaud

Manifestations provoquée par le froid ou un stress, dont l'origine peut être primitive ou secondaire (connectivite, médicaments...). Les crises évoluent typiquement en trois phases (qui ne sont cependant pas toujours retrouvées !) :

- 1) phase syncopale avec décoloration paroxystique d'un ou plusieurs doigts,
- 2) phase asphyxique avec des doigts cyanosés et engourdis,
- 3) phase érythermalgique (hyperhémique) avec des doigts rouges et douloureux.

Figure 13 : Phase syncopale



Figure 14 : Phase asphyxique



Gangrènes digitales par thromboses artérielles des membres supérieurs

Figure 15 : Gangrènes digitales



4.6. Ostéo-articulaires

Arthrose digitale

Tuméfactions nodulaires des articulations interphalangiennes distales (nodules d'Heberden) et des articulations interphalangiennes proximales (nodosités de Bouchard, peu visibles ici).

Figure 16 : Arthrose digitale



Polyarthrite rhumatoïde 1

Arthrite métacarpo-phalangienne : articulations gonflées, rouges, chaudes et douloureuses.

Figure 17 : Polyarthrite rhumatoïde



Polyarthrite rhumatoïde 2

Polyarthrite rhumatoïde évoluée (il s'agit d'une polyarthrite destructrice et déformante) :

- déviation des doigts « en coup de vent cubital »,
- déformation des doigts en boutonnière,
- déformation des pouces en Z.

Figure 18 : Polyarthrite rhumatoïde



4.7. Neurologiques

Exemple de la paralysie radiale

Perte de l'extension de la main et des doigts.

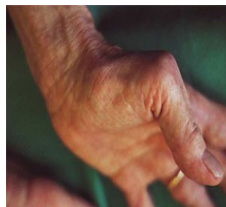
Figure 19 : Paralysie radiale



Sclérose latérale amyotrophique

Main de singe avec amyotrophie des muscles de l'éminence thénar et des inter-osseux.

Figure 20 : Sclérose latérale amyotrophique



5. Testez vos connaissances

[Testez vos connaissances](#)

6. Dossiers cliniques

Les dossiers qui suivent vous entraîneront à utiliser les mains des malades pour écrire vos diagnostics ! [Cas cliniques](#)

7. QROCs

[QROC 1](#)

[QROC 2](#)

8. Illustrations

Vous trouverez dans les pages suivantes de multiples exemples d'informations sémiologiques apportées par l'examen des mains (ou des pieds !).

Ces images ont été réunies par Professeur B de WAZIERES (Service de Médecine Interne et Gériatrie -Centre Hospitalier Universitaire - NIMES)

8.1. Main déformée

Arthrose des doigts et du carpe

Figure21



Figure 22



Figure 23 : Main déformée par l'arthrose chez une patiente âgée de 100 ans



Figure 24



Figure 25



Il est rare que les nodules de l'arthrose s'ulcèrent, à la différence de la goutte qui volontiers s'ulcère et coule avec un liquide blanchâtre, comme ci-dessous.

Figure 26



Main de Jaccoud

Syndrome caractérisé par une déformation indolore ou peu douloureuse des rayons digitaux II, III, IV et V avec luxation ulnaire des tendons extenseurs dans les vallées métacarpiennes. la radiographie montre une conservation des épiphyses et des interlignes articulaires.

Les formes initiales ont un « *coup de vent* » réductible puis ultérieurement la déformation se fixe. Parfois idiopathique, la main de Jaccoud est le plus souvent observée dans les maladies auto-immunes comme le lupus.

Figure 27



Figure 28

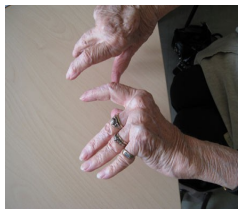


Figure 29



Figure 30



Figure 31



Figure 32



Main Striatale / Maladie de Parkinson

- Cette déformation de la main peut s'observer au début de la maladie de Parkinson et être confondue avec une pathologie rhumatologique.
- Elle associe : flexion metacarpophalangienne , extension des inter phalangiennes proximales, flexion inter phalangiennes distale et déviation ulnaire.

*Striatal deformities of the hand and foot in Parkinson's Disease
Ramsey Ashour, Ron Tintner, Joseph Jankovic
Lancet Neurol 2005; 4: 423–31*

Figure 33



Figure 34



Figure 35



8.2. Main détruite

Polyarthrite Rhumatoïde

Figure 36



Figure 37 : « Mains en Lunettes » de polyarthrite rhumatoïde

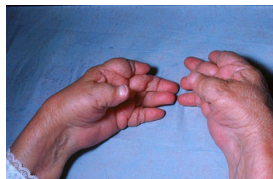


Figure 38

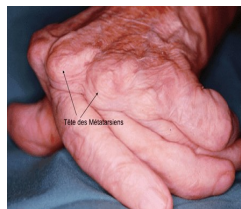


Figure 39



Sarcoïdose : ostéite de Perthes Jungling

Notez :

- Sur la radiographie : la nécroses des phalanges distales, les trous à l'emporte-pièce dans l'os, l'aspect grillagé de l'os,
- La fixation en scintigraphie.

Figure 40



Figure 41



Figure 42



Figure 43



Figure 44



Figure 45



Figure 46



Psoriasis

Notez l'aspect des ongles "en dé à coudre".

Figure 47



8.3. Main gonflée

Oedème angioneurotique héréditaire

Notez le gonflement suspendu du dos de la main gauche.

L'oedème angioneurotique héréditaire est une maladie rare résultant d'un déficit en fraction C1INH du complément.

Les oedèmes prédominent aux extrémités ou au niveau de la face, ils surviennent par exemple après un traumatisme (avulsions dentaires, choc sportif).

Figure 48



Sarcome

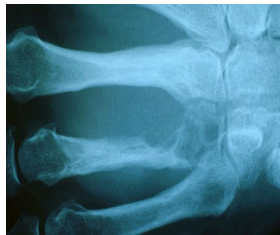
Cette lésion sarcomateuse de la main n'était pas particulièrement douloureuse. En revanche, à la palpation la tuméfaction était très dure (ce qui évoquait une origine tumorale).

Notez la lyse osseuse avec la rupture de corticale sur la radiographie (également évocateur d'un processus tumoral).

Figure 49



Figure 50



Scorbut et dénutrition (grêle court)

Notez l'oedème lié à l'albumine basse, la transsudation spontanée et les hématomes multiples liés à la carence en vitamine C.

Figure 51



Figure 52



RS3PE

Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) syndrome

Cette polyarthrite aiguë oedemateuse du sujet âgé présente un aspect typique, avec des mains parfois tellement gonflées qu'elles ressemblent à des gants de boxe !

Figure 53



Figure 54



Figure 55



Figure 56



Lymphoedeme, consécutif à un curage ganglionnaire pour cancer du sein

Notez que l'oedème respecte les plis des doigts, ce qui est un caractéristique du lymphoedeme.

Figure 57



Figure 58



Figure 59



Dactylites

Les étiologies principales des dactylites (qui donnent aux doigts un aspect "en saucisses de cocktail") sont immunitaires (spondylarthrite ankylosante, psoriasis et sarcoidose), infectieuses (septicémie à staphylocoques, streptocoques, brucella et tuberculose ou syphilis), congénitales (drépanocytose) et métaboliques (goutte tophacée).

Figure 60



Figure 61



8.4. Main rétractée

Maladie de Dupuytren

La maladie de Dupuytren se caractérise par une série de rétraction et de nodules tendineux palmaire

Dans un premier temps, le patient est gêné par des successions de blocage et de doigts à ressaut. Puis le blocage du doigt en flexion devient permanent

Le traitement chirurgical est très simple et ne doit pas être effectué trop tardivement.

IPP : articulation interphalangienne proximale ; IPD : interphalagienne distale ; MP : métacarpophalagienne.

Figure 62

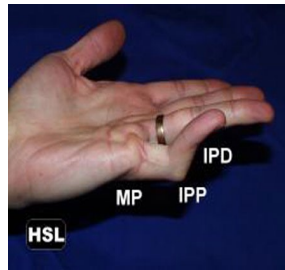


Figure 63

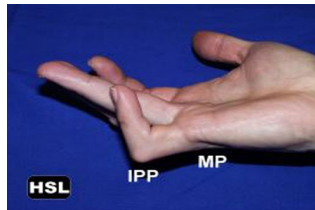


Figure 64



Figure 65



Cheiroarthropathie diabétique

- Limitation indolore de la flexion et surtout de l'extension des doigts, principalement en regard des articulations métacarpo phalangiennes (MCP) et interphalangiennes proximales (IPP) , l' IPP du 5ème doigt est le plus touché.
- Responsable d'une attitude en flessum des doigts. Demandez au sujet de joindre les mains dans le

« *signe de la prière* » : le défaut d'accolement des faces palmaires des doigts témoigne de l'enraidissement consécutif au flessum.

- S'associe parfois à un remaniement cutané scléreux, un syndrome de Raynaud et des infarctus pulpaire. Il ne se distingue alors de la sclérodermie que par l'absence de tégangiectasies.
- Souvent associées à la macro angiopathie diabétique.

Figure 66



Figure 67



Figure 68



Figure 69



8.5. Main inflammatoire

Maladie de Behcet

Figure 70 : Lésions cutanées



Figure 71 : Lésions cutanées



Figure 72 : Aptes



Figure 73 : Pseudo folliculite



Arthrite et Syndrome myélodysplasique

Cette patiente présentait des lésions oedémateuses et inflammatoires de plusieurs articulations proximales des mains.

Les radiographies étaient normales.

Figure 74



Crise de goutte

Celle-ci atteint volontiers le gros orteil, au niveau de l'articulation métatarsophalangienne. Rougeur chaleur douleur oedème sont caractéristiques.

Figure 75



8.6. Main tâchée

Purpura sénile de Bateman

Figure 76



Papules infiltrées violacées en rapport avec une vascularite (periarterite noueuse)

Figure 77



Télangiectasies chez un patient ayant une maladie de Rendu Osler

Figure 78



Figure 79



Figure 80



Figure 81



Figure 82



Figure 83



Photosensibilisation

Photosensibilisation des mains chez un patient recevant un traitement par cycline au long court.

Figure 84



8.7. Main sclerosée

Sclérodémie

CREST Syndrome: outre l'aspect infiltré, notez la présence de télangiectasies des doigts (que vous retrouvez au niveau du visage).

Figure 85



Figure 86



Figure 87



Figure 88



Figure 89



Figure 90 : Nécrose digitale



Figure 91 : Nécrose digitale



Figure 92 : Nécrose digitale

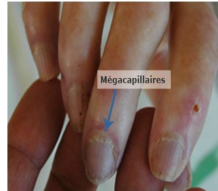
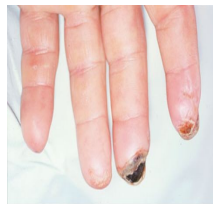


Figure 93 : Nécrose digitale



8.8. Main surchargée

Amylose

Figure 94 : Bulle hémorragique spontanée



Mucinose papuleuse avec scléromyxoedème, dans un contexte de gammopathie monoclonale IgG lamda

Figure 95



Figure 96



Figure 97



Figure 98

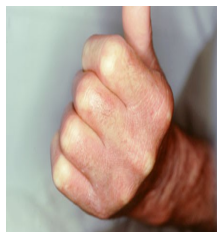


Figure 99 : Rides longitudinales de la glabella avec aspect léonin



Tophus goutteux

Figure 100



Figure 101



Figure 102 : On les recherche aussi sur les oreilles



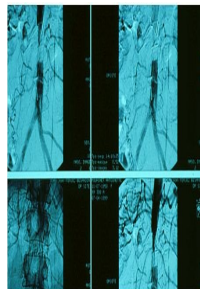
8.9. Doigts bleus

Ichémie digitale critique, liée à une embolie provenant d'une plaque athéromateuse de l'aorte abdominale :

Figure 103



Figure 104



Livedo consécutif à des embolies de cristaux de cholestérol

Figure 105



Syndrome de Sharp après sympathectomie thoracique

Les doigts malades sont encore violacés, la main traitée à retrouver une couleur normale: notez les doigts boudinés typiques de cette affection.

Figure 106



Crohn et Embols

Embolies distales sur trouble de la coagulation.

Nécessité d'amputation à trois semaines malgré un geste de revascularisation.

Figure 107



8.10. Doigts rouges

Engelures

L'engelure se caractérise par des nodules des mains et pieds, de volume plus ou moins important, de coloration rouge, durs, prurigineux et douloureux.

Les engelures peuvent se compliquer de crevasses ou de phlyctènes (vésicules sous-cutanées).

Figure 108

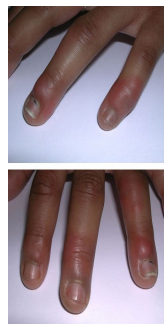


Figure 109 : Engelures et anorexie



Doigts rouges, d'étiologie et physiopathologie mal connues

Les patients infectés par le VIH ou le VHC et les usagers de cocaïne peuvent présenter des anomalies de coloration des doigts

Figure 110



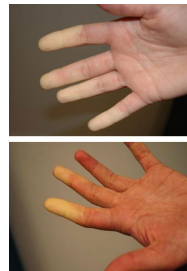
Figure 111



8.11. Doigts blancs

Syndrome de Raynaud

Figure 112



8.12. Grosse main

Acromégalie

Figure 113



Figure 114



Figure 115



8.13. Main infectée

Arthrite septique à staphylocoque

Figure 116



Larva migrens

Figure 117



Placard érythémateux de Janeway

Complications rarement observées au cours de l'endocardite bactérienne.

Figure 118



Faux panaris d'Ossler au cours d'une endocardite à staphylocoques

Figure 119



Fièvre boutonneuse Méditerranéenne

Si la plupart des maladies éruptives ne donnent pas de lésions de la paume des mains et des pieds, ce n'est pas le cas de la fièvre boutonneuse méditerranéenne (ni de la syphilis, mais ce n'est pas le sujet de cette photos !).

Figure 120



Orf

Maladie virale proche de la variole transmise par les moutons lors des abattages clandestins. L'évolution en est le plus souvent bénigne.

Figure 121



Figure 122



Figure 123



8.14. Main hyperlaxe

Maladie de Marfan

Noter la longueur du pouce qui dépasse l'IPP de l'index.

Figure 124



Maladie d'Ehlers Danlos

Hyperlaxité articulaire, perte de l'élasticité cutanée

Figure 125



Figure 126



Figure 127

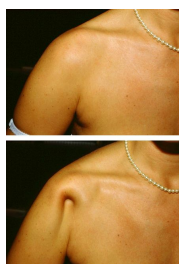


Figure 128 : Cicatrices atrophiques et papyracées

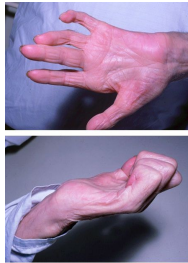


8.15. Main atrophiée

Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

La sclérose latérale amyotrophique entraîne une amyotrophie des loges thenar et hypothenar, donnant un aspect "en main de singe".

Figure 129



8.16. Vascularites, artérites

Livedo dans le contexte d'une vascularite

Figure 130



Nécroses digitales dans le contexte d'une vascularite

Figure 131



Purple toes

Orteils violets consécutifs à des embolies de cristaux de cholestérol après une coronarographie.

Figure 132



Nécrose cutanée

Figure 133



8.17. Main et maladies autoimmunes

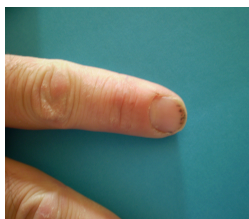
Vitiligo

Figure 134



Syndrome anti-phospholipide

Figure 135 : Hémorragies en flammèches sous-unguéales



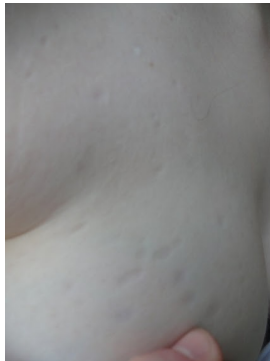
Hémorragies en flammèches sous-unguéales chez un patient présentant un syndrome des antiphospholipides. Ces lésions sont également observées au cours de l'endocardite infectieuse, du syndrome hyperéosinophile primitif.

Figure 136 : Livédo racemosa du tronc



Livédo racemosa du tronc, non infiltré, à mailles fines et non fermées formant des cercles incomplets, chez une patiente présentant un syndrome des antiphospholipides compliqué d'accidents vasculaires cérébraux.

Figure 137 : Anétodermie



Anétodermie chez une patiente présentant un syndrome des antiphospholipides. L'anétodermie est une pathologie acquise du tissu élastique dermique caractérisée par un déficit focal en fibres élastiques. La lésion élémentaire est une macule rosée ou blanchâtre circonscrite, d'aspect fripé, avec sensation de herniation à la palpation. Son observation au cours du lupus et du syndrome des antiphospholipides est rare.

Lupus

Dans le lupus les lésions cutanées respectent les plis au niveau des articulations (à l'inverse de la dermatomyosite)

Figure 138



Figure 139



Dermatopolymyosite

Figure 140 : Erythème du lit de l'ongle et papules de Gottron Signe de la manucure



Figure 141 : Paupières violacées



Figure 142 : Visage erythrodermique et infiltré



8.18. Bulles

Lésions bulleuses de toxidermie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens

Figure 143



Figure 144



Pustules

Figure 145



Pyoderma gangrenosum

Figure 146



Porphyrie cutanée tardive

Figure 147



Bulles nécrotiques de periarterite noueuse

Figure 148



Lupus et anticoagulant circulant

Figure 149



8.19. Ongles

Signe de Frey

Les hémorragies en flammèches peuvent témoigner d'une endocardite bactérienne, d'un syndrome des anti phospholipides, de micro embolie à partir de thrombus cardiaque ou de certaines vascularites systémiques.

Figure 150



Pigmentation médicamenteuse

Medicament : retrovir

Figure 151



Ligne de Beau

Celles-ci témoignent d'une maladie sérieuse ayant entraîné un arrêt de croissance de l'ongle.

Figure 152



Hippocratism Digital

Cette anomalie peut être héréditaire, mais elle traduit le plus souvent une maladie pulmonaire ou une malformation cardiaque, avec hypoxie chronique

Figure 153

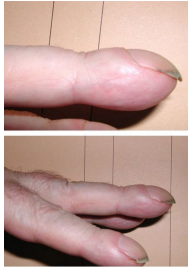
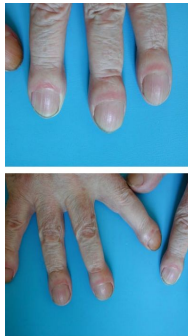


Figure 154



Pathomimie / Ongles courts

Cette patiente se coupait les ongles avec un cutter tous les matins

Figure 155



Ongles longs

Patiente âgée présentant un syndrome démentiel, vivant à l'abandon

Figure 156

