

Edito

Le clinicien est interrompu depuis plus d'un an. Les contraintes multiples et le manque de temps en sont l'explication mais nous allons essayer d'y remédier car cette petite revue qui circule par internet permet de faire le lien entre nous, médecins généralistes ayant une approche qui associe la clinique et la

santé communautaire - cette dernière désignant la santé publique au niveau local avec la participation des habitants.

Ceci d'autant que la médecine générale communautaire continue à se développer. Après le Mali et Madagascar, un programme a démarré au Bénin début 2009 dans la région de Parakou où plusieurs installations sont en cours. En Guinée, le Dr Swo nous confirme l'existence d'un comité pédagogique pour la médecine de famille qui travaille avec l'université sur un programme de formation spécifique.

Enfin, une information importante : l'évaluation de la médicalisation des zones rurales du Mali par l'OMS vient de sortir et sera présentée officiellement à Bamako au cours d'un Atelier les 15-18 septembre 2009. Henri Dubois, l'un des évaluateurs, a présenté en primeur les conclusions de cette évaluation au cours de l'Assemblée Générale de Santé Sud le 6 juin dernier. C'est avec plaisir que nous vous en donnons l'essentiel en dernière page.

Le Clinicien doit poursuivre sa route, et nous espérons que c'est aussi votre souhait à tous.

Dominique Desplats



Actualités médicales

Conduite pratique

Abcès du sein, une seule solution : le drainage

L'abcès du sein constitué fait le plus souvent suite à une mastite négligée (sein rouge, douloureux, ganglions axillaires satellites) : il s'agit le plus souvent d'une pathologie du post accouchement chez une femme qui allaite mais cela de manière non exclusive. La fièvre cédant mal à l'antibiothérapie et une douleur pulsatile du sein sont au premier plan du tableau clinique.

Sous couvert d'une antibiothérapie (type érythromycine orale : 250mg 3 fois par jour), l'évacuation de l'abcès s'impose :

- Le geste particulièrement douloureux exige une anesthésie si possible générale (kétamine) : faire une incision radiale partant pratiquement du bord de l'aréole en direction de l'extérieur du sein afin d'éviter de léser les canaux galactophores.

- Après avoir mis des gants stériles, rompre les poches de pus avec le doigt (ou une pince stérile) et tamponner la cavité avec une compresse stérile qui sera retirée 24 heures plus tard.

- Si la suppuration continue, se servir de la compresse comme une mèche permettant le drainage du pus restant.

- Ne jamais suturer la plaie chirurgicale.

La mère pourra poursuivre l'allaitement par le sein non concerné : on conseillera un bandage pour assurer le maintien des seins sur lesquels on appliquera des compresses froides pour résorber la tuméfaction et diminuer la douleur.

La prescription de paracétamol suffit le plus souvent à apaiser la douleur après l'incision drainage.

Paul Benos, gynéco-obstétricien

Mauvaise surprise à l'accouchement : la procidence du cordon

En dehors de la grossesse gémellaire ou de l'hydramnios (excès de liquide amniotique) connus comme facteurs de risque, la procidence du cordon est un événement obstétrical le plus souvent inopiné mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant à naître. Le cordon ombilical se trouve au dessous de la présentation, soit dans la filière génitale, soit au niveau de la vulve après la rupture des membranes.

Prise en charge spécifique :

1/ Le cordon est pulsatile, le fœtus est vivant !

- Si la patiente est en début de travail (présentation non engagée) , introduire une main dans le vagin et pousser la présentation en arrière afin de la déloger du bassin et de diminuer la compression du cordon. Placer l'autre main sur l'abdomen, sur la région sus pubienne afin de maintenir la présentation hors du bassin. Retirer la main vaginale pour maintenir des deux mains fermement la présentation jusqu'à réalisation d'une césarienne, seule solution pour sauver l'enfant. On pourra, jusqu'à réalisation du geste chirurgical, diminuer les contractions utérines par une injection IV, en deux minutes, de 0,5mg de salbutamol.

- Si la patiente est au deuxième stade du travail (présentation engagée ayant franchi le détroit supérieur) on accélérera l'accouchement en réalisant une large épisiotomie avec extraction du fœtus en s'aidant au besoin d'une ventouse

ou d'un forceps .En cas de présentation du siège , procéder à l'extraction du fœtus selon les manœuvres obstétricales classiques en hâtant l'expulsion par forceps sur la tête dernière.

2/ Le cordon n'est pas pulsatile, le fœtus est mort. Accoucher la patiente selon le mode le plus sûr.

Quelle prévention ?

- Toute rupture artificielle des membranes se fera sur une parturiente allongée, bassin surélevé, en s'assurant avec les doigts intra vaginaux que le cordon reste bien en arrière de la présentation

-L'accouchement d'une grossesse gémellaire ou d'une patiente présentant un hydramnios se fera chaque fois que possible près d'un centre médical équipé pour pratiquer une césarienne.

Paul Benos, gynéco-obstétricien

Une urgence à ne pas manquer... La grossesse extra-utérine

«Tout saignement en début de grossesse est une GEU jusqu'à preuve du contraire».

La GEU est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse.

Le diagnostic dans les centres équipés repose sur le trépied «clinique, échographie, dosage des beta-hcg », confirmé par la coelioscopie qui en permet le traitement. Néanmoins, l'interrogatoire à la recherche de facteurs de risque et la démarche clinique permettent dans la grande majorité des cas de faire le diagnostic précoce de GEU avant rupture.

Quels sont les principaux facteurs de risque ?

- les antécédents de MST : les GEU sont 6 fois plus fréquentes chez les patientes ayant un ATCD de salpingite.

- les antécédents d'endométrite : le risque de GEU chez les porteuses de stérilet au CU est multiplié par 3

- les antécédents de chirurgie tubaire ou pelvienne (appendicectomie par exemple)

- le tabagisme

- toutes les autres causes d'altération tubaire : endométriose, tuberculose, bilharziose

Mais, parfois, aucun facteur de risque n'est identifié.

Dans ce contexte , la coexistence de «troubles des règles», de métrorragies associées à des douleurs pelviennes même minimes chez une femme jeune présentant à fortiori des signes sympathiques de grossesse et un ou des facteurs de risque doit faire évoquer le diagnostic.

Qu'attendre de l'examen clinique ?

- l'examen au spéculum, sous un bon éclairage, retrouve

un col congestif de grossesse, confirme que le saignement vient bien de l'utérus et élimine une colpite ou un ectropion inflammatoire, un polype.

- Caractéristiques du saignement: le plus souvent de faible abondance, couleur marron (sang vieilli et oxydé); cet aspect permet le plus souvent d'éliminer une fausse couche spontanée (sang avec caillots) ou une grossesse molaire (saignement abondant avec vomissements marqués et gros utérus)

- le toucher vaginal, fait avec douceur, retrouve un utérus augmenté de volume (mais parfois moins que ne le voudrait l'âge de la grossesse si celui-ci est connu), souvent sensible à la mobilisation , et une douleur UNILATERALE (avec perception parfois d'une petite masse douloureuse ou sensible correspondant à l'hématosalpynx) : ceci permet de différencier la GEU d'une salpingite où la douleur est toujours bilatérale («les salpingites n'ont pas de singulier»)

- l'examen du cul de sac de Douglas est capital : le toucher rectal révèle en cas de saignement intra- péritonéal une douleur aiguë et sa ponction par voie vaginale avec une aiguille à PL ramène quelques gouttes de sang, signe pathognomonique.

C'est à ce stade précoce que le diagnostic de GEU doit être fait sous réserve d'évolution vers la GEU rompue dont le tableau clinique alarmant sera alors celui d'une hémorragie interne nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente.

Paul Benos, gynéco-obstétricien

INDICATIONS THERAPEUTHIQUES :

Traitements anti-épileptiques

Médicaments	Dose habituelle	Indications
Valproate	500 à 1500 mg/j (10 à 20 mg/kg/j)	Tout type de crise, en particulier absences et myoclonies
Carbamazépine	200 à 1200 mg/j (5 à 15 mg/kg/j)	Crises grand mal Crises focales
Phénytoïne	100 à 300 mg/j (2 à 5 mg/kg/j)	Crises grand mal Crises focales
Prénobarbital	50 à 200 mg/j	Tout type de crise sauf absences
Benzodiazépines (diazepam, clonazepam, clobazam)	Selon le produit	Tout types de crise pour traitement urgent ou de courte durée

Un grand nombre de médicaments anti-épileptiques (MAE) ont vu le jour ces dernières années. Ces molécules ne sont pas toujours accessibles, en particulier pour des raisons économiques. Cependant les trois quart des crises épileptiques peuvent être efficacement traitées au long cours, avec les quatre MAE classiques mentionnés dans le tableau ci-dessus, bon marché et en général disponibles.

Les benzodiazépines, d'effet immédiat, sont très utiles pour un traitement en urgence et généralement de courte durée.

Guy Farnarier, neurophysiologiste

COURRIER

Le Dr Yves Menguy (Association ANIMA) a réagi sur l'article concernant le traitement du paludisme grave (N° 19, mai 2008), surpris qu'il ne soit pas fait mention de la Quinine intra rectale diluée chez le petit enfant, alternative efficace, simple et bien tolérée à l'injection IM, douloureuse avec risque de paralysie sciatique liée à une mauvaise technique d'injection. Il suffit d'utiliser 2/3 de quinine pour 1/3 d'eau propre dans une seringue de 10 ml avec canule intra rectale*, en demandant à la maman de pincer les fesses une à deux minutes pour que le produit ne soit pas évacué.

Première dose de charge 30 mg, puis toutes les 12 heures 20 mg/kilo jusqu'à ce qu'un traitement oral devienne possible en relais.

Seule contre indication : existence d'une diarrhée profuse.

* une tubulure épicroténienne, dont le bout aiguillé est coupé, fait très bien l'affaire (Dr. Nirry, Madagascar).

La crise d'asthme chez l'enfant : que faire ?

La crise d'asthme associe une broncho constriction et une inflammation responsable d'œdème et d'hypersécrétion de la muqueuse bronchique. Les formes mineures sont sous estimées, voire ignorées.

C'est la survenue brutale d'une gêne respiratoire, à type de polypnée, plus souvent qu'une bradypnée, avec sibilants à l'auscultation, voire sifflements audible à distance...

Parfois elle prend la forme

- d'une toux spasmodique nocturne
- d'une toux à l'effort
- d'une bronchite sifflante.

Si possible utiliser un débitmètre de pointe (peak-flow), à comparer aux normes de l'âge (Godfrey)... Qui permet le diagnostic, confirmé par l'inhalation de Béta2 mimétiques qui améliore rapidement la valeur du DEP...

Il faut évaluer la gravité :

- Intensité des signes au repos, agitation.
- Trouble de l'élocution, blocage en inspiration.
- Intensité du tirage, fatigue, épuisement.

- Pâleur ou cyanose.
- Fréquence respiratoire supérieure à 40/min.
- Fréquence cardiaque supérieure à 130/min.
- Réponse médiocre aux B2 mimétiques ou DEP effondrée.

Le traitement doit être rapide et énergique avec hospitalisation si nécessaire :

1. Béta2 mimétiques (ventoline, bricanyl...) répétés en spray ou à l'aide d'une chambre d'inhalation (test d'efficacité au bout de 15 minutes, sinon Bricanyl sous cutané à raison de 0,2 ml par 10 kg).

La poursuite du traitement sera de 5 à 8 jours après la crise avec 2 bouffées de Béta2 mimétiques matin et soir (maxi 3 fois par jour).

2. Si pas d'amélioration ou rechute moins de 4 heures après le début, Corticoïdes per os :

Prednisone : 1 à 2 mg/kg ou Célestène : 10 à 20 gouttes par kg. en prise unique puis relais avec spray.

La Kinésithérapie, surtout avant 2 ans, (drainage bronchique) peut être très utile.

3. Ensuite, prise en charge de la maladie asthmatique :

- Recherche d'une allergie, éviction ou désensibilisation.
- Education de l'enfant et des parents.
- Si asthme sévère, associer successivement Béta2 mimétiques et corticoïdes : une bouffée de ventoline ou bricanyl suivie d'une bouffée de bécotide ou pulmicorte le matin et le soir dans les périodes subaiguës.

Jean-Claude Madelin, pédiatre

Axiome du MGC

A chaque consultation, le médecin fait un interrogatoire et un examen clinique avant de prendre une décision.



Formation en médecine communautaire

Des formations spécifiques en médecine communautaire ont eu lieu ces derniers mois :



Atelier formation, mai 2009, Parakou - Bénin

- A Madagascar, du 14 au 24 avril 2009, en collaboration avec l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) d'Antananarivo. Il y a eu 28 participants qui sont ensuite allés sur le terrain pour un stage rural pratique de 15 jours chez un(e) médecin déjà installé(e).

- Au Mali, du 6 au 29 avril 2009, en collaboration avec le Département de Santé Publique de la faculté de Médecine. Il y a eu 22 participants dont une dizaine de médecins déjà installés qui n'avaient pas reçu cette formation.

- Au Bénin, un Atelier d'information/formation a eu lieu les 14, 15 et 16 mai à Parakou en collaboration

avec la Faculté de Médecine. Une vingtaine d'étudiants de 7ème année ont participé à cet atelier, ainsi que deux jeunes médecins candidats à l'installation (parmi les 11 diplômés de la 1ère promotion de cette jeune faculté), soit 22 participants.

Il faut souligner l'importance de ces formations où collaborent des universitaires et des praticiens de terrain. Les contenus, qui ne sont pas ou peu abordés au cours des études de médecine, se précisent et devraient peu à peu, ainsi que l'a souhaité explicitement le Ministre de la Santé du Bénin, déboucher sur une véritable spécialité en médecine générale communautaire.

Evaluation OMS de la médicalisation des zones rurales au Mali - Résumé des conclusions -

1. La médicalisation des zones rurales est une réponse pertinente aux besoins de santé des populations isolées mais l'augmentation de la fréquentation des structures de première ligne reste difficile à documenter. Cependant, l'augmentation des recettes du centre de santé communautaire (...), l'embauche de personnels additionnels, ou encore l'amélioration des conditions d'emploi, est un indicateur (indirect) de la fréquentation.

2. Les stratégies mises en œuvre ces dernières années réussissent à attirer les médecins dans les zones rurales... Dans les CSCOMs les médecins restent en moyenne 4 ans (mais davantage en

ce qui concerne les médecins privés).

3. La précarité de l'emploi (dans les CSCOMs) et l'austérité des conditions de travail sont un frein à une carrière rurale à long terme, mais l'importance d'une communauté de professionnels - via l'AMC - qui défend les mêmes valeurs est soulignée.

4. La stratégie la plus satisfaisante pour les médecins comporte l'appui à la recherche d'emploi et à la négociation contractuelle, la mise à disposition d'un kit d'installation, de moyens de transport et de logement, le versement d'un salaire régulier comparable à celui de la fonction

publique, l'opportunité de suivre une formation continue et le versement d'une prime aux résultats de 25% régulièrement payée sur les prestations du centre hors médicaments.

5. Le programme est viable si des mesures sont prises pour :

- sécuriser la rémunération
- consolider le statut
- préparer et former les étudiants
- conforter l'association des médecins de campagne (AMC)
- renforcer la gestion des CSCOMs
- accroître l'accessibilité financière des populations.

Rédaction : P. Benos, D. Desplats, G. Farnarier, J.C. Madelin

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

**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
Ambatombitsangana
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