

ZOMER, REIZEN EN GENEESMIDDELEN: ENKELE AANVULLINGEN

Elk jaar verschijnt in het mei-nummer van de Folia een bijdrage over “zomer, reizen en geneesmiddelen”. We verwijzen o.a. naar het themanummer van mei 2007. Hierna volgen enkele aanvullingen.

Vaccinatie tegen hepatitis A

We verwijzen naar de Folia van mei 2007 in verband met de algemene aanbevelingen over vaccinatie tegen hepatitis A bij reizigers. Zoals meer in detail besproken in de Folia van april 2009 ontstaan in België af en toe infectiehaarden van hepatitis A vanuit jonge kinderen van immigranten die op vakantie geweest zijn bij familie in endemische landen en er besmet geraakt zijn: vaccinatie van deze risicogroep zou prioritair moeten zijn.

Antibiotica bij reizigersdiarree [zie ook Folia mei 2007]

In het kader van reizigersdiarree kan zelfbehandeling met antibiotica in bepaalde gevallen gerechtvaardigd zijn. Bij volwassenen is een chinolon (ciprofloxacine, norfloxacine of ofloxacin) meestal de eerste keuze. Voor reizen naar Azië (van Indië tot het Verre Oosten) beveelt de Belgische Wetenschappelijke Studiegroep voor Reisgeneeskunde sinds de zomer van 2008 enkel azithromycine aan; chinolonen worden voor deze bestemming in geen geval nog aanbevolen gezien de uitgesproken resistentie van campylobacter. De dosis bedraagt 500 mg per dag eenmalig (indien onvoldoende beterschap de behandeling voortzetten voor een totale duur van 2 à 3 dagen). Azithromycine is steeds de eerste keuze bij zwangere vrouwen, alsook bij kinderen (5 à 10 mg/kg/dag).

Preventie van malaria: zwangerschap en kinderen [zie ook Folia mei 2007]

- De WGO raadt zwangere vrouwen af om te reizen naar gebieden waar malaria endemisch is en de kans op besmetting hoog. Indien de reis niet kan uitgesteld worden, komen chloroquine (eventueel in combinatie met proguanil) of mefloquine in aanmerking als medicamenteuze preventie (de keuze hangt o.a. af van de bestemming, de kans op besmetting, de resistentie van de parasiet). Voor mefloquine is extra waakzaamheid geboden bij gebruik in het eerste zwangerschapstrimester: er zijn geen aanwijzingen van een teratogeen effect maar de ervaring blijft beperkt [zie ook *New Engl J Med* 2008;359:603-12]. Wat het gebruik van repellants tijdens de zwangerschap betreft, is DEET een goede keuze, maar de concentratie mag niet meer dan 20 à 30% bedragen, en het product wordt best afgewassen wanneer bescherming niet langer nodig is. *La Revue Prescrire* [2009;29:238] is meer terughoudend en raadt gebruik van repellants af tijdens het eerste zwangerschapstrimester; algemene maatregelen zoals beschermende kledij (best licht gekleurde kledij van voldoende dikke stof; eventueel geïmpregneerd met permethrine) en een muskietennet geïmpregneerd met permethrine worden benadrukt.

- DEET is ook een goede eerste keuze als repellant bij kinderen (concentratie van 20 tot max. 30%). Enkele tips voor een veilig gebruik van DEET bij kinderen: slechts gebruiken vanaf de leeftijd van 2 maanden, zo weinig mogelijk huidoppervlak insmeren (zo veel mogelijk beschermende kledij dragen, zie hoger), toepassing op de handen van het kind vermijden gezien het frequent contact met de ogen en de mond, het product afwassen wanneer bescherming niet langer nodig is, de repellant bewaren buiten bereik van kinderen.

[www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/nmedasso3.pdf, www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/Nconsensus08.pdf, *La Revue Prescrire* 2009;29:238]

Fotodermatosen door geneesmiddelen

[zie Folia juni 2000 en mei 2006]

In een recent overzichtsartikel in *La Revue Prescrire* [2009;29:188-92] wordt herinnerd aan de geneesmiddelen die de gevoeligheid voor UV-licht verhogen en op die manier, bij blootstelling aan de zon, verantwoordelijk kunnen zijn voor huidreacties. De reacties zijn vooral verbranding (type zonnslag met roodheid, en eventueel blaarvorming), eczematiforme reacties, urticaria, pigmentatie of onycholyse. De verantwoordelijke geneesmiddelen zijn vooral de tetracyclines (doxycycline waarschijnlijk meer dan minocycline), de chinolonen, amiodaron, de fenothiazine-antipsychotica, methotrexaat, de NSAID's (systemisch en lokaal), sulfamiden (antibacteriële, hypoglykemiërende), thiaziden en lisduretica. Indien, bij mensen behandeld met een geneesmiddel dat fotodermatosen kan uitlokken, blootstelling aan de zon onvermijdelijk is, dient in de mate van het mogelijke beschermende kledij te worden gedragen. Zonnebrandcrèmes met een hoge beschermingsfactor geven een zekere mate van bescherming, maar zijn niet altijd doeltreffend. Een aantal middelen worden therapeutisch gebruikt omwille van hun fotosensibiliserend effect (psoralenen in het kader van PUVA-therapie, verteporfine bij oculaire fotherapie in het kader van maculadegeneratie). Voor PUVA-therapie wordt aanbevolen om gedurende de eerste 8 uur na de behandeling zoveel mogelijk direct zonlicht te vermijden, eventueel met aanbrengen van een zonnebrandcrème op de onbedekte lichaamsdelen. Een patiënt behandeld met verteporfine mag in de 48 uur na toediening niet aan de zon blootgesteld zijn (beschermende kledij en zonnebril); zonnecrèmes beschermen niet.

Risico van veneuze trombose bij langdurige reizen [zie ook Folia mei 2007]

Er is een toename van het risico van veneuze trombose bij reizen die gepaard gaan met langdurig stilzitten, in het bijzonder bij patiënten met andere risicofactoren voor trombo-embolie. Een aantal maatregelen om het risico te verminderen zijn mogelijk. (1) Te nauw aansluitende kledij vermijden, voldoende drinken en regelmatig de benen bewegen. (2) Elastische steunkousen tot de knieën dragen, zitplaats kiezen aan de kant van het gangpad. (3) Preventief (ten laatste 2 à 6 uur vóór vertrek) een heparine met laag moleculair gewicht toedienen (voor de dosis, zie Repertorium hoofdstuk 1.9.2.1.2.) aan patiënten die geen vitamine K-antagonist nemen. Preventief starten van acetylsalicylzuur heeft hier geen plaats. In functie van de grootte van het risico van veneuze trombo-embolie kan het volgende aanbevolen worden.

- In afwezigheid van bijkomende risicofactoren van trombo-embolie, zeker wanneer vlucht > 8 uur of afstand > 5.000 km): maatregel (1).
- Bij matig risico (vlucht > 8 uur of > 5.000 km, **en** obesitas, uitgesproken varices, zwangerschap, hormonale substitutietherapie, gebruik van orale anticonceptiva of rookgedrag, of relatieve immobiliteit): maatregelen (1) en (2).
- Bij hoog risico (vlucht > 8 uur of afstand > 5.000 km, **en** antecedenten van veneuze trombo-embolie, hypercoagulatie (bv. factor V Leiden), majeure ingreep 6 weken voor de vlucht - met inbegrip van knie- of heuparthroplastie-, of maligniteit): maatregelen (1), (2) en (3).

Deze aanbevelingen zijn ook van toepassing voor langdurige busreizen, bv. met een nachtbus. [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]