
ETE, VOYAGES ET MEDICAMENTS : MISE A JOUR

Un article sur l'été, les voyages et les médicaments paraît chaque année dans le numéro des Folia de mai. Nous vous renvoyons entre autres aux Folia de mai 2007. Vous trouverez ci-dessous quelques informations supplémentaires.

Vaccination contre l'hépatite A

Nous renvoyons aux Folia de mai 2007 pour les recommandations générales concernant la vaccination contre l'hépatite A chez les voyageurs. Comme abordé de façon plus détaillée dans les Folia d'avril 2009, des foyers de cas d'hépatite A surviennent de temps à autre en Belgique, parmi les jeunes enfants d'immigrés qui sont partis en vacances dans leur famille dans une région endémique et qui en reviennent infectés: la vaccination de ce groupe à risque devrait être prioritaire.

Antibiotiques en cas de diarrhée du voyageur [voir aussi Folia de mai 2007]

Dans le cadre de la diarrhée du voyageur, un auto-traitement par des antibiotiques se justifie dans certains cas. Chez l'adulte, une quinolone (ciprofloxacine, norfloxacine ou ofloxacine) est généralement le premier choix. Depuis l'été 2008, le Groupe d'Etude Scientifique de la Médecine des Voyages belge recommande d'utiliser uniquement l'azithromycine en cas de voyages vers l'Asie (de l'Inde à l'Extrême-Orient); les quinolones ne sont plus recommandées en aucun cas pour cette destination en raison de la résistance prononcée de campylobacter. La dose est de 500 mg par jour en une prise (en cas d'amélioration insuffisante, poursuivre le traitement pendant une durée totale de 2 à 3 jours). L'azithromycine est toujours le premier choix chez les femmes enceintes ainsi que chez les enfants (5 à 10 mg/kg/jour).

Prévention de la malaria chez les femmes enceintes et les enfants [voir aussi Folia de mai 2007]

- L'OMS déconseille aux femmes enceintes de voyager dans des régions où la malaria est endémique et le risque de contamination élevé. Si le voyage ne peut pas être reporté, on peut administrer de la chloroquine (éventuellement en association au proguanil) ou de la mèfloquine à titre de prévention médicamenteuse (le choix dépendra entre autres de la destination, du risque de contamination et de la résistance du parasite). Pour ce qui est de la mèfloquine, il convient d'être particulièrement vigilant lors de son utilisation pendant le premier trimestre de la grossesse: il n'y a pas d'indices de tératogénicité mais l'expérience reste limitée [voir aussi *New Engl J Med* 2008;359:603-12]. En ce qui concerne l'usage de répulsifs en période de grossesse, le DEET constitue un bon choix, mais la concentration ne peut pas dépasser 20 à 30%, et il est recommandé d'éliminer le produit lorsqu'une protection n'est plus nécessaire. *La Revue Prescrire* [2009;29:238] est plus prudente et déconseille l'usage de répulsifs pendant le premier trimestre de la grossesse; elle souligne l'importance de mesures générales, telles que le port de vêtements couvrants (de préférence de couleur claire et suffisamment épais, éventuellement imprégnés de perméthrine) et l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée de perméthrine.

- Le DEET est également un bon premier choix comme répulsif chez l'enfant (concentration de 20 à 30% maximum). Quelques conseils pour un usage sûr du DEET chez l'enfant: ne l'utiliser qu'à partir de l'âge de 2 mois, réduire au maximum la surface cutanée enduite de DEET (porter autant que possible des vêtements couvrants, voir ci-dessus), éviter l'application du répulsif sur les mains de l'enfant vu le contact fréquent avec les yeux et la bouche, éliminer le produit lorsqu'une protection n'est plus nécessaire, conserver le répulsif hors de la portée

des enfants. [www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/fimedasso3.pdf, www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/Fconsensus08.pdf, *La Revue Prescrire* 2009;29:238]

Photodermatoses d'origine médicamenteuse [voir *Folia* de juin 2000 et de mai 2006]

Un article de synthèse récent, paru dans *La Revue Prescrire* [2009 ;29 :188-92] propose un rappel des médicaments qui augmentent la sensibilité aux rayons UV et peuvent de ce fait provoquer des réactions cutanées en cas d'exposition au soleil. Il s'agit surtout de brûlures (type « coup de soleil » avec rougeur, et éventuellement phlyctènes), de lésions eczématiformes, d'urticaire, de pigmentation ou d'onycholyse. Les médicaments responsables sont principalement les tétracyclines (la doxycycline probablement plus que la minocycline), les quinolones, l'amiodarone, les antipsychotiques de la classe des phénothiazines, le méthotrexate, les AINS (par voie systémique et locale), les sulfamidés (antibactériens, hypoglycémiants), les thiazides et les diurétiques de l'anse. Si l'exposition au soleil ne peut être évitée chez les personnes traitées par un médicament susceptible de provoquer une photodermatose, il convient de porter autant que possible des vêtements couvrants. Les crèmes solaires à indice de protection élevé offrent un certain degré de protection, mais ne sont pas toujours efficaces. Certaines substances sont utilisées à des fins thérapeutiques pour leur effet photosensibilisant (les psoralènes dans le cadre de la PUVA-thérapie, la vertéporfine dans la thérapie photodynamique oculaire dans le cadre de la dégénérescence maculaire). En ce qui concerne la PUVA-thérapie, il est recommandé d'éviter autant que possible l'exposition directe au soleil durant les premières 8 heures après le traitement, et d'enduire éventuellement de crème solaire les parties du corps découvertes. Un patient traité par la vertéporfine ne peut pas être exposé au soleil durant les 48 heures qui suivent l'administration (vêtements couvrants et lunettes de soleil); les crèmes solaires n'ont pas d'effet protecteur.

Risque de thrombose veineuse lors de longs voyages [voir aussi *Folia* de mai 2007]

Le risque de thrombose veineuse est accru lors de voyages en position assise prolongée, particulièrement chez les patients qui présentent d'autres facteurs de risque thrombo-emboliques. Certaines mesures peuvent être prises pour diminuer ce risque. (1) Eviter le port de vêtements trop serrés, boire suffisamment et bouger régulièrement les jambes. (2) Porter des bas de contention jusqu'aux genoux, choisir une place assise du côté du couloir. (3) Administrer à titre préventif (au plus tard 2 à 6 heures avant le départ) une héparine de bas poids moléculaire (pour la dose, voir Répertoire chap. 1.9.2.1.2.) aux patients qui ne prennent pas d'antagoniste de la vitamine K. L'instauration d'un traitement préventif par de l'acide acétylsalicylique n'a pas de place ici. Selon le niveau du risque de thrombo-embolie veineuse, les mesures suivantes peuvent être recommandées.

- En l'absence de facteurs de risque thrombo-emboliques supplémentaires, notamment en cas de vol > 8 heures ou de distance > 5.000 km: mesure (1).
- En cas de risque modéré (vol > 8 heures ou distance > 5.000 km, **et** obésité, varices prononcées, grossesse, traitement hormonal de substitution, usage de contraceptifs oraux ou tabagisme, ou immobilité relative): mesures (1) et (2).
- En cas de risque élevé (vol > 8 heures ou distance > 5.000 km, **et** antécédents de thrombo-embolie veineuse, hypercoagulabilité (p.ex. facteur V de Leiden), intervention majeure 6 semaines avant le vol – y compris arthroplastie du genou ou de la hanche, ou malignité): mesures (1), (2) et (3).

Ces recommandations sont également d'application en cas de longs voyages en autobus, p.ex. en autobus de nuit. [www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/NDVT.pdf; *The Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(09)60209-9 (Early online 19/02/09); *Chest* 2008;133:381-453S]