

Pr Philippe HUMBERT

Préface du **Pr Henri Joyeux**



LES PARASITES

CES HÔTES INVISIBLES QUI ENVAHISSENT NOTRE CORPS



Guy **Trédaniel**
éditeur

Pr Philippe HUMBERT

Préface du **Pr Henri Joyeux**



LES PARASITES

CES HÔTES INVISIBLES QUI ENVAHISSENT NOTRE CORPS



Guy **Trédaniel**

© 2025, Guy Trédaniel éditeur.

ISBN : 978-2-8132-3447-6

Tous droits de reproduction, traduction ou adaptation réservés pour tous pays.

www.editions-tredaniel.com

info@guytredaniel.fr

 www.facebook.com/tredaniel.reflexion

 [@tredaniel_reflexion](https://www.instagram.com/tredaniel_reflexion)

Pr Philippe HUMBERT

Préface du **Pr Henri Joyeux**

LES PARASITES

CES HÔTES INVISIBLES QUI ENVAHISSENT NOTRE CORPS

Guy **Trédaniel** éditeur

19, rue Saint-Séverin
75005 Paris

Du même auteur

Le Pr Philippe Humbert est l'auteur de plusieurs livres à succès pour le grand public, dont :

Avez-vous un bon médecin ?, Fayard, 2018.

Votre peau me dit tout de vous !, PureSanté, 2020.

Les Brèves de mon médecin, Éditions Sydney Laurent, 2020.

*À tous ceux qui pensent que la médecine est écrite une fois pour toutes,
À tous ceux qui n'écourent pas ce que disent les malades,
À tous ceux qui ne prêtent que peu d'attention à des examens biologiques courants et anciens,
À tous ceux qui sourient à l'évocation des parasites,
À tous ceux qui exercent un métier passionnant sans être passionnés,
À tous ceux qui ne vous croient que lorsque vous êtes dans une position d'autorité,
Aux membres des Conseils de l'ordre des médecins, pour les efforts qu'ils ont, comme tout un chacun, à faire...
À tous ceux qui ne supportent pas l'indépendance d'esprit,
Pour que leur esprit s'ouvre et qu'ils deviennent ce qu'ils auraient toujours voulu être.
Toute ressemblance avec des personnes existantes ou ayant existé serait purement fortuite...*

À mes parents qui m'ont donné le goût du travail et de la persévérance,

À mes enfants, Sébastien, Xavier, Maëlle et Inès,

À mes petits-enfants, Louise, Juliette et Lucie,

À ma sœur Françoise et mon frère Gilles, à Christian et Isabelle,

à ma Famille, qui m'ont toujours soutenu,

À mes patients, qui sont la raison de mon investissement,

À mes amis, qui ont toujours cru en moi,

À mes confrères, qui reconnaissent en moi une originalité qui ouvre bien des voies,

*À M. le **Pr Jean-Louis Dupond**, le meilleur médecin que je connaisse, et qui m'a tout appris,*

*À Mme le **Dr Thérèse Barale**, qui m'a donné la passion des parasites, et sans qui ce livre n'aurait pas pu être écrit,*

*À Mme le **Pr Dominique Vuitton**, pour sa passion et son travail incessant,*

*À Mme le **Pr Solange Bresson-Hadni**, pour son amitié, son humilité, l'excellence de son travail et de ses recherches,*

*À Mme **Brigitte Boissenin**, une assistante de direction, que l'on appelait auparavant secrétaire, sans laquelle je n'aurais pas réussi ce que j'ai effectué. Je lui garde une reconnaissance impérissable,*

À Éliane, Marie-Claire, Anne Estelle et tous leurs collègues hospitaliers, ASH, aides-soignants, infirmiers, sans lesquels l'hôpital n'aurait pas cette humanité,

À mes internes et collègues qui suivent ma voie pour une médecine plus efficace et plus humaine,

À mes amis et collègues qui partagent avec moi le goût des connaissances nouvelles : le Dr Paul Rodolakis, le Dr Christian Rondot, le Dr Rémy Tarrius, le Pr Jacques Massol, le Pr Dan Lipsker, le Dr Matthieu Cantet, le Pr Pierre Bechtel et le Dr Yvette Bechtel, le Pr Georges Manton, Mme Evelyne Schwalm, Mme le Dr Patricia Delarive,

À mes amis d'enfance, toujours présents à mes côtés : Didier et Christine, Pelot et Maryse,

À mes amis d'aujourd'hui : Catherine et Christophe, Stéphanie et Anita, Flavien, Marie-José, Stéphane, Antillia et Andrew, Mustapha, Philippe et Linda, André et Marie-Hélène, Bernadette et Paul, Valérie, Catherine...

Remerciements particuliers à Philippe Chaudemange pour son aide précieuse.

À mon équipe : Jessica, Camille, Séverine et Tassadit pour leur soutien permanent.

SOMMAIRE

Préface par le Pr Henri JOYEUX

Introduction

Et si j'avais des vers ?
Les parasites : ces grands ignorés
Bienvenue dans la grande famille des parasites intestinaux

Chapitre I. Les helminthes

Quand devez-vous suspecter la présence des vers ?
De drôles de cystites
La véritable cause des cystites à répétition
Les mycoses vaginales ? des fausses, of course !
Les mycoses vaginales, soi-disant
J'ai une fichue mycose de la verge
Que faire pour que l'honneur soit sauf ?
Mon fils, 10 ans, fait encore pipi au lit...
Papa, j'ai une bête sous la peau !
Mon eczéma se voit sur mon visage
Langue en carte de géographie
La mauvaise haleine
Le prurit, c'est quand ça démange !
Ça gratte toujours et encore
Gaétan, qui fait ses études au canada
Mélodie, trois ans de galère !
Sacré jeannot, ça te gratte toujours ?
On ne dit pas ça à une dame !
Le diable dans le corps
Ce que vous risquez si vous êtes infesté
Une histoire qui, heureusement, est du passé
Les gamma gt élevés, la marque biologique de la présence du parasite
La toxocarose : une vue plus générale pour une parasitose autochtone fréquente méconnue
L'anisakiase et la gnathostomose
L'anniversaire de rencontre

Sacré maurice

Ce grand homme fatigué

Chapitre II. Les plathelminthes

Mon petit trou d'amour

L'incroyable histoire de marcel bourgin

Roger, avec ce parasite qui lui prend sa vitamine b12

Quels messages pouvons-nous tirer de tous ces cas ?

Existe-t-il des solutions naturelles pour traiter les parasites ?

Chapitre III. Les protozoaires

Les giardiasis

La douve

Ma chère grand-mère

Une histoire de migration sans lien avec les parasites

Retour d'un voyage de nocces

Je crois bien avoir un cancer

La toxoplasmose

La babesia

Chapitre IV. Les liens étonnants entre les parasites et ces maladies

Les vers préfèrent s'installer dans les intestins malades

Chapitre V. Le monde des ectoparasites

Le beau diagnostic du pr penev

Les morpions ou poux de sexe

Prurit de haut vol

Mon dieu ! des poux !

Chapitre VI. Le délire d'invasions parasitaires

Une langouste est entrée dans mes muqueuses

Chapitre VII. Et les autres parasitoses

L'amibiase

Ce malade luxembourgeois

« les parasites osent » (les parasitoses) toujours et encore

Ce qu'il faut encore savoir

Dernière minute

Chapitre VIII. Les analyses

Quelles recherches doivent être faites pour confirmer la présence d'un parasite ?

Que doit-on penser de la sérologie ?

Ce n'est pas parce que vos résultats sont négatifs que vous n'avez pas de parasites

Les trois problèmes avec la prise de sang

Pourquoi vous faut-il conserver toutes vos prises de sang, y compris celles d'il y a vingt ans ?

Chapitre IX. Méthodes diagnostiques directes des principales parasitoses

Chapitre X. Le traitement des nématodoses

Annexe

Glossaire

À propos de l'auteur

PRÉFACE PAR LE PR HENRI JOYEUX

Ce livre est une mine d'or. Pour étudiant et médecin d'abord, en médecine on enseigne peu à propos des parasites.

Le grand public en a lui aussi besoin, car il voyage de plus en plus vers des zones exotiques et mange de plus en plus mal.

Facile à lire, il est rempli d'anecdotes très concrètes, ponctuées d'humour, où l'on suit le grand clinicien, mon collègue le Pr Philippe Humbert, au jour le jour face à des cas complexes. Au-delà de sa formation universitaire de dermatologue et de spécialiste en médecine interne, il démontre combien l'écoute, l'interrogatoire très complet du patient et son examen minutieux au-delà de sa peau conduisent aux diagnostics les plus inattendus. Il démontre que la peau, votre extérieur nous dit beaucoup de choses de ce qui se passe à l'intérieur de vous. Vous le comprendrez vite, mon collègue s'intéresse fort au tube digestif, à ce qui se passe dans ce qu'on appelle la *lumière digestive*, là où un certain nombre de parasites prennent le gîte et le couvert à votre détriment, se nourrissant souvent de nos erreurs alimentaires. Trop de sucres, de produits laitiers en excès et de viandes rouges...

Philippe Humbert connaît les parasites comme sa poche. Il ne s'embarrasse pas de noms compliqués, mais il les cite afin que tous nos collègues s'y retrouvent, les champignons avec le roi des levures, le *Candida albicans*, les helminthes*¹, vers ronds aussi nommés ascaris*, les plathelminthes*, vers plats avec les ténias de porc ou plus fréquemment de bœuf. Il n'en oublie aucun. Ont leur place les êtres unicellulaires telles les amibes. On vous explique d'où ils viennent, qui vous les transmet et ce qu'ils font en vous.

Philippe Humbert détecte tous les symptômes que tel ou tel parasite est capable de créer, parfois des années après l'infestation : les méchantes démangeaisons, les crises d'asthme, les eczémas, les pertes anormales de cheveux et leurs pellicules, les dartres, les urticaires chroniques, les rhumatismes parasitaires, les herpès

récidivants, les problèmes O.R.L., oculaires jusqu'aux cils, la jaunisse, les traits perturbés du visage, une migraine persistante, une fièvre oscillante... et la flopée de leurs conséquences biologiques, immunologiques.

Dans ce livre que vous ne quitterez pas, vous risquez de vous retrouver avec des symptômes que vous ne comprenez pas. Vous suivrez le labyrinthe des démarches diagnostiques, vous percevrez l'art médical qui cherche les causes au-delà des mécanismes. L'art de notre maître Hippocrate augmenté des immenses progrès de la médecine moderne, en particulier de l'immunologie. Là est le vrai, le grand clinicien, très psychologue, devenu tellement rare. Aucune intelligence artificielle ne le remplacera.

Au fil de la lecture passionnante :

- vous deviendrez plus sérieux avec vos animaux de compagnie en les vermifugeant autant que nécessaire, vous n'attendrez pas de voir les parasites sortir de votre corps, ou leur recherche dans les selles qui ne sert pas à grand-chose ;
- vous comprendrez enfin qu'en vieillissant il faut prendre soin de ses défenses immunitaires, éviter de manger des viandes avariées, des poissons crus inconnus ;
- vous vérifierez qu'une saine alimentation ² sans protéines du lait de vache, et évitant le mauvais gluten issu des semences modernes, vous évitera bien des maladies ;
- vous saurez que la porosité de la paroi intestinale peut laisser passer à votre insu de mauvaises molécules et quelques larves de parasites, car ils savent profiter des fatigues du jeune comme du grand âge.

Si vous êtes passionné par la santé de la tête aux pieds ³ et la finesse des démarches qui conduisent aux diagnostics, voilà le livre *Les Parasites* que je recommande à tous. Il vous ouvrira à ces hôtes invisibles qui peuvent perturber vos défenses immunitaires, allumant les signaux les plus importants de la médecine intégrative.

Pr Henri Joyeux,
septembre 2024

- YOUTUBE : <https://youtu.be/nyWnZ77Sw7E?si=5xgO2rmvduFELuuQ>
- INSTAGRAM : https://www.instagram.com/reel/C9rXEJgsqj_/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=

MzRlODBiNWFlZA==

¹ Les astérisques indiquent de se référer au glossaire, page 293.

² Pr Henri Joyeux et Jean Joyeux, *Manger mieux et meilleur de 0 à 100 ans*, Éditions du Rocher, 2017.

³ Sur YouTube, suivre la chaîne Pr. Henri Joyeux et sur ABC Talk TV « L'Instant Joyeux » avec le Pr Philippe Humbert.

INTRODUCTION

Très souvent, j'essaie de me souvenir depuis quand je m'intéresse aux parasites. Je ne sais pas par quelle intuition, j'ai toujours été convaincu que ces petites bêtes qui nous envahissent pourraient jouer un rôle important dans des maladies justement immuno-allergiques, comme les démangeaisons ou l'urticaire.

Et puis, parce que je questionne longuement les patients, et que je regarde soigneusement toute leur biologie ancienne, je m'étais aperçu que les personnes qui se plaignaient d'un état pelliculaire du cuir chevelu avec des démangeaisons avaient, en fait, les marqueurs de la présence de parasites, probablement intestinaux. Et là où la plupart des dermatologues se contentent d'un shampoing antipelliculaire et de conseils d'hygiène, j'avais déjà observé l'efficacité du traitement antiparasitaire dans la plupart des maladies ou au cours des symptômes de type prurit* (c'est ainsi que dans leur jargon les médecins appellent les démangeaisons) qui ne sont pas liés à une maladie organique.

Et puis en tant qu'homme, j'ai été particulièrement sensible aux nombreuses cystites* et mycoses* que me rapportent les patientes, et dont rien ne peut expliquer le caractère récidivant. Or lorsque j'ai eu l'occasion de regarder des analyses d'urine de ces soi-disant infections urinaires, il n'y en avait pas les critères que nous avaient appris les urologues. Tantôt il n'y avait pas le nombre suffisant de globules blancs, tantôt il n'y avait pas suffisamment de bactéries. J'ai très vite été convaincu qu'il s'agissait de sensations de type infections urinaires, mais qui n'en étaient pas. Et puis, lorsque l'on parle de mycoses, il est important de savoir s'il s'agit d'une candidose. Bien sûr, je ne peux pas me fier à un prélèvement mycologique qui révélerait la présence d'un candida, c'est-à-dire d'une levure, puisque celle-ci est présente au moins une fois sur deux sur les muqueuses génitales, chez des personnes totalement saines. Et puisqu'aucun des patients ne me décrivait les caractéristiques de la candidose, c'est-à-dire des plaques rouges

mal limitées avec des dépôts qui ressemblent à du lait caillé, et de petites pustules, je me suis dit qu'il s'agissait de fausses mycoses, tout simplement d'écoulements de sérosités ou de mucus, associés à des démangeaisons de la région vulvaire. Concomitamment, je relevais des démangeaisons à l'anus. Et par la même analyse approfondie des prises de sang antérieures, je constatais que ces personnes avaient des augmentations récurrentes du nombre des polynucléaires éosinophiles qui, eux, signent la présence d'un parasite interne.

J'ai donc eu très rapidement des succès thérapeutiques en traitant ces fameuses pseudo-cystites et pseudo-mycoses par des médicaments antiparasitaires, ce que me rapportaient les patients.

Par la suite, j'étais curieux de voir que ce sont les mêmes personnes qui vont rapporter des poussées d'herpès, ou être porteuses du papillomavirus*. Il m'a suffi d'effectuer une recherche bibliographique pour découvrir que les parasites de type helminthes entraînaient une baisse de l'immunité susceptible de favoriser le développement de certains virus.

Et puis, à chaque fois que j'affirmais la présence d'un parasite intestinal, je recevais en retour de la patiente une réponse intriguée ou intrigante me disant : « Mais docteur, je ne vois pas de ver dans les selles et mon médecin a fait des analyses qui sont toutes négatives. » J'ai été très vite convaincu que ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de parasites dans les selles que le patient n'est pas infesté. J'ai donc eu l'intuition que ces parasites étaient fortement adhérents à la muqueuse intestinale. Ils se situaient plutôt au niveau de l'intestin grêle, c'est-à-dire bien en amont du gros côlon, donc du rectum et de l'anus.

Et puis l'observation, toujours l'observation, m'a fait remarquer que les personnes qui étaient porteuses de vers avaient en fait des troubles intestinaux à type de ballonnements, gonflements, gaz... Oui, les gaz sont fréquemment l'expression de la présence de vers dans l'intestin, et ces patients avaient une curieuse maladie intestinale, donc exsudative suintante. La boucle était bouclée.

Bien que j'aie rapporté dans de nombreuses conférences et congrès ces informations, que mon expérience venait confirmer, je me suis aperçu à mon grand dam que celles-ci ne rentraient pas, n'étaient pas imprimées dans la mémoire de mes collègues. Si bien qu'aujourd'hui encore, je reçois des patients qui ont été vus par mes anciens internes et qui, devant un tableau évident d'infestation parasitaire, ne l'ont pas évoqué une seule fois. Or, puisqu'il s'agit d'une situation extrêmement fréquente, que ce diagnostic va conduire enfin à un

traitement efficace, je ne peux que plaindre ces jeunes médecins qui, pour des raisons que j'ignore ou que je feins d'ignorer, ne suivent pas ou ne veulent pas suivre mes principes. Un jour en lisant le principe de Peter, je fus éclairé sur ce fait sociologique, que je ne dois pas être le seul à avoir vécu.

ET SI J'AVAIS DES VERS ?

Le Pr Jacques Lapierre, grand parasitologue, avait souligné le scepticisme de nombreux médecins à l'égard des états pathologiques dont ils répugnent à admettre l'existence, je veux parler de ces parasites qui envahissent notre corps, le plus souvent par la voie digestive, et qui entraînent des répercussions sur de nombreuses fonctions, développant des désagréments dont la cause est souvent ignorée.

Les infections parasitaires du tractus digestif sont un sérieux problème de santé publique, dans les pays développés, qui touche des millions d'individus. Les helminthes et les protozoaires* représentent les deux grandes familles impliquées.

Sans aller jusqu'à l'exagération qui voudrait que la finalité de l'être humain soit de permettre le développement et la survie des parasites, nous devons admettre que l'homme est inéluctablement porteur de parasites et plus particulièrement dans certaines circonstances.

Les helminthes sont des organismes multicellulaires qui résident dans le tractus gastro-intestinal, pour la plupart, alors que les protozoaires sont des organismes unicellulaires, microscopiques, au tropisme digestif et urogénital.

En général, les helminthes causent des douleurs abdominales, voire des obstructions, alors que les protozoaires représentent une cause de diarrhée. C'est en tout cas ce que l'on apprend dans les livres de médecine, mais ils sont, les uns et les autres, surtout à l'origine de symptômes chroniques particulièrement désagréables, comme nous allons le voir.

Les maladies parasitaires de cette nature sont aisément curables.

Si la peau et le tube digestif sont deux organes qui ont la particularité d'héberger ce qu'il convient désormais d'appeler le microbiome, c'est-à-dire des germes de toute nature, comme des virus, des bactéries, et des parasites, alors nous devons apprendre à les connaître, qu'ils colonisent l'intestin ou la peau.

Au travers d'anecdotes véritables et vécues, je vais vous emmener, Lectrice et Lecteur, dans ces mondes étranges, surnois, méconnus, et emplis de ces

envahisseurs qui ne nous veulent pas que du bien.

LES PARASITES : CES GRANDS IGNORÉS

Alors que dans les années 1960, il était classique de « purger les enfants chaque année », par exemple à l'occasion des changements de saisons, ou lorsque de la fatigue ou de l'énervement apparaissaient, cette pratique a quasiment disparu de notre société hygiéniste qui a même oublié jusqu'à l'existence des vers intestinaux. Cependant, ce sujet est tout à fait d'actualité, même si, en effet, il y a peu de travaux scientifiques cliniques dans ce domaine. Selon les dires, en lune croissante, les parasites migreraient dans l'intestin, pour proliférer jusqu'en phase de pleine lune, puis rediminuer ensuite. C'est pourquoi il est souvent préconisé d'administrer le vermifuge trois jours avant et trois jours après la pleine lune. Nos anciens savaient inconsciemment que bon nombre de problèmes étaient liés à la présence de « vers » dans le tube digestif. Par exemple, nul n'aurait manqué d'évoquer la nécessité de recourir à une vermifugation* chez le petit garçon ou la petite fille de 3 ans qui fait encore pipi dans sa couche, ou chez ce grand enfant en état d'excitation, ou encore chez tel autre ayant la peau sèche et des dartres... Les anciens se transmettaient l'information oralement, de génération en génération, et c'est ainsi qu'à leur époque il était de tradition orale d'administrer des antiparasitaires régulièrement aux enfants. Vous allez voir que cette tradition était pleine de sens, et qu'elle mériterait de perdurer aujourd'hui, autant chez les enfants que chez les adultes.

BIENVENUE DANS LA GRANDE FAMILLE DES PARASITES INTESTINAUX

De quoi parle-t-on exactement ? De parasites plus ou moins grands, dont la taille peut aller de 5 mm à 3 cm, répartis principalement dans deux familles différentes :

- les **plathelminthes**, aussi appelés les vers plats,
- les **nématodes***, qui sont des vers ronds, petits ou grands (et qui regroupent notamment les ascaris).

Parmi les vers plats, on retrouve notamment le fameux ver solitaire, qui est un *tænia** du porc ou un *tænia* du bœuf (c'est donc en mangeant la viande de ces animaux que l'on peut se contaminer). Cette famille comprend aussi le ver de l'échinococcose alvéolaire, et celui du kyste hydatique*, l'un transmis par le

renard, l'autre par le mouton. Ils donneront différentes manifestations. Les tænia colonisant l'intestin peuvent provoquer une pâleur par anémie, une grande fatigue et un amaigrissement... Pour l'anecdote, il y a quelques années, une société commerciale avait eu l'idée de mettre dans des gélules des anneaux de tænia pour que, une fois le ver reconstitué dans l'intestin du consommateur, il aille jouer son rôle pathologique, et faire maigrir sa ou son propriétaire !

Heureusement, les tænia sont relativement rares. En revanche, il est beaucoup plus fréquent d'héberger dans son intestin des nématodes (ces fameux vers ronds), car les parasites sont universels : on les trouve partout, aussi bien chez nous, je veux dire en métropole, que dans les pays exotiques. Ils peuvent se retrouver sur les aliments qui ont été en contact avec des matières fécales. Or les cultures maraîchères se font de plus en plus souvent avec des engrais d'animaux (quand ce ne sont pas des matières fécales humaines).

LES HELMINTHES

Les parasites intestinaux appartiennent à différentes familles. Ils sont, bien entendu, plus fréquents dans les pays africains, mais, en France, il ne faut pas oublier que la plupart des personnes sont infestées par ces parasites, à un moment donné.

Les helminthes, encore appelés les nématodes, sont toute une famille de petits parasites qui vont de l'oxyure à l'ascaris en passant par le trichocéphale*, mais aussi l'anguillule, l'ankylostome*, et aussi un parasite plus particulièrement spécifique à l'estomac, l'anisakiase*.

Dans la famille des ascaris, on doit y mettre l'ascaris du porc *Ascaris suum*, et aussi un bon nombre de vers qui prolifèrent dans l'intestin d'autres animaux comme les poissons.

Nous serons donc amenés à évoquer aussi l'anisakiase, la gnathostomose*, et d'autres maladies provoquées par de tels êtres.

La maladie dont les symptômes sont dus à ce parasite, l'ascaris, portait auparavant le nom d'ascaridiose ; aujourd'hui, le progrès de la médecine est tel qu'on la dénomme désormais ascaridiase ! Permettez ce petit clin d'œil, car, en matière de parasites, ne nous privons pas de l'humour, nous verrons pourquoi.

C'est l'une des parasitoses les plus communes et les plus répandues sur l'ensemble du globe puisqu'on estime que, dans les années 1970, une personne sur quatre en était atteinte. Certes, cela concernait plus les habitants des régions chaudes et humides que les habitants de l'Europe.

Le ver ascaris porte le nom d'ascaris lombricoïde (*Ascaris lumbricoides*). C'est un ver nématode (genre des ascarides) dont la taille va de 15 cm pour le mâle à 25 cm pour la femelle. C'est un ver de couleur blanc rosé, qui a une résistance particulière puisqu'il peut rester viable cinq années dans l'intestin d'un individu ; il pond plusieurs centaines de milliers d'œufs par jour, qui sont émis dans la nature, et c'est après avoir bu de l'eau polluée, ou après avoir mangé des végétaux souillés, que l'œuf ainsi ingéré va libérer sa larve. Celle-ci va traverser l'intestin

pour se rendre en trois-quatre jours dans le foie puis dans les poumons pour passer dans la trachée, remontant ainsi les voies aériennes respiratoires avant d'atteindre le pharynx, c'est-à-dire au fond de la gorge, puis retomber dans le tube digestif. Quel curieux voyage pour ce lombric qui semble attiré par on ne sait quel but et qui va inlassablement faire ce trajet pas du tout au hasard.

Ainsi, une personne qui présenterait une symptomatologie pulmonaire, asthmatiforme, avec une toux quinteuse devra s'interroger sur son alimentation les huit jours qui précèdent de tels signes, car ils sont souvent le témoin de l'infestation parasitaire. Les vers qui se sont développés ainsi dans l'intestin à partir de la larve peuvent entraîner des complications mécaniques en obstruant un canal hépatique ou bloquer par exemple le cholédoque, et être ainsi responsables d'une pancréatite. Mais les manifestations les plus habituelles sont d'ordre allergique, avec des signes cutanés comme urticaire, démangeaisons, prurigos, eczéma, dyshidrose. J'ai l'habitude de dire de façon simpliste, mais mnémotechnique, que les vers suscitent une réaction immunitaire de type allergique (en suscitant la libération d'immunoglobulines E, les anticorps des allergies respiratoires ou alimentaires), et qu'il est donc logique que leurs manifestations soient d'ordre « allergique ».

L'ascaridiase doit être évoquée chez un enfant agité, insomniaque. L'ascaris est parfois retrouvé par les chirurgiens lors d'une intervention pour appendicite.

Est-ce qu'il y a un intérêt à les dépister et les traiter ? Oui, bien évidemment, puisque dans certaines circonstances ils peuvent être responsables de symptômes récurrents fort embarrassants, mais aussi parce que leur présence en dit long sur l'existence d'une maladie de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire sur l'existence d'une entéropathie exsudative, c'est-à-dire qui suinte.

QUAND DEVEZ-VOUS SUSPECTER LA PRÉSENCE DES VERS ?

Tout d'abord, il y a des signes courants très évocateurs. Par exemple, les démangeaisons à l'anus, ou au niveau des organes génitaux externes, chez la femme comme chez l'homme.

Il faut aussi suspecter les parasites, si vous avez régulièrement des cystites, des infections urinaires ou des mycoses vaginales.

Il existe une situation fréquente et peu connue qui doit vous faire envisager une infestation parasitaire par des helminthes : il s'agit des piqûres d'insectes qui vont affecter préférentiellement des personnes porteuses de vers. Il arrive en effet que dans le même foyer, voire dans la même chambre à coucher, l'un des occupants va se réveiller couvert de piqûres d'insectes alors que l'autre n'aura rien. Il y a au moins deux raisons à envisager. Celle d'un portage parasitaire de la personne cible, d'une part, et celle d'une hyperlymphocytose qu'elle pourrait avoir, d'autre part. C'est ainsi que ces piqûres d'insectes peuvent révéler chez certaines personnes une leucémie souvent chronique, qui a la propension d'attirer, pour des raisons que l'on ignore, plus particulièrement les insectes piqueurs.

Par quelques questions, on peut subodorer la présence de parasites dans l'intestin de notre interlocuteur, car ceux-ci peuvent être impliqués dans un asthme notamment d'effort, mais surtout dans la production de gaz le plus souvent malodorants (et de la même façon d'une halitose*, c'est-à-dire d'une haleine d'odeur nauséabonde), sans oublier l'hypertranspiration.

DE DRÔLES DE CYSTITES

Savez-vous que la plupart des cystites chroniques sont l'expression d'un portage parasitaire chronique totalement ignoré de la patiente et de son médecin ? Nous allons y venir.

Qui n'a jamais parlé, ou entendu parler, de cystite ? Ce terme est couramment employé par la gent féminine qui parfois utilisera le terme d'infection urinaire à répétition.

On a l'impression que le fait d'être une femme conduit inéluctablement à souffrir de ces infections urinaires. Les symptômes sont des brûlures lorsque l'on fait pipi, des envies plus fréquentes d'aller aux toilettes. Le caractère récidivant signifie que tous les mois ou presque, une crise de cystite va survenir. Et la patiente va finir par considérer que ce phénomène est quelque chose de normal ou de naturel. Or derrière cette sensation particulière d'envie d'uriner, de brûlures ressenties dans le canal de l'urètre, se cachent plusieurs maladies. Qui n'a pas entendu la fameuse théorie selon laquelle, puisque l'orifice de l'urètre se trouve à la surface de la muqueuse génitale, exposé à la proximité de l'anus, les microbes s'y propageraient plus facilement ? Et, étant donné que le canal qui relie l'extérieur à

la vessie est beaucoup plus court chez la femme que chez l'homme, il apparaîtrait quasiment normal de voir se développer une infection de l'urine dans la vessie.

Toutes les mamans ont enseigné à leur petite fille comment il fallait s'essuyer après être passée aux toilettes, comment il fallait se laver. Leurs recommandations sont tout à fait justifiées.

En effet, trop de femmes s'essuient d'abord d'arrière en avant passant la main entre les cuisses, puis viennent essuyer l'anus avec ce geste du bras vers l'avant, au risque de faire côtoyer la vulve avec les bactéries du tube digestif. Donc il est important de prioriser la zone à essuyer ou à laver en premier qui doit être la vulve bien avant l'anus.

Les femmes exposent leur appareil génital à de possibles contaminations, compte tenu de la position anatomique, bien différente de celle de l'homme. Du fait des préliminaires de la relation sexuelle, les bactéries des hommes ou partenaires se mélangent au niveau de cette zone d'intimité. Et, bien évidemment, tous les sexologues, tous les médecins, toutes les personnes de bon sens recommandent aux femmes d'aller uriner après une relation sexuelle pour rincer le canal urétral, qui sera suivi d'une toilette.

Bien évidemment, les cystites ne se résument pas à de tels problèmes mécanistiques.

Il est des sensations inconfortables perçues au niveau de la vessie qui mettent en cause une insuffisance d'imprégnation hormonale des organes du petit bassin. Certaines pilules, notamment progestatives, les fameuses pilules que l'on prend en continu, que l'on n'arrête pas et qui ne procurent donc pas de règles, du seul fait qu'elles ne contiennent qu'une des deux hormones féminines, à savoir la progestérone, vont entraîner une sorte de carence relative en œstrogènes. Or les œstrogènes sont les hormones de la trophicité, qui font que les muqueuses sont plus actives, plus protectrices. Les œstrogènes sont ces hormones qui font que la femme est femme, avec ses formes, ses rondeurs, sa chevelure luxuriante.

Cette même situation se retrouvera chez des femmes qui portent un stérilet dit hormonal qui, lui aussi, contient des hormones de type progestatif, ou aussi dans la situation d'un implant. Il suffit souvent d'ajouter des hormones naturelles œstrogéniques pour que ce problème soit résolu.

Les causes des cystites – et je devrais dire déjà les pseudo-cystites – ne se résument pas seulement à cela. Car il existe une maladie presque spécifiquement féminine que l'on appelle la cystalgie à urine claire.

D'ailleurs, le terme cystalgie correspond à cette envie fréquente d'uriner, qui rend la miction impérieuse, avec sensation désagréable, douloureuse, à type de chaleur, de picotements. Elle découlerait d'un dysfonctionnement du système neuro-végétatif. On définit les urines claires dès lors qu'il n'y a pas d'agents infectieux.

Rares sont les symptômes qui ne découlent que d'une seule cause, que d'un seul mécanisme.

C'est pourquoi cette cystalgie sera d'autant plus présente qu'il existe par ailleurs ce déséquilibre hormonal dont nous venons de parler. Ce trouble neuro-végétatif peut être résolu par la prise de médicament appelé oxybutynine sur prescription médicale.

La symptomatologie de cystites ne doit, bien entendu, pas faire écarter la possibilité d'authentiques infections urinaires, même si je pense qu'il est préférable d'envisager d'emblée d'autres hypothèses pour ne pas tomber dans le piège de la facilité.

Car les résultats des analyses d'urine tendent à faire considérer qu'il existe une infection urinaire (bien qu'il n'y ait pas les critères nécessaires) tout simplement parce que le laboratoire délivre un antibiogramme qui invite d'emblée à prescrire un antibiotique.

Sur les résultats de l'analyse d'urine, le médecin et le malade vont immédiatement constater la présence de bactéries par centaines de mille – ou par millions – sans constater deux choses essentielles :

- Tout d'abord, qu'à chaque examen, il ne s'agit pas toujours de la même bactérie. Tantôt un *E. Coli*, tantôt un *Citrobacter*, quand ce n'est pas un *Streptococcus faecalis* (dont l'origine digestive ne fait aucun doute) ou une *Klebsiella*.
- Le fait de voir des microbes aux noms différents indique plutôt qu'il s'agit d'une contamination des urines et non pas d'une véritable infection de l'urine. Que signifie contamination ? Lorsque l'on fait le prélèvement, après avoir préalablement réalisé une désinfection locale effectuée à l'aide d'un antiseptique, la patiente urine dans un flacon stérile. Les urines, avant d'arriver

dans ce flacon, vont être en contact avec la muqueuse génitale et vont y entraîner les bactéries qui s'y trouvent. Et ce sont ces bactéries qui ensuite se multiplient qui vont être détectées.

- Le deuxième trait important est cependant fréquemment oublié. Il s'agit du nombre de globules blancs que l'analyse doit décompter. Puisqu'une infection urinaire est définie par la présence de leucocytes, c'est-à-dire de globules blancs à un taux de 10 000 par millilitres, on ne pourra pas parler d'infection si le nombre des leucocytes y est inférieur. Ce sont eux qui, dans le cas d'une infection, qu'ils soient altérés ou non, définissent précisément l'infection urinaire.

Une fois la nature infectieuse du symptôme écartée par la simple observation qu'il y a bien des bactéries, mais pas (assez) de globules blancs, une fois que l'on a fait le constat du caractère récurrent, récidivant de ces pseudo-infections, il va falloir envisager qu'elles puissent résulter d'une pathologie inflammatoire du petit bassin dont nous allons nous rapprocher.

Qu'appelle-t-on petit bassin ? D'un point de vue anatomique, c'est l'ensemble des organes qui se trouvent limités latéralement et en bas par les os iliaques (qui forment une sorte de corbeille de soutien), et à l'arrière par le sacrum qui s'insère entre les deux os iliaques.

Cette cavité est remplie en avant par la vessie et l'urètre. En arrière de celui-ci, la cavité vaginale et à son sommet, l'utérus. À la surface postérieure du vagin, le rectum et plus haut, une partie de l'intestin sigmoïde.

Il y a bien sûr les trompes, les ovaires et bien d'autres structures musculaires, nerveuses, et vasculaires.

LA VÉRITABLE CAUSE DES CYSTITES À RÉPÉTITION

Venons-en à la cause qui me semble être la plus fréquente de ces cystites, de ces soi-disant infections urinaires.

Cette cause, cette raison, je ne l'ai trouvée nulle part encore à ce jour dans la littérature médicale, et pourtant je pense que je ne suis pas le seul à l'avoir entrevue, à l'avoir dépistée.

Je m'intéresse chez chacun de mes malades au tube digestif et mon questionnement va porter sur celui-ci avec des dizaines de questions. Et c'est ainsi

que j'ai pu m'apercevoir, par des regroupements, qu'il y avait un lien entre les fausses infections urinaires, et le portage parasitaire, en d'autres termes les vers.

L'efficacité du traitement en est, en quelque sorte, la preuve, qui se traduit par la satisfaction des patientes ravies de voir disparaître ces fameuses cystites très souvent accompagnées de ce qu'elles appellent des mycoses qui ne sont pas autre chose qu'un prurit des organes génitaux externes. Cette expérience que je me suis faite n'est pas démentie.

Nombreuses sont les patientes qui, ayant décrit par le menu ces sensations à type d'infection urinaire, et ayant fait le traitement antiparasitaire, s'expriment des années plus tard en déclarant combien ce traitement a empêché la récurrence des symptômes.

Et, puisqu'en parallèle, je vais mettre en lumière les anomalies biologiques qui prouvent qu'elles sont bien porteuses d'helminthes, c'est-à-dire de parasites, alors la boucle sera bouclée.

Ainsi, toutes ces personnes à qui on a dit qu'il valait mieux se laver, toutes ces personnes que l'on a montrées du doigt, toutes ces femmes qui craignaient le prochain rapport sexuel, vont être soulagées.

Même de cause parasitaire, ces cystites sont favorisées par les rapports sexuels, car ceux-ci créent une agitation favorable à l'activation des mécanismes physiopathologiques mis en jeu.

Si on y regarde de plus près, par la lecture des analyses d'urine, on se rend compte, il n'est pas inutile de le répéter, qu'il ne s'agit généralement pas d'infections urinaires. En effet, si les résultats montrent bien de très nombreuses bactéries, il n'y a pas en revanche un nombre suffisant de globules blancs, les leucocytes, pour retenir l'existence d'une infection.

LES MYCOSES VAGINALES ? DES FAUSSES, *OF COURSE* !

De même, ce que les jeunes femmes appellent « mycose », c'est-à-dire des démangeaisons vulvaires avec des sécrétions et des pertes (en réalité des glaires ou du mucus), sont des manifestations généralement sans rapport avec *Candida albicans*, la levure responsable des mycoses. Ainsi, ces symptômes génito-urinaires sont, dans mon expérience, la preuve de la présence de parasites au niveau intestinal, parce que bien souvent, concomitamment, il y a un prurit anal et des démangeaisons du cuir chevelu et des conduits auditifs externes, et parce qu'il y a

des symptômes digestifs associés à ce type de ballonnements, de gaz, et parfois même des glaires, c'est-à-dire du mucus. J'ai d'ailleurs reçu d'innombrables messages de satisfaction ou de remerciements de femmes pour qui ces troubles répétés étaient un véritable enfer, et qui les ont vus disparaître après traitement antiparasitaire. « En me traitant les parasites, vous avez mis fin à dix-sept années d'errance médicale et mis fin à mes innombrables cystites et infections urinaires, et mes mycoses », m'écrit Sylvie, âgée de 45 ans.

Chez la petite fille, ce sera souvent une vulvite, c'est-à-dire une inflammation de ses organes génitaux externes entraînant des démangeaisons. Le grattage de cette zone à proximité de l'anus peut conduire souvent à une véritable infection, c'est-à-dire une vulvite bactérienne, ou parfois candidosique.

LES MYCOSES VAGINALES, SOI-DISANT

Lorsque l'on questionne une femme sur d'éventuelles cystites et d'éventuelles mycoses vaginales (d'ailleurs, il n'est pas nécessaire de préciser cet adjectif puisque, dès lors que vous parlez de mycose à une femme, elle entend immédiatement qu'il s'agit de mycose génitale, donc vaginale), rares sont les femmes qui n'ont pas eu à déplorer au cours de leur vie génitale des démangeaisons vulvaires désagréables qu'elles s'empressent de traiter par la mise en place d'un ovule antifongique (c'est-à-dire contre les champignons).

Or, là encore, ce que l'on appelle mycose n'en est pas une. Car une mycose est une infection des muqueuses provoquée par un champignon appartenant aux levures qui s'appelle *Candida albicans*.

Ce champignon, dont la plupart d'entre nous sont porteurs sains (50 % des personnes saines sont porteuses naturellement de ce candida), est mis en cause à tort, devant des symptômes qui sont principalement des démangeaisons vulvaires et des démangeaisons ressenties profondément dans la cavité vaginale.

Ainsi, toute démangeaison vaginale chez la femme est traduite par le vocable mycose. Or si c'était ce fameux candida qui en était à l'origine, il y aurait bien évidemment les symptômes de la candidose, c'est-à-dire une muqueuse rouge framboise avec des pustules, des plaques mal limitées, et des dépôts d'une matière qui ressemble à du lait caillé.

Or il ne s'agit absolument pas de cela.

Donc, ce que l'on appelle mycose n'est en fait qu'un prurit, c'est-à-dire une démangeaison avec possiblement une inflammation de la muqueuse et des écoulements de glaires ou mucus.

Les femmes peuvent être affectées par les deux troubles, cystite et mycose, ou ne ressentir que l'un des deux. Mais à chaque fois que j'observe ce phénomène, le traitement antiparasitaire va se trouver efficace dans plus de 90 % des cas.

« Je reviens vers vous car, en me prescrivant le traitement contre les parasites, vous avez mis fin à toutes ces années d'errance médicale autour de mes cystites et de mes mycoses vaginales, un miracle ! »

On le voit, le portage parasitaire est chronique, et j'estime volontiers que l'intestin grêle est recouvert par des milliers de petits vers quasiment incrustés dans la muqueuse, quasiment fossilisés, recouverts de mucus susceptibles de rester en place des dizaines d'années. J'ai lu dernièrement que leur nombre avait été estimé : il s'agit de cinq mille vers adhérant à la muqueuse.

Dans le questionnement de toute femme, le médecin devrait, à un moment donné, lors de l'interrogatoire de la patiente, poser ces questions :

— Madame, avez-vous déjà eu des cystites ou des infections urinaires ?

Utiliser les deux termes est nécessaire, car certaines femmes font la distinction entre le premier terme et le deuxième terme.

— Avez-vous fait des mycoses ?

Il s'entend des mycoses vaginales, mais souvent pas besoin de le préciser.

Cette question plaira à la patiente, car elle saura alors que son médecin connaît certaines affres de la vie féminine, et, puisqu'il s'agit de deux questions auxquelles la patiente répondra de façon affirmative, la patiente observera que le médecin va dans la bonne direction.

J'AI UNE FICHUE MYCOSE DE LA VERGE

Les mycoses en général sont rares en médecine humaine. Si bien que l'on dit que lorsqu'un médecin vous diagnostique une mycose, il a sept chances sur dix de se tromper.

Les mycoses cutanées à ce niveau, c'est-à-dire au niveau génital, sont exclusivement des candidoses*, c'est-à-dire qu'elles réalisent une dermatose provoquée par des levures de genre *Candida albicans*.

Ainsi, si vous deviez avoir une mycose de la verge, vous devez tout d'abord « être du sexe masculin », condition *sine qua non* (M. de La Palisse n'aurait pas dit mieux) et vous devriez avoir une condition immunosuppressive nécessaire à permettre le développement de cette infection cutanée. Cela parce que la peau a ses propres systèmes de protection immunitaire qui font qu'elle se défend et qu'il n'est pas aisé de voir se développer une maladie infectieuse à sa surface. Le tissu cutané est protégé par tout un ensemble de cellules et d'anticorps qui veillent et recueillent des informations sur la présence ou non d'agents infectieux sur la peau puis envoient cette information au ganglion satellite (inguinal) qui va alors préparer une réponse immunitaire adaptée, soit de type cellulaire en envoyant une légion de cellules lymphocytaires stimulées, soit de type biologique en délivrant des anticorps de nature IgM lorsqu'il s'agit du premier contact avec cet agent infectieux, ou de type IgG si c'est une récurrence. Et puis il y a un système nouvellement décrit, propre à la peau, qui est celui des défensines. La surface de la peau est recouverte de petites molécules qui ont une fonction antibiotique, que l'on appelle les défensines et les cathélicidines. Dans certaines circonstances, cette protection localisée sur la barrière cutanée est déficiente.

Lorsqu'un malade consulte pour ce qu'il convient d'appeler médicalement une balanite, c'est-à-dire une infection de la peau de la verge, il peut s'agir alors d'une atteinte exclusive du gland, ou bien d'une atteinte conjointe du gland et du prépuce, c'est-à-dire de la peau qui recouvre le gland lorsqu'il n'est pas décalotté, induisant alors une balanoposthite*.

Lorsqu'il s'agit d'une candidose, c'est-à-dire une véritable mycose, l'aspect est particulier, rouge framboisé, avec des pustulettes, le tout réalisant une dermatose mal limitée. Mais surtout, cette candidose ne survient pas sans cause particulière et, le plus souvent, il s'agit d'un diabète insulino-dépendant qui se révèle ainsi. Le patient présentera alors un amaigrissement important, une polyurie et une polydipsie, c'est-à-dire une soif importante et la nécessité de boire plusieurs litres d'eau par jour, ce qui induira de fréquentes mictions. Le diagnostic est donc fait de façon immédiate devant de tels symptômes. Il s'agit d'un diabète de type 1, révélé par une candidose de la verge.

Vous imaginez bien que cette situation est plutôt rare. La situation la plus fréquente qui touche l'homme de plus de 50 ans et qui le conduira à consulter consiste en une inflammation de l'extrémité distale de la verge avec des rougeurs qui se déplacent, souvent accompagnées d'un enduit blanc jaunâtre. Il n'y a

aucune atteinte de l'état général. Ce problème ne démange pas, ne brûle pas, si bien que le patient attendra des mois et des mois avant de consulter.

Le diagnostic est aisé et pourtant il est rarement posé. On dira notamment qu'il a une mycose et on essaiera plusieurs crèmes antifongiques sans succès, alors que la cause n'est pas autre chose qu'une balanite de macération.

De quoi s'agit-il ? Tout simplement de négligence.

L'homme, surtout de la cinquantaine, a perdu un geste simple qu'il effectuait probablement antérieurement, chaque fois qu'il urinait, je veux parler du décalottage. Or, peut-être parce que la miction est impérative à son âge et qu'il ne peut pas attendre, cet homme va uriner immédiatement au travers de cette coiffe qui recouvre le gland, à savoir le prépuce. Une fois soulagé, il va remettre à leur place les instruments anatomiques, leur mission étant accomplie, sans se rendre compte qu'il existe dès lors une humidité persistante sous le prépuce au contact du gland. Quel homme n'a jamais fait mention de la petite goutte qui persiste après avoir fait pipi ? Sans cependant relever que celle-ci va humidifier les muqueuses. La perte de la sensibilité due à l'âge explique aussi cela. Et ainsi, en raison de la chaleur, de la moiteur, c'est-à-dire de l'humidité, une flore microbienne, c'est-à-dire bactérienne de tous ordres, va se développer, réalisant ainsi cette fameuse balanite dite de macération.

Il faut souvent rappeler à l'homme de cet âge-là que les femmes ont toujours eu l'habitude de s'essuyer après avoir fait pipi et qu'il devrait en être de même de l'homme. Et surtout lui indiquer l'impérieuse nécessité de décalotter avant de commencer à uriner, ce qui aura bien entendu bien d'autres intérêts que la ménagère pourrait nous rappeler aisément, à savoir que s'il faut relever la lunette des W.-C., il est aussi préférable de décalotter. Imaginez une affichette dans les toilettes publiques : « Monsieur, avant d'uriner, n'oubliez pas de décalotter » en lieu et place de : « Monsieur, avant d'uriner, n'oubliez pas de relever la lunette des W.-C. »

Ces recommandations étant ainsi données, le patient allant libérer le gland de cette coiffe, plus ou moins importante selon les patients (imaginez la quantité d'urine qui pourrait rester entre le prépuce et le gland chez des patients qui ont un prépuce long), puis, prenant le soin de s'essuyer avec du papier toilette aussitôt après la miction (pour ne pas laisser la petite goutte au contact de la muqueuse), verra alors la pathologie se résoudre d'elle-même ; et si on l'aide avec un gant de

toilette, un peu de savon liquide suivi d'un séchage soigneux et de l'application d'une crème antiseptique, alors tout rentrera dans l'ordre rapidement.

Certains hommes sont réticents à décalotter et à s'essuyer : « Je ne suis pas une femmelette tout de même », ai-je déjà entendu. Et pourtant, croyez-moi, il n'y a rien de plus inconfortable que d'avoir l'extrémité de la verge humectée d'urine. Chez les récalcitrants, il faudra faire intervenir l'homme de l'art, c'est-à-dire l'urologue qui proposera alors une circoncision (l'ablation du prépuce), comme cela est fait de façon rituelle chez les enfants dans certaines religions. D'ailleurs, il est à noter que ce geste chirurgical possède des vertus médicales indéniables puisqu'il est constaté que les hommes circoncis sont beaucoup moins sujets à développer des infections virales (à papillomavirus par exemple), bactériennes et fongiques que les non-circoncis. Certains vous diront que le geste chirurgical émousse un peu la sensibilité du gland lors des relations sexuelles, mais tout est relatif. Il est clair que les soins d'hygiène doivent être d'autant plus soigneux que l'homme n'est pas circoncis.

QUE FAIRE POUR QUE L'HONNEUR SOIT SAUF ?

Poser un diagnostic de balanite de macération n'est gratifiant ni pour le médecin ni pour le malade. Il serait bon d'y mettre un tant soit peu de pathologie vraiment médicale pour que tout le monde se sente mieux.

Eh bien, dans ce cas, il faudra penser à ce petit parasite sans lequel le malade pourrait sortir un peu honteux de sa consultation, et qui aura peut-être un rôle à jouer dans cette affection de la muqueuse génitale. De quoi s'agit-il ? De rien d'autre qu'une infection sexuellement transmissible (IST) courante due à un protozoaire, *Trichomonas vaginalis*, tellement fréquente qu'on estime à environ 156 millions les nouveaux cas d'infection à *T. vaginalis* chez les personnes âgées de 15 à 49 ans en 2020. Vous me direz, à quoi peut bien servir ce chiffre, si ce n'est à encourager les laboratoires à produire un médicament ?

La trichomonase* est une infection du vagin, ou du tractus génital masculin, due à *Trichomonas vaginalis*. C'est un protozoaire flagellé. Il affecte plus de 2 % des femmes et 0,5 % des hommes.

Ce parasite est le plus souvent asymptomatique chez l'homme. On peut donc évoquer sa présence même en l'absence de symptômes, ce qui, je dois dire, est extrêmement précieux pour donner une explication à une pathologie qui n'est

même pas ressentie. On peut ainsi imaginer le rôle de ce parasite, ou du moins sa présence, dans une situation telle que la balanite de macération évoquée précédemment.

Il faut, dans le cas présent de l'homme, poser des questions sur sa conjointe puisque celle-ci pourrait présenter des symptômes de trichomonase. Ceux-ci sont d'intensité variable. La personne peut être totalement asymptomatique ou souffrir d'un écoulement vaginal abondant, jaune-vert, mousseux avec une odeur de poisson, et présenter des douleurs de la vulve et du périnée, associées à une dyspareunie (une douleur lors des rapports sexuels) et une dysurie (un trouble de l'évacuation urinaire).

Chez le patient masculin qui consulte, il faudra rechercher la notion d'une urétrite, c'est-à-dire des brûlures en urinant, parfois même des signes d'orientation pour une infection de la prostate ou de l'épididyme. Et ce qu'il ne faut pas négliger, ce sont les troubles cutanés que le parasite produit, à type de petites plaques rouges, rosées, qui changent de place, légèrement prurigineuses.

Afin de donner des explications sur le mode de contamination, on aime à rappeler que la transmission par du linge de toilette humide, l'eau de bain ou des lunettes de W.-C. préalablement contaminées est possible, le parasite pouvant survivre jusqu'à vingt-quatre heures dans le milieu extérieur. Cela permettra d'éteindre toute suspicion mal intentionnée.

Comment peut-on faire le diagnostic ? Puisque les trichomonases sont des micro-organismes piriformes et flagellés, souvent mobiles qui mesurent environ 7 à 10 μm , il est possible de les suspecter en examinant un petit flacon de recueil d'urine au sein duquel on verra tourbillonner de petits éléments microscopiques.

Quoi qu'il en soit, devant le type d'éruption que nous avons mentionné, il est tout à fait licite de faire un traitement systématique à l'égard de la trichomonase, celui-ci étant un traitement minute, et de veiller à traiter systématiquement la partenaire.

Le traitement chez la femme consiste en la prise de métronidazole 500 mg deux fois par jour pendant sept jours, alors que l'homme va se contenter de 2 g en une seule prise.

Chez l'homme et chez la femme, on peut aussi utiliser ce qui est bien pratique, le tinidazole à la dose de 2 g en une prise unique.

Nous y reviendrons dans le chapitre protozoaires.

MON FILS, 10 ANS, FAIT ENCORE PIPI AU LIT...

Il n'y a rien de croustillant à raconter l'énurésie d'un petit garçon, mais il est pour lui une situation humiliante dont il n'a pas la responsabilité puisque l'on sait désormais que la cause est parfois ce petit parasite si commun que l'on appelle l'oxyure.

Les oxyures encore appelés *pinworms* sont certainement les plus petits nématodes ou vers ronds et blancs de 3 à 5 mm. Ils portent le nom d'*Enterobius vermicularis*. Ils se transmettent par la voie féco-orale. Une auto-infestation est possible chez des enfants qui portent leurs doigts à la bouche après s'être grattés en raison d'un prurit anal.

Alors même que les études épidémiologiques montrent que près de 60 à 90 % des enfants de collectivités sont contaminés par ce petit parasite, la médecine moderne d'aujourd'hui prête peu d'attention aux parasites.

Sur un plan dermatologique, l'oxyurose* provoque un prurit le plus souvent anal, mais ce n'est pas sa seule manifestation. Par expérience, on sait que les dartres, encore appelées eczématides (ce sont des plaques souvent achromiques finement desquamatives localisées principalement sur le visage) sont associées au moins une fois sur deux à la présence d'oxyures.

J'ai aussi pu remarquer dans ma pratique que les enfants qui développent au niveau des mains et des doigts de profuses et volumineuses verrues vulgaires, celles-ci étant dues à un virus, le papillomavirus, sont souvent porteurs de parasites intestinaux. L'organisme n'est pas capable de faire le rejet de ces verrues par son système immunitaire parce que le patient est infesté de parasites. J'ai tendance à croire que ce portage parasitaire entraîne une sidération immunologique qui permet le développement de verrues. D'ailleurs, des articles scientifiques ont démontré à plusieurs reprises que les helminthes entraînaient une immunotolérance à l'égard du papillomavirus, ce qui n'est pas très grave lorsqu'il s'agit de verrues, mais lorsqu'il s'agit de HPV* génitaux, il s'y ajoute des risques de cancérisation accrus du col de l'utérus. Une de mes patientes m'a déclaré avoir observé la disparition de son infestation vulvaire, vaginale et du col de l'utérus par le papillomavirus, après le traitement antiparasitaire.

En dehors des signes cutanés, les oxyures peuvent être responsables de crises de toux spasmodique, de troubles neuropsychiques à type de terreurs nocturnes, d'irritabilité, ou tout simplement d'instabilité, notamment chez votre enfant.

Il faut savoir que la présence d'oxyures dans le rectum et au niveau de l'anus est aussi responsable de l'énurésie, c'est-à-dire du pipi au lit chez l'enfant d'un âge plus avancé et, chez la petite fille, de vaginite et de vulvite, tout comme chez la mère. Enfin, rappelons que les infections urinaires, ou du moins ce qu'en croient certaines patientes, lorsqu'elles sont répétées et que les urines ne contiennent pas de marques d'infection (pas de globules blancs ni de bactéries à taux suffisant), sont souvent l'expression d'un portage parasitaire digestif, parfois d'oxyurose, mais pas seulement !

Vous imaginez bien qu'un parasite comme l'oxyure, qui sort de l'anus le soir aux environs de 18 heures lorsque la femelle vient pondre sur la marge anale (particularité que vous pouvez facilement observer chez un nourrisson), puisse induire des démangeaisons anales.

En utilisant la méthode dite du fameux « scotch test » qui consiste à appliquer sur l'anus, justement à 18 heures, un film de papier collant et ensuite de le déposer sur une lame de verre pour permettre une observation aisée au microscope, il sera alors observé la présence de ces œufs qui ont un aspect caractéristique. Ils mesurent 50 par 30 μm de diamètre et contiennent une larve enroulée, entourée par une coquille mince.

Chez l'homme adulte, des élancements douloureux de la base de la verge, une érection sensible, voire des pertes séminales et des états d'excitation, doivent faire rechercher ou du moins traiter à titre systématique une oxyurose.

Nous le verrons plus loin, les nématodes, plus gros, plus nombreux que les oxyures engendreront des manifestations en rapport avec leur présence de façon souvent similaire.

PAPA, J'AI UNE BÊTE SOUS LA PEAU !

Inès avait 6 ans et elle venait de passer quinze jours merveilleux en Martinique. Il était amusant de voir comment cette enfant était tombée amoureuse du fils de nos amis qui avait au moins 25 ans, soit dix-neuf ans de plus qu'elle, garçon par ailleurs fiancé à une charmante demoiselle. Il n'avait cependant pas hésité à prendre Inès sous sa coupe, et elle s'était sentie soudainement devenir une importante personne, intéressante à ses yeux.

Ainsi, les vacances eurent une dimension affective supplémentaire pour elle qui découvrait ces contrées étrangères à la végétation luxuriante, et aux plages

magnifiques. D'ailleurs, alors que les adultes marchaient à distance du bord de mer sur un sentier ombragé, Inès et ses copines couraient à perdre haleine sur les plages de sable blanc qui regardent une mer bleu azur de carte postale. Tout est paisible, tout paraît sans danger, et pourtant ce tableau idyllique peut être le lieu d'un drame médical que d'aucuns n'auraient suspecté.

Alors qu'au loin on aperçoit des chiens errants, il n'y a pas d'autres menaces visibles à cet endroit. On aurait envie de s'allonger et de se rouler dans ce sable si chaud et si virginal. Les promenades en forêt tropicale sont des endroits à risque de multiples piqûres d'insectes et les voyageurs sont parfaitement informés de la nécessité de se protéger. À tel point que les maisons offrent un barrage efficace contre les moustiques par le biais d'une moustiquaire tendue non seulement à leurs fenêtres, mais aussi étalée, comme un rideau pour embrasser la totalité des couchages.

La vie, la nature sont ainsi faites que les endroits les plus agréables, et sur le plan géographique les plus paradisiaques, sont des zones que je ne qualifierais pas de dangereuses, mais dans lesquelles le Français métropolitain n'est pas à l'abri de contracter une maladie infectieuse inquiétante.

La particularité des maladies infectieuses est l'existence d'une période d'incubation pendant laquelle il ne va rien se passer, du moins sur le plan visible, je veux dire apparemment, période de latence asymptomatique au terme de laquelle apparaîtront les premiers signes.

Nous étions rentrés de vacances depuis un peu plus de quinze jours, les marques de bronzage commençaient à s'effacer lorsque, en pleine nuit, il devait être 2 heures du matin, mon épouse et moi-même fûmes réveillés par des cris d'effroi, suivis rapidement de pleurs secoués de soupirs de la petite Inès qui n'avait jusque-là jamais fait le moindre cauchemar. Dans le silence nocturne de cette grande maison, le réveil subit de toute la maisonnée par les cris d'une enfant ne passe pas inaperçu. En quelques minutes, les lumières des chambres respectives des parents et des enfants, celles du hall, de l'étage, du rez-de-chaussée, celles de l'escalier en bois qui relie les différents niveaux s'enclenchaient les unes derrière les autres.

— Papa ! Lève-toi vite ! Il y a quelque chose dans la chambre de Inès.

Je n'avais pas attendu les paroles de son frère aîné qui dormait dans la chambre adjacente pour m'être déjà levé et me trouver à quelques pas de la porte de la chambre de ma fille cadette. Sans frapper, sans attendre le moindre assentiment,

j'ouvris la porte et je vis ma fille assise sur son lit, la lumière de la lampe de chevet allumée, se tenant le pied droit entre les deux mains dans une position de tailleur.

— Mais que se passe-t-il pour que tu cries de la sorte ? As-tu fait un cauchemar ? dis-je immédiatement tout en étant rassuré de voir qu'il s'agissait certainement de quelque chose d'imaginaire, peut-être rien d'autre qu'un rêve inquiétant. En fait, elle voulait me montrer quelque chose qu'elle n'arrivait pas à exprimer tant elle était secouée de spasmes et de sanglots.

— Regarde mon pied, papa, j'ai un ver sous la peau !

Prenant le pied de la lampe de chevet, j'éclairai aussitôt la zone incriminée. J'observais alors, en effet, sur la plante de son pied, un trajet sinueux, gonflé, œdémateux qui pouvait correspondre à la présence d'un ver d'une longueur de plus de 30 cm se contorsionnant sous la peau.

Si c'est bien l'aspect que cette maladie donne, nous verrons qu'il ne s'agit pas du tout de cela.

Imaginer son tégument, c'est-à-dire sa peau envahie par ce qu'on pourrait imaginer être un fin lombric, est en effet extrêmement inquiétant, angoissant, cauchemardesque pour une enfant de 6 ans.

— Et en plus ça gratte ! me dit-elle en faisant le geste avec ses doigts sans oser toucher sa peau.

Je reconnus immédiatement une maladie que je n'avais d'ailleurs observée qu'une seule fois dans mes premières vingt années de carrière, c'était alors chez une adulte elle aussi de retour des Antilles.

Enseignée en parasitologie, au cours de la troisième année de médecine, elle n'est jamais reprise dans l'enseignement de dermatologie et on peut considérer en effet que les médecins, du moins au moment où ils se préoccupent de pathologie, n'en ont jamais entendu parler.

Il s'agit bien de ce que l'on appelle *Larva migrans** cutanée. L'agent infectieux qui en est à l'origine est un nématode, c'est-à-dire un ver rond appelé *Ancylostoma* spp, le plus souvent un ankylostome du chien ou du chat dénommé *Ancylostoma braziliense*.

Les œufs d'ankylostomes présents dans les excréments de chat et de chien se développent en larves infectantes lorsqu'ils sont laissés dans un sol ou du sable chaud et humide, ce qui est le cas du bord de mer sur les plages. La transmission se produit lorsque la peau est directement en contact avec un sol ou du sable contaminé et que les larves pénètrent la peau à la faveur d'une petite excoriation

habituellement située au niveau du pied ou des jambes, et si l'on est allongé, pourquoi pas, des fesses et du dos. La *Larva migrans* cutanée est le plus souvent observée en zone tropicale.

Avant même l'aspect visuel tout à fait caractéristique, c'est la démangeaison qui alerte le malade tant elle est intense. Ce que l'on voit alors est une petite rougeur avec une petite papule au point d'entrée, et puis, on observe comme un petit tunnel sous-cutané inflammatoire filiforme, sinueux et rouge. Il n'est pas rare d'y voir de petites lésions d'eczéma, c'est-à-dire de petites vésicules érythémateuses, le long de ce trajet.

Bien souvent, les malades croient que la larve a la longueur du sillon ; il est plus juste de parler de tunnel qui s'est creusé sous la peau qui ressemble alors à un petit serpent, car cette marque caractéristique n'est que le fruit du déplacement de la larve qui conduit la peau à répondre par un mécanisme immuno-allergique de gonflement.

Le traitement fut d'une grande simplicité. Un traitement minute : trois comprimés et l'affaire était réglée.

La strongyloïdose, autre qualificatif pour l'anguillulose*, reste endémique dans les régions et territoires d'outre-mer. L'invasion qui se fait le plus souvent par la peau peut se révéler par des manifestations d'urticaire ou être totalement asymptomatique. Il faut savoir que si vous êtes régulièrement porteur de parasites, vous allez faire et refaire des infestations, avec démangeaisons, diarrhée, douleurs abdominales, et il sera également constaté ce fameux signe biologique : l'hyperéosinophilie* fluctuante.

MON ECZÉMA SE VOIT SUR MON VISAGE

Vous êtes adulte et vous souffrez d'un eczéma depuis la petite enfance, il s'agit de l'évolution d'un eczéma dont les facteurs qui en sont à l'origine n'ont pas été pris en compte, ou bien il s'agit d'un eczéma tellement sévère que, même en supprimant les facteurs qui en sont à l'origine, la maladie ne guérit pas. Cependant, cette maladie est aujourd'hui considérée comme une affection grave au même titre que des rhumatismes, au même titre que le diabète, et mérite d'être traitée non pas seulement par des traitements locaux, mais aussi par des médicaments administrés par voie générale.

La survenue de l'eczéma à l'âge adulte représente une autre situation, car il y a le plus souvent une polysensibilisation à l'égard des allergènes alimentaires, mais aussi à l'égard des allergènes volatils appelés pneumallergènes. Et, surtout, il y a une telle autonomisation qu'il est difficile d'obtenir la rémission par la seule évacuation, la seule soustraction des allergènes en cause. C'est pourquoi on usera de thérapeutiques pouvant avoir différents impacts. Le portage chronique de candida, cette levure saprophyte de l'intestin, est de nature à stimuler les réactions immunologiques concourant à l'eczéma. Il en est de même des parasites dont on parlera très certainement dans les années qui viennent. Ces parasites colonisent l'intestin, notamment les tubes digestifs enflammés par des allergies ou intolérances alimentaires. Méconnus, ces vers ronds, dont le chef de file est l'ascaris, jouent un rôle immunogène indéniable. Outre que leur présence dans le tube digestif n'est absolument pas rare, il vient d'être trouvé une autre raison d'être contaminé. Si vous vous adonnez à des pratiques addictives à l'égard de l'alcool, du tabac ou de substances illicites, vous avez plus de risques d'être infesté. Rarement recherchés, quasiment jamais retrouvés par les analyses de selles, les nématodes tels que le trichocéphale, l'anguillule, l'ascaris, l'oxyure et d'autres stimulent le système immunitaire IgE-dépendant. Ce sont les causes les plus fréquentes des prurits sans signes cutanés, des urticaires chroniques, et il faut savoir qu'ils participent allègrement aux manifestations de l'eczéma atopique. À côté des vers ronds, il y a les plathelminthes auxquels appartiennent le bothriocéphale* et les lambliaoses*, le *Tenia saginata*, appelé ténia du bœuf, et le *Tenia solium*, ténia du porc, sans oublier *Hymenolepis nana**. Ceux-ci, appelés les vers solitaires, sont moins immunogènes et ne donnent le plus souvent que des troubles digestifs.

Le médecin aura à cœur de rechercher des facteurs prédisposants, tels qu'un déficit en immunoglobulines A, une intolérance au gluten, une maladie inflammatoire chronique de l'intestin – une des fameuses MICI – et il sera parfois conduit à préconiser un traitement systémique immunomodulateur tel que le méthotrexate.

Imaginer le corps d'une personne dont le visage est rouge d'eczéma permet aisément de percevoir ce que peuvent être sa vie, ses nuits, ses relations intimes, sans oublier les symptômes des organes cibles que sont l'intestin, le poumon, le cerveau...

Ainsi, l'eczéma atopique, ou de survenue tardive localisée aux mains, au visage ou plus largement diffusé, impose systématiquement une cure de médicaments antiparasitaires, car les agents infectieux parasitaires suscitent une réponse immunologique prompte à faire apparaître ou à entretenir un eczéma.

LANGUE EN CARTE DE GÉOGRAPHIE

Certaines langues ont l'aspect d'une carte de géographie dessinant des territoires, des montagnes par les traits rouges et blancs qui les sillonnent. C'est ce qu'on appelle les langues géographiques. D'une minute à l'autre, ou plutôt d'une heure à l'autre, l'aspect peut varier, car celui-ci est dû à des vagues de cellules provenant du sang, que l'on appelle les polynucléaires neutrophiles, et qui sont mus par des facteurs d'attractivité appelés facteurs chimiotactiques. Cet aspect qui touche plus souvent les enfants inquiète considérablement les mamans. Or il s'agit d'une maladie bénigne, mais qui, une fois de plus, doit orienter l'attention vers un problème infectieux au niveau du tube digestif, et notamment de l'estomac et du duodénum.

Cette langue anormale permet de dépister un parasite de l'intestin que l'on appelle la lambliaze et qui donne des troubles dyspeptiques, lourdeurs abdominales, éructations... La langue géographique peut être aussi le marqueur d'une intolérance alimentaire ou d'une allergie à certains nutriments. De nombreux travaux de recherche lui ont été consacrés, et si cette langue est parfois le motif de consultation, c'est à l'occasion d'une prise en charge globale lors de troubles digestifs qu'elle va être mise en évidence.

Cette atteinte muqueuse est dite non spécifique, c'est-à-dire qu'elle n'est pas une maladie en soi, mais le symptôme d'une autre maladie, si bien qu'on la trouve par exemple en cas d'eczéma atopique. Or, puisque l'on sait que cet eczéma est de cause interne, de cause digestive, on peut comprendre que, sur un intestin enflammé, et souvent parce que le malade a un déficit en ces anticorps qui effectuent leur travail dans l'intestin, les immunoglobulines A, il peut héberger des vers, des parasites qui induiront indirectement cette langue géographique.

Si peu spécifique soit-elle, elle est aussi parfois le signe d'un psoriasis. Et peut-être un jour des plaques apparaîtront au niveau des genoux, ou des coudes.

Et puis, elle exprime bien les relations entre le stress et la pathologie, car on a remarqué que des étudiants présentaient plus souvent cette langue anormale dans la période des examens.

Une langue étrange qui, malheureusement, allait une fois de trop être prise pour une mycose, et traitée par des bains de bouche et des sirops contre les champignons.

LA MAUVAISE HALEINE

La mauvaise haleine est un symptôme particulièrement ennuyeux qui ne trouve souvent pas d'explications ou de solutions. En la dénommant halitose, on ne fait guère avancer le « schmilblick », mais on tient alors un mot-clé qui, introduit dans un moteur de recherche, va conduire à des hypothèses, à des causes nombreuses.

En face de vous, cette personne très loquace n'imagine pas une seconde que son haleine puisse être à ce point fétide, ou nauséabonde, parfois même d'odeur fécale, et que vous ferez tout pour vous en écarter. C'est souvent justement le type de personne qui a des choses confidentielles à vous dire et qui s'approche de vous. Ce souffle constitué de l'air expiré provenant des bronches est aussi enrichi de l'air de la cavité buccale, des fosses nasales ainsi que des effluves provenant du tube digestif que constituent à ce niveau l'estomac et le haut duodénum.

Une infection pulmonaire, responsable de crachats purulents, donnera à l'haleine l'odeur du pus, âcre, rance, que la toux qui accompagne la respiration ne manquera pas d'amplifier.

Plus sournoise, se trouve cette mauvaise haleine qui se constitue dans les espaces interdentaires, dans lesquels le bourrage alimentaire se bloque, se fige pour subir une dégradation enzymatique, au même titre que les aliments digérés dans le tube digestif. Les odeurs sont fortes, tenaces, nauséabondes. Elles peuvent sentir le sang séché, ou bien les matières en voie de dégradation, pouvant aller jusqu'à une odeur fécale.

Il paraît aussi évident que des pathologies de la cavité buccale, des dents ou des muqueuses, infectieuses, tumorales, peuvent induire une mauvaise haleine.

Mais il est deux situations infectieuses souvent méconnues ou oubliées qui produisent cette haleine nauséabonde. Le milieu acide de l'estomac a longtemps

été considéré comme non propice au développement d'agents microbiens. Or, depuis la redécouverte par Barry Marshall et Robin Warren, deux chercheurs australiens à qui fut décerné le prix Nobel de médecine et de physiologie en 2005 (ce microbe avait été mis en évidence au début du siècle), on sait désormais qu'une bactérie particulièrement résistante peut établir son quartier général dans le liquide gastrique fait d'acide chlorhydrique. Il s'agit de *Helicobacter pylori*.

Le duodénum représente la partie initiale de l'intestin qui s'abouche directement à la poche gastrique sus-jacente. Le duodénum est le siège de nombreux phénomènes physiologiques ou pathologiques, comme le développement d'allergies alimentaires. L'immunité qui s'attache à maintenir un équilibre en termes de microbes est sous la dépendance des immunoglobulines A, anticorps dédiés à la protection intestinale. Il s'avère qu'une personne sur 700 dans la population générale est déficiente en ces anticorps pourtant indispensables. De ce fait, on observera au niveau duodéal l'apparition de souches de parasites particuliers, un protozoaire encore qualifié de plathelminthe ou ver plat (ces parasites sont aussi appelés trématodes*), que l'on appelle une giardiase*, ou encore lambliaze. Ces petits vers sont souvent oubliés des médecins, or il semblerait, selon mes propres observations, qu'ils soient à la fois responsables de dyspepsie et de la mauvaise haleine. Il suffit de les traiter par une prise de métronidazole pendant cinq à dix jours pour voir disparaître la mauvaise haleine.

LE PRURIT, C'EST QUAND ÇA DÉMANGE !

Le prurit est un symptôme courant qui n'inquiète pas forcément.

C'est une sensation désagréable qui conduit au désir de se gratter. C'est en quelque sorte une sensibilité exacerbée et donc à l'origine d'un inconfort. Le prurit touche principalement les jambes, les bras, le dos, le cuir chevelu, les conduits auditifs externes, et les aires génitales, quand ce n'est pas l'anus.

Le prurit peut être un signe d'accompagnement de nombreuses maladies dermatologiques (eczéma, psoriasis, lichen* plan), mais peut aussi exister en l'absence de signes visibles sur la peau. On l'appelle alors le prurit *Sine materia*. Les facteurs qui le favorisent peuvent être le froid, l'eau calcaire et la sécheresse cutanée.

Dans tous les cas, un prurit qui persiste plus de trois semaines alors même que la peau apparaît normale doit conduire à rechercher une cause sous-jacente.

À côté des causes hématologiques telles qu'un lymphome, ou médicamenteuses (nous le verrons plus loin), le prurit est donc un symptôme fonctionnel souvent rapporté à son médecin par le malade. Cette sensation est trop souvent reconnue, à tort, comme étant le témoin d'une maladie bénigne.

Il peut être intermittent ou permanent, modéré ou intense, localisé ou généralisé.

Il doit être différencié d'autres manifestations dysesthésiques, comme les paresthésies ou les troubles sensitifs des maladies neurologiques.

En l'absence de lésions cutanées, le prurit doit être considéré, dans la grande majorité des cas, comme le signe d'une maladie interne, c'est-à-dire extracutanée. Ce type de prurit, dit *Sine materia*, ne relève quasiment jamais d'une réaction allergique, contrairement à bon nombre d'idées reçues à ce sujet. L'efficacité d'un traitement symptomatique sur le prurit ne doit pas le faire forcément considérer comme étant de nature bénigne. Les causes sont de nature hématologique, métabolique, endocrinienne, médicamenteuse et, nous le verrons, souvent parasitaires.

Ainsi, un prurit chronique ou répété devrait toujours conduire le médecin à en rechercher la cause. Dans ce contexte, et après avoir formellement écarté une maladie générale ganglionnaire, il faudra tester l'efficacité d'un antiparasitaire. Cela n'est pas encore bien appliqué par la communauté médicale, mais les démangeaisons qui surviennent dans la journée, ou au cours de la nuit, signalent souvent l'existence d'une maladie parasitaire intestinale. Cela devra alors être confirmé par un interrogatoire de la part du médecin. D'une manière générale, les démangeaisons au niveau de la peau, du cuir chevelu ou des muqueuses sont les expressions les plus courantes de maladie parasitaire. C'est particulièrement vrai s'il n'existe qu'un ressenti perçu par le malade, sans lésion cutanée autre parfois que les signes du grattage (excoriations). Vous conviendrez qu'il y a donc maintes raisons pour mettre en route un traitement antiparasitaire, ce que les anciens appelaient une purge.

En présence d'un prurit chronique touchant le cuir chevelu, les conduits auditifs externes, et tout autre endroit du corps, il y a tout à parier que la cause est d'ordre parasitaire, le plus souvent induite par un parasite interne, soit qui circule sous forme de larves dans le sang (toxocarose), soit qui est présent sous forme de vers dans le tube digestif (ascaris, anguillulose...)

S'il est un geste qui se remarque aisément tant il est agaçant, mais surtout invite à être reproduit, c'est bien le grattage. La démangeaison dont vous pourriez souffrir est le plus souvent insupportable, mais, pour autant, cela ne saurait être grave selon la plupart des gens. Or une peau d'apparence normale, c'est-à-dire saine, qui démange, révèle toujours une cause interne que le médecin dermatologue ou le spécialiste de médecine générale ou de médecine interne aura à cœur de trouver. Munissez-vous de votre liste de médicaments que vous prenez pour toute autre raison que pour soulager la démangeaison, et n'oubliez pas les résultats des prises de sang, même si celles-ci sont anciennes, si vous consultez pour ce motif. Ce serait dommage de ne pas identifier le médicament de la classe des IEC (périndopril, coversyl, ramipril, captopril, énalapril...) qui en serait possiblement responsable.

Le médecin vous interrogera sur le fonctionnement de nombreux organes et effectuera un examen clinique général avant d'effectuer des recherches biologiques ou radiologiques.

L'histoire de ce pauvre Nanni Moretti est édifiante. Il eût été médecin qu'il aurait été sanctionné par l'ordre des médecins tant il ridiculisait tous ceux qu'il avait consultés et qui curieusement semblaient réinventer la médecine devant lui. Nano Moretti souffrait d'un prurit et les médecins qu'il consultait n'avaient visiblement pas compris que ce n'était pas la peau qui était malade, mais que la raison était ailleurs.

Un garagiste n'accusera pas le pneu qui est usé de façon anormale et asymétrique, il aura compris que le problème est situé ailleurs, au niveau de la direction et de sa géométrie.

Tout comme le plombier sait que le coupable d'une inondation n'est pas l'eau, mais le tuyau qui fuit.

Car nul n'a dit ou n'a écrit qu'il fallait examiner la peau à la loupe dès lors qu'elle était saine et qu'elle ne présentait pas la moindre trace érythémateuse, surtout lorsqu'elle a déjà été traitée moult fois pour une gale. Il est écrit dans tous les ouvrages qu'en cas de prurit sans lésions cutanées, c'est-à-dire avec une peau normale, il faut « éliminer » une maladie maligne, et notamment un lymphome tel que la maladie de Hodgkin. Cette recommandation pourrait paraître suffisante, or il s'avère qu'il serait plus sage de préconiser non pas d'« éliminer »,

mais bien de « chercher » une maladie de Hodgkin. Car rien n'est plus simple que d'éliminer une cause, il suffit de ne pas l'évoquer, et de ne pas faire l'examen clinique des zones où se trouvent les ganglions. En revanche, en indiquant aux étudiants qu'il faut chercher le lymphome, ils iront même jusqu'à prescrire une radiographie pulmonaire. Ce bon sens n'est pas toujours partagé, curieusement, probablement parce que le médecin qui aura rassuré, banalisé un prurit, n'aura jamais l'information de la maladie maligne qui aura été trouvée bien plus tard chez son patient. Il garde donc dans l'esprit que ce prurit est quelque chose de sympathique qui ne justifie pas l'investissement d'un examen clinique.

GAËTAN, QUI FAIT SES ÉTUDES AU CANADA

Gaëtan fait ses études au Canada. Son caractère a changé depuis quelque temps, il est irrité, fatigué et, surtout, il se gratte intensément, principalement la nuit. Sa petite amie ne comprend pas qu'il la repousse alors qu'elle ne souhaite qu'un peu d'affection, mais il est vrai qu'il se justifie en expliquant qu'il transpire abondamment chaque nuit.

Ses parents, restés en France, s'inquiètent de la situation, et après lui avoir conseillé de consulter sur place, face à l'inefficacité d'un badigeon d'Ascabiol® pour une gale qui a été diagnostiquée au moins deux fois, le font revenir en France où il sera reçu par deux spécialistes. Et là encore, on le rassure, il est jeune, en bonne santé, il doit certainement avoir la peau sèche. Curieusement, lui-même ne trouve pas qu'il a la peau sèche, mais on lui recommande cependant d'appliquer des crèmes hydratantes, ce qu'il ne fait pas, puisqu'il ne l'a jamais fait, et qu'il sait pertinemment qu'il n'a aucune xérose* cutanée.

Les jours passent et les démangeaisons persistent. Les examens approchent, il retourne au Canada et tout le monde se rassure en pensant qu'il s'agit du stress. Et puis, un jour, la maman, restant à Paris, questionne autour d'elle. Et on lui recommande alors de faire voir son fils à un médecin interniste dont le rôle est justement, face à un problème localisé sur la peau, de rechercher une origine ailleurs. Ce spécialiste, conscient qu'il faudra faire revenir ce jeune homme du Canada pour seulement une consultation, et soucieux des économies de la famille, commence par demander de faire réaliser une radiographie pulmonaire. Cela fut fait dans la journée et, le soir même, le spécialiste que j'étais recevait un appel de la maman reconnaissante :

— Docteur, on a trouvé un lymphome chez mon fils, comment le saviez-vous ?

— Madame, même si l'on ne connaît pas précisément les mécanismes qui expliquent les sensations de démangeaisons, chacun sait, et il n'était pas besoin d'avoir vu le film *Journal intime* de Nanni Moretti au cinéma, que la première cause de démangeaisons chez un sujet jeune, qui n'a pas d'éruption sur la peau, reste un lymphome, c'est-à-dire une maladie des ganglions.

— Qu'auriez-vous fait, docteur, si vous l'aviez vu en consultation ?

— Eh bien, j'aurais palpé tous les endroits où se trouvent les ganglions, c'est-à-dire sous les aisselles, au niveau des plis inguinaux, au niveau de la partie inférieure des bras dans les creux épitrochléens, j'aurais regardé s'il n'avait pas une grosse rate, surtout j'aurais soigneusement lu la numération à la recherche d'une anomalie de la répartition des globules blancs.

— Donc, pour vous, docteur, c'est évident qu'un jeune qui se gratte a une maladie interne ?

Oui, c'est tellement évident qu'il y a une liste non exhaustive des causes. Chez une personne âgée, ce sera par exemple une hypercalcémie du fait d'un cancer des os, ce peut être une maladie parasitaire, je ne vais pas vous donner toute la liste, mais oui, la peau n'est dans ce cas qu'un signe d'appel, et, puisque le dermatologue est le spécialiste de la peau, c'est à lui de chercher la maladie ganglionnaire sous-jacente. Car le patient qui consulte le dermatologue souhaite non pas qu'on améliore sa peau puisqu'elle est d'ailleurs d'aspect tout à fait normal, mais qu'on le soulage de la démangeaison, et pour cela qu'on traite la maladie qui en est à l'origine.

On observe souvent dans la rue, dans les soirées, dans les transports en commun, des gestes répétitifs de grattage au niveau des plis du haut de la cuisse, au niveau génital, parfois au niveau anal, et tout cela signifie qu'il peut exister un parasite intestinal.

MÉLODIE, TROIS ANS DE GALÈRE !

C'était le lendemain de Noël. Mélodie s'en souvenait bien, car elle avait passé de très agréables moments et s'apprêtait à reprendre ses révisions : pour elle, l'objectif prioritaire était celui de terminer sa licence en mai, de s'inscrire en septembre en maîtrise pour envisager son mariage en juillet de l'année suivante et, éventuellement ensuite, de s'inscrire en doctorat. Mais ce mardi matin ne fut pas

comme les autres. Elle passa une nuit épouvantable à se réveiller, à transpirer au point de mouiller ses draps et de se gratter jusqu'au sang. C'était le début de semaines, de mois de calvaire, pendant lesquels les démangeaisons ne cédèrent pas d'un pouce.

Elle consulta tout d'abord son médecin de famille. C'était un jeune docteur qui avait succédé au médecin qui l'avait suivie pendant toute son enfance. Dubitatif devant ces symptômes auxquels il était confronté pour la première fois, il pensa immédiatement à soulager cette jeune femme en lui prescrivant des antihistaminiques.

— Vous verrez, ça va passer, lui dit-il.

Comme si de bonnes paroles pouvaient suffire à faire disparaître un problème dont la cause lui était inconnue !

Trois semaines plus tard, voyant les examens approcher et ne constatant toujours aucune amélioration de son état, elle consulta de nouveau ce même médecin qui chercha à savoir quel était le niveau de stress qu'elle pouvait avoir et ainsi mesurer l'intensité de ses soucis en regard de ses projets – licence, maîtrise, mariage... Il changea d'antihistaminiques. Enseigne-t-on aux étudiants en médecine que tel antihistaminique peut être supérieur en efficacité à un autre ? En bloquant les récepteurs à l'histamine par une molécule similaire, obtient-on des résultats différents ? N'aurait-il pas été plus logique qu'il se dise :

— *Puisqu'un antihistaminique n'est pas efficace, ce prurit ne relèverait-il pas d'autre chose que d'une libération d'histamine ?*

On ne peut savoir ce qu'il se passa dans la tête de ce médecin, mais, à partir de ce moment, sa responsabilité devient lourde. En effet, il revit Mélodie une troisième fois un mois plus tard, et maintint le même traitement. Il ajouta seulement une molécule destinée à améliorer le sommeil. Il lui remit aussi un anxiolytique, avec je ne sais quelle élucubration cérébrale. Il lui semblait ainsi normal que, du jour au lendemain, une jeune femme pleine d'enthousiasme et de projets puisse devenir anxieuse à un point tel (et on se demande pourquoi...) qu'elle puisse développer pendant son inconscience, son sommeil, une transpiration abondante et un grattage incoercible.

Surpris de revoir la patiente au quatrième mois, il décida alors à contrecœur de l'adresser à un allergologue, car il ne pouvait pas imaginer qu'un autre généraliste puisse faire mieux que lui dans la prise en charge de cette malade. Moins on sait de choses, moins on imagine les connaissances que d'autres peuvent avoir.

Je me souviens de cet interne qui s'était plaint à la direction que j'étais trop exigeant avec lui, et que je l'inquiétais du fait que je tenais « des propos messianiques ». Je lui avais en effet prédit la guérison d'une dermatite atopique sévère, chronique, après avoir identifié les facteurs qui en étaient à l'origine. Ainsi, ce jeune élève maçon prendra son maître pour un fou parce qu'il déclarera être capable de monter un mur avec du ciment, de l'eau et des pierres ! Pour une personne non avertie, ce genre de prédiction est impensable, irréalisable ! Ce qui est le plus navrant, c'est qu'une directrice de l'hôpital m'a jeté cette déclaration à la figure.

Apprenant que le jeune médecin avait envoyé sa patiente chez un allergologue parce qu'elle avait un prurit, je pensai qu'il avait certainement séché le cours sur le prurit ; sinon, il aurait entendu dès les premiers mots du conférencier : « Le prurit sans lésions cutanées, sans boutons, sans urticaire, sans eczéma, n'est jamais allergique, sauf parfois suite à la prise d'un médicament. »

Ce n'était donc pas à un allergologue qu'il fallait adresser cette jeune femme, puisque le travail de ce médecin spécialisé consiste à vérifier des hypothèses de causes allergiques en réalisant des tests. Or les démangeaisons sans signes cutanés, contrairement à l'eczéma ou à l'urticaire, ne sont pas d'origine allergique !

Ce qui devait se passer arriva. La consultation chez l'allergologue se conclut ainsi : « Il n'y a pas de cause allergique à votre démangeaison. Cependant, vous allez faire cette prise de sang. »

Les résultats de celle-ci ne furent cependant ni commentés ni exploités. Le médecin ne s'attendait probablement qu'à peu de choses de cette analyse qu'il avait faite par habitude et pour ne pas rester sec devant une malade. Et pourtant, l'analyse comportait une anomalie significative... qui passa alors inaperçue.

Les mois se succédèrent et, en août, Mélodie décida de consulter un dermatologue. Celui-ci se contenta de regarder la peau, de face, puis tangentielllement, avec une loupe, s'arrêtant dans des endroits particuliers, notamment entre les doigts, recherchant un sillon avec une petite vésicule, signe caractéristique de la gale – comme si une scabiose* pouvait évoluer depuis de si nombreux mois sans avoir jamais contaminé son fiancé. Seule la peau fut donc examinée, alors que cette peau était normale, et que tourne dans ma tête cet aphorisme que je ne cesse de marteler à mes étudiants : « Tout prurit *sine materia* [sans lésion cutanée] de plus de trois semaines doit faire rechercher une cause sous-jacente qui peut être grave. »

Mélodie consulta un second dermatologue. Celui-ci procéda de la même façon, comme si ces deux spécialistes n'avaient jamais été confrontés pendant leurs études, leur internat, à la prise en charge d'un malade souffrant de prurit. Il est vrai que si leur formation se base sur le compagnonnage, encore eût-il fallu que lorsque ces médecins, alors jeunes internes, étaient amenés à s'occuper d'un malade consultant pour une démangeaison, ils aient jugé utile d'appeler le médecin senior afin que celui-ci consacre devant eux, le temps nécessaire à l'interrogatoire et à l'examen clinique complet de cette personne.

Désespérée, Mélodie décida de s'adresser à l'hôpital, sur les conseils de sa pharmacienne. Celle-ci savait que si, dans un nombre fréquent de cas, un prurit temporaire peut céder spontanément avec ou sans l'aide de crèmes antiprurigineuses, en revanche, une symptomatologie, aussi bénigne qu'elle puisse paraître, mais persistante, peut cacher quelque chose de vraiment préoccupant.

Le 2 janvier de l'année suivante, bien que ce fût le jour de mon anniversaire et le lendemain d'un week-end de fête, j'avais décidé de travailler. Je reçus Mélodie à 11 heures. C'était la dixième malade de la matinée. Cela ne veut pas dire que j'avais consacré dix minutes à chaque malade, mais que ma première consultation commença à 7 heures. Je vis entrer dans mon cabinet une jeune fille au regard vide, la tête baissée, désespérée, persuadée qu'une fois de plus personne ne pourrait faire cesser ses démangeaisons intolérables. Elle était aussi contrariée par les examens universitaires qui approchaient et elle se posait énormément de questions quant au succès de sa licence. Et, si elle avait le courage de se projeter plus loin, elle pressentait devoir annuler son mariage, car elle ne voulait pas imposer à son futur époux des nuits de grattage sans sommeil.

Les vingt minutes de questionnement, d'échange avec la patiente, et d'ores et déjà l'observation de la prise de sang oubliée – ou plutôt non commentée – me confortèrent dans l'existence d'une maladie grave dont il fallait poser le diagnostic avec certitude et, dans le pire des cas, dans les quarante-huit heures. Il n'était en effet pas tolérable que l'on ne sache pas précisément quelle était la cause de ce prurit dans un délai rapide.

Et pour ce faire, mes questions qui se succédaient les unes aux autres, pas toutes pertinentes, d'ailleurs, m'aident à être rapidement convaincu du diagnostic. La lecture des anomalies de l'hémogramme, avec notamment une élévation des globules blancs éosinophiles et une baisse du taux des polynucléaires

neutrophiles, suffit à me faire retenir le diagnostic qui se confirma par l'examen clinique. De quel diagnostic allait-il s'agir ?

À peine Mélodie avait-elle enlevé son chemisier que, comme je m'y attendais, les ganglions qui signaient le diagnostic de la maladie de Hodgkin apparaissaient visiblement sur la face latérale du cou et sur le creux sus-claviculaire homolatéral. Alors même que tout médecin doit chercher une maladie de Hodgkin chez une personne qui souffre de prurit, notamment lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune, comment se fait-il que plus de dix consultations et quatre médecins consultés ne l'aient pas trouvée ? Les anomalies biologiques, même prises isolément, sont fortement évocatrices d'une maladie ganglionnaire.

Interloqué, et surtout désolé pour cette jeune femme, je ne pus m'empêcher de lui demander comment il était possible que son médecin n'ait pas vu ces deux gros ganglions. « Mais, docteur, me dit-elle, il n'a pas pu les voir, car il ne m'a jamais déshabillée, il ne m'a jamais examinée ! »

Ainsi, le médecin qui l'avait prise en charge pour un prurit ne l'avait pas déshabillée une seule fois... Il est dommage que cette jeune femme n'ait pas eu besoin d'un soin esthétique, n'ait pas vu un kinésithérapeute, n'ait pas eu besoin de massages, car tous ces praticiens qui déshabillent et examinent ainsi les patients se seraient aperçus de la présence de ces volumineux ganglions.

Il est non seulement du devoir du médecin d'examiner complètement un malade à chaque consultation, mais je rappelle que c'est aussi une obligation dès lors qu'il inscrit le fameux « C » sur une feuille de remboursement de maladie. Certes, il est peu valorisé, sa rémunération n'est pas à la hauteur de la charge de travail et des responsabilités qu'il a, mais il n'est que trop cher payé dès lors qu'un examen clinique n'a pas été réalisé, au moins une fois au cours de ces nombreuses visites.

Hélas, ce que Mélodie présentait arriva. Elle fut immédiatement prise en charge en hématologie. L'étendue de sa maladie nécessitait une radiothérapie, car les ganglions avaient envahi le médiastin, c'est-à-dire la partie du thorax entre les deux poumons, mais aussi la rate et les ganglions abdominaux. Le traitement consista aussi en une chimiothérapie, qui fit qu'elle ne put poursuivre ses études et n'obtint pas sa maîtrise. Elle dut mettre fin à sa scolarité dès lors qu'elle resta quinze jours en hospitalisation pour effectuer les différents examens, qui n'avaient pas d'autre but que de connaître la nature exacte de la maladie maligne (c'est-à-dire du lymphome) et d'en évaluer parfaitement son extension. En effet, une

localisation cérébrale, par exemple, entraînera un traitement spécifique, un choix particulier de molécules parmi celles qui passent la barrière hémato-méningée. Puis ce furent de courts séjours pour effectuer la prise de sang initiale préalable à toute chimiothérapie dont le but est celui de contrôler le nombre des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes avant la pose des perfusions propres au traitement.

Du mois de janvier au mois de septembre, chaque semaine, elle se rendait à l'hôpital. On peut imaginer le parcours terrifiant que doit vivre une jeune femme porteuse d'une maladie de Hodgkin évoluant depuis au moins un an, dont la progression n'a pas été entravée durant ces trois cent soixante-cinq jours pendant lesquels elle ne faisait que consulter et reconsulter. Et un malheur n'arrivant jamais seul, son fiancé perdit patience et décida de rompre son engagement.

Aujourd'hui, Mélodie ne croit plus en la médecine, cette médecine qui l'a fait échouer à ses examens, qui l'a privée de celui qu'elle pensait être l'homme de sa vie, cette médecine qui fait qu'aujourd'hui encore elle vit chez ses parents, qu'elle se rend chaque jour au supermarché du coin pour travailler au rayon poissonnerie, cette médecine en laquelle elle a cru, mettant tous ses espoirs dans son jeune médecin généraliste puis dans les spécialistes qu'elle a rencontrés.

Là encore, la belle médecine française telle qu'elle peut être enviée partout dans le monde n'est pas cette médecine du temps diagnostique, de l'analyse fine sémiologique (l'analyse des symptômes), de la recherche d'explications face à des anomalies biologiques.

Un seul examen clinique, patiente déshabillée, fait un an plus tôt, dès les premiers symptômes, aurait permis au médecin de révéler ces ganglions que Mélodie avait en différents territoires. C'eût été pour ce docteur en herbe la plus belle des récompenses pour ses longues études médicales. Quoi de plus beau que de dépister tôt une maladie potentiellement grave ? Il aurait ainsi adressé lui-même la patiente à l'hématologue en étant fier de son diagnostic. Il aurait été salué par le spécialiste pour la qualité de sa pratique, car avant tout, ce qui fait la valeur d'un médecin, c'est sa capacité à écouter et à examiner.

Faute d'avoir fait ce qu'on lui a enseigné, ce qu'on lui a rabâché, à savoir examiner, examiner, toujours examiner, il s'est au contraire retrouvé confronté aux échecs successifs de ses traitements.

L'idée selon laquelle il faut à tout prix chercher un lymphome devant un prurit sans lésions cutanées est tellement peu partagée au sein du corps dermatologique

que l'histoire qui est arrivée à un de mes collègues – ou plutôt, devrais-je dire, à sa pauvre collègue – est consternante. Ce collègue professeur de médecine croise dans un couloir une professeure de biochimie, qui cherchait un avis dermatologique.

— Excuse-moi de te déranger, dit-elle à ce collègue apparemment très occupé, ou du moins qui en donnait l'impression.

— Bonjour, Agnès, que puis-je faire pour toi ? dit-il sur un ton professoral, visiblement irrité qu'on le consulte sans avoir pris rendez-vous.

— Je voudrais ton avis et te demander de me donner quelque chose. Depuis plus d'un mois, je me gratte nuit et jour. J'ai d'ailleurs des stries de grattage sur les bras et les cuisses, si tu veux voir...

— Non, ce n'est pas la peine. Tu n'as pas d'éruption, n'est-ce pas ?

— Non, pas le moindre bouton, juste la peau qui me démange sans cesse !

— Tu dois avoir la peau sèche ! dit-il en tendant le bras vers une vitrine dans laquelle se trouvaient plusieurs flacons de laits hydratants à titre d'échantillons, qu'il donnait parfois à ses malades.

Rassurée, la jeune collègue biochimiste le remercia et repartit aussi vite qu'elle était venue.

Un mois plus tard, notre professeur de dermatologie est appelé pour donner un avis dans le service d'hématologie. Il se rend sur place accompagné d'un interne. Et là, surprise, il croise sa collègue biochimiste, en chemise de malade, avec une perfusion à chaque bras.

— Que t'arrive-t-il, Agnès ? demanda-t-il avec un ton un peu inquiet.

— Je suis ici pour soigner un lymphome. Tu sais, je t'avais vu pour mes démangeaisons. J'ai appliqué le lait hydratant que tu m'as donné régulièrement. Mais puisque mes démangeaisons persistaient, mon médecin m'a fait une prise de sang, et là, on a décelé une anomalie qui a conduit à la radiographie pulmonaire.

— Et alors ?

— Alors ? Il s'agissait d'un lymphome, j'avais de gros ganglions, sous les bras aussi d'ailleurs, et une grosse rate.

Il eut alors le toupet de lui demander :

— Et ta peau sèche, ça va mieux ?

Elle n'eut pas le courage de lui dire qu'elle n'avait jamais eu la peau sèche, que d'ailleurs il ne l'avait même pas examinée. Elle lui en voulait de ne pas lui avoir prêté plus d'attention, de ne lui avoir été d'aucun secours. Car si le lymphome se

révèle par des démangeaisons, c'est bien au dermatologue de rechercher les ganglions.

L'histoire, bien triste, s'arrête là. À parier que la prochaine fois, devant un symptôme tel que le prurit, notre grand maître prendra le temps d'examiner vraiment son patient...

SACRÉ JEANNOT, ÇA TE GRATTE TOUJOURS ?

— Chéri ! Arrête, ça ne se fait pas !

Surpris une fois de plus par son épouse, Jean sembla prendre pour une fois conscience que ce geste qu'il répétait des dizaines de fois dans la journée était déplacé. Il le faisait tellement inconsciemment qu'il ne se rendait même pas compte du trouble que ce geste pouvait induire sur son entourage. Ce geste machinal se déroulait à tout moment, au cours d'une discussion, pendant un déjeuner, dans une file d'attente, et souvent lorsqu'il était au téléphone.

— Mais, enfin, tu ne pourrais pas voir un médecin, depuis le temps que tu te grattes à cet endroit ?

Cet « endroit » n'était autre que la région anale, que l'on évite de citer comme on évite de dire que l'on va chez le psychiatre. « Je vais voir quelqu'un », dit-on dans ce cas, et je me gratte « dans un endroit mal placé », dit-on pour ne pas prononcer le nom de cette zone anatomique.

Voilà donc la raison pour laquelle Jean avait ce mouvement automatique de la main droite qui, au travers de ses vêtements, venait le soulager d'une intense démangeaison.

S'il est bien quelques endroits qu'il est insupportable de voir manipulés, grattés, curés par une tierce personne, c'est bien l'anus et plus généralement les parties génitales, mais aussi les narines. Deux orifices à l'opposé qui, lorsque le symptôme est là, imposent le mouvement et le geste curateur. Une fois que l'on a commencé, on ne peut plus arrêter, c'est un peu comme les cacahuètes salées.

— Papa a des hémorroïdes, papa a des hémorroïdes ! chantèrent en chœur les deux filles jumelles en saccadant chacune des syllabes. Elles avaient entendu parler d'hémorroïdes lorsque leur père, au cours d'un dîner avec des amis où chacun exposait ses problèmes de santé, demanda conseil pour obtenir l'adresse d'un spécialiste des hémorroïdes ! Ce terme n'était pas tombé dans l'oreille de sourdes !

On parle dans la population générale d'hémorroïdes comme on parle d'infarctus ou de vésicule biliaire, sans vraiment savoir exactement de quoi il est vraiment question. En tout cas, ce que l'on peut dire, c'est que cette démangeaison persistante, intense au niveau de l'anus n'est pas due aux hémorroïdes, même si Jeannot en était porteur.

Les hémorroïdes ce sont des dilatations veineuses, en quelque sorte des varices des veines du plancher pelvien. Elles sont en général plus fréquentes chez la femme du fait des grossesses ou de la prise de pilule, ce qui souligne le rôle des hormones féminines, les œstrogènes. Si ces veines dilatées entraînent quelques signes d'insuffisance veineuse, le prurit compris, elles sont le plus souvent indolentes, sauf lorsqu'elles s'obstruent, c'est-à-dire à chaque fois qu'elles se thrombosent.

Il y a quelque chose de très inconvenant à se gratter de la sorte, en public, à cet endroit personnel, intime dont on ne parle jamais. Et la main qui gratte est aussi la main qui salue, celle que l'on serre. Imaginez au moment où vous allez serrer la main d'une personne que celui qui vous la tend s'est gratté quelques secondes plus tôt au niveau de l'anus, même si c'est à travers du pantalon.

La région du périnée, c'est-à-dire les organes génitaux, les bourses chez l'homme, la vulve chez la femme, ainsi que la région anale sont, sur le plan psychanalytique, des zones intéressantes.

Il y a certainement quelque chose de rituel dans ce geste de grattage de l'anus ou des parties. Les humoristes ont fait de ce geste un symbole de virilité, notamment lorsque la zone manipulée se situe au niveau des testicules. Certains hommes s'amusent même à se toucher cette partie de leur anatomie avec les deux mains dans les poches du pantalon. Mais quelle est donc la signification de cette obligation impérieuse de se gratter, de cette sensation irrépressible que l'on a de se soulager ? La localisation anale convient bien aux théories freudiennes selon lesquelles ceux ou celles qui s'acquittent de ce geste si déplaisant sont des personnes obsessionnelles. Certes, la démangeaison anale est parfois une soupape de sécurité lorsque la tension psychique est trop importante. Cela permet de diminuer le niveau d'anxiété ou d'angoisse. Mais ce n'est certainement pas la seule explication et, en tout cas, la fournir aux malades serait à la fois inconvenant, car probabiliste et hasardeux. En d'autres termes, dire à un malade : « Si vous vous grattez, c'est dans votre tête, ce sont vos nerfs ! », n'est pas acceptable.

Et, de surcroît, cela ne permettra pas de faire cesser le geste. L'observation d'un sujet qui se gratte le derrière, terme plus impropre, mais moins stigmatisant que le terme « anus », vous montrerait que dans une journée ce ne sont pas moins de vingt gestes de grattage qui sont effectués, pas tous seulement dirigés vers cette zone. Et alors, si le prurit n'est pas seulement anal, il prend une tout autre signification !

Qui a eu une fois une petite incontinence due à une faiblesse du sphincter anal, celui-ci ne pouvant résister à une pression forte des matières diarrhéiques ou des gaz, sait que l'humidité induite est source de démangeaisons. Et c'est la première chose que regardera le proctologue avant d'envisager d'autres raisons de se gratter.

Qu'y a-t-il de médical derrière cette sensation de picotements, ce ressenti de petites bêtes qui se déplacent, de chatouillis, autant de signes ainsi perçus, qu'il ne faut pas confondre avec des élancements à type de décharges électriques, des perceptions de mordillements par de petits animaux, des hyperesthésies, qui eux relèvent d'une cause neurologique ? Les nerfs issus du sacrum, les nerfs sacrés innervent cette région. Ils permettent à toute la région périnéale de ressentir le toucher, le chaud ou le froid, la pression... Ainsi, la région antérieure, celle des bourses ou de la vulve, reçoit et envoie les influx neurologiques par un nerf appelé nerf pudendal qui portait il y a si peu de temps le nom de nerf honteux interne. Ce nerf provient des quatrième et plus accessoirement deuxième et troisième racines des nerfs sacrés (provenant du sacrum).

Le trajet de ce nerf est tel qu'il peut se trouver comprimé par la pratique prolongée du cyclisme. C'est sur son passage sur la branche pubienne de l'os du bassin, c'est-à-dire cette branche osseuse qui rejoint le pubis à l'ischion, partie postérieure osseuse sur laquelle on s'assied, que le nerf peut être engainé dans une coque fibreuse qui l'enserme. Mais en cas de troubles neurologiques, les sensations sont tout à fait différentes de celle de la démangeaison.

Il n'est pas nécessaire d'avoir fait médecine pour une telle observation, vous aurez remarqué que la bouche et l'anus sont les deux extrémités d'un long tuyau que l'on appelle le tube digestif. On comprendra ainsi que des phénomènes physiologiques ou pathologiques qui se passent dans l'intestin peuvent entraîner des signes au niveau de la partie proximale, c'est-à-dire la bouche, au niveau des lèvres, des gencives, de la langue, tout comme au niveau distal, c'est-à-dire au niveau de l'anus. Et en tant que médecin, je ne saurais que trop recommander de commencer par examiner la bouche de quelqu'un qui se plaint de l'anus. Je ne

ferais pas le même conseil dans le cas inverse. Car ce que l'on peut avoir du mal à voir au niveau de la muqueuse anale, parce qu'elle est profondément enfouie au fond du sillon interfessier, parce qu'elle est pigmentée, parce qu'elle est pileuse, parce qu'elle est plissée, parce qu'elle est parfois souillée, pourra se voir au niveau des muqueuses buccales.

ON NE DIT PAS ÇA À UNE DAME !

Pour illustrer ce point, je me remémore la consultation de cette femme de 50 ans, dame de la société comme on l'aurait dit au siècle dernier, qui avait tout pour être heureuse, un mari, des enfants, une vie aisée, des amis, si tant est qu'aujourd'hui ces possessions remplissent suffisamment une vie pour la rendre heureuse. Et pourtant, depuis trois ans, Mme Bichonnet était terriblement embarrassée par des démangeaisons anales intenablement qui l'obligeaient à se rendre plusieurs fois par jour dans les toilettes pour se soulager. La pudeur d'une femme l'empêchera de se gratter en public. Sous le prétexte de se remettre du rouge à lèvres, elle ira se gratter discrètement dans ce lieu d'aisance. Comme toujours, lorsque la région génitale et la zone anale sont le siège de démangeaisons, la première hypothèse qui vient à l'esprit est celle d'une mycose. Et c'est ainsi qu'elle a appliqué des jours et des jours, pour ne pas dire des semaines, des crèmes contre les champignons. Or comment pourrait-il s'agir d'une mycose si la peau, si la muqueuse dans son aspect est normale et qu'il n'y a que le ressenti d'une démangeaison. Par définition, une mycose est forcément une dermatose qui se voit et qui a des caractéristiques observationnelles classiques. Il était donc inutile et vain d'appliquer des antifongiques sur cette zone qui n'était nullement atteinte par une quelconque maladie infectieuse de peau. Et comme j'applique en pratique mes recommandations, et quand bien même cette dame que j'avais invitée à s'installer sur la table d'examen s'était déjà mise en position genu-pectorale, c'est-à-dire à genoux, penchée en avant les fesses bien tendues vers le médecin qui allait s'installer face à son anus, je lui demandai de bien vouloir se remettre dans une position plus habituelle pour un examen clinique, c'est-à-dire sur le dos. Cette première invitation la perturba, car après avoir vu cinq proctologues, elle pensait me faciliter la tâche tout me montrant en même temps qu'elle avait bien appris la leçon de la position académique de l'examen d'un anus.

Or si cinq de mes confrères n'ont pas vu d'anomalies au niveau de l'anus, il est vraisemblable que le sixième médecin que j'étais n'allait rien voir non plus. Il me fallait donc savoir préalablement ce que je serais susceptible d'observer lors de l'examen de sa muqueuse anale. Outre que je fis un examen de la tête aux pieds, recherchant sur sa peau les signes d'une dermatose qui aurait pu toucher les muqueuses, progressant des pieds à la tête, j'arrivai enfin au niveau du visage et je lui demandai :

— Madame, veuillez ouvrir la bouche, s'il vous plaît.

Elle écarquilla tout d'abord les yeux, et voyant que je m'impatientais avec mon abaisse-langue appuyé sur sa lèvre inférieure, elle ouvrit grand la bouche. Je m'empressai d'éclairer toute la cavité au moyen d'une lampe de poche. Je me mis quelques instants à sa place, pressentant qu'elle se demandait ce que je pouvais bien chercher dans la bouche qui puisse avoir un rapport avec son anus. Au moment où le faisceau lumineux éclaira la face interne des joues, je ne pus m'empêcher de réagir immédiatement :

— Mais, bon sang, c'est clair, je vois de quoi il s'agit !

Avant même que la patiente ne puisse poser une question ou faire un commentaire, je lui demandai de reprendre la position genu-pectorale qu'elle avait si bien reproduite quelques instants plus tôt. Ayant vu au niveau de la muqueuse de la face interne des joues un petit liseré blanc, un petit peu en réseau comme de fines mailles, surtout localisé dans la partie postérieure, j'avais le diagnostic d'une maladie des muqueuses que l'on appelle le lichen plan. Cette maladie, malgré son nom, n'a rien à voir avec les champignons ou avec les végétaux. C'est un nom qui a été donné ainsi pour signifier une maladie immunitaire de la peau et des muqueuses.

Confortablement installé sur mon tabouret, les pieds bien écartés de part et d'autre, me permettant de mieux me mouvoir avec ce siège à roulettes, je disposai sur mon front une lampe de spéléologue pour enfin examiner l'objet de tous ses tourments, c'est-à-dire son anus profondément enfoui entre ses deux fessiers. Sans plus attendre, je dirigeai cette lumière frontale sur la zone qui me préoccupait. J'avais les deux mains libres pour étaler et déplier la muqueuse anale et ainsi mieux discerner sous les petits replis les mêmes filaments blancs que ceux que j'avais vus dans la bouche. J'avais mon diagnostic !

Fier de moi, fier d'avoir identifié la maladie dont la patiente souffrait depuis trois ans, heureux que la méthodologie employée m'ait permis de résoudre une

énigme contrairement à cinq de mes confrères, et pendant que la malade se retournait pour s'asseoir sur la table d'examen, je lui dis aussitôt :

— Chère madame, ça y est, je sais ce que vous avez !

M'attendant à un sourire de satisfaction et à des remerciements, c'est une tout autre réaction qu'eut la malade à ce moment-là :

— Mais enfin, docteur, pour qui me prenez-vous, je suis une femme honnête !

En y pensant, je me dis que j'ai certainement vexé ou blessé cette femme par manque de tact. Sans lui expliquer les raisons pour lesquelles je regardais sa bouche, et bien loin de penser à une maladie sexuellement transmissible ou à des pratiques sexuelles particulières, je l'ai mise dans un embarras important durant tout le temps de mon examen.

Fort heureusement, j'avais une bonne nouvelle à lui annoncer, qui était celle de la guérison de sa maladie dès lors que nous aurions entrepris le traitement approprié et effectué la recherche des pathologies sous-jacentes éventuellement associées. Dans le cas présent, il y avait d'associée, comme cela arrive une fois sur dix, une maladie du foie appelé hépatite auto-immune.

Comme quoi, un symptôme aussi banal que la démangeaison anale peut être le seul signe d'une maladie d'un autre organe ! Et surtout, elle guérit par simple application d'un médicament approprié se présentant sous forme de crème qui la soulagerait alors instantanément.

LE DIABLE DANS LE CORPS

Si l'examen de l'anus n'est pas un passage obligé dans l'examen clinique complet, en revanche, quel que soit le symptôme localisé à la zone anale, il est du devoir du médecin d'objectiver son diagnostic par l'inspection et par la palpation, parfois, de l'anus.

Je voue une immense admiration à mon maître, celui qui m'a appris la médecine ; l'histoire qui suit est celle qu'il m'a lui-même racontée. Elle démontre qu'avant d'être un bon, voire un excellent clinicien, un jeune médecin peut être moins performant et commettre des erreurs. Ce fut son propre cas lorsque jeune interne, pendant qu'il faisait des remplacements en médecine générale, il fut appelé par une vieille fille maintenant très âgée qui se plaignait depuis des années que des bêtes lui mangeaient l'anus. Elle était ainsi dévorée jour et nuit par ces animaux monstrueux dont elle faisait parfois une description hallucinante.

C'était d'ailleurs le diagnostic porté sur sa fiche de consultation : malade psychiatrique, psychose hallucinatoire chronique.

Et donc, lors de sa première visite, et parce qu'il était particulièrement pressé, il ne fit qu'ajuster la quantité des gouttes de neuroleptiques initialement prescrites, les augmentant transitoirement, pensant alors calmer le symptôme. Mais, quand il fut rappelé moins de huit jours plus tard, il se rappela son devoir d'examiner toujours et de ne surtout pas traiter un malade sans avoir posé un diagnostic.

Quelle ne fut alors pas sa surprise de voir une masse bourgeonnante, saignotante, ayant pris pied sur la muqueuse anale externe, caractéristique d'un cancer anal !

Ainsi, depuis des années, cette malade avait été prise pour « une folle » tout simplement parce qu'elle se plaignait de l'anus et faisait des projections fantasmatiques de l'origine du ressenti alors même qu'elle était en train de développer un véritable cancer !

Quant à notre ami Jeannot, son histoire est tout autre. Ses démangeaisons sont récentes, et même si pour lui le temps paraît long parce qu'il ne voit aucune possibilité thérapeutique s'offrant à lui, il est clair que ce prurit *sine materia*, c'est-à-dire sans maladie de peau visible, a bel et bien une cause interne. C'est sa femme qui lui mit la puce à l'oreille.

— Mais dis-moi, chéri, c'est peu après notre voyage en Afrique que tu as ressenti ces démangeaisons, n'est-ce pas ?

Et en effet, il y avait lieu de considérer cette chronologie des faits pour porter un diagnostic.

Ainsi, c'est bien une cause parasitaire qu'il faudra évoquer ici, ce que l'on n'aurait pas manqué de faire chez un jeune enfant puisque le prurit anal est fréquent et dû à ce petit ver, l'oxyure qui ressemble à du vermicelle.

Sur cette hypothèse suggérée par son épouse, Jeannot repartit voir son médecin, et là il insista pour obtenir la délivrance d'un traitement antiparasitaire. Il partagea l'avis de son médecin qu'il ne lui paraissait pas très logique d'appliquer uniquement des traitements locaux sur une muqueuse qui n'était affectée ni d'eczéma, ni de mycose, ni d'une autre maladie. Ainsi, pour une muqueuse saine, tout comme une peau saine qui exprime des symptômes, la cause ne peut être qu'à distance, voire systémique. Fort heureusement, on dispose aujourd'hui de molécules telles que l'albendazole qui sont efficaces sur la plupart des parasites que l'on appelle les vers ronds ou nématodes.

Deux cures espacées de quinze jours d'intervalle suffisent à guérir définitivement Jeannot qui avait fini par exaspérer toute sa famille à se gratter jour et nuit de façon compulsive pendant des semaines.

CE QUE VOUS RISQUEZ SI VOUS ÊTES INFESTÉ

Certains scientifiques estiment que la présence de ces vers serait protectrice pour l'organisme. Ils suggèrent même que ceux-ci auraient un potentiel curatif face à certaines maladies inflammatoires de l'intestin. Voici pourquoi j'ai une vision à l'opposé de ces théories. La présence de ces vers induit une immunodépression qui favorise les infections à l'égard du virus de l'herpès : j'entends par là la maladie herpétique (le fameux bouton de fièvre), mais aussi l'herpès génital, beaucoup plus dangereux, car présent dans les sécrétions vaginales, je veux aussi parler du zona, mais aussi du virus Epstein-Barr responsable notamment de la mononucléose infectieuse et aussi de lymphomes. Il a aussi été démontré que la présence d'helminthes favorise la prolifération du papillomavirus en général et aussi tout particulièrement dans le liquide du conduit du col de l'utérus. Il est désormais recommandé d'administrer un traitement antiparasitaire chez toute femme présentant un cancer du col de l'utérus. Je ne saurais que trop inviter les femmes atteintes d'une infection à papillomavirus à se vermifuger correctement ; d'ailleurs, certains malades m'ont fait savoir qu'ils avaient observé la négativation du frottis du col de l'utérus quelque temps à peine après le traitement antiparasitaire, ce qui est particulièrement encourageant. Je ne peux pas non plus m'empêcher de faire un parallèle avec l'efficacité démontrée dans plusieurs études de l'ivermectine contre la Covid. Il s'agit là d'un médicament antiparasitaire qui traite de nombreux nématodes, c'est-à-dire des vers ronds comme l'anguillulose, les filaires, la toxocarose. Un des mécanismes d'action du médicament dans cette maladie virale d'actualité ne passerait-il pas par l'élimination de parasites qui, jouant un rôle d'immunodépression, favorisent le développement de la Covid ? En tout cas, la question mérite d'être posée. J'émet donc l'hypothèse que la disparition des parasites pourrait contribuer à restaurer le système immunitaire qui, dès lors, sera plus efficient pour éliminer le coronavirus. Ne serait-il donc pas pertinent d'étudier le bénéfice éventuel d'un traitement antiparasitaire chez les personnes ayant un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et donc porteuses du virus VIH ? Il serait aussi intéressant d'étudier l'effet d'un tel

traitement chez les enfants qui ont un impétigo, maladie bactériologique cutanée due au staphylocoque doré ou au streptocoque, puisque d'ailleurs une étude a montré, en 2002, que les infections par nématodes, c'est-à-dire les petits vers ronds comme les oxyures, le trichocéphale et d'autres, favorisent les infections staphylococciques. Dans mon expérience, chaque fois que je questionne un patient dès lors qu'il consulte pour un *Pityriasis versicolor*, c'est-à-dire une colonisation superficielle de la peau par une levure appelée *Malassezia**, je trouve les éléments d'une colonisation parasitaire. Malheureusement, la parasitologie est encore trop peu développée en médecine et à peine enseignée en troisième année dans les cours de pathologie fondamentale. Rares sont les services hospitaliers qui discutent des parasitoses, dont les conséquences directes ou indirectes sont pourtant importantes. Ne devrait-on pas envisager une telle pathologie parasitaire dès que l'une ou l'autre des situations décrites plus haut se produit ? Ne devrions-nous pas reconsidérer la présence des helminthes dans l'intestin dans un certain nombre de maladies, même si nous ne les voyons pas dans les selles ? Et finalement, ne faudrait-il pas se vermifuger tous les six mois, comme nous le faisons pour nos animaux de compagnie... ou comme le faisaient nos grands-mères ? Ainsi, si le médecin consulté a été peu assidu durant ses cours de parasitologie (pas toujours très intéressants, il faut le dire), alors il est vraisemblable qu'il lui reste très peu de souvenirs. Par ailleurs, les manifestations cliniques ne sont pas décrites de façon exhaustive durant ces cours. En effet, l'enseignant est le plus souvent un biologiste qui n'est pas confronté aux malades.

UNE HISTOIRE QUI, HEUREUSEMENT, EST DU PASSÉ

J'aime raconter cette histoire terrifiante si on se met à la place de la maman de ce petit garçon de 4 ans qui a reçu à Noël un petit chiot, et qui, au mois de juillet, observe un problème de santé particulièrement sérieux chez sa progéniture.

Au moment de partir en vacances, le petit qui, depuis quelques jours, n'arrêtait pas de se cogner dans les meubles à tel point que sa maman pensait qu'il le faisait exprès, lui révéla enfin qu'il ne voyait plus de l'œil droit.

— Maman, c'est tout noir là !

— Comment cela ? Que veux-tu dire ?

Ne comprenant pas ce que son fils voulait dire, la maman se mit à agiter ses mains devant le visage de l'enfant et celui-ci n'eut aucun réflexe de recul ou de

clignement devant la main de la maman qui s'agitait en face de son œil droit. Cette mère de famille prit alors conscience que son enfant avait une cécité unilatérale. Elle l'imagina déjà aveugle des deux yeux et se vit l'emmener à l'école avec une canne blanche. Ces mauvaises idées laissèrent vite la place à une décision énergique, celle d'appeler d'urgence son médecin de famille.

N'importe quel médecin, et même s'il n'est pas ophtalmologiste, sait que toute perte de la vision, qui pourrait *a priori* être temporaire, laisse craindre à chacun la possibilité d'une cécité définitive. Les hypothèses tumorales ne sont pas envisagées immédiatement, car habituellement les signes apparaissent progressivement dans le temps, ce qui n'était pas le cas ici.

Si une personne perd soudainement la vue, c'est que quelque chose empêche la lecture au niveau du cerveau de l'image qui se trouve en face de l'œil. Il est rare qu'une pathologie de la chambre antérieure de l'œil, c'est-à-dire cette partie dont la cornée en délimite les limites en avant, et l'iris en arrière (partie qui entoure la pupille, partie colorée qui donne la teinte de vos yeux), soit responsable d'une perte de la vision, sauf si bien entendu cette partie est remplie de sang ou d'un liquide trouble comme on peut le voir dans des processus infectieux. Si tel était le cas, l'examen à travers la cornée, c'est-à-dire la partie la plus antérieure, la plus superficielle de l'œil, suffirait à le déceler. Il ne peut s'agir d'un problème au niveau de l'uvée, c'est-à-dire cette substance qui se trouve dans la chambre postérieure de l'œil, car même si elle était trouble, ou si elle était le siège d'une hémorragie, le malade percevrait *a minima* la lumière et certainement quelques formes. C'est donc très en arrière au niveau de la rétine ou du moins à partir de la rétine que se pose le problème. Y a-t-il soudainement une maladie de la rétine comme un décollement, une hémorragie ou une tumeur, ou s'agit-il d'une maladie du nerf optique ? Dans ce cas-là, comment expliquer qu'elle soit unilatérale ? Ou encore s'agit-il d'une maladie du cerveau au niveau occipital qui ferait que l'image de l'objet visualisé ne soit plus interprétée comme telle par les cellules cérébrales du cortex occipital ?

Le médecin qui passa chez cette famille à la fin de sa tournée de l'après-midi tenta de fournir quelques explications visant à montrer à la maman qu'il connaissait son sujet afin qu'elle lui accorde toute confiance. Car on ne pourrait rien faire d'autre ce soir que d'apprendre. Pas question d'avoir une consultation d'un ophtalmologiste en urgence en pleine nuit, le service des urgences de l'hôpital a d'autres choses à faire que de diagnostiquer un problème dont le

caractère n'est *a priori* pas urgent. Le médecin de famille que l'on appelle aujourd'hui médecin référent avait pleinement conscience de sa responsabilité et surtout de son rôle d'accompagnateur, de facilitateur de démarches, de façon à obtenir des rendez-vous dans les meilleurs délais auprès des spécialistes. Il s'avère qu'il avait fait ses études avec le Dr Dubeau, avec lequel il avait gardé de bonnes relations amicales. Il n'est pas fréquent que des médecins qui ont fait en même temps leurs études médicales gardent des contacts cordiaux, car l'amour-propre particulièrement développé chez les médecins conduira tantôt l'un à critiquer l'autre parce qu'il n'est pas d'accord sur son diagnostic, ou l'autre à critiquer l'un parce qu'il ne lui a pas rendu le service attendu.

Le médecin généraliste fit son office et rassura immédiatement la famille.

— Dès demain matin, mon ami André, le Dr Dubeau, vous recevra.

Sur ces dernières paroles, le médecin prit congé de la famille.

— Allez ! Au lit tout le monde ! dit la maman pressée de s'endormir pour oublier les longues heures qu'elle venait de passer.

L'enfant, lui, n'était pas particulièrement inquiet, car un enfant pense qu'il y a toujours une solution à tout problème, et que le docteur qu'il verrait dans les jours prochains allait guérir cette cécité. Il prit sa petite peluche dans ses bras, la serra très fort, l'embrassa sur le museau et alla se coucher sans avoir dîné et sans demander autre chose que le traditionnel bisou du papa et de la maman.

Le médecin, quant à lui, rentra à la maison où son épouse avait préparé le repas ; elle l'attendait. Son épouse, dévouée, savait tenir la soupe toujours chaude pour qu'immédiatement arrivé, elle lui fût servie avec les petits croûtons traditionnels qu'il aimait tant.

Ce soir, il était un peu excité, il avait envie de raconter cette histoire extraordinaire pour lui qu'il n'avait jamais rencontrée auparavant au cours de son activité professionnelle, mais, en même temps, se sentant impuissant de n'avoir pu donner le moindre diagnostic, il préféra se taire.

Après avoir ingurgité deux cuillères à soupe, et avant même que sa femme n'eût fini de se servir elle-même, il se leva brusquement, traversa la cuisine et se rendit immédiatement dans son bureau. Là, face à sa bibliothèque, il scrutait les livres qui s'y trouvaient, rangés dans un désordre incroyable, certes, mais qui lui permit tout de même de retrouver rapidement son livre d'ophtalmologie qu'il s'empressa alors de feuilleter.

— Viens vite, ta soupe va refroidir, lui intima sa femme à travers la porte entrouverte.

Ne voulant pas gâcher ce repas, il prit le livre avec lui et demanda la permission à son épouse de le feuilleter en dînant, tout en manipulant avec agilité la cuillère qui passa du bol à sa bouche et qui, pour une fois, n'avait pas beaucoup de goût ce jour-là.

— *Ah mince, j'espère que ce n'est pas cela !* se dit-il en ayant ouvert le chapitre des cécités brutales de l'enfant. Il lut un certain nombre de pathologies, mais celle qui attira son attention fut l'existence d'une tumeur maligne de l'œil volontiers observée dans cette tranche d'âge. Elle ne se manifeste pas autrement que par une diminution de l'acuité visuelle pouvant aboutir à la cécité complète.

— *Si c'est cela,* pensa-t-il, *il faut opérer cet enfant le plus rapidement possible.*

— C'est le petit Chabrier que tu es allé voir ? dit sa femme, cherchant à nouer le dialogue face à un homme apparemment fermé, soucieux, et concentré. Elle savait qu'il était très respectueux du secret médical et qu'il lui dirait très peu de choses et notamment pas la nature exacte de la maladie du petit. Et pourtant ce soir-là, à l'opposé de son attitude habituelle, il se lâcha :

— Oui, tu sais, le petit qui est né juste après la guerre, je crains qu'il ait bien une tumeur maligne de l'œil.

L'épouse ne demanda pas sur quels arguments il s'appuyait pour faire un tel diagnostic. Elle avait une grande confiance en son mari et se dit que s'il était aussi formel, c'est qu'il avait des arguments incontestables.

Le lendemain matin, levé depuis 6 h 30, le Dr Barbier brûlait d'impatience à attendre les 8 heures pour envoyer un coursier chez le Dr Dubeau dans le but de lui demander un rendez-vous.

Il prit le soin de détailler avec précision la forte inquiétude de la famille confrontée à une maladie déroutante chez son petit dernier.

Le Dr Barbier ne s'attendait pas à autre chose qu'un rendez-vous proposé dans la journée, ce qui fut le cas.

C'est Monique, la femme du docteur, qui préviendrait Mme Chabrier que l'ophtalmologiste recevrait son petit Robert à 17 heures ce soir.

La maman était déjà apprêtée, car elle se doutait qu'elle pourrait être appelée à la dernière minute pour un rendez-vous pris en urgence. Le petit n'était pas allé à l'école ce jour-là. Il avait été gardé par sa grand-mère qui prit soin de lui toute la journée, comme s'il était gravement malade.

— Repose-toi ! lui disait la mamie, mais lui ne comprenait pas cette injonction, car il ne se sentait nullement fatigué. Il n'avait pour seul problème qu'une perte de la vision d'un œil, ce qui ne l'empêchait nullement de jouer.

La journée fut longue, mais c'est à 17 heures précises que le Dr Dubeau fit entrer la famille quasiment au grand complet, la maman et le papa qui tenait l'enfant dans ses bras.

Le médecin accueillit l'enfant avec un air sombre, car il pensait déjà au diagnostic qu'il allait devoir annoncer à la maman. Il ne fut ni rassurant ni inquiétant, mais il fit les choses de façon très professionnelle et passant d'un appareil à l'autre, plutôt que d'entreprendre l'examen le plus pertinent, il se tourna vers les parents :

— Ce n'est pas la peine d'expliquer ce qui arrive, dit le médecin, le Dr Barbier a parfaitement décrit la situation, n'est-ce pas ?

— *Quelle chance nous avons d'avoir un aussi bon docteur*, pensèrent en même temps le père et la mère.

— Il faut que je regarde l'œil du petit. Si vous voulez m'attendre ici, je le prends avec moi dans la salle obscure.

— Vous lui avez bien mis les gouttes dans les yeux aux environs de 16 heures ? J'avais demandé à la pharmacienne de vous livrer le petit flacon.

— Docteur, nous avons suivi scrupuleusement vos préconisations.

Avant de faire ce que l'on appelle « le fond d'œil », c'est-à-dire cet examen à l'ophtalmoscope qui, au travers d'une pupille dilatée par une goutte d'atropine, va permettre de visualiser la partie postérieure du globe oculaire, le médecin veut connaître avec plus de détails comment cette perte de la vision est apparue. Il faut bien évidemment vérifier sa réalité, car chacun d'entre vous sait qu'un enfant peut dénoncer un symptôme tout simplement pour que l'on s'occupe de lui, ou pour exprimer une angoisse ou un danger qu'il ressent. On connaît tous ces crises de douleurs abdominales apparaissant le matin peu de temps avant d'aller à l'école. Il n'est pas difficile ici de vérifier que c'est toujours le même œil qui est dans la nuit en bouchant alternativement l'un et l'autre, et pour celui qui est atteint en approchant des objets apparemment dangereux, geste qui n'entraîne aucun mouvement de recul ou de clignement par exemple.

Alors qu'il fait ce geste au moins dix fois par jour, l'ophtalmologiste ne put s'empêcher de remercier comme il le fait à chaque occasion les pharmacologues qui ont mis au point un produit capable d'élargir la pupille, c'est-à-dire le trou

situé entre la partie avant de l'œil et la partie arrière. De cette façon, il est possible d'examiner le fond de l'œil, ce qui autrement serait impossible. En effet, vous avez tous observé qu'en illuminant l'œil, la pupille va se refermer par un réflexe constricteur, ce qui empêche l'examen du fond d'œil.

Les chercheurs ont découvert depuis longtemps que la dilatation de l'œil, je veux dire plus précisément de la pupille, se fait sous l'effet de l'adrénaline, hormone appelée hormone du stress, qui par ailleurs entraîne la fermeture de plusieurs vaisseaux. Pour comprendre le mécanisme et la finalité de la dilatation pupillaire sous l'effet de l'hormone du stress, il faut revenir à des temps anciens, lorsque le corps humain n'avait pour se protéger que ses systèmes endocriniens, métaboliques et neuro-végétatifs qui répondaient alors aux événements auxquels la personne était soumise.

Imaginons un stress aigu. Vous vous promenez dans la forêt et soudain vous vous trouvez face à face avec un puma ou un chat sauvage. Vous ne pensez qu'à une chose, vous enfuir. La perfection du corps humain est telle qu'en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, la vision d'un danger va immédiatement alerter le cerveau qui, lui, à la vitesse de la lumière, va informer vos glandes surrénales prêtes à libérer les hormones du stress et tout particulièrement l'adrénaline.

La libération en grosse quantité dans votre sang de l'adrénaline a un objectif : vous permettre de fuir avec tout le potentiel dont vous disposez ou vous permettre de vous défendre en cas d'attaque.

De quoi le corps a-t-il besoin à ce moment-là ? De pouvoir courir rapidement en adhérant au sol et éventuellement pouvoir se servir des mains pour grimper à un arbre, et accessoirement ne pas se préoccuper du système digestif, d'avoir un cœur suffisamment résistant, d'avoir des muscles qui ne vont pas se fatiguer en quelques secondes, d'avoir la plus parfaite des visions.

Ainsi, il faut au minimum que la totalité du sang soit dédiée au cœur, aux muscles et au cerveau.

Et c'est ainsi que sous l'effet de l'adrénaline (entre autres, car vous imaginez bien que la perfection de ce système de défense va aussi faire intervenir d'autres fonctions neurologiques ou endocriniennes, comme la possibilité de produire de l'énergie à partir du glucose, donc le rôle de l'insuline), votre cœur va battre rapidement, ce que l'on appelle une tachycardie, le sang va se distribuer dans tous les organes qui en ont besoin pour être oxygénés, c'est-à-dire dans les muscles, le cœur, le cerveau, et, pour cela, les vaisseaux de ces organes vont se dilater sous

l'effet de l'adrénaline et vous l'aurez observé, le sang va se raréfier dans la peau et vous aurez alors une pâleur cadavérique. Le sang va quitter le tube digestif, le rendant ainsi atone et prêt à laisser les sphincters ouverts (n'avez-vous jamais entendu « j'ai fait dans ma culotte »). Le système adrénergique, c'est-à-dire tout ce qui est contrôlé par l'adrénaline, conduit à un relâchement de la tonicité de l'intestin, des voies urinaires et des sphincters. Les mains vont transpirer et, tout comme le sportif haltérophile qui va cracher dans ses mains pour les humidifier, cette humidification de l'outil qu'est la main va permettre une meilleure adhérence au support tel que cet arbre ou cette paroi que vous allez escalader. Dans l'hypothèse où vous seriez pieds nus, il ne s'agit en effet pas de glisser, pour mieux adhérer, cette surface a besoin d'être humidifiée.

Et enfin, vous devez voir le mieux possible, c'est pourquoi votre pupille va se dilater.

N'y a-t-il pas de meilleur moyen pour retenir le rôle de l'adrénaline au niveau de l'œil que cette histoire certes simplifiée, mais ô combien démonstrative ?

Ainsi, les médecins, pour dilater la pupille, pourraient y instiller une goutte d'adrénaline. Mais ils eurent une tout autre idée, possédant l'avantage de présenter moins d'effets indésirables. Puisqu'il y a au niveau de l'œil, comme ailleurs, l'opposition de deux systèmes, l'un orthosympathique (qui est sous la dépendance de l'adrénaline) et l'autre parasympathique (qui est sous la dépendance de l'acétylcholine), ne serait-il pas aussi efficace et peut-être plus aisé de supprimer l'effet constrictor du système parasympathique (sous le contrôle de l'acétylcholine) pour ne laisser place qu'au système orthosympathique et donc à l'adrénaline. Et c'est ainsi que l'atropine, médicament parasympatholytique, est devenue le traitement le plus approprié pour dilater cette pupille en vue d'effectuer un fond d'œil.

Alors qu'habituellement, une séparation de plus de quelques minutes d'avec ses parents entraînait inéluctablement chez le petit Robert une poussée de cris et de pleurs, celui-ci resta parfaitement silencieux, sachant qu'on allait s'occuper particulièrement de lui. Mais, surtout, ce docteur l'impressionnait par son calme et par son autorité. Le Dr Dubeau ainsi examinait sans difficulté le fond d'œil de cet enfant et pour lui il n'y avait aucun doute. C'était bien une tumeur qui était à l'origine de cette perte d'acuité visuelle, et puisqu'il s'agissait le plus souvent d'une tumeur maligne, il allait falloir agir vite, se dit-il.

On sait qu'en médecine, le raisonnement est souvent complexe, une chose entraînant une autre qui va activer une tierce fonction pour ensuite déclencher de tels dysfonctionnements qui, agissant sur un trouble préexistant, vont créer la maladie. Mais là, rien de plus simple, une cellule maligne qui pousse, et forme une tumeur, cette tumeur qui va obstruer le nerf ophtalmique et c'est la cécité !

À la tête du médecin, la maman s'est doutée qu'il y avait une mauvaise nouvelle à entendre. Mais puisqu'elle ne connaissait pas l'existence d'un cancer de l'œil, elle ne pouvait pas s'imaginer qu'un enfant puisse développer après la naissance une tumeur maligne que l'on pense être d'origine embryologique, le rétinoblastome.

L'examen terminé, il coupa la lumière de l'appareil d'un geste bref, sec, se recula sur sa chaise à roulettes, enleva ses lunettes et dit à la maman :

— J'ai une mauvaise nouvelle à vous annoncer, votre fils a une tumeur du fond de l'œil...

La maman avait tout imaginé sauf cela. Elle voulut comprendre davantage, et le médecin profita de sa curiosité pour développer l'histoire de cette tumeur appelée rétinoblastome apparemment fréquente chez l'enfant et qui représente une cause de cécité non négligeable.

— On peut sauver votre enfant, mais pour cela, il faudra sacrifier son œil, lui dit-il.

La maman était prête à tout, elle ne pouvait concevoir de laisser son enfant mourir d'une maladie chirurgicalement curable ; elle accepta l'intervention qui fut programmée dans les quarante-huit heures.

Avant même de poser la question de la gravité au médecin, elle s'entendit dire qu'il fallait opérer l'enfant dans les meilleurs délais pour à la fois éviter l'extension du processus, mais surtout éviter que la maladie ne gagne du terrain et n'envahisse l'organisme tout entier.

— Mais, docteur, c'est si grave que cela ?

— Oui, madame c'est grave, je devrais même dire très grave, mais nous avons la chance d'avoir dépisté cette tumeur très tôt, je vais la confier au Pr Schultz très rapidement. C'est un spécialiste de cette tumeur et je dirais même le spécialiste que l'on vient consulter des quatre coins du monde pour sa dextérité chirurgicale.

Le Pr Schultz s'était fait une réputation mondiale au sujet du rétinoblastome, non pas parce qu'il avait une dextérité au-delà du commun, mais parce qu'il avait

démontré par ses études que plus l'intervention était précoce, plus le pronostic était bon.

La semaine qui précéda la date de l'intervention fut interminable pour la famille. Fort heureusement, il n'y avait pas Internet à cette époque, et le *Larousse médical* qui avait sa place dans la bibliothèque vitrée du salon ne comportait pas même un seul paragraphe sur cette tumeur de l'œil.

Personne parmi leurs amis n'avait entendu parler de cette maladie ; pas moyen donc d'évacuer le stress en leur demandant leur expérience.

Le fait d'imaginer leur enfant avec l'énucléation d'un de ses si beaux yeux bleus était insupportable pour la maman. Et chacun de déclarer, sans en avoir la certitude, qu'aujourd'hui l'on faisait de magnifiques prothèses, qui d'ailleurs s'appellent à proprement parler orthèses, et qui font que nul ne s'apercevrait que ce n'était pas son œil. Mais il y aurait certainement une période transitoire où l'enfant serait obligé de porter un bandeau, ce fameux bandeau qui donne un air sévère, autoritaire et pas très sympathique. Celui d'un fameux pirate.

Mais tant que l'opération ne s'était pas déroulée, il y avait toujours l'espoir qu'il ne s'agissait pas de cette tumeur, mais d'autre chose, le corps humain est plein de surprises, sait-on jamais, et si la tumeur était bénigne, par exemple.

Fort heureusement, l'opération s'est bien passée. Mais le seul juge de paix, c'était le compte rendu de l'examen de la pièce opératoire. Il y eut une longue attente jusqu'à l'obtention des résultats de l'analyse de l'œil, déposé si j'ose dire sur la table d'opération avec en son sein la tumeur encore mystérieuse.

Lorsqu'une maman attend un résultat d'examens importants pour son enfant, bien que toujours imaginant le pire, elle attend en fait des paroles rassurantes qui enlèveront aussitôt cette angoisse insupportable qui l'envahit corps et âme. Quand votre enfant ne voit plus d'un œil, vous imaginez le pire, vous pensez qu'il ne verra plus de cet œil-là, mais vous vous rassurez en vous disant qu'heureusement il y a un deuxième œil. Cependant, vous n'imaginez pas qu'il faille passer par une énucléation, terme médical un peu barbare signifiant l'ablation de l'appareil oculaire.

Quelques jours plus tard à peine, le verdict était là, ou du moins le chirurgien qui venait de convoquer en urgence la famille n'allait pas tarder à le leur donner. Cinq jours après l'intervention, c'est par un coup de téléphone de la secrétaire en fin de matinée que les parents furent informés qu'ils recevraient le lendemain un courrier du Pr Schutz. La secrétaire n'avait pas pu en dire plus, mais à son ton,

chacun comprenait que cette information était étonnante, inhabituelle de la part de quelqu'un qui venait de procéder à l'ablation radicale d'un œil pour la suspicion d'une tumeur maligne.

À peine une heure plus tard, alors qu'elle allait se mettre à table, la famille reçut le midi un courrier émanant de l'hôpital, et signé par la secrétaire du Pr Schultz qui disait ceci :

— Chère Madame, cher Monsieur, j'ai le plaisir de vous annoncer une bonne nouvelle ! L'analyse que je n'ai pas manqué de réaliser exclut l'existence d'une tumeur maligne et donc d'un cancer !

À ce moment précis, les deux parents retinrent leur souffle, et furent envahis par un sentiment de bonheur, un souffle de grâce qui malheureusement se dissipèrent aussi rapidement qu'ils étaient arrivés.

Car à la joie d'apprendre qu'il n'y avait pas de maladie cancéreuse, donc pas de risque vital, succéda logiquement la crainte d'avoir enlevé cet œil sans raison, c'est-à-dire d'avoir amputé leur cher enfant, sans un argument valable.

Le courrier communiquait des informations incompréhensibles : nous avons trouvé dans l'œil de votre fils une larve d'un parasite habituellement contaminant l'intestin des chiens et des chats. Il s'ensuivait des questions : « Avez-vous des animaux de compagnie ? Votre fils a-t-il voyagé dans des pays étrangers ? »

Les parents étaient impatients de rencontrer le chirurgien le soir même pour essayer d'en apprendre davantage et de comprendre de quelle maladie il s'agissait. N'y tenant plus, la maman appela le médecin généraliste que l'on pense être toujours détenteur d'un savoir infini :

— Lui il saura nous dire ce que le Pr Schultz ne nous dit pas ouvertement !

Mais comment ce pauvre jeune médecin traitant pourra-t-il justifier une énucléation juste sur un commentaire d'une analyse anatomopathologique dont il n'a même pas le compte rendu entre les mains qui parle d'une maladie parasitaire dont lui-même n'a jamais entendu parler et qui ne lui a pas été enseignée à la faculté. Il eût été plus logique de téléphoner au chirurgien, mais on dérange plus facilement un petit médecin généraliste qu'un grand ponte, même si celui-ci détient le savoir que le malade est en droit d'attendre.

19 heures, l'heure du rendez-vous approchait, les parents étaient déjà dans la voiture prête à démarrer pendant que le Pr Schultz, trente minutes avant le rendez-vous, se plongeait dans un livre de parasitologie pour tenter d'expliquer la maladie du fils. C'est avec une ponctualité d'horloger que ce grand spécialiste des

tumeurs de l'œil ouvrit la porte aux parents du chérubin, visiblement inquiets, dubitatifs, et un rien tendus, pour ne pas dire irrités.

— Ce que nous avons découvert dans l'œil de votre fils et qui a été à l'origine de cette tumeur inquiétante qui m'a conduit à l'opérer en urgence...

— C'était donc bien une tumeur, docteur ?

— Oui, c'en était une, mais pas celle que je croyais. C'est une tumeur qui s'est développée autour d'une larve, rendez-vous compte... une larve qui n'a rien à faire dans le corps humain, car elle provient d'un ver, en quelque sorte d'un ascaris qui se trouve dans l'intestin du chien.

— Mais comment mon fils a-t-il attrapé cette larve ?

— Vous savez, madame, il suffit qu'il soit en contact avec un endroit où un chien a fait ses selles quelque temps plus tôt pour qu'il ait sur les doigts des œufs embryonnés qui, une fois portés à la bouche, vont le contaminer ; il faut savoir aussi que les chiennes gestantes et les chiots sont beaucoup plus contaminants que les chiens adultes.

Les deux parents se regardèrent d'un coup et pensèrent immédiatement à la même chose : ils se remémorèrent le cadeau de Noël qu'ils avaient offert au petit, cette petite boule de poils mise dans un carton entouré d'un ruban rose sur laquelle le petit s'était immédiatement précipité.

Voyant les parents songeurs, le médecin leur demanda à quoi ils pensaient. Il ne put que leur confirmer qu'il s'agissait certainement là du mode de contamination (il venait de le lire dans un livre de pédiatrie).

La mère explosa en sanglots.

— C'était mon idée, c'est moi qui l'ai rendu malade je m'en voudrai toute ma vie.

Tant qu'elle avait des questions à poser, elle souffrirait moins.

— Mais comment le ver a-t-il pu aller dans l'œil ? Est-ce que c'est parce qu'il s'est frotté les yeux avec sa main ?

— Non, madame, la larve s'est trouvée dans son intestin et elle a trouvé une petite faille pour pénétrer dans l'organisme, dans le sang. D'ailleurs, j'ai vu dans le carnet de santé de votre fils qu'il avait eu beaucoup d'otites, de bronchites, de bronchiolites et qu'il avait même des diarrhées par moments. Je me demande donc s'il n'avait pas une inflammation de l'intestin à cause du lait et si cela n'a pas entraîné une perméabilité inhabituelle de son intestin. Vous savez, on parle beaucoup en ce moment du leaky gut, intestin poreux, perméable.

Le Dr Schultz aura bien plus tard une fille qui sera étudiante en médecine et qui, plusieurs années après, fera son stage en dermatologie à Besançon. Dans ce service, le patron se passionne pour la toxocarose, si bien qu'il aura démontré que cette maladie parasitaire était la cause de bon nombre d'urticaires et d'eczéma quand ce n'étaient pas des démangeaisons avec une peau normale.

Eh bien, sa fille lui dira un jour avoir entendu le chef de service faire la démonstration suivante : lorsque, nourrisson, celui-ci régurgite, a des coliques, puis par la suite va faire des otites, des bronchites des bronchiolites, bref, de nombreuses manifestations O.R.L. et pulmonaires, c'est qu'il est intolérant aux protéines de lait de vache. Ce sont d'ailleurs les travaux du Dr Rance de Toulouse qui permettront d'affirmer ceci. Se basant sur ce postulat, le chef de service recommandera fermement à tous les patients ayant de l'eczéma de supprimer le lait de vache lorsqu'ils ont eu de tels antécédents et les résultats seront spectaculaires. Mais ce qu'avait retenu le Dr Schultz, c'était que cet intestin, siège d'une maladie inflammatoire intestinale due à l'irritation du lait de vache, était en quelque sorte poreux, perméable, et qu'ainsi, des microbes, et même des parasites, pouvaient passer à travers la barrière intestinale.

Aujourd'hui, avec les nouvelles connaissances, le spécialiste de la toxocarose que je suis toujours peut aller très loin pour tirer des conclusions formelles. Ainsi, à la lumière de plusieurs cas avérés de maladie intestinale inflammatoire liée au lait de vache ou au gluten, maladie fréquente décrite en 2015, cela fait si peu de temps, par le Dr Lebwohl sous le nom de NCGI (Non Coeliac Gluten Intolerance), la présence d'une toxocarose peut sans nul doute signifier l'existence d'une authentique MICI ou *maladie inflammatoire chronique de l'intestin*, autrement dit une maladie de Crohn.

La maman ne put que confirmer en effet les symptômes digestifs de son enfant lorsque celui-ci était allaité, et puis lorsqu'il fut nourri au moyen de lait maternisé.

Ayant une mémoire d'éléphant, il a suffi au Dr Schultz de lire une fois les chapitres de parasitologie et de pédiatrie sur la toxocarose pour être parfaitement à l'aise dans ses explications. Cependant, et probablement pour dissimuler son mal-être, celui d'avoir enlevé un œil pour une raison médicale bénigne, il continua :

— Le parasite *Toxocara canis** dans l'intestin du chien va pondre des œufs qui vont être excrétés dans les fèces de l'animal, ils vont s'embryonner et être

contaminants. S'ils se développent dans l'intestin du chien, ils donneront naissance à des larves qui se développeront jusqu'au stade adulte d'un véritable ascaris du chien, et c'est ainsi que le cycle se perpétue. En revanche, dans l'intestin de l'être humain, la larve ne peut pas finir son cycle pour des raisons que l'on ignore et elle reste au stade larvaire. Si elle trouve une faille dans la paroi intestinale, elle va disséminer dans l'organisme et donner des maladies différentes en fonction de l'organe dans lequel elle aura migré.

Pour paraître savant, le Dr Schultz donna quelques exemples, celui de l'épilepsie avec des larves ayant migré dans le cerveau, ou encore de l'asthme lorsque celles-ci, puisqu'elles sont le plus souvent nombreuses, envahissent le poumon.

La question qui se posait était : n'aurait-il pas été possible de faire le diagnostic avant d'opérer pour pouvoir éventuellement tuer la larve par des médicaments ? Certes, la question était justifiée, parfaitement bien posée. Malheureusement, nous nous trouvions alors dans les années 1950 et il n'y avait pas à cette date de moyens diagnostiques tels qu'une sérologie, c'est-à-dire la recherche des anticorps contre le parasite, ou encore de l'imagerie fine comme le microscope confocal dont la plupart des centres d'ophtalmologie sont aujourd'hui dotés.

Les parents emmenèrent immédiatement le chiot qui avait bien grandi chez le vétérinaire qui lui, bien entendu, connaissait la maladie parasitaire du chien. Il fut étonné d'observer que le chien n'avait jamais été déparasité. Et c'est probablement une lacune des magasins qui vendent des animaux de ne pas recommander une vermifugation systématique tous les mois pour un chiot et pour une chienne gestante puis tous les six mois pour un chien adulte.

Des colloques entiers sont consacrés à ce parasite et des études sont même faites pour chercher des larves dans les jardins publics, dans les bacs à sable. Croyez bien que lorsque l'on interdit à des chiens de déféquer dans les bacs à sable des enfants, c'est pour une raison évidente d'un risque de contamination de l'endroit où les enfants vont patauger avec leurs mains.

Cette histoire nous montre que parfois les plus belles choses, Noël, le petit chiot, le petit garçon, peuvent être les ingrédients d'un drame insoupçonné.

LES GAMMA GT ÉLEVÉS, LA MARQUE BIOLOGIQUE DE LA PRÉSENCE DU PARASITE

Qu'est-ce qu'il faut en savoir des choses pour être un médecin, me dit ce malade tout surpris que je lui annonce qu'il était atteint d'une maladie parasitaire appelée la toxocarose. Il n'avait jamais entendu parler de cette pathologie et il avait surtout consulté pour une sorte d'eczéma apparu quelques semaines plus tôt, localisé au niveau du visage, des membres supérieurs et de la partie distale des membres inférieurs.

Ainsi, le tronc était épargné par l'éruption. Celle-ci était très prurigineuse. C'était sur le plan sémiologique un eczéma.

Le patient fut intrigué, étonné de voir que je le questionnais sur l'existence d'éventuels troubles digestifs. « Avez-vous mal au ventre, des ballonnements, avez-vous de la diarrhée ? » Et en effet, ce malade avait des troubles intestinaux qui n'avaient jamais été écoutés ni étudiés. Or ceux-ci étaient véritablement importants pour poser le diagnostic de la cause de l'eczéma.

Le patient avait apporté toutes ses prises de sang et il était notable que depuis quelques mois une valeur biologique se distinguait, le taux des gamma GT était augmenté.

— Mais docteur, je vous garantis que je ne bois pas d'alcool !

— Monsieur, où avez-vous lu que l'augmentation des gamma GT n'avait pour seule cause que la prise d'alcool ? Pour moi, cette anomalie biologique est extrêmement précieuse puisqu'elle m'indique que vous avez contracté une maladie parasitaire à l'origine de votre éruption.

— Mais pourquoi et comment ai-je attrapé ce parasite ?

— Tout simplement parce que vous êtes chasseur ! Monsieur, vous me l'avez bien dit, n'est-ce pas ? Et donc vous côtoyez de près ou de loin des chiens ; vous êtes dans l'environnement de chiens. Or, lorsque l'on sait que les chiens de la région sont largement contaminés par l'ascaris du chien, il ne serait pas étonnant que vous ayez ingéré des œufs de ce ver qui, profitant justement de la maladie intestinale que vous avez, certainement caractérisée par un intestin perméable, poreux, que les Anglo-Saxons appellent leaky gut, et qu'une fois ces œufs ingérés, il se soit développé des larves qui auront traversé la paroi intestinale pour circuler dans le sang et déclencher cet eczéma.

Les analyses confirmèrent le diagnostic qui n'était pas si difficile à poser que cela lorsque l'on sait que l'éruption de la toxocarose va prédominer dans les zones photo-exposées, c'est-à-dire, ici, le visage et les membres supérieurs.

Ainsi, ce patient fut traité et guérit rapidement.

— Vous vous y connaissez, docteur, en œufs et en larves, n'est-ce pas !

C'était à la fois une affirmation et une question qui se termina par une chaleureuse poignée de main.

LA TOXOCAROSE : UNE VUE PLUS GÉNÉRALE POUR UNE PARASITOSE AUTOCHTONE FRÉQUENTE MÉCONNUE

La toxocarose est une zoonose parasitaire cosmopolite, cela signifie qu'il s'agit d'une maladie parasitaire transmise par les animaux que l'on peut rencontrer dans tous les endroits du monde.

La toxocarose, affection due à la présence dans l'organisme de larves de nématodes du genre *Toxocara*, est à l'origine de tableaux cliniques variés. Transmise par les chiens et plus rarement les chats, la contamination se fait par ingestion d'œufs embryonnés déposés sur le sol (déjections d'animaux). Les formes cliniques sont aspécifiques et fréquentes (neurologiques, ophtalmologiques, pulmonaires, cutanées et quelquefois rhumatologiques). Elle est caractérisée par une infestation de l'organisme humain (hôte accidentel) par les larves L₂ de *Toxocara cati* ou *canis* (respectivement ascarides des félidés et des canidés).

Cette maladie a une forte prévalence dans l'est de la France ainsi qu'en Europe de l'Est. On estime en effet que 5 % de la population en zone urbaine et 15 % en zone rurale est affectée. Cette infestation est méconnue et doit être présente à l'esprit du médecin, et aussi de la population.

Car il faudra bien entendu l'évoquer devant des manifestations dites « allergiques » comme l'urticaire, l'eczéma, les démangeaisons. Il n'est pas inutile de rappeler que ce sont les travaux que j'ai réalisés avec le Dr Buchet, un interne brillant, avec le soutien initial de Mme le Dr Barale, parasitologue, puis de l'équipe de parasitologie du CHU de Besançon (Pr Piarroux, Pr Million, Dr Bellanger), qui ont peu à peu convaincu la communauté médicale du rôle essentiel de ce parasite dans les manifestations cutanées.

Cliniquement, la toxocarose réalise différents tableaux comme celui du syndrome de *Larva migrans* viscérale, dont les manifestations très polymorphes sont d'une intensité variable selon les individus et la charge parasitaire. L'infestation importante d'un individu par ces parasites va conduire au développement d'une maladie que l'on appelle *Larva migrans* viscérale (LMV)...

Ce sont des manifestations qui ne sont pas spécifiques de ce parasite, et la symptomatologie bruyante est liée à la migration larvaire pluriviscérale.

Il s'agit là d'une forme majeure, consécutive à une infestation contaminante massive, touchant surtout le jeune enfant dans un contexte de géophagie. Elle associe une fièvre, une altération profonde de l'état général, une hépatosplénomégalie (c'est-à-dire un foie et une rate dont la taille est augmentée) avec atteinte pluriviscérale parfois dramatique avec évolution possible vers le décès. Lorsque l'atteinte est plus sévère, un amaigrissement et un état fébrile sont habituellement associés.

L'évolution spontanée se fait vers la mort de la larve et la guérison dans des délais dépassant un an dans plus de 50 % des cas. Mais il ne faut pas méconnaître les formes localisées, avec des manifestations très variées comme l'asthme, l'épilepsie, l'eczéma, l'urticaire...

Les pédiatres et les médecins du sud de la France sauront évoquer un syndrome de *Larva migrans* viscérale, et les ophtalmologistes ont appris que cette maladie pouvait entraîner des conséquences redoutables en cas d'atteintes oculaires.

Il faut savoir que l'on peut être porteur du parasite sans en avoir la moindre idée. C'est ce que l'on appelle les formes asymptomatiques. Elles correspondent à une infestation minime. On peut la découvrir à l'occasion de la recherche de la cause d'une augmentation des globules blancs éosinophiles.

Il existe ensuite une forme mineure, fréquente, qui associe une asthénie chronique, une anorexie, des douleurs abdominales, et diverses manifestations bénignes (cutanées, pulmonaires, rhumatologiques). Elle fait suite à une infestation modérée. On peut ainsi isoler organe par organe des formes viscérales particulières. L'atteinte pulmonaire est essentiellement bronchitique sous forme d'une toux quinteuse isolée et d'une dyspnée asthmatiforme. L'expectoration est riche en éosinophiles, de même que la cytologie du lavage broncho-alvéolaire. Ainsi, lorsqu'un malade souffre d'une toux chronique, il faut bien sûr envisager une maladie parasitaire avec notamment une helminthiase digestive et aussi la toxocarose. L'atteinte cardiaque est rare, mais grave, responsable de décès. Il s'agit essentiellement d'une atteinte myocardique. Les troubles digestifs sont signalés fréquemment. Il s'agit surtout de douleurs abdominales avec météorisme, nausées, vomissements et diarrhées.

Une information nouvelle peu connue encore à ce jour : il semblerait, comme je l'ai dit plus haut, que les personnes souffrant d'une entéropathie inflammatoire comme une entérite par intolérance au gluten, ou encore une maladie de Crohn, sont plus susceptibles que quiconque d'être contaminées. En effet, le passage des larves au travers de la barrière intestinale est facilité par les lésions inflammatoires de cette dernière. Dans mon expérience, la présence d'une toxocarose est un argument pour authentifier une véritable MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin).

Des formes rhumatologiques sont rapportées : de nombreux parasites ont été incriminés comme responsables de mono ou oligo-arthropathies inflammatoires et le terme de rhumatisme parasitaire semble maintenant admis ; il porte le nom de syndrome de Giroud.

L'atteinte neurologique est rare. Elle est le plus souvent dramatique et liée à la présence de larves au sein du cerveau. Il faut savoir qu'il existe d'authentiques épilepsies causées par ce parasite. De même, l'irritabilité, les troubles du comportement et les céphalées sont le témoin des formes mineures. Enfin, l'atteinte à type d'encéphalite est d'une extrême gravité. Chaque médecin neurologue doit avoir à l'esprit que la toxocarose peut simuler une sclérose en plaques.

L'atteinte oculaire représente la hantise des ophtalmologistes face à la perte de la vision d'un jeune enfant qui signale à sa mère la survenue d'une cécité uniloculaire. Le diagnostic différentiel se fait avec le rétinoblastome, tumeur maligne imposant une chirurgie dans les meilleurs délais. C'est ainsi que des énucléations ont été faites alors que l'examen anatomopathologique allait révéler que la pseudo-tumeur du fond de l'œil n'était pas autre chose qu'un granulome de *Toxocara canis*.

Les manifestations cutanées peuvent être spécifiques, mais le plus souvent elles résultent d'une action immunitaire à distance du parasite : elles sont qualifiées de lésions cutanées aspécifiques (urticaire, prurigo). La plupart des auteurs admettent la fréquence élevée des manifestations cutanées au cours de la toxocarose : elle est évaluée à 24 % des cas de toxocarose symptomatiques extra-oculaires. Ces manifestations peuvent être de type urticaire. L'urticaire, qui est le plus souvent chronique, est habituellement associée à d'autres manifestations allergiques, notamment asthmatiformes ou des rhinites chroniques. L'urticaire chronique représente la manifestation cutanée la plus évocatrice. Toute urticaire

chronique dans un contexte évocateur doit faire rechercher cette maladie qui sera présente au moins une fois sur cinq.

L'existence de poussées angioœdémateuses est classique au cours de la toxocarose. La localisation faciale de cette manifestation semble être la plus fréquente. Il peut s'agir d'angioœdèmes laryngopharyngés nécessitant une prise en charge en urgence. Dans certains cas, il s'agit de poussées œdémateuses palpébrales. Le fait de prendre un médicament de la famille des IEC, comme nous l'avons dit plus haut (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine comme le périndopril, ramipril, coversyl, captopril, énalapril), est un facteur facilitant le déclenchement de ces angioœdèmes. Il faudra donc que le médecin ne se contente pas d'évoquer le rôle du médicament, mais effectue bien une recherche de la maladie parasitaire qui contribuera dans ce contexte au développement des troubles cutanés. Le prurit au cours des toxocaroses peut être dominant au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds ou généralisé et s'accompagner de lésions de grattage ou de prurigo nodulaire. Les dermatoses eczématiformes restent exceptionnelles ; cependant, certains patients atteints d'eczéma atopique peuvent subir des poussées de leur dermatose lors d'une infestation par *Toxocara canis*. Il faut savoir que découvrir la cause d'un eczéma de contact ne doit pas empêcher de suspecter l'existence d'une toxocarose sous-jacente qui peut amplifier les mécanismes immuno-allergiques. Dans la littérature, un nombre non négligeable d'atteintes dermatologiques acrales, c'est-à-dire de l'extrémité des membres, ont été signalées au cours de la toxocarose : prurit palmoplantaire sévère, nodosités palmoplantaires et éruptions érythémato-papuleuses. Il peut aussi s'agir d'autres types d'éruptions.

En médecine, les choses ne sont pas toujours comme on le voudrait. D'ailleurs, depuis que je vois de très nombreux malades, je m'aperçois que certains, qui sont contaminés par des parasites ne suscitent aucune réaction immunitaire portant sur les immunoglobulines E et pourtant la réponse immunitaire IgE en réponse à un parasite est quasiment la seule qui soit enseignée.

Bien que la toxocarose soit une affection répandue dans la plupart des régions du monde, elle reste bien souvent ignorée. Les manifestations qu'elle induit sont loin d'être négligeables et ses manifestations cutanées sont souvent au premier plan.

Ainsi, elle doit être à l'esprit du clinicien à chaque fois que sa réflexion l'amènera à envisager le rôle d'un agent infectieux à l'origine d'une dermatose au

même titre qu'il évoquera des étiologies virales, bactériennes ou parasitaires.

Son traitement est simple, mais, à ce jour, aucun antiparasitaire n'a d'autorisation de mise sur le marché pour cette indication. Cela signifie qu'aucun laboratoire n'a déposé de dossier avec un médicament dans la seule maladie « toxocarose » tout simplement parce que cette seule indication ne serait pas rentable financièrement. En revanche, chaque médecin s'appuie sur les travaux des uns et des autres, les publications qui émanent des hôpitaux et qui donnent les règles de traitement.

Le traitement, à l'heure actuelle, ne repose sur aucun consensus, néanmoins certaines données sont disponibles dans la littérature. La prophylaxie semble être la meilleure arme contre cette affection qui reste encore méconnue.

Les *Toxocara* vivent dans le haut intestin grêle de leurs hôtes définitifs, les canidés et les félidés. Oui, ce sont bien les chats et les chiens qui hébergent le parasite adulte dans leur intestin grêle. Une femelle de *Toxocara canis* pond environ 200 000 œufs par jour, qui, dans les fèces, sont non embryonnés donc non infectieux. Il faudra un embryonnement jusqu'au stade infectieux (œufs contenant une larve L₂) pour que le parasite devienne infestant. Cela demande dix à vingt jours si des conditions de température comprise entre 15 et 25 °C avec une hygrométrie de 85 %. C'est parce que ces œufs, une fois dans le sol, résistent aux agents chimiques et aux variations climatiques qu'ils peuvent survivre deux ans. Pour les amateurs de taxonomies, sachez que les larves de *Toxocara canis* et de *Toxocara cati* ont une longueur d'environ 400 µm, c'est-à-dire presque ½ cm et un diamètre respectif de 14 à 20 et de 12 à 16 µm. Elles possèdent une petite aile caractéristique de chaque côté du corps.

Le chien se contamine en ingérant des œufs embryonnés de *Toxocara canis*, ce qui va conduire à leur éclosion dans le duodénum, c'est-à-dire la partie proximale de l'intestin grêle. On assistera alors à la libération de larves qui perforent la paroi intestinale (nous verrons plus loin comment la fragilité de la paroi intestinale, notamment chez l'être humain, est un agent de contamination) et migrent par voie vasculaire jusqu'au foie et aux poumons, la plupart restant piégées dans ces deux parenchymes.

Celles qui pénètrent dans les veines pulmonaires gagnent la grande circulation et vont s'arrêter dans différents tissus, essentiellement dans les muscles où elles s'enkystent et demeurent dans un état de dormance : ce cycle est dit somatique.

Les chiens peuvent aussi s'infester en dévorant des hôtes paraténiques* (ou hôtes de transport) tels que des rongeurs, des oiseaux, qui sont eux-mêmes porteurs de larves de *Toxocara canis*. La spécificité pour l'hôte définitif naturel qu'est le chien n'est pas absolue. Des spécimens de *Toxocara canis* adultes ont été occasionnellement isolés chez d'autres canidés ainsi que chez un certain nombre de carnivores non canidés.

Les animaux les plus âgés acquièrent une immunité s'opposant à la maturité des larves qui s'enkystent dans les viscères.

Les chiots représentent un réservoir très important de parasites. Le réservoir de parasites infestants (*Toxocara canis* adulte libérant ses œufs) est constitué par les chiots d'âge inférieur à un an. Chez les chiennes gestantes, les larves en dormance sont réactivées vers la sixième semaine de gestation sous une influence hormonale. Elles migrent alors par voie transplacentaire en direction du fœtus, atteignent ses poumons en passant au troisième stade larvaire, puis l'intestin où elles deviennent ensuite adultes après environ quatre semaines.

Outre cette voie transplacentaire, les chiots peuvent être infestés lors de la lactation (les larves sont présentes dans le lait durant les quatre premières semaines) ou bien par ingestion d'œufs embryonnés du milieu extérieur.

Ainsi, l'image idyllique du petit enfant recevant comme cadeau de Noël un petit chiot mignon, sorti d'une boîte enrubannée, fait frissonner d'effroi le médecin ou le parasitologue qui savent combien ce petit chiot est rempli de larves contaminantes.

L'homme s'infeste en ingérant des œufs embryonnés par faute d'hygiène : légumes mal lavés, jouets souillés non nettoyés, mains sales. C'est un hôte intermédiaire facultatif pour le genre *Toxocara* (ou hôte paraténique). La contamination alimentaire existe par la consommation d'abats peu cuits ou de viande crue de poulets. La géophagie, surtout chez le petit enfant, constitue un facteur de risque majeur qui expose à des infestations massives.

Certaines professions sont classiquement exposées : agents sanitaires, éleveurs de chiens, bouchers, gardiens de square, personnels d'entretien extérieur. La possession d'animaux domestiques est un facteur de risque évident, en particulier celle de chiots. Il apparaît toutefois qu'un environnement contaminé doit être lié à un comportement à risque pour être contaminant. Ainsi, il n'existe pas de différence significative de la séroprévalence entre une population exposée et une population témoin si les mesures d'hygiène sont strictes. En revanche, l'absence

de mesures préventives comme le déparasitage des animaux, l'absence de désinfection des aires de jeux dans une population exposée entraîne une élévation très importante de la contamination.

Dans les pays industrialisés, la prévalence des chiens adultes infectés varie de 7 à 52 % et celle des chiots se situerait autour de 49 %. Ces chiffres sont nettement plus élevés dans les pays en voie de développement.

Cette endozootie* canine se traduit par une contamination du sol des parcs publics, aires de jeux pour enfants et bacs à sable. Ainsi, des travaux rapportent des taux de contamination par des œufs de *Toxocara* de l'ordre de 50 % des parcs et jardins de Paris.

La prévalence est liée à l'âge de la population étudiée (plus élevée chez les enfants), à l'existence de troubles intellectuels (plus élevée en cas de retard mental) et au niveau socio-économique (avec de grandes différences entre pays et quartiers). Chez l'enfant, il semble exister une prévalence plus élevée dans la population urbaine, alors que chez l'adulte, c'est la population rurale qui apparaît la plus exposée. On retrouve dans la littérature des taux de prévalence qui s'échelonnent de 4,8 % en France à 14,3 % au Royaume-Uni chez des adultes vivant en milieu urbain et des taux nettement plus élevés de l'ordre de 14,2 % en France à 36,4 % dans le Jura suisse pour des adultes vivant en zone rurale. Il est de 93 % à La Réunion. En Europe et en milieu urbain, 7 à 15 % des enfants ont des anticorps dans le sang contre ce parasite, prouvant donc qu'ils ont été en contact.

L'enfant se contamine généralement par les mains au contact d'un sol contaminé par les déjections animales, en particulier en jouant dans les bacs à sable, ou par contact avec les animaux domestiques (gamelles, niche), ou en touchant des plantes également contaminées.

La contamination alimentaire est également possible (salades, abats crus ou peu cuits d'agneau ou de veau, de lapin ou de poulet).

L'ANISAKIASE ET LA GNATHOSTOMOSE

— Souvent, pendant de longues périodes, les progrès de la médecine se sont résumés au changement de la dénomination d'une maladie, n'est-ce pas ? dit un jour un étudiant facétieux.

— Tu exagères certainement un petit peu, mais je dois dire que c'est la seule nouvelle information que j'ai eue concernant cette maladie lorsque j'ai lu qu'elle

s'appelle désormais « anisakidose ».

On parle d'elle comme d'une parasitose émergente qui ne peut pas échapper à la sagacité du gastro-entérologue. Ce qui est un fait intrigant, c'est la multiplication du portage des larves dans les poissons marins les cinquante dernières années, si bien que c'est la totalité des poissons d'eau de mer qui serait infectée, tout comme d'ailleurs les calamars ou les seiches. Fort heureusement, la congélation pendant au moins une semaine va inactiver ces larves.

L'ANNIVERSAIRE DE RENCONTRE

Pour fêter leur anniversaire de rencontre, José invita sa compagne sur un restaurant du port de Marseille réputé pour ses poissons pêchés du jour, toujours frais, rien à voir avec les plats congelés qu'on leur sert dans les restaurants d'à côté.

Tout se passa très bien et au moment où José voulut remettre une bague de fiancée à Noémie, il ne put se relever, alors qu'il était penché sur son cartable posé à ses pieds pour y rechercher la petite boîte de couleur rouge. Il fut en effet saisi d'une douleur aiguë au creux de l'estomac.

Pensant immédiatement à une intoxication, Noémie prit la décision d'emmener José directement à l'hôpital sans attendre l'arrivée du médecin que le restaurateur avait rapidement sollicité.

Arrivé sur place, on le rassura en lui parlant d'une allergie alimentaire aux poissons, même si à aucun moment il n'avait jamais ressenti la moindre sensation de démangeaisons ou de gonflement lors de l'ingestion d'animaux marins par le passé.

Aujourd'hui, le gastro-entérologue assure son diagnostic après avoir effectué une endoscopie digestive haute, ce qui fut fait rapidement, rien à voir avec les examens du passé qui utilisaient des endoscopes rigides dont ceux qui en ont « bénéficié » gardent un souvenir douloureux.

L'estomac de José était criblé de petites lésions de la muqueuse qui, selon ce spécialiste avisé, correspondait à des sites de pénétration de larves.

On ne sait si l'acte diagnostique avait un bénéfice thérapeutique, mais en tous les cas, dans les heures qui suivirent, la douleur s'estompa, comme il est classique de l'observer au cours de cette maladie dont le diagnostic fut posé devant la

normalité de la biologie : il s'agissait d'une anisakidose, autrement dit une maladie due à des larves d'anisakiase.

José voulut en connaître davantage, et il apprit de la bouche du gastro-entérologue qu'il existe des formes un peu plus tardives, correspondant à la localisation du parasite dans l'intestin et que, comme quasiment tous les parasites, ceux-ci vont induire une augmentation du nombre de globules blancs éosinophiles.

Une ordonnance d'albendazole fut remise, qui est n'autre que le médicament par excellence des maladies parasitaires à nématodes permettant de vaincre d'éventuelles larves rebelles qui n'auraient pas disparu spontanément de mort naturelle dans un milieu qui leur était hostile.

SACRÉ MAURICE

Ce parasite qui vous envahit après que vous avez mangé des poissons...

« Les voyages forment la jeunesse, mais déforment la vieillesse », s'exprimait alors Maurice, au retour d'un voyage en Thaïlande, alors qu'il attendait dans la file des seniors pour être examiné par un médecin de ce dispensaire. Il était couvert d'une dermatose faite de plaques rouges extrêmement prurigineuses.

— Bon sang, qu'est-ce que j'ai à me gratter de la sorte ? Qu'ai-je donc foutu pour mériter ça ? ruminait Maurice qui ne comprit pas pourquoi il y avait une file pour les « seniors » et une file pour les « jeunes » !

Il se mit alors à penser à la définition du terme « senior », catégorie à laquelle il appartenait bien évidemment puisqu'il avait dépassé l'âge de 50 ans au-delà duquel un individu passe du stade adulte au stade senior !

— *L'OMS est moins stigmatisante, car elle recule l'âge du senior à 60 ans*, pensa-t-il.

Mais il y a aujourd'hui la nécessité de distinguer les jeunes seniors, dont Maurice fait sans nul doute partie, et les aînés.

Le lecteur ne trouve-t-il pas choquant que l'on soit ainsi catalogué dans le rayon des seniors dès lors que l'on quitte l'âge douillet de la quarantaine ?

Je l'avoue, pour approcher la soixantaine, je n'ose encore me considérer comme un senior, et si j'en avais les moyens, je demanderais aux autorités qui définissent de tels critères de retarder l'âge de survenue de la séniorité au-delà de 90 ans !

Maurice Bruchon n'avait pas trouvé mieux pour se changer les idées que de prévoir un voyage en Asie où, lui avait-on dit, les peuples sont d'une extrême gentillesse et très accueillants. Ce voyage l'aiderait à oublier ses derniers mois de malheur au cours desquels il fut confronté successivement à son ex-épouse, à ses enfants revendicatifs, à des magistrats peu attentifs, à des avocats en charge de son divorce (si prompts à facturer la moindre minute de conseil), ainsi qu'au patron de son entreprise qui envisagea de le décharger de pas mal de responsabilités.

Il aurait dû revenir de ce voyage reposé, plus zen, mais c'est en fait un homme affaibli qui se trouva à faire la queue dans ce dispensaire à la dernière escale de son voyage. Son éruption était apparue à la fin de la première semaine de son séjour, c'est-à-dire il y a maintenant un peu plus de quinze jours. Lui qui n'avait jamais voyagé auparavant, car il ne s'adonnait qu'à la chasse et à la pêche, lui qui n'avait jamais fait d'allergies alimentaires, le voilà recouvert de plaques ressemblant, selon ce qu'on lui en a dit, à de l'urticaire. Pour lui, il s'agissait d'une réaction évidente de type allergie alimentaire.

— Bon sang, c'est ce qu'on m'a donné à « bouffer » dans ces hôtels pour touristes ! Qui m'a refilé cette vacherie ? ronchonnait-il à mi-voix.

— Monsieur Bruchon, j'imagine que vous avez pris des antihistaminiques, et quels ont été leurs effets ? dit l'interne, épuisé par une journée de travail harassante. L'interne, de surcroît, considérait à juste titre d'ailleurs que les dispensaires n'étaient pas des lieux où établir le diagnostic d'un prurit de retour d'un voyage à l'étranger.

Il avait en quelque sorte raison, le dispensaire, ce n'est pas l'endroit où on sera capable de faire tous les diagnostics possibles à n'importe quel moment, comme le pense le *vulgum pecus*, alors même que déterminer la cause d'une telle éruption nécessite des connaissances importantes, un savoir-faire dans la prise en charge médicale, et surtout beaucoup de temps à consacrer au patient.

Ce n'est pas dans les circonstances de l'accueil d'un tel établissement que le médecin est le plus à même de faire un diagnostic étiologique, c'est-à-dire de rechercher la cause d'un problème.

De la façon dont il est configuré, ce bâtiment est pour d'aucuns le lieu d'accueil des urgences, c'est-à-dire un endroit où l'on peut intervenir rapidement pour mettre un patient hors de danger, lorsqu'il y a un risque vital immédiat ou à moyen terme.

— Se grattouiller n'est pas pour moi une urgence, dit l'interne.

— Peut-être que s'il avait lui-même vécu un tel symptôme, il serait plus prudent dans ses propos ! marmonna Maurice, énervé.

La vie n'a pas été facile pour lui ces derniers mois, et de s'entendre dire de telles choses alors qu'il est dans un tel état de souffrance aggrave son désarroi.

Malgré tout, le médecin effectua son travail et fut plutôt rassurant. Il indiqua au patient qu'il n'avait pas perçu de grosse rate ni de ganglions anormaux, mais qu'il venait de recevoir le compte rendu de la numération formule qui montrait une élévation des polynucléaires éosinophiles, ce qui signait selon lui une allergie ou une parasitose.

— Allez voir votre médecin, je ne peux pas vous en dire plus à ce stade. C'est à lui de voir ce qui a pu vous arriver.

Là encore, le malade ne comprit pas. Pour lui, tous les médecins sont capables de tirer les mêmes conclusions à partir des mêmes données.

— *Pourquoi ce médecin m'oblige-t-il à passer par mon médecin traitant pour que l'on me dise plus précisément ce que j'ai ?*

Ce que M. Bruchon ignorait, c'est que les données de l'interrogatoire du jeune interne qui l'avait accueilli au dispensaire étaient insuffisamment détaillées pour poser un diagnostic formel. L'interne s'était contenté d'écarter rapidement une affection grave pouvant mettre le malade en danger. D'ailleurs, l'interne ne l'avait pas interrogé sur ce qu'il avait fait dans les quinze jours qui précédaient et donc dans quel pays il avait voyagé.

C'est la première question que lui posa son médecin lorsqu'il reçut son patient avec la lettre du médecin pavillonnaire.

— Vous avez sans doute voyagé récemment, dans quel pays était-ce ?

Le malade précisa non sans une certaine réticence qu'il s'agissait de Bangkok en Thaïlande, car selon lui une telle destination serait assimilée à un tourisme sexuel.

Maurice n'avait jamais été intéressé par « la chose » et de toute façon, ses déboires conjugaux lui avaient fait perdre tout désir d'intimité.

Le Dr Afifi avait une seule fois dans sa vie fait un voyage en Thaïlande, et il se souvenait alors qu'il avait dû manger des animaux crus. Habituellement, il ne rechignait pas à manger des grenouilles grillées lorsque c'était la saison en France, en général en mars ou avril, mais il se rappelait avoir eu de la peine à finir son plat de grenouilles crues.

— Car c'est bien une allergie alimentaire que j'ai faite ? demanda impatient Maurice Bruchon.

— Je ne crois pas du tout à une allergie alimentaire, car vous n’avez aucun symptôme digestif, pas de nausées, pas de vomissements et même pas de diarrhée. Vous n’avez que des signes cutanés avec une sorte d’urticaire et surtout une élévation des éosinophiles. Beaucoup de mes collègues croient que les éosinophiles augmentent en cas d’allergie, mais c’est plutôt exceptionnel et je parierais que les cas où cela a été avéré, il s’agissait de malades qui devaient avoir de façon associée un parasite. L’allergie alimentaire facilite l’installation des parasites, et les parasitoses intestinales contribuent au développement des allergies alimentaires, dit sur un ton professoral le jeune médecin qui n’hésitait pas à remettre en cause des dogmes immuables, considérés comme une vérité absolue, alors que les connaissances sur la formule des globules blancs n’avaient guère plus d’un demi-siècle ! Il s’appuyait en cela sur la solide expérience qu’il avait acquise aux côtés de son maître le Pr Maskani, qui avait été formé en France par le Pr Jean-Louis Dupond.

— M’accorderez-vous quelques minutes ? Je vais aller consulter un magnifique livre de parasitologie qui m’a été offert par un laboratoire pharmaceutique, je ne me souviens d’ailleurs plus duquel. Ce livre se trouve dans ma bibliothèque juste à côté, et je vais vous avouer que cela fait bien dix ans que je ne l’ai pas ouvert, dit, pressé, le Dr Afifi qui savait qu’en médecine aussi le temps c’est de l’argent et qu’il faut savoir prendre des décisions rapidement. Dans le même temps, il avouait à son patient ne pas avoir la science infuse, et devoir consulter des livres, ce qui semblait, à une époque, mal perçu par les malades.

Cette confiance que lui exprimait son médecin en ne lui cachant pas qu’il devait réviser sa question rassura M. Bruchon.

Un quart d’heure plus tard, le médecin revint avec le livre dans lequel il avait inséré son index.

— Il y a plusieurs parasites que vous avez pu attraper, mais vous m’avez dit avoir mangé des sushis faits à base de grenouilles crues, n’est-ce pas ? Alors, je penserais donc volontiers à une gnathostomose.

— Docteur, cela paraît bien compliqué, vous me faites peur. De quoi s’agit-il ?

— Vous savez, il s’agit d’un ver rond qui appartient à la famille des helminthes et qui se trouve sous la forme d’un ver adulte chez l’hôte définitif.

— Quoi, l’hôte quoi ?

— L’hôte définitif dans ces contrées sont le chat, le chien et les félidés sauvages. Mais avant d’atteindre son hôte définitif, ce parasite contamine un hôte

intermédiaire dans lequel il est au stade larvaire. Ces hôtes sont des poissons d'eau douce, des batraciens, mais aussi des reptiles et même des poules.

Tout ce verbiage rendait notre patient perplexe, il ne comprenait rien.

— De quoi parlez-vous, un hôte intermédiaire, hôte définitif ? Mais vous êtes sûr que j'ai attrapé un parasite ?

— J'en mettrais ma main à couper, et nous allons sans attendre vous traiter, et dans le même temps vous ferez une prise de sang qui nous confirmera *a posteriori* que c'était bien cela.

— Mais, docteur, pouvez-vous m'expliquer exactement comment j'ai pu attraper ce ver ?

— Le plus simple est que nous regardions ensemble le cycle évolutif de ce parasite. Prenons un chien, un chat ou même un tigre, puisque là où vous êtes allé il y en a. Cet animal émet des selles qui vont contenir des œufs puisqu'ils sont porteurs du ver dans leurs boyaux. Ces œufs vont se retrouver dans l'eau douce et se transformer en larves. À partir de ce moment-là, cette larve va être ingérée par un crustacé, ce qui correspond au deuxième stade larvaire. Et puis, ce crustacé va être mangé par un rat par exemple, c'est-à-dire un mammifère, ou un poisson ou un amphibien ou un reptile, mais aussi il faut le savoir par les oiseaux, les poules, les canards et chez ces animaux, nous aurons le troisième stade larvaire. Notons d'ailleurs qu'un rat peut se contaminer non pas en mangeant un crustacé, mais directement en ingérant un poisson infecté.

— Si je comprends bien, l'homme va attraper la larve en mangeant ce fameux hôte dont vous parlez, docteur, n'est-ce pas ?

— Vous avez tout à fait raison, et comme pour des raisons que je ne m'explique pas, la larve ne peut pas devenir adulte dans le corps humain, ce sont des larves qui vont errer dans notre organisme et aller coloniser les viscères comme le cerveau ou l'œil, parfois la peau.

— Mais alors, docteur, dites-moi, cette maladie n'a pas de médicaments en France ?

— Vous savez, tous ces vers ronds ont la particularité d'être sensibles aux mêmes molécules thérapeutiques. Il s'agit notamment de l'albendazole. De plus, ce parasite se trouve pratiquement de façon ubiquitaire dans de nombreux pays d'Asie du Sud-Est, le Japon, la Chine, l'Amérique Centrale et l'Équateur.

Le malade, rassuré et à la fois fier d'avoir fait apprendre des choses à son médecin qui s'était autoformé en ouvrant son livre de parasitologie, lui dit au

moment de partir :

— Je suis un cas, n'est-ce pas, docteur ?

Le médecin aurait pu facilement répondre « oui », mais ce type de réflexion l'agaçait. Pour lui, chaque patient est un cas et ce n'est pas la partie du diagnostic qui en fait l'intérêt.

— Euh, oui si vous voulez, mais en fait non, car ce mode de réflexion qui m'a conduit à trouver ce que vous avez est courant.

Dans les semaines qui suivirent, le malade reçut le résultat du sérodiagnostic, c'est-à-dire de la prise de sang spécialisée spécifiquement destinée à savoir si oui ou non le malade avait développé des anticorps contre ce parasite. C'est dans le seul laboratoire de biologie de l'université de Bangkok que le diagnostic se fait, le laboratoire de quartier s'étant arraché les cheveux pour trouver à qui envoyer ce précieux sérum. Le malade était bien porteur des anticorps dirigés contre le parasite témoignant directement de sa présence dans l'organisme.

— Alors, monsieur Bruchon, tout va bien ? Guéri ? dit sur un ton enjoué le médecin qui, sortant de sa voiture pour se rendre au supermarché, croisa son malade.

— Oui, docteur, tout va bien, grâce à vous ! dit-il à haute voix pour que les passants l'entendent bien !

CE GRAND HOMME FATIGUÉ

Enfin, on ne peut pas clore ce chapitre sur les parasites digestifs sans parler de l'anguillule et de l'ankylostome, ces vers que l'on attrape le plus souvent dans les régions chaudes et humides, dans les Antilles, dans nos départements et territoires d'outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique... Et ce qui est curieux, c'est qu'on attrape ce parasite par la peau. C'est en effet en mettant le pied nu là où un chien, un chat aura fait une crotte que l'on pourra se contaminer par une larve qui, profitant d'un petit défaut de votre peau, au niveau par exemple de la sertissure de l'ongle ou entre les orteils, pénétrera et entraînera un cycle à l'intérieur de votre corps pour parfois même aller envahir des organes comme le cœur ou le cerveau... Ces maladies sont mortelles (dans des cas particuliers d'immunodépression), si bien que, si par exemple vous traitez par corticoïdes généraux un malade qui se gratte sans avoir pris le soin de vérifier s'il a pu ou non attraper une anguillulose, ne serait-ce qu'en connaissant les pays qu'il aura traversés, vous risquez

d'entraîner le décès de votre malade par votre seule prescription de corticoïdes. Car le ver profitera de l'état d'immunodépression induite par le médicament pour se multiplier et se propager dans tout l'organisme.

Grand mélomane, cet animateur de radio, producteur, aime revoir celui qu'il appelle désormais son sorcier, le Dr Humbert, depuis que celui-ci a résolu son grave problème de prurit, c'est-à-dire de démangeaisons associées à une sévère altération de l'état général qui l'a conduit à perdre vingt kilos avec un affaiblissement important dont la cause résidait en un dysfonctionnement d'une glande essentielle, et une infestation parasitaire, pas des moindres.

Il y a en effet deux ans que le Pr Humbert fut appelé en urgence à voir en consultation à son domicile le grand et vieil ami de Philippe Abastado, un grand cardiologue spécialisé dans la prise en charge des personnalités.

— Il faut que tu viennes au plus vite pour voir un de mes amis qui ne va pas bien ; il sort de trois mois d'hôpital, mais il est dans le même état, si ce n'est pire que lorsqu'il y est rentré.

Sans attendre qu'on le lui dise une nouvelle fois, je me mis en route pour me rendre dans ce quartier huppé parisien, me demandant bien qui j'allais rencontrer.

On m'avait donné une adresse, un étage, et puisqu'il n'y avait qu'un appartement à cet étage desservi par le seul ascenseur, je ne pourrais pas me tromper.

La porte me fut ouverte par Catherine, une femme charmante, chaleureuse et sympathique, qui était très touchée de voir arriver le Pr Humbert, tant son emploi du temps était chargé.

Ce n'est qu'en entrant dans la chambre à coucher, où je vis un homme en pyjama recroquevillé dans la position fœtale, que je reconnus ce grand animateur dont la voix était quasiment éteinte, tant il était épuisé.

C'est à ce moment-là qu'arriva Philippe, le cardiologue, qui me prit par le bras pour me conduire au salon et m'expliquer la situation.

Notre malade sortait en effet de trois mois d'hospitalisation pour un prurit extrêmement sévère, qui s'accompagnait de cette altération de l'état général.

En lisant les comptes-rendus d'hospitalisation, on se rendit compte que différentes hypothèses avaient été formulées, sans qu'un diagnostic ne soit posé autre que celui de prurit sénile avec dégradation physiologique due à l'âge. Il est vrai que le patient avait plus de 80 ans.

Cependant, aucune maladie au sombre pronostic n'avait été mise en évidence et il fallait donc se concentrer sur les causes possibles d'un prurit *sine materia*, c'est-à-dire sans lésion cutanée. Je n'ai eu de cesse de répéter à mes étudiants que le prurit sénile n'existait pas, que c'était seulement un prurit chez une personne âgée dont il fallait absolument trouver la cause.

Retournant dans la chambre vérifier l'absence de lésions cutanées, j'observai en revanche de très nombreuses traces de grattage, des excoriations qui montraient l'intensité de la démangeaison. Je me rendis compte alors d'un aspect foncé de la peau, une hyperpigmentation qui prédominait au niveau des mamelons et des plis des mains.

Les causes tumorales (c'est-à-dire cancéreuses) des prurits ayant été évoquées et écartées, l'absence de troubles métaboliques me conduisit inéluctablement à envisager une cause parasitaire. Quelle maladie parasitaire pourrait donner un prurit aussi intense ? Et pourquoi une contamination probablement ancienne viendrait-elle s'exprimer seulement maintenant ?

C'est alors que je me souvins de ces malades que j'avais vus il y a plus de vingt ans lorsque j'étais encore à l'hôpital, ces anciens d'Indochine, qui arrivaient couverts de griffures tant ils s'étaient grattés, en raison d'une infestation parasitaire qu'ils avaient contractée en Indochine des dizaines d'années plus tôt. Je me souvins des propos de mon chef de service de l'époque qui me dit : une parasitose telle que l'anguillule, contractée dans les pays exotiques, va se mettre en dormance jusqu'à ce que le système immunitaire lâche prise avec l'âge. Et c'est alors que les larves vont se réactiver et envahir tout l'organisme ; le grand âge est en effet celui d'un déficit immunitaire dit sénile.

Quelles larves a-t-il pu contracter ? Et c'est alors qu'il m'est apparu normal que ce directeur des programmes radiophoniques d'une chaîne publique de renom avait voyagé dix, vingt, trente années plus tôt dans des pays comme les Caraïbes, et que s'il s'était promené sur les plages, il avait très bien pu contracter une anguillulose. D'ailleurs, la lecture de prises de sang anciennes me convainquit de mon diagnostic. Il y avait une augmentation des éosinophiles à trois ou quatre reprises dans les vingt-cinq dernières années, réalisant ce qu'il est classique d'appeler la courbe de Lavie.

Je tenais la cause des démangeaisons, mais pourquoi une telle altération de son état ? En tant qu'interniste, je sais que les fonctions des glandes surrénales s'amenuisent avec l'âge, et qu'il y a souvent maintes raisons à voir une insuffisance

surrénalienne s'installer. Le taux de sodium et celui du potassium suffisaient à retenir ce dysfonctionnement et sans attendre les dosages biologiques, je débutai un traitement substitutif (consistant à apporter du cortisol, c'est-à-dire le médicament hydrocortisone), associé au traitement antiparasitaire.

Huit jours plus tard, comme je l'avais annoncé, mon malade était debout, sur ses jambes, avec des démangeaisons que l'on pourrait qualifier de résiduelles, tant elles s'étaient estompées.

Il ne fallut attendre que quelques semaines pour que les résultats biologiques viennent confirmer les deux hypothèses, et je tirai ma révérence en étant fier d'avoir résolu en une soirée ce que trois mois d'hospitalisation n'avaient pas permis.

Notre grand homme, toujours actif, était au comité de la chaîne depuis le matin alors même que son toubib avait annoncé lui rendre visite aux environs de midi. Alors qu'il était en route vers le domicile de David, Catherine m'informa que son cher mari ne serait pas rentré avant 18 heures.

— *Qu'à cela ne tienne, je retiendrai une chambre pour la nuit et je repartirai le lendemain à Besançon !* me dis-je.

Arrivé chez lui au cinquième étage, fort heureusement avec ascenseur, je fus reçu comme à l'accoutumée avec de chaleureuses embrassades et un délicieux whisky qui, je le savais, était apprécié de mon ami Philippe, le cardiologue, celui par qui j'avais été mis en relation avec mon patient.

David et Catherine furent intéressés de connaître l'évolution de mes soucis, qui ne sont pas en nombre réduits ces dernières années – ils m'appellent « notre sorcier, notre sauveur », depuis que j'ai sorti David de cette terrible altération de l'état général, il y a deux ans, au cours de laquelle il faillit mourir. Rappelons-le, il s'agissait d'un prurit, et puisque notre homme était d'un grand âge, on le qualifia de « sénile ». Mais, une étiologie pouvant en masquer une autre, il y avait une anguillulose, parasitose initialement intestinale attrapée dans les îles, trente ou cinquante ans plus tôt, le parasite en cause ayant pour particularité de rester tranquille pendant des années avant de se révéler à l'occasion de la baisse des défenses immunitaires dues à l'âge ! Il y avait aussi une autre cause qui, non traitée, l'aurait entraîné irrémédiablement vers la mort : une insuffisance surrénalienne, c'est-à-dire une glande surrénale épuisée qui ne fabriquait plus de cortisol. Ils se réjouirent de voir une évolution tout à fait favorable de mes tracasseries tant sur le plan privé que professionnel. Je leur racontai comme à l'accoutumée

quelques anecdotes qui les firent sourire, même rire, lorsque je les informai qu'un médium venu à ma consultation m'avait fait des prédictions qui s'étaient révélées exactes. À tel point que, même s'ils n'en avaient jamais consulté, ils me demandèrent de leur communiquer l'adresse et le numéro de téléphone de cette personne.

Puis vint le moment où je devais reprendre ma fonction de médecin traitant.

— Comment allez-vous ? La santé ? Vous sentez-vous en forme ?

J'avais remarqué que David ne s'était pas levé pour me serrer la main. Il s'en était excusé, déclarant qu'il était épuisé.

— Je suis extrêmement fatigué. Je n'ai plus de goût à rien, plus de force.

J'avais une porte d'entrée pour un probable diagnostic avec ce « goût à rien » et je posai un certain nombre de questions pour me convaincre qu'il présentait un état dépressif.

— Êtes-vous triste ? Avez-vous des idées noires ?

À ces deux questions, il répondit par l'affirmative en justifiant ses idées noires par le fait qu'il était vieux et qu'à son âge, on ne pouvait qu'envisager une issue fatale et bien triste.

Il manquait aussi d'envie de faire les choses, il se sentait dépassé par tout ce qu'il avait à faire, bref, il accumulait tous les symptômes d'un syndrome dépressif.

— David, vous avez un état dépressif caractérisé !

— Comment dites-vous cela ?

— Je précise « caractérisé », ce qui signifie majeur. C'est ainsi que se justifient les prescriptions de médicaments sérotoninergiques antidépresseurs.

— Mais Philippe, dit Catherine en s'adressant à son ami le cardiologue, David prend déjà de l'escitalopram.

Je pensai : — *Mince, je tenais un si bon diagnostic qui m'aurait permis de lui proposer un traitement qui aurait dû l'améliorer.*

Je me trouvais ainsi devant une personne âgée avec un syndrome dépressif qui ne s'améliorait pas par les antidépresseurs : il y avait donc quelque chose de plus.

Dans ces cas-là, l'observation est souveraine. Tout en l'écoutant parler, je remarquai quelque chose de caractéristique : il avait un regard figé et un clignement des yeux raréfié. Il bougeait peu ses membres pour parler et son regard était inexpressif, ainsi il avait l'air un peu dramatique. Je le tenais, mon diagnostic ! Il me fallait pour cela chercher quelques arguments complémentaires et je demandai :

— Avez-vous un tremblement ?

Il me répondit non, de façon presque machinale, alors même que dans certaines positions, il était notable que ses doigts bougeaient spontanément.

Aux questions suivantes, il répondit positivement :

— Avez-vous des sensations de fourmillements ou d'eau qui coule sous la peau ?

Il avait déjà perçu ce type de sensations, non pas ces derniers temps, mais quelques semaines plus tôt. Je ne dis rien du diagnostic évoqué jusqu'à ce qu'il se déplace pour que je puisse observer les kératoses du cuir chevelu qu'il présentait. Pour ce faire, il s'installa sur un canapé mieux exposé à la lumière. Profitant de ce déplacement, j'observai combien il marchait à petits pas et je m'empressai de lui demander de réaliser le fameux signe de Froment. Ce test est couramment effectué par les médecins. Il consiste à rechercher une certaine forme de rigidité à la décontraction des muscles, et pour cela le médecin effectue tant au niveau du poignet que du coude du patient des mouvements de flexion-extension jusqu'à percevoir une décontraction saccadée (que l'on appelle « en roue dentée »), ou plus homogène mais avec une certaine résistance (que l'on appelle « en tuyau de plomb »). Pour permettre au malade de bien se détendre et de ne pas se contracter, on lui demande de serrer un stylo tenu dans l'autre main.

Il avait en effet ce signe et c'était donc bien une maladie de Parkinson dont il souffrait.

— David, j'ai découvert ce que vous avez : c'est un déficit en dopamine et il est donc normal que la « machinerie » ne fonctionne pas bien, mais vous allez voir, nous allons mettre en route le traitement et vous allez vous sentir nettement mieux.

J'avais en effet cette expérience de l'efficacité spectaculaire du traitement dopaminergique remis aux malades parkinsoniens.

Je remarquai aussitôt dans ses yeux une lueur d'espoir, une satisfaction immédiate à l'idée d'un avenir plus prometteur.

Il n'y a rien de plus désespérant pour un malade âgé que de s'entendre dire qu'il n'y a rien à faire et que tous ses problèmes découlent de la vieillesse. Si la vieillesse peut être définie comme une perte des capacités, c'est-à-dire une perte des fonctions, alors la correction des fonctions va ralentir cette vieillesse et permettre de la vivre plus harmonieusement. Les fonctions qui sont atteintes par l'âge sont les fonctions motrices, psychiques, mais si celles-ci sont peu ou prou dépendantes des fonctions thyroïdienne, surrénalienne, hypophysaire, gonadique, on peut y

remédier. La fonction dopaminergique des corps striés, c'est-à-dire de ces noyaux cérébraux dits noyaux gris centraux, doit être considérée chez les personnes âgées. On doit en effet distinguer à mon sens la maladie de Parkinson survenant chez un sujet jeune, liée à une véritable maladie par des mécanismes souvent différents, de l'insuffisance dopaminergique liée à l'âge.

J'appris quelque temps plus tard que le traitement n'avait hélas pas été pris. Recommander un traitement antiparkinsonien fait craindre à la personne malade de devenir une personne handicapée, tremblotante, et incapable de se mouvoir. Il est amusant de constater que pour certaines pathologies, le fait de la traiter fait craindre qu'elle ne s'aggrave. Qui penserait qu'un traitement antihypertenseur va faire monter la pression artérielle ? Qui pense que de prendre un médicament pour le cholestérol va faire grimper ses taux ? En revanche, si vous recommandez un traitement antidépresseur, le malade va imaginer qu'il va devenir un légume, alors qu'antidépresseur veut dire le contraire d'une dépression ! Et donc, pour lui, prendre un médicament pour la Parkinson allait faire de lui un malade impotent !

Aujourd'hui, l'état de santé de David décline peu à peu, alors qu'il devrait s'améliorer. J'ai beaucoup regretté que ce patient, pour lequel j'avais beaucoup d'affection, refuse la prise de ce médicament dit antidépresseur par crainte des effets secondaires. Cependant, le traitement de la maladie de Parkinson a pu enrayer un grand nombre de ses symptômes.

LES PLATHELMINTHES

La grande famille des vers plats est représentée par différents tænias : *Tænia saginata*, *Tænia solium*, *Tænia asiatica* et *Hymenolepis nana* ainsi que Botriocéphale. Seul *T. solium* entraîne de graves problèmes de santé.

Ce sont eux que l'on appelle vers solitaires.

Le cycle des tænias est simple. Le parasite particulièrement long s'étale dans l'intestin de son hôte et libère peu à peu des anneaux, dont il est constitué. Arrivés dans le milieu extérieur, les anneaux finissent par se désagréger et chacun d'eux libère des milliers d'œufs qui sont disséminés sur le sol et les herbes, ou qui sont transportés par les mains sales.

Ces œufs seront ingurgités par un hôte intermédiaire, ils donneront des embryons qui, grâce à leurs crochets, perforeront le tube digestif de l'hôte intermédiaire, passant dans le système circulatoire, et allant se loger principalement dans le muscle ou le tissu adipeux autour des muscles. Le stade larvaire apparaît.

L'homme devient hôte définitif en consommant cette viande crue ou pas assez cuite, par exemple en mangeant une larve enkystée de la viande.

Ces *Tænia saginata*, ou tænia du bœuf ont une tête appelée scolex prolongée par un corps comportant de mille à deux mille anneaux. C'est lui, le vrai Seigneur des Anneaux !

Leur longueur habituelle est de 3 à 4 mètres, mais peut atteindre 15,20, voire 30 mètres.

Ces parasites sont donc constitués d'anneaux qui sont de petites parties de leur corps ayant l'aspect de fragments de pâtes alimentaires. Ces parasites sont contractés par l'ingestion de viande peu cuite provenant du porc ou du bœuf, et même si les services vétérinaires exercent des contrôles réguliers, l'absence de ver mise en évidence ne signifie pas qu'il n'y a pas d'infestation parasitaire. Ces parasites localisés dans la lumière intestinale sont sans réel danger. Ils peuvent cependant induire des occlusions ou des cachexies.

Ces parasites ont une longue durée de vie estimée de dix à douze ans. Ils ne sont pas uniquement solitaires puisqu'on peut en trouver deux, trois et même cinq concomitamment dans l'intestin. Deux autres plathelminthes qui sont l'agent de l'échinococcose alvéolaire et celui du kyste hydatique sont eux aussi des vers (dont la forme, je devrais dire l'anatomie, n'est pas vermiculaire, mais plutôt kystique), et sont responsables de ces maladies. Ces parasitoses sont le plus souvent de localisation hépatique (dans le foie) ou splénique (dans la rate), et peuvent atteindre aussi d'autres organes tels que le cerveau, la peau...

Malgré la qualité des contrôles vétérinaires et sanitaires dans notre pays, on dénombre cependant encore plus de trente mille cas de *tænia* du bœuf chaque année. Là encore, la congélation pendant une semaine rendra la viande infestée tout à fait saine, ce sont donc plutôt les tartares faits avec de la viande fraîche qui sont aujourd'hui contaminants.

Comme beaucoup de maladies dues à des microbes, virus, bactéries, parasites, la plupart sont asymptomatiques, on parle alors de porteurs sains. Concernant ce parasite, certains patients vont se plaindre d'inconfort digestif, et parfois de boulimie, de troubles de l'humeur ou d'amaigrissement.

Comme je l'ai souvent rappelé (la nécessité de garder toutes les prises de sang antérieures), on pourra observer sur une des prises de sang antérieures une augmentation du nombre d'éosinophiles.

Vous connaissez la longévité des tortues, sachez que certains *tænia* peuvent vivre une quarantaine d'années.

Le *tænia* du porc qui semble aujourd'hui éradiqué exprime les mêmes symptômes que ceux du *tænia* du bœuf.

MON PETIT TROU D'AMOUR

— C'est le ver qui a mangé mes cheveux ? me dit cette petite fille de 7 ans lors de sa deuxième consultation.

— Ce n'est pas tout à fait cela ! dis-je, interloqué par cette formulation.

— Tu te rappelles, docteur, que ma maman m'embrassait sur mon petit trou d'amour, comme elle me disait ? Maintenant, ce n'est plus possible, termina-t-elle d'un air attristé.

Trois semaines plus tôt en effet, j'avais accordé à cette maman qui est très occupée en semaine de venir ce samedi matin avec sa fille Manon.

Elle m'avait croisé quelques jours plus tôt au supermarché et elle m'avait dit :
— Ma fille perd ses cheveux. Vous ne pourriez pas la voir ?

Bien évidemment, et ne serait-ce que pour remercier son mari garagiste de m'avoir un jour dépanné, je lui proposai ce samedi matin.

Le service est calme, plus personne ne travaille le samedi à l'hôpital dans les secteurs de consultation.

Pour moi, une chute de cheveux, c'est un état souvent passager où la brosse à cheveux se remplit anormalement de cheveux, et cela relève le plus souvent d'une cause carencielle.

Mais ici, c'était tout autre chose. La petite avait une véritable alopecie du vertex, la tête d'un petit moine. Vous voyez les moines de la publicité ! avec ce rond glabre au sommet du crâne, entouré d'une couronne de cheveux ! Voilà exactement à quoi elle ressemblait.

Et sa mère toutes les dix minutes d'embrasser cette plage glabre en prononçant ces curieuses paroles :

— Qu'il est doux, mon petit trou d'amour.

Manon avait retenu cette petite phrase qui, à son âge, n'avait aucune autre connotation dans son esprit.

C'était une pelade ce que l'on devrait appeler plutôt une alopecie en aires.

La maman m'apprit que cela faisait bientôt un mois qu'elle appliquait des dermocorticoïdes et que ceux-ci n'avaient aucune efficacité.

La pelade est une maladie que l'on pourrait qualifier d'orpheline. Relativement peu fréquente, pas de véritable cause et pas de traitement. Ce genre de problématique est fréquent en dermatologie ; il faudra alors au médecin qui sera chargé d'en déterminer la cause et de proposer un traitement de faire preuve d'un sens clinique développé, d'une grande expérience et d'une sagacité incomparable.

Alors, la meilleure façon de se sortir de cette situation de défi, c'est de s'écarter de la pathologie et de revenir à l'individu, de s'y intéresser.

Je pris tout d'abord grand soin à consulter le carnet de santé. J'y trouvais quelques signes d'allergie alimentaire, je devrais dire d'intolérance aux protéines de lait de vache aisément identifiée par la régurgitation des biberons, une constipation, quelques poussées d'eczéma atopique.

La courbe de croissance n'était pas harmonieuse. Elle comportait une inflexion. Une petite cassure vers le sixième mois de vie.

Tout cela me satisfait parce que la pelade est souvent associée ou apparentée à l'atopie. Mais aujourd'hui Manon a 7 ans, toutes ces manifestations ont disparu et ne sont qu'un mauvais souvenir.

Ma quête d'information ne releva pas de terrain auto-immun. C'est-à-dire qu'il n'y avait ni dans la famille ni chez cette petite fille de douleurs articulaires, de troubles vasculaires, rien.

Arrivant à l'intestin après avoir passé en revue les organes sus-jacents par l'interrogatoire, celui-ci n'était pas sans présenter quelques petits signes insignifiants pour celui qui ne s'y intéresse pas.

Un peu de diarrhée, quelques maux de ventre, une certaine fatigue inhabituelle chez cette petite fille vive et très active habituellement.

Quelque chose me poussa à questionner davantage sur les selles, car il me fallait trouver quelque chose, sans quoi j'allais conclure à la seule intolérance.

En demandant à la maman quel était l'aspect des selles de sa fille, elle me déclara avoir remarqué comme de petits rectangles blancs ressemblant à des nouilles.

Je tenais quelque chose d'important, voire d'essentiel. Cela ne pouvait être fortuit, la petite avait attrapé un parasite.

Il restait à rechercher des signes d'excitation psychique, des démangeaisons anales et une anomalie biologique, à savoir une hyperéosinophilie.

Point de tout cela. Mais les symptômes dont je disposais étaient suffisants pour retenir le diagnostic de tænia. Car en médecine, nul besoin d'avoir des symptômes bruyants, des troubles très discrets que le malade souvent ne pense pas à signaler peuvent être parfois la clé de l'énigme.

— Un tænia, docteur, mais lequel ?

— *Tænia saginata* ! répondis-je sur un ton convaincu et convaincant, c'est-à-dire le tænia du bœuf. Je savais le tænia du porc, *Tænia solium*, beaucoup plus rare en France.

— Et vous pensez que sa pelade vient de cela ? demanda la maman, les yeux écarquillés et effarés de savoir sa fille envahie par un ver qui peut mesurer plusieurs mètres de long.

Car le tænia n'est pas un ver sympathique, du moins d'aspect.

Appartenant aux plathelminthes, il a une tête appelée scolex qui se prolonge par un corps de 4 à 10 mètres comportant de mille à deux mille anneaux. C'est en

mangeant une larve enkystée dans la graisse intermusculaire de la viande de bœuf que l'on se contamine. Ce sont les œufs tombés dans l'herbe qui sont absorbés par le ruminant et qui vont devenir une larve infestante.

Lorsque l'on sait cela, on hésite à manger de la viande de bœuf saignante et encore plus un bœuf tartare. Je n'avais pas l'intention d'attendre une confirmation biologique pour traiter, et c'est pourquoi mon ordonnance comportait à la fois la réalisation d'un scotch test à appliquer au niveau de l'anus (comme pour l'oxyurose) et le traitement par niclosamide dont je regardai avec attention dans le Vidal les posologies pour l'enfant.

Quelques jours plus tard, alors que je n'y pensais plus, j'ouvris une enveloppe contenant le résultat de l'analyse demandée.

— Présence d'embryophores* caractéristiques d'un *Tænia saginata*, lis-je à haute voix tant ce résultat me remplissait de joie.

Il me restait à voir si le traitement que j'avais remis sans attendre les résultats avait eu une quelconque action sur la tenace pelade de Manon.

Le rendez-vous donné trois semaines plus tard fut annulé par la maman sans que je susse pourquoi.

Ce ne fut donc qu'un mois et demi plus tard qu'elles se présentèrent mère et fille à la consultation. C'était un jour de semaine tout à fait habituelle, elles n'avaient pas jugé bon de solliciter un rendez-vous un samedi.

Et là, devant moi, une enfant avec un crâne totalement recouvert de cheveux ; certes, ceux du centre étaient plus courts, mais plus aucune zone alopécique. La maman m'expliqua qu'elle observa la pousse des cheveux dès le lendemain de la dernière prise du traitement et que jour après jour le crâne se retrouva couvert de beaux cheveux très drus.

— Plus de petit trou d'amour à embrasser ! dis-je à la maman d'un air coquin, reprenant en cela les termes de la petite à son entrée dans la salle de consultation.

Ce n'est qu'à ce moment-là que la maman prit conscience du côté incongru de cette phrase qui, répétée hors du contexte, pouvait prêter à confusion.

Y a-t-il un rapport entre la pelade et le *tænia* ? Certes, oui ! La preuve en est la guérison aussitôt après le seul traitement mis en œuvre, à savoir le traitement antiparasitaire. Mais est-ce que cela est connu ? Oui, nous trouvons dans les livres anciens cette notion d'une « épine irritative », tel était le terme consacré pour indiquer l'existence d'un problème infectieux sous-jacent parfois bactérien

(comme un foyer infectieux réalisant un granulome apical à la pointe de la racine d'une dent), et parfois parasitaire.

Très souvent, devant ce genre de succès diagnostique et thérapeutique, j'entends des propos inappropriés me dire « Oui, mais c'est rare ! » Cette expression aurait de l'intérêt si nous effectuions une recherche systématique de *tœnia* chez tous les malades qui ont une pelade et probablement que nous ne trouverions le parasite que dans quelques cas. Je vois d'avance le titre d'un article scientifique à ce sujet qui serait : « Inutilité de la recherche de *tœnia* en cas de pelade », puisque s'appuyant sur les conclusions de l'étude, seuls 5 % des enfants en étaient porteurs, et ont guéri de leur pelade après traitement. 5 % contre 95 % en effet ! Mais pour ces 5 % de patients, la cause était bel et bien là et rattachée à la pelade. Faudrait-il donc faire le sacrifice des causes « rares » et ne pas les dénicher en cas de signes compatibles, sous prétexte que le bilan serait négatif dans 95 % des cas ? Voici un exemple de dérives de certaines conclusions de recherches scientifiques. Cela me rappelle un de mes collègues qui s'appuyait sur une étude parue dans un journal important de la discipline dermatologique, où une centaine de personnes se sont vues supprimer le lait de vache et les œufs pour tenter de solutionner leur eczéma. L'étude concluait : la procédure diététique n'a pas permis dans 70 % des cas de résoudre l'eczéma ; elle est donc inutile, voulant dire qu'il n'y avait un effet positif de l'éviction de ces deux aliments que dans 30 % des cas. Mais cela ne voulait pas dire que l'origine « allergie alimentaire » était à rejeter, puisqu'en effet ceux qui n'ont pas répondu n'étaient certes pas « allergiques au lait et aux œufs », du moins seulement à ces deux-là (car il suffirait qu'ils aient une troisième allergie alimentaire pour que la suppression de deux aliments n'améliore pas l'eczéma). Si vous avez un tuyau avec trois trous, si vous n'en bouchez que deux, vous aurez toujours la fuite d'eau.

Dans des pathologies comme celles-ci, soit la recherche diagnostique est simple et peu coûteuse, alors elle doit être faite même à la recherche de causes rares, soit le traitement est simple et sans danger, et alors un traitement « d'épreuve » peut être administré.

C'est ainsi que le rappelle un de mes collègues, le Pr Dan Lipsker de Strasbourg, dans son livre récent *Comment devenir un bon médecin*, aux éditions Elsevier Masson : « Si vous ne pouvez pas poser un diagnostic, prenez au moins une décision. »

— Bonjour, Marcel, comment vas-tu ? Bondiou, on m'a dit que t'as attrapé la maladie du r'nard ? lui dit son voisin qui, ouvrant ses volets, vit le père Bourgin descendre en ville à pied chercher son journal.

Cet homme travaillait dans une menuiserie connue de la région lorsqu'à 40 ans son bras fut sectionné par une scie circulaire automatique. À cette époque, il n'existait pas de système performant de protections, et la médecine du travail était à ses débuts. Malgré ce handicap, Marcel Bourgin avait continué de travailler et c'était un joyeux drille, aimant retrouver ses copains au bar du village. Il aimait aussi aller aux champignons et il gardait jalousement secrets les coins où il trouvait des morilles et des chanterelles.

— Ça marche l'appétit, Marcel ? lui disaient ses copains compagnons de tournées de café ou de Savagnin bien frais. Les plus jeunes, ainsi, se moquaient de son ventre qui s'arrondissait de plus en plus ces derniers mois. Ils ignoraient que cette déformation de l'abdomen si visible n'était autre qu'une maladie dont tout le monde méconnaissait l'origine et qui le handicapait beaucoup plus que son bras sectionné.

En effet, depuis sa retraite, il avait observé que sa paroi abdominale s'était épaissie, et qu'en certains endroits étaient apparus de petits nodules indolores, mais comme des abcès, qui laissaient sourdre un liquide clair, eau de roche, sans odeur, et probablement sans saveur.

Au départ, devant le peu d'inquiétude que de telles lésions suscitaient, on se contentait de badigeonner un liquide antiseptique iodé, pensant qu'il pouvait s'agir de poils infectés.

Le médecin de famille consulté était resté perplexe devant ces quatre ou cinq nodules qui n'évoquaient aucun souvenir d'ordre médical.

Marcel n'était pas plus inquiet que cela devant ces abcès qui n'en étaient pas, mais il était intrigué. Alors, il insista auprès de son médecin et lui demanda de lui prescrire des examens qui permettraient de voir ce qui pourrait expliquer ces écoulements. Ainsi, une échographie abdominale fut faite dans des délais raisonnables. Le radiologue avoua n'avoir jamais vu une chose pareille, et il décrivit comme suit ce qu'il observait :

« Vaste cavité à parois extrêmement fines, contenant un liquide homogène avec certaines parties pariétales hétérogènes. Celles-ci se trouvent au sein du tissu

adipeux sans connexion avec d'autres organes. Exploration chirurgicale recommandée. »

Visiblement, le radiologue ne pouvait en dire plus, mais pour celui qui connaît le diagnostic, il y avait là un certain nombre d'éléments pour y faire penser. Mais qui aurait évoqué une maladie parasitaire se présentant de la sorte, sous forme d'une atteinte de la peau alors qu'aucun cas n'a jamais été rapporté dans la littérature médicale ?

Il a donc été conclu qu'il avait une poche d'eau à l'intérieur de l'abdomen, cette eau qui sous pression sortait par les petits orifices de la paroi, que Marcel était obligé de couvrir par des pansements qui se trouvaient sans cesse imbibés. Il refusait d'imaginer rester ainsi tout le reste de sa vie, et même s'il devait subir une intervention chirurgicale, il le ferait. Il se décida donc à prendre un rendez-vous auprès d'un chirurgien généraliste. Celui-ci, pragmatique, accepta de faire une laparotomie, c'est-à-dire d'ouvrir l'abdomen. Rendez-vous fut pris. Le chirurgien se demandait s'il allait tomber sur une anse intestinale dilatée, ou sur un kyste embryonnaire résiduel. À l'ouverture, il vit bien cette poche avec une paroi fine, et sans se douter que son geste aurait pu être fatal, il introduisit une sonde d'aspiration qui vida immédiatement la poche de son contenu. Celui-ci fut envoyé en examen anatomopathologique, à la recherche de cellules particulières et au laboratoire de bactériologie. Les conclusions du chirurgien furent : « évacuation d'un liquide stérile d'origine indéterminée », sans autre conclusion.

Fort heureusement, la complication si redoutée ne survint pas. Bien des malades auraient fait un choc anaphylactique, c'est-à-dire une grosse réaction allergique lors de l'ouverture d'un tel kyste dont les conclusions ultérieures nous montreront qu'il s'agissait d'un parasite.

Le patient était satisfait, pensant que ce traitement avait été curatif. Or, quelques semaines plus tard, reprirent à la fois l'infiltration et l'épaississement de la peau, mais aussi les écoulements provenant des petits pertuis toujours bordés et recouverts d'une croûte d'aspect parfois sanguinolent.

Fort heureusement, cette maladie était bénigne, du moins lui paraissait-elle ainsi puisqu'il l'avait depuis quatre ans et que son état de santé n'était toujours pas altéré. La maladie était aussi indolente, ce qui est un point favorable lorsque l'on a une maladie chronique.

Mais un jour, évoquant au pharmacien son problème et les différentes étapes par lesquelles il était passé, M. Bourgin décida de suivre ses conseils.

— Mais enfin, il n'est pas encore allé demander son avis au professeur Humbert ?

— Ce jeune professeur qui vient d'emménager ici à Ornans ? On m'en a dit beaucoup de bien.

— Mais où consulte-t-il ? Dans sa maison ?

— Non, il est chef de service à l'hôpital et c'est là-bas que vous devez le voir, ça m'étonnerait qu'il ne trouve pas ce que vous avez !

Sur ces encouragements, M. Bourgin prit immédiatement rendez-vous. Dans les jours qui précédaient notre rencontre à l'hôpital, en sortant de la voiture du parc de la maison, je croisai un homme marchant d'un pas décidé, ayant un ballant d'un seul bras et d'un moignon, une personnalité d'aspect chaleureux et avenant qui se mit en travers de la voiture, posant la main sur le capot comme s'il voulait me dire quelque chose.

— C'est vous, le Pr Humbert ?

— Oui, c'est moi !

— Eh bien, sachez que je vais vous voir dans quinze jours en consultation !

— Ah ! très bien, je m'occuperai de vous, ne vous faites pas de souci.

Et la discussion se poursuivit sur les raisons de son amputation, sur son arrivée dans ce petit village de caractère, et sur la maison que j'habite, achetée quelques années plus tôt.

— Vous savez, je connais bien votre maison. Je suis venu souvent pour y travailler. Vous voyez, le grand escalier en chêne au milieu du hall, eh bien c'est moi qui l'ai monté. À l'époque, j'avais mes deux bras...

— *Félicitations* ! lui dis-je, puisque, en effet, j'ai pu remarquer la grande qualité de ce travail et je suis fier d'avoir rencontré celui qui l'a réalisé.

Quinze jours passèrent et je vis arriver M. Bourgin à la consultation. Là, il n'était plus question de discussion personnelle, mais il fallait m'arrêter sur ce problème médical dont il ne m'avait d'ailleurs pas encore fait part. Il me raconta comment il avait vu peu à peu, ces cinq dernières années, grossir son ventre, qui devenait parfois un peu rouge, au moment où allaient apparaître de petites boules comme des abcès d'où s'écoulait un liquide très clair.

— J'ai d'ailleurs été opéré, me dit-il. J'ai même aussi vu un autre professeur qui a pensé que j'avais une maladie inflammatoire des vaisseaux et qui me fit des infiltrations de cortisone. Mais aucun de ses traitements ne m'a réussi.

Pendant la consultation, j'eus l'occasion d'évoquer ses activités en forêt, les coins à champignons qu'il cachait jalousement, la pêche, car il était un pêcheur à la mouche dans la Loue, cette rivière de première catégorie, et la chasse qui l'amusait tant qu'il ne fallait pas rapporter de gibier. Il aimait les mettre en joue, mais jamais il n'avait tiré et il laissait toujours la chance à l'animal de s'enfuir. Cela étant, j'examinai M. Bourgin non sans mal, car il avait un certain poids et pour l'allonger sur la table d'examen nous n'étions pas trop de deux, un étudiant et moi pour le pousser.

La première idée qui m'est venue était qu'il puisse s'agir, pour une raison ou pour une autre, de fistules d'origine digestive. Ainsi, selon moi, une maladie de l'intestin créerait des prolongations jusqu'à la paroi abdominale, d'où les écoulements de liquide. Ce qui ne collait pas avec cette hypothèse, c'était l'absence de trouble d'ordre intestinal et la parfaite stérilité du liquide comme en avaient témoigné les nombreux prélèvements. Néanmoins, avant de faire le geste diagnostique essentiel, c'est-à-dire la biopsie cutanée profonde, je demandai une fistulographie qui s'avéra normale, montrant que les culs-de-sac se terminaient dans la peau bien avant d'atteindre le tube digestif. Ainsi, je n'avais aucune contre-indication à faire une anesthésie locale et à prélever sur une longueur de cinq centimètres de long et une largeur de trois centimètres dans une profondeur de pas moins de quatre centimètres également un morceau de peau, car je savais que dorénavant c'est le spécialiste en anatomie pathologique qui allait porter le diagnostic. La biopsie fut faite et je sentis chez Marcel Bourgin qu'il avait compris que nous avions franchi une étape essentielle à la connaissance de sa maladie. Car, pour lui, faire intervenir un tiers qui va regarder au microscope les cellules qui envahissent sa peau, c'est un acte de haute technicité très scientifique qui ne peut que résoudre le problème.

Et en effet, quinze jours plus tard, sans que j'aie reçu d'appel téléphonique préalable, je vis passer dans mon courrier le résultat de la biopsie cutanée de Marcel Bourgin. Il y était écrit en toutes lettres : « Échinococcose* alvéolaire dans le tissu cutané ! » Alors là ! Je tombai assis sur le fauteuil, car si la Franche-Comté est un pays infesté par l'échinococcose alvéolaire, cette maladie atteint le foie, parfois très exceptionnellement d'autres organes comme le cœur, mais je n'ai jamais entendu parler d'une atteinte de la peau.

Je pris immédiatement mon téléphone pour appeler mes collègues les Pr Vuitton et Bresson-Hadni, toutes deux spécialistes en la matière, directrices du

centre OMS de l'échinococcose alvéolaire. Elles me confirmèrent qu'elles n'avaient jamais entendu parler d'une telle atteinte de la peau dans cette maladie. Elles furent très intéressées à ce que nous conservions les prélèvements pour étudier la fibrose, c'est-à-dire la réaction de l'organisme autour de ce parasite dont elles étaient les spécialistes au niveau du foie. Il leur semblait intéressant de comparer ce qu'elles connaissaient au niveau hépatique et ce qu'elles observeraient au niveau de la peau. J'effectuai une recherche dans les banques de données médicales, je ne trouvai aucun cas similaire. Tout au plus une observation extrêmement brève publiée en Autriche suggérait la possibilité d'une atteinte de la peau. La nouvelle, je l'apportai immédiatement au patient rentrant dans mon village le soir même. Je le fis appeler par un agent de la mairie qui connaissait où il habitait. Je lui fis part que nous avions trouvé l'origine de son mal, et qu'il fallait qu'il vienne me voir au plus tôt et si possible dès le lendemain matin, car ensuite j'allais m'absenter pour une dizaine de jours en raison d'un congrès en Chine.

J'étais d'ailleurs tellement obnubilé par ce cas si original dont j'entrevois la possibilité d'un article scientifique dans une revue médicale anglo-saxonne à diffusion mondiale, que je n'avais pas pris soin de préparer mon déplacement à Pékin où j'étais attendu par mes anciennes « élèves chinoises », de jeunes professeures en dermatologie qui m'avaient été confiées par leur université, en vue de les former à la dermatologie française et tout particulièrement aux méthodes de mesure des propriétés physiques de la peau. Je veux ainsi parler des mesures de l'hydratation, de l'élasticité, de la couleur de la peau, bref tout ce qui a fait notre spécificité sur le plan international, qui avait été initié par mon maître le Pr Pierre Agache.

C'est grâce à lui, à sa créativité, puis à l'énergie de toute mon équipe que j'ai pu à peu constituée, que Besançon put s'enorgueillir de recevoir en 2009 la communauté médicale et de chercheurs en ingénierie de la peau du monde entier pour un congrès international, à ce jour encore le plus grand congrès de la discipline.

Connaissant parfaitement le sujet que j'allais présenter à mes collègues chinois, je n'avais pas trop de souci pour sa préparation, sachant que je pourrais la finaliser dans l'avion. Cependant, la veille du départ, au moment où l'on réunit les billets d'avion, l'adresse de l'hôtel et bien entendu son passeport, je m'aperçus que je ne l'avais plus. J'ai donc passé une grande partie de la nuit à faire toutes les poches de

toutes mes vestes, de tous mes manteaux. Je crois que j'ai ouvert tous les tiroirs de la maison... en vain.

À 3 heures du matin, le réveil sonna après seulement quarante minutes de sommeil. Il fallait me préparer, partir pour l'aéroport. Je savais qu'il y avait de grandes chances que je ne puisse pas prendre l'avion, mais je me dis que peut-être ma carte d'identité pourrait suffire, que les nombreux courriels d'échanges avec mes collègues pourraient faciliter l'embarquement... bref, une espérance *a priori* perdue d'avance.

Après une heure trente de route, j'arrivai sur le parking de l'aéroport de Bâle-Mulhouse, et convaincu que j'allais reprendre la route en sens inverse dans l'heure qui suivait, je sortis ma valise du coffre, puis mon manteau déposé sur le siège arrière.

Ayant roulé un peu brusquement, avec des freinages secs dans les virages, mon manteau avait basculé par terre, et il me fallut le ramasser.

Comme je le fais à chaque fois qu'une veste ou tout autre vêtement chute dans la voiture, je vérifie que des clés, des papiers, ou tout autre chose n'auraient pas glissé sur le sol ou sous le siège.

En faisant cela, je me penchai, le téléphone portable à la main, lampe allumée pour regarder sous mon siège avant. Et à ce moment-là, que ne vis-je pas ? Un petit carnet de couleur sombre, et immédiatement je reconnus là un passeport. En moins de temps qu'il le faut pour le dire, je pris en main l'objet et constatai qu'il s'agissait en effet de mon passeport. Non, il ne venait pas de glisser de mon manteau puisque celui-ci avait été exploré couture après couture, poche après poche, sans succès. Mais, sans nul doute, mon passeport était là dans la voiture depuis mon dernier déplacement et il est vrai que mon enthousiasme à effectuer la recherche de choses ayant pu chuter est bien moindre lors du retour d'un voyage qu'au moment du départ. Ce fut une chance inouïe que de découvrir à la dernière minute l'objet indispensable à mon déplacement, car on me confirma qu'il était impossible de se rendre en Chine avec une seule pièce d'identité, d'autant qu'à l'époque il fallait un passeport doté d'un visa que j'étais d'ailleurs allé chercher à l'ambassade de Chine à Paris quelques jours plus tôt. Et c'est alors que je me suis mis à penser que c'est au retour de ce voyage à Paris à l'ambassade que mon passeport avait glissé du porte-documents jamais fermé, que j'avais mis sur le siège arrière.

Extrêmement soulagé, je partis aussitôt en direction du premier bar ouvert à cette heure à l'aéroport pour y prendre le plus décontractant, le plus relaxant café de toute ma vie.

Puisqu'à Pékin j'allais parler justement de cas cliniques particulièrement étranges, je relus dans l'avion mes notes sur ce curieux parasite.

Ce parasite *Echinococcus* est un ver plat appartenant à la famille des *Taenias*. Il contamine les hôtes définitifs que sont les renards, parfois les chiens. On a toujours dit qu'il ne fallait pas manger des fraises des bois qui se trouvent à hauteur du zizi du renard. En fait, ce n'est pas tout à fait vrai, car le parasite ne se transmet pas par les urines, mais par les selles. Il faut donc, pour qu'un fruit soit contaminé, qu'il puisse avoir été au contact avec les fèces de l'animal, c'est-à-dire qu'il doit se trouver à une hauteur inférieure à vingt centimètres du sol. De nombreux Francs-Comtois se sont contaminés de la sorte en cueillant des fruits au moment où ils cherchent des champignons lorsqu'ils se promènent en forêt ou lors de parties de chasse. Et puis, la larve ainsi ingérée va pénétrer dans l'organisme et se développer au niveau du foie pour entraîner la fameuse maladie hépatique si grave révélée souvent par une jaunisse.

Fort heureusement, il existe aujourd'hui un médicament très actif pour cette maladie, mais qui ne peut guérir la totalité des malades, c'est pourquoi, dans notre CHU, des greffes de foie ont été réalisées pour des personnes dont la quasi-totalité de l'organe hépatique était envahie par ce parasite qui se développe, comme le ferait un cancer, avec proliférations cellulaires qui s'étalent et colonisent les organes en détruisant les cellules qui se trouvent sur son passage. C'était en raison d'une particularité anatomique que le parasite se trouvait au niveau de la peau chez Marcel. Il existe en effet un ligament qui relie l'ombilic, c'est-à-dire le nombril, au foie. Ce ligament qui porte le nom de ligament rond du foie constitue au cours de l'embryogenèse une veine destinée au développement du futur nouveau-né.

Ce ligament est chez l'adulte un reliquat fibreux de la veine ombilicale qui chemine dans le bord libre du ligament falciforme du foie. Il unit l'ombilic au sillon de la veine ombilicale, au bord antérieur et à la face inférieure du foie. Eh bien, le parasite s'est servi de ce cordon de structure vasculaire pour se développer non pas vers l'intérieur en direction du foie, mais vers l'extérieur rejoignant la peau, la plupart des lésions étant en effet situées dans la région péri-ombilicale.

Je me souviens que mes collègues hépatologues ont pris eux aussi cette observation pour la présenter dans des congrès et rencontres internationaux tant ils étaient fiers d'avoir participé au diagnostic positif de ce cas unique d'échinococcose cutanée. C'est bien parce que Besançon est la capitale mondiale de l'échinococcose pour l'OMS, grâce à mes collègues chercheurs, que l'anatomo-pathologiste a réussi à poser un tel diagnostic sans hésiter.

Grâce à cela, une collaboration avec l'institut de biologie de Lyon fut établie, et je participai aux publications scientifiques de cette équipe de recherche qui compara le mode de réaction de l'organisme, selon que le ver, le parasite colonise la peau ou le foie.

Ce qu'il faut retenir, c'est la procédure méthodologique consistant à faire une biopsie, se donnant ainsi les moyens d'examiner la peau au microscope. Lorsque le diagnostic n'est pas formellement établi par des critères cliniques, il ne faut pas se priver de ce geste extrêmement simple qui ici a été fructueux. Nous voyons là la diversité de présentation des maladies parasitaires.

ROGER, AVEC CE PARASITE QUI LUI PREND SA VITAMINE B12

Ce chef d'entreprise a une société florissante. Il a bien mérité le succès qu'il obtint. Ouvrier plasticien, il eut l'idée de commencer à faire, avec son épouse, les premières barquettes destinées à contenir des aliments, dans le seul endroit qu'il puisse utiliser, c'est-à-dire le garage de sa maison. Il utilisait un système mécanique relativement simple qui englobait un film plastique chauffé qui gardera sa forme après refroidissement. C'était le tout début de la mise en barquettes des légumes, des végétaux comme les carottes, les tomates et aussi de certains fruits. D'ailleurs, le développement des barquettes en plastique s'est fait parallèlement à l'utilisation croissante des réfrigérateurs.

Cet homme conduisit ses affaires de main de maître, si bien qu'il est à la tête aujourd'hui de plusieurs entreprises localisées en différents endroits du monde. C'est un gros travailleur, mais il sait aussi prendre des vacances en famille et aller dans des endroits magnifiques peu visités, je dirais même peu accessibles. Pour cela, il fait appel à une société de transport aéronautique, celle avec laquelle il travaille pour se rendre d'une usine à l'autre.

Cet été-là, il passa quinze jours en Norvège, dans un chalet situé trois mètres au-dessus de la surface d'un lac froid où il s'initia à la pêche avec les indigènes qui

étaient pressés de s'en faire un ami et de l'inviter le soir chez eux à partager leur repas. Ils en profitaient pour vendre leurs produits, conserves, confitures, fromages...

En quelques jours, il devint un champion et fêru de pêche à la ligne.

Il ramena à plusieurs reprises de puissants poissons vivant en général très en profondeur dans ce lac duquel on imaginait voir sortir à tout moment le monstre du Loch Ness. Il se plia aux habitudes de la région qui consistaient, après avoir enlevé la peau du poisson fraîchement pêché, à manger la chair arrachée avec les dents, comme ne le renieraient pas les Japonais adeptes des sushis ou des poissons crus. Ce séjour étant terminé, il fallait reprendre le travail, et c'est avec un rythme toujours aussi soutenu que M. Galissier menait ses équipes, les poussait dans les nouveaux défis et gagnait de nouveaux marchés. Il envisageait de passer la main à ses fils dans un délai de trois à quatre ans. Les années qui suivirent ces courtes vacances au lac, il devint moins motivé, et ses amis le trouvaient triste. Il était de surcroît gêné par des douleurs notamment des mains à type d'élancements qui pouvaient parfois l'empêcher de tenir un stylo. Il essayait de tout faire pour soulager ses décharges électriques spontanées, passer ses mains sous l'eau chaude, puis sous l'eau froide, les frotter, mais cela n'y faisait rien. Ces élancements n'étaient pas constants, mais lorsqu'ils étaient là, ils étaient extrêmement douloureux et invalidants. De plus, il était sans cesse agacé par le ressenti de multiples petites fourmis qui lui couraient sous la peau, c'était en tout cas la description qu'il en faisait. Même qu'un jour, en ramassant son portefeuille tombé à terre, il ressentit comme une décharge électrique de la tête aux pieds. Les semaines et mois passaient sans qu'il ne consulte son médecin, ignorant qu'il s'agissait là d'authentiques troubles neurologiques, c'est-à-dire de symptômes en relation avec une pathologie organique. Mais lorsque, le Noël suivant, il réunit la famille pour leur annoncer qu'il cesserait ses activités dans les mois qui allaient suivre, son épouse se dit que cette réaction n'était pas normale, qu'elle résultait vraisemblablement d'une maladie.

Son épouse n'était pas dupe. Une telle décision signifiait qu'il se savait malade.

— Il te faut consulter, Roger, lui dit-elle, tout ce qui t'arrive n'est pas normal, tu dois en parler au docteur.

Bien qu'il dirigeât une société de plus de trois mille personnes, qu'il en fût le chef incontesté, une seule personne était capable de lui donner des ordres, c'était son épouse. Il s'agissait certes plus de conseils, mais pour lui tout ce que pouvait

dire sa femme était sans conteste des ordres. Il l'écouta sans discuter et l'après-midi même il fut reçu dans le cabinet médical du village voisin, car il ne voulait pas que ses problèmes de santé soient vus par un médecin du cru.

Le jeune médecin qui l'accueillit fut frappé par l'énorme charge de travail de cet homme et conclut assez rapidement à un stress.

— Vous savez, je vais vous donner quelques médicaments sédatifs, il faudra que vous travailliez un peu moins, et sous peu tout devrait rentrer dans l'ordre.

Ces paroles qui peuvent paraître raisonnables n'ont cependant aucune légitimité scientifique ou médicale, car il n'a jamais été rapporté de tels effets bénéfiques de ces médicaments sur les troubles présentés par le patient. Et c'est bien ce que comprit son épouse qui ne voulut pas en rester là.

— Docteur, je veux que vous effectuiez des recherches, une prise de sang, je ne sais quoi, car je connais mon mari, ce n'est ni le surmenage ni un burn-out dont il souffre, seule une vraie maladie peut lui faire baisser les bras. Il a quelque chose !

— Bon, puisque vous le souhaitez, nous allons faire quelques prises de sang.

Prescrite dans de telles conditions, la prise de sang est malheureusement peu réfléchie, mais on y trouvera cependant de façon systématique une NFS qui permettra de voir les globules rouges et les globules blancs, les plaquettes, puis vient ensuite la créatinine qui examine la fonction rénale, et on ne sait pas pourquoi le malade se voit ajouter le dosage des triglycérides et du cholestérol alors même qu'il ne consulte pour aucune raison d'ordre cardio-vasculaire ou métabolique. Mais c'est ainsi !

Quarante-huit heures plus tard, les résultats étaient sur le bureau du médecin qui les examina avec attention, car il était persuadé que les analyses seraient normales. Il observa juste un nombre de globules blancs inférieurs à la moyenne, mais restant dans la fourchette des valeurs dites normales. Il observa aussi des globules rouges au volume anormalement élevé.

— *Notre homme doit picoler...* pensa aussitôt le jeune médecin en constatant cette macrocytose (volume accru des globules rouges). *J'aurais dû lui doser les enzymes hépatiques*, pensa-t-il.

Fier de cette conclusion, le médecin appela Mme Galissier pour une fois de plus la rassurer et lui expliquer que son mari devrait arrêter les boissons alcoolisées et que tout rentrerait dans l'ordre, que toutes ces petites sensations qu'il avait sur le corps étaient liées à son intoxication alcoolique.

Il ne s'attendait absolument pas à la crise de colère que la teneur de ses propos allait induire chez cette femme qui n'avait jamais vu son mari boire ni apéritif ni champagne, même pas un seul verre de vin et encore moins d'autres alcools.

— Comment ça ? Mon mari alcoolique ? Vous ne croyez pas que vous devriez vous remettre en question ? Est-ce que les anomalies biologiques que vous avez vues ne sont observées que chez l'alcoolique et pas dans d'autres maladies ? Si c'est comme ça, adressez-moi à un autre médecin !

Le jeune médecin comprit qu'il avait tiré des conclusions extrêmement hâtives et qu'il n'avait pas effectué son travail de diagnostic différentiel, car si, en effet, ces deux anomalies accompagnent parfois un état alcoolique chronique, elles sont aussi des signes essentiels de bon nombre de pathologies.

Vexé d'avoir été si négligent (il se pensa nul), le jeune docteur décida de ne pas en rester là et voulut être le premier à poser le diagnostic de la maladie de ce patient. Il se plongea donc dans ses livres pour voir enfin que la macrocytose était souvent un signe de carence en vitamine B12 et que, de surcroît dans un tel cas, était souvent observé un abaissement du nombre de globules blancs et même des plaquettes.

Tournant son regard vers la dernière ligne de l'hémogramme, il lut cent vingt-cinq plaquettes, nombre qui lui avait échappé et qui était en effet inférieur aux cent cinquante mille attendus.

Il relut alors les symptômes fonctionnels, c'est-à-dire les signes ressentis par un patient souffrant d'une carence en vitamine B12, et il réapprit que la décharge électrique en baissant la tête portait le nom de « signe de Lhermitte », que les dysesthésies et les élancements étaient des manifestations classiques et qu'il y avait même autre chose, un trouble de la sensibilité proprioceptive, c'est-à-dire du sens de la position des articulations qu'il n'avait pas examinées et qu'il ferait dès la prochaine consultation.

Prenant quelques minutes à relire un ou deux chapitres de son livre d'hématologie, il ne put s'empêcher de penser aux cinq cents euros hors taxe que lui avait demandés son avocat chargé de son divorce, honoraires supplémentaires que ce dernier justifiait par le temps passé à effectuer une recherche documentaire ! Refermant le livre, il tempêta en se disant : — *Si nous, médecins, facturions à nos patients la relecture de nos cours parce qu'ils nous ont échappés, ou parce que nous n'y avons pas assisté, la consultation ne serait alors plus facturée à*

vingt-cinq euros, mais trois cents euros, les quinze minutes dans ce contexte ayant rapidement tendance à se transformer en une heure ou une heure trente.

Après un long soupir, il prit son courage à deux mains, et sans plus attendre il convoqua M. Galissier en commençant par s'excuser de la méprise qu'il avait faite, mettant cela sur le compte d'une erreur de patient, d'une confusion qu'il avait faite avec les résultats sanguins d'un autre malade vu le même jour.

Face au caractère urgent de la situation, M. Galissier décala son départ en Roumanie au lendemain matin, alors que son avion était déjà arrivé depuis quelques heures, qu'il était prêt à le conduire à son conseil d'administration qui devait avoir lieu le soir même à 20 heures. Puisque son médecin lui proposait ce rendez-vous urgent, il devait s'y soumettre.

Cette fois-ci, le jeune médecin prit grand soin de questionner de nouveau le malade, et pratiquer un examen clinique le plus complet possible. Il remarqua des troubles de la sensibilité profonde, le patient étant incapable de ressentir les vibrations du diapason posé sur ses malléoles des chevilles. De plus, il constata que le patient ne reconnaissait pas la position du gros orteil, celui-ci étant tantôt mis face au mur tantôt face à lui. De surcroît, le jeune médecin releva un certain degré d'atrophie de la muqueuse buccale, ce qui lui sembla logique dans le cadre d'une carence en vitamines du groupe B.

— Monsieur, vous avez tous les signes d'une carence importante en une vitamine essentielle de l'organisme qui s'appelle hydroxocobalamine, plus communément appelée vitamine B12. Nous allons faire le dosage demain matin et à partir de là nous pourrons la corriger.

À la réception des résultats qui confirmèrent un taux effondré de la vitamine B12, l'épouse du patient, attentive, questionna le médecin.

— Mais, docteur, vous ne pensez pas qu'il faille chercher la cause ? Pourquoi mon mari aurait-il un manque de vitamine B12 ? De plus, vous savez que depuis que j'ai vu le taux bas de cette vitamine, j'ai cherché dans les livres quels sont les aliments qui en apportent, et puis vous savez que j'ai fait des études de nutritionniste. Mon mari a une absorption qui est normale, il n'a pas de diarrhées, ses selles sont moulées et il se passe donc quelque chose entre le moment où il avale les aliments contenant la vitamine B12 par la bouche et le moment où elle se trouve dans le sang.

— Vous avez raison, madame Galissier, nous allons doser les anticorps anticellules pariétales gastriques et les anticorps antifacteur intrinsèque puisque la

cause la plus classique est ce qu'on appelle la maladie de Biermer où des anticorps bloquent l'absorption de la vitamine B12. Mais cette hypothèse me paraît peu plausible parce que cette maladie touche principalement la femme qui a, par ailleurs, une autre maladie auto-immune de la thyroïde, notamment. Sinon, je ne vois pas d'autres causes.

— Écoutez, docteur, nous avons tout le temps, je pense que vous avez les moyens de trouver ce soir la cause de sa carence, puisque vous en avez la preuve. Est-ce que vous pourriez, s'il vous plaît, trouver une liste des déficits en vitamine B12 et que nous la parcourions ensemble ?

L'idée ne parut pas farfelue au médecin qui, formé à la nouvelle génération Internet, sait qu'un grand nombre de ressources de connaissances sont désormais accessibles, et qu'il n'y avait pas de honte à y accéder. Mais plutôt que de se connecter à son ordinateur qui n'était pas encore allumé, il prit son livre « dermatologie » où, à la page 72, se trouvait un tableau récapitulatif des causes des déficits en vitamine B12.

Le lendemain, M. Galissier frappa à la porte du cabinet.

— Tenez, docteur, je vous ai apporté une liste des causes des carences en vitamine B12.

Il y avait dans cette liste des noms de syndromes rares qui évoquaient des souvenirs lointains, comme la prise de médicaments antiacides pour les brûlures d'estomac, la maladie de Crohn, l'insuffisance de suc pancréatique. C'est alors que le toubib eut un éclair de génie, qui lui fut bien inutile ici :

— Oh, et le syndrome d'Imerslund Najman Gräsbeck ? dit-il avec une forte intonation, comme si en parlant fort il allait mieux retrouver la prononciation de ce syndrome qui en fait ne touche que les enfants, mais dont il s'était forcé à retenir le nom pour le concours de l'internat ! Mais dans cette liste figurait aussi une cause originale qui touchait les pêcheurs des lacs froids : la bothriocéphalose.

— Docteur, rappelez-vous que nous avons passé nos vacances en Norvège et que forcément nous avons mangé certains poissons des lacs froids du nord de l'Europe. J'ai vu qu'ils pouvaient être responsables d'une carence en vitamine B12.

À ce moment-là, leurs regards s'entrecroisèrent ; on eut pu voir une lumière s'allumer dans l'esprit de chacun, on la tenait, là, la cause vraisemblable de ce déficit en vitamine B12 : monsieur avait mangé des poissons contaminés par un parasite, le bothriocéphale, qui a la particularité de dépléter l'organisme en

vitamine B12. Oui, il est vrai qu'à la fin d'une partie de pêche, il est de tradition de croquer goulûment dans ces poissons à la chair si tendre.

Le jeune médecin était tout excité. Pour la première fois, il venait d'être confronté à la véritable médecine, la médecine intégrative, holistique, qui ne se contente pas de sortir des hypothèses qui pourraient concorder avec une partie de l'histoire clinique, mais bien d'analyser avec précision les symptômes, et voir dans quelles circonstances, dans quel environnement, dans quelle chronologie ils sont survenus.

— Et donc les médicaments sédatifs que vous avez donnés hier, qu'est-ce que j'en fais ?

— N'en faites rien, nous allons faire les analyses demain matin et nous ne tarderons pas à commencer le traitement. Bien sûr, pour confirmer la présence de ce ver dans l'intestin de votre mari, je ferai un certain nombre d'examens. Oh non, pas la parasitologie des selles, car j'ai appris qu'elle était le plus souvent négative. Mais il y a des signes biologiques indirects comme l'augmentation des immunoglobulines E, et il existe même une sérologie permettant de détecter des anticorps contre le bothriocéphale.

Il ne fut pas facile de trouver le laboratoire qui faisait ce type de sérologie, mais il fut trouvé à Marseille et, quelques jours après avoir envoyé le sérum, le résultat tant attendu arriva : anticorps anti-bothriocéphale : 12 U. Le diagnostic était donc confirmé.

Cette cause de déficit en vitamine B12 était apparue aux yeux du médecin comme totalement livresque, et jamais il n'aurait pensé en faire le diagnostic positif.

Il n'y a pas de difficulté à consulter sur son téléphone portable le Vidal téléchargé, de taper sur le moteur de recherche le nom de bothriocéphale et ensuite d'appuyer sur l'onglet « traitement » pour voir que ce parasite se traite aisément par albendazole.

Quant au déficit responsable des troubles neurologiques, ce qui devait arriver arriva, le traitement vitaminique par voie intramusculaire apporta en moins de deux mois la résolution des symptômes neurologiques avec la disparition des dysesthésies périphériques et le fameux signe de Lhermitte.

Certains d'entre vous entendront parfois parler de la « tæniase du poisson », terme aussi utilisé pour nommer le *Diphyllbothrium latum*, encore appelé

bothriocéphale. Pour rassurer le lecteur, il faut savoir qu'il y a seulement une centaine de cas par an en France.

Cette observation bien singulière nous apprend maintes choses, et nous donne des leçons tant à vous patients qu'à nous médecins.

Alors, profitons-en pour nous immiscer dans la vie de ce plathelminthe. C'est un parasite qui porte le nom de bothriocéphale, que l'on retrouve dans les poissons issus des lacs froids par lesquels on peut être contaminé en les consommant crus. On le suspectera devant une carence en vitamine B12. Car ce ver se nourrit tout particulièrement de la vitamine B12 que nous ingérons et qui, de ce fait, induit sa déplétion au sein de notre organisme.

Les symptômes de déficit en vitamine B12 sont nombreux, ils sont souvent d'ordre neurologique, et c'est parfois devant une jambe, voire les deux présentant une paralysie, ou devant d'étranges sensations d'endormissement des pieds et des mollets, que le médecin averti sera amené à envisager le déficit en vitamine B12, à en préciser sa cause qui, dans le cas présent, trouve bel et bien son origine dans l'infestation digestive à bothriocéphale.

QUELS MESSAGES POUVONS-NOUS TIRER DE TOUS CES CAS ?

Nous venons de voir des modes de révélation de l'infestation parasitaire tout à fait singuliers. Le diagnostic ne peut venir que d'une écoute attentive du patient.

Un certain nombre de ces parasites sont particulièrement résistants. Ainsi, la cuisson est impuissante à empêcher l'infection par les œufs du *tænia*, qui, notamment, ne sont pas sensibles à une température inférieure à 135 °C.

Nous avons pu relever dans des communications de médecins des symptômes qu'ils ont pu observer chez des malades infestés.

Cela ne signifie pas que ces signes soient l'expression d'une parasitose, ni même qu'ils n'en soient spécifiques. Il m'a semblé cependant utile de les rapporter, car ils peuvent attirer l'attention et conduire le médecin à approfondir son questionnement.

Certains patients ont noté que les fatigues causées par les ascarides sont plus sensibles au printemps et en automne, à la fin de la lune, et le jour plutôt que la nuit.

Parmi les manifestations cliniques des parasitoses communes, on observe :

Des manifestations oculaires telles que les yeux fixes, secs pour les uns, humides pour les autres, vifs, brillants, la présence d'un demi-cercle azuré sous les yeux, des pupilles dilatées pour certains, resserrées pour d'autres, la paupière supérieure gauche qui tressaute, la paupière inférieure gonflée, des troubles de la vue.

L'aspect du visage comporte un teint tantôt pâle, tantôt jaunâtre, ou même plombé. Le visage peut paraître boursoufflé.

Les signes digestifs sont à type de nausées matinales, une haleine fétide (halitose), une hypersalivation, surtout le matin, des crampes de l'estomac, des douleurs dans le creux de l'estomac et dans d'autres parties du corps, des aigreurs dans la bouche, une alternance diarrhée/constipation, un appétit diminué ou alternant avec boulimie, la sensation d'un corps qui remonte vers l'estomac, calmé par un verre d'eau, une faim constante, des tiraillements dans l'abdomen, des ballonnements.

Des signes O.R.L. sont rapportés à type de voix rauque cassée, d'un bruxisme, de mâchoires serrées, de vertiges surtout en se levant, des bourdonnements d'oreilles (acouphènes), des chatouillements de la gorge et même de hémage, terme peu usité pour indiquer ce besoin de « se racler » la gorge, comme si elle était irritée.

Les démangeaisons sont fréquentes, notamment du nez et de l'anus.

Des troubles neuro-végétatifs à type de bouffées de chaleur, de tête lourde, des palpitations, des maux de tête ont été décrits.

Les signes ostéo-articulaires sont à type de crampes des pieds ou des mains.

Des symptômes pulmonaires comme de la toux sèche ou grasse partant de la gorge et non de la poitrine sont mentionnés, tout comme les troubles du sommeil avec notamment des cauchemars, un sommeil agité.

Des troubles psychiques avec des idées noires sont parfois l'expression d'un état dépressif.

Des signes divers comme des règles irrégulières, une anémie, des urines laiteuses avec sédiments blanchâtres, peuvent aussi attirer l'attention.

EXISTE-T-IL DES SOLUTIONS NATURELLES POUR TRAITER LES PARASITES ?

Je suis toujours interloqué lorsqu'on voudrait tout ramener au naturel.

J'ai l'habitude de dire que la nature représente aussi ce qui nous tue ou nous rend malades. Les microbes en général, qui sont naturels, sont des agents

pathogènes. Le soleil, ô combien naturel, peut être à l'origine de cancers.

Par ailleurs, je considère que le médicament, fruit du travail de plusieurs cerveaux humains, résulte d'un développement « naturel » lui aussi, puisque l'on nous a justement donné un encéphale pour comprendre comment notre corps fonctionne et comment nous pouvons le soigner.

Lorsqu'il s'agit de traiter une maladie aiguë ou chronique sur un temps court, j'ai tendance à penser qu'il n'y a pas lieu de craindre les médicaments, car ceux-ci ont fait l'objet de nombreuses études rapportant les effets secondaires et prouvant leur efficacité...

Bien sûr, je ne parle pas de produits injectés lorsqu'ils sont encore en cours d'expérimentation...

Les vieux grimoires, les récits de personnes âgées ou encore la transmission orale nous donnent sans doute accès à des solutions naturelles intéressantes. Je pense par exemple à l'ail. Mais il faut toujours se demander si de telles approches ont bien fait l'objet d'une évaluation et si elles sont vraiment efficaces.

En ce qui me concerne, je préfère traiter une parasitose avec des médicaments, car je saurai ainsi avec plus de certitude si les symptômes étaient bien en relation avec un parasite.

Il me faut attirer l'attention du lecteur sur le fait que ce dont nous parlons (la parasitologie) relève de la médecine et le cas échéant d'un traitement médical prescrit par un médecin.

Personne ne peut s'autoriser à conseiller tel ou tel produit végétal, dit naturel, pour traiter des parasites. Il faut savoir en effet que c'est dans le monde végétal que l'on trouve le plus de toxiques et qu'une erreur de choix de plantes, une erreur de concentration peuvent entraîner des conséquences dramatiques.

LES PROTOZOAIRE

À côté des nématodes (qui sont les vers ronds) et des vers plats appelés plathelminthes, il y a dans le tube digestif des protozoaires, parmi lesquels les giardiasis et les amibes.

LES GIARDIASIS

Ce parasite a suscité ma curiosité tant il est ignoré de la plupart des médecins. Or je suis convaincu qu'il est à l'origine de bon nombre de symptômes digestifs quand ce n'est pas de nombreuses maladies dermatologiques. Ces parasites ont fait l'objet de nombreuses investigations, davantage cependant dans la sphère biologique que dans la sphère clinique.

Deux tropismes quant à la pathogénicité de ces parasites : le tube digestif et la peau. *G. duodenalis* (syn : *G. intestinalis*/*G. lamblia*) est le parasite le plus fréquemment rencontré dans les parasitoses intestinales, notamment chez les enfants. C'est un protozoaire ubiquitaire, qui colonise l'intestin grêle proximal par opposition à l'intestin grêle distal qui comprend l'iléon.

Malgré son attachement aux entérocytes de la bordure en brosse intestinale, le parasite n'est ni invasif ni cytotoxique : il n'y a pas de passage systémique des trophozoïtes (qui sont la forme végétative activée) et donc la forme reproductrice, à l'opposé du kyste qui est la forme de résistance végétative et infectieuse. C'est donc la forme végétative d'un protozoaire. *Giardia* est cosmopolite, mais ce parasite est plus commun dans les zones géographiques où les conditions sanitaires sont déplorable.

Ce protozoaire flagellé parasite l'intestin grêle sous la forme de trophozoïtes qui s'attachent à la muqueuse intestinale. La contamination s'effectue par ingestion d'eau contaminée ou d'aliments souillés par des selles humaines.

Le mode de contamination est féco-oral par ingestion directe de kystes provenant de selles de porteurs (mains sales, épidémies dans les crèches : couches-

culottes) ou indirectement par de l'eau contaminée ou des aliments souillés.

Pour survivre dans le milieu extérieur, les formes végétatives s'enkystent, puis migrent dans le côlon et les kystes sont finalement excrétés dans les selles. Les kystes se trouvant dans l'environnement, le cycle peut continuer.

Les kystes sont particulièrement résistants, ils survivent dans un milieu hostile, notamment dans une eau à 8 °C pendant deux à trois mois. Mais ils sont tués par la cuisson des aliments et par filtration de l'eau.

La contamination est plus fréquente l'été (piscines, jeux de plein air) et n'a pas de répartition géographique privilégiée. D'après l'OMS, environ 200 millions de personnes en Asie, en Afrique et en Amérique latine ont des infections symptomatiques. L'homme est le réservoir principal de la maladie, mais on retrouve fréquemment le parasite dans les selles des mammifères familiers (chiens, chats), des mammifères d'élevage (bovins, ovins) et des mammifères aquatiques (ragondins, castors).

Le terrain immunologique de l'hôte conditionne l'installation du parasite dans son tube digestif et le mode de réaction immunologique responsable des manifestations cliniques.

La giardiose est donc une parasitose liée au péril fécal, d'où une majorité de cas endémiques. Excepté lors d'infestations massives chez l'enfant, la plupart des infections sont asymptomatiques ou de faible gravité.

Qui n'a jamais parlé d'embarras gastrique, cette sensation désagréable de ralentissement de la digestion, d'envies d'éructions, parfois de remontées le long de l'œsophage ? Les causes sont nombreuses, des plus simples aux plus compliquées, mais bien souvent, des causes aisément curables et parfaitement anodines en termes de pronostic sont oubliées. Il n'est donc pas inutile de rappeler ici la place de ces parasites duodénaux : les lamblases ou giardioses.

Cliniquement, les patients souffrent de diarrhée aiguë pendant cinq à six jours qui peut se chroniciser, plus ou moins associée à une malabsorption des graisses, à une perte de poids et/ou à un retard de croissance selon l'importance de l'infection. Peu de patients souffrent de douleurs intestinales, excepté lors d'une diarrhée chronique (selles pâteuses, abondantes, de couleur chamois, grasses et d'odeur fétide). D'autres symptômes peuvent être présents : nausée, crampes abdominales, anorexie.

Ces parasites sont aussi responsables parfois de manifestations allergiques, mais souvent de dyspepsie, de rots, de ballonnements abdominaux, d'une mauvaise haleine que l'on appelle halitose et bien souvent de la langue géographique, cette langue dont la surface prend des aspects changeants d'un jour à l'autre avec des zones abrasées et des zones qui ne le sont pas.

Si les infections parasitaires sont fréquemment associées à des lésions cutanées dont le diagnostic est parfois difficile à formuler, les manifestations cutanées les plus fréquemment associées à une giardiose* sont l'urticaire, le prurit, l'angioœdème, les aphtes et la dermatite atopique. Vous aurez constaté que ces symptômes sont relativement communs à plusieurs parasites. En dermatologie, ces protozoaires donnent des maladies nombreuses et lorsque j'ai écrit un article scientifique en 2017 dans le journal national de dermatologie, je me suis aperçu qu'il y avait en fait très peu d'articles scientifiques sur le sujet.

Les mécanismes physiopathologiques ne sont pas totalement élucidés, bien que certaines hypothèses évoquent le rôle obstructif du parasite dans les zones d'absorption des graisses et des vitamines liposolubles, son rôle irritant des muqueuses intestinales et son action sur certaines enzymes intestinales, notamment l'inhibition directe de la lipase pancréatique et de la trypsine par les trophozoïtes de *Giardia* (observée *in vitro*).

De plus, les trophozoïtes captent les acides biliaires pour leur métabolisme, ce qui favoriserait les phénomènes de malabsorption graisseuse. Il existe certains facteurs de risque de développer une giardiose intestinale comme un déficit de l'immunité humorale (notamment en IgA). L'immunité humorale est celle constituée des anticorps, en opposition avec l'immunité cellulaire constituée des cellules comme les lymphocytes. L'enfance, l'alcoolisme, la gastrectomie, et le cancer gastrique sont d'autres facteurs de développement de cette parasitose.

Comment découvrir ce parasite ? Il n'existe aucun test biologique spécifique pour le découvrir, il faut juste y penser ou même effectuer un traitement systématique dans certaines situations. Cependant, l'analyse microscopique des selles mettra en évidence la présence de trophozoïtes ou de kystes. Contrairement aux autres parasites, la parasitologie des selles sur trois échantillons de selles différents à quelques jours d'intervalle reste utile en cas de contamination par des protozoaires.

Les biologistes ont la possibilité de détecter des antigènes spécifiques de *G. duodenalis* dans les selles par une technique ELISA (des kits sont commercialisés)

ou dans des prélèvements de liquide duodéal.

La sérologie est sans intérêt, les parasites restant intraluminaux, c'est-à-dire dans la lumière intestinale. Ils ont peu de temps ou d'occasions de contact avec les lymphocytes de la muqueuse intestinale.

L'analyse parasitologique des selles éliminera d'autres parasites comme : *Retortamonas intestinalis*, *Chilomastix mesnili*, *Enteromonas hominis*, *Trichomonas intestinalis* ; ou encore : *Entamoeba histolytica*, *Dientamoeba fragilis*, *Cryptosporidium parvum*, *Isospora belli*, *Strongyloides stercoralis* ; ou des bactéries : *Escherichia coli* entéropathogène, *E. coli* entéro-agrégante.

Sans oublier une étiologie non infectieuse comme les syndromes de malabsorption, la mucoviscidose, les entéropathies par intolérance au gluten ou encore une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

Les patients présentant une giardiasse symptomatique et/ou la présence de *G. duodenalis* dans les selles doivent suivre un traitement antiparasitaire spécifique.

L'importance de mesures prophylactiques est évidente devant l'importante morbidité du parasite, notamment la lutte contre le péril fécal (traitement des eaux usées par filtration, hygiène sanitaire), l'hygiène des mains et de l'alimentation ainsi que la diminution des réservoirs humains (traitement antiparasitaire des sujets parasités).

LA DOUVE

Les douves* occasionnent des maladies parasitaires touchant trois grands organes, à savoir, le tube digestif, le foie et le poumon. À l'opposé des helminthes qui sont des vers ronds, les douves sont d'aspect foliacé, car elles prennent l'aspect d'une feuille. Elles adhèrent à l'organe qu'elles affectent au moyen de petites ventouses.

La contamination se fait par voie orale. L'homme n'est pas son hôte exclusif puisqu'elle infecte aussi les moutons et les bovidés.

La première étape passe par la libération d'un petit embryon qui se libère de l'œuf et qui va rencontrer un mollusque, celui-ci étant spécifique pour chaque type de douve. C'est ensuite un poisson ou un crustacé qui, se nourrissant du mollusque, devient le deuxième hôte intermédiaire. L'homme s'infecte alors en consommant ces végétaux aquatiques, les poissons, ou les crustacés. Là encore, méfions-nous des poissons crus !

La douve la plus connue, appelée grande douve du foie, mesure près de 3 cm. Il n'est de cachotteries pour personne que c'est bien en consommant du cresson sauvage ou des pissenlits que l'homme s'infectera. Les jeunes douves alors se rendront vers les canaux biliaires après avoir quitté l'intestin et pénétreront dans la cavité péritonéale après effraction dans la capsule de Glisson, toile fibreuse qui entoure le foie. Qui peut imaginer que nous puissions avoir de telles « bestioles » qui se baladent dans notre organisme, surfant sur les viscères et rentrant par effraction dans de petits canalicules.

Quel est le moteur de cette migration qui visiblement ne se fait pas à l'aveugle ?

MA CHÈRE GRAND-MÈRE

Les meilleurs pissenlits que j'ai jamais mangés étaient ceux préparés par ma grand-mère, après les avoir soigneusement sélectionnés dans le verger qui jouxte la maison, verger suffisamment grand pour qu'elle en cueille à chaque fois de quoi faire une volumineuse salade. Elle choisissait les pissenlits parmi les plus petits, la feuille finement ciselée n'étant pas plus large qu'une cigarette. Elle comportait une tige d'un blanc nacré rassurant et surtout croquante. Un jour où, adolescent absolument ravi de passer quelques jours à la ferme et après avoir emmené les vaches au champ, ou devrais-je dire plutôt, après qu'elles m'ont conduit dans leur pré, car les vaches connaissent leur destination par cœur, faisant que mon rôle ne se résumait alors plus qu'à celui de les canaliser sur le côté droit de la route de façon à ne pas trop gêner la circulation des quelques rares voitures qui en ces temps sillonnaient la campagne, eh bien, c'est ce jour-là précisément, au retour de cette vivifiante balade, que j'arrivai au moment même où ma grand-mère venait de terminer de laver à l'eau, et surtout, de gratter avec un couteau, toute la terre et les débris végétaux du pied des pissenlits. Il ne lui restait alors plus qu'à réaliser la dernière étape de cette bien solennelle activité, et c'est à ce moment-là précisément, en observant ses gestes, que j'appris beaucoup de choses sur les risques sanitaires d'une part, et sur l'ingéniosité de ma mamie. Elle se mit en effet à empoigner avec ses deux mains les pissenlits pour les extraire de la cuvette d'eau et les remettre dans une cuvette propre qu'elle se mit à remplir avec de l'eau du robinet dans laquelle elle ajouta de l'eau de Javel issue d'un berlingot.

— Toujours laver les pissenlits avec de l'eau de Javel, me dit-elle comme si elle se le récitait à elle-même.

Mais pour quelle raison faisait-elle cela ? Et que connaissait-elle au sujet de l'eau de Javel pour en faire un produit de nettoyage et de désinfection des aliments ? J'avais quelques idées sur l'eau de Javel que nous avions étudiée en chimie, qui n'est autre qu'un hypochlorite de sodium (NaClO).

Si l'on décompose la molécule elle-même, on obtient des atomes d'éléments basiques, anodins comme le sodium, le chlore, l'hydrogène et l'oxygène.

Mais est-ce que cette eau de Javel serait bactéricide pour tuer d'éventuels microbes ? Car, dans nos contrées froides, nous ne devons pas oublier que certains animaux traversent nos champs et peuvent ainsi infecter ou du moins contaminer les sols avec des bactéries telles que les *Yersinia* et des parasites (il suffit de penser aux renards et à l'échinococcose alvéolaire).

D'ailleurs, il me revient alors cette histoire que vous ne pouvez ignorer.

UNE HISTOIRE DE MIGRATION SANS LIEN AVEC LES PARASITES

Dans les années 1990 eut lieu la migration des lièvres du Nord, ce qui entraîna des problèmes infectieux et inflammatoires au sein des populations, tout le long de leur cheminement en raison du rôle pathogène de *Yersinia tuberculosis* et *enterocolitica*.

L'histoire de la médecine fait partie de l'enseignement que l'on fait aux étudiants. Ceux-ci ont donc appris qu'un chercheur d'origine Suisse, Alexandre Yersin, travaillait à Hong Kong sur l'épidémie de peste qui ravageait le Yunnan, en Chine, en 1894. Il laissa d'ailleurs son nom à la bactérie qui en est responsable « *Yersinia pestis* », encore appelée « bacille de Yersin ». Son œuvre ne s'arrêta pas à cela puisqu'il découvrit deux autres bactéries responsables de maladies digestives ou généralisées : *Yersinia pseudotuberculosis* et *Yersini enterocolitica*, qui étaient alors responsables de pathologies bien mystérieuses, au demeurant pas forcément immédiatement de nature infectieuse (excepté les diarrhées), comme des rhumatismes, des érythèmes noueux, des inflammations des yeux (uvéites). Ces maladies finirent par s'éteindre en Suède et en Norvège, alors que peu après on les observait en Belgique, puis en France et encore plus tard en Italie, en Espagne et enfin en Afrique du Nord.

C'est ainsi que les publications scientifiques firent état d'une forte prévalence de maladies liées à *Yersinia*, pathologies méconnues jusqu'alors dans les pays du Sud quelques années après que de semblables maladies ont été décrites dans les pays du Nord.

Ce n'est qu'après la constatation de telles épidémies qui se succédaient à la fois temporellement et géographiquement, que des chercheurs ont imaginé ce portage de bactéries par des animaux migrants, en l'occurrence les lièvres. Et comment se contaminait-on ? Eh bien, tout simplement en tirant une carotte de son jardin, en la lavant sommairement, ou même en l'essuyant rapidement, et en la croquant crue. Ainsi, la bactérie qui avait été déposée par les déjections animales des lièvres migrants allait se retrouver dans l'intestin de ceux qui prenaient plaisir à goûter les fruits du jardin directement lors de la cueillette.

La raison pour laquelle ma grand-mère nettoyait les pissenlits n'était pas liée à cette maladie d'origine bactérienne dont elle ignorait totalement l'existence, mais parce qu'elle avait entendu parler d'une maladie due à un parasite que l'on pouvait attraper en mangeant des produits des vergers ou des jardins. C'est en effet lorsqu'elle avait une trentaine d'années qu'il lui était arrivé ce qu'elle appelait une jaunisse avec psychose dont l'origine était parasitaire.

Elle se souvint de la gravité du tableau clinique. Tout commença par des maux de ventre sans signification, fugaces surtout du côté droit et des douleurs ressenties en regard de l'épaule homolatérale, et ce dans un contexte fébrile de malaise qui aurait pu laisser penser à une fièvre typhoïde parce qu'il y avait tout comme dans cette maladie, une fièvre importante pouvant allier des céphalées, de l'urticaire, des douleurs oculaires et musculaires. Elle gardait encore un souvenir douloureux de la palpation, mais surtout de la percussion du foie que fit son médecin.

La palpation du rebord hépatique dépassant légèrement du gril costal témoignait de l'hépatomégalie, c'est-à-dire du volume important du foie. À cet examen abdominal suivait aussitôt l'examen de la conjonctive qui apparaissait de couleur jaune, ce qui donna le nom de « jaunisse » à ce symptôme qui rapidement devint le nom d'une maladie. À cette époque, on ne s'embarrassait pas de prises de sang. Si elles avaient été faites, on aurait constaté un taux très élevé de globules blancs polynucléaires éosinophiles, ceux-là même chargés de détruire les parasites en les phagocytant, c'est-à-dire en les absorbant. Elle se souvint des complications fébriles et douloureuses entrecoupées de petites phases

de rémission qui n'étaient autres que des crises de colique hépatique du fait de la présence des douves dans les canaux biliaires, à l'endroit où il y a habituellement plus fréquemment des calculs.

— J'ai failli mourir, me dit-elle. J'ai perdu 15 kg et tu sais comment on a pu me guérir ?

— Non, je n'en ai pas la moindre idée.

— C'est grâce à ton grand-père qui souffla au docteur la cause de ma maladie. Je t'explique, me dit-elle. Eh bien, c'est lorsque ton grand-père est arrivé avec un sac de cresson qu'il était allé cueillir au bord de l'étang, tu sais, là où les militaires font parfois quelques manœuvres. Il y avait justement ce jour-là le Dr Martin qui était en train de m'ausculter. Il retira une branche du stéthoscope de son oreille et dit à ton papy :

« *Qu'est-ce que vous rapportez là, Gérard ?* »

« *Eh bien, du cresson pour faire une bonne salade ce soir avec des ruchtis (röestis), un bon jésus de Morteau et de la cancoillotte.* »

« *Du cresson ? Vous mangez de la salade de cresson ?* »

« *Ben oui, pourquoi ?* »

« *Quand votre crise a commencé, est-ce que vous en aviez mangé ?* »

Et là, ma grand-mère de se mettre à rire.

« *Mais quelle idiote je suis, je n'ai même pas pensé à vous le dire, docteur. J'avais en effet suivi une cure de salade de cresson les jours qui précédaient parce qu'on m'avait dit que c'était bon pour le sssang !* »

Elle prononça ce mot avant tant d'affirmation qu'on eût cru qu'il s'écrivait avec au moins trois « s ». Le sang a une telle signification dans les milieux populaires qu'il représente la vie, et qu'il faut savoir l'entretenir.

En me remémorant cette histoire, je ne pus oublier le fou rire que j'eus lorsque, étudiant en médecine en 4^e année, ma grand-mère me narra pour la deuxième fois cette scène et sa distomatose*, si bien que maintenant le cresson est interdit à tous les repas.

Comme elle me sentait intéressé, il est vrai que je commençais à apprendre les maladies notamment intestinales, elle voulut me donner avec maints détails la façon avec laquelle son docteur de famille s'était si bien occupé d'elle à l'occasion de cette jaunisse avec diarrhée.

— La deuxième fois où le docteur est revenu pour essayer de comprendre pourquoi j'avais des ballonnements et des problèmes intestinaux et avant que ton

grand-père ne lui apporte dans un panier en quelque sorte le diagnostic, le docteur m'a demandé de me mettre à quatre pattes et de lui présenter mon postérieur. Tu imagines, si ton grand-père était arrivé à ce moment-là ! Je m'exécutai, car j'étais tellement mal et je voyais qu'il cherchait à me guérir. Je l'ai vu prendre un gant, le mettre à la main droite puis ouvrir un tube d'une pommade grasse et s'en enduire l'index. C'est alors qu'il l'enfonça dans mon derrière et qu'il me graissa tout le fondement. Eh bien, depuis ce jour-là, je n'ai plus jamais eu mal au ventre !

Je ne voulus pas décevoir la mamie en lui expliquant que ce n'était qu'un toucher rectal pour rechercher une éventuelle tumeur du rectum. Elle resta persuadée que le docteur avait trouvé le bon traitement.

RETOUR D'UN VOYAGE DE NOCES

Je me souviens de cette patiente qui souffrait depuis quinze ans d'une urticaire qu'il était bien difficile de soigner. Elle avait consulté de nombreux médecins. Différents traitements, des plus simples aux plus sophistiqués, lui avaient été administrés. Et l'urticaire était toujours là, toujours aussi récalcitrante, invalidante dans la vie de tous les jours, avec ces plaques qui apparaissent puis disparaissent, tantôt présentes au réveil, tantôt ne survenant qu'en cours de journée. Ces plaques qui démangeaient et finissaient par affecter la nervosité de leur propriétaire.

Combien de fois a-t-elle entendu :

- C'est nerveux, ça va passer !
- C'est le sang ! tu as dû attraper un microbe.
- Tu as sûrement une allergie !

L'urticaire n'a pas seulement une, mais plusieurs causes possibles. Cela va des maladies parasitaires que l'on a pu contracter plusieurs années auparavant, en passant par des allergies (notamment alimentaires), jusqu'à certaines maladies auto-immunes. Étant le énième médecin consulté par cette femme désespérée, et imaginant que je serais probablement le dernier, je ne pouvais pas faire autre chose que d'être convaincu que l'origine et le traitement de cette maladie étaient à ma portée.

Toute maladie a une cause qu'il faut chercher avec détermination, avec méthode et parfois acharnement. Je dis bien une cause et pas un mécanisme. Car le mécanisme de l'urticaire est bien connu. Les plaques résultent de la libération de médiateurs comme l'histamine par des cellules appelées mastocytes. En bloquant alors la libération de cette fameuse histamine, les symptômes régressent... Du moins en théorie, car en pratique ce n'est pas toujours le cas, ou ça ne conduit pas toujours à soulager les symptômes durablement.

D'ailleurs, en agissant ainsi, avec un seul traitement des phénomènes directs à l'origine des plaques qui sont si prurigineuses, on laisse en place la raison même de cette libération d'histamine par les cellules. Et c'est cela le plus important, car c'est la vraie cause, la vraie pathologie sous-jacente, sournoise, occulte qu'il faut révéler au grand jour.

— Depuis quand, redites-moi, avez-vous cette urticaire ?

— Depuis au moins quinze ans, docteur, je n'avais pas encore mes enfants, nous venions juste de nous marier, mon mari et moi.

— Et lui n'a aucune idée de ce qui a pu se passer à ce moment-là ?

— Non, pas du tout.

— Mais, au fait, que faisiez-vous à cette époque comme travail, où viviez-vous ?

— Nous étions en location en ville, mais surtout nous étions rentrés de voyage de noces depuis à peine quinze jours.

— Nous y reviendrons, dis-je en me frottant le menton, comme un inspecteur qui vient d'entrevoir un indice important et jamais évoqué.

Mais, pour ne pas aller trop vite et susciter un espoir sans fondement, si par hasard l'hypothèse que j'allais envisager l'avait déjà été, ou si du moins, elle avait été prise en charge comme telle, je m'enquis du nom des médecins rencontrés, de leurs hypothèses et des traitements reçus.

— J'ai vu quatre dermatologues, un professeur de médecine interne puis son assistant, un gastro-entérologue, qui m'a fait une coloscopie et une gastroscopie, et puis vous savez, j'ai fait comme tout le monde, je suis allée voir un homéopathe, un acupuncteur, un ostéopathe, sans vous dire combien de rebouteux j'ai consultés.

— Mais, dites-moi, pourquoi tant de consultations ?

— Mais, docteur, vous ne vous rendez pas compte, se lever tous les matins le visage boursoufflé, déformé, les lèvres immondes, les yeux invisibles cachés derrière

des paupières comme des balles de tennis. Et puis, les démangeaisons qui ne me lâchent ni le jour ni la nuit !

— Quelles ont été leurs hypothèses ?

— On m'a dit d'abord de ne pas m'inquiéter, que ça partirait comme c'était venu ! Voyez : quinze ans après je suis toujours là, mais elle, cette saloperie, aussi ! On m'a bourrée d'antihistaminiques, me faisant doubler, même tripler les doses. Ah, pour dormir, j'ai dormi ! Quand on me dit que les nouveaux antihistaminiques ne font pas dormir ! Puis le grand professeur de médecine interne de là où j'habitais, pensant à une urticaire auto-immune, fit un traitement nouveau à l'époque, pour éliminer, en les filtrant, les anticorps responsables de l'urticaire. Ça s'appelle la plasmaphérèse. Puis, comme il a vu que ça ne faisait rien, mais que je lui disais que le soleil me soulageait un peu, alors, il a fait de la photo-chimiothérapie extracorporelle, où le sang filtré était passé aux ultraviolets, après qu'on avait introduit dans les poches de sang un médicament appelé psoralène. Là encore, mis à part le fait que je n'avais plus de veines, je n'en ai ressenti aucun soulagement.

— Pendant ce temps-là, vous avez fait des analyses, des prises de sang, j'espère ?

— Oh oui, j'en ai un paquet ! D'ailleurs, j'y ai bien pensé, et je vous ai apporté la dernière !

— La dernière ? Mais pourquoi la dernière ?

— Eh bien, la plus récente, comme cela vous saurez ce qu'il y a !

— Mais, madame, savez-vous ce qu'il y a dans cette prise de sang ?

— Oui, un bilan complet, m'a dit mon docteur.

Je ne mis pas plus de deux secondes pour m'apercevoir que cette page recto verso ne contenait que des analyses totalement inutiles pour régler un problème de la sorte. On eût pensé que cette dame était obèse, diabétique, artériopathe, coronarienne et insuffisante rénale, car les seuls dosages qui figuraient étaient la glycémie, le cholestérol, les triglycérides, l'urée, la créatinine, l'acide urique.

— Mais, madame, cette prise de sang là ne peut pas du tout évoquer l'origine de votre maladie. Jamais le cholestérol ou l'urée, comme les autres paramètres d'ailleurs que je vois ici, n'ont d'intérêt dans une urticaire !

— Docteur, je croyais bien faire !

— C'est surtout la prise de sang d'il y a quinze ans qui m'intéresse, celle lorsque la maladie a commencé.

J'avais l'impression de lui parler chinois. Elle qui croyait avoir bien préparé sa consultation. Elle qui se disait qu'en me sélectionnant ses résultats, j'allais aller encore plus vite vers le bon diagnostic qu'elle espérait depuis quinze ans.

À ce moment, la malade venait d'acquérir une notion essentielle : la nécessité de garder tous les examens la concernant, car tout a un début, et même si les symptômes se révèlent bien plus tard, voire des années après l'apparition de la cause, des informations importantes seront enregistrées à jamais sur les analyses de l'époque.

Je sentais la malade plongée dans des souvenirs ou dans des pensées. Elle sortit un stylo et griffonna quelques mots sur sa main, puis soudain elle se redressa et lança dans un souffle court :

— Docteur, je dois déménager la semaine prochaine et je vais préparer les cartons ce week-end. Je pense ne rien avoir jeté, et j'ai le bon espoir de retrouver la prise de sang de l'époque.

— Pas seulement celle-là ! m'empressai-je de surenchérir. Mettez de côté et apportez-moi TOUT, absolument TOUT ce que vous trouverez.

Tel était notre pacte qui conclut la consultation, jusqu'à un prochain rendez-vous fixé trois semaines plus tard. La procédure, c'est ainsi que j'ai l'habitude d'appeler la méthodologie employée, étant en place, je n'avais plus à me soucier de cette patiente avant que je ne la revoie. Les trois semaines s'écoulèrent, et j'attendais Béatrice avec curiosité et empressement.

J'espère qu'elle aura bien mis la main sur sa biologie de l'époque, me mis-je à rêver, sinon que vais-je pouvoir faire ?

Et puis, le jour du rendez-vous suivant arrivé, Béa, c'est comme cela que je l'avais mémorisée tant elle me faisait penser à une copine d'enfance, se présenta avec un sac en plastique à la main, rempli de feuilles de résultats d'analyse, dans le désordre, absolument pas classées, sens dessus dessous. J'ai d'abord commencé par les trier de façon chronologique, en m'imposant de ne rien regarder pour l'instant, car je pourrais m'arrêter à un détail sans importance qui me ferait tirer des conclusions trop hâtives.

Une fois ce tri opéré, il ne fut pas difficile, mais ô combien fastidieux cependant, de reprendre chacun de ses résultats et de m'apercevoir qu'une des plus anciennes prises de sang comportait une anomalie ô combien intéressante ! Mille deux cent quatre-vingts éosinophiles ! Une élévation du nombre des globules blancs

éosinophiles dont la valeur normale doit être inférieure à sept cents ! Cet unique paramètre allait me mettre sur la piste de l'agent causal. Car ces globules blancs ont deux fonctions essentielles : combattre un parasite, en essayant de l'ingérer (on parle de phagocytose) et de le détruire au moyen de leurs enzymes qui sont bien protégées dans de petites vésicules appelées lysosomes. La deuxième est d'ingurgiter les anticorps produits, les immunoglobulines E, une fois qu'elles sont liées à l'allergène, et/ou au parasite, et donc de ce fait de l'éliminer, ou de tenter de le faire.

La prise de sang où figurait ce taux colossal des éosinophiles datait du mois d'août 1985. Les prises de sang précédentes et ultérieures ne retrouvaient pas ou plus cette anomalie. Sauf celle de décembre 1985 qui succédait à la fameuse première prise de sang. Sur celle-ci, les éosinophiles n'étaient pas revenus totalement à leurs valeurs normales, car ils étaient à huit cents, pour n'être après que dans les quatre cents à cinq cents.

Mon cerveau se mit aussitôt en marche pour reconnaître dans cette évolution des globules blancs éosinophiles, ascension puis diminution et normalisation, la fameuse courbe de Lavier qui nous a été enseignée en troisième année de médecine et qui est caractéristique de l'évolution du nombre de ces globules blancs dans le cadre d'une invasion parasitaire. Or les parasites représentent une cause habituelle et classique d'urticaire. On peut d'ailleurs s'étonner que Béatrice n'ait jamais reçu, même sous forme de traitement remis en aveugle, un médicament antiparasitaire à large spectre.

— Où étiez-vous quand vous avez fait cette prise de sang ? En France ?

— Oui, docteur, nous revenions de notre voyage de noces en Asie, et comme je craignais d'être enceinte, j'ai fait cette prise de sang à mon retour.

— Dans quel pays en Asie ?

— C'était en Thaïlande, docteur.

J'avais ainsi des éléments forts précieux : un marqueur d'une infestation parasitaire, à savoir le nombre des éosinophiles, la zone géographique. Il ne me restait plus qu'à savoir quels parasites se trouvent dans cette zone du globe pour en tirer toutes les conclusions. Dans ces contrées, il existe un parasite du foie assez proche de la douve de nos régions. Il m'a alors suffi d'une seule prise de sang complémentaire et d'une analyse des selles pour confirmer l'hypothèse que j'avais formulée : cette femme avait contracté lors de son séjour à l'étranger une distomatose de Chine ou d'Extrême-Orient dont l'agent s'appelait *Clonorchis*

sinensis, encore appelée petite douve de Chine. Cette maladie due à un parasite était bien la cause de son urticaire chronique, le traitement du parasite allait faire disparaître dans les semaines qui suivirent ses plaques et ses démangeaisons.

Lorsque j'annonçai les conclusions de mon analyse à la malade, celle-ci se mit à pleurer.

— Rendez-vous compte, docteur, je viens de divorcer à cause de cette fichue maladie ; mon mari et mes enfants en ont eu marre de me voir tous les jours me plaindre d'être boursouflée, de me gratter, d'être couverte d'urticaire. C'est pour cela d'ailleurs que j'ai déménagé, ce qui m'a permis de remettre la main sur mes analyses de l'époque.

— Je comprends, madame. Et dans votre travail, comment ça se passe ?

— Très mal, parce que mon employeur envisage de me licencier pour troubles caractériels !

Il aura fallu quinze ans d'errements diagnostiques pour trouver une cause certes classique, mais que personne n'avait alors évoquée, faute d'avoir réalisé un interrogatoire policier et surtout faute de n'avoir su ou pu examiner toutes les prises de sang de cette malade. Et principalement la fameuse analyse d'août 1985. Un immense gâchis pour une négligence somme toute assez fréquente.

Le dogme du bon patient qui veut qu'il apporte la « dernière prise de sang » ne tient pas face à une histoire telle que celle-ci où l'on comprend bien que c'est l'analyse de l'époque qui permet de résoudre l'énigme. Il faut savoir que si le médecin à cette période n'avait pas été intrigué par cette anomalie biologique, c'est parce que l'urticaire n'était pas encore apparue !

Encore heureux que cette patiente, usée par tant de démangeaisons, d'insomnie, de traitements sans effets et de souffrances, n'ait jamais tenté de mettre fin à ses jours !

JE CROIS BIEN AVOIR UN CANCER

C'est par ces mots que se présenta à moi Fatiha après un long voyage depuis le Maroc. Il lui a fallu prendre un avion depuis Marrakech pour Paris puis le TGV depuis la gare de Lyon jusqu'à Besançon. Lorsque vous êtes épuisée par une maladie dont vous ignorez tout du pronostic, depuis au moins trois semaines, que vous n'avez retenu que « votre foie est touché », que l'on vous a dit que vous

aviez un cholangiocarcinome, la pire des maladies cancéreuses du foie, un tel voyage nécessite un effort incommensurable.

L'être humain est capable de tout lorsqu'il s'agit de se battre pour sa santé. Cette femme est chef d'entreprise. Elle dirige une société au Maroc. C'est une femme discrète, modeste qui a tout fait par elle-même. Elle a commencé par mettre en bouteille de l'huile d'Argan pour de petites communautés de village, puis elle a su sélectionner les meilleurs produits pour ensuite les proposer sur un marché national puis international. Aujourd'hui, elle est à la tête d'une grande entreprise qui vend à l'étranger.

Sa vie est une réussite, elle est en parfaite santé. Et puis un beau jour, elle devient extrêmement fatiguée, elle ressent une pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, c'est-à-dire juste en regard du foie. Et les premiers examens sont réalisés. On commence toujours par une échographie, car cet examen n'est pas invasif, il est assez rapide de réalisation. Celui-ci va poser tout de suite le diagnostic d'une maladie grave, d'un cancer.

Il y a en effet à l'échographie des ganglions mésentériques et un aspect hétérogène du parenchyme hépatique avec plusieurs masses hétérogènes du foie droit, certaines mesurant 6 cm d'autres 3,5 cm ; lorsque le radiologue utilise des termes comme « masses », cela n'a rien de bon. Quelle hypothèse va-t-il formuler ? Il faut alors tourner la page pour lire en conclusion : « de telles lésions doivent faire rechercher en premier un cholangiocarcinome ou un hépatocholangiocarcinome ».

Le pire des cancers hépatiques !

C'est la panique complète, elle qui allait bien jusque-là. Mais au fait, qu'est-ce que les prises de sang ont donné ? Car devant cette fatigue brutale, des analyses ont été faites et notamment une numération formule plaquettes. Celle-ci met en évidence un nombre augmenté des éosinophiles, ces fameux globules blancs que l'on voit dans les situations les plus bénignes comme dans les situations les plus graves. Certes, ces globules blancs peuvent accompagner des cancers, cependant la plupart du temps, ils témoignent d'une maladie parasitaire.

Alors que l'hépatologue commence à réfléchir à la façon de poser formellement le diagnostic et d'envisager donc une biopsie hépatique, l'interniste réfléchit et surtout pose des questions. Il apprend alors que la patiente a développé depuis au moins trois mois de l'urticaire, des plaques qui démangent, qui s'accompagnent d'angioœdèmes, c'est-à-dire d'un gonflement des lèvres et des yeux. Pour lui, cela

ne fait aucun doute, il s'agit d'une maladie parasitaire. Mais quelle maladie parasitaire du foie pourrait en imposer au point d'évoquer un cancer ?

Pendant qu'il menait cette réflexion, d'autres examens complémentaires étaient entrepris et notamment une scintigraphie au FDG qui a pour objet de caractériser l'extension d'une tumeur hépatique suspecte d'être maligne. Et le résultat n'était pas pour rassurer la malade puisque cet examen montrait des ganglions hypermétaboliques suspects de localisations secondaires au niveau du hile hépatique et inter-porto-cave.

L'interniste lui reste convaincu qu'il y a autre chose. Si les éosinophiles avaient augmenté dans le cadre d'un cancer, réalisant alors une hyperéosinophilie paranéoplasique, il n'y aurait pas eu de manifestations de type immuno-allergique.

La biopsie du foie mit en évidence une hépatite à éosinophiles.

Il y a un dilemme qui est important : s'agit-il d'un cancer comme l'envisage le premier radiologue ou peut-on retenir formellement le diagnostic d'une parasitose dont il conviendra de préciser laquelle, compte tenu des signes biologiques quasiment spécifiques, même si cette éosinophilie peut être observée au cours des cancers.

Il a fallu faire intervenir deux spécialistes du foie, l'un chirurgien, l'autre hépatologue. Pas besoin de les chercher à l'autre bout de la France, je pensai immédiatement au Pr Manton, un chirurgien comme je n'en connais qu'un seul autre, son propre patron le Pr Gillet. Ce sont des médecins extraordinaires qui ont sauvé tant et tant de vies, par leur dextérité, mais aussi et surtout par les décisions qu'ils ont prises lorsque personne ne voulait intervenir. J'aurais tant d'histoires médicales à relater de malades sauvés parce que ces grands hommes ont su prendre une décision au bon moment.

Il fallait aussi confronter l'avis du chirurgien (bien que le Pr Manton soit aussi médecin et spécialiste en hépatologie) à celui d'une spécialiste en hépatologie, Mme la Pr Bresson-Hadni. Toutes ces personnes, uniques, sont tellement dévouées, tellement humbles, tellement généreuses, qu'il ne leur viendrait pas à l'esprit de refuser de prendre position dans un choix aussi cornélien.

Comme je l'espérais, nos deux spécialistes s'accordèrent pour retenir le diagnostic de distomatose, c'est-à-dire envahissement du foie par les parasites unicellulaires de la douve. Il n'y a pas eu besoin d'acte chirurgical invasif, pas de biopsie, mais une lecture soigneuse des images d'IRM, la mise en route rapide du

traitement associant Egaten® (triclabendazole) et Biltricide® (praziquantel), et la réalisation de la sérologie, c'est-à-dire la recherche d'anticorps contre la douve. Sous l'effet du traitement, on vit diminuer de façon très nette le nombre des éosinophiles, ces globules blancs qui accompagnent la présence d'un parasite. La malade guérissait sous nos yeux avec cependant des réactions allergiques liées à la lyse, c'est-à-dire la destruction des parasites. Et puis arriva ce que nous attendions avec impatience : les résultats de la prise de sang qui confirma que la patiente était bien infestée par des douves.

Sans cette analyse soigneuse de la biologie, sans l'expertise de ces médecins et chirurgiens d'une compétence incroyable, la patiente aurait peut-être subi une intervention chirurgicale dont on ne peut imaginer les suites.

Voilà un parasite qui contamine le plus souvent les personnes qui mangent régulièrement du cresson, mais qui peut profiter d'une baisse des défenses immunitaires pour en imposer au point de simuler un cancer.

LA TOXOPLASMOSE

La toxoplasmose est une infection parasitaire dont l'agent est le protozoaire *Toxoplasma gondii*. C'est une maladie réputée bénigne dont l'hôte définitif est un félin, c'est-à-dire un animal appartenant au genre chat (*Felis*).

Elle ne donne quasiment aucun symptôme, la maladie passe le plus souvent inaperçue. Ce qui en fait sa particularité est sa dangerosité puisqu'elle est transmissible de la mère au fœtus. On portera donc une attention particulière aux femmes qui n'auraient pas contracté la maladie, que l'on appelle patientes séronégatives. Si toutefois il y avait contamination du fœtus avant deux mois de grossesse, le risque est inférieur à 2 %, mais l'atteinte fœtale est grave. Ainsi, la maladie est-elle reconnue comme une maladie congénitale à partir de la description d'un enfant atteint d'encéphalite, en 1939.

Le risque devient plus fréquent en fin de grossesse, atteignant 70 % et fait courir au futur nouveau-né le risque de lésions ophtalmologiques.

Le principal réservoir de l'infection est représenté par les chats qui se contaminent en mangeant de la viande qui contient des formes kystiques de *T. gondii*.

Ainsi, des formes infectantes se retrouvent dans le milieu extérieur éliminées par les selles et seront absorbées par différents animaux comme les rongeurs, des

moutons ou des porcs.

C'est en mangeant des viandes crues (contenant des formes kystiques du parasite) ou en ingérant des oocystes provenant des fèces de chats (mains sales, aliments contaminés, eau souillée) que l'être humain adulte s'infeste.

La maladie se présente sous trois formes. La forme plus courante est celle d'une personne en bon état de santé qui se contamine de façon asymptomatique et qui va acquérir ainsi une immunité. L'individu pourra ressentir des petits ganglions cervicaux pendant une semaine et dans moins de 20 % des cas une fatigue avec une fièvre. Un élément biologique intéressant à connaître est l'augmentation de certains globules blancs que sont les monocytes. Des formes ophtalmologiques à type de chorioretinite peuvent survenir, ce dont les médecins ophtalmologistes sont particulièrement avisés.

La toxoplasmose congénitale peut être à l'origine de fœtopathie grave, due à l'infection du fœtus d'une future maman séronégative, c'est-à-dire n'ayant pas développé d'immunité à l'égard des parasites.

Il faut souligner que cette parasitose, au même titre que la plupart d'entre elles, pose un problème particulier chez les personnes immunodéprimées, soit parce qu'elles ont contracté une maladie virale comme le sida, soit parce qu'elles prennent des médicaments immunodépresseurs dans le cadre de greffes ou de maladies immunitaires.

Concernant la grossesse, un enfant sur 1 000 à 2 300 naîtrait infecté par le toxoplasme en Europe de l'Ouest, mais seulement un enfant sur 14 000 présenterait des symptômes.

Lorsque la future maman contracte la parasitose au cours de la grossesse, on appelle cela toxoplasmose gravidique ; il y a alors le risque de passage de la barrière placentaire par le parasite, d'autant plus que la grossesse est bien avancée. Cependant, la gravité pour le nouveau-né est inverse.

Il faut savoir qu'en France le dépistage systématique est assuré chez les femmes en début de grossesse.

Les personnes sensibilisées par cette maladie obtiendront des informations chez leur médecin traitant ou auprès d'un infectiologue.

De nombreuses personnes ont découvert ce terme et par-delà une possible maladie, lorsqu'elles sont en errance diagnostique et qu'il sera évoqué une maladie de Lyme. Car cette maladie, la babésiose due à une infection des globules rouges par un protozoaire du genre *Babesia* est transmise par une tique vectrice de la maladie de Lyme.

Les symptômes sont à type de fièvre, de maux de tête, de courbatures et d'une fatigue. Tout cela rentre en ordre dans la grande majorité des cas dans les huit jours qui suivent.

Dès lors que la demande est formulée par un médecin, le biologiste pourra chercher des protozoaires au microscope sur un frottis de sang ou mettre en évidence des anticorps contre le parasite. Il faut savoir que le fait d'être porteur de cet agent ne signifie pas que vous soyez malade.

Babesia fait partie de germes infectieux pouvant être transmis par une morsure de tiques comme l'anaplasmose, la fièvre récurrente, ou le virus responsable de l'encéphalite.

Il faut tout de suite souligner la rareté des cas puisque seulement à peine plus de deux mille cas ont été rapportés aux États-Unis en 2019. C'est une cause d'anémie hémolytique (c'est-à-dire lyse ou destruction des globules rouges) exceptionnelle.

Elle est bien trop souvent évoquée, voire retenue à tort chez des malades dont les symptômes sont sans rapport avec ce parasite. L'infection disparaît par elle-même dans la grande majorité des cas.

LES LIENS ÉTONNANTS ENTRE LES PARASITES ET CES MALADIES

À côté des prurits, manifestations les plus caractéristiques de la présence d'une infestation parasitaire, d'autres maladies cutanées relèvent à l'évidence une cause parasitaire et le médecin cherchera le bon moyen diagnostique, comme la présence d'anticorps contre le parasite, qui indiquent sa présence passée ou persistante.

Par exemple, si vous avez une urticaire chronique (qui dure depuis au moins six semaines), on devra sans nul doute vous recommander un traitement antiparasitaire. C'est d'ailleurs tellement vrai qu'une étude médicale conduite par deux médecins allemands a démontré que le seul traitement antiparasitaire par albendazole chez des malades porteurs d'urticaire chronique guérissait 80 % d'entre eux.

L'urticaire, caractérisée par des plaques rouges qui démangent, est le mode le plus commun de révélation de vers. C'est aussi le cas de ses variantes telles que les œdèmes de Quincke et des dermatographismes (rayures en relief qui démangent lorsque vous vous grattez la peau).

Un autre symptôme de maladie parasitaire, mais souvent attribué par erreur à un champignon du cuir chevelu, ce sont les démangeaisons de la tête accompagnées de squames (pellicules).

Dans ce cas, votre médecin vous proposera généralement des shampooings antifongiques. En cas d'échec ou de récurrence rapide, il sera souhaitable d'envisager l'existence d'un parasite intestinal.

Les dartres, chez l'enfant, signeraient aussi la présence de parasites intestinaux dans 50 % des cas. Ce sont des plaques d'eczéma sèches, arrondies, touchant le visage ou la partie supérieure du corps, légèrement prurigineuses, avec de fines squames que l'on dénomme eczématides.

Autre maladie de la peau de mécanisme immunoallergique, l'eczéma symétrique ou non, présent dans les territoires classiques de l'eczéma atopique ou non, alertera sur la présence dans votre intestin de parasites. J'ai l'habitude de dire, parce que cela est compréhensible, que les parasites induisent une réponse immunitaire de type allergique IgE, et que ce n'est pas étonnant que ce soient des manifestations dites allergiques qui conduisent à envisager ce diagnostic : urticaire, démangeaisons, eczéma...

Sur le plan digestif, les vers participent à l'entretien d'une maladie inflammatoire intestinale, donc à ses manifestations comme la diarrhée. Cet aspect est important à considérer. La présence de vers intestinaux signifie le plus souvent qu'il y a une maladie de la muqueuse intestinale (j'y reviens plus loin). D'ailleurs, on s'enquerra de la présence de glaires, c'est-à-dire du mucus dans les matières fécales. Les vers peuvent également être la cause d'anorexie, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements. Il se peut même qu'un malade souffrant de toux chronique isolée soit atteint de toxocarose ou d'helminthiase. Par ailleurs, de nombreux parasites ont été incriminés comme responsables de mono ou oligo-arthropathies inflammatoires, autrement connues sous le nom de rhumatisme parasitaire ou syndrome de Giroud.

LES VERS PRÉFÈRENT S'INSTALLER DANS LES INTESTINS MALADES

Il y a toujours une cause à tout. La présence de vers sur la paroi intestinale indique que votre muqueuse est pathologique : inflammatoire, suintante (je dirais même gluante), et donc relevant d'une entéropathie, c'est-à-dire d'une maladie de l'intestin.

Imaginez ce papier collant que l'on appelle le papier « tue-mouches », qui attrape les mouches, duquel elles ne peuvent absolument pas s'échapper. C'est l'image que j'ai de cette muqueuse intestinale gluante qui va capturer les œufs des parasites que l'on ingère sans le savoir, dès lors qu'ils se trouvent sur des végétaux. C'est pourquoi leur nombre ne fait que s'accroître pour atteindre celui incroyable estimé de cinq mille vers sur l'intestin grêle. Les vers peuvent d'ailleurs entretenir, voire aggraver, cette entéropathie sous-jacente. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une inflammation intestinale due à une intolérance alimentaire, en particulier au lait de vache (et tous ses dérivés) ou au gluten, et même très souvent aux deux. Il faut en effet savoir que les personnes qui ont un tissu élastique lâche, qui ont

une certaine laxité articulaire, qui se manifeste tantôt par des entorses, tantôt par des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire, tantôt par des douleurs des insertions des tendons, un peu comme dans la fibromyalgie ont une particularité au niveau intestinal, à savoir une muqueuse perméable que l'on appelle le leaky gut. Cette muqueuse est alors très sensible aux protéines du lait de vache que sont la caséine, la lactoglobuline, la lactalbumine (rien à voir avec le lactose, terme trop souvent prononcé à tort) et dans le même temps au gluten, notamment s'il est concentré comme cela est le cas depuis les années 2010. Je ne parle pas ici seulement de la maladie cœliaque, beaucoup plus rare, mais d'une nouvelle entité encore méconnue, car rapportée en 2015 par le Dr Lebwohl, à savoir la Non-coeliac Gluten Sensitivity ou Intolerance (NCGI), particulièrement fréquente, touchant des personnes plutôt laxes.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin), aussi désignée par le terme de maladie de Crohn. Les Anglo-Saxons parlent de IBD (Inflammatory Bowel Disease) sans faire véritablement de distinction entre la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn. On voit donc ici tout l'intérêt d'évoquer et de diagnostiquer cette infection parasitaire, parce qu'elle va indiquer l'existence d'une maladie de la muqueuse intestinale. D'ailleurs, ces pathologies de la paroi intestinale peuvent fragiliser la barrière intestinale, et laisser passer dans le sang des produits toxiques (responsables par exemple des symptômes articulaires de la maladie de Crohn) ainsi que certaines larves de parasites. Celles-ci peuvent alors pénétrer dans le corps et y entraîner des maladies sérieuses, comme la toxocarose, maladie parasitaire systémique. En effet, il faut savoir qu'il existe une maladie parasitaire particulièrement étendue que l'on appelle une zoonose. Celle-ci est l'expression de la migration dans le corps d'une personne de très nombreuses larves d'un parasite que l'on trouve habituellement dans l'intestin d'un chien ou d'un chat. On sait depuis peu que pour que ces larves puissent diffuser, il faut qu'il y ait des brèches de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire une véritable perméabilité telle qu'on l'observe dans les maladies inflammatoires de l'intestin, et notamment dans la maladie de Crohn. À tel point qu'aujourd'hui on peut presque dire sans se tromper que toute personne qui développe une toxocarose (qui va se manifester par exemple par une urticaire ou par des démangeaisons) est atteinte d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

LE MONDE DES ECTOPARASITES

Le monde parasitaire qui affecte l'être humain est un monde quasiment infini. Cela va des petits insectes de la famille des acariens, comme les poux, la gale, les morpions et les demodex (appartenant aux ectoparasites*), à des êtres plus complexes dont nous avons parlé précédemment. Ces petits ectoparasites de la peau colonisent l'épiderme et entraînent des démangeaisons. Leur diagnostic est relativement aisé, mais encore faut-il y penser.

Ainsi, cet homme qui avait ce prurit, c'est-à-dire cette démangeaison des plis tout autour de son caleçon, vivait un véritable calvaire dû à des poux de corps que l'on ne voyait pas sur la peau, bien évidemment parce qu'ils étaient dans les coutures du vêtement. Nous allons vivre son histoire plus loin.

La démodécidose, cette maladie de la peau du visage due à *Demodex follicularis**, est, hélas, encore peu connue. La maladie est caractérisée par de petits boutons de la taille d'une tête d'épingle sur le visage, boutons qui peuvent se regrouper pour faire des placards plus ou moins importants. On confond cette maladie avec l'acné rosacée le plus souvent ou avec la dermite séborrhéique qui est une maladie que l'on attribue à un champignon (il s'agit en l'occurrence d'une levure que l'on appelle *Malassezia*). Trop de retard au diagnostic autour de cette maladie bénigne.

La pédiculose* du cuir chevelu dont on parle par cycles ou par phases en fonction des épidémies, que l'on trouve dans les écoles maternelles ou primaires, reste une maladie intéressante dans le sens où elle se manifeste par un eczéma de la nuque et souvent bien loin sommes-nous d'imaginer des parasites au nombre très réduit de quatre ou cinq individus dans le cuir chevelu, le médecin se contentant d'apporter des dermocorticoïdes sur la peau.

La gale est une parasitose qui suscite beaucoup d'intérêt, tout d'abord parce qu'elle a une connotation négative d'une part, d'autre part parce que ce petit parasite qui crée un tunnel dans le *stratum corneum*, c'est-à-dire dans la partie la plus superficielle de l'épiderme, de l'épaisseur d'un centième de millimètre, est

capable de faire produire des IgE, anticorps de la réponse immunitaire antiparasitaire et antiallergique, et d'augmenter le nombre des globules blancs éosinophiles, tout comme le font les parasites internes.

Il m'est apparu depuis quelques années que les petits parasites épidermiques ont la particularité d'être présents lorsque le corps humain est envahi par un autre parasite de la famille des helminthes. On ne peut que se réjouir de cette publication d'il y a quatre à cinq ans qui a mis en évidence que d'être porteur de parasites dans son intestin ou dans son sang, d'être ainsi parasité par des helminthes, induisait une baisse immunitaire telle que le patient qui en est porteur risque de développer d'autres maladies infectieuses comme l'herpès, le papillomavirus, les infections streptococciques ou staphylococciques...

Avec mon expérience, et je faisais cette recherche déjà il y a vingt ans, la présence d'une maladie parasitaire épidermique comme la gale ou aujourd'hui la démodécidose était pour moi la preuve qu'il y avait « un » autre parasite dans l'intestin. Je dois tout de suite redire au lecteur que lorsque je dis « un » parasite, cela signifie des milliers de parasites de la famille en question.

LE BEAU DIAGNOSTIC DU PR PENEV

Cette ville au bord de la mer Noire en Bulgarie est aujourd'hui une belle station balnéaire bien connue et attractive. Je fus invité dans le cadre d'un programme Erasmus par le Pr Penev, un professeur du siècle dernier, qui était plus syphilologue que dermatologue, car son service était empli d'hommes et de femmes présentant des syphilis à tous les stades.

Alors que cette maladie était encore pour moi une découverte, elle faisait partie de son quotidien à lui. Son service accueillait de pauvres gens, et il côtoyait chaque jour des pathologies que nous voyions rarement en France. Alors qu'il passait deux semaines dans mon service, toujours dans le cadre de ces échanges universitaires, il fut d'une grande aide pour établir le diagnostic d'une maladie que je méconnaissais.

Ce jour-là, un malade me consultait pour des démangeaisons intenses avec très peu de lésions cutanées. Il me fallait envisager une cause interne à ce prurit. Car lorsqu'il n'y a pas de lésions cutanées, la cause des démangeaisons est forcément interne. Mais pour dire qu'il n'y a pas de lésions cutanées, encore faut-il faire un examen très rigoureux de la peau. En allant trop vite, en oubliant d'examiner les

plis du patient, les dessous de bras, l'endroit des coutures du slip sur le corps, des signes essentiels m'échappèrent.

Alors que j'avais invité le malade à se déshabiller dans le box prévu à cet effet, et que je terminais de rédiger mes notes comportant notamment les informations obtenues par le questionnement du malade, juste avant de l'examiner intégralement, le Pr Penev se leva d'un bond de son tabouret pour marcher d'un pas rapide vers la cabine de déshabillage où le patient avait entreposé ses sous-vêtements. Il en extirpa un T-shirt dont il me montra les coutures internes. Je ne voyais pas où il voulait en venir, jusqu'à ce que je visse grouiller sous mes yeux plusieurs dizaines de poux de corps, maladie inconnue de moi à l'époque, maladie classée souvent dans les maladies sexuellement transmissibles. Pour lui certainement, tout malade consultant était avant tout un malade porteur d'une MST ! Alors que pour moi, les MST restent rares, même si elles font partie de ma spécialité : dermatologie-vénéréologie, qui s'occupe des maladies sexuellement transmissibles. Cette qualification a malheureusement disparu de l'intitulé des feuilles de maladie, des feuilles de la Sécurité sociale, pour quelles raisons, on l'ignore !

Le Pr Penev n'écrit certainement pas un chapitre de livre, lui, sur un homme rencontré dans le métro avec cette pupille déformée qui a été la source d'une histoire imaginée que j'ai relatée dans mon livre *Les Brèves de mon médecin* (paru aux éditions Sydney Laurent et à paraître prochainement aux éditions Pure-Santé), au cours de laquelle j'explique que j'avais eu l'envie de parler et de tutoyer mon voyageur inconnu tant il m'avait appris de lui sans que je lui demandasse et sans qu'il prononçât aucune parole.

Ma danseuse ventripotente (autre personnage imaginaire faisant face au supposé syphilitique patient) se tortillant dans tous les sens pour tenter elle aussi de s'extirper, sa station de métro approchant, je me mis malicieusement à l'imaginer se mouvoir de la sorte sur mon pauvre inconnu en face de moi, jouant de ses charmes pour ensuite délivrer à ce pauvre homme séduit ses bactéries dont les dégâts se poursuivent plusieurs dizaines d'années après. Qui n'a jamais imaginé deux personnes connues, ou présentes dans un lieu, avoir une relation sexuelle ? Comment s'y prendraient-elles ? La peau est le miroir de l'âme, dit-on souvent, mais le visage tout entier avec ses différentes structures en dit encore plus long. Il a fallu un rapprochement incongru entre nos deux visages, le mien et celui de cet homme qui me faisait face dans ce wagon de métro bondé, pour que cette pupille

qui n'est rien d'autre que la partie faite de vide de ce diaphragme photographique qu'est l'iris me soit apparue intrigante par sa contraction permanente, c'est-à-dire ce myosis bien étonnant dans un endroit peu éclairé de cette rame de métro. Rares doivent être les malades consultant pour une pupille asymétrique, me dis-je ; à moins que cela ne soit le lot quotidien de l'ophtalmologiste ?

Terminus, tout le monde descend !

— Docteur, docteur ! Je suis disponible, dit ce malade au T-shirt suspect, me sortant de mon songe.

— Oui, j'arrive ! répondis-je en me levant de mon siège pour aller l'examiner.

Il faut dire que j'avais une drôle d'allure avec ce T-shirt dans les mains, tenu de l'autre côté par le Pr Penev tout excité à l'idée de me faire la démonstration en à peine quelques secondes de la cause des démangeaisons de ce pauvre jeune homme. Je faisais en sorte de bien garder ce vêtement à distance de ma blouse, de peur d'être contaminé par de telles « bestioles ». J'ai trop galéré avec une puce qui n'a pas quitté mon mollet ou mon membre inférieur pendant six mois, il y a une dizaine d'années, après que la maison fut envahie de puces de chien, six mois avant de la voir un jour tomber dans la douche. Était-elle arrivée en fin de vie ? Ce que j'ai appris alors, c'est qu'une puce peut se dissimuler des mois sur un tégument par ailleurs régulièrement lavé, douché, baigné...

Me penchant vers le corps déshabillé du patient, je vis, à l'endroit où grouillaient les poux de corps dans le T-shirt, des marques de purpura, des points ecchymotiques caractéristiques de ce que j'enseignais à mes étudiants sans jamais en avoir vu jusque-là.

Ce signe est caractéristique des morsures de ce petit animal qui ressemble à un crabe microscopique et qui s'agrippe aux poils, et au textile des vêtements, si bien qu'il est particulièrement difficile de s'en débarrasser. Il faut avant tout désinfecter le linge d'une certaine façon en laissant en contact les vêtements avec un produit parasiticide pendant trois ou quatre jours.

LES MORPIONS OU POUX DE SEXE

Depuis quelques semaines, ce jeune militaire se plaignait de démangeaisons de tout le rebord palpébral, sur toute la longueur d'implantation des cils d'un seul œil. Il avait testé différents collyres antihistaminiques, des collyres corticoïdes, et même des antibiotiques. Ainsi, toute la panacée médicamenteuse en matière de

solutions pour les yeux était intervenue sur cet œil sans pouvoir le soulager. Lorsque, sur un organe ou un tissu symétrique comme le sont les cils, il existe une atteinte unilatérale, l'hypothèse est que la cause doit être locale ou régionale. Il peut s'agir d'un problème cutané ou d'une maladie du cil lui-même, ou bien la pathologie relève d'une étiologie neurologique ou vasculaire.

Le questionnement est là très important, car il détermine si les symptômes, qui sont ici à type de démangeaisons, ne sont pas en fait des décharges électriques qui témoigneraient d'une neuropathie. On ira chercher l'existence de signes associés ailleurs sur le corps, et quant à l'examen de l'œil, il ne se résumera pas à la simple visualisation de la zone atteinte, mais bel et bien de la totalité du globe oculaire.

Il n'y avait rien alors qui puisse être exploité en matière de diagnostic, pas de signes à distance et pas de problème au niveau des autres structures de l'œil.

Il ne restait donc que l'examen clinique approfondi, centré sur les cils, examen qui devait être le plus soigneux et si possible le plus prolongé possible pour essayer de voir s'il n'y aurait pas à la racine de ces cils le développement d'un champignon appelé *Malassezia* qui donnerait une blépharite dénommée à tort séborrhéique.

Il fallait regarder s'il n'existait pas de petites vésicules qui témoigneraient d'un eczéma là encore unilatéral, donc lié à un contact que d'un seul côté. Les vésicules sur une zone pileuse sont très difficiles à voir, elles représentent cependant le premier signe de l'eczéma. Il fallait également observer si le clignement, le battement des paupières, modifiait ou non les symptômes.

Au premier examen, à l'œil nu, avec parfaite visualisation du rebord ciliaire, rien n'apparaissait qui puisse être pathologique. Les chances de déterminer la cause s'amenuisaient peu à peu, puisque rien en dehors du seul symptôme de démangeaisons n'avait été révélé ni par l'interrogatoire ni par l'examen clinique. Il restait maintenant à prendre la loupe et à faire un examen soigneux, systématiquement de chacun des cils, de confronter l'aspect des cils de droite et ceux de gauche, pour discerner d'éventuelles différences. Quand subitement apparut sous la loupe, sous le verre grossissant, un monstre à six pattes, sorti d'on ne sait où, bien solidement accroché à deux cils qu'il maintenait solidement entre ses pattes de droite et de gauche.

Je me reculai instinctivement dans un réflexe subit. Et le patient de tourner la tête vers moi, de me jeter un regard inquiet et interrogateur.

— Un pou ! m'esclaffai-je, avant de reprendre le terme plus approprié, un morpion !

Le morpion, c'est un petit insecte trapu, long de 2 à 3 mm, qui ressemble à un crabe dont le thorax est très large et sur lequel sont positionnées de puissantes pattes pourvues d'énormes pinces.

Le morpion, c'est le pou du pubis qui se trouve dans les poils pubiens, et parfois dans les aisselles. On peut rarement en observer au niveau des sourcils, de la barbe, ou même au niveau du torse pour les personnes pileuses à cet endroit. Les poux du pubis ne s'accrochent qu'à un type de poil déterminé !

Il n'y aurait rien d'exceptionnel à trouver ce type d'animal dans les poils de la région génitale, mais il était extrêmement curieux d'en trouver un au niveau d'un appareil oculaire. À ce moment, je me rappelai avoir vu des morpions sur la moustache et sur la barbe de patients.

Celui-ci était soigneusement rasé de près.

Voilà donc la cause de cette démangeaison unilatérale, et je ne pus m'empêcher de sourire en imaginant le mode de contamination.

C'est là où le secret médical, l'intimité qui s'établit entre un patient et son médecin permettent de dire des choses qu'on ne peut pas dire habituellement. Ce jeune militaire en goguette était allé s'encanailler auprès d'une jeune fille qui vivait de ses charmes, ou plutôt qui faisait vivre des tiers de ce qu'il convient d'appeler son esclavage. Cette jeune femme avait accepté contre un billet de faire une pratique plutôt réservée au cercle privé qui fit que l'œil de cet homme se trouva en contact avec la toison pubienne de la dame.

Bien qu'il ne souffrît pas de démangeaisons ailleurs sur le corps, je lui proposai un traitement général sur l'ensemble de sa peau et des zones pileuses. Quant à l'œil, il n'existe pas de solution antiparasitaire spécifique pour le rebord ciliaire et alors que le principe actif destiné à tuer cette variété de poux est plutôt réputé toxique pour l'œil, il fallait cependant le traiter de façon soigneuse avec des attouchements de ce liquide parasiticide.

Le vagabondage sexuel est souvent la source de situations bien insolites, et la conclusion fut apportée par le patient lui-même, qui, sur le ton de l'ironie, me dit :

— En fait, docteur, j'ai payé pour pouvoir jeter un œil et j'en ai pris plein la vue !

Cela faisait bientôt trois semaines que le médecin d'une personnalité étrangère m'appelait régulièrement pour me demander la conduite à tenir devant un prurit chez un homme d'une quarantaine d'années. Ces questions qui pouvaient paraître académiques étaient en fait rattachées à une personne qui en était atteinte. Je n'avais pas d'autres informations hormis qu'il s'agissait d'un prurit *sine materia*, sans lésions cutanées. Je donnai bien sûr la première attitude à adopter pour le diagnostic étiologique, c'est-à-dire le diagnostic de la maladie causale. J'évoquai ainsi un lymphome en recommandant la réalisation d'une radiographie pulmonaire et d'une échographie abdomino-pelvienne. Je questionnai le médecin sur la normalité ou non de la numération formule qui pouvait nous indiquer, en cas de baisse des globules blancs, ou même d'augmentation, l'existence d'une maladie sous-jacente. Cela étant écarté, il fallait envisager les causes métaboliques comme l'hypercalcémie, ne pas oublier bien sûr les causes parasitaires et plutôt que d'effectuer des recherches souvent inutiles, car négatives, je proposai un traitement pour débarrasser le tube digestif ou le sang de nématodes ou de larves des mêmes vers.

Les coups de téléphone devenaient de plus en plus rapprochés, parfois deux fois par jour, et nous en restions toujours là. Chaque patient étant différent, et parce que je n'aimais pas cette façon de faire de la médecine, consistant à réciter des cours, je n'hésitai pas à proposer de voir ladite personne, en toute modestie, puisque celle-ci avait déjà été vue par plusieurs de mes collègues parisiens.

Je crois que j'étais au bout de toutes mes hypothèses lorsque, à 15 heures ce jour-là, je reçus un appel de ce fameux médecin en charge de cette personnalité dont j'ignorais jusqu'alors le nom et la fonction. Il me dit aussitôt :

— Pouvez-vous venir ce soir, j'ai réservé un vol à 20 heures au départ d'Orly !

Ainsi, après plusieurs semaines de discussions et alors que ce patient avait été vu par plusieurs médecins pour un problème apparemment de prurit persistant sans qu'aucune cause ait été déterminée, on me demandait de venir, ou plutôt on m'ordonnait de prendre un vol dans les meilleurs délais. Je serais accompagné pour passer toutes les procédures : bagages, passeport...

Ignorant totalement ma destination et sachant par avance que l'on ne pose pas de questions lorsqu'on est demandé de la sorte comme consultant, je m'organisai

pour prendre le train de 16 h 20 qui m'amènerait à Paris.

Il fallut que j'annule à la dernière minute tous mes rendez-vous, mais heureusement, j'avais une secrétaire en or, Brigitte, qui le fit spontanément, évitant ainsi à mes patients de se déplacer pour rien. J'eus à peine le temps de repasser chez moi prendre un costume, car il me fallait me présenter avec une chemise blanche, une cravate et un costume sombre : il était en effet impensable que je fasse ma consultation dans ce pays étranger en jean et chemisette.

J'étais terriblement excité en pensant que je serais peut-être celui qui trouverait la solution de ce prurit qui évoluait maintenant depuis plusieurs mois et qu'ainsi je surpasserais les aptitudes diagnostiques de mes confrères de l'hôpital le plus prestigieux pour ce qui concerne la dermatologie, l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Je préparai mon petit bagage à toute allure, la cravate en boule dans ma poche, me disant que j'aurais bien le temps de la nouer dans le train, même si cela avait toujours été pour moi une difficulté majeure et qu'il fallait que je m'y reprenne à plusieurs fois. Ce n'est qu'une fois installé dans le train de 16 h 23 que je soufflai, après ce stress qui m'avait été imposé un peu plus d'une heure auparavant. Je repassai dans ma tête toutes les hypothèses et toutes les causes d'un prurit, me demandant bien, sur quel diagnostic j'allais tomber. Je pensais les avoir tous évoqués et de surcroît, il semblait qu'il s'agissait d'un prurit psychogène selon les médecins parisiens qui avaient conclu que cet homme exerçait trop de responsabilités, trop de charge de travail et que ses démangeaisons étaient un exutoire. Je savais pourtant qu'il n'existe pas de prurit psychogène et qu'il y a toujours une maladie sous-jacente, fût-elle un syndrome dépressif. Si tel était le diagnostic que je serais amené à poser, j'imaginais toutes les difficultés qu'il y aurait à convaincre cette haute personnalité à prendre un médicament antidépresseur. En effet, toute évocation d'un médicament de ce type est en fait considérée comme une reconnaissance de faiblesse par le patient qui ne peut accepter d'être désigné comme étant incapable de surmonter des difficultés professionnelles ou personnelles.

Tout au long de mon voyage jusqu'à Paris, je fus accompagné par des coups de téléphone répétés qui me demandaient si tout se passait bien, s'il n'y avait pas de retard et si je serais à l'heure pour prendre le vol qui m'était réservé.

Arrivé à la gare de Lyon à Paris, je sautai immédiatement dans un taxi. En voyant les embouteillages en direction d'Orly, je craignis de ne pas arriver à temps. On m'avait fait savoir qu'on avertirait l'aéroport d'Orly et qu'une

personne m'attendrait au seuil du grand hall d'enregistrement pour ensuite me guider vers des passages rapides. Ce fut en effet le cas car à peine avais-je posé le pied sur le site qu'une personne en costume s'approchait de moi, me demandant mon nom et me priant de la suivre. Il prit ma valise de la main gauche tandis que de la main droite, il passait des coups de fil pour signaler que j'étais arrivé et qu'*a priori*, je prendrais bien le vol prévu. Je n'avais jusqu'à ce jour jamais passé des barrages d'aéroport aussi rapidement.

Ce furent tout d'abord les bagages qui passèrent sur un tapis roulant qui m'était dédié : il n'y avait personne d'autre et j'observai qu'il s'agissait du passage des bagages exceptionnels et de ceux des équipages. Cette étape rapidement franchie, je me dirigeai vers les gardes-frontières. On fit attendre la personne dont c'était le tour pour me laisser le passage et j'eus immédiatement le tampon de la douane sur mon passeport. À partir de là, tout alla très vite puisqu'une voiture me prit en charge directement sur le tarmac de l'aéroport pour me conduire au pied de l'escalier roulant qu'on s'appropriait à retirer, mais qu'on maintenait en place en attendant le dernier passager. C'était donc moi celui qu'on attendait et je n'étais pas encore assis et attaché que les hôtesses fermaient la porte et annonçaient dans le micro que nous pouvions rouler en vue d'un décollage immédiat.

Bien installé en classe Affaires, j'enlevai ma veste pour me sécher tant j'avais transpiré dans ma chemise à manches longues. Fort heureusement, j'avais une chemise de rechange, certes moins jolie, mais qui pouvait néanmoins faire l'affaire.

Le vol fut rapide. Je ne connaissais toujours pas notre destination, mais cela m'intéressait peu : ce qui importait était que l'on comptât sur moi et que je puisse faire un beau diagnostic. Cependant, à l'arrivée, j'entendis nommer la ville, qui n'était pas celle que j'avais évoquée. L'avion venait d'atterrir et le signal d'autorisation de décrochage des ceintures avait été donné, lorsqu'on m'appela au micro, me demandant de me présenter immédiatement à l'hôtesse. C'était d'autant plus facile que j'étais au premier rang. Celle-ci m'indiqua qu'il fallait que je retrouve une personne en bas de l'escalier qui était chargée de me guider vers ma destination.

Étant donc le premier à descendre, je vis tout en bas une voiture de couleur sombre avec un chauffeur devant laquelle une personne debout m'attendait qui me tendit la main pour me saluer.

— Bonjour, docteur, nous avons encore deux heures de route avant d'arriver à destination. Installez-vous confortablement et ne vous inquiétez pas, nous sommes parfaitement dans les temps.

Il était déjà tard, sans doute au-delà de minuit, lorsque nous prîmes la route pour une destination que j'ignorais toujours. Bien qu'installé très confortablement dans cette très belle voiture, la route me sembla infiniment longue, j'étais épuisé par ce déplacement effectué en urgence qui fut vecteur d'un stress permanent.

Enfin, nous arrivâmes en face d'un bel hôtel : visiblement, je n'allais pas faire la consultation ce soir-là, mais sans doute le lendemain. C'est à ce moment-là que je reçus un appel du Dr Dukerch, le médecin de la personnalité dont il était question, qui me donna la consigne d'attendre, tout en me précisant que l'on viendrait me chercher un peu plus tard. La consultation allait donc bien avoir lieu en plein milieu de la nuit !

Je m'installai dans la chambre où un dîner m'attendait. Ayant déjà pris mon repas dans l'avion, je n'avais ni le cœur ni l'envie de manger encore. En revanche, je me précipitai sur la bouteille d'eau pétillante qui me rafraîchit.

Cela faisait bientôt une heure que j'attendais et toujours pas de nouvelles. M'aurait-on oublié ? Devrais-je me coucher et attendre un appel le lendemain ? Je me hasardai à envoyer un SMS pour rappeler que j'étais là, bien éveillé, en l'attente d'un signal. Pas de réponse. Je me voyais mal me coucher et devoir me rhabiller en urgence si le rendez-vous était maintenu. Je patientai et patientai encore. Une heure plus tard, il devait être environ 4 heures du matin, le téléphone me sortit de mon assoupissement :

— Une voiture vous attend en bas, on va chez la Personne.

Je me dépêchai d'arranger ma tenue et descendis sans oublier mes outils diagnostiques : marteau à réflexes, stéthoscope, laissant ostensiblement ma loupe dans la chambre d'hôtel, car ce n'est pas en examinant la peau à un très fort grossissement que l'on porte un diagnostic de prurit *sine materia*. C'est comme si un plombier se mettait à regarder l'eau de l'inondation pour laquelle il a été appelé plutôt que de faire le tour de la maison et de rechercher une fuite.

La voiture me déposa devant une somptueuse demeure où toutes les lumières brillaient et on me guida à l'intérieur. J'y retrouvai le Dr Dukerch qui m'attendait et m'accueillit très chaleureusement, m'annonçant :

— La Personne est sur le chemin du retour, il avait une importante réunion, nous le verrons aussitôt.

À cette seconde, la porte s'ouvrit bruyamment et un homme d'une quarantaine d'années vint à ma rencontre en s'excusant de son retard, m'expliquant qu'en ce moment, il avait des réunions très importantes qui se terminaient tard dans la nuit. Il voulut m'offrir quelque chose pour se faire pardonner, mais je savais qu'il attendait tout ou rien de moi, se disant encore :

— *Voici un médecin qui va me ressortir la sornette du « c'est dans votre tête ».*

Je lui indiquai que si j'étais là, c'était pour mettre en œuvre ma sagacité diagnostique de dermatologue, mais également de médecin spécialiste en médecine interne.

— De quoi s'agit-il ? me demanda-t-il à propos de cette spécialité dont il ignorait l'existence.

Je lui expliquai que c'était une médecine globale qui pouvait mettre en relation des organes entre eux et mettre en évidence une maladie profonde, cause de problèmes cutanés. Je n'en dis pas plus, car il ne fallait pas fanfaronner tant que le diagnostic n'était pas fait. Je lui signifiai que nous allions jouer un rôle particulier, même si pour moi les circonstances n'étaient pas habituelles. Que je serais donc un médecin et que je me comporterais comme un médecin avec lui et lui devrait se comporter comme un patient et répondre précisément à chacune de mes questions, même si celles-ci lui semblaient saugrenues et qu'il devrait se prêter à un examen clinique que j'annonçai d'emblée être global.

La Personne, fort bien éduquée, m'invita à la rejoindre dans sa chambre qu'elle ne partageait plus avec son épouse depuis six mois, cette dernière ayant accouché et préférant dormir avec son enfant, ne serait-ce que pour l'allaitement en cours de nuit. Cette chambre était fort bien éclairée et je m'installai sur un petit tabouret en velours pendant qu'il s'asseyait confortablement sur un fauteuil. Je posai un nombre impressionnant de questions, car il me fallait suspecter le diagnostic avant même de l'avoir examiné. Mon interrogatoire cherchant des faits précis et ne comportant pas moins de soixante à quatre-vingts questions, je devais être en mesure, avant même de l'examiner, d'avoir une présomption diagnostique. Or, malgré toutes mes questions, je ne pouvais pas établir l'existence d'une maladie sous-jacente pouvant expliquer les démangeaisons. Rien ne m'orientait vers une maladie hématologique, lymphomateuse, métabolique, infectieuse... Il

me restait à faire l'examen clinique. C'était ma dernière chance de poser un diagnostic.

Le prurit était principalement localisé dans la région allant de l'ombilic à la moitié des cuisses, je demandai à la Personne d'enlever son caleçon, car je me devais de faire un examen complet, comme je lui avais précisé. Il le fit sans réticence et bien au contraire, il fut très heureux que je constate les boutons rouges que mes collègues avaient qualifiés de prurigo, lésions induites par le grattage chez quelqu'un de nerveux. Or ces lésions très prurigineuses étaient indurées, pour certaines exulcérées, elles avaient une topographie particulière sur les bourses, le fourreau de la verge et sur la partie antérieure de l'hypogastre, c'est-à-dire la partie de la paroi de l'abdomen en dessous de l'ombilic. Il n'avait aucune démangeaison entre les doigts, mais une prépondérance du prurit la nuit. J'en étais sûr, j'avais mon diagnostic, il ne pouvait pas en être autrement. C'était une maladie infectieuse, parasitaire, contagieuse. Je donnai immédiatement le diagnostic en secret au médecin, à voix basse, profitant que le patient se rhabillait.

— Je ne pense pas, mon cher ami, mais j'en suis sûr ! Il a la gale et dans huit jours, il sera guéri.

— C'est impensable de poser un tel diagnostic pour une Personne de sa qualité ! N'y pense pas une seconde ! Tu fais erreur, mon ami, me dit le Dr Dukerch sur un ton irrité. Et puis cette hypothèse a été immédiatement écartée par tes confrères puisque sa femme n'est pas atteinte et c'est pourtant une maladie contagieuse !

Il avait là un argument infaillible. La gale étant très contagieuse, forcément le conjoint ou la conjointe devrait en être atteinte, or Madame allait très bien !

Mais certain de mon diagnostic : gale des organes génitaux externes, gale du petit bassin, je ne m'avouai pas vaincu même si les circonstances faisaient que je devais me faire petit devant un ministre d'État (j'appris plus tard qui il était) et le médecin des plus Hautes Autorités du pays.

— N'as-tu pas remarqué que la maman est partie avec le bébé dans une autre chambre et qu'il est vraisemblable qu'elle ne partage pas le lit de son mari ?

— En effet, tu as raison, je le savais, dit-il.

Profitant de quelques secondes pendant lesquelles il se questionnait (et si Humbert avait raison ?), je lui donnai à toute vitesse les arguments solides de mon diagnostic.

Il avait été extrêmement simple de retenir le diagnostic sur ces seuls éléments cliniques et il suffisait de remettre dès le lendemain matin un traitement local qui allait guérir le patient.

Mais le Dr Dukerch ne voulait pas risquer sa carrière à assumer un diagnostic qui peut paraître honteux chez une Personnalité recommandée par la plus Haute Autorité du pays. Il lui fallait une preuve et la seule preuve était la biopsie.

— Je te demande de faire une biopsie dès demain matin pour confirmer le diagnostic et nous pourrons ensuite commencer le traitement, me dit-il.

J'acceptai bien volontiers, car cela ne pouvait que valoriser mon diagnostic clinique si l'examen anatomopathologique révélait la présence de parasites ou encore de chancres scabieux.

Je ne sais si au cours de la soirée qui suivit, son médecin donna le diagnostic à son patient, mais je ne le pense pas. Celui-ci se présenta le lendemain matin à l'hôpital dans la zone réservée aux VIP dans laquelle j'allais rater ce prélèvement cutané que je faisais pourtant en routine depuis vingt-cinq années. J'étais à peine arrivé dans le hall de la clinique que deux médecins en blouse blanche s'approchèrent de moi. Le premier se présenta comme le chirurgien-chef de cet hôpital qui venait me seconder au cas où j'aurais besoin de ses services. Pour lui, cette petite exérèse de peau était bien banale et cet acte bien en deçà de ce qu'il était amené à faire quotidiennement en opérant des malades atteints de cancer du côlon ou du pancréas. Mais sa présence témoignait de son respect pour ma personne, et aussi toute la sécurité qui devait entourer les soins de cette Personnalité. La seconde personne m'informa qu'il était le réanimateur chef de service de la clinique et que s'il y avait le moindre problème, il serait là pour intervenir. Cela me rassura, car on sait qu'il n'y a pas de geste anodin et que parfois, certains malades ont pu faire une complication de l'anesthésie locale et notamment un choc anaphylactique. Il est toujours rassurant de savoir qu'un spécialiste de réanimation peut intervenir immédiatement.

Nous nous rendîmes dans la chambre du patient qui était déjà allongé et à qui on avait fait passer une veste de pyjama. Les parties que je souhaitais biopsier étaient bien exposées. J'installai le champ percé, ayant repéré un nodule tout à fait caractéristique, et commençai l'anesthésie locale en m'excusant de la douleur qu'elle pourrait provoquer. J'étais extrêmement mal installé, le lit était bas, j'étais courbé en deux, il faisait très chaud et je transpirais abondamment sous ma blouse, ayant oublié d'enlever ma veste ! On fait parfois dans de telles

circonstances des gestes de façon automatique, sans réfléchir, que l'on regrette amèrement plus tard.

Vint le moment de procéder à l'exérèse de ce petit nodule. L'infirmière me tendit un manche de bistouri et une lame, *a priori* du numéro quinze, qui convenait très bien. Or cette lame ne s'adaptait pas sur ce manche. Celui-ci était trop gros et je ne pouvais y insérer la lame. Je fis signe discrètement à l'infirmière, désolée de cette bétise. Alors même qu'il était clair que la fente de la lame permettant de faire glisser le manche du bistouri était bien trop petite, elle me passa plusieurs lames de formes différentes, pointues, arrondies, qui toutes ne s'adaptaient pas. Avant même d'avoir tenté d'installer la lame, je voyais très bien que celle-ci n'était pas à la bonne taille. L'infirmière me fit signe en haussant les épaules qu'elle n'avait pas d'autres lames et qu'il fallait que je me débrouille. Au dernier moment, elle me tendit cependant une lame qui, effectivement, correspondait bien au manche. Mais il s'agissait d'une lame que je n'avais jamais vue auparavant : elle était recourbée en arc de cercle et probablement servait-elle à des interventions profondes dans l'abdomen pour couper par-dérrière un bout de chair.

Je ne comprends pas pourquoi j'ai accepté à l'époque de faire la biopsie avec cette lame. Il était impossible de couper correctement de la peau puisqu'il aurait fallu que j'introduise un pli de peau à l'intérieur de cette courbure. Je fis mon possible, car je ne voulais pas refaire une anesthésie locale, le temps passant, et je fis un véritable charcutage de la zone. Je pensais que je rattraperais ultérieurement ce geste aux ciseaux une fois le prélèvement déposé dans le pot, car ce qui importait était bien d'avoir ce petit nodule avec son parasite.

C'est ainsi que notre prestigieux malade ne se rendit pas compte du profond malaise qui régnait entre l'infirmière et moi-même, cependant je pense qu'il a vu ma sueur couler à grosses gouttes sans que personne ne vînt à mon secours pour l'éponger.

L'opération étant terminée, les points de suture mis en place, le malade rassuré quant à la qualité de la cicatrice, je repartis aussitôt avec le prélèvement pour le faire analyser le plus rapidement possible par mon collègue anatomopathologiste.

C'est à ce moment-là que survint quelque chose d'inédit, probablement impossible aujourd'hui. Le Dr Dukerch me donna l'autorisation de partir aussitôt, car il y avait un avion prêt à décoller. J'imaginai que tout serait fait pour me faciliter la tâche comme ce fut fait à Paris, et que cet avion partirait à l'heure.

Le chauffeur prit donc la direction de la ville en roulant à grande vitesse. Dix minutes après notre départ, j'eus un appel téléphonique me demandant notre position, car à cette heure-là, nous aurions dû être à l'aéroport. C'était incompréhensible puisqu'il y avait deux heures de route. C'est alors qu'on m'apprit que nous décollions de la ville même où j'avais consulté et non pas de celle où j'avais atterri la veille. Cela faisait donc quinze minutes que nous roulions dans le mauvais sens. Faire le trajet en sens inverse, plus dix minutes pour rejoindre l'aéroport, nous aurions ainsi un retard de vingt-cinq minutes sur l'heure de décollage. J'étais persuadé que j'allais rater l'avion et que je n'aurais d'autre issue que celle de devoir prendre un vol ultérieur.

Le chauffeur, ayant compris son erreur, opéra un demi-tour immédiatement sur l'autoroute, profitant d'une interruption des barrières de sécurité, et roula à toute allure jusqu'à l'aéroport que nous atteignîmes quinze minutes plus tard tant il avait mis les bouchées doubles.

À partir de là, je me laissai guider par une personne qui prit mon passeport, ma valise, tandis qu'une autre qui me précédait se dirigeait vers l'avion dont les réacteurs étaient déjà en marche et dont le commandant de bord avait accepté de décaler son décollage pour attendre le passager dont la mission était de la plus haute importance.

J'avais gardé avec moi le précieux prélèvement et je savais qu'il me faudrait attendre le lendemain matin pour le faire examiner afin qu'il confirme mon diagnostic. Cela fut fait bien avant midi et je rappelai le Dr Dukerch pour lui dire que je lui enverrais ultérieurement des photographies, mais qu'il pouvait sans tarder commencer le traitement en faisant appliquer une solution de perméthrine sur l'ensemble du corps dès le soir, répéter l'opération le lendemain soir et ne pas s'inquiéter des démangeaisons persistantes qui dureraient encore une dizaine de jours.

Le traitement fut réalisé, le patient guérit et je fus dès lors considéré comme l'un des meilleurs dermatologues pour avoir enfin trouvé la maladie de cet homme qui se grattait depuis plusieurs mois.

Je me suis souvent demandé comment pouvaient vivre les personnes à qui on assenait des diagnostics improbables de prurit psychogène, en les laissant à leur détresse. Auraient-ils à attendre une complication, ou le génie d'un autre médecin, ou encore la guérison spontanée pour s'en sortir ? Je me suis toujours fixé comme règle celle de voir le symptôme du patient disparaître, ce, quelles

qu'en soient son origine et sa nature. Pour ce faire, il faut être audacieux, porter un diagnostic, proposer un traitement, mais surtout vérifier l'efficacité ou l'absence d'efficacité des thérapeutiques préconisées. En cas d'échec, non pas culpabiliser le malade, mais reconsidérer la question et remettre sur le métier la symptomatologie pour pouvoir l'analyser d'une autre façon et évoquer un diagnostic qui aurait échappé de prime abord.

Racontant cette histoire assez palpitante à des amis, tout en conservant l'anonymat du patient, ceux-ci s'interrogeaient de savoir comment il avait contracté la maladie. Chacun d'imaginer une aventure extraconjugale. Or il y a maintes façons de se contaminer par le parasite de la gale *Sarcoptes scabiei*. En effet, il suffit de s'allonger sur un lit, sur le couvre-lit, dans un hôtel par exemple, où une personne un jour ou deux plus tôt s'est elle-même allongée, alors qu'elle avait la gale. Le parasite vit plusieurs jours sur les tissus. Lorsqu'on exerce un tel métier, on ne dort pas chez soi chaque soir, et l'hypothèse était des plus plausibles.

Pour la petite histoire, à partir de ce succès diagnostique et thérapeutique, je rentrai dans la Cour de tous les médecins, le plus souvent français, qui s'occupent des personnalités de ce pays ami. Et un jour, à l'occasion d'une réception, je dînai à la même table qu'un de mes collègues parisiens, qui lui était consultant déjà depuis longtemps. Il se rendit bien compte que je lui avais pris sa précieuse place puisqu'il se plaignait de ne plus être appelé pour de telles consultations. C'est alors qu'il me dit :

— Que fais-tu ici, Humbert ?

C'était en effet incongru pour lui de voir un petit prof de province être invité à de telles réceptions...

Pour ne pas le vexer et connaissant le piètre diagnostic qu'il avait fait avant moi : « Monsieur le ministre, vos démangeaisons, c'est dans votre tête, vous travaillez trop, vous avez trop de responsabilités », je ne lui dis pas la vérité.

— Euh, tu sais, je suis un ami du Dr Dukerch qui comme moi est interniste. C'est pourquoi...

Il crut certainement à mon argumentation jusqu'à ce qu'un jour, un an plus tard, il me dise :

— Tiens, c'est toi qui as vu M. X ? Alors, c'était une gale ? Tu vois, quand je l'ai vu, il n'y avait rien !

Je vis qu'il essayait de se justifier. Il n'est pas facile de poser un juste diagnostic et je ne lui en veux pas d'avoir échoué, bien au contraire, pourrais-je dire ironiquement, car grâce à lui, j'ai eu cette chance de prendre sa place !

MON DIEU ! DES POUX !

Deux petites filles de bonne famille accompagnaient à Paris pendant les vacances leurs parents, de hautes personnalités étrangères, que j'avais eu le bonheur de connaître, tant ils sont sympathiques, agréables, pas du tout prétentieux ni hautains, bien au contraire, faisant ainsi preuve d'une grande simplicité.

Un jour comme les autres, je reçus un appel de mon ami le Dr Dukerch (depuis notre beau diagnostic de gale, nous sommes devenus amis) qui me demanda ce que je faisais ce soir.

— Que fais-tu ce soir ? Tu n'as rien de prévu ?

— Non ! dis-je sans réfléchir.

— Eh bien, tu vas aller à Paris avec le prochain train et tu te rendras à l'hôtel dont je vais t'envoyer les coordonnées. Il y a une consultation pour deux fillettes qui ont des démangeaisons du cuir chevelu. Je crois que tu connais le papa et la maman que tu as déjà soignés.

Aussitôt, je ne pensai qu'à faire une réservation SNCF, puis à m'arranger pour retourner à la maison chercher une cravate, mettre un beau costume et prendre ma trousse de toilette, car il était clair que je ne reviendrais que le lendemain matin.

Pendant tout le trajet, je me demandai bien quelle pourrait être la cause de telles démangeaisons. Je m'imaginai les petites avoir un eczéma du cuir chevelu, ou une dermatose quelconque. Et si le cuir chevelu était sain ? Est-ce que cela pourrait être des poux ? Non, pas chez elles ! Je relus des chapitres entiers sur le prurit du cuir chevelu que je trouvai aisément sur Internet au moyen de mon smartphone. Rien de plus que je ne connaisse. Toutes les causes possibles avaient bien été envisagées de ma part. Nous verrions bien, mais je craignais d'être sec, et de ne pas savoir poser un diagnostic. Il me tardait d'arriver pour voir de quoi il s'agissait et en même temps j'étais dans la plus grande inquiétude de décevoir.

Il était 21 heures quand j'arrivais à l'hôtel. À peine sur place, je fus accueilli chaleureusement par la maman qui était restée seule au salon, les petites filles étant dans leur chambre. Elle les invita à venir voir le docteur, ce qu'elles firent

sans hésiter tant elles voulaient savoir ce qu'elles pouvaient bien avoir qui les agaçaient tellement, avec une sensation d'avoir des bêtes dans les cheveux. Médecin consciencieux, je pris de longues minutes à interroger les enfants sur la date de survenue des démangeaisons, sur l'existence de signes généraux, sur d'éventuels troubles organiques associés et notamment digestifs, prurit anal compris.

Ayant appris par mon maître que l'endroit qui est siège des symptômes est à examiner en dernier, je fis un examen général, m'appesantissant sur les aires ganglionnaires afin de ne pas passer à côté d'une pathologie hématologique, le prurit localisé pouvant avoir valeur de signe d'appel d'une maladie ganglionnaire. Cela étant fait, il restait maintenant à examiner le cuir chevelu. Je m'attendais à découvrir de nombreux œufs de poux ou même des parasites adultes aisément reconnaissables à leur morphologie de petits crabes à six pattes. Je regardai soigneusement, bien que cela ne soit pas pour moi une sinécure, car je considérais que ce travail était celui d'une mère ou d'une sœur, car j'ai l'impression que les femmes sont plus soucieuses et plus persévérantes que les hommes. Pourquoi me demanderiez-vous ? Je n'en sais rien, mais c'est cet aspect-là de la dermatologie que je fais avec le moins d'enthousiasme et de plaisir. Après un examen grossier du cuir chevelu, je pris entre mes mains plusieurs touffes de cheveux que j'écartais et ce, sur l'ensemble du cuir chevelu.

— Alors, docteur, que voyez-vous ?

Je refusais de répondre, faisant mine de ne pas avoir entendu la question, concentré sur mon travail médical qui devait être respecté. Mais je sentais la sueur couler dans mon dos, car à ce moment-là, aucune anomalie n'était visible sur le cuir chevelu de la petite. De quoi pouvait-il s'agir si ce n'était pas une pédiculose ? Je repassais dans ma tête toutes les causes de prurit du cuir chevelu, toutes les possibilités pouvant être à l'origine d'un prurit à valeur systémique. Avant même de conclure, je demandai à examiner la grande sœur, qui s'y plia de bonne grâce et même avec plaisir, tant il est agréable de se faire papouiller les cheveux de la sorte, tout en étant sous tension de l'attente d'un diagnostic.

La même absence d'anomalies était constatée, pas un seul œuf à la racine des cheveux, pas un seul parasite, ni même d'excoriations du scalp. Je me souvins de ce que m'avait dit une aide-soignante qui avait contribué à ma formation lorsque j'étais interne, qui m'avait expliqué comment faire éclater un œuf de pou sur son ongle pour s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une pellicule, mais bien d'une future progéniture de *Pediculus capitis*. J'aurais tant aimé faire ce geste qui semblait

d'ailleurs irréalisable tant l'œuf est en général petit et tant il est difficile de le maintenir sur l'ongle et l'écraser.

Il me fallait maintenant conclure et poser un diagnostic. Je me devais d'être formel, je ne pouvais pas hésiter et je me lançai :

— Il s'agit d'une pédiculose chez chacune de vos filles et nous allons débiter le traitement.

Je craignis la réaction de la maman et avant même qu'elle ne répliquât je me précipitai sur ma trousse à ordonnance pour commencer à rédiger la prescription de l'antiparasitaire qui serait appliqué sur le cuir chevelu et laissé en place au moins huit heures, le temps de la nuit et ce répété une fois, vingt-quatre heures plus tard. J'étais convaincu qu'il ne pouvait pas s'agir d'autre chose compte tenu du contexte environnemental ; il serait étonnant que deux sœurs aient développé en même temps une maladie qui n'aurait rien de contagieux et qui aurait conduit au développement d'un prurit. Bref, il n'y avait pas de maladie du cuir chevelu expliquant les démangeaisons, je me devais d'être convaincant, sûr de moi. J'étais fier de ne pas avoir hésité, laissant au temps le soin de démontrer la justesse de mon diagnostic puisque ces petites filles devraient être soulagées dans une huitaine de jours.

La mère était choquée que ses petites filles, d'un haut niveau social, bien élevées puissent avoir attrapé une telle maladie honteuse (*mes filles ne sont tout de même pas des pouilleuses !*). Cette famille bourgeoise avait des origines nobles, et personne ne peut accepter que des membres de cette famille soient atteints par une maladie aussi honteuse que les poux. Elle appela immédiatement sa mère qui se trouvait dans la salle de bains.

— Maman, maman, viens voir, le docteur dit qu'Annabelle et Sarah ont attrapé des poux !

La grand-mère sortit immédiatement et ne put croire mon diagnostic, avec tout le respect qu'elle n'arrêtait pas de répéter me devoir, sans vérifier par elle-même.

— *Catastrophe*, pensai-je, *elle va faire le même constat que moi : rien de rien, il n'y a rien ! Comment vais-je pouvoir justifier mon diagnostic ?*

La grand-mère s'installa, solidement assise sur une chaise, les jambes écartées, et appela l'aînée des deux filles qu'elle assit entre ses jambes, sur sa robe tendue. Elle chaussa ses lunettes et commença le papouillage, qui précède l'épouillage lorsqu'il faut faire intervenir un peigne à dents hyperserrées pour éliminer œufs et adultes. Quelques secondes plus tard, elle leva la tête, enleva ses lunettes et déclara :

— Le docteur a raison, elle est pleine de lentes et il y a même un pou ici, venez voir.

— *Ouf, sauvé par la grand-mère*, respirais-je enfin, pensant que je n'étais vraiment pas doué pour la chasse aux poux.

La grand-mère poursuivit l'examen chez la petite sœur et conclut au même diagnostic. Elle était très fière de venir au secours du médecin, non pas qu'elle avait vu mon hésitation, mais tout simplement parce qu'elle faisait ainsi part de son expérience de femme plus âgée et qu'elle apportait sa contribution à une prise en charge médicale de ses petites-filles.

Or, dans les minutes qui suivirent, j'appris un élément essentiel au diagnostic : les filles étaient scolarisées dans une école privée où malheureusement plusieurs enfants avaient attrapé des poux. La directrice avait d'ailleurs affiché dans le couloir une note d'information, demandant aux parents de garder les enfants à la maison s'il s'avérait qu'il y ait la moindre suspicion de démangeaisons du cuir chevelu.

Bien avant d'avoir lu cette note, la maman l'avait remarqué et les petites filles s'étaient aperçues aussi que leur cuir chevelu les titillait, comme si elles ressentaient qu'une mouche se serait déplacée sur leur tête, et cela plutôt le soir. Y avait-il un rapport avec cela ?

La maman avait regardé avec beaucoup d'attention, soulevant mèche par mèche, et n'avait trouvé aucune anomalie au niveau du cuir chevelu des enfants. De plus, elle ne pouvait imaginer que ses filles, elles, puissent attraper la même parasitose que leurs copines issues de quartiers moins favorisés.

En quittant ce somptueux hôtel, en marchant jusqu'au taxi qui m'attendait, je m'en voulais d'avoir hésité, de ne pas avoir retenu ce diagnostic plus tôt, en quelque sorte, d'avoir manqué de conviction absolue, et surtout d'avoir mis autant de temps à conclure et de n'avoir pas fait immédiatement confiance à l'aphorisme qui stipule que « tout prurit localisé du cuir chevelu sans lésions chez un enfant est une pédiculose ».

Même si moi-même je n'avais vu aucun pou, aucune lente, je devais être sûr de mon diagnostic ! Si j'avais déclaré que les fillettes n'avaient rien, j'aurais pu craindre de me voir corrigé par la grand-mère, c'aurait été la honte. Comment aurais-je pu justifier mes honoraires, mais surtout, j'aurais été déconsidéré parce que quoi de plus évident que de porter le diagnostic de pédiculose ? Quel piètre médecin faudrait-il être pour ne pas être capable de voir des lentes et des poux

dans le cuir chevelu de petites filles qui se grattent à cet endroit ? Assis confortablement à l'arrière de la Ford qui me conduisait à mon hôtel, je soupirai et me surpris à sourire tant j'étais fier d'avoir su poser un diagnostic sans preuve et me disant que l'Evidence-Based Medicine était une belle « connerie » qui avait conduit de nombreux médecins à ne pas faire de diagnostics et donc à ne pas traiter le malade qui restait dans l'attente et dans la souffrance.

Je sortis de la poche intérieure de ma veste un petit calepin et inscrivis : « Le médecin ne doit pas donner au malade les preuves de son diagnostic : ce dernier est une construction intellectuelle qui se base sur des éléments factuels, mais pas seulement, sur des connaissances épidémiologiques, statistiques ou observationnelles, l'expérience dans ce cas jouant un rôle très important », afin de le rapporter dans mon prochain ouvrage qui se voudra pédagogique pour les malades comme pour les jeunes confrères.

LE DÉLIRE D'INVASIONS PARASITAIRES

Le délire est le fait de croire sans se remettre en question. Les idées délirantes envahissent tellement votre esprit que vous ne pouvez absolument pas douter de leur véracité. Il existe en médecine plusieurs maladies au cours desquelles un délire peut survenir. Elles ne sont pas toutes des maladies psychiatriques. En effet, la fièvre au cours d'une maladie infectieuse peut faire apparaître un délire. On voit cela par exemple dans certaines fièvres typhoïdes.

Il est une forme de délire qui se situe au croisement de la dermatologie et de la psychiatrie, si bien qu'aucune de ces spécialités n'est vraiment à l'aise pour traiter le patient. Il s'agit du délire d'infestation parasitaire qu'on appelle syndrome d'Ekbom, du nom de celui qui l'a décrit. Il touche les hommes comme les femmes, mais il a été plus souvent rapporté chez les femmes âgées. Le patient a alors l'impression d'être infesté par des parasites extérieurs qui seraient, selon lui, le plus souvent localisés sous la peau ou sur la peau, entraînant ainsi des démangeaisons, et, pour mieux convaincre le médecin, il lui présentera dans une enveloppe, parfois dans une petite boîte ou un petit sachet en plastique des squames qu'il a recueillies qu'il décrira comme étant les fameux insectes ou parasites. Lorsqu'il s'agit d'un couple âgé, on constatera très souvent l'adhésion du conjoint au délire, celui-ci confirmant les dires de sa compagne ou de son compagnon. À l'origine du phénomène, il y a souvent un événement d'ordre psychique ou d'ordre physique, et parfois, même des traitements. Ne pouvant concevoir que les symptômes qu'il présente ne relèvent pas d'autres choses que d'un envahissement parasitaire, le patient est peu enclin à s'étendre sur les faits ou les événements antérieurs à l'apparition de la pathologie. Le patient va très vite observer qu'il n'est pas cru, que son discours rencontre des difficultés à être compris. Il fera tout pour faire adhérer son interlocuteur à sa thèse. De plus, la

forte conviction d'être envahi par des parasites pousse le malade à tenter de s'en débarrasser en utilisant des ciseaux ou des systèmes de grattage souvent ingénieux et parfois des produits toxiques comme l'eau de Javel. Les médecins non avertis, non formés à cette pathologie vont probablement croire le malade et adhérer à son diagnostic même si de toutes leurs études, il ne leur a jamais été enseigné une pathologie en lien avec un envahissement parasitaire ou d'insectes, en tout cas de cette nature. L'esprit critique qu'il est important qu'un médecin puisse avoir sera ici anéanti par l'absence de recherche de la cause des démangeaisons et par les capacités de conviction du malade. Car ces malades n'ont jamais eu le moindre antécédent psychiatrique. L'examen clinique du malade ne devra pas se contenter d'examiner ce que le patient vous montre du doigt, car quoi de plus banal qu'une petite croûte ou qu'une desquamation.

Cette maladie nécessite des qualités propres du médecin pour la prendre en charge. Ce sera souvent le médecin généraliste ou le dermatologue, car rares sont les malades qui acceptent spontanément de voir un psychiatre. Lorsque le patient se rend à la demande de son spécialiste de la peau auprès d'un psychiatre, celui-ci, parfois, devant la quasi-normalité de l'état psychique du patient, finit par croire qu'il pourrait être en effet infesté ; le psychiatre ne déshabille pas ses malades ; de plus, il ne possède pas forcément de connaissances particulières en dermatologie, il lui est donc par le fait impossible de savoir si ce que le patient lui montre est pathologique ou non. Malheureusement, si le psychiatre « botte en touche », il est clair que cela renforce le malade dans sa conviction puisqu'il se voit crédité du soutien d'un professionnel de santé.

Si les malades sont convaincus d'être envahis par des parasites, il ne s'agit alors seulement que d'une perception particulière d'origine cérébrale, c'est-à-dire psychotique, sans qu'il y ait de parasites à l'horizon.

Ce phénomène, le syndrome d'Ekbom ou parasitophobie, est tel qu'il n'est pas aisé pour un médecin de faire la distinction entre une authentique parasitose responsable de symptômes cutanés à type de démangeaisons, et les sensations décrites avec tant de précision, tant de démonstrations et tant de conviction par des malades qui veulent à tout prix se faire entendre. Ainsi, ils n'hésitent pas à faire témoigner leur conjoint qui affirmera avoir lui aussi vu les petites bêtes sur la peau, et d'ailleurs la preuve en sera donnée dans cette petite enveloppe pleine de squames remise au médecin, religieusement en guise de preuve de la présence des fameuses petites bestioles.

Ces patients sont alors pris en charge tantôt par le dermatologue tantôt par le psychiatre, mais il est vrai que ni l'un ni l'autre n'ont les moyens de faire admettre aux malades l'absence d'envahissement parasitaire. Il faut donc user de stratagèmes pour ne pas nier le diagnostic d'invasion parasitaire tout en leur expliquant qu'il faut aussi agir au niveau central, c'est-à-dire au niveau cérébral par le biais de médicaments neuroleptiques. Les patients, convaincus qu'ils peuvent être gravement malades, peuvent aller très loin pour faire reconnaître leur maladie. C'est pourquoi il ne faut pas s'opposer à eux, mais au contraire les accompagner peu à peu jusqu'à leur faire admettre la guérison de la soi-disant parasitose, ou leur expliquer qu'ils perçoivent une sensation amplifiée de démangeaisons de causes plus habituelles, induite par un cerveau débordé, parfois déprimé, fatigué. Il n'empêche qu'un traitement antiparasitaire doit être à mon sens prescrit, car il est rare que l'interrogatoire ne relève pas quelques signes digestifs, par exemple, en relation avec un portage de nématodes, c'est-à-dire de petits vers ronds. En revanche, réitérer des applications d'un produit parasiticide sur la peau doit être déconseillé compte tenu de la toxicité de la molécule employée pour le système nerveux central, l'application sur tout le corps d'un tel produit entraînant forcément une pénétration systémique.

UNE LANGOUSTE EST ENTRÉE DANS MES MUQUEUSES

L'histoire que je vais vous narrer me touche de près puisque cette personne a travaillé pour moi à une époque. Il s'agit d'un homme de la quarantaine passionné par son métier, il est menuisier, mais il touche aussi d'autres champs d'activité tels que la plomberie ou l'électricité. C'est un homme très intelligent avec beaucoup de créativité, qui ne rechigne pas face à l'effort. Il fait preuve d'initiatives et de prouesses techniques pour embellir une salle de bains ou un appartement. Il est venu plusieurs années de suite travailler dans ma maison. Il y avait tantôt un parquet flottant à poser au sous-sol, tantôt des barrières à mettre autour d'une piscine, ou bien encore ajuster des fenêtres qui frottaient. Conscientieux, il était aisé de communiquer avec lui et de s'entendre sur le travail attendu.

Il a par ailleurs une passion qui est la danse, qu'il pratiquait tous les week-ends avec son épouse. La vie faisant, et l'état de ma maison ne justifiant plus d'intervention particulière de mon menuisier, il se passa plusieurs mois et peut-être même quelques années sans que je revisse M. Palissy.

C'est lors d'une consultation à l'hôpital que mon menuisier se rappela à ma mémoire. J'étais étonné de le voir ainsi, attendre patiemment son tour, une revue entre les mains. Passant à côté de la salle d'attente pour rejoindre mon bureau, je le saluai et m'adressai à lui :

— Que vous arrive-t-il ? Vous avez rendez-vous en dermatologie ?

— Non, pas en dermatologie, mais auprès de vous.

Le prenant à part, le guidant avec moi jusqu'à mon bureau, je lui dis :

— Vous ne m'avez jamais parlé de problème dermatologique ?

— Il est vrai en effet, mais c'est tout récent et c'est très grave. Je vais vous montrer.

Passant devant le bureau de Brigitte, ma secrétaire, je lui dis :

— Étais-tu au courant que j'avais une consultation aujourd'hui ?

— Non, pas du tout, je sais que le mardi tu t'occupes de tes activités universitaires.

À l'évidence, M. Palissy s'était trompé de jour de consultation puisque ce mardi matin je m'apprêtais à aller au laboratoire à la faculté.

J'allais bien entendu voir ce patient, que je le connaisse ou pas, ma réaction aurait été la même, je ne laisse pas une personne qui a fait plusieurs kilomètres pour me rencontrer, repartir sans avoir eu sa consultation. Je l'invitai donc à entrer dans le bureau de consultation tout en disant à Brigitte :

— Voulez-vous prévenir Céline que j'arriverai avec du retard, j'ai une urgence !

Céline était ingénieure dans mon laboratoire. Elle avait assuré le développement de ce laboratoire de recherche en biologie de la peau, sous mes directives. Lorsqu'en 1990, n'étant pas encore professeur de dermatologie, je conseillais à mon « patron » de l'époque, le Pr Pierre Agache, de développer la recherche sur les cellules de la peau au laboratoire, celui-ci me donna le feu vert et, profitant d'un local inoccupé au sein de la faculté, d'une pièce universitaire mise à la disposition de la discipline « dermatologie », je commençai à l'équiper avec du matériel de cultures cellulaires, c'est-à-dire étuve, microscope... et je recrutai alors une jeune technicienne en biologie : Céline. J'y mis tout mon cœur et aussi toutes les ressources que je pouvais obtenir auprès de laboratoires pharmaceutiques en contrepartie de travaux ou d'expertises, de conférences que je faisais, et au lieu de percevoir ces honoraires à titre personnel, j'avais décidé de les affecter à la création du laboratoire.

Je dois dire avec le recul que personne ne me remercia de tant de générosité et bien au contraire, l'université s'est rendue propriétaire de tout le matériel de haute technicité que j'avais acquis, sans me faire part de la moindre reconnaissance.

Il faut beaucoup d'abnégation, mais si c'était à refaire je le referais. Céline, faisant ses preuves, je saisis l'opportunité de la mise à disposition d'un poste d'ingénieur à l'université pour la faire postuler et recruter.

À cette époque, notre dynamisme, nos travaux avaient le vent en poupe, et elle réussit brillamment son examen.

Elle a ainsi poursuivi les travaux de recherche sur les fibroblastes, cellules fondamentales du vieillissement de la peau si bien que, grâce à elle, grâce aux stagiaires qui venaient nous rejoindre, grâce aux étudiants qui y faisaient des thèses de science, et grâce au soutien d'un grand nom de la biologie de la peau qui a vu en nous ses possibles successeurs, je veux parler du Pr Charles Lapierre de Liège, nous étions devenus un laboratoire respecté, reconnu sur le plan international.

Notre patient étant assis face à moi dans la salle de consultation, je me dus, bien entendu, de prendre de ses nouvelles et, sachant combien il attachait de l'importance au concours de danse auquel il avait participé ce week-end, je lui demandai comment cela s'était passé.

À son regard planté vers le sol, à sa réponse sur un ton attristé, j'ai eu comme l'impression qu'il y avait quelque chose qui n'allait plus dans son couple et qu'il en était malheureux. Je ne voulus pas m'étendre davantage et pour ne pas le mettre mal à l'aise, je pris mon bloc-notes et lui demandai :

— Dites-moi, qu'est-ce qui vous amène ici ?

Tout en préparant sa réponse, il sortit de je ne sais où un sac de courses, un de ces sacs en plastique jaune dans lequel il y avait trois verrines de confiture contenant un liquide marron. Il en tendit un dans ma direction tout en tournant le couvercle pour l'ouvrir et il me dit :

— Regardez ce que je retire de ma bouche tous les jours, des morceaux de coquille.

Des morceaux de coquille ? Je croyais ne pas avoir bien entendu. Mais je subodorai quasiment aussitôt que la consultation ne serait pas si simple que cela. Je ressentis en moi un certain malaise. Car je connaissais cet homme pour l'avoir vu faire du très beau travail à mon domicile, tel un professionnel très bien formé,

et aujourd'hui visiblement ses propos ne correspondaient pas à la personne que je connaissais.

— Des co... ? Des coquilles de quoi ?

— De langouste ! me lança-t-il d'un ton affirmatif.

— Et c'est quoi, ce liquide ?

— Ce sont les litres de Coca-Cola® que je suis obligé de mettre dans ma bouche pour dissoudre les coquilles et les faire sortir !

Ce discours aurait pu prêter à rire ou du moins à sourire s'il ne s'agissait pas d'une souffrance que ce malade endurait. Il fallait bien entendu s'intéresser à lui, s'intéresser à ses symptômes et essayer de préciser ce qu'il ressentait.

— Mais dites-moi, d'où sortent ces coquilles ?

— Eh bien, elles sortent des dents comme vous pouvez voir, me dit-il en ouvrant grand la bouche et en pointant de l'index une prémolaire de laquelle il essayait de retirer une petite plaque de tartre. Vous la voyez là, la coquille ?

Je fus immédiatement convaincu qu'il s'agissait d'un délire d'infestation, non pas parasitaire puisqu'il n'est pas question d'insectes ou d'acariens, mais de coquilles. Bien que ne sachant toujours pas pourquoi de telles coquilles pouvaient s'extraire de ses dents, il me fallait donner crédit ou du moins ne pas m'opposer à ses affirmations. Ce serait la pire des choses.

— Expliquez-moi ce qui est rentré dans votre bouche, et comment cela s'est passé.

Se sentant rassuré parce qu'écouté, il se livra de la façon la plus simple qui soit.

Il redevenait le camarade de chantier si je puis dire, celui avec qui je prenais le café à 10 heures au milieu de sa demi-journée de pause de placo.

— Je vous avais dit que j'allais souvent au Sénégal parce que j'ai acheté un terrain là-bas et que je vais y faire construire une maison pour ma retraite.

— Oui je me souviens très bien, nous en avons parlé et je vous avais dit que je trouvais que le Sénégal est un très beau pays et qu'il y avait d'ailleurs beaucoup de gens de notre région qui allaient s'y installer.

— Un soir du mois d'octobre, j'ai remis en espèces trente mille euros au notaire. J'ai signé avec le vendeur un document, mon titre de propriété. Et tout le monde m'invita le soir à aller manger des langoustes sous une tente à la veillée. Ce soir-là fut la plus triste journée de ma vie. Mon voisin, qui me regardait fixement et bizarrement depuis quelques minutes, me fit comprendre que je n'étais

propriétaire de rien puisque le vendeur n'était pas le propriétaire du terrain et qu'il avait fait appel à un notaire véreux. Je tombai de haut. C'était au moment où j'étais en train de croquer dans une langouste et à ce moment-là, l'animal pénétra dans mes chairs, toute la coquille s'inséra entre mes dents, faisant même saigner mes gencives. Depuis ce temps-là, je n'arrive pas à me débarrasser de ces coquilles que je ressens dans ma bouche douloureusement.

Ainsi, M. Palissy s'était fait escroquer. Et en l'apprenant, il se mit à « croquer » dans une carcasse de langouste. Je laisse aux fins linguistes, aux brillants psychologues ou psychanalystes, l'interprétation freudienne de ces similitudes.

Il se rendit compte qu'il avait été naïf tant il était enthousiaste de prendre possession de ce terrain bien placé, mais il n'avait pas pris soin de vérifier auprès des autorités la disponibilité et l'appartenance de ce terrain.

Ce choc psychique très violent a conduit à une interprétation erronée des perceptions, des sensations qu'il avait dans la bouche, si bien qu'il était persuadé d'avoir une infestation de ses muqueuses par l'animal tout entier.

Les faits ont duré suffisamment longtemps et je me souviens encore d'un SMS que le malade m'avait envoyé un dimanche matin avec une petite vidéo associée où il me montrait que la coquille ressortait sous forme liquide d'un bouton qu'il avait sur le menton. Il ne s'agissait pas d'autre chose qu'un banal bouton d'acné qu'il perça face à la caméra.

La prise en charge ne fut pas facile. Il ne fallait pas nier les faits, et il ne faut jamais dire que ce n'est pas vrai, que ce n'est pas possible, que c'est une interprétation... mais au contraire essayer d'aller dans son sens sans pour autant accréditer sa thèse. Ainsi, lorsque lui-même cherchait à comprendre et me demandait :

— Alors, docteur, qu'est-ce que j'ai, en fait ?

Je lui posais alors des questions :

— Eh bien, dites-moi, monsieur Palissy, qu'est-ce que vous en pensez, vous-même, qu'est-ce qu'il vous arrive ?

Et il me racontait de nouveau l'histoire de la langouste.

Et alors je lui dis :

— Vous avez en effet des lésions de vos gencives et plus vous allez les manipuler avec les pointes de fourchette comme vous faites, plus vous essayez de sortir les coquilles, vous savez ces plaques de tartre, plus vous risquez d'aggraver la maladie.

De même, il n'est pas bon pour votre santé de faire des bains de bouche avec le Coca-Cola®.

Il me dit alors :

— Oui, mais comment puis-je m'en débarrasser si je ne fais pas comme cela ?

— Eh bien, nous allons agir par voie interne avec un médicament qui va donner l'ordre à votre système immunitaire d'effectuer le travail.

Une façon de lui faire accepter le médicament neuroleptique habituellement utilisé dans ce type de pathologie.

Mais il faut surtout beaucoup de patience, de compréhension, de compassion, d'accompagnement et peu à peu, sans qu'il ait à renoncer à son hypothèse, il va se défaire de ses gestes compulsifs qui ne résultent que d'une souffrance psychique dont on ne connaît pas encore la localisation cérébrale.

ET LES AUTRES PARASITOSES

Si l'on devait classer les parasitoses en fonction de leur localisation au sein de l'organisme, nous évoquerions alors un certain nombre de parasitoses intestinales (ascaridiose, oxyurose, trichocéphalose, ankylostomose, tæniasis, anguillulose, giardiasse, cryptosporidiose, microsporidiose*, cyclosporoze*) faites à la fois de nématodes, de plathelminthes et d'ectoparasites.

Nous n'avons pas abordé ici trois parasitoses dont le signe principal est la diarrhée avec les crampes abdominales et tout ce qui peut en découler et qui en quelque sorte réalisent le péril fécal du fait du mode de transmission et de contagion.

L'AMIBIASE

L'amibiase est provoquée par l'amibe *Entamoeba histolytica*, parasite spécifique de l'homme. Ce protozoaire s'entoure d'une fine coque pour former un kyste de quelques microns de diamètre.

Les kystes ingérés germent dans l'intestin grêle, réalisant la forme végétative, les trophozoïtes, qui gagnent le gros intestin, y prolifèrent et se ré-enkystent.

Les contaminations ont lieu principalement dans les régions en fonction des conditions sanitaires. Le parasite peut provoquer des diarrhées douloureuses et sanglantes (dysenterie amibienne), des ulcères intestinaux, voire des abcès au niveau du foie, des poumons et du cerveau, sans oublier les classiques plaies ou ulcères cutanés au retour d'une zone infestée. Le jour où le médecin fera le diagnostic d'une amibiase cutanée, il recevra la consécration suprême qui lui donnera le droit ou plutôt l'occasion de publier le cas.

CE MALADE LUXEMBOURGEOIS

C'est certainement parce qu'il habite ce petit pays européen situé au nord de la France dans la continuité verticale de la partie est de notre pays que son cas m'est resté en mémoire.

Je vois en effet un jour en consultation un homme bien mis, particulièrement élégant, d'une bonne trentaine d'années, qui me dit avoir un poste important dans un établissement bancaire.

À peine installé en face de moi, il me dit, sans attendre, souffrir d'une pathologie particulièrement invalidante, douloureuse et socialement inacceptable.

— En effet, me dit-il, avec la maladie de Crohn, docteur, je ne peux pas avoir de relations suivies. Imaginez que je ne peux pas passer la nuit à côté d'une compagne en raison des contraintes liées à l'état déplorable de mon intestin. Vous le savez certainement, je suis obligé de me lever plusieurs fois dans la nuit pour aller aux toilettes, pour répondre aux besoins impérieux d'une diarrhée qui ne me lâche plus maintenant depuis des années. Mon ventre fait des bruits incroyables, sans parler des flatulences que je n'arrive même plus à contrôler.

Comment est-il possible qu'aujourd'hui devant le diagnostic bien établi de maladie de Crohn, on ne puisse pas avoir la solution thérapeutique ?

Je lui demandai le traitement qu'il prenait. Il me dit qu'il était actuellement sous immunosuppresseur avec une corticothérapie générale et immédiatement je visualisai une forme grave de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

— Mais, dites-moi, depuis que vous prenez ce traitement, vous allez mieux, n'est-ce pas ?

— Non, pas du tout, ce traitement n'a absolument rien changé à mes symptômes !

Je commençai à douter de la réalité de ce tableau clinique désolant tel qu'il m'a été décrit, car on nous a toujours rabâché pendant nos études que pour les personnes qui avaient une maladie de Crohn beaucoup de choses se passaient « dans leur tête ».

Certes, je ne suis pas du tout de ceux qui adhèrent à cette analyse erronée, mais lorsqu'un malade qui a une maladie de Crohn vous dit être sous le traitement le plus puissant qui soit, vous avez du mal à comprendre qu'il n'aille pas mieux.

Pour ne pas me laisser envahir par de telles idées, mon cerveau reprit ses esprits, et je m'enquis des différents traitements qu'il avait eus précédemment avant d'en arriver à cette thérapeutique ultime. Il m'indiqua alors qu'il avait eu ce que

j'appelle les traitements classiques, à savoir mésalazine, budésonide qui là encore ne furent pas efficaces.

Je ne comprends donc rien, mais rien de rien. Et à ce moment-là, je me mets à douter du diagnostic.

— Monsieur, sur quels éléments le diagnostic de maladie de Crohn a-t-il été posé chez vous ?

Il y avait dans son dossier une biologie plutôt banale, je dirais biologie de base. Point de marqueurs spécifiques comme le lysozyme ou les anticorps antisaccharomyces. Mais voyant que je commençais à douter du diagnostic retenu, il extirpa de son sac en plastique une chemise dans laquelle il y avait le compte rendu d'une de ses coloscopies, et des biopsies qui furent réalisées.

Il était clairement écrit : « biopsies systématiques réalisées au cours d'une coloscopie », puis la page suivante le compte rendu anatomopathologique : « aspect de granulome caractéristique d'une maladie de Crohn ».

Il n'y avait donc plus aucun doute. Le malade avait bien une maladie de Crohn !

Du moins, c'est ce que j'ai pensé pendant quelques minutes.

Je me souviens de cette consultation. Il était tard, c'était en hiver, il faisait nuit.

Je regardai ma montre, il était 19 h 30. Ne sachant que dire, je lui demandai s'il rentrait ce soir au Luxembourg ou s'il passait la nuit à Besançon. Je ne me souviens pas de sa réponse, car je me vois les coudes posés sur le bureau, la tête entre mes mains, mon visage penché sur son dossier que j'avais devant moi. J'avais les yeux fermés et j'attendais que mon cerveau me donne une piste, j'attendais qu'une voix neurologique s'active à puiser au fin fond des réserves de ma mémoire une substantifique protéine qui pourrait m'ouvrir une voie, si tel est le mode de fonctionnement de la mémoire, ce dont je doute.

Et d'un seul coup je sursautai et lui dis :

— Monsieur, vous n'avez pas de maladie de Crohn !

— Euh...

— Je vous dis que vous n'avez pas de maladie de Crohn ! Je ne connais pas de maladie de Crohn qui résiste à la fois aux premiers traitements que vous avez eus puis à celui que vous recevez actuellement. Donc ces médicaments sont inefficaces parce qu'ils agissent sur les maladies que vous n'avez pas !

— Mais enfin, docteur, vous avez bien vu les résultats de la biopsie !

— Oui, en effet, mais déclarer que le granulome parfaitement bien décrit est celui d'une maladie de Crohn, c'est oublier les autres granulomatoses intestinales dont l'aspect histologique est quasiment identique. Peut-être le laboratoire aurait-il dû écrire : « aspect de granulome témoignant de l'organocité de la maladie intestinale, dont il convient de préciser l'étiologie, c'est-à-dire la cause (maladie de Crohn ? Granulomatoses infectieuses ? ...) »

Mon visage s'illumina d'un seul coup et j'étais convaincu que j'allais pouvoir enfin le guérir en agissant sur une cause infectieuse supposée.

Convaincu par mon diagnostic encore imprécis, je lui dis :

— Vous avez bien voyagé dans des pays étrangers, n'est-ce pas ? Vous êtes bien allé en Afrique, n'est-ce pas ? Quand votre maladie a-t-elle commencé ?

Il me répondit aussitôt qu'il avait en effet passé un long séjour en Afrique, dans un pays tropical. Il se souvint alors que la diarrhée était survenue peu après son retour sur le continent européen.

Il n'en fallait pas plus pour que je retienne alors le diagnostic d'une maladie parasitaire susceptible d'induire les troubles fonctionnels dont il se plaignait et notamment les diarrhées, et les aspects évocateurs sous le microscope du tissu colique biopsié.

Sans plus attendre, je rédigeai une ordonnance comportant la recherche de kystes amibiens dans les selles, je prescrivis une sérologie spécifique, et sur une autre ordonnance je lui remis un traitement de l'amibiase après avoir vérifié les posologies et la durée du traitement. Bien entendu, je lui demandai d'arrêter immédiatement le traitement immunosuppresseur qui de toute façon n'avait aucune efficacité.

En y repensant, je me dis que j'ai une grande chance d'avoir des patients qui ont confiance, et qui, contre toute évidence, acceptent de me suivre sans rechigner.

Il était plus de 20 heures, je raccompagnai le patient à la porte du service, car celle-ci était fermée et je lui demandai de m'appeler dans une quinzaine de jours.

Son appel téléphonique ne me surprit pas, car au bout de quelques jours il m'annonçait qu'il allait déjà mieux et que ses symptômes étaient en bonne voie de résolution.

Dans le même temps je venais de recevoir des résultats des analyses qui confirmaient mon diagnostic : « présence de kystes amibiens ».

Il faut toujours remettre en question le diagnostic même lorsque celui-ci ne semble pas susciter le moindre doute. Il faut raisonner logiquement et lorsqu'un

traitement parfaitement suivi pour une maladie dont le diagnostic est apparemment bien établi ne fonctionne pas, ce n'est pas l'efficacité du traitement qu'il faut remettre en cause, mais bien le diagnostic de la maladie.

Je me souviens de cette expression que j'aime à rappeler à mes internes lorsque je leur fais un cours intitulé « Mycoses toujours, tu m'intéresses ». Je leur rappelle alors que lorsqu'un médecin pose le diagnostic d'une mycose chez un malade parce qu'il a la conviction que la plaque rouge qui démange est due à un champignon, il y a 70 % de chances que le médecin se trompe.

Il est facile de se convaincre d'un diagnostic, il est plus difficile d'envisager les diagnostics différentiels ; mais c'est en revenant à de telles bases que l'on peut résoudre des problèmes difficiles.

« LES PARASITES OSENT » (LES PARASITOSE) TOUJOURS ET ENCORE

Les maladies parasitaires ne se résument pas à celles que j'ai détaillées ici. Il me faut au moins citer d'autres parasitoses dont vous avez peut-être entendu parler.

La microsporidiose est une infection due à des microsporidies. La symptomatologie se résume le plus souvent à une diarrhée chronique, une atteinte de la cornée et une infection disséminée chez les malades atteints de sida.

La cyclospore est une maladie parasitaire due à l'ingestion de coccidies *Cyclospora cayetanensis*.

Il y a peu à en dire si ce n'est que savoir l'évoquer lorsqu'au retour d'une zone d'endémie, des signes généraux et des manifestations digestives surviennent après une semaine d'incubation. Le signe digestif prédominant est la diarrhée aqueuse avec des crampes d'estomac, des nausées, des vomissements, des flatulences puis une perte d'appétit et de poids.

La cryptosporidiose est une infection intestinale due au parasite protozoaire *Cryptosporidium*. Là encore, la manifestation principale est représentée par de la diarrhée avec des crampes abdominales.

Autres parasitoses

Parmi les parasitoses tissulaires (distomatose, leishmaniose, trypanosomose, filariose*, échinococcose, toxoplasmose) nous n'avons pas évoqué les

leishmanioses parce que cela nous aurait conduits à faire un cours de médecine générale et infectieuse, et aussi de dermatologie.

La leishmaniose cutanée, le plus souvent bénigne, consiste en des lésions ulcérées ou ulcéro-croûteuses, uniques ou multiples, localisées sur les parties découvertes du corps.

Il existe une forme systémique qui se caractérise par des poussées irrégulières de fièvre, une perte de poids, un gros foie, une grosse rate et une anémie que nous n'observons qu'exceptionnellement dans nos contrées. Autant de symptômes qui sont observés au Brésil, en Afrique de l'Est et en Inde.

La filariose lymphatique est une pathologie parasitaire due à trois espèces de vers ronds qui envahissent les voies et ganglions lymphatiques. On imagine que le développement de ces parasites dans le système lymphatique va aboutir à son obstruction et va conduire au développement d'un lymphoedème.

Les parasites en cause sont *Wuchereria bancrofti* dans les régions tropicales et subtropicales de l'Afrique, l'Asie, le Pacifique, et les Amériques, y compris Haïti. Et *Brugia malayi* ou *Brugia timori* en Asie du Sud et du Sud-Est.

La trypanosomose humaine africaine qui porte aussi le nom de « maladie du sommeil », est due à la présence d'un parasite flagellé (*Trypanosoma brucei*), inoculé à l'organisme par la mouche tsé-tsé. La maladie sévit exclusivement dans trente-six pays d'Afrique subsaharienne où l'on trouve les mouches tsé-tsé.

Le tableau général est celui d'un processus infectieux dans une zone contaminée. Les signes sont à type de fièvre, de maux de tête, de démangeaisons, de perte de poids et la présence de ganglions.

La schistosomiase plus connue sous le terme de bilharziose* est une parasitose tantôt aiguë, tantôt chronique provoquée par des vers (trématodes) du genre *Schistosoma*. Les symptômes comprennent une fièvre, des frissons, de la toux, des nausées, des douleurs abdominales, une sensation de malaise, des douleurs musculaires, de l'urticaire, et une hyperéosinophilie, faisant penser à une maladie sérique.

La trichinellose*, aussi appelée trichinose, est une maladie d'origine animale transmissible à l'homme. L'homme se contamine en consommant de la viande crue ou insuffisamment cuite, d'animaux contaminés.

Les premiers symptômes de trichinellose se manifestent soudainement et comprennent nausées, diarrhées, vomissements, fatigue, fièvre et douleurs

abdominales. Ils évoqueront principalement un syndrome grippal. Lorsqu'apparaît un œdème du visage, et des douleurs musculaires importantes, le diagnostic sera plus aisément évoqué, surtout si la personne a ingéré de la viande contaminée telle que de la viande de sanglier, de porc ou de gibier.

Le paludisme mérite d'être cité à part. C'est une maladie infectieuse parfois mortelle due à plusieurs espèces de parasites appartenant au genre *Plasmodium*. Le parasite est transmis à l'homme par la piqûre de moustiques infectés du genre *Anopheles*. Chez un sujet non immunisé, le paludisme débute, dans les trente jours après la piqûre de l'anophèle femelle. Le patient va présenter une fièvre souvent accompagnée de maux de tête, de douleurs musculaires à type de courbatures, des symptômes digestifs déroutants comme les vomissements, et des diarrhées et parfois même de la toux. Il faudra être particulièrement vigilant en zone endémique.

CE QU'IL FAUT ENCORE SAVOIR

Les parasites ont une physiopathologie bien particulière en rapport avec le cycle du parasite.

Pour la réalisation d'un cycle infestant, il faut que le parasite dispose d'un réservoir humain ou animal, qu'il y ait dans certains cas des hôtes intermédiaires (on parlera alors d'un cycle indirect). Les conditions géographiques, climatiques, environnementales et éthologiques doivent être favorables. Quant à la pathogénicité du parasite, elle dépend de la résistance du sujet infecté, de son état éventuel d'immunodépression, de son âge et des maladies associées.

On aura aisément reconnu parmi les parasitoses celles qui sont cosmopolites (ascaridiose, oxyurose, trichocéphalose, tœniasis, trichinellose, distomatose, échinococcose, giardiose, cryptosporidiose, microsporidiose, leishmaniose, toxoplasmose) et celles que l'on rencontre dans des régions tropicales (ankylostomose, anguillulose, schistosomose, filarioses, amœbose, cyclospore, trypanosomose, paludisme).

Leur prévalence varie de quelques rares cas à une fréquence plus grande pouvant toucher par exemple 80 % des enfants (oxyurose) en passant par 5 % de la population pour les giardiases et les tœniasis.

Les parasitoses sont le plus souvent bénignes et non mortelles dans les pays européens contrairement à une mortalité et une morbidité importantes des

grandes parasitoses tropicales.

Les maladies parasitaires sont transmissibles, mais non contagieuses d'homme à homme. Elles ne sont pas immunisantes, ce qui explique les possibles réinfestations.

Les traitements actuels sont efficaces en général en cure unique, la prophylaxie repose sur les mesures hygiéniques et la lutte contre les vecteurs.

DERNIÈRE MINUTE

Si le corps humain peut abriter presque 300 espèces de vers appelés helminthes et plus de 70 espèces de protozoaires, on estime à 90 environ le nombre d'espèces pouvant être pathogènes.

On a cru récemment découvrir une nouvelle espèce, inconnue jusque-là. Un chercheur russe en 2006 présenta pour la première fois une nouvelle variété de « parasites » intestinaux tout à fait troublants.

Sa description est restée quasiment méconnue jusqu'en 2013, date à laquelle la même équipe médicale va publier dans une revue internationale un article sur un « *rope worm* », autrement dit le ver « corde » que j'appellerais volontiers le ver « paquet de ficelles ».

Il y a un peu plus d'un an, j'ai reçu en consultation une femme de 70 ans dans un état d'excitation important qui me montrait des photographies de ce qu'elle trouvait dans ses selles. Elle était persuadée qu'il s'agissait de parasites. Je n'avais jamais vu de telles choses, j'étais dubitatif et pour moi il ne pouvait pas s'agir de vers.

Ayant toujours l'habitude de croire ce que disent les malades, je n'ai pas voulu abonder dans le sens d'une parasitophobie, c'est-à-dire d'un trouble psychiatrique au cours duquel on se sent envahi par des parasites.

J'ai effectué des recherches, mais je n'ai pas trouvé de documents signalant de telles structures retrouvées dans les selles. Il s'agissait de sorte de longues glaires de couleur brune très hétérogènes lorsqu'on les regarde en gros plan. Le comportement affolé de la patiente, son empressement à vouloir recevoir un énième traitement antiparasitaire m'ont pour finir convaincu qu'elle pouvait être atteinte de la maladie d'Ekbom, c'est-à-dire de ce trouble psychiatrique appelé parasitophobie.

Ce n'est qu'après avoir lu accidentellement un article publié en 2021 comportant des photographies de ces longs parasites de couleur brune, d'une longueur de 15 à 40 cm que je me suis souvenu de cette patiente que je cherche à recontacter.

De quoi s'agit-il ?

Depuis quelques années, on a vu fleurir des instituts tout d'abord en Suisse puis maintenant en France, qui réalisent des lavements du côlon. De très nombreuses personnes souffrent en effet de douleurs abdominales chroniques et pensent qu'un lavement qui ira irriguer non seulement le côlon, mais aussi l'intestin grêle pourrait les soulager. Il est vrai qu'initialement ces « parasites » ont été découverts chez des personnes qui faisaient des lavements du côlon avec du café. Ces « parasites » de couleur brune similaire à celle des fèces auraient une odeur rebutante. Pendant longtemps, on a pensé qu'il s'agissait d'un ensemble de débris alimentaires mélangés à du mucus intestinal réalisant ces fibres enlacées formant comme un ensemble de ficelles ou de cordes torsadées attachées aux intestins par des ventouses ou des têtes. Ce drôle de « parasite » utiliserait des bulles pour sa propulsion en créant une succion pour s'attacher à la paroi intestinale. C'est cela qui l'empêcherait d'être éliminé avec les selles pendant la défécation. Ces structures se tordent comme un tire-bouchon, et peuvent obstruer l'intestin. Ce parasite qui ressemble à des fibres entourées de mucus ne peut être comparé à un ver rond tel un ascaris, ni même à un ver plat tel un tænia. Ce ver serait à l'origine de prise ou perte de poids, d'allergies alimentaires, de rhume, de toux, de dorsalgies, d'éruptions cutanées, de céphalées, de dyspepsie, de perte de cheveux.

Depuis la description initiale, plusieurs milliers de cas d'infections par le ver corde ont été signalés partout dans le monde.

Les stades adultes vivent dans le tractus gastro-intestinal humain et sont anaérobies, ce qui signifie qu'ils vivent en l'absence d'oxygène.

Ils se déplacent à l'intérieur du corps en libérant des bulles de gaz. Jusqu'à il y a peu, nous ne savions pas encore s'il s'agissait véritablement d'organismes faits de cellules d'origine parasitaire. Pendant les premières années de sa description, on a pensé qu'il s'agissait d'une accumulation de mucus intestinal et autres débris, notamment en raison de la découverte d'ADN humain.

Aujourd'hui, force est de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un nouveau parasite, mais de structures intestinales qui se sont détachées et qui sont éliminées. Très

certainement, elles correspondent à une pathologie de la muqueuse intestinale que l'on ne connaît pas encore.

LES ANALYSES

Imaginons un échange patient-médecin :

— Mais je dois vous dire que, les vers, je n'en ai pas, mon docteur m'a fait des analyses et elles étaient toutes négatives.

— De quelles analyses s'agissait-il ? Analyse des selles ?

— Oui, on m'a effectué une recherche de parasites dans les selles qui était négative, et même, on m'a fait aussi une analyse de sang qui était, elle aussi, négative.

Voici pratiquement la preuve, en étant un peu provocateur, qu'il y a bien des parasites !

L'absence de parasites ici signifie présence de parasites ! Oh là là, incompréhensible, difficile à croire...

— Mais alors, il reste la prise de sang, docteur, sur ma prise de sang, regardez, il est marqué « résultat négatif : cinq unités », seuil égal quinze !

Ainsi, tant que vous n'avez pas un taux d'anticorps de quinze unités, le laboratoire considère que ce résultat est négatif. Mais comment pourriez-vous produire des anticorps, même à des taux faibles, sans qu'il y ait la présence du parasite ?

Que signifie cette valeur de quinze qui concerne le seuil ? Eh bien les premiers biologistes à s'intéresser à la question ont cru faire preuve d'intelligence et de bon sens en se disant : — *Si les anticorps (qui réagissent à un fragment de ver) que je trouve dans le sang du malade signifient bien la présence d'un parasite, je voudrais m'assurer que ces anticorps ne se dirigent pas, par exemple, sur le virus de la grippe ou vers une bactérie. Pour en avoir le cœur net, que vais-je faire ? Je vais vérifier que le malade chez qui je trouve des anticorps est bien porteur de parasites. Et pour cela je vais faire une analyse de selles !*

QUELLES RECHERCHES DOIVENT ÊTRE FAITES POUR CONFIRMER LA PRÉSENCE D'UN PARASITE ?

En médecine, il n'est pas obligatoire de détenir une preuve pour traiter.

On entend souvent par preuve un test biologique ou un test radiologique.

Or la sémiologie médicale, c'est-à-dire les signes présentés par un malade, sont souvent suffisants pour proposer un traitement.

Car il faut savoir qu'il existe en biologie, ce que l'on appelle les faux négatifs : des tests qui sont négatifs et qui pour autant n'écartent pas le diagnostic. Par exemple, si vous allez au bord d'un lac pêcher des poissons, ce n'est pas parce que vous êtes rentré bredouille que vous déduirez qu'il n'y a pas de poisson dans ce lac.

On lit habituellement que la recherche de parasites « standards » dans les selles est le plus souvent suffisante pour détecter la majorité des protozoaires et helminthes.

En réalité, ces examens sont bien souvent négatifs, malgré l'examen microscopique des selles et la recherche de kystes ou de micro-organismes.

Ainsi, ce n'est pas parce que la recherche de parasites dans les selles est négative, qu'il n'y a pas de parasites dans l'intestin. Car il faut savoir qu'il n'est pas facile de trouver des œufs de parasites ou des parasites de quelques dixièmes de millimètres au sein des matières fécales. De plus, rien ne dit que les parasites se trouveront dans les selles alors qu'ils adhèrent à la muqueuse intestinale.

On peut en revanche trouver dans l'analyse des selles des marqueurs de la maladie inflammatoire intestinale, sur laquelle les parasites vont s'installer. On peut observer la présence de certains « microbes » comme *Blastocystis*. *Blastocystis hominis* est un protozoaire intestinal, dont la présence est un marqueur d'agents infectieux pathogènes non détectés dans les examens de selles et sensibles au traitement de métronidazole.

QUE DOIT-ON PENSER DE LA SÉROLOGIE ?

Il s'agit de la recherche d'anticorps dirigés contre certains parasites. Il n'existe pas en routine de test sérologique pour diagnostiquer tel ou tel nématode comme trichocéphale, bothriocéphale, etc. En revanche, il existe une sérologie pour dépister ascaris, en imaginant qu'il y a des réactions croisées avec les autres nématodes de la même famille.

Il s'agit soit de la recherche d'immunoglobulines G, soit de la recherche d'immunoglobulines E. La complexité, c'est que parmi les réponses immunitaires

humorales (c'est-à-dire avec des anticorps), chaque personne produira préférentiellement tel type d'anticorps ou tel autre.

On peut même imaginer que certaines personnes ne soient pas capables de fabriquer des anticorps contre un agent envahisseur. Et on ne sait pas mesurer une réponse immunitaire cellulaire faisant intervenir les lymphocytes contre ces parasites.

La négativité d'un tel sérodiagnostic n'exclut donc pas le diagnostic.

Il faut aussi observer que les laboratoires ont mis un seuil de positivité en dessous duquel ils considèrent que le test est négatif. Il est vraisemblable que ce seuil a été proposé en relation avec un Gold Standard qui n'était certainement pas le bon s'il s'agissait de la présence de parasites dans les selles.

À mon sens, il vaut mieux traiter sur des arguments cliniques et observer l'efficacité du traitement sur les symptômes, ce qui confirmera le diagnostic, plutôt que de s'acharner à vouloir trouver à tout prix le parasite dans des analyses.

CE N'EST PAS PARCE QUE VOS RÉSULTATS SONT NÉGATIFS QUE VOUS N'AVEZ PAS DE PARASITES

En médecine, lorsqu'une recherche est négative, cela ne veut pas dire que ce que vous recherchez n'existe pas. Ainsi, si vous allez pêcher dans le lac avec un fil et un hameçon, il est vraisemblable que vous ne ramènerez pas de poisson. Allez vous en déduire qu'il n'y a pas de poissons dans ce lac ? Pendant des dizaines d'années, on s'est évertué à chercher des vers ou des traces de leur présence (larves, œuf) dans les selles, sans jamais se poser la question suivante : que feraient des vers sur vos matières fécales ? Peut-on être sûr qu'ils ne sont pas dans l'intestin sous prétexte qu'on ne les voit pas ?

C'est ainsi qu'il a fallu attendre 2015 pour qu'on démontre enfin que la recherche de parasites dans les selles était négative à 90 % chez des personnes pourtant infestées. En réalité, cet examen n'a pas d'autre utilité que celle de connaître le nom du parasite dans le cas éventuel où on aurait la chance de le découvrir. Combien de malades ont souffert de démangeaisons anales durant des années sans que jamais on leur ait donné un médicament antiparasitaire, simplement parce que leurs analyses des selles étaient négatives ! Pour établir la présence d'un parasite dans un organisme, il y a l'histoire clinique, des arguments

cliniques et aussi parfois un sérodiagnostic qui relèvera dans le sang des anticorps dirigés contre des protéines du ver.

On remarquera que les laboratoires dosent les anticorps fort improbables que l'on appelle les immunoglobulines G, alors que notre système immunitaire, en présence d'un parasite, devrait réagir, si l'on en croit nos cours de parasitologie et d'immunologie clinique, le plus souvent en fabriquant non pas des immunoglobulines G, mais des immunoglobulines E. Curieuse façon donc de rechercher des anticorps de parasites que de doser les immunoglobulines G ! Il y a donc tout lieu de penser que même en présence de parasites abondants, la quantité d'anticorps de cette famille « G » sera faible.

En matière de sérologie parasitaire, il faut considérer que le moindre taux d'anticorps décelé permet de conclure à une réaction immunologique développée après le contact d'un parasite avec un tissu, ici le tissu intestinal. Les seuils à partir desquels la sérologie serait considérée comme positive ne sont pas valides, car l'expérience prouve qu'avec des taux d'anticorps faible, voire la négativité de ce genre de sérodiagnostic, le traitement antiparasitaire sera efficace s'il est prescrit en regard de symptômes cliniques compatibles.

La détermination de ces seuils est basée sur des critères souvent biologiques qui ne sont pas les bons, comme notamment la présence des parasites dans les selles, alors que nous l'avons vu, cette présence est plutôt exceptionnelle.

Petit commentaire concernant l'annotation inscrite à côté d'un résultat biologique.

Il est plutôt inhabituel de voir écrit explicitement « positif » ou « négatif » à côté d'un résultat biologique. Car le résultat peut être considéré comme pertinent, intéressant et positif pour certaines catégories de maladies, et négatif pour d'autres. Or cette annotation est voulue par le COFRAC (Comité français d'accréditation), organisme de référence, association chargée de délivrer les accréditations aux organismes intervenant dans l'évaluation de la conformité en France. Les accréditations sont gérées par des sections spécialisées dont une qui intervient dans le cadre de l'agrément des bonnes pratiques d'expérimentation (BPE) et des bonnes pratiques de laboratoire (BPL) avec notamment une section *santé humaine* créée en 2010 pour prendre en charge l'accréditation de tout ce qui touche à la santé et au secteur médical, avec en premier lieu les laboratoires de biologie médicale, pour lesquels l'accréditation est obligatoire.

On le voit, il n'y a pas moyen de faire enlever cette mention « négatif » à côté d'un taux d'anticorps pourtant suffisant pour poser le diagnostic de la maladie.

Il faut aussi savoir que lorsque le médecin prescrit une sérologie « ascaris », il entend déceler toute sorte de parasites appartenant à la famille des ascaridés, ces vers appartenant à la même famille des nématodes ont en commun des structures que l'on appelle des antigènes, contre lesquels les anticorps sont, dans un premier temps, produits puis dirigés.

Et donc forcément chacun de ces parasites n'a pas exactement les mêmes antigènes à sa surface. Cela explique aussi les taux faibles d'une sérologie.

Combien de malades souffrant de démangeaisons, de cystites, de mycoses, d'urticaire... gardent leurs vers dans l'intestin parce que les deux examens qu'a demandés le médecin étaient soi-disant négatifs alors qu'il eût fallu, tout simplement, traiter le malade et s'apercevoir qu'en moins de huit jours il allait guérir.

Dans cette famille de parasites, plusieurs vers sont inquiétants parce qu'ils peuvent être à l'origine de décès. Tout d'abord, l'ascaris, que nous venons de prendre pour type de description, ce ver, dont le parcours dans le corps humain est particulièrement étonnant, l'organisme se contaminant par ingestion des œufs d'ascaris. Une fois ingérés, les œufs d'ascaris éclosent et libèrent les larves dans l'intestin. Les larves traversent la paroi de l'intestin grêle avant d'être transportées par les vaisseaux lymphatiques et sanguins jusqu'aux poumons. Les larves ressortent par les bronches pour remonter dans la gorge et redescendre dans l'estomac et recontaminer l'intestin, lieu final de la maturation de la larve en adulte. Plusieurs malades m'ont raconté avoir évacué un ascaris par la bouche au moment où il remontait des bronches par la trachée en vue de redescendre par le pharynx dans l'œsophage et le tube digestif. Imaginez-vous recueillir dans vos mains cet asticot gluant blanc rosé de 15 à 50 cm de long, ondulant ! Pendant son cycle, il va être responsable de manifestations O.R.L. à titre d'éternuements, de rhinites puis de bronchites pour ensuite donner des symptômes digestifs, cutanés ou autres.

C'est pourquoi il est toujours important d'avoir une chronologie précise des symptômes. Vous comprendrez ainsi qu'il est absolument nécessaire de garder toujours toutes vos prises de sang parce qu'il s'avère que si l'une d'entre elles a été faite au moment où vous aviez le nez qui coule ou que vous faisiez cette bronchite induite par le passage de ce parasite, vous pourrez alors constater l'augmentation

du nombre de certaines cellules parmi la lignée des globules blancs que l'on appelle les éosinophiles. Mais lorsque vous consulterez, trois ans plus tard pour une urticaire, les éosinophiles ne seront plus augmentés, ils auront certainement un taux normal, ils se seront normalisés. Ce phénomène est connu sous le terme de courbe de Lavier. Les parasites sont susceptibles de susciter plusieurs fois une courbe de Lavier.

Si toutefois le médecin pouvait avoir connaissance de toutes les prises de sang antérieures qui comportent un comptage des éosinophiles (globules blancs particuliers figurant sur la numération formule), il pourrait connaître avec une relative précision la date de l'infestation. On connaît en effet le délai entre l'infestation et le pic maximal des éosinophiles.

Ainsi, pour l'ascaris il est de 20 jours, pour le trichocéphale de 25 jours, pour l'anguillule et pour le bothriocéphale de 40 jours, pour le tænia de 60 jours, pour l'ankylostome de 80 jours, pour la grande douve de 90 jours, et pour la bilharziose de 60 jours.

LES TROIS PROBLÈMES AVEC LA PRISE DE SANG

Le premier problème, c'est que cette analyse n'est pas spécifique : on recherche des anticorps dirigés contre des protéines que l'on espère être universelles, potentiellement présentes sur toutes les familles de vers ronds, alors que ce n'est pas toujours le cas.

Le deuxième problème est qu'on ne cible pas toujours les bons anticorps. La plupart du temps, on teste les anticorps dits immunoglobulines G. Or la réponse immunologique de l'organisme contre les vers repose souvent sur la production d'immunoglobulines E. C'est du moins ce que l'on croyait. Mais on s'aperçoit désormais que le mode de réaction immunitaire est pluriel, avec une réponse cellulaire, une réponse humorale avec des anticorps de type IgG ou des anticorps de type IgA ou encore de nature IgE.

Troisièmement, il y a des patients qui ne produisent aucun anticorps alors qu'ils sont infectés. Et vous imaginez bien que ce sont vraisemblablement des personnes plus gravement atteintes ! Et dernièrement, si l'on a la chance de découvrir chez vous des anticorps IgG contre les « ascaris », vous pourrez lire par exemple dans le commentaire du résultat : « sept unités : résultat négatif ! seuil de quinze ». Ainsi, tant que vous n'avez pas un taux d'anticorps de quinze unités, le laboratoire

considère à tort que ce résultat est négatif. Mais comment pourriez-vous produire des anticorps, même à des taux faibles, sans qu'il y ait la présence du parasite ?

POURQUOI VOUS FAUT-IL CONSERVER TOUTES VOS PRISES DE SANG,
Y COMPRIS CELLES D'IL Y A VINGT ANS ?

Pour détecter un parasite, il est parfois nécessaire d'analyser toutes vos analyses sanguines, y compris celles qui datent de plus de vingt années. Je vois parfois arriver en consultation des malades, tenant en main leur dernière prise de sang. Ce qu'ils ignorent, c'est que les indicateurs biologiques font partie intégrante de qui vous êtes, au même titre que la couleur de vos yeux, l'aspect de votre chevelure ou votre taille. Vos cheveux peuvent être différents d'un jour à l'autre : plus ou moins bouclés, plus ou moins secs, en fonction de la saison, de votre cycle menstruel, etc. Mais derrière ces modifications subtiles, demeure l'aspect général qui fait que l'on vous reconnaîtra, quelle que soit la coiffure de votre chevelure. Eh bien, c'est pareil avec vos analyses sanguines ! Si le nombre de vos globules blancs peut varier au cours du temps ou si vous tombez malade, vous avez cependant une vraie typologie en termes de globules blancs que votre médecin est capable de constater.

Mais comment un médecin peut-il connaître votre vraie « nature » – en termes de globules blancs – s'il n'a pas les prises de sang antérieures ? Il faut parfois remonter très loin dans le passé pour connaître votre statut et observer des variations sur plusieurs années. L'évolution de vos globules blancs décrira une courbe particulière qui peut être très significative, notamment si l'on s'intéresse au nombre des polynucléaires éosinophiles. Ainsi, si je constate qu'il y a douze ans, votre taux de ce type de globules blancs particuliers a augmenté avant de diminuer et ensuite de se stabiliser, bien qu'il demeure dans le cadre des valeurs dites « normales », cela peut révéler que vous avez bien attrapé un parasite à cette époque. Mais où étiez-vous alors ? En France ou à l'étranger ? Un interrogatoire détaillé nous permettra alors de déduire quel type d'helminthes vous a infecté. Vous comprenez donc désormais pour quelles raisons votre médecin doit prendre connaissance de toutes vos prises de sang du passé, et ce, à chaque nouvelle consultation.

MÉTHODES DIAGNOSTIQUES DIRECTES DES PRINCIPALES PARASITOSE

Il existe pour la plupart des parasites des moyens indirects d'envisager le diagnostic, comme :

- l'observation à plusieurs reprises au cours du temps (parfois des cinquante dernières années) d'un nombre de polynucléaires éosinophiles élevé de façon intermittente,
- des taux élevés d'immunoglobulines E,
- une sérologie IgE avec des taux positifs,
- une sérologie IgG avec des taux positifs : dans ces deux cas, la valeur quantitative du résultat ne doit pas être confrontée aux valeurs dites normales ou positives. Une quelconque valeur suffit à retenir le diagnostic et faire un test thérapeutique,
- le test thérapeutique : dans plusieurs parasitoses, il n'y aura pas de preuve directe, si bien que le médecin convaincu du diagnostic traitera le malade et observera les résultats de traitement.

En fonction de l'agent parasitaire, voici les méthodes diagnostiques :

Entamoeba histolytica (amibiose) : grattage avec une curette ou aspiration au moyen d'une pipette lors d'un examen sigmoïdoscopique, examen après fixation et coloration, ou examen des selles fraîchement recueillies.

Giardia (giardiose, ou lambliaze) : aspiration duodénale ou prélèvement lors de biopsie de l'intestin grêle, ou analyse de selles fraîchement recueillies.

Leishmania (leishmaniose) : ponction de moelle osseuse ou de ganglions ou de foie puis frottis sur lame de verre, avec les colorations de Wright ou Giemsa.

Microfilaires (filarioses) : réalisation d'un frottis fin et épais d'un millilitre de sang anticoagulé et prélevé entre 10 heures et 14 heures pour certaines espèces entre 10 heures et 18 heures pour d'autres. Il est observé des microfilaires.

Enterobius (oxyurose) : recueil dans la zone située autour de l'anus le matin avant toilette ou défécation au moyen d'un adhésif : scotch-test.

Plasmodium (paludisme) : frottis mince et goutte épaisse de sang capillaire prélevé au niveau du lobe de l'oreille ou du doigt. Révélation du parasite après coloration de Wright ou Giemsa.

Schistosoma (bilharziose) : le diagnostic se fait par prélèvement de biopsie rectale, examen anatomopathologique.

Tænias et **nématodes** (tæniases, ascaridiose...) : multiples selles recueillies quotidiennement, avec examen direct ou après fixation dans du formol. Examen peu performant avec de nombreux faux négatifs.

Trichomonase (*trichomonase vaginalis*) : écouvillonnage stérile des sécrétions prostatiques, vaginales ou urétrales.

LE TRAITEMENT DES NÉMATODOSES

Il nous faut donner quelques informations sur les médicaments disponibles pour traiter les maladies parasitaires les plus fréquentes. Bien entendu, cela doit se faire au cours d'une consultation médicale. Votre médecin saura parfaitement quel type de traitement vous convient, sachant que chaque ordonnance est particulière, et propre à chaque malade.

Albendazole est un antiparasitaire à large spectre introduit en 1975 pour le traitement de différents parasites du cheptel. Son utilisation chez l'être humain a été approuvée en 1982.

Mébéndazole est un antiparasitaire lui aussi à large spectre qui a été utilisé chez l'être humain en 1971. Rendez-vous compte, c'est lorsque j'avais environ 10 ans que ce médicament a été disponible pour la première fois.

Ces médicaments sont très mal absorbés par le tractus intestinal, ce qui les rend beaucoup plus intéressants pour traiter les parasitoses internes au tube digestif. Pour une meilleure absorption, ils nécessitent la prise de repas gras. Le taux d'absorption par l'intestin est de 1 à 5 %.

Ces médicaments agissent en bloquant les fonctions des microtubules des parasites et des cellules des mammifères bloquant ainsi la capture du glucose et son transport au sein du parasite. La plupart pour ne pas dire tous les parasites appartenant à la famille des nématodes sont sensibles à ces molécules.

Les trématodes que sont les douves, *clonorchiasis* opisthorchiasis*, ainsi que les cestodes, la cysticercose, le kyste hydatique, l'échinococcose alvéolaire, les ténias intestinaux sont aussi sensibles à ces médicaments.

Ces traitements sont également actifs sur les giardiasis et la trichomonase, sur les microsporidioses et la cryptosporidiose.

Il faut également souligner que ces médicaments suppriment la croissance tumorale *in vitro* et *in vivo* et ont pu être positionnés comme des médicaments anticancéreux. Par exemple, albendazole induit la mort des cellules cancéreuses du cancer du sein. Mébéndazole agirait sur les cellules malignes des mélanomes et

des glioblastomes et il agirait en synergie avec d'autres médicaments anticancéreux.

Ces deux médicaments sont reconnus comme étant « safe » sans effets secondaires significatifs.

On a cependant rapporté des échecs du traitement dans certains cas de nématodoses.

Ascaris. C'est en 1982 que la première étude a été faite avec une dose unique de 400 mg avec un taux de réponse positive de 96 % et un taux de réduction des œufs de 100 %. Si la posologie était réduite de moitié, le taux de réponse était respectivement de 92,3 et 98,3.

C'est ainsi que les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé ont retenu la dose unique de 400 mg. Cette recommandation est restée inchangée jusqu'en 2017 avec des résultats respectivement de 96 et 99 %.

Concernant le mébendazole, c'est en 1971 qu'une dose de 100 à 200 mg deux fois par jour pendant trois à quatre jours consécutifs ou une dose de 100 mg par jour pendant six jours ont établi un taux de succès pour l'ascaris de 100 %. Après des essais à des doses différentes, il a été retenu par l'Organisation mondiale de la santé une dose unique de 500 mg avec un taux de réponse de 96 et 98 % respectivement.

Concernant l'ankylostome, une prise unique de 400 mg par jour a obtenu dans les essais les moins performants un taux de 74 et de 97,5 %, respectivement, et dans le cas d'une prise unique d'albendazole de 400 mg, les résultats vont de 33,3 à 100 %, la mort des parasites est de 30 à 100 % pour les œufs, les différences étant liées au type d'ankylostome et aux particularités du patient.

Avec une dose unique de mébendazole de 500 mg, les taux de réponse sont eux aussi variables.

Trichuriasis. Les taux de réponse pour une dose de 400 mg unique n'étant pas totalement satisfaisants, il a été recommandé de prendre un traitement de trois jours d'albendazole, soit 1 200 mg. Cette durée de trois jours est aussi recommandée pour le mébendazole.

Concernant les ténias, il s'est avéré qu'une dose unique de 400 ou de 800 mg d'albendazole était inefficace et qu'il fallait au minimum un traitement de 1 600 à 3 600 mg au total sur trois jours, des études tablant sur 400 mg par jour pendant trois jours afin d'obtenir un taux de réponse de 75 à 100 %. S'agissant de

mébendazole, la posologie recommandée est au minimum de 500 mg par jour pendant trois jours.

Le praziquantel à la dose unique de 5 à 10 mg par kilo reste le traitement de choix pour les ténias.

On peut déplorer que le niclosamide ne soit plus disponible.

Pour les parasites à forme viscérale, albendazole a été utilisé à la dose de 5 mg par kilo deux fois par jour pendant cinq jours, avec un taux de réponse inférieur à 60 % aux États-Unis. On recommande ainsi 800 mg par jour pendant cinq jours.

Mébendazole nécessite 20 à 25 mg par kilo pendant vingt et un jours.

Le traitement de choix pour la douve humaine est le triclabendazole. Praziquantel s'est avéré inefficace. Albendazole s'est avérée efficace contre la distomatose du bétail et de moutons. Cependant, chez l'homme, le traitement est en général inefficace, sauf dans deux cas traités par 1 200 mg par jour pendant sept jours.

Giardiose. Le traitement de première intention repose sur l'utilisation de protozoocides* de la famille des 5-nitro-imidazolés :

- Métronidazole, FLAGYL® différents schémas posologiques sont possibles (adulte : 500 mg trois fois par jour pendant cinq à dix jours)
- Tinidazole, FASIGYNE® traitement minute (2 g en une seule prise)
- Ornidazole, TIBERAL® traitement minute (1,5 g en une seule prise)
- Secnidazole, SECNOL® traitement minute (30 mg/kg)
- Paromomycine (HUMATIN®) : de la famille des amino-sides (4 g/j pendant deux jours)

En cas d'échec thérapeutique (sans défaut d'observance), il est possible d'utiliser l'albendazole, qui est le chef de file de la famille des benzimidazolés.

La dose recommandée d'albendazole est de 400 mg par jour pendant cinq jours chez les adultes et de 10 mg par kilo pendant cinq jours chez les enfants. Un effet synergique est obtenu avec le métronidazole et avec le secnidazole.

ANNEXE

MES RÉPONSES À QUELQUES QUESTIONS FRÉQUENTES

Pourquoi les parasitoses sont si ignorées ?

Nombreuses sont les personnes qui suspectent une infestation parasitaire et demandent à leur médecin soit la recherche de la présence d'un parasite, soit le traitement systématique.

La parasitologie est enseignée en troisième année de médecine, et n'est pas considérée comme une discipline majeure par rapport aux autres disciplines d'infectiologie que sont la bactériologie et la virologie.

Par ailleurs, les manifestations cliniques ne sont pas décrites de façon exhaustive durant ces cours. En effet, l'enseignant est le plus souvent un biologiste qui n'est en général pas confronté aux malades.

Il ne reste parfois dans l'esprit des médecins qu'une seule notion de la parasitologie : l'existence d'une **hyperéosinophilie**, c'est-à-dire d'un nombre élevé des globules blancs éosinophiles.

Et c'est parfois seulement devant un nombre élevé de ces globules blancs que le médecin envisagera la possibilité d'une maladie parasitaire.

Mais si à ce moment-là le motif de la réalisation de cet examen biologique est sans rapport avec un quelconque problème lié à des parasites (par exemple numération globulaire demandée pour un problème cardiaque), il est vraisemblable que le médecin n'en fera pas cas.

En effet, il est fort à parier qu'au moment de l'observation d'un nombre augmenté des éosinophiles, le patient ne présente pas de signes évocateurs d'une parasitose.

Par exemple, vous pouvez vous rendre en vacances en Martinique, contracter une anguillulose en marchant pieds nus sur la plage, et avoir dans les trois

semaines qui suivent une augmentation des globules blancs éosinophiles à l'occasion d'une prise de sang de routine. À ce moment-là, personne ne s'inquiétera de cette anomalie biologique.

Or, quelques semaines plus tard, vous pourriez développer une toux, sans vous douter que cela vient du cycle entéro-pulmonaire du parasite. Le nombre des éosinophiles pourrait alors être normal dans le sang, alors qu'il serait très certainement augmenté dans les poumons.

En réalité, les polynucléaires éosinophiles suivent ce qu'on appelle la « courbe de Lavier » : une augmentation dans les jours qui suivent l'infestation parasitaire, puis une baisse progressive. Au moment des symptômes (une urticaire par exemple), il n'y a donc généralement plus d'hyperéosinophilie.

Comme il est rare que le médecin consulte les prises de sang précédentes, une cause parasitaire sera ainsi écartée à tort.

Ne devrait-on pas alerter les services du ministère en charge de la santé publique ?

De nombreuses personnes, sensibilisées aux dangers des parasites, suggèrent d'en informer le ministère de la Santé. Je crains malheureusement que cela n'ait pas beaucoup d'impact.

Dans le ministère, les dossiers sont traités par des personnes tout à fait respectables, des fonctionnaires et hauts fonctionnaires qui n'ont pas fait d'études médicales et qui, souvent, pensent que la médecine peut être purement administrative et que tout doit se résoudre par des algorithmes très simples.

Si au sein des administrations en charge de la santé, un seul médecin s'était posé les questions que plusieurs médecins se posent quotidiennement, alors il est clair que des études cliniques seraient lancées, et surtout que des préconisations telles que celles que je fais régulièrement seraient faites.

J'ai eu de l'urticaire sur tout mon corps, avec quel produit je peux me vermifuger ?

Tout d'abord, il faut savoir que l'urticaire a plusieurs causes possibles, et pas seulement parasitaires. Parmi les causes parasitaires, il y en a de nombreuses comme les giardiasis, les helminthiases, sans oublier la toxocarose.

Mais il y a aussi des maladies auto-immunes, et d'autres maladies parfois plus sérieuses.

Mais il faut aussi reconnaître qu'une étude faite il y a quelques années a montré qu'un traitement systématique par un médicament antiparasitaire, administré à des malades souffrant d'urticaire chronique, le faisait disparaître dans 80 % des cas. Cela pose en effet la question d'un traitement systématique administré à tous les patients souffrant d'urticaire chronique.

Enfin, il arrive parfois que le traitement contre les parasites ne fasse pas disparaître l'urticaire (même si la présence de vers a été confirmée).

Cela ne veut pas dire qu'il ne fallait pas le faire, mais cela signifie qu'il va falloir mettre en route une autre approche spécialisée pour le traitement des urticaires ne réagissant pas au traitement antiparasitaire.

Où trouver des spécialistes de parasitologie ?

Il existe deux types de spécialistes en parasitologie.

Les biologistes qui sauront effectuer les meilleures recherches pour mettre en lumière un parasite, et les spécialistes en médecine interne, ou les infectiologues, qui par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'examen attentif de toutes vos prises de sang anciennes et récentes, rechercheront des signes évocateurs de la présence d'un parasite.

Or il faut savoir qu'en matière de parasitologie, tout ce qui est dit ici dans ce livre n'est pas connu même de tous les médecins spécialistes.

GLOSSAIRE

- **Anguillulose** : est le nom donné à la maladie due à plusieurs vers ronds qui vivent dans le sol dans les régions tropicales et qui peuvent contaminer l'être humain.
- **Anisakiase** : anisakidose est une parasitose cosmopolite, observée surtout au Japon (après consommation de sushi et de sashimi), en Scandinavie (foies de cabillaud), aux Pays-Bas (harengs conservés ou maatjes) et le long de la côte Pacifique de l'Amérique du Sud (ceviches).
- **Ankylostome** : l'ankylostomiase (infestation par les ankylostomes) est une infection intestinale due à des vers ronds, responsable d'une éruption cutanée prurigineuse, de problèmes respiratoires et gastro-intestinaux, et même souvent d'une anémie par perte de sang.
- **Ascaris** : l'ascaridiose est une parasitose due à un ver rond, l'ascaris. Ce ver infecte uniquement l'être humain, la contamination se fait par voie digestive. Elle est plus fréquente dans les pays tropicaux.
- **Balanoposthite** : correspond à l'inflammation du gland et du prépuce. Elle est fréquente chez les jeunes enfants. La principale cause de balanoposthite chez l'homme adulte correspond à une macération due à une mauvaise hygiène.
- **Bilharziose** : dans sa forme urogénitale est causée par un parasite, le schistosome*, qui provoque des atteintes du système urinaire : douleurs lors de la miction, sang dans les urines.
- **Bothriocéphale** : maladie parasitaire de l'intestin grêle due à l'infestation par le bothriocéphale *Diphyllbothrium latum* qui est un ténia (ver plat) pouvant atteindre plusieurs mètres de long et se développant dans l'intestin grêle de l'homme et d'autres mammifères (chiens, chats, etc.).
- **Candidoses** : il s'agit de maladies infectieuses le plus souvent cutanéomuqueuses dues à une levure *Candida albicans*.

- **Cyclospore** : est une infection de l'intestin grêle provoquée par le parasite *Cyclospora cayetanensis*.
- **Cystites** : se produisent lorsque des bactéries pénètrent dans l'urètre et dans la vessie, entraînant une inflammation et une infection. Elles se manifestent par des symptômes tels qu'un besoin fréquent d'uriner, ainsi qu'une douleur et une sensation de brûlure à la miction.
- **Demodex follicularis** : est un petit acarien fréquemment retrouvé au niveau de la peau grasse du visage (front, nez, joues, menton) et des cils.
- **Distomatose** : est une parasitose due à des vers plats vivant au contact des épithéliums. Il y a les douves du foie, les douves du poumon et les douves de l'intestin.
- **Douve** : voir distomatose.
- **Échinococcose** : maladie parasitaire provoquée par des ténias du genre *Echinococcus*.
- **Ectoparasite** : est un parasite externe, c'est-à-dire un parasite qui vit sur la surface corporelle d'un être vivant.
- **Embryophore** : membrane ou paroi entourant l'embryon des ténias, formant la partie interne de la coquille de l'œuf.
- **Endozootie** : maladie épidémique qui frappe une ou plusieurs espèces animales dans une région.
- **Filariose** : lorsqu'elle est dite lymphatique, communément appelée éléphantiasis, c'est une maladie tropicale. L'infection se produit lorsque les parasites filaires responsables de la maladie sont transmis à l'être humain par des moustiques.
- **Giardiase (ou giardiose)** : est une parasitose digestive due à un micro-organisme (*lamblia*). Répandue chez les enfants, cette affection peut se développer sans symptômes ou provoquer des troubles digestifs.
- **Gnathostomose** : maladie parasitaire provoquée par l'infestation par un nématode, le gnathostome, petit ver de 2 à 3 cm de long, parasite de l'estomac des carnassiers piscivores (qui mangent du poisson), en particulier du chien, du chat ou de l'homme.
- **Halitose** : mauvaise haleine.
- **Helminthe** : ancien nom vulgarisé synonyme de ver parasite.
- **Hemmage** : raclement plus ou moins bruyant du pharynx ayant pour but de libérer des mucosités qui encombrent le pharynx et le larynx.

- **HPV** : papillomavirus, virus responsable d'une maladie virale qui se transmet par contact direct avec une personne infectée. Il est responsable des verrues et aussi des condylomes. Le papillomavirus est le plus souvent bénin, mais certaines formes peuvent être plus graves et peuvent même causer le cancer lorsqu'il s'agit d'une forme génitale.
- **Hymenolepis nana** : petit ténia intestinal, qui ne mesure que 15 à 40 mm de long et qui est un des cestodes humains les plus fréquents.
- **Hyperéosinophilie** : augmentation en nombre des globules blancs éosinophiles qui peut être due à de nombreuses causes : parasitaires, allergiques, médicamenteuses, mais aussi auto-immunes, cancéreuses, etc.
- **Kyste hydatique** : l'hydatidose ou kyste hydatique est une anthroponose non immunisante provoquée par l'ingestion accidentelle d'œufs d'*Echinococcus granulosus* provenant du chien, hôte définitif habituel du ténia échinocoque.
- **Lamblia** : la giardiose (ou lamblia) est une infection due à un protozoaire présent dans le monde entier et qui constitue l'infection parasitaire intestinale la plus fréquente aux États-Unis. Les protozoaires *Giardia* peuvent développer une coque extérieure (que l'on appelle kyste).
- **Lichen** : il s'agit de l'aspect d'une maladie de peau ayant des caractéristiques particulières. Le terme ne signifie pas qu'il s'agit d'une maladie d'origine infectieuse.
- **Larva migrans** : il s'agit d'une pathologie due au déplacement de larves de nématodes (ankylostome par exemple) dans un tissu, qui dans la peau réalise le syndrome de *Larva migrans* cutané.
- **Malassezia** : ce sont des champignons unicellulaires de petite taille (2 à 7 µm), hôtes habituels de la peau du chien, du chat et de l'être humain.
- **Microsporidiose** : est une infection due à des microsporidies. La maladie symptomatique se développe préférentiellement au cours du SIDA.
- **Mycoses** : sont des infections le plus souvent de la peau, dues à des champignons (infections fongiques), en général sans gravité.
- **Nématodes** : sont des **vers ronds non segmentés** majoritairement de couleur claire, le plus souvent de petite taille (de 0,1 à 2,5 mm de long).
- **Opisthorchiase** : est une infection par *Opisthorchis viverrini* (douve du foie du Sud-Est asiatique) ou *O. felinus* (douve du foie du chat), que l'on contracte en mangeant des poissons infectés crus ou insuffisamment cuits.

- **Oxyurose** : est une parasitose strictement humaine, plus fréquente chez l'enfant. Elle est due à un ver intestinal, l'oxyure, qui se transmet par voie digestive.
- **Papillomavirus** : voir HPV.
- **Paraténique** : un **hôte paraténique** est similaire à un hôte intermédiaire, dont la présence peut être nécessaire à l'achèvement du cycle de vie d'un parasite.
- **Pédiculose** : c'est une infestation parasitaire du cuir chevelu causée par le pou de tête (*Pediculus humanus capitis*). Le pou de tête est un insecte dépourvu d'ailes et se nourrissant de sang. À l'âge adulte, il mesure entre 2 et 4 mm.
- **Plathelminthes** : ils sont appelés en français vers plats ou platodes.
- **Protozoaires** : ce sont de petits organismes, approchant le millimètre, qui existent sous forme de cellules solitaires ou de colonies de cellules.
- **Protozoocide** : produit pharmacologique qui détruit les protozoaires.
- **Prurit** : est le synonyme de démangeaisons de la peau. Il se définit comme une sensation désagréable qui entraîne le besoin de se gratter.
- **Scabiose** : est encore appelée gale. C'est une maladie contagieuse de la peau affectant l'homme et causée par les sarcoptes. À peine visibles à l'œil nu, les sarcoptes mesurent de 0,3 à 0,5 mm.
- **Schistosome** : les schistosomes (*Schistosoma*) sont des vers plats parasites de l'homme et des animaux. Ils sont responsables des bilharzioses.
- **Tænia** : ils désignent des vers plats ou plathelminthes, qui appartiennent au genre *Taenia*. Ils se présentent comme de longs vers rubanés et segmentés, hermaphrodites, parasites du tube digestif des vertébrés.
- **Toxocara canis** : c'est le parasite de la toxocarose, qui est une infection humaine due à un nématode.
- **Trématodes** : ce sont des plathelminthes, c'est-à-dire des vers parasites plats (par exemple la douve), qui infestent en fonction des espèces, les vaisseaux, l'appareil digestif, les poumons ou le foie.
- **Trichinellose** : aussi appelée trichinose, est une maladie que l'on contracte en mangeant de la viande crue ou insuffisamment cuite provenant d'animaux infectés par un nématode, présent chez le gibier ou le porc.
- **Trichocéphale** : c'est une affection intestinale due au ver rond *Trichuris trichiura*. La contamination se fait par consommation d'aliments contaminés par de la terre contenant des œufs de trichocéphales ou par ingestion d'œufs après un contact avec un sol contaminé.

- **Trichomonase** : maladie parasitaire bénigne des organes génitaux externes due à un protozoaire.
- **Trypanosomose** : dans sa forme africaine, elle est appelée maladie du sommeil. C'est une maladie transmise par une mouche tsé-tsé infectée, que l'on trouve dans certaines régions rurales de l'Afrique subsaharienne.
- **Vermifugation** : cela consiste à l'administration d'un vermifuge à l'occasion d'une consultation vétérinaire ou médicale. C'est en réalité un médicament antiparasitaire qui sert à détruire ou à expulser les vers de l'intestin.
- **Xérose** : elle désigne une peau très sèche et qui tiraille.

À PROPOS DE L'AUTEUR

Le Pr Philippe Humbert est un médecin hors pair qui fut un des plus jeunes professeurs de France. Il choisit la dermatologie comme spécialité et il devint concomitamment un des spécialistes en médecine interne les plus reconnus. Son savoir-faire dans l'interprétation des examens biologiques, sa connaissance toujours actualisée des pathologies font de lui un des médecins les plus recherchés tant en France qu'à l'étranger. C'est un des premiers à avoir attiré l'attention de la communauté médicale sur le rôle prépondérant de certaines maladies parasitaires dans le déclenchement et la pérennisation de maladies chroniques. Il est connu pour son humanisme, sa générosité, et l'étendue de ses connaissances dans le vaste domaine de la médecine et de la biologie. Il a créé le centre hospitalo-universitaire d'études et de recherche sur le tégument (CERT), ainsi que le laboratoire de biologie cutanée focalisant ses recherches principalement sur le fibroblaste, cellule impliquée dans le vieillissement de la peau, laboratoires qui ont formé tant de chercheurs français et étrangers.

Il a souvent été pionnier dans l'approche des maladies. Sur le plan médical et scientifique, il est l'auteur de plusieurs centaines d'articles et de plusieurs livres d'audience internationale.