



Le Clinicien

Formation continue du réseau des médecins de campagne en Afrique et à Madagascar

N° 11 - Décembre 2004

Edito

La médecine de campagne que nous développons au Mali et à Madagascar, et que nous cherchons à promouvoir dans d'autres pays, rassemble aujourd'hui plus de cent médecins. Ces praticiens

installés en première ligne ont construit, au fil des années, un nouveau métier qui associe dans une même démarche la Médecine de Famille et les Soins de Santé Primaires. Son originalité est, en effet, de parvenir à réunir dans une même pratique deux traditions souvent opposées, la médecine clinique et la santé publique.

D'où le concept de « médecine générale communautaire » qui synthétise cette vision d'une médecine globale et polyvalente, capable de combiner la responsabilité thérapeutique individuelle et la prise en charge des problèmes de santé d'une collectivité.

A Madagascar, cette approche a conduit Santé Sud et l'Ordre National des Médecins à élaborer ensemble le statut du médecin généraliste communautaire qui sera signé le 13 décembre par la présidente de l'ONM en présence du Ministre de la santé. Une reconnaissance qui honore tous les médecins qui se sont engagés dans cette voie (voir la présentation du statut en dernière page) et nous encourage à continuer.

Dominique Desplats / Jacques Tassy

Actualités médicales

ANALYSE EN 3 POINTS : Le suivi de l'insuffisant cardiaque

Les troubles ioniques

- Ils représentent un risque majeur d'arythmie et de mort subite. Une surveillance mensuelle du ionogramme sanguin et de la créatinine est indispensable.
- Il s'agit fréquemment d'une hypokaliémie due aux diurétiques de l'anse (malgré l'association aux IEC). La spironolactone (réservée pour l'instant aux patients de classe IV) est responsable d'hyperkaliémie quand elle est prescrite chez des insuffisants rénaux ou à dose trop importante (habituellement 25 mg/j).
- Une autre cause d'hyperkaliémie est la consommation des « sels de régime » à base de potassium.
- L'hyponatrémie est favorisée par les diurétiques thiazidiques (plus souvent que par les diurétiques de l'anse). Elle correspond aussi à une évolution défavorable de la maladie.
- L'insuffisance rénale est fréquemment d'origine iatrogène : régime désodé trop strict chez des patients en classe II, notamment âgés, administration d'AINS chez ces patients sous IEC, avec risque d'insuffisance rénale aiguë.

- Rappelons que la survenue d'une insuffisance rénale est fréquente lors de l'administration d'un IEC chez un patient sous diurétique. Mieux vaut alors diminuer transitoirement le diurétique en continuant l'IEC. Une augmentation modérée de la créatinine peut être tolérée.

Les troubles du rythme d'origine non ionique

- Les traitements antiarythmiques sont particulièrement dangereux sur un myocarde défaillant. Seule l'amiodarone, les digitaliques et certains bêtabloquants (carvédilol, bisoprolol, métoprolol) sont utilisables.
- Les bêtabloquants ont prouvé une baisse de la mortalité de 32 % à condition d'être utilisés selon des règles très strictes : début très progressif au 1/8 de dose habituelle, surveillance 4 h après la première dose, paliers très progressifs de plusieurs semaines.
- Concernant les digitaliques, rappelons l'importance du dosage régulier. Certains signes cliniques orientent rapidement vers un surdosage : dyschromatopsie et troubles digestifs.

- Ces patients traités par bêtabloquants parfois associés à l'amiodarone et/ou aux digitaliques, sont susceptibles de développer des bradycardies excessives, qu'il faut surveiller.

Les autres complications

- L'alitement et *a fortiori* une hospitalisation augmentent le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire chez l'insuffisant cardiaque. Toute prescription de repos au lit lors des poussées doit être assortie d'une prescription d'héparine de bas poids moléculaire pour la durée de l'alitement.
- Inversement, le traitement anticoagulant oral doit être suivi de près : l'insuffisance cardiaque droite altère le métabolisme hépatique et une surveillance plus rapprochée de l'INR est indispensable ■

COMPRENDRE LE TETANOS

Clostridium tetani est un bacille anaérobie strict qui survit dans la terre sous forme de spores. Ces spores, introduites dans l'organisme, se transforment en bacilles qui se multiplient et émettent des toxines neurotropes : le tétanos est une toxi-infection responsable d'une atteinte neurologique aiguë de pronostic sévère, se manifestant par des contractures.

La porte d'entrée est une effraction cutanée avec souillure de terre :

- plaie récente, même minime,
- piqûre par épine de végétal,
- ulcération chronique (ulcère variqueux, gangrène par artérite, brûlure, escarre...),
- injection avec aiguille non ou mal stérilisée,
- section du cordon ombilical avec instrument souillé (tétanos néonatal),
- circoncision et excision,
- actes chirurgicaux ou obstétricaux,
- morsure ou griffure d'animaux,

Le traitement repose sur deux principes :

1/ Inhiber la sécrétion de la neurotoxine en empêchant que ne se constitue un milieu anaérobie en raison de la présence de corps étrangers, de la nécrose et de l'ischémie tissulaire, milieu qui favoriserait le développement et la multiplication du bacille tétanique. Pour ce faire, il convient d'une part de prodiguer des soins locaux (nettoyage, extraction des corps étrangers, lavage à l'eau, application d'un antiseptique de type bétadine, parage de la plaie) et d'autre part de prescrire un antibiotique (amoxicilline + acide clavulanique ou, à défaut, amoxicilline seule).

2/ Neutraliser la neurotoxine qui pourrait être produite en raison de l'absence ou de l'insuffisance de la désinfection. Pour ce faire, des antitoxines doivent être présentes chez l'individu. Dans le meilleur des cas, elles préexistent à la survenue de la plaie grâce à la vaccination antitétanique telle qu'elle est pratiquée dans les PEV (enfants et femmes enceintes) En cas de vaccination incomplète, douteuse ou absente, des antitoxines doivent être apportées par la sérothérapie (Gammatétanos) avec, toujours, une mise à jour de la vaccination ■

Antibiothérapie pratique : BRONCHITE

- 1) Bronchite aiguë du sujet sain
 - germe : virus
 - antibiotique inutile
- 2) Surinfection de bronchite chronique
Elle se définit par la présence des 3 critères suivants :
 - augmentation du volume de l'expectoration
 - purulence des crachats
 - accentuation de la dyspnée.
 - germe : *Haemophilus influenzae*
 - antibiotique : ampicilline
per os
1,5 g/j (en 3 prises)
 - durée : 7 jours
 - alternative : érythromycine.

DES PARESTHESIES DES EXTREMITES

Une jeune femme de 26 ans consulte pour des « picotements » des extrémités et des lèvres apparus depuis une semaine et pour une faiblesse des membres inférieurs avec difficulté à la marche depuis deux jours. Tout d'abord, le diagnostic de spasmophilie est évoqué mais l'état de la patiente s'aggrave et quelques jours plus tard, à l'occasion d'un nouvel examen, on constate une tétraparésie modérée avec troubles de la sensibilité profonde. La ponction lombaire objective une hyperprotéinorachie sans pleïocytose. L'évolution sans traitement particulier se fait vers la stabilisation puis une récupération quasi complète du déficit moteur et des paresthésies en trois mois.

Il s'agit d'un syndrome de Guillain et Barré qui est une polyradiculonévrite aiguë d'origine habituellement virale (le cytomégalovirus est souvent en cause). Ce syndrome évolue classiquement en trois phases :

- une phase d'extension des paralysies qui dure 3 à 4 semaines ; aucun critère clinique ne permet de prédire l'évolution ou non vers une tétraplégie flasque et vers une atteinte ventilatoire qui fait toute la gravité de l'affection ;
- une phase de plateau, dont la durée va de quelques semaines à quelques mois, où les signes neurologiques sont au maximum ;
- une phase de récupération qui dure 3 à 6 mois, voire un an.

Les seuls traitements efficaces dans le syndrome de Guillain et Barré sont d'une part l'assistance respiratoire lorsque l'aggravation neurologique engage le pronostic vital (troubles de la déglutition et de la ventilation), d'autre part les plasmaphèreses et les immunoglobulines intraveineuses dont l'usage relève de services très spécialisés ■

Les facteurs favorisant de la pancréatite aiguë

- l'alcoolisme,
- la lithiase biliaire,
- l'ulcère perforé,
- les traumatismes abdominaux,
- les hyperlipidémies,
- les hypercalcémies,
- les grossesses,
- certains médicaments (corticoïdes, oestrogènes thiazidiques).

Soins de santé primaires MESSAGE A CARACTERE EDUCATIF

Coqueluche

La toux provoque des vomissements.

La coqueluche peut faire mourir de faim.

L'enfant doit manger très peu à la fois des petits repas nourrissants pris après une quinte de toux et souvent au cours de la journée.

La splénomégalie

On recherche une splénomégalie à la percussion et à la palpation de l'hypocondre gauche. La percussion s'effectue le long de la ligne axillaire moyenne, du sommet de l'aisselle à l'épine iliaque antéro-supérieure. Normalement, la rate n'est pas percutable ou seulement sur deux ou trois travers de doigt (4 à 6 cm) ; à partir de 8 cm, la matité est nettement pathologique.

La palpation sous le rebord costal gauche permet de déceler à l'inspiration profonde le pôle inférieur d'une rate modérément hypertrophiée.

Quand la splénomégalie est importante, on perçoit le bord antéro-interne crénelé qui descend à l'inspiration et la face antérieure qui se continue sans solution de continuité sous le rebord costal. On décrit la consistance, la régularité et la sensibilité douloureuse de l'organe ■

Haemophilus Influenzae

Ce bacille gram négatif est responsable d'infections localisées et généralisées.

- Dans les infections localisées (otites, conjonctivites, sinusites...), il s'agit presque toujours de souches différentes.
- Dans les infections généralisées (méningites, septicémies, arthrites, cellulites), c'est presque toujours l'*Haemophilus influenzae* de type b qui est en cause.

Troubles moteurs

(Quand le malade évoque une paralysie ou une parésie)

- Depuis quand êtes-vous paralysé ?
- Est-ce que le début a été brutal ?
- Avez-vous perdu connaissance ?
- Cette paralysie a-t-elle été immédiatement précédée d'une maladie infectieuse, ou simplement de fièvre ?
- Le début a-t-il été progressif ?
- Quelle a été la première région atteinte ?
- Jusqu'où s'étend exactement la paralysie ?
- A-t-elle diminué d'intensité et avez-vous récupéré de la force dans un membre ou une partie d'un membre ?
- Ou encore tend-elle à s'aggraver ?
- Est-ce que tous les mouvements sont également atteints ou pouvez-vous en effectuer quelques-uns ? Lesquels ?
- Avez-vous des difficultés de la parole ?
- Avez-vous des tremblements ?
- Avez-vous des contractions ? ■

Sérologie de l'amibiase

- Aucun intérêt dans l'amibiase colique : les amibes n'ont pénétré que la paroi du colon et la sérologie reste négative.
- Utile dans les formes viscérales (abcès du foie, abcès du poumon, péricarde, rate, peau, fièvre inexpliquée).

- L'accès hypertensif, ou crise hypertensive, se manifeste par une tension artérielle diabolique supérieure à 120 mm Hg, des vertiges et autres signes fonctionnels neurologiques, des troubles digestifs ; ils s'accompagnent d'une hémolyse intra-vasculaire et peut engendrer une insuffisance rénale aiguë par atteinte glomérulaire.
- Il survient rarement de novo ; il est plus souvent le fait d'une hypertension ancienne, connue ou non ; il peut être favorisé par la prise de certains médicaments.
- Son traitement est une urgence ; on peut utiliser un inhibiteur calcique per os ou intra-veineux, la clonidine intra-musculaire, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) per os ; les diurétiques doivent être réservés aux situations où existe un œdème pulmonaire.
- Parmi les inhibiteurs calciques, la nifédipine per os a fait preuve de son efficacité. A la dose de 40 mg, elle provoque une baisse tensionnelle progressive et significative dès la 10^{ème} minute ; cette baisse se maintient pendant une durée moyenne de 4 heures ce qui impose un renouvellement de la prise médicamenteuse toutes les 6 h environ. Facile d'emploi, efficace et bien tolérée, la nifédipine per os est bien adaptée au traitement de l'accès hypertensif ■

« Les petites phrases de l'école marseillaise »

- On peut avoir une occlusion intestinale et continuer à avoir un transit.
- Les niveaux liquides radiologiques sont le fait des occlusions par obstruction.
- Une émission de sang par l'anus oblige dans tous les cas à faire toujours un toucher rectal, souvent une rectosigmoidoscopie.
- L'objectif dans le traitement des traumatismes des membres, c'est d'assurer : la mobilité au membre supérieur, la solidité au membre inférieur.
- Pour diagnostiquer un syndrome douloureux dans sa nature et son étiologie, rien ne saurait remplacer un interrogatoire minutieux.
- Jamais de morphine ni de barbiturique chez un vieillard.
- Une petite fistule sur une cicatrice opératoire ne guérira que par l'ablation du fil de suture non résorbable qui en est la cause.
- Le cul de sac de Douglas est l'égout collecteur de l'abdomen. Allez-y diagnostiquer le sang ou le pus par le toucher rectal.
- Le lit est l'ennemi du vieillard : il faut l'en sortir, même au prix d'une intervention chirurgicale.
- Les lésions anatomo-pathologiques macroscopiques sont toujours plus avancées que ne le laisse penser l'examen radiographique ■



Le statut du Médecin Généraliste Communautaire (extraits)

Madagascar

Les premières Assises de la médecine générale communautaire auront lieu à Antananarivo du 13 au 17 décembre 2004. Elles réuniront les médecins de campagne de Madagascar (AMC-MAD) et l'association des médecins de brousse de Tuléar (TEALONGO) -soit une trentaine de généralistes installés dans le centre et le sud de la Grande Ile- pour une semaine de formation médicale et de réflexion commune. La première journée sera réservée à un débat public et à la signature du Statut du médecin généraliste communautaire en présence du docteur Jean-Louis Robinson, Ministre de la santé.

Mali

✓ Pour la seconde année Santé Sud organise, avec l'appui de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, une formation préalable à l'exercice de la médecine de campagne comprenant une formation théorique d'un mois (22 novembre au 18 décembre) complétée par un stage pratique chez un aîné Maître de stage. Cette formation comporte quatre modules d'une semaine : démarche clinique, gestion d'un centre de santé, santé publique et communication. Elle est assurée par Santé Sud, l'IMT d'Anvers, des enseignants maliens et concerne une promotion de 12 candidats à l'installation.
✓ Le groupe de Recherche-action en réseau sur l'épilepsie (RARE) vient de recevoir l'aide du laboratoire Sanofi-Aventis pour introduire le Valproate de Sodium (Depakine) dans le traitement limité jusqu'à présent au phénobarbital. Une formation spécifique des six médecins du réseau sur cette molécule a été réalisée à Bamako en octobre.

**Faites circuler Le
Clinicien, n'hésitez pas à
la photocopier !**

Le Médecin Généraliste Communautaire est un médecin qui vit de façon permanente en milieu rural. Il est inscrit à l'Ordre National des Médecins et exerce son métier de façon autonome. Il pratique une médecine de famille et prend en charge les problèmes de santé de son aire de responsabilité, réalisant ainsi la synthèse entre la Médecine de Famille et les Soins de santé Primaires avec ses huit composantes telles que définies par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le Médecin Généraliste Communautaire assure une bonne prise en charge clinique et thérapeutique de ses malades. Il intègre sa pratique libérale dans une démarche de service public en lien avec la Politique Nationale de Santé, définie par le Ministère chargé de la santé.

Chapitre I : Conditions générales d'exercice

Article 1 : Le MGC exerce la médecine générale en milieu rural.

Article 2 : Le MGC inscrit son activité dans un cadre libéral.

Article 3 : Le MGC est intégré à la carte sanitaire de son district sanitaire par une convention de service public, fixant ses rapports avec le Service de Santé de District du lieu d'implantation de son cabinet.

Article 6 : Le MGC passe accord avec la communauté pour déterminer les conditions de mise en œuvre d'une activité médicale globale et accessible à la population (participation à la construction d'un cabinet, négociation des tarifs des actes médicaux, mise à disposition d'un logement, etc.).

Article 7 : Le MGC exerce sur une aire de référence délimitée lors de son installation. L'aire de référence doit contenir un bassin de population d'au moins 7 000 habitants.

Chapitre II : Mode d'exercice

Article 13 : Le MGC entretient des relations professionnelles et sociales avec les autorités administratives locales.

Article 14 : Le MGC adhère à une association de médecins qui garantit le bon exercice de ses pratiques.

Article 16 : Le MGC s'engage à privilégier les médicaments génériques essentiels et à ne pas dépasser les 20 % de marges bénéficiaires autorisées par le Ministère chargé de la santé pour le renouvellement de son stock.

Article 17 : Le MGC s'engage à soigner gratuitement les personnes qu'il a identifiées comme indigentes.

Article 18 : Le MGC met tout en œuvre pour assurer le maintien de l'activité de son cabinet en cas de départ.

Chapitre III : Conditions matérielles d'exercice

Article 19 : Le cabinet du MGC est constitué d'une salle de consultation, d'une salle d'attente pouvant abriter au moins 5 personnes, d'une salle de soins /accouchement, de sanitaires propres, salubres et entretenus, et si possible d'une salle d'observation médicale.

Article 22 : Le MGC dispose d'une installation électrique, d'une chaîne de froid et d'un moyen de déplacement.

Article 24 : Le MGC, afin de couvrir son aire de référence, peut ouvrir un cabinet secondaire avec l'autorisation de l'Ordre des Médecins de Madagascar, constitué d'au moins une salle de consultation, d'un bureau, de deux chaises et d'une table d'examen.

SANTE SUD MALI

B.P. E 686
Bamako
Mali
Tél / fax : 223.22.20.227
santesud@afribone.net.ml

SANTE SUD MADAGASCAR

Lot IVC 31 4
Ambatomitsangana
101 Antananarivo
Madagascar :
Tél / Fax : 261.20.22.35.956
sante-sud@wanadoo.org

SANTE SUD

200 bd National,
Le Gyptis Bt. N
13003 Marseille – France
Tél : 33 (0) 4 91 95 63 45
Fax : 33 (0) 4 91 95 68 05
santesud@wanadoo.fr
www.santesud.org