# 21.1. PATHOLOGIE COURANTE

*Publié le22 février 2022*

**Catégories :** Autres affections fréquentes, Soins et prévention

**Autres affections fréquentes**

*Article mis à jour le 22 février 2022*

S'il n'existe pas de pathologie spécifique des migrants ou de la précarité, certaines affections sont plus fréquentes parmi certains groupes de patient.e.s, en raison du contexte de vulnérabilité et/ou de l'épidémiologie du pays d'origine. Les premiers motifs de consultation en médecine générale sont cependant les céphalées, les douleurs ostéo-articulaires et musculo-squelettiques, et les symptômes dermatologiques, gynécologiques, digestifs, ORL ou ophtalmologiques. Les anomalies bénignes de la numération formule sanguine (hématologie) sont fréquentes. L'épilepsie sera évoquée dans cet article du fait des difficultés particulières qu'elle occasionne en situation de précarité.

## Symptômes neurologiques : céphalées et épilepsie

**Les céphalées (« maux de tête ») constituent une plainte fréquente.** Un entretien et un examen clinique rigoureux sont nécessaires pour éliminer une urgence médicale ou une céphalée secondaire (à une maladie), et permettent la bonne prise en charge diagnostique et thérapeutique. Dans l'immense majorité des cas, on ne retrouve pas de cause organique (il s'agit le plus souvent de céphalées de tension ou migraines liées aux conditions de vie). Les céphalées sont rarement révélatrices de lésions intracérébrales traumatiques anciennes. L'hypertension artérielle, les troubles de la vision, une otite, une sinusite ou une affection dentaire doivent être recherchés. Toute céphalée inhabituelle, sévère et d'installation rapide, se prolongeant plus d'une heure, ou accompagnée de signe neurologique est une indication à un examen d'imagerie cérébrale en urgence.

**Les céphalées de tension sont favorisées par les traumatismes psychiques, l'angoisse et les difficultés multiples dans un contexte d'exil, d'exclusion et de précarité.** Elles sont diffuses, d'intensité souvent modérée et sans signe d'accompagnement. L'écoute, le soutien ou la psychothérapie soulagent mieux que les médicaments, très souvent réclamés, mais peu ou pas efficaces, voire dangereux quand les doses absorbées sont importantes.

**L'épilepsie est une maladie potentiellement grave sur le plan médical, et toujours handicapante sur le plan social**. L'impossibilité de prévoir la survenue d'une crise est souvent responsable d'une souffrance psychique et rend difficile l'exercice de nombreux métiers. Le handicap causé par les formes graves de la maladie peut faire envisager une reconnaissance par la Maison départementale pour personnes handicapées (MDPH). Il s'agit pour les formes graves d'épilepsie d'un motif de prise en charge à 100% par l'Assurance maladie dans le cadre de la liste ALD 30 (ALD n°9).

Parfois mal comprise et mal perçue par l'entourage, elle peut être source d'exclusion, notamment pour les personnes vivant en foyer collectif ou hébergées par des connaissances. Le traitement dépend à la fois de la forme de la maladie et de sa cause. Sauf cas particuliers, il s'agit chez les adultes d'un traitement et d'un suivi à vie. Dans la très grande majorité des cas, l'épilepsie est contrôlée par la prise du traitement médicamenteux et l'enjeu est l'adhésion au traitement et la limitation des effets secondaires de celui-ci. Ainsi, la prise en charge doit comprendre systématiquement des temps d'éducation thérapeutique incluant si possible l'entourage. Les personnes étrangères souffrant d'une épilepsie grave et dont le pays d'origine est doté d'un système de santé précaire remplissent les critères médicaux de régularisation.

**Les crises non épileptiques d'origine psychogène (CNEP)** sont une maladie sous-diagnostiquée, ou souvent diagnostiquée à tort comme une épilepsie et conduisant à une prescription de médicaments antiépileptiques. Classées dans les troubles dissociatifs, les CNEP sont souvent associées à un syndrome dépressif ou état de stress post-traumatiques et nécessitent alors un traitement notamment psychiatrique (médicaments, psychothérapie).

# Symptômes ostéo-articulaires ou musculo-squelettiques

**Les douleurs post-traumatiques sont fréquentes chez les patient.e.s ayant des antécédents de violence ou de torture.** Elles se trouvent réactivées et/ou aggravées par le parcours d'exil et la précarité, et s'intègrent souvent à un syndrome psychotraumatique. Il s'agit de douleurs ostéo-articulaires, musculaires ou en regard de cicatrices, mal systématisées. L'examen peut retrouver des séquelles - cals vicieux de fracture, raideurs articulaires, arthrose, luxations invétérées... Les bilans radiologiques pratiqués en première intention sont souvent inutiles, sauf s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique. L'accueil et l'écoute du patient, la pratique d'un bilan de santé, la délivrance d'un traitement antalgique simple, la prise en compte du psychotraumatisme éventuel et le cas échéant la reconnaissance des violences subies par l'établissement d'un certificat médical sont des réponses le plus souvent suffisantes. Le recours à l'ostéopathe ou au kinésithérapeute peut être utile en cas de douleurs importantes.

**Le recours à la chirurgie dans ce contexte post-traumatique n'est indiqué que lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable**. Il est utile de faire appel si besoin à un.e interprète professionnel.le afin de s'assurer de la bonne compréhension du traitement ainsi que de préciser la nature réelle du bénéfice attendu par la personne et les enjeux que le traitement représente pour elle (amélioration clinique, demande de « réparation » et/ou certificat). En cas de demande de certificat par un patient demandeur d'asile, le chirurgien doit appliquer les mêmes principes d'évaluation et de rédaction que le médecin traitant.

# Symptômes cutanés (dermatologie)

**La peau noire** peut rendre moins aisés les diagnostics pour les médecins généralistes, justifiant souvent le recours au dermatologue. Parmi les phénomènes non pathologiques, une pigmentation inhomogène peut survenir par diminution d'exposition au soleil en France (cou, front, menton foncés et centre du visage plus clair). De même, des zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation apparaissent fréquemment après un processus inflammatoire, en lien avec plus grande activité des mélanocytes.

**Très fréquent, le prurit *sine materia*** (démangeaison sans lésions cutanées spécifiques) associé à une xérose (peau sèche) est généralement provoqué par les modifications environnementales (froid et air moins humide), par l'eau calcaire (apparition du prurit après la douche), ou par l'utilisation de produits irritants (détergents). Le diagnostic doit en être posé après élimination des autres causes de prurit (dermatose infectieuse, hyperéosinophilie dans un contexte de parasitose, affection hépatique, rénale...).

Le prurit *sine materia* est soulagé par des traitements hydratants simples (paraffine/glycérol/vaseline : dexeryl® crème, remboursée par l'assurance maladie mais pas par l'AME).

**Parmi les infections fongiques (mycoses) fréquentes et bénignes, le pytiriasis versicolor** se manifeste par des taches pigmentées inversement à la pigmentation naturelle de la peau. Un climat chaud et humide encourage leur profusion. Prédominantes sur le tronc, les lésions peuvent atteindre le cou et le visage sur peau noire. L'aspect clinique est assez caractéristique pour poser le diagnostic. Le traitement repose sur des antifongiques en application cutanée unique. Il est utile d'informer les personnes de la lente disparition des lésions, souvent de plusieurs mois, et des récidives possibles.

**Acné et folliculites sont fréquentes,** souvent favorisées respectivement par l'usage d'huile et de produits cosmétiques gras sur les cheveux et le visage, d'une part, et le rasage au rasoir ou à la tondeuse, d'autre part. Il faut déconseiller les lavages multiples et décapants, les savons acides ou alcalins, les antiseptiques détergents. L'acné chéloïdienne de la nuque ou la pseudo folliculite de la barbe nécessitent de conseiller un arrêt du rasage et une coupe aux ciseaux.

**Les cicatrices chéloïdes** sont plus fréquentes sur les peaux très pigmentées. De causes diverses (traumatisme, brûlure, chirurgie, vaccin, dermatose), elles consistent en une production excessive de collagène lors de la cicatrisation, créant une lésion ferme et surélevée, parfois prurigineuse et souvent gênante, notamment sur le plan esthétique. En fonction de la gêne, de nombreux traitements sont envisageables. 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.

**Les cosmétiques éclaircissants** sont utilisés par de nombreuses personnes, femmes et hommes, voulant obtenir une peau plus claire. Le plus souvent, ils contiennent des substances - dermocorticoïdes, hydroquinone, sels de mercure – qui en application régulière entraînent des effets indésirables parfois irréversibles. Ces pratiques provoquent notamment des effets nocifs pour la peau pouvant aller de légères brûlures à l'apparition d'eczéma, d'acné, de vergetures irréversibles, d'hyperpilosité ou encore de fragilisation de la peau entraînant des difficultés à cicatriser. L'application prolongée de produits contenant des quantités importantes de dermocorticoïdes peut provoquer une hypertension artérielle, du diabète ou encore une insuffisance surrénalienne.

# Symptômes digestifs (gastro-entérologie)

**Les troubles fonctionnels intestinaux (douleurs et/ou constipation)** sont très fréquents et source d'inquiétude malgré la bénignité de la plupart d'entre eux. Les explications représentent une part importante du traitement. Les règles hygiéno-diététiques (boissons non sucrées abondantes, activité physique régulière, 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. On peut proposer un traitement antispasmodique (pinavérium ou huile essentielle de menthe poivrée) ou en cas de constipation un laxatif de lest (spagulax® 1 à 3 par jour) ou un laxatif osmotique (lactulose 1 à 2 par jour).

**Lors des premiers temps de l'exil, les plaintes relatives à l'appareil digestif sont nombreuses.** Un interrogatoire soigneux, avec l'aide d'un.e interprète si besoin, un examen clinique rigoureux et un bilan de santé adapté permettent d'orienter le diagnostic.

**Les douleurs épigastriques** (estomac) non calmées par les règles hygiéno-diététiques (éviter anti-inflammatoires, alcool et tabac) ou un traitement antiacide (hydroxyde d'aluminium) et qui ne sont pas d'origine parasitaire (anguillulose notamment) justifient un examen endoscopique à la recherche d'une gastrite ou d'une pathologie ulcéreuse gastrique ou duodénale. Le traitement de l'ulcère gastroduodénal associe un inhibiteur de la pompe à protons, associé à un traitement antibiotique si une infection à *Helicobacter pylori* a été mise en évidence (biopsie, sérologie ou test respiratoire à l'urée marquée au Carbone 13 : helikit® 75mg). Une attention particulière sera portée sur les interactions médicamenteuses possibles avec d'autres traitements notamment antirétroviraux.

**Le reflux gastro-oesophagien** peut provoquer des sensations de brûlure rétrosternale ascendante qui peut irradier vers la gorge, le dos ou le ventre. Elles sont parfois accompagnées de remontée acide ou amère dans la bouche. Le reflux est favorisé par le stress et la consommation de certains aliments ou boissons (épices, chocolat, boissons gazeuses, thé, alcool, café, tabac). Lorsque des modifications de l'alimentation ou de certaines habitudes de vie ne suffisent pas, l'utilisation d'un antiacide (ex : Bicarbonate de sodium-Alginate de sodium/gaviscon®) est souvent suffisante. Un inhibiteur de la pompe à protons peut être utilisé pour une durée limitée en cas de gêne fréquente ou persistante. Des douleurs atypiques et/ou chez une personne de plus de 50 ans impliquent la réalisation d'examens complémentaires.

**Les rectorragies (émission de sang par l'anus) sont le plus souvent dues à des hémorroïdes ou à une parasitose.** Un examen clinique est recommandé pour éliminer une cause plus grave. Les parasitoses pouvant entraîner une rectorragie sont l'amibiase à Entamoeba histolytica ou la bilharziose intestinale à Schistosoma mansoni. Les hémorroïdes proviennent de la dilatation de petits vaisseaux de l'anus. Le traitement repose d'abord sur le traitement de la constipation, souvent en cause, associé en cas de crise à un antalgique de type paracétamol ou ibuprofène en cure courte. Les pommades et veinotoniques n'ont pas montré d'efficacité notable.

# Anomalies de la numération formule sanguine (NFS, hématologie)

**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 anémies chroniques sont habituellement bien tolérées, asymptomatiques, et découvertes lors du bilan de santé** (voir en ligne ***Bilan de santé***). Elles sont fréquentes chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans originaires d'Asie du Sud-Est et d'Afrique et essentiellement liées à une carence en fer et/ou en acide folique. Elles sont favorisées par la consommation d'argile (*mabele* en lingala), notamment parmi les femmes originaires d'Afrique centrale. Les fibromes utérins représentent une autre cause très fréquente d'anémie chronique, en particulier chez les femmes originaires d'Afrique et des Antilles. Il est recommandé de réaliser une NFS, une ferritinémie et une électrophorèse de l'hémoglobine chez toute femme africaine enceinte dès le début de la grossesse. La prise d'acide folique systématique au 1er trimestre indépendamment des résultats de la NFS est recommandée (prévention des anomalies de fermeture du tube neural).

**En cas d'anémie sévère** (Hb < 10 g/dl, 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 ankylostomose (vers hématophages). La recherche du paludisme doit être effectuée en urgence en cas d'anémie et de syndrome fébrile chez une personne arrivée récemment d'une zone d'endémie (goutte épaisse + frottis mince). En cas d'anémie du jeune enfant, il faut penser systématiquement à rechercher un risque d'exposition au plomb.

**Les hyperéosinophilies sont fréquentes, principalement dues à des helminthoses, particulièrement ankylostomose, anguillulose et bilharzioses**, et se normalisent en plusieurs mois après traitement.

# Symptômes ORL et ophtalmologiques

**Les exilés victimes de violences ou de torture souffrent fréquemment de troubles de l'acuité auditive, de rupture ou de perforation tympanique** provoqués par des traumatismes sonores et par des coups directs sur les oreilles ou le crâne. Les conséquences des troubles de l'audition, voire de la surdité, sont aggravées dans le pays d'accueil en raison de la barrière de la langue. La réparation d'une perforation tympanique par tympanoplastie peut restaurer l'acuité auditive. Les prothèses auditives sont prises en charge, après entente préalable, par l'assurance maladie, mais pas par l'AME.

**Les violences et la torture ont parfois pour conséquences des pathologies traumatiques de l'œil.** L'exposition répétée à une lumière violente ou l'incarcération prolongée dans l'obscurité totale provoquent des troubles (larmoiements, picotements, sensation d'éblouissement) réversibles avec le temps. Les plaies de l'œil et des paupières, le décollement traumatique de la rétine, le glaucome post traumatique impliquent un avis spécialisé dans les plus brefs délais afin de prévenir une cécité définitive. En cas d'énucléation post traumatique, l'obtention d'une prothèse oculaire, prise en charge par l'assurance maladie, est précieuse sur les plans esthétique et psychologique.

**Le ptérygion, membrane qui se développe au niveau de la conjonctive, est une lésion bénigne.** On le retrouve plus fréquemment chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie. Il est justifié d'opérer en milieu spécialisé lorsque le ptérygion déborde sur la cornée ou occasionne une gêne importante, en informant la personne du risque de récidive.

**HAS**, www.has-sante.fr

**Prescrire**, www.prescrire.org