

Tétanos généralisé compliquant un traitement traditionnel instauré après une morsure de serpent.

E. Ehui, O. Kra, I. Ouattara, A. Tanon, A. Kassi, S. Eholié, E. Bissagnéné & A. Kadio

Service des maladies infectieuses et tropicales, CHU de Treichville, BP V 3 Abidjan 01, Côte d'Ivoire. Tél. : 225 21 25 52 49, fax : 225 21 25 28 52, e-mail : docehui@yahoo.fr

Courte note n° 3006. "Clinique". Reçu le 8 septembre 2006. Accepté le 24 octobre 2006.

Summary: Generalized tetanus complicating a traditional medicine applied for snakebite.

In many of Africa's rural areas, snakebite victims often resort to traditional healers for first line treatment. This may be source of infectious complications. We report a case of generalized tetanus which occurred after 15 days in a 13-years old boy who had applied a traditional, plant-based concoction on a snake bite. He presented with trismus, generalized contractures and fever, extended musculo-aponevrotic necrosis of the right upper limb, without loss of consciousness. The only accompanying biological sign was an increased leukocyte count (11,200/mm³) with a predominance of neutrophils (84%). Platelets count, creatinin and AST/ALT titers and haemostasis were all normal, as was the radiogram of the right hand. The clinical outcome was favourable after 3 weeks hospital care (antibiotic, muscle relaxants, antitetanus serotherapy and local wounds care). This clinical observation shows that traditional care for snake bite wounds can be an entry point for tetanus. Appropriate treatment of snake bites in a hospital setting is of the utmost importance, in addition to vaccination against tetanus, in order to reduce the incidence of tetanus in African countries.

snakebite
generalized tetanus
tetanus vaccination
traditional medicine
Abidjan
Côte d'Ivoire
Sub Saharan Africa

morsure de serpent
tétanos généralisé
vaccination antitétanique
traitement traditionnel
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale

Introduction

Les morsures de serpents sont des accidents fréquents en Afrique sub-saharienne où on estime annuellement leur nombre à plus d'un million, dont la moitié est représentée par les envenimements (2). En Côte d'Ivoire, CHIPPAUX avait noté en 1979 dans une étude épidémiologique nationale une incidence de 200 morsures de serpents pour 100 000 habitants (1). En Afrique, le premier recours de soins devant ces morsures de serpent est habituellement l'application de topiques traditionnels à base de plantes médicinales (2). Ces médications traditionnelles peuvent entraîner des complications infectieuses, dont le tétanos, comme l'illustre l'observation que nous rapportons.

Observation

T. F., âgé de 13 ans, vivant dans un village à 100 km à l'est d'Abidjan, est admis le 10 août 2005 dans le service d'infectiologie du CHU de Treichville pour un trismus avec une dysphagie. L'interrogatoire révèle une notion de morsure de serpent à la main droite le 24 juillet 2005, sur laquelle a été appliqué un traitement traditionnel à base de plantes. L'espèce du serpent en cause n'a pas été identifiée formellement. Dans le carnet de santé de l'enfant, il est fait mention des vaccins reçus durant l'enfance, à savoir le BCG, les trois doses et le premier rappel à un an des vaccins anti-diphtérique, antitétanique, anti-coquelucheux et anti-poliomyélitique (Tétracoq®), le vaccin anti-rougeoleux et le vaccin anti-amaril. Trois jours après la morsure,

il reçoit au dispensaire de la localité voisine du sérum antitétanique en sous-cutané (1 500 UI), de l'oxacilline *per os* (2 g/jour), 20 mg de bétaméthasone en IV et du paracétamol 1,5 g/jour, avec poursuite du traitement traditionnel. Le 7 août 2005, apparaît un trismus avec des cervicalgies, puis des contractures musculaires et une fièvre. La température est à 39 °C, le pouls à 124 battements/mn, la tension artérielle à 100/70 mm Hg, le poids à 42 kg; l'examen neurologique,

Photo 1.

Œdème de la main droite avec délabrement musculo-aponévrotique après morsure de serpent.
Oedema of the right hand with musculo-aponevrotic necrosis after snakebite.



cardio-vasculaire et pleuro pulmonaire est normal. Il y a un œdème avec un important délabrement musculo-aponévrotique de la face dorsale de la main droite, mettant à nu les tendons (photo 1). L'hémodiagramme montre une hyperleucocytose à $1\,1200/\text{mm}^3$ avec 84 % de neutrophiles, les plaquettes à $196\,000/\text{mm}^3$, et le taux d'hémoglobine à 11,2 g/dl. Des hémocultures n'ont pu être réalisées, de même que l'écouvillonnage de la plaie. La crase sanguine, le bilan rénal et hépatique sont normaux. Les radiographies de la main droite et des poumons sont normales. L'ECG n'a pas été réalisé. Une antibiothérapie parentérale avec l'amoxicilline-acide clavulanique (100 mg/kg/j) et la nêtromicine (4 mg/kg/j) a été instaurée, associée à une sérothérapie intrathécale en vue de neutraliser la toxine circulante avec du sérum antitétanique d'origine équine 1500 UI et 25 mg d'hydrocortisone pour prévenir le choc anaphylactique; en outre, il reçoit du diazépam en perfusion (2 mg/kg/jour); 50 ml/kg/jour de sérum salé isotonique avec du calcium (2 g/jour) et du potassium (2 g/jour), un litre/jour de sérum glucosé à 10 %. Localement, la plaie a été traitée avec un antiseptique et un antibiotique (Antibiotulle®). Une première dose de vaccin antitétanique a été administrée dès l'admission. Après trois semaines de traitement, il y a disparition du trismus, des paroxysmes et de la fièvre, et quinze jours après sa sortie, l'état clinique est satisfaisant.

Commentaires

En dehors de ceux rapportés par HABIB au Nigeria (3), les cas de tétanos compliquant les traitements traditionnels instaurés après morsure de serpent sont peu décrits en Afrique où, pourtant, ces accidents sont nombreux et fréquents (2). En Asie, deux cas mortels sont rapportés dans une série de 46 morsures de serpent à issue fatale (4). En Côte d'Ivoire, les travaux récents sur le tétanos (6) n'ont pas identifié, comme facteurs favorisants, les traitements traditionnels appliqués aux morsures de serpents. Notre observation est caractérisée par une nécrose importante à l'endroit de la morsure comme dans les morsures de Vipéridés et par le tableau typique de tétanos avec un trismus, des paroxysmes et des contractures musculaires, comme dans les envenimations cobraïques. Dans ce dernier cas, les signes apparaissent dans les heures suivant la morsure, avec une ptose palpébrale qui en constitue le signe pathognomonique. Le décès est précoce au bout de deux à dix heures (5). Chez notre patient, la présence d'un œdème et d'une nécrose de la main permet de suspecter une morsure par un Vipéridé. Le long délai de consultation et de prise en charge médicale de notre patient et des cas de HABIB (3) est en rapport avec la primauté accordée au traitement traditionnel qui est le premier recours de soins en Afrique dans 50 à 90 % des cas (2). En effet, beaucoup d'Africains pensent que

la « médecine moderne » n'est pas appropriée face aux morsures de serpents. Ils ont recours aux tradithérapeutes, dont certains pratiquent des incisions à l'endroit de la morsure et appliquent des topiques à base de plantes médicinales. Toutes ces pratiques faites dans de mauvaises conditions d'hygiène, ajoutées à la faiblesse de la couverture vaccinale antitétanique, favorisent la survenue de complications infectieuses. Ce fait est également souligné par HABIB qui rapporte aussi dans sa série un cas d'ostéomyélite après un traitement traditionnel appliqué à une morsure de serpent (3).

Conclusion

Cette première observation en Côte d'Ivoire de tétanos généralisé consécutif à un traitement traditionnel instauré après une morsure de serpent souligne les risques infectieux liés à ces thérapeutiques. Nous rappelons l'intérêt de la prise en charge correcte des morsures de serpents en milieu hospitalier, et surtout de coupler la vaccination antitétanique à la sérothérapie antitétanique devant toute plaie chez un sujet dont les antécédents vaccinaux sont douteux ou imprécis.

Références bibliographiques

1. CHIPPAUX JP – Épidémiologie des morsures de serpents en République de Côte d'Ivoire. *Bull Soc Pathol Exot*, 2002, **95**, 167-171 (<http://www.pathexo.fr/pages/Bull-somm/2002n3>).
2. CHIPPAUX JP – Évaluation de la situation épidémiologique et des capacités de prise en charge des envenimations ophidiennes en Afrique subsaharienne francophone. *Bull Soc Pathol Exot*, 2005, **98**, 263-268 (<http://www.pathexo.fr/pages/Bull-somm/2005/2005n4.html>).
3. HABIB AG – Tetanus complicating snakebite in northern Nigeria: clinical presentation and public health implications. *Acta Tropica*, 2003, **85**, 87-91.
4. Looaresuwan S, Viravan C & Warrell DA – Factors contributing to fatal snakebite in the rural tropics: analysis of 46 cases in Thailand. *Tr Roy Soc Trop Med Hyg*, 1988, **82**, 930-934.
5. MION G, OLIVE F, GIRAUD D, LAMBERT E, DESCRAQUES C et al. – Surveillance clinique et biologique des patients envenimés. *Bull Soc Pathol Exot*, 2002, **95**, 139-142 (<http://www.pathexo.fr/pages/Bull-somm/2002/2002n3>).
6. TANON AK, EHOLIÉ SP, COULIBALY-DACOURY C, EHUI E, N'DOUMI M et al. – Morbidité et mortalité du tétanos dans le service des maladies infectieuses et tropicales d'Abidjan (1985-1998). *Bull Soc Pathol Exot*, 2004, **97**, 283-287 (<http://www.pathexo.fr/pages/Bull-somm/2004/2004n4.html>).