
M.E.S., Numéro 131, Vol.1, novembre – décembre 2023

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 08 novembre 2023



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, novembre - décembre 2023

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET TRAITEMENT D'ENVENIMATIONS OPHIDIENNES EN ZONE RURALE :

A propos de quatre cas dans l'aire de santé de BUBURU dans la forêt équatoriale.

par

Roger MOLALA BONDOKO

Assistant, ISTM-Mbandaka

Résumé

Dans les milieux tropicaux, les envenimations ophidiennes demeurent encore un problème de santé publique souvent méconnu. Dans la forêt équatoriale, cette situation est accentuée par un recueil insuffisant des données sanitaires n'indiquant pas bien l'ampleur de ce problème.

Cette étude décrit les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de quatre cas reçus au centre de santé de Buburu. L'âge moyen des patients était de $31,25 \pm 14,75$ ans avec des extrêmes de 12 et 50 ans. Le délai moyen d'admission était de $4,77 \pm 2,11$ heures avec des extrêmes de 2 heures 45 minutes et 9 heures. Le syndrome vipérin a été le seul responsable des manifestations cliniques observées dans cette enquête. Ces accidents de morsure de serpent se sont déroulés au cours des activités génératrices de revenu constituant en quelque sorte un accident de travail en milieu rural [Travaux champêtres (50% des cas), chasse (25%), activités ménagères (25%)]. Dans 50% des cas, la morsure siégeait au niveau des pieds et 50% des cas à la main. Une létalité de 25% de cas a été enregistrée. Aucun anti-venin spécifique n'a été administré suite au manque de ce produit au centre de santé. Le recours quasi systématique aux soins traditionnels est un des facteurs justifiant l'arrivée tardive des victimes au centre de santé impactant ainsi négativement sur l'issue thérapeutique final des cas.

Le renforcement des capacités des prestataires cliniques sur la prise en charge des cas et la promotion d'un programme de communication sociale en milieu rural améliorerait favorablement ce problème de santé publique.

Mots-clés : Profil épidémiologique, thérapeutique, envenimation ophidienne, Buburu, forêt équatoriale.

Abstract

In tropical environments, ophidian envenomations still remain an often overlooked public health problem. In the equatorial forest, this situation is accentuated by insufficient collection of health data which does not clearly indicate the extent of this problem.

This study describes the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of four cases received at the Buburu health center. The average age of the patients was 31.25 ± 14.75 years with extremes of 12 and 50 years. The average time to admission was 4.77 ± 2.11 hours with extremes of 2 hours 45 minutes and 9 hours. Viperin syndrome was the only one responsible for the clinical manifestations observed in this investigation. These snake bite accidents took place during income-generating activities constituting in some way a work accident in rural areas [farm work (50% of cases), hunting (25%), household activities (25%)]. In 50% of cases, the bite was on the feet and 50% of cases on the hand. A case fatality of 25% was recorded. No specific anti-venom was administered following the lack of this product at the health center. The almost systematic use of traditional care is one of the factors justifying the late arrival of victims at the health center, thus having a negative impact on the final therapeutic outcome of the cases.

Building the capacity of clinical providers on case management and promoting a social communication program in rural areas would favorably improve this public health problem.

Keywords : Epidemiological, therapeutic profile, ophidian envenomation, Buburu, equatorial forest.

INTRODUCTION

En milieu tropical et particulièrement en Afrique subsaharienne, les envenimations ophidiennes quoique fortement sous-évaluées actuellement par les statistiques sanitaires constituent un réel problème de santé publique du fait de leur gravité, de leur fréquence et de l'inaccessibilité des communautés aux soins de santé adéquats [1-5] pour les victimes de morsure de serpent lié entre autre au défis de l'accès au sérum antivenimeux qui demeure à ce jour l'unique thérapeutique spécifique pour cette affection.

La connaissance que l'on a de l'incidence brute et de la gravité des morsures de serpent dans les milieux ruraux africains est très parcellaire et insuffisante [1-3, 6], car la notification de tous les cas de morsure est confronté à plusieurs problèmes liés notamment : à l'existence de plusieurs sites de soins offerts aux victimes qui ne sont pas systématiquement et correctement identifiés (centres de santé public, privé, confessionnel ou de centres thérapeutiques traditionnels) dont l'efficacité des soins offerts n'a jamais été prouvé [5] expérimentalement surtout pour la plupart des méthodes traditionnelles qui y sont appliquées ; les difficultés d'accès géographiques des victimes aux centres de soins existants ou d'un éventuel décès de la victime [7, 8] survenant avant d'y parvenir. Le manque de confiance accordée par la communauté aux systèmes des soins proposés [5,7] et ou l'inexistence des dispositifs efficaces d'évacuation des victimes vers ce dernier. Egalement, l'envenimation ophidienne n'est toujours pas ressentie comme une pathologie naturelle ou accidentelle dans bien des communautés africaines, elle est souvent perçue comme une punition ou un sort jeté aux victimes que l'on doit détourner [9] par des approches mystiques et traditionnelles plutôt que par des soins médicaux modernes. En outre, dans la plupart des pays en développement, le recours quasi systématique des communautés vers la médecine traditionnelle [1, 3, 5] pour bénéficier d'éventuels soins pour les victimes accentue la problématique de la non maîtrise des données probantes tant sur le plan épidémiologique que sur l'estimation des besoins réels de planification susceptible de résoudre ce problème. Ensuite, le système de déclaration des cas de morsure de serpent n'est pas obligatoire et moins encore normalisé dans la majorité des systèmes de santé existants [3, 6] en Afrique sud-sahélienne. Cependant, la problématique d'envenimations ophidiennes fait actuellement renaître un intérêt particulier [1] dans plusieurs communautés suite au nombre de plus en plus élevé des victimes et à l'inadéquation observée quant aux ressources disponibles et engagées pour la résolution de ce fléau. La plupart de ces accidents surviennent en milieu rural où le traitement traditionnel reste le premier recours en raison d'un manque de connaissances appropriées. La prise en charge des victimes étant elle-même le plus souvent de qualité insuffisante et inadéquate [1, 6].

Au niveau global, l'OMS rapporte que l'éventualité de rencontrer un serpent venimeux [10, 11] est un risque que court plus de 5,8 milliards de personnes avec près de 7400 individus mordus chaque jour et 220 à 380 victimes en meurent, soit environ 2,7 millions de cas d'envenimation et 81000 à 138000 décès déclarés chaque année. L'envenimation ophidienne est classée parmi les maladies tropicales négligées et inscrite par l'OMS en 2017 sur la liste de la catégorie A occasionnant [3, 10, 11, 12] d'énormes souffrances aux victimes, d'incapacités définitives et une létalité élevée touchant tous les continents. Elle affecte principalement les populations à faible revenu vivant dans les régions tropicales et subtropicales.

Avec environ un million d'accidents de morsure de serpent en une année, occasionnant quelques 600.000 cas d'envenimations et plus de 25000 décès [1, 3, 5, 7], les envenimations ophidiennes en Afrique demeurent une urgence médicale absolue. Elles constituent une forme d'accident de travail dans les milieux ruraux [8, 13, 14] et affectant principalement la tranche d'âge de la population économiquement active lors de ses activités quotidiennes en rapport avec les travaux agricoles, chasse, pêche, camping, activités de ménage ou déplacements pédestres en rapport avec le travail et la vie quotidienne [2, 3, 5, 7].

Le coût économique engendré par ce fléau est considérable [10] car touchant non seulement la victime elle-même mais aussi toute sa famille, surtout dans les communautés les plus défavorisées et pauvres des pays à revenu faible ou intermédiaire n'ayant pas de couverture sociale. Dans 20-30% des cas [6], les morsures de serpent venimeux n'entraînent pas d'inoculation de venin (morsures sèches ou blanches). La symptomatologie clinique de l'envenimation est surtout dominée par deux syndromes en présence [5, 9, 15] - une envenimation vipérine à symptomatologie locale bruyante franche associant un syndrome hémorragique et un syndrome inflammatoire (douleur vive, œdème inflammatoire, rougeur, troubles cutanés, saignement, voir même une nécrose tissulaire) et - une envenimation cobraïque dominée par les troubles neuromusculaires (troubles neurologiques, dyspnée, paralysie respiratoire) ; et/ou on note parfois un trouble biologique marqué par un temps de coagulation sur tube sec supérieur à 30 minutes.

Ces deux tableaux cliniques sont parfois marqués par des signes généraux [7, 9, 16, 17] tels que malaises, vertige, céphalées, douleurs abdominales, vomissements, diarrhées, hypotension, choc, réaction anaphylactique, atteintes viscérales, sueurs diffuses, larmoiement, sialorrhée, dysphagie, bourdonnements...

Le traitement médical de cette affection repose principalement sur l'utilisation de l'immunothérapie antivenimeuse spécifique [9, 18] dont l'accès à ce jour demeure encore un défi énorme à relever par la plupart de systèmes de santé des pays africains. Son coût élevé [8,14, 18] pour les populations rurales ayant un revenu très faible reste un frein à son utilisation et l'absence des politiques nationales de santé fiables et claires d'acquisition de ce produit par les états africains constituent quelques-uns des facteurs majeurs explicatifs de la pénurie. Le traitement de réanimation ou symptomatique comprend [11, 17] la désinfection du site de morsure, un pansement alcoolisé, un traitement antalgique et anti inflammatoire, une antibiothérapie et parfois aussi une sérothérapie anti tétanique selon le cas. Une intubation trachéale et ventilation assistée de la victime en cas de besoin et une transfusion sanguine si nécessaire. L'insuffisance des infrastructures sanitaires et leur dénuement presque total [3, 5] dans le continent africain ainsi que l'insuffisance de personnel qualifié et formé pour une prise en charge adéquate des victimes constituent quelques-uns des facteurs les plus plausibles expliquant la vulnérabilité accrue des victimes de ce fléau dans les milieux ruraux.

En RDC, la situation reste encore plus critique suite au déficit accru de la politique nationale de santé en la matière [3] ayant comme conséquence la médiocrité de l'offre des soins médicaux apportés aux victimes particulièrement dans les milieux ruraux. Le système de collecte des données et de déclaration des cas n'est pas obligatoire dans ce pays, le profil épidémiologique des victimes demeure moins documenté de nos jours [3, 6]. La charge réelle de la morbidité et mortalité pour cette affection n'est pas rapportée au ministère de la santé publique ; une très faible proportion de cas en milieux ruraux est rapportée par le système de santé de façon irrégulière et non systématique. La majorité des cas ne consulte pas les établissements de soins en milieu rural et, par conséquent les victimes n'ont pas également accès à un traitement efficace susceptible de sauver des vies. Ces patients sont ainsi considérés comme des victimes oubliées d'une crise sanitaire négligée [3, 6] par le système de santé du pays. Le manque total d'une politique nationale réelle au niveau stratégique d'acquisition et de distribution [3] de sérums antivenimeux spécifiques à travers le pays ; l'absence de couverture santé universelle et le niveau de précarité absolue dans lequel vivent les communautés ; l'inexistence de production périodique des statistiques sanitaires sur le nombre des cas et des décès lié à ce fléau pouvant permettre de réaliser la surveillance de l'état de santé des populations ; ainsi que l'absence de la politique nationale de renforcement des capacités de prestataires cliniques dans le domaine de prise en charge des cas sont quelques-uns parmi les facteurs explicatifs de la vulnérabilité accentuée des communautés face à ce fléau. Ces communautés ne bénéficient même pas d'un programme de communication sociale axé sur la prévention et la prise en charge des cas. Aucune donnée statistique réelle ni épidémiologique n'est disponible dans la littérature décrivant l'ampleur de la situation du pays.

Dans l'aire de santé de BUBURU, située dans la zone de santé rurale de BOMONGO à l'Equateur, l'ampleur de la situation n'est pas connue en raison d'un recueil insuffisant des données épidémiologiques. A ce jour, aucune étude épidémiologique n'a été menée pour décrire les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et évolutifs des victimes. La population ophidienne de cette contrée reste inconnue dans la littérature. Quelques cas occasionnels des victimes arrivent à consulter au centre de santé de BUBURU après avoir premièrement visité [3,5, 19] les traditionnels de leurs villages, ayant comme conséquence l'arrivée tardive des cas pour les soins. Nous rapportons dans cette enquête quatre cas de victimes d'envenimation ophidienne ayant été enregistrés et soignés au centre de santé de BUBURU.

L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique, les aspects cliniques et thérapeutiques de quatre patients victimes d'envenimation ophidienne reçus au centre de santé de référence de BUBURU.

Un recueil ciblé des données épidémiologiques concernant ces morsures de serpent permettrait d'identifier les circonstances favorisant les cas de morsure, les espèces en cause, leur répartition géographique, l'évolution de la symptomatologie et les effets thérapeutiques des traitements appliqués.

La présente étude reprend outre son introduction et la conclusion, deux points. Le premier présente des cas et le second aborde une discussion.

I. PRESENTATION DES CAS

Envenimations par morsure de serpent dans l'aire de santé de BUBURU dans la forêt Equatoriale.

Observation 1.

Une patiente âgée de 12 ans sans bottes de protection, a été mordue par un serpent non autrement identifié par la victime au pied droit et qui s'est échappé derrière la maison dans les herbes. L'accident est survenu le 03/03/2023 vers 17H50' au cours des activités de ménage. Elle fut admise au centre de santé de BUBURU environ deux heures et cinquante minutes plus tard, après avoir été soignée à domicile par un tradi-praticien qui l'aurait donné une décoction buvable non spécifique, appliquée des scarifications dermiques et placé d'un garrot de fortune au niveau de la jambe droite. A l'admission, elle a présenté les signes cliniques ci-après: des traces de 2 crochets sur le pied, douleur vive localement, œdème inflammatoire. Elle a bénéficié d'un traitement de réanimation et la durée de son hospitalisation était de 5 jours.

Observation 2.

Une enseignante de 42 ans, a été admise au Centre de Santé de BUBURU, 4 heures 30 minutes après l'incident de morsure de serpent identifié par la victime en langue locale comme étant une vipère sur le doigt de sa main gauche. Cet accident est survenu au cours des travaux champêtres le 15/03/2023 vers 13 heures 40 minutes et à 15 Km du centre de santé. Elle n'avait pas porté un équipement de protection individuel. Les signes cliniques à l'admission au centre de santé: douleur locale vive, œdème inflammatoire étendu jusqu'au niveau de coude, saignement en nappe aux points de morsure, des phlyctènes sur le membre. Elle a bénéficié d'un traitement de réanimation et la durée d'hospitalisation était de 8 jours.

*



**Figure 1 : Trace des crochets, œdème inflammatoire avec des phlyctènes sur le bras gauche suite à une morsure de vipère (Photo de Dr ENGWANZA au centre de santé de Référence de Buburu), 2023.*

Observation 3.

Un monsieur âgé de 21 ans, victime d'une morsure de serpent sur le pied gauche le 16/12/2022 vers 12 heures 20 minutes pendant les activités des travaux champêtres, a été admis au centre de santé de BUBURU environ 2 heures 45 minutes après cet incident. Le serpent a pris fuite et donc non identifié par la victime.

*



Figure 2 : Trace des crochets, légère tuméfaction sur le pied gauche suite à une morsure de serpent, une amulette et 3 garrots de fortune liés sur la jambe (Photo de Dr ENGWANZA, 2023).

Il a bénéficié premièrement des soins traditionnels constitués d'une décoction buvable non spécifique, le tradi-praticien lui a placé trois garrots de fortune au niveau de la jambe gauche ainsi que une amulette. L'examen clinique du patient à son arrivée a révélé de traces de 2 crochets, un léger œdème inflammatoire et une douleur. Il a bénéficié d'un traitement symptomatique et la durée de l'hospitalisation a été de 4 jours.

Observation 4.

Un chasseur de 50 ans, sans antécédents pathologiques particuliers et père de cinq enfants, a été reçu au centre de santé de BUBURU le 24/08/2022 environ 9 heures du temps après un incident de morsure grave de serpent identifié par la victime en langue locale comme étant une vipère au cours de ses activités de chasse vers 13 heures 30 minutes. Cette vipère était attrapée dans l'une des pièges de chasse tendue par la victime ; au moment de la tentative faite pour délier la vipère après l'avoir donnée plusieurs coups de bâton, cette vipère l'a immédiatement mordu à la main droite. La victime ne portait pas un équipement de protection individuel. Il s'en est suivi aussitôt une hémorragie importante, douleur intense, suivi d'un œdème inflammatoire important intéressant tout le membre supérieur droit jusqu'au niveau de l'épaule. Cet incident s'est produit à 31 Km du centre de santé et à 24 Km du village de la victime où il se trouvait seul à la chasse ; il a immédiatement placé un garrot de fortune au niveau du bras et il a commencé, chemin faisant, à boire de l'eau et manger une écorce d'arbre non spécifique.

Il a parcouru les 24 Km jusqu'au village où il est arrivé après 6 heures de temps de marche. Un tradi-praticien du village l'aurait administré une décoction buvable non spécifique, appliqué plusieurs traces de scarification dermique (incisions) sur lesquels il a enduit une substance liquide non spécifique et placé un garrot de fortune au niveau du bras droit. La victime a été orientée par la suite au centre de santé situé à 7 Km du village pour une prise en charge médicale. A son arrivée au centre de santé environ 9 heures du temps après cet incident, l'examen clinique du patient a fait état de : un patient obnubilé avec un score de glasgow à 12/15 et qui a évolué ensuite à 06/15 après 3 heures du temps, présentant une hypotension artérielle chiffrée à 87/54 mmHg, une tachycardie avec une fréquence cardiaque (FC) à 95 battements / min, le pouls radial présent mais filant, polypnée, une pâleur cutanéomuqueuse, deux plaies punctiformes au niveau du dos de la main droite, un saignement abondant à la main, un œdème inflammatoire étendu sur tout le membre

supérieur droit jusqu'au niveau de l'épaule, des phlyctènes séro-hémorragiques, d'ecchymoses sur tout le membre.

Devant ce tableau clinique, l'équipe médicale a procédé immédiatement à l'ablation du garrot de fortune ; la réanimation a consisté en un remplissage vasculaire par du sérum physiologique 0,9%, transfusion d'une unité de sang iso groupe, la désinfection du site de morsure, mise en place d'un pansement alcoolisé, antibiothérapie à base d'amoxicilline, tramadol, paracétamol injectable, dexaméthasone, sérum antitétanique. Le sérum antivenimeux n'a pas été administré car non disponible au centre de santé. L'évolution a été marquée par le décès du patient 5 heures après son admission dans un tableau de choc hypovolémique.

Partant de ces quatre observations, les tableaux ci-dessous présentent le profil épidémiologique des cas.

Tableau I : Répartition des cas de morsure de serpent selon les caractéristiques sociodémographiques, épidémiologiques et types de recours aux soins.

Caractéristiques	N= 4	%
Sexe		
masculin	2	50
féminin	2	50
Profession du patient		
Chasseur	1	25
élève	2	50
enseignante	1	25
Activité (circonstance) lors de la morsure du serpent		
Travaux champêtres	2	50
Chasse	1	25
Domestique (dans le ménage)	1	25
Moment de la journée lors de la morsure		
Matinée	0	0
Après midi	4	100
Soir (la nuit)	0	0
Siège anatomique de la morsure		
Pieds	2	50
Main-doigt	2	50
tête	0	0
Types de recours aux soins		
Traitement traditionnel	3	75
Soins modernes	4	100
Type de serpent en cause		
Vipère	2	50
Inconnu	2	50

La moyenne d'âge des victimes était de $31,25 \pm 14,75$ ans avec des extrêmes de 12 et 50 ans. Le délai moyen d'admission au centre de santé était de $4,77 \pm 2,11$ heures avec des extrêmes 2 heures 45 minutes et 9 heures.

Le sex-ratio était de 1 homme pour 1 femme, un équilibre parfait a été observé pour les 2 sexes.

Les morsures de serpent surviennent beaucoup plus lors des activités champêtres (50% des cas). Plus de la moitié des cas a eu recours aux soins traditionnels (75% des cas). Tous les patients, soit 100% des cas ont bénéficié des soins modernes au centre de santé.

Notons que 50% des cas de morsure ont affecté les pieds et autant également ont touché les mains (50% des cas).

Tous les cas de morsure se sont produits aux heures d'après-midi. La vipère a été le serpent le plus incriminé et identifié (dans 50% de cas) comme responsable des incidents de morsure de serpent dans cette aire de santé.

Tableau II : Répartition des cas de morsure de serpent selon la symptomatologie clinique.

Signes et symptômes cliniques	N = 4	%
Douleur vive et intense	4	100
Pâleur conjonctivale et palmaire	1	25
Vomissement	1	25
Œdème du membre	3	75
Traces de 2 crochets	4	100
Saignement au point de morsure	2	50
Phlyctènes	2	50
vertige	1	25
Trouble de conscience et coma	1	25

La symptomatologie clinique est dominée par la douleur au site de morsure (100% de cas) et les traces de 2 crochets (100% de cas), suivi de l'œdème inflammatoire du membre dans 75% de cas. Le syndrome vipérin associant les troubles de l'hémostase et une atteinte locale franche (douleur vive, œdème inflammatoire, nécrose tissulaire) a été observé chez tout le patient (100% de cas).

Tableau III : Types de soins modernes appliqués et évolution clinique des cas.

Types de soins modernes	N = 4	%
Traitement de réanimation (symptomatique)	4	100
Traitement spécifique (curatif) : Sérum antivenimeux	0	0
Traitement chirurgical	0	0
Issu des patients		
Guérison	3	75
Décès	1	25

Le sérum antivenimeux (SAV) n'a pas été administré aux patients en raison du manque de ce produit au centre de santé. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement de réanimation (symptomatique). La létalité était de 25% des cas.

Tableau IV : Types des soins traditionnels appliqués.

Types de soins traditionnels	N = 4	%
Décoction buvable	3	75%
Garrot	3	75%
Scarification	2	50%
Ecorce d'arbre	1	25%
amulette	1	25%

La décoction buvable et le garrot ont été le type de recours des soins traditionnels les plus utilisés par les victimes représentant chacun 75% de cas au cours de cette enquête.

II. DISCUSSION

Les résultats de cette enquête ne donnent qu'un aperçu sur la problématique d'envenimation ophidienne à Buburu, ils ne reflètent pas le vrai profil épidémiologique de cette contrée car le recensement des cas n'est pas systématique dans la plupart des pays africains [1, 3, 5, 12]. Les 4 accidents rapportés dans cette enquête se sont produits dans l'après-midi. Plusieurs auteurs rapportent que la majorité des cas de morsure de serpent se produisent dans l'après-midi et en début de soirée [2, 8, 9]. Les morsures de serpent sont décrites comme de véritables accidents de travail en milieux ruraux africains [6, 7, 8, 13, 14] et affectant principalement la population économiquement active au cours de ses activités quotidiennes de survie [3, 5, 10, 11]. L'âge moyen des victimes dans cette étude était de $31,5 \pm 14,75$ ans avec des extrêmes de 12 et 50 ans.

Les techniques agricoles et de chasse encore rudimentaires en Afrique favorisent le contact homme/serpent et expliqueraient aussi la fréquence élevée des morsures chez les cultivateurs et les chasseurs [1, 2, 7, 8]. Selon plusieurs auteurs [2, 11, 17], les activités de rente de survie (telles que l'agriculture, pêche, chasse, pâturage ...) en Afrique sont des circonstances qui occasionnent le plus souvent les accidents de morsure. Dans cette étude, les cultivateurs et le chasseur ont été parmi les victimes enregistrées.

Les membres inférieurs et supérieurs sont dans la plupart de cas les sièges anatomiques privilégiés de morsures de serpent suite au travail manuel exercé par les victimes sans équipement de protection [7, 3, 17]. Ce fait a été également constaté dans cette enquête où 50% de cas de morsure ont affecté les pieds et autant également les mains ; aucune des victimes n'avait porté un équipement de protection individuel au moment de l'incident. En Afrique subsaharienne, la grande majorité des victimes n'ont pas accès à un traitement de qualité par manque de stock d'antivenins spécifique à proximité [3, 18, 8] et d'autres équipements de réanimation nécessaire. Au cours de cette enquête, aucun patient n'a bénéficié de l'administration du sérum antivenimeux spécifique. Le centre de santé de Buburu ne dispose pas également d'un protocole thérapeutique bien codifié pour la prise en charge des cas. Le traitement symptomatique qui souvent est disponible, est d'une grande importance et permet d'éviter des complications graves [5, 8] telles que : infection, tétanos.

La majorité (plus de la moitié) des cas d'envenimations ophidiennes (75% des cas) dans cette étude avaient eu recours aux soins traditionnels avec consommation de décoctions buvables non spécifique et autres pratiques traditionnelles. Le retard de consultation est un des facteurs préjudiciables et a un impact négatif sur le pronostic vital [2, 5, 19] du patient. Pour Chippaux [5], au Bénin 12% des patients arrivent plus de 3 heures après l'accident dans un centre de soins de santé pour la prise en charge. Notre étude a montré que la moitié des cas ont été admis plus de 3 heures après l'incident de morsure. Le délai moyen d'admission était relativement long car les morsures surviennent au niveau des champs agricoles [8] ou dans d'autres activités qui se passent loin du centre de santé ; la tendance quasi systématique d'aller d'abord voir un tradipraticien en Afrique en est également l'une des raisons [1, 5, 9]. Le syndrome vipérin a été le seul responsable des manifestations cliniques de tous les cas observés dans cette enquête. Ces résultats corroborent avec les publications de plusieurs auteurs ayant mené des études dans les milieux ruraux en Afrique [7, 8].

CONCLUSION.

Cette étude a donné un aperçu sur le phénomène d'envenimations ophidiennes, maladie tropicale négligée, qui reste un problème de santé publique encore méconnu dans la forêt équatoriale et dans l'aire de santé de BUBURU en particulier. L'envenimation vipérine ayant une symptomatologie locale bruyante (associant un syndrome inflammatoire et des troubles hématologiques) a dominé le tableau clinique des cas observés au cours de cette enquête.

Le recours aux soins traditionnels est un des facteurs qui occasionnent le retard dans la prise en charge médicale des cas. Il est urgent de promouvoir l'approvisionnement régulier des établissements de soins en sérums antivenimeux en milieux ruraux ; de développer au pays un programme de renforcement des capacités des prestataires cliniques sur la prise en charge des cas

et un programme de communication sociale sur les envenimations ophidiennes auprès des populations des communautés rurales.

Notes bibliographiques

- [1] Coulibaly S.K., Hami H. & Col : Prise en charge thérapeutique des envenimations ophidiennes dans le district sanitaire du cercle de Kati A propos de trois cas. *Médecine d'Afrique Noire*. 2013, Vol. 60, N°3 Copyright © 2013 APIDPM Santé tropicale
- [2] <http://www.openedition.org/6540>: Epidémiologie des envenimations. Antidotes et immunothérapie p. 175-215, 2002 © IRD Éditions, 2002
- [3] Molala Bondoko R. et al. : Itinéraire thérapeutique d'un cas d'envenimation ophidienne à Mbandaka. *Mouvements et Enjeux Sociaux - Revue Internationale des Dynamiques Sociales*. MES-RIDS, n° 126, Janvier-Février 2023. www.mesrids.org
- [4] Irié Bi G.S., Yapi N.F., Able E. : Envenimation grave par morsure de vipéridé africain des organes génitaux externes chez un adulte en zone rurale. *Ann. Fr. Med. Urgence* (2021) 11:160-162 DOI 10.3166/afmu-2021-0328. © SFMU et Lavoisier SAS 2021
- [5] Chippaux J.P.: L'envenimation ophidienne en Afrique: épidémiologie, clinique et traitement. *Annales de l'Institut Pasteur / actualités* (1999) 10,2, 161-171 ©Elsevier, Paris
- [6] Chippaux J.P.: Prise en charge des morsures de serpents en Afrique subsaharienne. *Médecine et Santé Tropicales Volume 25, numéro 3, Juillet-Août-Septembre 2015*. DOI : 10.1684/mst.2015.0473 Page(s) : 245-8
- [7] Zarambaud R., Piamale G. & al. : Incidence de morsures de serpent dans les communautés rurales de savane de Paoua et de forêt de Mbaïki en République Centrafricaine. *Med Trop Sante Int*. 2022 Dec 31; 2(4): mtsi.v2i4.2022.211. PMID: PMC9940279. <https://revuemtsi.societe-mtsi.fr/>
- [8] Kouamé E.K., N'guessan L.M. & al. : Envenimations par morsure de serpent dans la région de Bouaké en Côte d'Ivoire. <https://web-Saraf.net> Tome 18 n°1-2013.
- [9] Chippaux J.P.: Epidémiologie des envenimations. Clinique et traitement des envenimations p. 216-248, 2002 © IRD Editions, 2002.
- [10] WHO/CDS/NTD/NZD/2019.03 : Envenimation par morsure de serpent. Stratégie de prévention et de lutte. © Organisation mondiale de la Santé 2019.
- [11] Yacouba Barré N.: L'épidémiologie des cas de morsure des serpents en milieu rural reçus au centre de santé confessionnel de Kati-Faladjé, Mali. *Université des sciences, des techniques et technologies de BAMAKO (U.S.T.T-B) 2020-2021., Faculté de médecine et d'Odonto-stomatologie*.
- [12] Fayomi E.B., Fourn L., Favi P.M.: Analyse des cas de morsures de serpent déclarés par les formations sanitaires publiques au Bénin de 1993 à 1995. *Médecine d'Afrique Noire : 1997, 44 (11)*
- [13] Kouame E.K., Ouattara A. & Al. : Problèmes des antivenins en Afrique. *Ann. Fr. Med. Urgence* (2013) 3:184-186 DOI 10.1007/s13341-013-0287-4. © SFMU et Springer-Verlag France 2013
- [14] Koffi N.R., Kouame E.K. et al. : Morsure de vipère des organes génitaux chez un enfant. *ELSEVIER Archives de Pédiatrie Volume 22, Issue 8, August 2015, P 865-867* <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.04.021>
- [15] Larréché S., Boucau C. et al. : Envenimations ophidiennes graves. 1279-7960/\$ - see front matter © 2010 Elsevier Masson SAS. Doi:10.1016/j.pratan.2010.07.010
- [16] Harry P., de Haro L.: Traitement des envenimations par les serpents en France. *Réanimation* 2002 ; 11 :548-53 ©2002 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- [17] TAJELLIJITI Nissrine : Les envenimations vipérines en réanimation. Année 2015, Université CADI AYYAD, Faculté de médecine et de Pharmacie MARRAKECH.
- [18] epicentre.msf.org/portfolio/les-morsures-de-serpent : Morsures de serpent, des conséquences négligées, 06 août 2021
- [19] Chippaux JP, RAGE-Andrieux V, & Al. : Epidémiologie des envenimations ophidiennes dans le nord du Cameroun. *Bull Soc Pathol Exot*, 2002, 95, 3, 184-187