

Edito

Le rapport sur le développement humain 2010 qui vient de paraître avec une introduction du grand économiste Amartya Sen, indique que l'indice de développement humain (IDH) a progressé de façon significative dans tous les pays, « les pays les plus pauvres affichant souvent les gains les plus importants ».

Seuls trois pays – la RDA, la Zambie et le Zimbabwe – ont un IDH plus bas aujourd'hui qu'en 1970. Par contre, revers de la médaille, ce sont les inégalités qui ont progressé, particulièrement dans le domaine de la santé.

Le développement n'est donc pas uniquement lié à la croissance et au revenu, il doit s'accompagner de « réformes renforçant l'équité », en améliorant les services de base (écoles, santé, infrastructures etc.), « en transformant les individus en acteurs actifs du changement » car « les solutions standard sont intrinsèquement vouées à l'échec ».

Ce langage nous parle : les MGC dispersés dans les campagnes sont ces acteurs du développement qui, par leur présence et leur travail en réseau (page 4), agissent concrètement en faveur de l'équité auprès des populations qui en ont le plus besoin.

Dominique Desplats

Le Clinicien souhaite une bonne année 2011 à tous les MGC ainsi qu'à leurs familles



Actualités médicales

Conduite à tenir devant l'otite séromuqueuse

L'otite séromuqueuse (OSM) est un épanchement visible derrière le tympan, sans symptôme d'inflammation aiguë. Elle concerne les enfants de moins de 8 ans, avec un pic de fréquence entre 1 et 2 ans. Elle est bilatérale dans 85 % des cas.

Signes d'appel et mode de découverte

Les OSM de l'enfant sont souvent de découverte fortuite. Elles sont généralement asymptomatiques, mais sont souvent responsables d'une hypoacousie bilatérale (dans 85 % des cas, perte de 20 à 40 dB) ou d'une otalgie fugace. Le tympan apparaît modifié, épaissi et moins transparent. Il peut prendre un aspect jaunâtre et hyperhémié avec l'existence de vaisseaux radiaires à sa surface. Les enfants plus âgés décrivent parfois, comme les adultes, une sensation d'oreille pleine, ou un bruit de liquide.

Attention : la persistance d'un épanchement est possible plusieurs semaines après la fin du traitement d'une otite moyenne aiguë sans nécessité de traiter !

Traitement médical de l'OSM

Il est indiqué pour les OSM présentes depuis plus de trois mois. L'évolution étant le plus souvent spontanément favorable, il faut savoir auparavant respecter une OSM ! Néanmoins, en cas de malformation associée ou de surdité

avec retard de langage, il ne faut pas différer l'instauration du traitement.

Seule l'association antibio-corticoïde a fait la preuve de son efficacité.

- Prednisonne : 1 mg/kg pendant 7 jours
- Amoxicilline-acide clavulanique : 80 mg/kg/j pendant 15 j [en cas d'allergie aux bêta-lactamines : Sulfaméthazone-Trimetoprim (Bactrim) pendant 10 j]
- Après ce traitement médical, si l'OSM persiste, une simple surveillance est indiquée si :
 - L'OSM est unilatérale
 - Il n'y a pas de surinfection
 - La surdité de transmission est inférieure à 25 dB, sans retard de langage.

Traitement chirurgical de l'OSM

Il n'est à envisager que si l'OSM persiste après un traitement médical bien conduit, avec évolution vers une otite chronique évolutive. Il repose sur la pose d'un train trans tympanique.

(D'après Drs Ch. Sain-Oulhen et F. Tankéré, service ORL, La Pitié Salpêtrière, Paris)

Flash sur la teigne

► La teigne est la cause la plus courante de chute de cheveux chez les enfants de 2 à 10 ans. Il s'agit d'affections fongiques bénignes dues à des dermatophytes. Le risque de contagion diffère s'il s'agit de dermatophyte anthropophile (à transmission interhumaine) et de dermatophyte zoophile (d'animal à l'homme) ou géophile (par contact direct avec le sol ou par l'intermédiaire d'un animal).

► Leur diagnostic est identique : une teigne doit être systématiquement évoquée devant toute plaque alopécique. L'aspect est caractéristique : cheveux coupés courts et présence de lésions squameuses, érythémateuses ou de folliculite.

► Un traitement par voie générale est toujours nécessaire : griséofulvine administrée à la posologie de 15 à 20 mg/kg/jour par voie orale pendant six à huit semaines, en une seule prise le matin et avec un corps gras (tartine avec du beurre ou de la margarine).

► Ce traitement per os est associé à un traitement local par des crèmes ou des lotions antifongiques éventuellement associées à de la vaseline salicylée pour faire tomber les croûtes. Ce traitement local ne suffit pas pour traiter une teigne mais il réduit le portage et diminue en conséquence la contagion.

► La désinfection des peignes, brosses, bonnets est nécessaire ou jetés s'ils servent habituellement à tous les enfants de la famille. La désinfection des lieux de vie n'est pas nécessaire.

► Le suivi est mensuel jusqu'à la disparition complète. Les lésions disparaissent si le traitement est correctement suivi.

On estime qu'avec un traitement bien fait, il n'y a plus de risque de contamination pour l'entourage après huit à dix jours.

► La contamination est beaucoup plus forte dans le milieu familial que dans le milieu scolaire. De ce fait il est indispensable d'examiner tous les membres de la famille (ainsi que les amis dormant sous le même toit). L'examen des sujets contacts et leur prise en charge rapide paraît un des points essentiels pour prévenir les cas secondaires. Les habitudes des familles seront prises en compte (partage des vêtements entre enfants, habitude de coiffure, enfants dormant ensemble ...). On pensera aussi à examiner les mains des mères qui se contaminent en coiffant leurs enfants et deviennent ainsi contagieuses.

► Une enquête scolaire est nécessaire si plusieurs enfants de la même classe ou de la même école sont atteints.

► Diagnostiques différentiels :

Un psoriasis peut toucher le cuir chevelu de l'enfant : les plaques sont érythémateuses et recouvertes de squames épaisses qui couvrent le cheveu comme les tuiles d'un toit et sont soulevées avec eux quand les cheveux sont mobilisés. Elles peuvent simuler une teigne mais les cheveux sont intacts ce qui permet de bien les différencier. Il n'y a jamais d'alopécie.

La pelade : plaque alopécique récidivante. La plaque est lisse, l'origine serait auto-immune.

(D'après un article paru dans le généraliste FMC de la Revue Le généraliste)

Axiome du MGC

Les médicaments essentiels sont toujours disponibles, sans rupture de stock.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO), l'avis du spécialiste :

Diagnostic

Le diagnostic de RGO est avant tout clinique, reposant sur l'interrogatoire. Les symptômes typiques sont le pyrosis (brûlure rétrosternale ascendante) et les régurgitations acides. Ils ont une spécificité de 90 % pour le diagnostic de RGO. La présence de ces signes permet de poser le diagnostic de RGO sans avoir recours à des examens complémentaires.

A côté de ces signes caractéristiques de RGO, la symptomatologie se résume à des manifestations atypiques dans 30 à 60 % des cas. Il peut s'agir de manifestations digestives (épigastralgies, nausées, éructations, hoquet) ou extradiigestives (toux, asthme, douleurs thoraciques, brûlures pharyngées, otalgies ...).

La présence de symptômes typiques sans signe d'alarme associé (amaigrissement, dysphagie, hémorragie digestive, anémie) chez un sujet de moins de 50 ans autorise un traitement médical sans recours systématique à l'endoscopie. En revanche, l'existence d'un signe d'alarme ou un âge supérieur à 50 ans ou des symptômes atypiques imposent la pratique d'une gastroscopie.

Traitement

L'objectif principal du traitement du RGO est le soulagement des symptômes, permettant le retour à une qualité de vie normale. Le traitement médical du RGO n'a aucune prétention physiopathologique. Il se contente de supprimer le symptôme.

Parmi les règles hygiéno-diététiques, seules les mesures posturales ont prouvé leur efficacité mais elles sont difficiles à mettre en œuvre (surélévation de la tête du lit). L'arrêt du tabac, des plats épicés, des boissons acides (jus d'agrumes), du café, des boissons gazeuses (cocacola/fanta...) sont des mesures indispensables.

Si les antiacides et les alginate ont une efficacité démontrée, quoique modérée, la prise en charge se fait de plus en plus par les IPP (oméprazole) qui ont une efficacité de 85 %.

En dehors des RGO compliqués d'œsophagite nécessitant un traitement (20 mg/jour) pendant quatre à huit semaines, le traitement se fait aujourd'hui à la demande, en fonction de la symptomatologie du patient.

La chirurgie du reflux fait aujourd'hui figure d'exception. Pas plus efficace que les IPP dont l'innocuité et l'efficacité sont parfaitement démontrées, la chirurgie ne restera indiquée que chez les rares patients ayant des régurgitations invalidantes persistantes sous IPP.

(D'après extrait revue Prévoir, Dr F.Devulder. Reims)

Zoom sur la syphilis

La syphilis revient et reste une grande simulatrice...

Il faut savoir y penser dans diverses situations, particulièrement chez un sujet à risque :

- classique chancre, de localisation variée, avec adénopathie satellite parfois au premier plan ;
- rash maculaire, lésions papuleuses palmo-plantaire, lésions muqueuses traînantes, troubles des phanères ;
- syndrome grippal, tableau pseudo-viral avec polyadénopathies, hépato-splénomégalie ;
- manifestations ophtalmiques, cardiovasculaires, osseuses ou neurologiques centrales, apanages des syphilis tardives qui peuvent survenir après une phase de latence clinique prolongée.

Le diagnostic repose sur les sérologies TPHA et VDRL, qui se positivent dans les 7 à 15 jours suivant le chancre, et dont la positivité conjointe signe l'infection évolutive. En cas de réactions discordantes, le FTA-IgM, réaction la plus précoce, nécessitant un microscope à fluorescence, peut être utilisé afin de confirmer le diagnostic de syphilis évolutive. Lors du traitement, le VDRL tendra à se négativer mais peut rester positif en cas de traitement tardif, tandis que le TPHA demeurera positif, la ré-ascension ultérieure du VDRL signera la réinfection.

Le dépistage d'une co-infection VIH ou d'une autre infection sexuellement transmissible doit être systématique.

Le traitement, sauf allergie ou traitement anticoagulant, repose sur la benzathine-pénicilline G (Extencilline) en IM :

- 2,4 MUI x, 1 ou 2 injections à 7 jours d'intervalle à la phase primo-secondaire
- 2,4 MUI x, 3 injections à une semaine d'intervalle en cas de syphilis tardive.

En cas d'allergie, on fait appel :

- en première intention aux cyclines (doxycycline 200 mg/j.), pendant 15 jours à la phase primo-secondaire, 30 jours en cas de syphilis tardive ;
- en deuxième intention à l'érythromycine, 2 g/jr pendant 15 jours, notamment en cas de grossesse, ou à la rocéphine, 250 mg/jr pendant 10 jours à la phase primo-secondaire, et à l'érythromycine pendant 30 jours en cas de syphilis tardive.

En cas de syphilis neurologique, un traitement IV par pénicilline G, 16 à 20 MUI pendant 10 à 15 jours, est requis en préalable au traitement par trois injections d'Extencilline ; en cas d'allergie, c'est aux cyclines qu'on fait appel pour un traitement de quatre semaines.

La prévention d'une réaction de Jarish-Herxheimer par une corticothérapie (10 à 20 mg trois fois par jour pendant trois jours) en début de traitement d'une syphilis tardive est discutée.

(Dr E. Auxenfants, in l'espace FMC. Revue Prévoir)

Chez un enfant fébrile, une angine avec langue saburrale et éruption sur le tronc (d'après un article FMC du Quotidien du médecin).

Un enfant, âgé de 4 ans, a depuis 2 jours une fièvre à 39°C, une dysphagie et des nausées. L'examen révèle une angine érythémateuse, une langue saburrale, une éruption maculo-papuleuse sur le tronc, prédominant au niveau des plis (inguinaux surtout).

Quel diagnostic ?

Compte tenu de l'ensemble des éléments cliniques, le diagnostic de scarlatine est évoqué. Deux jours plus tard, la langue de l'enfant prend un aspect framboisé et une semaine plus tard une desquamation palmo-plantaire est notée.

La scarlatine est une maladie contagieuse due à un streptocoque bêta hémolytique de groupe A. La contamination est directe ou indirecte par le biais des gouttelettes émises par le malade. Elle se voit surtout chez les enfants entre 3 et 12 ans.

Aspects cliniques

Ce tableau est rarement observé dans sa forme complète et il est plus fréquent de rencontrer des formes atténuées. L'incubation est généralement comprise entre 1 et 7 jours.

En phase d'invasion, il existe un syndrome infectieux avec malaise, frissons, vomissements et fièvre à 39-40°C, angine rouge ou érythémato-pultacée associée à une coloration carminée du pharynx, des piliers antérieurs et du voile du palais. Des adénopathies douloureuses, notamment cervicales, sont mises en évidence.

Un énanthème apparaît, débutant par une langue saburrale puis qui desquame au niveau de la pointe et des bords réalisant le V lingual, pour devenir rouge décapillée « framboisée ».

Un exanthème survient 2 jours après le syndrome infectieux, débutant au thorax et à la racine des membres. Les paumes et les plantes sont épargnées. L'éruption régresse au bout du 4^e ou 5^e jour et une desquamation, très significative, est notée de la 1^{ère} à la 3^e semaine.

Diagnostic positif

Il repose sur la clinique avant tout.

L'hémogramme note une hyperleucocytose avec plus de 70% de neutrophile. Le dosage des ASLO a peu d'intérêt (taux significatifs

tardifs et inconstants). Des prélèvements laryngés peuvent identifier le germe responsable.

Diagnostic différentiel

La scarlatine est à différencier des autres infections bactériennes de la peau, notamment celles liées aux staphylocoques, des infections virales responsables de manifestations cutanées telles que rubéole et mononucléose infectieuse.

Evolution

Les signes généraux (douleurs, fièvre) disparaissent en une semaine, alors que l'exanthème peut durer un mois.

Les complications sont devenues rares grâce au traitement antibiotique : le rhumatisme articulaire aigu (RAA) avec risque d'atteinte cardiaque grave et la glomérulonéphrite aiguë (GNA). Le médecin s'attache tout particulièrement à surveiller le cœur (recherche de souffle), les articulations et les urines (bandelette pour recherche de protéinurie) du sujet infecté dans les semaines qui suivent l'infection.

Traitement

Le traitement antibiotique est indispensable afin d'éviter l'évolution vers les complications potentiellement graves citées ci-dessus.

Il repose sur l'utilisation des pénicillines V à raison de 50mg/kg/jour durant 10 jours ou des pénicillines A (amoxicilline) à la même posologie durant 6 jours.

En cas d'allergie aux pénicillines, il est possible d'avoir recours aux céphalosporines de 2^e et 3^e génération.

Le recours aux macrolides est possible en sachant qu'il existe une résistance importante du streptocoque à cette classe d'antibiotiques (15 à 30%).



MGC, où en sommes-nous ?

En cette fin d'année 2010, il semble intéressant de faire le point sur l'évolution de la médecine générale communautaire qui se développe dans trois pays : le Mali, Madagascar et le Bénin. Chaque expérience a ses spécificités, de la plus ancienne (le Mali) à la plus récente (le Bénin) mais l'approche est commune avec un même « référentiel métier » qui fait du MGC un clinicien compétent en santé communautaire, capable d'associer dans une même pratique le soin individuel (médecine de famille) et la prévention collective (SSP).

Au Mali, ils sont regroupés dans l'association des médecins de campagne (AMC) qui compte aujourd'hui 186 adhérents répartis sur l'ensemble du pays, la majorité étant installée dans des centres de santé communautaires (CSCOMs) ruraux. Parmi eux, 85 (46 %) n'ont pas pu bénéficier du dispositif d'accompagnement de Santé Sud et n'ont pas reçu de formation préalable en MGC. Ceci montre qu'il y a, d'un côté, un vrai désir des jeunes d'aller exercer la médecine dans le pays profond mais, d'un autre côté, une réelle difficulté d'encadrement et de soutien que l'AMC doit relever si elle veut garder son leadership et garantir la qualité professionnelle de ses membres.

A Madagascar, l'association des médecins de campagne regroupe 52 MGC installés dans les 4 régions du centre de l'île qui entourent Antananarivo. Au sud, dans la région de Tulear, 4 MGC installés avec le soutien de Santé Sud font partie de l'association catholique Tealongo qui compte une douzaine de médecins de brousse. Malgré une situation sociopolitique difficile, le développement de la MGC va se poursuivre avec une extension sur la région de Mahajanga qui possède la 2ème faculté de médecine du pays.

Au Bénin, 5 MGC sont installés dans le Nord Bénin, dans la région de Parakou où est implantée la 2ème faculté de médecine du pays, et 10 candidats sont en cours de formation pour s'installer en 2011. Il n'y a pas encore d'association professionnelle constituée mais les premiers MGC se sont déjà organisés en réseau.

Quels sont les points communs de ces MGC dans ces trois pays ?

- ils ont une même vision du métier avec un fort désir de se regrouper en réseaux professionnels pour rompre l'isolement et partager leur expérience : être plus forts et plus assurés ensemble ;

- ils ont un besoin de reconnaissance : être partenaires du système public et non de simples exécutants ;

- ils ressentent tous l'importance d'une formation spécifique en MGC, raison pour laquelle les contacts se développent dans chaque pays avec les facultés et les instituts de formation pour mettre en place des filières diplômantes, conçues avec les MGC pour les futurs MGC.

C'est autour de ces trois points que les MGC doivent faire leur preuve, échanger, se battre, pour continuer à construire leur métier et l'étendre à de nouveaux pays.

Bilan du réseau PVVIH au Mali

Début 2006, Santé Sud et l'AMC ont démarré un projet financé par le Fond Mondial consistant à créer, dans les régions de Kayes et Sikasso, deux réseaux pilotes ville-CSCOMs en milieu rural pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). De 2006 à 2010, le réseau a progressivement concerné 20 médecins de campagne (10 CSCOMs dans chaque région) avec un suivi total de 300 patients.

En mai 2010, une évaluation externe a été réalisée par le Dr Georges Soula, épidémiologiste, qui a souligné les excellents résultats de cette expérience malgré les difficultés rencontrées. Un atelier de restitution des résultats a eu lieu à Bamako le 15 septembre 2010 en présence du Haut Conseil National de lutte contre le Sida, du Ministère de la santé et d'une quarantaine de participants impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida au Mali. L'innovation et la pertinence de cette approche pour décentraliser l'offre de soins concernant les PVVIH a été reconnue au cours de cet atelier, ce qui peut laisser espérer une suite avec un passage à l'échelle. (L'évaluation du Dr G. Soula est disponible à la délégation de Santé Sud au Mali ou par internet sur simple demande).

Bilan du réseau fièvres - paludisme (RFP) à Madagascar

Durant un an, du 1er juin 2009 au 30 juin 2010, 8 MGC répartis dans les 4 régions d'Antananarivo (2 par région) ont appliqué le protocole suivant : tirer au sort chaque jour 3 enfants de moins de cinq ans et 3 adultes ou enfants de cinq ans et plus, suspects de paludisme. Seuls les cas TDR+ étaient traités selon le protocole du Ministère de la santé (ACT. Quinine). Les données ont été évaluées avec les résultats suivants :

► Enfants de moins de 5 ans

1.383 fièvres ont été recensées. Seulement 10 % avaient un TDR+, parmi lesquels 85 % avaient un TDR+ à Plasmodium falciparum et 34 % à Plasmodium vivax (dont 30 % positives aux deux).

L'âge médian des enfants TDR+ a été de 26 mois avec un ration garçon/fille=1.

Ces fièvres TDR+ sont endémiques toute l'année, en proportion plus élevée de décembre à mai (le double).

► Adultes et enfants de 5 ans et plus

1.172 fièvres ont été recensées, 25 % avaient un TDR+ parmi les quelles 84 % avaient un TDR+ à Plasmodium falciparum et 46 % à Plasmodium vivax (dont 46 % positives aux deux).

L'âge médian des patients TDR+ a été de 36,5 ans (mini 5 ans et maxi 70 ans) avec un ration homme/femme=1.

Ces fièvres TDR+ sont endémiques toute l'année, en proportion plus élevée de décembre à mai (1/3 en plus).

La fait marquant de cette intéressante étude menée par l'AMC-MAD et Santé Sud accompagnés de deux experts, Serge Gottot (AEDES) et Rivo Rakotoarivelo (HJRB), montre que le paludisme est surestimé et ne représente, dans ces régions des Hauts Plateaux, que 10 % des fièvres de l'enfant de moins de 5 ans et 25 % des fièvres suspectes de paludisme chez l'adulte ou l'enfant de cinq ans et plus.

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

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
contact@santesud.org
www.santesud.org

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@moov.mg

AIMS

02BP866 Parakou
Bénin
Tél : 229.23.10.06.92
aims_mas@yahoo.fr