

Edito

On parle, en France, d'une pénurie de médecins qui s'annonce pour les années à venir. Pour les généralistes, elle concernera particulièrement les zones rurales et les banlieues des grandes villes où les conditions d'exercice sont les plus difficiles.

Cette désertification médicale annoncée va, immanquablement, poser le problème de l'accessibilité et de la permanence des soins. Une situation à laquelle les médecins de campagne au Mali et à Madagascar sont confrontés tous les jours.

C'est dans ce contexte que Santé Sud et le syndicat des médecins généralistes français (MG France) ont décidé de devenir partenaires, l'objectif étant de partager nos préoccupations respectives car rien n'est jamais définitivement acquis. Il faut constamment s'interroger, quelques soient nos situations, sur ce qui fait notre métier commun. Qu'est-ce que « prendre soin » ? Comment y parvenir au mieux ? Rompre avec l'isolement, la solitude, c'est ce que nous souhaitons pour l'avenir en élargissant ainsi notre réseau (voir page 4).

Dominique Desplats / Jacques Tassy



Actualités médicales

ANALYSE EN 3 POINTS : le cancer du pancréas

LE CONTEXTE

- Le cancer du pancréas représente la 5e cause de mortalité par cancer pour les 2 sexes. La maladie est rare avant 45 ans, 80% des cancers surviennent entre 60 et 80 ans.
- Dans 90% des cas, le diagnostic est réalisé au stade métastatique. Le pronostic global est sombre avec une survie à un an de 20% et une survie à 5 ans de 3%.
- La forme histologique la plus fréquente est l'adénocarcinome (90% des cas). En dehors de la pancréatite chronique, il n'existe pas de facteur de risque de la maladie.

LE DIAGNOSTIC

- Le diagnostic est le plus souvent posé lorsque les signes cliniques apparaissent. Ceux-ci sont le plus souvent tardifs.

- Les signes cliniques peuvent être un ictère progressif non fluctuant parfois associé à une distension de la vésicule (par compression extrinsèque des voies biliaires), des douleurs épigastriques sans rythme particulier, une altération de l'état général, un diabète d'apparition récente.
- Le diagnostic peut être posé lors du bilan de métastases hépatiques.
- Le but du bilan complémentaire est de rechercher une contre-indication à la chirurgie (en rapport avec l'extension tumorale ou d'ordre anesthésique liée au terrain).
- Le bilan initial comprend une échographie, un scanner abdominal et une radio pulmonaire. En l'absence de contre-indication opératoire déterminée par ces examens, le bilan sera complété par une échocopie.

LA PRISE EN CHARGE

- L'indication chirurgicale au terme du bilan n'est retenue que dans 10% des cas. La plupart des tumeurs résécables étant situées dans la tête du pancréas, l'intervention de choix est la duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC).
- Le premier temps chirurgical est explorateur notamment à la recherche d'une dissémination tumorale contre-indiquant la résection.
- Cependant dans la plupart des cas, en raison du stade évolutif avancé de la maladie au moment du diagnostic, le traitement ne pourra être que palliatif. L'objectif du traitement palliatif est de traiter la douleur et/ou l'ictère et/ou l'obstruction digestive.
- Le traitement de la douleur repose sur les antalgiques (principalement les morphiniques). Le traitement de l'obstruction duodénale repose sur la dérivation digestive chirurgicale.

CYSTITE OU PYELONEPHRITE ?

Le tableau clinique de la cystite se limite à des signes urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, besoins impérieux, émission d'urines troubles et douleurs sus-pubiennes.

L'abdomen est souple, les fosses lombaires sont libres et la patiente est apyrétique. L'examen à la bandelette urinaire décèle des leucocytes qui témoignent de l'infection et des nitrites qui permettent d'incriminer un bacille gram négatif (dans 85% des cas). Il s'agit donc d'un diagnostic clinique et aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour mettre en route un traitement approprié, cotrimoxazole en cure conventionnelle ou courte.

La pyélonéphrite peut aussi être facilement identifiée par la seule clinique. Elle se manifeste en effet par 3 syndromes:

- un syndrome d'infection urinaire basse évoquant une cystite,
- un syndrome lombaire, avec des douleurs souvent unilatérales, à irradiation descendante ; la palpation de la fosse lombaire est douloureuse et perçoit un empâtement qui donne un contact lombaire,
- un syndrome infectieux francs avec une température supérieure à 38°.

Un quatrième syndrome, alarmant, peut venir s'ajouter : marbrure des membres, hypotension artérielle et tachycardie témoignent, quand ils sont présent d'un choc septique.

Contrairement à la cystite, la pyélonéphrite aiguë justifie des investigations paracliniques (FNS, ECBU, hémocultures, échographie, éventuellement UIV). L'absence de ces examens ne doit pas retarder la mise en route du traitement qui associe deux antibiotiques pour une durée de 15 jours : une fluoroquinolone ou une céphalosporine d'une part, la gentamycine d'autre part. A défaut, l'association amoxicilline et gentamycine constitue le meilleur choix.

CLASSIFICATION FONCTIONNELLE ET THERAPEUTIQUE DES MALADIES CARDIAQUES

L'invalidité des patients est conventionnellement classée suivant les critères de l'Association cardiaque new-yorkaise (NYHA).

1 – CAPACITÉ FONCTIONNELLE (4 CLASSES)

Classe I

Pas de limitation de l'activité physique. L'activité physique habituelle n'engendrera pas de fatigue exagérée, de palpitations, de dyspnée ni de douleur angineuse.

Classe II

Limitation modérée de l'activité physique. Absence de symptômes au repos mais l'activité physique habituelle entraîne fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.

Classe III

Limitation marquée de l'activité physique. Absence au repos de symptômes, mais une activité physique inférieure à la normale entraîne fatigue, palpitations, dyspnée ou douleur angineuse.

Classe IV

L'impossibilité d'effectuer toute activité physique sans gêne. Les symptômes d'insuffisance cardiaque existent même au repos.

UNE HEMORRAGIE NASALE

Une femme de 45 ans, hypertendue, a une épistaxis depuis quelques heures. A son arrivée, elle n'est ni pâle ni tachycarde ; sa TA est à 210/120 mmHg. Après mouchage évacuant les caillots, une compression bidigitale est effectuée pendant 15 minutes mais ne permet pas d'arrêter le saignement. Un méchage antérieur au tulle gras des deux fosses nasales est réalisé. La patiente est gardée en observation, avec un traitement antibiotique (amoxicilline) ; au bout de 48 heures le méchage est retiré et l'épistaxis ne se reproduit plus.

L'épistaxis est souvent idiopathique : les causes les plus souvent retrouvées sont l'hypertension artérielle, les troubles de l'hémostase, un traumatisme, une prise médicamenteuse (aspirine surtout). Deux tableaux peuvent être individualisés en fonction de l'abondance de l'hémorragie :

- l'épistaxis bénigne où le saignement est peu abondant, antérieur et sans retentissement sur l'état général ;
- l'épistaxis grave par son abondance, sa répétition, son caractère bilatéral avec un écoulement postérieur et où il est essentiel de rechercher des signes de choc hémorragique et de démarrer une réanimation.

Les mesures thérapeutiques à mettre successivement en jeu en présence d'une épistaxis persistante ou récidivante sont les suivantes :

- méchage antérieur bilatéral laissé en place 48 heures sous couverture antibiotique ;
- méchage postérieur par sonde à double ballonnet ;
- chirurgie ou radiologie interventionnelle avec embolisation qui relèvent d'un service spécialisé.

En cas d'épistaxis bénigne à répétition, on peut réaliser une cautérisation électrique ou chimique à distance des épisodes de saignements (service spécialisé).

Les signes neurologiques du mal de Pott

Au début, c'est un tableau de lombo-sciatique d'allure discal sans anomalie radiologique ; puis apparaissent des fasciculations des membres inférieurs qui annoncent dans 27% des cas une paraparésie. Le diagnostic repose sur la radiographie du rachis de face et de profil en sachant que la jonction dorso-lombaire est la zone de prédilection.

2 – CLASSIFICATION THERAPEUTIQUE (5 CLASSES)

Classe A

Pas de restriction de l'activité physique.

Classe B

L'activité physique habituelle ne doit pas être réduite mais les efforts inhabituels ou les compétitions seront à éviter.

Classe C

L'activité physique habituelle sera modérément réduite et les efforts plus violents interdits.

Classe D

L'activité physique ordinaire sera notablement réduite.

Classe E

Le sujet sera au repos complet, confiné sur sa chaise ou au lit.

L'examen physique LES SOUFFLES CARDIAQUES

La perception d'un souffle, sa localisation dans le temps et dans l'espace ne sont pas suffisants pour établir le diagnostic d'une lésion cardiaque on doit s'aider de la palpation et si possible de la radiographie thoracique de face.

- Les souffles fonctionnels sont systoliques (début de systole), sans modification des bruits du cœur et entendus seulement le long du bord gauche du sternum.
- L'insuffisance mitrale est caractérisée par un souffle systolique invariable au cours de l'examen, dont l'intensité maximale est à la pointe et à la propagation axillaire gauche ; il s'entend mieux lorsque le patient est en décubitus latéral gauche. Il s'accompagne d'un frémissement cataire systolique de la pointe et, à la radio, d'un bombement des arcs moyen et inférieur gauches.
- Le rétrécissement mitral est caractérisé par une systole libre, un éclat du deuxième bruit suivi d'un bruit de rappel, d'un roulement diastolique à renforcement presystolique. On note également un frémissement cataire et, à la radio, une saillie de l'arc moyen gauche alors que l'arc inférieur est petit.
- L'insuffisance aortique a un souffle diastolique entendu le long du bord gauche du sternum (patient en position assise).
- Le rétrécissement aortique associe un souffle systolique râpeux du 2e espace intercostal droit irradiant dans les vaisseaux du cou avec un thrill synchrone et de même localisation.

Rappel sur la poliomyélite

- C'est une maladie virale contre laquelle il n'y a pas de traitement.
- La forme asymptomatique est suffisante pour acquérir l'immunité.
- La forme bénigne consiste en un syndrome grippal, une diarrhée fébrile, une méningite aiguë lymphocytaire.
- La forme paralytique commence par un état fébrile et myalgique persistant avec des paralysies qui s'installent brusquement le matin, de façon anarchique et asymétrique ; le risque majeur est l'atteinte respiratoire ; le syndrome méningé est évident mais il ne faut pas pratiquer de PL qui peut aggraver les paralysies.
- Le risque s'estompe quand la fièvre disparaît.

Les bonnes questions NAUSEES ET VOMISSEMENTS

- Vomissez-vous ?
- Vos vomissements sont-ils précédés pendant longtemps d'un état nauséux ?
- Sont-ils au contraire à début brusque, sans avertissement ?
- Sont-ils abondants ?
- Contiennent-ils des aliments, des glaires, du sang, de l'eau ?
- Ont-ils un goût très acide qui agace les dents ?
- Surviennent-ils tout de suite après les repas ? ou tardivement ? Combien de temps après ?
- Sont-ils répétés ou surviennent-ils par crise ?
- Sont-ils influencés par certains aliments, certaines positions, certains médicaments ?
- Si vous ne vomissez pas, vous arrive-t-il d'avoir seulement envie de vomir ?
- Quand ?

Antibiothérapie pratique : Méningite purulente à germe non identifié et en dehors d'une situation épidémique

- Germe non identifié.
- Antibiotiques : Amoxicilline (ou ampicilline) en perfusion continue 150 à 200 mg/kg + Gentamycine en IV direct 3 mg/kg (2 injections)
- Durée : 10 jours.

SOINS DE SANTE PRIMAIRES Message à caractère éducatif

La santé de l'enfant
C'est la balance qui permet le mieux de savoir
si l'enfant prend le chemin de la santé.

LES PETITES PHRASES DE L'ECOLE MARSEILLAISE

- L'hématome sous-dural a des manifestations neuropsychiques secondaires ou tardives.
- Une fois sur trois, le début d'une hémorragie cérébrale n'est marqué ni par un mal de tête, ni par une perte de connaissance.
- Une crise vertigineuse, traitement médical ; un état de mal vertigineux, traitement chirurgical.
- L'exérèse d'une hernie discale, fait par un neurochirurgien entraîné, est une opération simple qui guérit réellement le patient et le rend à sa vie socioprofessionnelle.
- Une phlébite au début pose surtout un pronostic vital par embolie ; à la période d'état, le pronostic n'est plus que fonctionnel.
- Les niveaux liquides sur la radiographie de l'abdomen sans préparation en position debout, comme le ventre de bois, sont des signes qui conduisent rapidement le malade à la salle d'opération.
- Dans une occlusion intestinale mécanique, la période de réanimation doit être intensive et de courte durée.
- Un malade du tube digestif se surveille aussi à la balance.
- Après quelques heures d'évolution, les signes physiques d'un ulcère perforé gastrique ou duodénal apparaissent dans la fosse iliaque droite.
- Les lésions annexielles aiguës unilatérales ne sont jamais gonococciques.



Partenariat MGFrance/ Santé Sud

Le syndicat des médecins généralistes MGFrance et Santé Sud ont signé le 27 octobre 2005 une convention de partenariat « destinée à promouvoir en Afrique et à Madagascar une médecine de première ligne accessible et de qualité, en tenant compte de l'engagement de MGFrance pour la médecine de famille et l'expérience de Santé Sud qui développe une approche communautaire de la médecine générale adaptée au contexte de ces pays ».

Ce sont des valeurs partagées et la conviction que la médecine générale doit être au cœur des systèmes de soins qui ont présidé à ce désir de collaboration. Un Comité de Pilotage a été mis en place pour animer ce partenariat et mettre en œuvre des actions concrètes : l'information des généralistes français à travers le réseau MGFrance, la multiplication des parrainages pour soutenir nos actions, le développement de rencontres entre généralistes du Nord et du Sud. La nécessité de s'ouvrir à d'autres réalités et



Signature de la convention de partenariat au siège de MG France

de confronter les pratiques dans des contextes différents représentent les attentes de MGFrance. En retour, la nécessité de valoriser le travail de notre « réseau Medcamp », souvent remarquable mais trop peu connu, nous semble très important. Avec une idée commune et forte : nous partageons tous le même métier.

Mali : séminaire élargi du RARE

Le groupe Recherche-Action en Réseau sur l'Epilepsie (RARE) s'est réuni du 26 au 28 octobre à Bamako pour son séminaire annuel. Cette année il s'agissait d'un séminaire élargi qui rassemblé, en plus des référents français et maliens habituels, des intervenants sénégalais et guinéen. Aux six médecins de campagne du réseau recherche-action se sont ajoutés six autres participants de l'AMC. A noter également la présence de la dénégration Sanofi-Aventis du programme « accès aux médicaments ».

Les séances de travail ont porté sur l'analyse du protocole de suivi des 780 patients inclus (prescription, observance, effets), sur les résultats de l'introduction du Valproate depuis un an (50 patients), et sur l'initiation des participants à l'EEG en théorie et en pratique, suivie de deux journées d'enregistrement sur le terrain dans les centres médicaux des Drs Timothée N'Dao (Konina) et Aminata Traoré (Baguineda).

Madagascar : IIème Assises de la médecine générale communautaire

Madagascar : IIème Assises de la médecine générale communautaire

Aujourd'hui, plus d'une quarantaine de médecins généralistes sont installés dans deux régions : Antananarivo et Tuléar. Ils se réunissent en décembre pour la seconde année, durant une semaine, à l'Institut National de santé Publique et Communautaire (INSPC). Au cours de ces Assises une journée de réflexion est prévue sur « la place et le rôle du médecin de première ligne en milieu rural », et trois jours de formation continue sur les pratiques (médecine générale, néonatalogie, urgences et petite chirurgie, déontologie). La dernière journée est consacrée à la vie associative. Elle permettra aux membres des deux associations médicales, l'AMC-MAD et TEALONGO, de mieux appréhender les enjeux d'une association : organisation, fonctionnement, rôle professionnel et social.

**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

**SANTE SUD
MADAGASCAR**
Lot IVC 31 4
Ambatomitsangana
101 Antananarivo
Madagascar :
Tél / Fax :
261.20.22.35.956
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
www.santesud.org