

Voyages et Médicaments

## Prévention de la malaria

- Cet article discute de la prévention de la malaria et non du traitement. Dans des cas exceptionnels, lors de voyages dans des régions à haut risque, il peut toutefois être indiqué d'avoir un traitement d'urgence à disposition; il est alors souhaitable d'obtenir les conseils d'un spécialiste avant le départ.
- Des mesures préventives contre les piqûres de moustiques (entre autres moustiquaire et répulsifs) entre le coucher et le lever du soleil restent essentielles, même lorsqu'une prophylaxie médicamenteuse est utilisée. En ce qui concerne les répulsifs, cliquez ici.
- La décision d'instaurer une prophylaxie médicamenteuse (chimioprophylaxie) de la malaria et le choix du médicament doivent toujours se faire de manière individuelle pour chaque voyageur (entre autres en fonction de la destination, des conditions de séjour). En Afrique subsaharienne, la chimioprophylaxie reste presque toujours nécessaire; en Asie et en Amérique latine, le risque de malaria est très variable et des mesures préventives contre les piqûres de moustiques suffisent dans la plupart des régions.

La malaria peut mettre la vie en danger, et l'éviction des piqûres de moustiques ainsi que la chimioprophylaxie sont donc très importants lors de certains voyages.

### 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; dormir sous une moustiquaire imprégnée de perméthrine ou de deltaméthrine (à moins que les fenêtres et ouvertures ne soient protégées par des moustiquaires); enduire toutes les 4 à 6 heures les parties découvertes du corps avec un insectifuge (répulsif; le mieux étudié: DEET; voir article "Bon usage des répulsifs").
- Ces mesures restent importantes, même lorsque la prophylaxie médicamenteuse est utilisée.

### Chimioprophylaxie

La chimioprophylaxie réduit fortement le risque de maladie grave due à *Plasmodium falciparum* (la variante la plus dangereuse), mais elle ne prévient ni les infections ni les attaques ultérieures par *P. vivax* ou *P. ovale*. La décision d'instaurer ou non une chimioprophylaxie et le choix du médicament doivent se faire de manière individuelle pour chaque voyageur, en tenant compte de facteurs tels que le pays et la région de destination, la saison, la durée et les conditions du séjour, la possibilité d'obtenir sur place un diagnostic et un traitement fiables de la malaria, ainsi que de facteurs individuels tels que la tolérance aux médicaments. Pour des avis détaillés et actualisés par pays, voir [www.medecinedesvoyages.be](http://www.medecinedesvoyages.be) > "Choisissez un pays". La chimioprophylaxie est presque toujours nécessaire en Afrique subsaharienne ; en Asie et en Amérique latine, le risque de malaria est très variable et les mesures préventives contre les piqûres de moustiques suffisent dans la plupart des régions, à condition qu'il soit possible d'obtenir sur place un diagnostic et un traitement fiables de la malaria.

- Les **médicaments** utilisés pour la chimioprophylaxie sont les suivants.
  - Pour les **zones impaludées du groupe B** (p.ex. Haïti, Caraïbes): chloroquine (plus disponible en Belgique; peut être importée de l'étranger) ou hydroxychloroquine. L'IMT propose également l'association atovaquone + proguanil comme alternative pour la zone B. Pour la posologie et la durée du traitement, voir Tableau 11b. dans le Répertoire.
  - Pour les **zones impaludées du groupe C** (majeure partie de l'Afrique, certaines régions d'Asie et d'Amérique latine) : doxycycline ou l'association atovaquone + proguanil, éventuellement méfloquine. La méfloquine est de moins en moins utilisée en raison d'effets indésirables potentiels. Pour la posologie et la durée du traitement, voir Tableau 11b. dans le Répertoire.

La m&efloquine est de moins en moins utilisée en chimioprophylaxie, principalement en raison des effets indésirables potentiels : insomnie et r&eves anormaux (> 10%) ; vertiges, effets indésirables psychiques (entre autres anxiété, dépression, confusion et hallucinations) (1 à 10%) et psychose, convulsions et idées suicidaires (incidence estimée à 0,01-0,02%). Des antécédents de troubles neuropsychiatriques constituent une contre-indication. Depuis 2014, il est obligatoire de donner une "carte d'avertissement"<sup>1</sup> à tous les patients qui prennent de la m&efloquine. Si la m&efloquine n'a jamais été utilisée auparavant, elle doit être instaurée au moins 3 semaines avant le départ. Dans les zones fortement endémiques de l'Indochine (les r&egions frontalières de la Birmanie avec la Thaïlande et la Chine, entre la Thaïlande et le Cambodge, entre le Vietnam et le Cambodge), il faut tenir compte des pourcentages de r&esistance à la m&efloquine supérieurs à 50%.

- Chez les **femmes enceintes**, les médicaments suivants peuvent être utilisés : chloroquine, hydroxychloroquine, m&efloquine, atovaquone + proguanil. La doxycycline peut, pour des raisons impérieuses et lorsqu'aucune alternative n'est disponible, être utilisée pendant le 1<sup>er</sup> trimestre, mais elle est contre-indiquée pendant le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre.

Il est en général déconseillé aux femmes enceintes d'entreprendre des voyages vers des régions où la malaria est endémique et où le risque de contamination est élevé, certainement lorsqu'il s'agit de régions présentant une résistance importante aux médicaments antimalariaques plus anciens (zones impaludées du groupe C). Si un voyage a tout de m&eme lieu, une pr&eacute;vention maximale est recommandée, d'une part au moyen de mesures insectifuges (entre autres moustiquaires et r&eupsifs), et d'autre part au moyen d'une chimioprophylaxie. Le r&eupsif DEET 20 à 30 % est à pr&eacute;férer chez la femme enceinte [voir article « Bon usage de r&eupsifs »]. En ce qui concerne la grossesse et le **choix de la prophylaxie antimalariaque**, il y a lieu de tenir compte des mesures suivantes<sup>2</sup>.

#### *Les femmes qui sont enceintes et voyagent vers une r&egion endémique.*

- Chloroquine, hydroxychloroquine et m&efloquine: elles peuvent être utilisées quel que soit le stade de la grossesse. Aucun effet tératogène ou embryotoxique n'a été mis en évidence. Pour l'hydroxychloroquine, les données sont limitées.
- Association atovaquone + proguanil: les données disponibles n'indiquent pas de risque accru pour l'enfant à naître mais les données sont limitées, certainement pour l'atovaquone. Pour raison impérieuse et si l'il n'existe pas d'alternative, cette association peut être utilisée, quel que soit le stade de la grossesse.
- Doxycycline: son utilisation pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse est acceptable pour des raisons impérieuses et si aucune alternative n'est disponible (aucun indice d'un effet nocif); son utilisation pendant les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres est, en fonction de la source, déconseillée ou contre-indiquée, et ce en raison des effets nocifs sur le développement ultérieur des os et des dents chez le fœtus.

#### *Les femmes qui tombent enceintes pendant un traitement préventif antimalariaque.*

Aucun des médicaments antimalariaques à titre préventif (chloroquine, hydroxychloroquine, m&efloquine, atovaquone + proguanil, doxycycline) ne justifie d'envisager une interruption de grossesse.

- Les **personnes issues de l'immigration** qui résident depuis un certain temps déjà en Belgique, sous-estiment souvent le risque de malaria lors de voyages vers leur pays d'origine: l'immunité qu'une personne immigrée a éventuellement développée antérieurement disparaît lorsqu'elle vit quelque temps (on suppose déjà après environ six mois, et certainement après une ou plusieurs années) dans un pays non endémique. Ces personnes doivent donc, comme les touristes, appliquer les mesures de protection en cas de séjour dans leur pays d'origine.
- En cas d'apparition de fièvre jusqu'à 3 mois après un voyage en zone tropicale, il faut toujours penser à la malaria!

## Sources générales

Site Web de l'Institut de Médecine Tropicale:

- [> Destinées aux experts > MEDASSO >Hoofdstuk 3: Malaria](http://www.reisgeneskunde.be)
- [> Maladies et vaccinations > Malaria \(paludisme\)](http://www.medecinedesvoyages.be)

## Sources spécifiques

<sup>1</sup> Carte d'avertissement Lariam® disponible en cliquant sur le «triangle orange» en regard de la spécialité Lariam® (m&efloquine) dans le Répertoire ou directe via <https://www.afmps.be/sites/default/files/downloads/Lariam%20patient%20FR.pdf>

<sup>2</sup> <http://www.itg.be/Files/docs/Reisgeneskunde/nzwangerschap.pdf>; Drugs in pregnancy and lactation (G. Briggs en R. Freeman; 11ème édition; version en

ligne); <http://lecrat.fr>; Lareb: geneesmiddelen bij zwangerschap ([www.lareb.nl/teratologie-nl](http://www.lareb.nl/teratologie-nl) > Ik ben zorgverlener > Geneesmiddelen bij zwangerschap)

## Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

### Rédacteurs en chef: ([redaction@cbip.be](mailto:redaction@cbip.be))

T. Christiaens (Universiteit Gent) et  
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

### Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.