

Hémostase compliquant une envenimation par morsure de serpent : A propos d'un cas

Haemoperitoneum complicating snake bite envenomation: A case report

N'Da-koffi NHC^{1*}, Coulibaly Klinna, Kouadio Stéphanie¹, Ogondon Bernard¹

¹ Service d'anesthésie-réanimation polyvalente du CHU de Bouaké 01, BP 1174, Bouaké 01, République of Côte d'Ivoire

Auteur correspondant. N'Da-koffi NHC Tel :00225 0142040480 Mail : ndacinthiahelene@gmail.com

Résumé

Les envenimations par morsure de serpent sont fréquentes en Afrique subsaharienne. En Côte D'Ivoire elles sont surtout dues aux vipères du genre echis. Elles entraînent un syndrome hémorragique et cytotoxique dont l'intensité dépend de la gravité de l'envenimation. Nous rapportons un cas d'hémostase survenu 10 jours après une envenimation par morsure de serpent.

Mots-clés : envenimation ophidienne, complications, hémostase, Bouaké

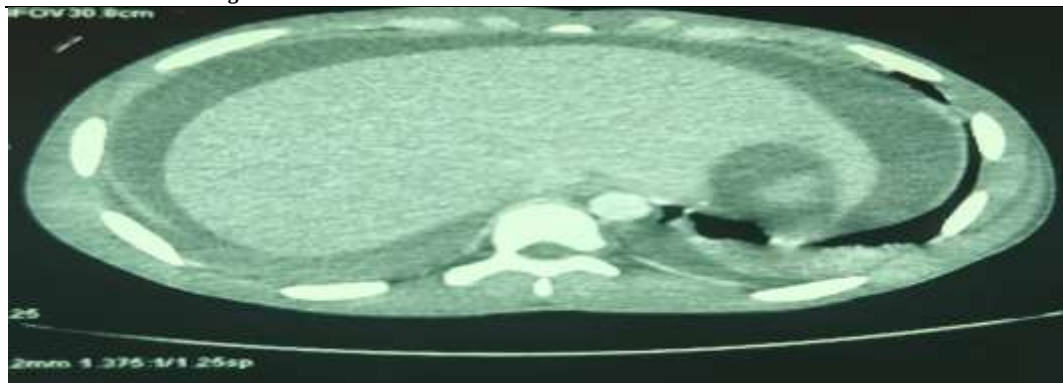
Abstract

Snake bites are common in sub-Saharan Africa. In Côte d'Ivoire, they are mainly caused by vipers of the genus Echis. They cause an hemorrhagic and cytotoxic syndrome, the severity of which depends on the severity of the venom. We report a case of hemoperitoneum that occurred 10 days after a snake bite.

Key words: snake envenomation, complications, hemoperitoneum, Bouaké

Introduction Les envenimations par morsure de serpent entraînent deux types de syndrome : le syndrome vipérin et le syndrome cobraïque. Le syndrome vipérin est le plus fréquent [1,2]. Le venin de vipère est composé d'enzymes, sa composition varie selon le genre, l'âge, l'alimentation du reptile. Ainsi l'envenimation par un serpent jeune pourrait être moins grave que celle d'un serpent adulte. Le diagnostic est clinique et l'identification de serpent passe au second plan après l'urgence de l'administration du sérum antivenimeux quand cela est nécessaire[. **Observation** Patient de 18ans qui au cours d'une activité champêtre aurait été mordu par un serpent. Il aurait ressenti une vive douleur, des saignements minimes, une tuméfaction du pied droit et une impotence fonctionnelle relative. Il aurait entrepris un traitement traditionnel fait de scarification et de topique. L'évolution a été marquée 10jours après par la survenue d'une rectorragie de moyenne abondance, de 5 vomissements alimentaires post prandiaux, et une dyspnée. Il aurait consulté dans un centre de santé où les examens cliniques et para cliniques ont permis de conclure à une pâleur conjonctivale, une dyspnée, un taux d'hémoglobine à 3,8 g/dL. Le patient aurait

reçu 700 ml de culot globulaire, une antibiothérapie, des antalgiques puis il aurait été transféré au CHU de Bouaké. A l'admission, on notait une dyspnée avec des signes de détresse respiratoire (battement des ailes du nez et tirage intercostal), une fréquence respiratoire de 102p/ min, une fièvre à 38 degrés Celsius, des cicatrices de scarification au pied droit. Le diagnostic de syndrome d'irritation péritonéal a été posé. Une échographie abdominale et une ponction exploratrice ont permis de conclure à un hémostase de grande abondance. Le bilan biologique initial a mis en évidence un Taux de prothrombine (TP) à 43%, fibrinémie à 0,25 ; urémie=1,61g/L, créatininémie=38mg/L, la C Réactive protéine (CRP) =96mg/L, un ionnogramme normal. Il a reçu un traitement fait d'exacyl de vitamine K1, une bi antibiothérapie (ceftriaxone et métronidazole), des antalgiques, une transfusion de 1080 ml de culot globulaire isogroupe isorhésus chez un patient mis à jeûn. La tomodynamométrie a objectivé un hémostase de grande abondance, un hématome rétro-péritonéal et périrénal droit sans lésions intra abdominale(**figure**) et une surveillance en expectative armée.



Le bilan biologique de contrôle a montré une normalisation des chiffres de l'urémie et de la créatininémie, ainsi que le TP. Le reste du bilan (la numération formule sanguine, la CRP) n'a pu être contrôlé faute de moyen financier. Une surveillance en expectative armée a été mise en place. Le patient n'a pas reçu de sérum antivénimeux. L'évolution à J3 a été marquée par une reprise des matières et des gazs. Il n'y a pas eu d'indication chirurgicale devant l'absence de signe de choc et la regression du syndrome péritonéal. Le patient a été transféré dans le service de chirurgie digestive puis exécuté. **Discussion** Les envenimations par morsure de serpent sont fréquentes au cours des saisons pluvieuses. Elles représentent un véritable accident de travail pour les agriculteurs [3]. Elles sont une maladie de la pauvreté car elles touchent surtout les populations rurales [4]. Ces populations qui vivent dans conditions précaires : cuisine au feu de bois, mauvais éclairage, hautes herbes environnant les maisons, sanitaire et douche parfois à l'air libre ou faits d'aménagement de fortune des douches et sanitaires parcourent de longues distances à pied pour aller aux champs, à la chasse ou pour avoir accès à l'eau [4]. Autant de situations qui multiplient les possibilités de rencontrer et de morsures par les serpents [4]. Sans la survenue de cette complication le patient n'aurait pas été répertorié parmi les envenimations survenues à cette période. Il en est ainsi de beaucoup d'une grande partie de la population rurale victime d'envenimation, elle ne sollicite pas les services de soins de santé et ainsi ne figure pas dans les statistiques nationales. Cette situation est répandue en Afrique tropicale, en Asie, en Amérique Latine et Papouasie Nouvelle Guinée [5] où l'estimation de l'incidence des envenimations par morsure de serpent reste sous-évaluée [4,5]. Dans les habitudes des populations rurales la tradition thérapeutique a une place non négligeable parce qu'elle reste plus accessible que les services de soins médicaux [2,4]. Un élément déterminant dans le pronostic des envenimations est le temps et les moyens mis pour atteindre les structures sanitaires. Le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) existe mais il n'est presque jamais sollicité pour une prise en charge de personne victime d'envenimation par morsure de serpent parce que les frais doivent être supportés par les

familles. Cela favorise l'absence de prise en charge médicale préhospitalière. Le patient a bénéficié d'une tradition thérapeutique à base de topique. L'efficacité de certaines plantes contre les envenimations est scientifiquement connue. Bien souvent leur processus d'extraction, leur mode d'utilisation, les doses et la voie d'administration rendent l'utilisation de ces plantes difficile en pratique courante. L'avantage qu'elles ont sur le traitement conventionnel est qu'elles sont peu coûteuses plus ou moins facilement accessibles selon les régions et facilement acceptées par la population [6]. Des études complémentaires sont nécessaires. Le venin de serpent est composé d'hémotoxine, de cardiotoxine, de neurotoxine, de cytotoxines. Le venin de vipère est constitué de cytotoxine et d'hémotoxine. Les hémotoxines agissent de différentes manières. Elles peuvent avoir un effet procoagulant, un effet anticoagulant, un effet fibrinolytique, un effet sur les plaquettes, un effet vasculaire. L'hémotoxicité survient dans 30 à 70% des cas au cours des envenimations [7] ,[8] . Elle est présente sous une forme plus ou moins manifeste, la forme la plus évidente étant le saignement. Les hémotoxines ont un effet local à type d'ecchymoses, de saignements au point de morsure et un effet systémique à type de saignement des muqueuses, d'hémorragies internes (hémorragies intracrâniennes, péricardiques, pleurales, rétropéritonéales, voire un état de choc etc) [8]. Il n'y a pas de recommandations de l'OMS pour les patients vu tard (dix jours après la morsure de serpent) [9] ni de recommandations nationales ni de recommandations de la société Africaine de vénimologie [Zoumenou HT, Chippaux JP, Fachehoun P et al. Assessment of a therapeutic protocol for the management of snakebite envenomations in Benin. *Med Trop Sante Int* 2023 ; 3(4): mtsi.v3i4.2023.451.]

Conclusion

L'envenimation par morsure de serpent est grave. L'intérêt de recommandations nationales s'impose pour une amélioration de la prise en charge des patients victimes d'envenimations ophidiennes. Ces derniers devraient avoir un parcours de soin différent permettant un suivi médical à court, moyen et long terme. Les mesures de préventions efficaces font parties intégrantes de la prise en charge de ces envenimations.

TDM abdominale sans contraste

Références

1. **Kabeya MJB, Wood D, Hodgkinson P**, Presentation and management of snakebite envenomation at a District Hospital in the north-east of South Africa. *Afr j of Emerg Med*; 2025(15) 100878
2. **Adio AAI, Malami I, Lawal N, Jega AY, Abubakar I, Bello MB et al**. Neurotoxic snakebites in Africa : Clinical implications, therapeutic strategies and antivenomefficacy. *Toxicon* 2024; (287)107811
3. **Koffi NR, Kouamé EK, Yapo YP, Irié-Bi GS, Kouadio KS, N'Da-Koffi NHC**. Morsure des organes génitaux chez un enfant. *Arch Pediatr* 2015 ; 22:865-7.
4. **World Health Organization**. WHO Regional action plan for preventive and control of snakebite envenoming in the South-East Asia 2022-2030 [internet]. Geneva : WHO ; 2022 [consulté le 23/01/2026]. 26p. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstream/42f24098-2a64-44f5-a631-2e93f642d3e6/content>
5. **Longbottom J, Shearer FM, Devine M, Alcoba G, Chappuis F, Weiss DJ, Ray SE, Ray N , Warrell DA, Ruiz de Castaneda R, Williams DJ, Hay SI, Pigott DM, Hussain SS, Kingsley D**. Ethnomedicinal breakthroughs in snake bite therapy: From folklore to forefront, *Toxicology Reports*. 2024 ; 13,101795
6. **Johnston CI, Ryan NM, Page CB, Buckley NA, Brown SGA, O'Leary et al**. The Australiansnakebite project, 2005-2015(ASP-20). *The medical journal of Australia*. 2017; 207(3):119-125
7. **Alvitigala BY, Dissanayake HA, Weeratunga PN, Padmaperuma CD, Gooneratne LV, Gnanathanan CA**, Hémostoxicity of snakes: a review of pathogenesis, clinical manifestations, novel diagnostics and challenges in management. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2025; 119(3): 283- 303
8. **World Health Organization**. WHO Guidelines for the management of snakebites [internet]. Geneva : WHO ; 2016 [consulté le 23/01/2026]. 201p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249547>
9. **Zoumenou HT, Chippaux JP, Fachehoun P et al**. Assessment of a therapeutic protocol for the management of snakebite envenomations in Benin. *Med Trop Sante Int* 2023; 3(4): mtsi.v3i4.2023.451. [Article in French] doi: [10.48327/mtsi.v3i4.2023.451](https://doi.org/10.48327/mtsi.v3i4.2023.451)