

## Edito

*On parle beaucoup de la qualité des soins et c'est bien. Qui peut contester cette nécessité, ce devoir éthique qui doit concerner chaque soignant dans sa pratique quotidienne ?... Qu'observe t'on cependant ? Une course aux formations et aux « per diems » organisés par les divers programmes et campagnes financés par les bailleurs. Cette « culture du per diem », initiée au départ par les grandes agences onusiennes, a fini par gangrener tout le système.*

*A Madagascar nous travaillons sur la formation continue en groupe de pairs, démarche volontaire et participative sur des thèmes choisis avec les médecins. Cette approche, conçue dans le cadre de notre partenariat avec MG France, nécessite une méthodologie et des techniques d'animation appropriées mais reproductibles ensuite par le groupe lui même.*

*Ces groupes de pairs - ainsi que les réseaux de prise en charge de pathologies chroniques qui fonctionnent déjà - sont essentiels car la qualité des soins implique l'autonomie professionnelle. Le souci de la qualité n'est pas une question d'argent mais de responsabilité individuelle.*

*Dominique Desplats*



## Actualités médicales

### **HYPERTENSION ARTERIELLE : quel traitement en première intention ?**

Le premier traitement d'une hypertension artérielle est non médicamenteux.

Le plus important est le régime sans sel : 5g par jour (une petite cuillère à café).

La seule contre indication du traitement non médicamenteux est la Grossesse.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, le traitement de première intention est l'HYDROCHLOROTHIAZIDE préconisé pour toute l'Afrique subsaharienne.

Le Furosémide n'est pas un bon traitement de l'hypertension et doit être réservé à certains cas particuliers (Insuffisance cardiaque, Insuffisance rénale).

Ce traitement ne peut être entrepris qu'après avoir éliminé une déshydratation.

La posologie de l'hydrochlorothazide est de 12,5 mg par jour en une prise matinale (soit 1/2cp à 25mg).

Cette dose peut être augmentée à 25 mg par jour.

En cas d'efficacité insuffisante, il est inutile d'augmenter la posologie car il n'y aura que peu ou pas de gain sur les chiffres tensionnels.

Une posologie de 50 mg par jour peut être dangereuse à long terme.

En cas d'efficacité insuffisante, il faut alors rechercher un manque de suivi du régime sans sel et utiliser éventuellement une autre molécule en association.

Attention au dosage des comprimés : si on ne dispose que de comprimés à 50mg, il vaut mieux démarrer et s'en tenir à 1/2 comprimé.

Dr Vincent Lafay, cardiologue.

### **A savoir : Paralysie faciale à frigore**

Une étude récente (551 cas) confirme l'évolution spontanément favorable de la paralysie faciale à frigore avec 85,2% de guérison à 9 mois. Le bénéfice de la corticothérapie, si elle est instituée précocement, reste modeste (94,4% de guérison).

# La question du jour :

## Antibiotiques et anti-infectieux chez la femme enceinte : Lesquels ?

Toujours considérer le rapport bénéfice-risque : dans cette situation il est maternel et fœtal.

Toujours privilégier les molécules pour lesquelles il existe un recul clinique suffisant.

*De nombreuses molécules sont utilisables.*

**Ce qu'il ne faut pas faire :**

- Ne pas traiter ou traiter avec des produits peu efficaces en raison d'une grossesse.
- Ne pas diminuer la posologie habituelle de peur d'être toxique : les concentrations plasmatiques des antibiotiques tendent à diminuer pendant la grossesse.
- Traiter hâtivement sans confirmation diagnostique ou avec des molécules mal documentées.

### Les Antibiotiques

**Les Bêta-lactamines :**

- **Les pénicillines** : aucun risque fœtal : toutes les pénicillines peuvent être prescrites quel que soit le stade de la grossesse.
- **Les céphalosporines** : elles peuvent être utilisées si elles présentent un réel avantage par rapport à une association amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®).

**Les Macrolides**

- **Erythromycine et Spiramycine** (Rovamycine®) peuvent être prescrites tout au long de la grossesse.
- Les autres : par manque de données suffisantes, on les évitera si possible durant le premier trimestre.

**Les Quinolones**

Eviter l'Apurone au premier trimestre (risque de fente palatine)

- **Norfloxacine et Ciprofloxacine** : nombreuses données rassurantes : on peut les utiliser.
- **Ofloxacine** (Ofloset®) et **Lévofloxacine** (Tavanic®) : les données sont moins nombreuses, on les évitera en première intention.

**Les Cyclines**

- Pas de risque tératogène, mais, en cas d'utilisation pendant le troisième trimestre, il y a eu risque de coloration des dents de lait.

**Les Aminosides**

- **Streptomycine, Kanamycine** : Il existe un risque de surdité chez l'enfant.
- Ils sont donc contre indiqués pendant la grossesse.
- **Les autres** : prudence : on les évitera si possible pendant la grossesse.

**Le Bactrim®** (Sulfaméthoxazole-Triméthoprime)

- Contre-indiqué pendant le premier trimestre.
- Utilisable s'il n'y a pas d'autre alternative pendant le deuxième et le troisième trimestre.

**Les traitements anti-tuberculeux.**

A l'exception de la Streptomycine, le schéma thérapeutique doit être identique à celui de tout adulte.

### Cas particuliers

**Les infections urinaires**

On peut utiliser le pivmexillan (Selexid®) ou le nitrofurantoin (Furadantine®) ou l'amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) . mais aussi la Fosfomycine (Monuril®), la Norfloxacine (Noroxine®) ou la Ciprofloxacine (Ciflox®), voire le Bactrim® après le premier trimestre.

**Les candidoses : traitement local et de courte durée**

- Les Imidazolés : par voie cutanée ou vaginale : miconazole (Daktarin®) à préférer aux autres Econazole (Pévaryl®) et Kétoconazole (Kétoderm®) moins documentés. Les tarissements spécifiques pour les onychomycoses peuvent être utilisés.
- Le Fluconazole (Béagyne®, Triflucan®) a été utilisé en prise unique de 150mg dans les mycoses vaginales.

### Les Parasitoses

**Le Paludisme**

Faut-il le rappeler : il n'y a aucune contre-indication à l'utilisation de la Quinine au cours de la grossesse... que ce soit en préventif, ou en curatif.

**Trichomonas**

Utiliser le Métronidazole (Flagyl®) en première intention.

**Gale**

**pas de lindane en cours de grossesse** (toxicité neurologique chez l'enfant). On peut utiliser des traitements locaux (Ascabiol®, Sprégal®).

**Les Oxyures**

Pas de problème avec le Flubendazole (Fluvermal®) et le Pyrantel (Combantrin®)

**Les Poux**

utiliser les pyréthrinés en première intention  
Le Malathion (Prioderme®) reste possible en cas d'échec.  
Pas de Lindane.

**A savoir :**

**une bonne adresse pour ceux qui ont accès à internet :**  
**le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) :**  
**[http:// www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)**

(D'après Cournot MP et al., Le Concours Médical : 2007 : 129 : 1370-72)

## Petits gestes pratiques :

**Kyste sébacé :**

L'anesthésie locale entre peau et enveloppe du kyste permet une microdissection.

Inciser sur le kyste, presser, vider.

Ablation de l'enveloppe à la pince sans griffe indispensable sinon récidive.

Un point de suture.

Diagnostic différentiel avec lipome : le kyste a toujours un petit pertuis.

**La thrombose hémorroïdaire externe :**

Caillot violacé hyper algique

Faire un traitement d'épreuve par AINS 3 ou 4 jours

Si inefficace inciser : le caillot doit être visible et mobile

- injection en tangente d'une petite quantité de Xylo-adréalinée,

- incision de 10 à 15 mm selon les plis radiés,

- élimination au maximum du caillot,

- pas de suture,

- bain de siège à la Bétadine gynéco ou autre antiseptique.

(D'après les ateliers pratiques de la FMC d'Avignon)

# Conduite à tenir devant

## La sinusite maxillaire aiguë de l'adulte

• Le diagnostic est évoqué en cas d'algie aiguë sous orbitaire unilatérale pulsatile, consécutive à une rhinorrhée purulente unilatérale suivie d'une obstruction nasale. La fièvre est fréquente.

• Deux étiologies fréquentes :

\* Le plus souvent, la sinusite maxillaire aiguë est rhinogène, secondaire à une rhinite virale surinfectée.

\* La sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire, survenant en dehors d'un contexte de rhinite, représente 40% des sinusites maxillaires, à partir d'une pathologie dentaire aiguë de l'arcade dentaire supérieure.

• Les complications restent avant tout loco-régionales : cellulite de la face, abcès ou cellulite orbitaire, thrombophlébite faciale. Le traitement est urgent.

• Quel traitement ? Aucun examen radiologique n'est obligatoire lors du premier épisode. L'antibiothérapie est prescrite per os sauf en cas de complication :

- bêta-lactamines : amoxicilline (2g/j) ou mieux, si disponible, amoxicilline-acide clavuniquique.

- fluoroquinolone (400mg/j) : formes sévères et allergie aux bêta-lactamines.

Durée : 8 à 10 jours.

(D'après article Dr Camille Bodenez, pitié Salpétrière)

## Point sur

### La prise en charge des érysipèles

#### Définition :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante liée au streptocoque Bémolytique du groupe A, appelé streptococcus pyogenes.

#### Le diagnostic :

Le diagnostic d'érysipèle est clinique. Il associe des signes généraux (fièvre, frissons, syndrome pseudogrippal) et des signes locaux (placard inflammatoire douloureux associé dans la moitié des cas à une adénopathie satellite et dans un quart des cas à une lymphangite). Il peut exister des bulles ou un purpura pétéchiol mais pas de nécrose. L'érysipèle atteint dans plus de 85% des cas le membre inférieur, plus rarement le visage ou le membre supérieur.

Les érysipèles de la face se caractérisent par leur progression rapide et leur caractère douloureux. Leurs bords sont indurés et bien délimités (signe du bourrelet), surtout le long des sillons nasogéniens.

#### Prise en charge :

La prise en charge de l'érysipèle peut parfaitement être ambulatoire mais devra faire l'objet d'une réévaluation à 72 heures, avec hospitalisation si les signes généraux n'ont pas disparu ou si une aggravation locale est constatée.

#### Antibiothérapie de l'érysipèle :

Le traitement de référence repose sur la pénicilline G injectable (10-20 millions d'unités par jour) pendant 5 jours, avec relais oral par la pénicilline V. Cependant, la pénicilline G nécessitant 4 à 6 injections par jour, l'amoxicilline (3 à 6g par jour en trois perfusions par jour, ou d'emblée par voie orale à la dose de 3 à 4,5g par jour) est souvent préférée. Le repos est nécessaire.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes par voie générale n'ont pas d'indication et favoriseraient même le risque de complications septiques

L'antibiothérapie sera maintenue 10 à 20 jours, avec un contrôle de la guérison en fin de traitement. En cas de traitement intraveineux initial, le relais oral sera effectué dès l'apyrexie.

#### Prévention des récurrences :

Les récurrences d'érysipèle sont fréquentes, évaluées à 30% à trois ans. Leur prévention repose sur le contrôle des facteurs de risque d'érysipèle : obésité, signes locaux préexistants (lymphoedème, oedèmes des membres inférieurs et insuffisance veineuse), porte d'entrée cliniquement identifiée.

Si des récurrences persistent malgré ces mesures, une antibiothérapie préventive au long cours peut être envisagée. Elle repose sur la benzathine-pénicilline (2,4 millions d'unités intramusculaires toutes les 2 à 3 semaines).

(D'après article du Dr Agnès Lefort . Hôpital Beaujon)

## RAPPEL

### La quinine est le traitement de choix pour le traitement du paludisme grave.

#### Posologie et mode d'administration :

• **Voie intraveineuse** : 25 mg/kg/jour de quinine base répartis en 3 injections de 8 mg/kg de quinine base en perfusion intraveineuse lente de 4 heures chacune à répéter toutes les 8 heures (ou éventuellement en continu à la seringue électrique).

Le produit sera dilué préférentiellement dans une solution glucosée à 5% ou 10% ou bien dans un soluté physiologique.

• **Voie intramusculaire** : 2 à 3 injections lentes et profondes par jour de 8 mg/kg de quinine base.

En raison d'un risque de nécrose induit par la quinine, cette voie d'administration doit être limitée aux situations où il est impossible de mettre en place une perfusion intraveineuse.

A titre indicatif : chez un sujet de 60 kg, la dose à administrer est de 1 ampoule à 490 mg de quinine base par prise.

Insuffisant rénal : la posologie sera diminuée de 30 à 50%.

La durée du traitement d'un accès palustre par la quinine est de 5 à 7 jours.

Le relais par voie orale sera envisagé dès que possible.

La quinine est sans risque pendant la grossesse, elle ne provoque ni avortements, ni accouchements prématurés. C'est le paludisme grave qui entraîne ces complications.

(Dr Rivo Rakotoarivelo - Assises de la MGC, Madagascar - déc 2007)

## Axiome du MGC

La visite à domicile permet une meilleure connaissance du milieu de vie et une bonne prise en charge de certains malades.



## Où en est l'évaluation OMS au Mali ?

L'équipe d'évaluateurs a terminé l'enquête terrain qui s'est déroulée du 19 mars au 5 avril. Elle a pu évaluer 12 médecins sur leurs sites, participer à une réunion régionale de l'Amc à Sikasso qui regroupait 25 médecins de campagne et, bien sûr, rencontrer à Bamako les autorités sanitaires et universitaires ainsi que les diverses personnalités concernées par l'expérience de médicalisation des zones rurales menées par Santé Sud et l'Amc.

Les résultats préliminaires ont été présentés par les évaluateurs le 4 avril au Ministère de la Santé du Mali. Les résultats définitifs sont attendus pour juillet une fois que l'équipe aura saisi et analysé les données.

## Kampala, premier forum mondial sur les ressources humaines en santé (mars 2008)

Nous avons été sollicité pour présenter à cette importante manifestation mondiale notre expérience d'installation de médecins généralistes au Mali et à Madagascar. C'est le Dr Seydou Coulibaly, coordinateur général de Santé Sud au Mali, qui est allé à Kampala nous représenter avec une communication précisant notre approche et sa pertinence (associer Médecin de Famille et SSP = médecine communautaire), et montrant que la médecine privée pratiquée dans un esprit de service publique était viable.

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

## Naissance du Réseau sur l'Epilepsie à Madagascar (REM)

Le réseau est né le 16 décembre au cours d'un séminaire de formation organisé dans les locaux de Santé Sud Madagascar à Antananarivo. Il réunissait 10 médecins généralistes communautaires volontaires et trois formateurs (P. Genton, G. Franarier et A. Raharivelo).

Les médecins adhérents au REM s'engagent à :

- assurer une bonne prise en charge des patients vivant avec l'épilepsie selon les conduites à tenir découlant de la formation
- collecter toutes les données susceptibles d'être exploitables sur cette pathologie
- assurer une bonne tenue des supports (fiche spécifique du dossier médical)
- transmettre à Santé Sud les rapports trimestriels des activités afférentes au réseau.

Le réseau est coordonné par l'un des médecins choisi par ses pairs en la personne du Dr Herizo Mamisoa, actuel président de l'Amc-Mad. Les référents sont le Dr Guy Farnarier (service de Neurophysiologie clinique, CHU Nord, Marseille) et le Pr Adeline Raharivelo (service de Neuropsychiatrie, hôpital Befelatanana, Antananarivo).

Deux regroupements par an sont prévus pour le suivi et la formation continue du réseau, l'un avec le référent malgache, et l'autre avec la présence du binôme franco-malgache.

Le REM, ainsi que le RARE au Mali, bénéficie du soutien des laboratoires SANOFI dans le cadre de leur programme « IMPACT EPILEPSIE » avec accès aux médicaments à prix coutant (no profit/no lost)

Le REM, ainsi que le RARE au Mali, bénéficie du soutien des laboratoires SANOFI dans le cadre de leur programme « IMPACT EPILEPSIE » avec accès aux médicaments à prix coutant (no profit/no lost)



## Evaluation des « laboratoires Medcamp » au Mali par Patrick Brunet (novembre 2007)

Depuis 7 ans, 18 laboratoires de première ligne ont été implantés selon une méthodologie précise comportant une étude de faisabilité, une formation in situ au moment de la mise en place, une convention tripartite (Amc/Asaco/Santé Sud), un suivi.

Parmi ces 18 laboratoires, 3 ont été fermés (départ du médecin), 5 ont des difficultés liées à un manque de laborantin (aide ou technicien) et 9 fonctionnent correctement. Pour Patrick Brunet ces laboratoires rendent de grands services en précisant le diagnostic des médecins et il ajoute : « la population aussi en bénéficie, tant au plan de la qualité des soins que du confort de prise en charge, sans oublier une diminution des dépenses de santé engendrées par les coûts indirects d'un déplacement vers un centre de référence. »

Notons également que « les formations continues réalisées par nos partenaires suisses de l'ANMO (Neuchatel), assurées par un(e) médecin et un(e) technicien de santé spécialisé en pratique de laboratoire, sont très appréciées. Cet accompagnement sur la bonne adéquation clinique/labore représente un mode idéal de suivi du programme ».

Rédaction : D. Desplats, V. Lafay

Comité de lecture : D. Blanc, A. Libert, B. 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@africone.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