

patient care

VOL 29

N°6

LA REVUE
DE LA FORMATION
CONTINUE

ISSN 0770-3929 - ÉDITION BELGE - JUIN-JUILLET 2006
Mensuel, excepté juillet et août - Bureau de dépôt: Gand X
www.medisurf.be

**Dans ce numéro,
vous lirez en outre:**

Le médecin de famille face aux
enfants de couples séparés

Docteur, j'ai de nouveau
des problèmes d'estomac!

L'analyse d'urines

Les fonctions exécutives
centrales: de quoi s'agit-il?

Le suivi du patient infecté
par le VIH

La médication antitabagique:
quelques nouveaux modes
d'utilisation



Pédiatrie

Le scrotum aigu de l'enfant

9



Pathologie des voyages

**En visite dans la famille
au pays natal**

13



Gériatrie

**La prévention de la chute:
à quoi faut-il être attentif?**

46

Autorisation de fermeture Gand X n° BC 5917



Les articles
de gériatrie sont
constitués en
collaboration avec la
SOCIÉTÉ BELGE
DE GERONTOLOGIE
ET DE GÉRIATRIE

Pathologie des voyages

En visite dans la famille au pays natal

De nombreux allochtones africains et asiatiques retournent passer quelques semaines dans leur pays d'origine, afin de rendre visite à leur famille ou leurs amis. Ces voyageurs constituent un groupe-cible particulier qui mérite une attention spéciale. En effet, ils séjournent souvent dans des conditions à risque tout en étant très peu conscients des dangers.

F. Van Gompel
A. Van den Daele
K. Van de Winkel

Coordination rédactionnelle:
K. Wils

Visiting Friends and Relatives

La population d'allochtones qui rentrent pour quelque temps dans leur pays d'origine est variée. En Belgique, il s'agit principalement de personnes issues du Maghreb, de la Turquie et de l'Afrique sous-saharienne. Dans une moindre mesure, s'y ajoutent d'autres origines telles que le Proche et le Moyen-Orient, l'Asie, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud. Ces dernières années, la population d'immigrés a sensiblement augmenté; elle constitue aujourd'hui une part importante des touristes qui se rendent sous les tropiques: en Grande-Bretagne et aux États-Unis, ces personnes représentent respectivement 40% et 27% des voyageurs à destination de l'Afrique.

Les Africains d'origine sous-saharienne constituent une population de réfugiés vivant depuis plusieurs années déjà en Occident. Souvent, ils sont séparés de leurs proches. Leur famille s'agrandit régulièrement en Occident et après quelques années, il devient impératif de resserrer les liens avec la famille restée au pays. On les appelle parfois les VFR (*Visiting Friends and Relatives*).

Un conseil indispensable

Généralement, un voyage en Afrique avec toute la famille représente un trou énorme dans le budget. Le voyage en avion n'est pas bon marché; en outre, la plupart des familles emportent des cadeaux pour leurs proches. Dès lors, ces familles sont souvent tentées de faire des économies sur les frais connexes tels que les visites répétées chez le médecin pour un conseil détaillé en matière de voyage, les différents vaccins ou encore la prophylaxie antipaludéenne et autres médicaments indispensables dans la pharmacie de voyage.

Pourtant, la consultation préventive n'a rien de superflu pour les VFR: après une longue absence des tropiques, beaucoup perdent de vue un certain nombre des risques sanitaires partout présents en Afrique ou en Asie. À l'égard des traitements occidentaux, ces personnes maintiennent souvent des préjugés tenaces, inspirés par les médecines traditionnelles de type animiste. Par ailleurs, il leur arrive de mal évaluer la fréquence des maladies. Par conséquent, le conseiller devra recourir à une approche convaincante pour présenter

clairement tous les éléments et expliciter certains concepts médicaux.

Claudine est une mère célibataire d'origine togolaise; elle vit en Belgique depuis 1997. Elle a 3 enfants: une fille de 16 ans, Cécile, et deux fils de respectivement 13 et 6 ans, Émile et Maurice. Dans deux mois, elle a l'intention de retourner dans son pays natal avec ses enfants, afin de rendre visite à sa famille. Ce sera sa première visite depuis 1997. Elle se rendra d'abord dans la capitale, Lomé, où habite sa famille. Ensuite, ils iront voir le grand-père maternel de ses enfants; celui-ci vit avec sa femme à Tabligbo, à 60 km à l'intérieur des terres. Ils feront le voyage de la capitale à Tabligbo en utilisant les moyens de transport locaux. Au total, ils passeront 14 jours dans ce pays d'Afrique de l'Ouest. Pendant leur séjour, ils logeront et mangeront bien entendu dans la famille.

Depuis 1998, Claudine est connue comme patiente VIH. Elle est depuis longtemps sous trithérapie antirétrovirale: Combivir[®], Stocrin[®] et Viread[®]. Son observance thérapeutique est excellente;



d'un point de vue immunologique et virologique, la situation est sous contrôle. Lors des derniers tests de laboratoire, le taux de CD_4 était de $479/\mu l$; la charge virale est indécélable. Pour l'instant, Claudine ne présente aucun problème aigu. Les enfants sont tous VIH-négatifs.

Maurice, le plus jeune fils, est né en Belgique. Les deux autres enfants sont nés au Togo mais ils n'ont que peu voire pas de souvenirs de leur pays natal. Ils ne partagent pas l'enthousiasme de leur mère pour le voyage projeté.

Financièrement, la famille n'est pas très à l'aise; toutefois, elle est en ordre de mutuelle, de sorte qu'une partie des vaccinations sera remboursée pour les enfants.

Socialement, la famille est très bien intégrée. Cependant, la mère rencontre certains problèmes de communication, essentiellement en raison du niveau peu

élevé de sa scolarité et de sa connaissance limitée du français et du néerlandais. La plupart du temps, sa fille de 16 ans réussit à clarifier les choses; en outre, elle prend souvent l'initiative dans les conversations.

Les recommandations qui suivent s'appliquent aux VFR dans le cadre d'un voyage en Afrique de l'Est, de l'Ouest ou en Afrique centrale. En ce qui concerne les vaccinations de base et les conseils de prévention, elles ne diffèrent guère de celles qui sont en usage pour un voyage vers d'autres territoires. Pour l'Afrique du Nord, le Proche ou le Moyen-Orient, il n'est pas nécessaire d'envisager la vaccination contre la fièvre jaune ni la prévention du paludisme. De même, la vaccination contre la fièvre jaune ne s'impose pas pour un voyage en Afrique du Sud ou en Asie, ni dans un certain nombre de territoires

d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Pour les détails d'une éventuelle chimioprophylaxie du paludisme, nous renvoyons au site de l'IMT; le lecteur pourra y trouver des conseils adaptés à chaque pays ou région.

Vaccinations obligatoires

- La **fièvre jaune** est une infection virale souvent fatale; elle ne se rencontre que dans certains pays d'Amérique du Sud et d'Afrique. On ne dispose d'aucun médicament contre la fièvre jaune. Par contre, il existe un vaccin très efficace et très bien toléré: en une seule injection, il offre une protection de 100% pendant 10 ans.

Chez 10 à 30% des patients vaccinés, on peut voir apparaître un léger syndrome grippal après quelques jours; celui-ci se solde par une incapacité de travail dans moins de 1% des cas. Les réactions allergiques sont très rares. Ces dernières années, des effets secondaires potentiellement fatals n'ont été observés que très exceptionnellement et uniquement après une primovaccination: ils ne dépassent pas 1/200 000 à 300 000 doses. Le risque semble surtout majoré chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Chez ces patients, il faudra donc pondérer les avantages et les inconvénients extrêmement rares de la vaccination, en tenant compte de la destination et du type de voyage.

La vaccination a lieu dans un centre reconnu par le service de santé national. C'est la seule maladie pour laquelle le voyageur doit pouvoir présenter un certificat officiel de vaccination (le livret jaune) à l'entrée ou à la sortie des zones où règne la fièvre jaune.

Les enfants sont vaccinés à partir de 1 an; dans des circonstances exceptionnelles, ils peuvent l'être à partir de 6 mois. Les enfants plus jeunes ne sont pas vaccinés en raison du risque d'encéphalite. Normalement, on ne vaccine pas les femmes enceintes. Chez les personnes dont l'immunité est diminuée,

il faut pondérer les avantages et les risques. Les patients VIH-positifs doivent présenter un taux de CD₄ d'au moins 400/μl. Les sujets ayant subi une thymectomie pour thymome ne peuvent pas être vaccinés.

Au Togo, le risque de contracter la fièvre jaune est permanent. Le vaccin peut être administré sans problèmes aux trois enfants de Claudine; leur âge et leur état de santé ne constituent pas une contre-indication. La mère peut également être vaccinée: son taux de CD₄ est suffisamment élevé.

- Le **choléra** est caractérisé par de multiples selles aqueuses pouvant rapidement donner lieu à une déshydratation. Cette maladie affecte les pauvres qui vivent dans des conditions d'hygiène extrêmement mauvaises et qui sont généralement sous-alimentés. Même dans une zone d'épidémie, le risque de contracter le choléra est inexistant pour le voyageur en bonne santé qui respecte les mesures bien connues afin d'éviter la diarrhée du voyageur.

Le vaccin injectable contre le choléra est peu efficace; en outre, il a souvent des effets secondaires. L'administration inutile d'injections douloureuses étant médicalement contre-indiquée, le vaccin anticholérique n'est plus administré. En Belgique, il n'est plus disponible sur le marché. Certains pays recourent à un vaccin oral, dont l'efficacité est plus grande mais de courte durée. Ce vaccin n'est pas disponible en Belgique.

En dépit des défauts des vaccins existants, quelques pays africains exigent encore un certificat de vaccination. Pour éviter les problèmes à l'aéroport ou aux frontières, il est parfois intéressant de rédiger un certificat de vaccination sous la forme d'un «certificat de contre-indication à la vaccination».

Dans le carnet de vaccination, on appose un cachet «vaccination contre-indiquée – durée indéterminée».

La famille vivra dans les mêmes conditions que la population locale; dès lors, il est crucial de bien expliquer les mesures d'hygiène de base en matière de nourriture et de boissons.

Vaccinations de base

- Les préparatifs du voyage constituent un moment idéal pour mettre à jour la vaccination contre **le tétanos et la diphtérie**. Pour la plupart des individus, en particulier pour les jeunes, un rappel tous les 10 ans suffit même si le dernier vaccin remonte à plus de 10 ans. Si, par le passé, le patient a été complètement vacciné et que la dernière injection remonte à plus de 20 ans, il n'est pas nécessaire de refaire la série complète de 3 injections. On recommande alors deux injections à 6 mois d'intervalle; la seconde injection est surtout nécessaire pour garantir une bonne protection contre la diphtérie. Dans l'incertitude d'une vaccination de base complète, la série consistera en deux injections à un mois d'intervalle, puis une troisième injection 6 à 12 mois plus tard.

- Depuis 1967, tout Belge doit obligatoirement être vacciné contre la **polio** au moyen d'un vaccin oral: «la cuillère». Depuis 2001, on utilise un vaccin injectable. Généralement, la vaccination de base confère une protection à vie.

La polio a disparu de l'ensemble du continent américain, de la région OMS de l'Europe et de la région du Pacifique. Le virus circule encore dans quelques pays d'Afrique et dans certaines parties de l'Asie, essentiellement en Inde. Si le patient projette un voyage en Afrique ou en Asie, il est donc important d'envisager une vaccination de rappel contre la polio. Après une vaccination de base complète, un rappel unique à l'âge adulte garantit une protection à vie.

Les enfants sont complètement vaccinés contre le tétanos, la diphtérie et la polio. Seule la fille aînée a raté le rappel diphtérie-tétanos effectué à l'école à l'âge de 15 ans. On saisit l'occasion pour lui administrer une dose de Revaxis® (tétanos, diphtérie, polio). La mère reçoit elle aussi une injection unique de Revaxis®.

- Depuis 1985, le vaccin trivalent contre **la rougeole, les oreillons et la rubéole** est disponible gratuitement pour la vaccination des enfants. La première dose est administrée à l'âge de 12 mois, avec un rappel autour de 11-12 ans.

Suite à l'exposition naturelle au virus, les personnes nées avant 1960 ont presque certainement des anticorps contre la rougeole et les oreillons. Ce n'est pas le cas pour les personnes non vaccinées qui sont nées en 1960 ou après et qui n'ont pas fait d'infection rougeoleuse clinique. Chez ces personnes, la vaccination antirougeoleuse doit être ajoutée aux vaccinations de voyage si la destination est un pays du tiers-monde. L'OMS recommande 1 injection chez l'adulte et 2 injections chez les adolescents, comme le stipule le calendrier belge des vaccinations. La vaccination a toujours lieu au moyen du vaccin trivalent.

Les enfants sont complètement vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. La mère possède certainement des anticorps naturels; elle est donc protégée à vie.

Chez les personnes dont l'état de vaccination est inconnu, notamment les enfants adoptés, le schéma de vaccination est repris depuis le début. Vous pouvez consulter les fiches consacrées à la vaccination de rattrapage chez les enfants et les adultes sur le site du Service Public Fédéral de Santé Publique (www.health.fgov.be/CSH_HGR). Cliquez sur la rubrique «Avis

et Recommandations» et introduisez «vaccination de rattrapage» dans le moteur de recherche.

Dans le cas où le schéma de vaccination a été interrompu, il suffit de poursuivre avec les doses manquantes, sans recommencer le schéma dans sa totalité. Les doses antérieurement administrées gardent leur efficacité.

Vaccinations conseillées

- Les indications de la vaccination contre l'hépatite A et B et la fièvre typhoïde ont déjà été abordées en détail dans un précédent article publié dans cette revue.*

Seul Émile a acquis une immunité contre l'hépatite B par le biais du programme de vaccination scolaire. Chez Cécile, on commence le schéma classique pour l'hépatite B: 2 doses adultes à un mois d'intervalle de façon à ce qu'elle ait déjà développé une certaine protection au moment du départ. Le schéma sera complété au cours de l'année. Le cadet sera probablement vacciné ultérieurement à l'école mais ce voyage comporte quand même un risque de transmission: il peut être infecté via le contact étroit avec les enfants locaux et de petites plaies – lésions de grattage ou morsures. Le même risque de transmission existe pour l'ensemble de la famille d'adoption d'enfants africains HB-ag-positifs.

Tous les membres de la famille ont des anticorps contre l'hépatite A sauf Maurice, 6 ans, qui est né en Belgique. On propose à ce dernier le vaccin combiné contre l'hépatite A et B (Twinrix® Junior): deux doses à un mois d'intervalle et un rappel après 6 mois. Il serait encore plus sûr de recourir à un schéma accéléré, en administrant 3 doses du vaccin contre l'hépatite B aux jours 0, 7 et 21. De cette façon, l'immunité contre l'hépatite B serait plus rapidement à niveau

chez Cécile et Maurice. Toutefois, cette administration accélérée n'est financièrement pas envisageable pour tout le monde.

Après une vaccination complète contre l'hépatite, les jeunes présentent des anticorps de réponse dans plus de 95% des cas et une protection à vie. C'est important à savoir car la probabilité est grande que Claudine effectue encore un voyage au Togo par la suite.

Les conditions de voyage ne seront pas idéales: la famille mangera et logera chez les proches. Pour cette raison mais aussi à cause du statut VIH de la mère, on administre à chacun des voyageurs un vaccin contre la typhoïde.

• La méningite à méningocoques

du groupe A et, depuis quelques années, du groupe W135 est «hyperendémique» dans ce qu'on appelle la «ceinture de la méningite», une zone semi-désertique de 600 km de large située au sud du Sahara (le Sahel). D'ouest en est de l'Afrique, cette zone s'étend de la Mauritanie, la Gambie et le Sénégal à l'Éthiopie.

Les épidémies surviennent surtout au cours de la période qui commence pendant les mois d'hiver secs et plus froids (fin décembre à février) et se termine au début de la saison des pluies (juin, exceptionnellement début juillet). Parfois, des épidémies sont signalées dans d'autres pays voisins ou plus lointains.

La vaccination est effectuée au moyen du vaccin polysaccharidique tétravalent ACWY; elle est répétée tous les 3 ans. Cette vaccination est conseillée pour les voyageurs qui circulent dans la ceinture de la méningite durant la saison critique et qui entrent en contact étroit avec la population locale. Font partie de cette catégorie les personnes qui voyagent avec les transports publics et passent la nuit dans des *local guesthouses*, ainsi que les migrants qui reviennent au pays natal et logent dans leur famille. Les personnes

qui séjournent plus de 4 semaines dans la zone à risque sont également candidates à la vaccination. Pour les pèlerins de La Mecque, la vaccination contre la méningite est obligatoire.

Le site de l'IMT propose un commentaire détaillé de la vaccination contre la méningite méningococcique.

Pour la méningite méningococcique, seul le nord du Togo est à considérer comme une zone à risque; la famille ne s'y rend pas. En outre, Claudine et ses enfants partent début juillet. À ce moment, le risque d'infection est déjà fortement réduit car la saison des pluies a alors commencé; le pic épidémique disparaît en peu de temps. La vaccination n'est donc pas nécessaire.

- Le site de l'IMT offre un commentaire détaillé de la vaccination contre la rage, ainsi que des informations sur les indispensables soins à apporter à la plaie après une morsure d'animal.

Au cours du voyage, un membre de la famille pourrait être mordu par un chien errant, un petit singe ou un autre petit mammifère susceptible d'être atteint de la rage. Le risque est accru chez les enfants, qui ne signalent pas toujours avoir été mordus ou avoir approché un animal. Par conséquent, les indications de la vaccination antirabique doivent être abordées. Sur la base des données qui figurent sur le site de l'IMT, le voyageur informé peut décider avec le médecin s'il souhaite ou non se faire vacciner. Par ailleurs, le vaccin est onéreux.

Le voyage ne dure que 14 jours et la famille vit tout près de la capitale: la vaccination n'est pas vraiment nécessaire. Toutefois, Claudine et ses enfants doivent être sérieusement informés du risque.

Prévention du paludisme

En Afrique, le paludisme reste un

* Van de Winkel K, Van den Daele A, Van Gompel F. Voyage en Thaïlande. Patient Care 2006; 29 (5): 9-14.

Tableau 1

Éléments qui doivent retenir l'attention lors de l'information sur la prévention du paludisme

Lorsqu'on prescrit une prophylaxie antipaludéenne à un VFR et à la famille de celui-ci, il convient de prendre en considération les points suivants:

- souligner l'importance d'une protection physique contre les piqûres de moustiques.
- uniformiser la prévention: le même médicament pour toute la famille.
- viser une administration aussi simple que possible.
- donner suffisamment d'explications à propos de la dose à prendre, de la fréquence d'administration, de la durée de la prophylaxie et des possibles effets secondaires.

danger non négligeable pour les voyageurs en général et pour les VFR en particulier. Souvent, les amis et les membres de la famille qui reviennent au pays sous-estiment le problème. Ils oublient avoir perdu leur immunité, qui n'était d'ailleurs que partielle. En outre, leurs enfants nés en Belgique n'ont jamais acquis une quelconque immunité. Lorsque le VFR loge dans la famille au pays natal, il lui est souvent très difficile de prendre les mesures de protection élémentaires.

La prévention des piqûres de moustiques est capitale. L'Anophèle ne pique qu'entre la tombée de la nuit et le lever du jour; il est de petite taille et ne fait presque pas de bruit.

Le soir, le voyageur portera idéalement des vêtements de couleur claire qui couvrent les bras et les jambes. Les parties du corps non couvertes seront enduites d'un répulsif à base de DEET, dosé de 20 à 50%. Pour les enfants et les femmes enceintes, on préférera un dosage entre 20 et 30%. L'application doit être renouvelée après 4 à 6 heures, ce qui signifie que la nuit n'est pas entièrement couverte. Les répulsifs sans DEET ont été moins étudiés.

La chambre à coucher sera préservée des moustiques grâce à des moustiquaires placées aux fenêtres, à des plaquettes anti-moustiques chauffées électriquement ou au conditionnement d'air. Au-dessus du lit, on suspendra une moustiquaire imprégnée de perméthrine ou de deltaméthrine; les bords de la moustiquaire seront rentrés en-dessous du matelas. Si ces mesures sont correctement mises en œuvre, le risque de paludisme est réduit d'au moins 80 à 90%. Par la suite, la moustiquaire imprégnée peut être utilisée par les membres de la famille restés en Afrique.

Par ailleurs, la prophylaxie médicamenteuse est de rigueur afin de réduire sensiblement le risque de paludisme. L'OMS a catalogué l'Afrique comme faisant partie de la zone de paludisme la

plus sévère (C). L'encadré ad hoc propose un aperçu des différents produits envisageables pour la prophylaxie médicamenteuse.

La combinaison des diverses mesures de prévention évoquées réduit le risque de paludisme de près de 100%. Toutefois, le danger de contagion n'est jamais totalement écarté. Dès lors, en cas de fièvre survenant à partir de la 2^e semaine du séjour jusqu'à 3 mois après le retour des tropiques, il faut toujours penser à une possible infection paludéenne, même si le médicament prescrit a été correctement pris.

Le tableau 1 présente un résumé des principaux points auxquels il faut être attentif lors de l'information du patient sur la prévention du paludisme.

La mère et les deux enfants les plus âgés ont quitté le Togo il y a 9 ans déjà; on doit donc considérer qu'ils n'ont plus aucune immunité contre le paludisme. Au Togo, la maladie est endémique. Les conditions de séjour de la famille ne sont pas idéales et la durée du voyage est de 2 semaines. Par conséquent, Claudine et ses enfants courent un risque élevé d'être exposés au parasite du paludisme. Outre la protection contre les moustiques, on prescrira une prophylaxie au moyen de méfloquine. Cette stratégie offre des avantages: l'uniformité de la prévention et la prise hebdomadaire. Le mode d'administration sera discuté en détail. On s'attachera à adapter la dose pour les enfants de moins de 45 kg et on évoquera les possibles effets secondaires.

Il est très important de procéder à un test de tolérance suffisamment à l'avance. La procédure en est décrite dans l'encadré.

Pour la mère, un problème supplémentaire se pose. En effet, l'antirétroviral Stocrin[®] peut provoquer des cauchemars, tout comme la méfloquine. La concertation avec un centre spécialisé est ici indispensable. En cas d'éventuelle intolérance, l'alternative consiste à administrer de la doxycycline. Cependant, ce médicament induit plus souvent une photosensibilisation. En outre, chez les patients VIH-positifs, il est plus souvent associé à des infections fongiques. L'association d'atovaquone et de proguanil n'est peut-être pas indiquée en raison de son coût élevé; toutefois, sa tolérance est excellente et le risque d'interactions avec les antirétroviraux est très faible.

Problèmes liés au VIH

La mère est une patiente VIH dont la maladie est bien contrôlée grâce au traitement. En soi, la maladie n'est pas un obstacle au voyage. Cependant, il est important d'informer les patients VIH des risques possibles, notamment lorsque l'immunité est diminuée et que le voyage se déroule dans de mauvaises conditions d'hygiène. Il faut également évoquer la manière dont le patient doit agir s'il tombe malade sur place. Cela requiert en tout cas un avis spécialisé. En Belgique, les hôpitaux universitaires et quelques autres grands hôpitaux disposent aussi bien d'une *travel clinic* que d'un centre de revalidation SIDA.

Prophylaxie du paludisme en Afrique

Atovaquone + proguanil^a

- 1 comprimé par jour, 1 jour avant le départ et jusqu'à 7 jours après le retour
- à prendre idéalement au moment du repas ou avec une boisson lactée, tous les jours au même moment
- peut être pris pendant plusieurs mois (plus longtemps que les 28 jours mentionnés dans la notice)
- efficace à >95%
- contre-indication: insuffisance rénale sévère
- effets secondaires très rares: légers troubles gastro-intestinaux, aphtes (proguanil)

Méfloquine^b

- 1 comprimé par semaine, à jour fixe
- avec le repas du soir, jusqu'à 4 semaines après le retour
- efficace à >95%

• contre-indications

- épilepsie, dépression, problèmes psychiatriques, crises d'angoisse
- certains troubles du rythme cardiaque
- mauvaise tolérance lors d'une précédente utilisation
- désir de grossesse ou premier trimestre de la grossesse

• instaurer le traitement préventif

– Si le médicament n'a encore jamais été pris, on procédera d'abord à un **test de tolérance**. Le patient doit avoir pris au moins 3 comprimés avant son départ. À cet effet, il reçoit 1 comprimé par semaine pendant 2 à 3 semaines avant le départ.

Le schéma suivant est un exemple classique:

prendre 1 comprimé par semaine, en commençant un peu plus de 2 semaines avant le départ;

sur place, prendre 1 comprimé par semaine.

– Si le médicament avait été bien toléré précédemment, on prescrira une dose de charge de 2 comprimés avant le départ. On prescrit 1 comprimé par semaine en commençant 8 à 10 jours avant le départ. En cas de manque de temps, le patient prend 1 comprimé par jour durant les 2 jours qui précèdent le départ. Ensuite, il prendra 1 comprimé par semaine.

• effets secondaires

– À condition d'effectuer une bonne présélection, la plus grande partie des individus supportent la méfloquine sans problème. On veillera à donner au patient une information détaillée. Le médicament peut être pris pendant plusieurs mois, voire plusieurs années si nécessaire.

– Les possibles **symptômes d'intolérance** sont: vertiges gênants, insomnie, cauchemars, agitation, sensation de dyspnée, variations inhabituelles de l'humeur, abattement, sentiments dépressifs, anxiété inexplicable, céphalées, palpitations et, rarement, problèmes gastro-intestinaux. Les symptômes d'intolérance peuvent parfois apparaître tardivement; ils peuvent être déclenchés par le stress, un excès de fatigue et/ou l'insomnie. Si les effets secondaires deviennent trop gênants, on envisagera d'arrêter la méfloquine et on passera à un autre schéma.

– **L'épilepsie et les hallucinations** sont extrêmement rares (1/10 000). Il faut alors arrêter immédiatement et définitivement le traitement.

• alternatives

On peut sans problème passer à un autre produit, si nécessaire du jour au lendemain.

– **Atovaquone + proguanil^a** (1 comprimé par jour). Si le traitement n'a été instauré que pendant le séjour dans la zone de paludisme, la prise du médicament doit être poursuivie jusqu'à 28 jours (et non 7 jours) après avoir quitté cette zone. Le produit peut être pris pendant plusieurs mois mais il faut tenir compte de son coût. Son efficacité est >95%.

– **Doxycycline^c** (1 comprimé à 100 mg ou 1/2 comprimé à 200 mg/jour). Le traitement commence 1 jour avant le départ et est poursuivi jusqu'à 4 semaines après avoir quitté la zone de paludisme. Les enfants de moins de 8 ans et les femmes enceintes ne peuvent pas recevoir ce traitement. La doxycycline doit être prise en position assise, avec une grande quantité de liquide, ou pendant le repas. Elle peut parfois provoquer des infections fongiques au niveau de la bouche ou des organes génitaux ainsi qu'une éruption phototoxique (allergie au soleil). Son efficacité est >95%.

– **Chloroquine^d** (1 comprimé par jour) + **proguanil^e** (2 comprimés par jour). L'association est prise au moment du repas. Le traitement commence 1 semaine avant le départ et est poursuivi jusqu'à 4 semaines après le retour ou la sortie de la zone de paludisme. Les effets secondaires possibles comprennent problèmes gastro-intestinaux, aphtes et prurit.

Dans un certain nombre de pays d'Afrique occidentale, l'efficacité est encore de 60 à 70%. Toutefois, dans la plupart des autres endroits de la zone C, elle est en général inférieure à 50%.

a. Malarone

b. Lariam

c. Vibratap et génériques

d. Nivaquine

e. Paludrine

Source: Votre santé pendant le voyage. www.itg.be.

Dans le cas présent, en collaboration avec le voyageur, le médecin de la *travel clinic* recherchera dans le pays de destination une *health care facility*; celle-ci devra disposer du savoir-faire et des médicaments nécessaires pour traiter d'éventuelles complications du VIH.

Il faut également insister sur l'observance thérapeutique: la question pose souvent problème chez les patients VIH qui reviennent au pays. Ces patients redoutent la stigmatisation par la famille. Suite aux circonstances, ils oublient de prendre leurs médicaments ou pensent que l'arrêt momentané du traitement ne peut pas leur faire de tort.

Certains antirétroviraux doivent être conservés au frais. De ce point de vue, l'association que prend Claudine ne requiert aucune mesure particulière. Toutefois, un avis spécialisé est néces-

saire quant à la réserve de médicaments à prescrire.

Accidents de la circulation

Chez les voyageurs des tropiques, les accidents de la circulation restent la cause de décès la plus fréquente. Il n'est donc pas superflu de rappeler les dangers de la circulation. On conseillera au voyageur de payer un peu plus pour un moyen de transport correct plutôt que de sauter dans un *taxi-brousse* bondé et dépourvu de freins. Il est absolument déconseillé de rouler après le coucher du soleil. En effet, il n'est pas rare que les véhicules venant en sens inverse soient dépourvus de phare avant gauche en état de fonctionner.

Après la capitale, la famille poursuivra son voyage vers l'arrière-pays. Claudine ignore encore dans quelles conditions le

trajet se déroulera. Toutefois, il est probable qu'ils utiliseront les transports locaux tels les taxis-bus. On soulignera les dangers liés à ce type de transports.

Schistosomiase

La schistosomiase ou bilharziose est une maladie helminthique. On peut la contracter en nageant ou en se baignant dans de l'eau douce contaminée. Le ver est présent dans la majeure partie de l'Afrique et dans certaines zones d'Amérique du Sud, ainsi que du Proche et de l'Extrême-Orient. Le site de l'OMS propose des cartes définissant les zones à risque par pays.

Le risque de bilharziose est maximal dans les eaux stagnantes. La contamination est possible dans les lacs de retenue mais aussi dans les rivières, que celles-ci soient petites, grandes, rapides ou lentes. Aucun vaccin n'existe à ce jour. Il est

Estrogel®
ESTRADIOL-17B

UTROGESTAN®
Progestérone micronisée Capsules molles

DERMESTRIL®
SEPTEM
ESTRADIOL-17B, patch



donc préférable de ne pas se baigner ou nager en eau douce. Si l'on s'est aventuré dans des eaux potentiellement contaminées, on effectuera de préférence un contrôle incluant une sérologie et une éosinophilie 3 mois plus tard. Dans les premiers mois suivant l'éventuelle exposition, on peut exceptionnellement voir apparaître certaines complications sévères telles des urines sanglantes ou une paralysie. Dans ce cas, il faut immédiatement consulter un spécialiste.

La pharmacie de voyage

Les principaux produits de la pharmacie de voyage sont les médicaments contre la **diarrhée du voyageur*** et les désinfectants pour les **petites plaies** (pas d'antiseptique volatil).

On mettra l'accent sur la prévention de ces affections, ainsi que sur la prise ou l'utilisation correcte des médicaments précités. On abordera également en détail l'importance de la réhydratation en cas de diarrhée.

Comportement sexuel à risque

Il conviendrait d'évoquer les risques d'hépatite B, de VIH et autres MST, ainsi que l'intérêt d'une contraception avec la fille de 16 ans. Dans de nombreuses communautés africaines, la sexualité constitue encore un énorme tabou. Par conséquent, on sondera prudemment la possibilité de parler du comportement sexuel. Il se peut que le sujet doive être abordé en privé avec la jeune fille.

Tuberculose

Par l'utilisation des transports publics ou les nuitées dans les *local guest-houses*, certains voyageurs des tropiques ont des contacts relativement étroits avec la population locale. Chez ces voyageurs, le risque de contamination tuberculeuse est de 3,5/1 000 mois de voyage, soit environ 4% par an. De ces personnes, 10% développent tôt ou tard une tuberculose.

Le vaccin BCG n'offre qu'une

protection partielle contre la tuberculose clinique. Chez les enfants, ses effets sont très variables: dans les études de vaccination au moyen du BCG, 0 à 80% des sujets étaient protégés. Pour l'instant, on considère que l'effet protecteur moyen est de 50% pour la tuberculose pulmonaire. La protection contre la méningite tuberculeuse et la tuberculose miliaire oscillerait autour de 80%. La durée maximale de la protection est estimée à 10-15 ans. La vaccination présente l'inconvénient de compliquer l'interprétation du test de Mantoux; dès lors, ce dernier devient moins utile en tant qu'outil diagnostique.

Pour les voyageurs normaux, la vaccination n'est pas indiquée. L'OMS recommande de vacciner les enfants et les jeunes adultes qui proviennent de pays où la tuberculose est très rare et qui séjourneront au moins quelques mois dans les zones d'endémie. Chez les enfants jusqu'à 5 ans, l'administration du vaccin BCG peut se défendre lorsque le risque d'exposition est important. Ce risque comprend: un séjour prolongé dans un pays du tiers-monde, un contact étroit avec les populations indigènes et un voyage dans une zone où la prévalence de la tuberculose est élevée. Le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) recommande de vacciner les enfants d'immigrants qui retournent chaque année au pays natal pour les vacances. Il est difficile de savoir si la vaccination ou la revaccination des adultes est réellement justifiée.

Lorsqu'on envisage l'éventuelle vaccination d'un enfant, il faut peser soigneusement les avantages et les inconvénients. La protection, douteuse, doit être examinée à la lumière du coût, des désagréments de la vaccination et du risque d'effets secondaires. Une alternative consiste à effectuer régulièrement un test intradermique à la tuberculine pendant les deux mois suivant le retour. Quiconque souhaite un conseil en matière d'indication de la vaccination peut prendre contact avec le FARES (www.fares.be).

En Belgique, le vaccin BCG n'est pas disponible dans le commerce; toutefois, il peut être commandé à l'étranger par le pharmacien. Le FARES dispose de ce vaccin en réserve, de même que les départements de pédiatrie et de médecine du travail de certains hôpitaux universitaires; au besoin, ils peuvent l'administrer sur place.

En Afrique occidentale, la contamination par le bacille de la tuberculose n'est pas inconcevable, surtout si on a des contacts étroits avec la population locale, comme cela sera le cas ici. La séropositivité de la mère est une raison supplémentaire d'être particulièrement attentif à la maladie.

Affections cutanées

Une fois arrivés sur place, les allochtones en visite dans leur pays natal sont exposés à un certain nombre d'ectoparasites pouvant provoquer des affections cutanées. Celles-ci comprennent la gale, le tinea capitis/corporis, le tungiasis, la myase et la larve migrante. La prévention en est difficile voire impossible. De ce fait, le voyageur doit songer à consulter son médecin lorsqu'il présente des lésions cutanées, prurigineuses ou non, qui sont apparues pendant le voyage ou immédiatement après celui-ci.

Problèmes psychosociaux

Claudine n'a pas revu son pays natal depuis de longues années. De ce fait, elle peut avoir des attentes irréalistes en ce qui concerne les retrouvailles avec sa famille. Un phénomène comparable existe probablement dans le chef de sa famille. Cette situation peut créer des tensions, des frustrations ou même des disputes. Vu la courte durée du séjour, Claudine et ses proches seront incapables d'envisager toutes les questions qui leur trottent dans la tête. À terme, des problèmes risquent de rester en suspens, non seulement dans le pays natal mais aussi dans le cœur de ceux qui regagnent l'Europe. Ces facteurs, conjugués

au sentiment d'impuissance face à l'impossibilité d'améliorer les conditions de vie dans le pays natal, peuvent être à l'origine d'un stress et de problèmes psychologiques.

En ce qui concerne les enfants, les deux aînés n'ont gardé que de vagues souvenirs du Togo; pour le cadet, ce pays est totalement du domaine de l'inconnu. Tous trois sont habitués à un niveau relativement élevé d'aisance et de confort, en partie déterminé par le recours à certaines facilités technologiques. Cécile, Émile et Maurice sont des enfants scolarisés et ne parlent pas la langue locale. Pour eux, la confrontation avec un monde totalement différent du leur sera brutale. De plus, leur maman ne les aura que partiellement préparés à cette expérience, qui risque dès lors de se révéler perturbante.

Conclusion

Les allochtones qui se rendent dans leur pays d'origine sont encore trop peu souvent conseillés à ce sujet. Pourtant, ils courent des risques non négligeables pour leur propre santé et celle de leurs enfants.

Le médecin qui accompagne la famille de patients allochtones doit réagir activement lorsqu'il apprend que ceux-ci projettent un voyage dans leur pays d'origine. Il peut commencer par donner des conseils en matière de voyage; au besoin, il référera les patients pour une vaccination contre la fièvre jaune ou un avis plus approfondi.

Le conseil aux VFR n'est pas une tâche facile. En raison de la nature du voyage, le VFR courra relativement plus de risques sanitaires que le touriste moyen; le nombre de points à aborder

sera donc plus important. Par ailleurs, le patient a souvent un faible niveau de scolarité et ne maîtrise pas la langue du médecin. Tous ces éléments rendent la consultation complexe; ils induisent en permanence un risque d'incompréhension et de malentendus.

Le **Pr Fons Van Gompel** est interniste et spécialiste en médecine tropicale. Il est médecin en chef des services médicaux de l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) à Anvers. Il est titulaire de la chaire de médecine tropicale et de parasitologie à l'IMT et professeur invité à l'Université d'Anvers. Il est également président du groupe d'étude scientifique belge pour la médecine du voyage et membre du Conseil Supérieur de la Santé, section vaccinations.

Alex Van den Daele est infirmier et coordinateur de la Travel Clinic de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Le **Dr Kristina Van de Winkel** est généraliste et expert en médecine du voyage à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

*Toujours un gel
d'avance!*

*le bien-être en toute
sécurité!*

DUO DE VALEUR

