

PROPHYLAXIE ANTIPALUDIQUE CHEZ LE VOYAGEUR OU DANS LES ARMEES

P. AMBROISE-THOMAS

Service de Parasitologie-Mycologie, Faculté de Médecine, Université Joseph Fourier, 38043 Grenoble, France • Fax : +33 (0) 4 76 76 56 60 • e-mail : PAmbroise-Thomas@chu-grenoble.fr •

Med. Trop. 2001 ; **61** : 5-6

Conférences de consensus, congrès, colloques, séminaires : de très nombreuses réunions sont consacrées chaque année à la protection contre le paludisme des voyageurs ou des expatriés. Malheureusement, on n'y débat généralement que de l'un des aspects, la chimioprophylaxie par exemple, d'un problème aux multiples composantes et dont la solution ne saurait être univoque. Dans la majorité des cas, ces réunions sont d'ailleurs parfaitement redondantes, les mêmes idées étant indéfiniment répétées sans qu'il soit possible d'en dégager les aspects les plus importants ou les plus novateurs. C'est le très grand mérite de l'Institut de Médecine Tropicale des Armées (IMTSSA «le Pharo») d'avoir su proposer pour sa journée «Situation et perspectives en prophylaxie antipaludique» une approche originale, dont rendent compte les textes publiés dans les pages qui suivent.

Parmi les moyens actuellement disponibles, la lutte et la protection contre les vecteurs constituent l'un des volets essentiels de cette prévention. Cet aspect a été notamment traité sous l'angle de l'imprégnation vestimentaire, en particulier pour les tenues de combat, par des substances insecticides ou répulsives.

Pour l'avenir, ont été évoqués les perspectives et les espoirs de vaccinations, dont les armées - ou au moins certaines d'entre elles - seront probablement parmi les premiers bénéficiaires.

Enfin, en matière de chimioprophylaxie, le débat a été centré sur le militaire en opération dont la protection pose en effet de multiples problèmes particuliers : conditions et durée du séjour outre-mer, quasi-impossibilité de personnaliser des mesures prophylactiques qui doivent concerner l'ensemble d'une formation, impératif absolu d'écarter toute solution qui pourrait entraîner une altération de la vigilance, etc..

Pour traiter ces difficiles problèmes, l'IMTSSA avait invité des médecins des armées américaine, anglaise, australienne, hollandaise, italienne et sénégalaise, dont l'expérience a été confrontée à celle de l'armée française. Malgré des nuances inévitables, les solutions adoptées sont largement convergentes et sont évidemment basées sur les données épidémiologiques.

Pour des séjours, quelle qu'en soit la durée, dans des pays à faible transmission et exempts de chloroquinorésistances (groupe 1, selon la classification de Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France ou zone A suivant la classi-

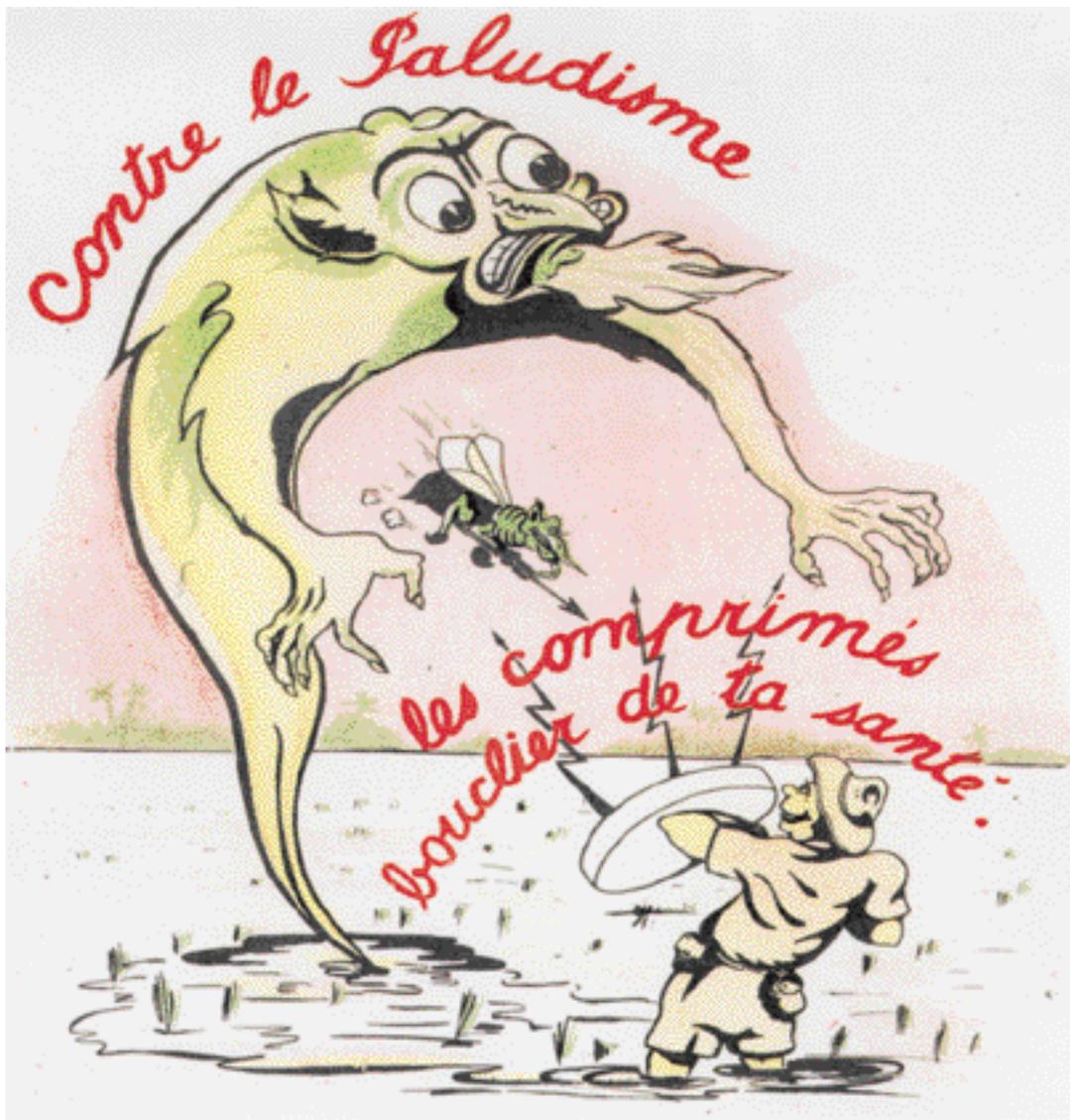
fication de l'OMS) le choix est évident (chloroquine 100mg/j pendant tout le séjour en zone d'endémie et 4 semaines après le retour).

Dans les pays du groupe 2 (zone B), à transmission modérée de paludismes partiellement sensibles à la chloroquine, on utilise selon les recommandations de l'OMS, l'association chloroquine-proguanil (chloroquine base 100mg/j, chlorhydrate de proguanil 200mg/j).

Plus complexe est évidemment le cas des pays du groupe 3 (zone C) à forte transmission et à chloroquinorésistances (ou même à poly chimiorésistances) élevées. La méfloquine (250 mg, une prise 10 jours avant le départ pour apprécier la tolérance, puis 250 mg/semaine pendant le séjour en zone d'endémie et 3 semaines après le retour) est une première possibilité, correspondant d'ailleurs à l'une des recommandations de l'OMS et d'une récente conférence de consensus. En contrepartie de certains avantages pratiques (prise hebdomadaire), cette chimioprophylaxie présente plusieurs limites et divers inconvénients qui en ont fait abandonner l'emploi systématique, notamment par l'armée australienne. De plus en plus nombreuses sont en effet les zones de résistances où la méfloquine est partiellement ou totalement inopérante. En outre, ce médicament ne peut être prescrit, selon les spécifications de l'Agence de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSaPS), que pour des périodes n'excédant pas 3 mois au total, ce qui en exclut l'emploi pour des personnels devant séjourner plus de deux mois en zone impaludée. La méfloquine est par ailleurs contre-indiquée en début de grossesse et, selon les recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène, doit être impérativement associée à une contraception chez tous les personnels féminins en âge de procréer. Enfin, le risque d'effets neuropsychiatriques entraîne des contre-indications absolues. Théoriquement, ce risque est écarté par un interrogatoire préalable sur les antécédents pathologiques de chaque sujet et par le contrôle de tolérance que permet la première prise de méfloquine 10 jours avant le départ (ce qui constitue cependant une contrainte, voire une impossibilité en cas de départs précipités pour des raisons d'urgences opérationnelles). En pratique, les effets indésirables peuvent n'apparaître que plus tard et, surtout, quelques mauvaises

tolérances individuelles à la méfloquine peuvent conduire à des prescriptions différentes à l'intérieur d'un même groupe, ce qui entraîne à la fois des complications pratiques et un risque accru de mauvaise observance. Le monohydrate de doxycycline (100 mg/j pendant le séjour en zone de transmission et 4 semaines après le retour) échappe à ces différents inconvénients. Son efficacité et sa tolérance (en particulier en ce qui concerne les risques théoriques de photosensibilisation) ont été notamment vérifiées par l'armée française, pour des troupes séjournant en zone de polyrésistances, et ce médicament figure désormais dans les recommandations de l'OMS pour les pays de zone C. Il échappe en effet aux inconvénients de la méfloquine, en ce qui concerne aussi bien la perte d'efficacité que la mauvaise tolérance ou la limitation de prescription à des périodes inférieures à 3 mois au total.

Sans doute s'agit-il de la plus satisfaisante des solutions actuelles de chimioprophylaxie pour des séjours de longue durée dans des zones de résistances, ce qui correspond, en pratique, à l'un des principaux problèmes pour la protection de nombreux expatriés, qu'ils soient civils ou militaires. Bien évidemment, cette solution n'est pas encore idéalement satisfaisante et les sels de doxycycline peuvent, par exemple, entraîner des effets digestifs indésirables, moins fréquents il est vrai avec le monohydrate de doxycycline qu'avec d'autres dérivés et en particulier l'hydrate de doxycycline utilisé dans l'armée britannique. On attend donc la confirmation des résultats prometteurs, mais encore préliminaires, obtenus avec d'autres antipaludiques plus récents (Tafénoquine®, qui est étudiée notamment par les armées américaine et australienne) ou avec d'autres associations médicamenteuses (atovaquone-proguanil) ■



Extrait d'une affiche sur la chimioprophylaxie du paludisme pendant la guerre d'Indochine (Coll. IMTSSA).