

# Au chevet de la clinique ?

Alain Quesney, pédiatre

§Pratique médicale

§Enfant, Périnatalité

§Images, imagerie médicale

Il faut s'y résoudre : l'imagerie médicale a remplacé la radiologie. On dit encore radiologue et non encore imagier qui, on en conviendra, fleurit bon la petite enfance (cf. l'imagier du Père Castor).

Il est vrai que scanners, IRM, et surtout échographies ont tendance de plus en plus à supplanter les rayons X. Parallèlement, il existe une fascination pour l'imagerie médicale, fascination qui va crescendo et saisit à la fois soignants et familles. Le visuel a supplanté les quatre autres sens et ce qui est plus grave, me semble-t-il, l'intelligence, le sixième sens déjà célébré par Galien<sup>1</sup>.

Je me rappelle de staffs hospitaliers récents où, présentant l'histoire clinique d'un enfant, je sentais monter de façon palpable et irrésistible l'impatience de l'auditoire jusqu'à en être interrompu par un « Vous avez l'IRM ? » (sous-entendu : assez de paroles, allons à l'essentiel !)

Et pourtant en pédiatrie, la merveilleuse fée imagerie peut quelquefois se révéler une mauvaise fée !

Paul a sept ans. Je le vois pour la première fois car malgré de réelles capacités, il peine à rentrer dans les apprentissages scolaires et désespère parents, enseignants et rééducateurs. Il a des fuites encoprétiqes. Il est agité et ne paraît disposé à se concentrer que lorsqu'il est en relation duelle avec l'adulte. Nouveau-né, il avait tardé à reprendre du poids à la maternité. C'est ainsi qu'il avait « bénéficié » (comme on lit dans les comptes-rendus hospitaliers...) d'une échographie abdominale. Celle-ci avait révélé un rein unique gauche. Cette mention « rein unique gauche » avait été recopiée par un soignant obsessionnel ou mal intentionné (?) sur toutes les pages droites du carnet de santé. Des fois que... des fois qu'il chute lourdement de sa table à l'angle sur son rein unique gauche, des fois qu'un praticien négligent oublie l'ECB des urines en cas de fièvre inexpliquée. Quand le choc des mots rejoint le poids des photos ! Paul se le rappelle bien et me dit qu'il doit boire beaucoup pour laver son rein qui est « sali » (sic) par tout ce qu'il mange.

On peut imaginer avec de telles prémisses dans

quel sens s'est construite la relation primordiale de Paul avec ses parents. On peut dire que cette échographie malencontreuse (qui trouve un élément inutile pour ce qui était initialement cherché) a pu contribuer à faire de Paul un bébé fragile, précieux, handicapé presque, en tous cas à protéger. C'est ce que Boublil appelle le « syndrome du rescapé »<sup>2</sup>, un enfant qui se doit d'être « plein de vie », c'est-à-dire tout puissant, sans limites ni barrages parentaux à ses pulsions agressives, et donc particulièrement peu préparé aux apprentissages scolaires.

Parfois, les parents s'approprient le décryptage des images ou du compte-rendu quelquefois énigmatique...

Luc est âgé d'un mois. Sa mère me l'amène en raison d'une recrudescence des pleurs. On a découvert en échographie anténatale une image de l'hypochondre droit qui s'est révélée après la naissance être une lithiase vésiculaire sans aucun signe d'anomalie de la voie biliaire.

Le grand frère Ismaël avait subi à l'âge de 4 mois une cholécystectomie : il avait présenté un malaise. A l'hôpital, la palpation de la région sous hépatique était douloureuse, il y avait une augmentation des transaminases et les mêmes images échographiques de « boue vésiculaire ». Le bilan étiologique très complet n'avait pas retrouvé de cause syndromique à la lithiase d'Ismaël. C'est dire l'inquiétude de la mère de Luc qui me dit être persuadée que l'histoire de l'aîné se répète chez le cadet. Elle scrute le dernier compte-rendu échographique et en isole la phrase suivante « le rétro-péritoine est mal dégagé en raison d'un barrage gazeux important ». Elle a le sentiment d'y lire (enfin pourrait-on dire) la cause objective des pleurs : les gaz sont bloqués et donc l'enfant pleure. C'est simple et mécanique comme un bouchon sur le périphérique un vendredi soir... En fait, l'échographiste, jeune interne en radiologie voulait simplement dire que l'examen n'avait pas pu tout visualiser et notamment la région rétro-péritonéale, ce qui cliniquement n'avait strictement aucune importance. L'exhaustivité et la transparence du compte-rendu sont certes des précautions à visée médicalégale, peut-être incontournables,

mais elles ont là des conséquences inattendues de l'ordre du « scripta manent ». Le clinicien peut toujours s'aligner, parler, argumenter... « verba volant » !

L'attrait de l'imagerie et la séduction qu'elle exerce sur le public se combinent avec la perte de confiance relative dans le médecin traitant toujours inégalement mis en concurrence avec le Dr Google.

On ne trouve que ce que l'on cherche ; il ne faudrait pas oublier cet axiome de bon sens ! Le collègue radiologue ne peut travailler efficacement que s'il répond à une question posée par le clinicien (Aimard<sup>3</sup>). Encore faut-il qu'il se contente de cette réponse, fut-elle négative !

Arthur, sept ans, est un garçon très anxieux. Il se plaint de façon inhabituelle pourtant et toute récente de douleurs péri-ombilicales paroxystiques intenses. L'examen clinique est sans anomalie. Par principe, il faut éliminer une invagination intestinale aiguë. L'échographie est ici totalement normale. Pourtant, le radiologue se substituant au clinicien conclut ainsi : « Ces éléments (entendons bien qu'ils sont tous négatifs) sont en faveur d'entéropathie au niveau de l'intestin grêle de la région péri ombilicale (épisodes de sub-torsion et d'invagination). Je me suis permis de rassurer le jeune patient et ses parents ».

L'angoisse d'Arthur et celle de sa mère étaient certes « palpables ». Fallait-il pour autant vouloir la soulager en urgence, court-circuiter le clinicien et combler « l'horrible » vide diagnostique en imaginant (en remettant en images) ce que l'examen ne montrait pas : les termes choisis n'ont rien de très rassurant, on en conviendra...

Les parents sont souvent extrêmement déçus lorsqu'un examen d'imagerie n'apporte pas le diagnostic étiologique escompté. C'est particulièrement le cas lors du bilan d'un autisme précoce où, dans la majorité des cas, l'IRM cérébrale se révèle négative.

Dans certains cas, le radiologue ne sait pas « fermer la porte qui s'est ouverte sur le corps » et la tentation est forte pour lui de vouloir la rouvrir (Aimard<sup>3</sup>).

Pourquoi un contrôle systématique à 15 jours de toutes les pneumopathies de l'enfant ?

Pourquoi un scanner « de sécurité » proposé à l'âge de 2 ans pour un céphalématome dont le diagnostic clinique était formel et dont l'image calcifiée (on aurait pu se dispenser de l'obtenir) était évidente aux rayons X ?

Dans d'autres cas, c'est le clinicien qui est trompé par manque de confiance en la clinique (interrogatoire et examen qu'il a négligés voire bâclés), mais aussi par excès de confiance dans l'imagerie. Marie, dix ans, se plaint depuis 72 heures de la

fosse iliaque droite et de la fosse iliaque gauche. Elle n'a pas de fièvre franche (37°6), se dit fatiguée et n'a pas eu de selles depuis deux jours. Elle consulte en urgence au CHU où elle est conduite très vite en radiologie. Le cliché ne montre que des selles (j'allais écrire dures !) encombrant le côlon. Le diagnostic retenu est celui de constipation aiguë et le traitement prescrit consiste en des lavements de Normacol®. Il n'a pas été tenu compte du caractère nocturne de la douleur et de la douleur provoquée à la mise en tension du psoas qui conditionnait une démarche précautionneuse de « petite vieille ». Le lendemain, quand je la vois, le tableau est plus franc avec 38°5, défense, hyperleucocytose et aspect d'abcès appendiculaire à l'échographie. Il est toujours amusant de noter quand le radiologue décrit la douleur provoquée au Mac Burney au palper... par le biais de la sonde de l'échographe... où il est prouvé que l'équation douleur abdominale = abdomen sans préparation est aussi inopérante que celle de trauma crânien = radios du crâne.

La médecine marche sur la tête quand elle prétend que ses jambes sont dorénavant l'imagerie et la biologie<sup>1</sup>. Le diagnostic ne peut pas reposer sur la seule imagerie (même doublée de la biologie). L'échographe qui décrit des urines hyperdenses d'un nouveau-né ne peut en aucun cas en conclure seul (sans le recours à la clinique) qu'il s'agit d'une « pyélie » (comme on le lit dans certains comptes-rendus radiologiques), c'est-à-dire d'une infection urinaire... Les urines denses, la cristallurie sont physiologiques chez le nouveau-né et ne correspondent pas forcément à une pyurie.

Le vocabulaire spécialisé devient une « novlangue ». La fenêtre spatiale se temporalise, c'est ainsi que l'échographie de dépistage de la trisomie 21 doit obligatoirement être pratiquée dans une fenêtre précoce et étroite de la 11<sup>e</sup> semaine à la 13<sup>e</sup> semaine + 6 jours.

Il y a donc là matière à contester ce que Foucault appelait la « suzeraineté du regard » et que l'on pourrait désormais nommer la tyrannie de l'image, cet écran technologique qui s'interpose de plus en plus entre patient et médecin.

Dans *La naissance de la clinique*, le philosophe décrivait l'apport décisif de l'anatomopathologie à l'avènement de la médecine moderne. Il citait Bichat : « Ouvrez quelques cadavres et vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que la seule clinique n'avait pu dissiper »<sup>4</sup>.

On pourrait aujourd'hui le paraphraser en rem-

« La révolution de l'imagerie moderne est bien dans la lignée de la révolution anatomo-clinique. Il s'agit toujours là d'une clairvoyance objectivante, de la toute puissance d'un regard acéré qui pénètre à l'intérieur et rend visible l'invisible. »

.../...

.../... plaçant l'ouverture de « quelques cadavres » par celle de « quelques fenêtres d'imagerie ». La révolution de l'imagerie moderne est bien dans la lignée de la révolution anatomo-clinique. Il s'agit toujours là d'une clairvoyance objectivante, de la toute puissance d'un regard acéré qui pénètre à l'intérieur et rend visible l'invisible. Le scalpel remplacé par les rayons X puis maintenant par la vibration des ions H<sup>+</sup> dans un champ magnétique. Le problème, c'est « l'évitement du corps indissociable de l'évidement de la parole »<sup>1</sup>. L'imagerie accède à « l'ultime désir des médecins à savoir faire de la médecine sans le malade. Les malades sont remplacés par les images de leur corps et les médecins peuvent se réunir, les étudier, les commenter, s'exprimer librement loin du regard du malade »<sup>3</sup>.

Jusqu'alors la pédiatrie résistait comme médecine générale de l'enfant, c'est-à-dire lieu de la globalité rassemblée du soma et de la psyché d'un enfant singulier dans une famille donnée.

Elle se définit aujourd'hui de plus en plus comme un assemblage de sur-spécialités (ou ne devrait-on pas dire plutôt sous-spécialités ?) juxtaposant des techniciens doués dans le dépannage de tel ou tel organe. La pédopsychiatrie n'y fait presque plus exception quand, fascinée par les neurosciences, elle considère comme obsolètes la psychopathologie et la psychanalyse, c'est-à-dire l'écoute d'une autre parole, une autre recherche de sens.

Il ne faut certes pas être nostalgique, regretter le temps des examens cliniques interminables, celui de l'UIV, de la myélographie, de l'encéphalogra-

phie gazeuse... celui des indécentes présentations de malades et des salles communes privées d'intimité. Qui connaît aujourd'hui et pratique encore la pectoriloquie aphone (décrite par Laennec) ou rechercherait le bruit d'airain de Trousseau ?

Je me rappelle d'un tableau sur le mur de la boucherie proche de la maison de mes grands-parents et qui représentait une procession funéraire avec la légende : « Le crédit est mort, les mauvais payeurs l'ont tué ». La clinique est-elle morte ? Les mauvais cliniciens l'ont-ils tuée ? L'enseignement des sciences dures au détriment des sciences humaines (dites molles) a-t-il définitivement porté ses fruits verts. J'en suis certes agacé, mais faut-il se résigner ou créer une nouvelle clinique ?

« I make a dream » : la parole du patient (ou de ses parents) ne serait pas interrompue avant la troisième minute, on favoriserait la pratique des groupes Balint, des maisons médicales seraient créées et rassembleraient médecins et soignants, le paiement à l'acte serait supprimé puisque radiologues et praticiens auraient les mêmes rémunérations... ■

- 1. *La mort de la clinique ?*, Ouvrage collectif, Quadrige, PUF, novembre 2009.
- 2. *Un enfant difficile : syndrome du rescapé ?*, Michel Boublil, Médecine et enfance, novembre 2009.
- 3. *Imagerie médicale : les arcanes d'un succès*, Pierre Aimard, conférence du 16 septembre 1995 disponible sur Internet : <http://membres.multimania.fr/spirales/radiol.html>
- 4. *Naissance de la clinique*, Michel Foucault, Quadrige, PUF (1<sup>re</sup> édition 1963).

## La radio est normale

Didier Ménard, médecin généraliste

Quand j'étais jeune externe en psychiatrie à l'Hôtel Dieu à Paris, nous recevions en consultation des malades souffrants de douleurs lombaires. Ces malades étaient adressés par le service de rhumatologie, avec l'indication d'une prise en charge d'un syndrome dépressif qui les poussait à majorer leur douleur. A la question : « Pourquoi ont-ils mal au dos ? » La réponse était toujours la même : arthrose lombaire, mais la radio est normale. Si la radio est normale, si la douleur est normale avec l'arthrose, si le docteur rhumatologue a dit que ce n'est pas un problème d'articulation, alors cela devient un problème de psychiatre. A lui d'expliquer que si la douleur est si intense, c'est que la psychologie du malade est elle-même en souffrance et que cela explique l'inefficacité des traitements contre la douleur. A lui alors de proposer un traitement antidépresseur, une psychothérapie cognitive, voir analytique... Nous ne manquions pas de ressources, quant à savoir si elles furent efficaces en ce

qui concerne le mal de dos la réponse est non : les malades ne sont vraiment pas aidants !

Puis arriva le sauveur : le scanner. La révolution diagnostique était en marche. Nouveau moyen, nouvelle pratique. On soumit à tous nos malades psychiatriques du dos le scanner lombaire et là, ô miracle de la technicité, le diagnostic devint évident : ils avaient tous à des degrés différents le célèbre conflit disco radiculaire. Ce qui expliquait la douleur. Cette fois, la radio n'est plus normale donc vous n'êtes plus fous, vous êtes porteur d'une hernie discale. Bon, la solution thérapeutique n'en est pas pour autant simple, mais le malade retrouve son statut de malade lombaire, c'est quand même moins grave que malade psychiatrique et c'est surtout plus proche de la vérité. A propos de vérité, à ma connaissance, jamais aucun rhumatologue n'a adressé à un malade une lettre d'excuse pour l'avoir pris pour un simulateur fou. ■