

Envenimation grave par morsure de vipéridé africain des organes génitaux externes chez un adulte en zone rurale

Severe Envenomation by African Viperid Bite of External Genitalia in an Adult in a Rural Area

G.S. Irié Bi · N.F. Yapi · E. Able

Reçu le 13 avril 2021 ; accepté le 27 mai 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

Introduction

En Afrique subsaharienne, les envenimations par morsure de serpents demeurent un problème de santé publique du fait de leur fréquence, de leur gravité et de l'inaccessibilité des populations aux sérums antivenins spécifiques [1,2]. On oppose classiquement les envenimations cobraïques, essentiellement neurotoxiques, et les envenimations vipérines, dominées par les nécroses et les syndromes hémorragiques. Les morsures de serpent aux organes génitaux externes (OGE) sont rares [3] et peuvent être à l'origine de graves complications telles que la destruction de l'urètre pénien [4] et la gangrène périnéoscrotale [5]. Nous rapportons un cas grave de morsure de vipère des OGE chez un adulte d'évolution favorable avec préservation des capacités mictonnelles et de la fonction érectile.

Observation

Un homme âgé de 43 ans, sans antécédent particulier, a été mordu sur le pénis pendant qu'il déféquait en brousse. L'incident serait survenu à 15 heures, et le patient aurait ressenti une douleur vive au pénis associée à des saignements au point de morsure.

L'évolution immédiate sera marquée deux heures de temps après la morsure par l'apparition d'un important œdème du pénis, des bourses et du périnée. Des scarifications ont été réalisées sur la verge suivie de l'application d'une topique traditionnelle non identifiée. Devant l'aug-

mentation de l'œdème des OGE et de la persistance du saignement en nappe au niveau des scarifications, le patient a été admis 12 heures plus tard au centre hospitalier universitaire de Bouaké (république de Côte-d'Ivoire), situé à 90 km du lieu de morsure. L'interrogatoire révélait également que le serpent incriminé aurait été tué et serait une vipère de 150 cm de longueur possédant un corps trapu, une queue courte. À l'admission en réanimation, le patient était conscient, algique avec une température à 37 °C, une polypnée à 23 cycles/min et une pression artérielle à 120/70 mmHg. L'examen physique locorégionale objectivait chez un patient circoncis une tuméfaction douloureuse des OGE qui remontait à l'hypogastre sans dysurie. Le point de morsure était situé sur le pénis à proximité du gland. On notait également la présence de marques de scarification sur la verge avec une persistance des saignements en nappe (Fig. 1). Il n'y avait pas de nécrose des OGE. Les fonctions sphinctériennes, rectales et urétrales étaient normales. Le bilan biologique réalisé à l'admission rapportait un taux de prothrombine (TP) à 50 %, un temps de céphaline activée (TCA) à 1,38 par rapport au témoin, un taux d'hémoglobine à 11 g/dl et une thrombopénie à 30 000/mm³. Le diagnostic d'envenimation par morsure de serpent de grade 3 avec un syndrome vipérin a été retenu. L'immunothérapie antivenimeuse a été réalisée avec un sérum antivenin Inoserp® Panafricain (Inosan Biopharma). Il doit être administré par voie veineuse, soit en perfusion (dilué à 10 %, en 30 minutes pour 100 ml), soit en injection directe lente (3 à 5 minutes pour 10 ml). La posologie est identique chez l'enfant et l'adulte, mais la quantité de liquide vecteur doit être adaptée au poids de l'enfant. Chez notre patient, cet antivenin a été administré dès l'admission selon le protocole suivant : deux ampoules ont été administrées par voie intraveineuse directe (IVD) lente (3 à 5 minutes par ampoule) suivi d'une surveillance clinique et biologique régulière à 1, 3, 6, 12 et 24 h après injection. Le patient a reçu un total de six doses de l'antivenin. L'efficacité de l'immunothérapie antivenimeuse dans notre cas a été fondée sur des critères cliniques évolutifs tels que l'arrêt du

G.S. Irié Bi (✉) · E. Able

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier universitaire de Bouaké, Bouaké, Côte-d'Ivoire
e-mail : iriebigohiserge@gmail.com

N.F. Yapi

Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier universitaire d'Angré, BP 54378 Abidjan, Côte-d'Ivoire



Fig. 1 Tuméfaction des organes génitaux externes avec saignement en nappe au niveau des marques de scarifications

saignement et la normalisation du temps de coagulation sur tube sec (TCST). Le traitement adjuvant a consisté en la réalisation d'une sérothérapie antitétanique, d'une analgésie à base de paracétamol et d'une antibiothérapie à base d'amoxicilline et d'acide clavulanique. L'évolution a été marquée par une régression progressive de l'œdème des OGE, une diminution de la douleur, un arrêt du saignement et une normalisation du bilan d'hémostase (TP à 80 % et un rapport de TCA à 1,12) au troisième jour d'hospitalisation. Le patient a réintégré son domicile après trois jours d'hospitalisation sans difficulté à la miction et sans troubles érectiles.

Discussion

Les envenimations ophidiennes constituent un problème de santé publique dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est [6]. L'Organisation mondiale de la santé a officiellement inscrit l'envenimation par morsures de serpent sur la liste des maladies tropicales négligées prioritaires en avril 2009 [7]. En Afrique, les nombres les plus importants de morsures de serpent sont enregistrés dans les régions de savane de l'Afrique de l'Ouest [6]. Dans ces régions, les vipères du genre *Echis* (*Echis ocellatus*, *Echis leucogaster*, *Echis jogeri*), les cobras cracheurs à cou noir (*Naja nigricollis* et *Naja katiensis*) et les vipères heurtantes (*Bitis arietans*) sont responsables de la majorité des envenimations [6]. Les morsures de serpent touchent principalement les personnes vivant dans les zones rurales pauvres, qui vivent d'une agriculture non mécanisée à faible coût ou de petits travaux agricoles [2]. Les membres inférieurs constituent la localisation

préférentielle des morsures de serpents [8]. Dans de rares cas [3–5], comme ce fut le cas dans notre observation, elles peuvent concerner les OGE et être à l'origine de graves complications telles que la destruction de l'urètre pénien [4] et la gangrène périnéoscrotale [5]. Quelle que soit leur localisation, les morsures de serpents constituent des urgences médicales qui imposent une prise en charge précoce. Le protocole de prise en charge des envenimations ophidiennes est fonction du stade de gravité des envenimations qui sont individualisées en grade : 0, I, IIa, IIb et III. Le grade III des envenimations vipérines est caractérisé par l'extension de l'œdème extensif atteignant le tronc, la présence de signes généraux sévères (coagulopathie, œdème aigu du poumon, état de choc, insuffisance rénale) et de signes biologiques de gravité (plaquettes < 150/mm³, TP < 60 %, leucocytose > 15 000/mm³, fibrinogène < 1,5 g/l). Dans notre observation, la présence d'un œdème des OGE, d'une coagulopathie, d'une thrombopénie à 30 000/mm³ et d'un TP à 50 % permettait de conclure à une envenimation vipérine de grade III. L'immunothérapie antivenimeuse constitue de nos jours le seul traitement spécifique des envenimations par morsures de serpent [9]. Chez notre patient, nous avons utilisé l'antivenin Inoserp[®] Panafricain qui est un antivenin polyvalent lyophilisé composé de fragments d'immunoglobulines F (ab^γ)₂ hautement purifiés recommandé pour le traitement des envenimations par morsures de vipéridés et d'élapidés d'Afrique subsaharienne [6]. Il est produit par l'immunisation de chevaux avec les venins d'*E. ocellatus*, *Echis pyramidum*, *Echis leucogaster*, *Bitis gabonica*, *B. arietans*, *Naja haje*, *Naja melanoleuca*, *N. nigricollis*, *Naja pallida*, *Dendroaspis polylepis* et *Dendroaspis jamesoni*. Chaque flacon contient 200 mg de protéines totales et 250 unités de neutralisations LD₅₀ sur souris. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la prise en charge des envenimations par morsures de serpent ne peut être convenablement réalisée à cause, d'une part, du coût et de l'indisponibilité des antivenins appropriés et, d'autre part, d'une formation insuffisante des professionnels de santé à leur utilisation [6]. Au cours des envenimations vipérines, la sévérité des signes locaux peut évoluer vers un syndrome de loge imposant la réalisation en urgence d'une aponévrotomie de décharge chirurgicale [10], et dans certains cas à une amputation de membre [9]. Dans de très rares cas rapportés dans la littérature, les morsures de serpent siégeant aux OGE peuvent être à l'origine de graves complications telles que la destruction de l'urètre pénien [4] et la gangrène périnéoscrotale [5], qui imposent une prise en charge chirurgicale des patients. En outre, comme cela a été notifié dans de nombreuses études [4,5], le retard de consultation impacte négativement l'évolution clinique de l'envenimation. Ce retard est dû à l'éloignement des centres de santé des zones rurales et le plus souvent au parcours thérapeutique discursif du patient qui s'adresse en première intention au thérapeute

traditionnel [1,2]. Cette situation conduit le patient à arriver tardivement au niveau des structures adéquates, souvent après l'installation de graves complications comme ce fût le cas dans notre observation. Les patients victimes d'une envenimation par morsure de serpent devraient être pris en charge de façon efficiente au niveau des centres de santé ruraux avant leur transfert vers les hôpitaux de référence. En effet, une formation adéquate des agents de santé, d'une part, et la mise à disposition d'antivenins au niveau des structures sanitaires en zone rurale, d'autre part, pourrait permettre d'initier précocement la prise en charge des sujets envenimés. Cette attitude contribuerait à améliorer le pronostic des envenimés et à réduire la fréquence et la gravité des complications dues aux envenimations.

En conclusion, les envenimations graves par morsures de vipères des OGE sont rares et graves. Une prise en charge précoce par l'administration d'antivenins spécifiques permet de réduire les complications et d'améliorer le pronostic des patients.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Chippaux JP (2005) Évaluation de la situation épidémiologique et des capacités de prise en charge des envenimations ophidiennes en Afrique subsaharienne francophone. *Bull Soc Pathol Exot* 94:264–8
2. Chippaux JP (2011) Estimate of the burden of snakebites in sub-Saharan Africa: a meta-analytic approach. *Toxicon* 57:586–99
3. Koffi NR, Kouamé EK, Yapou YP, et al (2015) Morsure de vipère des organes génitaux chez un enfant. *Arch Pediatr* 22:865–7
4. Kossoko, H, Allah C, Assi Djè Bi Djè V, et al (2011) Destruction de l'urètre pénien consécutive à une morsure de serpent : uréthroplastie par le lambeau inguinal de Mac Gregor. *Ann Chir Plast Esthet* 56:65–9
5. Tamou Sambo B, Hodonou A, Youssouf M, et al (2015) Un cas de gangrène périnéoscrotale consécutive à une morsure de serpent. *Med Sante Trop* 25:107–9
6. Lam A, Cabral M, Touré A, et al (2019) Évaluation de l'efficacité et la tolérance de Inoserp[®] Panafricain au Sénégal. *Toxicol Anal Clin* 31:18–29
7. World Health Organization South-East Asia Region (WHO SEARO) (2010). Guidelines on management of snake-bites. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia, Available at: http://www.searo.who.int/LinkFiles/BCT_snake_bite_guidelines.pdf. Accessed 1 September 2011 (Dernier accès le 21 septembre 2020)
8. Hati AK, Mandal M, De MK, et al (1992) Epidemiology of snake bite in the district of Burdwan, West Bengal. *J Indian Med Assoc* 90:145–7
9. Kouassi KJE, M'bra KI, Sery BJLN, et al (2017) Amputation de membre secondaire à une morsure de vipère. *Arch Pediatr* 24:350–2
10. Kouassi KJE, Sery BLNJ, Yao LB (2017) Syndrome des loges de l'avant-bras secondaire à une morsure de vipéridé chez l'enfant. *Ann Fr Med Urgence* 7:45–7