

Note

Le virus du vaccin contre la fièvre jaune n'est pas transmissible (sauf par transfusion sanguine, par voie transplacentaire ou par l'allaitement, mais la transmission par ces voies-là n'a pas provoqué la maladie jusqu'à présent). La vaccination est toutefois suivie d'une phase de virémie, mais il n'y a pas de vecteur (moustique *Aedes*) et le virus vaccinal n'est pas excrété par les voies classiques (voies respiratoires, via les urines ou les selles, la peau...). Une personne vaccinée contre la fièvre jaune ne doit donc pas éviter le contact avec une personne immunodéprimée.

Il n'est pas non plus nécessaire d'éviter le contact après administration du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, du vaccin oral contre la fièvre typhoïde ou du vaccin contre la varicelle (dans ce dernier cas: sauf si la personne vaccinée développe une éruption cutanée). Après une vaccination par le vaccin oral contre la polio (qui n'est plus utilisé en Belgique), il convient par contre d'éviter le contact avec un patient immunodéprimé. En cas de vaccination contre le rotavirus, il est conseillé de respecter les consignes d'hygiène supplémentaires pendant au moins une semaine.

CREMES SOLAIRES

Une exposition minimale "saine" au soleil est souhaitable, entre autres pour assurer une synthèse adéquate de vitamine D. Un certain nombre de changements dans le comportement de la population occidentale (p. ex., voyages plus fréquents vers des régions ensoleillées, l'idée erronée que la peau bronzée est un signe de bonne santé) font que beaucoup plus de personnes qu'auparavant s'exposent de façon répétée et excessive au soleil. Une telle exposition a cependant des conséquences néfastes.

- Apparition de coups de soleil et de rougeurs de la peau (érythème): provoquée surtout par les rayons UVB (longueur d'onde de 290-320 nm).
 - Vieillesse prématurée de la peau: provoquée surtout par les rayons UVA (longueur d'onde de 320-400 nm).
 - Apparition de cancers de la peau et de cataracte, et dépression du système immunitaire: provoquée tant par les rayons UVA que UVB.
- limiter l'exposition au soleil durant les heures de midi en été, et porter à ces moments-là des vêtements protecteurs sont

des mesures de précaution importantes. Les crèmes solaires protégeant contre les rayons UVA et UVB peuvent prévenir les coups de soleil et ralentir le vieillissement de la peau; on ne dispose cependant pas de preuves définitives démontrant qu'elles diminuent le risque de cancer de la peau. Les crèmes solaires ne bloquent jamais complètement les rayons UV, et leur usage ne doit pas être une raison pour prolonger l'exposition au soleil.

Choix de la crème solaire

- En 2007, la Commission européenne a approuvé un nouvel étiquetage pour les crèmes solaires, ce qui permet une meilleure comparaison des produits et un choix plus rapide du produit approprié. On prévoit à cet effet quatre degrés de protection: "faible protection", "protection moyenne", "haute protection" et "très haute protection" (voir tableau).
- Le degré de protection anti-UVB est exprimé par l'indice protecteur ou la valeur "SPF" (*Sun Protecting Factor*): il s'agit du rapport entre le temps pour voir apparaître un érythème minimal sur une peau protégée

par de la crème solaire, et le temps pour voir apparaître un érythème équivalent sur une peau non protégée, constaté dans des conditions de laboratoire. La protection contre les coups de soleil est proportionnelle à la valeur SPF (un produit avec un SPF de 30 protège deux fois mieux qu'un produit avec un SPF de 15), mais il n'est pas établi que ce soit également le cas pour la protection

contre les autres effets nocifs du soleil. Pour les peaux adultes normales, une valeur SPF de 15 à 25 sera généralement suffisante.

- Le symbole  sur l'étiquette signifie que l'indice de protection anti-UVA correspond à au moins 1/3 de l'indice de protection anti-UVB. On admet qu'un tel rapport est nécessaire pour une protection optimale.

Tableau. Etiquetage des produits contre les coups de soleil

Degré de protection	Indice de protection anti-UVB (SPF)	Indice de protection anti-UVA
Faible protection	6 ou 10	
Protection moyenne	15 ou 20 ou 25	
Haute protection	30 ou 50	
Très haute protection	50+	

On optera toujours pour un produit protégeant contre les rayons UVA et UVB. Le choix doit également tenir compte des facteurs suivants: le type de peau (les peaux claires qui brûlent rapidement, ont besoin d'un produit à protection plus élevée que les peaux mates), l'âge (les enfants ont toujours besoin au moins d'un produit à "haute protection") et le degré d'exposition (en cas d'exposition extrême, par exemple sous les tropiques, ou en cas d'exposition importante, par exemple, sur la plage ou en cas d'activité extérieure de longue durée, il est nécessaire d'opter pour une protection plus élevée qu'en cas d'exposition modérée en fin d'après-midi par exemple). On évitera de préférence les produits solaires contenant des parfums, étant donné le risque de photodermatoses.

Comment utiliser correctement les crèmes solaires ?

- Il est important d'appliquer les crèmes solaires en quantité suffisante (35 g pour la protection de tout le corps d'un adulte moyen), de préférence 15 à 30 minutes avant l'exposition au soleil. Si la quantité

appliquée est moindre, la protection diminue fortement.

- L'application des crèmes solaires (y compris « waterproof ») doit être renouvelée toutes les deux heures, surtout par exemple après avoir nagé, ou en cas de travaux au soleil, de transpiration ou de frottement avec les vêtements. Jusqu'à 90% des rayons UV traversent les nuages légers; la protection est donc également indiquée les jours d'été légèrement nuageux.

- Certaines données indiquent que les répulsifs à base de DEET diminuent l'effet protecteur des crèmes solaires; inversement, les crèmes solaires n'auraient pas d'effet sur l'efficacité de DEET. Le *Groupe d'Etude Scientifique de la Médecine des Voyages* belge conseille actuellement d'appliquer le DEET simultanément à la crème solaire, mais d'utiliser une crème solaire à plus fort indice de protection ou de prévoir des mesures de protection solaire supplémentaires.

- Une peau bronzée (par le soleil ou le banc solaire) ne protège que très peu contre les

rayons UVB (comparable à un SPF de 2 à 3) et pas du tout contre les rayons UVA. Une peau bronzée doit donc elle aussi être protégée.

Remarque supplémentaire

- Les rayons UV d'un banc solaire sont au moins aussi nocifs pour la peau que ceux du soleil. L'utilisation de crèmes so-

laires sous le banc solaire peut donner un faux sentiment de sécurité. Les séances de bronzage sur un banc solaire sont déconseillées.

Note

Les références de cet article sont disponibles sur notre site Web (www.cbip.be).

INSTAURATION D'UN TRAITEMENT PREVENTIF DE LA MALARIA

Vous trouverez une information détaillée sur la prévention médicamenteuse de la malaria sur le site Web de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) (www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/Fconsensus09.pdf), dans les Folia de mai 2007 et de mai 2009, et au chapitre 8.3.2. "Antipaludéens" du Répertoire Commenté des Médicaments. Le présent article vous informe du moment à partir duquel il convient de débiter le traitement préventif de la malaria.

Les médicaments utilisés dans la prévention de la malaria doivent être administrés quelques jours ou quelques semaines avant l'arrivée dans une région endémique. L'intérêt est de tester la tolérance et/ou d'atteindre un taux plasmatique du médicament suffisamment élevé, de façon à assurer une protection dès l'arrivée ("dose de charge").

- Chloroquine: 1 semaine avant l'arrivée dans une région où sévit la malaria (dose de charge).
- Méfloquine: 2, ou de préférence 3 semaines avant l'arrivée dans une région où sévit la malaria (idéalement, 3 comprimés doivent avoir été pris avant l'arrivée dans la région endémique: dose de charge, et test de tolérance chez les personnes n'ayant jamais pris de la méfloquine auparavant; attention surtout aux effets indésirables psychiques). S'il n'est plus possible de débiter le trai-

tement dans ce délai de 3 semaines, l'IMT émet les conseils suivants.

- Pour les voyageurs ayant déjà pris et bien supporté la méfloquine antérieurement: 1 comprimé (c.-à-d. la dose hebdomadaire préventive normale) par jour pendant 3 jours, juste avant l'arrivée dans la région endémique (jour 0-1-2), le quatrième comprimé est pris au jour 7, ensuite un comprimé par semaine.
- En cas de première utilisation: 1 comprimé (c.-à-d. la dose hebdomadaire préventive normale) par jour pendant 2 jours, par exemple 10 jours avant l'arrivée dans la région endémique (jour 0-1), le troisième comprimé est pris au jour 7 afin de vérifier, quelques jours avant l'arrivée dans la région endémique, si les 3 premiers comprimés sont bien supportés (les effets indésirables surviennent en effet souvent – mais pas toujours – dès la prise des premiers comprimés).
- Association fixe atovaquone + proguanil: 1 jour avant l'arrivée dans une région où sévit la malaria (dose de charge).
- Doxycycline: 1 jour avant l'arrivée dans une région où sévit la malaria (dose de charge); chez les personnes présentant une faible tolérance gastro-intestinale, commencer éventuellement le traitement quelques jours avant l'arrivée.