

vóór en door huisartsen

WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

Verschijnt maandelijks

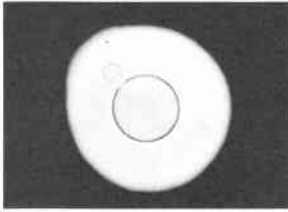
Nummer 251

Juni 2009

Afgiftekantoor: Leuven Mail: P608708



Medische Literatuur



Labo-Mailing

CHEMOPROFYLAXE VAN MALARIA

De aangegeven schema's gelden hoofdzakelijk voor **profylaxe van korte duur (enkele weken tot maanden)**. Steeds zal men het malariarisico afwegen tov de nevenwerkingen van de chemoprofylaxe. Het verschijnen van Nivaquine®- & Paludrine®-resistentie maakt deze geneesmiddelen in de meeste situaties onbruikbaar voor de preventie en de behandeling van *Plasmodium falciparum*. Bij *P. ovale* werd er tot hertoe geen resistentie aan chloroquine beschreven. Sinds 1989 signaleert men in enkele landen (Irian Jaya, Myanmar, Papua Nieuw-Guinea en Vanuata) eveneens het optreden van chloroquine-resistentie bij *P. vivax*. Bij *P. malariae* werd resistentie aan chloroquine beschreven in Indonesië. Profylaxe met alleen chloroquine en/of proguanil wordt enkel nog aanbevolen voor die enkele landen waar er geen resistentie bij *P. falciparum* of geen *P. falciparum* voorkomt. Uitzonderlijk is er bij *P. falciparum* ook tegenover de andere chemoprofylactische malariamiddelen resistentie: doxycycline, mefloquine en Malarone®, die echter allen meer dan 95 % werkzaam blijven (in de grensgebieden van Thailand met Myanmar en met Cambodja zijn er verschillende provincies met resistentiepercentages > 50 % tegen mefloquine). **Geen enkel schema is dus absoluut doeltreffend. Men start de profylaxe steeds vòòr het vertrek.** De meeste gevallen van malaria na verblijf in een endemisch gebied doen zich voor gedurende de eerste 4 weken na de thuiskomst, **zodat het logisch is dat men de profylaxe nog verder neemt gedurende een bepaalde tijd na de reis** – uitzondering is Malarone, waar 7 dagen volstaat.

	Vanaf op voorhand ,	tot na het verlaten van het malariegebied	Maximale duur inname
Malarone®	<u>1 dag</u>	tot <u>7 dagen</u>	maanden
Mefloquine (Lariam®)	<u>1 – 2 weken</u> (maar indien het produkt nooit eerder ingenomen werd <u>2 en liefst 3 weken</u>)	tot <u>4 weken</u>	maanden tot jaren
Doxycycline	<u>1 dag</u> (tenzij men een tolerantietest nuttig acht)	tot <u>4 weken</u>	maanden
Nivaquine® & Paludrine®	<u>1 dag</u> (tenzij men een tolerantietest nuttig acht)	tot <u>4 weken</u>	maanden tot jaren

Aangezien de profylaxe geen waterdicht effect heeft op de pre-erythrocytaire fase (hypnozoïeten in de lever) zijn late recurrenties, na maanden en zelfs jaren, mogelijk met *P. ovale* en *P. vivax* (ook na Malarone®). Verblijft men **geruime tijd in een hoogrisico endemisch gebied** dan kan men overwegen om **eveneens een curatief geneesmiddel (Malarone®)** mee te nemen. Alhoewel chloroquine, proguanil (maar helaas zelden nog voldoende betrouwbaar) en ook mefloquine tot hertoe relatief veilig gebleken zijn **tijdens de zwangerschap (6) is het toch raadzaam om hoogrisico endemische gebieden te vermijden.**

Chemoprophylaxe van malaria voor een volwassene anno 2009 (voor kinderen de dosissen aanpassen) (5)
Men raadplege de landenlijst via www.itg.be → www.reisgeneeskunde.be, of de malariakaart met aanduiding ZONE A, B, C (Belgische Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde) via <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/pg/Nmalaria.htm>.

ZONE A: Chloroquine (Nivaquine®)

Het risico is klein, seizoensgebonden en meestal alleen op het platteland. *P. falciparum* is afwezig (enkel *P. vivax* malaria) of chloroquine gevoelig.

300 mg chloroquine in éénmaal per week (3 tabletten Nivaquine® à 100 mg).

ZONE B: Chloroquine (Nivaquine®) + proguanil (Paludrine®)

Beperkt risico voor *P. falciparum*, meestal afwezig of gering in het centrum van de grote steden. De profylaxe beschermt tegen *P. vivax* (maar beschermt niet tegen de late aanvallen omdat de "hypnozoïeten" in de lever niet geëlimineerd worden), niet altijd tegen *P. falciparum*.

100 mg chloroquine per dag (1 tablet Nivaquine® à 100 mg)

+

200 mg proguanil in éénmaal per dag (2 tabletten Paludrine® à 100 mg).

ofwel

1 tablet **Malarone®** (vaste combinatie van **250 mg atovaquone + 100 mg proguanil**) éénmaal per dag.

ZONE C: Malarone®, doxycycline of mefloquine (Lariam®)

Multipole resistentie bij *P. falciparum*.

- 1 tablet **Malarone®** (vaste combinatie van **250 mg atovaquone + 100 mg proguanil**) éénmaal per dag, niet voor zwangeren (6). **Voor kinderen:** Malarone Junior® 62,5 mg atovaquone en 25 mg proguanil (raadpleeg de bijsluiter) (5).

Eén tablet per dag, te beginnen slechts één dag voor het vertrek en slechts tot zeven dagen na thuiskomst, steeds bij de maaltijd.

Malarone® wordt uitstekend verdragen (49 keer op de 50), en is vooral geschikt voor korte en of onverwachte reizen, maar is ook veilig voor een reisduur langer dan 28 dagen. Malarone® is relatief duur: bespreek steeds de totale kostprijs!

- ofwel **250 mg mefloquine** in éénmaal per week (1 tablet Lariam® à 250mg).

Gezien de mogelijkheid van erg vervelende en uitzonderlijk ernstige nevenwerkingen dient de arts bij het voorschrijven van mefloquine steeds toelichting te verschaffen en een **tolerantietest** van 2-3 weken te voorzien!

Niet voor zwangeren in het eerste trimester of bij zwangerschapswens (6), voor kinderen onder de 5 kg (5), of bij personen met voorgeschiedenis van depressie, epilepsie of psychose! Mefloquine wordt eveneens afgeraden bij personen, die om beroepsredenen een nauwkeurige coördinatie en scherpzichtig nodig hebben (bv. vliegtuigbemanning). De profylaxe met mefloquine is niet meer beperkt tot 3 maanden, en kan dus - in geselecteerde gevallen - veel langer voortgezet worden.

Bij intolerantie voor mefloquine of in geval van tegenaanwijzing of bij relatief korte reizen kan men kiezen voor

- **Doxycycline** (1 tablet van 100 mg/dag), (niet voor kinderen < 8 jaar en zwangere vrouwen) (5, 6) (kan soms aanleiding geven tot schimmelinfecties en fototoxiciteit).
- **Nivaquine®** (1 tablet van 100 mg per dag!) + **Paludrine®** (2 tabletten van 100 mg/dag) bij de maaltijd. Er wordt hier door de Belgische Studiegroep Reisgeneeskunde een verhoogde dosis Nivaquine® aangeraden – zoals in Frankrijk – omdat de combinatie Nivaquine® + Paludrine® in heel wat streken duidelijk minder werkzaam is, tot nagenoeg volledig onwerkzaam in het Verre Oosten.

In het **grensgebied** tussen **Thailand** en **Cambodja** en **Myanmar**, en in **westelijk Cambodja**

(<http://wwwn.cdc.gov/travel/yellowbook/ch4/malaria.aspx#648>) waar falen van mefloquine en verminderde gevoeligheid aan kinine werd gemeld wordt ook een profylaxe met **Malarone®** (1 co per dag) of **doxycycline** (100 mg/d) aangeraden (niet voor zwangeren en kinderen) (5, 6).

In deze gebieden kan het aangewezen zijn een curatieve behandeling te voorzien: kinine met doxycycline of Malarone® (4 tabletten per dag in eenmaal, gedurende drie opeenvolgende dagen) (5, 6).

Langdurige chemoprophylaxe

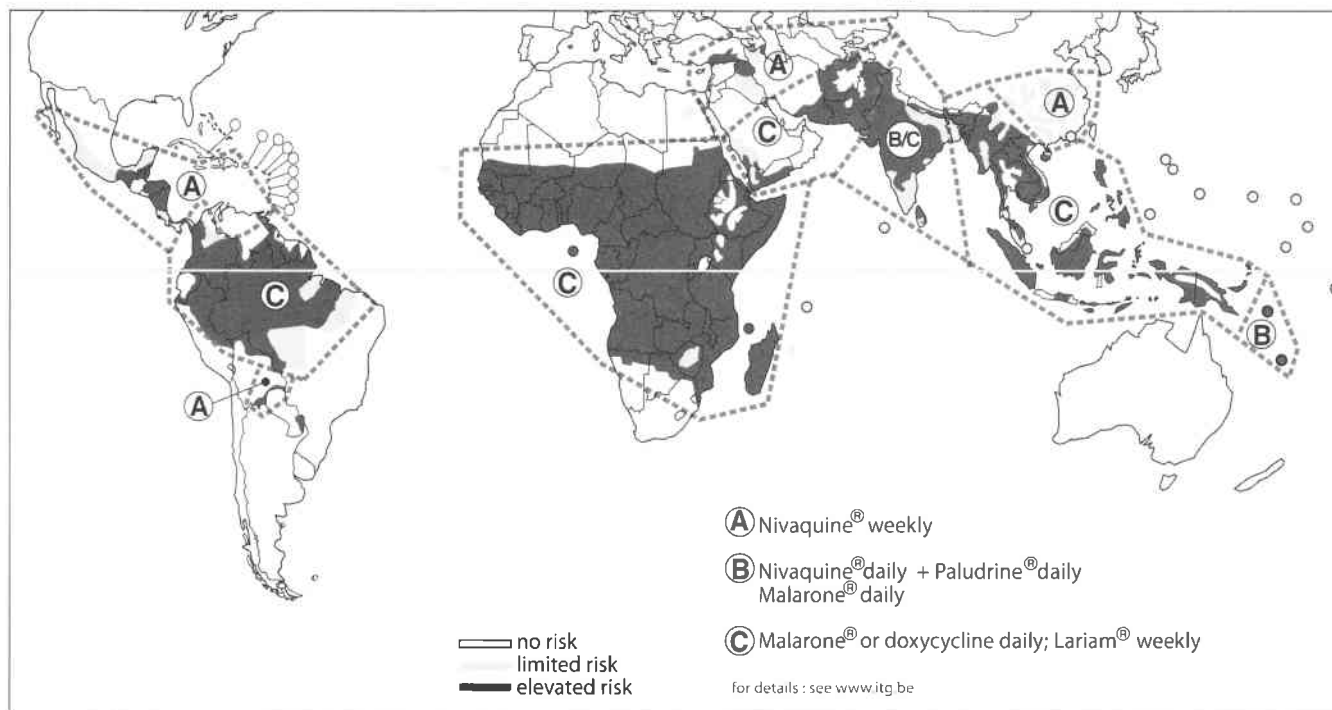
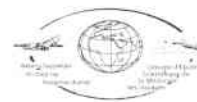
Het langdurige gebruik van mefloquine blijkt geen echte risico's in te houden, eens men het goed blijkt te verdragen (cave oververmoeidheid). Met doxycycline voor langdurige profylaxe (b.v. meer dan 4-6 maanden) is de ervaring beperkt, de beschikbare gegevens zijn echter hoopvol. Malarone® mag meerdere maanden worden ingenomen, maar hou rekening met de kostprijs. Het risico van ernstige nevenwerkingen geassocieerd met langdurige profylaxe met chloroquine en proguanil is laag.

Referenties

1. International Travel and Health. Vaccination requirements and health advice. Ed. 2009 WHO, Genève. Integraal te downloaden (pdf) via <http://www.who.int/ith>
2. Consensus Belgische Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde Juni 2008: <http://www.itg.be> → [reisgeneeskunde.be](http://www.reisgeneeskunde.be) → "informatie voor de deskundige" & "Vaccinaties en malaria-advies per land" (nieuwe update volgt in juli 2009).
3. Medasso: Gezondheidsadviezen voor reizigers. Editie 2008-2009. Medimedia, 1180 Brussel. Integraal als pdf te downloaden via www.itg.be → [reisgeneeskunde.be](http://www.reisgeneeskunde.be) → "informatie voor de deskundige"
NB de vorige geprinte edities van deze uitgave zijn verouderd en niet meer bruikbaar voor actueel advies!
4. Malaria in "Illustrated Lectures Notes on Tropical Medicine". Ed. Van den Enden Erwin ITG. 2009, via www.itg.be → [reisgeneeskunde.be](http://www.reisgeneeskunde.be) → "informatie voor de deskundige"
5. <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/nkinderen.pdf>
6. <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/nzwangerschap.pdf>

B. Van Meensel (MCH, Leuven), A. Van Gompel (Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen), M. Lontie (MCH, Leuven).

Malaria 2007-2008 (source WHO 2005)



<http://www.itg.be/itg/GeneralSite/MedServ/pg/Nmalaria.htm>

NB.: Niet elke reiziger heeft pillen in te nemen. De overgrote meerderheid van de reizigers naar Thailand bijvoorbeeld moeten enkel antimugmaatregelen toepassen. In principe dienen alle reizigers naar Afrika wel tabletten te nemen.

Details zie www.itg.be → reisgeneeskunde.be → informatie per land.

De labomailings kunnen ook op internet worden teruggevonden: <http://www.mcharts.be> (kies 'labo' en vervolgens 'labomailing')

Ten gronde

Traumatologie / Gynaecologie

Traumatische uterusruptuur bij een hoogzwangere en (meer)waarde van het dragen van een autogordel

Minder dan 1% van de zwangere vrouwen die bij een hoogenergetisch ongeval betrokken raken, krijgt een uterusruptuur, maar als het gebeurt, gaat dit vaak gepaard met een catastrofale afloop voor moeder en kind. Verder komt een uterusruptuur buiten de partus zelden voor.

Een paar feiten:

- Een zwangere met een trauma verschilt van een niet-zwangere in pathofysiologische mechanismen, traumamechanismen en gevolgen hiervan en daarom moet er bij de opvang van een zwangere traumapatiënte een gynaecoloog betrokken worden.
- Een abdominaal trauma kan een foeto-maternal transfusie en iso-immunisatie veroorzaken, ongeacht de zwangerschapsduur.