

Nota

Het virus in het gelekoortsvaccin is niet overdraagbaar (tenzij via bloedtransfusie, transplacentair of via borstvoeding, maar dergelijke transmissie heeft tot op heden geen ziektegevolg gehad). Er is na vaccinatie wel een fase van viremie, maar er is geen vector (*Aedes mug*) en er is geen excretie van het vaccinvirus via de klassieke wegen (respiratoir, urine of stoelgang, huid...). Een persoon die gevaccineerd werd tegen gele koorts moet dus contact met een

persoon met immuundepressie niet vermijden. Contact moet ook niet vermeden worden na toediening van het vaccin tegen bof-mazelen-rubella, orale buiktyfusvaccin en varicella (voor dit laatste: tenzij de gevaccineerde rash ontwikkelt). Na vaccinatie met het orale poliovaccin (niet meer gebruikt in België) moet wel contact met een immuundepressieve patiënt vermeden worden. Na rotavirusvaccinatie wordt aanbevolen gedurende minstens één week extra hygiënemaatregelen te nemen.

ZONNECREMES

Een minimale “gezonde” blootstelling aan de zon is wenselijk, o.a. voor een adequate vitamine D-synthese. Een aantal veranderingen in het gedragspatroon van de Westerse bevolking (bv. frequenter reizen naar zonovergoten gebieden; de ontorechte idee dat een gebruikte huid een teken van gezondheid is) hebben ertoe geleid dat meer mensen dan vroeger zich herhaaldelijk en excessief blootstellen aan de zon. Een dergelijke blootstelling heeft echter een aantal nadelige gevolgen.

- Ontstaan van zonnebrand en roodheid van de huid (erytheem): vooral door de UVB-stralen (golflengte 290-320 nm).
- Vroegtijdige huidveroudering: vooral door de UVA-stralen (golflengte 320-400 nm).
- Ontstaan van huidkanker en cataract, en suppressie van het immuunsysteem: zowel door de UVA- als UVB-stralen.

Het beperken van blootstelling aan de zon tijdens de middaguren in de zomer, en het dragen van beschermende kledij op die momenten zijn belangrijke beschermingsmaatregelen. Zonnecrèmes die beschermen tegen UVA- en UVB-stralen kunnen zon-


nebrand voorkomen en huidveroudering vertragen; er zijn echter geen definitieve bewijzen dat zij het risico van huidkanker verminderen. Zonnecrèmes kunnen de UV-stralen nooit volledig tegenhouden, en hun gebruik mag geen reden zijn om de blootstelling aan de zon te verlengen.

Keuze van zonnecrème





In 2007 werd door de Europese Commissie een nieuwe etikettering voor zonnecrèmes goedgekeurd, die toelaat producten beter te vergelijken en sneller het gepaste product te kiezen. Er worden daarbij vier beschermingsklassen voorzien: “lage bescherming”, “gemiddelde bescherming”, “hoge bescherming” en “zeer hoge bescherming” (zie tabel).

- De UVB-beschermingsgraad wordt uitgedrukt als SPF (*Sun Protecting Factor*)-waarde: het is de verhouding van de tijd waarop zich een minimaal erytheem ontwikkelt op de huid beschermd met zonnecrème, ten opzichte van de tijd om een equivalent erytheem te ontwikkelen op een niet-beschermde huid, vastgesteld in laboratoriumcondities. Er is

lineariteit voor wat betreft de bescherming tegen zonnebrand (een product met SPF=30 beschermt tweemaal zo goed tegen zonnebrand als een product met SPF=15), maar het staat niet vast of dit ook het geval is voor wat betreft de bescherming tegen de andere schadelijke effecten van de zon. Voor een volwasse-

- ne met een normale huid zal een SPF-waarde van 15 à 25 meestal volstaan.
- Het symbool  op het etiket betekent dat de beschermingsfactor tegen UVA minstens 1/3 van de UVB-beschermingsfactor bedraagt. Men neemt aan dat een dergelijke verhouding noodzakelijk is voor een optimale bescherming.

Tabel. Etikettering van de zonnebrandproducten

Beschermingsklasse	UVB-beschermingsfactor (SPF)	UVA-beschermingsfactor
Lage bescherming	6 of 10	
Gemiddelde bescherming	15 of 20 of 25	
Hoge bescherming	30 of 50	
Zeer hoge bescherming	50+	

Er dient steeds te worden gekozen voor een product met bescherming tegen UVA- en UVB-stralen.

Bij de keuze zijn ook volgende factoren belangrijk: het huidtype (iemand met een bleke huid die snel verbrandt, heeft een product met hogere bescherming nodig dan iemand met een getinte huid), de leeftijd (kinderen hebben altijd minstens een product met “hoge bescherming” nodig) en de graad van blootstelling (bij extreme blootstelling bv. in de tropen, of aanzienlijke blootstelling bv. op strand of bij buitenactiviteit van lange duur, is een hogere bescherming nodig dan bij matige blootstelling bv. late namiddag). Zonneproducten die parfums bevatten worden best vermeden gezien het risico van fotodermatosen.

Hoe zonnecrèmes goed gebruiken?

- Het is belangrijk de zonnecrèmes in voldoende hoeveelheid aan te brengen (35 g voor de bescherming van het ganse lichaam van een doorsnee-volwassene), best 15 à 30 minuten vóór het verblijf in de zon.

Indien de aangebrachte hoeveelheid minder is, vermindert de bescherming sterk.

- De zonnecrèmes (ook deze die “waterproof” zijn) moeten om de twee uur opnieuw worden aangebracht, zeker na bv. zwemmen, werken in de zon, zweten of contact met kleding. Tot 90% van de UV-straling gaat doorheen lichte wolken; bescherming is dus ook aangewezen op een zomerdag met lichte bewolking.
- Er zijn aanwijzingen dat repellents op basis van DEET het beschermend effect van zonnecrèmes verminderen; anderzijds zouden zonnecrèmes geen effect hebben op de werkzaamheid van DEET. Het huidige advies van de Belgische *Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde* is om DEET samen met de zonnecrème aan te brengen, maar wel een zonnecrème met hogere beschermingsfactor te gebruiken of bijkomende bescherming tegen de zon te voorzien.
- Een gebruinde huid (door de zon of door de zonnebank) beschermt maar zeer weinig tegen UVB-stralen (vergelijkbaar met een SPF van 2 of 3) en helemaal niet tegen

UVA-stralen. Een gebruinte huid heeft dus ook bescherming nodig.

Bijkomende opmerking

- De UV-stralen door de zonnebank zijn minstens even schadelijk voor de huid als deze van de zon. Het gebruik van zonne-

crèmes onder de zonnebank kan een vals gevoel van veiligheid geven. Bruinen onder de zonnebank is af te raden.

Nota

De referenties zijn te vinden bij het artikel op onze website (www.bcfi.be)

STARTEN VAN PREVENTIEVE MALARIAMEDICATIE

Details over de medicamenteuze preventie van malaria zijn te vinden op de website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) (www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/Nconsensus09.pdf), in de Folia van mei 2007 en mei 2009, en in hoofdstuk 8.3.2. “Antimalariamiddelen” van het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium. Hieronder vindt u informatie over het tijdstip van starten van de preventieve medicatie.

De geneesmiddelen voor de preventie van malaria start men enkele dagen of weken vóór aankomst in endemisch gebied. Dit kan nuttig zijn als tolerantietest en/of om een voldoende hoge plasmaconcentratie van het geneesmiddel te bereiken zodat er bij aankomst reeds bescherming is (“oplaaddosis”).

- Chloroquine: 1 week vóór aankomst in malariagebied (oplaaddosis).
- Mefloquine: 2, liefst 3 weken vóór aankomst in malariagebied (best inname van 3 comprimés vóór aankomst in malariagebied: oplaaddosis, en tolerantietest bij personen die nooit eerder mefloquine namen; vooral aandacht voor psychische ongewenste effecten). Indien 3 weken

vooraf starten niet meer mogelijk is, raadt het ITG het volgende aan.

- Voor reizigers die eerder mefloquine goed hebben verdragen: 1 tablet (d.w.z. de normale preventieve weekdosis) per dag gedurende drie dagen juist vóór aankomst in malariagebied (dag 0-1-2), de vierde tablet wordt genomen op dag 7, en dan verder één tablet per week.
- Voor de nieuwe gebruiker: 1 tablet (d.w.z. de normale preventieve weekdosis) per dag gedurende twee dagen, bv. 10 dagen vóór aankomst in malariagebied (dag 0-1), de derde tablet wordt ingenomen op dag 7 zodat men enkele dagen vóór aankomst in malariagebied toch kan vaststellen dat de eerste drie tabletten goed verdragen worden (de ongewenste effecten treden immers vaak doch niet altijd, reeds op na inname van de eerste tabletten).
- Vaste combinatie atovaquon + proguanil: 1 dag vóór aankomst in malariagebied (oplaaddosis).
- Doxycycline: 1 dag vóór aankomst in malariagebied (oplaaddosis); eventueel te starten enkele dagen vóór aankomst in malariagebied bij personen met een zwakke maagdarmtolerantie.