

## Edito

*Le clinicien veut être une aide à la pratique quotidienne pour le médecin qui exerce en situation isolée. Sans prétention, conscient que la démarche clinique rigoureuse et l'expérience peuvent rendre d'immenses services.*

*C'est ainsi, du moins, que le professeur Jacques Tassy l'a conçu, fort d'une longue pratique en Afrique et à Madagascar.*

*Aujourd'hui, Jacques Tassy passe la main et Vincent Lafay, responsable du réseau hypertension au Mali (RHYTM), a accepté de prendre le relais pour la partie actualités médicales. Il sera soutenu par le réseau des généralistes de Santé Sud qui fera parvenir des « notes de lecture » à insérer.*

*Merci Jacques. Nous continuons, convaincus - comme toi - que la clinique représente toujours la modernité de la médecine.*

*Dominique Desplats*



## Actualités médicales

# ALERTE!

### Gare aux AINS (dont l'aspirine) chez la femme enceinte

Dans son numéro de Mars, la revue Prescrire nous met en garde contre les effets indésirables graves rapportés chez une quarantaine d'enfants dont la mère a pris des Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) pendant la grossesse.

Le traitement avait été pris essentiellement pendant le troisième trimestre et souvent proche du terme.

Ces prises ont été très brèves, moins de trois jours dans la plupart des cas.

Ces AINS ont été pris en raison

de douleurs bénignes, le plus souvent ostéo-articulaires, et dans la majorité des cas, sans prescription médicale.

Les atteintes chez les enfants ont été le plus souvent cardiaques avec une hypertension artérielle pulmonaire, aboutissant à une détresse cardio-respiratoire.

Rappelons que **tous les AINS (y compris l'aspirine)** sont formellement contre-indiqués chez la femme enceinte à partir du 6ème mois de la Grossesse, même pour une prescription très brève.

Entre le 3ème et le 6ème mois les AINS sont formellement déconseillés.

Pendant le premier trimestre, leur utilisation ne doit être envisagée qu'en cas de stricte nécessité.

**L'antalgique de choix chez la femme enceinte reste le Paracétamol.**

**Il est important de rappeler le danger de l'aspirine aux femmes enceintes car ces accidents sont survenus après une auto-médication, sans avis médical.**

# La question du jour :

## Intoxication par ingestion de Pétrole

**Qu'elle soit accidentelle (siphonage) ou volontaire (tentative de suicide) l'intoxication par ingestion de pétrole est grave surtout en raison des risques d'inhalation et des conséquences respiratoires qui en découlent.**

**Le diagnostic clinique est souvent simple de par l'histoire évoquée, et l'odeur de l'haleine ou des vêtements.**

Rapidement, on retrouve associés de la fièvre et 4 syndromes plus ou moins intriqués :

- La fièvre, secondaire à l'inhalation (elle peut être retardée de 48 heures).
- Le syndrome digestif : vomissements (source d'inhalation secondaire), météorisme et diarrhée qui s'amende spontanément en 48 heures.
- Le syndrome pulmonaire (décalé de 24 à 48 heures) associe toux sèche, dyspnée et douleur thoracique.
- Le syndrome neurologique : torpeur, convulsions jusqu'au coma.
- Le syndrome cardio-vasculaire : tachycardie, jusqu'au collapsus.

### Que faire ?

- Il n'existe pas d'antidote au pétrole, et le traitement est symptomatique.
  - En cas de troubles de la vigilance : protéger les voies aériennes par mise en position latérale de sécurité.
  - Déshabiller et laver la victime.
  - Antiémétique : Pimpéran (IM ou IV).
  - Oxygénothérapie.
  - Aérosols bronchodilatateurs et corticoïdes.
  - Perfusion de sérum glucosé.
  - Discuter d'une antibiothérapie en cas d'atteinte pulmonaire (Ampicilline + Gentamicine).
  - Discuter d'un traitement anti-palustre pour éviter un paludisme de sortie.
- L'hospitalisation doit être indispensable en cas de troubles de la conscience ou de dyspnée.

Le pronostic est réservé et la mortalité reste autour de 5% chez les enfants.

### Ce qu'il ne faut pas faire +++

- Provoquer des vomissements.
- Donner un « antidote » ou tenter de « diluer » le pétrole (lait, huile de palme boisson gazeuse... ou autre...).
- Faire un lavage gastrique.

(D'après : Urgences Médicales en Afrique, E. Bertrand, Ed. Estem 2005)

---

## Diagnostic :

**Le diagnostic de coxarthrose est clinique** et le patient consulte pour une douleur « de la hanche ». Bien souvent, il désigne en fait la région latéro-trochantérienne et postérieure qui correspond rarement à l'atteinte de la hanche elle-même. La localisation de la douleur de hanche est inguinale, irradiant à la face antérieure de la cuisse. Une douleur projetée au genou est possible et doit conduire à un examen de hanche bilatéral.

L'installation est en règle générale progressive sur plusieurs semaines, d'horaire mécanique, à la marche ou en station assise prolongée, rarement au repos ou nocturne. La douleur augmente dans la journée et elle est calmée par le repos.

**L'examen clinique** confirme la limitation de l'amplitude de mobilité de la hanche en comparaison avec le côté opposé en flexion, rotation, abduction et adduction, sans anomalie de l'examen neurologique

des membres inférieurs. Il n'existe pas d'argument pour une cruralgie et l'examen du rachis est normal. Le quadriceps est souvent le siège d'une amyotrophie.

**Les radiographies** comportent un cliché du bassin de face et les hanches de profil (faux profil de Lequesne). La coxarthrose est caractérisée par un pincement articulaire, la présence d'ostéophytes, de géodes et d'une condensation. Elle peut être normale au début.

# Conduites à tenir :

## ➔ Devant la méningite à méningocoque en Afrique en période épidémique (prescrire, mars 2006)

Le traitement de référence reste le Chloramphénicol en suspension huileuse injectable, mais il risque d'être de moins en moins disponible. Une étude (Nathan et coll) réalisée au Niger en 2003 a comparé l'utilisation du Chloramphénicol (100mg/kg sans dépasser 3g) et du Ceftriaxone (100mg/kg sans dépasser 4g, et éventuellement renouvelable à 24 ou 48 heures).

Les résultats sont comparables, et l'étude conclut que l'utilisation en monodose (éventuellement renouvelée) du Ceftriaxone peut être une alternative à celle du Chloramphénicol dans un contexte de méningite épidémique en Afrique.

Cependant le Chloramphénicol doit rester la molécule de première intention tant qu'elle reste disponible.

## ➔ Devant un accident vasculaire cérébral en médecine rurale

1. Toujours rechercher une hypoglycémie => Dextro +++
2. Toujours y réfléchir à deux fois avant de traiter une HTA
3. Protéger les voies aériennes si troubles de la conscience : Position Latérale de Sécurité ; si troubles de la déglutition : position 1/2 assise.

### TRAITEMENTS :

#### ● Le principal : traitement symptomatique

ATTENTION A L'INHALATION.

Si troubles de la conscience ou de la déglutition :

- Voie Veineuse Périphérique: Sérum Physiologique = 1,5 litres/24h

- Eventuellement : Sonde gastrique en siphonage

Par ailleurs, si besoin : Antipyrétiques (Paracétamol) ou Anticonvulsivants.

#### ● Contrôle de l'HTA

- Qui traiter ? Les patients :

1. conservant une TA  $\geq$  à 230/130 reconstruite
2. œdème pulmonaire

- Comment ?

Traitement prudent et progressif (=> Adalate sublingual INTERDIT).

Per os : inhibiteurs calciques (Adalate, Loxen) éventuellement methyldopa (Aldomet).

Traitement encore plus prudent si patient âgé ou hypertendu connu.

- Objectif

Conservé une TA entre 150 et 180 mmHg de systolique

## Axiome du MGC

« Pas de diagnostic est préférable à un diagnostic erroné »

(Jacques Tassy)

## FLASHS INFECTIOLOGIE

### *Le panaris*

est dû au staphylocoque. Privilégier le traitement local ou l'incision car les AT pénètrent mal en cas de panaris (pas d'antibiothérapie isolée).

### *La pyélonéphrite simple*

(sans signe de gravité) est souvent due à E coli, à traiter par une quinolone per os ou amoxicilline (14 jours au total).

### *La cholécystite aiguë*

est due à des germes digestifs de type entérobactéries (E coli), entérocoques ou anaérobies nécessitant un traitement par amoxicilline / ac.clavulanique (augmentin) pendant 10 jours, ou quinolone + métronidazole pendant la même durée, en ajoutant 2 jours d'aminoside injectable type gentalline.

### *La diverticulite sigmoïdienne*

se soigne comme une cholécystite aiguë. Durée du traitement : 15 jours.

## RAPPEL : L'œil douloureux

*Le glaucome aigu* est rare mais grave, touche un œil rosé, dilaté, glauque, dur à la pression bidigitale, donner un comprimé de Diamox (acétazolamine) et référer.

*La conjonctivite* banale, fréquente, touche les deux yeux, avec du pus, et une vision normale. Antibiotique local, c'est magique.

*L'œil sec.* Chercher l'origine (connectivite, iatrogène, âge...) sans oublier de traiter par sérum physiologique.

*L'œil allergique.* Bilatéral, pas de pus, grattage, contexte de rhinite et de période de pollinisation. Traitement local (cromones, opatanol...).



### OMS – Genève

Le département des Ressources Humaines pour la Santé a reçu Santé Sud le 2 juin 2006. Cette rencontre s'est faite au siège de l'OMS à Genève sous la forme d'un séminaire interne ayant pour titre : «Rural Medecine in Africa : empowering communities and preparing young doctors to ensure their sustainable setting : presentation by Santé Sud France».

Après la présentation de Santé Sud par son président, le Dr Guy Farnarier, un film sur la médecine de campagne au Mali fut présenté suivi d'un exposé du Dr Dominique Desplats sur le concept de la médecine générale communautaire (MGC) et son application au Mali et à Madagascar.

En conclusion le Dr Manuel Dayrit, Directeur du département, a déclaré : «Santé Sud a fait un très bon travail en montrant que l'on peut installer des médecins et réussir à ce que cela soit pérenne si l'on respecte certaines conditions».

Suite à cette présentation, l'OMS prévoit une évaluation du programme réalisé au Mali, en particulier pour étudier les possibilités de répliquabilité de l'expérience de Santé Sud dans d'autres pays.

### Publication

*La revue Médecine Tropicale du Pharo vient de publier un article sur le travail réalisé au Mali pour la prise en charge de l'hypertension. En voici la référence :*

**V. Lafay, M. Diarra, S. Coulibaly, S. Coulibaly, D. Desplats.** *Mise en place du réseau Hypertension du Mali (RYTM). Médecine Tropicale . 2006, Vol 66, n°5.*

*Vous pouvez le consulter sur le site de Santé Sud ([www.santesud.org](http://www.santesud.org)) Nous pouvons aussi vous l'adresser sur demande.*

### Madagascar

Le programme que nous menons à Madagascar depuis décembre 2002 s'est achevé le 30 novembre 2006. Il est en cours d'évaluation, sur la base de 12 médecins communautaires tirés au sort, par l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) de Madagascar dirigé par le Professeur Ranjalahy. Les résultats de cette évaluation externe sont attendus pour février 2007. Ils nous aideront à mieux poursuivre notre action avec une nouvelle phase de trois ans qui prévoit 10 installations par an.

### Compagnonnage

*Trois missions de compagnonnage sont prévues en 2007 auprès de confrères malgaches. Les généralistes français intéressés sont priés de se faire connaître (lettre de motivation à adresser à Santé Sud).*

### Réseau PVVIH au Mali

Depuis janvier 2006, un réseau de prise en charge des patients vivants avec le VIH (PVVIH) en zone rurale s'est mis en place à la demande du Fond Mondial. Quatre médecins volontaires de l'AMC ont été choisis : les Drs Issa Dembelé et Zakaria Traoré pour la région de Sikasso et les Drs Kardigué Camara et Boubacar Maiga pour la région de Kayes.

Ce réseau doit assurer le dépistage, le conseil, le suivi médicamenteux et psychosocial en lien avec les hôpitaux de référence (réseau ville - campagne). Le Dr Seydou Coulibaly de Santé Sud Mali assure la coordination sur la base d'un protocole précis. Fin 2006, 53 patients ont été dépistés. En 2007, il est prévu d'intégrer dans le réseau PVVIH quatre nouveaux médecins de campagne.

Ce numéro a été rédigé avec la participation de J.J. Bonnet, D. Desplats, J.L. Goriaux, V. Lafay.

**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](mailto:santesud@afribone.net)

**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)