



SANTÉ SUD

Pour un développement durable de la santé

Le Clinicien

Formation continue du réseau des médecins généralistes communautaires en Afrique et à Madagascar

N°18 décembre 2007

Edito

Les pays en développement sont en phase de transition épidémiologique. Cela veut dire concrètement qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution des modes de vie, les « profils » épidémiologiques des populations changent.

Aux pathologies infectieuses et parasitaires dominantes vont s'ajouter les maladies dites chroniques telles que l'hypertension, le diabète, les rhumatismes, l'épilepsie, les cancers etc ...

L'OMS estime déjà que l'importance des maladies chroniques dépasse aujourd'hui, en terme de mortalité, les maladies infectieuses toutes causes confondues : 60% contre 40%. Ce problème reste largement ignoré et les programmes verticaux de Santé Publique comme les objectifs du millénaire (ODM) n'en tiennent pas compte.

Le médecin généraliste en première ligne est – et sera – de plus en plus concerné par cette réalité. A lui de dépister et de prendre en charge les maladies au long cours, d'en prévenir les complications et d'accompagner les patients et leurs familles souvent désemparés devant un mal qui ne guéri pas. Pour cela, le praticien doit conjuguer empathie humaine et rigueur professionnelle. D'où l'importance du dossier médical pour ces malades car une surveillance attentive avec des traitements bien conduits est souvent efficace en terme de rémission ou de soulagement.

Ce numéro du clinicien présente quelques exemples avec la conviction qu'il s'agit d'un domaine spécifiquement médical ou le « prendre soin » rejoint la gratitude des patients.

Dominique Desplats et Vincent Lafay.



Actualités médicales

Le diabète de type 2 : rappel

1/ Le diabète sucré est défini par une glycémie à jeun (au moins 8h de jeûne) + ou - 1,26g/l (7 mmol/l). Il faut impérativement penser au diabète de type 2 en cas d'asthénie inhabituelle, de mictions nocturnes, de mycoses génitales traînantes, d'infections cutanées à répétition, de baisses brutales et transitoires de l'acuité visuelle.

2/ Le diagnostic de diabète étant établi, les arguments en faveur du type 2 sont probabilisantes ; un âge supérieur à 40 ans, une surcharge pondérale, une cétonurie absente ou faible et des antécédents familiaux de diabète de type 2.

3/ Un temps d'explication de la maladie diabétique est indispensable. Dans cette pathologie sans symptômes, aux complications tardives et longtemps asymptomatiques, une surveillance clinique et para-clinique au long cours est nécessaire pour surveiller l'équilibre glycémique et prévenir ou limiter les complications ou leur importance.

4/ Il est recommandé d'attendre 6 mois de mesures hygiéno-diététiques isolées avant de prescrire un médicament : restriction calorique en cas de surpoids, apprentissage d'une bonne répartition entre les différents nutriments ainsi que des principales équivalences glucidiques. Ces connaissances doivent être testées lors des consultations ultérieures.

5/ Ensuite, si nécessaire (diabète non équilibré) le prescripteur est laissé libre de débiter le traitement par l'antidiabétique oral de son choix : metformine, sulfamide hypoglycémiant, inhibiteur des alpha-glucosidases ou glinide.

6/ L'insulinothérapie est indiquée dans trois situations : transitoire, en cas de pathologie intercurrente (infections sévères, infarctus du myocarde, corticothérapie), contre-indications aux antidiabétiques oraux (âge, insuffisance rénale), échec du traitement oral maximal.

La question du jour :

La schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique, apparaissant plus fréquemment chez les hommes jeunes.

Ses symptômes en sont le délire (hallucination et interprétation), le syndrome dissociatif (pensée désorganisée ou bizarre) et le syndrome déficitaire (repli sur soi)

Les thèmes délirants sont variables d'un individu à l'autre. Les idées de persécution, les délires mystiques, les délires concernant l'identité, les origines sociales ou la filiation, l'érotomanie (impression délirante d'être aimé) sont les plus fréquents.

D'autres croient avoir une mission religieuse ou politique à accomplir. Persuadés d'être « élu », ils veulent sauver le monde ou le modifier.

Les deux principaux mécanismes du délire chez le schizophrène sont l'interprétation, qui conduit à donner un sens aberrant à une perception normale, et l'hallucination ou perception sans objet.

Diagnostic

Il est purement clinique. Aucun examen complémentaire n'est utile pour le confirmer. Les arguments en faveur de la schizophrénie sont collectés dans le cadre d'un entretien avec le patient lui-même.

En pratique rechercher un syndrome hallucinatoire demande du tact et du temps. Il ne s'agit pas de poser aux patients des questions trop directes et de leur faire « réciter des symptômes ». Il vaut mieux leur demander s'ils ne ressentent pas des impressions inhabituelles, inquiétantes ou encore bizarres. Des questions trop brutales d'emblée risqueraient d'inquiéter un malade délirant, volontiers méfiant. Elles le renforceraient dans son attitude de déni et de refus des soins.

L'entretien avec la famille apporte des informations complémentaires. Il n'est pas rare que l'entourage familial fasse état de son étonnement inquiet devant ce qu'il perçoit comme un changement de personnalité, un refus de contact.

La durée d'évolution (au moins 6 mois) de l'ensemble des symptômes est un critère diagnostique important. Elle permet de distinguer les bouffées délirantes brèves, les états délirants induits par une consommation de drogue ou un sevrage et les troubles délirants plus prolongés qui sont les seuls pouvant être considérés comme schizophrénies.

La schizophrénie devra être distinguée d'un symptôme dépressif, surtout dans les formes purement déficitaires, sans délire. La dépression s'exprime par une sensation de manque douloureux. Chez le schizophrène, l'indifférence, le vide affectif et émotionnel remplacent les idées de culpabilité. L'évolution de la dépression est cyclique, celle de la schizophrénie est progressive, insidieuse.

La dépression, souvent associée à la schizophrénie, aggrave le pronostic. Les symptômes dépressifs s'observent, en effet, chez 60% des schizophrènes. Ils exposent dans les formes les plus sévères, au risque suicidaire. Si certaines conduites suicidaires sont une conséquence de la dépression, il n'est pas rare non plus que le suicide survienne chez le schizophrène de manière brutale, imprévisible.

Le suivi

Les neuroleptiques réduisent les symptômes délirants et les troubles du comportement qui les accompagnent. Ils facilitent la réalisation des autres mesures de réinsertion et de prise en charge. Ils ne sont que modérément actifs sur la dimension déficitaire de la schizophrénie.

L'une des principales limites de l'efficacité de ces traitements est liée à la mauvaise observance des patients qui les interrompent souvent. Les traitements retard, administrés par voie intramusculaire, permettent de réduire les arrêts de traitement.

D'où l'importance du suivi du patient par le généraliste et du soutien sur le plan familial.

Dépister l'ostéoporose

Rappel

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la densité osseuse conduisant à une diminution de la résistance osseuse, donc à un risque accru de fractures.

Les fractures ostéoporotiques sont des fractures par fragilité osseuse, survenant pour un traumatisme minime, tel qu'une chute de sa hauteur. Elles peuvent toucher tous les sites, mais surtout le poignet (fracture de Pouteau-Colles), les vertèbres, et le col du fémur.

La ménopause est le principal facteur de risque d'ostéoporose. 40% des femmes ménopausées âgées de plus de 50 ans vont développer une ostéoporose fracturaire. 13% des hommes de plus de 50 ans sont concernés par cette pathologie.

Evaluation clinique

• Recherche des facteurs de risque de fracture :

Elle doit être systématique et est réalisable par un interrogatoire ciblé et un examen clinique simple. Ces facteurs de risques sont les suivants :

- ménopause précoce (avant 40 ans)
- âge supérieur à 60 ans
- antécédent personnel de fracture, sachant que 20% des patients qui souffrent d'une fracture vertébrale ont un risque d'autre fracture dans l'année qui suit ;

- antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent au premier degré ;
- traitement inducteur d'ostéoporose : corticothérapie systémique pendant au moins trois mois consécutifs,
- intoxication tabagique et/ou alcoolique
- apport alimentaire calcique faible
- sédentarité ;
- endocrinopathie, en particulier hypogonadisme, hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie, hypercorticisme.

• Recherche de facteurs de risque de chute :

Ces facteurs sont à prendre en compte, car ils doivent pouvoir être corrigés :

- baisse de l'acuité visuelle
- troubles neuromusculaires et orthopédiques
- consommation d'anxiolytiques et de somnifères
- mauvais agencement du domicile

Le suivi

La correction des facteurs de risque de l'ostéoporose, lorsqu'elle est possible, est un des volets du traitement.

L'apport calcique doit être en moyenne de 1 g/24 h (à base de produits laitiers : 1 yaourt = 150mg, 1 bol de lait = 3 verres = 360mg) et l'hypovitaminose D fréquente corrigée.

Conduite à tenir devant un AVC

TOUJOURS PENSER A UNE HYPOGLYCEMIE CHEZ UN DIABETIQUE TRAITE => DEXTRO +++
TOUJOURS Y REFLECHIR A DEUX FOIS AVANT DE TRAITER UNE HTA

La poussée tensionnelle est une réaction de défense naturelle de l'organisme pour conserver une pression de perfusion cérébral suffisante.
Il faut donc savoir la respecter.... Jusqu'à une certaine limite.
Le risque majeur de complication immédiate d'un AVC est l'inhalation.

Traitement

1/Traitement symptomatique: il reste le principal traitement

1. Si troubles de la conscience : position latérale de sécurité.
2. Oxygène : si possible en cas de dyspnée .
3. Si hypo TA < 120/80 : penser à une déshydratation, une hypovolémie, une rhabdomyolyse : hydrater.
4. Si perfusion nécessaire : éviter les glucosés (hypotoniques après consommation du glucose + favorisent une glycolyse anaérobie et donc un œdème cérébral), préférer le sérum physiologique : 1,5 l/24 heures.
5. Si foyer pulmonaire (si base droite c'est une inhalation) : antibiothérapie immédiate.
6. Arrêt éventuel d'un traitement par anticoagulants en cours.

2/ Contrôle de l'HTA

- Qui traiter ? Les patients :
 1. conservant une TA \geq à 230/130 recontrôlée,
 2. présentant une douleur thoracique,
 3. présentant un œdème pulmonaire.
- Comment ?
 1. Traitement prudent et progressif (=> Adalate sublingual INTERDIT).
 2. Nifedipine ou Nicardipine per os en deux à trois prises par jour.
 3. Traitement encore plus prudent si patient âgé ou hypertendu connu.
- Objectifs :
 1. AVC a priori Ischémique : souvent nocturne, peu de céphalées, pas de syndrome méningé => conserver TA entre 180 et 220 mmHg de systolique.
 2. AVC a priori Hémorragique : souvent diurne, en pleine activité, céphalées fréquentes, syndrome méningé parfois => conserver TA entre 150 et 180mmHg de systolique.

3/ Aspirine Oui ou Non ?

- Qui traiter ?
 1. 48 heures après l'AVC.
 2. Les patients victimes d'un AVC a priori ischémique.
 3. et dont l'état neurologique est stable.
- Comment ? 250 mg/jour per os.

L'essentiel sur la PR

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle s'observe surtout entre 40 et 60 ans, avec une nette prédominance féminine.

Elle est caractérisée par des arthrites périphériques des mains et des pieds, bilatérales et symétriques (mains en « coup de vent » à un stade avancé). Au début, il n'y a aucune anomalie radiologique.

Sans traitement la PR évolue progressivement vers un handicap important.

Les AINS, la corticothérapie et le methotrexate sont utilisés en fonction du stade et de l'évolutivité de la maladie.

Axiome du MGC

Lors de toute consultation, on s'assure que le malade a bien compris les explications qu'on lui donne.

FLASH SUR L'ARTHROSE

L'arthrose est la plus fréquente des maladies articulaires et la première cause d'incapacité physique et de douleurs chroniques. L'allongement de l'espérance de vie fait de cette atteinte un problème majeur de santé publique.

On estime qu'après 65 ans 70% des femmes et 60% des hommes en sont atteints. Les dégâts articulaires concernent le rachis cervical, dorsal ou lombaire, les hanches, genoux, chevilles, épaules, doigts. La plupart des articulations peuvent être concernées par le processus arthrosique.

Le traitement reste limité aux :
antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

- les antalgiques sont largement utilisés dans le traitement de l'arthrose, en continu ou pour juguler des poussées douloureuses. Le paracétamol reste la principale molécule utile, seule ou en association avec le dextropropoxyphène ou le tramadol si besoin. Le recours aux antalgiques de palier III doit être évité.

- Les AINS possèdent un effet antalgique propre associé à leur effet anti-inflammatoire. Leur place est essentiellement le traitement de la poussée d'arthrose qui peut comporter des signes inflammatoires locaux avec épanchement articulaire et symptomatologie douloureuse nocturne. Les traitements prolongés doivent être évités en raison des risques de complications digestives ou rénales.

QUESTIONS - REPONSES

Quand peut-on parler de diarrhée chronique ?

Lorsqu'un patient présente plus de 2 selles par jour depuis plus de 4 semaines.

Que doit-on éliminer devant une diarrhée chronique ?

Trois affections fréquentes :

1. la fausse diarrhée du constipé chronique marquée par un mélange de selles dures et liquides (+ ou - fécalome au TR)
2. l'incontinence anale (impossibilité de retenir les selles)
3. les tumeurs rectales qui donnent des émissions de glaires et de sang (TR).



Sénégal

Le Pr Lamine Gueye, représentant de Santé Sud au Sénégal, a organisé une conférence - débat, le 17 octobre 2007 à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar pour présenter l'expérience du Mali et le film *Toro Si Té* (tout va bien) de Daisy Lamotte. Cette conférence était intitulée : « La médecine de proximité peut-elle promouvoir la santé des populations en Afrique ? ». L'inaccessibilité des médecins est, en effet, un problème récurrent au Sénégal, particulièrement dans les zones rurales et périurbaines.

Etaient présents pour cette manifestation le président de Santé Sud, Guy Farnarier, accompagné de Dominique Desplats et de Seydou Coulibaly ainsi que le président de l'Association des Médecins de Campagne du Mali, Karamako Nimaga, accompagné de Seydou Konaté, secrétaire général et acteur du film *Toro Si Té*.

La délégation s'est ensuite rendue sur le terrain dans la région de Diourbel pour explorer les possibilités d'initier un projet d'installation de médecins sénégalais en première ligne.

Dernière minute

L'OMS va évaluer, suite à une demande officielle du gouvernement malien, l'expérience de médicalisation des zones rurales du Mali.

Depuis longtemps, nous souhaitons cette évaluation externe et c'est avec une grande satisfaction que nous venons de prendre connaissance de la lettre adressée par le Ministère de la Santé du Mali au Département des Ressources Humaines de l'OMS à Genève.

Madagascar

Les 17, 18 et 19 décembre 2007, Santé Sud organise à Antananarivo les III^{èmes} Assises de la Médecine Générale Communautaire. Elles vont réunir la cinquantaine de médecins adhérents aux Associations des Médecins de Campagne de Madagascar (AMC - MAD) et des Médecins de Brousse de Tulear (TEALONGO). Les thèmes retenus sont le dossier médical, la formation continue en groupes de pairs, le paludisme, la mise en place d'un réseau de prise en charge de l'épilepsie. Une journée ouverte est prévue pour présenter aux partenaires et aux étudiants la situation du projet et les résultats de l'évaluation réalisée par l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC).

Publication

La revue *Education for health* vient de publier un article intitulé "Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne du Mali" qui fait la synthèse de cette nouvelle approche de la pratique médicale en Afrique.

Vous trouverez l'article en ligne, ainsi qu'une importante bibliographie des publications et études liées aux activités de Santé Sud sur le site : www.santesud.org.

L'AMC du Mali

Fin 2007, l'Association des Médecins de Campagne du Mali compte 115 adhérents parmi lesquels 99 exercent en zones rurales et 16 en milieu urbain.

14% (16) sont privés indépendants, 86% (95) ont un contrat de droit privé avec un centre de santé : 85 avec un CSCOM, 5 avec un centre associatif, 3 avec un CREF (centre de santé de cercle) et 2 avec un centre confessionnel.



Ce numéro a été réalisé par D. Desplats, V. Lafay et P. Plailly.

Envoyez-nous vos questions et vos propositions d'articles à :

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

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

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