

## “Jeux de mains...” de Marc Ferrante : le point de vue du radiologue

1895, année de la découverte des rayons X, marque le début de l'imagerie médicale. Les travaux de Röntgen suscitent d'emblée un intérêt énorme chez les médecins et dans la population. Pour la 1ère fois, il est possible de voir in vivo l'intérieur du corps. Les revues de l'époque popularisent rapidement, et tout au long des années qui suivent, ces images d'os, crâne, membres ou colonne vertébrale. Cela fut d'autant plus facile qu'il y avait similitude avec l'image de notre représentation culturelle de la mort.

La radiographie standard a peu évoluée depuis 100 ans. Bien sûr, les améliorations furent nombreuses (qualité, vitesse d'obtention du cliché pour interprétation par le radiologue, dose de rayonnement nécessaire), mais même numérique, c'est toujours la même image.

Depuis, d'autres techniques sont apparues, utilisant les ultrasons ou les champs magnétiques, ou couplant les rayons X à l'informatique avec le scanner. Elles ont permis aux médecins d'accéder à une anatomie plus détaillée, mais pour le patient, elles ont renforcées l'impression d'inconnu.

D'autres sentiments peuvent d'ailleurs se mêler ; le non-spécialiste, devant la nature incompréhensible de l'image médicale, confère au radiologue une dimension presque magique. Dans son esprit, voir à travers le corps, visualiser les organes internes, c'est tout voir, et donc tout savoir. Ou encore tout est dans l'image. La croyance en la toute puissance de la radiologie est forte. Les médias montrent régulièrement ce que peuvent apporter nos machines. Lorsque l'on découvre à la télévision l'évolution d'un fœtus depuis les toutes premières semaines de vie jusqu'à la naissance, comme si l'on était à ses côtés dans le ventre maternel, comment d'ailleurs ne pas y croire ?

Cette volonté de savoir explique que la découverte de l'existence de limites dans les possibilités diagnostiques soit source de frustration ; frustration motivant parfois des plaintes qui aboutissent rarement devant la justice.

Parfois au contraire l'image traumatise, de part ce qu'elle montre, par exemple un cancer, parce qu'elle remet en question la représentation corporelle que le patient se fait de lui-même, ou encore de part un sentiment de « violation » de son intimité et de sa chair. Elle génère de l'angoisse. Ceci est vrai même en-dehors d'un contexte de maladie, dans le domaine par exemple de l'échographie obstétricale où le patient n'est pas la femme enceinte mais le fœtus qu'elle porte : images en noir et blanc, parcellaires, anatomiques, qui ne ressemblent en rien à un bébé, très loin de l'enfant imaginé. Pour les futurs parents, l'échographie 3D peut parvenir à supprimer ces craintes, en reconstituant un visage, une main sous une forme connue, et même à créer une véritable pulsion scopique, comme le montrent la lecture de certains forum.

...

Autre élément, l'image vient s'interposer entre le radiologue et le patient. Elle constitue l'objet de son intérêt, au détriment du patient qui en quelque sorte disparaît derrière elle. Ce dernier vit souvent mal cette perte de contact humain, cette dissociation imposée entre ce corps malade et ce corps « objectif » appréhendé par les machines, à l'origine de la notion de médecine technicienne et déshumanisée. Mais à l'inverse, le patient ne comprendrait pas que son médecin traitant ne lui prescrive pas ces examens complémentaires dont il attend son salut.

En fait, il faut plutôt considérer une relation triangulaire dans laquelle le radiologue et ses images s'interposeraient entre le clinicien et le malade. On ne nous a accordé pendant très longtemps qu'un rôle de prestataire de services. Les choses ont changé avec l'avènement de l'échographie, du scanner et de l'IRM. La valeur ajoutée du radiologue dans la prise en charge du patient est reconnue, notamment au travers des réunions de concertation pluridisciplinaires et des consultations d'annonce en cancérologie et médecine fœtale, pour le plus grand bénéfice du malade.

Dans cette évolution, il faut citer aussi la télémédecine, dont la télé-imagerie est une composante essentielle, et qui s'est développée depuis quelques années dans les pays occidentaux, mais encore peu en France. Elle permet une consultation ou l'interprétation d'un examen à distance du patient, mais pose un certain nombre de problèmes, éthiques et économiques. A commencer par le respect du secret médical, obligatoirement partagé avec le « télé » médecin. Et les rapports radiologue-patient se distancient et se déshumanisent encore un peu plus !

La radiologie est donc devenue une spécialité hyper technique, passionnante. Notre travail est celui du chercheur qui doit comprendre la cause d'un trouble, d'un symptôme ou d'une douleur. Le radiologue s'efforce de repérer dans l'image les indices d'une lésion, une anomalie souvent subtile, responsable d'une douleur, d'une toux, d'un gonflement articulaire... Pour cela, il utilise ses yeux, entraînés à débusquer toute variante par rapport à la normale, sa connaissance de l'anatomie et des apports respectifs de chacune des techniques d'imagerie, son expérience (sa bibliothèque mentale d'images). Exercice difficile car le malade veut savoir pourquoi, attend un nom, une maladie. Or, en dehors de cas très particuliers, la radiologie seule ne donne pas le diagnostic. Elle doit en effet toujours être confrontée à l'interrogatoire et à l'examen physique du patient (inspection, palpation, auscultation). L'imagerie médicale reste un examen complémentaire, au même titre que la biologie car nous ne soignons pas des images, mais l'homme, la femme ou l'enfant à qui elles appartiennent.

Et la radiographie standard, celle de Röntgen, malgré cette extraordinaire évolution, garde toute sa place dans l'arsenal du radiologue et de l'exploration du corps humain.

Dr Philippe Bassnagel, Radiologue