

ZOMER, REIZEN EN GENEESMIDDELEN: EEN UPDATE

Het thema “Zomer, reizen en geneesmiddelen” kwam reeds aan bod in de Folia van mei 2001, mei 2004 en mei 2005. Een aantal onderwerpen die in deze Folia reeds aan bod kwamen, worden in dit artikel geactualiseerd, en hier worden ook enkele nieuwe onderwerpen besproken. In verband met dit thema is het nuttig te vermelden dat met dit nummer van de Folia de Transparantiefiche “Hooikoorts” wordt meegestuurd.

Zonlicht en geneesmiddelen

Fotodermatosen door geneesmiddelen

In de Folia van juni 2000 werd reeds aandacht besteed aan fotodermatosen, dit zijn fototoxische en foto-allergische huidreacties die na systemische of lokale toepassing van een geneesmiddel ontstaan ten gevolge van blootstelling aan zonlicht of UV-stralen. In dat artikel werden als belangrijkste bij fotodermatose betrokken geneesmiddelen vermeld: amiodaron, chinolonen, fenothiazinen, kinine, lisdiuretica, methotrexaat, psoralenen, tetracyclines (waarschijnlijk vooral doxycycline), sulfamiden (antibacteriële en hypoglykemiërende), thiazidediuretica; ook de NSAID's werden geciteerd.

- Met systemisch toegediende NSAID's zijn fotodermatosen (vooral van fototoxische aard) gerapporteerd. Reacties zijn frequent beschreven met piroxicam; ook met andere NSAID's, o.a. naproxen, sulindac, diclofenac en diflunisal, zijn frequent fotodermatosen gerapporteerd, maar mogelijk heeft dit te maken met hun frequent gebruik.
- Wat met lokaal toegepaste NSAID's? Men vermoedt dat bij lokale toepassing van NSAID's fotodermatosen frequenter optreden dan bij systemische toediening, en dat van de lokaal toegepaste NSAID's ketoprofen (Fastum®) het meest problemen geeft, en dan vooral van foto-allergische aard. In twee recente publicaties van Belgische dermatologen wordt aandacht besteed aan het risico van foto-allergische reacties door ketoprofen na lokale toepassing; de dermatologen hebben de incidentie ervan de laatste jaren zien toenemen [*Tijdschr. voor Geneesk.* 2006;62:375-80 en 381-4]. Het gaat vooral om eczematieuze reacties, met mogelijk uitgesproken bulleuze reacties, oedeem en erytheem, en soms noodzaak voor behandeling met corticosteroïden. De erupties komen in de eerste plaats voor op de applicatieplaats, maar breiden soms uit over het hele lichaam. De huidletsels kunnen lang blijven bestaan. Ook meerdere weken tot een jaar na stoppen van ketoprofen kunnen bij blootstelling aan zonlicht nieuwe erupties optreden (“verlengde fotosensitiviteit”). Door chemische verwantschap kan er kruisovergevoeligheid optreden tussen ketoprofen enerzijds, en fenofibraat, amiodaron, en zonnfilters met benzofenonstructuur anderzijds; met ibuprofen of naproxen treedt in principe geen kruisallergie op. Men moet wel opmerken dat bij patiënten met foto-allergie, er ook kruisovergevoeligheid kan zijn met niet-verwante stoffen. De dermatologen raden in het artikel aan zeker

in de lente en zomer lokale toepassing van ketoprofen te vermijden. Men dient er zich van bewust te zijn dat wanneer sensibilisatie is opgetreden na lokale toepassing, ook problemen kunnen optreden wanneer het NSAID systemisch wordt toegediend, en vice versa.

Lokale toepassing van tacrolimus en pimecrolimus, en risico van kanker

Tacrolimus (Protopic®) en pimecrolimus (Elidel®), immunosuppressiva voor lokale toepassing, worden gebruikt bij patiënten met atopische dermatitis (vanaf de leeftijd van 2 jaar) wanneer corticosteroïden onvoldoende doeltreffend zijn of niet verdragen worden [zie Folia november 2003]. Voor deze geneesmiddelen kan niet worden uitgesloten dat zij het risico van huidkanker en lymfomen verhogen; zie daaromtrent Folia van april 2005 i.v.m. waarschuwingen van de Amerikaanse *Food and Drug Administration*, en het persbericht van 27 maart 2006 van het Europese Geneesmiddelenbureau (via www.emea.eu.int), met ook bericht van 27 en 30 maart 2006 op de website van het directoraat-generaal Geneesmiddelen (via www.health.fgov.be, klik "Geneesmiddelen"). Door hun immunosuppressief effect zouden tacrolimus en pimecrolimus het risico van UV-geïnduceerde tumoren kunnen verhogen; hoewel een dergelijk effect niet bewezen is, wordt in de bijsluiters van deze geneesmiddelen gewezen op de noodzaak van goede bescherming tegen UV-stralen bij toepassing van deze middelen: minimale blootstelling aan de zon, gebruik van zonnfilters, bedekken van de huid met beschermende kledij, vermijden van PUVA-therapie, UV-B stralen of UV-licht van een solarium. Een zonnecrème met hoge beschermingsfactor tegen UV-A en UV-B-stralen kan worden gebruikt, en toegepast na de applicatie van pimecrolimus of tacrolimus. [I.v.m. zonnecrèmes, zie ook Folia juni 2000, mei 2004 en mei 2005.]

Aanpak van diabetes en reizen

Het ondernemen van een verre reis door patiënten met diabetes kan soms problemen stellen, in het bijzonder bij insuline-dependente patiënten. Een aantal voorzorgen zijn dan ook belangrijk.

Vooraf bij overbruggen van tijdzones is aanpassing van de hypoglykemiërende medicatie nodig.

- Patiënten behandeld met vier injecties van insuline per dag ("basaal-bolus", d.w.z. 1 injectie van een langwerkend insuline in principe 's avonds, en 3 injecties van een snelwerkend insuline telkens vóór de maaltijd) kunnen eenvoudig hun schema aanpassen aan het uur van bestemming: telkens er een maaltijd is, geeft men een snelwerkend insuline, terwijl de traagwerkende insuline gegeven wordt vóór het slapengaan op het oord van bestemming. Reist men in westelijke richting, betekent dit concreet dat er een maaltijd bijkomt, en dus een injectie van snelwerkende insuline. Reist men in oostelijke richting, valt er een maaltijd weg.

Bij mensen behandeld met twee menginsulines per dag kan men bij vluchten in westelijke richting, om de langere dag te compenseren, een extra injectie

van insuline geven, maar wel aan een lagere dosis (bv. de helft van de oorspronkelijke dosis). Een alternatief is om over te schakelen op het schema “basaal-bolus”.

- De dosis van hypoglykemiërende sulfamiden, metformine en glitazonen wordt meestal onveranderd gehouden.
- Tijdens een vliegtuigreis kan men, om hypoglykemie te vermijden, beter ietwat minder strikte controle van de glykemie toelaten.

Bij een verre vliegtuigreis is een voldoende voorraad aan koolhydraten, insuline (koel te bewaren), spuiten of pennen, en strips om de glucose en de ketonen te bepalen, belangrijk. De glykemie dient minstens om de 4 à 6 uur te worden gecontroleerd. Het is aan te raden om tijdens de vliegtuigreis de geneesmiddelen en toebehoren in de handbagage te houden.

In tropische landen kan het transport en de bewaring van insuline een probleem stellen, en men raadt aan insuline koel te bewaren (koelkasttemperatuur).

Reizigers moeten ook weten dat insuline sneller wordt gesorbeerd bij warm weer of na fysieke inspanning, met risico van hypoglykemie.

Algemeen kan worden aanbevolen een voldoende voorraad insuline mee te nemen voor de duur van de reis. Indien men toch insuline in het buitenland wenst aan te schaffen, moet het volgende in acht worden genomen.

- In sommige landen worden verpakkingen aan 40 IE/ml insuline gebruikt, en niet, zoals in België, verpakkingen aan 100 IE/ml.
- Men informeert zich best vooraf bij de verantwoordelijke firma over de beschikbaarheid van een specifiek insuline in het buitenland.
- Als men insuline in het buitenland koopt, schaft men best daar ook de spuitjes aan, om zeker te zijn dat men het juiste aantal eenheden toedient.
- Het is nuttig een voorschrift voor de te gebruiken insuline bij te hebben.

[*Drug and Therapeutics Bulletin* 2005;43:73-7 ; *Revue Médicale Suisse*, nummer van mei 2005, via <http://www.revmed.ch/> ; website van de Vlaamse Diabetes Vereniging www.diabetes-vdv.be (zoekterm: reizen); website van de Association Belge du Diabète www.diabete-abd.be (zoekterm: voyage)]

Infecties overgebracht door teken

In de Folia werd reeds meerdere malen aandacht besteed aan de ziekte van Lyme, veroorzaakt door de spirocheet *Borrelia burgdorferi sensu lato*-groep, en overgebracht via een tekenbeet [zie Folia mei 2002, mei 2003, mei 2004]. Er werd reeds op gewezen dat teken ook andere pathogenen kunnen overbrengen, o.a. flavivirussen die “tick-born encefalitis” kunnen veroorzaken. Bij het Belgisch Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid is er sedert 2004 een verhoogde rapportering van anaplasmosis, een infectie door de bacterie *Anaplasma phagocytophilum* en eveneens overgebracht door teken. Zoals bij de ziekte van Lyme, neemt de kans op overdracht toe naarmate de teek langer blijft zitten in de huid (vooral wanneer langer dan 36 à 48 uur). De symptomen

van anaplasrose zijn deze van een griepig syndroom (hoge koorts, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, zelden huiduitslag), een tiental dagen na de beet; vaak worden ook leucopenie, trombopenie en matige stijging van de leverenzymen gezien. Er zijn geen routine-serologische testen, en de diagnose kan enkel bevestigd worden door het “Research Laboratory for Vector-borne Diseases” (referentielaboratorium in het Militair Hospitaal Koningin Astrid, www.smd.be/rlvbd). In 2005 werden door het referentielaboratorium 66 gevallen gediagnosticeerd, maar gezien de ziekte niet goed gekend is en de diagnose enkel daar kan worden gesteld, wordt de incidentie waarschijnlijk onderschat. De patiënt herstelt vaak spontaan, maar in zeldzame gevallen verloopt dit ernstig. Doxycycline is doeltreffend (doxycycline is ook een eerste keuze bij Lyme-borreliose), en kan worden toegediend bij optreden van symptomen wijzend op anaplasrose, zeker wanneer ook afwijkende bloed- en leverwaarden worden gevonden; bij kinderen en zwangere vrouwen wordt rifampicine aanbevolen, maar dit is op weinig evidentie gesteund. Men moet zeker vermijden, precies zoals bij de ziekte van Lyme [zie vroegere Folia-artikels] systematisch, in afwezigheid van symptomen, antibiotica te starten bij een tekenbeet.

[Epi-Scoop, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, juni 2005, via www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/episcoop/200502nl.pdf]

Behandeling van adderbeten

In de *British Medical Journal* [2005;331:1244-7] verscheen een artikel over de behandeling van beten door adders en exotische giftige slangen. Aandacht wordt besteed aan de gewone adder (*Vipera berus*), die in België nog in de Antwerpse Kempen en het hoge Maasbekken voorkomt. Adderbeten zijn in België zeer zeldzaam. De eerst hulp bestaat erin de pijn te controleren, de patiënt te immobiliseren (zeker het getroffen lidmaat), eventuele anafylactische reacties te behandelen, en de patiënt te hospitaliseren. Men moet er zich wel van bewust zijn dat de anafylactische reactie zeer snel kan optreden, en dat epinefrine ter plaatse zou moeten beschikbaar zijn: dit zou bv. kunnen georganiseerd worden voor jeugdkampen in een risicogebied. In bepaalde gevallen (bv. bij ernstige systemische symptomen) kan toediening van antiserum noodzakelijk zijn. In België beschikt het Antigifcentrum over Viperfav®, meer informatie via www.poissoncentre.be, klik “Gezondheidswerkers” en “De gewone adder”.

Nuttige informatie over slangenbeten, spinnenbeten en schorpioenensteken is ook te vinden via www.itg.be/itg/DistanceLearning/LectureNotesVandenEndenE/index.htm

Nuttige websites

We verwijzen naar de Folia van mei 2005 voor de nuttige websites. I.v.m. deze websites volgende correctie: de website voor de laatste versie van het “Yellow book” van de “Centers for disease control and Prevention (editie 2005-2006) is www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/utills/ybBrowseO.asp