

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine



ANNEE 1994

THESE N°

101  
1

**LE ZONA  
EN MEDECINE RURALE  
CREUSOISE**

**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**



*présentée et soutenue publiquement le 11 janvier 1994*

par

**Pascal PONSIN**

né à Paris le 28 novembre 1961

**EXAMINATEURS de la THESE**

Monsieur le Professeur PIVA Claude .....	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BONNETBLANC Jean-Marie .....	JUGE
Monsieur le Professeur DUMONT Daniel .....	JUGE
Monsieur le Docteur MOULIN Jean-Louis .....	JUGE
Monsieur le Docteur AUFAURE Jean-Pierre .....	MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur NOUAILLE Yves .....	MEMBRE INVITE

ex: 3

Silil:

LE ZONA

EN

MEDICINE

RURALE

CREUSOISE

UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE

\*\*\*\*\*

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD  
ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA  
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

\* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophthalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et informatique médicale
BRETON Jean- Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DARDE Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique

LABADIE Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie et Transfusion
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
PERDRISOT Rémy	Biophysique et traitement de l'image
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
PRALORAN Vincent	Hématologie et transfusion
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
ROUSSEAU Jacques	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique et Traitement de l'image
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A Elodie, ma femme

A Alphée, Charles et Louis,  
mes enfants

en hommage à leur amour.

A Monsieur le Professeur PIVA Claude,  
médecine légale, médecin des hôpitaux, chef de service,  
en témoignage de ma respectueuse gratitude et de l'excellent  
souvenir du stage effectué dans son service.

A Monsieur le Professeur BONNETBLANC Jean-Marie,  
dermatologie, médecin des hôpitaux, chef de service,  
avec reconnaissance pour ses conseils judicieux et ses  
encouragements.

A Monsieur le Professeur DUMONT Daniel,  
médecine du travail, médecin des hôpitaux,  
pour avoir su orienter avec efficacité notre travail de terrain  
et la façon de le présenter.

A Monsieur le Docteur MOULIN Jean-Louis,  
Professeur associé,  
pour son soutien et ses conseils éclairés.

A Monsieur le Docteur NOUAILLE Yves,  
médecin des hôpitaux,  
pour son extrême gentillesse, sa disponibilité et son aide  
précieuse.

*A Monsieur le Docteur AUFURE Jean-Pierre,*

*pour avoir accepté, en nous consacrant beaucoup de son temps,  
de diriger ce travail.*

*pour avoir su, dans un contexte particulier, être éminemment  
sociologue;*

*enfin, pour la qualité de son enseignement lors de notre stage  
dans son service.*

*A tous les médecins généralistes qui ont répondu avec diligence  
et précision à notre questionnaire.*

P L A N

---

P L A N

I N T R O D U C T I O N

P R O L O G U E

P R E M I E R E P A R T I E : Z O N A E T G U E R I S S E U R S

---

- I MODE DE PENSEE DES GUERISSEURS
- II LA PLACE DU GUERISSEUR FACE A LA RELIGION
- III LES RAISONS QUI CONDUISENT LE PATIENT CHEZ LE  
"PANSEUR DU SECRET."
- IV LE DON ET SA TRANSMISSION
- V LA PRATIQUE DES GUERISSEURS
- VI RESULTATS ET DISCUSSION

DEUXIEME PARTIE : ZONAS ET MEDECINE SCIENTIFIQUE

---

I M P L A N T A T I O N

- I HISTORIQUE
- II DESCRIPTION
- III VARIETES TOPOGRAPHIQUES

D O U L E U R

- I HISTORIQUE
- II PIEGES

E R U P T I O N

- I NOSOLOGIE
- II DESCRIPTION
- III VARIETES
- IV PHASE CICATRICIELLE
- V SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT

E V O L U T I O N

- A) EVOLUTION CLASSIQUE
- B) ALGIES POST-ZOSTERIENNES

I DEFINITION

- 1) La douleur persiste au-delà de 2 mois
- 2) A partir de 60 ans

II FACTEUR DE RISQUE

III CLINIQUE

IV HISTOLOGIE

V PHYSIOPATHOLOGIE

- 1) Hyperactivité des nocicepteurs centraux
- 2) Perte de l'inhibition segmentaire
- 3) Mécanisme éphaptique

VI EMPREINTE MORALE

VII ERUPTION ZONIFORMES

E T I O L O G I E

I STRUCTURE

II RESERVOIR

III PATHOGENIE

IV MISE EN EVIDENCE DU VIRUS OU DES ANTIGENES VIRAUX  
AU LABORATOIRE

C O M P L I C A T I O N S

I GENERALES

II NEUROLOGIQUES

III INFECTIEUSES

IV OSSEUSES

T R A I T E M E N T S

I HISTORIQUE

II LA PANACEE N'EXISTE PAS. LA CONTROVERSE EST DE MISE

III L'ARSENAL THERAPEUTIQUE ACTUEL

A) TRAITEMENTS GENERAUX

1) Glucocorticoïdes

2) Antiviraux

3) Psychotropes

- antidépresseurs tricycliques
- neuroleptiques

4) Anticonvulsivants

5) Antalgiques

B) TRAITEMENTS LOCAUX

1) Antiseptiques topiques

2) Collyres antiviraux

3) Collyres antibiotiques

4) Capsaïcine

- historique
- description
- mode d'action en 2 temps
- pharmacologie
- études
- commercialisation

C) AUTRES METHODES

1) Mésothérapie

- 2) Conseils et hygiène de vie
- 3) Contre-stimulations

IV THERAPEUTIQUES ABANDONNEES OU A REJETER FORMELLEMENT

- 1) La radiothérapie
- 2) La neurolyse
- 3) Les morphiniques

T R O I S I E M E P A R T I E : ENQUETE RETROSPECTIVE SUR  
LE ZONA EN CREUSE DE 1990  
A 1992 EN MEDECINE GENERALE

I INTRODUCTION

II PRESENTATION

III OBJECTIFS

- 1) incidence
- 2) traitements employés
- 3) remarques personnelles des médecins généralistes

IV POPULATION CIBLEE

V METHODE

VI ITEMS ETUDIES

VII RESULTATS ET DISCUSSIONS

- 1) Participation
- 2) Résultats pour chaque item
  - a) implantation
  - b) éruption
  - c) évolution
  - d) démographie
  - e) saisons

- f) thérapeutiques
  - générale
  - locale
  - autres méthodes
  - intervention supposée d'un guérisseur
- g) douleurs post-zostériennes
  - nombre de cas
  - traitements
- h) nombre de consultations concernant le zona

VIII DISCUSSION A PROPOS DES TRAITEMENTS

IX CONDUITES A TENIR DEVANT UN ZONA EN MEDECINE GENERALE

A) ZONA CLASSIQUE

B) ZONA OPHTALMIQUE

C) ZONA DU SUJET AGE DE 60 ANS ET PLUS DANS SES LOCALISATIONS AUTRES QU'OPHTALMIQUE

D) DOULEURS POST-ZOSTERIENNES

C O N C L U S I O N

B I B L I O G R A P H I E



Hippocrate Medecin  
né dans l'Isle de Cos. Ses Ecrits qui  
servent de base à l'étude de la  
Médecine il vivoit l'an du monde 3560

Barce

## INTRODUCTION

Comme le disait HIPPOCRATE, nous allons, humblement, tenter à l'occasion de cette thèse, d'être des "sectateurs", c'est-à-dire nous faire les héritiers d'une tradition médicale, ou encore, participer à ce flux incessant de savoir, pour, avec méthode et rationalité, en extirper un soupçon de connaissances.

Alors, seulement, au coin de l'âtre, nous serons des initiés; ainsi au sein de la Connaissance pourrons-nous la transmettre.

Sinon, empoisonnés par le philtre de CIRCE, nous risquons fort d'être changés en pourceaux, faute d'une bonne cargaison de "moly".

°°

Cette thèse a pour objet de poser le problème du zona en médecine rurale creusoise.

Notre travail sur le zona à peine entamé, nous avons été confronté à deux pratiques. D'une part à la médecine officielle, nous dirons traditionnelle, d'autre part à la médecine populaire c'est-à-dire les guérisseurs.

La première partie, volontairement narrative se propose d'expliquer premièrement le mode de pensée des conjurateurs, leur place face à la religion et les motivations qui amènent les patients porteurs d'un zona à se rendre chez le panseur du secret. Deuxièmement, d'exposer ce qui court dans nos campagnes à propos du "don", de sa "transmission" et de la pratique qui l'accompagne. Enfin, au terme de cette première partie nous énoncerons les résultats de notre enquête concernant vingt patients atteints de zona qui se sont rendus chez le guérisseur.

L'herpès zoster fera l'objet de notre deuxième partie. Nous exposerons dans un premier temps les quatre paramètres fondamentaux qui le cernent :

- L'implantation qui nous ramènera au tout début de notre ère.

- La douleur avec son côté éminemment subjectif qui a frappé la conscience populaire en tant que phénomène aigu et son côté scientifique à la base du traitement de la douleur dite post-zostérienne.

- L'éruption qui nous a valu les plus belles pages descriptives de la littérature médicale des 18ème et 19ème siècles.

- L'évolution du zona qui signe également les algies post-zostériennes et permet de distinguer

le zona des éruptions zoniformes.

Ensuite, nous brosserons un portrait de l'agent infectieux, ce virus neurotope, clé de voûte du modèle de traitement actuel par les antiviraux.

Nous exposerons la panoplie des traitements utilisés dans le zona. Enfin nous déclinons les différentes complications que peut entraîner cette affection.

Dans une troisième partie, nous analyserons les résultats de notre enquête rétrospective sur le zona en médecine générale, couvrant le département de la Creuse de 1990 à 1992. Cette étude regroupe le travail de cinquante quatre médecins sur trois cent soixante treize cas de zona.

Au terme de cette troisième partie, nous exposerons sous la forme d'une "conduite à tenir" les résultats de notre étude sur le zona.

P R O L O G U E

---

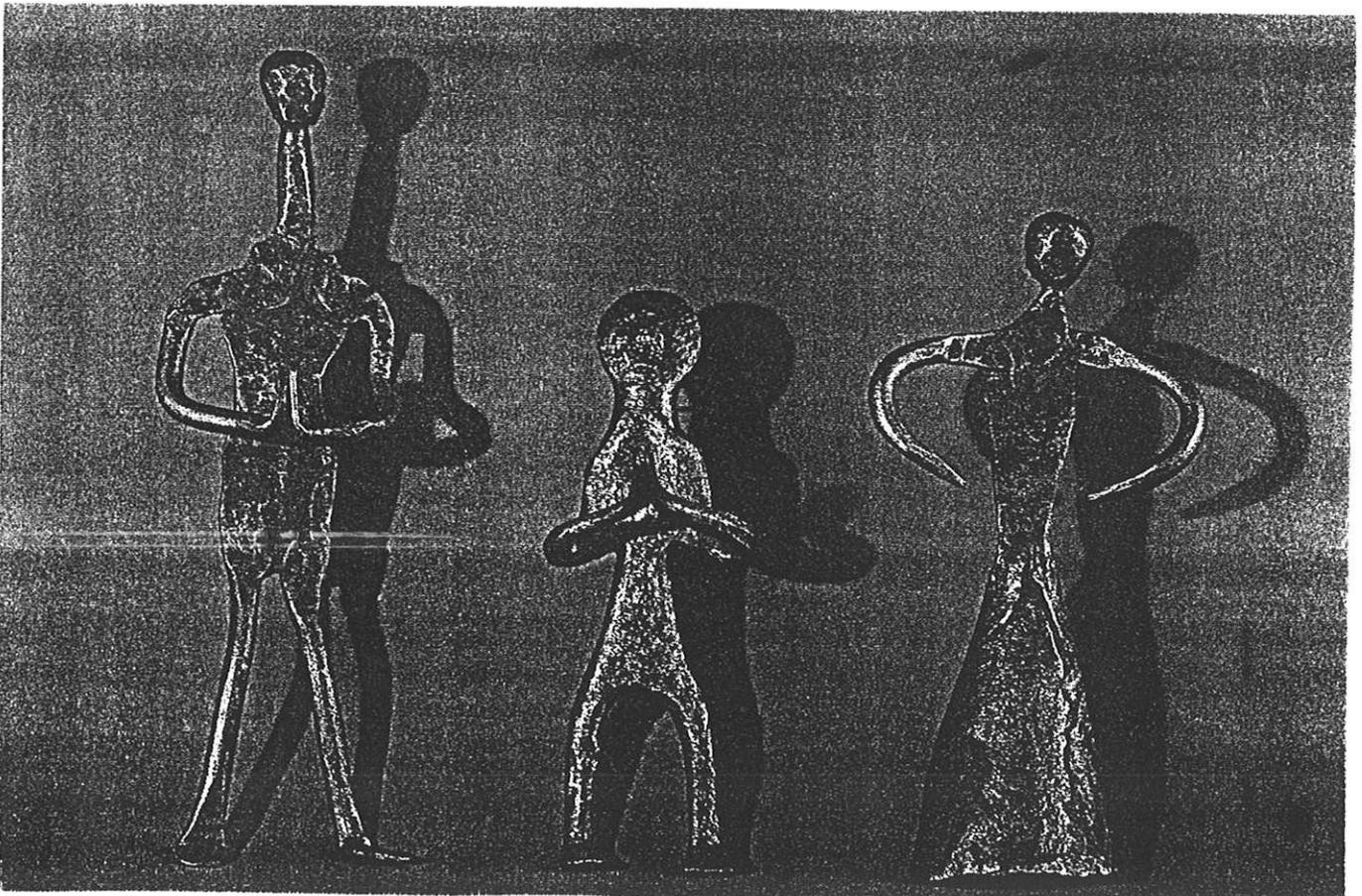
"LA SANTE EST LA QUALITE LA PLUS MERITOIRE DU CORPS"

(ARISTOTE - Rhétorique)

LE GUERISSEUR

LE PATIENT

LE MEDECIN



Madame X, Eugénie, Marie-Louise, par une belle matinée de printemps comme il en n'existe qu'en Creuse, est bien décidée. Elle se rendra à St PARDOUX la CHAPELLE chez le guérisseur.

Elle a un zona. Le diagnostic est fait !

Hier matin, elle a discuté de ses affres avec ces dames sur la place du village et, d'un commun accord, comme si cela ne tenait que du bon sens, le mot est lancé.

Bien sûr, dans le temps elle se serait rendue sans détour chez le guérisseur de la commune voisine qui bénéficie d'une réputation sans faille.

Mais, les temps ont changé; la médecine est omniprésente. Au fond d'elle-même le doute la saisit.

Pour plus d'assurance, sans pour autant empiéter sur ses économies, madame X est à 100 %, elle file chez le bon docteur Y.

C'est un brave homme. Il n'est pas fier ! Il ne donne pas trop de médicaments et son accent du midi rend sa consultation chaleureuse. Il a fait sa médecine à Toulouse.

L'épaisse porte en chêne du vieux pavillon de chasse se referme; madame X jette un coup d'oeil circulaire sur la place d'un air satisfait tout en glissant l'ordonnance dans son sac.

Cette fois-ci c'est bien un zona ! Cela ne fait plus aucun doute. Elle en a presque oublié la douleur qui la tiraille depuis deux jours.

Bien évidemment, sur le chemin du retour, respectueuse de la prescription du docteur Y, elle s'arrête chez le pharmacien pour acheter un peu d'aspirine et un flacon d'éosine.

Elle peut maintenant se hâter chez le guérisseur. Mais il est déjà presque midi et d'ici à St PARDOUX il y a dix bons kilomètres. Elle s'y rendra donc dans la soirée. Il reçoit à partir de sept heures du soir après le travail.

Le lendemain matin, rituellement, la voilà sur la place, à côté du tilleul avec ces dames dans une discussion passionnée.

- "Vous savez", dit-elle, "à peine sortie de chez lui je n'avais déjà presque plus mal. Comme je vous parle je suis guérie."

- "Il est aussi bourru qu'on le dit ?" demande une participante.

- "Oh vous savez il ne dit pas grand chose. Il fait des passes, récite quelques prières et vous reconduit."

- "Vous lui avez laissé combien."

- "Je lui ai donné un billet de 50 francs; ça vaut bien ça."

Le visage de madame X rayonnait comme le printemps déjà bien avancé; la discussion dura encore une bonne demi-heure !

Quant à notre bon docteur Y, il a une grosse clientèle et reste très respecté.

Le guérisseur, lui, a pris sa retraite et peut du même coup dispenser ses bienfaits à plein-temps. Sa réputation a dépassé la ceinture du canton !

P R E M I E R E P A R T I E



Z O N A E T G U E R I S S E U R S

Dès les prémisses de ce travail sur le zona en médecine rurale creusoise, nous avons été confronté à deux modes de pensée, a priori contradictoires.

D'un côté, on retrouvait la médecine traditionnelle, de l'autre, de façon plus discrète, la pratique des guérisseurs. Cet état de fait, bien qu'antinomique au premier abord semblait cependant aller de soi, coexister depuis toujours. En effet, pour la plupart des patients que nous avons rencontrés dans le cadre de cette pathologie, leur histoire comportait toujours deux volets : l'un renvoyant à la médecine traditionnelle, l'autre aux panseurs du secret.

Pourtant, comme nous le verrons, tout se passerait comme si l'empirisme et la science médicale n'étaient pas inconciliables, mais bien au contraire les deux berges d'un même fleuve.

#### I MODE DE PENSÉE DES GUÉRISSEURS

Les civilisations anciennes distinguaient déjà l'art occulte du savoir empirique.

Effectivement les Incas, les Egyptiens, les Babyloniens et les Chinois, entre autres, séparaient la science infuse, c'est-à-dire celle qui venait des Dieux ou de Dieu par inspiration, de l'observation scrupuleuse des phénomènes naturels qui donnera naissance, bien des siècles plus tard, aux lois objectives, piliers de la science moderne.

La médecine exclusivement instinctive et empirique au départ, subordonnée à la religion, limitée à l'observation d'états morbides évidents, c'est-à-dire la traumatologie superficielle, civile ou militaire va progressivement s'adresser à un grand nombre d'affections internes dont le siège et l'agent devenaient du même coup beaucoup plus difficiles à définir. Faute de notions anatomiques et physiologiques suffisantes, la maladie relevait de ou des Dieux; la pathogénie faisait partie intégrante du surnaturel. Ainsi chez les Précolombiens, la maladie est considérée "comme une présence indépendante, incorporée temporairement à l'homme tout en lui demeurant étrangère" (1). Les symptômes ne sont que les manifestations secondes de cette présence interne qui "possède" ou qui "occupe" physiquement le malade. Aujourd'hui le symptôme s'intègre dans une systématique médicale aux lois rigoureuses.

A notre avis, les guérisseurs comme les médecines dites archaïques donnent comme origine des maladies l'action de forces invisibles et immatérielles.

A l'instar des Précolombiens, "l'entité mystérieuse qui provoque la maladie et qui la constitue ne peut être abordée avec quelques chances de succès que par ceux qui savent entrer en rapport avec les puissances occultes et qui ont le pouvoir et le moyen de les influencer" (2).

Ainsi aujourd'hui coexistent la science médicale et le guérisseur inspiré, à la fois devin "psychothérapeute" et magicien. Par contre, il faut bien distinguer le guérisseur dont nous avons parlé du charlatan qui relève des anciens faiseurs de magie noire, qui utilisaient leur pouvoir analogue à des fins maléfiques dans un but susceptible d'apporter la maladie à leurs victimes. Le charlatan est évident à repérer : contrairement au guérisseur, il est nomade. Il ne sévit jamais plus d'un an ou deux au même endroit.

Le mode de pensée des "panseurs du secret" est tout à fait comparable à la médecine sacerdotale. En effet, la pratique des guérisseurs témoigne d'une certaine conception du réel, où Dieu régit tout. Dieu est responsable de la maladie comme de la guérison, c'est le grand ordonnateur. Tout le travail du guérisseur va consister à intervenir directement auprès de Dieu, ou par l'intermédiaire de ses ministres—c'est-à-dire les Saints—pour infléchir le cours de la maladie, la chasser de l'individu.

Le panthéon des panseurs du secret rassemble une multitude de Saints auxquels ils font appel pour guérir telle ou telle maladie : Saint Fiacre pour guérir les hémorroïdes, Saint Gilles pour la pleurésie, Sainte Rita pour les verrues etc. Parfois il fera appel à la fois au Bon Dieu, à la Vierge, puis à tous les saints "quand le mal est trop ancré". (3)

Le monde auquel fait référence le guérisseur ressemble à une société théocratique qui gouverne l'univers. Le guérisseur se place ici comme un entremetteur entre les puissances surnaturelles et le monde des vivants. Cette conception de la maladie fait que nous sommes beaucoup plus proches ici de la mythologie que de la médecine. Dès lors, le "diagnostic" du guérisseur consiste face à une maladie donnée à retrouver la puissance causale et par le biais de la conjuration à invoquer son représentant, pour libérer le patient de sa maladie.

Dans le même ordre d'idée, la maladie est très souvent personnifiée. Elle est prise à partie directement par le guérisseur qui lui enjoint de "s'en aller". Cela ressemble à un combat où le bien et le mal ne cessent de s'affronter.

Le but visé ici, qui est de guérir, conduit le penseur du secret à défier les éléments cosmiques, les puissances surnaturelles. Il cherche donc à rétablir un équilibre rompu. Pour lui la maladie n'est pas un désordre strictement individuel, elle est le révélateur d'un déséquilibre beaucoup plus global qui touche l'univers entier.

Ce qui est donc pour le moins surprenant c'est que le guérisseur dans sa pratique s'éloigne de la maladie alors que la médecine cherche à en pénétrer les moindres détails, les moindres mécanismes.

On pourrait dire que le guérisseur conjure en regardant le ciel, le médecin soigne les yeux rivés sur son patient.

D'autre part, les pansements de secret prennent le patient dans sa globalité. Il n'y a pas de scission corps/âme, autre différence fondamentale avec la médecine traditionnelle.

Le guérisseur, pour conjurer comme la maladie, ou donne le nom du patient "guérissez (nom) de la tête aux pieds". (4)

Le guérisseur place le patient dans un rapport au monde analogue à la philosophie grecque pré-socratique qui distinguait le microcosme, c'est-à-dire un monde réduit à l'échelle humaine par rapport au macrocosme, c'est-à-dire l'univers. Dans ce système, le guérisseur ne tient pas du tout la place de l'oracle, celui qui pose des questions aux Dieux et qui est seul capable de rapporter la réponse aux humains. Son travail est une joute cosmologique, un combat où il n'a de cesse de rassembler toutes les forces qui lui sont disponibles pour infléchir la puissance divine. La conjuration est une bataille, ce n'est pas un dialogue avec les esprits célestes.

La pratique des guérisseurs apparaît éminemment théurgique. C'est pourquoi comme nous le verrons, la conjuration s'adresse uniquement aux puissances

divines et en aucun cas au patient : il n'y a jamais de dialogue entre le guérisseur et son patient.

A fortiori, le guérisseur ne parle pas de malade, de patient ou de maladie, il parle de chancre blanc, de dartre ou dartrine, de zona ou, de façon plus générale, du mal. Il repousse, chasse, souffle, abat, arrête les maux. Ce mode de pensée rassemble en un tout le psycho-somatique, la maladie n'étant qu'un appel à ces retrouvailles. Indirectement, le guérisseur, à l'insu du patient, avant même d'avoir conjuré, anihile toute séparation possible entre le corps et l'âme. Donc la réceptivité du patient sera du même coup décuplée.

## II LA PLACE DU GUERISSEUR FACE A LA RELIGION

Les puissances surnaturelles invoquées par le guérisseur relèvent des croyances chrétiennes, surtout dans la formulation des pansements de secret.

Cette pratique découle directement de la croyance, mais ne relève en aucun cas de l'exploitation qui en a été faite par l'Eglise catholique, a fortiori quand l'Eglise n'a eu de cesse de la condamner. Il suffit de demander à un guérisseur : "croyez-vous en Dieu ?" pour qu'il vous réponde sans détour : "oui". Par contre, à la question : "êtes-vous catholique ? ", sans hésitation, il vous répondra : "non". De la même manière, la croix du guérisseur est une croix à une traverse, c'est-à-dire la croix de l'Evangile, celle du Christ et non pas une croix à trois traverses, symbole de la hiérarchie

ecclésiastique "correspondant à la tiare papale, au chapeau cardinalis et à la mitre épiscopale". (5) La croix du guérisseur est le symbole du médiateur, de celui qui est capable d'être le point de rencontre entre la Terre et le Ciel, en quelque sorte le trait d'union entre la maladie et les forces surnaturelles capables de l'enrayer. "La croix est à la fois un noeud où se concentrent toutes les forces capables d'étouffer le mal et un épicycle susceptible de le disperser aux quatre points cardinaux".(6) La pratique des guérisseurs s'inscrit dans une dynamique spirituelle où la conjuration qui en est le support rend compte d'une volonté sans faille, devant conduire irrémédiablement à l'acte de guérir. Le mode de penser des guérisseurs est considéré par la religion comme hérétique ne répondant en aucun cas au dogme de l'Eglise chrétienne.

### III LES RAISONS QUI CONDUISENT LE PATIENT CHEZ LE "PENSEUR DU SECRET"

La première raison tient au fait que "l'homme-des-conjurations" s'adresse à l'au-delà, travaille sur les forces intimes qui gouvernent le monde et ainsi s'impose comme le seul représentant d'un système de valeur de l'inconscient qui ne trouve plus sa place dans la société actuelle.

Dans une société, éminemment scientifique, qui ne laisse que très peu de place à cet "onirisme actif",

le patient fragilisé par la maladie plonge tête baissée dans ce conte de fée. La maladie déstabilisatrice par excellence ouvre les portes de ce royaume imaginaire où le patient reste totalement passif sur le plan somatique mais sur le qui-vive spirituellement. Cette situation vient contrecarrer le quotidien, bousculer le patient dans ses habitudes de vie et de raisonnement. Elle devient le contre-poids en quelque sorte salvateur à l'équilibre de toute conscience. Il s'agit d'un appel vers l'imaginaire, étayé par une tradition séculaire, enjolivé par une pratique qui invite au voyage.

La deuxième raison que l'on peut invoquer est le cadre même dans lequel évoluent les guérisseurs et les patients potentiels. La Creuse est un département rural. Les habitants suivent le rythme des saisons, les cycles lunaire et solaire. La paysannerie est encore aujourd'hui à l'écoute de la nature, changeante, surprenante et dure. Le bruit des moteurs, la mécanisation n'a pas encore étouffé complètement les exigences de la terre. Cette couche de la population est donc très proche de l'art conjuratoire.

Quotidiennement, le guérisseur comme le paysan sont au diapason des rythmes naturels.

La démarche d'un "homme de la terre" qui se rend chez "l'homme des conjurations" contrairement aux gens des

viles, aux jeunes, ne procède pas du même besoin. Comme nous le disions, l'appel vers les notions abstraites que représente le penseur du secret est une retrouvaille pour les citadins et la nouvelle génération, un bain de jouvence en quelque sorte alors que le paysan devant un zona qui le tiraille jusqu'à lui couper le souffle réagit de la même façon qu'il le ferait face aux imprévus d'une nouvelle journée de travail. Cela va de soi "tombe sous le sens" (7). Cette démarche est inscrite dans son mode de vie.

Troisièmement, toute la symbolique qui touche à l'art conjuratoire redonne leur place aux valeurs de l'inconscient d'une manière directe et crue, tout en évitant le problème de la mort.

La médecine traditionnelle inconsciemment renvoie aux notions de vie et de mort. Le guérisseur ne parle jamais de mort. Tout d'abord, les pathologies qu'il aborde n'y conduisent pratiquement jamais, ensuite il intervient de façon ponctuelle, sur un zona, un furoncle, une brûlure. Il n'y a pas de suivi. Le penseur du secret guérit; le médecin soigne.

Pour les patients, le guérisseur répond à la loi du "tout ou rien", "ça marche ou ça ne marche pas".

La médecine dans son champ d'action beaucoup plus large place la maladie dans son évolution. La maladie dans ce cas n'est plus un accident mais

s'étale dans le temps.

Enfin, le rapport avec l'argent est tout à fait spécifique.

La médecine traditionnelle a un coût, s'inscrit dans une logique économique.

Chez le guérisseur qui ne demande jamais rien, on laisse ce que l'on estime devoir. Le billet est déposé négligemment sur le rebord de la table. Le guérisseur ne dira jamais merci.

Pour le panseur du secret, travailler gratuitement est indispensable pour que la conjuration s'opère. "Demander de l'argent annulerait tout effet." (8) Pour le patient il s'agit d'un redevoir. La notion d'échange de "troc" n'existe pas.

Donc, là encore, à propos d'un geste courant de la vie quotidienne, le sens qui lui est donné ici est complètement différent et ajoute à l'étrangeté de ce monde des conjurations.

#### IV LE DON ET SA TRANSMISSION

Quand on a la possibilité de discuter du don avec un guérisseur, la conversation ne s'éternise pas. Le don tombe sous le sens, pourrait-on dire. Le pourquoi, il l'ignore. C'est, à la limite, un faux problème. "La chose s'est faite naturellement". (9) Le panseur du secret en vient tout de

suite à la transmission du don qui se résume très simplement : "Il m'a pris les mains, les a mises dans les siennes; j'ai ressenti de la chaleur. Il m'a dit tu as le don; je vais t'apprendre".

Tout ne tiendrait qu'à une poignée de main.

Le don est le témoin d'une tradition, le garant de son existence.

Il est le relais entre le passé et le présent, assure la continuité de cette pratique.

La "passation de pouvoir" est entourée à première vue d'un voile de mystère qui est là uniquement pour circonscrire le monde surnaturel où le futur conjureur devra évoluer. Ce rituel est nécessaire pour évaluer si le "reprenneur" (10) aura un pouvoir d'abstraction suffisant, une forme de penser capable de se modeler dans un univers fondamentalement mystique.

Le don n'a donc rien à voir avec l'efficacité de notre pratique mais ne concerne que la filiation de cette possibilité de donner qui nous a été léguée.

Cette obligation du legs "ne pas laisser se perdre le secret" (11) assure la pérennité de l'art conjuratoire. Le savoir historique du guérisseur reste très limité, le don lui a été transmis par défunte sa grand-mère qui l'a elle-même hérité de son père. Mais le conjureur "est convaincu que l'action réalisée par lui aujourd'hui le fut de manière identique

par toutes les générations antérieures". (12)  
c'est une condition nécessaire et suffisante.

Bien que le rapport avec l'argent, comme nous l'avons vu, se pose pour le guérisseur en des termes très particuliers, il ne faut pas oublier, à notre avis, que c'est quand même une source de revenus. De tout temps, a fortiori dans les campagnes, cette substance-là palliait les incertitudes de la nature.

#### V LA PRATIQUE DES GUERISSEURS

Le panseur du secret conjure comme il respire. La conjuration est avant tout un travail. L'art conjuratoire permet la rencontre d'une Croyance et d'un mythe.

"Monsieur Mal, tu crois donc être plus que Notre Seigneur Jésus Christ; Mal, tu en auras menti, le Bon Dieu te brûlera autant de racines qu'il a d'amis." (13)

Détenteur du secret, le guérisseur durant son apprentissage a appris scrupuleusement, mot à mot chaque pansement de secret et les prières qui les accompagnent. Certains ne détiennent le secret que pour quelques maux. D'autres connaissent tout un faisceau de conjurations.

La formule conjuratoire doit être récitée parfaitement :  
"l'oubli d'un mot annule tout." (14)

La conjuration rassemble les paroles que le guérisseur utilise pour invoquer le Bon Dieu, le Christ et ses Saints.

Au premier abord, on peut être dérouté par cet imbroglio de formules incantatoires véhiculées par le langage populaire qui semble tenir plus du folklore que d'une tradition à part entière. Pêle-mêle, Jésus, Marie, Saint Jean, Saint Eloi, Saint Martyr, Nicodème et Joseph d'Arimatee etc. sont tous conviés pour déjouer le mal.

Chaque conjuration est spécifique d'une maladie : conjurer l'érésipèle, les verrues, la gale, la teigne, le hoquet etc.

Certaines conjurations d'ordre général s'adressent à toutes les maladies. Comme celles citées plus haut (15) tantôt, le penseur du secret interpelle sans détour, directement tel Saint "spécialisé" dans telle maladie, tantôt la demande est un récit historique qui raconte que le Saint lui-même fut le premier malade et le premier soulagé. Enfin, un troisième type de conjuration "se base sur l'effroi du pécheur à l'approche de son châtiment : comme Judas pâlit de terreur au jardin des oliviers, la brûlure "perdra son ardeur"." (16)

La croix est en quelque sorte l'emblème des conjurations, le sceau du guérisseur, elle signe le geste

du panseur du secret. Il croise, recroise, entrecroise le mal pour le détourner. "Conjurer c'est se dresser les bras en croix face au mal." (17)

Les mains et le souffle sont ses seuls outils, Il fera trois fois le signe de croix de la main droite et soufflera trois fois sur la "porte du ciel" (le vertex). La conjuration est récitée de façon inintelligible pour la plupart; certains la récitent à voix haute mais jamais si le patient est du même âge ou plus âgé que le guérisseur. Le poids des mots, leur martelage n'aurait plus aucun effet. La moquerie prendrait alors la place de la Foi; le grotesque celle du Respect.

La conjuration doit être répétée un certain nombre de fois (3, 5, 9).

Mais, ce qui frappe le plus pour qui tend l'oreille c'est le rythme des mots, qui s'enchaînent à toute vitesse, cinglent, virevoltent, tantôt s'enfuient, tantôt nous frappent au visage. On a l'impression d'entendre battre le fer sur l'enclume. "Le mot débusque, la croix tue." (18)

Ensuite, le signe de croix ouvre aux quatre vents la voie de la guérison, puis "les prières traditionnelles Pater, Ave, Credo qui sont jointes à la formule com-

munatoire" servent de "Sablier" comme s'il fallait un temps de pause pour que la conjuration s'opère.

"Plutôt qu'une imploration, la conjuration, dès lors, est affirmation d'une volonté; rassemblement de mots et de gestes en une mécanique précise qui déclenche automatiquement la réaction attendue; non par prière fervente mais par récitation appliquée, scrupuleuse, où l'oubli d'un mot fait tout rater. Tout se passe comme si Dieu était prisonnier d'un système de valeurs instauré par lui, et contraint d'obtempérer à telle ou telle sollicitation...". (19)

Sous cet orage de mots; pris dans ce tourbillon insensé; après ce combat impitoyable où la croix noue et dénoue, où le souffle nous jette sur une berge et presque aussitôt les mots brutalement nous projettent sur l'autre, comment ne pas ressentir "de la tête aux pieds" cet axe immuable qui s'appelle l'Harmonie .

Alors, le silence se fait entendre. Etourdi presque ébété, le patient s'en retourne chez lui.

Sans plus de commentaire, au risque de déchirer ce voile de mystère qui habille si bien l'art conjuratoire, nous vous livrons, telle quelle, la conjuration pour le zona, qu'un penseur du secret creusois a bien voulu nous permettre de publier dans cette thèse.

.Panseur du secret creusois.

Photographie, collection personnelle (1990)



Seigneur balaye de l'allée de ton coeur comme pour  
l'amour de vous.

Guérissez tout le monde que j'ai signé de la tête aux  
pieds.

Je vous en prie j'ai confiance.

- Notre Père 1 fois
- Je vous salue Marie 1 fois
- Souffler 3 fois sur le zona
- Signe de croix 3 fois

Au nom du Père du Fils et du Saint Esprit puis tous  
les Saints et toutes les Vierges. Ainsi soit-il.

- Signe de croix 3 ou 5 fois

Au revoir et bonne santé.

Que le Bon Dieu soit avec vous toute l'année.

## VI RESULTATS ET DISCUSSION

Ce travail s'est étalé sur cinq ans. Bien évidemment, on ne pénètre pas si facilement dans cette réalité où le guérisseur, toujours profondément sincère, a une mentalité foncièrement magique, inscrite dans un formalisme traditionnel assurant la continuité entre l'histoire et le présent.

Nous avons pratiquement, à notre connaissance, rencontré tous les guérisseurs creusois. Ils sont, contrairement à ce qu'on pourrait croire, peu nombreux. Pour notre part, nous avons dénombré dix "panseurs du secret". Nous en avons écarté d'office trois de notre enquête parce qu'ils se consacraient uniquement aux convulsions.

Par contre, ce phénomène tend à prendre de l'ampleur. Malheureusement, les nouveaux venus n'ont ni les règles de vie, ni la pratique et surtout l'innocence des "panseurs du secret". Cette nouvelle génération a appris par hasard d'une grand-mère ou d'une cousine germaine le don de souffler le feu et dispense ses "bienfaits" avec grand bruit et force paroles ! Très curieusement, la majorité de ces fantoches gravite dans le milieu para-médical.

La moyenne d'âge des guérisseurs creusois est de 64 ans (entre 45 ans et 84 ans). Parmi eux on compte quatre femmes et trois hommes. Anecdotiquement, pour deux d'entre eux la transmission du don n'est pas résolue.

Nous avons suivi, le temps de notre enquête, 20 patients atteints de zona comptant 15 femmes et 5 hommes âgés de 50 ans (entre 27 ans et 74 ans) qui se définissaient comme catholiques (18 sujets) et athées (2 sujets). Ils ont tous consulté un des sept guérisseurs intégrés dans notre étude: 18 d'entre eux sont allés à la fois chez le médecin généraliste et chez le guérisseur. Ils ne sont pas allés voir d'autres médecins généralistes ni un autre guérisseur pour leur zona.

On constate une disparition complète de la douleur dans 50 % des cas. Un soulagement partiel dans 30 % des cas. Des "brûlures" intermittentes ont persisté chez 20 % des sujets (soit 4 patients). Aucun patient n'a présenté de douleurs post-zostériennes. 2 sur les 4 ont eu recours à une autre méthode de traitement. Un patient a été traité par mésothérapie sans succès, l'autre par injection locale de Rifocine® sans succès également. Les douleurs ont disparu spontanément après 30 jours d'évolution.

Les guérisseurs ne voient en général les patients qu'une seule fois. 2 guérisseurs leur demandent de revenir au bout de 3 jours si la douleur est encore présente. Un guérisseur revoit systématiquement ses patients 2 fois (à j. +3 et à j. +7). Au sujet des traitements utilisés en médecine traditionnelle et tout particulièrement à propos de l'acyclovir, les guérisseurs constatent unanimement que ce médicament "freine l'évolution du zona." (20) Aucun panseur du secret ne demande à son patient d'arrêter

quoi que ce soit du traitement institué par le médecin généraliste . Les guérisseurs ne posent aucune question à ce sujet; leur remarque sur le zovirax<sup>(15)</sup> se fonde uniquement sur les gens qui d'eux-mêmes déclinent leur traitement. Les guérisseurs conseillent à leurs patients de ne rien mettre sur leur zona, si possible "de le laisser à l'air"; (21) si le zona siège dans une zone de frottement, ils préconisent de le protéger à l'aide d'un bandage de coton très fin. Un guérisseur, à la phase des croûtes, emploie du saindoux à raison de deux applications par jour en fine couche. Un guérisseur enfume la pièce où il conjure avec du genêt qui se consume doucement dans une grande poêle.

Les guérisseurs se méfient du zona ophtalmique. Au moindre doute ils n'hésitent pas à renvoyer le patient chez le médecin généraliste. Cependant ils nous ont confié que leur pratique était très efficace sur cette localisation, mais compte tenu de la charge symbolique qu'elle représente, puisque l'on touche à l'un des cinq sens, de l'angoisse des patients et des risques de complications susceptibles d'attirer les foudres de la médecine officielle, ils s'abstiennent le plus souvent.

Comme ils disent, il faut s'adapter à son époque. "Dans le temps le guérisseur était en première ligne. Chaque commune avait son guérisseur attitré. Maintenant les médecins ferment les yeux sur notre pratique, mais n'hésiteraient pas à nous attaquer à la moindre complication et surtout pour le zona ophtalmique qui concerne le "spécialiste." (22)

L'art conjuratoire, en Creuse, est beaucoup plus dépouillé que dans certains départements de France (Indre - Dordogne - Maine et Loire). De nombreux rites d'encadrement (neuvaine, franchir un cours d'eau avant d'aller "toucher un furoncle", effectuer le trajet pour aller chez le patient à travers champ etc.) sont tombés en désuétude. De la même façon, les conditions temporelles qui obligeaient à conjurer entre le coucher et le lever du soleil, entre 22 heures et minuit ou pendant la nuit de la Saint Jean, n'ont plus de raison d'être à cause des habitudes de vie actuelle. Les brochures de colportage comme la très célèbre "médecin des pauvres" ont déserté les foyers.

Ce n'est plus l'Eglise qui s'élève contre les guérisseurs aujourd'hui; c'est l'organisation sociale tout entière qui, sans les combattre, les empêche indirectement de pratiquer dans les règles.

Le point le plus délicat concerne la transmission du don qui ne trouve plus dans les esprits un écho pourtant mille fois répété pendant des siècles, ayant permis de ne pas "laisser se perdre le secret."

C'est à coup sûr de cette façon qu'une pratique s'éteint sans bruit c'est-à-dire sans responsable. Cette responsabilité incombe tout entière à la collectivité.

Cependant les guérisseurs restent confiants pour l'avenir. Comme ils s'accordent tous pour le penser : la tradition ne s'invente pas, pas plus qu'elle ne se retrouve; elle se poursuit indépendamment de ses avatars.

DEUXIEME PARTIE



ZONAS ET MEDECINE SCIENTIFIQUE

## I M P L A N T A T I O N

### I) HISTORIQUE

On peut lire, en épigraphe de la thèse de Laënnec une phrase empruntée à HIPPOCRATE : "La médecine n'est pas une science nouvelle." Il en va de même pour le zona.

C'est dans l'antique Hellade, que nous retrouvons les origines écrites du zona ou zoster. C'est tout particulièrement PLUTARQUE (Cléomène 37,2) qui emploie le premier le terme de zoster; terme qui sera utilisé tout au long du Moyen Age jusqu'au début du vingtième siècle.

Aussi curieux, a priori, que cela puisse paraître, nous allons parler vêtements. (23)

Le costume antique grec était un drapé qui habillait librement le corps. Sans être ajusté, taillé dans un rectangle d'étoffe en lin, en fourrures, ou en laine (saccos ou poil de chèvre) il était mis en forme sur le corps par une ceinture, quelques points de couture ou des agrafes.

De ce vêtement très mobile, QUINTILIEN dira : "Nec strangulet nec fluat" ni serré jusqu'à entraver le mouvement ni flottant au point de l'embarrasser. Le type le plus simple de tunique, l'exomide, était un drapé laissant une épaule en dehors (ex omos).

Courte, tenue à la taille par une ceinture et fixée sur l'épaule par un noeud ou une fibule, elle habitait les esclaves, les ouvriers libres et les soldats.

Le chiton était une tunique mais, nouée sur les deux épaules.

Le roi CLEOMENE (un des trois rois de Sparte) en pleine bataille contre Alexandrie, l'épée à la main "rompt la couture qui tenait sa tunique sur l'épaule droite."

Son chiton devient, alors, tout bonnement une exomide. Un pan rabattu, sa tunique serrée par une ceinture imprimait au drapé une série de plis nommée colpos.

Jusque-là, rien de bien étonnant; tout juste de l'histoire ancienne. Mais, et c'est bien là où tout notre intérêt se concentre, cette première ceinture est souvent accompagnée d'une seconde, plus large, placée plus haut : le zoster. Le zoster, à l'origine, représentait donc un ceinturon en cuir utilisé par les mi-

litaires qui déterminait un second colpos.

Ce baudrier n'est pas sans nous rappeler une des quatre caractéristiques du zona : l'implantation.

Le zona est une "inflammation vésiculeuse de la peau, qui se manifeste le plus ordinairement sur le tronc, et forme des groupes vésiculeux disposés en une bande demi-circulaire, terminée en avant et en arrière, à la ligne médiane du corps, de manière à représenter une sorte de demi-écharpe ou demi-ceinture de trois à quatre travers de doigt de largeur." (24)

Cette caractéristique du zona est donc à l'origine du mot. A n'en pas douter, les Anciens ont été frappés, en premier lieu, par le siège de l'éruption.

## II) DESCRIPTION

Traditionnellement, le zona se limite à un hémicorps; il est unilatéral. Si cela reste vrai dans la majorité des cas, toute règle a ses exceptions. Il suffit de lire pour s'en convaincre un passage d'ALIBERT extrait de son Traité des dermatoses (25) : "Le zoster n'occupe d'ordinaire qu'une seule partie du corps le plus souvent le côté droit; il forme communément une demi-ceinture,

laquelle serpente obliquement depuis la colonne épinière jusqu'à la ligne blanche : c'est alors surtout que le nom de zone lui convient..." puis un peu plus loin : "Un auteur allemand prétend que l'éruption a pu faire une fois le tour du corps et former un cercle complet. Je n'ai jamais été témoin de ce fait, qui doit être extrêmement rare...; mais j'ai vu l'exemple non moins curieux de deux zonas qui saisissaient les flancs du malade, comme deux fers à cheval : on remarquait un vide devant et derrière. Chez un autre individu j'ai vu la même disposition autour du cou, en manière de cravate vésiculeuse. J'ai surtout observé cette éruption quand elle s'étendait depuis la partie supérieure du scapulum jusqu'à l'aisselle, en se continuant sur le sternum, se développant aussi sur l'un des mamelons."

Ou encore dans le Larousse médical illustré de 1924 il est écrit : "Certains zonas s'accompagnent de vésicules aberrantes, à distance de l'éruption régionale. Parfois le zona se généralise à une moitié du corps, ou dans des régions symétriques bilatérales (Z. en ceinture autour du thorax)."

### III VARIETTES TOPOGRAPHIQUES

- OPHTALMIQUE : branche du nerf trijumeau (V)  
se divise en trois branches.
- ZONAS
  - 1) nerf lacrymal
  - 2) nerf frontal
  - 3) nerf naso-ciliaire (ou nasal) externe
- DES
  - et interne. Siège des complications
- NERFS
  - oculaires
- CRANIENS
  - MAXILAIRE SUPERIEUR : branche du trijumeau
  - MAXILAIRE INFERIEUR : nerf mandibulaire, branche du trijumeau.
  - OCCIPITO-CERVICAL : (cuir chevelu, nuque, oreille).  
Quand le zona affecte l'intermédiaire de Wrisberg, les douleurs siègent à la partie moyenne de l'oreille; s'il s'étend à la corde du tympan, les deux tiers antérieurs de la langue sont touchés.
  - GLOSSO-PHARYNGIEN : douzième paire des nerfs craniens.

- CERVICO-BRACHIAL (épaule, bras).
- MEMBRE SUPERIEUR : en grappe
- ZONAS - DORSO-ABDOMINAL : en bande également.  
(penser à la sciatique qui peut se révéler des années plus tard.)
- SACRO-ISCHIATIQUE : complications majeures, la rétention vésicale aiguë associée à une anesthésie de la marge anale et périanale.
- RACHIDIENS - MEMBRE INFERIEUR : en grappe.

## DOULEUR

### I HISTORIQUE

"L'homme est un apprenti la douleur est son maître." (26)

On aurait pu commencer par la douleur tant elle a marqué la conscience populaire. Tenace, piquante, brûlante, lancinante, paralysante, atroce, autant de qualificatifs qui parlent d'eux-mêmes.

Depuis les temps les plus reculés, la douleur zostérienne est apparentée à la symbolique du feu, symbolique négative où le feu brûle sans se consumer.

"Cette même affection a été désignée par les auteurs anciens, sous les noms différents de ignis sacer, feu sacré, feu Saint-Antoine; ignis volatilicus, feu volage; zona volatilica; erysipelas pustulosum; zincilla; circinus." (27)

La douleur du zona est à ce point caractéristique parallèlement à l'éruption qu'elle signe le diagnostic sans difficulté.

## II PIEGES

Par contre, ce symptôme peut amener à des errances de diagnostic au début, puisque la douleur précède de 24 heures à 48 heures l'éruption.

Une enquête sur la douleur thoracique en médecine générale, faite en 1992, regroupant 16 généralistes toulousains sur une période de 34 jours, intégrant 6433 patients, retrouvait 3,6 % de zona dans les étiologies. (28)

Le piège est identique pour les lombalgies, les otalgies etc.

"Tous les dermatomes peuvent être atteints." (29)  
Certaines fois, le zona peut passer inaperçu quand l'éruption vésiculeuse est discrète. La douleur peut manquer. Le diagnostic se fait donc sur la présence de l'allodynie que nous définirons plus loin.

La localisation de l'infection virale au niveau du ganglion géniculé, avec atteinte du VII bis, se traduit cliniquement par des douleurs faciales et une paralysie faciale périphérique. Cette sémiologie peut évoquer une lésion neurochirurgicale. Dans ce cas, le diagnostic se fait sur les lésions vésiculaires situées au niveau de l'oreille, du conduit auditif externe et du palais (zone de Ramsey Hunt).

Il faut savoir penser à l'algodystrophie lorsque la douleur persiste et siège au niveau des articulations (raideur, oedème, troubles vaso-moteurs et trophiques; douleur mixte c'est-à-dire inflammatoire et mécanique touchant préférentiellement les articulations distales). Cette complication concerne surtout les zones cervicaux-brachiaux et lombo-sacrés. Cliniquement on retrouve une concordance métamérique entre l'atteinte zostérienne et l'atteinte algodystrophique.

## ERUPTION

### I NOSOLOGIE

"Willan et Bateman, et d'après eux tous les partisans de la classification anglaise, font du zona une variété de l'herpès placé lui-même dans l'ordre des vésicules." (30)  
Le zona est classé dans les dermatoses vésiculeuses "sous un aspect d'éruption caractéristique de vésicules." (31)  
Cependant, "Alibert l'avait nommé autrefois dartre phlyctenoïde en zone, et le plaçait parmi les dartres." (32)  
Par la suite, "dans ses derniers ouvrages il lui a restitué le nom de zoster et l'a mis au nombre des dermatoses eczémateuses, entre le penphigus et le phlyzacia ou ecthyma." (33)

Le terme de dartre est encore très usité dans nos campagnes par les guérisseurs comme par les patients, pouvant désigner à la fois l'eczéma, l'herpès, l'impétigo le zona et surtout le dermatophytie.

F. Berlioz dès 1839, sur ce sujet explique que "si l'on veut apprendre la dartre dans les auteurs qui ont traité la matière, on ne tarde pas à se convaincre de l'inutilité de ses efforts pour s'en faire une idée quelque peu précise. Cela nous indique tout au moins que la diathèse en question ne se présente pas avec des caractères tellement nets que son existence ne puisse être mise en suspicion voir même niée." Pour conclure : "Donc la dartre ne possède, ni dans sa nature, ni dans sa pathogénie, qui est du reste absolument inconnue, ni dans ses manifestations morbides, aucun caractère qui puisse légitimer son admission dans la pathologie." (34)  
Actuellement, ce terme est abandonné.

## II DESCRIPTION

L'élément caractéristique de l'éruption du zona : la vésicule.

La vésicule est une lésion en relief, translucide, de petite taille (1 à 3 mm de diamètre) ou microcollection de liquide clair ou jaunâtre, laissant s'écouler une sérosité après perçage au vaccinostyle. Rarement sous cornée et sous épidermique, elle est le plus souvent

intraépidermique, résultat de l'oedème intercellulaire (spongieuse) ou d'une nécrose des kératinocytes. Aspect clinique en bande. L'évolution se fait vers la coalescence (bulle 5 mm de diamètre) vers un trouble du contenu (pustulisation) puis vers la rupture (érosion, croûte). (35)

"Un sentiment de chaleur, de prurit, de fourmillement se manifeste à la peau; plusieurs taches rouges, les unes distinctes et séparées par des intervalles où la peau est intacte, les autres réunies, de forme irrégulière et sur lesquelles on aperçoit, presque dès le début, une apparence vésiculeuse, se montrent dans cette région : bientôt les vésicules se développent et grossissent, semblables à de petites perles; les pelotons qu'elles forment acquièrent une étendue plus ou moins grande, dont le diamètre varie de 1 à 5 pouces, et sont accompagnés d'une rougeur vive qui les supporte et les entoure. De nouveaux groupes s'élèvent successivement pendant trois à quatre jours, et l'éruption se dispose sur une ligne demi-circulaire, dirigée de la ligne blanche vers l'épine, qui entoure le tronc en forme de demi-ceinture... Les vésicules, dont le volume peut s'accroître au point d'acquérir la grosseur d'une lentille, d'une amande même, et constituer ainsi de véritables bulles (mais celles-ci sont formées par l'agglomération de plusieurs vésicules devenues confluentes), deviennent troubles et

laiteuses ou jaunâtres, et sont entièrement opaques vers le quatrième jour de leur apparition; elles s'ouvrent et donnent issue à un liquide séreux, trouble, qui se concrète en squames ou en croûtes légères, brunâtres ou noirâtres, assez fortement adhérentes : ces croûtes se détachent du douzième au quatorzième jour, laissant quelquefois la peau rouge et sensible. Plusieurs vésicules se flétrissent et se sèchent sans former de croûtes notables. D'autres s'excorient, fournissent une exhalation abondante, et laissent après elles des cicatrices. La durée totale de la maladie, prolongée par la marche successive des divers groupes qui composent le zona, peut s'étendre jusqu'à la fin de la quatrième semaine; souvent elle finit beaucoup plus tôt." (36)

L'éruption du zona, mis à part son implantation, est identique à celle de la varicelle. "Le zona se caractérise par des signes localisés à un dermatome unilatéral. Les variétés de l'éruption sont les mêmes que pour la varicelle; exceptionnellement l'éruption manque." (37)

On retrouve donc dans le zona plusieurs poussées successives, séparées de 2 à 3 jours, responsables de la coexistence d'éléments d'âge différent.

### III VARIETES

On distingue :

- les formes bénignes : zona vésiculeux, zona bulleux.
- les formes plus graves : zona gangreneux, zona hémorragique.

### IV PHASE CICATRICIELLE

Le plus souvent on retrouve une zone dépourvue de pigmentation ou zone achromique. Cette zone est le siège d'une hypoesthésie ou d'une anesthésie. Sur le plan trophique on constate une atrophie cutanée du territoire touché, une atteinte des phanères (disparition de la pilosité).

### V) SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT

- Fièvre
- Malaise général
- Sur la zone : troubles vaso-moteurs (rougeur, chaleur, sudation).
- Parfois un syndrome méningé (PL. réaction méningée, lymphocytose modérée (cent éléments), hyperalbuminose parallèle).

## E V O L U T I O N

### A) EVOLUTION CLASSIQUE

Dans son évolution classique le zona est douloureux jusqu'à la chute des croûtes, c'est-à-dire durant une période de 14 jours en moyenne pouvant aller jusqu'à 30 jours au maximum.

### B) ALGIES POST-ZOSTERIENNES

"Ce qu'il y a de désespérant dans le zoster, c'est que toute la maladie ne réside pas dans l'éruption; la douleur reste alors même que tous les symptômes extérieurs se sont évanouis." (38)

Les algies post-zostériennes restent le problème majeur du zona "avec leurs recrudescences d'acuité souvent extrême et leur tenacité désespérante." (39)

## I DEFINITION

1) La douleur persiste au-delà de 2 mois.

La douleur post-zostérienne se définit "comme des douleurs persistant plus de 3 semaines après l'épisode aigu, peuvent compliquer de 9 % à 14 % des zonas. L'évolution naturelle révèle la persistance de douleurs dans 8 % des cas après 3 mois et dans 3 % à 4 % après une année." (40)

Dans certains cas la douleur peut persister plusieurs années. "Enfin je donne des soins à une vieille femme bien plus malheureuse, puisque le zona est, en quelque sorte, chez elle en permanence depuis l'époque critique de l'âge de retour." (41)

2) La douleur touche particulièrement les sujets à partir de 60 ans : 5 % chez les moins de 60 ans, 40 % chez les plus de 60 ans. (42)

Une étude prospective regroupant 278 patients âgés de plus de 60 ans montre la persistance de douleurs chez 50 % des patients à 1 mois, 25 % à 3 mois et 9 % à 6 mois. (43)

En résumé, la fréquence du zona augmente de façon linéaire avec l'âge. Sa survenue est grave sur les sujets âgés du fait des algies post-zostériennes

qui représentent "plus d'un tiers des cas chez les patients âgés de 60 ans et plus." (44)

## II FACTEURS DE RISQUE

Il existe deux facteurs de risque majeur : premièrement le zona ophtalmique, deuxièmement l'âge surtout à partir de 70 ans.

## III CLINIQUE

Il existe toujours un délai entre la lésion du système nerveux et l'apparition des douleurs. Les perceptions douloureuses sont de types dysesthésiques, décrites comme des brûlures, des décharges électriques, comme si l'on enfonçait dans la peau une multitude de petites pointes en fer plus acérées les unes que les autres. Il peut y avoir sur un fond douloureux permanent, c'est-à-dire une douleur lancinante, des paroxysmes dysesthésiques, "lors des attouchements ou frôlements cutanés et non pas des pressions." (45)

Il n'y a, en revanche, aucune relation entre l'étendue des lésions cutanées, les risques de survenue de douleurs post-zostériennes et leur intensité. (46)

#### IV HISTOLOGIE

Les différents travaux histologiques dans cette situation décrivent une raréfaction des fibres myélinisées des nerfs périphériques et un accroissement de la proportion des fibres non myélinisées.

La ganglio-radiculite nécrotico-hémorragique postérieure de la phase aiguë de l'infection, se complique d'une dégénérescence wallérienne à l'origine de la démyélinisation; une myélite peut s'y associer. (47)

#### V PHYSIOPATHOLOGIE

La douleur post-zostérienne est une douleur de déafferentation qui résulte de l'interruption partielle ou complète des voies de conduction nerveuse affectant une ou plusieurs modalités somato-sensorielles, à un niveau quelconque de système nerveux. (48)

Donc, point capital, la douleur post-zostérienne est à distinguer absolument de la douleur dite somatique due à un excès de nociception. (douleur, comme nous l'avons dit, qui répond au frôlement et non à la pression).

Sur le plan sémiologique l'allodynie donne le diagnostic. L'allodynie se définit par une douleur déclenchée par un stimulus normalement non douloureux. En pratique il suffit de frôler la zone pour déclencher la douleur post-zostérienne définie ci-dessus.

Il s'agit d'un test qui évite bien des pièges notamment lorsqu'un patient consulte pour un sciatalgie et que l'on retrouve en lombo-inguinal une cicatrice achromique répondant au phénomène de l'allodynie, le diagnostic de sciatalgie post-zostérienne peut être posé sans difficulté après avoir bien évidemment éliminé une sciatique vraie.

Bon nombre des affections touchant le système nerveux sont à l'origine des douleurs de déafférentation. On retiendra principalement : les atteintes vasculaires, les maladies dégénératives, les myélopathies traumatiques ou post-chirurgicales, les myélopathies traumatiques ou post-chirurgicales, neuropathies périphériques infectieuses avec en chef de file le zona, les neuropathies périphé-

riques iatrogènes (radiothérapie), les neuropathies périphériques traumatiques (amputation, avulsion du plexus brachial).

Une étude américaine rétrospective chez 170 patients souffrant de douleurs de déafférentation retrouvait 17 % de lésions vasculaires, 19 % de myélopathies traumatiques, 11 % de névralgies post-zostériennes, 9 % de douleurs post-discectomie et 44 % de douleurs fantômes, neuropathies traumatiques, iatrogènes ou néoplasiques. (49)

Trois hypothèses actuelles proposent une explication des mécanismes impliqués dans les douleurs de déafférentation.

1) Hyperactivité des nocicepteurs centraux. Lorsqu'un dommage provoque l'interruption des voies nociceptives périphériques, on observe habituellement une augmentation du seuil de la douleur. Curieusement, une telle atteinte peut s'accompagner d'une douleur spontanée, persistance du territoire dénervé. Une explication simple serait, dans ce cas, l'existence d'une déconnection entre la racine dorsale et les nocicepteurs spinaux de la corne dorsale. Cela accroît de manière significative l'activité de ces derniers, qui se mettent à décharger spontanément. (50)

2) Perte de l'inhibition segmentaire. La théorie du "portillon", élaborée par Melzack et Wall, propose une explication séduisante des douleurs de déafférentation. Le principe réside dans l'inhibition induite par les fibres myélinisées afférentes non nociceptives sur la transmission de l'influx douloureux par les fibres non ou peu myélinisées. Cette modulation se fait par l'intermédiaire des interneurons de la substance gélatineuse sur les nocicepteurs (à l'origine du faisceau spino-thalamique) situés dans la corne postérieure de la moelle épinière. Elle suppose donc que l'intensité de la douleur perçue est la résultante de cette balance entre le système lemmiscale et extralemmiscale au niveau spinal. Une rupture de cet équilibre fonctionnel, conséquence d'une diminution des fibres myélinisées par rapport aux fibres véhiculant la nociception, serait à l'origine des sensations douloureuses spontanées et expliquerait également l'hyperpathie rencontrée dans les douleurs de déafférentation. (51)

3) Mécanisme éphaptique. Une hypothèse intéressante récemment formulée propose que la névralgie post-herpétique serait la conséquence d'une transmission éphaptique. Ce postulat avait d'ailleurs déjà été proposé par Gardner pour la névralgie du trijumeau et certaines neuropathies périphériques douloureuses.

Le terme "éphapse" désigne un lieu de contiguïté de deux structures excitables où le courant d'action de l'une peut exciter l'autre sans l'intermédiaire de neuromédiateur. L'hypothèse s'appuie sur une étude dans un modèle in vitro, fait de tissu ganglionnaire d'une racine postérieure de rat après inoculation virale. On peut y observer l'apparition de décharges spontanées et fréquemment couplées des neurones ganglionnaires infectés. Un processus identique pourrait survenir, selon les auteurs, au niveau de la corne postérieure, au niveau spinal, expliquant ainsi l'absence d'efficacité des radicotomies postérieures dans les névralgies post-zostériennes. (52)

## VI EMPREINTE MORALE

Le plus important mais sûrement le plus délicat est "d'éviter" une fixation corticale (53) de la douleur post-zostérienne. La tâche est d'autant plus ardue que le profil psychologique de ces patients est le plus souvent anxio-dépressif. Tout se passerait comme s'ils ne supportaient pas l'absence d'informations de l'enveloppe corporelle. L'impossibilité d'une réponse sensible adéquate d'un dermatome empêchant une intégration corticale normale aboutirait à une désorganisation du schéma corporel.

"Ce manque d'informations est alors responsable d'une réponse par une sensation douloureuse permanente, du moins tant que le cerveau est en éveil." (54)

L'objet principal du traitement, comme nous le verrons, consistera à prévenir au maximum cette fixation corticale.

#### VII ERUPTIONS ZONIFORMES

Le diagnostic différentiel se fera sur l'évolution.

## ETIOLOGIE

Le zona est dû à la réactivation du virus herpès virus varicellae, herpès zoster, virus VZ appartenant à la famille des herpès viridae regroupant 50 virus dont 7 infectent l'homme.

- Les virus herpès simplex (type 1 et 2)
- Le cytomégalovirus (CMV)
- Le virus d'Epstein-Barr (EBV)
- Le virus de la varicelle et du zona.
- Le virus HHV6 et HHV7

### I STRUCTURE

- Le nucléoïde qui contient l'ADN viral. PM supérieur à 80.10 daltons.
- La capside, icosaédrique (100 nm de diamètre) constituée de 162 capsomères.

c'est une infection latente.

Dans certaines circonstances, il y a réactivation : le virus recommence à se multiplier, l'infection se propage le long des fibres nerveuses sensibles jusqu'à la peau, en donnant une réaction inflammatoire de cette racine rachidienne, et des vésicules cutanées contenant des virions localisées à la zone d'innervation de cette racine; le zona est une réinfection endogène." (55)

#### IV MISE EN EVIDENCE DU VIRUS OU DES ANTIGENES VIRAUX AU LABORATOIRE

Ces examens sont à demander uniquement quand la clinique n'est pas parlante chez les sujets à risque.

- Microscopie électronique après coloration négative : elle permet de reconnaître l'appartenance du virus à la famille des Herpès et de le caractériser par immunomicroscopie électronique.
- Immunofluorescence sur les cellules de grattage de la base des vésicules et électrosynérèse avec le liquide vésiculaire permettent de détecter les antigènes.
- P.C.R.

- Culture de virus

Au cours du zona il n'existe pas de virémie donc théoriquement aucune possibilité de diffusion de l'infection, hormis chez l'immuno-déprimé.

Donc sur le plan virologique il faut avoir eu la varicelle pour faire un zona. Le zona "est une infection localisée, chez un individu ayant déjà eu la varicelle et donc des anticorps." (56)

## COMPLICATIONS

### I GENERALES

Atteintes cardiaque, pulmonaire et rénale extrêmement rares. Formes malignes polyviscérales, apanage des immunodéprimés. A noter la gravité de la pneumonie interstitielle.

### II NEUROLOGIQUES

Paralysies qui apparaissent quelques jours après l'éruption dans le territoire correspondant à la racine atteinte, habituellement régressives. Il s'agit d'une paralysie flasque périphérique.

L'encéphalite, rare chez le patient non immunodéprimé, est grave, souvent mortelle ou laissant des séquelles.

Rétention vésicale aiguë dans le zona sacré, là encore chez l'immunodéprimé.

Kératite, conjonctivite et syndrome de Claude Bernard Horner dans le zona ophtalmique. Il s'agit dans la grande majorité des cas d'une atteinte mécanique (Kératite et ulcérations cornéennes provoquées par l'anesthésie cornéenne due à l'atteinte du V 1 : la kératite neuroparalytique. Il ne s'agit pas d'une atteinte directement virale de l'oeil. C'est l'anesthésie qui est source de complications.

### III INFECTIEUSES

Surinfection par le streptocoque et le staphylocoque toujours par manque d'asepsie.

### IV OSSEUSES

Algodystrophies post-zostériennes. Il s'agit d'une complication très rare 2,22 %. (57)

## T R A I T E M E N T S

### I HISTORIQUE

"La diète, le repos, l'usage des boissons délayantes, l'eau de veau ou de poulet, le petit lait additionné de crème de tartre soluble, la limonade, la solution de groseilles, etc., suffisent ordinairement pour amener la guérison."

Tels sont les remèdes de "bonnes femmes" en vogue au début du 19ème siècle.

Tout comme la thériaque, "ce chaos informe", qui ressemble plus à une mixture de sorcier qu'à une véritable préparation pharmaceutique, restera pourtant la panacée pendant des siècles.

Anecdotiquement, il est pourtant intéressant de lire ce que nous dit le Docteur Cabanès à l'égard de l'électuaire. En fait, sa composition, a posteriori, n'est plus jugée si absurde : "Dans la thériaque dominent les antiseptiques, joints aux toniques et aux stimulants, tempérés par l'action modératrice de l'opium;

et, pour faciliter leur élimination, on a ajouté à ces produits une substance éminemment diurétique, la Scille. Toute vieille qu'elle est, la formule de la panacée est donc des plus rationnelles et de tout point conforme à l'orthodoxie scientifique." (58)

Au 19<sup>ème</sup> siècle, en cas de douleurs intenses chez un sujet jeune et vigoureux la saignée reste une bonne indication.

Le meilleur moyen de vaincre cette fois les douleurs selon Alibert : "est, sans contredit, de les dénaturer" c'est-à-dire d'utiliser le nitrate d'argent.

Le Docteur Fabre pense qu'on peut tirer un "bon parti de la morphine". En cas de gangrène on avait recours "aux toniques à l'intérieur et aux antiseptiques locaux."

Petit à petit la thérapeutique va devenir beaucoup plus rationnelle, tout en sachant qu'à cette époque, l'étiologie du zona reste inconnue. "Le traitement doit avoir pour but d'éviter toute irritation des filets nerveux et de calmer les douleurs. La première indication est remplie par les croûtes mêmes; il faut donc les respecter. Une application de ouate saupoudrée d'amidon ou imprégnée de liniment oléo-calcaire est le meilleur pansement. Il faut se défier des cataplasmes, des

lotions et surtout des topiques irritants, tels que le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, la teinture d'iode. Contre les névralgies on emploiera les opiacés (injection sous-cutanée de morphine), le chloral, etc. Les symptômes fébriles seront traités par les antipyrétiques, une purgation s'il y a lieu." (59)

C'est au début du 20ème siècle que la nature de l'agent infectieux va se préciser, grâce à Netter qui sera un des premiers à faire un parallèle entre le virus du zona et de la varicelle.

L'étude de la mosaïque du tabac démontrera la présence de certaines particules responsables de nombreuses maladies infectieuses courantes. Ces particules furent appelées virus et l'on attribua une origine virale à la fièvre jaune, à la poliomyélite et à la varicelle. La virologie moderne était née.

## II LA PANACEE N'EXISTE PAS. LA CONTROVERSE EST DE MISE

Le médecin généraliste dispose pour traiter cette affection virale de nombreuses thérapeutiques, dont

l'efficacité prétendue reste pour beaucoup d'auteurs très controversée.

En 1966, par exemple, dans les entretiens de Bichat, l'emploi des corticoïdes est formellement contre-indiqué. "Une première notion que le praticien ne doit pas perdre de vue dans ces affections à virus, c'est que l'administration d'un corticoïde par voie générale est contre-indiquée." (60)

Aujourd'hui il n'existe aucun consensus tant pour la prescription des glucocorticoïdes que les antiviraux et les psychotropes (antidépresseurs et neuroleptiques). De la même façon, la radiothérapie proposée comme le traitement le plus sûr de 1960 à 1970 pour les algies post-zostériennes, alors qu'il est démontré maintenant sans équivoque qu'elle accentue la déafférentation, reste encore prescrite de nos jours.

L'arsenal thérapeutique s'est tout de même débarrassé de ces multiples traitements généraux plus ou moins préconisés contre le zona et ses séquelles algiques : "Sont pratiquement abandonnés les arsénicaux tri- ou pentavalents, le cyanure de mercure intraveineux, le chlorhydrate d'émétine, l'anatoxine staphylococcique, les divers antibiotiques d'origine fongique (pénicilline, auréomycine, cyclines), l'extrait hépatique injectable, les globulines de convalescents de varicelle, les antihistaminiques; les injections périlésionnelles d'histamine intra-dermique sont trop dou-

loureuses pour être couramment utilisées et ne sont pas sans danger chez les sujets âgés." (61)

Sont également abandonnées l'administration de virus-tat, l'irradiation ultra-violette. Par contre, de nombreux traitements bénéficient d'un certain succès actuellement : cryothérapie au chlorure d'éthyle, anesthésiques locaux, antihistaminiques, traitements vitaminés etc. Mais là aussi, leur emploi est sujet à caution. "Ils n'ont cependant pas fait leurs preuves dans des études dont la méthodologie était adéquate." (62)

L'acupuncture apporterait de bons résultats en phase aiguë. Par contre "l'acupuncture s'est révélée dénuée d'efficacité dans une étude contrôlée chez 62 patients souffrant de névralgies post-herpétiques." (63)

Pour finir, diverses tentatives neurochirurgicales ont été envisagées dans le cadre des algies post-zostériennes.

La coagulation de la corne postérieure (DREZ) et la neurostimulation électrique (médullaire ou thalamique) ont dépassé le stade expérimental. La procédure de (DREZ) semble bien lourde et souvent "compliquée de séquelles neurologiques sérieuses."

La neurostimulation électrique "fait encourir moins de risques, mais elle n'a cependant pas encore fait

la preuve de son efficacité dans une étude contrôlée." (64)

### III L'ARSENAL THERAPEUTIQUE ACTUEL

#### A) TRAITEMENTS GENERAUX

##### 1) Glucocorticoïdes

Les corticoïdes limiteraient les phénomènes inflammatoires et auraient un effet antalgique rapide. En fait, un traitement corticoïde paraît justifié dans le cadre d'un zona du sujet âgé, là où il est impératif de prévenir les douleurs post-zostériennes. Dans le zona habituel aucune étude ne légitime leur emploi. Dans la douleur post-zostérienne l'efficacité préventive de la corticothérapie est très difficile à évaluer, la majorité des études dans ce domaine ne tenant compte ni des facteurs épidémiologiques, ni de l'évolution de la maladie. D'après le Docteur Gérard CUNIN "ce traitement semble donner de bons résultats : aucune douleur post-zostérienne chez dix patients âgés de plus de soixante ans, traités par corticothérapie en phase aiguë." (65) A noter qu'il s'agit d'un petit collectif de patient.

Dans une étude d'Eaglstein, la triamcinolone (48 mg/j. pendant sept jours, 24 mg/j. les sept jours suivants et 16 mg/j. la dernière semaine) a entraîné une amélioration spectaculaire des douleurs en phase aiguë chez les sujets âgés de plus de 60 ans.

Enfin une étude anglaise datant de 1987 arrive à des conclusions franchement inverses : "l'efficacité prétendue des glucocorticoïdes sur les algies post-zostériennes est aujourd'hui sérieusement remise en question par une étude contrôlée. Bien que les stéroïdes réduisent la durée des douleurs en phase éruptive (durée médiane passant de 13 jours à 5 jours), aucun effet n'est observé sur l'incidence des douleurs post-herpétiques. Selon ces auteurs, l'efficacité dans la phase aiguë de la maladie ne justifie même pas leur emploi comme analgésiques dans cette situation." (66)

En résumé le traitement corticoïde n'est licite qu'en l'absence des contre-indications habituelles, et sous couvert d'anti-acides et de potassium si besoin.

## 2) Antiviraux

A priori, ce devrait être le traitement le plus

efficace parce que le plus rationnel, là encore, la discussion bat son plein. En l'état actuel de nos connaissances et parmi toutes les études publiées, un traitement antiviral n'a d'intérêt qu'en cas d'immunodépression. En effet, l'administration d'acyclovir par voie orale en phase aiguë diminue sensiblement la durée de l'éruption et la douleur. Mais "à l'instar de la vidarabine, l'acyclovir n'affecte pas la fréquence des complications douloureuses tardives. Bien que prometteurs dans la phase aiguë du zona, les antiviraux sont donc inutiles dans la prophylaxie des névralgies post-herpétiques." (67)

Donc, puisque dans le zona classique les traitements locaux simples associés à des antalgiques banals suffisent, et que l'effet préventif sur la douleur post-zostérienne est sans aucun effet, les antiviraux ne se justifient que chez l'immunodéprimé et dans le zona ophtalmique où il éviterait les complications oculaires.

Cependant, selon les toutes dernières études faites, non publiées, le zovirax semblerait diminuer d'une part la durée de l'éruption et d'autre part la fréquence des algies post-zostériennes.

Ces conclusions, selon les auteurs, n'ont pu être obtenues

que maintenant, étant donné qu'ils ne disposaient pas auparavant d'un recul suffisant.

### 3) Psychotropes

#### - Antidépresseurs tricycliques :

ceux-ci sont à utiliser uniquement dans le cadre du traitement des algies post-zostériennes : "En fait, il semble que dans le traitement des algies constituées les antidépresseurs tricycliques soient la meilleure thérapeutique à proposer." (68)

Leur effet antalgique est surtout remarquable sur les brûlures.

Dans une étude randomisée en double insu et contrôle croisé chez 24 sujets, l'amitriptyline s'est montrée efficace dans 55 % à 65 % des cas évalués à une année par rapport à 15 % sous placebo. (69)

D'autres études donnent des résultats à peu près superposables pour l'imipramine et la clomipramine. "L'effet antalgique des tricycliques est en partie dû aux interactions aminergiques centrales, impliquant principalement le circuit cérébrospinal sérotoninergique, qui module l'influx nociceptif au niveau médullaire. La présence d'un état dépressif ne conditionne pas leur activité analgésique." (70)

Les antidépresseurs doivent être prescrits à dose progressivement croissante. Les doses nécessaires à l'obtention de l'analgésie sont réduites de moitié environ par rapport aux doses antidépressives. De la même façon, le temps de latence de la réponse antalgique est raccourcie à 4 ou 5 jours.

Les antidépresseurs représentent donc, actuellement, le traitement curatif de choix pour les algies post-zostériennes.

- Neuroleptiques :

les données cliniques concernant l'utilisation des neuroleptiques notamment le chlorprothixène et la lévomépromazine sont très controversées. Deux attitudes dominent.

Certains auteurs préconisent l'association amitryptiline/levomépromazine, mais aucune étude à notre connaissance n'a été publiée à ce jour.

Par contre, une étude contrôlée en double insu utilisant le chlorprothixène seul, a été conduite pendant une année. Les conclusions montrent l'inefficacité de doses inférieures à 100 mg/j. Un régime à posologie supérieure a montré un effet partiel, dans 30 % des cas, mais seulement à court terme et cela au prix d'effets indésirables jugés inacceptables. (71)

L'utilisation seuls ou en association des neuroleptiques dans les névralgies post-zostériennes est à rejeter.

#### 4) Anticonvulsivants

L'usage des anticonvulsivants a fait l'objet de nombreuses études dans certaines douleurs de déafférentation surtout les névralgies trigéminales, mais malheureusement pas dans les névralgies qui nous préoccupent. Très peu d'auteurs retiennent donc ce traitement.

Une étude non contrôlée (72) mérite tout de même d'être citée, en raison du grand nombre de patients traités (n = 170), dont environ 20 % souffraient de névralgies post-herpétiques. Les auteurs constataient l'efficacité globale dans 75 % des cas des traitements anticonvulsivants administrés. Sur les 4 médicaments testés 2 ont tout particulièrement retenu leur attention : la carbamazépine et le clonazépan.

Là encore, en raison des effets indésirables potentiels de ces médicaments, leur utilisation même à dose progressive sous surveillance étroite, ne doit être envisagée qu'en dernière intention.

## 5) Antalgiques

Ils sont à prescrire uniquement en phase aiguë. "Les antalgiques sont sans action sur les douleurs post-zostériennes." (73) Le plus souvent, les antalgiques simples (aspirine, paracétamol) suffisent à calmer la douleur; sinon, il faut recourir à des analgésiques plus puissants, en sachant limiter leur prescription à une période courte (15 jours), surtout si on utilise des morphiniques en raison du risque de dépendance.

## B) TRAITEMENTS LOCAUX

Le traitement local doit être le moins agressif possible.

1) On emploie des antiseptiques topiques très simples :  
un colorant asséchant comme la très classique éosine ou bien la chlorhexidine à raison de 2 à 3 badigeonnages par jour sans rinçage.

Certains auteurs préconisent la pommade Dalibour<sup>®</sup> au stade des lésions croûteuses.

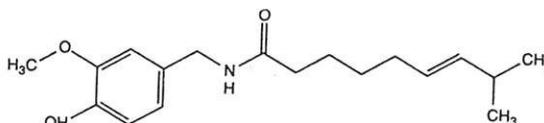
2) Collyres antiviraux :

pommade ophtalmique Zovirax<sup>®</sup> à adapter en fonction de l'avis ophtalmologique, en prévention des complications

oculaires.

### 3) Collyres antibiotiques

### 4) Capsaïcine



#### - Historique :

le capsicum faisait partie de l'alimentation courante au Mexique, en particulier depuis 7000 ans av. J.C., selon les recherches archéologiques.

Le premier rapport détaillé à propos du capsicum hot (piment) a été décrit par Diego Alvarez Chance, physicien qui accompagnait Christophe Colomb, lors de son deuxième voyage vers les "West Indies".

Quelques observations pharmacologiques furent entreprises par un voyageur au Pérou aux alentours de 1840 qui remarqua que les repas "piccante" contenaient tellement de piment que "la bouche commençait à brûler comme un charbon ardent". Il releva également qu'une consommation répétée de capsicum hot donnait lieu à une adaptation rapide et amenait à la préférence pour ce fruit fort.

"L'Indian pepper" était un ingrédient utilisé dans beaucoup de préparations obscures faites dans les anciennes pharmacies. Aucun document n'a été retrouvé jusqu'à ce jour expliquant l'utilisation de ce fruit dans la

pharmacopée mexicaine.

- Description :

la capsaïcine est un alcaloïde vanillique extrait du fruit de différentes variétés de Capsicum, famille des Solanacées, et entre dans la composition de différents piments (paprika, cayenne).

Sa dénomination chimique est : trans-8-méthyl- N-vanillyl- 6- nonénamide.

C'est une substance cristalline blanche, presque insoluble dans l'eau mais soluble dans les alcools, les éthers et les huiles de paraffine.

- Mode d'action en 2 temps :

la capsaïcine agit de façon spécifique sur les fibres nerveuses nociceptives de type C responsables de la sensation de douleur. Appliquée localement, elle déclenche dans un premier temps la libération par les fibres C de substance P responsable de sensations de brûlures lors des premières applications.

Puis elle entraîne une déplétion en substance P en empêchant la reconstitution au sein des neurones des stocks de substance P. (74)

- Pharmacologie :

la consommation moyenne en Thaïlande actuellement est

de 2,5 grammes par jour. Aucune étude pharmacologique sur l'Homme n'a été faite à ce jour. Chez le Chat et le Chien la capsaïcine administrée par voie intraveineuse entraîne une bradycardie, une hypotension et une apnée.

Une petite partie de la capsaïcine est métabolisée au niveau du foie (hydroxylation en position 5). La majorité est métabolisée et excrétée par le rein. (75)

- Etudes :

ce produit a été introduit aux Etats-Unis puis au Canada pour traiter les douleurs post-zostériennes et les neuropathies diabétiques, il y a une dizaine d'années. Son champ d'étude a été élargi actuellement à d'autres pathologies : le psoriasis, les douleurs post-chirurgicales, l'arthrite rhumatoïde, le traitement des vessies neurogènes par instillations vésicales et les rhinites non allergiques chroniques.

La première étude publiée aux Etats-Unis sur les effets de la capsaïcine dans les algies post-zostériennes, intégrait 14 patients sévèrement atteints depuis plus de 6 mois. Sur les douze patients qui poursuivirent l'essai jusqu'à son terme, neuf soit 75 % ont ressenti un sérieux soulagement de la douleur. Quatre d'entre eux ont dû avoir recours aux

opiacés pour maintenir le soulagement de la douleur, tout en utilisant 0,025 % de capsaïcine en application quatre fois par jour. (76)

Une autre étude incluant 33 patients souffrant d'algies post-zostériennes depuis 2 ans en moyenne (de 3 mois à 14 ans) comptant 22 femmes et 11 hommes âgés en moyenne de 70 ans (42 à 88) traités par 4 applications par jour de capsaïcine à 0,025 % durant 4 semaines donne comme conclusions premièrement qu'il n'y a pas de différence entre les répondeurs et les non répondeurs en terme d'âge, de sexe et des dermatomes touchés. Deuxièmement 78 % des patients traités remarquent une amélioration significative. (77)

Une étude multicentrique en double aveugle, randomisée évaluant l'efficacité de la capsaïcine en application 4 fois par jour à la dose de 0,075 % sur 32 patients porteurs de névralgies post-zostériennes dont 12 patients avaient des névralgies depuis plus d'un an; comptant 20 femmes et 12 hommes âgés de 64 à 90 ans, avec 68 % de zones thoraco-abdominaux et 32 % de zones des nerfs crâniens donne les résultats suivants :

- Après 28 jours de traitement 77 % des patients traités par capsaïcine ressentent une nette amélioration de la douleur. Aucun effet dans le groupe traité par placebo.

- Après 6 semaines de traitement on constate 46 %

de résultats très satisfaisants. 5 patients se sont plaints de petites brûlures dans le premier groupe, 2 patients dans le deuxième groupe.

L'application de capsaïcine à 0,075 %, 4 fois par jour pendant 6 semaines, procure un soulagement de partiel à complet sur 80 % des patients. (78)

En résumé, les différentes études contrôlées en double aveugle ont montré une différence significative dans le traitement des algies post-zostériennes. Les effets indésirables à type de brûlures et d'érythèmes cèdent au bout de 5 à 6 jours de traitement dans 95 % des cas.

- Commercialisation :

la capsaïcine est commercialisée aux Etats Unis sous forme de crème.

- Crème à 0,025 % ZOSTRIX<sup>®</sup> des laboratoires GENDERM, indiquée dans les douleurs post-zostériennes.

- Crème à 0,075 % AXSAIN<sup>®</sup> des laboratoires GALENPHARMA, dont les indications portent sur les douleurs post-zostériennes, les douleurs neurologiques, les douleurs des neuropathies diabétiques et les douleurs post-chirurgicales.

En France, la capsaïcine entre dans la formule de KAMOL<sup>®</sup> baume, de DOLPIC<sup>®</sup> baume, et de ALGIPAN<sup>®</sup> baume mais sous forme de teinture de capsicum et non pas de capsaïcine pure.

L'utilisation de la capsaïcine seule, sous forme de crème, dosée à 0,025 % est en cours d'évaluation en France. Le professeur M. Faure (Lyon) dans un article paru dans le Panorama du médecin, daté du 20 avril '93, écrit que "les applications locales des capsaïcines (0,025 % en prescription magistrale) paraissent entraîner une diminution importante des phénomènes douloureux."

En pratique la capsaïcine dosée à 0,025 % (dosage retenu en France dans les études actuelles), doit être appliquée 3 fois par 24 heures. On poursuivra le traitement 6 semaines sans interruption.

### C) AUTRES METHODES

1) La mésothérapie est très utilisée depuis quelques années dans cette indication. Elle semble donner de bons résultats comme nous le verrons dans les commentaires de notre étude statistique.

### 2) Conseils et hygiène de vie.

Le principe essentiel du traitement des douleurs post-zostériennes repose sur de simples conseils et une hygiène de vie.

Il faut s'attacher à expliquer aux patients l'origine des douleurs et ne jamais leur dire que le zona sera douloureux à vie. Il ne faut pas non plus promettre une guérison immédiate mais plutôt une amélioration progressive. Enfin il est de bon conseil d'éviter, autant que faire se peut, tous les excitants du système nerveux (café, stress, émotion ...), puisque la douleur est surtout présente en période d'éveil.

### 3) Contre-stimulations :

- réalisées par le malade, en effectuant des massages appuyés qui sont beaucoup moins douloureux que les frottements; ou les contre-stimulations thermiques : chaud ou froid selon la sensibilité du patient.

- les stimulations électriques : la neurostimulation transcutanée peut être efficace lorsque l'anesthésie n'est pas trop prononcée. C'est une méthode d'une totale innocuité, dont la seule contre-indication est le port d'un "pace-maker" cardiaque. En cas d'intolérance aux électrodes cutanées, la neurostimulation peut se faire, soit au niveau des cordons postérieurs de la moelle, soit au niveau thalamique.

## IV THERAPEUTIQUES ABANDONNEES OU A REJETER FORMELLEMENT

1) La radiothérapie

L'efficacité de la radiothérapie n'a jamais été prouvée. De plus, elle entraîne des lésions nerveuses qui accentuent la déafférentation et une exacerbation des douleurs les jours qui suivent l'irradiation.

2) La neurolyse

L'allodynie peut être prise pour des douleurs névralgiques par certains médecins qui proposent alors une neurolyse. Or, ce traitement entraîne une déafférentation et donc aggrave les douleurs. Le but du traitement des douleurs post-zostériennes est de stimuler et non de déafférenter.

3) Les morphiniques

Ils doivent être réservés à la phase aiguë du zona et ne jamais être utilisés en cas de chronicité du fait du risque de dépendance.

TROISIEME PARTIE

---

ENQUETE RETROSPECTIVE SUR LE ZONA EN CREUSE

DE 1990 A 1992 EN MEDECINE GENERALE

## I) I N T R O D U C T I O N

Fidèle à notre principe de travail qui nous a permis de construire le premier chapitre de cette thèse, c'est-à-dire de faire une étude de terrain, nous allons cette fois-ci dans ce troisième chapitre exposer les éléments que nous avons pu recueillir auprès des médecins généralistes creusois à propos du zona.

## II) P R E S E N T A T I O N

Il s'agit d'une enquête indirecte, rétrospective et descriptive, couvrant le département de la Creuse de 1990 à 1992, concernant le zona en médecine générale.

## III) O B J E C T I F S

Trois objectifs principaux ont orienté notre étude.

1) Tout d'abord, obtenir l'incidence du zona ainsi que la proportion respective de chaque implantation dans la population creusoise et l'incidence des douleurs post-zostériennes.

2) Ensuite, avoir un aperçu des traitements employés par les médecins généralistes creusois dans le zona classique, dans le zona ophtalmique et dans les algies post-zostériennes.

3) Enfin, dans une question ouverte rassembler les remarques personnelles des médecins généralistes à ce sujet et leurs estimations ainsi que leurs sentiments au regard de l'intervention des guérisseurs.

#### IV) P O P U L A T I O N C I B L E E

Notre étude s'est donc limitée au département de la Creuse d'une superficie de 560 613 ha (deux arrondissements, 27 cantons, 260 communes), comptant 131 349 habitants au recensement de 1990. La Creuse est le 92ème département par sa population et 93ème par sa densité (24 habitants au km<sup>2</sup>, soit le quart de la densité moyenne française).

Avec le taux de natalité le plus bas de France, le taux de mortalité le plus élevé de France et un solde migratoire faiblement positif la Creuse a perdu 6,2 % de sa population de 1982 à 1990. Pour la première fois, le nombre de Creusois de 65 ans ou plus excède le nombre de jeunes de moins de 25 ans. Cette situation s'explique par la baisse du nombre de jeunes de moins de 15 ans. La Creuse est ainsi le département du Limousin dont la population est la plus âgée, avec une moyenne d'âge de 44,8 ans (Limousin 42,3 et France 37,7). Comparée à la moyenne nationale, la pyramide des âges fait apparaître la "sur-représentation" des âges au dessus de 50 ans. Un déficit croissant d'adultes de moins de 40 ans et de jeunes se traduit par un fort rétrécissement de la base de la pyramide. (79)

Notre étude s'est limitée à ce département pour plusieurs raisons.

1) Notre enquête sur les guérisseurs exposée dans le premier chapitre s'est cantonnée à la Creuse puisque nous connaissons particulièrement bien ce département et que l'approche des guérisseurs étant longue et délicate, il était hors de question de couvrir plusieurs départements ou une région entière car le temps nécessaire consacré à chaque panseur du secret aurait été, du même coup, beaucoup trop

bref pour en parler sérieusement.

2) Connaissant bien la Creuse, le dialogue avec les médecins généralistes a été beaucoup plus facile. Nous avons pu ainsi rencontrer 25 % des généralistes qui ont répondu à notre questionnaire.

3) La Creuse est le plus vieux département de l'hexagone et sachant que l'incidence du zona augmente avec l'âge (de l'ordre de 5/100 000 par an dans la population générale, de 400 à 500/100 000 par an chez les sujets de plus de 60 ans) (80), nous étions sûr de collecter un nombre de données suffisant pour être crédible.

#### V) M E T H O D E

Nous avons adressé, par voie postale, à 128 médecins généralistes creusois, un questionnaire (ci-contre) accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe réponse timbrée. Le temps entre l'envoi et le retour des réponses s'est étalé du 8 juillet '93 au 30 août '93.

## VI I T E M S E T U D I E S

Nous avons retenu neuf items dans ce questionnaire.  
(Se rapporter au questionnaire ci-contre).

- L'implantation avec la déclinaison des 10 localisations principales et l'hémicorps, droit ou gauche, intéressé.
- L'éruption selon ses 3 formes : vésiculeuse, gangreneuse et hémorragique.
- L'évolution divisée en 3 fourchettes : de 0 à 15 j., de 15 j. à 30 j. et supérieure à 30 j.
- La démographie : nombre d'hommes et nombre de femmes.
- Les saisons : nombre de zones dénombrés respectivement au printemps, en été, en automne et en hiver.
- La thérapeutique subdivisée en traitements généraux, locaux et autres méthodes, avec une question ouverte pour estimer le nombre de patients ayant consulté un guérisseur.
- Les douleurs post-zostériennes : le nombre de cas et leurs traitements.

- Le nombre de consultations pour le suivi d'un zona.
  
- Remarques personnelles : question ouverte ayant pour but de rassembler les réflexions des médecins généralistes à propos du zona.

## VII) R E S U L T A T S E T D I S C U S S I O N S

### 1) PARTICIPATION

Sur 128 envois, nous avons reçu 60 réponses dont 6 ont été écartées d'office de notre étude, étant incomplètes ou nulles (médecins retraités inscrits, fichier incomplet etc.). Reste donc 54 réponses intégrées à l'enquête soit 42,8 %.

La démographie médicale creusoise compte 150 médecins généralistes. Nos 54 réponses représentent 38 % de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Creuse.

Pour plus de détails se rapporter au tableau ci-contre. La provenance des réponses montre une répartition pratiquement homogène sur tout le département (cf. carte ci-contre).

A noter une sous-représentation pour le chef-lieu, Guéret, et le Sud-Est du département, c'est-à-dire Crocq, la Courtine, Gentioux.

## 2) RESULTATS POUR CHAQUE ITEM

### a) Implantation

- Toutes localisations confondues nous arrivons à un total de 373 zonas (221 zonas de l'hémicorps droit et 152 de l'hémicorps gauche).
- En première position on retrouve le zona dorso-abdominal avec 145 cas (86 droits et 59 gauches) soit 38,9 %. Cette fréquence des zonas du rachis thoraco-lombaire est tout à fait conforme aux données de la littérature médicale concernant cette dermatose.

Le zona ophtalmique avec 53 cas soit 14,20 % se retrouve en deuxième position. Nous ne disposons pas de statistique concernant la fréquence du zona ophtalmique hormis des évaluations oscillant entre 10 et 20 % chez le sujet âgé de plus de 60 ans.

A notre avis ce pourcentage s'explique d'une part par le fait que "la fréquence du zona augmente de façon linéaire avec l'âge surtout en cas de localisation ophtalmique." (81). D'autre part par la

moyenne d'âge en Creuse, qui est de 44,8 ans. Donc ce chiffre semble tout à fait cohérent tout comme nous le verrons également pour la fréquence des algies post-zostériennes.

En troisième place : le zona occipito-cervical avec 34 cas soit 9,11 %

En quatrième place : le zona cervico-brachial comptant 33 cas soit 8,88 %

Pour les autres localisations se rapporter à l'histogramme.

Le groupe des zones des nerfs craniens rassemble 101 cas soit 27 %.

Le groupe des zones rachidiens rassemble 272 cas soit 73 %.

Pour donner un ordre d'idée sur l'incidence du zona en Creuse comparée aux données nationales publiées (82), disposant des chiffres représentatifs de l'exercice quotidien de 54 médecins généralistes creusois sur une période de 3 ans ('90, '91, '92), nous avons étendu ces données à l'ensemble des généralistes creusois (150) sur la population creusoise, pendant une période d'un an.

#### Incidence du zona

- nationale

De l'ordre de 5/100000 par an dans la population générale.

De 400 à 500/100000 par an chez les sujets de plus de 60 ans.

- En Creuse

249/100000 par an dans la population générale creusoise.

b) Eruption

Majorité de zones vésiculeux avec 363 cas soit 97,31 %. Les formes gangreneuses et hémorragiques restent confidentielles.

c) Evolution

49,8 % d'évolution sur 15 jours.

21,5 % d'évolution sur 30 jours.

28,7 % d'évolution supérieure à 30 jours.

Les 28,7 % d'évolution supérieure à 30 jours devraient correspondre théoriquement au pourcentage des douleurs post-zostériennes. Notre étude dénombre 34,8 % de douleurs post-zostériennes sur les 373 zones répertoriés. Donc ce pourcentage par recoupement semble tout à fait représentatif, et indique la fiabilité, à notre avis, des réponses collectées lors de cette enquête.

d) Démographie

47 % d'hommes

53 % de femmes

pas d'écart significatif

e) Saisons

Printemps 46 %, été 16 %, automne 25 % et hiver 13 %.

Le facteur saisonnier par contre semble jouer puisque pratiquement 50 % des zonas apparaissent au printemps à l'instar des maladies éruptives de l'enfant, des hépatites, sans qu'une "liaison" causale ait pu être démontrée expérimentalement.

f) Thérapeutiques

- Générale

L'Acyclovir per os est prescrit dans 85 % des cas, les posologies variant de 5 comprimés/24 h. durant 15 jours à 20 comprimés/24 h. durant 15 jours.

Les corticoïdes sont retenus dans 7,4 % des prescriptions dans le zona classique et le zona ophtalmique.

Isoprinosine <sup>®</sup> et vitamine B12 sont très peu employées : 3 % des prescriptions.

Les antalgiques sont ordonnés dans 100 % des cas, les plus utilisés par ordre décroissant sont :

l'Effergal <sup>®</sup>, le Di-antallic <sup>®</sup>, l'Idarac <sup>®</sup>, le Codoliprane <sup>®</sup> et le Propofan <sup>®</sup>.

- Locale

Sont utilisés à part égale Eosine<sup>®</sup> aqueuse à 2 %, l'Héxomédine<sup>®</sup> transcutanée et le Septéal<sup>®</sup>.

Dans le zona ophtalmique : Biocidan<sup>®</sup> et Zovirax<sup>®</sup> en pommade ophtalmique.

- Autres méthodes

Mésothérapie 14,8 %

Acupuncture 7,40 %

Rifocine<sup>®</sup> locale en sous-cutanée 2 %

Homéopathie 1,8 %

Radiothérapie 1,8 %

Anti-inflammatoires non stéroïdiens 1,8 %

- Intervention supposée d'un guérisseur

Elle est estimée entre 70 et 80 % par 60 % des médecins inclus dans l'enquête.

g) Douleurs post-zostériennes

- Nombre de cas

130 cas soit 34,8 %

L'incidence des douleurs post-zostériennes sur le plan national, toujours selon la même étude, donne les résultats suivants :

- 5 % chez les moins de soixante ans
- 40 % chez les plus de soixante ans

Les 34,8 % d'algies post-zostériennes retrouvées dans notre enquête sont pratiquement superposables aux statistiques nationales. Cela confirme bien la fréquence de cette affection, qui fait de ces algies chroniques un des problèmes les plus difficiles à résoudre pour le praticien.

- Traitements

26 % des médecins généralistes prescrivent l'association antalgique (Algobaz<sup>®</sup> intramusculaire - Di antalvic<sup>®</sup> - Propofan<sup>®</sup> - Temgésic Sublingual<sup>®</sup>) anticonvulsivant (Tégrétoïl<sup>®</sup> dans 100 % des cas).

13 % des praticiens utilisent un antidépresseur tricyclique (90 % des cas Laroxyl<sup>®</sup> - 10 % Anafranil<sup>®</sup>).

Les corticoïdes représentent 3,7 % des prescriptions.

Les neuroleptiques sont prescrits à hauteur de 5,5 %, Nozinan<sup>®</sup> étant le seul cité.

Sont également prescrits

- Radiothérapie 2 cas
- Mésothérapie (Rifocine + procaïne) 2 cas
- Homéopathie 2 cas
- Acupuncture 1 cas
- Laser 1 cas
- Zovirax<sup>®</sup> 1 cas
- Electrostimulation 1 cas

h) Nombre de consultations concernant le zona

Il est de 3 consultations en moyenne pour le suivi d'un zona.

VIII) D I S C U S S I O N A PROPOS DES TRAITEMENTS

La disparité des traitements est à corrélérer avec l'absence de consensus pour cette affection et l'inconstance des résultats thérapeutiques.

L'Acyclovir en traitement per os est utilisé comme nous l'avons vu dans 85 % des cas pour le zona classique et le zona ophtalmique (1 cas pour les douleurs post-zostériennes) alors que ce médicament n'a pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette pathologie hormis chez l'immunodéprimé.

La majorité des médecins le prescrivent sans conviction : "la prise d'Acyclovir en comprimés reste encore un sujet de discussion. Elle est indispensable pour le visiteur médical; elle est inefficace pour de nombreuses publications médicales actuelles dans le cas de zonas non compliqués."

Selon un autre médecin "peu d'efficacité de l'Acyclovir", ou encore "trop largement préconisé par le laboratoire."

sur une courte durée aucun effet indésirable obligeant à interrompre le traitement ne nous a été signalé.

D'autre part, la majorité des prescripteurs pense que la corticothérapie doit être absolument utilisée en prévention des douleurs post-zostériennes donc à partir de 60 ans pour tous les zonas.

Les anticonvulsivants dans le traitement des douleurs post-zostériennes sont utilisés en première intention par 26 % des médecins généralistes creusois ce qui est en discordance avec les résultats des différentes études faites à ce sujet qui comme nous l'avons dit recommandent leur utilisation en dernière intention. Le Tégrétol<sup>®</sup> est le seul prescrit par les médecins selon notre enquête alors que le Rivotril<sup>®</sup> donne les mêmes résultats.

En ce qui concerne les antidépresseurs tricycliques, là encore une spécialité prend le dessus à 90 % : le Laroxyl<sup>®</sup>. Cependant, alors qu'il s'agit actuellement du meilleur traitement dans les algies post-zostériennes (84), il n'est retenu que par 13 % des praticiens creusois.

Au sujet des autres méthodes employées, la mésothérapie (14,8 %) et dans une moindre mesure l'acupuncture (7,40 %) en phase aiguë sortent du lot. Les prescripteurs paraissent persuadés de l'efficacité de

ces deux méthodes pourtant très différentes. Reste à les évaluer de façon sérieuse pour en définir la technique et l'efficacité réelle dans cette pathologie.

La radiothérapie est encore préconisée dans 1,8 % des cas, tant en phase aiguë que dans les algies post-zostériennes.

Nous rappellerons donc, encore une fois, que son efficacité n'a jamais été prouvée et que cette méthode accentue la déafférentation !

A l'inverse, la stimulation électrique n'est citée qu'une seule fois bien qu'il s'agisse d'une méthode d'une totale innocuité.

En résumé, la disparité des traitements qui ressort de notre étude et l'utilisation de thérapeutiques qui devraient être caduques, confirment la nécessité d'une évaluation sérieuse de chaque thérapeutique pour une pathologie donnée ainsi qu'un suivi de l'évolution de ces thérapeutiques. C'est, à n'en pas douter, là où la formation médicale continue (F.M.C.) prend toute son importance.

Au sujet des guérisseurs, les médecins ne semblent pas éprouver d'inimitié. Plus de la moitié des médecins de notre enquête estime entre 70 et 80 % l'intervention d'un guérisseur. Pour l'un d'eux : "80 % des personnes consultent guérisseurs et magnétiseurs pour calmer le "feu".".

Entre le médecin et son malade tout se passerait comme s'il y avait un consentement tacite.

De plus, certains médecins n'hésitent pas à proposer à leurs patients de se rendre chez le guérisseur.

"Je conseille personnellement à mes malades de contacter un guérisseur en plus de leur traitement sans préjuger de l'action de chacun tant les phénomènes du zona sont aléatoires."

Enfin, "nos traitements souvent aléatoires incitent les gens à consulter la "penseuse"."

#### IX) C O N D U I T E S A T E N I R D E V A N T U N Z O N A EN MEDECINE GENERALE

Au terme de cette troisième partie, dans un esprit de synthèse, nous avons dégagé les quatre cas de figure qui peuvent se présenter devant un zona.

##### A) ZONA CLASSIQUE

- Jusqu'à 50 ans, l'évolution se fera dans la majorité des cas spontanément vers la guérison, sans séquelle.

- Revoir le malade tout d'abord à j. + 8 pour juger de l'efficacité du traitement et de la bonne

évolution du zona, puis à la guérison complète.

- On prescrira un antiseptique, un antalgique et des bandes Nylex<sup>®</sup> en cas de risque de frottement sur la zone.

#### B) ZONA OPHTALMIQUE

- Principal risque surtout chez le sujet à partir de 60 ans : les douleurs post-zostériennes. La thérapeutique instituée aura pour but de les prévenir au maximum.

- Avis de l'ophtalmologiste dans tous les cas.

- Recherche d'une anesthésie cornéenne tous les 2 jours par le médecin généraliste avec évaluation de l'efficacité du traitement.

- Eviter autant que faire se peut l'hospitalisation.

- Prescrire une prise de sang comportant : ionogramme, urée, créatinine à : j. 0 et j. + 8 (risque d'insuffisance rénale avec Acyclovir).

- Actuellement le traitement comportera : un antiseptique, un collyre antibiotique, du Zovirax<sup>®</sup> per os (20 comprimés 200 mg répartis en 4 prises sur 24 h.), du Zovirax<sup>®</sup> en pommade ophtalmique (5 fois/24 h.) et un antalgique. Selon certains auteurs Cortancyl<sup>®</sup> 30 mg/j. pendant 8 jours.

- Demander au patient de boire au moins 2 litres d'eau par jour.

C) ZONA DU SUJET AGE DE 60 ANS ET PLUS DANS SES LOCALISATIONS AUTRES QU'OPHTALMIQUE

- Prévenir les douleurs post-zostériennes présentes dans 40 % des cas dans cette tranche d'âge.

- On prescrira un antiseptique, un antalgique et des bandes Nylex<sup>®</sup> si nécessaire.

- Zovirax<sup>®</sup> per os (20 comprimés à 200 mg/24 h. en 4 prises).

- Selon certains auteurs Cortancyl<sup>®</sup> (50 mg pendant 7 jours puis décroissance progressive par paliers).

D) DOULEURS POST-ZOSTERIENNES

- Toutes les mesures préventives ont échoué.

- Expliquer l'origine des douleurs; insister sur le fait que l'amélioration sera progressive.

- Eviter les excitants du système nerveux.

- Contre-stimulations effectuées à l'aide de massages appuyés sur la zone 5 fois/24 h.

- Le traitement comportera un antidépresseur tricyclique par exemple le Laroxyl<sup>®</sup> (25 mg - 1 comprimé à 20 h.).

- Si réponse insuffisante augmenter la posologie à 50 mg sans aller au-delà.

- Dans un futur proche : capsaïcine en crème  
(0,025 %) 3 applications par 24 h. durant 6 semaines  
sans interruption.

## C O N C L U S I O N

"Les notions de santé et de maladie ne peuvent pas être considérées comme des choses. Elles doivent être intégrées au cadre dans lequel elles se développent." (85)

Dans ce cadre, à propos d'une maladie aussi courante que le zona, on retrouve d'un côté la médecine scientifique, de l'autre l'irrationnel prôné par les guérisseurs. Pour la plupart, les patients se rendent à la fois chez le "demiurge du surnaturel" et le médecin généraliste.

Ces deux modes de pensée, radicalement différents, coexistent pourtant sans antagonisme.

Le zona est une dermatose qui, dans la majorité des cas, évolue spontanément vers la guérison.

L'abondance des traitements proposés, l'absence de consensus viennent du fait que l'on ne dispose pas encore d'un traitement efficace pour éviter sa complication majeure : les algies post-zostériennes.

A l'avenir le traitement du zona devra être étiologique donc préventif.

Le Zovirax<sup>®</sup> est une première approche dans ce sens mais encore imparfaite.

La capsaïcine, dans un futur proche, devrait être une bonne alternative pour le traitement des algies post-zostériennes.

## B I B L I O G R A P H I E

---

1. Coury C. : La médecine de l'Amérique précolombienne, Ed. Roger Dacosta, Paris, 1969, p. 47.
2. Coury C. : La médecine de l'Amérique précolombienne, Ed. Roger Dacosta, Paris, 1969, p. 47.
3. Propos d'un guérisseur creusois.
4. Propos d'un guérisseur creusois.
5. Chevalier J., Gheerbrant A. : Dictionnaire des symboles, Ed. Robert Laffont, Paris, 1969, p. 264.
6. Propos d'un guérisseur creusois.
7. Propos d'un guérisseur creusois.
8. Propos d'un guérisseur creusois.
9. Propos d'un guérisseur creusois.
10. Propos d'un guérisseur creusois.
11. Abraham J.P., Bouteiller M. : Le livre des conjurations et sortilèges, Ed. Robert Morel, 1964.
12. Abraham J.P., Bouteiller M. : Le livre des conjurations et sortilèges, Ed. Robert Morel, 1964.
13. Conjuración pour toutes les maladies du XVIème siècle, Walter S. : le livre des conjurations et sortilèges, Ed. Robert Morel, 1964.

32. Fabre : Dictionnaire des dictionnaires de médecine, Paris, librairie Germer-Baillière, 1841, p. 1072.
33. Fabre : Dictionnaire des dictionnaires de médecine, Paris, librairie Germer-Baillière, 1841, p. 1072.
34. Berlioz F. : Manuel pratique des maladies de la peau, Paris, 1839.
35. Bonnetblanc J.M. : Cours de dermatologie, Université de Limoges, 1987, p. 32.
36. Fabre : Dictionnaire des dictionnaires de médecine, Paris, librairie Germer-Baillière, 1841, p. 1073.
37. Kernbaum S. : La revue du praticien, n° 29, 11 décembre 1989, p. 2654.
38. Alibert J.L. : Traité des dermatoses, Paris, 1822
39. Merklen F.P. : Les entretiens de Bichat, Paris, 1966, p. 93.
40. Desmeules J.A., Dayer P. : Thérapeutique symptomatique des syndromes de déafférentation : l'exemple de la névralgie post-zostérienne, Médecine et hygiène, 1988, Tome 46, fascicule 1745, p. 1242.
41. Alibert J.L. : Traité des dermatoses, Paris, 1822
42. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
43. Desmeules J.A., Dayer P. : Thérapeutique symptomatique des syndromes de déafférentation : dermatologie du sujet âgé, Médecine et hygiène, 1988, Tome 46, fascicule 1745, p. 1242.
44. Le concours médical, 11/02/89, 111-06.
45. Field H.F. : Painful dysfunction of the nervous system-In : Pain, Ed. M.C. Graw-Hill, p. 133-169, 1987.
46. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
47. Arnold Ed. : Greenfield, neuropathologie, Ed. Blackwood W., 3ème éd., p. 301-302, 1976.
48. Tasker R.R. : Déafférentation in, Tesblock

49. J. Pain, Ed. Wall and Melzack, p. 119-132, 1984.
50. Lombard M.C. and Larabi Y. : Electrophysiological study of cervical dorsal horn cells in partially deafferented rats, *adv. Pain Res. Ther* 5,147-154, 1983.
51. Melzack R. and Wall P.D. : Pain mechanism : A new theorie, *Science* 150, 971-978, 1965.
52. Gardner W.J. : Cross-talk; The paradoxical transmission of nerve impulse. *Arch neurol*, 14, 149-156, 1966.  
Gardner W.J. : Trijemenal neuralgia *Clin Neurosurg* 15, 1-56, 1968.
53. Merklen F.P. : Les entretiens de Bichat, Paris, 1966, p. 93.
54. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
55. Par les professeurs et maîtres de conférences de microbiologie médicale, virologie médicale à l'usage des étudiants en médecine, Ed. C. et R., p. 41-46, 1986.
56. Par les professeurs et maîtres de conférences de microbiologie médicale, virologie médicale à l'usage des étudiants en médecine, Ed. C. et R., p. 41-46, 1986.
57. Shiano A. et coll, Paris, 1976.
58. Boussel P., Bonnemain H., Borvé F. : Histoire de la pharmacie et de l'industrie pharmaceutique, Ed. de la porte verte, Paris, 1982, p. 60-61.
59. Berlioz F. : Manuel pratique des maladies de la peau, Paris, 1839, p. 214.
60. Merklen F.P. : Les entretiens de Bichat, Paris, 1966, p. 92.
61. Merklen F.P. : Les entretiens de Bichat, Paris, 1966, p. 92.
62. Desmeules J.A., Dayer P. : Thérapeutique symptomatique des syndromes de déafférentation : l'exemple de la névralgie post-zostérienne, *Médecine et hygiène*, tome 46, fascicule 1745, p. 1242, 1988.

63. Lenith G.T., Machin J. and Machin F. : Acupuncture compared with placebo in post-herpetic pain. *Pain* 17, 361-368, 1983.
64. Desmeules J.A., Dayer P. : Thérapeutique symptomatique des syndromes de déafferentation : l'exemple de la névralgie post-zostérienne, *Médecine et hygiène*, tome 46, fascicule 1745, p. 1242, 1988.
65. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
66. Esmann V., Geil J.P., Kroon S., Fogh H. et al : Prednisolone does not prevent post herpetic neuralgia. *Lancet* 2, 126-129, 1987.
67. Wassileur S.W., Reimlinger S., Nasemann T. and Jones D. : Oral acyclovir for herpes zoster : a double-blind controlled trial in normal subjects. *Brit J. Dermatol* 117, 495-501, 1987.  
Balfour H.H. : Acyclovir therapy for herpes zoster : advantages and adverse effects (éditorial) *JAMA* 225, 387-388, 1986.
68. Desmeules J.A., Dayer P. : Thérapeutique symptomatique des syndromes de déafferentation : l'exemple de la névralgie post-zostérienne, *Médecine et hygiène*, tome 46, fascicule 1745, p. 1246, 1988.
69. Waston C.P., Evans R.J., Reed K., Merskey H., Goldsmith L. and Warsh J. : Amitriptyline versus placebo in postherpetic neuralgia *neurology* 32, 671-673, 1982.
70. Field H.F. : Painful dysfunction of the nervous system. In *Pain*, Ed. Mc Gravo-Hill, p. 290-297, 1887.
71. Nathan P.W. : Chlorprothixene in postherpetic neuralgia and other severe chronic pains. *Pain* 5, 367-371, 1978.  
Farber G.A. and Bruks J.W. : Chlorprothixene therapy for herpes zoster neuralgia. *South Med. J* 67, 808-812, 1974.
72. Swerdlow M. : Anticonvulsivant drugs and chronic pain. *Clin Neuropharmacol* 7, 51-82, 1984.

73. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
74. Rumsfield MA-West D.P. topical.
75. Capsaïcine in dermatologie and peripheral pain disorders D.I.C.P. p. 381-387, 1991.
76. Bernstein JE. Bickers DR. D' AHL. MV, Roshal JY. Treatment of chronic postherpetic neuralgia with topical capsaïcín. J. Am. Acad Dermatol 1987, 17, 93-6.
77. Watson CPN, Evans RJ, Watt VR : Post herpetic neuralgia and topical capsaïcín. Pain 1988, 33, 333-40.
78. Bernstein J.E., Korman W.J., Bickers Dr, Dahl M.V., Millikan LE. : Topical capsaïcín treatment of chronic postherpetic neuralgia. J. Am. Acad. Dermatol 1989, 21, 265-70.
79. Atlas démographique de la Creuse.  
Recensement général de 1990.  
Direction Régional Limousin de l'INSEE.  
Société Cartographie et Décision ISBN.  
2. 907. 532-12-X. 1992.
80. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
81. Dermatologie du sujet âgé.  
Le concours médical 1102- 1989- 111-06., p. 420.
82. Cunin G., Lambert M. : Douleurs post-zostériennes, symptômes, le quotidien du médecin, n° 92, novembre 1990.
83. Propos d'un médecin intégré dans notre enquête indirecte, rétrospective et descriptive (90,91,92) sur le zona en Creuse.
84. Desmeules J.A., Dayer P. : Thérapeutique symptomatique des syndromes de déafférentation : l'exemple de la névralgie post-zostérienne, Médecine et hygiène, 1988, Tome 46, fascicule 1745, p. 1246.
85. J. De AJVRIA GUERRA  
Revue de médecine fonctionnelle  
Paris, volume 8, 1974, p. 139.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.





BON A IMPRIMER N° 1

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

---

PONSIN (Pascal). — Le zona en médecine rurale creusoise. — 131 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1994).

---

**RESUME :**

*Dès les prémices de ce travail sur le zona en médecine creusoise, nous avons été confronté à deux modes de pensée : d'une part les guérisseurs, d'autre part la médecine scientifique.*

*Les guérisseurs, véritables « démiurges du surnaturel », s'imposent comme les seuls représentants de l'irrationnel, du magique, et invitent au voyage.*

*La médecine scientifique propose de nombreux traitements, mais la controverse est de mise. Deux traitements sortent du lot : l'acyclovir et les antidépresseurs tricycliques.*

*La capsaïcine, en cours d'évaluation en France, devrait améliorer le traitement des algies post-zostériennes.*

*Notre enquête, réalisée auprès de cinquante-quatre médecins généralistes creusois, met en évidence la banalité de cette dermatose, mais aussi la très grande difficulté que représente le traitement des algies post-zostériennes.*

*Seul un traitement étiologique, donc préventif, mettra un terme à cette complication redoutable, apanage des sujets âgés.*

*La capsaïcine devrait être une bonne alternative dans un futur proche.*

---

**MOTS-CLES :**

- Zona.
  - Guérisseurs.
  - Douleurs post-zostériennes.
  - Acyclovir.
  - Antidépresseurs tricycliques.
  - Capsaïcine.
- 

**JURY :** Président : M. le Professeur PIVA Claude.  
Juges : M. le Professeur BONNETBLANC Jean-Marie.  
M. le Professeur DUMONT Daniel.  
M. le Docteur MOULIN Jean-Louis.  
Membres Invités : M. le Docteur AUFAURE Jean-Pierre.  
M. le Docteur NOUAILLE Yves.

---