

- La prévention du **mal d'altitude** aigu (céphalées avec perte d'appétit, nausées, insomnie, vertiges ou fatigue après une ascension récente au-dessus de 2500 m) consiste à adapter la vitesse d'ascension de façon à permettre une acclimatation. Une prophylaxie médicamenteuse n'est pas indiquée, sauf pour des personnes qui ont déjà souffert du mal d'altitude, des patients atteints d'insuffisance cardiaque, ou lorsqu'une ascension rapide est inévitable. L'acétazolamide (2 x 125 à 250 mg par jour, à partir de 1 à 2 jours avant l'ascension jusqu'à 48 heures après l'arrivée au sommet) est le traitement de premier choix; une diurèse accrue et des paresthésies, mais aussi des symptômes ressemblant à ceux du mal d'altitude aigu, peuvent survenir. Lorsque l'acétazolamide n'est pas supporté ou contre-indiqué, la dexaméthasone est indiquée (4 mg toutes les 12 heures, à partir de 1 jour avant l'ascension jusqu'à la descente en-dessous de 2500 m); lorsqu'une ascension rapide est nécessaire immédiatement, p. ex. lors d'opérations de sauvetage, la dexaméthasone à doses plus élevées est indiquée; une hyperglycémie, de la dyspepsie et de l'insomnie peuvent apparaître. On ne dispose pas de preuves suffisantes quant à l'utilisation préventive d'acide acétylsalicylique, de Ginkgo biloba, de spironolactone ou de furosémide. Lors de l'apparition de symptômes du mal d'altitude, il convient de se reposer et de ne plus monter plus haut, et si possible, de redescendre. Les plaintes disparaissent généralement spontanément après quelques jours d'acclimatation. Entre-temps, des antiémétiques, des analgésiques banals (p. ex. paracétamol) ou l'acétazolamide (2 x 125 à 250 mg par jour pendant 2 à 3 jours) peuvent soulager. Il est important de reconnaître à temps le mal d'altitude étant donné l'évolution possible vers un œdème cérébral et/ou pulmonaire pouvant être fatal.

- En ce qui concerne les **coups de soleil**, l'utilisation régulière d'un écran solaire à indice de protection élevé vis-à-vis des UVA et des UVB est recommandée, surtout chez les enfants [voir Folia de mai 2004]. Les photodermatoses peuvent être favorisées par l'administration systémique ou locale d'un médicament; les principaux médicaments en cause sont: les AINS (en particulier le kétoprofène à usage local), l'amiodarone, les diurétiques de l'anse, le méthotrexate, les phénothiazines, les psoralènes, la quinine, les quinolones, les sulfamidés, les tétracyclines, les thiazides [voir Folia de mai 2006]. Le traitement des photodermatoses est essentiellement symptomatique [voir Folia de mai 2001].

- Afin de prévenir l'apparition d'un **coup de chaleur**, une personne qui présente des symptômes dus à la chaleur doit être hydratée (par voie orale ou intraveineuse) et rafraîchie; le coup de chaleur exige un traitement en urgence (refroidir rapidement le patient et l'hydrater prudemment). Certains médicaments peuvent augmenter le risque et la gravité d'un coup de chaleur. Il s'agit en particulier de substances qui influencent le thermorégulation et la sudation (surtout les anticholinergiques, les antipsychotiques, les antihistaminiques H₁ avec un effet anticholinergique prononcé, les sympathicomimétiques, les antidépresseurs, le topiramate, l'acétazolamide), de laxatifs osmotiques et de substances qui, en cas de déshydratation, augmentent le risque d'insuffisance rénale (p. ex. les diurétiques, les AINS, les IECA et les sartans). Lorsque l'on s'attend à une vague de chaleur, il peut être utile de réévaluer un traitement par ces médicaments (éventuellement diminuer temporairement la dose ou arrêter le traitement). L'alcool et les drogues telles la cocaïne et l'ecstasy peuvent encore aggraver la situation.