



Relevé des maladies transmissibles au Canada



Contenu du présent numéro : (nombres de pages: 8)

Pagination officielle :

UNE APPROCHE DE LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES	F-1	145 – 147	Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.
CCMTMV — DÉCLARATION RELATIVE AUX VOYAGEURS INFECTÉS PAR LE VIH OU ATTEINTS DU SIDA	F-3	147 – 149	
CCMTMV — DÉCLARATION CONCERNANT LA DIARRHÉE DES VOYAGEURS	F-4	149 – 155	
ANNONCES	F-8	155 – 156	
AVIS	F-8	156	
RAPPEL	F-8	156	

UNE APPROCHE DE LA MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES

Les guides de pratique clinique représentent un travail important réalisé par le Comité consultatif national de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV). Des lignes directrices ont récemment été publiées sur les principes directeurs qui sous-tendent les guides de pratique clinique⁽¹⁾. Le neuvième principe stipule que: "Les guides de pratique clinique devraient :

- a) citer les éléments de preuve spécifiques donnant lieu aux conclusions;
- b) indiquer la fiabilité de ces données;
- c) spécifier la date des données les plus récentes dont on a tenu compte.

Dans le présent numéro du RMTCC, nous publions une déclaration du CCMTMV sur la médecine fondée sur des preuves et les critères utilisés pour classer les recommandations.

La médecine fondée sur les preuves représente un changement marqué de paradigme dans la façon dont les comités d'experts élaboreront leurs recommandations pour la prise en charge clinique des patients. Selon cette approche, l'intuition, l'expérience clinique empirique et les observations physiopathologiques ne sauraient à elles seules justifier la prise de décisions cliniques, l'accent étant mis davantage sur l'examen des données obtenues dans le cadre de recherches cliniques⁽²⁾.

Les preuves non expérimentales, qui reposent sur les expériences évoquées par les cliniciens et d'autres experts, donnent généralement lieu à une surestimation de l'efficacité d'un traitement ou d'une autre intervention, et ce pour plusieurs raisons⁽³⁾ :

- 1. Les cliniciens reconnaissent mieux et se rappellent davantage les issues favorables quand leurs patients

- observent les prescriptions thérapeutiques et se présentent assidûment aux examens de contrôle. Étant donné qu'une observance rigoureuse constitue un marqueur d'une issue favorable, même lorsque le traitement est inutile, on pourrait, si l'on se fonde sur des expériences cliniques non comparatives, en conclure que les patients dociles ont sans doute reçu un traitement efficace^(4,5).
- 2. Les tableaux cliniques inhabituels et les résultats extrêmes aux tests de laboratoire tendent généralement à se normaliser⁽⁶⁾. Ainsi, l'efficacité de tout traitement entrepris entre deux tests sera donc surestimée.
- 3. La pratique clinique courante n'est jamais «aveugle», et tant le patient que le médecin savent si un traitement actif est en cours. Encore une fois, le désir du patient et du clinicien de voir l'intervention réussir et l'effet placebo peuvent amener les deux parties à surestimer l'efficacité du traitement.

L'approche de la médecine fondée sur les preuves ne vise nullement à sous-estimer l'opinion des experts, mais plutôt, dans la mesure du possible, à faire en sorte que les recommandations reposent sur les résultats d'études scientifiques comparatives rigoureuses. Dans les cas où de telles études n'ont pas été réalisées et ne le seront peut-être jamais, cette approche permet de formuler des recommandations beaucoup plus prudentes.

Une fois informé du degré de fermeté de chaque recommandation et de la qualité des preuves sur lesquelles elle repose, le lecteur est mieux en mesure d'appliquer ces recommandations à un cas particulier. Les auteurs de deux publications récentes ont adopté cette approche dans l'élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique^(3,7).

Dans la mesure du possible, les recommandations du CCMTMV seront fondées sur cette approche (tableau 1). Le classement des recommandations selon leur fermeté fera appel à cinq catégories, dont la catégorie A (preuves suffisantes pour recommander l'utilisation d'une intervention), la catégorie C (preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller le recours à une intervention) et la catégorie E (preuves suffisantes pour déconseiller le recours à une intervention). Chacune de ces catégories sera suivie d'une cote indiquant la qualité des preuves sur lesquelles repose la recommandation. Les données de classe I ont été obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé, tandis que celles de classe III sont des opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comité d'experts.

Le lecteur trouvera un exemple de cette approche dans la présente livraison du RMTC.

Références

1. *Principes directeurs concernant les guides de pratique clinique au Canada*. Ottawa, Ont. : Association médicale canadienne, 1994.
2. Guyatt G and the Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*. JAMA 1992;268:2420-25.
3. Sackett DL. *Rules of evidence and clinical recommendations*. Can J Cardiol 1993;9:487-89.
4. Coronary Drug Project Research Group. *Influence of adherence treatment and response of cholesterol on mortality in the Coronary Drug Project*. N Engl J Med 1980;303:1038-41.
5. Pizzo PA, Robichaud KJ, Edwards BK et coll. *Oral antibiotic prophylaxis in patients with cancer: a double-blind randomized placebo-controlled trial*. J Pediatr 1983;102:125-33.
6. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH et coll. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. 2^e éd. Boston: Little, Brown, 1991:39.
7. McGowan JE, Chesney PJ, Crossley KB et coll. *Guidelines for the use of systemic glucocorticosteroids in the management of selected infections*. J Infect Dis 1992;165:1-13.

Source : D^r DW MacPherson, Laboratoire régional de parasitologie, St. Joseph's Hospital, Hamilton, et président du CCMTUV.

Note de la rédaction: Les personnes intéressées à obtenir plus d'information ou de la documentation additionnelle sur le sujet sont invitées à consulter une série de cinq articles rédigés par l'*Evidence-Based Care Resource Group (McMaster University)* sur les recommandations relatives aux soins fondées sur des preuves. Ces articles, publiés récemment dans des numéros consécutifs du Journal de l'Association médicale canadienne (15 avril au 15 juin 1994), traitent de l'établissement des priorités, de l'élaboration de lignes directrices, de la mesure du rendement, de l'amélioration du rendement et de la formation continue.

Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation	
CATÉGORIE	DÉFINITION
A	Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation.
B	Preuves acceptables pour recommander l'utilisation.
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation.
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'utilisation.
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'utilisation.
Catégories relatives à la qualité des preuves sur lesquelles reposent les recommandations	
CLASSE	DÉFINITION
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives.
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

* Adapté du document de référence n^o 7.

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)*

DÉCLARATION RELATIVE AUX VOYAGEURS INFECTÉS PAR LE VIH OU ATTEINTS DU SIDA

Le voyageur infecté par le VIH ou atteint du SIDA

Lorsqu'une personne infectée par le VIH se propose de voyager à l'étranger, il convient, au moment des préparatifs, d'accorder une attention particulière à un certain nombre de problèmes importants qui ne diffèrent guère, pour l'essentiel, de ceux auxquels sont confrontés tous les voyageurs immunodéprimés. Au nombre des points à considérer figurent : 1) les restrictions imposées aux voyages outre-frontière; 2) les vaccins requis ainsi que leur efficacité et leur innocuité; 3) la résistance réduite aux infections présentes dans la région de destination; et 4) l'accessibilité des soins de santé outre-mer ainsi que la nécessité éventuelle d'une évacuation sanitaire vers le pays d'origine.

Restrictions imposées aux voyages outre-frontière

Actuellement, au moins 50 pays, en particulier d'Europe de l'Est et du Moyen-Orient, restreignent l'admission sur leur territoire de voyageurs infectés par le VIH ou atteints du SIDA et imposent un test de détection des anticorps anti-VIH à tous les étrangers qui sollicitent une autorisation de séjour. Ces règlements visent surtout les étudiants, les travailleurs et les autres demandeurs d'un permis de long séjour, mais dans quelques pays, les visiteurs sont tenus de subir le test même pour un séjour aussi bref que deux semaines. Certains pays exigent que le voyageur subisse le test de détection des anticorps anti-VIH après son arrivée et n'acceptent pas les résultats de tests effectués à l'étranger. Les lecteurs désireux de se procurer une liste des conditions d'admission outre-frontière eu égard à l'infection à VIH peuvent s'adresser à Santé tropicale et quarantaine, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada (téléphone : 613-954-3236; télécopieur : 613-954-5414).

Vaccins requis, innocuité et efficacité

Il importe d'évaluer attentivement les avantages et les risques de la vaccination, avant un voyage à l'étranger, des personnes infectées par le VIH. Les vaccins antiviraux vivants, tels que ceux contre la fièvre jaune, les oreillons, la rougeole, la rubéole et le vaccin buccal contre la typhoïde, peuvent être administrés à des sujets asymptomatiques infectés par le VIH, dont la numération lymphocytaire est normale, lorsque ceux-ci courent le risque de contracter la maladie; ces vaccins ne devraient toutefois pas être administrés aux patients qui sont atteints du SIDA ou dont la numération lymphocytaire est basse. Ces patients peuvent être exemptés de la vaccination pour des raisons de santé lorsqu'un vaccin particulier, comme le vaccin antiviral vivant contre la fièvre jaune, est une condition d'admission dans un pays. Il est toutefois possible qu'un vaccin vivant soit quand même indiqué en cas de

risque élevé. Il faut se rappeler que l'efficacité de la vaccination peut être réduite chez les sujets infectés par le VIH, en particulier chez ceux qui sont atteints du SIDA. Ces voyageurs doivent toujours appliquer rigoureusement les autres mesures de prévention de l'infection, notamment faire usage de répulsifs et prendre toutes les précautions possibles en ce qui concerne les aliments et l'eau. S'il est impossible de réduire les risques à un niveau acceptable, il faudra peut-être modifier les projets de voyage.

Résistance réduite à l'infection

Un grand nombre d'infections qui frappent les voyageurs sont liées à une morbidité et une mortalité accrues chez les personnes infectées par le VIH. Celles-ci sont également plus exposées à présenter des réactions indésirables aux médicaments utilisés pour traiter l'infection.

Ce sont les pathogènes gastro-intestinaux qui représentent le plus grand danger par les voyageurs infectés par le VIH. Étant donné que l'achlorhydrie est fréquente chez les patients atteints du SIDA, un plus petit inoculum d'organismes entériques ingérés peut provoquer la maladie. Bien qu'*Escherichia coli* entérotoxigène soit le plus souvent responsable de la diarrhée des voyageurs, il ne semble pas provoquer d'infection plus grave chez les sujets immunodéprimés. Les infections à *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Cryptosporidium* et *Isospora* sont associées à des diarrhées plus graves et plus persistantes chez les personnes infectées par le VIH. En outre, l'infection généralisée est bien documentée en ce qui concerne la salmonellose. En raison du risque accru d'infection et de morbidité attribuables à des pathogènes bactériens, une antibioprophylaxie continue contre la diarrhée des voyageurs devrait être envisagée pour les personnes infectées par le VIH dont le séjour à l'étranger est de courte durée (moins de 3 semaines).

Les infections respiratoires, en particulier la tuberculose, représentent également un danger pour les personnes infectées par le VIH. Le risque de tuberculose est faible lorsque le séjour est de courte durée, mais il augmente avec la durée du voyage. Bien que la morbidité attribuable à la grippe elle-même ne soit pas accrue chez les personnes infectées par le VIH, les infections bactériennes consécutives à la grippe sont plus graves chez ces patients. La rougeole, autre maladie qui peut être prévenue par un vaccin, peut être grave voire même fatale chez un sujet séropositif pour le VIH. Il arrive qu'une infection progressive et généralisée soit provoquée par une exposition directe à l'histoplasmosse ou à la coccidioïdomycose au cours d'un voyage dans une zone endémique.

* Membres :

D^f S. Dumas; D^f G. Horsman; D^f C.W.L. Jeanes; D^f J.S. Keystone; M^{me} S. Ladouceur (responsable du secrétariat du Comité consultatif); D^f J.D. MacLean; D^f D.W. MacPherson (président); D^f R. Saginur; D^f D. Schiefele (CCNI); M^{me} R. Wilson (CUSO).

Membres servant d'agents de liaison :

D^f M. Davies (DGPS); D^f E. Gadd (DGPS); D^f H. Lobel (CDC); D^f S. Mohanna (DGSM); Lcol. M.L. Tepper (MDN); D^f M. Tipple (CDC).

Plusieurs maladies transmises par un vecteur peuvent prendre des formes beaucoup plus graves chez les sujets infectés par le VIH. On a signalé dernièrement des cas de leishmaniose viscérale et de maladie de Chagas, nouvelles infections opportunistes qui frappent les patients atteints du SIDA. En théorie, la babésiose et la fièvre jaune devraient être plus graves chez les sujets immunodéprimés. Bien que la malaria soit la maladie la plus grave à être transmise aux voyageurs par un vecteur, elle ne semble pas plus sévère chez les personnes infectées par le VIH.

Accès aux soins de santé

Si la santé d'une personne infectée par le VIH venait à se détériorer pendant son séjour à l'étranger, des soins médicaux intensifs, voire même l'évacuation, pourraient s'avérer nécessaires. Non seulement le coût de ces mesures est-il élevé, mais il est parfois impossible d'avoir accès à des soins médicaux spécialisés de grande qualité dans de nombreux pays étrangers. Quand une évacuation sanitaire peut être envisagée, le voyageur infecté par le VIH devrait, avant son départ, contracter une assurance-maladie afin de pouvoir faire face à une telle éventualité. On devrait inciter fortement le patient à consulter dès l'apparition de symptômes et à

faire traiter rapidement toute infection. Dans la mesure du possible, le patient devrait trouver, avant le départ, un médecin compétent dans le domaine de l'infection par le VIH auquel il pourra s'adresser pendant son séjour à l'étranger.

Toutes les personnes infectées par le VIH qui désirent voyager devraient avant tout se demander si les avantages de ce voyage l'emportent sur les risques. Il incombe à chaque patient de prendre une décision éclairée, après avoir évalué soigneusement la situation, avec l'aide d'un professionnel de la santé qui est bien informé de son état de santé (notamment de la numération de ses lymphocytes CD4) et est en mesure d'évaluer les risques associés au voyage. Le médecin pourra élaborer, en fonction des besoins particuliers du patient, une «prescription» précise et un itinéraire qui l'aideront à voyager en **toute sécurité**.

Référence choisie

1. Wilson ME, Fordham von Reyn C, Fineberg HV. *Infection in HIV-infected travelers: risks and prevention*. Ann Intern Med 1991; 114:582-92.

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)

DÉCLARATION CONCERNANT LA DIARRHÉE DES VOYAGEURS

La diarrhée est le problème de santé le plus courant chez les personnes qui voyagent dans les pays en développement⁽¹⁾. Bien qu'elle soit généralement bénigne, elle peut influencer considérablement sur la qualité d'une vacance ou le succès d'un voyage d'affaires. La peur de la diarrhée peut même détourner les voyageurs de certaines destinations. Son impact économique est donc appréciable.

Épidémiologie

Bien que les voyages entre pays industrialisés donnent généralement lieu à de la constipation, c'est le plus souvent la diarrhée qui frappe les habitants des pays industrialisés voyageant dans les pays en développement. Le risque de diarrhée dépend de nombreux facteurs, mais il se situe aux environs de 20 % à 50 % dans le cas d'un voyage de deux semaines dans un pays à risque élevé où les conditions d'hygiène sont mauvaises et le climat généralement chaud. La diarrhée des voyageurs est causée par des pathogènes contenus dans les aliments ou l'eau et transmis par la voie oro-fécale.

Aliments

Recommandation

Les personnes qui voyagent dans des pays où le risque de diarrhée est élevé doivent faire preuve de prudence dans le choix et la préparation des aliments et des produits laitiers.

Catégorie de recommandation : C

Qualité des preuves : II

Les maladies d'origine alimentaire peuvent être la conséquence de la contamination à la source de la viande et des légumes, par exemple, la fertilisation des cultures par des matières fécales d'origine humaine. Elles peuvent aussi être dues à des conditions inadéquates de transport et d'entreposage des produits alimentaires, notamment par une réfrigération inadéquate ou inexistante. Les habitudes en matière de manipulation des aliments, de nettoyage des ustensiles et d'hygiène personnelle varient d'une culture à l'autre.

Les fruits et légumes doivent être pelés ou cuits juste avant d'être consommés. En raison du risque de contamination de la laitue par des matières fécales dans les champs mêmes, et de la difficulté de la nettoyer adéquatement, les voyageurs devraient s'abstenir de manger de la laitue crue. La viande doit être cuite à fond juste avant la consommation. Les viandes crues ou les viandes cuites qui sont conservées sur un réchaud pendant une période indéterminée sont à éviter.

Il est dangereux de consommer des aliments vendus dans la rue par des personnes qui ne disposent pas, pour elles-mêmes, d'installations sanitaires adéquates et qui n'ont pas de moyens de réfrigérer les aliments périssables. Dans les pays où le choléra sévit à l'état endémique, notamment les pays d'Amérique du Sud bordant le Pacifique, il est dangereux de consommer des fruits de mer ou du poisson insuffisamment cuit (p. ex., ceveiche, poisson cru mariné).

Les produits laitiers qui ne sont pas faits de lait pasteurisé et qui n'ont pas été bien réfrigérés ne doivent pas être consommés. Les règlements régissant les troupeaux laitiers et les normes de pasteurisation et d'entreposage des produits laitiers varient d'un endroit à l'autre⁽²⁾.

Eau

Recommandation

Les personnes qui voyagent dans des régions où le risque de diarrhée est grand doivent veiller à la salubrité de l'eau qu'elles boivent et dont elles se servent pour se brosser les dents.

Catégorie de recommandation : C

Qualité des preuves : II

Les maladies transmises par l'eau sont dues à la contamination de l'eau utilisée pour la consommation et pour le brossage des dents. Le voyageur peut réduire le risque de diarrhée en veillant attentivement à la qualité de l'eau qu'il consomme. L'eau embouteillée commerciale est une bonne source. Les boissons gazeuses vendues dans le commerce sont généralement sûres car elles sont légèrement acides. La bière est exempte d'agents pathogènes intestinaux. Toutefois, les glaçons peuvent contenir des agents intestinaux et doivent être considérés comme contaminés⁽²⁾. L'eau de pluie, adéquatement recueillie et conservée, peut être propre à la consommation.

On peut traiter l'eau par la chaleur, la filtration ou les produits chimiques. Faire bouillir l'eau pendant une minute constitue également une façon efficace de détruire les bactéries, quelle que soit l'altitude^(3,4,5). Le thé et le café préparés avec de l'eau bouillante et servis chauds sont donc des boissons sûres. Les filtres adaptés à la taille des particules éliminent les bactéries et les parasites, mais non les virus. Quant au traitement chimique, l'iode sous forme de liquide, de cristaux ou dans les filtres à eau permet d'éliminer ces trois types d'agents pathogènes. Le chlore (eau de Javel d'usage domestique) détruit la plupart des agents pathogènes, mais il est relativement inefficace contre les kystes de *Giardia lamblia*. Les particules de même que l'eau froide⁽⁶⁾ réduisent l'efficacité du chlore.

Les voyageurs qui font du camping ou les personnes qui ont une affectation prolongée dans un pays où il y a risque de diarrhée devraient être prêts à faire bouillir leur eau ou à transporter avec eux un système de purification d'eau portatif et efficace, dont il existe plusieurs modèles sur le marché. La plupart des personnes qui voyagent par affaires pour de courts séjours, qui font partie de groupes organisés ou qui séjournent dans des hôtels de villégiature peuvent se contenter de consommer des eaux ou des boissons embouteillées dans le commerce, évitant ainsi que des glaçons soient ajoutés à leurs consommations.

Étiologie

Il semble que 80 % des cas de diarrhée des voyageurs soient causés par des bactéries. Les isolats les plus fréquemment identifiés chez les patients sont *Escherichia coli*, surtout les souches entérotoxigènes, et les *Shigella*. Divers autres organismes ont aussi été identifiés, notamment *Campylobacter*, *Salmonellae*, les vibrions, *Aeromonas* et *Plesiomonas*. Le protozoaire le plus courant est *G. lamblia*. Le cryptosporidium et les cyclospores (agents d'aspect cyanobactérien) ainsi que *Entamoeba histolytica* sont rarement mis en cause. Les virus, notamment l'agent Norwalk et les rotavirus, peuvent aussi causer de la diarrhée chez le voyageur⁽⁷⁾.

Certains agents ont été associés à des épidémies de diarrhée. *Vibrio cholerae* peut être la cause d'épidémies ou même de pandémies, comme on l'a vu récemment en Amérique du Sud. *Giardia* peut aussi contaminer l'eau et être à l'origine d'éclousions

de cas de diarrhée dans les régions montagneuses de l'Amérique du Nord ("fièvre du castor" [sic]) et de la "Trotsky" à Saint-Petersbourg, autrefois Leningrad.

La résistance aux agents antimicrobiens est courante chez les isolats d'agents intestinaux provenant de pays en développement⁽⁸⁾. On ne peut plus recommander la doxycycline pour le traitement de la diarrhée des voyageurs. Quant à la résistance aux tétracyclines, elle est maintenant très répandue. Les rapports sur la résistance des agents microbiens au triméthoprim/sulfaméthoxazole (TMP-SMX) sont de plus en plus nombreux. Les fluoroquinolones, y compris la ciprofloxacine et la norfloxacine, détruisent toutes les bactéries ordinaires qui sont à l'origine de la diarrhée des voyageurs; cependant des cas de résistance à *Campylobacter* ont été signalés.

Traitement

Recommandation

La diarrhée doit être traitée par le remplacement des pertes hydroélectrolytiques.

Catégorie de recommandation : A

Qualité des preuves : I

Le remplacement des pertes hydroélectrolytiques est de première importance dans le traitement de tous les cas de diarrhée des voyageurs⁽⁹⁾. À cet égard, la norme en matière de traitement est la thérapie par réhydratation orale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce traitement peut être établi à l'aide d'une solution préparée selon la formule indiquée au Tableau I ou à l'aide de préparations vendues dans le commerce. Les liquides doivent être ingérés à un rythme qui permette de soulager la soif et de maintenir la couleur jaune pâle de l'urine.

On peut aussi administrer d'autres traitements visant à lutter contre les toxines bactériennes, la motilité intestinale ou les bactéries pathogènes elles-mêmes. Le sous-salicylate de bismuth s'oppose à l'action de l'entérotoxine thermolabile produite par *V. cholerae* et certains *E. coli*⁽¹⁰⁾. Il agit lentement et des doses fréquentes sont nécessaires. Si le voyageur choisit la présentation liquide, il devra en transporter de grandes quantités.

Recommandation

La loperamide peut être utilisée seule pour le traitement de la diarrhée bénigne des adultes et des enfants âgés de plus de 2 ans.

Catégorie de recommandation : A

Qualité des preuves : I

Les médicaments inhibiteurs de la motilité intestinale ont été utilisés pour le traitement de la diarrhée. Le diphénoxylate a été associé à des cas de mégacolon toxique chez des patients atteints de dysenterie bacillaire, et il n'est pas recommandé⁽¹¹⁾. Quant à la loperamide, elle réduit la durée de la diarrhée chez le voyageur adulte, lorsqu'il s'agit de cas bénins⁽¹²⁾. Toutefois, elle peut entraîner une accumulation de selles dans l'intestin chez les jeunes enfants souffrant de diarrhée, ce qui rend difficile l'évaluation du volume de liquide nécessaire pour le remplacement des pertes hydroélectrolytiques.

Recommandation

La loperamide peut être utilisée comme adjuvant de la thérapie antimicrobienne dans le traitement de la diarrhée des voyageurs modérée ou grave. Elle peut réduire la durée de la diarrhée lorsqu'elle est administrée en association avec une thérapie antimicrobienne^(12,13). Il ne semble y avoir aucun risque inhérent à l'administration de loperamide dans les cas de dysenterie bacillaire ou d'autres syndromes moins graves.

Catégorie de recommandation : B

Qualité des preuves : I

Recommandation

L'antibiothérapie au moyen d'une quinolone ou du TMP-SMX est recommandée comme traitement présomptif de la diarrhée des voyageurs modérée ou grave.

Catégorie de recommandation : A

Qualité des preuves : I

Selon les études publiées sur le sujet, le TMP-SMX, le triméthoprime à lui seul ou une quinolone serait plus efficace qu'un placebo^(14,15,16). Vu l'incidence croissante de la résistance des isolats bactériens aux autres agents, les quinolones constituent le meilleur choix. Cependant, dans le cas des enfants (chez qui la soudure des cartilages épiphysaires n'est pas encore réalisée), pour qui les quinolones sont contre-indiqués, l'agent de choix est le TMP-SMX.

Chez les femmes enceintes, le triméthoprime, administré seul, s'est montré très efficace pour le traitement de la diarrhée des voyageurs, mais il NE PEUT PAS la prévenir. La tétracycline et les quinolones sont contre-indiqués pendant la grossesse. Le TMP-SMX peut être utilisé en toute sécurité jusqu'au dernier mois de la grossesse, mais le médecin traitant et la patiente doivent être au courant du risque d'ictère nucléaire que présente l'administration de sulfamides vers la fin de la grossesse. Dans tous les cas de diarrhée, il est recommandé de remplacer les pertes hydroélectrolytiques.

Une antibiothérapie d'une durée de trois jours est le traitement classique. Selon des études récentes, une forte dose unique de TMP-SMX ou de quinolones aurait cependant une efficacité comparable^(17,18). La dose unique de quinolone a toutefois été associée à un taux d'échec de 40 % dans les cas de diarrhée due à *S. dysenteriae* type I, et à des rechutes dans les cas de diarrhée à *Campylobacter*^(13,18).

Prévention

- Non antimicrobienne

Il n'existe pas de vaccins efficaces contre les agents de la diarrhée des voyageurs. On la prévient en choisissant judicieusement ses aliments et son eau de boisson. Les fortes doses de sous-salicylate de bismuth réduisent l'incidence de la diarrhée, mais ce produit n'est pas pratique⁽¹⁹⁾.

Tableau I
Traitement de la diarrhée du voyageur

1. Remplacement des pertes hydroélectrolytiques : sels pour réhydratation orale recommandés par l'OMS, sels de remplacement vendus dans le commerce ou sels de remplacement "maison"
Sucre/sel : 1 c. à thé [5 mL] de sel + 8 c. à thé [40 mL] de sucre dans 1 litre d'eau potable
2. Traitement antimicrobien présomptif (diarrhée modérée ou grave) (Contre-indication relative pendant la grossesse)
a) Traitement classique
Triméthoprime/sulfaméthoxazole (TMP-SMX)* 1 comprimé double dose (TMP 160 mg / SMX 800 mg) bid x 3 jours
ou
Un quinolone bid x 3 jours (p. ex., norfloxacine 400 mg ou ciprofloxacine 500 mg)
ou
b) Une dose unique
TMP-SMX 2 comprimés double dose (TMP 320 mg / SMX 1600 mg)
ou
Un quinolone (p. ex., norfloxacine bid ou ciprofloxacine 750-100 mg)
3. Agents inhibiteurs de la motilité** (facultatifs)
Loperamide 4 mg au départ, suivie de 2 mg après chaque selle diarrhéique (dose quotidienne maximale : 16 mg)
* Pour les enfants : TMP 4 mg/kg + SMX 2 mg/kg
** Contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 2 ans

• Antimicrobien

L'antibiothérapie à titre prophylactique peut être employée pour prévenir la diarrhée lors d'un voyage de très courte durée (ne dépassant pas 3 semaines).

Bien qu'il ait été démontré que certains antibiotiques (TMP-SMX, quinolones) peuvent réduire le risque de diarrhée chez des personnes en bonne santé entreprenant un voyage de courte durée (3 semaines ou moins), ces agents ne sont pas recommandés pour la plupart des voyageurs⁽²⁰⁾. Un très petit nombre seulement de ces personnes souffrent de diarrhée. Plus il y a de voyageurs qui prennent des agents antimicrobiens, plus on a d'effets indésirables, y compris des allergies, des réactions de photosensibilisation, des diarrhées dues aux antibiotiques et des candidoses vaginales. Enfin, le traitement présomptif est très efficace chez les personnes qui souffrent de la diarrhée, leur état s'améliorant très rapidement et évoluant vers la guérison après une période d'une heure à une journée.

Catégorie de recommandation : C

Qualité des preuves : III

L'antibiothérapie prophylactique ne semble pas prévenir la diarrhée chez les voyageurs qui souffrent d'achlorhydrie, qui ont subi une gastrectomie, ou encore chez les personnes qui sont particulièrement sujettes à la diarrhée aiguë. Cette forme de thérapie ne semble pas non plus protéger contre les infections intestinales des personnes atteintes du sida ou d'un autre déficit immunitaire, ni inhiber la dissémination dans l'organisme de *Salmonella* ou d'autres agents intestinaux.

L'antibiothérapie préventive peut être envisagée chez les personnes qui entreprennent un voyage de courte durée et qui font partie de l'une des quatre catégories suivantes :

- 1) la personne doit à tout prix effectuer ce voyage et aucune maladie, même brève ne peut être tolérée;
- 2) le voyageur est particulièrement sujet à la diarrhée (il souffre d'achlorhydrie, a déjà subi une gastrectomie, ou a déjà souffert de diarrhée au cours de voyages antérieurs);
- 3) le voyageur est atteint du sida ou d'un autre déficit immunitaire, ce qui favorise la dissémination dans l'organisme (p. ex., bactériémie) d'agents pathogènes intestinaux; et
- 4) la diarrhée risque d'avoir de graves conséquences pour le voyageur (p. ex., insuffisance rénale chronique, angine de poitrine grave ou insuffisance cardiaque, diabète insulino-dépendant, affection intestinale inflammatoire).

Les voyageurs atteints de diarrhée grave, ceux qui sont atteints d'une maladie sous-jacente grave ou qui souffrent d'une maladie qui résiste au traitement devraient consulter un médecin.

Références

1. Steffen R. Epidemiologic studies of travellers' diarrhea, severe gastrointestinal infections, and cholera. Rev Infect Dis 1986;8(Suppl. 2):S122-S130.
2. Blaser MJ. Environmental interventions for the prevention of travelers' diarrhea. Ibid: S142-150.
3. Forgy WF. Wilderness medicine. Pittsboro, IN: Indiana Camp Supply, Inc, 1979:67.
4. Bandres JC, Mathewson JJ, DuPont HL. Heat susceptibility of bacterial pathogens. Implications for the prevention of travelers' diarrhea. Arch Intern Med 1988;148:2261-63.
5. Rice EW, Johnson CH. Cholera in Peru. Lancet 1991;338:455. Lettre.
6. CDC. Health information for international travel 1992. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 1992:149-50. (HHS Pub. No. (CDC) 92-8280.)
7. Ericsson CD, DuPont HL. Travelers' diarrhea: approaches to prevention and treatment. Clin Infect Dis 1993;16:616-26.

8. Murray BE. Resistance of Shigella, Salmonella, and other selected enteric pathogens to antimicrobial agents. Rev Infect Dis 1986;8(Suppl. 2):S172-S181.
9. CDC. The Management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR 1992;41(No. RR-16):1-20.
10. Ericsson CD, Tannenbaum C, Charles TT. Antisecretory and anti-inflammatory properties of bismuth subsalicylate. Rev Infect Dis 1990;12(Suppl. 1):S16-S20.
11. Dupont HL, Hornick RB. Adverse effect of lomotil therapy in shigellosis. JAMA 1973;226:1525-28.
12. Ericsson CD, DuPont HL, Mathewson JJ et coll. Treatment of travelers' diarrhea with sulfamethoxazole and trimethoprim and loperamide. JAMA 1990;263:257-61.
13. Petruccioli BP, Murphy GS, Sanchez JL et coll. Treatment of travelers' diarrhea with ciprofloxacin and loperamide. J Infect Dis 1992;165:557-60.
14. DuPont HL, Reves RR, Galindo E et coll. Treatment of travelers' diarrhea with trimethoprim-sulfamethoxazole and with trimethoprim alone. N Engl J Med 1982;307:841-44.
15. Ericsson CD, Johnson PC, DuPont HL et coll. Ciprofloxacin or trimethoprim-sulfamethoxazole as initial therapy for travelers' diarrhea. Ann Intern Med 1987;106:216-20.
16. Wistrom J, Jertborn M, Hedstrom SA et coll. Short-term self-treatment of travellers' diarrhoea with norfloxacin: a placebo-controlled study. J Antimicrob Chemother 1989;23:905-13.
17. Goutuzzo E, Oberhelman RA, Maguina C et coll. Comparison of single-dose treatment with norfloxacin and standard 5-day treatment with trimethoprim-sulfamethoxazole for acute shigellosis in adults. Antimicrob Agents Chemother 1989;33:1101-4.
18. Bennis ML, Salam MA, Khan WA et coll. Treatment of shigellosis: III. comparison of one- or two-dose ciprofloxacin with standard 5-day therapy. Ann Intern Med 1992;117:727-34.
19. DuPont HL, Ericsson CD, Johnson PC et coll. Use of bismuth subsalicylate for the prevention of travelers' diarrhea. Rev Infect Dis 1990;12(Suppl. 1):S64-S67.
20. DuPont HL. Chemoprophylaxis remains an option in travelers' diarrhea. Gastroenterol 1991;86:402-3.

Lectures additionnelles

1. Ericsson CD, DuPont HL. Travelers' diarrhea: approaches to prevention and treatment. Clin Infect Dis 1993;16:616-26.
2. DuPont HL, Ericsson CD. Prevention and treatment of travelers' diarrhea. N Engl J Med 1993;328:1821-27.
3. Nathwani D, Wood MJ. The management of travellers' diarrhea. J Antimicrob Chemother 1993;31:623-26.

Annonces

CONSEILS AUX VOYAGEURS SUR LA SALUBRITÉ DES ALIMENTS

Les programmes OMS de la salubrité des aliments et de la lutte contre les maladies diarrhéiques viennent de mettre à jour le dépliant intitulé *Guide à l'usage des voyageurs sur la salubrité des aliments*; on y trouve des recommandations et conseils pour s'alimenter en toute sécurité et savoir que faire en cas de diarrhée. Il a reçu l'appui de l'Organisation mondiale du Tourisme et de l'Association internationale pour la Santé des Touristes.

Les administrations publiques, agences de voyages, compagnies de transports, banques et autres personnes intéressées désirant distribuer ce dépliant, disponible en allemand, anglais, arabe, espagnol et français, peuvent le commander en s'adressant au **Service de Distribution et Vente, OMS, 1211 Genève 27, Suisse, au prix de Fr. s. 20/U.S. 18\$. - les 50 exemplaires (Fr. s. 14/U.S. 12.60\$ pour les pays en développement). Un film prêt pour la reproduction est disponible au prix de Fr. s. 30/U.S. 27\$.**

QUATRIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA MÉDECINE DES VOYAGES

La Quatrième Conférence internationale sur la médecine des voyages se tiendra du 23 au 27 avril 1995 à Acapulco, Mexique. La conférence sera coparrainée par l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation panaméricaine de la Santé, l'Organisation mondiale du Tourisme, la Société mexicaine contre les Maladies infectieuses et les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis d'Amérique.

Le programme couvrira les sujets suivants : risques pour la santé des voyageurs; aspects sanitaires intéressant les résidents temporaires; syndrome d'immunodéficience acquise; paludisme; maladies évitables par la vaccination; diarrhée des voyageurs; maladies respiratoires et autres infections; mesures préventives individuelles; vaccins; immunoglobulines; chimioprophylaxie; maladies non infectieuses; troubles dus au décalage horaire et mal des transports; aspects psychologiques des voyages; traumatismes, promotion de la santé pour les voyageurs; aspects relatifs à l'hygiène de l'environnement; maladies et soins médicaux à l'étranger; autodiagnostic et autotraitement; évacuation médicale et, enfin, dispensaires pour voyageurs.

Toute demande d'information doit être adressé à la **Quatrième Conférence internationale sur la médecine des voyages (ICTM4), 8000 Westpark Dr., Suite 130, McLean, VA 22102, États-Unis d'Amérique.**

Avis

CCNI — DÉCLARATION SUR LA VACCINATION ANTIGRIPPALE POUR LA SAISON 1994-1995 (RMTC 1994;20:85-92)

Le lecteur notera que la posologie du vaccin antigrippal recommandée selon l'âge à la page 87 diffère des recommandations formulées par le CCNI dans le cadre de déclarations antérieures. On recommande maintenant d'administrer deux doses du vaccin sous-unitaire à 4 semaines

d'intervalle aux enfants de moins de neuf ans qui n'ont jamais été vaccinés. La deuxième dose n'est pas nécessaire si l'enfant a déjà reçu une ou plusieurs doses d'un vaccin contre l'influenza lors d'une saison antérieure. Il s'agit d'une modification par rapport à la recommandation figurant à la page 87 de la quatrième édition - 1993 du *Guide canadien d'immunisation*. La présente déclaration du CCNI est conforme aux recommandations énoncées dans le *1994 Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics*.

Rappel

IMMUNISATION DANS LES ANNÉES 90 : DÉFIS ET SOLUTIONS du 5 au 7 octobre 1994 au Hilton de Québec, Québec

Cette conférence de trois jours, organisée par le Laboratoire de lutte contre la maladie avec le concours de l'entreprise privée, devrait intéresser les médecins fonctionnaires, les infirmières hygiénistes, les administrateurs des programmes d'immunisation, les pédiatres et les omnipraticiens ainsi que les chercheurs dans le domaine de la santé publique.

L'accent sera mis principalement sur l'immunisation des enfants et, plus particulièrement, sur l'approvisionnement en vaccins et l'administration des vaccins, la multiplication des vaccins et les calendriers différents, l'évaluation des programmes de vaccination, la réglementation et la législation de même que sur les efforts d'immunisation à l'échelle internationale. La ministre de la Santé, Diane Marleau, ouvrira la conférence.

Pour obtenir d'autres renseignements et les documents d'inscription, prière de communiquer avec **M. Chuck Schouwerwou, coordonnateur de la conférence et du comité d'organisation, Division de l'immunisation des enfants, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2, téléphone : (613) 957-1352 ou télécopieur : (613) 998-6413.**

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	D' J. Spika	(613) 957-4243
	Dr F. Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Édition	N° de téléphone :	(819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9	Télécopieur :	(819) 994-1498

Prix par année : 75 \$ + TPS au Canada; 97.50 \$ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1994