

PREVENTION DE LA MALARIA

Cet article discute de la prévention de la malaria, pas du traitement. Dans certains cas, lors de voyages dans des régions à haut risque, il peut toutefois être indiqué d'avoir un traitement d'urgence à disposition; un avis spécialisé est alors souhaitable.

Eviction des piqûres de moustiques

Le moustique anophèle ne pique qu'entre le coucher et le lever du soleil. Les mesures suivantes contre les piqûres de moustiques sont prioritaires et efficaces: le soir, porter des vêtements clairs couvrant le plus possible les bras et les jambes; à moins que les fenêtres et ouvertures ne soient protégées par des moustiquaires, dormir sous une moustiquaire imprégnée de perméthrine ou de deltaméthrine; enduire toutes les 4 à 6 heures les parties découvertes du corps par un produit répulsif, de préférence à base de DEET (diéthyltoluamide, p. ex. MoustiMug®, Z-stop®, OTC-repellent®). La concentration optimale en DEET se situe entre 20 et 50%; chez les femmes enceintes et les enfants, on utilise une concentration de 20%, max. 30% [voir Folia de mai 2005]. Il est recommandé, certainement chez les enfants et les femmes enceintes, de laver l'excédent de répulsif lorsqu'une protection n'est plus nécessaire.

Prévention médicamenteuse

Voir le Répertoire Commenté des Médicaments (chapitre 8.3.2.) et le site web de l'*Institut de Médecine Tropicale*, entre autres pour les contre-indications et les effets indésirables. Encore quelques remarques.

- Etant donné la résistance croissante aux médicaments classiques tels la choroquine et le proguanil, la prévention de la malaria n'est

pas toujours simple. Aucun médicament, bien qu'efficace, n'offre une protection de 100%. Le choix du médicament dépend du risque de contamination (en fonction du pays visité, mais aussi des régions de ce pays, ainsi que de la saison, la durée de séjour et le type de voyage), de la résistance du parasite, et de l'existence d'éventuelles contre-indications chez le voyageur.

- Le tableau reprend de plus amples informations sur les médicaments indiqués dans la prévention de la malaria.

- La malaria pendant la grossesse est dangereuse pour la mère et pour le fœtus, et la malaria par *P. falciparum* peut, chez les jeunes enfants, avoir rapidement une issue fatale. L'OMS déconseille dès lors les voyages dans des régions où la malaria est endémique et le risque de transmission élevé aux femmes enceintes et aux familles avec des bébés ou des enfants en bas âge.

- Les médicaments ne passent pas suffisamment dans le lait maternel pour assurer une protection du nourrisson: celui-ci doit donc encore recevoir lui-même une dose.

- Une immunité (protégeant contre une forme grave de la maladie ou la mort) n'est obtenue qu'après des infections répétées pendant plusieurs années successives: elle disparaît rapidement (après 6 mois à quelques années) lorsqu'il n'y a plus d'exposition. Tout voyageur tropical doit donc être considéré comme non immun; cela vaut également pour les allochtones qui vont en voyage dans leur pays d'origine.

- Au cours des trois premiers mois qui suivent un retour des tropiques, il convient en cas de fièvre pendant plus de 24 heures d'envisager une malaria par *P. falciparum*. L'absence de réaction à temps entraîne

Tableau: médicaments utilisés dans la prévention de la malaria

	Durée de traitement	carte OMS de la malaria*	Adulte	Enfant
Chloroquine (Nivaquine®)	à partir d'une semaine avant le départ jusqu'à 4 semaines après le retour	Zone A	300 mg par semaine en une prise (considérée comme sûre pendant la grossesse et la période d'allaitement)	5 mg/kg par semaine en une prise
Proguanil (Paludrine®) + chloroquine (Nivaquine®)	à partir du jour avant le départ jusqu'à 4 semaines après le retour (jusqu'il y a peu, il était recommandé de débuter une semaine avant le départ)	Zone B	<ul style="list-style-type: none"> - Proguanil: 200 mg par jour en une ou deux prises (considéré comme sûr pendant la grossesse; en cas de prise prolongée; prise supplémentaire d'acide folique 0,5 mg p.j.; considéré comme sûr pendant la période d'allaitement) - Chloroquine: 100 mg par jour en une prise (considérée comme sûre pendant la grossesse et la période d'allaitement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Proguanil: 3 mg/kg par jour - Chloroquine: 1,5 mg/kg par jour
Méfloquine (Lariam®)	à partir de 3 semaines avant le départ jusqu'à 4 semaines après le retour**	Zone C	250 mg par semaine en 1 prise (considérée comme sûre pendant le deuxième et troisième trimestres de la grossesse, et pendant la période d'allaitement; est déconseillée pendant le premier trimestre de la grossesse en raison du manque d'expérience***)	<ul style="list-style-type: none"> - < 3 mois ou < 5 kg: non recommandée - 5 mg/kg par semaine en une prise (préparation magistrale à base de la spécialité Lariam®)
Association fixe atovaquone + proguanil (Malarone® 250/100 ; Malarone Junior® 62,5/25)	à partir du jour précédent le départ jusqu'à 7 jours après le retour****	Zone B + C	1 compr. par jour (au cours du repas) (contre-indiquée pendant la grossesse et la période d'allaitement en raison du manque d'expérience)	<ul style="list-style-type: none"> - < 5 kg: non recommandée (jusqu'il y a peu, pas recommandée chez les enfants de moins de 11 kg) - 5-8 kg: ½ compr. Junior par jour - 8-10 kg: ¾ compr. Junior par jour - 11-20 kg: ¼ compr. pour adulte ou 1 compr. Junior par jour - 21-30 kg: ½ compr. pour adulte ou 2 compr. Junior par jour - 31-40 kg: ¾ compr. pour adulte ou 3 compr. Junior par jour (au cours du repas)
Doxycycline (attention: risque de photosensibilisation)	à partir du jour précédent le départ jusqu'à 4 semaines après le retour	Zone C	100 mg par jour en une prise (contre-indiquée pendant la grossesse et la période d'allaitement)	<ul style="list-style-type: none"> - < 8 ans: contre-indiquée - ≥ 8 ans: 2 mg/kg par jour en une prise (mais pas plus que la dose adulte)

* Voir carte de l'Organisation Mondiale de la Santé via <http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/malaria/world2/05.jpg>

** Carte recommandation pour objectif de tester la tolérance à la méfloquine. Si ce délai n'est plus possible, le traitement doit être débuté le plus rapidement possible. Au besoin, la méfloquine peut être prise à raison d'un comprimé par jour pendant les deux jours précédents le départ, puis 1 comprimé par semaine.

*** Les Centers for Disease Control américain ne mentionnent pas de contre-indication pendant le premier trimestre de la grossesse, vu les données encourageantes.

**** Si la prise de Malarone® ne débute que durant le séjour dans une région où la malaria est endémique, il convient de le prendre jusqu'à 4 semaines (et non pas 7 jours) après le retour.

encore chaque année quelques cas de décès par malaria en Belgique.

- Après le retour d'un voyage dans une région endémique pour la malaria, les voyageurs doivent attendre 6 mois avant de faire

un don de sang total ou de certains éléments sanguins (les patients ayant fait la malaria doivent attendre 3 ans). Cette restriction n'est pas d'application lorsqu'il s'agit seulement d'un don de plasma.

En bref

- En prévention du **mal du transport** (mal du voyage), un traitement préventif médicamenteux peut être envisagé chez les personnes sensibles. Des antihistaminiques H₁ avec un effet antiémétique (entre autres prométhazine, diphenhydramine, dimenhydrinate, méclozine) ou des gastroprokinétiques (métoclopramide, dompéridone), administrés ½ à 1 heure avant le départ, constituent le traitement de premier choix; il existe en Belgique une association de l'antihistaminique H₁ cinnarizine et de dompéridone (Touristil®). Lors de voyages de longue durée, une deuxième dose peut être envisagée après 6 heures. Ces médicaments peuvent aussi être utilisés pendant la grossesse, sauf le dompéridone pour lequel les données sont limitées [voir Folia de juin 2002]. Chez les enfants de moins de 2 ans, il est préférable d'éviter les médicaments contre le mal du transport, vu le manque de données cliniques; de plus, le mal du transport ne survient que rarement chez ces enfants. Certains antihistaminiques H₁ peuvent provoquer une sédation prononcée (attention par exemple en cas de conduite automobile).

- Il ressort d'un article de synthèse sur le **jet-lag** paru récemment dans le *Lancet* [2007; 369:1117-29] qu'il n'existe pas encore de remède univoque pour prévenir ou traiter le jet-lag. Outre quelques mesures non médicamenteuses, certains recommandent la mélatonine. En ce qui concerne la mélatonine dans le jet-lag, les données restent contradictoires: une *Revue Cochrane* a apporté des preuves d'un effet favorable [voir Folia d'avril 2004], contrairement à une méta-analyse récente [*Brit Med J* 2006;332:385-8, avec un éditorial 2006;332:373-4]. Il existe en outre peu de données concernant l'innocuité de la mélatonine; il est suggéré que la mélatonine contrecarre l'effet des anticoagulants oraux et diminue le seuil convulsif.

Depuis 1997, la délivrance de médicaments à base de mélatonine était interdite en Belgique. Cette interdiction a été levée l'an dernier (Moniteur belge du 9 mai 2006). Cela signifie que la mélatonine peut maintenant être délivrée: il n'existe cependant pas de spécialité en Belgique (ni pour autant que l'on sache ailleurs dans le monde), mais elle peut être prescrite en magistrale. La vente de denrées alimentaires contenant de la mélatonine reste interdite.