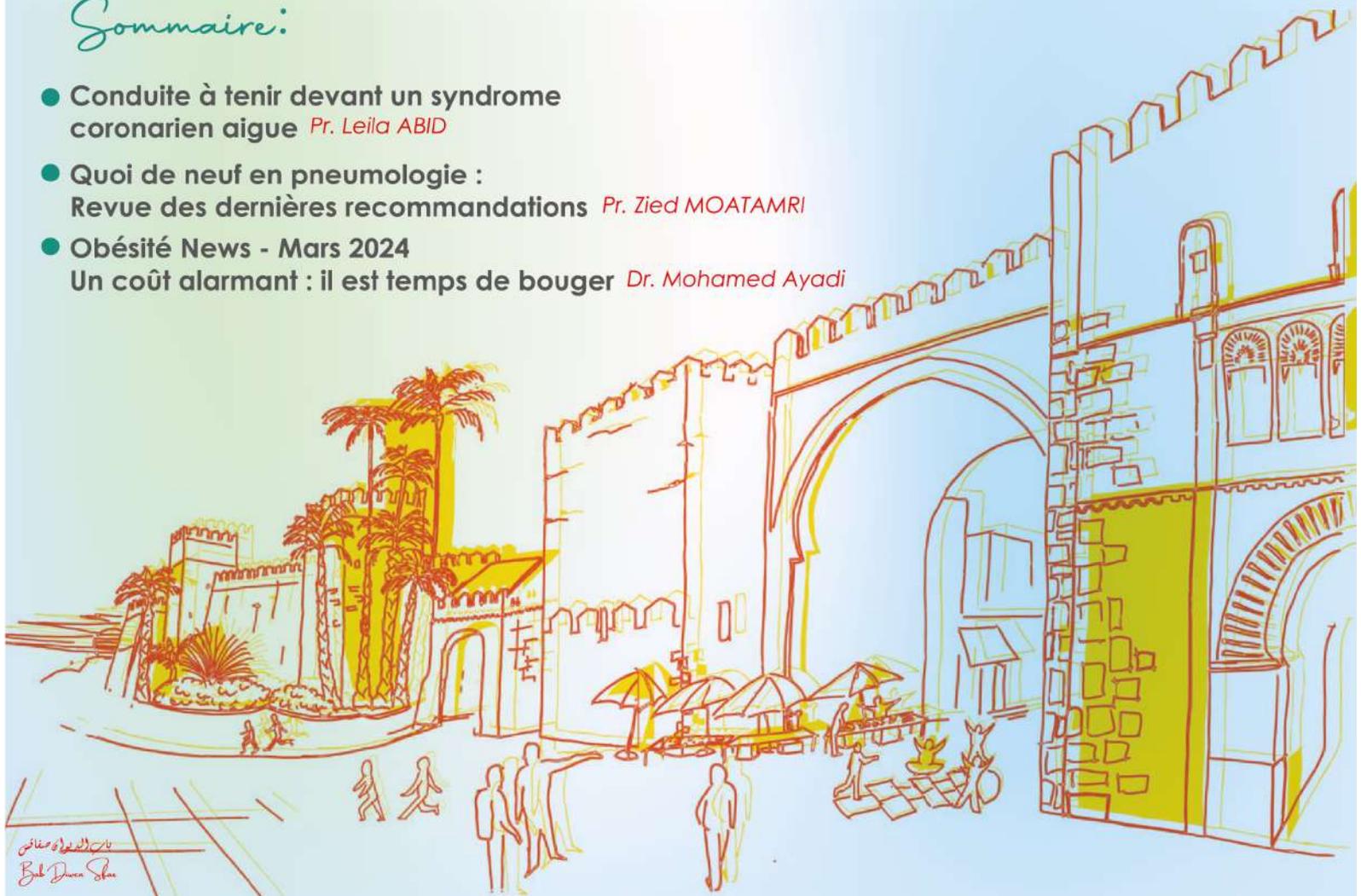


Revue AMGLS de La MÉDECINE GÉNÉRALE

Sommaire:

- Conduite à tenir devant un syndrome coronarien aigu *Pr. Leila ABID*
- Quoi de neuf en pneumologie :
Revue des dernières recommandations *Pr. Zied MOATAMRI*
- Obésité News - Mars 2024
Un coût alarmant : il est temps de bouger *Dr. Mohamed Ayadi*



Mot du Rédacteur en Chef

Dr. Olfia Masmoudi Gargouri

Présidente de L'AMGLS
Médecin Généraliste de Libre Pratique – Sfax

Chers Maîtres, Chers Collègues et cher(e)s ami(e)s

C'est ainsi que je vous annonce la naissance de la Revue du Praticien de Médecine Générale, parrainée par l'amicale des médecins généralistes libéraux de Sfax AMGLS.

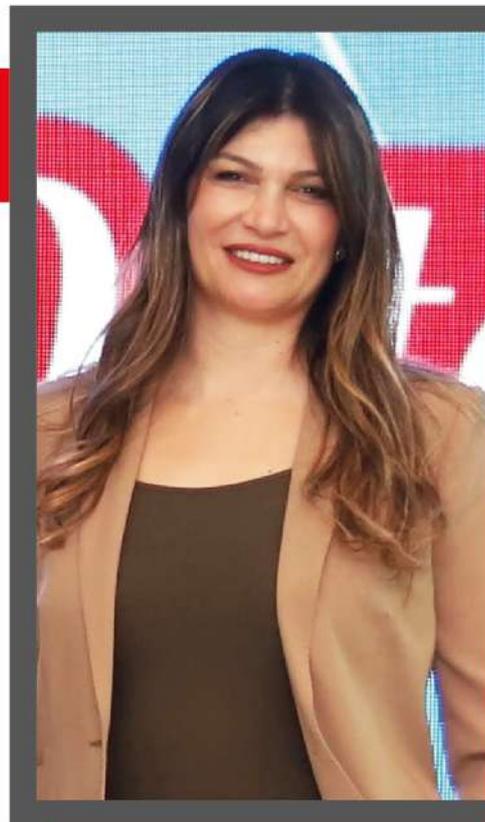
Périodique, semestrielle, paraissant deux fois par an, la revue sera rédigée par les médecins généralistes pour des médecins généralistes.

Cette revue veillera à proposer les informations scientifiques les plus utiles à l'omnipraticien, et puiser dans toutes les nouveautés médicales, sociales et littéraires.

Le comité de rédaction invite tous les médecins généralistes à partager leurs expériences grâce, à des cas cliniques, une réflexion, un article référencé et aussi leurs hobbies d'ordre culturels.

La revue représente un espace d'expression pour la médecine générale, dans l'optique d'améliorer la qualité des soins et de rendre compte d'expression du terrain.

La revue sera aussi mise à votre disposition sous forme numérique sur le site de l'AMGLS.



« La médecine est la seule carrière qui travaille sans relâche à détruire la raison de son existence »

De James Bryce

Comité Scientifique

- Pr. Leila ABID
- Pr. Zied MOATAMRI
- Pr. Fatma MNIF
- Pr.Ag. Walid FEKI
- Dr. Mohamed AYADI

Comité de Rédaction

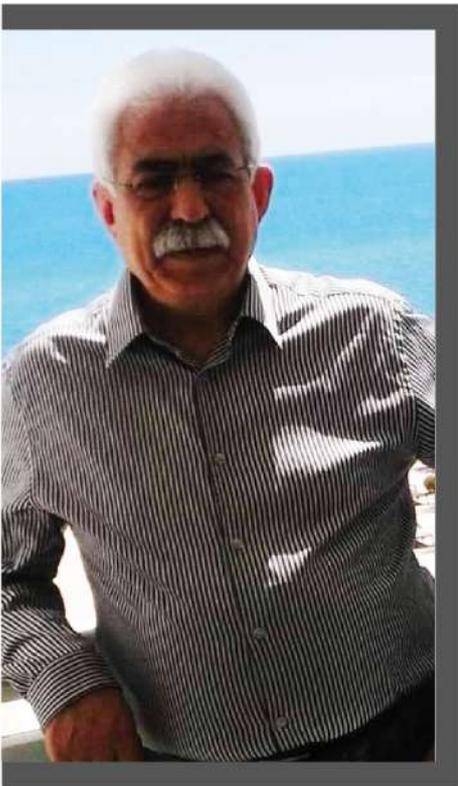
- Dr. Olfia MASMOUDI
- Dr. Mohamed BOUSSARSAR
- Dr. Emna KECHAOU
- Dr. Mohamed TRIGUI
- Dr. Mohamed CHAARI
- Dr. Bilel DAMMAK
- Dr. Moez KAMMOUN



Nos Hommages À

Dr. Abdelhamid Bouattour

Un Pilier de l'Intégrité et du Dévouement.



*Tous nos meilleurs vœux
de santé et de bonheur
pour si Abdelhamid.*

Dr Abdelhamid BOUATTOUR, figure éminente dans la communauté médicale, est reconnu pour son dévouement et son professionnalisme exceptionnel. Depuis l'année 1980, marquant, l'obtention de son diplôme de la Faculté de Médecine de Tunis et le début de sa carrière, son nom est intimement associé à une bienveillance spontanée et une chaleur humaine inégalées, faisant de lui un exemple parfait de l'archétype du médecin intègre et dévoué envers ses patients. Dès l'instauration de la section Sfax-Sidi Bouzid, Dr BOUATTOUR a été élu à l'unanimité par ses pairs pour représenter leurs voix au sein du bureau de l'ordre des médecins, assumant avec éclat le rôle de secrétaire général.

Porté par une passion insatiable pour l'amélioration continue et le perfectionnement incessant de ses compétences, Dr Abdelhamid a systématiquement investi dans son développement professionnel. Il a suivi avec assiduité divers masters, se spécialisant notamment en gériatrie et en hypertension artérielle, tout en explorant des domaines médicaux annexes, tels que l'Homéopathie. En qualité de membre fondateur de l'AMLPS, pionnière en matière de formation médicale continue en Tunisie, Dr BOUATTOUR a été élu président à maintes reprises, témoignant de sa reconnaissance et de son influence dans le milieu.

Son attention particulière envers la promotion et la valorisation des médecins généralistes s'est concrétisé par sa participation remarquable à la création, du staff de Médecine générale, qui a joué un rôle central dans l'organisation des journées de médecine générale de l'AMLPS.

Parallèlement, Dr Abdelhamid a vigoureusement défendu les intérêts de sa profession au sein du syndicat des médecins, illustrant ainsi sa détermination à protéger les droits et le statut des praticiens.

Outre son implication professionnelle, Dr Abdelhamid consacre une part significative de son temps et de son énergie au service de la société civile. Actif au sein de l'association de l'environnement, Il s'est investi avec ardeur dans des luttes pour la préservation de la nature et de la santé publique, notamment pour la fermeture de l'usine d'engrais chimiques NPK.

Son implication bénévole au sein du CSS, en tant que médecin et responsable de la section Basket féminin, démontre son investissement notable en faveur de la santé et du bien-être des sportifs locaux.

Engagé dans des actions humanitaires d'envergure, Dr Abdelhamid a assumé des responsabilités de premier plan au sein du Lions club, se distinguant par sa générosité et son altruisme.

En tant qu'époux dévoué envers sa femme Najet, et père affectueux envers ses deux fils et ses quatre petits-enfants, il incarne les valeurs de l'amour et du respect dans sa vie personnelle, tout comme il le fait dans sa vie professionnelle et publique.

Même si aucun mot ne peut véritablement rendre pleinement hommage à Dr BOUATTOUR, il demeure essentiel de souligner que son engagement indéfectible envers l'excellence professionnelle, son intégrité morale et son dévouement exemplaire envers ses patients, sa famille et la communauté dans laquelle il évolue, constituent autant de qualités d'un parcours qui illustre un modèle inspirant de leadership.



Quoi de neuf à Sfax?

Le Centre de Réhabilitation Respiratoire

(Sce. Pneumologie)

Dr. Walid Feki

Pr.Ag. Service de Pneumo-Allergologie, CHU H. Chaker – Sfax

La réhabilitation respiratoire est une intervention individualisée adaptée à chaque patient dans le cadre de sa prise en charge globale. Elle est indiquée pour tout patient suivi pour une pathologie respiratoire chronique occasionnant une dyspnée d'effort. Cette modalité thérapeutique est pratiquée depuis 2019 au sein du service de Pneumo-Allergologie du CHU Hédi Chaker de Sfax pour les patients atteints de Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstructives ou de fibrose pulmonaire. À la fin de l'année 2023, une unité de réhabilitation respiratoire a été aménagée au sein du service,

en collaboration avec la direction de l'hôpital, la direction régionale et les laboratoires Opalia Recordati, ce qui a permis d'offrir une meilleure prise en charge pour les patients et d'élargir les indications.

Ses composantes font suite à une évaluation approfondie du patient. Il s'agit d'une évaluation de la sévérité de la maladie et de ses impacts thoraciques et extra-thoraciques.

Le programme de réhabilitation respiratoire est fixé par le médecin pneumologue responsable et ce en collaboration avec le kinésithérapeute, le nutritionniste et le psychiatre.



Les principaux objectifs étant : • Une amélioration de la qualité de vie

- Une amélioration de la tolérance à l'effort
- Une diminution de l'essoufflement
- Une diminution des épisodes d'exacerbation et des hospitalisations

LE TILT TEST

(Sce. Cardiologie)

Dr. Mariem Jabeur / Dr. Rania Gargouri

Assistantes Service de Cardiologie, CHU H. Chaker – Sfax

Un nouvel acquis dans le service de Cardiologie de Sfax, le Tilt test.

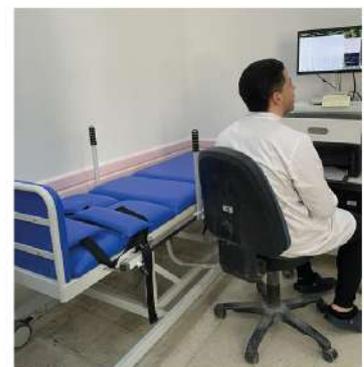
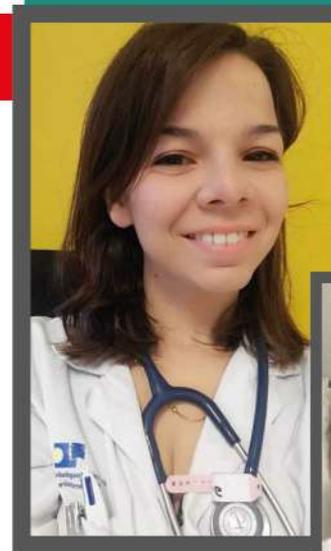
Le tilt test ou le test d'inclinaison est un examen réalisé dans le cadre d'un bilan de syncope.

L'origine vasovagale est de loin la plus fréquente des étiologies et représente un peu plus des deux tiers des syncopes, notamment chez les patients avec un cœur sain. Ces syncopes vasovagales sont le plus souvent faciles à reconnaître de par leur description ou leurs circonstances de survenue. Les examens complémentaires dans ce cas sont inutiles. En revanche, un certain nombre d'entre elles ne sont pas typiques et se présentent sous la forme de syncopes « convulsivantes » ou sans prodromes, à l'emporte-pièce.

Le diagnostic reste donc celui de syncopes d'origine indéterminée. L'apport du test d'inclinaison ou tilt test, dans ces situations, est particulièrement

intéressant car il permet d'attribuer une origine vasovagale à la majorité des syncopes inexplicées. Le tilt test permet de rechercher plusieurs étiologies : principalement la syncope vasovagale avec son mécanisme (réponse cardio-inhibitrice et/ou vasopressive), l'hypotension orthostatique, le syndrome de tachycardie orthostatique posturale et la pseudo-syncope psychogénique.

L'examen est pratiqué en ambulatoire. Un jeûne de 2 à 4 heures est demandé avant l'examen. La première étape consiste à rester allongé entre 10 et 15 min dans une ambiance calme (peu de bruit et lumière tamisée). Ensuite, la table sera verticalisée à un angle de 70°. La position sera maintenue pendant, au maximum, 30 min, avec une administration de dérivés nitrés à la 20ème minute. L'examen sera stoppé plus tôt en cas de malaise.



Quoi de neuf en pneumologie :

Revue des dernières recommandations

Dr. Zied Moatamri

Pr. Chef de Service de Pneumologie, Hôpital Militaire d'Instruction – Tunis

La pneumologie a connu des avancées importantes lors de l'année 2023, aussi bien à l'échelle internationale que nationale. Ces changements étaient visibles dans les trois principales pathologies qui sont l'asthme, la bronchopathie chronique obstructive BPCO et le cancer bronchopulmonaire. L'asthme touche 300 millions de personnes dans le monde, et constitue un problème sérieux de santé mondiale, concernant toutes les tranches d'âges avec une prévalence qui ne cesse d'augmenter dans les pays en développement comme notre pays.

Depuis 1993 la GINA (Global Initiative for Asthma), date de sa création, publie de façon annuelle un rapport analysant la littérature et les avancées sur l'asthme. Ces publications ont permis des avancées importantes dans la prise en charge de l'asthme ce qui a permis l'introduction de notions telles que le contrôle de l'asthme. Lors de ces rapports on a pu passer d'un traitement figé à **un traitement adaptatif aux conditions des patients, du degré de contrôle de la maladie, des préférences et des conditions socio-économiques.**

La notion de StepUp–Step Down (Escalade - désescalade thérapeutique) est ainsi devenue la règle dans la prise en charge de l'asthme.

Si les rapports des dernières années étaient focalisés sur la prise en charge des asthmatiques lors de la pandémie COVID, les rapports de 2022 et de 2023 mettent l'action sur **la stratégie AIR** pour Anti Inflammatory Reliever (traitement de secours à base d'anti inflammatoires), qui consiste en préconisant l'association d'un corticoïde inhalé avec le formotérol comme traitement de la crise, en plus d'être le traitement de fond et de bannir de façon définitive la prescription des bêta-2 mimétiques seuls sans traitement corticoïde inhalé associé.

Cette approche à l'avantage d'éviter la surconsommation de bêta-2 mimétiques qui s'est avéré être létale et de réduire par son efficacité les doses de corticoïdes inhalés reçues par le patient. Bien sûr l'accent est plus que jamais mis sur l'éducation continue du patient et sur son adhésion à un projet thérapeutique.

La BPCO, qui voit son incidence augmenter de façon vertigineuse dans les pays en développement et ceci par l'impact du tabagisme et de la pollution domestique, elle est la troisième cause mondiale de décès. **La GOLD** (Global initiative for Obstructive Lung Disease) publie depuis 2001 des rapports annuels, avec des mises à jour régulières des guidelines. **Les dernières recommandations de 2023 et 2024**, ont permis de bien codifier la démarche diagnostique, de simplifier la classification de sévérité en trois classes A, B et E et d'apporter une flexibilité au traitement des BPCO. De même la prescription des corticoïdes inhalés est devenue mieux règlementée avec des indications et contre-indications plus précises (en fonction du taux d'éosinophiles, d'un possible asthme associé et des antécédents d'infections respiratoires).

Le cancer broncho-pulmonaire qui reste un cancer fatal souffre toujours d'un retard de diagnostic. L'absence de protocoles nationaux ou internationaux de dépistage rend le pronostic souvent sombre. Rares sont les patients qu'on arrive à opérer et espérer guérir. La grande majorité des patients se retrouve sous chimiothérapie palliative. **Seule bonne nouvelle dans notre pays est la disponibilité de la recherche des mutations (l'EGFR, l'ALK et le ROS1) et du dosage de la PDL1** qui ouvre la voie à un traitement personnalisé par thérapie ciblée pour les mutations et par immunothérapie pour le PDL1.



● **GINA 2022-2023: La stratégie AIR**

● **GOLD 2023-2024: BPCO / nouvelles codifications**

● **Cancer Broncho-Pulmonaire: recherche des mutations et dosage de la PDL1**

Là aussi, ces molécules sont disponibles en Tunisie avec un pronostic nettement amélioré comparativement à la chimiothérapie. L'approche thérapeutique de ces trois pathologies phares de la pneumologie est en train de changer, pour se mettre dans le diapason de la médecine personnalisée. Il est important d'adapter notre prise en charge de nos patients, d'autant plus que nous disposons des moyens thérapeutiques nécessaires à un traitement optimal. Par contre, un effort supplémentaire est nécessaire sur la prévention et le dépistage.



Quelle cible thérapeutique d'HbA1c à viser chez le patient diabétique type 2

Dr. Fatma Mnif Bousarsar

Pr. Service Endocrinologie, CHU H. Chaker – Sfax

L'objectif d'HbA1c doit être individualisé selon le profil du patient et co-décidé avec lui, et peut donc évoluer au fil du temps.

Chez les patients vivant avec un DT2 âgés de moins de 75 ans présentant une espérance de vie supérieure à 5 ans, sans comorbidité(s) sévère(s) ni insuffisance rénale chronique (IRC) sévère ou terminale (débit de filtration glomérulaire, DFG < 30 mL/min/1,73 m²), une cible d'HbA1c de 7 % est généralement recommandée.

Chez ces patients, on pourra même proposer une valeur cible de 6,5 % à condition que cette cible puisse être atteinte par la mise en œuvre des modifications thérapeutiques du mode de vie ou leur renforcement puis, si cela n'est pas suffisant, par un ou plusieurs traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie.

Cette valeur cible de 6,5 % est également préconisée chez les patientes enceintes ou envisageant de l'être. Une cible d'HbA1c 8 % sera proposée chez les patients vivant avec un DT2 âgés de moins de 75 ans présentant une espérance de vie limitée (< 5 ans) et/ou une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) et/ou une IRC sévère ou terminale, ainsi que chez les patients ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères ; dans ces situations, si les patients sont traités par sulfamide hypoglycémiant (SU), glinide ou insuline, il est recommandé de ne pas chercher à atteindre une valeur d'HbA1c < 7 %



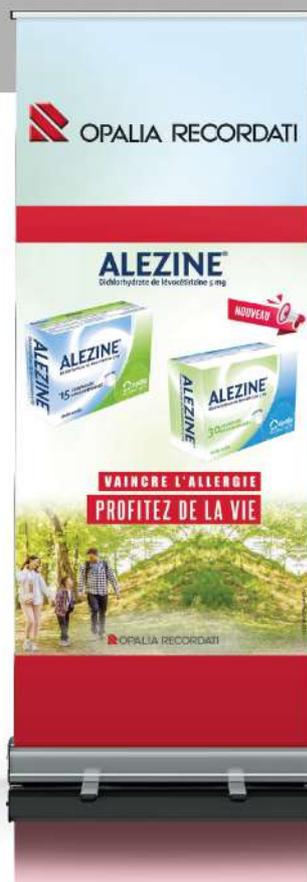
Références : Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2023 – 2 . Med Mal Metab 2023

 OPALIA RECORDATI

Notos.**Combi**

Alezine[®]
Dichlorhydrate de lévocétirizine

LEVOREC[®]
Levofloxacin 500 mg



Conduite à tenir devant un syndrome coronarien aigu

Dr. Leila Abid

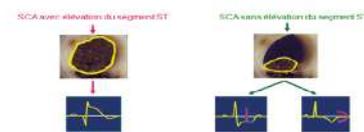
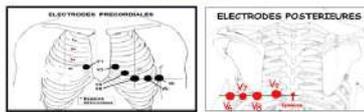
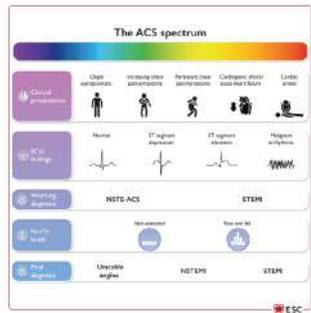
Pr. Chef de Service de Cardiologie, CHU H. Chaker – Sfax
Faculté de Médecine de Sfax, Past-Présidente de la STCCCV



Les syndromes coronariens aigus (SCA) englobent un ensemble de pathologies qui incluent les patients présentant des changements récents des symptômes ou des signes cliniques, avec ou sans modification de l'électrocardiogramme 12 dérivations (ECG), avec ou sans élévation aiguë des concentrations de troponine cardiaque (cTn).

Les patients présentant une suspicion de SCA peuvent finalement être classés en 3 diagnostics : STEMI (SCA avec sus décalage persistant de segment ST), NSTEMI-ACS (SCA sans sus décalage persistant de segment ST).

L'angor instable est défini comme une ischémie myocardique au repos ou lors d'un effort minime en l'absence de lésion ou de nécrose aiguë du cardiomyocyte. Elle se caractérise par des signes cliniques spécifiques d'angine de poitrine prolongée (>20 min) au repos ; d'un angor sévère de plus en plus fréquent, d'une durée plus longue ou d'un seuil plus bas ; ou une angine survenant après un épisode récent d'infarctus du myocarde.



- Electrocardiogramme (ECG) 12 dérivations : Dans les 10 min/ examen clé
- Monitoring continu de l'ECG si suspicion de STEMI
- Les dérivations V3R, V4R, V7-V9 à utiliser :

→ Si STEMI dans le territoire inférieur

→ Ou suspicion d'une artère occluse avec un ECG 12 dérivations non concluant.

I- Signes cliniques :

- Recherche des FDRCV : âge, diabète, HTA, tabagisme, obésité, sexe...
- Sémiologie de la douleur thoracique : Douleur angineuse de siège rétrosternal, constrictive (motif fréquent de consultation ++), prolongée plus de 20 mn, Résistante aux nitrés et antalgiques habituels

PS: 20% des patients se présentent avec des symptômes non classiques « non likely cardiac symptoms »

- Signes associés à la douleur : dyspnée +++ / palpitations / syncope / lipothymie
- Examen clinique : mesure bilatérale de la PA, FC, auscultation pulmonaire à la recherche d'une poussée d'IVG, Autres localisations de l'athérosclérose (asymétrie des pouls périphériques, souffle sur les trajets artériels)

Signes électriques en cas de STEMI :

ECG pattern	Criteria	Signifying	Figure
i STEMI	New ST-elevation at the J-point in ≥ 2 contiguous leads* ≥ 2.5 mm in men ≤ 40 years, ≥ 2 mm in men ≥ 40 years, or ≥ 1.5 mm in women regardless of age in leads V2-V3 and/or ≥ 1 mm in the other leads (in the absence of LV hypertrophy or left bundle branch block) *Including V3R and V4R	Ongoing acute coronary artery occlusion	
ii Posterior STEMI	ST-segment depression in leads V1-V3, especially when the terminal T-wave is positive (ST-segment elevation equivalent), and concomitant ST-segment elevation ≥ 0.5 mm recorded in leads V7-V9	Posterior STEMI	
iii LCx occlusion/ right ventricular MI	ST-segment elevation in V7-V9 and V3R and V4R, respectively	Left circumflex (LCX) artery occlusion or right ventricular MI	

Évolution des signes électriques en 4 stades :

- Précoce : ischémie sous endocardique T>0
- Onde de Pardee : sus décalage de ST

Signes indirects : image en miroir → sous décalage de ST

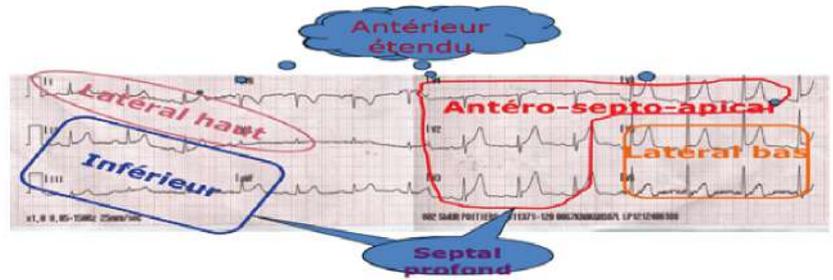
- Onde Q de nécrose

Régression du sus décalage, onde T<0, persistance des ondes Q



Territoire :

Antéro-septal	V1,V2,V3
Antéro-septo-apical	V1,V2,V3,V4
Antérieur étendue	V1 ----> V6, DI, aVL
Latéral haut	DI, aVL
Latéral bas	V5, V6
Inférieur	DII, DIII, aVF
Basal	V7,V8,V9
Septal profond	Antérieur et inférieur



ECG pattern	Criteria	Signifying	Figure
Isolated T-wave inversion	T-wave inversion > 1 mm in uS leads including I, II, aVL, and V2-V6	Only mildly impaired prognosis	I, II, aVL, V2 to V6
ST-segment depression	J point depressed by ≥ 0.05 mm in leads V2 and V3 or ≥ 1 mm in all other leads followed by a horizontal or downsloping ST segment for ≥ 0.08 s in uS leads (except aVR)	Pluric-severe ischaemia	≥ 1 leads
Transient ST-segment elevation	ST segment elevation in ≥ 2 contiguous leads of ≥ 2.5 mm in men ≤ 40 years, ≥ 2 mm in men 40 years, or ≥ 3 mm in women regardless of age in leads V2-V3 and/or ≥ 1 mm in the other leads lasting <math>< 20</math> min	Only mildly impaired prognosis	≥ 2 contiguous leads
De Winter ST-T	1-3 mm up-sloping ST-segment depression at the J point in leads V1-V6 that continue into aVL, positive, and symmetrical T waves	Proximal LAD occlusion/severe stenosis	V1-V6
Wellens sign	Isospecific or minimally elevated J point (≤ 1 mm) + biphasic T wave in leads V2 and V3 (type A) or symmetrical and deeply inverted T waves in leads V2 and V3, occasionally in leads V1, V4, V5, and V6 (type B)	Proximal LAD occlusion/severe stenosis	Figure A (V1-V2-V3-V4) Figure B (V1-V2-V3-V6)

Signes électriques en cas de NSTEMI

PS : un ECG normal :

- N'élimine pas le diagnostic
- À refaire / à surveiller
- Le comparer aux anciens enregistrements

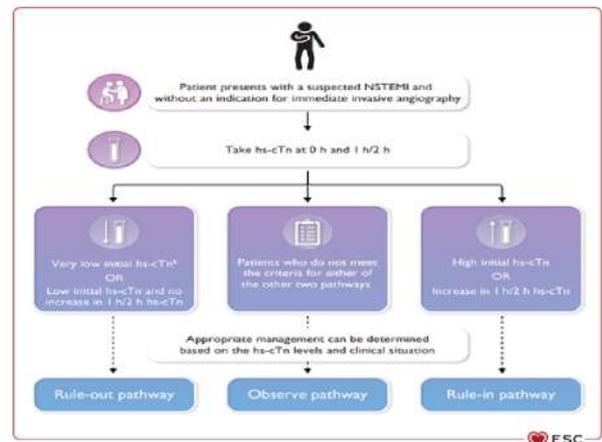
II- Dosage des troponines ultrasensibles : ne doit pas retarder la prise en charge +++

- SCA ST+ : Pas de place +++
- SCA sans sus décalage de segment ST:
 - L'algorithme 1/0 H est recommandé de première intention
 - L'algorithme 2/0H est recommandé de 2eme intention
 - L'algorithme 3/0H est recommandé exclusivement si les autres algorithmes sont non applicables.

Les autres causes d'augmentation de troponines :

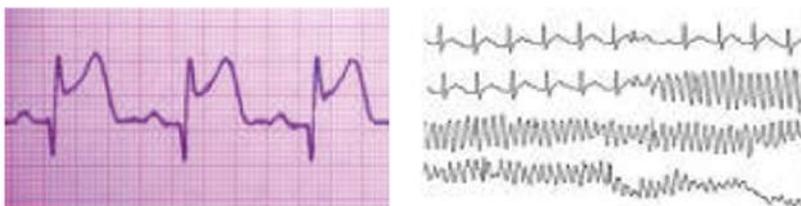
Cardiac conditions:
Heart failure
Myocarditis ²
Cardiomyopathy (any type)
Takotsubo syndrome
Cardiac contusion or cardiac procedures (CABG, PCI, valvular interventions, ablation, pacing, cardioversion, or en domyocardial biopsy)
Systemic conditions:
Sepsis, infectious disease
Chronic kidney disease
Stroke, subarachnoid haemorrhage
Pulmonary embolism, pulmonary hypertension
Infiltrative diseases (e.g. amyloidosis, sarcoidosis haemochromatosis, scleroderma)
Myocardial drug toxicity or poisoning (e.g. doxorubicin, 5-fluorouracil, trastuzumab, snake venoms)
Critically ill patients
Hypo- and hyper-thyroidism
Strenuous exercise
Rhabdomyolysis

Myocardial injury related to acute myocardial ischaemia because of oxygen supply/demand imbalance (Type 2 MI)
Reduced myocardial perfusion, e.g.:
Coronary arteretypasm, microvascular dysfunction
Coronary embolism
Non-atherosclerotic Coronary artery dissection
Sustained bradyarrhythmia
Hypotension or shock
Respiratory failure
Severe anaemia
Increased myocardial oxygen demand, e.g.:
Sustained tachyarrhythmia
Severe hypertension with or without left ventricular hypertrophy



III- Conduite à tenir devant un SCA : urgence thérapeutique / risque de mort subite !!!

- Repos, abord veineux, scope, surveillance (PA, pouls, FR)
- Surveillance stricte de l'ECG, devant le risque des troubles de rythme ventriculaire



- Oxygénothérapie si saturation en oxygène $\leq 90\%$
- Anti-agrégation plaquettaire : dose de charge
 - Aspirine : 150 à 300 mg per os ou IVD
 - Inhibiteur P2Y12 : Clopidogrel 75 mg : 300 mg (4 cp)

Table 6 Dose regimen of antiplatelet and anticoagulant drugs in acute coronary syndrome patients

I. Antiplatelet drugs	
Aspirin	LD of 150–300 mg orally or 75–250 mg i.v. if oral ingestion is not possible, followed by oral MD of 75–100 mg o.d.; no specific dose adjustment in CKD patients.
P2Y ₁₂ receptor inhibitors (oral or i.v.)	
Clopidogrel	LD of 300–600 mg orally, followed by an MD of 75 mg o.d.; no specific dose adjustment in CKD patients. Fibrinolysis: at the time of fibrinolysis an initial dose of 300 mg (75 mg for patients older than 75 years of age).

- Anticoagulation :
 - HBPM : Enoxaparine 1 mg/kg/12h en S/C
 - Héparine non fractionnée : 70 à 100 U/kg
- Appel SAMU pour transfert +++

Obésité News - Mars 2024

Un coût alarmant : il est temps de bouger !!



Dr. Mohamed Ayadi

Président de l'Association Tunisienne Agir Contre l'Obésité
Médecin Généraliste de Libre Pratique – Sfax

Très alarmant, le dernier communiqué de presse de l'OMS publié le 1er mars 2024 (1), qui, en se basant sur une étude publiée par The Lancet, stipule que le monde compte plus que « un milliard » de personnes obèses, soit une personne sur huit. Selon la même source, « 2,5 milliards » d'adultes dans le monde (43%) sont en surpoids. Également, 390 millions d'enfants et d'adolescents âgés de 5 à 19 ans et 37 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surpoids. La prévalence du surpoids varie selon les régions, allant de 31% en « Asie du Sud-Est et Afrique » à 67% en « Amériques ».

Malgré tous les efforts fournis pour lutter contre cette maladie depuis les années 1990, le nombre d'adultes obèses a doublé et le nombre d'enfants obèses a quadruplé. Selon World Obesity Atlas (2), il est à signaler qu'en cas de prolongement des tendances actuelles, 4 milliards de personnes (51% de la population mondiale) devraient être en surpoids et 2 milliards (25% de la population mondiale) devraient être obèses en 2035.

Sur le plan santé : L'obésité est la 5ème cause de décès dans le monde, elle tue chaque année plus de 2,8 millions de personnes (3). Elle est responsable de 3,6% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers (côlon, rein, sein et endomètre) des adultes selon le rapport d'information du SENAT de 2022 (4), et dépassera le tabagisme en

tant que principal facteur de risque de cancer évitable dans les années à venir selon l'OMS (5).

Sur le plan économique : L'obésité pèse 2,2% du PIB mondial (6) et atteindrait 3,3% d'ici 2060 (7). Le coût du surpoids et de l'obésité à l'échelle mondiale devrait atteindre 3 billions de dollars par an vers 2030 et plus de 18 billions USD d'ici à 2060 (6).

Références :

1. Communiqué de presse de l'OMS publié le 1er mars 2024.
2. World Obesity Atlas 2023.
3. Ref : GBD 2019 Risk Factors Collaborators. "Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 2019–1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019". The Lancet. 1249–396:1223 ;2020.).
4. SENAT, Rapport d'information n° (744) 2021-2022, déposé le 29 juin 2022.
5. Rapport de l'OMS datant de mai 2022.
6. Okunogbe et al., "Economic Impacts of Overweight and Obesity". 2nd Edition with Estimates for 161 Countries. World Obesity Federation, 2022.
7. BMJ Global Health, publiée le 21 septembre 2022.

● 1 milliard d'obèses dans le monde

● Obésité : 5ème cause de décès

● Coût : 2,2 % du PIB mondial

"حوار مع القمر"

خواطر د. إيمان القسنطيني

أنا أعكس نورك يا زينة البشر

قلت

ما أروعك أحبك منذ الصغر

لولاك ما كتبت كلمة

و ما داعبت وتر

ابتسمت و قلت

وأنا لك و معك يحلو السهر

قال

أعشقتك و لولاك ما ظهرت

لست أعكس نور الشمس

البارحة زارني القمر

أطل من النافذة و همس لي

أنا لك وحدك ...

هذا وعد و قدر

SUCCESS STORY

PHILADELPHIA
PHARMA

Health Priority

Innovation perpétuelle et engagement inébranlable envers l'excellence



L'industrie pharmaceutique est un élément crucial des systèmes de santé à l'échelle mondiale. Elle repose principalement sur la R&D de médicaments destinés à prévenir ou à traiter des affections ou des troubles divers.

PHILADELPHIA PHARMA, une success story établie à Sfax depuis 2013, est une entreprise pharmaceutique de droit tunisien qui s'est rapidement imposée comme une référence sur le marché local dans divers domaines thérapeutiques. Elle est née d'un partenariat entre SIMED et des partenaires Jordaniens, des éminents professionnels du domaine pharmaceutique avec plus de 20 ans d'expérience sur les marchés jordanien et tunisien. Ils possèdent une expertise significative dans la fabrication de génériques, la R&D, le marketing, ainsi que le "tech transfer".

En 2009, le partenariat Tuniso-Jordanien a concrétisé le projet d'établir une entreprise à Sfax, donnant ainsi naissance, en 2013, à PHILADELPHIA PHARMA, une nouvelle industrie pharmaceutique spécialisée dans la fabrication de médicaments génériques sous forme sèche.

En 2013, cette jeune industrie a obtenu sa première Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Spécialiste des formes sèches, PHILADELPHIA PHARMA s'est concentrée depuis sa création sur le développement et la fabrication de génériques traitant des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle et les troubles du système nerveux. En janvier 2014, cette nouvelle unité, située dans la zone industrielle de Sidi Salah au nord de la ville de Sfax a débuté sa production.

Actuellement, le portefeuille thérapeutique de PHILADELPHIA PHARMA couvre les 8 axes suivants : appareil cardio-vasculaire, système nerveux, hématologie et hémostase, appareil digestif et métabolique, anti-infectieux, appareil locomoteur.

PHILADELPHIA PHARMA conçoit des solutions thérapeutiques novatrices, et ses médicaments sont produits selon des normes rigoureuses en conformité avec les bonnes pratiques de fabrication.

Durant ses 10 années d'activité, la gamme de produits de PHILADELPHIA PHARMA n'a pas cessé de s'élargir pour atteindre aujourd'hui plus de 112 AMM, sans compter les 54 AMM en cours, réparties dans diverses familles thérapeutiques sous forme sèche : comprimés, gélules et granulés. Force est de constater que la réussite de PHILADELPHIA PHARMA peut être perçue sur différents volets; en matière de chiffres d'affaires, une nette évolution est constatée entre 2019 et 2023 pour grimper de près de 30% en 5 ans

Sur le plan social, PHILADELPHIA PHARMA offre des opportunités d'emplois stables et stimulantes pour un peu plus de 164 collaborateurs, avec une prédominance féminine et un taux d'encadrement qui ne cesse d'augmenter. En effet, depuis 2020, l'entreprise est en train d'alimenter son service marketing par une dizaine de délégués médicaux par année ; actuellement elle est à 50 délégués médicaux sur toute la Tunisie.

Depuis son implantation, PHILADELPHIA PHARMA a créé un dynamisme économique important favorisant une amélioration du niveau socioéconomique des habitants de la région.

Récemment, l'entreprise n'a pas ménagé sa volonté pour investir dans des actions sociales de grande envergure, à citer : l'aménagement total d'une école primaire et l'acquisition d'une clinique mobile bien équipée mise à la disposition de toutes les actions de prévention, de dépistage et les caravanes de santé pour les régions démunies.

Avec un parcours exceptionnel, PHILADELPHIA PHARMA a su se positionner en tant qu'acteur majeur de l'industrie pharmaceutique en Tunisie. Elle a connu une croissance exponentielle en un laps de temps record, devenant ainsi une véritable success story, grâce à une direction avisée et une vision progressiste de ses dirigeants



Écrit par : Dr.Olfa MASMOUDI

Recommandations

Les dernières recommandations
adaptées pour le médecin généraliste

“

**Anémie par
carence martiale**
**Anémie ferriprive,
carence en fer**

Recommandation

BGH - 2021”

“

Psoriasis

Recommandation

CEDEF - 2023”

“

Hypocalcémie
**Diminution du calcium
sérique, calcémie basse**

Recommandation

CUEN - 2023.”

- Définition de l'anémie: hémoglobine < 12 g/dL chez la femme et < 13 chez l'homme, corriger les valeurs selon le statut tabagique et l'altitude.
- Carence martiale = Ferritinémie < 45 ng/mL (BSG).
- Bilan étiologique d'une anémie: examen gynécologique, BU/ECBU, sérologie cœliaque.
- Fibroscopie et coloscopie si:
 - .âge > 50 ans,
 - .ménopausée / sans menstruations,
 - .risque élevé de cancer colorectal,
 - .sévérité inexpliquée de l'anémie.
- Supplémentation en fer: 50-100 mg de fer élément à jeun pendant 3 mois.
- Surveillance trimestrielle de la NFS pendant 1 an.

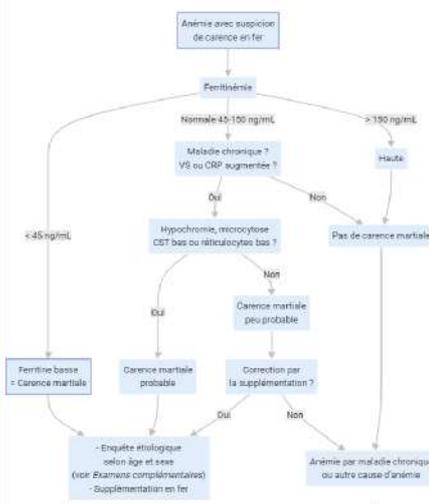


Figure. Prise en charge d'une anémie avec suspicion de carence en fer. Dr JB Fron d'après BSG 2021.

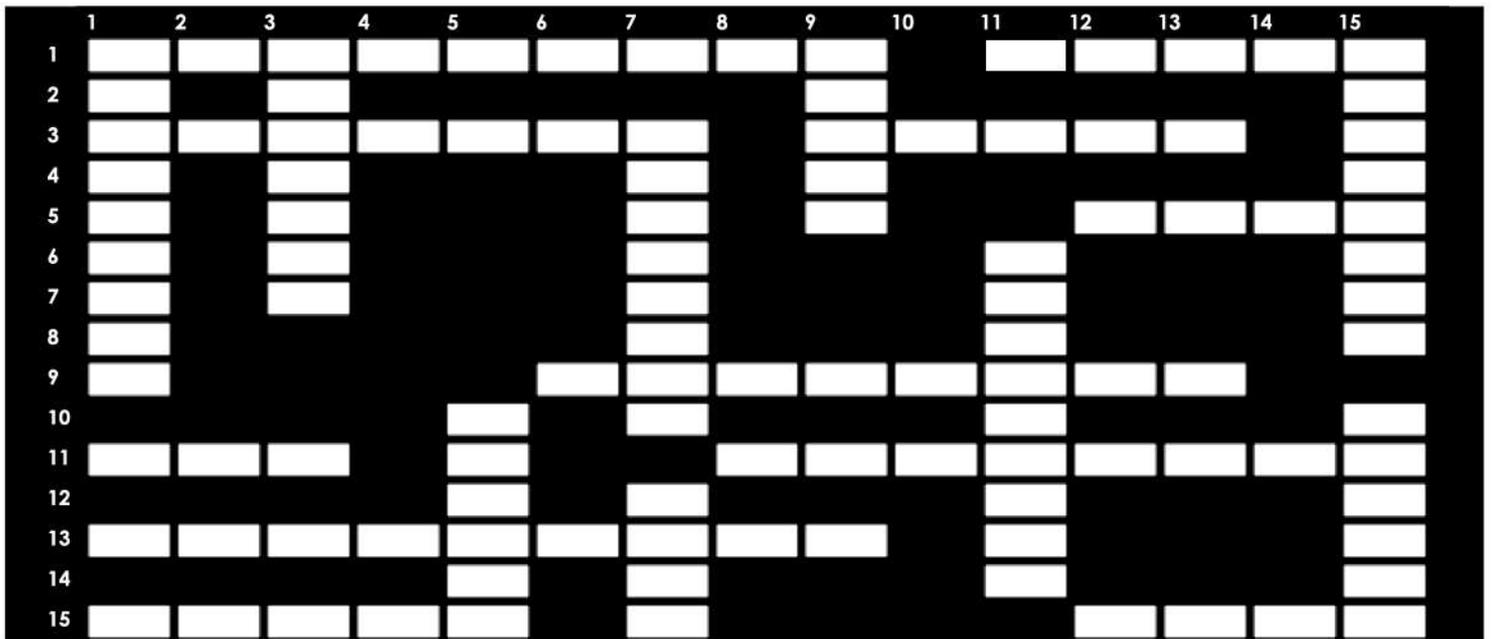
- Le psoriasis est le plus souvent un psoriasis en plaques: plaques érythémato-squameuses bien limitées avec couche squameuse et lésions multiples quasi symétriques.
- Les localisations préférentielles du psoriasis sont celles de frottement: coudes, genoux, jambes, lombo-sacrée et fesses, cuir chevelu, ongles, paumes et plantes.
- La prise en charge du psoriasis comporte des mesures d'hygiène et générales: arrêt tabac et alcool, correction d'un surpoids et du risque cardiovasculaire, émoullients, soutien psychologique.
- Le traitement du psoriasis comprend: dermocorticoïdes et analogues de la vitamine D combinés si nécessaire.
- Un traitement par voie générale (méthotrexate, ciclosporine, biothérapie) doit être proposé si: psoriasis > 10% de la surface corporelle (1% = 1 paume de main), score PASI ou DLQI > 10, retentissement marqué sur la qualité de vie. Le traitement relève uniquement du dermatologue.
- En cas de doute diagnostique ou de psoriasis résistant: avis du dermatologue et sérologies syphilis et VIH.

- L'hypocalcémie est une calcémie vraie inférieure à 2,2 mmol/L (ou 88 mg/L) ou une calcémie ionisée inférieure à 1,1 mmol/L.
- Le dosage de la calcémie doit toujours être accompagné du dosage de l'albuminémie pour le calcul de la calcémie corrigée (voir section dédiée), et/ou doser la calcémie ionisée.
- Devant une hypocalcémie, la présence de symptômes, une survenue aiguë ou l'absence d'électrocardiogramme au cabinet impose la réalisation du bilan initial en urgence (ECG ++), voire l'appel du SAMU.
- La prise en charge de l'hypocalcémie est urgente si elle est aiguë ou sévère (< 1,8 mmol/L ou symptomatique) et le traitement est à la fois symptomatique (supplémentation en calcium ± magnésium) et étiologique.
- Le bilan initial de l'hypocalcémie vraie comporte: PTH, phosphorémie et fonction rénale, 25 OH vitamine D, calciurie des 24 heures et ECG.
- Un avis spécialisé (endocrinologie ou néphrologie) est souvent nécessaire.

Just for fun



Bonjour docteur, j'ai déjà fait mon diagnostic sur internet, je suis ici juste pour l'ordonnance!



HORIZONTAL

- 1: Membranes Qui Couvrent Les Os
- Relâchement des ligaments viscéraux ou des parois abdominales
- 3: Liquides incolores qui circulent dans le corps, au moyen de vaisseaux particuliers, nommés vaisseaux lymphatiques
- Maladie qui détruit la coordination des mouvements
- 5: Assoupissement profond dans lequel tombe malade
- 9: Qui ont l'aspect de la bouillie
- 11: Se dit d'un pied mal formé
- Petite masses de liquide coagulé
- 13: Action de purger
- 15: Petite plaie blanchâtre à la bouche
- Maladie de la peau

VERTICAL

- 1: Infection contractée en pays marécageux caractérisée par une fièvre intermittente
- 3: Ce qui sert à guérir les maladies
- 5: Lamelle mince qui se détache de l'épiderme à la suite de certaines maladies de la peau
- 7: Qui produit la putréfaction
- Liquide jaune verdâtre sécrété par le foie
- 9: Bandelette de soie, de linges effilés qu'on passe sous la peau pour déterminer un écoulement d'humeur
- 11: Ecouter en appliquant l'oreille sur la poitrine ou le dos
- 15: Préparation pharmaceutique qui s'applique sur la peau
- Maladie caractérisée par suffocations



LE PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU :

8^{ème}

CONGRÈS NATIONAL DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

VENDREDI 19/04/2024 (Après-midi)

LE PARA CONGRÈS

1

GROUPE 1 : Simulation pratique en pneumologie (OPALIA RECORDATI)

GROUPE 2 : Simulation pratique en cardiologie (PHILADELPHIA)

14h à 16h30 / SALLE CENTRALE

16h30 à 19h / SALLE HORTENSIA

14h à 16h30 / SALLE CENTRALE

16h30 à 19h / SALLE HORTENSIA

1- Prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë/ Cas clinique réel sur smart mannequin
-2 Take home message / les armes du médecin généraliste
Animé par: **Pr. Zied MOATAMRI**
Chef de Service de Pneumologie - Hôpital Militaire d'instruction - Tunis
Dr. Walid SAMMOUD Service de Réanimation Militaire

Échographie pulmonaire et apport au cabinet du MG
Pr. Zied MOATAMRI
Chef de Service de Pneumologie - Hôpital Militaire d'instruction - Tunis
Pr.Ag. Islem MEJRI Hôpital Militaire d'instruction - Tunis

Échographie cardiaque et apport au cabinet du MG
Dr. Ahmad CHARFEDDINE
Médecin des Hôpitaux de Paris

1 -Prise en charge d'un pic hypertensif
-Prise en charge d'un OAP
-Cas clinique réel sur smart mannequin
2 -Take Home message / les armes du médecin généraliste
Pr. Tarak ELLOUZE
Service Cardiologie - CHU Sfax
Dr. Ahmad CHARFEDDINE
HU Paris

GROUPE 3 : Session d'échographie pratique

14h à 18h / SALLE TULIPE

1/ Échographie Abdominale
2/ Échographie Rénale
3/ Échographie Gynécologique
Pr.Ag. Imen GANZOUI Chef de Service de Radiologie - CHU Bizerte



SAMEDI 20/04/2024 (Matin)

LE CONGRÈS

2

WORKSHOPS

	Salle 1	Salle 2	Salle 3
9h à 10h	Initiation à la mésothérapie Dr. Najla MOUHLI Hôpital Militaire d'instruction Tunis	Plaies ouvertes / Techniques de suture et alternatives au cabinet de MG Pr. Khalil NOURI Chef du Service de chirurgie plastique et des brûlés CHU Sfax	La pathologie vestibulaire en soins primaires Pr. Imen ACHOUR Service ORL - CHU Sfax

MASTERCLASS

	Masterclass «Dermatologie»	Masterclass «Pédiatrie»	Masterclass «À la une»
10h 30 à 11h	Dermatite atopique, les bases de la prise en charge Pr. Madiha FRIKHA Sce. Dermato. - CHU Sfax PIERRE FABRE	Surpoids et Obésité chez l'enfant: vers une prise en charge globale et multidimensionnelle Pr. Mouna FEKI Sce. Endocrino. - CHU Sfax	Dépistage précoce de la schizophrénie Pr. Jaweher MASMOUDI Chef Sce. Psychiatrie. CHU Sfax
11h à 11h 30	Les mycoses cutanéophanéariennes / de la clinique à la PEC Pr. Sonia BOUDAYA Sce. Dermato. - CHU Sfax	Souffles cardiaques chez l'enfant algorithme décisionnel Dr. Rania GARGOURI Sce. Cardio. - CHU Sfax	Anticorps antinucléaires / quand les doser et comment les interpréter ? Pr. Faten FRIKHA Sce. Méd. Interne. - CHU Sfax

11h 30 à 12h	Prise en charge des acnés au cabinet par le MG Pr. Madiha FRIKHA Sce. Dermato. - CHU Sfax	Apport de l'homéopathie dans la pathologie ORL et respiratoire de l'enfant Pr. Ag. Ouns NAIJA Sce. Pédiatrie. - CHU Tunis BOIRON	Ostéoporose / La prise en charge en pratique Pr. Rim AKROUT Sce. Rhumato. - CHU Sfax PHARMAGHREB
12h à 12h 30	Erysipèle : actualité dans la prise en charge thérapeutique Pr. Makram KOUBAA Pr. Ag. Fatma SMAOUI Sce. Mdies. Infect. - CHU Sfax	Examen de l'appareil loco-moteur à l'âge scolaire Pr. wassim ZRIBI Sce. Orthopédie CHU Sfax	Migraine / Tour d'horizon des nouvelles conduites thérapeutiques Pr. Mariem DAMAK BEN AMAR Chef de service de Neurologie - CHU Sfax BIOHELTH

SAMEDI (Après-midi)

Salle Centrale

15h à 15h 30	La Médecine nucléaire en médecine générale: Guide Pratique Pr. Faouzi KALLEL Ex. Sce. Méd. Nucléaire. - CHU Sfax	
15h 30 à 16h	L'urticaire chronique, quelle conduite pratique Pr. Hichem HADJ ALI Chef de service de dermatologie - CHU Bizerte	SANOFI
16h à 16h 30	Exacerbation de BPCO : Pourquoi c'est grave à court et à long terme Pr. Zied MOATAMRI Chef service de pneumologie Hôpital Militaire d'instruction - Tunis	OPALIA RECORDATI
PAUSE CAFÉ		
17h à 17h 30	MOT D'OUVERTURE: La présidente Dr. Olfa MASMOUDI La dapagliflozine: au-delà de la glycémie, une thérapie du couple coeur-rein Pr. Nabila MAJDOUB Chef de service d'endocrino. - CHU Sfax	PHILADELPHIA
17h30 à 18h	Actualités dans la prise en charge de l'HTA en 2024 Pr. Majed HASSINE Sce. Cardio. - CHU Monastir	ADWYA
18h à 18h 30	Les clés d'une antibiothérapie efficace pour le traitement des otites moyennes aiguës Pr. Makram KOUBAA Sce. Mdies. Infec. - CHU Sfax	HIKMA
18h30 à 19h	Cigarette électronique : Un problème ou une solution ? Pr. Jean-Paul HUMAIR Ex. Médecin adjoint agrégé, HU de Genève et Médecin Directeur Centre d'Information et Prévention du Tabagisme Genève	

DIMANCHE 21/04/2024

Salle Centrale



9h à 9h 30	Conseils et médication efficaces pour le sevrage tabagique dans la consultation médicale Pr. Jean-Paul HUMAIR Ex. Médecin adjoint agrégé, HU de Genève et Médecin Directeur Centre d'Information et Prévention du Tabagisme Genève	
9h 30 à 10h	Intérêt de la Dexkétoprofène dans le traitement de la colique néphrétique Pr. Riadh BOUKEF Chef de Sce. des urgences - CHU Sousse	MENARINI
10h à 10h 30	«Silymarine» dans la prise en charge de la stéatose hépatique Pr. Lassaad CHTOUROU Sce. Gastro. - CHU Sfax	ARRAZI
10h 30 à 11h	Prise en charge pratique des dysthyroïdies Pr. Jean-Louis WEMEAU Professeur émérite d'endocrinologie, Membre de l'Académie nationale de médecine, Lille, France.	MERCK
PAUSE CAFÉ		
11h 30 à 12h	Place du Gliclazide dans la nouvelle ère de la prise en charge du diabète de type 2 Pr. Fatma MNIF Sce. Endocrino. - CHU Sfax	THERA
12h à 12h 30	Comprendre la résistance à l'insuline et comment l'inverser Dr. Réginald ALLOUCHE Médecin, chercheur dans le domaine de la prévention du diabète - Paris	

Le comité de rédaction de la revue de l'**AMGLS** sera heureux de recevoir vos contributions scientifiques pour nos prochains numéros, que vous pouvez envoyer sur notre adresse mail:

amglrevue@gmail.com



AMGLS

Amicale des Médecins Généralistes
Libéraux de Stax

PHILADELPHIA
PIAARWA
Health Priority

Adunqa
OBJECTIF SANTÉ

sanofi

hikma.

OPALIA RECORDATI