

Edito

Le rapport de l'OMS 2006 sur la santé dans le monde vient de paraître et porte sur la crise des Ressources Humaines. Notre expérience au Mali est citée (p.78 box 4.5 et bibliographie p.92), ce qui ne peut pas nous laisser indifférents après toutes ces années où nous avons réalisé ensemble, médecins du Sud et du Nord, un travail de fond sans tapage mais exemplaire.

Le rapport souligne le manque de personnels de santé qui coexiste souvent avec un nombre important de professionnels sans emploi, la concentration dans les villes au dépend des campagnes, l'exode des compétences vers les pays du Nord et les organisations internationales, la commercialisation des soins au dépend de l'équité etc... Toutes choses qui s'aggravent depuis des années et que nous connaissons bien !

Ce constat accablant ne doit pas en faire oublier les causes principales : les politiques d'ajustement structurel qui ont gelé l'investissement humain, l'aide publique qui privilégie les programmes prioritaires verticaux sans vue d'ensemble et la diminution drastique de l'assistance technique qui jouait un rôle important dans la formation et l'organisation des systèmes de santé. On semble enfin en prendre conscience mais il est urgent d'en tirer les conséquences.

Dominique Desplats / Jacques Tassy



Actualités médicales

ANALYSE EN 3 POINTS : le mélanome malin

LE CONTEXTE

Le mélanome malin (MM) de la peau est une tumeur qui se développe soit *de novo* au départ des mélanocytes épidermiques (50 à 80%), soit au départ des cellules naeviques (20 à 50%).

Son incidence est en augmentation constante depuis plusieurs décennies. Sa fréquence en France est de l'ordre de 9 à 10 nouveaux cas par an pour 100 000 et la mortalité est de 1,2 à 1,5 pour 100 000.

Le rôle de l'exposition solaire comme facteur favorisant est bien connu, surtout les expositions intermittentes et intenses avec coups de soleil, sur des endroits du corps habituellement non exposés.

Une prédisposition familiale est retrouvée dans environ 10% des cas. L'existence d'un premier mélanome est un facteur favorisant l'apparition d'un second dans 3 à 5% des cas.

LE DIAGNOSTIC

Le MM peut être suspecté d'une part devant la modification clinique d'un naevus préexistant (augmentation de taille, contours irréguliers, polychromie, induration, réaction inflammatoire qui surviennent souvent en même temps). D'autre part devant l'apparition récente d'un nouveau naevus d'emblée inquiétant ou la découverte fortuite d'un naevus « douteux » lors d'une consultation.

Le clinicien peut s'aider du dermatoscope pour affiner le diagnostic clinique, mais seule l'exérèse de la lésion et l'histologie permettant d'affirmer le diagnostic.

Deux facteurs histopronostiques sont importants :

- l'indice de Breslow qui correspond à l'épaisseur maximale de la tumeur exprimée en mm ;
- le niveau d'envahissement selon Clark qui détermine la profondeur de pénétration de la tumeur.

L'examen complet est indispensable et

doit comporter la recherche d'autres naevi pathologiques, d'une extension locorégionale à distance.

Pour le MM stade I, un bilan complet simple est réalisé (radio pulmonaire et échographie abdominale). Il a pour but de rassurer le patient et de détecter une lésion viscérale bénigne qui, dans le contexte de l'évolution du mélanome, pourrait poser des problèmes diagnostiques.

Pour le MM *in situ* aucun examen complémentaire n'est effectué.

LA PRISE EN CHARGE

Le traitement du MM stade I est chirurgical. Plusieurs études ont montré l'absence d'intérêt des marges d'exérèse larges, supérieures à 3 cm ; quant à la fréquence des rechutes et la survie, une marge d'exérèse de 2 cm apparaît comme « une limite maximale ».

Une surveillance clinique d'autant plus rapprochée que l'indice de Breslow est élevé est nécessaire.

DES VEINES EN MAUVAIS ETAT

Une femme de 65 ans consulte pour la troisième récurrence de son ulcère veineux du membre inférieur gauche. Le membre est légèrement œdématié ; l'ulcère est unique, de siège malléolaire interne, douloureux et très exsudatif ; la peau périulcéreuse est inflammatoire. On note de volumineuses varices des deux membres dans le territoire saphène interne. Un traitement local associant un lavage, une détersion mécanique et chimique est effectuée ; une contention veineuse par bande est mise en place ; on prescrit un traitement antibiotique pendant 10 jours et on pratique un rappel de la vaccination antitétanique.

L'ulcère de jambe est une perte de substance cutanée épidermique et dermique, d'évolution chronique en l'absence de traitement. Sa fréquence augmente avec l'âge. Les ulcères veineux sont d'origine variqueuse ou post-thrombotique ; ils sont plus fréquents chez la femme et surviennent souvent après un traumatisme même minime. Il y a peu de signes fonctionnels, ce qui explique le retard de la prise en charge, l'ulcère étant considéré par beaucoup comme une banalité. Il devient douloureux lorsqu'il est surinfecté.

Son aspect clinique, tel qu'il est décrit dans cette observation, est assez caractéristique.

Le traitement est à la fois local et général. Le traitement local suit les trois phases de l'évolution : la détersion, le bourgeonnement et l'épidermisation. La lutte contre les surinfections est fondamentale mais on ne doit pas utiliser d'antibiothérapie locale qui sélectionnerait les germes et les rendrait résistants. Il faut s'efforcer de convaincre la patiente de porter une contention par bande du membre inférieur jusqu'à mi-cuisse. En présence de varices volumineuses, la chirurgie est nécessaire pour éviter les récurrences.

LA TUBERCULOSE INTESTINALE

Le diagnostic de la tuberculose intestinale est difficile ; on individualise 3 tableaux cliniques :

- La colite ulcéreuse avec une diarrhée chronique et glaireuse, des douleurs abdominales, de la fièvre et un amaigrissement. Cette colite est en général localisée au caecum et à la dernière anse iléale.
- Une ascite à type d'exsudat lymphocytaire avec granulomatose diffuse du péritoine visible en laparoscopie.
- La survenue en zone d'endémie d'une altération de l'état général dans un contexte fébrile.

NODULE SUSPECT

Face à un nodule isolé de la thyroïde, plusieurs critères cliniques évoquent un cancer :

Antécédents familiaux de cancer thyroïdien,
Age inférieur à 20 ans ou supérieur à 60 ans,
Sexe masculin,

Caractéristiques du nodule : taille supérieure à 2 ou 3 cm consistance dure avec irrégularités, module fixé aux tissus, signe de compression (dysphonie), adénopathies cervicales homolatérales, augmentation de volume rapidement progressive.

L'échographie précise la nature du nodule ; un mixte à la même signification qu'un nodule solide. La cytoponction permet l'analyse cytologique des nodules pleins ou mixtes.

Le traitement repose sur la thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire.

Le cancer papillaire, le plus fréquent, est de très bon pronostic avec un suivi à 5 ans après la thyroïdectomie de 98%. Le cancer vésiculaire a un moins bon pronostic au stade métastatique. Les tumeurs anaplasiques sont très rares et de mauvais pronostic.

METHOTREXATE ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Prescrit à faible dose dans la polyarthrite rhumatoïde, le methotrexate entraîne une régression des signes, tant fonctionnels que physiques, et permet de stabiliser la maladie. Une étude récente a montré qu'il y a également un effet positif sur la survie de ces patients qui sont fréquemment sujets à des pathologies cardiaques, des infections et des cancers. Des épidémiologistes américains ont effectué une étude prospective couvrant les vingt dernières années sur 1240 patients, dont 191 sont décédés durant le suivi. Après ajustement pour tous les autres facteurs, les chercheurs ont calculé pour les patients traités par methotrexate une survie améliorée de 60%, toutes causes de décès confondues, et de 70% pour les décès d'origine cardiaque.

SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Message à caractère éducatif

Prévention de la déshydratation chez un enfant qui a la diarrhée, il faut régulièrement pincer la peau du ventre : quand le pli dure, c'est que l'enfant a perdu beaucoup d'eau et que sa vie est en danger.

Une grosse bourse

Il faut commencer par s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une hernie inguinale.

Aucun élément n'est palpable, la vaginale ne peut pas être pincée, la tuméfaction est rénitente, translucide à la transillumination. Il s'agit d'une hydrocèle vaginale, essentielle le plus souvent, secondaire quelquefois à une lésion épидидymique ou testiculaire. La récurrence est la règle après ponction : le traitement est chirurgical.

Quand une masse palpable surmonte un testicule normal séparé de lui par un sillon, il s'agit d'un gros épидидyme :

- épидидymite à germe banal d'évolution subaiguë,
- épидидymite tuberculeuse (BK dans les urines, UIV),
- noyau gonococcique de la queue de l'épididyme,
- kyste de l'épididyme.

Une masse testiculaire surmontée par un épидидyme normal est un cancer du testicule.

Lorsque épидидyme et testicules sont impliqués il peut s'agir d'une orch-épидидymite ou d'une torsion du testicule.

L'examen physique

Les râles pulmonaires

Ce sont des bruits dus au passage de l'air à travers un exsudat accumulé soit dans les bronches (râles sibilants et ronflants), soit dans les bronchioles ou les canaux alvéolaires (râles crépitant et bulleux), soit dans une cavité néoformée (râles caverneux).

Les râles sibilants et ronflants (bronchite aiguë ou chronique ou asthmes ?), comparés à un sifflement lointain, au bruit du vent sous la porte (sibilants) et au ronflement d'un dormeur (ronflants) sont très facile à entendre.

Les râles crépitants (exsudat compact du début de la pneumonie), comparés au bruit de cheveux froissés ou du sel qui crépite sur le feu, sont uniquement inspiratoires et peu variables.

Les râles bulleux (exsudat bronchiolaire liquide de l'œdème pulmonaire, de la période d'état de la pneumonie, des lésions tuberculeuses avant l'excavation) s'entendent aux deux temps de la respiration sous forme de bulles de moyenne intensité ; ils sont très variables.

Les râles caverneux (exsudat liquide ou pus dans une cavité pulmonaire assez importante) réalisent un bruit formé de bulles de gros volume, comme celles que l'on obtient en faisant barboter de l'eau savonneuse au chalumeau ; ce sont des gargouillement.

Tous ces râles sont mieux entendus et parfois décelés après la toux.

Antibiothérapie pratique : Salpingite

Germes :

Chlamydia, entérobactéries, gonocoque, streptocoque B, anaérobies.

Antibiotiques :

amoxicilline, Voie IM, 2 g/j (en 2 inj) +
Metronidazole, Per os, 1,5 g/j (en 3 prises) +
Doxycycline, Per os, 200mg/j (en 1 prise)

TAENIASIS A HYMENOLEPIS NANA

- Les modalités thérapeutiques sont différentes des autres taeniasis en raison du processus d'auto-réinfestation qui le caractérise ; il nécessite un traitement de 8 jours par tredemine

- Chez l'adulte : 4 c à mâcher lentement à jeun le premier jour, 2 c du 2^{ème} au 8^{ème} jour.

- Chez l'enfant de 2 à 8 ans, demie dose.

- Chez l'enfant de moins de 2 ans, quart de dose.

Les bonnes questions

Symptômes d'intoxication urémique

- Digestifs

Avez-vous des nausées ? Des vomissements ?

Avez-vous de la diarrhée ? Est-elle abondante ?

Avez-vous vomi ou rejeté du sang dans vos selles ?

Votre bouche est-elle en bon état ?

- Respiration :

Toussez-vous fréquemment ?

Crachez-vous ? Quel genre de crachats ?

Etes-vous essoufflé ?

Avez-vous des crises de suffocation ? La nuit ou le jour ?

Avez-vous saigné du nez ?

Nerveux :

Avez-vous des maux de tête ? Sont-ils violents ?

Est-ce que votre vu a baissé ?

Avez-vous eu des syncopes ?

Etes-vous somnolent dans la journée ?

Dormez-vous la nuit ?

Ressentez-vous des crampes dans les membres ?

Avez-vous les extrémités froides ? Avec parfois les doigts livides, très pâles ?

Avez-vous des démangeaisons ?

Avez-vous du hoquet ?

Myocardopathie du post-partum

- Elle survient chez la femme africaine de la 2^{ème} à la 20^{ème} semaine après l'accouchement sans antécédent cardiovasculaire, sans hypertension ou toxémie ni anémie.

- C'est le tableau d'une insuffisance cardiaque, gauche puis globale, rapidement décompensée, avec des embolies pulmonaires dans 16% des cas.

- Il s'agit d'une myocardopathie dilatée avec augmentation du volume du cœur.

- Son évolution est imprévisible, de la guérison à l'aggravation progressivement mortelle.

- Le repos très strict est impératif, associé au traitement habituel de l'insuffisance cardiaque.

Ictères par obstruction

Leur reconnaissance est devenue facile avec l'échographie, le scanner, l'I.R.M. Auparavant, le diagnostic était l'objet de discussions interminables !

LES PETITES PHRASES DE L'ECOLE MARSEILLAISE

- Une rhinorrhée purulente unilatérale chez l'enfant = corps étranger. Seul le spécialiste doit l'enlever.

- L'épistaxis n'est jamais une manifestation mineure. Elle peut toujours tuer.

- Devant une adénopathie cervicale, penser à une tumeur maligne ; tant mieux s'il n'en est rien.

- Un traumatisme crânien n'est jamais à l'origine d'une tumeur cérébrale.

- Une ischémie artérielle aiguë survient par traumatisme, par embolie ou par thrombose.

- Un anticoagulant idéal et sûr : l'héparine et ses dérivés. Son antidote : le sulfate de protamine

- Après la ménopause, une tumeur « bénigne » du sein reste suspecte.

- Un traumatisme du thorax s'aggrave parfois, brusquement, secondairement.

- Pas de réduction forcée pour une hernie étranglée.

- Attention ! Une plaie fessière, périnéale, lombaire ou thoracique peut être pénétrante dans l'abdomen.



Les laboratoires de campagne au Mali

Depuis 2000, 17 laboratoires de campagne ont été installés. L'évaluation faite par Patrick Brunet en novembre 2005 a montré que 13 étaient fonctionnels, 4 ayant cessé leur activité en raison du départ du médecin ou par manque de disponibilité de ce dernier pour pratiquer les examens. Pour soutenir ces laboratoires et les renforcer en terme de qualité, une association médicale Suisse de Neuchâtel (L'ANMO) a proposé son aide. En effet les médecins généralistes suisses ont la particularité, à la différence de la France, d'avoir dans leur cabinet un petit laboratoire avec une assistante polyvalente qui les aide (secrétariat, labo etc...).

Une première mission avec le Dr Pierre Landry et Ariane Hänni, son assistante médicale, a eu lieu fin février auprès de trois laboratoires de la région de Kayes : Kasso, Tambacara et Gakoura. Il s'agissait de travailler sur le couple clinique-labo, de mesurer la pertinence des prescriptions d'analyse, la qualité des résultats et l'intérêt thérapeutique pour le malade.

Cette nouvelle approche a permis d'approfondir le rôle du Labo, d'optimiser son fonctionnement dans une démarche qualité en lien avec la clinique. Elle a permis aussi de déterminer qu'environ 30% des consultations justifiaient une analyse et que le laboratoire de base, bien utilisé, diminue les coûts en simplifiant les ordonnances. Souhaitons que cette collaboration avec un nouveau partenaire puisse se développer dans l'avenir.

Echanges

Deux échanges sont en cours entre :

- les Docteurs Jean-Pierre Queffelec (Bretagne) et Hamidou Coulibaly (région de Kayes).
- Les Docteurs Alain Richet (Région lyonnaise) et Amidou Tiana Coulibaly (région de Sikasso).

Les généralistes français sont allés chez leurs confrères maliens en mars et les médecins de campagne maliens viendront en mai de façon à pouvoir participer à l'Assemblée Générale de Santé Sud, le 6 mai, avant de se rendre chez leurs confrères.

L'association des Médecins de Campagne du Mali (AMC) comprenait 86 médecins fin 2005 - Plus de la moitié ont participé à la 13^{ème} Assemblée Générale qui s'est tenue à Bamako les 27-28 janvier 2006.

Réseau HTA

Un premier bilan de l'activité du réseau de prise en charge de l'hypertension en zone rurale au Mali, qui comprend six médecins de campagne a pu être réalisé fin 2005 au cours de la mission de suivi du Dr Vincent Lafay.

- 261 patients hypertendus sont inclus, avec un sex-ratio relativement homogène.
- Age moyen 53+/-13 ans, avec des hommes en moyenne de 7 ans plus âgés que les femmes, ce qui concorde avec l'épidémiologie de la maladie.
- Absence d'obésité avec très faible prévalence du diabète.
- Majorité d'HTA sévère (60%), d'où l'importance de la prise en charge.
- 68% des patients ont été améliorés par le traitement et 48% ont gagné un stade d'HTA.
- 43% des patients reçoivent une monothérapie, 41% une bithérapie et 14% des mesures uniquement diététiques.

Ces premières données sont très encourageantes et montrent que l'HTA, de plus en plus fréquente avec la modernité (cubes Maggi !), mérite un dépistage et un suivi à grande échelle.

Madagascar

11^{ème} Assises de la médecine générale communautaire. Décembre 2005. 39 médecins sur 42 étaient présents.



**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