

Edito

En France, l'Académie Nationale de Médecine vient de remettre un rapport en 2006 sur « la place du diagnostic dans la pratique médicale ». Son rapporteur, le professeur Daniel Couturier, résume ainsi les conclusions du rapport :

le développement des moyens diagnostics implique l'actualisation des connaissances, mais aucun procédé nouveau ne saurait remettre en cause la primauté de la clinique. Et il ajoute : « nul ne peut prétendre accéder à la vérité scientifique mais l'élaboration d'un diagnostic – qui est le choix de l'hypothèse la plus vraisemblable – doit répondre à une démarche intellectuelle rigoureuse ».

Au Mali et à Madagascar, la médecine générale que nous pratiquons repose sur cette primauté de la clinique, par nécessité faute d'examen complémentaires accessibles mais, surtout, pour prescrire le traitement le plus adapté ou prendre la meilleure décision dans l'intérêt du patient.

C'est ce qui fait la spécificité irremplaçable du médecin praticien, la noblesse de son métier. C'est aussi ce qui l'oblige à rester vigilant et curieux, toujours en éveil pour ne pas tomber dans la routine d'une médecine symptomatique approximative de médiocre qualité.

Cette conviction partagée est la preuve que nous pratiquons tous le même métier, au Sud comme au Nord.

Dominique Desplats



Actualités médicales

ALERTE !

La première crise d'asthme de la personne âgée n'est pas un asthme

Il s'agit en fait d'un pseudo asthme cardiaque, qui doit être traité comme tel :

- Respecter la position assise prise spontanément par le patient. (La présence d'une douleur thoracique associée, doit faire évoquer un infarctus.)
- Oxygénothérapie dès que possible
- Mise en place d'une voie veineuse et diurétiques immédiats par voie intraveineuse (l'hypotension artérielle n'est pas une contre-indication aux diurétiques dans ce contexte !!!)

En cas d'absence totale de matériel, on peut tenter la méthode des garrots tournants :

- 3 garrots veineux (le pouls doit être perceptible en aval !) sur la racine de trois membres, et l'on décale d'un membre toutes les 2 à 3 minutes.

Puis il y a deux cas de figure :

- **OAP à tension élevée** : faire baisser la tension

Les dérivés nitrés sont ici préférables ; sinon utiliser les anticalciques (pas de Catapressan qui aggrave l'insuffisance cardiaque).

- **OAP à tension basse** : le pronostic est défavorable le traitement est étiologique de la décompensation cardiaque...En cas d'inefficacité des diurétiques, on peut tenter le captopril 25 sublingual, voire la saignée qui doit être rapide (en moins de trois minutes) et de faible quantité (200cc suffisent en général). Elle se fait par prélèvement sanguin à la seringue via un gros trocart dans une grosse voie veineuse. Si on en dispose, de faibles doses de Morphine (1mg par minute jusqu'à 3 mg) sont efficaces sur l'OAP.

La question du jour :

La douleur abdominale aiguë : orientation clinique

Même si elle évoque la sphère digestive, on ne doit pas oublier les étiologies gynécologiques, urinaires, cardiaques ou métaboliques. L'interrogatoire doit, comme pour toute douleur, faire préciser les circonstances d'apparition, le caractère et les irradiations.

L'examen doit être doux et rigoureux.

Il est impératif de ne pas oublier après l'examen abdominal en lui-même :

- Rechercher les signes généraux (pouls +++, tension artérielle, température)
- Palper les orifices herniaires
- Pratiquer les touchers pelviens
- Ausculter l'abdomen
- Palper les pouls fémoraux
- Dépister une grossesse
- Palper les bourses

Sept causes graves représentent 90% des urgences abdominales :

1. L'appendicite
2. La colique néphrétique
3. Les affections pancréato-biliaires (colique hépatique, angiocholite, cholécystite, pancréatite, abcès hépatique...)
4. Les occlusions digestives
5. Les pathologies gynécologiques aiguës et la grossesse extra-utérine
6. Les perforations d'organes creux (ulcères, diverticules)
7. Les diverticulites et sigmoïdites.

Le contexte clinique permet souvent de faire une première classification :

La douleur est isolée, penser à :

- Colique hépatique (post-prandiale, inhibition inspiratoire à la palpation vésiculaire)
- Colique néphrétique (« frénétique », irradiation organes génitaux externes)
- Syndrome ulcéreux hyperalgique (historique de la douleur)
- Pancréatite oedémateuse (irradiation dorsale)
- Torsion du testicule (examen des bourses)
- Grossesse extra utérine (contexte)
- Colopathie fonctionnelle (contexte)
- Ischémie digestive (rare en Afrique, terrain artéritique)

La douleur + fièvre + défense, penser à :

- Appendicite (Douleur élective FID, douleur à la décompression)
- Cholécystite (inhibition inspiratoire à la palpation vésiculaire)
- Angiocholite (idem)

- Abcès du foie (ébranlement hépatique douloureux)
- Sigmoïdite (contexte, douleur FIG)
- Salpingite (pertes blanches)
- Pyélonéphrite (douleur unilatérale à ébranlement lombaire)

La douleur + contracture + avec ou sans fièvre, penser à :

- Péritonite
- Perforation d'organe creux
- Ischémie iléale ou colique

La douleur + arrêt du transit + météorisme, penser à :

- Occlusion intestinale
- Arrêt réflexe du transit

La douleur + état de choc, penser à :

- Avec déshydratation : pancréatite aiguë, occlusion ou péritonite évoluée
- Avec anémie aiguë : grossesse extra utérine, crise drépanocytaire, hémopéritoine, rupture de rate, rupture d'anévrisme.
- Avec turgescence des jugulaires : insuffisance cardiaque droite aiguë (embolie pulmonaire, tamponnade...)
- Isolé : infarctus du myocarde, infarctus mésentérique

La douleur + troubles métaboliques, penser à :

- Acidocétose
- Hypercalcémie
- Insuffisance surrénalienne aiguë

Conseils cliniques simples :

- Arrêt du transit ? Est-ce que le malade « pète » : oui : le transit est maintenu
- Existe-t-il des vomissements ?
- Toujours penser à une torsion testiculaire devant une colique néphrétique chez l'homme
- Date des dernières règles ?
- La première phase d'un choc est une tachycardie avec tension artérielle conservée
- Regarder les conjonctives : pâleur, ictère ?
- Un abdomen qui respire est rassurant
- Dans tous les cas : perfuser, hydrater (prudemment si signes cardiaque droits), calmer la douleur ++++

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

Diagnostic : reconnaître un tétanos chez l'adulte

Le signe : le TRISMUS : gêne de la parole et de la mastication, puis contracture permanente bilatérale et parfois douloureuse des masséters, avec impossibilité d'ouvrir la bouche.

- Contracture des muscles de la face avec faciès sardonique :

Figure 3.1. Faciès sardonique du tétanos.



- Dysphagie par contracture des muscles de la base de la langue et du pharynx
- Contracture des muscles peauciers du cou
- Raideur de la nuque
- Défense abdominale

Mais, ne pas confondre le Tétanos avec une infection locale de la bouche (dent,

amygdale), une arthrite temporo-maxillaire ou une cause neurologique. Le signe de l'abaisse-langue captif est en faveur d'un Tétanos.

Ne pas confondre avec un paludisme, un trouble glycémique, une méningite, une urgence abdominale (Dextro systématique, goutte épaisse si possible et ponction lombaire si doute).

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

Conduites à tenir :

➔ La colique néphrétique

Le diagnostic est **CLINIQUE** : la douleur est lombaire, unilatérale, brutale et intense, et irradie vers les organes génitaux externes. Le patient est « frénétique » et aucune position ne calme la douleur.

Les diagnostics différentiels fréquents :

Chez l'homme : la torsion du testicule

Chez la femme : la torsion d'un kyste ovarien

La pyélonéphrite

L'infarctus rénal chez un drépanocytaire

Mais aussi : l'appendicite, la diverticulite, voire une pathologie aortique ou lombaire...

Examen complémentaire simple : une bandelette urinaire qui montrera une hématurie de manière quasi constante. La présence de blancs doit faire évoquer une origine infectieuse.

L'examen du culot urinaire, quand il peut être pratiqué, montrera des cristaux.

Le tamisage des urines permettra de retrouver la lithiase en cause.

Le traitement fait appel aux antalgiques et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Qui référer à l'hôpital ?

Le patient fébrile, la femme enceinte (pas d'AINS chez elle), le patient oligurique, le patient non calmé par un traitement conventionnel.

Erreurs à éviter :

Utilisation des antispasmodiques seuls (inefficaces)

Tenter une diurèse forcée

A distance de la crise, on conseillera des boissons abondantes.

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

➔ Morsure de mammifère

- Lavage abondant et détergence douce à l'eau oxygénée.
- Exploration de la plaie sous anesthésie locale si nécessaire.

Suturer ou non ?

En général, une plaie par morsure ne se suture pas, sauf :

- Les plaies du visage à cheval sur une structure cutanée et muqueuse : faire des points de rapprochement des zones de frontière cutanéomuqueuse, sans réelle fermeture.
- Les plaies délabrantes du visage doivent aussi bénéficier de points de rapprochement.

L'antibiothérapie dépend du contexte : elle est conseillée en cas de plaie est profonde, ancienne (> 6 heures) ou si elle touche le cou, le visage, les mains, ou le périnée... ou en cas de morsure humaine.

L'antibiotique de choix est l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique.

L'alternative est la Pristinamycine, ou une association Cycline + Métronidazole.

La durée est de 5 à 15 jours en fonction du degré d'infection de la plaie.

Cas particulier de la rage : à envisager en fonction du contexte et des préconisations locales.

Cas particulier des virus : le VIH ne se transmet pas par la salive contrairement au VHB et probablement au VHC

Dans tous les cas, le risque tétanique est réel et il faut prévoir une injection de rappel en cas de dernier rappel > 5 ans associée à des gamma-globulines en cas de dernier rappel > 10 ans.

Axiome du MGC

Les médicaments essentiels sous forme générique sont disponibles en permanence

FLASHS

Traitement de la Thrombose hémorroïdaire :

• Le traitement médical

Le traitement repose sur la prescription d'antalgiques. La principale classe d'antalgiques utilisée est les AINS, notamment en cas de thrombose oedémateuse. Les veinotoniques largement prescrits sont d'efficacité moindre, de même que les traitements locaux de type pommade ou suppositoires.

• Le traitement local

L'incision suivie de l'excision du caillot est indiquée en cas de :

insuffisance ou échec du traitement médical ;

survenue d'une ulcération cutanée responsable de saignements gênants ;
crainte de la formation d'une marisque disgracieuse.

En cas de thrombose répétées invalidantes, le traitement chirurgical (hémorroïdectomie radicale) semble être la solution la plus satisfaisante.

Panorama du Médecin

La Maladie de Parkinson idiopathique :

Le diagnostic de la maladie de Parkinson reste clinique (tremblement, bradykinésie, hypertonie extrapyramidale).

La réponse initiale à la L-DOPA doit se prolonger dans le temps pour être un bon indicateur du diagnostic de MPI.

Le diagnostic de MPI est encore trop souvent posé par excès (dans 20% des cas).

Les complications ou l'échappement au traitement apparaissent généralement au bout de 5 ans d'évolution.

Rechercher systématiquement une origine iatrogène parmi les thérapeutiques actuelles ou récemment arrêtées (neuroleptiques)

Une dépression est très souvent associée dans la MPI (pour certains auteurs dans plus de 50% des cas) et doit être systématiquement recherchée. Maintenir une condition physique satisfaisante et des prises de L-DOPA très régulières à la dose minimale efficace.

Panorama du Médecin

Lombalgie commune

Devant une lombalgie commune, sans irradiation sciatique, demander une imagerie à la recherche d'une hernie discale n'a pas d'intérêt. En effet chez un patient qui souffre du dos, l'imagerie a de grande chance de montrer des anomalies qui ne seront pas pour autant responsables de ses douleurs.

Prévoir



Evaluation externe à Madagascar

Les conclusions de l'évaluation de notre action à Madagascar, effectuée par l'Institut National de Santé Public et Communautaire (INSPC) en décembre et janvier derniers, vient de nous être remises. L'enquête terrain auprès de 13 cabinets ruraux tirés au sort a été réalisée par trois chercheurs en Santé Publique sous la responsabilité du Professeur Ranjalahy, directeur de l'Institut, et du Professeur Serge Gottot, coopérant français auprès de l'INSPC.

D'emblée le rapport indique que « le projet Santé Sud est un projet ambitieux qui a atteint son but. L'enquête réalisée auprès d'un tiers environ des médecins objective qu'ils assurent, au dire des communautés, une médecine de qualité et qu'ils assurent un service comparable à celui d'un CSB II (centre de santé de base public avec médecin) ».



La synthèse du document souligne plusieurs points :

- L'installation de médecins généralistes communautaires dans les zones rurales enclavées est appréciée par l'ensemble des interlocuteurs institutionnels (Ministère, médecins inspecteurs) et communautaires (communes, fokontany). L'intégration dans la carte sanitaire est inscrite dans la convention d'association au Service Public signée entre le médecin et le district sanitaire.

- Les activités curatives du PMA sont équivalentes voire même de meilleure qualité que celles d'un CSB II pour un coût d'installation et de fonctionnement moindre (6 fois moins cher pour les infrastructures et l'équipement ; le fonctionnement étant à la charge du médecin ne coûte rien à l'Etat).

- Les activités préventives et communautaires sont encore insuffisantes (1/4 des médecins de l'échantillon ne fait pas de vaccinations et 1/3 ne pratique pas de surveillance nutritionnelle). Les activités de santé communautaires collectives sont à développer.

- Les communautés plébiscitent leurs médecins, certaines disant avoir observé que le nombre de décès maternels et celui des enfants avait diminué drastiquement (de 10 décès maternels par an à 2). Elles peuvent, en majorité, supporter les tarifs appliqués et reconnaissent faire des économies car la présence permanente d'un médecin évite les déplacements coûteux. Leur participation à l'installation du médecin est effective (trouver une habitation voire même, dans 4 cas, construction d'un dispensaire avec l'appui de Santé Sud).

- Les installations sont viables avec un revenu moyen supérieur à celui d'un médecin de CSB II, mais le revenu mensuel n'est pas assuré à cause des grandes variations saisonnières (crédits en période de soudure). Des systèmes de préfinancements type mutuelle sont à étudier.

- L'appui technique et opérationnel de Santé Sud est jugé indispensable par 90 % des médecins, en particulier la formation préalable (qui peut encore s'enrichir) et les supervisions formatives. Cet appui global incluant formation continue et compagnonnage devra permettre aux associations médicales (AMC-MAD et TEALONGO) d'exercer progressivement leur rôle d'association médicale de référence pour la santé communautaire et de diffuser leur expérience dans le pays.

- Pour la pérennité du projet, il convient d'étudier les possibilités et modalités de contribution des médecins (fonds de solidarité, crédit), des communautés (participation à l'infrastructure, mutualisation), ainsi que les possibilités de diminuer certains coûts (installations solaires).

Parmi les conclusions, citons celle-ci : 'En tenant compte de la complémentarité des secteurs privés et publics, comparés pour le même volume d'activités et de qualité de soins de même niveau entre CSB et cabinet de MGC, le rapport coût - bénéfice d'installation et de fonctionnement justifie la mise en place des cabinets ruraux communautaires. L'appui à l'installation et à l'extension de l'intervention du projet mérite d'être maintenu ».

Ce numéro a été rédigé avec la participation de V. Lafay, D. Desplats,

**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