

## Que proposer à l'enfant voyageur en prévention du paludisme?

**Mots clés :** Le paludisme est endémique dans plus de 100 pays. Il est responsable de 300 millions de cas cliniques annuels, dont un million de décès, pour 90% dans la région subsaharienne, où les enfants en bas âge sont les plus touchés. Les enfants qui se rendent dans les zones d'endémie courent ce même risque. Chaque année, 800 cas de paludisme d'importation les concernant sont déclarés en France, probablement la moitié du nombre de cas réels<sup>1</sup>. La chimioprévention obéit chez l'enfant aux mêmes règles de prescription que chez l'adulte, moyennant quelques limites. Que conseiller à l'enfant voyageur ? Une synthèse française<sup>1</sup> et les informations du CDC nord-américain<sup>2</sup> nous apportent des données récentes sur ce point.

### Evaluer le risque encouru

La cartographie mondiale des résistances du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine évolue sans cesse. Il faut donc consulter les données actualisées concernant les zones à chloroquinosensibilité, de plus en plus rares (zone 1), résistance modérée (zone 2) ou importante (zone 3). Le BEH les publie une fois par an en juin<sup>3</sup> ; différents sites, dont celui du ministère des affaires étrangères, les proposent en ligne<sup>4</sup>.

### La prévention des piqûres de moustiques

Première mesure : vêtements protecteurs et répulsifs sur les zones exposées, surtout aux moments les plus critiques : le crépuscule auprès des zones humides... La **perméthrine** est la référence du CDC<sup>2</sup>, utilisable pour imprégner moustiquaires et vêtements, mais peut irriter la peau et les conjonctives. On trouve différents produits dans les pages saumon de notre Vidal (insectifuges).

### Les médicaments utilisables chez l'enfant

- La **chloroquine** (Nivaquine®) peu toxique, peu onéreuse, n'est utile qu'en zone 1. Elle est commercialisée en cp de 100 et 300 mg et en sirop à 25 mg par mesure. La dose recommandée en France est de 1,5 mg/kg/jour, tous les jours depuis le jour du départ jusqu'à 4 semaines après le retour, de préférence au cours d'un repas<sup>1</sup>. Le CDC recommande une seule prise hebdomadaire de 5mg/kg<sup>2</sup> (maximum 300 mg). Le seul vrai risque du produit est celui d'un surdosage accidentel.

- Le **proguanil** (Paludrine®) doit être associé en zone 2 à la chloroquine à la posologie de 3mg/kg/j dans les mêmes conditions de durée (cp à 100 mg, pas de galénique pédiatrique). Il peut provoquer des troubles digestifs en début de traitement. L'association commercialisée sous le nom de Savarine® (chloroquine 100 mg / pro-

guanil 200 mg) n'a d'AMM qu'au dessus de 50 kg.

- L'**atoquavone/proguanil** (Malarone®), en zones 2 et 3, est assez bien tolérée (effets secondaires surtout digestifs) : cp pédiatriques 62,5/25 mg, soit 1/4 cp adulte, pour enfants de plus de 10 kg (1cp/10 kg/j) à poursuivre 1 semaine après le retour.

- La **méfloquine** (Lariam®) en zone 3 est en général bien tolérée : 1 prise par semaine à commencer 10 jours avant le départ pour tester la tolérance, à poursuivre 4 semaines après le retour ; posologie recommandée de 5mg/kg (cp à 250 mg), chez l'enfant de plus de 15 kg pour les français<sup>1</sup>, à partir de 5 kg pour les américains<sup>2</sup>. Contre-indications : antécédents psychiatriques, troubles du rythme cardiaques, traitements anticonvulsivants ou convulsions répétées.

- La **doxycycline** est utile dans les zones où la multi-résistance est très élevée (Asie du sud-est notamment). Elle est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 8 ans à cause du risque pour l'émail dentaire.

- D'autres médicaments sont à l'étude, notamment la **tafénoquine** (une prise par mois).

### Faut-il prescrire un traitement curatif ?

Les recommandations américaines<sup>1</sup> conseillent aux parents d'utiliser un traitement curatif en cas de syndrome grippal chez l'enfant, si aucun médecin n'est disponible avant 24 heures. Une consultation médicale doit être faite dès que possible. Le CDC préconise le **Fansidar®** à condition qu'il n'y ait pas d'allergie connue aux sulfamides et que le voyage ne soit pas dans l'une des zones de résistance au Fansidar® (cp quadrisécable, 1/2 cp par jour et par 10 kg de poids, à partir de 12 kg). La **Malarone®** ou le **Lariam®** peuvent être utilisés s'il ne le sont pas déjà en prévention.

### Que retenir pour la pratique ?

- la nécessité de l'**adaptation** au risque réel du voyage. L'information dont on dispose doit être à jour, les médicaments doivent être pris pour la période prescrite, au delà du voyage lui-même. Le coût n'est pas négligeable : ces médicaments ne sont pas remboursés. Surtout, la sensibilité du *Plasmodium* évolue si vite que les recommandations officielles sont parfois caduques dès leur publication.

- celle de l'**observance** : dans une récente série pédiatrique française, seuls 62% des enfants victimes d'un paludisme d'importation avaient pris une chimioprophylaxie ; l'observance n'était correcte que dans 38% des cas<sup>1n1</sup>. Les raisons en sont multiples : défaut d'information, tolérance, coûts, habitudes culturelles...

- Le voyage prévu en « zone à risque » doit être l'occasion de revoir l'**ensemble des problèmes de prévention** : vaccinations, risques alimentaires, etc.

- Les possibilités **chez le nouveau-né** sont extrêmement limitées. Le meilleur conseil est sans doute celui d'attendre...

### Références :

- 1 - Minodier P et al. La chimioprophylaxie antipaludéenne de l'enfant voyageur. Archives de pédiatrie 2004 ; 12 : 53-8.
- 2 - National Center for Infectious disease. Preventing malaria in infants and children. Consulté le 19/2.05 sur <http://www.cdc.gov/travel/>
- 3 - Anonyme. Recommandations pour les voyageurs 2004. BEH 2004 ; 26 : 113-20.
- 4 - Quelques adresses : <http://www.cimed.org/search.asp> <http://www.cdc.gov/travel/> [http://www.pasteur-lille.fr/fr/sante/conseil\\_medical\\_voyageurs.htm](http://www.pasteur-lille.fr/fr/sante/conseil_medical_voyageurs.htm)