

## Edito

*La formation initiale des médecins est-elle adaptée à la pratique de la médecine générale en première ligne ? La réponse est non. Le cursus des études est, peu ou prou, calqué sur celui des facultés des pays du Nord et repose pour l'essentiel sur la médecine hospitalière. Les tentatives faites dans certaines facultés africaines pour instaurer des stages sur le terrain ont été pour la plupart abandonnées, faute de crédits et d'encadrement face au nombre grandissant d'étudiants. Tout concourt ainsi à orienter les jeunes diplômés vers les spécialités ou la Santé Publique.*

*De ce fait, le médecin généraliste n'existe que par défaut. Il n'est pas préparé à exercer son métier, son existence n'est pas reconnue, ni sa place dans les systèmes de santé. Il est urgent de combler ce manque. C'est ce que nous essayons de faire à notre niveau avec une formation préalable des candidats à l'installation (voir page 4). L'enjeu nous semble important car il s'agit de créer un nouveau métier adapté aux contextes locaux, capable d'intégrer dans une même pratique la médecine de famille et la santé communautaire.*

*Dominique Desplats / Jacques Tassy*



## Actualités médicales

### ANALYSE EN 3 POINTS : l'asthme intermittent

#### LES GÉNÉRALITÉS

- L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée par une hyperactivité bronchique, une bronchoconstriction et un œdème bronchique.

- Sur le plan fonctionnel, il existe un trouble ventilatoire réversible.

- La prévalence (9% de la population générale) comme la mortalité (2 500 décès par an) sont en augmentation.

#### La clinique

- La crise, typique, se manifeste par une dyspnée expiratoire sifflante paroxystique, une sensation d'oppression thoracique, avec souvent une recrudescence nocturne et se finit par une toux avec l'émission d'une expectoration perlée. Il existe des facteurs déclenchants stéréotypés (allergènes, irritants, exercice, infections...).

- Au cours de la crise, il existe un syndrome obstructif réversible aux bêtamimétiques. La radio pulmonaire montre une distension thoracique avec aplatissement des coupes, les gaz du sang

révèlent une hypoxémie avec hypocapnie et la NFS une hyperéosinophilie modérée.

- « Tout ce qui siffle n'est pas asthme », il faut penser à éliminer un OAP, les exacerbations d'une BPCO, une dyspnée laryngée ou trachéale (corps étranger, tumeur...).

- Les formes étiologiques : on recherchera un asthme allergique (acariens, poussières, pollens, farines, aliments, médicaments, irritants...) ou un asthme survenant dans un contexte particulier (asthme d'effort, sur reflux gastro-oesophagien, aspergillose bronchopulmonaire allergique, asthme de grossesse).

#### Le traitement

- En cas d'asthme intermittent avec gêne ou symptômes courts et intermittents < 1-2 fois par semaine, réveils nocturnes < 2/mois. Il repose sur les bêtamimétiques seuls à la demande et les bêtamimétiques seuls ou les cromones en prévention de l'asthme d'effort.

- En cas d'asthme modéré, avec gêne >

1-2 fois par semaine, réveils > 2/mois, utilisation quotidienne de bêtamimétiques. On prescrit des bêtamimétiques seuls à la demande lors de la crise et en traitement de fond : corticostéroïde inhalé, bêtamimétique longue durée, cromone ou antileucotriène.

- Pour optimiser cette prise en charge, il faut :

- éduquer le patient (école de l'asthme, nécessité d'un suivi...);

- établir un partenariat avec le malade (asthme = maladie chronique);

- lors d'une crise, évaluer le pronostic vital, commencer tout de suite le traitement (bêtamimétiques courte durée d'action, corticostéroïdes IV ou per os), surveiller le malade tant que l'amélioration n'est pas franche et prévoir une consultation au 8e jour;

- la surveillance repose sur la clinique, les besoins en traitements « de secours », les effets adverses et surtout l'observance.

## INDISPENSABLE PONCTION PLEURALE

Le diagnostic de pleurésie est évoqué quand la clinique associe :

- un syndrome infectieux subaigu avec une fièvre à 38, une évolution traînante et une altération de l'état général,
- une toux sèche déclenchant une douleur dans un hémithorax,
- une dyspnée,
- une matité de l'hémithorax avec silence respiratoire à l'auscultation. On peut même parfois constater à l'inspection une distension et une relative immobilité de cet hémithorax.

Un tel tableau clinique appelle une radiographie thoracique qui confirmerait le diagnostic en montrant une opacité homogène occupant une partie d'une des plages pulmonaires et se terminant vers le haut par une ligne courbe concave. Dès que la pleurésie est abondante, on observe également un déplacement du médiastin.

Toutefois, en l'absence de radiographie, la ponction de plèvre est parfaitement réalisable dès lors qu'on s'entoure d'une asepsie rigoureuse et qu'on progresse dans un espace intercostal postérieur, en pleine matité et le vide à la main (l'aiguille doit être impérativement montée sur une seringue étanche).

La ponction est à la fois exploratrice et évacuatrice. Tout d'abord, en ramenant un liquide le plus souvent citrin, elle confirme le diagnostic. Dès que la seringue est pleine, on la retire pour brancher instantanément sur l'aiguille une tubulure à perfusion par laquelle le liquide s'écoulera dans un récipient posé à terre.

Il suffit de faire tomber quelques gouttes du liquide dans un verre à pied auquel on aura auparavant ajouté une goutte d'acide acétique, pour différencier un exsudat d'un transsudat : c'est le test de Rivalta qui est positif quand on voit se former et descendre vers le fond un anneau bleuté.

Pour connaître la nature des cellules présentes dans un exsudat, lymphocytes ou polynucléaire, un laboratoire est indispensable, mais la surveillance de la couleur que prend le liquide évacué lorsqu'il s'accumule dans le récipient fournit une indication : un liquide qui devient « sale », verdâtre, a de fortes chances d'être lymphocytaire, d'origine tuberculeuse.

## Traitement immuno-suppresseur

Son mécanisme d'action est complexe : il a une action anti-prolifératrice qui s'étend à l'ensemble des lignées hématopoïétiques, soit ne concerne que la lignée lymphoïde avec une sélectivité relative pour les lymphocytes T.

Les principales molécules ayant un effet immuno-suppresseur sont le cyclophosphamide (endoxan), le méthotrexate, l'azathioprine (imurel), les gluco-corticoïdes et la cyclosporine A.

Les indications de ce traitement sont d'une part les maladies auto-immunes, d'autre part les transplantations.

Dans les maladies auto-immunes, il faut bien peser les risques respectifs de la maladie à traiter et ceux liés à l'immuno-suppression (infections, cancers, effets propres à chaque médicament).

Recourir à une transplantation d'organe implique obligatoirement de prendre les risques de l'immuno-suppression puisqu'il s'agit de la condition indispensable de l'acceptation de la greffe.

## UNE DYSPNEE QUI S'AGGRAVE

Un homme de la soixante, gros fumeur, a une bronchite chronique depuis 7 ans et consulte pour une dyspnée qui survient au moindre effort alors qu'auparavant il ne l'éprouvait que lors des travaux dans les champs. L'examen clinique retrouve une fébricule de 38<sup>2</sup>, une tachypnée à 35/mn avec tirage et battement des ailes du nez. A l'auscultation, on entend des râles sibilants expiratoires prédominant aux bases ; le cœur est accéléré à 100 battements/mn, régulier, sans souffle. Il y a une turgescence des jugulaires avec reflux hépato-jugulaire et des œdèmes discrets des membres inférieurs. La radiographie thoracique montre une distension thoracique avec une hyperclarté des deux sommets, une surcharge hilair, pas de cardiomégalie.

Ce patient a une insuffisance respiratoire décompensée, c'est-à-dire une incapacité des poumons à assurer une oxygénation normale avec comme conséquence une hypoxie tissulaire. Cette décompensation est liée à une surinfection bronchique sur une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Le traitement repose sur 3 principes :

1/ traiter le foyer infectieux par l'amoxicilline, 2 g/j pendant 10 jours

2/ améliorer la fonction respiratoire par un mucorégulateur (sirop expectorant type Rhinathiol) et un bronchodilatateur (l'état du patient justifie le recours à une corticothérapie : cortancyl, 30 mg/j)

3/ lutter contre les facteurs aggravants avec l'arrêt immédiat et impératif du tabac et la mise au repos stricte.

Une fois la situation stabilisée, le patient restera un insuffisant respiratoire ; on lui expliquera que l'expectoration est une bonne chose (toilette des bronches), qu'elle est normalement blanchâtre et que si elle devient muco-purulente, jaunâtre, sale, il doit immédiatement venir consulter pour prévenir une nouvelle décompensation. L'arrêt du tabac doit être définitif.

## SOINS DE SANTE PRIMAIRES

### Message à caractère éducatif

Une brûlure est toujours propre initialement.

Le traitement local consiste avant tout à protéger la brûlure contre la saleté, les poussières et les mouches.

Il faut calmer la douleur avec de l'aspirine et faire beaucoup boire.

### Attention à la lumière

Le furosémide injectable doit être conservé dans son emballage d'origine en raison de l'action néfaste de la lumière.

### Antibiotique et Grossesse

L'amoxicilline ne présente aucun danger chez la femme enceinte et c'est même l'antibiotique de choix de la grossesse.

# L'examen physique

## L'HEPATOMEGALIE

Le foie normal n'est pas palpable, son bord inférieur ne dépasse pas le rebord costal ; sa limite supérieure décelée à la percussion atteint le 4e espace intercostal droit. La hauteur de sa matité, mesurée sur la ligne mamelonnaire est de 12 cm. Le foie pathologique peut être diminué ou augmenté de volume.

L'hypertrophie hépatique se décèle par la palpation qui permet d'en percevoir le bord inférieur et une partie de la face antérieure. On apprécie la consistance, la régularité, la mobilité respiratoire, la sensibilité douloureuse. On mesure la hauteur de la matité hépatique.

La vésicule biliaire augmentée de volume peut parfois être palpée vers l'intersection du rebord costal droit et d'une ligne qui joint le mamelon à l'ombilic.

C'est d'ailleurs à ce niveau que la palpation profonde unidigitale décèle le point douloureux cystique : que l'on peut révéler dans les cas douteux à l'inspiration profonde (signe de Murphy).

L'examen d'une ascite combine percussion et palpation. La matité à concavité supérieure est mobile dans l'ascite libre ; elle disparaît d'un côté si le malade se couche du côté opposé. La sensation de flot, que donne une chiquenaude, confirme le diagnostic.

### Antibiothérapie pratique : PNEUMOPATHIE AIGUË

- Germes streptocoque, mycoplasme, chlamydia.
- Antibiotique : erythromycine  
(ou un autre macrolide per os)  
2 g/j (en 2 prises)
- Durée : 10 jours
- Alternatives : doxycycline  
Per os  
200 mg/j (en 1 prise)  
amoxicilline  
2 g/j (en 2 prises)

# Les bonnes questions

## HEMATEMESE

- Avez-vous vomi du sang ?
- S'agissait-il bien d'un vomissement et non d'un rejet après une secousse de toux ?
- Le sang était-il rouge ou noir ?
- Le sang était-il très liquide ou en caillot ?
- Etait-il mêlé de débris alimentaires, de glaire, de liquide acide ?
- Quelle en était la quantité ? (se méfier des chiffres fantaisistes, faire préciser le volume par analogie avec un récipient usuel).
- Avez-vous eu une défaillance, une syncope après l'hémorragie ?
- Avez-vous rejeté du sang dans les selles ?
- Comment était-il ?
- Sinon, avez-vous eu des selles très noires comme de la suie ?
- Les hémorragies sont-elles répétées ?

## Dengue

Le diagnostic clinique de la dengue est difficile. Sans le secours du laboratoire, il est pratiquement impossible de la distinguer des autres arboviroses, des fièvres virales hémorragiques et même des fièvres tropicales en général, éruptives ou non (paludisme, rickettsioses, grippe, rubéole...).

Elle se manifeste en effet par un syndrome grippal (fièvre, arthralgies, myalgies, faciès vultueux) avec, d'une part de façon à peu près constante, un rash maculo-papuleux disséminé, différé et transitoire et, d'autre part, dans 5 % des cas un syndrome hémorragique.

Le laboratoire est indispensable au diagnostic. L'isolement du virus se pratique par inoculation du sang du malade au cerveau d'un souriceau nouveau-né ou au moustique. On a recours essentiellement aux réactions sérologiques (inhibition de l'hémagglutination et fixation du complément). Maladie virale, la dengue ne requiert pas d'autre traitement que du paracétamol. La convalescence est marquée par une asthénie tenace.

## LES PETITES PHRASES DE L'ECOLE MARSEILLAISE

- Traumatisme crânien + fracture des membres + troubles neurologiques précoces : possibilité d'embolie graisseuse.
- Une dysphonie justifie un examen laryngoscopique. Si elle dure depuis un mois, c'est impératif.
- Une otorrhée purulente discrète est une menace beaucoup plus certaine qu'une otorrhée abondante.
- Jamais de pansement sur une plaie de la face.
- Après un traumatisme crânien et un intervalle libre, attention à une altération de la conscience avec signes de localisation (mydriase, hémiparésie) : faites opérer d'urgence.
- Une sciatique paralysante est une urgence chirurgicale.
- Pour éviter les séquelles, une phlébite se traite par anticoagulant quatre semaines au minimum.
- Après un traumatisme basi-thoracique gauche violent, c'est souvent plusieurs années après que se manifestera une hernie diaphragmatique traumatique. Pensez à en rechercher les signes.
- Chez une femme âgée, obèse, en occlusion intestinale, il faut penser à la petite hernie crurale étranglée. La rechercher parfois sous le tablier graisseux.
- Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite aiguë.



## **L'article intitulé « Pour une médecine générale communautaire en première ligne »**

de D. Desplats, Y. Koné et C. Razakazon, publié par la revue *Médecine Tropicale* (2004, vol 64,

N° 6) est disponible :

- sur le site de Santé Sud :

<http://www.santesud.org/Accueil/Publications.html>

- sur le site de l'OMS : [http://www.who.int/contracting/countries/contractual\\_arrangements/fr/index.html](http://www.who.int/contracting/countries/contractual_arrangements/fr/index.html)

et cliquer sur : « L'installation de jeunes médecins en zones rurales : l'expérience de Madagascar et du Mali

Nous pouvons aussi vous l'envoyer sur simple demande.

## **Sénégal**

Notre représentant local, le Professeur Lamine Gaye, et le Docteur Jean-Louis Goriaux ont travaillé ensemble, à partir de quelques expériences débutantes, sur les perspectives de développement de la médecine générale communautaire au Sénégal. Plusieurs pistes sont envisagées avec la faculté de médecine : formation spécifique, études sur les ressources humaines et l'épidémiologie clinique au premier niveau de soins. Ainsi que le soutien à des médecins généralistes, tel le Dr Fedor qui vient de se rendre au Mali pour participer à la formation préalable.

## **Formation préalable**

Pour la troisième année consécutive, Santé Sud Mali a organisé la formation préalable d'une nouvelle promotion de jeunes médecins ayant choisi, avec l'appui de Santé Sud, de s'installer comme médecins de campagne. Elle a concerné 15 médecins maliens en cours d'installation et un médecin sénégalais, le Dr A. Fedior, déjà installé dans le Nord du Sénégal mais désireux d'améliorer sa pratique de médecin généraliste.

La partie théorique de cette formation s'est déroulée en juillet à Sikasso, sur quatre semaines avec quatre modules : démarche clinique, gestion d'un centre, santé publique, communication. Les intervenants provenaient de tous les étages de la pyramide sanitaire –Professeurs de la faculté, Directions nationale et régionale de la santé, District sanitaire, Maîtres de stage en première ligne– ce qui a permis d'enrichir le contenu des modules et la dynamique participative.

La partie pratique s'est déroulée également sur un mois chez l'un des six médecins de campagne formés pour être Maîtres de stage, en deux périodes de 15 jours : un stage d'immersion avant la formation théorique et un stage de consolidation immédiatement après avec, comme support, un guide pratique (référentiel).

Nous rappelons que l'IMT d'Anvers et Santé Sud se sont alliés pour concevoir cette formation spécifique à la pratique de la médecine générale communautaire après avoir constaté que les jeunes diplômés étaient mal préparés à ce type de métier, ce qui était pour eux cause de difficultés, voire d'échecs.

A Madagascar, une formation plus courte, sur une semaine, est également organisée régulièrement par Santé Sud Mada pour des groupes de 6 candidats à l'installation. Elle est appelée à s'élargir, en particulier avec le concours de quelques aînés confirmés qui deviendront des Maîtres de stage capable d'accompagner leurs jeunes confrères.

La question qui se pose maintenant, c'est la pérennité de ces formations préalables indispensables pour la pratique de la médecine générale en première ligne, et leur inscription dans un processus institutionnel capable d'en respecter l'esprit novateur au service des futurs praticiens de terrain.

## **Compagnonnage à Madagascar**

Quatre médecins de campagne français se sont rendus auprès de leurs homologues malgaches : deux dans la région d'Antananarivo et deux dans la région de Tuléar. Cette première expérience de compagnonnage a permis à ces quatre binômes (trois masculins et un féminin) de confronter leurs pratiques et de réfléchir ensemble sur des items prédéfinis : pratique clinique, prescription, prise en charge, organisation etc... L'objectif est de valoriser, entre pairs, la dimension humaine et professionnelle du métier de médecin généraliste. Le relevé des cas rencontrés permettra aussi, peu à peu, de mieux appréhender l'épidémiologie clinique en zone rurale.

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

### **SANTE SUD MALI**

B.P. E 686  
Bamako  
Mali  
Tél / fax : 223.22.20.227  
[santesud@afribone.net.ml](mailto: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.mg](mailto:sante-sud@wanadoo.mg)

### **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](mailto:santesud@wanadoo.fr)  
[www.santesud.org](http://www.santesud.org)