

AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

PATHOLOGIE COURANTE

S'il n'existe pas de pathologie spécifique des réfugiés et migrants/étrangers en situation précaire, certaines affections sont plus fréquentes dans certains groupes de patients, en raison du contexte de vulnérabilité et/ou de l'épidémiologie du pays d'origine. Psycho-traumatisme, maladies infectieuses et maladies chroniques représentent la plupart des affections graves. Les premiers motifs de consultation en médecine générale sont toutefois les céphalées, les problèmes dermatologiques, digestifs, ORL, ophtalmologiques et orthopédiques. Les anomalies bénignes de la numération formule sanguine (hématologie) sont fréquentes, et l'épilepsie entraîne des difficultés particulières de prise en charge en situation de précarité.

VOIR AUSSI *Bilan de santé* page 237 et *Trauma et torture* page 265

CÉPHALÉES ET MIGRAINE

Les céphalées (maux de tête) constituent une plainte fréquente et récurrente. Dans l'immense majorité des cas, on ne retrouve pas de cause organique. Si un examen clinique rigoureux (interrogatoire et examen physique) est destiné à ne pas négliger une urgence, notamment vasculaire, il permet également d'éviter de prescrire des examens inutiles au diagnostic et des thérapeutiques inefficaces. Des causes organiques, comme l'hypertension artérielle (voir page 362), les troubles de la vision, l'insuffisance rénale, certaines otites ou sinusites peuvent occasionner des céphalées qui sont faciles à diagnostiquer.

Les céphalées de tension sont liées aux traumatismes psychiques, à l'angoisse, et aux difficultés multiples dans un contexte d'exil, d'exclusion et de précarité. L'écoute, le soutien psychologique ou la psychothérapie, l'aide dans les démarches, soulagent mieux que les médicaments, très souvent réclamés, et qui sont peu ou pas efficaces voire dangereux quand les doses absorbées sont importantes.

Les douleurs post-traumatiques sont fréquentes chez les patients ayant des antécédents de violence ou de torture, et se trouvent réactivées et/ou aggravées par le parcours d'exil et par la précarité socio-administrative lors de l'installation en France. En dehors du bilan de santé (voir page 237), les autres examens sont le plus souvent inutiles. Les coups répétés, en particulier sur la plante des pieds, provoquent des douleurs chroniques peu soulagées par les antalgiques. Le traitement repose sur un soutien médico-psychologique associé ou non à de faibles doses d'amitriptyline en gouttes (LAROXYL).

La migraine est une céphalée unilatérale, intense ou modérée, pulsatile, précédée de signes (aura), accompagnée de signes visuels et aggravée par la lumière, le bruit et les mouvements. Il existe des formes atypiques, mais il existe le plus souvent plusieurs signes évocateurs. La migraine évolue par crises. Il n'y a pas de douleurs entre les crises, et l'examen clinique est normal. Il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires. Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est pris tôt dans le déroulement de la crise. Les traitements non spécifiques sont anti-inflammatoires (ibuprofène, diclofénac), ou l'aspirine en monothérapie ou associée au métopropramide. Il vaut mieux éviter les opioïdes. Les traitements spécifiques sont les triptans, le tartrate d'ergotamine, la dihydroergotamine par voie nasale.

Devant une céphalée aiguë sévère d'installation rapide, intense et prolongée pendant plus d'une heure, il est recommandé d'adresser le malade aux urgences pour un scanner cérébral sans injection ou une IRM cérébrale. Les céphalées de tension sont plus diffuses, moins intenses, sans signes d'accompagnement. Les exilés, malgré des antécédents traumatiques fréquents, présentent rarement des céphalées révélatrices d'une pathologie intracérébrale. Dans cette population la migraine n'est pas fréquente mais elle est probablement sous-diagnostiquée comme dans la population générale.

DERMATOLOGIE (PEAU)

Si les dermatoses « tropicales » sont exceptionnelles, la peau noire est toutefois susceptible de difficultés diagnostiques pour les médecins généralistes, qui peuvent justifier souvent le recours au dermatologue. Parmi les aspects non pathologiques, des zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation apparaissent fréquemment après un processus inflammatoire, en raison notamment d'une plus grande activité des mélanocytes. Une pigmentation inhomogène peut survenir par manque de soleil et

débronzage en France avec cou noir, front noir, menton noir et centre du visage plus clair. Des plaques d'hypopigmentation ou d'hyperpigmentation peuvent être observées sur diverses parties du corps, de même que les papules hyperkératosiques des paumes des mains, ou encore des papules perlées sur la couronne du gland ou du sillon balano-prépuçial.

Manifestations pathologiques sur peau noire. L'appareil pilo-sébacé est le siège prédominant de réactions folliculaires dans un grand nombre de dermatoses, comme l'acné chéloïdienne de la nuque, ou la pseudo-folliculite de la barbe (arrêt du rasage et coupe aux ciseaux). Tous les traitements topiques kératolytiques sont pigmentogènes. Il est nécessaire de conseiller au patient d'interrompre les applications en cas d'irritation, laquelle survient parfois lors d'une utilisation intensive d'antiseptiques ou de produits détergents. L'usage d'huile et de produits cosmétiques gras sur les cheveux et le visage favorise la survenue d'acné. Celui de la tondeuse pour la coupe des cheveux ou de la barbe entraîne parfois une folliculite suivie d'une alopecie ou de cicatrices hyperchromatiques et parfois chéloïdes. L'alopecie de traction est provoquée par des tresses serrées, apparaissant progressivement dans la région pariétotemporale. L'application de produits défrisants à base de thioglycolate fragilise les cheveux et conduit à des alopecies partielles. Les tresses rajoutées ou les tissages (postiches cousus) constituent une alternative au défrisage. Les cicatrices chéloïdes sont de causes diverses (traumatisme, brûlure, chirurgie, vaccin, dermatoses), fréquentes sur les oreilles, le cou, la région maxillaire, présternale ou dorso-lombaire. En raison du risque de dépigmentation, les dermocorticoïdes doivent être limités aux cas de cicatrice douloureuse. Devant un préjudice esthétique important, la réduction chirurgicale complétée par la radiothérapie est efficace dans la moitié des cas.

Très fréquent, le prurit *sine materia* (démangeaisons sans signes cutanés) associé à une xérose (peau sèche) est souvent provoqué par les modifications environnementales (froid et abaissement du degré hygrométrique), par l'eau calcaire (apparition du prurit après la douche), ou par l'utilisation de produits irritants (détergents), et soulagé par des traitements hydratants (DEXERYL crème 250 g, 4 €).

Acné. Sur peau noire, éviter les lavages multiples et décapants, les savons acides ou alcalins, les antiseptiques détergents, les huiles et cosmétiques gras. Traitement local des formes mineures (ERYACNE 4 %, 2 €). Pour les acnés plus sévères, éviter les kératolytiques à base de trétinoïne et préférer les antibiotiques par

cyclines (doxycycline 100 mg, 1 cp au repas du soir x 3 mois, 10 €/mois) à l'exception de la minocycline (MYNOCINE) qui peut provoquer des toxidermies gravissimes, et en évitant toute exposition directe au soleil (photosensibilisation). En cas d'acné chéloïdienne de la nuque, proscrire la tondeuse. En cas d'acné cortisonée (par utilisation intensive à visée esthétique), supprimer progressivement les corticoïdes et utiliser un antibiotique à large spectre (amoxicilline-acide clavulanique).

Gale. Parasitose favorisée par des conditions de précarité et de promiscuité. Diagnostic à évoquer devant un prurit généralisé à exacerbation vespérale ou nocturne, avec notion de contagage de l'entourage. Les lésions sont plus souvent non spécifiques (lésions de grattage et excoriations, lésions papulo-urticariennes) que spécifiques (sillons, vésicules perlées, chancre scabieux de l'homme avec papules du gland). Elles sont situées dans la région interdigitale, la face antérieure des poignets, les aisselles, épaules, mamelons, épines iliaques, région lombo-fessière. Traitement oral par ivermectine, 200 mg/kg en 1 prise (STROMECTOL, cp 3 mg x 4, 20 €), ou application d'ASCABIOL (NR, s'adresser si besoin à la Pass de l'hôpital public, voir page 174) et désinfection des vêtements et des draps (sac plastique fermé 5 jours ou 48 h avec un produit « insectes rampants »). Le prurit peut persister 10 à 15 jours (ATARAX efficace, 1 cp 25 mg).

Pityriasis versicolor. Fréquent en climat tropical avec profusion des lésions et confluence en larges plaques. Prédominantes sur le tronc, les lésions peuvent atteindre le cou et le visage sur peau noire. Traitement par imidazolés, dont kétoconazole/KETODERM unidose : appliquer le contenu d'un tube (gel 2 % 20 g, 6 €) sur tout le corps et le cuir chevelu, faire mousser le gel en insistant sur les zones atteintes, rincer après 5 minutes. Deuxième cure à 3 semaines et avant chaque exposition au soleil.

Intertrigo mycosique. Fréquent sur les plis inguinaux, avec érythème à bords nets (dermatophytose) ou émiétés (candidose), de contamination interhumaine (serviettes). ECONAZOLE émulsion 1 % 2/j jusqu'à disparition des lésions en 2 à 3 semaines (Gé, 6 €).

ÉPILEPSIE

L'épilepsie est une maladie potentiellement grave sur le plan médical, et toujours handicapante sur le plan social. Malgré les progrès thérapeutiques, cette maladie reste souvent mal vécue

car mal comprise et mal perçue par l'entourage. Qu'elle soit relatée par le patient ou par un accompagnant, une crise convulsive généralisée ou localisée justifie un interrogatoire précis et un examen clinique complet à la recherche de la cause (étiologie). Sur un plan clinique :

- la crise généralisée est de début brutal (sans signe annonciateur), suivi d'une perte de connaissance avec chute, puis le plus souvent d'une crise tonique (raideur), d'une crise clonique (convulsions, morsure de la langue, salive écumante, respiration rapide, émission involontaire d'urine), suivie d'un état de confusion transitoire et d'une amnésie totale de l'événement ;
- la crise partielle peut être motrice (mouvements involontaires brusques), sensitive (fourmillements, engourdissement, gêne douloureuse), sensorielle visuelle, auditive, olfactive.

L'épilepsie est dite essentielle quand aucune cause organique n'est trouvée – cas le plus fréquent – et débute le plus souvent dans l'enfance ou l'adolescence. Elle peut être la conséquence d'un traumatisme crânien, immédiate (embarrure, contusion, œdème cérébral), secondaire (hématome extra ou sous-dural avec signes d'hypertension intracrânienne), ou tardive (des mois voire des années). Elle peut révéler une tumeur intra-crânienne ou apparaître au décours d'un accident vasculaire cérébral. Une intoxication alcoolique aiguë peut également provoquer une crise épileptique isolée. Dans tous les cas, il est nécessaire de pratiquer des examens complémentaires au bénéfice d'une protection maladie obtenue si besoin en procédure rapide (voir pages 212 et 224) : EEG et /ou scanner, IRM.

Le traitement proposé en cas de crise récente et quand le diagnostic n'est pas confirmé est le phénobarbital (GARDENAL, 3mg/kg/j) ou le clonazepam (RIVOTRIL, 2 mg/j). Le traitement de fond est prescrit par le neurologue après confirmation de l'épilepsie. Avec un traitement bien équilibré, le malade ne fait plus de crises. Les antiépileptiques conventionnels les plus utilisés sont : le valproate de sodium (30mg/kg/j, contre-indiqué en cas d'hépatite aiguë et chronique) ; la carbamazépine (10mg/kg/j, qui présente des risques sanguins et des risques d'inactiver une pilule contraceptive ; le clonazépam et le diazépam (20mg/j). Les antiépileptiques de 2^e génération à utiliser en monothérapie en 1^{re} intention sont la gabapentine (NEURONTIN, 900 à 2400 mg/j), et la lamotrigine (LAMICTAL, 200 à 500mg/j).

Rapport médical pour le droit au séjour des étrangers malades (voir page 382). Les étrangers « sans-papiers » bénéficiant d'un traitement de fond pour épilepsie et ressortissants de pays

dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplissent les critères de « régularisation », et obtiennent le plus souvent une réponse positive de la préfecture.

GASTRO-ENTÉROLOGIE (ESTOMAC ET INTESTINS)

Les plaintes des exilés sont nombreuses quand il s'agit de l'appareil digestif, surtout lors des premiers temps de l'exil : de la sensation de chaleur à celle de brûlure « comme du piment » (gastrite, reflux gastro-œsophagien, ulcère, parasitose), du ventre trop sec (constipation) au ventre qui parle trop (borborygmes). Un interrogatoire soigneux, avec l'aide d'un interprète si besoin, un examen clinique rigoureux et un bilan de santé adapté (voir page 237) permettent d'orienter le diagnostic.

Les troubles fonctionnels intestinaux sont très fréquents et sources d'inquiétude malgré la bénignité de la plupart d'entre eux. Les règles hygiéno-diététiques (boire 1,5 à 2 litres d'eau par jour ; exercice ; nourriture variée et équilibrée) sont efficaces mais parfois difficiles à mettre en pratique pour des personnes sans ou avec peu de ressources et sans hébergement stable. Le traitement médicamenteux associe un traitement antispasmodique (TRIMEBUTINE 3 cp /j) et en cas de constipation un laxatif osmotique (LACTULOSE 1 à 2 sachets/j) ou un mucilage (SPAGULAX 1 à 3 càc/jour).

Les douleurs épigastriques (estomac) qui ne sont pas d'origine parasitaire (anguillulose surtout) et qui ne cèdent pas au traitement antiacide (hydroxide d'aluminium) et aux règles hygiéno-diététiques (supprimer les anti-inflammatoires, l'alcool et le tabac) justifient un examen endoscopique à la recherche d'une gastrite ou d'une pathologie ulcéreuse gastrique ou duodénale. Le traitement de l'ulcère gastrique associe un inhibiteur de la pompe à neutrons (oméprazole 20 mg, 2 cp le soir x 1 sem., puis 1 cp x 3 sem.) et un traitement de l'infection associée à *Helicobacter pylori* si elle a été diagnostiquée par histologie de la biopsie antrale (amoxicilline 2g/j x 7 jours et clarythromycine 1 g/j x 7 jours). Le traitement de l'ulcère duodénal est identique.

Le reflux gastro-œsophagien provoque des douleurs épigastriques, rétrosternales irradiant dans la gorge, plus fréquentes durant la nuit. Il est favorisé par l'alcool, le tabac, le café, le thé, les boissons gazeuses et le chocolat. L'utilisation des gels anti-reflux (GAVISCON) est souvent suffisante, l'oméprazole (20 mg, 1 cp/j) pouvant être utilisé en cas d'augmentation de la fréquence des douleurs.

Les rectorragies sont le plus souvent dues à des hémorroïdes ou à une parasitose. La crise hémorroïdaire peut être très douloureuse, traitée par pommade ou suppositoires (PROCTOLOG, 2 à 3 applications /j). Les parasitoses pouvant entraîner une rectorragie sont l'amibiase à *Entamoeba histolytica* (dysenterie) ou la bilharziose intestinale à *Schistosoma mansoni* (voir *Parasitoses* page 375). En cas d'hémorragie digestive, de tumeur, de maladie de Crohn, le patient doit être adressé rapidement en service spécialisé.

HÉMATOLOGIE (SANG)

NEUTROPÉNIE

Les inversions de formule leucocytaire sont fréquentes chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et correspondent à des neutropénies modérées. Elles ne nécessitent ni traitement ni exploration au-dessus d'un nombre absolu de 500 polynucléaires neutrophiles/mm³.

Les anomalies de la numération formule sanguine (NFS) sont fréquentes, souvent bénignes et accessibles à des traitements simples (voir *Bilan de santé* page 237). L'anémie correspond à un taux d'hémoglobine < 13 g/100 ml chez l'homme, < 12 g/100 ml chez la femme, et l'hyperéosinophilie à un taux de polynucléaires éosinophiles > 500/mm³. La drépanocytose, maladie grave dans sa forme homozygote (SS), est traitée page 348.

Les anémies chroniques sont habituellement bien tolérées, asymptomatiques, et découvertes sur la NFS. Elles sont fréquentes chez les femmes africaines et particulièrement accentuées chez les jeunes filles après les premières règles et chez les multipares. Toute femme africaine est potentiellement carencée en fer (anémie ou carence latente). Les causes en sont l'insuffisance d'apport en protéines animales du régime, la fréquence des règles abondantes (ménorragies), les grossesses rapprochées, ainsi que la consommation d'argile pour les femmes d'Afrique centrale (« *mabele* » en lingala, consommation parfois poursuivie en France). Il est indiqué de proposer systématiquement à toute femme africaine enceinte un traitement par fer (TARDYFERON, 1 cp x 2/jour, 3 €), sans attendre le résultat de la NFS et quel que soit le stade de grossesse. La prise de *mabele* doit naturellement être interrompue.

En cas d'anémie sévère (Hb < 10 g/100 ml, retentissement clinique avec fatigue, pâleur, tachycardie), des examens complémentaires seront pratiqués : numération des réticulocytes, ferritinémie, électrophorèse de l'hémoglobine, CRP, et examen parasitologique des selles à la recherche d'une ankylostomiase (vers hématophages, voir *Parasitoses* page 375).

- Le bilan d'une anémie microcytaire ferriprive non corrigée par la prise de fer doit faire rechercher une hémorragie chronique (examen gynécologique, fibroscopie gastrique).

- Le bilan d'une anémie macrocytaire comprend le dosage de l'acide folique et de la vitamine B12.
- Une anémie inflammatoire (ferritine ↑ et CRP ↓) doit faire rechercher une tuberculose ou infection par le VIH, particulièrement chez les patients d'Afrique sub-saharienne.
- La recherche du paludisme doit être effectuée en cas d'anémie et syndrome fébrile chez un patient arrivant d'Afrique tropicale (goutte épaisse + frottis mince).
- En cas d'anémie du jeune enfant, il faut rechercher un risque d'exposition au plomb dans un habitat insalubre (voir *Saturisme* page 258).

Les hyperéosinophilies sont fréquentes, principalement dues à des helminthiases, particulièrement ankylostomiasés, anguilluloses et bilharzioses (voir *Parasitoses* page 375), et se normalisent en plusieurs mois après traitement. Devant une hyperéosinophilie isolée (EPS et EPU négatifs), on peut :

- rechercher un parasite par EPS (et EPU pour les patients d'Afrique subsaharienne) 3 jours de suite ;
- ou proposer un traitement d'emblée par albendazole 400 mg, 1 cp /j x 3j pour tous, et pour les patients d'Afrique de l'Ouest, praziquantel 40 mg/kg en une prise après un repas.

ORL (OREILLES, NEZ, GORGE) ET OPHTALMOLOGIE (ŒIL)

Les exilés victimes de violences ou de torture souffrent fréquemment de troubles de l'acuité auditive, de ruptures ou de perforations tympaniques provoquées par des traumatismes sonores et par des coups directs sur les oreilles ou le crâne. Les troubles de l'audition et les surdités sont d'autant plus difficiles à prendre en charge que les patients ne parlent pas le français. Dès l'obtention d'une protection maladie efficiente (voir *Admission immédiate à la complémentaire CMU* page 212, et *Instruction prioritaire à l'AME* page 224), la réparation d'une perforation tympanique par tympanoplastie dans un service de chirurgie ORL est possible et restaure l'acuité auditive. Les prothèses auditives sont prises en charge, après entente préalable, par la complémentaire CMU, mais pas par l'AME.

Les violences et la torture ont parfois pour conséquences des pathologies traumatiques de l'œil. Les plaies de l'œil et des paupières, le décollement traumatique de la rétine, le glaucome post-traumatique, plus ou moins anciens, occasionnent des troubles de l'acuité visuelle chez des patients jeunes et qui n'ont pas eu de prise en charge dans leur pays d'origine. Une consultation

est justifiée, parfois dans les plus brefs délais, pour prévenir une cécité définitive. En cas d'énucléation thérapeutique post-traumatique, l'obtention d'une prothèse oculaire, prise en charge par la complémentaire CMU, est d'une grande utilité sur le plan esthétique et psychologique. L'exposition répétée à une lumière violente ou l'incarcération prolongée dans l'obscurité totale provoquent des troubles divers (larmoiement, picotements, sensation d'éblouissement) qui sont toujours réversibles avec le temps.

Le ptérygion, membrane qui pousse du coin externe ou interne de l'œil, n'est pas une maladie. On le retrouve plus fréquemment chez les migrants originaires de l'Afrique sub-saharienne et de l'Asie. Il est justifié d'opérer, en milieu spécialisé, quant le ptérygion déborde sur la cornée ou gêne beaucoup en prévenant le patient que les récives sont possibles.

Les verres correcteurs des troubles de l'acuité visuelle sont pris en charge par la complémentaire CMU (voir page 210).

ORTHOPÉDIE (OS, ARTICULATIONS, MUSCLES)

Les douleurs constituent le principal motif de consultation. Elles peuvent être rapportées selon les dires du patient à des persécutions subies, plus rarement à des accidents. Elles s'intègrent souvent à une névrose traumatique (voir page 269), qui peut associer un syndrome de répétition (cauchemars, crises émotives), une angoisse importante, des troubles de la mémoire ou du sommeil. Les bilans radiologiques lésionnels pratiqués en première intention sont alors le plus souvent inutiles. L'accueil et l'écoute du patient, la pratique d'un bilan de santé, la délivrance d'un traitement antalgique simple et celle éventuelle d'un certificat médical constituent des réponses suffisantes dans la plupart des cas. Le recours au kinésithérapeute ou à l'ostéopathe peut être utile en cas de douleurs importantes.

Le recours au chirurgien orthopédique est indiqué lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable (voir Trauma et torture page 265). L'obtention préalable d'une protection maladie est indispensable, si besoin en admission immédiate/CMU-C (voir page 212) ou instruction prioritaire AME (voir page 224). L'examen retrouve des séquelles physiques post-traumatiques, cals vicieux de fractures, raideurs articulaires, arthroses (qui peuvent être primitives), cicatrices chéloïdes, luxations invétérées, amputations, paralysies. Certains patients ont déjà bénéficié d'une opération chirurgicale dans le pays d'origine. On retrouve parfois des séquelles de poliomyélite (paralysies).

Un geste chirurgical doit être envisagé avec beaucoup de précautions, en raison des interactions médico-juridiques et des difficultés fréquentes de communication. Il est utile de revoir le patient plusieurs fois et de faire appel si besoin à un interprète professionnel afin de préciser la nature réelle du bénéfice attendu par le patient (soins et/ou certificat). Lorsqu'une intervention est décidée, il faut s'assurer de la bonne compréhension du traitement, de ses implications, ainsi que de l'adhésion du patient. Le plus souvent, l'intervention unique doit être préférée lorsqu'elle est possible, compte tenu de la précarité de la situation socio-administrative, ainsi que du risque de complications et d'absence de prise en charge en cas de retour au pays. Les arguments médicaux doivent primer sur toute autre considération pour la décision opératoire.

Certification médicale et demande d'asile (voir page 378). En cas de sollicitation par un patient demandeur d'asile, le chirurgien doit appliquer les mêmes principes d'évaluation et de rédaction éventuelle du certificat que le médecin traitant. Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) est plus sensible que le scanner pour retrouver des lésions à type d'œdème témoignant de contusions plus ou moins anciennes. La scintigraphie peut montrer des hyperfixations osseuses, même en l'absence de fracture. Aucun examen n'est toutefois spécifique de la nature des traumatismes évoqués.

Rapport médical pour le droit au séjour des étrangers malades (voir page 382). Un étranger « sans-papiers » ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale nécessitant une surveillance médico-chirurgicale de long terme (pose de prothèse totale de hanche) remplit les critères médicaux de régularisation s'il ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire. Le rapport médical doit argumenter sur la nécessité de la prise en charge médicale, la nature et la fréquence du risque de complications, ainsi que le risque d'exclusion des soins au pays d'origine. Les réponses préfectorales sont le plus souvent favorables dans cette situation, de même que les recours contentieux en cas de rejet initial de la demande.