



EDITO

Voici le 1^{er} numéro de *Contact*, la lettre d'information du service de médecine interne qui sera, 3 fois par an, un trait d'union entre nos 2 spécialités.

Dans chaque édition, *Contact* vous éclairera sur une pathologie ou un symptôme. Aujourd'hui, « le phénomène de Raynaud »

est mis en vedette. L'actualité et les projets de notre équipe seront également abordés : recrutement médical, évolution de notre offre de soins, formations complémentaires, ... Notre objectif est de faciliter les relations entre la médecine générale et notre spécialité. La médecine interne n'est pas toujours facile à définir car elle n'est pas une spécialité d'organe.

Nous nous considérons avant tout comme les « dépanneurs » du médecin généraliste. Quand la situation médicale vous paraît très complexe, en cas d'errance diagnostique, lorsque vous constatez un symptôme inhabituel, appelez-nous ! **Un médecin référent est joignable au 02 47 47 98 88.**

Bonne lecture !

LE PHENOMENE DE RAYNAUD

Le phénomène de Raynaud est un acrosyndrome fréquent, surtout en hiver. Les motifs de consultation sont variables. Il peut s'agir de la plainte principale et l'enjeu sera alors de faire la part entre une maladie de Raynaud, bénigne, et un phénomène de Raynaud qui peut s'intégrer dans une maladie dite systémique (sclérodémie, lupus érythémateux disséminé, ...).

A l'interrogatoire, il faudra :

- Confirmer le diagnostic de phénomène de Raynaud.
- Évaluer sa gravité et son retentissement clinique.
- Distinguer s'il s'agit d'un phénomène de Raynaud primaire ou secondaire.

La séquence classique associe de façon stéréotypée, une phase anoxique, cyanique puis érythermalgique douloureuse (le classique blanc, bleu et rouge), mais des formes incomplètes, syncopales pures, sont possibles.

La maladie de Raynaud idiopathique survient essentiellement chez la jeune femme au moment de l'adolescence. Un antécédent familial (mère ou tante) est très souvent retrouvé. Il importe de noter le caractère uni ou bilatéral, le nombre de doigts atteints, le nombre de phalanges, les circonstances déclenchantes, la durée des crises, le caractère exclusivement hivernal ou non.

Chez l'homme, le caractère idiopathique est plus rare et, surtout après l'âge de 40 ans, nécessitera d'éliminer en premier une pathologie professionnelle, puis une affection organique. Il faut faire la liste des médicaments pris par le patient (interféron alpha, ergot de seigle...). L'interrogatoire insiste également sur les habitudes de vie (tabagisme mais aussi cannabis, cocaïne, amphétamines), le régime alimentaire restrictif ou pas, la pratique de certains sports (karaté, volley-ball).



Femme, 19 ans avec phénomène de Raynaud (phénomène vasomoteur) depuis 5 ans dans le cadre d'une maladie de Raynaud (maladie idiopathique familiale liée à une hypersensibilité au froid) avec un antécédent familial (mère ayant la même symptomatologie depuis 30 ans)

A l'examen clinique :

Le pouce est souvent épargné dans les formes primaires. Le caractère unilatéral nécessite d'éliminer une cause locorégionale avec auscultation des axes vasculaires, éventuellement compléter par un écho-doppler artériel. Il n'y pas d'intérêt à repro-

duire un phénomène de Raynaud avec de l'eau froide. L'examen attentif de la main recherche une sclérodactylie, des télangiectasies, des hémorragies unguéales ou des mégacapillaires, une prise de pression artérielle bilatérale. Puis, on réalise une manœuvre de Allen pour contrôler la vascularisation de la main et des manœuvres dynamiques pour éliminer un défilé thoraco-brachial.

Chez l'enfant, le phénomène de Raynaud existe-il ?

Il existe peu d'études, ce qui rend les conclusions délicates. Il est rare avant 10 ans, principalement féminin et peut être secondaire à des pathologies systémiques.

Maladie grave ?

Même si il s'agit principalement d'une pathologie altérant la qualité de vie, le pronostic fonctionnel peut être engagé en cas de nécroses digitales.

Tous les acrosyndromes sont ils des phénomènes de Raynaud ?

Non, le diagnostic différentiel

principal est l'acrocyanose qui est permanente, non douloureuse, et touche les quatre extrémités avec une hypersudation caractéristique.

Quel bilan initial et quand faut-il adresser le patient pour un avis spécialisé ?

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une forme familiale idiopathique qui ne justifie aucun examen ou avis complémentaire. Ce n'est qu'en cas d'aggravation des symptômes ou de constatation d'anomalie à l'examen clinique qu'on demandera en premier lieu une capillaroscopie. En fonction du résultat le médecin interniste complètera par la réalisation d'un bilan biologique: NFS, CRP, FAN (anti-DNA natifs, RNP), compléments (C3, C4 et CH50) et CPK (si doute sur polymyosite), un bilan thyroïdien, protidémie, albuminémie (une dénutrition peut être révélée par un phénomène de Raynaud).

Quel traitement proposer ?

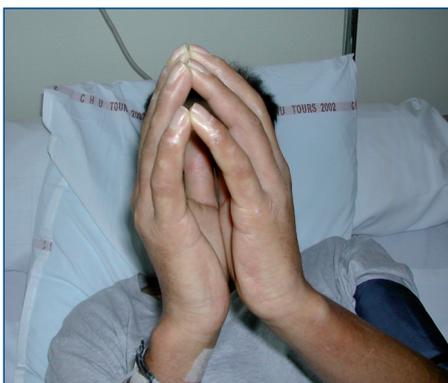
Les patients doivent lutter contre les facteurs déclenchant dont le froid et l'humidité : couvre chef et écharpe, port de gants en hiver, arrêt du tabagisme. Si besoin, un traitement par inhibiteur calcique peut être proposé durant la période hivernale. En cas d'échec, de forme secondaire (sclérodermie ++), des cures d'Iloprost sont réalisées en hospitalisation.

S'agit-il d'une maladie professionnelle ?

La recherche d'une cause professionnelle doit être systématique dans l'enquête étiologique, surtout si il s'agit d'un travailleur manuel. Il existe trois entités : la maladie des vibrations (tableau 69A régime général et 29A régime agricole), le syndrome de loge hypothénaire (tableau 69C du régime général et 29C du régime agricole). Enfin, La sclérodermie peut être d'origine professionnelle en cas d'exposition à de la silice (tableau 25A3 du régime général).

les questions utiles au diagnostic

- Description précise de la crise ?
- Combien de phalanges sont touchées ?
- Combien de doigts sont touchés ?
- Les pouces sont ils atteints ?
- Bilatéralité ?
- Durée précise des crises ?
- Y a-t-il une aggravation progressive ?
- Les crises surviennent elles en été ?
- Y a-t-il eu des troubles trophiques ?
- Fumez-vous ?
- Prenez vous des médicaments, si oui, lesquels ?



Signe de la prière en faveur d'une sclérodactylie avec acrosclérose chez un patient avec une sclérodermie systémique.



Mégacapillaires et microhémorragies visibles à l'œil nu chez une patiente atteinte de sclérodermie.



Capillaroscopie. Sclérodermie avec atteinte microvasculaire raréfaction capillaire, microhémorragies, mégacapillaires et un œdème nacré.